

JOURNAL
of Biomedicine and Practice

Journal of Biomedicine and Practice

ISSN 2181-9300

DOI 10.26739/2181-9300



Tadqiqot UZ

№3 (2019)

Бош муҳаррир

Ризаев Жасур Алимжанович – тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тошкент давлат стоматология институти ректори

ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Бош муҳаррир ўринбосари

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич – тиббиёт фанлари доктори, ЎзР ФА Иммунология ва инсон геномикаси институти

ORCID ID: 0000-0002-9309-3933

Масъул котиб

Маматова Нодира Мухторовна – тиббиёт фанлари доктори, Тошкент давлат стоматология институти Фармакология кафедраси мудир.

ORCID ID: 0000-0003-2396-4905

Тахририят кенгаши

Хайтов Рахим Мусаевич – Россия Федерацияси Фанлар академияси академиги, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Россия Федерациясида хизмат кўрсатган фан арбоби, Россия ФТБА «Иммунология институти ДИМ» ФДБТ илмий раҳбари

Jin Young Choi – Сеул миллий университети Стоматология мактаби оғиз ва юз-жағ жарроҳлиги департаменти профессори, Жанубий Кореянинг юз-жағ ва эстетик жарроҳлик ассоциацияси президенти

Акбаров Миршавкат Миролимович – тиббиёт фанлари доктори, В.Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик маркази

Саидов Саидамир Абборович – тиббиёт фанлар доктори, Тошкент фармацевтика институти

ORCID ID: 0000-0002-6616-5428

Тураев Феруз Фатхуллаевич – тиббиёт фанлари доктори, ортирилган юрак нуқсонлари бўлими, В.Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик маркази

ORCID ID: 0000-0002-6778-6920

Худайкулова Гулнара Каримовна – тиббиёт фанлар доктори, доцент, Юқумли ва болалар юқумли касалликлар кафедраси, Тошкент тиббиёт академияси

ORCID ID: 0000-0002-1119-4491

Абзалова Шахноза Рустамовна к.м.н., доцент – Тошкент Педиатрияни тиббиёт институти. Илмий ва илмий – педагогларни тайёрлаш бўлими бошлиги.

Бахтинур Худанов – тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Инновацион ривожланиш вазирлиги

Мавлянов Фарход Шавкатович – тиббиёт фандар доктори, Самарканд давлат тиббиёт институти.

Фарманова Нодира Тахировна – фармацевтика фанлари номзоди, доцент, Тошкент фармацевтика институти фармакогнозия кафедраси доценти.

Главный редактор

Ризаев Жасур Алимджанович — доктор медицинских наук, профессор, Ректор Ташкентского государственного стоматологического института

ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Заместитель главного редактора

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич -доктор медицинских наук, Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

ORCID ID: 0000-0002-9309-3933

Ответственный секретарь

Маматова Нодира Мухторовна - Доктор медицинских наук, заведующая кафедрой фармакологии Ташкентского государственного стоматологического института.

ORCID ID: 0000-0003-2396-4905

Редакционный коллегия

Хаитов Рахим Мусаевич – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, научный руководитель ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России.

Jin Young Choi – профессор департамента оральной и челюстно-лицевой хирургии школы стоматологии Стоматологического госпиталя Сеульского национального университета, Президент Корейского общества челюстно-лицевой и эстетической хирургии

Акбаров Миршавкат Миролимович – доктор медицинских наук, Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова

Саидов Саидамир Аброрович — доктор медицинских наук, Ташкентский фармацевтический институт

ORCID ID: 0000-0002-6616-5428

Тураев Феруз Фатхуллаевич — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения приобретенных пороков сердца Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В.Вахидова

ORCID ID: 0000-0002-6778-6920

Худайкулова Гульнора Каримовна — доктор медицинских наук, доцент кафедры инфекционных и детских инфекционных болезней Ташкентской Медицинской Академии

ORCID ID: 0000-0002-1119-4491

Абзалова Шахноза Рустамовна, доцент - Ташкентский педиатрический медицинский институт. Заведующая отделения научной и научно-педагогической подготовки.

Мавлянов Фарход Шавкатович — доктор медицинских наук, и.о. доцента кафедры детской хирургии, Самаркандский государственный медицинский институт

Бахтинур Худанов — доктор медицинских наук, Министерство Инновационного развития Республики Узбекистан

Фарманова Нодира Тахировна - кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры фармакогнозии Ташкентского фармацевтического института

Editor in Chief

Rizaev Jasur Alimjanovich – MD, DSc, Professor of Dental Medicine, Rector of the Tashkent State Dental Institute

ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Deputy Chief Editor

Ziyadullaev Shukhrat Khudayberdievich – Doctor of Medical Sciences, Institute of Immunology and Human Genomics of the Academy of Sciences of Uzbekistan

ORCID ID: 0000-0002-9309-3933

Responsible secretary

Mamatova Nodira Mukhtorovna - DSc, Head of the Department of Pharmacology at the Tashkent State Dentistry Institute

Editorial Board

Khaitov Rakhim Musaevich – MD, DSc, Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, scientific director of the FSBI «NRC Institute of immunology» FMBA of Russia

Jin Young Choi – Professor Department of Oral and Maxillofacial Surgery School of Dentistry Dental Hospital Seoul National University, President of the Korean Society of Maxillofacial Aesthetic Surgery

Akbarov Mirshavkat Mirolimovich- Doctor of Medical Sciences, Republican Specialized Center of Surgery named after academician V.Vakhidov

Saidamir Saidov – Doctor of Medical Sciences, Tashkent Pharmaceutical Institute

ORCID ID: 0000-0002-6616-5428

Turaev Feruz Fatkhullaevich – MD, DSc, Department of Acquired Heart Diseases, V.Vakhidov Republican Specialized Center Surgery

ORCID ID: 0000-0002-6778-6920

Khudaykulova Gulnara Karimovna – MD, DSc, Associate Professor, Department of Infectious and Paediatric Infectious Diseases, Tashkent Medical Academy.

ORCID ID: 0000-0002-1119-4491

Abzalova Shakhnoza Rustamovna, docent -
Head of Academic and Scientific - Tashkent pediatric medical institute

Bakhtinur Khudanov – Associate professor of Tashkent State Dental Institute, Ministry of Innovative Development of the Republic of Uzbekistan

Mavlyanov Farhod Shavkatovich – MD, DSc, Department of Pediatric Surgery, Samarkand State Medical Institute

Farmanova Nodira Tahirovna - candidate of pharmaceutical sciences, docent, docent of the Pharmacognosy Department of Tashkent Pharmaceutical Institute

МУНДАРИЖА

Холиджон Махамаджонович КОМИЛОВ, Наргиза Миршовкатовна НОРМАТОВА, Нодира Миршовкатовна АЛИХАНОВА	
Ўзбекистонда диабет ретинопатиясининг эпидемиологик аспекти.....	10
Латифа Хакимовна ШАРИПОВА ва Фируза Рахматовна ЖУРАЕВА	
Мактаб ўқувчиларида кўз касалликлари тарқалишининг хусусиятлари.....	19
Азиз Азадиллаевич ТАШМУХАМЕДОВ, Батир Тулкунович БУЗРУКОВ	
Афакция ҳолатида витреал бўшлиқни силикон мойи билан тампонадалаш...	27
Баходир Садыкович АЗИЗОВ Андрей Леонидович ТИЩЕНКО, Ойбек Джўраевич ИБРАГИМОВ, Эвелина Владимировна КОЛДАРОВА	
Озонотерапиянинг псориаз касаллигида терининг морфологик ўзгариши асосида қўлланилиш самарадорлигини баҳолаш.....	34
Мактуба Хабибуллаевна МИРРАХИМОВА	
Болаларда аллергия касалликларнинг тарқалишини аниқлаш мақсадида сўровнома ишлаб чиқиш ва уни амалиётга тадбиқ қилиш	41
Елена Владимировна БОЙКО	
Буйрак хужайрали саратон давомида юракнинг ўнг бўлмасига тарқалган шишни жаррохлик даволаниши.....	46
МУКИМОВ Одилжон Ахмаджанович, ИСАНОВА Диёра Ровшанбековна	
Аҳолига пародонтал стоматологик ёрдам кўрсатиш	51
Yokub Kuvvatovich ERONOV, Shoista Voltaevna DJUMAEVA	
Кичик ёшдаги болалар ва ўсмирларда гингивитни даволашнинг замонавий усуллари.....	60
Малика Худайбергановна ИБРАГИМОВА, Хайдар Пазылович КАМИЛОВ	
Сурункали тошли холициститда сурункали тарқоқ катарал гингивитни ташхислаш ва даволаш тактикаси	65
Сайфиддин Рисбаевич БАЙМАКОВ, Сейдамет Шевкет-угли ЮНУСОВ, Собиржон Эргашевич МАМАРАДЖАБОВ, Шерзод Шавкатович Болтаев и Хамидбек Қурбоналиевич Расулов	
Механик сариқлик билан асоратланган жигар эхинококки (амалиётдан эслатма)	76
Эргаш Юлчиевич МАХАМАДАЛИЕВ, Талиха Шукуровна МАМАТОВА, Сайфиддин Саидазимович АРИФОВ	
Паратонзилляр абсцесс ривожланишини ультратовуш диагностикаси ва клиник – биохимик критерияси.	82

Жасурбек Махмуджонович БУТАБОЕВ, Адхам Лутфуллаевич КАСИМОВ, Ахмадулло Зокирович ОТАКУЗИЕВ, Сарварбек Зайнобиддинович САЛАХИДИНОВ и Мушаррафхон Махмуджоновна БУТАБАЕВА	
Жигар эхинококкозини диагностика усуллари ва уни асоратларини олдини олиш йўллари.....	90
Сарвиноз Алишеровна ҚАРАХАНОВА	
Невротик бузилишларда самарали психокоррекция.....	102

СОДЕРЖАНИЕ

Халиджан Махамаджанович КОМИЛОВ, Наргиза Миршовкатовна НОРМАТОВА, Нодира Миршовкатовна АЛИХАНОВА Эпидемиологические аспекты диабетической ретинопатии в Узбекистане ...	10
Латифа Хакимовна ШАРИПОВА и Фируза Рахматовна ЖУРАЕВА Особенности распространения патологии глаз у детей-школьников	19
Азиз Азадиллаевич ТАШМУХАМЕДОВ, Бузруков Батир ТУЛКУНОВИЧ Тампонада витреальной полости силиконовым маслом в условиях афакии ..	27
Баходир Садыкович АЗИЗОВ Андрей Леонидович ТИЩЕНКО, Ойбек Джураевич ИБРАГИМОВ, и Эвелина Владимировна КОЛДАРОВА Оценка эффективности применения озонотерапии у больных псориазом на основании морфологических изменений кожи	34
Мактуба Хабибуллаевна МИРРАХИМОВА Разработка и внедрение анкеты по выявлению аллергических заболеваний у детей.....	41
Елена Владимировна БОЙКО Хирургическое лечение почечно-клеточного рака с распространением опухоли в правое предсердие.....	46
МУКИМОВ Одилжон Ахмаджанович, ИСАНОВА Диёра Ровшанбековна Пародонтологическая стоматологическая помощь населению.....	51
Ёкуб Кувватович ЭРОНОВ, Шоиста Болтаевна ДЖУМАЕВА Современные подходы к лечению гингивита у детей раннего возраста и подростков.....	60
Малика Худайбергановна ИБРАГИМОВА, Хайдар Пазылович КАМИЛОВ Тактика диагностики и лечения хронического генерализованного катарального гингивита при хроническом калькулезном холецистите.....	65
Сайфиддин Рисбаевич БАЙМАКОВ, Сейдамет Шевкет-угли ЮНУСОВ, Собиржон Эргашевич МАМАРАДЖАБОВ, Шерзод Шавкатович Болтаев и Хамидбек Курбоналиевич Расулов Эхинококк печени, осложненный механической желтухой (случай из практики)	76
Эргаш Юлчиевич МАХАМАДАЛИЕВ, Талиха Шукуровна МАМАТОВА, Сайфиддин Саидазимович АРИФОВ	

Ультразвуковая диагностика и клинико-биохимические критерии развития паратонзиллярного абсцесса	82
Жасурбек Махмуджонович БУТАБОЕВ, Адхам Лутфуллаевич КАСИМОВ, Ахмадулло Зокирович ОТАКУЗИЕВ, Сарварбек Зайнобиддинович САЛАХИДИНОВ и Мушаррафхон Махмуджоновна БУТАБАЕВА	
Диагностические критерии эхинококкоза печени и меры профилактики его послеоперационных осложнений	90
Сарвиноз Алишеровна КАРАХАНОВА	
Эффективная психокоррекция при невротическом расстройстве	102

CONTENTS

Khalidjan Mahamadjanovich KOMILOV, Nargiza Mirshovkatovna NORMATOVA Nodira Mirshovkatovna ALIKHANOVA Epidemiological aspects of diabetic retinopathy in Uzbekistan	10
Latifa Hakimovna SHARIPOVA & Firuza Raxmatovna JURAEVA Distribution features of eye diseases in children of school age.....	19
Aziz Azadillayevich TASHMUKHAMEDOV Batir Tulkunovich BUZRUKOV Silicone oil tamponade in aphakic eyes	27
Bahodir Sadikovich AZIZOV Andrey Leonidovich TISHENKO, Oybek Djuraevich IBRAGIMOV, and Evelina Vladimirovna KOLDAROVA Evaluating the effectiveness of ozone therapy in patients with psoriasis based on morphological changes in the skin.....	34
Maktuba Habibullayevna MIRRAKHIMOVA Development and implementation of the questionnaire to detect allergic diseases in children.....	41
Elena Vladimirovna BOYKO Surgical treatment of renal cell carcinoma with the extension of the tumor into the right atrium	46
MUKIMOV Odiljon Ahmadjonovich, ISANOVA Diyora Rovshanbekovna Parodontal dental care to the population.....	51
Yokub Kuvvatovich ERONOV Shoista Boltaevna DJUMAEVA Modern approaches to treatment of gingivitis in early ages and teenagers	60
Malika Khudayberganovna IBRAHIMOVA, Haydar Pazilovich KAMILOV, Tactics of diagnosis and treatment of chronic generalized catarrhal gingivitis in chronic calculous cholecystitis	65
Сайфиддин Рисбаевич БАЙМАКОВ, Сейдамет Шевкет-угли ЮНУСОВ, Собиржон Эргашевич МАМАРАДЖАБОВ, Шерзод Шавкатович Болтаев и Хамидбек Қурбоналиевич Расулов Hepatic echinococcosis by complicated mechanical jaundice (case report)	76
Ergash Yulchievich MAKHAMADALIEV, Taliha Shukurovna MAMATOVA, Saifiddin Saidazimovich ARIFOV	

Ultrasound diagnostics and clinical - biochemical criteria for development of paratonsillar abscess.....	82
Jasurbek Makhmudjonovich BUTABOEV, Adham Lutfullaevich KASIMOV, Akhmadullo Zokirovich OTAKUZIEV, Sarvarbek Zainobiddinovich SALAKHIDINOV and Musharrafkhon Makhmudjonovna BUTABAEVA	
Diagnostic criteria liver echinococcosis and measures for prevention of its postoperative complications.....	90
Sarvinoz Alisherovna KARAKHANOVA	
Effective psychopharmacological therapy in anxiety disorders.	102

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Халиджан Махамаджанович КОМИЛОВ¹, Наргиза Миршовкатовна НОРМАТОВА¹, Нодира Миршовкатовна АЛИХАНОВА²

¹ *Кафедра офтальмологии, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан*

² *Научный отдел диабетологии, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии им. академика Ё.Х. Туракулова, Республика Узбекистан*

Для цитирования: Х.М. Комилов, Н.М. Норматова, Н.М. Алиханова. Эпидемиологические аспекты диабетической ретинопатии в Узбекистане *Journal of Biomedicine and Practice* 2019, vol. 2, issue 3, pp.11-19

<http://10.26739/2181-9300-2019-3-1>

Статья поступила в редакцию 28 июня 2019 г.

Рекомендована в печать 10 июля 2019 г.

Контактная информация: Наргиза Миршовкатовна Норматова, кафедра офтальмологии, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан, ул.Паркентская 51, Ташкент, Республика Узбекистан, 100007, тел: +998931805070, E-mail: n.normatova@mail.ru

АННОТАЦИЯ

В данной статье представлены результаты распространенности диабетической ретинопатии в целом по Узбекистану и в разрезе областей, по данным двух национальных регистров сахарного диабета 2007 и 2010 гг., а также данные за 2016 год, полученные на основе новых внедренных отчетных формах. Была дана оценка качеству лечебно-профилактической помощи по количеству случаев диагностированной диабетической ретинопатии на один случай потери зрения.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая ретинопатия, эпидемиология

Epidemiological aspects of diabetic retinopathy in Uzbekistan

Khalidjan Mahamadjanovich KOMILOV¹, Nargiza Mirshovkatovna NORMATOVA¹ Nodira Mirshovkatovna ALIKHANOVA²

¹*Department of ophthalmology, Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Republic of Uzbekistan*

²*Scientific department of diabetology, Center for the scientific and clinical study of endocrinology named after academician Yo.Kh.Turakulov, Republic of Uzbekistan*

Corresponding author: Nargiza Mirshovkatovna Normatova, Department of ophthalmology, Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Republic of Uzbekistan, 51 Parkent street, Tashkent, Republic of Uzbekistan, 100007, тел: +998931805070, E-mail: n.normatova@mail.ru



ANNOTATION

This article presents the results of the prevalence of diabetic retinopathy in Uzbekistan as a whole and in terms of areas, according to the two national diabetes registries in 2007 and 2010, as well as data for 2016, obtained on the basis of newly introduced reporting forms. The quality of treatment-and-prophylactic care was assessed according to the number of cases of diagnosed diabetic retinopathy for one case of vision loss.

Key words: diabetes mellitus, diabetic retinopathy, epidemiology

Ўзбекистонда диабет ретинопатиясининг эпидемиологик аспекти

Холиджон Махаммаджонович КОМИЛОВ¹, Наргиза Миршовкатовна НОРМАТОВА¹, Нодира Миршовкатовна АЛИХАНОВА²

¹Офтальмология кафедраси, Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Ўзбекистон Республикаси

²Диабетология илмий бўлими, Академик Ё.Х.Туракулов номидаги Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган эндокринология илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси

Мурожаат учун: Наргиза Миршовкатовна Норматова, офтальмология кафедраси, Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Тошкент, Ўзбекистон Республикаси, Паркент кўчаси, 51-уй, 100007, тел: +998931805070, E-mail: n.normatova@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Ушбу мақолада Ўзбекистон ва унинг ҳудудларида диабет ретинопатиясини тарқалганлиги ҳақидаги 2007 ва 2010 йиллар қандли диабет миллий регистри, ҳамда татбиқ қилинган 2016 йил янги ҳисобот шакллари асосида олинган натижалар кўрсатилган. Битта кўриш қобилятини йўқотиш ҳолатига тўғри келадиган аниқланган диабет ретинопатияси ҳолатлари сони бўйича даволаш-профилактика сифатига баҳо берилган.

Калит сўзлар: қандли диабет, диабет ретинопатияси, эпидемиология

Введение.

По данным статистического отчета Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии число больных с сахарным диабетом (СД) в Узбекистане составило 202901 человек на 1 января 2019 года. Однако эти данные не отражают действительной распространенности диабета в Узбекистане, истинное количество в несколько (6-10) раз выше по сравнению с больными взятыми на «Д» учет [1,2].

Наиболее тяжелым осложнением сахарного диабета (СД) является диабетическая ретинопатия (ДР), которая занимает одно из первых мест среди причин слепоты у лиц трудоспособного возраста. Согласно исследованию Zimmet PZ., с соавт., через 20 лет от начала заболевания практически 100% больных сахарным диабетом 1 типа имеют диабетическую ретинопатию, при этом $\frac{2}{3}$ – пролиферативную стадию. Учитывая, что выявляемость СД 2 запаздывает в среднем на 6-8 лет, на момент установления диагноза сахарного диабета у $\frac{1}{3}$ больных выявляется ретинопатия, а через 20 лет диагностируется почти у 70%,

при этом каждый пятый из них имеет пролиферативную стадию [8,12,15].

Вместе с тем, эпидемиологические исследования в популяции населения города Москвы [5] показали, что распространенность диабетической ретинопатии у больных СД 1 выявляется в 58,1% случаев, у больных СД 2 в 58,4% случаев. При вновь выявленном СД 2 уже 22,1% больных имеют ДР, а у больных СД 1 в дебюте заболевания диабетическая ретинопатия отсутствует.

В Казахстане частота диабетической ретинопатии составляет 40,8%, распространенность – 26,8 на 10000 населения, в том числе 17,84 на 10 000 сельского населения и 41,33 на 10 000 городского населения. В структуре причин слепоты ДР занимает 4 место после катаракты, глаукомы и травм органа зрения. Среднегодовой показатель первичной инвалидности по причине диабетической ретинопатии в расчете на 10 000 населения РК составляет 0,1. При этом, в 4,3-12 раз фактическая инвалидность по зрению по причине диабетической ретинопатии выше чем регистрируемая. Слепота от диабетической ретинопатии составляет в среднем 3,9%. Более половины больных сахарным диабетом не подозревают наличие ДР и соответственно не обращаются своевременно за консультацией к специалисту [4,13]. По данным КазНИИ глазных болезней, только 13,4% опрошенных знают о том, что ДР является осложнением СД, 12,7% больных СД из числа информированных о развитии ДР не знают, что она может явиться причиной слепоты [3]. 44,2% больных СД с давностью заболевания от одного года до 10 лет ни разу не были осмотрены офтальмологом, 9,5% по причине нежелания обследоваться, 41,6% из-за отсутствия информации о необходимости обследования, 48,9% из-за отсутствия офтальмолога по месту жительства.

По данным ВОЗ профилактика развития сосудистых осложнений у больных СД должна вестись по трем направлениям:

Проведение активного скрининга и раннего выявления ДР, формирование групп риска и внедрение методов профилактики. Проведение скрининга ДР согласно Протоколу Сент-Винсентской декларации позволяет сохранить зрение примерно у 60% больных сроком до 10 лет [7,9,10].

Внедрение международных и национальных стандартов диагностики и профилактики ДР. Проведение обучения врачей и больных в «Школе диабета» с целью формирования устойчивой мотивации, направленной на оптимизацию лечебного процесса [14].

Организация системы динамического контроля за состоянием больных с ДР, которая включает разработку регистров на разных уровнях медицинской помощи, оценку эффективности системы специализированной помощи больным на региональных уровнях[11].

Цель. Сравнительное изучение эпидемиологической ситуации в отношении ДР, в целом по стране и в разрезе областей, по данным Национального регистра сахарного диабета (НРСД), оценив качество лечебно-профилактической помощи.

Материалы и методы. Проведено эпидемиологическое, одномоментное, поперечное, описательное (cross-sectional) исследование информационной базы данных Национального регистра больных СД (НРСД) РУз, где на конец 2007 и

2010 г. было зарегистрировано 86828 и 111054 больных, соответственно. Полученные результаты Национального Регистра послужили основанием для изменения отчетной формы по СД и внедрения в работу статистических отделов областных эндокринологических диспансеров, по которой стали формироваться ежегодные отчеты. В данной статье представлены результаты двух регистров 2007 и 2010 гг., а также данные за 2016 год, на основе внедренных новых отчетных формах.

Результаты и их обсуждение. Нами были получены результаты, согласно которым ДР выявлялась у 35479 (41,0%) больных СД в 2007 г., и у 55963 (51,3%) в 2010 г. Прирост ДР был статистически достоверным: ОШ=1,52; 95%ДИ: 1,49-1,55, $p<0.01$. В 2007 г. рост ДР отмечался за счет больных СД2 типа, частота которого составила 40,1%, а в 2010 г. – уже 51,0% (ОШ=1,55; 95%ДИ: 1,52-1,58, $p<0,01$). Среди больных СД1 отмечено недостоверное снижение уровня ДР – с 47,9 до 46,8%. (рис. 1). К 2017 г. частота ДР значительно уменьшилась в 1,5 раза, составив 34,9%, при этом ОШ=0,51; 95%ДИ: 0,43-0,61, $p<0.01$.

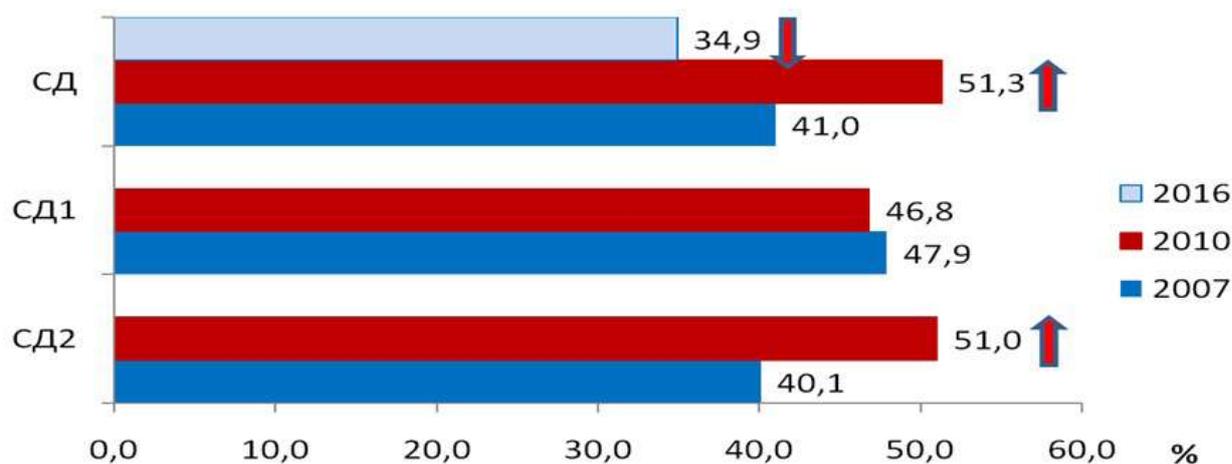


Рисунок 1. Распространенность ДР среди больных СД, 2007, 2010, 2016 гг. (стрелками указаны статистически значимые рост или снижение)

Нами также была изучена распространенность ДР в зависимости от областей РУз (рис.2). В 2007 г. колебания частоты ДР составили от 10,7% в РКК до 63,8% в Кашкадарьинской области. В 2010 г. в 2-3 раза увеличилась выявляемость ДР в г. Ташкенте (с 23,4 до 58,5%), Бухарской области (с 20,5 до 54,5%) и РКК (с 10,7 до 33,0%). Почти в 3 раза сократилась выявляемость ДР в Кашкадарьинской области. В некоторых АТЕ статистика фактически не изменилась: в Ферганской, Ташкентской, Самаркандской, Наманганской, Сырдарьинской областях. С 2010 г. к 2017 г. частота ДР резко упала почти во всех регионах за исключением г. Ташкента (58,8 и 76,8%), Андижанской (46,0 и 51,4%) и Кашкадарьинской (25,2 и 34,2%) областей. С 2007 по 2010 гг. частота слепоты среди больных СД значительно сократилась почти в 2 раза с 0,59% до 0,32% (ОШ=1,85, 95%ДИ: 1,2-2,85, $p<0,01$), и к 2017 г. – отмечено некоторое повышение частоты слепоты в стране – с 0,32

до 0,4%.

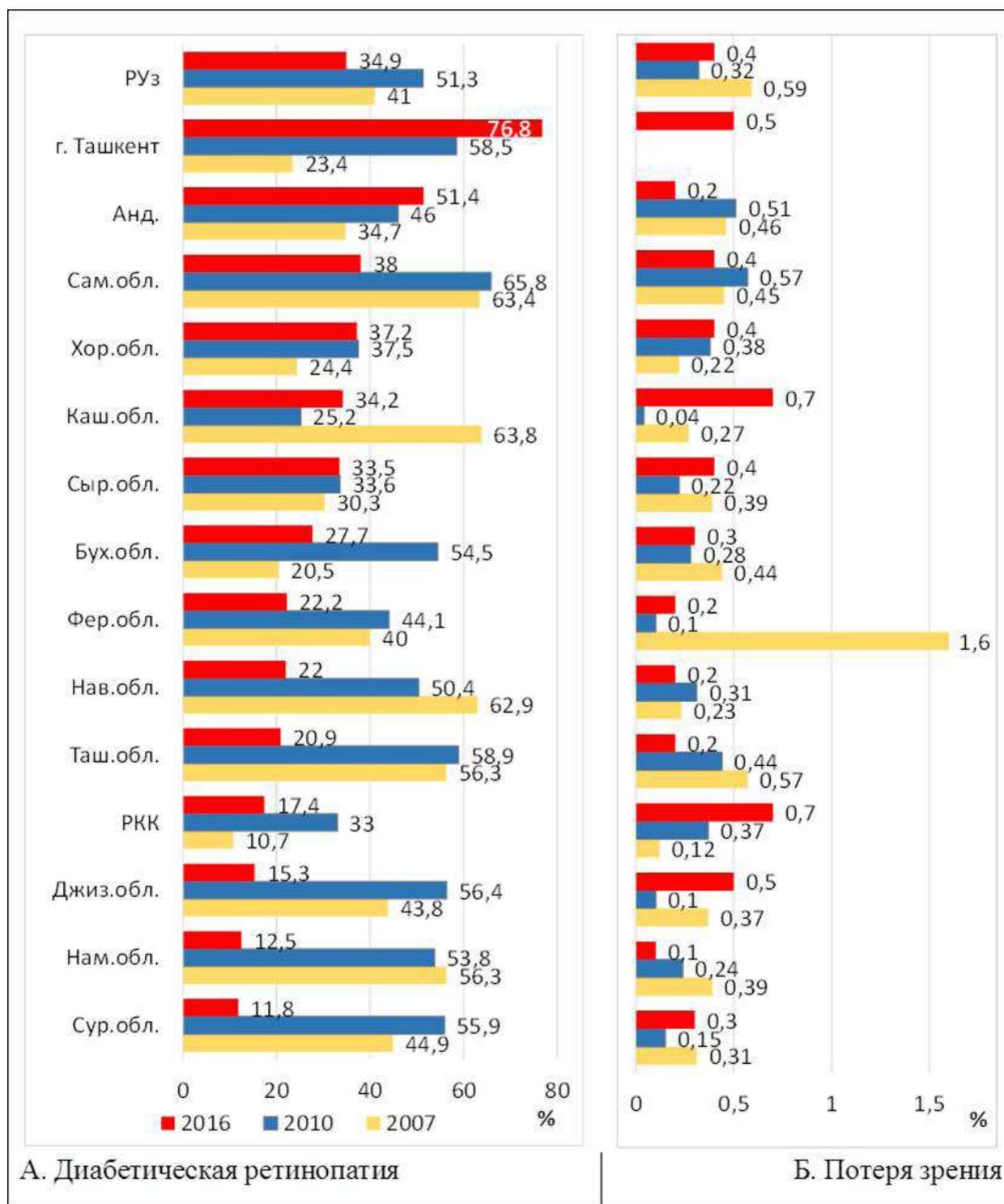


Рисунок 2. Частота диабетической ретинопатии (А) и частота потери зрения (Б) среди больных СД в разрезе областей РУз (в %), 2007, 2010 и 2016 гг.

В разрезе областей в 2007 г. только в Ферганской области частота случаев потери зрения превосходила средние показатели по стране, составляя 1,6%. Минимальная частота зафиксирована в РКК – 0,12%. Далее в 8 из 14 областей показатели снижаются, причем в Ферганской области – в 16 раз, Кашкадарьинской

– в 7 раз, Джизакской – в 4 раза, Сурхандарьинской – в 2 раза. Однако, именно в этих областях к 2017 г. регистрируется значительное повышение случаев слепоты: в 2-17 раз. Стабильно низкая частота слепоты (ниже средних по республике данных) фиксировалась в Сырдарьинской, Бухарской, Навоийской, Наманганской и Сурхандарьинской областях. К 2017 г. высокие показатели наблюдались в Кашкадарьинской области и РКК, по 0,7%. Далее представлены данные по количеству случаев с диагностированной ДР среди больных на один случай потери зрения (рис. 3). В 2007 г. из 70 человек с ДР у одного больного наблюдалась потеря зрения. Усиление работы по выявлению новых случаев ДР, привело к значительному прогрессу в профилактике такого тяжелого осложнения как слепота: в итоге только у одного из 160 больных с ДР развивалась потеря зрения. Через 6 лет к 2017 г. показатели фактически вернулись к уровню 2007 г., составив 87 случая с ДР на один случай слепоты.

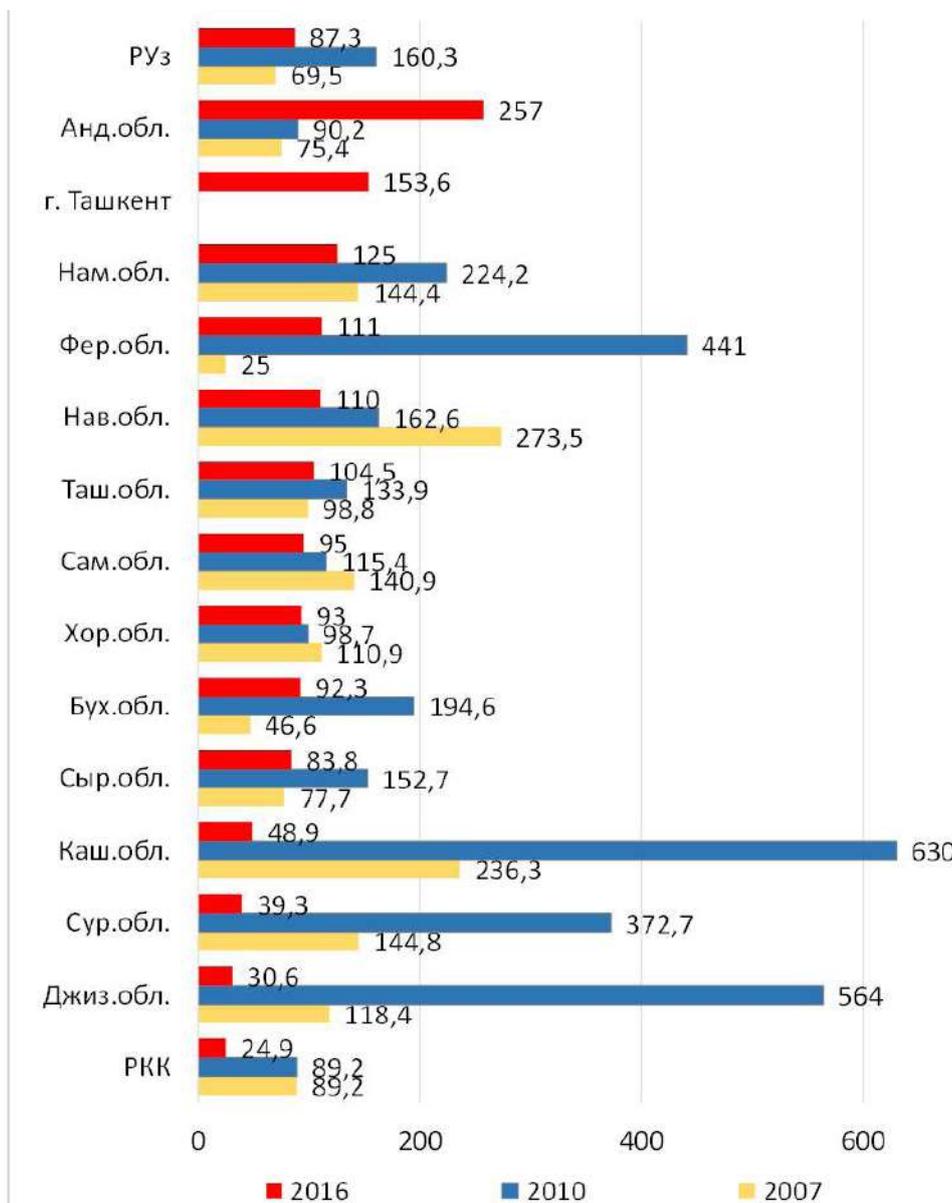


Рисунок 3. Оценка эффективности предоставляемой помощи по количеству

выявленных ДР на один случай потери зрения по РУз и в разрезе областей 2007, 2010 и 2016 гг.

Такая ситуация возникла из-за крайне низких показателей в 2016 г. в Кашкадарьинской (48,9), Сурхандарьинской (39,3), Джизакской (30,6) областях и РКК (24,9). Эти уровни соответствуют показателям в Ферганской (25,0) и Бухарской (46,6) областей в 2007 г. Но следует отметить, что в 2007-2010 гг. в этих областях были высокие показатели, за исключением РКК. Именно в РКК наблюдаются стабильно низкие показатели по стране. Стабильно высокие показатели отмечены в Андижанской (75,4, 90,2 и 257,0), Наманганской (144,4, 224,2 и 125,0), Навоийской (273,5, 162,2 и 110,0, хотя здесь отмечается снижение), Самаркандской (140,9, 115,4 и 95,0) и Хорезмской (110,9, 98,7 и 93,0) областях. Изучение распространенности ДР в зависимости от возраста показало, что в 2007 г. наибольшее распространение ДР выявлено среди больных 50-59 лет (36,01%). В общем, четверо из пяти больных ДР – это лица старше 50 лет, а трое из пяти – лица 50-69 лет. В 2010 г. статистически значимо уменьшается распространенность ДР среди лиц младше 50 лет (ОШ=0,78; 95%ДИ: 0,73-0,84, $p<0,01$). Но доля больных с ДР в возрасте 50-59 лет остается самой большой без изменений – 36,18%. В 2016 г. доля больных ДР среди возрастных групп 50-59 и 60-69 лет фактически сравнивается, указывая на смещение распространенности ДР в сторону групп, старше 50 лет (ОШ=1,45; 95%ДИ: 1,34-1,57, $p<0,01$).

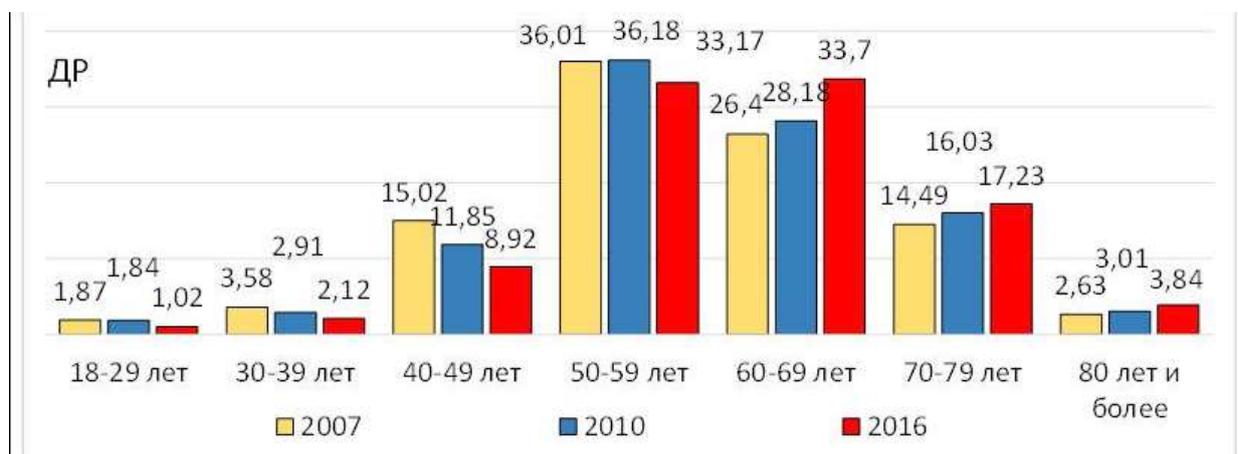


Рисунок 4. Распределение пациентов с диабетической ретинопатией среди больных СД в зависимости от возраста, 2007, 2010, 2016 гг.

Заключение. Таким образом, наши исследования показали, что в 2007 г. ДР была зарегистрирована у 41,0% больных СД (47,9% СД1 и 40,1% СД2), в 2010 г. – у 51,3% (46,8% СД1 и 51,0% СД2), в 2016 г. – у 34,9%. Слепота развивалась соответственно у 0,59, 0,32 и 0,4% больных. Наибольшее распространение ДР выявлено среди больных 50-59 лет. При этом статистически значимо уменьшается распространенность ДР среди лиц младше 50 лет (ОШ=0,78; 95%ДИ: 0,73-0,84, $p<0,01$). Частоту ДР и слепоты характеризует большая вариабельность в разрезе областей и годам наблюдения. Стабильно низкое качество оказываемой помощи по профилактике потери зрения выявлено в РКК.

Эти замечания необходимо учесть в принятии мер по борьбе с распространением СД и его осложнений в стране, если учесть, что для среднеазиатского региона процент слепоты, вызванной ДР, составил 3,6%, тогда как в других регионах Азии с соответствующим уровнем дохода страны он был значительно ниже: в Южной Азии - 0,16%, Океании - 0,32%, Восточной Азии - 0,51% и Юго-Восточной Азии - 0,59% [4,6].

Литература.

1. Alikhanova N.M. (2018) Rasprostranennost diabeticheskoy retinopatii, po dannym nacionalnogo registra saxarnogo diabeta [The prevalence of diabetic retinopathy, according to the national register of diabetes]. *Pediatriya*, (2), 36–42.
2. Alikhanova N.M., Ismailov S.I., Akbarov Z.S. (2016) Rezultaty nacionalnogo registra saxarnogo diabeta po Buxarskomu, Navoijskomu, Khorezmskomu viloyatam i Respublike Karakalpakistan [Results of the National Register of diabetes in the Bukhara, Navoi, Khorezm regions and the Republic of Karakalpakstan]. *Mezhdunarodnyj endokrinologicheskij zhurnal*, (3), 39–42.
3. Alikhanova N.M., Ismailov S.I., Akbarov Z.S., Kayumova D.T., Shamansurova Z.M., Normatova N.M., Mukhamedova F.A., Kasimov F.A., Rahimdzhanova M.T. (2016) Analysis of key indicators of diabetes register in the republic of Uzbekistan. *Baltic Endocrinology*, 9, 23–27.
4. Botabekova T.K., Stepanova I.S., Kromarenko Yu.S. (2015). Diabeticheskaya retinopatiya: problemy i puti resheniya [Diabetic retinopathy: problems and solutions]. *Rossijskaya detskaya oftalmologiya* (4) (Online) Available:
5. Chawla A, Chawla R, Jaggi S. (2016) Microvascular and macrovascular complications in diabetes mellitus: Distinct or continuum? *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 4, 546-551.
6. Dedov I.I., Shestakova M.V., Vikulova O.K. (2017) Epidemiologiya saxarnogo diabeta v Rossijskoj Federacii: kliniko-statisticheskij analiz po dannym federalnogo registra saxarnogo diabeta [Epidemiology of diabetes in the Russian Federation: clinical and statistical analysis according to the Federal Register of Diabetes]. *Saxarnyj diabetes*, (1), 13-41. Standards of Medical Care in Diabetes (2019): Summary of Revisions. *Diabetes Care*. 39 Suppl 1, 4-5
7. Emily Y. Chew et al. (2014) The Effects of Medical Management on the Progression of Diabetic Retinopathy in Persons with Type 2 Diabetes: The ACCORD Eye Study *Ophthalmology*, 121(12), 2443–2451
<https://eyepress.ru/sbornik>
8. International Diabetes Federation (2017) Diabetic Atlas. p. 6
9. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline 28 [NG28]. Type 2 diabetes in adults: management. Published date: December 2015 Last updated: May 2017 Available from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28> [article online]
10. Sorrentino, F. S., Matteini, S., Bonifazzi, C., Sebastiani, A., Parmeggiani, F. Diabetic retinopathy and endothelin system: microangiopathy versus endothelial dysfunction

tion //Eye. – 2018. – C. 1-7.

11. SPRINT Research Group. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 2015; 373:2103—2116.

12. Standards of Medical Care in Diabetes (2019): Summary of Revisions. *Diabetes Care*. 39 Suppl 1, 4-5

13. Toktarova N. N., Bazarbekova R. B., Dosanova A. K. (2017) Rasprostranennost saxarnogo diabeta 2 tipa sredi vzroslogo naseleniya Kazaxstana (rezultaty registrovogo nacionalnogo issledovaniya NOMAD) [The prevalence of type 2 diabetes in the adult population of Kazakhstan (results of the NOMAD register national study)]. *Medicine*, (6), 180.

14. WHO/NMH/NVI/16.3, (2016) Global report on diabetes (Online) Available: <https://www.who.int/diabetes/global-report/en/>

15. Zimmet P.Z., Alberti K.G. (2016). Epidemiologiya diabeta - sostoyanie pandemii i problemy, svyazannye s metabolicheskoy xirurgiej. uxod za diabetom. [The epidemiology of diabetes is a state of pandemic and problems associated with metabolic surgery]. *Uxod za diabetom*, (39), 878-883.



ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ-ШКОЛЬНИКОВ

Латифа Хакимовна ШАРИПОВА и Фируза Рахматовна ЖУРАЕВА

Кафедра «Педиатрия», Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

Для цитирования: Шарипова Л.Х., Жураева Ф.Р., Особенности распространения патологии глаз у детей-школьников. *Journal of Biomedicine and Practice* 2019, vol. 2, issue 3, pp. 20-28

<http://10.26739/2181-9300-2019-3-2>

Статья поступила в редакцию 15 мая 2019 г.

Рекомендована в печать 8 июня 2019 г.

Контактная информация: Хуршида Пулатовна Кенжаева - Кафедра «Общественные науки», Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, Бухарская область город Бухара, улица Газлишох 9-дом, 3-квартира, телефон +99891 401-30-21, электронная почта: kenjayeva70@mail.ru

ru

АННОТАЦИЯ

В подавляющем большинстве случаев тяжелые зрительные расстройства являются следствием врожденно-наследственной патологии, в том числе обусловленной осложнениями перинатального периода, внутриутробными нарушениями или наследственными факторами. Более чем в 60% случаев офтальмопатология у детей-инвалидов сочетается с нарушениями центральной нервной и сердечно-сосудистой систем. А также отклонениями в психической сфере, наследственной отягощенности, особое значение имеет еще один фактор нарушения зрения это школьное обучение. Так, по нашим данным, количество детей с нарушением зрения за время обучения в школе увеличивается почти в 10 раз-с 9,5% перед поступлением в школу до 90,5% перед окончанием школы. То есть количество учащихся с пониженным зрением увеличилось за период школьного обучения. Удельная частота нарушения зрения достоверно выше среди детей старшего возраста. Часто преобладает сочетание глазной патологии с соматическими заболеваниями (92.8%). Снижен темп прироста силы дыхательных мышц у слабовидящих детей в старшем школьном возрасте.

Ключевые слова. Патология, нарушения зрения, наследственность.

DISTRIBUTION FEATURES OF EYE DISEASES IN CHILDREN OF SCHOOL AGE.

Latifa Hakimovna SHARIPOVA & Firuza Raxmatovna JURAEVA

Department of "Pediatrics", of Bukhara state medical Institute, Republic of Uzbekistan

Contact information: Khurshida Pulatovna KENJAYEVA - Department of social Sciences, Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara region, Bukhara city, Gazly soh street 9- 3, telephone number: +99891 401-30-21, e-mail:

kenjayeva70@mail.ru

ANNOTATION

In the overwhelming majority of cases, severe visual disorders are the result of congenital and hereditary pathology, including those caused by complications of the perinatal period, intrauterine disorders or hereditary factors. In more than 60% of cases, ophthalmopathology in children with disabilities is combined with disorders of the central nervous and cardiovascular systems, deviations in the mental sphere. Hereditary burden, of particular importance is another factor in visual impairment - this is schooling. Thus, according to our data, the number of children with visual impairment during schooling increases by almost 10 times, from 9.5% before entering school to 90.5% before leaving school. That is, the number of students with low vision has increased during the period of schooling. The specific frequency of visual impairment is significantly higher among older children. Often the combination of ocular pathology with somatic diseases prevails (92.8%). Reduced rate of increase in respiratory muscle strength in visually impaired children in senior school age

Keyword. Pathology, visual impairment, heredity.

МАКТАБ ЎҚУВЧИЛАРИДА КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИ ТАРҚАЛИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Латифа Хакимовна ШАРИПОВА ва Фируза Рахматовна ЖУРАЕВА

«Педиатрия» кафедраси, Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси

Ўзишмаларга жавобгар шахс: Хуршида Пулатовна КЕНЖАЕВА «Ижтимоий фанлар» кафедраси, Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро вилояти, Бухоро шаҳри, Газлишоҳ кўчаси 9-3. Телефон рақами: +99891 401-30-21, e-mail: kenjayeva70@mail.ru

ANNOTATSIYA

Ко'pchilik hollarda jiddiy vizual buzilishlar tug'ma va irsiy patologiyaning natijasidir, shu jumladan perinatal davrning asoratlari, homiladorlik davri kasalliklari yoki irsiy omillar tufayli yuzaga chiqadi. 60% dan ortiq hollarda nogiron bolalardagi oftalmopatologiya markaziy asab va yurak-qon tomir tizimlarining buzilishlari, aqliy zo'riqishdagi og'ishlar bilan birgalikda kechadi. Ayniqsa, irsiy omillar, ko'rishning buzilishida yana bir omil - bu maktabda o'qishdir. Shunday qilib, bizning ma'lumotimizga ko'ra, maktabda o'qish davomida ko'rish qobiliyati past bo'lgan bolalar soni qariyb 10 barobar, maktabni tark etishdan avval 9,5 foizdan 90,5 foizgacha ko'tariladi. Ya'ni, o'qish davomida ko'rish qobiliyati pasaygan o'quvchilar soni ortdi. Katta yoshdagi bolalar orasida ko'rish qobiliyatining yomonlashuvi aniqlandi. Odatda ko'rish patologiyasining somatik kasalliklar bilan birgalikda kechishi (92,8%) ustunlik qiladi. Yuqori maktab yoshidagi ko'rish qobiliyati past bo'lgan bolalarda nafas mushaklarining rivojlanish kuchi kamaydi.

Калит сўзлар. Патология, визуал бузилиш, ирсий.

Введение. По данным ВОЗ ежегодно инвалидами по зрению становятся 4300 детей. В контингенте слепых и слабовидящих более 10000 детей до 18 лет, в

том числе почти 650 до 6 лет. Следует также учитывать, что у 21% инвалидов зрительные расстройства наступили в детском возрасте [3,4,5].

Одним из самых значительных факторов нарушений зрения, несомненно, является школьное обучение [7,8,9]. Большинство авторов указывают на рост распространенности патологии глаз в период обучения в школе. Так, по данным В.И. Поспелова [3], количество детей с нарушением зрения за время обучения в школе увеличивается более чем в 2 раза- с 7,7% перед поступлением в школу до 18,6% перед окончанием школы. Аналогичные данные получены Т.Н. Головановой [5,6] количество учащихся с пониженным зрением увеличилось за период школьного обучения с 6,8 до 15,7%, а по данным Либман Э. С., Шахова Е. В, количество таких детей увеличивается почти в 3 раза, а к призывному возрасту каждый четвертый юноша имеет патологию зрения [11,12]. При этом 50,3% всех детей со сниженным зрением- это дети с миопической рефракцией. Частота миопии превышает в 2 раза и более встречаемость нарушения осанки, патологии желудочно-кишечного тракта, вегетососудистой дистонии [15,16]. Также отмечается, что обучение и воспитание детей с нарушением зрения имеет свои особенности [1,17].

Цель научной работы заключалась в изучении особенностей патологии органа зрения у детей-школьников по данным интерната для слепых.

Для выполнения этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить частоту глазной патологии у детей, проживающих в условиях Бухарской области.
2. Определить клинические формы патологии глаз.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач изучили медицинские карты учащихся школы - интерната. Среди обследованных мальчиков было несколько больше - 91 (59,1%), чем девочек- 63 (40,9%). Большинство детей - 56 (36,4%) имели возраст 13-15 лет (табл. 1.).

Таблица 1.

Распределение школьников интерната по возрасту и полу

В о з р а с т учеников	Пол				Всего	
	девочки		мальчики		Абс	%
	Абс.	%	Абс.	%		
7-9 лет	24	15,58	9	5,8	33	21,4
10-12	15	9,74	22	14,28	37	24,1
13-15	35	22,72	21	13,63	56	36,4
16 и старше	17	11,03	11	7,14	28	18,1
Всего	63	40,9	91	59,19	154	100

По данным, взятых из медицинских карт учащихся школы интерната, и по заключению офтальмолога выявили, что у школьников чаще наблюдается слабовидение, чем слепота (табл.2.)

В группе слепых, значительное место занимают дети с остротой зрения от 0,01 до 0,04. В группе детей со слабовидением острота зрения чаще в пределах 0,05- 0,08 - 25,9%, а детей с остротой зрения от 0,09 до 0,2- 20,7%.

Таблица 2.

Распределение школьников по остроте зрения

Острота зрения с коррекцией на лучшем глазу.	Абс.	%
Полностью слепой	26	16,88
Светоощущение	7	4,54
Счет пальцев у лица	4	2,59
От 0,01 до 0,04	32	20,77
Всего слепых:	69	44,81
Слабовидящие:		
От 0,05 до 0,08	40	25,97
От 0,09 до 0,2	32	20,77
От 0,3 до 0,5 и более	13	8,4
Всего слабовидящих:	85	55,19
Общее количество	154	100

Результаты и обсуждения: Изучая распространенность патологии зрения, отмечено, что в школе чаще обучаются дети с врожденными патологиями глаз, таких как врожденная катаракта, афакия, аномалии рефракции, микрофтальмия и др. Клинические формы патологии глаз у обследованных нами школьников приведено в таблице 3.

Как видно из таблицы в структуре глазной нозологии первое место занимают аномалии рефракции 51 (33,2%), среди которых превалирует высокая близорукость, в сочетании с астигматизмом. Второе место занимают аномалии хрусталика, в виде врожденной катаракты (17,5%) и афакии (7,2%).

Одним из характерных проявлений патологии органа зрения является сочетание глазной патологии с другими основными или сопутствующими заболеваниями.

Таблица 3.

Клинические формы патологии глаз у школьников интерната для слепых

Клинические формы заболевания	Абс.	%
Аномалии рефракции:		
Из них близорукость	24	15,6
Высокая дальнозоркость	16	10,4
Астигматизм	11	7,2
Аномалии хрусталика:		
Врожденная катаракта	27	17,5
Афакия	11	7,2
Вывих и подвывих хрусталика	2	1,3
Атрофия зрительного нерва	11	7,2
Заболевания роговой оболочки	3	1,9
Врожденная глаукома	13	8,4
Микрофтальмия	14	9,1
Колобома радужной и сосудистой оболочки	4	2,6
Альбинизм	6	3,9
Атрофия и субатрофия глазного яблока	9	5,8
Тапето-ретиальные дистрофии	3	1,9
ВСЕГО	154	100

По нашим данным, у 143 (92,8%) больных основное заболевание сочеталось с теми или иными болезнями: хроническими тонзиллитами – у 23 (16,1%), диф-

фузным зобом 1 и 2 степени – у 22 (15,4 %), анемией 1 и 2 степени – у 77 (53,8 %) и др. Наряду с этими у 10 (6,9 %) больных основное заболевание сочеталось с патологиями ЦНС: олигофрения, ДЦП (табл.4.).

Таблица 4.

Показатели диспансерного наблюдения учеников школы-интерната для слепых на конец 2016 года

№	Заболевание	Абс.	%
1.	Хронический тонзиллит	23	16,1
2.	Хронический гнойный отит	2	1,4
3.	Диффузный зоб 1 и 2 степени	22	15,4
4.	Плоскостопие	1	0,7
5.	Олигофрения	3	2,1
6.	Детский церебральный паралич	3	2,1
7.	Ночной энурез	6	4,2
8.	Логоневроз	2	1,4
9.	Анемия 1 степени	22	15,4
10	Анемия 2 степени	55	38,4
11	Болезнь Марфана	1	0,7
12	Альбинизм	3	2,1
	Всего	143	100

В школе – интернате обучаются также дети с нарушением состояния в других органах и системах, страдающие аномалиями развития (олигофрения в сочетании со слабовидением и слепотой), тугоухостью 1 и 2 степени, спинномозговой грыжей (послеоперационное состояние) и другие, которые составляют 10,4% всех учащихся.

Важнейшим критерием патологии органа зрения является наследственное предрасположение. По нашим данным, глазная наследственная отягощенность отмечалась у 132 (85,7%) больных детей, причем по отцовской линии – у 38 (28,8%), материнской – у 43 (32,6%), по обоим линиям – 51 (38,6%). Родители страдали различными клиническими формами глазной патологии. Глазная патология родителей и детей во многих случаях совпадали. Это свидетельствует о том, что патология глаз передается по наследству в готовом виде. Изучение частоты глазной патологии у детей, проживающих в условиях Бухарской области, показали следующие результаты (Табл. 5.).

Таблица 5.

Частота глазной патологии у детей, проживающих в разных районах Бухарской

области

(на 10000 детского населения)

Заболевания	Место проживания			
	город		Село	
	Абс.	%	абс	%
Аномалии рефракции	38	41,4	13	20,9
Аномалии хрусталика	18	19,6	22	35,5
Атрофия зрительного нерва	8	8,7	3	4,8
Заболевания роговой оболочки	2	2,1	1	1,7
Врожденная глаукома	7	7,6	6	9,7
Микроофтальмия	6	6,5	8	12,9
Колобома радужной и сосудистой оболочки	2	2,1	2	3,2
Альбинизм	3	3,3	3	4,8
Атрофия и субатрофия глазного яблока	6	6,6	3	4,8
Тапето-ретиальные дистрофии	2	2,1	1	1,7
Всего	92	100	62	100

Среди обследованных школьников интерната городских было несколько больше- 92 (59,8%).

Частота глазной патологии у детей на 10000 детского населения, постоянно проживающих в условиях города и села была неодинаковой.

Во всех случаях числовые различия показателей между городскими и сельскими статистически достоверные ($p \leq 0,05$), что подтверждает закономерность, установленную нами в предыдущих исследованиях.

Таблица 6.

Распределение школьников по остроте зрения

Острота зрения с коррекцией на лучшем глазу.	Абс.	%
Слабовидящие:		
От 0,05 до 0,08	4	19,1
От 0,09 до 0,2	12	57,1
От 0,3 до 0,5 и более	5	23,8
Всего слабовидящих:	21	100

Клинические формы патологии глаз у обследованных нами школьников приведено в таблице 7. С целью проведения сравнительного анализа в исследованиях мы анкетировали 60 учеников 1-класса и 60 учеников 9-класса общеобразовательной школы №4 города Бухары. Среди них: мальчиков -49%, девочек- 51%. Среди 120 опрошенных учеников выявленных больных – 52 (43,3%), из них с симптомами патологии органа зрения- 21 (40,4%) детей, а в общей структуре это составляет 17,5%. Из общего количества обнаруженных школьников с нарушением зрения учеников 1 класса- 2 (9,5%), а учеников 9 класса- 19 (90,5 %). Удельная частота нарушения зрения достоверно ($p \leq 0,05$)

выше среди детей старшего возраста –это ученики 9 класса в возрасте 14-15 лет.

У детей- школьников отмечалось различные нарушения остроты зрения (табл.6).

Таблица 7.

Клинические формы патологии глаз у школьников

Клинические формы заболевания	Абс.	%
Аномалии рефракции:		
Из них близорукость	8	38,1
Высокая дальнозоркость	5	23,8
Астигматизм	2	9,5
Аномалии хрусталика:		
Врожденная катаракта	1	4,8
Вывих и подвывих хрусталика	2	9,5
Заболевания роговой оболочки	1	4,8
Альбинизм	2	9,5
Всего	21	100

Таблица 8.

Показатели диспансерного наблюдения учеников школы на конец 2017 года

№	Заболевание	Абс.	%
1	Хронический тонзиллит	17	20,3
2	Хронический гнойный отит	3	3,6
3	Диффузный зоб 1 и 2 степени	11	13,1
4	Плоскостопие	9	10,7
5	Ночной энурез	4	4,7
6	Логоневроз	3	3,6
7	Анемия 1 степени	21	25,0
8	Анемия 2 степени	14	16,6
9	Альбинизм	2	2,4
	Всего	84	100

Данные медицинских карт учеников показал следующие результаты. Из общего обследованного количества детей (120)-84 (70,0%) школьники страдали различными соматическими заболеваниями: хроническим тонзиллитом – у 17 (20,3 %), диффузный зоб 1 и 2 степени – у 11 (13,1 %), анемия 1 и 2 степени – у 35 (41,6%) и др. (табл.8.).

Следует учитывать тот факт, что родители этих школьников тоже страдали теми или иными формами глазной патологии-7 (33,4%), или среди членов семьи встречается нарушение зрения-3 (14,3%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что помимо наследственной отягощенности, особое значение имеет еще один фактор нарушения зрения – это школьное обучение. Наблюдается рост распространенности патологии глаз в период обучения в школе. Так, по нашим данным, количество детей с нарушением зрения за время обучения в школе увеличивается почти в 10 раз- с 9,5% перед поступлением в школу до 90,5% перед окончанием школы. То есть количество

учащихся с пониженным зрением увеличилось за период школьного обучения.

Заключение

1. В общей структуре заболеваемости детей в возрасте от 6-до 15 лет, проживающих в условиях Бухарской области, заболевания глаз составляют 17,5%. Удельная частота нарушения зрения достоверно выше среди детей старшего возраста.

2. В структуре глазной патологии первое место занимают аномалии рефракции 51(33,2%), среди которых превалирует высокая близорукость, в сочетании с астигматизмом. Второе место занимают аномалии хрусталика, в виде врожденной катаракты (17,5%) и афакии (7,2%). Преобладает сочетание глазной патологии с соматическими заболеваниями (92.8%).

3. У детей с нарушением зрения выражены отклонения в росте на 5- 5,5 см, массы тела на 4-5 кг, окружность грудной клетки при вдохе меньше на 4-5 см. Снижен темп прироста силы дыхательных мышц у слабовидящих детей в старшем школьном возрасте.

4. При нарушении зрения происходит снижение синтеза Ig M и IgG ($P<0,05$), повышение IgA.

Использованная литература

1. Amelyanchik, E. Y. the Effect of active motor regime on the functional state of cardiovascular system and vegetative regulation in preschoolers. // Pediatrics № 2, 2015, P. 4-9.

2. Avaliani S.L.,Andrianova M.M. Okrujayushaya sreda, otsenka riska dlya zdorovya (mirovoy opit). M.,2016 -159 s.

3. Avetisov E.S. Blizorukost.-M., 2014.

4. Belyaeva M.YU.// Materiali nauch.-prakt.konf. «Detskaya oftalmologiya: itogi i perspektivi», 21-23 noyabrya, Moskva, 2016.-S. 297-298.

5. Golovanova T. P. System of prevention and treatment of spasm of accommodation and refractive errors in school conditions: autoref. dis. ... kand. honey. sciences».-M.,2016

6. Ivanov D.A.,Gnusaev S.F. Izmeneniya funktsionalnogo sostoyaniya serdechno-sosudistoy sistemi u detey s insulinzavisimim saxarnim diabetom. // Pediatriya, № 4, 2015: 78-81.

7. Izaak S.I., Panasyuk T.V. Monitoring fizicheskogo razvitiya i fizicheskoy podgotovlennosti rossiyskix detey doshkolnogo vozrasta. // Pediatriya, № 3, 2015 : 60-62.

8. Krukovich E. V., Luchaninova V. N., Nagirnaya L. N., Trankovskaya L. V. Dynamics of physical development of children of Vladivostok. // Pediatrics № 6, 2014: 89-95.

9. Krukovich YE.V., Luchaninova V.N., Nagirnaya L.N., Trankovskaya L.V. Dinamika fizicheskogo razvitiya detey g. Vladivostok. // Pediatriya № 6, 2014: 89-95.

10. Kuzmina A.A., Taranushenko T.YE. Dinamika massi tela kak kriteriy otsenki protsessa adaptatsii pervoklassnikov k shkole. // Pediatriya № 6, 2015: 79-82.



11. Libman E. S., Shakhova E. V. Blindness and disability due to pathology of the visual organ in Russia. // Bulletin of ophthalmology, 2016, № 1, p. 35 -37.

12. Pollen N. Yu. On the relationship of the clinical course of myopia with anatomical somatotype in children and adolescents: autoref. dis. ... kand. Honey. Sciences'.- M., 2017.

13. Rozenblyum Yu. z., Proskurina O. V. //Visual functions and their correction in children: a Guide for physicians/ed. by S. E. Avetisova. M., 2015.- P.-49-57.

14. Sidorenko YE.I. Doklad po oxrane zreniya detey. Problemi i perspektivi detskoy oftalmologii. // Vestnik oftalmologii, 2016, № 1, s. 41 -42

15. Tarasova L.I., Grigoreva YE.G., Abaimov M.A., Andronova O.A. Sostoyanie serdechno-sosudistoy sistemi u bolnix glaukomoy s normalnim davleniem. // Vestnik oftalmologii, № 2, 2015. 32-34.

16. Fedotova T.K. O spetsifike formirovaniya somaticheskogo statusa detey ot 7 do 16 let. // Pediatriya № 5, 2015 g. S. 92-94

17. Van Dayk Yan. Obuchenie i vospitanie slepogluxix kak osoboy kategorii anomalnix detey. // Defektologiya. M., № 4, 2014

АФАКИЯ ХОЛАТИДА ВИТРЕАЛ БЎШЛИҚНИ СИЛИКОН МОЙИ БИЛАН ТАМПОНАДАЛАШ

Азиз Азадиллаевич ТАШМУХАМЕДОВ , Батир Тулкунович БУЗРУКОВ

Офтальмология, болалар офтальмологияси кафедраси, Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси.

Для цитирования: Ташмухамедов А.А., Бузруков Б.Т., Тампонада витреальной полости силиконовым маслом в условиях афакии. Journal of Biomedicine and Practice 2019, vol. 2, issue 3, pp. 29-34

<http://10.26739/2181-9300-2019-3-3>

Статья поступила в редакцию 15 мая 2019 г.

Рекомендована в печать 28 июня 2019 г.

Ёзишмалар учун жавобгар муаллиф: А.А.Ташмухамедов, таянч докторантура изланувчиси (PhD),«Офтальмология, болалар офтальмологияси» кафедраси, Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Богишамол кўчаси, д.223, 100140,Ўзбекистон, тел(+99890)9871327,(+99871)2414826 факс:(+99871) 2414826 e-mail: enterogermina888@gmail.com

АННОТАЦИЯ

Тўр парда кўчиши билан афакия холатидаги 40 та беморда 40 та кўзда хирургик даволаш натижаси ўрганилди. Барча ўрганилган беморларда тампонада афакия холатида, гавхар капсуласи тўсиқ функцияси тўлиқ йўқолган холатда бажарилди. Силикон мойи тампонадасини бошлашдан олдин қорачиқни торайтириш ва олдинги камерага вископрепарат Viscoat ни юбориш жаррохлик амалиёти пайтида силикон мойини олдинги камерага чиқиши бартараф этди ва хавфсиз йўл билан витреал бўшлиқни силикон мойи билан тампонадалаш имконини берди

Калит сўзлар: тўр парда кўчиши, афакия, силикон мойи, силикон миграцияси, перфторорганик суюқлик.

Тампонада витреальной полости силиконовым маслом в условиях афакии Азиз Азадиллаевич ТАШМУХАМЕДОВ, Бузруков Батир ТУЛКУНОВИЧ

Кафедра офтальмологии, детской офтальмологии Ташкентского педиатрического медицинского института, Республика Узбекистан.

Ответственный автор за корреспонденцию: А.А. Ташмухамедов, соискатель базовой докторантуры (PhD), кафедры офтальмологии, детской офтальмологии Ташкентского педиатрического медицинского института, г. Ташкент, ул. Богишамол, д.223, 100140, Узбекистан, тел(+99890)9871327,(+99871)2414826 факс:(+99871) 2414826 e-mail: enterogermina888@gmail.com

АННОТАЦИЯ

Проанализировано результаты хирургического лечение отслойки сетчатки 50-ти глаз у 50-ти пациентов с афакией. Во всех случаях тампонада выполнялась на фоне афакии глаза без сохранения барьерной функции капсулы хрусталика.



Перед началом тампонады силиконовым маслом сужение зрачка и введение вископрепарата Viscoat в переднюю камеру позволило предотвратить миграцию силиконового масла в переднюю камеру и успешно тампонировать витреальную полость силиконовым маслом.

Ключевые слова: отслойка сетчатки, афакия, силиконовое масло, миграция силикона, перфторорганическая жидкость.

Silicone oil tamponade in aphakic eyes

Aziz Azadillayevich TASHMUKHAMEDOV, Batir Tulkunovich BUZRUKOV

Department of Ophthalmology, Pediatric Ophthalmology Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan

Corresponding author: A.A. Tashmukhamedov, PhD of the Department of Ophthalmology, Pediatric Ophthalmology, Tashkent Pediatric Medical Institute, 100140, Tashkent, Republic of Uzbekistan. Bogishamol 223 street, 100140, tel(+99890)9871327, (+99871) 2414826 fax:(+99871) 2414826 e-mail: enterogermina888@gmail.com

ANNOTATION

Analyzed results of surgical treatment of retinal detachment of 50 eyes in 50 patients with aphakia. In all cases, tamponade was performed on the background of aphakia of the eye without preserving the barrier function of the lens capsule. Before starting tamponade with silicone oil, the constriction of the pupil and the inject viscoelastic Viscoat into the anterior chamber prevented the migration of silicone oil into the anterior chamber and successfully fulfilled silicon oil tamponade.

Key words: retinal detachment, aphakia, silicon oil, silicon migration, perfluorocarbon liquid

Кириш

Витреоретинал пролиферация билан асоратланган тўр парда кўчишида, ҳамда афакия ҳолатида витрэктомия ва силикон мойи билан витреал бўшлиқ тампонадаси асосий хирургик даволаш йўли ҳисобланади. [1,5,7,8,9,15]. Жаррохлик самараси 96% деб ҳисобланади, афакия ҳолатида эса бу кўрсаткич 89% га тенг [1,5,6,10,13]. Афакияли силикон мойи тампонадасида асосий муаммо бу - силикон мойини кўз олдинги камерасига миграцияси ва бунинг оқибатида даволаш самарасини анча пасайишига сабаб бўлади.[2,3,4,12,14].

Афакия ҳолатида витреал бўшлиқни силикон мойи билан тампонадалаш хирургик тактикасини яхшилаш.

Материал ва методлар. Тўр парда кўчиши билан афакия ҳолатидаги 40 та беморда 40 та кўзда хирургик даволаш натижаси ўрганилди. 20 та ҳолатда афакия бемор тўр парда кўчиши билан мурожаат қилганда мавжуд эди. 20 та ҳолатда афакия кўз олдинги ва орқа қисмида ўтказилган операция натижаси юзага келди. 40 тадан 8 та ҳолатда гавхар капсулалари қолдиклари мавжуд бўлиб, бунда улар тўсиқ вазифасини бажара олмасди, қолган 32 та ҳолатда умуман гавхар капсуласи умуман мавжуд эмасди. Кучли ривожланган олдинги қисмдаги пролифератив ҳолатлар мавжуд бўлганлиги учун ва бу ҳолатлар янада зураймаслиги учун

интраокуляр линза имплантацияси ҳеч қайси ҳолатда ҳам бажарилмади. Тўр парда кўчишига олиб келган сабаблар: периферик хориоретинал дистрофия фониди тўр пардада йиртиқ пайдо бўлиши (25та ҳолатда), кўз контузияси (10 та ҳолатда) ва кўзни тешиб ўтган жароҳати(10та ҳолатда). Бунда тўр парда кўчиши давомийлиши 1 хафтадан 1 йилгача эди. Кўриш ўткирлиги операциягача чироқ проекциясини нотўғри аниқлашдан 0,1 гача эди. Барча ҳолатда тўр парда кўчишида витрэктомия ва силикон мойили тампонада амалиёти бажарилди.

Жаррохлик техникаси: 40 тадан 20та ҳолатда операция гавхарни олиб ташлаш билан бошланди. Гавхарни олиб ташлаш муолажаси 16 та ҳолатда кўзга шох парда орқали, қолган 4 та ҳолатда склеротомия (pars plana) орқали кириб бажарилди. Уч портли витрэктомия барча ҳолларда стандарт технология асосида 23G жихозлар асосида бажарилди. Зарур бўлганда эпиретинал мембрана олиб ташланди ва ретинотомия бажарилди. Тўр пардани ёйиш ва фиксацияси учун перфторорганик суюқлик ишлатилди. Шундан сўнг тўр парда эндолазеркоагуляцияси бажарилди ва перфторорганик суюқлик силикон мойига алмаштирилди. Перфторорганик суюқликни силикон мойига алмаштиришдан олдин барча ҳолларда қорачик ўлчами ўлчанди, шундан сўнг олинган натижаларни силикон мойи олдинги камерага чиқмайдиган ўлчам билан солиштирилди [3]. 35 та ҳолатда қорачик ўлчами силикон мойи олдинги камерага чиқиши учун тўсқинлик қила олмаганлиги учун, олдинги камерага миотик пилокарпин ва вископрепарат Viscoat (Alcon, АҚШ) юборилди. Бу вископрепаратни бошқа вископрепаратлардан фарқи деярли кўз ички босимига таъсир этмайди.

Бундан ташқари силикон мойи олдинги камерада чиққан тақдирда олдинги камерада фильтрация жараёни бузилмаслиги учун Эндо таклиф этган соат 6 ларда рангдор пардада витреотом ёрдамида иридэктомия бажарилди. Перфторорганик суюқликни силикон мойига алмаштиришда шох пардада кесимталар бўлиши кўз ички босими ошганда силикон мойини олдинги камерага чиқишига шароит яратади. Бу ҳолатда биз (5 та ҳолат) перфторорганик суюқликни витреотом ёрдамида актив аспирацияни ишлатиб, силикон мойига алмаштирдик. Бошқа ҳолатларда перфторорганик суюқлик пассив йўл билан силикон мойи босими ёрдамида олиб ташланди. Тампонадаловчи суюқликларни алмаштиришда асосий мақсад силикон мойини биринчи қисмилирини бевосита перфторорганик суюқлик билан контактида юборилди. Бу ўз навбатида силикон мойини юборувчи канюлани кўз қобикларига перпендикуляр жойлашишини таъминлайди, ҳамда перфторорганик суюқликни кўз ички бўшлиғини тўлиқ тўлдиришини таъминлайди.

Жаррохлик склерал ва конъюнктивал чок қўйиш орқали тугалланди. Чок қўйиш охирида кўз ички босими нормадан биров пастроқ бўлиши зарурлигига аҳамият берилди. Жаррохлик амалиётидан сўнг барча беморлар бир сутка давомида юзини пастга қаратган ҳолатда тутиш зарурлиги таъкидланди. Силикон мойи олдинги камерага миграцияси кузатилгандаги тактикамиз: бунда аввало силикон мойини витреал бўшлиққа юбориш кўз ички босими пасайгунча тўхтатиш. Шундан сўнг склеротомия ёки шох пардадаги парацентез орқали

олдинги камерага пилокарпин эритмаси юборилади.

Эритмани босим остида юбориш олдинги камерани чуқурлаштириб, силикон мойини олдинги юзасини рангдор пардадан орқага итаради ва қорачиқ торайига олиб келади ва бу эса ўз навбатида силикон мойини олдинги камерага чиқишига йўл қўймайди. Силикон мойини олдинги камерага проминенцияси кузатилса юқорида айтилган усулда пилокарпин эритмасини юборгандан сўнг, вископрепарат Viscoat ни ҳам олдинги камера чуқурлашгунча юборилади.

Олинган натижалар ва муҳокама. Операция пайтида кузатилган ҳолатлар: перфторганик суюқликни силикон мойига алмаштириш давомида гипотония билан силикон мойини олдинги камерага миграцияси (3та ҳолатда). Бунинг натижасида силикон мойи канюласи бироз бурилиб, силикон мойини биринчи порцияси перфторорганик суюқлик билан етарлича контактда бўлмаслигига олиб келди. Юқорида кўрсатилган усул ёрдамида қорачиқ медикаментоз торайтирилиб, асорат олди олинди ва тампонадани давом эттирилди. Операция давомида яна қорачиқ жароҳатланиши (2 та ҳолатда) ва иридэктомия бажарилганда рангдор пардадан қон кетиш (4 та ҳолатда) кузатилди.

Юқорида келтирилган барча асоратлар операция пайтида бартараф этилди. Қорачиқни медикаментоз торайтириш ҳеч қандай техник қийинчилик туғдирмади. Қорачиқ торайтирилганда рангдор парда ригидлиги ва қорачиқни торайтирилмасдан олдинги диаметрига боғлиқ ҳолда қорачиқ диаметри 6 мм дан 2мм гача бўлди. Қорачиқ ўлчами тампонадоловчи моддаларни ўзаро алмаштиришига деярли ҳалақит бермади. Қорачиқни 2мм торайиши кўз тубини кўришга бироз қийинчилик туғдирди, бироқ бу ҳам операцияни муваффақиятли тугатишга таъсир қилмади. Тўр парда кўчишида тўр пардани ўз жойига жойлаштириш операция давомида 100% ҳолатда эришилди. Тўр пардада кучли пролифератив ҳолатлар ривожланганлиги учун 10 та ҳолатда (25%) ретинотомия амалиётини бажаришга тўғри келди. 2та ҳолатда (5%) эпиретинал мембрана олиб ташланди. Операцияни эртаси кунда 3 та ҳолатда силикон мойини олдинги камерага миграцияси ва кўз ички босими ошиши кузатилди. Барча ҳолатда операция охирида қорачиқ диаметри 6мм бўлгани, беморни эрта операциядан кейинги даврда мидриаз ҳолатида узоқ вақт бошини тепага кўтариб ётгани сабаб бўлди. Барча ҳолатда беморда қайта жароҳлик ўтказилиб, олдинги камерадан силикон мойи олиб ташланиб, ўрнига вископрепарат Viscoat тўлдириб қўйилди.

Даволаш натижасида барча беморларда кўриш функцияси яхшиланди (жадвал 1).

Жадвал 1

Кўриш ўткирлиги динамикаси (коррекция билан).		
Кўриш ўткирлиги	Жарроҳликдан олдин	Жарроҳликдан сўнг
Pr.in certae	3 (7.5%)	-
Pr. certae	15 (37.5%)	5 (12.5%)
0,01 -0,03	10 (25%)	3 (7,5%)
0,04-0,07	5 (12.5%)	10 (25%)
0,08-0,1	7 (17,5%)	15 (37.5%)

0,2 ва ундан юқори	-	7 (17,5%)
Жами	40 (100%)	40 (100%)

Силикон мойи билан витреал бўшлиқ тампонадаси хозирги кунда ривожланган витреоретинал пролиферацияли тўр парда кўчишларида энг самарали жаррохлик усули хисобланади. Афакия холати эса бунда асосий муаммо бўлиб, силикон мойини олдинги камерага чиқишига сабаб булади; бунинг оқибатида даволашни анатомик-функционал натижаларини кескин пасайтирувчи иккиламчи глаукома ва шох парда дистрофиясига сабаб бўлади. Барча ўрганилган беморларда тампонада афакия холатида, гавхар капсуласи тўсиқ функцияси тўлиқ йўқолган холатда бажарилди. Силикон мойи тампонадасини бошлашдан олдин қорачиқни торайтириш ва олдинги камерага вископрепарат Viscoat юбориш жаррохлик амалиёти пайтида силикон мойини олдинги камерага чиқиши бартараф этади. Травматик мидриаз кузатилганда эса камерага аввалроқ вископрепарат юбориб, сўнг силикон мойи канюласини кўз ички қаватларига перпендикуляр йуналтириш мидриаз холатига қарамай силикон мойини олдинги камерага чиқишини бартараф этади. Витреотом ёрдамида соат 6 да иридэктомия бажариш кўз ички суюқлиги айланишини нормаллаштиришини хисобга олган холда афакияли кўзда силикон мойи тампонадасида бажариш мақсадга мувофиқ [11,14,16]. Текширувлар жаррохлик амалиётидан сўнг, бемор юзини пастга қаратиб ётиши жуда муҳимлигини исботлади.

Хулоса. Операция давомида перфторорганик суюқлик ва силикон мойи каби тампонадаловчи моддаларни бир бири билан алмаштириш техникасига тўлиқ амал қилиш, силикон мойи юборишдан олдин медикаментоз мидриазни бажариб, шундан сўнг, олдинги камерани вископрепарат Viscoat билан тўлдириш афакияли беморларда хавфсиз йўл билан витреал бўшлиқни силикон мойи билан тампонадалаш имконини беради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Fabio Patelli., Stanislao Rizzo. (2015). Management of Complicated Vitreoretinal Diseases. Springer. p. 4-10.
2. Falkner C., Binder C., Kruger A. (2018). Outcome after silicone oil removal. Br. J. p. 135
3. Ferenc Kuhn. (2015). Vitreoretinal Surgery: Strategies and Tactics. Springer. p. 35-40
4. Gholam A. Peyman. (2018). Vitreoretinal surgical techniques. (Second edition). Informa healthcare. p.22.
5. Glenn Yiu. (2014). Vitreoretinal disorders. Springer. p. 34.
6. Ingrid U. Scott. (2018). Vitreoretinal disease. (Second edition). Thieme. p. 34-35.
7. Jay Chhablani. (2018). Retinal and choroidal imaging in systemic diseases. Springer. p. 34-50.
8. Jones, William L. (2001). Vitreoretinal Disease: The Essentials. Optometry and Vision Science. p. 116

9. Maria Andreea Gamulescu. (2017). Retinal pigment epithelial detachment. Springer. p. 45-48.
10. Paul Sullivan. (2014). Vitreoretinal Surgery. An Interactive Multimedia Atlas for Ophthalmology Trainees. Eyelearning Ltd. p.56.
11. Scott M. Steidl, Mary Elizabeth Hartnett. (2013). Clinical Pathways in Vitreoretinal Disease. Thieme p. 345-362.
12. Stanislao Rizzo., Fabio Patelli., David Chow. (2008). Vitreo-retinal Surgery: Progress III. Springer. p.68.
13. Stephen Ryan Andrew Schachat Charles Wilkinson Andrew Schachat David Hinton Peter Wiedemann Peter Wiedemann. (2012). Retina 5th edition. Saunders. P 108.
14. Thomas H. Williamson. (2013). Vitreoretinal Surgery. Springer. p. 67
15. Ulrich Spandau. (2018). Practical handbook for small– gauge vitrectomy. Springer. p. 72.
16. Weibin Wei. (2018). Atlas of retinal detachment. Springer. p. 80.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ОСНОВАНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ.

Баходир Садыкович АЗИЗОВ¹, Андрей Леонидович ТИЩЕНКО², Ойбек Джураевич ИБРАГИМОВ³ и Эвелина Владимировна КОЛДАРОВА³

¹*Кафедра предметов терапевтического направления №1, Ташкентский госу дарственный стоматологический институт, Республика Узбекистан*

²*Кафедра кожных и венерических болезней, Российский Университет Дружбы Народов, Российская Федерация*

³*Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, Республика Узбекистан*

Для цитирования: Азизов Б.С., Тищенко А.Л., Ибрагимов О. Дж., Колдарова Э.В., Оценка эффективности применения озонотерапии у больных псориазом на основании морфологических изменений кожи. Journal of Biomedicine and Practice 2019, vol. 2, issue 3, pp. 35-41

<http://10.26739/2181-9300-2019-3-4>

Статья поступила в редакцию 22 мая 2019 г.

Рекомендована в печать 10 июня 2019 г.

Контактная информация: Ойбек Джураевич Ибрагимов, Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, Миробадский район.улица Нукус 1 проезд, дом 14, Ташкент, Республика Узбекистан, 1000060, тел: +998983013081, E-mail: oybek.ibragimov@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Псориаз (psoriasis) – системное иммуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией эпидермоцитов и нарушением их дифференцировки, иммунными реакциями в дерме и синовиальных оболочках, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, хемокинами, частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата. Проводится динамика морфологических показателей кожи до и после лечения у 8 пациентов с прогрессирующей стадией псориаза, получавших озонотерапию. Наблюдалось существенное снижение митотической активности в базальных слоях эпидермиса, менее выраженное в нижних рядах шиповидного слоя при полном отсутствии митотических делящихся клеток в верхних рядах. Применение озонотерапии показало явное улучшение основных структурных показателей кожи и процессов пролиферации в эпидермисе, тенденцию к восстановлению патоморфологических нарушений в дерме, при наличии дисциркуляторных и дистрофических изменений, что свидетельствует о целесообразности дальнейшего лечения озоном.



Ключевые слова: псориаз, озонотерапия, морфологические изменения

Evaluating the effectiveness of ozone therapy in patients with psoriasis based on morphological changes in the skin.

Bahodir Sadikovich AZIZOV¹, Andrey Leonidovich TISHENKO², Oybek Djuraevich IBRAGIMOV³ and Evelina Vladimirovna KOLDAROVA³

¹Department of therapeutic subjects №1, Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan.

²Department of skin and venereal diseases, peoples ' Friendship University of Russia, Russian Federation

³Republican Dermatovenereological Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. Republic of Uzbekistan

Corresponding author: Oybek Djuraevich Ibragimov, Republican Dermatovenereological Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan., Mirobod district, 1st Nukus passage st., 14 home, Tashkent city, Republic of Uzbekistan, 1000060, tel: +998983013081, E-mail: oybek.ibragimov@mail.ru

ANNOTATION

Psoriasis (psoriasis) - systemic immunoassociated disease of multifactorial nature of the dominant value in the development of genetic factors, characterized by rapid proliferation epidermocytes and violation of their differentiation, immune reactions in the dermis and synovial membranes, an imbalance between proinflammatory and anti-inflammatory cytokines, chemokines, frequent pathological changes musculoskeletal apparatus. The dynamics of the morphological parameters of the skin before and after treatment is carried out in 8 patients with a progressive stage of psoriasis who received ozone therapy. A significant decrease in mitotic activity in the basal layers of the epidermis was observed, less pronounced in the lower rows of the spinous layer in the complete absence of mitotic dividing cells in the upper rows. The use of ozone therapy showed a clear improvement in the basic structural parameters of the skin and the processes of proliferation in the epidermis, a tendency to restore pathological disorders in the dermis, in the presence of dyscirculatory and dystrophic changes, which indicates the feasibility of further treatment with ozone.

Keywords: psoriasis, ozone therapy, morphological changes

Озонотерапиянинг псориаз касаллигида терининг морфологик ўзгариши асосида қўлланилиш самарадорлигини баҳолаш

Баходир Садыкович АЗИЗОВ¹, Андрей Леонидович ТИЩЕНКО², Ойбек Джўраевич ИБРАГИМОВ³ ва Эвелина Владимировна КОЛДАРОВА³

¹1-сонли терапевтик йўналишидаги фанлар кафедраси, Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси

²Тери ва таносил касалликлари кафедраси, Россия Университети Дружбы Народов, Россия Федерацияси

³Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги Респулика дерматовенерология клиник шифохонаси, Ўзбекистон Республикаси

Боғланиш учун маълумотлар: Ойбек Джўраевич Ибрагимов, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги Респулика дерматовенерология клиник шифохонаси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент шаҳар, Миробод тумани, Нукус кўчаси 1-проезд, 14-уй 1000060, тел: +998983013081, E-mail: oybek.ibragimov@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Псориаз (psoriasis)-системали иммуноассоцирланган мултифактор табиатли касаллик ирсийланиш доминантлик билан намоён бўлиб, эпидермоцитлар пролиферациясининг кучайиши ва уларнинг дифференциациясининг бузилиши, дермадаги иммун реакциялар ва синовиал мембраналардаги, яллиғланиш ва яллиғланишга қарши цитокин ва химокинлар ўртасидаги дисбаланс, тайянч-харакат тизимидаги патологик ўзгаришлари билан намоён бўлади. 8та беморда псориазнинг прогрессив босқичида озонотерапия қўлланилди ва теридаги морфологик ўзгаришлар динимикада давогача ва даводан сўнг кузатилди. Кузатувда эпидермиснинг базал қаватида митотик бўлинишнинг сезиларли камайиши кузатилиб, тиканаксимон қават остки юзасида камроқ учраб юқори юзасида эса умуман учрамади. Озонотерапияни қўллаш теридаги асосий структур таркий қисимлар, эпидермисдаги пролиферация жараёнининг нормаллашуви, дерма қаватидаги патоморфологик бузулишлар, дисциркулятор ва дистрофик бузулишларнинг яхшиланиши озон билан кейинги даволашларни амалга ошириш мумкинлигини кўрсатмоқда.

Калит сўзлар: псориаз, озонотерапия, морфологик ўзгаришлар.

Введение.

По данным публикаций за последние годы наиболее общепризнанным определением псориаза является: псориаз - распространенное, мультифакториальное, генетически обусловленное, аутоиммунное заболевание кожи, клинически проявляющиеся шелушащимися папулами и бляшками (8).

По данным Национального Института Здоровья США, за последние два года в мире проводилось 172 клинических испытаний, связанных с изучением эффективности и безопасности новых лекарственных средств и методик лечения различных форм псориаза. Опираясь на данные публикаций в специализированных журналах, активно обсуждаются возможность применения озонотерапии в лечении псориаза. Так, утверждается, что при озонотерапии у больных псориазом (9) происходят изменения концентрации адаптивных гормонов в сыворотке крови, что приводит к нормализации нарушения функций организма. Другие авторы (4) нашли, что большая аутогемотерапия озоном способствует нормализации иммунных нарушений; «выравнивает» повышенные или наоборот, сниженные показатели иммунитета. И. В. Кошелева (8) считает, что кислородно-озоновая терапия, одна из современных высоких медицинских технологий, не имеет побочных эффектов, безвредна и экономична. В статьях (3,10,1,2) подчеркивается, что после лечения толщина эпидермиса у больных псориазом уменьшается, исчезает паракератоз, не обнаруживаются микроабсцессы Мунро.

Морфологические изменения и характер пролиферативной активности кожи,

выявленные нами до лечения псориаза, приведены в опубликованных работах (5, 6). Динамика морфологических показателей кожи может служить объективным критерием терапевтического воздействия того или иного лечебного средства или метода.

С целью оценки воздействия озона, на патоморфологические изменения и пролиферативную активность в коже больных псориазом, нами проведено изучение биопсий до и после первого цикла лечения озоном.

Материал и методы исследования. После первого цикла лечения озоном биопсия проведена у 8 больных псориазом, из них мужчин - 4, женщин - 4, возраст больных от 18 до 55 лет. Диагноз у всех больных – прогрессивная стадия псориаза, давность заболевания от 1 до 10 лет. Биопсия проводилась с согласия больного, с элементов после местного обезболивания новокаином или аэрозолем лидокаина с кожи локтя или плеча. Озонотерапию получали при помощи аппарата озонатор ГОСТ 122025-76 свидетельство №01766.30. Парентеральное введение озона проводилось под контролем лечащего врача, наружное лечение - медицинской сестрой.

Для общеморфологических исследований у 10 больных псориазом до лечения, а также 8 больных, подвергнутых лечению озоном и 3 здоровых лиц, биоптаты кожи фиксировались в растворе 12% нейтрального формалина, после промывки, соответствующей проводки, заливались в парафин, после депарафинизации парафиновые срезы толщиной 6-7 мкр окрашивались гематоксилином и эозином и по Ван Гизону. Гликоген и нейтральные мукополисахариды выявляли по МАК-Маку Хогкису (Шилс реакция). Просмотр осуществлялся на микроскопах МБИ 15 и Zeika (Австрия). Микрофотосъемка проводилась при помощи микрофотонасадки МФН 12.

Подсчет числа митозов различных слоев эпидермиса проводили на препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином. Митотический индекс (МИ) вычисляли, на 1000 клеток отдельно для каждого слоя эпидермиса используя, специальный окуляр (Г. Г. Автандилов, 1980). Полученный цифровой материал, подвергнут статистической обработке по Матцевичюте-Эрингене, 1964. Достоверными считали различия, при которых значения Р были равны и меньше 0,01. Морфологические исследования проводились в отделе морфологии ЦНИЛ ТМА при консультации проф. Байбековой Э. М.

Общеморфологические признаки псориаза до лечения характеризовались акантозом, спонгиозом, гиперкератозом с расслоением рогового слоя, наличием микроабсцессов Мунро, отсутствием зернистого слоя. При выраженной прогрессивной стадии псориаза – явления вне и внутриклеточного отека, дистрофические изменения ядер, их пиктоз, наличие отдельных участков деструкции. Отмечено возрастание пролиферативной активности эпидермиса, наиболее выраженное в базальном слое, что свидетельствует о наличии компенсаторно - приспособительных процессов, (таблица 1).

Результаты и обсуждения. В дерме выявлены воспалительные, дисциркуляторные изменения, а также нарушения обменно-дистрофического

характера, обусловленные выраженной гипоксией тканей. В сосочковом слое явления папилломатоза, гипервакуляризации. Изменения в микрогемоциркуляторной системе проявлялись расширением и застойным полнокровием терминальных артерий и венозных капиллярных сосудов, наличием лимфоидно-гистоцитарных инфильтратов.

Результаты исследования структуры кожи больных псориазом после лечения озоном выявили заметное улучшение, проявляемое в снижении признаков отеочно-дистрофического характера, как в эпидермисе, так и в дерме. Наблюдалось уменьшение явления гиперкератоза, снижение числа и размеров микроабсцессов Мунро, появление зернистых клеток с формированием зернистого слоя отмечалось значительное снижение степени меж- и внутриклеточного отека всех слоев эпидермиса, определялись более четкие контуры ядер. Вместе с тем участками в шиповатых клетках сохранялись признаки акантоза с неравномерно выраженными эпидермальными выростами. В базальном и нижнем шиповидном слоях, выявлялись небольшие 3 зоны деструктивных изменений с перинуклеарным отеком и фрагментацией ядер, их кариопикнозом.

Таблица 1.

Митотическая активность клеток эпидермиса после лечения озоном (I вариант лечения).

№ п/п	Митотический индекс			
	Базальный слой	Нижний шиповатый слой	Средний шиповатый слой	Верхний шиповатый слой
Контроль	1,18±0,17	0,37±0,14	0,37±0,16	0,37±0,19
До лечения	12,08±0,48	6,65±0,18	1,28±0,12	0,58±0,010
После лечения	2,01±0,33	0,41	-	-

При этом наблюдалось снижение пролиферативной активности всех слоев эпидермиса – базальных и шиповидных и полное отсутствие пролиферирующих клеток в средних и верхних рядах (таблица 1). Соотношение фаз митозов клеточного цикла выявило некоторую задержку базальных эпидермацитов в стадии профазы. В дерме степень восстановления носила менее выраженный характер. В строме, сосочкового и подсосочкового слоев снижалось содержание клеточных элементов лимфогистоцитарного ряда. Однако, несмотря на уменьшение воспалительных изменений и степени васкуляризации, дисциркуляторные нарушения полностью не восстанавливались. Часть соединительно-тканых волокон дермы были утолщены, дезориентированы, некоторые в состоянии дистрофии

При существенном снижении концентрации гликогена в шиповидных слоях эпидермиса, сравнительно с не лечеными случаями, в базальной мембране, стенках сосудов и волокнистых элементах дермы содержание гликопротеидов было довольно высоким. Таким образом, при существенных признаках улучшения структурных изменений в коже больных псориазом в процессе первого цикла лечения озоном, полной нормализации не происходило. Так, наряду с уменьшением степени воспалительных и дистрофических проявлений

в эпидермисе, значительным снижением пролиферативной активности, особенно в базальном слое (таблица 1) сравнительно с контрольными показателями. В базальном слое выявлялись зоны деструктивно-измененных клеток, местами с атрофией эпидермиса. В дерме сохранялась умеренная гиперваскуляция и дистрофические изменения соединительно-тканых волокон. Восстановительные процессы здесь проявляются значительным снижением папилломатоза, разрыхленности сосочков, уменьшением гиперваскуляризации в сосочковом и подсосочковым слоях дермы. Соединительно-тканная строма стала более компактной, степень фрагментации соединительно-тканых волокон уменьшилась. В отдельных коллагеновых волокнах дермы, эндотелии сосудов, выводных протоках потовых и сальных желез, а также области базальных мембран содержание нейтральных мукополисахаридов оставалось повышенным, что свидетельствовало о наличии дистрофических процессов и явлениях гипоксии. Наблюдалось существенное снижение митотической активности в базальных слоях эпидермиса, менее выраженное в нижних рядах шиповидного слоя при полном отсутствии митотических делящихся клеток в верхних рядах.

Заключение. На основании анализа патоморфологических исследований кожи больных псориазом, с учетом данных подсчета пролиферативной активности эпидермиса, можно указать, это характер эпидермиса и степень репаративных процессов зависел от остроты кожных высыпаний, давности заболевания и лечебных вмешательств. Вместе с тем, выявленное нами после первого цикла озонотерапии явное улучшение основных структурных показателей кожи и процессов пролиферации в эпидермисе, тенденция к восстановлению патоморфологических нарушений в дерме, при наличии дисциркуляторных и дистрофических изменений, свидетельствует о целесообразности дальнейшего лечения озоном с применением иного режима и дозировки.

Список литературы.

1. Coven T. R., Murphy F. P., Jilleandean P. Trimethylpsoralen bath PUVA is a remittive treatment for psoriasis vulgaris: evidence that epidermal immun. are direct therapevtic targers // Arch. Dermatol.- 1998.- Vol.134.-P. 1263-1268
2. Vallat V. P., Jilleandean P., Battat Z. PUVA Bath. Therapy strongly suppresses immunological and epidermal activation in psoriasis: a possible cellular basis for remittive // J. Exp. Med.- 1994.-Vol. 180.-P. 283-296
3. R. M. Zagretdinov, M. A. Ivanova, D. E. Kolodkin, A. Ya. Snegirev - Vliyanie ozonoterapii na immunnie narusheniya u bolnix s psoriazom (The effect of ozone therapy on immune disorders in patients with psoriasis.) / Bulletin of dermatology and venereology.-2006.-№2.-P. 22-24
4. V. A. Volnukhin, A. M. Vavilov, I. V. Kravtsova, O. R. Katunina – Gistologicheskie I immunogisto – ximicheskie izmeneniya koji bolnix psoriazom pri lechenii PUVA – vannami (Histological and immunohistochemical changes in the skin of patients with psoriasis treated by PUVA-baths) / Vestnik of dermatology and venereology.- 2007.-№2.-P

5. Ibrahimov O. D. – Patomorfologicheskie I kolichestvennie pokazateli proliferativnoy aktivnosti koji u bolnix psoriazom (Pathomorphological and quantitative indicators of proliferative activity of the skin in patients with psoriasis) // Med. journal of Uzbekistan.- 2008.- №5.-P. 37-40
6. Ibragimov O. T., Baybekova E. M. - Osobennosti morfogisto – ximicheskix izmeneniy koji pri stacionarnoy I progressivnoy stadiyax psoriaza (Features of morpho-histochemical skin changes in stationary and regressive stages of psoriasis)// Med. journal of Uzbekistan.- 2008.- №4.-P. 48-51
7. N. V. Rusanova, L. V. Silina, A.V. Zavyalov, etc. – Izmeneniya koncentracii adaptivnix gormonov v sivorotke krovi bolnix artropoticheskim psoriazom v processe ozonoterapii (Changes in the concentration of adaptive hormones in the blood serum of patients with psoriasis arthropathic during ozone therapy) / Bulletin of postgraduate medical education.- 2002.-№3.-Pp. 33-34
8. Kosheleva I. V. – Ozonoterapiya v dermatologii i kosmetologii: dostijeniya, problemi, perspektiva (Ozone therapy in dermatology and cosmetology: achievements, problems, prospects) // Russian journal of skin. and venereal. diseases’.- 2004.- №1.-P. 28-33
9. Kochergin N., Afrikyan A. – Sovremennaya narujnaya terapiya psoriaza (Modern external therapy of psoriasis) // Physician. №4, 2008, 38
10. Sukhanova N. M. – Immunomorfologicheskie marker narusheniya differencirovki I proliferacii kletok bolnix psoriazom (Immunomorphological markers of impaired differentiation and proliferation of skin cells in patients with psoriasis)// Bulletin of dermatology and venereology.- 2003.- №3.-P. 29-31



РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ АНКЕТЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Мактуба Хабибуллаевна МИРРАХИМОВА

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан

Для цитирования: М. Х.Миррахимова разработка и внедрение анкеты по выявлению аллергических заболеваний у детей, Journal of Biomedicine and Practice 2019, vol. 2, issue 3, pp. 42-46

<http://10.26739/2181-9300-2019-3-5>

Статья поступила в редакцию 22 июня 2019 г.

Рекомендована в печать 10 июля 2019 г.

Контактная информация: Миррахимова М.Х., Ташкентская медицинская академия, улица Фароби 2, Ташкент, Республика Узбекистан, 100047, тел: +998901764078, E-mail: mmh.20@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Впервые разработана и внедрена анкета, состоящая из 34 вопросов, разделенных на несколько блоков, с помощью которой можно оценить эпидемиологию аллергических заболеваний у детей и факторы риска аллергии. В основу анкеты положены аллергические заболевания и состояния, входящие в МКБ-10, а аллергические заболевания являются врачом-верифицированными. Анкета предназначена для ответов родителей или их законных представителей. Проведено анкетирование 500 родителей первоклассников в 3-х школах Ташкентской области.

Ключевые слова: анкета, аллергические заболевания, дети, рандомизированное клиническое исследование.

Development and implementation of the questionnaire to detect allergic diseases in children

Maktuba Habibullayevna MIRRAKHIMOVA

Tashkent medical academy, Republic of Uzbekistan

Corresponding author: M.H. Mirrahimova, Tashkent medical academy, 2 Farobi Street, Tashkent, Republic of Uzbekistan, 100047, tel: +998901764078, E-mail: mmh.20@mail.ru

ANNOTATION

For the first time developed and implemented a questionnaire consisting of 34 questions divided into several blocks, which can be used to evaluate the epidemiology of allergic diseases in children and the risk factors for allergies. The basis of the questionnaire laid allergic diseases and conditions that are included in ICD-10, and allergic diseases are medical and verified. Profile is designed to answer the parents or their legal representatives. A survey of 500 parents of first graders in 3 schools of the Tashkent region.

Key words: questionnaire, allergic diseases, children, randomized clinical trial.

Болаларда аллергия касалликларнинг тарқалишини аниқлаш мақсадида сўровнома ишлаб чиқиш ва уни амалиётга тадбиқ қилиш

Мактуба Хабибуллаевна МИРРАХИМОВА

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси

Мурожаат: М.Х.Миррахимова, Тошкент тиббиёт академияси, Фаробий кўчаси 103 уй, Тошкент, Ўзбекистон Республикаси, 100047, тел: +998901764078, E-mail: mmh.20@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Болаларда аллергия касалликларни аниқлаш мақсадида сўровнома ишлаб чиқилди. Бу сўровнома 34 саволдан ташкил топган бўлиб бир нечта блокларга бўлинган. Сўровнома ёрдамида болаларда аллергия касалликларнинг эпидемиологиясини ва аллергия бўйича хавф омилларини баҳолаш мумкин. Сўровнома болаларнинг ота-оналари ёки уларнинг қонуний вакиллари жавоб бериши учун мўлжалланган. Сўровномада Тошкент вилоятида яшовчи 500 нафар биринчи синф ўқувчиларининг ота оналари иштирок этишди.

Калит сўзлари: сўровнома, аллергия касалликлар, болалар.

Кириш

Дунёнинг барча мамлакатларида охириги 30-40 йил давомида «аллергия эпидемияси» деб аталган ходиса юз берди [2,3]. Ушбу эпидемиянинг кузатилишига нафақат болалар, балки катталар орасида ҳам аллергия касалликларнинг кенг тарқалганлиги сабаб бўлди [4,5]. Асосан болалар орасида бронхиал астма, аллергия ринит ва атопик дерматит касалликларининг кўп учраши ва базан уларни бирга келиши ўринлидир [11,12,15].

Охириги йилларда аллергия касалликлар натижасида келиб чиқувчи анафилактик шокнинг болалар орасида учраши ҳам ортиб бормоқда. Янада тезликда овқат аллергияли бемор болалар сони ортиб бормоқда; бундан ташқари бу болалар кўкрак ёшидаёқ керакли озиқ овқат таркибий қисмларини тўлиқ олмайдилар ва кейинчалик бу болаларда бошқа аллергия касалликларнинг клиник кўринишлар келиб чиқиши кузатилмоқда. Шу ўринда замонавий дунёнинг бошқа бир тенденцияси, яни дори воситалар аллергияси ортишини ҳам такидлаб ўтиш ўринлидир [7,9,10].

Кўпгина ҳолларда беморларда бир неча гуруҳ дори воситаларига кучли сезгирлик аниқланади (масалан пенициллин гуруҳи антибиотикларига) ва бу сезгирлик бутун умр давомида сақланиб қолади. Дори аллергияси ҳам ҳаёт учун хавф солувчи касалликлар таркибига кириб, айрим ҳолатларда тезкор даво чораларини кўришни талаб этади.

Кўпчилик ҳолларда аллергия касалликлар нозологик шакл кўринишида болалик даврида бошланиб, беморнинг бутун умри давомида сақланади ва наслдан наслга ўтади. Аллерген ёрдамида бола организмнинг турли органлари шикастланиши мумкин ва натижада касалликнинг турли хил клиник симптомлари кузатилиши сабабли бемор бола ҳар хил мутахасис кўригига мурожат қилиши мумкин. Шу муносабат билан тиббий ёрдам тизимида аллергия касалликлар узоқ вақт давомида аниқланмаслиги ёки аксинча бази ҳолатларда гипердиагностика юзага

келиши мумкин. Шуни такидлаш керакки, ўхшаш вазият нафақат Ўзбекистонда, балки дунёнинг бошқа мамлакатларида ҳам рўй беради, яний расмий статистик маълумотларда аллергия касалликларнинг ҳақиқий ҳолати акс этмайди [3,6,9,15].

Ўтган 15 йил ичида Европа мамлакатларида ушбу салбий оқибатни бартараф этиш мақсадида “Аллергия оқ китоби” [3,7,13] бир неча мартаба қайта нашр қилинди, китобда турли ёшдаги аҳолида аллергия касалликларнинг тарқалиши, касаллик учун сарфланган молиявий харажатлар, касалликни олдини олиш ва бартараф этиш учун соғлиқни сақлаш органлари, ҳукуматнинг вазифалари ва ишлаб чиқилган чора тадбирлар кўрсатилган. Дунёдаги кўплаб мамлакатларда ISAAC дастурининг амалга оширилиши муносабати билан болалар орасида аллергия (атопик) касалликларнинг тарқалиши ва структурасини баҳолашда энг ишончли ва таққосланган маълумотлар қўлга киритилди. Шунга қарамадан бу дастур кичик ёшдаги мактаб болаларини ўзидан сўраб суриштириш орқали 3 та аллергия касаллик - астма, аллергия ринит ва атопик дерматитни клиник белгиларини аниқлаш учун тузилган. Сўров саволлари болаларнинг тушунишига мослаштирилган бўлиб, аммо болада аллергия касалликнинг тасдиқланган ташхиси бор йўқлигини билишга мўлжалланмаган [1,5,6,8].

Тадқиқот мақсади

Болаларда аллергия касалликларни аниқлаш мақсадида сўровнома ишлаб чиқиш ва бу сўровнома ёрдамида аллергия касалликларнинг эпидемиологиясини ва аллергия бўйича хавф омилларини баҳолаш.

Материаллар ва методлар

Касалликларнинг 10-ҳалқаро таснифига киритилган аллергия касалликларушбу сўровномани яратиш учун асос бўлди. Бундан ташқари, сўровнома саволларини шакллантириш учун аллергиялогиянинг асосий қоидалари ҳисобга олинган бўлиб, бу айнан наслий мойиллик ва аллергиялар манбаси сифатида экологик омилларнинг роли ҳисобга олинган. Сўровномани ишлаб чиқишдан мақсад аллергия касаллик билан хасталанган болаларни парвариш қилиш ва касалликни олдини олиш мақсадида даво чора тадбирларини ишлаб чиқиш. Текширув 2 босқичда олиб борилди: I – босқич бизнинг шароитимизга мослаштирилган ва ўзбек тилига таржима қилинган ҳалқаро ISAAC сўровномасини ўтказиш. Сўровнома Тошкент вилоятининг 3 та ҳудудида - Ангрен, Олмалик ва Чирчиқда ўтказилди. Тошкент вилоятининг 3 ҳудудида сўровнома ўтказишга сабаб ушбу ҳудудларда бир нечта ишлаб чиқариш иншоатларининг мавжудлиги бўлди. Масалан, Олмаликда катта саноат холдинги (Олмалик кон металлургия комбинати) жойлашган бўлиб, бу ерда вақти-вақти билан цинкни сувга тушиши кузатилади. Чирчиқда катта саноат холдинги “Ўзнефтегазмаш” жойлашган бўлиб, бу холдинг химик саноат иншоатларига технологик ускуналар ишлаб чиқади, бу ерда хавога хлор буғларини тушиши кузатилади. Ангренда металлургия саноати жойлашган бўлиб кўп миқдорда алюминияни тупроққа тушуши кузатилади.

Олинган тадқиқот натижалари ва уларнинг таҳлили

Лойиҳанинг биринчи босқичи 2017 йил Тошкент вилоятида мактаб ўқувчилари орасида аллергия касалликларнинг тарқалишини ўрганиш мақсадида уларнинг

ота-оналар учун тайёрланган сўровнома ёрдамида ўтказилди. Тадқиқотнинг асосий гуруҳи қилиб 7-8 ёшли биринчи синф ўқувчилари танлаб олинди. Текширувнинг биринчи босқичида Тошкент вилоятининг sanoat худудлари жойлашган туманларидаги биринчи синф ўқувчиларининг 500 та ота онаси иштирок этди. Ота-оналар ёки боланинг қонуний вакиллари ёрдамида тўлдирилган сўровноманинг асосини алоҳида белгилар эмас, балки шифокорлар томонидан тасдиқланган аллергия касалликларнинг асосий клиник симптомлари ташкил қилди.

Сўровномада боладаги аллергия касалликларнинг барча мумкин бўлган вариантлари ҳақида маълумотлар келтирилган. Бундан ташқари сўровнома ёрдамида касалликнинг ирсий омиллари, атроф муҳитнинг ўрни, озиқ-овқат табиати ва бошқалар ҳақидаги маълумотларни билиш мумкин. № 01 - 06 сонли саволларнинг биринчи тўпламида ота онаси ёки қариндошлари томонидан аллергия бўйича наслий мойиллик, боланинг ўсиши ва овқатланиши ҳақида маълумотлар келтирилган. № 07 - 15 сонли саволларнинг иккинчи тўпламида терига боғлиқ бўлган асосан атопик дерматит касаллигини аниқлаш ҳақидаги маълумотлар келтирилган. №15-24-сонлардан иборат бўлган учунчи блок саволлари аллергия ринитни аниқлашга қаратилган. №24 - 34-сонлардан иборат тўртинчи блок саволлари эса бронхиал астма касаллигини аниқлашга қаратилган. Сўровномадаги барча саволлар ота-оналар томонидан тўғри қабул қилинди, саволларга “ҳа” ёки “йўқ” деб жавоб берилди ва саволномалар ота-оналар томонидан тўлдирилганидан сўнг тўлиқ қайтарилди. Ушбу лойиҳанинг якуний мақсади аллергия касалликлар аниқланган болалар ўртасида профилактик, тиббий-ижтимоий ва реабилитация тадбирларини ишлаб чиқишга қаратилган.

Хулоса.

1. Болаларда аллергия касалликларни аниқлаш мақсадида 34 саволдан ташкил топган сўровнома ишлаб чиқилди. Сўровнома ёрдамида болаларда аллергия касалликларнинг эпидемиологиясини ва аллергия бўйича хавф омилларини баҳолаш мумкин.

2. Сўровномада Тошкент вилоятининг sanoat худудида яшовчи 500 нафар биринчи синф ўқувчиларининг ота оналари иштирок этишди.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Anandan C, Nurmatov U, van Schayck OCP, Sheikh A. Is the prevalence of asthma declining? Systematic review of epidemiological studies. *Allergy*, 2010, 65: 152-167.

2. Actual problems of the humanities and natural sciences. - 2017. - №11-2.-s.82-85.

3. Asher M. I., Keil U., Anderson H. R. et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods. *Eur Respir J* 1995; 8: 483–491.

4. Okada Y, Kumagai H, Moricawa Y et al. Epidemiology of pediatric allergic diseases in the Ogasawara Islands. *Allergol Int.* 2016, 65 (1), 37-43.

5. Romano-Zelekha O, Graif Y., Sultan S. et al. Adolescent versus parent reports on asthma and asthma symptoms. *Pediatric Pulmomonol.* 2016 Jul 5, doi:10.1002/ppul,

2315.

6.Reddel, H. K., Bateman, E. D., Becker, A., Boulet, L. P., Cruz, A. A., Drazen, J. M., ... & Lemanske, R. F. (2015). A summary of the new GINA strategy: a roadmap to asthma control. *European Respiratory Journal*, 46(3), 622-639.

7.Platts-Mills, T. A. (2015). The allergy epidemics: 1870-2010. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 136(1), 3-13.

8.Timinska N.G. Analysis of the prevalence of epidemiological indicators of asthma among first-graders. *Medicine and education in Siberia*.-2015.-№4.-s.16-22.

9.Ахраров Х.Х и др. Триггерные факторы атопического дерматита у детей дошкольного возраста //Российский журнал кожных и венерических болезней. 2017. Т. 20. № 6. С. 347-351.3.

10.Алексеева Т.А. Об иммунологических взаимоотношениях вируса гриппа и пыльцы амброзии/ Т.А. Алексеева, Ф.Ф. Лукманова II Иммунология. 2012.- № 2.- С. 80-82.

11.Аллаквердиева Л.И. Влияние экологических факторов внешней среды на распространённость и течение бронхиальной астмы у детей в г. Сумгатите/ Л.И. Аллаквердиева, А.А. Эюбова, Т.А. Исмаилов, И.А. Ахмедова // Пульмонология.- 2012.-№4.- С. 25.

12.Балаболкин И.И. Современные представления о патогенезе и терапии атопического дерматита у детей.- //Фарматека. 2017. № 1 (334). С. 53-60.6.

13.Белая книга WAO по аллергии 2011-2012: резюме. На русском языке под редакцией Р.И. Сепиашвили, Т.А. Славянской. - М: Медицина-Здоровье, 2011. 12 с.

14.Селимзянова С.Р., Вишнёва Е.А., Промыслова Е.А. Принципы диагностики и терапии бронхиальной астмы у детей на современном этапе: обзор обновлений GINA 2014–2015

15. Тиминская Н.Г. Анализ распространенности эпидемиологических показателей бронхиальной астмы у первоклассников. *Медицина и образование в Сибири* 2013; 4:16-22.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ОПУХОЛИ В ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ

Елена Владимировна БОЙКО

Отделение Урологии, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Республика Узбекистан

Для цитирования: Елена Владимировна Бойко, Хирургическое лечение почечно-клеточного рака с распространением опухоли в правое предсердие. Journal of Biomedicine and Practice 2019, vol. 1, issue 3, pp. 47–51

<http://10.26739/2181-9300-2019-3-6>

Статья поступила в редакцию 20 июня 2019 г.

Рекомендована в печать 10 июля 2019 г.

Контактная информация: Елена Владимировна Бойко, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, улица Фароби 383, Ташкент, Республика Узбекистан, 100174. тел: +998998514530, E-mail: boykoelena82@mail.ru

АННОТАЦИЯ

У пациентов с почечно-клеточным раком (ПКР), с распространением по ходу нижней полой вены (НПВ) вплоть до правого предсердия, наблюдается увеличение продолжительности жизни после хирургического лечения. В зависимости от распространения опухолевого процесса предлагаются различные хирургические методы лечения пациентов данной категории больных. Нами представлен клинический опыт выбора оперативной стратегии в зависимости от степени распространения опухолевого тромба.

Ключевые слова: почечно-клеточный рак, опухолевый тромб, сердечно-лёгочное шунтирование.

Surgical treatment of renal cell carcinoma with the extension of the tumor into the right atrium

Elena Vladimirovna BOYKO

Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology

Corresponding author: Elena Vladimirovna Boyko, Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology, 383 Farabi street, Tashkent, Republic of Uzbekistan, 100174. tel: +998998514530, E-mail: boykoelena82@mail.ru

ANNOTATION.

There is an increase in life expectancy after surgical treatment in patients with renal cell carcinoma (RCC), with the extension of tumor along the inferior vena cava (IVC) up to the right atrium. Depending on the extension of the tumor process, various surgical methods are offered for the treatment in this category of patients. We have



presented the clinical experience of choosing an operational strategy depending on the degree of extension of a tumor thrombus.

Key words: renal cell carcinoma, tumor thrombus, cardiopulmonary bypass.

Buyrak hujayrali saraton davomida yurakning o'ng bo'lmasiga tarqalgan shishni jarrohlik davolanishi

Elena Vladimirovna BOYKO

Respublika ihtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiy markazi

Мурожаат: Elena Vladimirovna Boyko, Respublika ihtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiy markazi, Farobi kuchasi 383, Toshkent, Uzbekiston Respublikasi, 100174, тел: +998998514530, E-mail: boykoelena82@mail.ru

ANNOTATSIYA

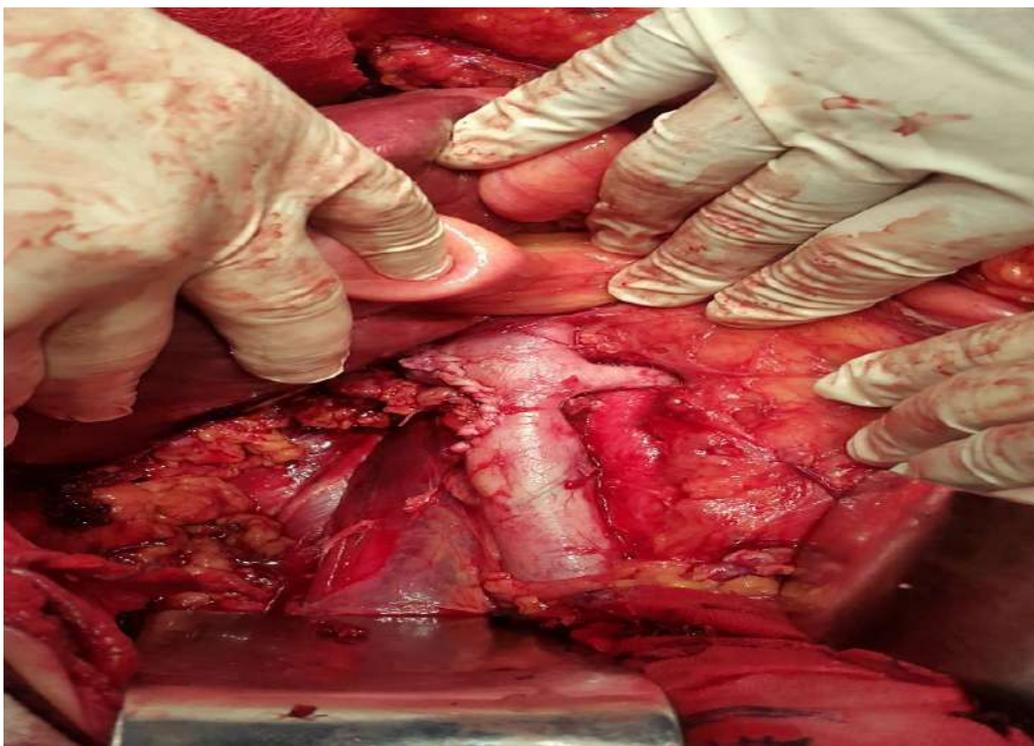
Yurakning o'ng bo'lmasiga qadar pastki kovak vena (PKV) bo'ylab tarqalib buyrak hujayrali saraton (BHS) bo'lgan bemorlarda jarrohlik davolanishdan keyin umr ko'rish davomiyligi oshadi. Shishish jarayonining tarqalishiga qarab, ushbu toifadagi bemorlarni davolash uchun turli jarrohlik usullari taklif etiladi. Biz shishli tromni tarqalish darajasiga qarab operatsion strategiyani tanlash bo'yicha klinik tajribani taqdim etdik.

Kalit so'zlar: buyrak hujayrali saraton, shishli tromb, kardiopulmonar shuntlash.

Введение. Внутрисосудистый рост опухоли по всей почечной вене в нижнюю полую вену (НПВ) происходит у 8-15% всех пациентов с ПКР, и у 1% больных диагностируется распространение опухолевой массы достигающей правого предсердия [1–9]. Перинефральная инфильтрация опухоли с разрушением почечной капсулы, поражением локальных лимфатических узлов и отдаленными метастазами оказывает значительное влияние на безрецидивную и общую выживаемость [3]. У пациентов с неметастатическим ПКР поражающим нижнюю полую вену, 5-летняя выживаемость варьирует в пределах 14-68% после полной хирургической резекции (с интраоперационной смертностью 1,8–9%) и уменьшением симптомов обструктивного заболевания [4]. Однако распространение внутрисосудистой опухоли в какой-либо степени не связано с неблагоприятным прогнозом при условии, что возможна радикальная операция [2].

В этой связи для агрессивного хирургического подхода имеется обоснование. Тем не менее, внутрисосудистое распространение опухоли с поражением НПВ и правого предсердия требует агрессивной хирургической стратегии, которая может включать экстракорпоральное кровообращение с сердечно-лёгочным шунтированием (СЛШ). Ниже описана оперативная стратегия и результаты исследований пациентов с ПКР, распространяющимся в правое предсердие..

Материалы и методы. В период с 2010 по 2019 года в условиях РСНПМЦОиР и Городского Ташкентского филиала РСНПМЦОиР было прооперировано 18 пациентов страдающим ПКР с опухолевым тромбом, распространяющимся в правое предсердие. Средний возраст составлял от 42 до 68 лет.



У 15-и из 18-и пациентов опухолевый тромб имел распространение в правое предсердие, и у 3-х больных опухоль достигал правого желудочка. Для определения уровня внутрисосудистого распространения опухоли применялась мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). При наличии тромба, для оценки степени инвазии опухолевой массы в интиму сосуда и степени абтурации, рекомендовалась дополнительная диагностическая визуализация (сонография сосудов и полостей сердца с доплеровским усилением). Всем пациентам выполнена радикальная нефрэктомии с удалением всех блоков лимфатических коллекторов. Кавотомия и удаление опухолевого тромба у 6 пациентов проводились с применением системы СЛШ. После восходящего аортального канюлирования в НПВ помещалась венозная канюля 28 Fr. Для достижения достаточного венозного оттока использовалась вторая канюля 32 Fr. в бедренной вене. Затем после выполнения СЛШ безопасно применялся сосудистый перекрестный зажим через НПВ ниже почечного сосуда, а верхняя полая вена плотно затягивалась. Во время процедуры сокращения сердца вскрывалось правое предсердие. Кровь, возвращающаяся в правое предсердие, отсасывалась высоковакуумным отсосом во избежание эмболизации опухолью. Опухолевые массы извлекались из просвета НПВ, в местах инвазии в интиму выполнялась резекция стенки магистрального сосуда. После кавальной реконструкции, в момент завершения ушивания дефекта правого предсердия, производилось отсасывание из него остаточного воздуха. В 2-х случаях (11%) во время операции в связи с острой сердечной недостаточности, случилась остановка сердца (опухоль достигла правого желудочка). Один пациент погиб на 5-е сутки по причине тромбоэмболии легочной артерии.

Рис. 1 Состояние после краевой резекции НПВ



Рис. 2 Опухолевый тромб, распространяющийся в правое предсердие

При наблюдении больных после выписки: 3-е пациентов дожили до 6ти месяцев, 5 погибли в течении 36 месяцев, 3е пациентов дожили период 76 месяцев, 4 пациента живы.

Результаты и обсуждение. Предикторы исхода и выживаемости пациентов при ПКР с опухолевым тромбом, распространяющимся в правое предсердие, обсуждаются по-разному. Наиболее распространенным является мнение, что прогноз определяется локальной инфильтрацией паранефральной клетчатки, поражением лимфатических узлов, отдаленными метастазами, патологической стадией ПКР и наличием инвазии в интиму нижней полой вены, но не уровнем распространения опухоли. Сочетание радикальной хирургии и иммуно-таргетной терапии является наилучшим методом лечения при ПКР с опухолевым тромбозом [5].

Применение СЛШ обеспечивает безопасное и радикальное удаление ПКР с опухолевым тромбом распространяющегося выше диафрагмы [3]. Welz и соавторы смогли продемонстрировать значительное снижение интраоперационной частоты осложнений при применении СЛШ [1]. Nesbitt и соавторы отмечают, что СЛШ обычно не требуется, если опухоль не распространяется в сердце и не требует атриотомии для удаления [3]. Выполнение описанного объема операции с III уровнем опухолевого тромбоза без применения СЛШ и атриотомии возможно, но с повышением риска фрагментации опухоли в просвете НПВ [8].

Не обоснованная антикоагулянтная терапия у пациентов с почечно-клеточным раком, с опухолевой обструкцией НПВ с развитыми венозными коллатералиями, приводит к высокому риску неконтролируемому кровотечению. Массивное кровотечение является наиболее частым интраоперационным и послеоперационным осложнением.

Заключение Удаление образования почки и опухолевого тромба является

технически сложной операцией, однако при возможности ее выполнения у пациента появляется шанс на продление выживаемости даже в некоторых случаях метастатического заболевания. В целях уменьшения риска интраоперационной летальности при проведении операции по удалению опухолевого тромба из правого предсердия рекомендуется применение СЛШ.

Ссылки:

1. Allard C.B., Gelpi-Hammerschmidt F., Harshman L.C., Choueiri T.K., Faiena I., Modi P., et al. (2015) Contemporary trends in high-dose interleukin-2 use for metastatic renal cell carcinoma in the United States. *Urol Oncol* 33(11): 496. e11–6. doi:10.1016/j.urolonc.2015.06.014;
2. Adler A., Gillon G., Lurie H., et al. (2017) Active specific immunotherapy of renal cell carcinoma patients: a prospective randomized study of hormono-immuno-versus hormonotherapy. Preliminary report of immunological and clinical aspects. *J Biol Response Mod.*;6:610-624;
3. Amin M.B., Greene F.L., Edge S.B., et al. (2017) The eighth edition AJCC Cancer Staging Manual: continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin.*;67:93-99;
4. Atzpodien J., Kirchner H., Illiger H.J., et al. (2017) IL-2 in combination with IFN-alpha and 5-FU versus tamoxifen in metastatic renal cell carcinoma: long-term results of a controlled randomized clinical trial. *Br J Cancer.*;85:1130-1136;
5. Tornberg S.V., Nisen H., Visapaa H. (2016) Outcome of surgery for patients with renal cell carcinoma and tumour thrombus in the era of modern targeted therapy. *Scand J Urol.*; 50(5): 380-386,
6. Zhu P., Du S., Chen S. (2018) The role of deep hypothermic circulatory arrest in surgery for renal or adrenal tumor with vena cava thrombus: a single-institution experience. // *J Cardiothorac Surg.* - 13(1). – 85-88
7. Master V.A., Ethun C.G., Kooby D.A., Staley C.A., Maithel S.K. (2018) The value of a cross-discipline team-based approach for resection of renal cell carcinoma with IVC tumor thrombus: A report of a large, contemporary, single-institution experience. // *J Surg Oncol.* - 118(8). - 1219-1226
8. Tillyashayhov M.N., Raximov N.M., Aloev B.B. (2018) Rezultati lecheniya bolnich rakom pochki oslojnennich trombozom v nijnyuyu poluyu venu i pravoe predserdie. // *Klinicheskaya i eksperimentalnaya onkologiya.* – Tashkent. №3(5). – S.25.
9. Davidov M.I., Matveev V.B., Volkova M.I. (2014) Faktori prognoza neposredstvennich rezultatov trombektomii u bolnich rakom pochki s opucholevim venoznim trombozom.// *Onkourologiya.* -№3.- S. 36-44



ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ.

Одилжон Ахмаджанович МУКИМОВ, Диёра Ровшанбековна ИСАНОВА
Кафедра хирургической стоматологии и дентальной имплантологии, Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Для цитирования: О.А.Мукимов, Д.Р.Исанова Пародонтологическая стоматологическая помощь населению *Journal of Biomedicine and Practice* 2019, vol. 2, issue 3, pp. 52-60

<http://10.26739/2181-9300-2019-3-7>

Статья поступила в редакцию 19 июня 2019 г.

Рекомендована в печать 3 июля 2019 г.

Контактная информация: Мукимов Одилжон Ахмаджанович, Ташкентский государственный стоматологический институт, улица Махтумкули 103, Ташкент, Республика Узбекистан, 100047, тел:+998909865399,+998909753484 факс:+998712304799, E-mail: Odil_0557@bk.ru, diyora.isanova.97@bk.ru

АННОТАЦИЯ

В структуре стоматологической заболеваемости болезни пародонта занимают второе место после кариеса зубов. Поэтому изучение эпидемиологии данной патологии и обращаемости за ней взрослого населения продолжает оставаться актуальным. В то же время до конца не изученным остается вопрос об особенностях обращаемости населения отдельных возрастно-половых групп, этносов, включая национальные особенности и условия проживания в различных регионах страны.

Ключевые слова: пародонтологическая заболеваемость, пародонт, помощь населению

PARODONTAL DENTAL CARE TO THE POPULATION.

Odiljon Ahmadjonovich MUKIMOV, Diyora Rovshanbekovna ISANOVA

Department of surgical dentistry and dental implantology, Tashkent State Dental Institute.

Contact information: Mukimov Odiljon Akhmadjanovich, Tashkent state dental Institute, street Makhtumkuli 103, Tashkent, Republic of Uzbekistan, 100047, tel:+998909865399, Fax:+998712304799, E-mail: Odil_0557@bk.ru, diyora.isanova.97@bk.ru

ANNOTATION

In the structure of dental disease parodontal disease occupy second place after dental caries. Therefore, the study of the epidemiology of this pathology and its appeal to the adult population continues to be relevant. At the same time, the question of the peculiarities of the appeal of the population of certain age and sex groups, ethnic groups, including national characteristics and living conditions in different regions of the country remains unexplored.

Key words: parodontal disease, parodont , assistance to the population

Аҳолига пародонтал стоматологик ёрдам кўрсатиш**Одилжон Ахмаджанович МУКИМОВ, Диёра Ровшанбековна ИСАНОВА**

Жаррохлик стоматологияси ва дентал имплантология Кафедраси, Ташкент давлат стоматология институт

Мурожаат :Мукимов Одилжон Ахмаджанович, Ташкент давлат стоматология институт, Махтумкули кўчаси 103, Ташкент, Узбекистан Республикаси, 100047, тел:+998909865399, факс:+998712304799, E-mail: Odil_0557@bk.ru, diyora.isanova.97@bk.ru

АННОТАЦИЯ

Стоматологик касалликлар орасида пародонт касалликлари кариес касалликларидан кейинги иккинчи ўринда туради. Шу сабабли ушбу касалликларни келиб чиқишини ва аҳолини шу касаллик билан мурожаатини ўрганиш долзарблигича қолмоқда. Шу билан бирга, айрим ёш ва жинсий гурухлар, этник гурухлар, жумладан, мамлакатнинг турли минтақаларида миллий хусусиятлар ва яшаш шароитлари аҳолининг мурожаатномасининг ўзига хос хусусиятлари тўлиқ ўрганилмаган.

Калит сўзлар: пародонтал касалликлар, пародонт, аҳолига ёрдам

Введение

Цель исследования: Оптимизация комплекса мероприятий, направленных на повышение качества и доступности пародонтологической помощи населению сельской местности.

Задачи исследования:

1. Провести сравнительный анализ показателей и структуры пародонтологической заболеваемости и определить потребность населения в пародонтологическом лечении.
2. Разработать и внедрить программу профилактики стоматологических заболеваний направленных на повышение качества и доступности пародонтологической помощи.

Материалы и методы исследования: для проведения диагностики было проведено следующие исследования :

- 1.Клиническое обследование больных.
- 2.Радиологическое исследование.
- 3.Ультразвуковое исследование.
- 4.Статистические методы обработки результатов исследования.

Результаты исследования: На уровень распространенности и интенсивности болезней пародонта среди населения влияют многие факторы, такие как возраст, пол, место и условия проживания, социальная среда, обеспеченность стоматологической помощью, о чем свидетельствуют многочисленные работы авторов [Петерсен, П.Э.].

Группой ученых Уряшева Э.В., Чвалун Е.К., Григоренко П.А. проведен анализ стоматологического статуса взрослого населения Изобильненского района Ставропольского края. Результаты обследования регистрировали в разработанную карту, основой которой служила карта стоматологического

статуса, рекомендованная ВОЗ (1995). Проведено стоматологическое обследование 147 человек, проживающих на данной территории, в возрасте от 25 до 70 лет. Статистическая обработка проведена с использованием компьютерной программы «Статистика» с расчётом показателей обеспеченности и потребности населения в различных видах протезирования.

У населения исследуемой местности отмечается высокий уровень зубов, пораженных кариесом, удаленных зубов, а также воспалительных процессов в пародонтальных тканях. Проведённый анализ показателя КПУ свидетельствует, что компонент удаленных зубов составляет от 2,1 у лиц до 30 лет; в возрастной группе 39-40 лет зарегистрировано в среднем 5,7 удалённых зуба на одного обследованного, у лиц старше 50 лет - до 19,6. Наиболее тяжелые изменения тканей пародонта наблюдались у обследованных лиц в возрастной группе 45-60 лет. Распространенность поражения среди обследованных лиц данной возрастной группы достигала почти 100%. Интактный пародонт выявлен лишь у 1,19% ± 0,03%. Кровоточивость, как самый тяжелый признак, отмечена у 9,8% ± 0,05% респондентов, преобладали зубной камень — 6,9% ± 0,03%, пародонтальные карманы — 4-5 мм (42,7% ± 0,09%), карманы 6 мм и более (2,39% ± 0,04%). В среднем, по секстантам: интактные — 1,68% ± 0,08%, кровоточивость — 2,10% ± 0,06%, зубной камень — 1,84% ± 0,04%, пародонтальный карман 4-5 мм - 1,92% ± 0,09%, карманы 6 мм и более — 0,85% ± 0,04%. Из регистрации были исключены 1,89% ± 0,09% секстанта.

В статье использованы материалы диссертационного исследования К.В. Умаровой (2013) по теме «Анализ качества лечебно-профилактической помощи, оказываемой населению с заболеваниями тканей пародонта в соответствии с программой обязательного медицинского страхования». Авторы прибегали к данным о видах и объемах медицинской помощи, предоставляемой по программе ОМС пациентам с заболеваниями пародонта в 2010 г. Для сравнительного анализа были также использованы данные Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС и новые тарифы, введенные в действие с 01.10.2013. Получены результаты:

Стоматологическая помощь, оказываемая пациентам с заболеваниями пародонта в соответствии с Московским городским реестром медицинских услуг в системе ОМС, в основном сводится к терапевтическому лечению, а именно к удалению зубных отложений.

-Хирургическая помощь пациентам с заболеваниями пародонта по программе ОМС сведена к минимуму и ограничивается оказанием неотложной помощи – удалением зубов и вскрытием пародонтальных абсцессов.

Виды медицинских услуг, предоставляемых согласно реестру ОМС, ограничивают применение разрабатываемых протоколов ведения больных с заболеваниями пародонта в клинической практике стоматологических поликлиник, а также лишают возможности оказания качественной стоматологической помощи по программе ОМС данному контингенту больных.

Высокая пародонтологическая заболеваемость предполагает изучение сто-

матологического статуса и комплексного эпидемиологического обследования. Оценка стоматологического статуса сельского населения, конструктивных особенностей протезов и показателей потребности в ортопедическом лечении отражает степень поражения зубочелюстной системы, а также уровень стоматологического обслуживания изучаемых групп населения. Большое значение имеют сведения об ортопедическом статусе для планирования кадрового и материального обеспечения стоматологической службы регионов с учетом особенностей их географии и экономики.

Челябинские авторы (Соловьева Ю.А. Разбойникова Д.А. 2018) Провели анализ доступности и удовлетворенности пациентов с заболеваниями пародонта качеством стоматологической помощи. Исследование проводилось на базе МБУЗ СП №6 г. Челябинска в 2017 году. Для получения достоверных данных при проведении пилотного исследования, был рассчитан объем выборочной совокупности, который составил 42 пациента. В рамках пилотного этапа исследования участие приняло 46 пациентов, получавших стоматологическую пародонтологическую помощь в данной медицинской организации. Исследование проводилось анкетным методом. При анализе доступности и удовлетворенности пациентов с заболеваниями пародонта качеством стоматологической помощи выявлена высокая доступность стоматологической помощи в данной медицинской организации: имеется регулярное транспортное сообщение с районом расположения стоматологической поликлиники, большинство пациентов имеют возможность попасть на прием к врачу-стоматологу без предварительной записи в день обращения и осуществить выбор лечащего врача-стоматолога. Большинство пациентов были удовлетворены графиком работы врачей-стоматологов, работой регистратуры и материально-техническим состоянием поликлиники. Более высокий профессиональный уровень врачей отмечен пациентами на пародонтологическом приеме, а также выявлена большая степень доверия к этим специалистам. Качество стоматологической помощи в организации пациенты оценили в целом как хорошее, а качество оказания пародонтологической помощи большинство сочли отличным. Однако наблюдается различие при анализе оценок пациентами стоматологической помощи на пародонтологическом приеме: низкая доступность пародонтологических услуг в связи с недостатком кадров данной специальности, но при этом более высокое качество оказания этого вида помощи, более высокое доверие к врачу на пародонтологическом приеме, а также более вежливое и внимательное отношение к пациентам. Образовательный уровень респондентов оказался ниже почти в 2 раза, что необходимо учитывать при разработке дальнейших организационных мероприятий. Отсутствие финансирования пародонтологической помощи ФОМС и выявленная низкая стоматологическая культура пациентов в плане профилактики стоматологических заболеваний очерчивают направления для изменения данной ситуации и перспективы для ее разрешения. Несмотря на существующие стандарты оказания медицинской помощи и знания о высокой распространенности заболеваний пародонта, большое количество врачей-стоматологов не объясняют пациентам важность лечения пародонтологических

заболеваний. Анализ удовлетворенности пациентов с заболеваниями пародонта качеством и доступностью стоматологической помощи показал в целом хорошие результаты, однако имеются проблемы, которые необходимо решать на всех уровнях оказания стоматологической помощи.

В работе известного ученого Леонтьева В.К. (2018) говорится, мировая практика показывает, что снижения заболеваемости кариесом зубов невозможно достигнуть только путем лечения зубов, в том числе санации полости рта. Для достижения этой цели необходимо широкое проведение профилактической работы и внедрение в стоматологическую практику методов коммунальной стоматологии. Профилактика стоматологических заболеваний — это одна из важнейших задач здравоохранения, поскольку предупреждение болезней твердых тканей зубов, а также мягких тканей в полости рта является профилактикой общих заболеваний. Профилактическая работа по снижению заболеваемости кариесом зубов должна складываться из ряда крупных мероприятий, о которых идет речь в данной статье. Представленный материал направлен на то, чтобы побудить руководство здравоохранения, стоматологическое сообщество, работников ВУЗов внимательно рассмотреть возможности изменения лечебной политики в области кариесологии — основного раздела стоматологии — с тем, чтобы даже в условиях дефицита государственного финансирования специальности получить путем выявления и использования резервов и организации работы необходимое рабочее время и возможности для перехода к наиболее эффективной форме работы в стоматологии — к профилактике и диспансеризации. Как видно из приведенных в статье доводов, необходимое для этого освободившееся время (как показатель расширения возможностей стоматолога) возникнет за счет мер, направленных на увеличение времени функционирования пломб и использования новых технологий и материалов, совершенствования организации работы стоматологических учреждений и повышения мотивации пациентов.

Ряд отечественных авторов, таких как ОН. Адамкин (1999), Э.М. Кузьмина (1999, 2009), Янушевич О.О. (2009), анализируя геродонтологический статус населения в различных климатогеографических зонах России, отмечали связь между заболеваемостью и особенностями условий проживания в различных округах, экологией местности, культурными отличиями. Как показали исследования, наиболее благоприятным состоянием тканей пародонта оказалось у населения Дальневосточного округа, где здоровый пародонт выявлен у 50% населения. Ситуация в Центрально-Европейском, Южно-Европейском и Западно-Сибирском округах, где был схожий уровень заболеваемости, оказалась наименее благоприятной.

Многие отечественные авторы в своих статьях уделяют внимание роли протоколов ведения больных в современной стоматологии. Однако и по сей день нет четкого алгоритма действий врача-стоматолога при приеме пародонтологических больных, который должен быть подкреплён стандартом лечебно-диагностических манипуляций.

По мнению КВ. Леонтьева и А.Ю. Малого, важность протоколов ведения больных, независимо от того, какой правовой акт они из себя представляют

(отраслевой стандарт, национальный стандарт системы технического регулирования или нормативный документ, утвержденный Минздравсоцразвития РФ), определяется тем, что этот документ содержит совокупность норм и требований не только к объему и последовательности врачебных действий, но и к эффективности и безопасности медицинского вмешательства.

Ученые кафедры стоматологии детского возраста Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова (Ермуханова Г.Т. и др 2018) провели обследование 4028 детей и подростков с пародонтитами в возрасте от 7 до 16 лет в Кызылординской, Мангистауской и Алмтинской областей. Изучено состояния тканей пародонта с определением индекса РМА, пробы Шиллера-Писарева, наличие кровоточивости и зубного налета и камня, глубины пародонтального кармана. Распространенность заболеваний пародонта по Мангистауской области достигает 84%, по Кызылординской области 82,6%, что объясняется тем, что обследованию подлежали дети и подростки в основном сельского населения из экологических неблагоприятных регионов вышеуказанных областей РК, где оказание квалифицированной стоматологической помощи детям с патологией пародонта не поставлено на должный уровень. Доказано, что воспаления пародонта развиваются в присутствии пародонтопатогенных микроорганизмов на фоне снижения резистентности организма. По данным многих авторов у больных с пародонтитами имеются существенные ослабления неспецифических и специфических факторов иммунитета. Этому способствуют имеющиеся общесоматические заболевания, при этом общеизвестным фактом является влияние на снижение резистентности организма неблагоприятной окружающей среды. В связи с этим создаются условия для реализации первичного комплекса причинных факторов. Различия в течении заболеваний пародонта определяются разным состоянием иммунитета у пациентов [Ревазова З.Э., Вагнер В.Д., Дмитриева Л.А.].

Аральский кризис приобрел международное значение. Общеизвестно, что Кызылординская область характеризуется сложившейся критической экологической обстановкой: с одной стороны регрессией Аральского моря и с другой - открытием рудника подземного выщелачивания «Ирколь» с производственной мощностью 750 тонн урана в год. Известно, что основными определяющими факторами уровня здоровья являются состояние окружающей среды. В результате в регионе увеличена частота патологии беременных, заболеваний желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы, верхних дыхательных путей, повышены показатели рождаемости детей с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области, в частности врожденные расщелины губы и неба, во многих регионах понизилось качество питьевой воды и т.д. [Нурбаев А.Ж., Калбаев А.А.].

В настоящее время стоматологическая заболеваемость по Кызылординской области по многим позициям превышает среднереспубликанские показатели. Также социально-экономическое развитие Мангистауской области формируется в неблагоприятных природно-климатических условиях (дефицит пресной



воды, бедные в плодородном отношении почвы, постоянное колебание уровня Каспийского моря), которые создают специфику развития социальной сферы и характер расселения населения. В связи с этим немаловажное значение в развитии заболеваний пародонта у детей и подростков играет экология окружающей среды, которая оказывает тератогенное воздействие на организм ребенка в целом. Количество детей и подростков с заболеванием пародонта в данном регионе возрастает из года в год. Если по данным ВОЗ, 80% детей имеют те или иные заболевания пародонта, то по Мангистауской области Казахстана достигает 84%, по Кызылординской области 82,6%. Это объясняется тем, что обследованию подлежали дети и подростки в основном сельского населения из экологических неблагоприятных регионов разных областей РК (с Мунайлы, г. Новый Узень, районы Приаралья), где оказание квалифицированной стоматологической помощи детям с патологией пародонта не поставлено на должный уровень. В связи с этим ученые предлагают ввести в штат государственных стоматологических клиник должность врача стоматолога-пародонтолога с необходимым оборудованием для оказания квалифицированной помощи или включить в перечень услуг, в рамках программы ГОБМП - выявление и лечение детей с пародонтологическими заболеваниями [Ермуханова Г.Т., Амрин М.К., Нурлы Р.Б.

Таким образом, анализ доступной литературы представил оценку состояния стоматологической помощи в различных странах больным, проживающих в сельских экологически и географически неблагополучных регионах, страдающих заболеваниями пародонта. Литературные данные дают анализ организации стоматологической помощи и научное обоснование ее совершенствования в современных условиях. Совершенствование стоматологической помощи сельскому населению заключается в максимальном ее приближении к местам его проживания, даже в небольшие по численности населенных пунктах. Организовывать стоматологическую службу на селе следует с учетом возможности оказания всех видов стоматологического лечения: терапевтического, хирургического, ортопедического. Для этого необходимо подготавливать врачей-стоматологов широкого профиля, оказывающих стоматологическую помощь в максимальном объеме. А специалистов, уже работающих в стоматологических кабинетах 1-го уровня в сельской местности, стимулировать совершенствовать свои знания и умения, и после прохождения курсов повышения квалификации и получения соответствующих сертификатов по терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии снижать им нормативы нагрузки. Следует стремиться к созданию стоматологического кабинета на 1-ом уровне оказания стоматологической помощи в сельской местности с техническим оснащением, позволяющим применять современные методы лечения и новые технологии в работе врача-стоматолога.

Вывод: В результате проведенных исследований в сельской местности будет комплексно изучена стоматологическая заболеваемость населения, что позволит выявить уровень распространенности и интенсивности болезней пародонта и зу-

бочелюстных аномалий в разные возрастные периоды.

Список литературы:

1. Aleksandrov YE.V., Baraulya A.A. Sostoyanie i puti sovershenstvovaniya stomatologicheskoy pomoshi sel'skomu naseleniyu (po materialam mediko-sotsiologicheskogo issledovaniya) [State and ways of improving dental care to the rural population (based on medical and sociological research)] //Problemi stomatologii.-2005.- №1.-S.49-51.
2. Alimskiy A.V. Predlagaemaya model' organizatsii stomatologicheskoy pomoshi naseleniyu Rossiyskoy Federatsii [the proposed model of organization of dental care to the population of the Russian Federation]// Ekonomika i menedjment v stomatologii.- 2010. -№30.-S. 44—50.
3. Alimskiy, A.V. Organizatsionnie aspekti parodontologicheskoy stomatologicheskoy pomoshi naseleniyu/ A.V. Alimskiy[Organizational aspects of periodontal dental care] //Ekonomika i menedjment v stomatologii, 2011. - №3. - S. 20-21
4. Asadullaev N.S., Rizaev J.A. Nekotorie aspekti techeniya zabolevaniy parodont u lits pojilogo i starcheskogo vozrasta [Some aspects of the course of periodontal disease in the elderly and senile]//Stomatologiya.-2017.-№1.-S.82-85.
5. Babenko A.I., Kostrubin S.A., Babenko YE.A. Obrashaemost' vzroslogo naseleniya v territorial'nyyu stomatologicheskuyu polikliniku i vostrebovannost' meditsinskix texnologiy[Appealability of the adult population in the territorial offices of the clinic and the demand for medical technology]//Medicine.-2017.-№4.-S.86-90.
6. Batyukov N.M., Alpatova V.G., Kasumova M.K., Ostrenko S.YU. Struktura pokazateley otsenki kachestvaklinicheskoy raboti vracha-stomatologa-terapevta [the Structure of evaluation indicators kachestvennoi of a doctor-dentist-therapist]// Institut Stomatologii. - SPb. - 2018. - №1(78). - S. 10-12.
7. Bol'shov I.N. Organizatsiya viezdnoy stomatologicheskoy pomoshi jitel'yam sela[Organization of on-site dental care for villagers]//Vestnik RUDN. Seriya: Meditsina, 2016, № 3.-S.88-91.
8. Bol'shov I.N. Organizatsiya viezdnoy stomatologicheskoy pomoshi jitel'yam sela [Organization of on-site dental care for villagers]//Vestnik Rossiyskogo universiteta drujbi narodov.-2016.-№3.-S.88-92.
9. Bulgakova D.M. Sovershenstvovanie organizatsii i povishenie kachestva stomatologicheskoy pomoshi sel'skomu naseleniyu Respubliki Dagestan: Avtoref. Dis... kand. med.nauk. [Improving the organization and quality of dental care to the rural population of the Republic of Dagestan: autoref. Dis... kand. honey.sciences']- M., 2004.-24 s.
10. Butova V.G., Bichkov S.I., Mal'sagov A.M.-B., Jerebtsov A O. Rol' standartov i protokolov vedeniya bol'nix v kontrole kachestva stomatologicheskix uslug [Clinical, organizational and economic justification of improvement of dental care to the rural population of the Republic of Bashkortostan] // Ekonomika i menedjment v stomatologii. - 2009. - № 1 (27). - s. 49-53.
11. Butova V.G., Umarova K.V., Boykov M.I. Okazanie meditsinskoy pomoshi vz-

rosłomu naseleniyu s zaboŕevaniyami parodonta po programme OMS [the Role of standards and protocols for the management of patients in monitoring the quality of dental services]//Rossiyskiy stomatologicheskiy jurnal.-2014.- №2.-S.46-48.

Китоб:

12. Bulyakov, Rais Timergaleevich. Kliniko-organizatsionnoe i ekonomicheskoe obosnovanie sovershenstvovaniya stomatologicheskoy pomoshi sel'skomu naseleniyu Respubliki Bashkortostan : dissertatsiya - doktora meditsinskix nauk. [Medical care for adults with periodontal diseases according to the program of CHI]- Moskva, 2011.- 358 s.: il.

13. Rizaev J.A., Abdullaev D.Sh. Analysis of the state of microcirculation in patients with generalized periodontitis with concomitant IHDCHI 2-3 FC by NYHA, against the backdrop of the use of the national // JOURNAL OF RESEARCH IN HEALTH SCIENCE, 1/3 2018

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ

Ёкуб Кувватович ЭРОНОВ¹, Шоиста Болтаевна ДЖУМАЕВА²

¹*Кафедра «Детской стоматологии», Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан*

²*Кафедра «Гистология и медицинская биология», Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан*

Для цитирования: Эронов Ё.К., Джумаева Ш.Б., Современные подходы к лечению гингивита у детей раннего возраста и подростков Journal of Biomedicine and Practice 2019, vol. 2, issue 3, pp. 61-65

<http://10.26739/2181-9300-2019-3-8>

Статья поступила в редакцию 30 мая 2019 г.

Рекомендована в печать 10 июня 2019 г.

Ответственный автор за корреспонденцию: Ёкуб Кувватович ЭРОНОВ, Кафедра «Детской стоматологии», Бухарский государственный медицинский институт, адрес Бухарская область, район Когон Республика Узбекистан тел. +998904008667, электронная почта buhmi@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Лечение пародонта в детском возрасте является одной из наиболее важных и сложных проблем стоматологии. Его актуальность характеризуется высокой частотой возникновения пародонтиновых воспалительных заболеваний, возникновением хронических инфекций в организме, неполным развитием иммунной системы в детском возрасте, а также сложностью стабилизации психического состояния при абдоминальном болевом синдроме.

Изучение и отработка клинической эффективности путем применения местного геля «Кристал Дента» у пациентов с катаральным гингивитом.

Ключевые слова. Пародонт, инфекция, иммунная система, болевой синдром.

KICHIK YOSHDAGI BOLALAR VA O'SMIRLARDA GINGIVITNI DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI

Yokub Kuvvatovich ERONOV¹, Shoista Boltaevna DJUMAIEVA²

¹*Bolalar stomatologiyasi kafedrasida, Buxoro davlat tibbiyot instituti. O'zbekiston Respublikasi*

²*Gistologiya va tibbiy biologiya kafedrasida, Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston Respublikasi*

Yozishmalarga javobgar muallif. Yokub Kuvvatovich ERONOV Bolalar stomatologiyasi kafedrasida, Buxoro davlat tibbiyot instituti. Buxoro viloyati Kogon tumani, O'zbekiston Respublikasi. Tel. +998904008667 elektron pochta buhmi@mail.ru

Annotatsiya Mahalliy "Righteous Denta balzam" bilan og'rikan bemorlar ham bor edi. Shu tariqa mahalliy "Kristal Denta balzam" surunkali kataral gingivit bilan og'rikan bemorlarni davolashda samarali bo'ldi. Bundan tashqari, bu normal holatga tushirilganligini ko'rsatdi.



Kalit so'zlar.Periodontal, infektsiya, immun tizimi, og'riq sindromi.

MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF GINGIVITIS IN EARLY AGES AND TEENAGERS

Yokub Kuvvatovich ERONOV¹, Shoista Boltaevna DJUMAEVA²

¹*Department of "Pediatric dentistry", of Bukhara state medical Institute, Republic of Uzbekistan*

²*Department of «Histology and medical biology», of Bukhara state medical Institute, Republic of Uzbekistan*

Corresponding author: Yokub Kuvvatovich ERONOV, Department of Pediatric Dentistry, Bukhara State Medical Institute, address Bukhara region, Kogon district Republic of Uzbekistan tel. +998904008667, e-mail buhmi@mail.ru

ANNOTATION

The positive effects of chronic catarrhal gingivitis in children with objective evidence, but also the PMA and clinical evaluation results, were found in patients with localized "Righteous Denta balm". In this way, the local "CrystalDenta balm" was effective in treating patients with chronic catarrhal gingivitis. Additionally, the disease has been prevented from recovering the normal physiological condition of the milk, the intoxication centers in the child's body have been reduced and the efficacy of chewing is improved.

Keyword. Periodontal disease, infection, immune system, pain syndrome.

Periodontal treatment in childhood is one of the most important and complex problems of dentistry. Its relevance is characterized by a high incidence of paradulent inflammatory diseases, the occurrence of chronic infections in the body, incomplete development of the immune system in childhood, as well as the difficulty of stabilizing the mental state in abdominal pain.

Study and testing of clinical efficacy by applying local Crystal Dent Gel in patients with catarrhal gingivitis.

Actuality of the research work. Periodontal treatment in childhood is one of the most important and complex problems of dentistry. Its relevance is characterized by a high incidence of paradulent inflammatory diseases, the occurrence of chronic infections in the body, incomplete development of the immune system in children, as well as difficulties in stabilizing the mental state during abdominal pain syndrome. The rapid demonstration of paradontic and dental functions is influenced by the external negative factors, its sensitization and intoxication (Грудянов А.И. 2006, Гаража Н.Н. 2008). Among children with parodontia, gingivitis is the most common form of lesions of the atrophous tissue, usually seen among children and adolescents, because later illnesses become accelerated. (Николаев А.И., Цепов Л.М., 2001, Орехова Л.Ю., Улитовский С.Б., 2007, Айбазова М.С., Гаража Н.Н., 2008). Complex management of gingivitis at the childhood is one of the leading positions. Nowadays, effective treatment is provided by the use of the modern tool, «Kholisal Denta balm,» and is less likely to cause side effects and allergic reactions (Горбатова Е.А., Ломецкая Т.И., Мануйлова Б.М., 2000, Дмитриева Л.А., 2007). Recent research by dentists has confirmed the

high effectiveness of aloe. The use of the above-mentioned herbal remedies will reduce the duration of eradication of inflammatory processes in the milk. The combination of these tools with the «Kholisal Denta balm» means loss of inflammation in the wound and strengthens blood circulation and strengthens nerve innervations. The active ingredient of the agent is cholin salicylate, glycerol, hydro-xyethylcellulose and others. Due to the successful combination of the above-mentioned substances, the drug is anti-inflammatory and antiseptic. However, the use of such drugs in the practice of dentistry is limited because of their features, the mechanism of pathogenetic action of parodontal inflammatory diseases, and the lack of information such as the methodological properties of the plant. Therefore, the use of domestic drugs is up-to-date and modern.

The purpose of the research work. Studying and implementing the local “Kholisal Denta balm” remedial organoleptic efficacy in patients with catarrhal gingivitis.

Research Materials and Methods. A total of 32 patients with acute catarrhal gingivitis were aged 11-16 (20 girls - 64% and 12 males - 36%). The investigated group found that organs and tissue develops as an outbreak of secondary diseases that affect the transmission of inflammatory diseases of the infected children. Of the total number of children attending the examination, 20 (64%) were in orthodontic treatment. The diagnosis of chronic catarrh gingivitis is based on clinical findings and instrumental investigations. All examined patients were divided into 2 groups according to the treatment scheme used in children: 18 patients in the main group A, with the use of “Solitary Denta balm”, 14 patients with control group B were treated with chronic catarrhal gingivitis with 2% chlorophyllipide is applied. In all patients, oral hygiene was performed: dental treatment techniques were corrected, oral hygiene was taught, tooth decay was taken and hygiene control was performed. Gingivitis index and bleeding index for gingivitis index (PMA for gonorrhoea) and milk bleeding index (according to Mühlemann) were used to evaluate treatment results.

Research results. In the treatment of patients with chronic catarrhal gingivitis, a positive clinical outcome was observed: both groups had mildew normal color, the milk limit and open pink coli forms, tight densities, no discomfort, pain in the milk and scabies. The active ingredient of the agent is cholin salicylate, glycerol, hydro-xyethylcellulose and others. Due to the successful combination of the above-mentioned substances, the drug is anti-inflammatory and antiseptic.

The combination of these tools with the “Kholisal Denta balm” means loss of inflammation in the wound and strengthens blood circulation and strengthens nerve innervations. However, eight patients with glucocorticidal tuberculosis in the control group had mucous membrane formation in the oral cavity, and 5 patients had dyes and filling surfaces brown. The dynamics of parodontal indices are given in the following tables.

Table 1
Dynamics of PMA index for Silness-Loe.

Group	Number of the patients	Before treatment	After treatment
A	18	14,07±2,08	0,17±0,17
B	14	12,13±1,14	1,18±0,24

Table 2

Dynamics of bleeding index indices in Mühlemann

Group	Number of the patients	Before treatment	After treatment
A	18	0,44±0,04	0,11±0,02
B	14	0,41±0,08	0,11±0,04

The results show that gingivitis and milk bleeding tend to improve.

The list of used literature

1. Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Periodontal Diseases of Children and Adolescents // J. Periodontol.– 2003.– № 74.– P. 1696–1704.

2. Юдина Н.А., Ирышкова О.В., Лунев М.А., Успенская М.Н., Блеканова В.А. Недостаточная эффективность стандартного лечения в коррекции иммунометаболических нарушений при хроническом катаральном генерализованном гингивите, генерализованном пародонтите и одонтогенном остеомиелите челюстно–лицевой области // Фундаментальные исследования. – 2012. – №7(1). – 204–207 б.

Iudina N.A., Iryshkova O.V., Lunev M.A., Uspenskaia M.N., Blekanova V.A. Nedostatochnaia effektivnost standartnogo lecheniia v korrektsii immunometabolicheskikh narushenii pri khronicheskom kataralnom generalizovannom gingivite, generalizovannom parodontite i odontogenom osteomielite cheliustno–litsevoi oblasti [Insufficient effectiveness of standard treatment in the correction of immunometabolic disorders in chronic catarrhal generalized gingivitis, generalized periodontitis and odontogenic osteomyelitis of the maxillofacial region]// Fundamentalnye issledovaniia. – 2012. – №7(1). – 204–207 b.

3. Белоусов Н.Н. Причины широкого распространения тяжелых форм воспалительных заболевания пародонта / Н.Н. Белоусов // Пародонтология.– 2005. – Т. 36, № 3. – 26–29 б.

Belousov N.N. Prichiny shirokogo rasprostraneniia tiazhelykh form vospalitelnykh zabolevaniia parodonta [The reasons for the wide distribution of severe forms of inflammatory periodontal disease]/ N.N. Belousov // Parodontologiya.–2005. – Т. 36, № 3. – 26–29 b.

4. Мащенко И.С. Заболевания пародонта / И.С. Мащенко. – Днепропетровск: Коло, 2003. – 271 б.

Mashchenko I.S. Zabolevaniia parodonta [Periodontal disease]/ I.S. Mashchenko. – Dnepropetrovsk: Kolo, 2003. – 271 b.

5. Цепов Л.М. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, А.И. Николаев, Е.А. Михеева.– Москва: МедПресс, 2008. –272

Tsepov L.M. Diagnostika, lechenie i profilaktika zabolevanii parodonta [Diagnosis, treatment and prevention of periodontal disease] / L.M. Tsepov, A.I. Nikolaev, E.A. Mikheeva.– Moskva: MedPress, 2008. –272

6. Усманова И.Н., Герасимова Л.П., Кабирова М.Ф., Туйгунов М.М., Усманов И.Р. Диагностические критерии хронического гингивита и пародонтита у лиц

молодого возраста // Пародонтология. – 2014. – № 4 (73). – 44–49 б.

Usmanova I.N., Gerasimova L.P., Kabirova M.F., Tuigunov M.M., Usmanov I.R. Diagnosticheskie kriterii khronicheskogo gingivita i parodontita u lits molodogo vozrasta [Diagnostic criteria for chronic gingivitis and periodontitis in young people]// Parodontologiya. – 2014. – № 4 (73). – 44–49

7. Березина Н.В., Силантьева Е.Н., Кривонос С.М. Применение витаминно–минерального комплекса и антибактериальных гелей, ополаскивателя и зубной пасты в лечении воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. 2014. № 4 (73). 72–75 б.

Berezina N.V., Silanteva E.N., Krivonos S.M. Primenenie vitaminno–mineralnogo kompleksa i antibakterialnykh gelei, opolaskivatelia i zubnoi pasty v lechenii vospalitelnykh zabolevanii parodonta // Parodontologiya. 2014. № 4 (73). 72–75 b.

8.Nguyen K., Rincon, J.C., Bickel M. Association of strong premature contacts and tooth mobility using T-Scan // Australian Dental Journ. 2007. - Vol. 52, № 4. - P .49.

9.Nick M. Al Zahrawi: Extraordinary Physician, Surgeon and inventor. Al Shindagah, 2005, № 62 Jan-Febr.

10. Pasini S., Bardellini E., Casula I., Flocchini P., Majorana A. Effectiveness of oral hygiene protocol in patients with post-traumatic splinting // Eur J Paediatr Dent. 2006. - Vol. 7, № 1. - P. 35 - 38.

11. Petersen P.E., Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: The WHO approach // J Periodontal. 2005. - Vol. 76, № 12.1. P.2187 2193.

12. Rappelli G., Putignano A. Tooth splinting with fiber-reinforced composite materials: achieving predictable aesthetics // Pract Proced Aesthet Dent. -2002. Vol. 14, № 6. - P. 495 - 500.

13. Strassler H.E., Brown C. Periodontal splinting with a thin high-modulus polyethylene ribbon // Compend Contin Educ Dent. 2001. - Vol. 22, № 8.- P. 696 - 700 , 702, 704.

14. Strassler H.E. Single visit natural tooth pontic bridge with fiber reinforcement ribbon // Tex Dent J. 2007. - Vol. 124, № 1. - P. 110 - 113.

15. Strassler H.E., Serio C.L. Esthetic considerations when splinting with fiber-reinforced composites I I Dent Clin NorthAm. 2007. - Vol. 51, № 2. -P. 507 - 24.

16. Jakhongir Abduvakilov, Jasur Rizaev. Characteristic Features of Hemostasis System Indicators in Patients with Inflammatory Periodontal Diseases Associated with Metabolic Syndrome// Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research 7/4, 2019



ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Малика Худайберггановна ИБРАГИМОВА¹, Хайдар Пазылович КАМИЛОВ²

¹ Доцент кафедры госпитальной терапевтической стоматологии, Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент, Узбекистан;

² Заведующий кафедрой госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент, Узбекистан

Для цитирования: Малика Худайберггановна ИБРАГИМОВА¹, Хайдар Пазылович КАМИЛОВ² Тактика диагностики и лечения хронического генерализованного катарального гингивита при хроническом калькулезном холецистите Journal of Biomedicine and Practice 2019, vol. 2, issue 3, pp.

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-9297-2019-3-9>

Статья поступила в редакцию 5 июля 2019 г.

Рекомендована в печать 17 июля 2019 г.

Ответственный автор за корреспонденцию: М.Х. ИБРАГИМОВА
Доцент кафедры госпитальной терапевтической стоматологии, Ташкентский государственный стоматологический институт, адрес, г.Ташкент улица Махтумкули-103 100174. Тел. +99894-686-95-91, эл.почта: malika.ibragimova.50@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Учитывая, что имеется большой арсенал лекарственных средств, однако нет оптимальных методов воздействия на механизм развития воспалительных заболеваний пародонта при хроническом калькулезном холецистите, в связи с этим проблема лечения хронического генерализованного катарального гингивита при этой патологии все еще остается актуальной. Проведенное нами исследование было проведено с целью изучения эффективности комплексной патогенетической терапии хронического генерализованного катарального гингивита и ирригации десны ополаскивателем Parodontax аппаратом Waterpik WP при хроническом калькулезном холецистите.

После завершения комплексного патогенетического лечения с применением ирригации десны препаратом Parodontax аппаратом Waterpik WP были получены высокие результаты, при которых противовоспалительная эффективность определяли как редукцию индекса РМА. Значение РМА снизилось с $22,16 \pm 1,64\%$ до $11,96 \pm 0,05\%$, показатель ОНI-s составил снижение с $2,31 \pm 0,22$ до $0,91 \pm 0,27$; SBI $2,14 \pm 0,11$ снизился и составил $1,28 \pm 0,11$. Среднемолекулярные пептиды, выявляемые при длине волн E_{254} и E_{280} также было повышено у больных хроническим генерализованным катаральным гингивитом сочетанной формой заболевания соответственно в 1,8 и 1,6 раза при сравнение с группой

здоровых лиц, что свидетельствует об эндогенной интоксикации и увеличении в плазме крови пептидов различной массы, что является одной из причин цитокиноопосредованного повреждения гепатобилиарной системы печени. После проведенного лечения отмечено достоверное понижение активности ферментов - АСТ, ГГТ, ЩФ и ГДГ соответственно на 38,18%, 49,68%, 49,31%, на 57,78% ($P < 0,05$).

Таким образом, эффективность комплексного патогенетического лечения и местного применения ирригации десны ополаскивателя Parodontax аппаратом WaterpikWP подтверждены результатами клинических и биохимических исследований.

Ключевые слова: катаральный гингивит, хронический калькулезный холецистит (ХКХ), ирригация, ирригатор WaterpikWP, метрогил дента, патология гепатобилиарной системы, эндогенная интоксикация.

TACTICS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED CATARRHAL GINGIVITIS IN CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS

Malika Khudayberganovna IBRAHIMOVA,¹ Haydar Pazilovich Kamilov²,

¹ Assistant professor of department of hospital therapeutic stomatology, Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

² Head of department of hospital therapeutic stomatology, Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan;

Corresponding author: M.K. IBRAHIMOVA Assistant professor of department of hospital therapeutic stomatology, Tashkent State Dental Institute, Address Tashkent, street Makhtumkuli-103 100174. Tel. + 99894-686-95-91, e-mail: malika.ibragimova.50@mail.ru Tashkent, Uzbekistan

ANNOTATION

Considering that there is a large arsenal of medicines, however, there are no optimal methods for influencing the mechanism of development of inflammatory periodontal diseases in chronic calculous cholecystitis, therefore, the problem of treating chronic generalized catarrhal gingivitis in this pathology is still relevant. Our study was conducted to investigate the effectiveness of complex pathogenetic therapy of chronic generalized catarrhal gingivitis and irrigation of the gums with Parodontax rinse using Waterpik WP apparatus for chronic calculous cholecystitis.

After the completion of complex pathogenetic treatment with the use of irrigation of the gums with Parodontax using Waterpik WP, high results were obtained, in which the anti-inflammatory efficacy was defined as a reduction of the PMA index. The PMA value decreased from $22.16 \pm 1.64\%$ to $11.96 \pm 0.05\%$, the OHI-s index decreased from 2.31 ± 0.22 to 0.91 ± 0.27 ; SBI 2.14 ± 0.11 decreased and amounted to 1.28 ± 0.11 . Medium-molecular peptides detected at E254 and E280 wavelengths were also increased in patients with chronic generalized catarrhal gingivitis with a combined form of the disease, respectively, 1.8 and 1.6 times when compared with the group of healthy individuals, which indicates endogenous intoxication and an increase in blood

plasma peptides different masses, which is one of the causes of cytokine-mediated damage to the hepatobiliary system of the liver. After the treatment, there was a significant decrease in the activity of the enzymes — AST, GGT, alkaline phosphatase and GDH, respectively, by 38.18%, 49.68%, 49.31%, by 57.78% ($P < 0.05$).

Thus, the effectiveness of complex pathogenetic treatment and local application of irrigation of the gums of the Parodontax rinser with the WaterpikWP apparatus is confirmed by the results of clinical and biochemical studies.

Key words: catarrhal gingivitis, chronic calculous cholecystitis (HCH), irrigation, WaterpikWP irrigator, metrogyl denta, pathology of the hepatobiliary system, endogenous intoxication.

СУРУНКАЛИ ТОШЛИ ХОЛИЦИСТИТДА СУРУНКАЛИ ТАРҚОҚ КАТАРАЛ ГИНГИВИТНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Malika Xudayberganovna IBRAHIMOVA¹, Haydar Pazilovich KAMILOV

¹ *Gospital terapevtik stomatologiyasi kafedrasida dotsenti Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, Toshkent, O'zbekiston*

² *Gospital terapevtik stomatologiyasi kafedrasida mudiri, Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, Toshkent, O'zbekiston*

Yozishmalar uchun mas'ul muallif: M.X. IBRAHIMOVA, Gospital terapevtik stomatologiyasi kafedrasida dotsenti Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, Mah-tumquli ko'chasi 103-uy100174. Tel. + 99894-686-95-91, e-mail: malika.ibragimova.50@mail.ru Toshkent, O'zbekiston

ANNOTATSIYA

Dori-darmonlarning ko'lamini kengligini hisobga olsak, surunkali toshli xoletsistitda yallig'lanish periodontal kasalliklarini rivojlanish mexanizmiga ta'sir ko'rsatishning optimal usullari mavjud emas, shuning uchun bu patologiyada surunkali tarqoq kataral gingivitni davolash muammosi hali ham dolzarb. Bizning tadqiqotimiz surunkali tarqoq kataral gingivitni keltiriladigan gingivitning murakkab patogenetik davolanishining samaradorligini tekshirish va Parodontax suyuqlik bilan Waterpik WP purkash yo'li bilan o'tkazildi.

Patogenetik davolanishni tugatgandan so'ng, yallig'lanishga qarshi samaradorlik PMA indeksining pasayishi sifatida aniqlangan va yuqori natijalarga erishildi. PMA qiymati $22,16 \pm 1,64\%$ dan $11,96 \pm 0,05$ gacha kamaydi, OHI indeklari $2,31 \pm 0,22$ dan $0,91 \pm 0,27$ ga kamaydi; SBI $2,14 \pm 0,11$ kamaydi va $1,28 \pm 0,11$ bo'ldi. E254 va E280 to'lqin uzunliklarida aniqlangan o'rta massali molekulyar peptidlar, shuningdek, sog'lom shaxslar guruhiga nisbatan navbati bilan 1,8 va 1,6 marta surunkali tarqoq kataral gingivit bilan og'rigan bemorlarda endojen intoksikatsiyani va qon plazmasi peptidlarida turli xil massa mavjud bo'lib, u jigarning gepatobiliar tizimiga zarar etkazadigan sabablardan biri hisoblanadi. Davolashdan keyin AST, GGT, gidroksidi fosfataza va GDH fermentlarining faolligi sezilarli darajada kamaygan 38,18%, 49,68%, 49,31%, 57,78% ($P < 0,05$).

Shunday qilib, Parodontax parvarishlash WaterpikWP apparati bilan kompleks patogenetik davolash samaradorligi va mahalliy samaradorligi klinik va biokimyoviy

tadqiqotlar natijalari bilan tasdiqlanadi.

Kalit soʻzlar: kataral gingivitis, surunkali hisoblanadigan xoletsistit (HKH), sugʻorish, suvpikWP irrigatori, metropoliten dentasi, gepatobiliar sistema patologiyasi, endogen zaharlanish.

Введение. Патология гепатобилиарной системы является одним из наиболее частых хронических заболеваний у населения, занимая 3-е место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета [3,21]. В странах Северной Америки и Европы больные ГБС составляет 15–25% населения этих стран. В азиатских и африканских государствах - встречается существенно реже – в 3–6% случаев [1, 3, 7, 20,23]. Развитию хронических воспалительных явлений в тканях пародонта, который начинается с воспалительного процесса в десне способствуют нарушения микробиоценоза полости рта, нарушения механизмов местной иммунной защиты, при этом не исключается влияние на этот процесс патологии органов желудочно-кишечного тракта, в частности хронического холецистита [9,10,11,15]. Дискинезия желчного пузыря может привести к развитию хронического холецистита, когда воспалительный процесс развивается в самом желчном пузыре и обособлено встречается лишь в 6% случаев.

По данным ВОЗ (2002), свыше 90% взрослого населения планеты имеют те или иные признаки пародонтопатий, у 12% людей здоровый пародонт, у 53% отмечены начальные воспалительные изменения. В возрастных группах 35 – 44, 45 – 54, 55 лет и старше число лиц с начальными изменениями пародонта прогрессивно уменьшается до 26 – 15% при одновременном росте изменений средней и тяжелой степени – до 75%. Распространенность заболеваний пародонта, по данным разных авторов, достигает до 98 %. [1,2,6,8,18,19,21], большая часть заболеваний пародонта приходится на воспалительные процессы.

Проблема лечения воспалительных заболеваний пародонта в частности, хронического генерализованного катарального гингивита на фоне хронического калькулезного холецистита (ХКХ) является одной из наиболее актуальных задач в стоматологии. Лечение гингивита в этом случае представляет собой задачу, направленную не только на устранение воспаления в десне, восстановление утраченной функции, но и на профилактику развития осложнений деструктивного характера, характерные для пародонтита [4,5,12,13,14,15,17].

Цель исследования: совершенствование тактики диагностики и лечения пациентов ХГКГ, сочетанной с хроническим калькулезным холециститом и оценить эффективность комплексного патогенетического лечения.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось за период с 2017 по 2018 годы на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института у 97 пациентов с хроническим катаральным гингивитом различной степени тяжести на фоне хронического холецистита. Было получено письменное согласие пациентов на проведение исследований.

Пациенты были разделены на 3 рандомизированные группы по возрасту и половой принадлежности: 1-на основную группу (61 лиц); 2-группу сравнения

(36 лиц); 3-контрольную групп- (20 здоровых лиц). Пациенты основной группы и группы сравнения были разделены еще на 3 подгруппы по степени тяжести катарального гингивита. В основной группе из 61 больного количество женщин составляло было больше -35 человек ($57,38 \pm 6,33\%$), мужчин было меньше – 26 человек ($42,62 \pm 6,33\%$), средний возраст 39,9. Количество больных в группе сравнения было 36, из них женщины составляли 19 человек ($52,78 \pm 8,32\%$), мужчины – 17 человек ($47,22 \pm 8,32\%$), средний возраст 39,7. Длительность заболевания в основной группе было 3,67; в группе сравнения – 3,66.

В основной группе и группе сравнения больные получали местное и общее лечение. Больные с ХГКГ в группе сравнения получали традиционное лечение, состоящее из аппликационного обезболивания 2% раствором лидокаина, им проводилась антисептическая обработка 0, 06% раствором хлоргексидина, санация полости рта, аппликации антибактериального средства. Общее лечение в группе сравнения состояло из иммуномодулирующего средства.

Местное лечение больных ХГКГ основной группы проводилась по схеме: после проведения местного аппликационного обезболивания 2% раствором лидокаина. и антисептической обработки 0,06% раствора хлоргексидина, проводили профессиональную санацию полости рта (снятие твердых зубных отложений ультразвуковым скелером, проводили полировку шеек зубов щеткой и абразивной пастой, пользовались флоссами для удаления зубных отложений из межзубных промежутков), затем производили ирригацию десневого края раствором parodontax [аппаратом Waterpik WP](#), затем проводили аппликацию антибактериального препарата (метрогил дента). В зависимости от тяжести хронического катарального гингивита курс лечения длилась от 3 до 10 дней (при легкой форме: лечение проводится 3 дня; при средне-тяжелой форме: лечение длится 7 дней; при тяжелой форме лечение продолжается: 10 дн). Повторные осмотры проводили через неделю, 2 недели, 3 месяца, 6 месяцев и 12 месяцев.

Параллельно с местным лечением, совместно с гастроэнтерологом нами разработана схема общего патогенетического лечения, где учитывали выраженность общих патогенетических механизмов развития хронического холецистита, на фоне которых развились ХГКГ: гепатопротектор (урсосан), антибактериальный препарат (розалин), пробиотик (энтерожермина), фермент (серрата), иммуностимулирующий препарат (тактивин), антиоксидант (мексидол), анксиолитическое средство (тенотен), минеральная вода (боржоми), диета (чернослив, курага, молочно-растительная пища).

Для объективной оценки пародонтологического статуса больных хроническим катаральным гингивитом использовали индекс гигиены полости рта (ОНИ - S), индекс кровоточивости Muhlemann (SBI), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА). Биохимический метод исследования проводился для оценивания степени эндогенной интоксикации у больных ХГКГ, ассоциированной внутрипеченочной холестазазом на основе изучения уровня среднемолекулярных пептидов, цитолитических ферментов и уровня малонового ангидрида. Уровень молекул средней массы (МСМ) исследовали по методу Н.И.Габриэлян (1984) в

ультрафиолетовом диапазоне в режиме непрерывного сканирования на длинах волн с 220 до 300 нм. Уровень среднемолекулярного пула для плазмы оценивали по оптической плотности. Активность прооксидантной системы характеризовалась уровнем малонового диальдегида (по методу И.Д.Стальной и соавт., 1997). Общую активность ферментов – АСТ, ГГТ на автоматическом анализаторе Mindray BA – 88 А используемые наборы были фирмы HUMAN.

Статистическую обработку данных осуществляли методом вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента. Результаты обработаны при помощи пакета программ STATISTICA.

Результаты исследования. Больные с ХГКГ жаловались на неприятный запах изо рта, чувство горечи во рту, зуд, сухость, болезненность, кровоточивость десен при чистке зубов и приеме жесткой пищи. При объективном осмотре отмечается гиперемия, отек десневых сосочков и десневого края, что приводит к нарушению конфигурации десны. Наблюдаются мягкие и твердые зубные отложения. При дотрагивании пародонтальным зондом до десны появляется кровоточивость десневых сосочков. Рентгенологическое исследование показывает, что изменений компактной пластинки, снижения межзубных перегородок, смещения зубов и пародонтальных карманов не отмечается.

Исходный показатель гигиенического индекса ОНI-s у пациентов основной группы равен $2,31 \pm 0,22$, у пациентов группы сравнения - $2,14 \pm 0,31$.

Исходный показатель индекса кровоточивости SBI в основной группе составил $2,14 \pm 0,11$ против $2,15 \pm 0,12$ в группе сравнения. Исходный индекс РМА у пациентов основной группы составил $22,16 \pm 1,64\%$ против $20,42 \pm 2,17\%$ в группе сравнения. Значение индекса соответствует локализации воспаления в десневых сосочках.

Биохимические исследования показали среднемолекулярные пептиды, выявляемые при длине волн E_{254} и E_{280} также было повышено у больных хроническим генерализованным катаральным гингивитом сочетанной формой заболевания соответственно в 1,8 и 1,6 раза при сравнении с группой здоровых лиц, что свидетельствует об эндогенной интоксикации и увеличении в плазме крови пептидов различной массы, что является одной из причин цитокиноопосредованного повреждения гепатобилиарной системы печени.

Как видно из полученных результатов исследований, представленной в таблице, активность аспартат аминотрансферазы достоверно повышается у больных с хроническим генерализованным катаральным гингивитом, ассоциированной ХКХ в среднем в 4 раза при сравнении со здоровыми лицами. Вовлечение в патологический процесс митохондрий гепатоцитов сопровождается также повышением в крови активности митохондриального фермента-глутаматдегидрогеназы у обследуемых лиц. Активность последнего превысило исходный уровень в среднем в 2,3 раза ($P < 0,05$).

Эндогенная интоксикация и активация цитокиновой системы при сочетанной патологии сопровождается не только повреждением гепатоцитов печени, но также влияет на желчеобразовательную функцию печени, нарушается синтез и

секреция, а также отток желчи на уровне желчных канальцев вследствие гибели клеток желчных капилляров и выхода ферментов в плазму крови. Для оценки данного состояния было изучена активность фермента гаммаглутамилтрансфераза и щелочная фосфатаза. Как видно из полученных результатов исследований, у больных с ХГКГ, сочетанной с патологией ГБС отмечен достоверный рост активности гаммаглутамилтрансферазы в среднем 3,8 раза ($P < 0,05$). Схожая динамика наблюдается относительно фермента ЩФ, активность которой в плазме крови обследуемых лиц повышено в 3,7 раза при сравнении со здоровыми лицами.

Анализ показателей эндотоксемии, ферментных систем и малонового ангидрида в плазме крови больных ХГКГ, ассоциированной хроническим калькулезным холециститом

Показатели	Здоровые лица (n=12)	Больные ХГКГ ассоциированный с ВПХ до и после лечения n=19	
		до	после
Среднемолекулярные пептиды E_{254} (усл.ед)	0,21+0,01	0,38+0,01*	0,29+0,02
Среднемолекулярные пептиды E_{280} (усл.ед)	0,30+0,01	0,49+0,03*	0,36+0,01
Аспаргатаминотрансфераза (МЕ/л)	16,11+0,57	64,89+4,18*	24,78+1,63
Гаммаглутамилтрансфераза (МЕ/л)	54,27+3,93	203,93+8,92*	101,33+6,34
Щелочная фосфатаза (МЕ/л)	56,83+2,71	207,94+9,94*	102,54+7,98
Глутаматдегидрогеназа (мМоль/ час/л)	15,42+0,91	35,18+3,21*	20,33+1,78
Малоновый диальдегид (нМоль/ мл)	3,74+0,21	4,91+0,13*	4,02+0,33

Анализ полученных результатов исследований, представленной в таблице, указывает на повышение содержания малонового альдегида в плазме крови обследуемых лиц с сочетанной патологией в среднем в 1,3 раза. Выявленные изменения в изучаемых показателях свидетельствуют о высокой чувствительности к повреждающему действию как цитокинов, так эндотоксинов печени, которая в свою очередь обеспечивает их клиренс.

В результате проведенного комплексного патогенетического лечения показали, что содержание $СМП_{254}$ снижается на 76,31% относительно исходного значения.

Схожая динамика наблюдалось и в отношении $СМП_{280}$, значение которой до лечения превысило исходный уровень на 63%, после лечения это значение снизилось на 73,46%. У больных ХГКГ сочетанной ВПХ после проведенного лечения отмечено понижение активности ферментов - АСТ, ГГТ, ЩФ и ГДГ соответственно на 38,18%, 49,68%, 49,31%, на 57,78% ($P < 0,05$).

Малоновый диальдегид (МДА) – эндогенный альдегид рассматривается в качестве маркера оксидативного стресса. У больных хроническим генерализованным катаральным гингивитом, сочетанный с патологией гепатобилиарной системы также отмечено понижение активности МДА и составило 81,87% по сравнению с исходными показателями до лечения ($P < 0,05$). Клинические наблюдения после проведения комплексного патогенетического лечения показывают снижение показателей индексов РМА в основной группе среднем в 1,9 раза через месяц наблюдения. При применении ополаскивателя «parodontax» у пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом также наблюдалось снижение индекса кровоточивости десен в среднем 1,6 раз.

Стоматологические индексы до и после лечения ХГКГ на фоне ХКХ

При проведении комплексного патогенетического лечения отмечено улучшение состояния гигиены полости рта, что подтверждаются показателями индекса гигиены. Очищающая эффективность по индексу ОНI-s через месяц применения средств составила в среднем 50,5 %, показатель ОНI-s снизился в среднем в 2,5 раза.

В группе сравнения показатели РМА после проведения традиционного лечения снизились в среднем 1,7 раза, показатель кровоточивости снизился в среднем в 1,1 раза и показатель индекса гигиены снизился в 1,12 раза. Это еще раз подтверждает эффективность комплексного патогенетического лечения с применением общего и ирригации ополаскивателя «parodontax» [аппаратом Waterpik WP](#).

Таким образом, после проведенной терапии у больных ХГКГ сочетанной ХКХ мы наблюдали снижение всех изучаемых показателей по сравнению с показателями исходных групп. При этом показатели СМП и ферментов приближались к исходным величинам здоровых лиц.

Выводы

1. Проведенные клинические исследования показали, что купирование воспалительного процесса в тканях пародонта у пациентов основной группы происходило, как правило, через 5–6 дней (в среднем $5,7 \pm 0,13$ дня) после начала реабилитационных мероприятий, в то время как в группе сравнения через 10–12 дней.

2. После завершения комплексного патогенетического лечения с применением ирригации десны препаратом Parodontax аппаратом Waterpik WP были получены высокие результаты, при которых противовоспалительная эффективность определяли как редукцию индекса РМА. Значение РМА снизилось с $22,16 \pm 1,64\%$ до $11,96 \pm 0,05\%$, показатель ОНI-s составил снижение с $2,31 \pm 0,22$ до $0,91 \pm 0,27$; SBI $2,14 \pm 0,11$ снизился и составил $1,28 \pm 0,11$.

3. Анализ показателей эндотоксемии, ферментных систем и малонового анги-

дрида в плазме крови больных ХГКГ, ассоциированной ХКХ после проведенного комплексного патогенетического показал снижение всех изучаемых показателей по сравнению с исходными показателями групп, чем подтверждает результаты клинических, инструментальных и лабораторных исследований.

Литература

1. M. Elahi, M. Telkabadi, V. Samadi, et al.(2012). Association of oral manifestations with ulcerative colitis. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. Vol. 5, № 3. – P. 155–160.

2. Lira-Junior R, Figueredo CM, Bouskela E et al.(2014). Severe chronic periodontitis is associated with endothelial and microvascular dysfunctions: a pilot study. *J Periodontol*.85(12).- P.1648-1657.

3. Lira-Junior R., Figueredo CM. (2016). Periodontal and inflammatory bowel diseases: Is there evidence of complex pathogenic interactions? *World J Gastroenterol*.21;22(35).-P.7963-72.

4. Abduvakilov J.U., Rizaev J.A. (2018). Biohimicheskie markery soedinitel'noj tkani u bol'nyh hronicheskim vospalitel'nyh parodontitom na fone metabolicheskogo sindroma. [biochemical markers of connective tissue in patients with chronic inflammatory periodontitis on the background of the metabolic syndrome. *Dentistry №1*. S.15-18] *Stomatologiya*. №1. S.15-18

5. Avramova T.V. (2015). Vzaimosvyaz' vospalitel'nyh zabolevanij parodonta s faktorami riska razvitiya serdechno-sosudistyh zabolevanij: [The relationship of inflammatory periodontal diseases with risk factors for cardiovascular diseases: Author. dis ... cand.med. science.M. 23 seconds] *Avtoref. dis...kand.med. nauk.M. 23 s*.

6. Alavia. Z.A. (2008). Lazernaya dopplerovskaya floumetriya v ocenke kapillyarno-desnevoogo krovotoka v kompleksnom lechenii, vklyuchayushchem ozonoterapiyu i ul'trazvuk, u pacientov s umerennym periodontitom. [Laser Doppler flowmetry in the assessment of capillary-gingival blood flow in complex treatment, including ozone therapy and ultrasound, in patients with moderate periodontitis. *Medical Journal of Uzbekistan*. - Tashkent. N3. Pp. 47-49.] *Medicinskij zhurnal Uzbekistana*. – Tashkent. N3. S. 47-49.

7. Alieva N.M., Irismetova B.D. (2017). Sravnitel'naya ocenka effektivnosti shiniruyushchih sistem pri lechenii parodontita srednej stepeni tyazhesti.[Comparative evaluation of the effectiveness of splinting systems in the treatment of moderate periodontitis. *Dentistry Tashkent*. Vol 66 N1. - pp. 23-24.] *Stomatologiya*. Tashkent. Tom 66 N1. - S. 23-24.

8. Amhadova M.A., Pyanzina V.V. i drugie.(2015). Mikroциркуляторные эффекты курса флюктуоза мексидола у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. [Microcirculatory effects of a course of mexidol fluctuation in patients with chronic generalized periodontitis of moderate severity. *Russian dental journal*. M. Volume 19 N5. Pp. 22-25.] *Rossiiskij stomatologicheskij zhurnal*. M. Tom 19 N5. S. 22-25.

9. Bulkina, N.V. (2012). Sovremennye aspekty etiologii i patogeneza vospalitel'nyh

zabolevanij parodonta. Osobnosti klinicheskikh proyavlenij refrakternogo parodontita / N.V. Bulkina, V.M. Morgunova [Modern aspects of the etiology and pathogenesis of inflammatory periodontal diseases. Features of clinical manifestations of refractory periodontitis / N.V. Bulkina, V.M. Morgunova. Basic research. № 2. P. 416 – 420] . Fundamental'nye issledovaniya. № 2. S. 416 – 420

10. Grudyanov A. I., Grigor'yan A. S., Frolova O. A. (2004) Diagnostika v parodontologii. [diagnostics in periodontics. M.: M.I.S. 104.]

11. Duniyazina T. M., Kalinina N. M., Nikiforova I. D. (2001). Sovremennye metody diagnostiki zabolevanij parodonta. SPb.: Sankt-Peterburgskij institut stomatologii. S.48 [Modern methods of diagnosis of periodontal disease. SPb.: St. Petersburg Institute of Dentistry. C.48] .

12. Delendik A. I. (2000). Izuchenie potrebnosti naseleniya v razlichnyh vidah stomatologicheskoy pomoshchi po dannym anketirovaniya. [The study of the needs of the population in various types of dental care according to the survey. Dentistry № 6. P. 58–66.] Stomatologiya. № 6. S. 58–66.

13. Dmitrieva L. A. (2004) Sovremennye predstavleniya o roli mikroflory v patogeneze zabolevanij parodonta. L. A. Dmitrieva, A. G. Krajnova. [Modern ideas about the role of microflora in the pathogenesis of periodontal diseases. L. A. Dmitriev, A. G. Krainova. Periodontics No. 1 (30). Pp. 8–15.] Parodontologiya. № 1 (30). S. 8–15.

14. Iskakova M.K., Murodova N.U., Bedrikova, E.A., Kuvatbaeva U.A (2016). Ocenka sostoyaniya stomatologicheskogo zdorov'ya u lic molodogo vozrasta i faktory, vliyayushchie na razvitie osnovnykh stomatologicheskikh zabolevanij. [Evaluation of the state of dental health in young people and factors affecting the development of major dental diseases. Eurasian Union of Scientists. No. 29- 1. C 54-60] Evrazijskij soyuz Uchenyh. № 29- 1. S 54-60.

15. Kamilov H.P., Ibragimova M.H. (2019). Osobnosti diagnostiki zabolevanij parodonta u pacientov s hronicheskim kal'kuleznym holecistitom. [Features of the diagnosis of periodontal disease in patients with chronic calculous cholecystitis.] Journal of Biomedicine and Practice. vol. 2, issue 1, pp. 68–72.

16. Kuz'mina E. M. (2011). Profilaktika stomatologicheskikh zabolevanij: ucheb. posobie. [Prevention of dental diseases: studies. allowance.] M.: Poli Media Press. S.216.

17. Lemeckaya T. I. (1998). Kliniko-eksperimental'noe obosnovanie klassifikacii boleznij parodonta i patogeneticheskie principy lechebno-profilakticheskoy pomoshchi bol'nym s patologiej parodonta: [Clinical and experimental substantiation of the classification of periodontal diseases and pathogenetic principles of therapeutic and preventive care for patients with periodontal pathology: dis. Dis. ... Dr. med sciences. M.62 p] avtoreferat dis. d-ra med. nauk. M.62 s.

18. Nagaeva M.O., Mirosnichenko V.V. (2017). Rol' morfo-funkcional'nykh faktorov i sistemnoj patologii v razviti Stomatologicheskikh zabolevanij. [The role of morpho-functional factors and systemic pathology in the development of Dental diseases. Medical science and education of the Urals. T number 18 (89). Pp. 160-165.] Medicinskaya nauka i obrazovanie Urala. T-№ 18 (89). S. 160-165.

19. Naumova V.N., Turkina S.V., Maslak E.E. (2016). Vzaimosvyaz' stomatologicheskikh i somaticheskikh zabolevanij: obzor literatury.[The relationship of dental and somatic diseases: a review of the literature. Volgograd Scientific Medical Journal. No. 2 (50). Pp. 25-27.] Volgogradskij nauchno- medicinskij zhurnal. №2 (50). S.25-27.

20. Truhan D.I., Goloshubina V.V., Truhan L.Yu.(2015). Izmeneniya so storony organov i tkanej polosti rta pri gastroenterologicheskikh zabolevaniyah. [Changes in the organs and tissues of the oral cavity in gastroenterological diseases. Experimental and clinical gastroenterology. Number 3 (115). –pp. 90-93.] Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. № 3 (115). -S. 90-93.

21. Shilov A.M., Petruhina N.B., Mar'yanovskij A.A. (2016). Vzaimosvyazi disbioza pishchevaritel'nogo trakta (parodontit, enterokolit). [The relationship of dysbiosis of the digestive tract (periodontitis, enterocolitis). Attending doctor. №2. С.7.] Lechashchij vrach. №2. S.7.

ЭХИНОКОКК ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ (случай из практики)

Сайфиддин Рисбаевич БАЙМАКОВ, Сейдамет Шевкет-угли ЮНУСОВ, Собиржон Эргашевич МАМАРАДЖАБОВ, Шерзод Шавкатович БОЛТАЕВ и Хамидбек Курбоналиевич РАСУЛОВ

Кафедра Хирургии и ВПХ Ташкентского Государственного стоматологического института, Узбекистан

Для цитирования: С.Р.Баймаков, С.Ш.Юнусов, С.Э.Мамараджабов, Ш.Ш.Болтаев Х.К.Расулов. Journal of Biomedicine and Practice 2019, vol. 2, issue 3, pp. 77-82

<http://10.26739/2181-9300-2019-3-8>

Статья поступила в редакцию 19 июня 2019 г.

Рекомендована в печать 3 июля 2019 г.

Автор ответственный за корреспонденцию: Хамидбек Курбоналиевич Расулов, Ташкентский государственный стоматологический институт, улица Махтумкули 103, Ташкент, Республика Узбекистан, 100047, тел: +998712302065, E-mail: tdsi2016@mail.ru

АННОТАЦИЯ

В статье дано описание собственного наблюдения случая эхинококкоза печени с прорывом в желчные пути у больного 52 года. Дана литературная справка о клинической картине, лабораторных и инструментальных методах диагностики заболевания. Рассмотрены вопросы дифференциальной диагностики, хирургические и медикаментозные методы лечения.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, дифференциальная диагностика, лечение эхинококкоза.

HEPATIC ECHINOCOCCOSIS BY COMPLICATED MECHANICAL JAUNDICE (case report)

ANNOTATION. The article describes its own observation of a case of liver echinococcosis with a breakthrough into the biliary tract of a 52-year-old patient. A literature report on the clinical picture, laboratory and instrumental methods of diagnosing the disease is given. Issues of differential diagnosis, surgical and drug treatment methods are considered.

Key words: hepatic echinococcosis, differential diagnosis, treatment of echinococcosis.

МЕХАНИК САРИҚЛИК БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЖИГАР ЭХИНОКОККИ (амалиётдан эслатма)

АННОТАЦИЯ.

Ушбу мақолада ўз амалиётимизда кузатилган жигар эхинококк кистасининг ўт йўлига ёрилиши билан асоратланган 52 ёшли бемор ҳақида баён қилинган. Адабиётлардан маълумотлар, касалликнинг клиник манзараси, лаборатор ва



инструментал текширув методлари хақида маълумот берилган. Дифференциал диагностикаси, медикаментоз ва хирургик даволаш усуллари тўғрисида саволлар кўриб чиқилган.

Калит сўзлар: жигар эхинококкози, дифференциал диагностика, эхинококкозни даволаш

Введение.

Эхинококкоз человека – это паразитарное заболевание, которая вызывается четырьмя разновидностями личиночной стадии цестод семейства Taeniidae, отряда Cyclophyllida. Эхинококковая болезнь широко распространена во многих странах мира. По некоторым оценкам, в настоящее время эхинококкозом в мире поражено более 1 миллиона человек. Узбекистан относится к регионам, эндемичным в отношении эхинококкоза. За год в республике выявляют более 1500 лиц, заболевших эхинококкозом. Наиболее часто (70–85%) встречается эхинококкоз печени, реже (15–25%) – эхинококкоз легких, в 3–5% случаев имеет место паразитарное поражение других органов [4]. Ежегодно в республике проводят от тысячи до полутора тысяч операций по поводу эхинококкоза причем число их постоянно растет.

Почти у каждого третьего больного проявляются осложнения эхинококкоза, что вносит коррективы в тактику хирургического вмешательства. В 30–80% длительно незаживающие остаточные полости, желчные свищи, развивается раневое истощение, амилоидоз; прорыв содержимого кисты в билиарные пути, что составляет от 8 до 35% всех осложненных случаев паразитарного заболевания; реже встречающимся (от 4 до 13%) осложнением эхинококкоза печени является прорыв содержимого кисты в плевральную полость, обызвествление эхинококковых кист печени (от 2 до 9%) [3].

Механическая желтуха обычно не сопровождается выраженным болевым синдромом, однако нередко осложняется холангитом и (или) развитием печеночно-клеточной недостаточности. Это говорит о необходимости срочного выполнения декомпрессии билиарного тракта - эндоскопическая ретроградная холангиография, папиллосфинктеротомия, чрескожная чреспеченочная холангиостомия [1]. Следующим этапом выполняется эхинококкэктомия с различными модификациями ликвидации остаточной полости [2,4]. Хирургические вмешательства, выполненные на высоте механической желтухи, сопровождаются большим числом осложнений, а послеоперационная летальность достигает 15–30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда МЖ удастся ликвидировать до операции [3, 4].

Ниже представлено описание случая эхинококкоза печени осложненная прорывом в желчные пути.

Больной М.И. 53 года поступил в хирургическое отделение 3-клиники Ташкентской медицинской академии 22.01.2019 года с диагнозом: «Основной: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Осложнение: Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Сопутствующий: Эхинококковая киста левой доли печени».

Пациент — уроженец Ташкентской области, район Бекабад, город Зафар, работал водителем. На момент поступления, больным себя считал в течении 1-го

месяца, когда больной начал отмечать тяжесть и боли в области правого подреберья после приема пищи. В поликлинике по месту жительства на УЗИ у больного были выявлены конкременты желчного пузыря. За 6 дней до обращения отмечал жалобы боли в правом подреберье, пожелтение кожных покровов и склер глаз, потемнение мочи, слабость. Получал стационарное лечение по месту жительства, без эффекта. После чего больной обследовался в амбулаторных условиях, где больному выполнено МСКТ органов брюшной полости: в желчном пузыре выявлены конкременты размером 11,7 мм, а также полостное образование занимающая всю левую долю печени размерами 153x100 мм, с кальцинированными стенками, в полости обнаружены множество полостных образований различного диаметра. Холедох расширен до 11 мм. В связи с чем больной был направлен в 3-клинику ТМА и госпитализирован в отделение хирургии.

При поступлении общее состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые оболочки иктеричные, температура тела 36,7°C. Высыпаний на коже и видимых слизистых оболочках нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

В лёгких с обеих сторон выслушивается дыхание ослаблено, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. При аускультации сердца тоны ясные, чистые, ритмичные, частота сердечных сокращений 88 в минуту. Артериальное давление 130/90 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот симметричный, в акте дыхания участвует, мягкий, болезненный в области правого подреберья. Дно желчного пузыря пальпируется. Перитонеальных симптомов и напряженности мышц передней брюшной стенки нет. Печень и селезёнка не увеличены. Периферических отёков нет. Стул и диурез свободный, регулярный.

Общий анализ крови от 19.01.2019: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}/л$, тромбоциты $224 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $7,4 \cdot 10^9/л$, эозинофилы 10%, лимфоциты 16%, моноциты 4%, скорость оседания эритроцитов 20 мм/ч.

Анализ мочи от 19.01.2019: реакция кислая, относительная плотность 1014, белок и глюкоза — отрицательны, эпителий — 7-8/1, лейкоциты — 13-16/1, эритроциты 10-11/1 (измененные 8-10/1), слизь ++, соли – фосфаты ++, бактерии ++.

Биохимический анализ крови от 19.01.2019: аланинаминотрансфераза 117 U/L, аспартатаминотрансфераза 96 U/L, билирубин 30,7 ммоль/л (связанный 7,6 ммоль/л, свободный 13,0 ммоль/л), глюкоза 6,4 ммоль/л, мочевины 5,7 ммоль/л, креатинин 63,8 ммоль/л, общий белок 68,8 г/л.

Биохимический анализ крови от 24.01.2019: аланинаминотрансфераза 20 U/L, аспартатаминотрансфераза 16 U/L, билирубин 15,8 ммоль/л.

Коагулограмма от 19.01.2019: фибриноген 2,50 г/л, протромбиновый индекс 90%, международное нормализованное отношение 1,05, активированное частичное тромбопластиновое время 31 сек, гематокрит 48%, тромботест 6, ВСК 3'25" – 3'48".

Коагулограмма от 25.01.2019: фибриноген 3,60 г/л, протромбиновый индекс 89%, международное нормализованное отношение 1,18, гематокрит 39%, тромботест 5.

ИФА: HBsAg отрицательно, HCV отрицательно, RW отрицательно, HIV отрицательно.

Электрокардиография от 22.01.2019: ритм синусовый, правильный, частота сердечных сокращений 85 в минуту, дистрофические изменения миокарда.

Нефролог 22.01.2019: Хронический пиелонефрит, в стадии латентного воспаления.

Доплер вен нижних конечностей от 21.01.2019: Эхо патологии не выявлено.

ЭхоКГ от 21.01.2019: Изолированная гипертрофия базального отдела МЖП до 19 мм без обструкции выносящего тракта, стенки аорты уплотнены, створки клапана кальцифицированы, с недостаточностью 2 ст, длина регургитации 11 мм, ДДЛЖ 1 типа, ФВ 58,1%

МСКТ брюшной полости и забрюшинного пространства от 17.01.2019: КТ-признаки объемного кистозного образования левой доли печени (эхинококковая киста левой доли печени?) (объемное округлой формы, с плотной кальцинированной капсулой, 153x100 мм, плотность 3,0 Хед. Калькулезный холецистит (конкременты 11,7 мм). Холедохэктазия (холедох 11 мм). Холедохолитиаз? Остеохондроз грудного отдела позвоночника.

МРТ-холангиография от 21.01.2019: признаки крупного многокамерного кистозного образования левой доли печени (паразитарная киста) (образование 9,8x15,1x10,8 см). Хронический калькулезный холецистит (конкременты 8 мм). Эктазия холедоха (расширен до 1,0 см). Патологическое содержимое в дистальных отделах холедоха. Небольшая киста левой почки (киста 4 мм).

Рентгенография органов грудной клетки от 22.01.2019: патологии не выявлено.

Больной был проконсультирован кардиологом, кардиологической патологии не выявлено и было рекомендовано лечение основного заболевания.

В стационаре было проведено лечение: с целью дезинтоксикационной терапии – Р-р Глюкозы 5%-400 мл + Р-р Калий хлорид 4%-20 мл (в/в), Р-р Натрий хлорид 0,9%-400 мл (в/в), Р-р Реамберин 250 мл (в/в), Р-р Адексин 200 мл (в/в); с гепатопротекторной целью – Р-р Гепатек 10 мл + Р-р Натрий хлорид 0,9%-100 мл (в/в), Р-р Акумин гепа 500 мл (в/в).

Учитывая результаты проведенных обследований, положительную динамику лабораторных показателей после консервативного лечения и основываясь на стандартах лечения ВОЗ, больному на первом этапе 23.01.2019 выполнена операция «ЭРПХГ. ЭПСТ» (холедох 16мм, множество крупных включений, ЭПСТ до 15 мм, низведение включений безуспешная).

Учитывая сохраняющиеся боли в области правого подреберья, иктеричность кожных покровов и склер глаз, потемнение мочи, невозможность выполнения литоэкстракции больному 26.01.2019 года была выполнена операция «Верхняя срединная лапаротомия. Холецистэктомия от шейки. Холедохолитотомия. Ликвидация эхинококковых кист из холедоха. Дренирование холедоха по Пиковскому. Эхинококкэктомия левой доли печени. Дренирование остаточной полости. Дренирование брюшной полости».

Послеоперационный период протекал без осложнений, проводился курс антибактериальной терапии – Цитопим 1 гр + Р-р Новокаина 0,5%-5 мл (в/м, 2 р/д), антикоагулянтной терапии – Р-р Клексан 0,4 (п/к), гепатопротекторная терапия – Р-р Гепатек 10 мл + Р-р Натрий хлорид 0,9%-100 (в/в), Р-р Акумин гепа 500 мл (в/в), анальгетическая терапия – Р-р Кетонал 2 мл (в/м), Р-р Анальгин 50%-2 мл + Р-р Димедрол 1%-2 мл + Р-р Натрий хлорид 0,9%-200 мл (в/в), с антисекреторной целью – Р-р Атропина сульфата 0,1%-0,5 мл (п/к, 2 р/д). Послеоперационная рана сохранялась чистой, заживала первичным натяжением. При гистологическом исследовании от 26.01.2019 года диагноз эхинококкоза печени и калькулезного холецистита подтверждён.

УЗИ от 31.01.2019: в отлогих участках брюшной полости наличие свободной жидкости, ограниченной жидкости не обнаружено, в проекции ложа желчного пузыря выявлен инфильтрат размерами 49x24 мм.

Фистулография от 31.01.2019: под контролем рентгеноскопии введенный в катетер контрастный препарат заполнил печеночные протоки, общий желчный проток и свободно изливается в двенадцатиперстную кишку, общий желчный проток не расширен, отмечается затек контраста в подпеченочное пространство.

Через 7 суток после операции больной в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение хирурга по месту жительства, с оставленными в брюшной полости, в подпеченочном пространстве и в холедохе дренажа по Пиковскому для контроля и назначен противопаразитарный препарат Альбендазол по схеме для приема внутрь.

Больному проведена послеоперационная антибактериальная, иммуномодулирующая терапия, с последующим рентгенологическим контролем проходимости холедоха.

Обсуждение. Данный случай из практики еще раз доказывает актуальность проблемы эхинококкоза человека в нашей Республике. Многочисленные современные инструментальные диагностические методы данной патологии способствуют своевременной диагностики эхинококкоза печени. Однако, к большому сожалению осведомленность населения данным заболеванием не находится на должном уровне, и поэтому часто встречаются различные виды осложнения эхинококкоза печени. Для ранней и своевременной диагностики эхинококкоза печени имеет большое значение профилактические осмотры с последующей УЗИ органов брюшной полости и рентгеноскопии грудной клетки. В случаях механической желтухи при эхинококкозе печени необходимо проведение тщательного клинико-инструментального обследования с использованием современных неинвазивных и инвазивных методов диагностики. Тактика лечения эхинококкоза печени с прорывом кисты в желчевыводящие пути, вызывающим механическую желтуху, заключается в ликвидации эхинококковой кисты с восстановлением проходимости желчевыводящих путей.

Благодарность Данный случай из практики поддержано администрацией и сотрудниками отделения общей хирургии 3 клиники Ташкентской Медицинской Академии.



Список использованной литературы:

1. Adilkhodjaev A.A., Yunusov S.Sh. (2015). The features of surgical approach in the tumors in the head of pancreas complicated by mechanical jaundice. «The priorities of the world science: experiments and scientific debate» Proceedings of the VII International scientific conference, North Charleston, SC, USA. Pg. 63-67.
2. Williams E., Beckingham I., Sayed G. et al. (2017). Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut. 66(5): 765-782.
3. Gal'perin E.I., Momunova O.N. (2014). Klassifikatsiya tyazhesti mekhanicheskoy zheltukhi. [Classification of mechanical jaundice]. Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova.(1): 5-9.
4. Shevchenko YU.L., Nazyrov F.G. (2016). Khirurgiya ekhinokokkoza. [Echinococcosis surgery].M.: Izdatel'stvo «Dinastiya». – 288 s.
5. J.A.Rizayev, S.A.Mamarajabov, S.R.Baymakov, Znachenie petsilomikoza v razvitiy oslojnenii pri ekhinokkoze. Sbornik nauchno-prakticheskoy konferentsii (s mejdunarodnim uchastiem) «SOVREMENNIE DOSTIJENIYA I PERSPEKTIVY RAZVITIYA OXRANY ZDOROVYA NASELENIYA». Tashkent, 2019, str 330-333.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА.

Эргаш Юлчиевич МАХАМАДАЛИЕВ, Талиха Шукуровна МАМАТОВА, Сайфиддин Саидазимович АРИФОВ

Ташкентский институт усовершенствования врачей кафедра Оториноларингология.

Городская Клиническая Больница №1, Республика Узбекистан

Для цитирования: Махамадалиев Эргаш Юлчиевич, Ультразвуковая диагностика и клинико-биохимические критерии развития паратонзиллярного абсцесса. *Journal of Biomedicine and Practice* 2019, vol. 2, issue 3, pp.83-90

<http://10.26739/2181-9300-2019-3-9>

Статья поступила в редакцию 20 июня 2019 г.

Рекомендована в печать 10 июля 2019 г.

Контактная информация: Махамадалиев Эргаш Юлчиевич, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан, 100007, ТАШКЕНТ, Мирзо-Улугбекский Район, ул. Паркентская, 51 тел: +998977077545, E-mail: rememtyu@gmail.com.

АННОТАЦИЯ

По данным обследования 112 больных паратонзилитом, из которых у 62 выявлены паратонзиллярный абсцесс, предложено информативный неинвазивный метод диагностики различных стадий развития последнего на основе ультразвукового исследования шейной зоны в проекции небных миндалин и биохимических показателей сыворотки крови в динамика. Доказана взаимосвязь четырех ультразвуковых характеристик и результатов биохимического, анализов крови.

Ключевые слова: паратонзиллярный абсцесс, УЗИ, биохимический анализ крови.

ULTRASOUND DIAGNOSTICS AND CLINICAL - BIOCHEMICAL CRITERIA FOR DEVELOPMENT OF PARATONZILLAR ABSCESS.

Ergash Yulchievich MAKHAMADALIEV, Taliha Shukurovna MAMATOVA, Saifiddin Saidazimovich ARIFOV

Tashkent institute of postgraduate medical education Department of Otorhinolaryngology

State Clinical Hospital № 1, Republic of Uzbekistan

Corresponding author: Makhamadaliev Ergash Yulchievich, Tashkent institute of improvement of doctors, Uzbekistan, 100007, Tashkent, Mirzo Ulugbek District, st. Parkentskaya, 51tel: +998977077545, E-mail: rememtyu@gmail.com.

ANNOTATION

According to the survey of 112 patients with paratonsillitis, of which 62 were identified paratonsillar abscess, an informative non-invasive method for diagnosing vari-



ous stages of development of the latter on the basis of ultrasound examination of the cervical zone in the projection of palatine tonsils and biochemical parameters of blood serum in dynamics. The interrelation of four ultrasound characteristics and results of biochemical blood tests is proved.

Key words: paratonsillar abscess, ultrasound examination, biochemical test of the blood.

Паратонзилляр абсцесс ривожланишини ультратовуш диагностикаси ва клиник – биохимик критерияси.

Эргаш Юлчиевич МАХАМАДАЛИЕВ, Талиха Шукуровна МАМАТОВА, Сайфиддин Саидазимович АРИФОВ

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти Оториноларингология кафедраси

1- шаҳар клиник шифохонаси, Ўзбекистон Республикаси

Мурожаат: Махамдалиев Эргаш Юлчиевич, Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Ўзбекистан, 100007, ТАШКЕНТ, Мирзо-Улугбекский тумани, Паркент кўчаси, 51 тел: +998977077545, E-mail: rememtyu@gmail.com.

АННОТАЦИЯ

Ушбу текширувга кўра 112 нафар паратонзиллит билан оғриган беморлардан 62 тасида паратонзилляр абсцесс аниқланди. Паратонзилляр абсцесснинг турли ривожланиш босқичларида ноинвазив информацион диагностик методлар бўйин соҳасини бодомсимон безлар проекциясида ультратовуш текшируви ва динамикада қон зардобиди биокимёвий кўрсаткичларни текшириш таклиф қилинди.

Қоннинг биокимёвий таҳлиллари ва 4 та ультратовуш текшируви хусусиятларининг ўзаро муносабатлари исботлаб берилди.

Калит сўзлар: паратонзилляр абсцесс, УТТ, биокимёвий қон таҳлили.

Введение.

Одним из наиболее тяжелых осложнений хронического тонзиллита является абсцесс паратонзиллярной клетчатки, который, в свою очередь, может привести к парафарингиту, флегмоне шеи, медиастиниту (Weber S., De Jaegere S., Klement P. 2016). Авторы отмечают высокий удельный вес паратонзиллитов среди ЛОР-заболеваний. Анализ данных литературы показал, что, несмотря на большой объем информации, есть вопросы, требующие дальнейшего изучения. До сих пор отсутствует объективный неинвазивный метод диагностики стадий развития паратонзиллярного абсцесса, а существующий в виде диагностической пункции «золотой стандарт» является небезопасной процедурой (В.Н. Гинькут, В.Н. Андреев, 2014), которая может вызвать дополнительное инфицирование тканей, окружающих абсцесс, и привести к еще более тяжелым осложнениям. В этом плане ультразвуковое сканирование небных миндалин и паратонзиллярной клетчатки является существенным шагом вперед в диагностике паратонзиллитов. Вместе с тем нельзя только на основании данных УЗИ оценить степень воспалительной реакции, установить характер метаболических изменений в организме в процессе формирования абсцесса, выявить осложнения, связанные с паратонзиллитом. К

решению этих задач можно привлечь методы биохимического анализа.

Целью работы было разработать неинвазивный метод ультразвуковой визуализации миндалин и критерии стадий развития паратонзиллярного абсцесса, а также изучить при этом взаимосвязь биохимических и ультразвуковых показателей. Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 112 больных с воспалительным процессом в паратонзиллярной клетчатке (68 мужчин, 44 женщины) в возрасте от 18 до 62 лет. Из них было отобрано 62 человека, у которых произведено ультразвуковое исследование шейной зоны в проекции нёбных миндалин, 12 практически здоровых лиц составили контрольную группу. Кроме обязательных клинических и бактериологических исследований, в сыворотке крови определялся комплекс биохимических показателей.

Результаты исследований и их обсуждение. При ультразвуковой визуализации нёбная миндалина представляет собой округлое гетерогенное по структуре и переменное по форме гипоэхогенное образование (рис. 1). Ориентирами могут служить

корень языка, ткани мягкого нёба, а также ткань подчелюстной слюнной железы

Рис. 1. Ультразвуковой снимок нёбной миндалины и околоминдаликового пространства в норме.



Анализируя состояние больных до операции, мы выполняли ультразвуковое исследование шейной зоны пациента в проекции нёбных миндалин на разных стадиях формирования абсцесса и биохимический анализ проб сыворотки крови у тех же лиц в такие же сроки. Из 62 обследуемых у 20 была определена отечноинфильтративная стадия паратонзиллита, у 18 зафиксирован начальный этап формирования абсцесса и у 24 наблюдался уже сформировавшийся паратонзиллярный абсцесс (рис. 2, 3). Основанием для такого выделения стадий послужили следующие ультразвуковые характеристики изображения миндалин:

увеличение миндалины, выраженная бугристость ее контуров, наличие одной или нескольких зон в толще или по периферии миндалины, отличающихся по акустическим параметрам от ее нормальной ткани, кроме того, наблюдалась анэхогенная область с псевдокапсулой и гиперэхогенным ободком различной толщины. В зависимости от стадии формирования абсцесса эти признаки присутствуют в том или ином сочетании. Так, на стадии отека (I) преобладают 1-й и 2-й признаки. В начальном периоде формирования абсцесса определяются 1-й, 2-й и 3-й признаки, а при сформировавшемся абсцессе имеются все четыре признака.

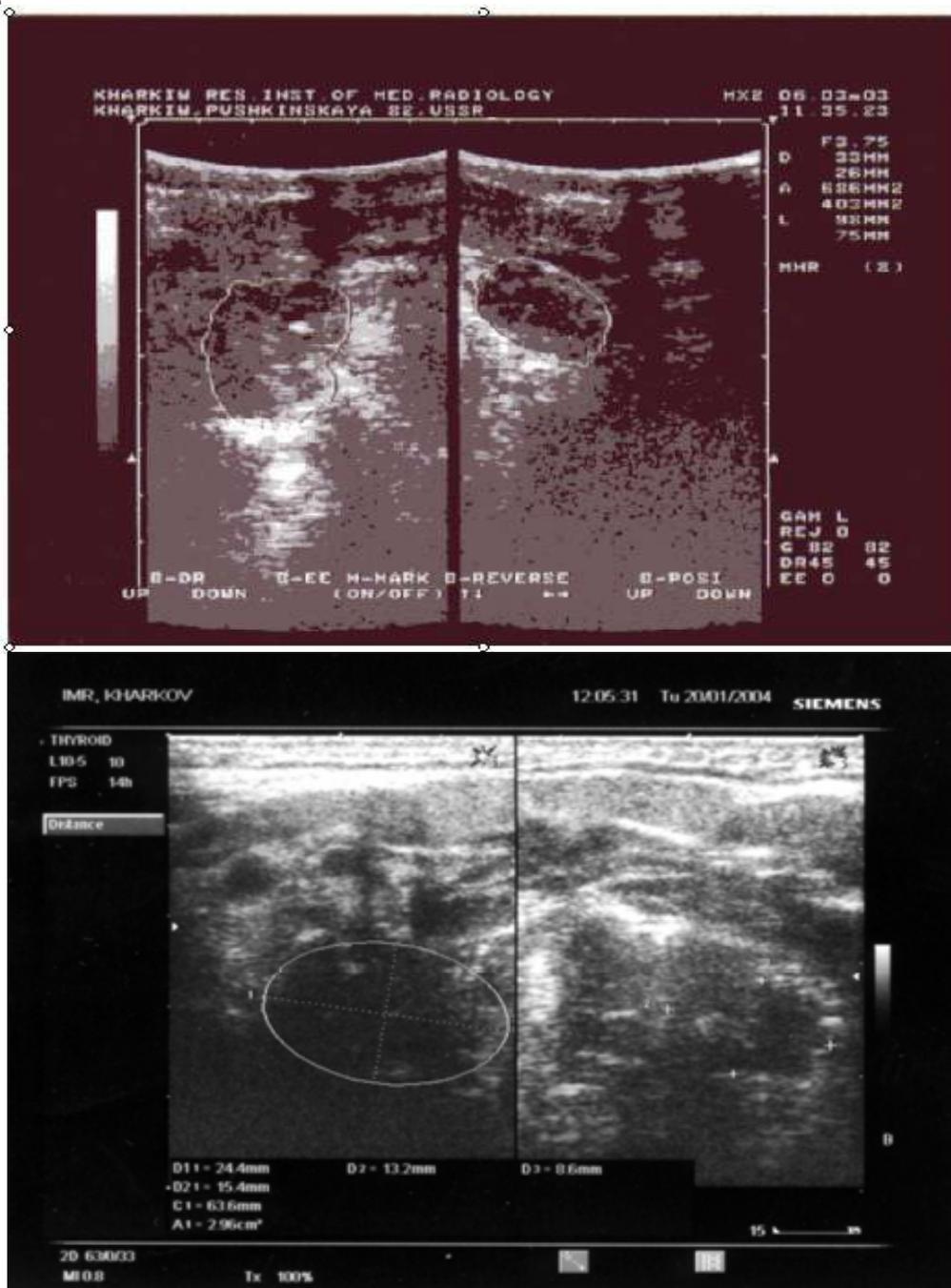


Рис. 2. Отечно инфильтративная стадия паратонзиллита.

Рис. 3. Формирование паратонзиллярного абсцесса.

Результаты УЗИ и биохимические показатели сыворотки крови у больных на разных стадиях формирования паратонзиллярного абсцесса.

Изучаемые показатели	Референтная норма	Контрольная группа	Отечно-инфильтративная стадия	Абсцесс	
				формирование (II ст)	зрелый абсцесс (III ст)
Ультразвуковые характеристики		миндалины округлая, гетерогенная, n=12	увеличение миндалин, выраженная бугристость ее контуров; гипозоногенная, однородная по структуре область, n=20	увеличение миндалин, выраженная бугристость ее контуров, зоны, отличающиеся по акустическим характеристикам от ткани миндалин, n=18	значительное увеличение миндалин, выраженная бугристость ее контуров, анэхогенная область с псевдокапсулой и гиперэхогенным ободком, гиперэхогенные включения, n=24
Гликопротеины, г/л	0,25-0,45	0,38±0,05	0,51±0,06 (0,45-0,54)	0,84*±0,07** (0,77-0,91)	0,67*±0,09*** (0,58-0,76)
Сиаловые кислоты, ед.	до 200 ед.	178±14,0	229±16,1* (213-245)	324*±20,3** (304-344)	246*±11,8*** (234-258)
Хондроитинсульфаты, г/л	0,03-0,10	0,071±0,011	0,195±0,020* (0,175-0,215)	0,095±0,031** (0,064-0,126)	0,162*±0,033*** (0,129-0,195)
Среднемолекулярные пептиды, ед.	до 240 ед.	0,202±0,062	0,532±0,063* (0,469-0,545)	0,735*±0,061** (0,674-0,796)	0,410*±0,039*** (0,371-0,449)
Реакция Вельтмана, № пробирки	6-7	6,4±0,27	6,5±0,08 (6,4-6,6)	5,1*±0,20** (4,9-5,3)	6,8±0,38*** (6,4-7,2)

Примечание: * - достоверные различия от показателей контрольной группы; ** - достоверные различия от показателей при отечно-инфильтративной стадии; *** - достоверные различия между показателями при II и III стадиях абсцесса.

Как видно из данных таблицы, в начале формирования абсцесса (II ст), в отличие от отечно инфильтративной стадии (I ст), при которой может оказаться эффективным консервативное лечение, в зоне визуализации миндалин появляются очаги, отличающиеся по акустическим характеристикам от окружающих тканей. Чаще всего это гиперэхогенные образования линейной или шаровидной формы величиной от 1 до 5 мм, расположенные компактно. Однако гиперэхогенный ободок вокруг них отсутствует. И на этой стадии степень увеличения острофазовых тестов (сиаловых кислот, гликопротеинов, среднемолекулярных пептидов) значительно более выражена, чем на стадии отека паратонзиллярной клетчатки. В начале формирования абсцесса значительно снижается показатель реакции Вельтмана (коллоидно-осадочная реакция для исследования функций печени. Норма 5 - 7 пробирки. Формоловая проба метод, предназначенный для выявления нарушения

равновесия протеинов, содержащихся в крови. В норме проба отрицательная). Указанные признаки характерны для резко усилившегося воспалительного процесса. Это свидетельствует о том, что в данный момент происходит вскрытие абсцесса нецелесообразно, поскольку зона инфицирования еще не отграничена от окружающих ее тканей, и хирургическое вмешательство может привести к распространению инфекции за пределы первичного очага. Это подтверждается также уменьшением содержания хондроитинсульфатов, что отражает состояние метаболизма соединительной ткани в организме. По мере созревания абсцесса, по данным УЗИ, вокруг гиперэхогенных образований формируется анэхогенная область с гиперэхогенным ободком, который отграничивает очаг инфекции от окружающих тканей, что является показателем зрелого паратонзиллярного абсцесса (III ст). Образование капсулы уменьшает контакт очага инфекции с сосудистой и лимфатической системами. При этом наблюдается ослабление острофазовых тестов и увеличивается показатель реакции Вельтмана. Содержание сывороточных хондроитинсульфатов возрастает более чем в 2 раза по сравнению с таковым в контрольной группе, что указывает на усиление процесса фибротизации ткани миндалин. Этот период является наиболее благоприятным для вскрытия абсцесса, поскольку фиброзная капсула предохраняет паратонзиллярную область от обсеменения микрофлорой из очага инфекции. Таким образом, совместное использование данных эхонографических и биохимических исследований дает возможность уточнить стадию развития паратонзиллярного абсцесса и более точно определить тактику лечебных мероприятий.

Выводы:

При диагностике стадий паратонзиллита целесообразно использовать сочетание ультразвукового и клиникобиохимического исследований, что помогает врачу избежать ошибки в выборе лечебной тактики.

При отечно-инфильтративной I стадии паратонзиллита, по данным УЗИ, наблюдается увеличение миндалин, бугристость ее контуров, что сопровождается повышением в сыворотке крови содержания сиаловых кислот, гликопротеинов, среднемолекулярных пептидов и хондроитинсульфатов по сравнению с контрольными показателями, при этом реакция Вельтмана остается в норме.

Начальный период формирования абсцесса (II ст) по данным УЗИ, характеризуется значительным увеличением миндалин, выраженной бугристостью ее контуров, наличием одной или нескольких зон, отличающихся по акустическим характеристикам от ткани миндалин. Это связано с дальнейшим повышением у больных содержания в сыворотке крови сиаловых кислот, гликопротеинов, среднемолекулярных пептидов. Реакция Вельтмана сдвигается влево, а содержание хондроитинсульфатов уменьшается.

Зрелый паратонзиллярный абсцесс (III ст), по данным УЗИ, имеет все вышеперечисленные признаки, но отличается наличием анэхогенной области с псевдокапсулой и гиперэхогенным ободком, что сопровождается уменьшением содержания сиаловых кислот, гликопротеинов и среднемолекулярных пептидов

по сравнению с соответствующими показателями при II стадии – формирования паратонзиллярного абсцесса. Реакция Вельтмана возвращается к норме и возрастает уровень хондроитинсульфатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Titov V. (2015) Diagnosticheskoe znachenie povysheniya urovnya S-reaktivnogo belka v «klinicheskom» i «subklinicheskom» intervalah [The diagnostic value of elevated levels of C-reactive protein in the “clinical” and “subclinical” intervals]. *Clinical Laboratory Diagnostics*, no 6, pp.3 – 10.
2. Pervushin Yu. et al. (2014) SOE i SRB: chto predpochtitelney?[ESR and CRP: what is preferable?]. *Laboratory*, no 1, p.14.
3. Yartsev A.I. (2014) Peritonsillar abscess: incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines - С. 15-21.
4. Machała W, Śmiechowicz K, Gaszyński T. Sepsis caused by descending mediastinitis as peritonsillar abscess complication. Case report. *Otolaryngol Pol.* 2006; 60: 211-215. Web site. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16903340>. Accessed June 23, 2016.
5. Mal'ceva G., Uhanova M., Tyrnova E. (2015) Klinicheskoe znachenie opredeleniya revmatoidnogo faktora, S-reaktivnogo belka, antistreptolizina-O u bol'nyh s hronicheskim tonsillitom [Clinical significance of determination of rheumatoid factor, C-reactive protein.
6. Collin J, Beasley N. Tonsillitis to mediastinitis. *J Laryngol Otol.* 2014; 120: 963-966. doi: 10.1017/S0022215106001940
7. Бухарин О. В., Усвяцев Б. Я., Хуснутдинова Л. М. Некоторые особенности микрофлоры миндалин и межмикробного взаимодействия, в норме и при патологии ЖМЭИ. -2014. -№4. -С. 82-85.
8. Welch D., Hensel D., Peckett D. Comparative evaluation of selective and nonselective culture techniques for isolation of group A beta-hemolytic streptococci // *Amer. J. Clin. Pathol.* -2014. -Vol.96, №3. –P. 564-580.
9. Shatz A. Spontaneous tonsillar bleeding; secondary to acute tonsillitis in children // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryng.* -2014. -Vol.26, №2. –P. 181-184.
10. Shulman S. Streptococcus pharyngitis clinical and epidemiologic factors // *Pediatr. Infect. Dis. J.* -2015. -Vol.8, №11. –P. 816-819.
11. Stafford N., Von Haacke N., Sene A., Croft C. The treatment of recurrent tonsillitis in adults // *J. Laryng. Otol.* – 2016. - Vol.100, №2. –P. 175-177.
12. Stillermann M. Comparison of oral cephalosporin with penicillin therapy for Group A streptococcal pharyngitis // *Paediatr. Infect. Dis. J.* -2014. -Vol.5. - P. 649–654.
13. Stillstrom J., Schwam A., Bjorlind A. Streptococcal throat infection; calculation of standards and a comparison between an antigen detection test and culture // *Scand. J. Prim. Health Care.* – 2016. -Vol.9, №3. –P. 149-154.
14. Stingl W. Eine effective Alternative zur Therapie zur der Streptokokken Tonsillopharyngitis // *TW Pediat.* – 2014. - Vol.4, №2. –P. 139-140.
15. Strerquist-Desatnik K., Christensen P. Clinical and laboratory findings in pa-

tients in patients with acute tonsillitis // Acta Otolaryngol. – 2015. -Vol.104, №3-4. –P. 351-359.

16. Sugita R., Kawamura S., Icirawa G. Microorganisms isolated from peritonsillar abscess and indicated chemotherapy //Arch. Otolaringol. -2014. -Vol.108, №10. –P. 655-658.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Жасурбек Махмуджонович БУТАБОЕВ¹, Адхам Лутфуллаевич КАСИМОВ², Ахмадулло Зокирович ОТАКУЗИЕВ³, Сарварбек Зайнобиддинович САЛАХИДИНОВ⁴ и Мушаррафхон Махмуджоновна БУТАБАЕВА⁵

¹ Кафедра общей хирургии, Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

² Кафедра общей хирургии, Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

³ Кафедра хирургии и урологии, Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

⁴ Кафедра общей хирургии, Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

⁵ Студентка медико-педагогического факультета, Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Для цитирования: Ж.М. Бутабоев, А.Л. Касимов, А. З. Отакузиев, С. З. Салахидинов, М. М. Бутабаева Journal of Biomedicine and Practice 2019, vol. 2, issue 3, pp. 91-102

<http://10.26739/2181-9300-2019-3-9>

Статья поступила в редакцию 12 июля 2019 г.

Рекомендована в печать 14 июля 2019 г.

Ответственный автор за корреспонденцию: БУТАБОЕВ Ж.М. Ассистент Кафедры общей хирургии, Андижанский медицинский институт, адрес: г.Андижан, улица Ю Отабек 1-дом, Андижан, Узбекистан эл.почта: butabayevjm@mail.ru тел. +99893 411-55-05

АННОТАЦИЯ

Проведен анализ истории болезни 237 пациентов эхинококкозом печени (ЭП). Рациональный алгоритм обследования больных эхинококкозом печени позволяет выявить характер основного заболевания (наличия эхинококковой кисты (ЭК), размеры, локализацию). Обследование включает в себя комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований. Ультразвуковое исследование печени является основным методом диагностики. Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) позволяют точно протоколировать локализацию кист, выявлять патоморфологические изменения в кисте.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, методы диагностики, УЗИ, КТ, МРТ.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ ВА УНИ АСОРАТЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЙУЛЛАРИ

Жасурбек Махмуджонович БУТАБОЕВ¹, Адхам Лутфуллаевич КАСИМОВ², Ахмадулло Зокирович ОТАКУЗИЕВ³, Сарварбек Зайнобиддинович



САЛАХИДИНОВ⁴ ва Мушаррафхон Махмуджоновна БУТАБАЕВА⁵

¹ Умумий жаррохлик кафедраси, Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

² Умумий жаррохлик кафедраси, Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

³ Жаррохлик ва урология кафедраси, Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

⁴ Умумий жаррохлик кафедраси, Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

⁵ Тиббий педагогика факультети талабаси, Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Ёзишмаларга жавобгар муаллиф: БУТАБОЕВ Ж.М. Умумий жаррохлик кафедраси ассистенти, Андижон давлат тиббиёт институти, манзил: Андижон шаҳри Ю.Отабеков кўчаси 1-уй, Андижон, Ўзбекистон, эл.почта: butabayevjm@mail.ru тел. +99893 411-55-05

АННОТАЦИЯ

Жигар эхинококкози билан хасталанган 237 беморларни касаллик тарихлари таҳлил килинган. Жигар эхинококкози касаллигини аниқлашда клиник-лаборатор, инструментал, ультратовуш (УТТ) ва компьютер томография текширувларидан кенг фойдаланилган ва уларни самарадорлиги курсатилган. Ушбу текширувларни биргаликда утказилганда (УТТ, КТ, МРТ) эхинококк кисталарини жигар сегментларида аниқ жойланиши, уларни хажми тугрисидаги маълумотларни тулик олиш имкониятлари курсатилган. УТТ-жигар эхинококкозини аниқлашда асосий энг информатив усул деб аниқланган. Бундан ташқари КТ, МРТ - биргаликда утказилганда нафакат жигар эхинококк кисталарни жойланиши, уларни хажми балки, эхинококк кисталаридаги патоморфологик узгаришларни аниқлашда имкониятлари кенглиги курсатилган.

Калит сузлар: жигар эхинококкози, диагностика усуллари, УТТ, КТ, МРТ.

DIAGNOSTIC CRITERIA LIVER ECHINOCOCCOSIS AND MEASURES FOR PREVENTION OF ITS POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

Jasurbek Makhmudjonovich BUTABOEV¹, Adham Lutfullaevich KASIMOV², Akhmadullo Zokirovich OTAKUZIEV³, Sarvarbek Zainobiddinovich SALAKHIDINOV⁴ and Musharrafkhon Makhmudjonovna BUTABAEVA⁵

¹ Department of General Surgery, Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

² Department of General Surgery, Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

³ Department of Surgery and Urology, Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

⁴ Department of General Surgery, Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

⁵ Student of Medical and Pedagogical Faculty, Andijan State Medical Institute,

Andijan, Uzbekistan

Corresponding author: J.M. BUTABOEV Assistant of the Department of General Surgery, Andijan Medical Institute, address: Andijan city, Yu Otabek 1 st house, Andijan, Uzbekistan email: butabayevjm@mail.ru tel. +99893 411-55-05

ANNOTATION. An analysis of 237 case histories of patients hepatic echinococcosis (HE). Rational examination algorithm of hepatic echinococcosis patients reveals the nature of the underlying disease (presence of hydatid cysts (EC), size, location). The survey includes a set of clinical, laboratory and instrumental methods of investigation. Ultrasound scanning of the liver is the main method of diagnosis. Computer tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) can accurately record the localization of cysts, identify pathologic changes in the cyst. **Key words:** hepatic echinococcosis, diagnostic methods, ultrasound, CT, MRI. **Введение.** Эхинококкоз - паразитарное эпидемическое заболевание, характеризующееся развитием в печени (50-75%), реже - в легких и других органах солитарных или множественных кист. [2,3]. Клиническая картина при эхинококкозе печени (ЭП) варьирует от минимальных проявлений до весьма выраженных симптомов и острых состояний, нередко эхинококкоз выявляют лишь при развитии осложнений со стороны кисты, частота которых составляет (22,1-53%) [4,5,12]. Разработка комплекса диагностических мероприятий, выбор оптимального доступа при наличии множественных форм поражения органов в зависимости от локализации эхинококка, делают проблему хирургического лечения эхинококкоза весьма актуальной в эндемических регионах, чем обусловлено большое количество научных работ, опубликованных в последние годы [1, 4, 6, 9, 10,11].

Важным условием своевременной диагностики ЭП является рациональное последовательное применение комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов. Особое место в диагностике эхинококковых кист печени принадлежит УЗИ, получившему широкое применение в связи с отсутствием лучевой нагрузки и высокой информативностью достигающей 94% [6,7,8].

Правильная трактовка результатов лабораторных и инструментальных методов обследования позволяет не только своевременно поставить правильный диагноз, но и выявить бессимптомно развивающиеся осложнения [2,5].

Цель. Оптимизация профилактических и лечебных мероприятий у больных печени для послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Обследовано 237 пациентов с эхинококкозом печени оперированных в хирургических отделениях клиники АГМИ в период 2007-2012 год. Среди пациентов было 134 (56,5%) женского и 103 (43,4%) мужского пола в возрасте 14-65 лет.

Результаты. Симптомокомплекс ЭКП у 204 (86%) больных характеризовался наличием хронической боли и чувство тяжести в правой подреберной области, у 19 (8%) периодически повышалась температура тела у 14 (5,9%), у - 3 пациентов отмечался кожный зуд, у 7 (2,9%) преходящая в желтушность. При наличии осложненного эхинококкоза печени клиническая

картина зависела от локализации кисты, ее размеров, периода жизнедеятельности паразита и характера осложнений. Больные с обызвествленными формами эхинококкоза органов брюшной полости (n=19) не предъявляли жалоб и были направлены в хирургические стационары после профилактических осмотров населения (обзорной рентгеноскопии и рентгенографии) или УЗИ по поводу другой патологии. У 11 (3,0%) больных осложненные эхинококковые кисты в печени обнаружены во время обследования по поводу острых хирургических патологий органов брюшной полости. Наблюдения показали, что клиническая картина эхинококкоза левой доли по сравнению с праводолевой локализацией менее выражена. При больших кистах левой доли мы наблюдали присоединение признаков желудочного дискомфорта, что в определенных ситуациях создавало дополнительные трудности для диагностики. Особенно это относилось к местному симптомокомплексу. Увеличение печени определялось у 152 (64,1%) больных. Длительность анамнеза заболевания составляла от 6-38 мес. 33 (13,9%) пациентов не предъявляли жалоб, а ЭКП были выявлены у них при профилактическом осмотре. Алгоритм диагностики включал в себя инструментальные методы обследования, такие как ультразвуковое исследование печени, в сомнительных случаях прибегали к компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), а также проводили рентгенографию грудной клетки и брюшной полости. При традиционном рентгенологическом исследовании грудной клетки и брюшной полости отмечены высокое стояние правого купола диафрагмы. Обзорная рентгенография грудной клетки проводилась с целью исключения сочетанного эхинококкоза легких. Для успешного лечения больных нужно учитывать топографию кист, их размеры, характер роста, соотношение внутривнутрипеченочными структурами и другими органами брюшной полости. Вся эта информация может быть получена уже при ультразвуковом исследовании. Основные признаки эхинококковой кисты печени выявляются при комплексном ультразвуковом исследовании, которое позволяет определить не только стадию развития кисты, но и ее осложнения. Выделяют солитарные, множественные и мультивезикулярные кисты [10] и эти данные представлены в рисунках 1, 2.



Рис. 1. Крупная эхинококковая киста правой доли печени

Рис. 2. Многокамерная эхинококковая киста правой доли печени. Деформация желчного пузыря.

Следует отметить, что главным патогномоничным признаком эхинококковой кисты является двойной контур образования печени [9]. Данный признак в 100% случаев говорит о паразитарной природе кисты и не требует дифференциальной диагностики [10] (рис. 3 а,б).



Рис. 3 (а). Эхинококковая киста правой доли печени.

Рис. 3 (б). Эхинококковая киста правой доли печени. Погибшая эхинококковая киста левой доли печени.

При наличии истинных перегородок в просветы кисты последнюю следует трактовать, как непаразитарную (рис 4).



Биологические характеристики таковы, что попадание элементов хозяина в полость кисты ведет к ее гибели [9] (рис. 5,6). В то же время при мелких кистах,

не превышающих 35-45 мм, не всегда удается проследить двухслойность строения стенки паразита [10], среди больных с неосложненным течением заболевания чаще выявлялись солитарные кисты, проявляющиеся как неоднородное по структуре образование с внутренними округлыми гипоэхогенными включениями меньших размеров (солитарная материнская киста с дочерними кистами в просвете). Контуры обычно не четкие, неровные, отмечалось уплотнение окружающей паренхимы печени. Следует отметить, что данная форма роста преобладала у пациентов с размерами кист более 5 см в диаметре [9,10]. Часть кист визуализировались как эхонегативные или гипоэхогенные образования с четкими контурами или двойным контуром, внешний из которых имел нечеткие границы, а внутренний был образован отслаивающейся кутикулярной оболочкой. Такие формы кист имели бессимптомное, но прогрессирующее развитие с живым паразитом, размеры этих кист, как правило, не превышали 5-10 см в диаметре [8,9].

Рис. 5. Признаки погибшей эхинококковой кисты правой доли печени	Рис. 6. Признаки погибшей эхинококковой кисты левой доли печени
--	---

Множественная форма поражения характеризуется наличием нескольких эхинококковых кист в разных сегментах печени (рис. 7).

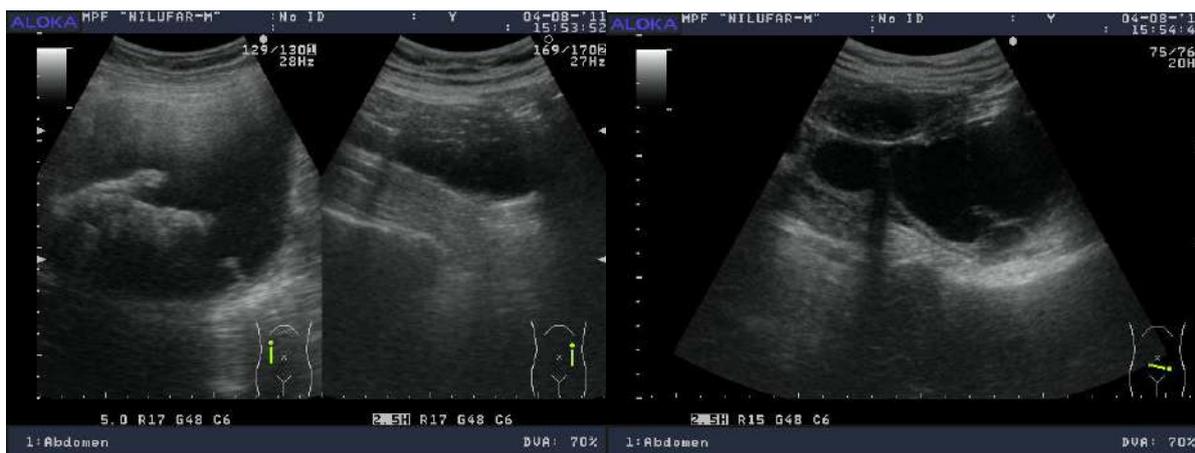


Рис. 7. Эхинококковая киста левой доли печени. Погибшая эхинококковая киста правой доли печени. Эхинококковые кисты брюшной полости и полости таза

Мультивезикулярная форма поражения выглядит как несколько рядом расположенных кист, стенки их прилегают друг к другу без паренхиматозной прослойки.

Согласно полученным данным, при наличии эхинококкоза наличие полостного образования диагностировалось в 100,00 % случаев, а при отсутствии рецидива полостное образование (остаточная полость) выявлялось только у 3-4 % пациентов.

При этом УЗ-картина остаточной полости и паразитарной кисты существенно различалась: так, при наличии эхинококковой кисты заболевания достоверно чаще определялись ровный контур, тонкая капсула и жидкостные, округлые образования внутри полости. В то же время, при наличии остаточной полости

достоверно чаще наблюдались неровный контур образования и экзогенное уплотнение перикистозной ткани.

В целом диагностические затруднения возникли у 17 больных с рецидивами эхинококкоза и у 54 пациентов без последующего рецидива заболевания, что определяет диагностическую чувствительность УЗИ в 93,7%.

В случаях сложности постановки диагноза по данным УЗИ обязательным является КТ, МРТ (рис. 8,9,10).

Речь идет о кистах с плохо развитой хитиновой оболочкой, псевдотуморозных формах.

Показаниями к КТ считали:

- обнаружение при УЗИ множественных кист печени и других органов;
- трудности топической диагностики, уточнение топографоанатомических взаимоотношений для решения тактических вопросов; выбора доступа и определения характера поражения;
- необходимость дифференциальной диагностики субкапсулярных кист правой доли печени, экстраорганных роста, эхинококковых кист правой почки или забрюшинной клетчатки[6].

Использование КТ позволяло более точно определять локализацию кист и протоколировать их топографию. При осложненном течении ЭП на томограммах выявляли утолщение стенки кист, неровность их контуров, расслоение паразитарных мембран, неоднородность содержимого, наличие дочерних кист, перифокальный ободок. Дочерние кисты имели меньшую плотность по сравнению с плотностью материнской кисты.

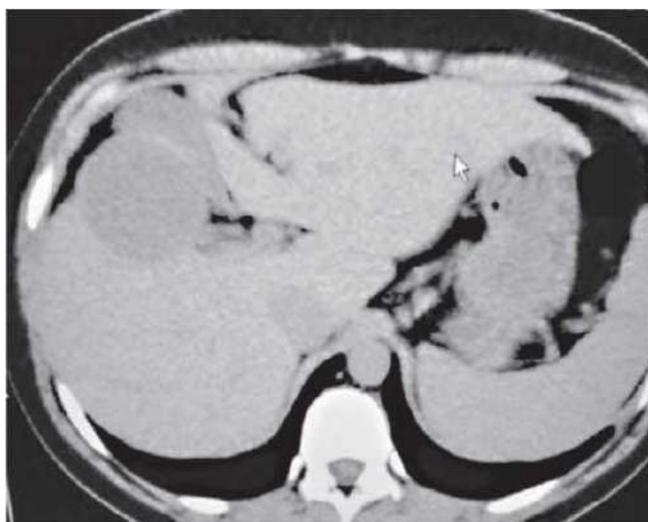


Рис. 8. Компьютерная томография эхинококковой кисты печени.

Информативность метода составила 97,4%. В результате проведения указанных методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ и др.) солитарные ЭКП были выявлены у 196 (82,7%), больных, множественные - у 38 (16%), в том числе у 31 (81,5%) пациентов - 2; у 4 (10,5%) - 3 и у 1 (2,6%) - 4 кисты. Мультивезикулярные кисты являются редкой формой ЭК, встречались в 1% случаях.

Правая доля была поражена у 174 (73,4%), обе доли - у 38 (16%) больных. Размеры ЭКП- составляли от 2-3 см до 15-35 см. Осложнения ЭКП наблюдались

у 34 (14,3%) больного: опорожнение эхинококковой кисты в желчные пути - у 19 (55,8%), нагноение у 8 (23,5%), перфорация в свободную брюшную полость - у 3 (8,8%), кальцификация - у 2 (5,8%). Нарушение функционального состояния печени (гипербилирубенемия, повышение активности трансаминаз) отмечено у 51 (21,5%) больных, анемия - у 39 (16,4%), лейкоцитоз - у 47 (19,8%), эозинофилия - у 72 (30,3%), увеличение СОЭ - у 168 (71%) больных. Следует отметить, что **инструментальная и лабораторная диагностика заболевания нередко представляет трудную задачу**, что связано с его бессимптомным течением, особенно в раннем периоде развития, при расположении кисты в глубине органа. При этом больные, как правило, обращаются за медицинской помощью, когда паразитарная киста достигает значительных размеров или появляются такие осложнения, как нагноение кисты, прорыв в желчные пути, брюшную или плевральную полости, бронхи. Все это выдвигает на первый план диагностики инструментальные методы исследования, наиболее распространенным и ведущим из которых является УЗИ.

Современные ультразвуковые аппараты обладают высокой разрешающей способностью, цветовым доплеровским картированием и возможностью трехмерной реконструкции изображения. Это позволяет специалистам выявить саму кисту, так называемое гипоехогенное (анэхогенное) образование, “хитиновую оболочку” — гиперэхогенную структуру, на внутренней поверхности которой нередко определяются множественные гиперэхогенные включения. При доплеровском исследовании отмечали отсутствие сосудистой архитектоники. В основном трудности ультразвуковой диагностики возникали при развитии нагноительного процесса в кисте и при разрушении ее оболочек у 12 больных.

При установлении данного диагноза следует без промедления назначить хирургическую помощь, принимая во внимание возможность развития в любой момент опасных для жизни осложнений: нагноения кисты, прорыва ее в соседние органы, разрыва капсулы и массивной инвазии эхинококка в брюшную полость. В подобных случаях может возникнуть необходимость неотложного хирургического вмешательства в связи с тяжелым нагноительным процессом, развитием обтурационной желтухи, гнойного холангита, перитонита, кишечной непроходимости и т. п. Противопоказаниями к операции являются лишь тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность и глубокие функциональные нарушения печени, нередко развивающиеся при множественном эхинококкозе, в результате выключения значительной части печеночной ткани.

Необходимость хирургического лечения эхинококкоза печени в первую очередь обусловлена отсутствием эффективных консервативных методов борьбы с внедрившимся паразитом. Кроме того, при гибели последнего чаще возникает опасность нагноения, прорыва или перфорации паразитарной кисты, что усложняет вмешательство, уменьшает его эффективность и нередко может угрожать жизни больного. Следует также иметь в виду, что самоизлечение, главным образом при прорыве кисты наружу, в бронх или кишку наступает редко.

Вместе с тем наличие эхинококкоза отрицательно влияет на организм в целом. Значительное промедление с операцией крайне опасно из-за возможности развития тяжелых осложнений, что увеличивает риск оперативного вмешательства и ухудшает его результаты.

В плане предоперационной подготовки всем больным проводились мероприятия направленные на устранение имеющихся до операции функциональных нарушений со стороны внутренних органов и систем и профилактику всевозможных осложнений интра- и послеоперационного периодов. Среди исследуемых больных были случаи, когда период предоперационной подготовки занимал 2-3 суток. Это были, в основном, больные молодого возраста, а также зрелого возраста, функциональные показатели которых не имели выраженных отклонений от нормы в обычном состоянии и при вправлении содержимого грыжи. Данный контингент больных подлежал хирургическому лечению лишь после коррекции сопутствующих заболеваний и проведения профилактической химиотерапии альбендазолом.

Программа комплексной предоперационной подготовки в целом имела цель: медикаментозное лечение диагностированных сопутствующих терапевтических заболеваний на устранение имеющихся до операции функциональных нарушений со стороны внутренних органов и систем и профилактику всевозможных осложнений интра- и послеоперационного периодов, профилактическую химиотерапию, витаминотерапию, а также профилактику гнойно-септических осложнений со стороны операционной раны.

Профилактика послеоперационных осложнений и рецидивов при лечении больных основной группы включала в себя следующие основные мероприятия: оперативные вмешательства, выполнялись с особым соблюдением правил асептики и антисептики, пред и послеоперационном периоде проводилась химиотерапия препаратом «Альбендазол».

Только комплексная подготовка больных к операции, особенно у людей пожилого и старческого возраста, позволяет расширить показания к оперативным вмешательствам, улучшает условия выполнения операции и способствует более гладкому течению послеоперационного периода. При выполнении хирургических вмешательств первостепенное значение придавали выбору оперативного доступа. Выбор оптимального оперативного доступа при эхинококкозе печени, в большинстве случаев, определяет успех операции, позволяет выполнить ее в адекватном объеме, наименее травматично, чем обеспечивается гладкое течение послеоперационного периода. Выбор операционного доступа определялся нами индивидуально, в зависимости от локализации кист, и опирался, в основном, на данные УЗИ печени и мы исходили из того, что он не должен ограничивать манипуляции хирурга и должен обеспечить технически свободное удаление кисты и возможность полноценной ревизии органа. При одиночном и множественном эхинококкозе печени определялась сегментарность поражения. При выборе доступа учитывали такие анатомические особенности больного, в частности, наличие у него острого или тупого эпигастрального угла.



Наиболее часто, у 101 (%) больных мы использовали косой подреберный доступ по Кохеру, который предпочитали, прежде всего, лицам с тупым эпигастральным углом. Этот доступ удобен для удаления кист при локализации в правой доле печени. Его применяли при одиночном и множественном эхинококкозе правой доли печени.

Верхнесрединный разрез использован нами у 103 (%) больных. Этот доступ применяли при одиночном или множественном поражении левой доли печени, при краевой локализации паразита в правой, либо обеих долях органа (у пациентов с острым эпигастральным углом) и при сочетанных поражениях печени и других органов брюшной полости.

При выполнении хирургических вмешательств по показаниям производили органосохраняющие (открытая и комбинированная эхинококкэктомия, перицистэктомия - субтотальная, тотальная) и органудаляющие (резекция печени) операции. При этом методика обнаружения эхинококковой кисты, отделение от спаек и сращений, пункция, эвакуация содержимого, цистотомия и удаление хитиновой оболочки были практически однотипными во всех случаях. В 37 случаях после удаления поддиафрагмально расположенных эхинококковых кист с целью адекватного дренирования произведено сквозное дренирование поддиафрагмального пространства полихлорвинильной трубкой. После лапаротомии, ревизии органов брюшной полости определяли локализацию и размеры кист, их количество, а также выясняли вопросы взаимоотношения кисты с тканью печени и смежных органов. Острым и тупым путями производили отделение кисты от спаек и сращений с перевязкой кровоточащих сосудов. Этот этап операции выполнялся прецизионно, с учетом вероятности ятрогенной травмы оболочки кисты и обсеменения брюшной полости сколексами паразита. С целью профилактики брюшную полость ограничивали от эхинококковой кисты марлевыми тампонами, смоченными 0,5% спиртовыми растворами фенбендазола. Эхинококкэктомия без вскрытия полости кисты «идеальная эхинококкэктомия» выполнена нами в 23 (6,4%) случаях. Метод идеален в том отношении, что абсолютно соблюдается принцип антипаразитарности.

Однако данный метод удаления паразитарной кисты опасен тем, что произвольный разрыв кисты при ее удалении может привести к диссеминации паразита в брюшной полости. При ее выполнении требуется соблюдение принципов антипаразитарности, что достигается применением различных сколексоцидных растворов для обработки остаточной полости, а также надежным ограничением эхинококковой кисты марлевыми тампонами от брюшной полости.

Заключение. Таким образом комплексное использование УЗИ и МРТ позволяют определить локализацию и размеры эхинококковых кист в печени и на органах брюшной полости, оценить состояние фиброзной капсулы, наличие и характер осложнений и выбрать наиболее оптимальный доступ к эхинококковой кисте. Локализация кист, их размеры, взаимоотношения с окружающими структурами, выявление осложнений заболевания на дооперационном этапе дают возможность выбрать правильную хирургическую тактику, рациональное оперативное

пособие и избежать ранних и поздних послеоперационных осложнений. Применение оптимизированной тактикой предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных эхинококкозом печени с использованием обоснованных способов доступа и методов оперативных вмешательств позволила сократить объем интраоперационной кровопотери, снизить продолжительность оперативных вмешательств и частоту выполнения повторных оперативных вмешательств по поводу гнойно-воспалительных осложнений. Улучшение результатов хирургического лечения и профилактика послеоперационных осложнений эхинококкоза должны быть основаны на улучшении диагностики и профилактики данного заболевания у больных первичным эхинококкозом и совершенствовании хирургического лечения, для профилактики данного заболевания в послеоперационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Aslan M, Yьksel P, Polat E, Cakan H, Ergin S, Цнер YA, Zengin K, Arəkan S, Saribas S, Torun MM, Kocazeybek B. The diagnostic value of Western blot method in patients with cystic echinococcosis // *New Microbiol.* - 2011. - Vol.34, №2. - P. 173-177.
2. Mandal S, Deb Mandal M. Human cystic echinococcosis: epidemiologic, zoonotic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects // *Asian Pac. J Trop. Med.* - 2012. - Vol.5, №4. - P. 253-260.
3. Aminov R.S. *Klinika, diagnostika i khirurgicheskoye lecheniye kardioperikardial'nogo ekhinokokkoza: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk.* - Dushanbe, 2010. - 22 s. [Clinic, diagnosis and surgical treatment of cardiopericardial echinococcosis: author. diss. ... Cand. honey. sciences. - Dushanbe, 2010. - 22 p.]
4. Akhmetov D. G. *Radikal'nyye operatsii pri khirurgicheskom lechenii gidatidnoznogo ekhi-nokokkoza pecheni: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk.* - Bishkek, 2009. - 22 s. [Radical surgery in the surgical treatment of hydatid liver echo-nococcosis: author. diss. ... Cand. honey. sciences. - Bishkek, 2009. - 22 p.]
5. Vafin A. Z. Aydemirov A.N., Popov A.V., Malanka M.I., Abdokov A.D., Khushvaktov U.SH. *Osobennosti povtornykh operatsiy na pecheni pri retsidivakh ekhinokokkoza // Materialy XVIII mezhdunarodnogo kongressa khirurgov - gepatologov stran SNG «Ak-tual'nyye problemy khirurgicheskoy gepatologii» (Al'manakh Instituta khirurgii im. A.V. Vishnevskogo).* - M., 2011. - Tom 6, №2. - S. 94-95. [Features of repeated operations on the liver in relapses of echinococcosis // *Proceedings of the XVIII International Congress of Surgeons - Hepatologists of the CIS countries «Actual problems of surgical hepatology» (Almanac of the AV Vishnevsky Institute of Surgery).* - M., 2011. - Volume 6, No. 2. - p. 94-95.]
6. Vafin A. Z. Aydemirov A.N., Malanka M.I., Mashurova Ye.V., Abdokov A.D., Ovanisyan D.R. *Khirurgicheskoye lecheniye ekhinokokkoze pecheni bezprimeneniya chreskoznykh tekhnologiy // Materialy XKHII mezhdunarodnogo kongressa stran SNG «Aktual'nyye problemy gepatopankreatobiliarnoy khirurgii».* Tashkent. – 2015. – S.112. [Surgical treatment of liver echinococcosis without the use of percutaneous

technologies // Proceedings of the XXII International Congress of the CIS countries «Actual problems of hepatopancreatobiliary surgery.» Tashkent. - 2015. - p.112.]

7. Dyad'kov A. V. Diagnostika i khirurgicheskoye lecheniye sochetannogo ekhinokokkoza: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. - Stavropol', 2010. - 23 s.

[Diagnosis and surgical treatment of combined echinococcosis: author. dis. ... Cand. honey. sciences. - Stavropol, 2010. - 23 p.

8. Kirtanasov YA.P., Domashchenko N.N., Yermakova L.A., Matviyenko A.A. Vozdeystviye vodnogo rastvora natriya khlorida na protoskoleksey i obolochki ekhinokokkovoy kisty // Materialy XKHII mezhdunarodnogo kongressa stran SNG «Aktual'nyye problemy gepatopankreatobiliarnoy khirurgii». Tashkent. - 2015. - S.115.[The impact of an aqueous solution of sodium chloride on the protocomplexes and the shell of an echinococcal cyst // Proceedings of the XXII International Congress of the CIS countries "Actual problems of hepatopancreatobiliary surgery". Tashkent. - 2015. - p.115.]

9. Kurbonov K.M., Makhmadov F.I., Gulakhmadov A.D., Davlatov D.ZH., Sobirov A.D. Sposob ranney diagnostiki nagnoyeniya ekhinokokkovykh kist pecheni // Materialy XKHII mezhdunarodnogo kongressa stran SNG «Aktual'nyye problemy gepatopankreato-biliarnoy khirurgii». Tashkent. - 2015. - S.118 [Method for early diagnosis of suppuration of echinococcal cysts of the liver // Proceedings of the XXII International Congress of the CIS countries «Actual problems of hepatopancreatobiliary surgery». Tashkent. - 2015. - p.118.]

10. Nazyrov F. G., Devyatov A.V., Khashimov SH.KH, Makhmudov U.M. Punktsionnyy metod lecheniya ekhinokokkoze pecheni – za i protiv // Materialy XKHII mezhdunarodnogo kongressa stran SNG «Aktual'nyye problemy gepatopankreatobiliarnoy khirurgii». Tashkent. - 2015. - S.125-126.[Puncture treatment of liver echinococcosis - pros and cons // Proceedings of the XXII International Congress of the CIS countries «Actual problems of hepatopancreatobiliary surgery.» Tashkent. - 2015. - p.125-126.]

11. Ravshanov S.A. Rol' ekhografii v dooperatsionnoy diagnostike ekhinokokkoza pecheni: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. - Tashkent, 2011. - 21 s.[The role of echography in the preoperative diagnosis of liver echinococcosis: author. dis. ... Cand. honey. sciences. - Tashkent, 2011. - 21 p.]

12. Akilov KH.A., Ortikov B.YA., Akbarov I.M. Diagnostika i khirurgicheskoye lecheniye ekhinokokkoza redkikh lokalizatsiy // Khirurgiya Uzbekistana. - 2008. -№3 -C.7 [Diagnosis and surgical treatment of echinococcosis of rare localizations // Surgery of Uzbekistan. - 2008. -№3 -7].

13. Alysheva N.O. Epidemiologicheskii nadzor za parazitarnymi invaziyami na primere ekhinokokkoza: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. - Almata, 2010. - 21 s.[Epidemiological surveillance of parasitic invasions on the example of echinococcosis: author. diss. ... Cand. honey. sciences. - Almaty, 2010. - 21 p.]

14. J.A.Rizayev, S.A.Mamarajabov, S.R.Baymakov, Znachenie petsilomikoza v razvitiy oslojnenii pri ekhinokkoze. Sbornik nauchno-prakticheskoy konferentsii (s mejdunarodnim uchastiem) «SOVREMENNIE DOSTIYENIYA I PERSPEKTIVY RAZVITIYA OXRANY ZDOROVYA NASELENIYA». Tashkent, 2019, str 330-333.

НЕВРОТИК БУЗИЛИШЛАРДА САМАРАЛИ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

Сарвиноз Алишеровна ҚАРАХАНОВА¹

¹*Асаб касалликлари кафедраси, Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси*

Для цитирования: Караханова С.А. Невротик бузилишларда самарали психокоррекция. Journal of Biomedicine and Practice 2019, vol. 2, issue 3, pp. 103-109

<http://10.26739/2181-9300-2019-3-10>

Статья поступила в редакцию 25 июня 2019 г.

Рекомендована в печать 15 июля 2019 г.

Ўзишмаларга масъул шахс: С.А.Қарахонова, Тошкент тиббиёт академияси, Фаробий кўчаси, 2-уй, Тошкент, Ўзбекистон Республикаси, индекс 100047, тел:+998909685356, E-mail: dr.sarvinoz@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Мақолада невротик бузилишлар билан оғриган беморларни аниқлаш, уларда олиб борилган оптимал психокоррекция усуллари ва ушбу олиб борилган ишларнинг натижалари баён қилинган. Шунинг қайд қилиб ўтиш лозимки, невротик бузилишлар ўз вақтида ташхисланмаган психосоматик бузилишларни аниқланмаслиги натижасида ривожланади

Психологик статусни баҳолаш учун ХЕК шкаласидан фойдаланилди. ХЕК шкаласи - невротик ҳолатни аниқловчи экспресс диагностик усул ҳисобланиб, психиатр ХЕК томонидан ишлаб чиқилган Олиб борилган текширувлар шунинг кўрсатади-ки, невротик бузилишлари бор беморларда антидепрессантлар билан биргаликда когнитив-бихевиорал психотерапия қўлланилса, эрта тузалишга ва даволаш самарадорлигини оширишга эришилади. Изланишлар давомида аниқландики, узок давом этадиган невротик бузилишларнинг 60%ида ёндош психосоматик касалликлар ҳам борлиги аниқланди

Калит сўзлар: невротик бузилишлар, астеноневротик синдром, ХЕК шкаласи, когнитив-бихевиорал психотерапия.

ЭФФЕКТИВНАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

Сарвиноз Алишеровна ҚАРАХАНОВА¹

¹*Кафедра неврологии, Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан*

Контактная информация: Карахонова С.А. Ташкентская медицинская академия, ул.Фаробий дом 2, г.Ташкент, Республика Узбекистан, индекс 100047, тел:+998909685356 E-mail: dr.sarvinoz@mail.ru

АННОТАЦИЯ

В статье описаны пациенты с невротическими расстройствами, методы оптимальной психокоррекции и результаты этих исследований. Следует отметить, что шкалы ХЕК использовались для оценки психологического статуса невротических расстройств в результате неидентифицированных



психосоматических расстройств. Шкала Хека - метод экспресс-диагностики для выявления невротического состояния, разработанный психиатром Хаком, показывает, что у пациентов с невротическими расстройствами когнитивно-биохимическая психотерапия в сочетании с антидепрессантами может улучшить раннюю диагностику и эффективность лечения. Исследование показало, что около 60% долгосрочных невротических расстройств были связаны с психосоматическими расстройствами.

Ключевые слова: невротические расстройства, астеноневротический синдром, шкала-Хека, когнитивно-бихевиориальная психотерапия.

EFFECTIVE PSYCHOPHARMACOLOGICAL THERAPY IN ANXIETY DISORDERS.

Sarvinoz Alisherovna KARAKHANOVA¹

¹Department of Neurology, Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan.

Corresponding author: Sarvinoz Alisherovna Karakhanova, Tashkent Medical Academy, Farobiy-2, Tashkent, Republic of Uzbekistan, 100047, tel: +99890 9685356, E-mail: dr.sarvinoz@mail.ru

ABSTRACT

The article describes the patients with neurotic disorders, the methods of optimal psycho-correction and the results of these studies. It should be noted that the HEC scales were used to evaluate the psychological status of neurotic disorders as a result of non-identified psychosomatic disorders. Hek scale - an express-diagnostic method for detecting the neurotic condition, developed by Psychiatrist Huck, shows that in patients with neurotic disorders, cognitive-biochemical psychotherapy, combined with antidepressants, can improve early management and treatment effectiveness. The study found that about 60% of long-term neurotic disorders were associated with psychosomatic disorders

Keywords: neurotic disorders, asthenoneurotic syndrome, scale-Khek, cognitive-behavioral psychotherapy

Кириш. Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Жамиятини берган маълумотида (БЖССЖ) кўра, соматик касалликлар билан шифокорга мурожаат қилувчи беморларнинг 28-36%ида невротик бузилишлар кузатилади. Ўзбекистонда ўтказилган тадқиқотлар натижаларига кўра, невроз билан оғриган беморларнинг 22%и умумий тиббиёт тармоқларида ишловчи мутахассисларнинг 50% иш вақтини банд қилади. Бундан кўриниб турибдики, невротик бузилишлари бор бўлган беморлар органик касаллиги бор беморларга нисбатан шифокорларнинг кўп вақтини олади. Бу беморлар йил давомида шифокорлар ва ички касалликлар бўйича турли тиббиёт мутахассислари кўригида бўлишади. Шунга қарамай, даволаш самарасиз бўлиб, бу врачларга рухий толиқиш, тиббиёт муассасалари ва соғлиқни сақлаш тизимида эса моддий зарар олиб келади, ҳамда бемор ва унинг оила аъзолари олдида тиббиёт илми ва амалиётининг дискредитациясига сабаб бўлади. Бу ҳолат терапевт, кардиолог, гастроэнтеролог ва бошқа тиббиёт мутахассисларининг невротик бузилишлар ва унинг психопатогеник турлари ҳақида тасаввур ва аниқ маълумотларга эга бўлишларини талаб қилади[5].

Шуни қайд қилиб ўтиш лозимки, невротик бузилишлар ўз вақтида ташхисланмаган психосоматик бузилишларни аниқланмаслиги натижасида ривожланади. Кўп тармоқли тиббиёт муассасасига муурожаат қилувчиларнинг 25% дан кўп беморлар психотерапевтик ёрдамга мухтождирлар. Бугунги кунда терапевтлар ва айниқса умумий амалиёт шифокорлари ҳам невротик бузилишларнинг барча турларини тўғри ташхислаш ва коррекциялашни тўғри олиб боролмаганлиги сабабли бу беморлар турли меъда–ичак тракти, юрак қон-томир тизими, нафас органлари функционал бузилишлари деган ташхис билан даволанишади. Узоқ давом этадиган невротик бузилишларнинг 60%ида ёндош психосоматик касалликлар ҳам борлиги аниқланди [1].

22 та давлат иштирок этган EUROASPIRE III Халқаро европа программасининг маълумотларига кўра юрак-қон-томир касалликлари билан ассоциациялашган психологик омилларнинг энг аҳамиятга молиги қилиб ўткир ва сурункали стресс ва у билан боғлиқ бўлган невротик ва хавотирли ҳолатлар кўрсатилган. Россияда эркаларнинг - 41,8%, Словения - 40,4%, Польша - 38%, Испания - 37,7% ида хавотирли-невротик бузилишлар аниқланди. Бу кўрсаткич аёллар ўртасида Россия - 63,7%, Францияда - 61,4%, Испанияда - 56,8% ва Белгияда - 55% эканлиги аниқланди. Невротик бузилишларнинг юқори кўрсаткичлари эркалар орасида Словенияда - 35,7%, Туркияда - 31,2% ва Болгарияда - 29,7%ини ташкил қилди. Аёллар ўртасида невротик бузилишларнинг юқори кўрсаткичлари Туркияда - 62,5% ни кўрсатди[4]. Ўтказилган текширувлар натижасида хавотирли ва невротик бузилишлар эркаларга нисбатан аёлларда икки баробар юқорилигини кузатиш мумкин.

Шундай қилиб, хавотирли-невротик бузилишларни эрта ташхислаш, уларни шаклланиш механизмларини ўрганиш, ўз вақтида адекват психотерапия ва фармакотерапияни олиб бориш тиббиётда долзарб муаммолигича қолмоқда.

Тадқиқот мақсади:

Невротик бузилишларда самарали психокоррекция усулини такомиллаштириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари.

Илмий ишнинг материаллари сифатида Тошкент Тиббиёт Академияси I-клиникасидаги 1-ва 2-неврология бўлимлари психосоматик бузилиш-астеноневротик синдром устунлиги ташхиси билан даволанаётган 46 нафар беморлар олинди. Беморлар 22-44 ёш оралиғи бўлиб, ўртача ёши $34,5 \pm 2,3$.

Тадқиқот услуби: Тадқиқот учун олинган барча беморларда клиник-неврологик, нейропсихологик ва нейровизуализацион текширувлар ўтказилди, улар қуйидаги параметрларни ўз ичига қамраб олган: анамнестик маълумотлар ва неврологик кўрик. Текширишлар даволашдан олдин ва кейин динамикада ўтказилди.

Психологик статусни баҳолаш учун ХЕК шкаласидан фойдаланилди. ХЕК шкаласи - невротик ҳолатни аниқловчи экспресс диагностик усул ҳисобланиб, психиатр ХЕК томонидан ишлаб чиқилган. Бу шкала невротик бузилиш клиник белгиларига юқори сезгир ва махсус (специфик) тест бўлиб, шифокорга вақт ва маблағ сарфламасдан, беморда невротик ҳолатни аниқлаш ва скрининг қилишга ёрдам беради. Сўровнома 40 нафар позитив ва негатив саволлардан ташкил



топган. Ҳар бир саволга «ха» ёки «йўқ» жавоблари мавжуд бўлиб, ҳар битта «ха» жавобига 1 балл берилади. Тест 20-30 минут давом этиб, шу вақт оралиғида синовчи (шифокор) ёки беморнинг ўзи тест бланкасини тўлдириб боради.

Ўтказиш тартиби: Бемордан ҳар бир саволни диққат билан ўқиш ва ўзини ҳолати учун хос бўлган жавобларни белгилаш талаб қилинади. Саволлар устида узоқ ўйламаслик, ҳаёлига келган биринчи жавобни белгилаш кераклиги тушунтирилади, чунки бу ерда тўғри ёки нотўғри жавоблар йўқ.

Натижаларни шарҳлаш

Невротик ҳолат даражаси (НХД)-13-40баллни орасини ташкил қилади.

11. Агар НХД 13 баллдан паст бўлса, невротик бузилиш йўқ ҳисобланади.

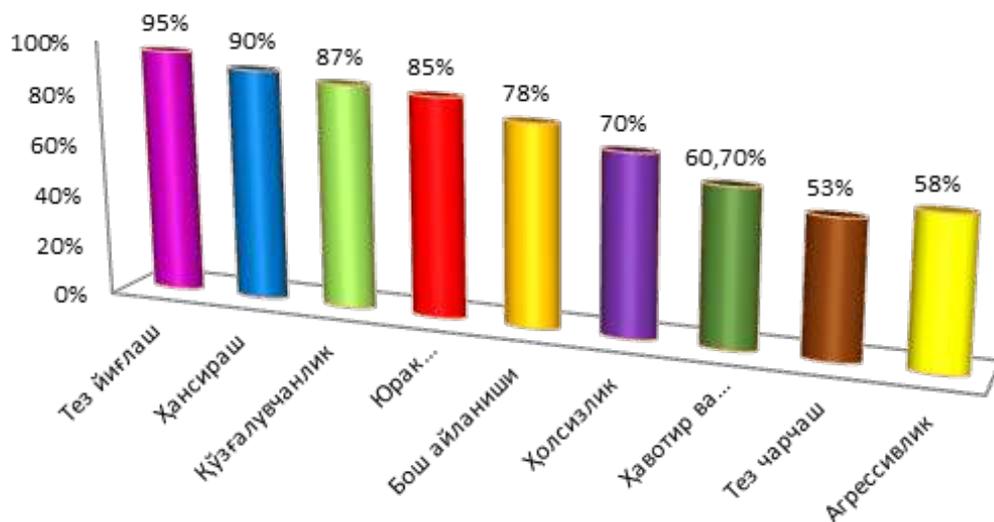
12. Агар НХД13-24 балл бўлса, вазиятли ёки невротик генезли сустифодаланган невротик ҳолат ҳулоса қилиш мумкин.

13. Агар НХД24-40 балл бўлса, невротик ҳолат клиник белгилари борлигини кўрсатади.

Психокоррекция усулларида психологик суҳбат, когнитив-бихевиориал психотерапия қўлланилди. Суҳбат ҳар бир беморга ўртача 45-60 мин, 3-4 кунда бир мартаба, 30 кун давомида бемор аҳволини инобатга олган ҳолатда 6–8 мартаба ўтказилди. Суҳбатларнинг 2 таси стационар шароитда, қолганлари амбулатор равишда ўтказилди. Тадқиқот давомида адаптол барча беморларга базис терапия билан бир қаторда руҳиятдаги ўзгаришларни коррекция қилиш учун қўлланилди. Даволаниш схемаси: енгил ва ўрта оғир даражадаги ҳавотир аниқланган беморларда 300мгдан кунига 2 маҳал, оғир даражадаги ҳавотир аниқланган беморларда500мгдан кунига 2 маҳал 1 ой давомида берилди.

Изданишнинг натижалари.

Невротик бузилишлар билан касалланган беморларда кўп учрайдиган синдромлардан бири бу -астеноневротик синдромдир. Беморлардаги астеноневротик симптомлар учраш частотаси қуйидагича:тез йиғлаш - 95%, хансираш 90% бош айланиши 78% беморда, холсизлик хисси 70% беморда, ҳавотир ва нотинчлик 60,7% беморда, тез чарчаш 53%беморда аниқланди: (1-расм)



1-расм, Астено-невротик синдромнинг клиник намоён бўлиши

Тадқиқот натижалаларидан кўриниб турибди-ки, деярли барча беморларда

астено-невротик синдром симптомлари яққол юзага чиққан. Шунини таъкидлаб ўтиш лозимки, беморлардаги астеноневротик синдром белгилари касалликнинг тури, кечиш даражаси, беморнинг ёши, асоратлар ривожланганлиги, ёндош касалликлари ва шахс хусусиятларига узвий боғлиқдир.

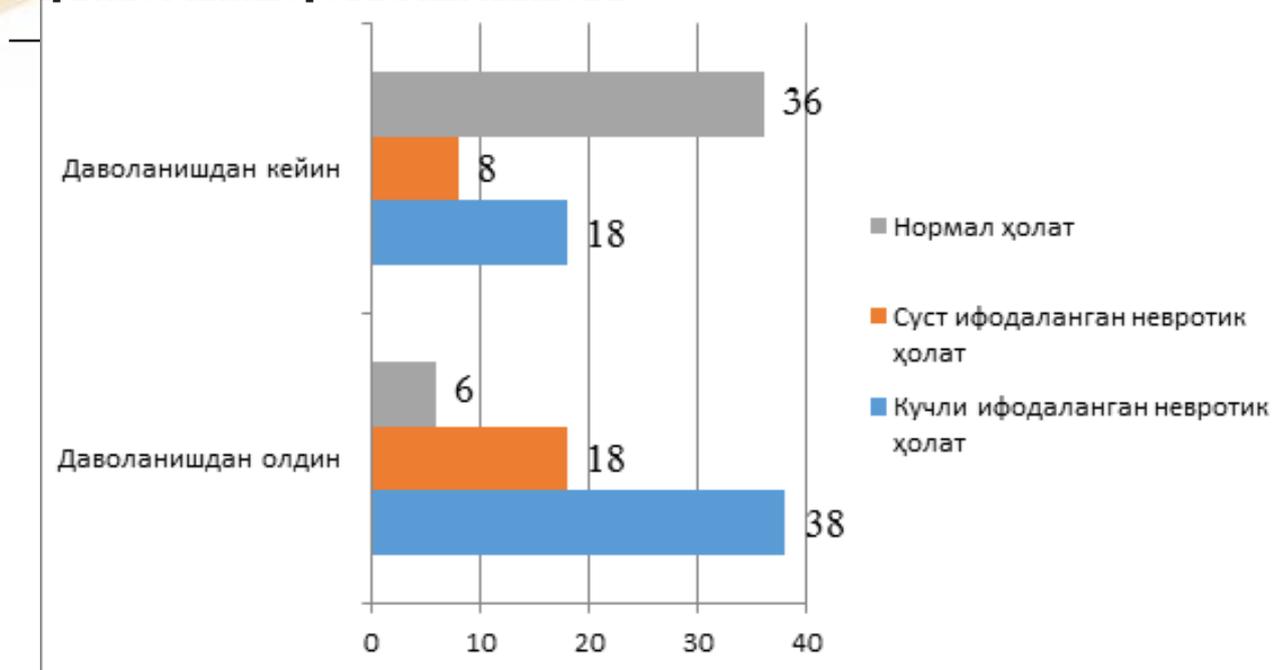
Хек шкаласи орқали беморлардаги невротик ҳолат аниқланди ва бу кўрсаткичлар бўйича беморларда невротик бузилишлар борлиги тасдиқланди. Тест натижалари қуйидагича: 28 нафар беморда (62%) яққол ифодаланган невротик ҳолат, 14 нафар беморда (30%), суст ифодаланган невротик ҳолат, 4 нафар беморда (8%) нормал ҳолат аниқланди. 2-расмда олинган натижалар Даво муолажаларини қабул қилгандан кейинги натижалар таҳлил қилинганда, нормал ҳолат 34 нафар беморда (94%) (даволанишдан олдин 4 нафар беморда (8%), 10 нафар беморда (5%), суст ифодаланган невротик ҳолат, 2 нафар беморда (1%) кучли ифодаланган невротик ҳолат, яъни қўлланилган самарали психофармакотерапиядан сўнг невротик бузилишлар билан оғриган беморлар сони статистик ишонарли даражада камайганлиги тасдиқланди. (3-расм) схематик тарзда ифодаланган:



2-расм

* - $P < 0,05$ га тенг

Невротик ҳолатни аниқлаш бўйича таҳлил



(3-расм)

* - га тенг $P < 0,05$

Хулоса.

Хулоса ўрнида шуни қайд этиш мумкинки, невротик бузилишлар билан оғриган беморларда антидепрессантлар билан биргаликда когнитив-бехивориал психотерапияни қўллаш касаллик хуружларини камайтириш ва меҳнат қобилиятини тиклаш, ҳаттоки касалликдан тезроқ тузалиш, базис давога нисбатан комплаентлигини орттириш имконини беради.

Адабиётлар рўйхати:

1. Cosci F. Assessment of personality in psychosomatic medicine: current concepts. *Adv Psychosom Med.* 2012. PP.133-159.
2. Ehlers A., Margraf J. The psychophysiological model of panic // *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders* / Eds P.M.G. Emmelkamp, W. Everaerd, F. Kraaimaat, M. van Son. - Amsterdam: Swets, 2009. - P. 1-29.
3. Markowitz J.S., Weissman M.M., Ouellette R. et al. Quality of life in panic disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 2009. - Vol. 46. - P. 984-992.
4. Grzesiak M., Beszlej J. A., Mulak A. et al. The lifetime prevalence of anxiety disorders among patients with IBS // *Adv. Clin. Exp. Med. J.* 2012 Vol. 21. №1 P. 81-82
5. Ibodullaev Z.R. *Tibbij psikhologiya* – [*Medical Psychology* - Tashkent, 2009. - .252-259 pp] Toshkent, 2009. - B. 252-259
6. Makhmudova D.A., Karakhonova S.A., Khasanova K.M. Nevrozlarda fobiya va qorquv [Fobia and Fear of Neurosis // *Psychiatry Magazine* 2015. №1-p. 82] // *Psixiatriya zhurnali* 2015. #1-B. 82
7. Karakhonova S.A. Ishankhodzhaeva G.T. Nevrozning kelib chikishida shakhs tipining ahamiyati [The Role of the Type of Neurosis in the Origin of Neurosis // *Neurology Magazine* 2015. №2 (62) - p. 94] // *Nevrologiya zhurnal* 2015. #2(62)- B. 94
8. Berezancev A. Yu. Somatopsikhicheskie i psikhosomaticheskie rasstrojstva:

voprosy` sistematiki i sindromologii (chast` 1): nauchnoe izdanie [Somatopsychic and psychosomatic disorders: questions of systematics and syndromology (part 1): scientific publication // Russian Psychiatric Journal.-Moscow, 2011. No. 3.-P.25-30] // Rossijskij psixiatricheskij zhurnal.-Moskva, 2011. #3.-S.25-30

9.Ataniyazov M.K. Psixhisomatik kasalliklarda e`mocziional fonni baxolash / Khasanova K.M. Zakirova M.F. Qarakhonova S.A/ [Evaluation of emotional background in psychic illnesses Nevrologiya #4 (68)-2016. 59-60 pp] Nevrologiya zhurnal #4 (68)-2016. 59-60 b.

10.Ibodullaev Z.R. "Asab kasalliklari" Toshkent,2013 936-946 b[Neurological Diseases» Tashkent, 2013 936-946 b]

11.Ishankhodzhaeva G.T. Qarakhonova S.A. Nevroz rivozhlanishida shakhs akczentuacziyasi "IV-ilmij-amalij zhurnal" T-2015. 179-b[«IV-scientific-practical magazine» T-2015, the acceleration of neurosis development. 179-p]

11.Mazhidov N.M. Gafurov B.G. Mazhidova Yo.N. Khususij nevrologiya. Toshkent, 2010. 183-b [Private neurology. Tashkent, 2010. 183-p]

12.Aleksandrovskij Yu.A. Predlozheniya po vneseniyu izmenenij v klassifikacziyu psixicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv pri podgotovke MKB-11 : nauchnoe izdanie / Yu. A. Aleksandrovskij // Rossijskij psixiatricheskij zhurnal. - Moskva, 2008. - #4. - C. 90-96 [Proposals for amending the classification of mental and behavioral disorders in the preparation of ICD-11: a scientific publication / Yu. A. Alexandrovsky // Russian Psychiatric Journal. - Moscow, 2008. - №4. - pp 90-96]

13.Kajgorodova A.V. Vliyanie e`kstraktov labaznika oby`knovennogo na povedenie pri modelyakh trevozhny`kh sostoyanij : nauchnoe izdanie / A. V. Kajgorodova // Byulleten` sibirskoj medicziny`. - Tomsk, 2010. - #6. - C. 93-98. [Influence of Lab-snik ordinary shots on behavior with models of anxiety states: scientific publication / A. V. Kaigorodova // Bulletin of Siberian Medicine. - Tomsk, 2010. - №6. -pp. 93-98.]

14. Morosanova V.I. Individual`ny`e osobennosti i samoregulyaczii agressivnogo povedeniya / V.I. Morosanova, M.D. Garalyova // Voprosy` psixiologii. - Moskva, 2009. - #3. - C. 45-55.[Individual features and self-regulation of aggressive behavior / V.I. Morosanova, MD Garaleva // Questions of psychology. - Moscow, 2009. - №3. - pp 45-55.]



ISSN 2181-9300

DOI 10.26739/2181-9300

**Журнал Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигидан 23.02.2018 йилда
№1175 сонли гувоҳнома билан рўйхатдан ўтган
Зарегистрировано свидетельством №1175 от 23.02.2018г.
Агентством печати и информации Республики Узбекистана
The Press and Information Agency of the Republic of Uzbekistan**

№3 (2019)

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Expert Lawyers. город Ташкент, Сергели 6,
улица Мехригиё, 1-А
www.tadqiqot.uz Email: info@tadqiqot.uz
Òàë: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Expert Lawyers LLC The city of Tashkent, Sergeli 6,
Mehrigho Street, 1-A.
Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000