ISSN 2181-9300

Doi Journal 10.26739/2181-9300

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

6 ЖИЛД, 3 СОН

ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ

ТОМ 6, НОМЕР 3

JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

VOLUME 6, ISSUE 3

ТОШКЕНТ-2021

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
№3 (2021) DOI http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3

Бош муҳаррир:

Ризаев Жасур Алимжанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор,
Самарқанд давлат тиббиёт институти ректори
ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Бош муҳаррир ўринбосари:

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич
тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат тиббиёт институти Илмий ишлар ва инновациялар бўйича проректори, **ORCID ID:** 0000-0002-9309-3933

Масъул котиб:
Самиева Гулноза Уткуровна
тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарканд давлат тиббиёт институти Нормал ва патологик физиология кафедраси мудири. **ORCID ID:** 0000-0002-6142-7054

Масъул котиб:
Абзалова Шахноза Рустамовна
тиббиёт фанлари номзоди, доцент,
Тошкент Педиатрия тиббиёт институти. Илмий тадқиқотлар, инновациялар ва илмий педагогларни тайёрлаш бўлими бошлиғи. **ORCID ID: ID:** 0000-0002-0066-3547

ТАҲРИРИЯТ КЕНГАШИ:

Хаитов Рахим Мусаевич
Россия Федерацияси Фанлар академияси академиги, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Россия Федерациясида хизмат кўрсатган фан арбоби, Россия ФТБА "Иммунология институти ДИМ" ФДБТ илмий рахбари

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

Гулямов Суръат Саидвалиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор Тошкент педитария тиббиёт институти Илмий ишлар ва инновациялар бўйича проректор. ***ORCID ID: ID****: 0000-0002-9444-4555*

Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна
тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарканд давлат тиббиёт институти 1-клиникаси бош врачи
ORCID ID: *0000-0002-7529-4248*

Худоярова Дилдора Рахимовна
тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарканд давлат тиббиёт институти №1-сон Акушерлик ва гинекология кафедраси мудири
ORCID ID: *0000-0001-5770-2255*

Раббимова Дилфуза Таштемировна
тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Самарканд давлат тиббиёт институти Болалар касалликлари пропедевтикаси кафедраси мудири.
ORCID ID: *0000-0003-4229-6017*

Орипов Фирдавс Суръатович
тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарканд давлат тиббиёт институти Гистология, цитология ва эмбриологиия кафедраси мудири
ORCID ID: *0000-0002-0615-0144*

Ярмухамедова Саодат Хабибовна
тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Самарканд давлат тиббиёт институти Ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси мудири
ORCID ID: *0000-0001-5975-1261*

Мавлянов Фарход Шавкатович
тиббиёт фандар доктори, Самарқанд давлат тиббиёт институти болалар жарроҳлиги кафедраси доценти
ORCID ID: *0000-0003-2650-4445*

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

Саидов Саидамир Абброрович
тиббиёт фанлар доктори,
Тошкент фармацевтика институти
ORCID ID: ID: *0000-0002-6616-5428*

Тураев Феруз Фатхуллаевич
тиббиёт фанлари доктори,
ортирилган юрак нуқсонлари бўлими, В.Ваҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик маркази
ORCID ID: ID: *0000-0002-6778-6920*

Худанов Бахтинур Ойбутаевич
тиббиёт фанлари доктори,
Ўзбекистон Республикаси Инновацион ривожланиш вазирлиги бўлим бошлиғи

Бабаджанов Ойбек Абдужаббарович
тиббиёт фанлари доктори,
Тошкент педиатрия тиббиёт институти Тери-таносил, болалар тери-таносил касалликлари ва ОИТС
ORCID ID: *0000-0002-3022-916X*

Теребаев Билим Алдамуратович
тиббиёт фанлари номзоди, доцент,
Тошкент педиатрия тиббиёт институти Факультет болалар хирургия кафедраси.
ORCID ID: ID: *0000-0002-5409-4327*

Юлдашев Ботир Ахматович
тиббиёт фанлари номзоди, Самарканд давлат тиббиёт институти №2-сон Педиатрия, неонаталогия ва болалар касалликлари пропедевтикаси кафедраси доценти.
ORCID ID: ID *0000-0003-2442-1523*

Эшкобилов Тура Жураевич
тиббиёт фанлари номзоди, Самарканд давлат тиббиёт институти Суд тиббиёти ва патологик анатомия кафедраси доценти. ***ORCID ID:*** *ID 0000-0003-3914-7221*

Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: http://www.tadqiqot.uz/; E-mail: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: http://www.tadqiqot.uz/; E-mail: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
№3 (2021) DOI http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3

Главный редактор:

Ризаев Жасур Алимджанович
доктор медицинских наук, профессор,
Ректор Самаркандского государственного
медицинского института
ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Заместитель главного редактора:

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич
доктор медицинских наук, проректор по научной
работе и инновациям Самаркандского
государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0002-9309-3933

Ответственный секретарь:
Самиева Гульноза Уткуровна
доктор медицинских наук, доцент кафедры нормальной и
патологической физиологии Самаркандского
государственного медицинского института.
ORCID ID: 0000-0002-6142-7054

Ответственный секретарь:
Абзалова Шахноза Рустамовна
кандидат медицинских наук, доцент, Ташкентский
педиатрический медицинский институт. Заведующая
отделением научных исследований, инноваций и научно-
педагогической подготовки.
ORCID ID: 0000-0002-0066-3547

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*

Гулямов Суръат Саидвалиевич
*доктор медицинских наук., профессор Проректор по научной
работе и инновациям в Ташкентском педиатрическом
медицинском институте.* ***ORCID ID****: 0000-0002-9444-4555*

Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна
*доктор медицинских наук, доцент, Главный врач 1-клиники
Самаркандского государственного медицинского института*
ORCID ID*: 0000-0002-7529-4248*

Худоярова Дилдора Рахимовна
*доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой
Акушерства и гинекологии №1 Самаркандского
государственного медицинского института*
ORCID ID*: 0000-0001-5770-2255*

Раббимова Дилфуза Таштемировна
*кандидат медицинских наук, доцент, заведующая
кафедрой Пропедевтики детских болезней Самаркандского
государственного медицинского института*
ORCID ID*: 0000-0003-4229-6017*

Орипов Фирдавс Суръатович
*доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой
Гистологии, цитологии и эмбриологии Самаркандского
государственного медицинского института*
ORCID ID*: 0000-0002-0615-0144*

Ярмухамедова Саодат Хабибовна
*кандидат медицинских наук, доцент, заведующая
кафедрой Пропедевтики внутренних болезней
Самаркандского государственного медицинского института*
ORCID ID*: 0000-0001-5975-1261*

Мавлянов Фарход Шавкатович
*доктор медицинских наук, доцент кафедры Детской хирургии
Самаркандского государственного медицинского института*
ORCID ID: *0000-0003-2650-4445*

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 с
отрудник отделения приобретенных пороков сердца
Республиканского специализированного центра
хирургии имени академика В.Вахидова.*
ORCID ID: *0000-0002-6778-6920*

Худанов Бахтинур Ойбутаевич
*доктор медицинских наук, Министерство
Инновационного развития Республики Узбекистан*

Бабаджанов Ойбек Абдужаббарович
*доктор медицинских наук, Ташкентский педиатрический
медицинский институт, кафедра Дерматовенерология,
детская дерматовенерология и СПИД*
ORCID ID*: 0000-0002-3022-916X*

Теребаев Билим Алдамуратович
*кандидат медицинских наук, доцент кафедры
Факультетской детской хирургии Ташкентского
педиатрического медицинского института.*
ORCID ID: *0000-0002-5409-4327*

Юлдашев Ботир Ахматович
*кандидат медицинских наук, доцент кафедры Педиатрии,
неонаталогии и пропедевтики детских болезней №2
Самаркандского государственного медицинского института*
ORCID ID: *0000-0003-2442-1523*

Эшкобилов Тура Жураевич
*кандидат медицинских наук, доцент кафедры Судебной
медицины и патологической анатомии Самаркандского
государственного медицинского института*
ORCID ID: *0000-0003-3914-7221*

Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: http://www.tadqiqot.uz/; E-mail: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: http://www.tadqiqot.uz/; E-mail: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE
№3 (2021) DOI http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3

Chief Editor:

Rizaev Jasur Alimjanovich
MD, DSc, Professor of Dental Medicine,
Rector of the Samarkand State Medical Institute
ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Deputy Chief Editor:

Ziyadullaev Shukhrat Khudayberdievich Doctor of Medical Sciences, Vice-Rector for scientific work and Innovation, Samarkand State Medical Institute
ORCID ID: 0000-0002-9309-3933

Responsible secretary:
Samieva Gulnoza Utkurovna
doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Samarkand State Medical Institute Department of normal and pathological physiology. **ORCID ID**: 0000-0002-6142-7054

Responsible secretary:
Abzalova Shaxnoza Rustamovna
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Tashkent Pediatric Medical Institute. Head of the Department of Scientific Research, Innovation and Training of Scientific Teachers.
ORCID ID: 0000-0002-0066-3547

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

Gulyamov Surat Saidvalievich
Doctor of Medical Sciences, Professor Tashkent Pediatric Medical Institute Vice-Rector for Research and Innovation.
ORCID ID: *0000-0002-9444-4555*

Abdullaeva Nargiza Nurmamatovna
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Chief Physician of the 1st Clinic of Samarkand State Medical Institute
ORCID ID: *0000-0002-7529-4248*

Khudoyarova Dildora Rakhimovna
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Samarkand State Medical Institute No.1
ORCID ID: *0000-0001-5770-2255*

Rabbimova Dilfuza Tashtemirovna
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Propaedeutics of Pediatrics, Samarkand State Medical Institute.
ORCID ID:*0000-0003-4229-6017*

Oripov Firdavs Suratovich
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Histology, Cytology and Embryology of Samarkand State Medical Institute.
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144

Yarmukhamedova Saodat Khabibovna
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Samarkand State Medical Institute.
ORCID ID*: 0000-0001-5975-1261*

Mavlyanov Farkhod Shavkatovich
Doctor of Medicine, Associate Professor of Pediatric Surgery, Samarkand State Medical Institute
ORCID ID*: 0000-0003-2650-4445*

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*

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

Babadjanov Oybek Abdujabbarovich
Doctor of sciences in medicine, Tashkent Pediatric Medical Institute, Department of Dermatovenerology, pediatric dermatovenerology and AIDS
ORCID ID: *0000-0002-3022-916X*

Terebaev Bilim Aldamuratovich
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Tashkent Pediatric Medical Institute, Faculty of Children Department of Surgery.
ORCID ID: *0000-0002-5409-4327.*

Yuldashev Botir Akhmatovich
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Pediatrics, Neonatology and Propaedeutics of Pediatrics, Samarkand State Medical Institute No. 2.
ORCID ID*: 0000-0003-2442-1523*

Eshkobilov Tura Juraevich
candidate of medical Sciences, associate Professor of the Department of Forensic medicine and pathological anatomy of the Samarkand state medical Institute
ORCID ID: *0000-0003-3914-7221*

Page Maker: Khurshid Mirzakhmedov

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: http://www.tadqiqot.uz/; E-mail: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: http://www.tadqiqot.uz/; E-mail: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

МУНДАРИЖА \ СОДЕРЖАНИЕ \ CONTENT

DENTISTRY

81. Фарход Рахмонович АБДУРАХМОНОВ, Шухрат Абдужалилович БОЙМУРОДОВ, Даврон Достомович ИБРАГИМОВ
ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРИНИ ОЗОН БИЛАН ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ АНИҚЛАШ……10

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

82. Дилафруз Абдухамидовна ХАСАНОВА, Дилафруз Донёровна КАМАЛОВА
ДИАГНОСТИКА АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У БЕРЕМЕННЫХ И ИЗУЧЕНИЕ ИСХОДОВ РОДОВ……14
83. Larisa Rubenovna AGABABYAN, Gulruh Nuriddinovna INDIAMINOVA
HOMILADORLIK DAVRIDA KORONAVIRUS (COVID-19) INFEKSIYASINING XUSUSIYATLARI VA PERINATAL NATIJALAR (ADABIYOTLAR SHARHI)……...19
84. Ситора АмировнаТИЛЯВОВА, Дилдора Рахимовна ХУДОЯРОВА
РЕАЛИИ ВРЕМЕНИ. СИНДРОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПРЕМЕНОПАУЗА……..25
85. Фарзона Нуриддиновна АТАЕВА, Дилдора Рахимовна ХУДОЯРОВА
НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ……...31
86. Nilufar Maxmudovna AHMEDOVA, Hayotxon Botirali qizi SATTARALIEYVA
O'SMIR QIZLARNING REPRODUKTIV SALOMATLIGI XUSUSIYATLARI (ADABIYOT SHARHI)……36
87. Нигора Кахрамоновна ДУСТОВА, Гулчехра Акмаловна ИХТИЯРОВА, Нигора Баходировна ХАЙДАРОВА, Нигина Фархадовна ГАЙБУЛЛАЕВА
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТЫ БЕРЕМЕННЫХ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19……41
88. Нигора Кахрамоновна ДУСТОВА, Гулчехра Акмаловна ИХТИЯРОВА, Махлие Журабоевна АСЛОНОВА
ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ОТСТОВАНИЯ РОСТА И ГИБЕЛИ ПЛОДА……...47
89. Тахмина Куканбековна ЗАВКИБЕКОВА, Гулчехра Акмаловна ИХТИЯРОВА
АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРОЗОВАНИЙ ЯИЧНИКА И МЕТОДЫ ЕЁ ЛЕЧЕНИИ……...53
90. Умида Хабибуллаевна СОЛИЕВА, Намуна Хасанбой кизи МАДОЛИМОВА, Дилноза Джавдатовна САИДЖАЛИЛОВА
ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ БРОНХОПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ……59
91.Феруза Шопулатовна ОРИПОВА, Гулчехра Акмалевна ИХТИЯРОВА, Кодир Шукрлаевич ШУКРУЛЛАЕВ, Мухаё Тухтасиновна ХАМДАМОВА
НОВЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЯ (КЛИНИКО –ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)……65

HEALTHCARE MANAGEMENT

92. Азиза Аскаровна ЖУМАЕВА, Шохиста Абдугаппаровна МАМАСОЛИЕВА, Феруза Саломовна САИДОВА
СЕЛЛЕР ИНСЕКТИЦИДИНИНГ ТУПРОҚ ҚАТЛАМИДА ҲАРАКАТЛАНИШИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ……72

THERAPY

93. Бахром Анисханович АЛЯВИ, Шовкат Кадирович МУМИНОВ
БЛОКАДА РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ
У БОЛЬНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ…….79
94. Лола Тургунпулатовна ДАМИНОВА, Шукрулло Салимович КОДИРОВ, Гулноза Пулатовна АКБАРОВА
ВЛИЯНИЕ АТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА……86
95. Мамасалиева Н.А., Каримова Г.С., Ахмадова Ф.Ш.
ЎРТА ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА СИЙДИК ТУТА ОЛМАСЛИК……...93
96. Саидганихожа Ибрагимович ИСМАИЛОВ, Ситорахон Улугбековна МУМИНОВА
ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИНГИБИТОРА
ДИПЕПТИДИЛПЕПТИДАЗЫ-4 (иДПП-4) У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА…….……99
97. Саодат Хабибовна ЯРМУХАМЕДОВА, Шохидабону Абдукодировна АМИРОВА
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЮРАК
ГЕОМЕТРИК ПАРАМЕТРЛАРНИ СТАНДАРТ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ
МАЪЛУМОТЛАРИ АСОСИДА БАҲОЛАШ…….105
98. Умида Рахматуллоевна НАРЗУЛАЕВА, Гулноза Уткуровна САМИЕВА, Зебинисо Хидировна ЛАПАСОВА, Сакина Баходировна ТАИРОВА
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ ДАВОЛАШДА ДИЕТИК ЁНДАШУВНИНГ
АҲАМИЯТИ……...111

MORPHOLOGY

99. Абдумалик Расулович МАМАТАЛИЕВ, Фирдавс Суратович ОРИПОВ
ҚУЁНЛАРДА ЖИГАРДАН ТАШКИ ЎТ ЙЎЛЛАРИНИНГ ОДАТДА ВА
ЎТ ХАЛТАСИНИ ОЛИБ ТАШЛАГАНДАН СЎНГИ ГИСТОЛОГИК ЎЗГАРИШ……117
100. Давронова Шахноза РАХМОНОВНА, Рахмон Давронович ДАВРОНОВ
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО - ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
ЗОН ТИМУСА В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ТЕМПЕРАТУРНОГО
ВОЗДЕЙСТВИЯ……126
101. Феруза Хусановна АЗИЗОВА, Азиза Нигматуллаевна ОТАЖАНОВА, Сурайё Хабибуллаевна ИШАНДЖАНОВА, Зулфия Хосиловна УМАРОВА, Нигора Бурхановна УТЕПОВА
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА Т- ЗАВИСИМЫХ ЗОН ОРГАНОВ
ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ИНТОКСИКАЦИЯХ……...133
102. Феруза Хусановна АЗИЗОВА, Мохигул Турдиалиевна ЮЛДАШЕВА, Покиза Хусановна АЗИЗОВА
ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ
ТИМУСА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ В ПРЕПУБЕРТАТНОМ
ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА……139

OTORHINOLARYNGOLOGY

103. Nargiza Orziyevna HAMRAKULOVA, Nilufar Jurakulovna XUSHVAKOVA, Otabek Kulmamatovich JONUZOKOV
TIMPANOPLASTIKADAN SO'NG YIRINGLI O’RTA OTIT KOMPLEKS
TERAPIYASIGA QON TOMIR ORQALI LAZER NURLANISHINI KIRITISH
SAMARADORLIGINI BAXOLASH……146

104. Zebo Farxotovna SAFOEVA, Gulnoza Utkirovna SAMIEVA, Sabina Zavkiyevna SATTAROVA
BOLALARDAGI QAYTALANUVCHI STENOZLI LARINGOTRAXEITNING YOSHIGA, ANAMNEZIGA VA NAFAS OLISH SISTEMASINING ALLERGOLOGIK HOLATIGA QARAB RIVOJLANISHI……..152
105. Ислом Ёкубович ШАМАТОВ, Шерали Облакулович КОРЖАВОВ, Латофат Муродуллаевна КУРБАНОВА
ПОЛИПОЗ РИНОСИНУСИТ БЕМОРЛАРДА БАЪЗИ ДАВО УСЛУБЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ……..159

PEDIATRICS

106. Ширин Камилджоновна ХУСАИНОВА, Зебо Фархотовна САФОЕВА, Саодат Сулаймоновна УМАРОВА, Шахло Шавкатовна НАСИРОВА
БОЛАЛАРДА ҚАЙТАЛАНУВЧИ БРОНХООБСТРУКТИВ СИНДРОМИ ДАВОСИНИНГ МОНТЕЛУКАСТ ПРЕПАРАТИНИ КОМПЛЕКС ТЕРАПИЯСИДА ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ…….……165
107. Закия Муслимовна Мустафаева
ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В АЗЕРБАЙЖДАНЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗА 2014-2019 ГГ……...170

PEDIATRIC SURGERY

108. Хабибулла Атауллаевич АКИЛОВ, Бахромжон Халимжонович МИРЗАКАРИМОВ, Жўракул Усманович ДЖУМАБАЕВ, Каримжон Салимжонович ЮЛЧИЕВ
БОЛАЛАРДА КЎКРАК ҚАФАСИ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯСИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ…….……...175

PSYCHIATRY AND NARCOLOGY

109. Зебинисо Хидировна ЛАПАСОВА, Гулбаҳор Асламовна ҚУРБАНОВА, Дилором Сафоевна ХАЙДАРОВА, Умида Негматовна МАВЛЯНОВА
ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТЛАРИДА ЎҚИЙДИГАН ТАЛАБАЛАРНИНГ ПСИХОЛОГИК ТАЙЁРГАРЛИК ОМИЛЛАРИ…….…182

PHTHISIOLOGY

110. Светлана Атахановна ХОДЖАЕВА, Динара Намазовна АДЖАБЛАЕВА
САМАРҚАНД ШАҲРИ АҲОЛИСИНИНГ СИЛ КАСАЛЛИГИ ҲАҚИДА САНИТАР САВОДХОНЛИГИ……188

SURGERY

111. Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич, Худайназаров Уткир Раббимович, Шеркулов Кодир Усманович, Авазов Абдурахим Абдурахмонович, Хамидов Фирузжон Уткуржонович
ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ…….195
112. Ойбек Тураевич ЮНУСОВ, Зафар Исрофулович МУРТАЗАЕВ, Зайниддин Яхшибоевич САЙДУЛЛАЕВ, Гайрат Келдибаевич АХМЕДОВ, Сафарбой Тухтабаевич ХУЖАБАЕВ
КУЙИШ ЖАРОХАТИ БИЛАН ШИКАСТЛАНГАНЛАРДА КУЙИШ ШОКИ БОСҚИЧИДА ГЕМОСТАЗ СИСТЕМАСИДАГИ БУЗИЛИШЛАР……..200

INFECTIOUS DISEASE

113. Мурадқосимов Саидолим Мурадқосимович, Ерманов Рустам Темурович, Турақулов Жавлон Соғлиқ ўғли, Қурбанова Латофат Муродуллаевна
САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ МЕҲНАТ МИГРАНТЛАРИ ОРАСИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ЗАРАРЛАНИШ КЎРСАТГИЧЛАРИНИ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛ……....207
114. Ботир Тургунпулатович ДАМИНОВ, Лола Тургунпулатовна ДАМИНОВА, Даврон Кадирович МУМИНОВ
ПРЕДИКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ФИБРОЗА ЛЕГОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ……....212
115. Даврон Кадирович МУМИНОВ
КЛИНИЧЕСКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 (ДАННЫЕ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА)……...220
116. Гулнора Махамаджановна РИХСИЕВА, Холида Набиевна ИБРАГИМОВА, Тоир Усманович УМАРОВ, Фазлиддин Абдумаликович РАШИДОВ, Шохиста Абдурахмонбековна ХАЛИКОВА
ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С……...227
117. Мирхамид Махмудович МИРИСМОИЛОВ, Фазлиддин Абдумаликович РАШИДОВ, Ильяс Эрикович АХМЕРОВ, Абзал Сабирович ЮСУПОВ
БОЛАЛАРДА АНТИБИОТИКЛАРГА ЧИДАМЛИ САЛЬМОНЕЛЛА ТИФИМУРИУМ ЧАҚИРГАН САЛЬМОНЕЛЛЕЗ ХАСТАЛИГИНИНГ КЕЧИШИ……235
118. Фазлиддин Абдумаликович РАШИДОВ, Мирхамид Махмудович МИРИСМОИЛОВ, Тоир Усманович УМАРОВ, Гулнора Махамаджановна РИХСИЕВА, Абзал Сабирович ЮСУПОВ
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИАРЕЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ…...……240

PHARMACOLOGY AND CLINICAL PHARMACOLOGY

119. Якубов Абдужалол Вахабович, Пулатова Наргиза Ихсановна, Саидова Шахноза Ариповна, Мусаева Лола Жураевна, Арипджанова Шахло Сардаровна
ОЦЕНКА ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВОЯЗВЕННОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ NO ОБРАЗОВАНИЯ И АНАЭРОБНОГО ГЛИКОЛИЗА В СЛИЗИСТОЙ ТКАНИ ЖЕЛУДКА……..244
120. Хужамурат Исакович ХУДАЙБЕРДИЕВ, Толлибай Болтаевич МУСТАНОВ, Гайрат Юсупович ДЖАНАЕВ, Рухилла Забихуллаевич ХИКМАТУЛЛАЕВ, Санжар Толлибай угли БОЛТАЕВ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛИЦЕРАМА В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ГЛИЦЕРАМ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ……..……..…250

NEUROLOGY

121. Рустамбек Жуманазарович МАТМУРОДОВ, Сурайё Мамуржоновна УМИРОВА
КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ДИАБЕТИК ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ РИВОЖЛАНИШИДАГИ РОЛИ ВА УНИНГ КОМПЛЕМЕНТ ТИЗИМИГА ТАЪСИРИ….256

EMERGENCY MEDICINE

122. Ахрор Абдурасулович АЛИМОВ, Алишер Мирхамидович ШАРИПОВ, Зафар Файзуллаевич САФАРОВ, Абдумалик Абдуазимович РАСУЛОВ, Рафкат Ринатович УСМАНОВ
ЮҚОРИ ЧАСТОТАЛИ ОСЦИЛЯТОР ВЕНТИЛЯЦИЯНИНГ ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ОҒИР НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИГИДАГИ САМАДОРЛИГИ……..264
123. Зафар Файзуллаевич САФАРОВ, Ахрор Абдурасулович АЛИМОВ, Абдумалик Абдуазимович РАСУЛОВ, Рафкат Ринатович УСМАНОВ, Азиз Буриевич ТИЛЯКОВ
ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМДА СИМУЛЯЦИЯЛИ ЎҚИТИШ УСЛУБИНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ……..270
124. Зафар Файзуллаевич САФАРОВ, Алишер Мирхамидович ШАРИПОВ, Ахрор Абдурасулович АЛИМОВ, Абдумалик Абдуазимович РАСУЛОВ, Рафкат Ринатович УСМАНОВ
ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ ЖАРАЁНИДА БОЛАЛАРДАГИ КРИТИК ҲОЛАТЛАРНИНГ ОҚИБАТЛАРИНИ ПРОГНОЗЛАШ……...277

UROLOGY

125. Рушен Рефатович ГАФАРОВ
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ГЕМОСТАЗ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ……284

ORIGINAL ARTICLE

126. Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Аманов Б.Б.
СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТИМЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ТИМОМАМИ С МИАСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....289

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

DENTISTRY

Фарход Рахмонович АБДУРАХМОНОВ
Шухрат Абдужалилович БОЙМУРОДОВ
Даврон Достомович ИБРАГИМОВ
Самаркандский медицинский институт, Узбекистан
Ташкентская медицинская академия,Узбекистан

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРИНИ ОЗОН БИЛАН ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ АНИҚЛАШ

For citation: F.R. Abdurakhmonov, Sh.A. Boymurodov, D.D. Ibragimov ASSESMENT OF THE RESULTS FOR THE TREATMENT OF THE COMBINED SOFT TISSUE WOUNDS IN THE MAXILLOFACIAL REGION Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.10-13

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-81

АННОТАЦИЯ

Сочетанные травмы челюстно-лицевой области занимают особое место среди травматических повреждений скелета человека вследствие функциональных и косметических особенностей. Раны мягких тканей челюстно-лицевого области (ЧЛО) имеют ряд особенностей, которые отличают их от повреждений других частей тела. В этой статье перечислена информация о физических, химических свойствах озона и воздействие на заживление ран мягких тканей сочетанной травмы челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: озон, заживление ран мягких тканей, сочетанные травмы челюстно-лицевой области.

Farkhod Rakhmonovich ABDURAKHMONOV
Shukhrat Abdujalilovich BOYMURODOV
Davron Dostomovich IBRAGIMOV
Samarkand Medical Institute
Tashkent Medical Academy,Uzbekistan.

ASSESMENT OF THE RESULTS FOR THE TREATMENT OF THE COMBINED SOFT TISSUE WOUNDS IN THE MAXILLOFACIAL REGION

ANNOTATION

The combined injuries of maxillofacial region make up special place among the bones and tissues of the human body as a result of its functional and cosmetic importance. Soft tissue wounds of the maxillofacial injuries have number of distinguishing features that differs from traumas of the other parts of the organism. In this article the number of information given about physical, chemical features of the ozone and its influence for the healing of the combined soft tissue wounds of the maxillofacial injuries.

Keywords: ozone, healing process, soft tissue wounds, combined injures, maxillofacial region.

Фарход Рахмонович АБДУРАХМОНОВ
Шухрат Абдужалилович БОЙМУРОДОВ
Даврон Достомович ИБРАГИМОВ
Самарканд медицина институти ,Узбекистон
Тошкент тиббтёт академияси,Узбекистон.

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРИНИ ОЗОН БИЛАН ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ АНИҚЛАШ

АННОТАЦИЯ

Озон купгина тизимли ва махаллий касалликларга алтернатив даво сифатида ишлатилсада унинг тукималарни тиклашда самарали таъсир килади. Озонотерапия мослашувчан биооксидатив даво усулидир, унда даво эфектига эришиш учун кислород/озон газ холида, сувда эритилган ёки ёгда туйинтирилган холатда кулланилади. Озон атамаси юнонча “ozein” уткир хид” сузидан олинган булиб дастлаб 1840 йили немис химиги “озонотерапиянинг асосчиси” Кристиан Фредрих Схонбеин томонидан ишлатилган. Озон (O_3)- уч атом кислороддан иборат табиий молекуладир. Озон узининг биологик таъсири ва биохимиявий хусусиятлари сабабли тиббиётда кенг куламда ишлатилади. Шундай булсада унинг юз-жаг сохаси кушма шикастланишларида очик яраларни даволашдаги таъсирини бахолашда маълум бир тадкикотлар олиб борилиши зарурдир.

Калит сўзлар: озон, очик яраларнинг битиши, қўшма юз-жаг шикастланишлари**.**

Кириш: Юз-жаг соҳаси юмшоқ тўқималарининг жароҳатлари маълум кетма-кетликда кечадиган мураккаб жараён ҳисобланади. Бу жараёнда яра атрофидаги муҳит билан биргаликда бутун шикастланган организмда ҳам ўзгаришлар содир бўлади.. Травма — бу тананинг тери қопламаси ва шиллиқ қаватининг бутунлигининг бузилиши ҳисобланади. Жарроҳлик амалиётида жароҳат ўзининг мураккаб клиник муоммолари билан ажралиб туради, шунингдек унинг эрта ва кечки асоратлари кузатилиши мумкин. Бу баъзи ҳолларда узоқ кечадиган касалликларга ва ҳатто ўлимга ҳам сабаб бўлиши муикин.

Юз-жаг соҳаси юмшоқ жароҳатлари тикланишига салбий таъсир қиладиган омиллардан бири бу яранинг кислород билан таъминланишининг бузулиши тушунилади. Бундай вазиятларда озонотерапия юмшоқ тўқималарни битишига самарали таъсир қиладиган даво услублардан ҳисобланади, чунки озон ўзининг яллиғланишга қарши, антибактериал, вирусларга қарши, иммуностимулловчи ва оғриқ қолдирувчи хусусиятларига эга. Бугунги кунда кўпчилик хирурглар томонидан юмшоқ тўқималарнинг жароҳатларини даволашда озоннинг табиий физик факторларига ва кимёвий таркибига қизиқиш уйғонмоқда. Озоннинг одам организмига жуда ижобий биологик таъсири мавжуд, шунинг учун у тиббиёт амалиётида кенг кўламда фойдаланилади.

Тадқиқотнинг максади: Озоннинг юз-жаг соҳаси юмшоқ тўқималари қўшма жароҳатларига таъсирини ўрганиш ва озоннинг ушбу шикастланишларги эпителизация жараёнига ижобий самарасини аниқлаш.

Тадқиқот усуллари ва материаллари: Илмий иш жараёнида катта ёшдаги 62 та бемор (17 ёш ва ундан катталар) юз-жаг соҳаси юмшоқ тўқималарининг инфицирланган ва тоза яралари текшириш гуруҳига киритилди. Таққосий таҳлил қилиш учун беморлар 3 гуруҳга ажратилди..

1-назорат гураҳига 22 та бемор қамраб олинган одатдаги ананавий жароҳатни хлоргексидин биглюконат билан ишлов берилган беморлар киритилди.

2- асосий гуруҳга 20 та бемор киритилди ва бу беморларнинг юз-жаг соҳаси юмшоқ тўқималаридаги яралари озон билан тўйинтирилган физиологик эритма билан ювилди, озонли

зайтун мойи билан ишлов берилди ва озон гази шприц билан жарохат атрофига бевосита укол қилиб жунатилди.

3-асосий гураҳга озон билан тўйинтирилган натрий хлорнининг 0.9% ли эритмаси вена ичига жунатилди, жароҳат озонли физиологик эритма билан тозаланиб, озонли зайтун мойи билан ишлов берилди ва бу гуруҳга ҳам 20 та бемор киритилди.

Тадқиқот учун Россия Федерациясида ишлаб чиқилган Медозонс БМ-03 аппаратидан фойдаланилди ва ушбу аппарат ёрдамида натрий хлорниннг 0.9% ли эритмаси озон билан тўйинтирилди, озонли мой тайёрланди ва озон газ ҳолида олинди. Даво муолажалари юз-жаг соҳаси юмшоқ тўқималарининг жороҳат олиб врачга мурожаат қилган кунидан бошланиб, ҳар куни куннинг бир хил вақтида олиб борилди. Жароҳатдан кейинги 2, 4 ва 7 кунларида яранинг четидан махсус кесувчи мослама билан жарроҳлик йўл билан намуналар олиниб эпителизация жараёни кузатиб, таҳлил қилиб борилди. Олинган намуналар гистологик ва иммуногистохимик усулларда текширилди. Тадқиқот гуруҳидан иммунодефицит ҳолатидаги, чекувчилар, хомиладор ва қон ивишида нўқсони бор беморлар истесно қилинди. .

Назорат вақтидаги барча жароҳатлар тикланиш жараёни махсус камера ёрдамида кузатиб борилди. Бу жараёндаги узгаришлар юз соҳасидаги жароҳат олгандан кейиги 2, 3 ва 10 кунлари руйхатга олиб борилди. Барча кунларда камерага олинган тасвирлар яранинг биринчи куни билан таққосланди. Жароҳатни тикланишининг махсус компьютер программасидан фойдаланиб яранинг улчовлари пикселларда аниқ ўлчаниб таҳлил қилиб борилди ва жароҳатнинг битиш жадаллиги ҳисоблаб чиқилди. Шунингдек, микро мормологик текширишлар ҳам олиб борилди ва жароҳат юзасининг эпителий билан қопланиши яра юзасидан намуналар олиниб динамикада таҳлил қилиб борилди. Жароҳатда кечаётган митоз жараёнида эпителийларнинг булиниши кузатилди.

Тадқиқотнинг муҳокамаси: Юз-жаг соҳаси юмшоқ тўқималарининг жароҳати билан кузатувда бўлган 1-назорат гуруҳидаги ва иккита кейинги асосий гуруҳдаги беморларнинг таққослаш натижалари шуни кўрсатдики, 1800-2000 мкг/мл концентрацияда озон билан тўйинтирилган физиогик эритманинг бактериологик таъсири ананавий равишда ишлатилган хлоргексидинга нисбатан бир неча бор устунлиги аниқланди.

Даволашнинг ушбу тадбиқ қиинаётган усули натижалари вена ичи томчилаб жунатишга тайёрланган физиологик эритма, ярани озонланган натрий хлор эритмаси билан ювиш ва озон билан тўйинтирилган зайтун мойи билан жароҳатни аппликация қилиш клиник жиҳатдан анча самарали эканлигини кўрсатди. Натижада беморларда объектив ва субъектив яхшиланишлар: меҳнат қобилиятининг тикланиши, тана ҳароратининг миёрига тушиши ва умумий ахволининг тикланиши каби ҳиссиётлари пайдо бўлди. Статистик кўрсаткичлар таҳлили шуни кўрсатдики, назорат гуруҳидаги беморларга қўлланилган даво усули яра юзасининг камайишига асосий гуруҳдагиларга нисбатан камроқ таъсир қилганлигини кўрсатди.

Хулоса: Сўзимизнинг якунида шуни айтиш жоизки, юз-жаг соҳаси юмшоқ тўқималарининг жароҳатларини озон ёрдамида даволаш ананавий даво усулларига нисбатан бир неча бор самаралидир. Инфузион йўл билан вена ичига озонли физиологик эритмасини жунатилган ва ярани озонли зайтун мойи билан аппликация қилинган беморларда жароҳатнинг эпителий билан қопланиш жараёни анча эрта бошланди.

Адабиётлар:

1. Алимова Д. М., Камилов Х. П., Шукурова У. А. Клинико-иммунологическое обоснование применения озонотерапии в комплексном лечении рецидивирующего афтозного стоматита // Ўзбекистон тиббиёт журнали. – Тошкент, 2010. – №1. – С. 41-43.
2. Боймуродов Ш.А. Совершенствование диагностики и лечения больных с сочетанными травмами костей лицевого скелета. // дисс. док. мед. Наук. –Ташкент. -2012 г.- С. 22-24.

3. Герасименко М.Ю., Филатова Е.В., Никитин А.А., Стучилов В.А. Косяков М.Н., Гришина Н.В. Новые аспекты реабилитации больных с посттравматическими дефектами и деформациями
челюстно-лицевой области //Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 2000-№6-С. 27-29
4. Герасименко М.Ю. Особенности физиотерапии в стоматологии. // Альманах клинической медицины 2т.2.-2010- С. 436-444.
5. Густов А.В., Котов С.А., Конторщикова К.Н. Озонотерапия в неврологии. Н.Новгород 2011; 31-32.
6. Каримов Х.Я., Шевченко Л.И., Бобоев К.Т., Югаи М.А. Метод озонотерапии Сукцинасол. Метод. пособие для врачей. Ташкент 2011; 5-10, С. 14-19.
7. .Ризаев Ж.А., Боймурадов Ш.А., Абдурахмонов Ф.Р., Гаффаров У.Б. Озонотерапиянинг юз-жағ соҳаси қўшма шикастланишларидаги очиқ жароҳатларни даволашдаги аҳамияти // Биология ва тиббиёт муоммолари журнали. – Самарқанд 2000.-№ 4. С 230-235.
8. Gopalakrishnan S, Parthiban S. Ozone- a new revolution in dentistry. J Bio Innova. 2012; 1:58-69.14. Grotendorst GR, Rahmanie H, Duncan MR. Combinatorial signaling pathways determine fibroblast proliferation and myofibroblast differentiation. FASEB J. 2014; 18:469-79.
9. Hinz B, Pahn SH, Thannickal VJ, Galli A, Bochaton-Piallat M, Gabbiani G. The myofibroblast: one function, multiple origins. Am J Pathol. 2017; 170-180
10. Das S. Application of ozone therapy in dentistry. Indian J Dent Adv. 2011; 3:538-42.
12. Maiya A. Applications of ozone in dentistry. Int J Clin Dent Sci. 2011; 2:23-7.
13. Seidler V, Linetskiy I, Hubálková H, Staňková H, Šmucler R, Mazánek J. Ozone and its usage in general medicine and dentistry. A review articles. Prague Med Rep. 2012; 109:5-13.
14. Sujatha B, Kumar MG, Pratap MJS, Raja V. Ozone therapy - a p

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Дилафруз Абдухамидовна ХАСАНОВА,
Дилафруз Донёровна КАМАЛОВА.
Самаркандский Государственный Медицинский Институт, кафедра Акушерства и гинекологии, Самарканд, Узбекистан

ДИАГНОСТИКА АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У БЕРЕМЕННЫХ И ИЗУЧЕНИЕ ИСХОДОВ РОДОВ

For citation: D.A. Khasanovs, D.D. Kamalova. Diagnosis of autoimmune thyroiditis in pregnant women and study of congenital outcomes Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 14-18

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-82

АННОТАЦИЯ

Как известно науке, репродуктивная система представляет собой совокупность взаимосвязанных структурных элементов, таких как гипоталамус, гипофиз, яичники, органы-мишени и других эндокринных желез обеспечивающая реализацию репродуктивной функции. Гормональные изменения носят ключевой характер в течении беременности. Одной из важнейших частей нейроэндокринной системы является щитовидная железа (ЩЖ) которая, оказывает существенное влияние на репродуктивную функцию. Так как тиронины участвуют во всех видах метаболизма и, оказывают влияния на половое развитие, менструальную функцию и овуляцию, нормальный уровень тиреоидных гормонов является необходимым условием гармоничного функционирования организма женщин. В данной статье изучены анализы беременных женщин с аутоиммунном тиреоидитом.

Ключевые слова: щитовидная железа, тиреоидные гормоны, тиреотоксикоз, аутоиммунный тиреоидит, йод, беременность.

Dilafruz Abdukhamidovna KHASANOVA,
Dilafruz Donerovna KAMALOVA.
Samarkand State Medical Institute, Department of Obstetrics and Gynecology, Samarkand, Uzbekistan

DIAGNOSIS OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS IN PREGNANT WOMEN AND STUDY OF CONGENITAL OUTCOMES

ANNOTATION

As is known to science, the reproductive system is a collection of interrelated structural elements, such as the hypothalamus, pituitary gland, ovaries, target organs and other endocrine glands, which ensures reproductive function. Hormonal changes are key during pregnancy. One of the most important parts of the neuroendocrine system is the thyroid gland (thyroid gland), which has

a significant effect on reproductive function. Since thyronines are involved in all types of metabolism and affect sexual development, menstrual function and ovulation, a normal level of thyroid hormones is a prerequisite for the harmonious functioning of a woman's body. This article examines analyzes of pregnant women with autoimmune thyroiditis.

Key words: thyroid gland, thyroid hormones, thyrotoxicosis, autoimmune thyroiditis, iodine, pregnancy.

Dilafruz Abduxamidovna XASANOVA,
Dilafruz Donyorovna KAMALOVA.
Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti,
Akusherlik va ginekologiya kafedrasi,
Samarqand, O'zbekiston.

HOMILADOR AYOLLARDA AVTOIMMUN TIROIDITNI TASHXISLASH VA TUG'RUQ NATIJALARI O'RGANISH

ANNOTATSIYA

Ilm-fanga ma'lumki, reproduktiv tizim - bu reproduktiv faoliyatni amalga oshirishni ta'minlaydigan gipotalamus, gipofiz bezi, tuxumdonlar, maqsadli organlar va boshqa ichki sekretsiya bezlari kabi o'zaro bog'liq tarkibiy elementlarning to'plamidir. Homiladorlik paytida gormonal o'zgarishlar muhim ahamiyatga ega. Neyroendokrin tizimining muhim qismlaridan biri bu reproduktiv funktsiyaga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan qalqonsimon bez (QB). Tironinlar metabolizmning barcha turlarida qatnashganligi va jinsiy rivojlanish, hayz ko'rish faoliyati va ovulyatsiyaga ta'sir ko'rsatganligi sababli, qalqonsimon bez gormonlarining normal darajasi ayollar tanasining uyg'un ishlashi uchun zarur shartdir. Ushbu maqola autoimmun tiroidit bilan kasallangan homilador ayollarning tahlillarini o'rganadi.

Kalit so'zlar: qalqonsimon bez, tiroid gormonlar, tireotoksikoz, autoimmun tiroidit, yod, homiladorlik.

Dolzarbligi. Reproduktiv yoshdagi ayollarda tiroid bezining autoimmun kasalliklari tarqalishi 10-26% ni tashkil etadi [1,3]. Autoimmun tiroidit (AIT) birlamchi gipotireozning asosiy sababidir (ayollarda ochiq-oydin gipotireozning chastotasi 3-6%, subklinik ko'rinishi - 7-10% uchraydi) [4,6]. Qalqonsimon bez gormonlarining eng muhim vazifasi bu homiladorlikning birinchi haftalaridan boshlab embriogenez oxirigacha butun organlar va tizimlarning rivojlanishini ta'minlashdir. Aynan homiladorlik paytida onaning qalqonsimon bez gormonlari muvozanati buzilishi bolalarning psixo-nevrologik rivojlanishini buzishda yetakchi o'ringa ega [5, 7]. Qalqonsimon bez patologiyasi bo'lgan onadan tug'ilgan bolalarda perinatal ensefalopatiya, anemiya, markaziy asab tizimi (gidrosefaliya, mikrosefaliya) va endokrin tizim (tug'ma gipotireoz, tirotoksikoz) zararlanishi bilan tug'ma malformatsiyalar tez-tez uchraydi [9].

AIT bilan kasallangan ayollarda reproduktiv kasalliklarning oldini olish va davolashga bag'ishlangan ko'plab tadqiqotlarga qaramay, ushbu toifadagi bemorlarni boshqarish taktikasi masalalari juda ziddiyatli. Eutiroid AIT bilan kasallangan homilador ayollarda, agar ular reproduktiv yo'qotish tarixiga ega bo'lsa, tireoperoksidaza yuqori antitanachalar titrida davolash masalasi munozarali bo'lib qolmoqda. Levotiroksin (L-tiroksin) preparatini turli homiladorlik davrlarida olib tashlash bilan o'rnini bosuvchi terapiyaning yagona sxemasi mavjud emas. AIT bilan kasallangan bemorlarni keyingi homiladorlik paytida gipotireozni rivojlanish xavfi guruhiga kiritish omillari aniq belgilanmagan.

Tadqiqot maqdasi. AIT bilan kasallangan ayollarda reproduktiv va perinatal xavflarni o'rganish, homiladorlik va tug'ruq asoratlarini oldini olish va davolashning samarali usullarini ishlab chiqish.

Tadqiqot materiallari va usullari. SamDTI ning 1-son klinikasining akusherlik va gineologiya kafedrasi bazasida 2018-2020 yillar davomida 200 nafar homilador ayollar AIT kasalligi bo'yicha tibbiy ko'rikdan o'tkazildi. Qalqonsimon bezni immunofermentli analizi va ultratovush apparati

yordamida tekshirgandan so'ng, 150 ta homilador ayollar tanlab olindi va qalqonsimon bez faolligi ko'rsatkichlariga (TTG darajasi, erkin tiroksin (er. T4), AT-TPO) hamda ultratovush tekshiruvi natijalariga qarab uch guruhga bo'lindi:

1) Asosiy guruhga AIT belgilariga ega bo'lgan 50 ta homilador ayollar,

2) Nazorat guruhiga - AIT belgilari bo'lmagan 50 ta homilador ayollar kirgizildi.

3) Taqqoslash guruhi reeproduktiv yoshdagi 50 nafar ayollardan iborat bo'lib, ular homiladorlikning turli bosqichlarida reproduktiv yo'qotishlarga uchragan. Taqqoslash guruhi o’z navbatida yana 3ta kichik guruhlarga bo’lingan:

- birinchi kichik guruh – anamnezida homiladorlikning 15-haftasigacha reproduktiv yo'qotishlar bo'lgan 26 ta bemorlar;
- ikkinchi kichik guruh - ikkinchi trimestrda (16-27 hafta) spontan abort va juda erta tug'ish kuzatilgan 9 nafar ayollar;
- uchinchi kichik guruh - 28-37 haftalikda muddatidan oldingi tug'ruq kuzatilgan 7 ta ayol.

Ginekologik holatni baholash maqsadida gormonga bog'liq kasalliklarni aniqlash tekshiruvlari o'tkazildi. Endokrin tizimning simptomatik namoyon bo'lishi, qalqonsimon bez kasalliklarida irsiyat yuki hisobga olindi. Qalqonsimon bezning faoliyatini pasayishini tavsiflovchi mayda alomatlarga alohida e'tibor berildi: ich qotish tendentsiyasi, terining qurishi, soch to'kilishi, mo'rt tirnoqlar, uyquchanlik, uyquning buzilishi, sustlik, apatiya, hissiy qobiliyatsizlik.

Homiladorlikni trimestirlarda boshqarish akusherlik va ginekologiya hamda neonatologiya standartlariga muvofiq tekshirish va davolash doirasidagi chora - tadbirlar amalga oshirildi. Ushbu homiladorlik davrida homiladorlikning birinchi yarmida toksikoz belgilari, gestozlar, tahdid qilingan abortning uchrashi va homilador ayollarning kamqonligi kabi xususiyatlari baholandi.

Tadqiqotda tug'ruq natijalari quyidagilarni tahlil qilish orqali olib borildi: homiladorlik davri, xususiyatlari, tug'ruq muddati va suvsiz davr davomiyligi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning holati homila gipoksiya holatlari, Apgar shkalasi, antropometrik ko'rsatkichlar, irsiy kasalliklar (tug'ma gipotireoz) uchun neonatal skrining natijalari kabi ko'rsatkichlar bilan baholandi.

Barcha ayollar umumiy klinik va laboratoriya tekshiruvidan o'tkazildi:

- klinik qon tekshiruvi;
- qon kimyoviy tahlili;
- TTG, er. T4, AT-TPO larning zardobidagi miqdori immunoferment analizi orqali tekshirildi;
- surunkali urogenital infeksiyani tahlil qilish.

Barcha bemorlar qalqonsimon bezni ultratovush tekshiruvidan hamda skrininggidan homiladorlikning 12-14chi, 22-24chi va 32-34chi xaftalarida o'tishdi. Homilaning bosh miyasini o'rganishga alohida e'tibor berildi, chunki onada qalqonsimon bezning patologiyasi bo'lsa u ko'pincha bosh miyaning tug'ma nuqsonlariga olib keladi.

Ma'lumotlarni statistik qayta ishlash jarayonida ko'rsatkichlar bo'yicha farqlarning mavjudligi yoki yo'qligi asosiy guruhda, taqqoslash guruhida va nazorat guruhida differentsial ravishda o'rnatildi. Har xil ko'rsatkichlarning ishonchliligi imo-ishora testi, Wilcoxon ning juft T-testi, tegishli namunalar uchun Studentcning juft t-testi yordamida tahlil qilindi. Farqlarning ahamiyati 95% dan yuqori bo'lgan ishonch oralig'i bilan aniqlandi (p - t-test uchun va r - T-test uchun). Statistik ma'lumotlar Statistica for Windows 6.0 (StatSoft) dasturiy ta'minot paketida tatbiq qilingan parametrli va parametrsiz usullar yordamida statistik ravishda qayta ishlandi.

Natijalar: AIT bilan kasallangan ayollarning reproduktiv yo'qotishlarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, homiladorlikning eng ko'p salbiy natijalari (80,1%) birinchi trimestrda ya’ni homiladorlikning 15-haftasigacha sodir bo'lgan. Ushbu davrda homiladorlikning tugashi, qoida tariqasida, rivojlanmagan homiladorlik va o'z-o'zidan abort qilish turida bo’lgan.

Reproduktiv yo'qotishlarning sabablari orasida yetakchi o'rinlardan biri endokrin patologiyaga tegishli edi. Bu homiladorlikning 15-haftasigacha reproduktiv yo'qotish bilan kichik guruhdagi 16,7% ayollarda qalqonsimon bez kasalliklari tarixi bilan belgilanadi, bu boshqa ikki kichik guruhda bo'lmagan. Bundan tashqari, ushbu kichik guruhda tana vaznining odatdagi qiymatlardan ham yetishmovchilik yoki ortiqcha tomonga og'ishi tez-tez qayd etilgan.

Taqqoslash guruhidagi ayollarda qalqonsimon bez hajmining o'rtacha qiymati (20,9 ± 0,2 ml) normal hajmdan bir oz oshib turgan.

Erkin T4ning eng past o'rtacha qiymati 16-27 xaftalarda abort bo'lgan ikkinchi kichik guruh ayollarida kuzatildi, bu gipotiroksinemiyaning homiladorlik natijalariga salbiy ta'sirini ko'rsatadi.

Muzlatilgan (rivojlanmaydigan) homiladorlik holatlari uchun yuqori normal TTG qiymati va past normal er.T4 fonida AT-TPO titrining yuqori qiymatlari xos edi. O'z-o'zidan abort bo'lgan ayollarda TTG va er. T4 qiymatlari o'zgarishi aniqlanmadi, ammo AT-TPO ning o'rtacha qiymati muzlatilgan homiladorlikdan sezilarli darajada past edi.

Birinchi trimestrda reproduktiv yo'qotishlarga uchragan ayollarning qalqonsimon bez holatini, birinchi marta embrion / homila rivojlanishi tugagandan so'ng tekshirilgan va sakkiz-to'qqiz hafta davomida shifokorga birinchi tashrifida tekshirilgan asosiy guruhning homilador ayollarini qiyosiy baholash o'tkazildi. Guruhlar yosh va somatik patologiya bo'yicha statistik jihatdan bir hil edi.

Qalqonsimon bez kasalliklarining irsiy yukini asosiy guruhdagi ayollarning 16,7% va reproduktiv yo'qotishlarga uchragan ayollarning 16,3% ko'rsatdi. Reproduktiv tizimning gormonlar bilan bog'liq kasalliklarining asosiy guruhdagi ulushi 42,4% ni, taqqoslash guruhining birinchi kichik guruhida esa 38,0% ni tashkil etdi.

Reproduktiv tizimning funktsional faoliyatining sifat ko'rsatkichi sifatida hayz ko'rish funktsiyasini tahlil qilish amalga oshirildi: homiladorlikning birinchi trimestrida reproduktiv yo'qotishlarga uchragan ayollarda odatdagi qiymatlardan chetga chiqish tez-tez uchradi.

AIT bilan kasallangan homilador ayollar va homiladorlikning noqulay natijalari bo'lgan bemorlarda tiroid bezining dastlabki holatini qiyosiy tahlil qilish asosida guruhlarda o'rtacha TTG ko'rsatkichlari deyarli bir xil bo'lgan degan xulosaga kelishdi. Bundan tashqari, ikkala guruhdagi erkin T4 normal qiymatlarning past darajasida edi. Taqqoslangan guruhlarda AT-TPO ning o'rtacha qiymatida sezilarli farqlar yo'q edi. Ushbu ko'rsatkichlar normaning yuqori chegarasidan ikki-uch marta oshib ketdi.

Asosiy guruhdagi qalqonsimon bezning o'rtacha hajmi 18,5 ± 0,2 ml ni tashkil etdi, bu taqqoslash guruhining birinchi kichik guruhiga (20,6 ± 0,2 ml) nisbatan sezilarli darajada (p-0,001) kam edi. Qalqonsimon bez hajmining oshishi (> 18 ml) sezilarli darajada (p <0,001) asosiy guruhda - 59,1% ayolda (15 haftagacha reproduktiv yo'qotish bilan kichik guruhda - 90,7% ayollarda), qalqonsimon bezning normal hajmi asosiy guruhdagi 40,9% ayollarda va faqat taqqoslash guruhining birinchi kichik guruhidagi 9,3% ayollarda kuzatilgan (natijalar ishonchli, p <0.001). Shunday qilib, taqqoslangan guruhlarda tiroid holati va qalqonsimon bezning sonografik xususiyatlari jihatidan bir xillik kuzatildi.

L-tiroksin bilan gormonlarni o'rnini bosish terapiyasini olgan asosiy guruh ayollarining homiladorlik natijalari quyidagicha edi: shoshilinch tug'ilish 95,4% holatda, erta tug'ish - 4,5% holatda nomoyon bo'ldi. Ushbu guruhda muddatidan oldin tug'ilish hollari 4,5% gacha kamaydi, bu avvalgi homiladorlik natijalari ko'rsatkichiga nisbatan 2,5 baravar kamdir.

L-tiroksin terapiyasi (asosiy guruh) va qalqonsimon bez kasalliklari bo'lmagan (nazorat guruhi) AIT bo'lgan ayollarda homiladorlik davrining qiyosiy tahlili o'tkazildi. Homiladorlikning birinchi yarmida toksikoz bilan kasallanish asosiy guruhda nazorat guruhiga qaraganda ancha yuqori edi: 13,6% va 5,7% holatlarda. Homiladorlikning birinchi yarmi bilan taqqoslaganda, asosiy guruhdagi ayollarning ikkinchi yarmida homiladorlikni to'xtatish xavfi besh baravar kamaydi.

Shuni ta'kidlash kerakki, asosiy guruhdagi ikkilamchi kasalliklar orasida metabolik kasalliklar, yurak-qon tomir tizimi va tayanch-harakatlanish tizimining kasalliklari va bachadon miomasi nazorat guruhiga qaraganda ancha ko'p kuzatilgan.

Xulosa. Tadqiqot natijalariga ko'ra biz quyidagi xulosalarga keldik:

Ikkinchi va uchinchi trimestrlarda homilador ayollarda qalqonsimon bez holatini birlamchi tekshirishga ko'rsatmalariga (yuqorida tavsiflangan xavf omillaridan tashqari) homila tushishi tahdidi, homila o'sishining kechikishi, patologik vazn ortishi, har xil og'irlikdagi shishlar, preeklampsiya, gipertonik tipdagi vegetativ-qon tomir distoniyasi, anemiya va boshqalar kiradi.

Yuqoridagi toifadagi bemorlarni tekshirish doirasiga qalqonsimon bez holatini aniqlash (TTG, er. T4, AT-TPO) va qalqonsimon bezni pregravidar bosqichida va / yoki homiladorlik holati aniqlanganda ultratovush tekshiruvi kiritilishi kerak.

Ishlatilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Акушерство: национальное руководство. Под редакцией Э.К.Айламазяна и др. М:Геотар-Медиа,2014. 668.
2. Акушерство: национальное руководсто под.руководство Г.М.Савельевой и др. М:2013 342.
3. Варламова Т.М., Керова А.Н., Абуд И.Ю. и др. // Аутоиммунный тиреоидит и беременность / Акуш. и гин. 2019. - №4. - С.22-25
4. Ибрагимов Б.Ф., Худоярова Д.Р. Современные методы диагностики гиперандрогенных состояний в гинекологии. // Достижение науки и образования, №10 (51) 2019. С 69.
5. Карр Б., Блэкуэлл Р., Азиз Р. /Руководство по репродуктивной медицине. 2015
6. Перминова С.Г., Фадеев В.В., КорнееваИ.Е. и др. // Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидиой железы / Пробл. Репродукции.- 2016,- №1. С.70-77
7. Тошева И. И., Ихтиярова Г. А., Аслонова М. Ж. Современные методы индукции родов у женщин с отхождением околоплодных вод с внутриутробными инфекциями //Инфекция, иммунитет и фармакология. – 1999. – с. 254.
8. Caturegli P. et al. / Autoimmune hypophysitis/ Endocr. Rev. 2015. -Vol.26. -P.599-614
9. De Carolis E., Guarino M.D. et al. // Anti-thyroid antibodies and antiphospholipid syndrome: evidence of redused fecundity and of poor pregnancy outcome in recurrent spontaneous aborties / Am. J. Reprod Immunol. 2014.-Vol. 52,- P.263-266Broekmans F.J. (2008). Anti-Müllerian hormone and ovarian dysfunction. Trends Endocrinol. Metab., 19, 340-347.
10. Eltazarova G.Sh. Khudayarova D.R. Frequency and structure of congenital development anomalies. // International Journal of Phychosocial Rehabilitation Vol 24 Issue 08, 2020 p 6967-6975
11. Ibragimov B. F., Khudoyarova D.R., Ibragimova N. S., Kobilova Z.A. Fertility recovery from polycystic ovarian syndrome. // International journal of pharmaceutical research (+ Scopus) ISSN 0975-2366 DOI: https://doi.org/10.31838/ijpr/2020.12.04.096 p-592-596
12. Mukhsinov F. B., Khudoyarova D. R., Kobilova Z. A. OPTIMIZATION OF THE TREATMENT OF SEVERE PREECLAMPSIA IN THE SECOND HALF OF PREGNANCY. // Вестник врача Москва 2020г
13. Pedersen K.M., Laurberg P., Iversen E., Rnudsen P.R. et al. // Amelioration of some pregnancy-associated variations in thyroid function by iodine supplementation / J. Clin. Endocrinol. Metab. 2013. - Vol.77. - P. 1078-1083
14. Shavazi N.N., Zakirova N.I., Khudayarova D.R. Prediction of Premature Outflow of amniotic fluid in Preterm pregnancy. // International Journal of Phychosocial Rehabilitation Vol 24 Issue 05, 2020 p 5675-5685

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Larisa Rubenovna AGABABYAN
Samarqand Davlat tibbiyot instituti dotsenti
E-mail: larisa_mct@yahoo.com
Gulruh Nuriddinovna INDIAMINOVA
Samarqand Davlat tibbiyot instituti assistenti
E-mail: gulrukhindiaminova@gmail

HOMILADORLIK DAVRIDA KORONAVIRUS (COVID-19) INFEKSIYASINING XUSUSIYATLARI VA PERINATAL NATIJALAR (ADABIYOTLAR SHARHI).

For citation: L.R. Agababyan, G.N. Indiaminova FEATURES AND PERINATAL OUTCOMES OF CORONAVIRUS (COVID-19) INFECTION DURING PREGNANCY (LITERATURE REVIEW) Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.19-24

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-83

ANNOTATSIYA

Yangi koronavirus 2 og'ir o'tkir respirator sindrom (SARS) (SARS-CoV-2; shuningdek 2019-nCoV deb nomlanadi) 2019 yil dekabr oyidan Xitoyning Uxan provinsiyasidan boshlanib, butun dunyoga jiddiy zarar yetkazdi. Koronavirus-2 og'ir o'tkir respirator sindrom chaqirgan kasallik juda yuqumli. COVID-19 – bu jamoat sog'lig'ini saqlash sohasida global favqulotda vaziyat bo'lib, homiladorlik davrida sog'lig'iga jiddiy muammo tug'dirishi mumkin. Homilador ayollar organizmida fiziologik va immunologik funksiyalarining o'zgarishi sababli bu infeksiyani yuqtirish xavfi yuqori hisoblanadi.

Kalit so'zlar: COVID-19, homiladorlik, SARS-CoV-2, koronavirus infeksiyasi, chaqaloqlar, pandemiya, simptomlar, pnevmoniya.

Лариса Рубеновна АГАБАБЯН
доцент Самаркандского
Государственного медицинского института
E-mail: larisa_mct@yahoo.com
Гулрух Нуриддиновна ИНДИАМИНОВА
ассистент Самаркандского
Государственного медицинского института
E-mail: gulrukhindiaminova@gmail

ОСОБЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ КОРОНАВИРУСНОЙ (COVID-19) ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУР)

АННОТАЦИЯ

Новый коронавирус 2 с тяжелым острым респираторным синдромом (SARS) (SARS-CoV-2; также известный как 2019-nCoV) нанес серьезный ущерб всему миру, начиная с Ухани, Китай, в декабре 2019 года. Заболевание, вызванное тяжелым острым респираторным синдромом коронавирусом-2, очень заразно. COVID-19 - это глобальная чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, которая может вызвать серьезные проблемы со здоровьем во время беременности. Беременные женщины имеют высокую склонность к заражению этой инфекцией из-за измененных физиологических и иммунологических функций.

Ключевые слова: COVID-19, беременность, SARS-CoV-2, коронавирусная инфекция, новорожденные, пандемия, симптомы, пневмония.

Larisa Rubenovna AGABABYAN
Associate professor of
Samarkand State medical institute
E-mail: larisa_mct@yahoo.com
Gulrukh Nuriddinovna INDIAMINOVA
assistant of Samarkand State medical institute
E-mail: gulrukhindiaminova@gmail

FEATURES AND PERINATAL OUTCOMES OF CORONAVIRUS (COVID-19) INFECTION DURING PREGNANCY (LITERATURE REVIEW)

ANNOTATION

The novel severe acute respiratory syndrome (SARS) coronavirus 2 (SARS-CoV-2; also known as 2019-nCoV) has played havoc worldwide, beginning with Wuhan, China in December 2019. The disease caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 is highly contagious. COVID-19 is a global public health emergency, and could cause devastating health issues during pregnancy. Pregnant women have a high propensity to acquire this infection due to their altered physiological and immunological function.

Keywords: COVID-19, Pregnancy, SARS-CoV-2, Coronavirus infection, newborns, pandemic, symptoms, pneumonia.

Вспышка COVID-19 стала глобальной пандемией, затронувшей на сегодняшний день более 138 миллионов человек во всем мире. С помощью различных молекулярно-аналитических методов был идентифицирован новый вирус бета-короны с РНК-оболочкой, названный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) вызываемое им заболевание как Corona Virus Disease 2019 или COVID-19 [1].

Инфекция SARS CoV-2 имеет широкий спектр симптомов, таких как лихорадка 85,6%, кашель 65,7%, усталость 42,4%, одышка 21,4%, одышка 18,6%, головная боль 13,6%, боль в суставах или мышцах 14,8%, обонятельная дисфункция 52,73%, дисфункция вкуса 43,93%, тошнота и рвота 5%, диарея 3,7% и заложенность конъюнктивы 0,8% [1, 2, 3].

SARS-CoV-2 очень заразен. Средний инкубационный период SARS CoV-2 составляет 5,2 дня (2–14 дней) с 95% случаев в течение 12,5 дней [4]. В большинстве случаев передача происходит воздушно-капельным путем (кашель, чихание, разговор) или при контакте с зараженными физическими объектами [5].

Симптомы COVID-19 могут варьироваться от легких до тяжелых и обычно появляются в течение 2–14 дней после заражения вирусом. У некоторых пациентов симптомы могут напоминать простуду; у других может возникнуть новая потеря вкуса или запаха и/или желудочно-кишечные симптомы, такие как тошнота, рвота и диарея.

Инфекция SARS-Cov-2 может вызывать несколько осложнений, в том числе: тяжелый острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), тяжелые инфекции нижних дыхательных

путей, коагулопатию, сосудистые заболевания, инсульт у молодых людей, неврологические дефекты (потеря вкуса и запаха), заболевание почек, Синдром Кавасаки у маленьких детей, другие мультисистемные патологические эффекты и смерть. Спектр симптомов у пациентов, инфицированных COVID-19, варьируется от бессимптомных до легких (симптомы гриппа) в 81% случаев, тяжелых в 14% (госпитализация и кислородная поддержка), критических в 5% (ИВЛ), летальность 2,3–3% [2, 6]. Тяжесть заболевания зависит от возраста пациента и сопутствующих заболеваний.

В отличие от населения в целом, беременные женщины составляли особую группу со значительно более высоким риском вирусной пневмонии как уникального «иммунологического» состояния и изменений функции легких во время беременности [7, 8], а внутриутробная инфекция - одно из самых серьезных осложнений вирусных заболеваний во время беременности. Поскольку доказательства заражения коронавирусом, такие как тяжелый острый респираторный синдром (SARS) и ближневосточный респираторный синдром (MERS), показали тяжелые неблагоприятные исходы беременности [9, 10, 11], последствия заражения коронавирусом 2 (SARS-COV-2) тяжелым острым респираторным синдромом на беременных женщин и их плод привлекли внимание исследователей всего мира. Большинство новорожденных, рожденных беременными женщинами, инфицированными SARS-COV-2, анализы на вирус были отрицательными, но у некоторых был положительный результат на вирусную инфекцию. Важно определить, когда произошла передача SARS-COV-2 и механизмы ее развития [12, 13, 14, 15]. Чтобы защитить плод и новорожденного от различных патогенов, которые могут инфицировать его во время беременности, плацента играет важную роль в качестве естественного барьера [16]. Недавно были четко подтверждены несколько случаев инвазии SARS-COV-2 в плаценту у беременных женщин во втором и третьем триместре [17, 18, 19], что позволило предположить, что может происходить трансплацентарная передача. Кроме того, опубликованы критерии патологии для диагностики внутриутробной трансплацентарной инфекции [19], но количество случаев, намеченных для таких исследований, все еще ограничено, а конкретный механизм инвазии SARS-COV-2 в плаценту у женщин на поздних сроках беременности до сих пор полностью не ясен. Таким образом, для изучения вышеуказанного вопроса необходимы дальнейшие исследования для изучения структуры плаценты и изучения роли плаценты в механизме вертикальной передачи вируса COVID-19 у беременных женщин и защиты внутриутробного плода.

Беременные женщины из-за своего иммуносупрессивного состояния, а также из-за адаптируемых физиологических изменений в этот период (например, учащение пульса, ударный объем, потребление кислорода, снижение емкости легких и отек слизистой оболочки дыхательных путей и т. д.) особенно подвержены респираторным патогенам, и тяжелая пневмония, и COVID-19 не исключение [14]. Согласно международным рекомендациям, диагноз COVID-19 должен быть подтвержден анализом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией (ОТ-ПЦР). Однако тест ограничен сбором образцов, транспортировкой и характеристиками набора. Кроме того, хотя тесты ОТ-ПЦР обладают высокой специфичностью, исследования показали, что чувствительность составляет всего около 30–70% при первоначальном представлении [20, 21].

Для подтверждения диагноза количественная полимеразная цепная реакция с обратной транскрипцией (ОТ-ПЦР) образцов берется из верхних и нижних дыхательных путей матери. Амниотическая жидкость проверяется путем прямой аспирации во время родов. Пуповинная кровь и мазки из горла новорожденных собираются сразу после родов в операционной. Образцы грудного молока проверяются после первой лактации. Все эти тесты помогают для оптимальной оценки вертикальной передачи [2, 7, 8].

У беременных симптомы COVID-19 могут варьироваться от легких до тяжелых и из-за естественных физиологических изменений во время беременности вызывает состояние гиперкоагуляции. Это связано с несколькими факторами, включая повышение уровней факторов свертывания (таких как факторы VII, VIII и X; фактор фон Виллебранда; D-димер; С-реактивный белок; и фибриноген). Одновременно увеличивается количество ингибиторов

фибринолитического пути. Также наблюдается умеренное удлинение протромбинового времени (ПВ) и/или активированного частичного тромбопластинового времени (аЧТВ). Также наблюдается снижение уровня протеина С и устойчивость к активированному протеину С, которая увеличивается во втором и третьем триместрах, и поэтому они не могут ингибировать коагуляцию. Анатомические изменения также играют важную роль, из-за сдавливания тазовых вен беременной маткой, что приводит к снижению кровообращения в нижних конечностях. Это приводит к застою, который может способствовать образованию сгустка [22] Для госпитализированных пациентов с коагулопатией, связанной с COVID-19, настоятельно рекомендуется контролировать количество тромбоцитов, уровень ПВ и/или аЧТВ, D-димера и фибриногена. COVID-19 влияет на многие компоненты триады Вирхова, которая состоит из гемодинамических изменений (застой, турбулентность), повреждения/дисфункции эндотелия и гиперкоагуляции [23, 24].

Инвазия эндотелиальных клеток SARS-CoV-2 приводит к повреждению эндотелиальных клеток. Это приводит к потере фибринолитической функции, что приводит к образованию тромба и большому высвобождению фоновых факторов Виллебранда. Потеря защитного эндотелия и, как следствие, ингибирование системы лизирования сгустков приводит к состоянию гиперкоагуляции. COVID-19 также был связан с увеличением внутрисосудистого отложения фибрина, что приводит к повышенной вязкости. Это нарушение триады Вирхова в сочетании с нормальными физиологическими изменениями беременности приводит к усиленному образованию артериальных, венозных и плацентарных сгустков крови. Все эти данные подтверждают тот факт, что COVID-19 является фактором риска тромбоэмболии [6, 11, 15, 24].

Лечение гиперкоагуляции у беременных с COVID-19 или без него проводится с помощью медикаментозного лечения нефракционированным гепарином (НФГ) или низкомолекулярными гепаринами (НМГ) [23, 24]. Было проведено исследование, чтобы оценить, могут ли НМГ передаваться плоду через плаценту или через грудное молоко. Не было доказательств, подтверждающих это, и в плаценте не было обнаружено НМГ. Концентрация НМГ в грудном молоке была в 10 раз ниже, чем в материнской сыворотке, поэтому не имела клинического значения/воздействия. Матери могут безопасно кормить грудью при приеме НМГ или с соответствующей дозировкой НФГ [3, 7].

Ведение пациентов с диагнозом COVID-19 в основном симптоматическое. К ним относятся, помимо прочего, ранняя изоляция, кислородная терапия, предотвращение перегрузки жидкостью, эмпирическая антибиотикотерапия, лабораторные тесты на вирус и коинфекцию, а также мониторинг сокращений плода и матки. У пациентов с прогрессирующей дыхательной недостаточностью очень важна ранняя искусственная вентиляция легких [24].

Поскольку бремя и масштабы COVID-19 продолжают расти во всем мире, еще многое предстоит узнать о влиянии COVID-19 на беременность, а также на перинатальные и неонатальные исходы.

Использованная литература:

1. Li LQ, Huang T, Wang YQ, Wang ZP, Liang Y, Huang TB, et al. COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of metaanalysis. J Med Virol. 2020; 92 (6): 577–83
2. Hu Y, Sun J, Dai Z, Deng H, Li X, Huang Q, et al. Prevalence and severity of corona virus disease 2019 (COVID-19): A systematic review and metaanalysis. J Clin Virol. 2020; 127: 104371
3. Tong JY, Wong A, Zhu D, Fastenberg JH, Tham T. The prevalence of olfactory and gustatory dysfunction in COVID-19 patients: a systematic review and Meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020; 163 (1): 3–11

4. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. N Engl J Med. 2020; 382 (13): 1199–207
5. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. N Engl J Med. 2020; 382 (16): 1564–7
6. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020; 323 (13): 1239-42.
7. Mor G, Cardenas I. The immune system in pregnancy: a unique complexity. Am J Reprod Immunol. 2010; 63: 425–33., Goodnight WH, Soper DE. Pneumonia in pregnancy. Crit Care Med. 2005;33: S390–7.
8. Liu H, Wang LL, Zhao SJ, Kwak-Kim J, Mor G, Liao AH. Why are pregnant women susceptible to covid-19? An immunological viewpoint. J Reprod Immunol. 2020; 139: 103122
9. Alfaraj SH, Al-Tawfiq JA, Memish ZA. Middle east respiratory syndrome coronavirus (mers-cov) infection during pregnancy: report of two cases & review of the literature. J Microbiol Immunol Infect. 2019; 52: 501–3
10. Wong SF, Chow KM, Leung TN, et al. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. Am J Obstet Gynecol. 2004;191:292–7
11. Schwartz DA, Graham AL. Potential maternal and infant outcomes from (Wuhan) coronavirus 2019-ncov infecting pregnant women: lessons from sars, mers, and other human coronavirus infections. Viruses. 2020;12.
12. Kirtsman M, Diambomba Y, Poutanen SM, et al. Probable congenital sarscov-2 infection in a neonate born to a woman with active sars-cov-2 infection. CMAJ. 2020; 192: E647–50.
13. Patane L, Morotti D, Giunta MR, et al. Vertical transmission of coronavirus disease 2019: severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 rna on the fetal side of the placenta in pregnancies with coronavirus disease 2019-positive mothers and neonates at birth. Am J Obstet Gynecol MFM. 2020; 2: 100145.
14. Sisman J, Jaleel MA, Moreno W, et al. Intrauterine transmission of sars-cov-2 infection in a preterm infant. Pediatr Infect Dis J. 2020; 39: e265–7.,
15. Vivanti AJ, Vauloup-Fellous C, Prevot S, et al. Transplacental transmission of sars-cov-2 infection. Nat Commun. 2020; 11: 3572
16. Arora N, Sadovsky Y, Dermody TS, Coyne CB. Microbial vertical transmission during human pregnancy. Cell Host Microbe. 2017; 21: 561–7
17. Facchetti F, Bugatti M, Drera E, et al. Sars-cov2 vertical transmission with adverse effects on the newborn revealed through integrated immunohistochemical, electron microscopy and molecular analyses of placenta. EBioMedicine. 2020; 59: 102951.,
18. Hosier H, Farhadian SF, Morotti RA, et al. Sars-cov-2 infection of the placenta. J Clin Invest. 2020; 130(9): 4947–53.,
19. Schwartz DA, Morotti D. Placental pathology of covid-19 with and without fetal and neonatal infection: Trophoblast necrosis and chronic histiocytic intervillositis as risk factors for transplacental transmission of sars-cov-2. Viruses. 2020; 12(2): 194
20. Yang Y, Yang M, Shen C, et al. Evaluating the accuracy of different respiratory specimens in the laboratory diagnosis and monitoring the viral shedding of 2019-nCoV infections. 2020
21. Kanne JP, Little BP, Chung JH, et al. Essentials for radiologists on COVID-19: an update-Radiology scientific expert panel. Radiology. 2020
22. Battinelli EM, Marshall A, Connors JM. The role of thrombophilia in pregnancy. Thrombosis. 2013; 2013: 516420–9

23. Ahmed S, Zimba O, Gasparyan AY. Thrombosis in coronavirus disease 2019 (COVID-19) through the prism of Virchow's triad. Clin Rheumatol. 2020; 39:2529–43,
24. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednicky JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. Am J Obstet Gynecol. 2020; 222: 415–26

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Ситора АмировнаТИЛЯВОВА,
Дилдора Рахимовна ХУДОЯРОВА.
Самаркандский Государственный Медицинский
Институт, кафедра Акушерства и
гинекологии, Самарканд, Узбекистан

РЕАЛИИ ВРЕМЕНИ. СИНДРОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПРЕМЕНОПАУЗА

For citation: S.A. Tilyavova, D.R. Hudoyarova REALITIES OF TIME. HYPERACTIVE BLADDER SYNDROME AND PREMENOPAUSE Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 25-30

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-84

АННОТАЦИЯ

Современное здравоохранение, в частности урология и гинекология, считает актуальным проблему недержания мочи и расстройства мочеиспускания. Синдром гиперактивного мочевого пузыря возникает независимо от условий жизни, характера труда и в любом возрасте, но большей степени им подвержены пациенты старше 50-55 лет, в частности женщины. Неуклонный рост пациентов с проблемой мочеиспускания в последние годы, доказывает актуальность данной проблемы и наводить нас на исследования данной проблемы. Имеется большое количество информации, посвященной проблеме расстройств мочеиспускания у женщин [3,5]. По данным различных авторов встречаемость данной проблемы среди женщин 15-20% и около 6% среди взрослых девочек (15-20 лет). Ведущими гинекологами мира обсуждается объем необходимых диагностических манипуляций у пациенток с недержанием мочи, нет единых алгоритмов обследования и лечения распространенности ГМП, вследствие чего мы изучили данную проблему в контингенте нашего города [1,6,7].

Ключевые слова: недержание мочи (НМ), пременопаузальный период, гиперактивный мочевой пузырь (ГМП), качество жизни, физиотерапия.

Sitora Amirovna TILYAVOVA,
Dildora Rakhimovna HUDOYAROVA.
Samarkand State Medical Institute, Department
of Obstetrics and Gynecology, Samarkand, Uzbekistan

REALITIES OF TIME. HYPERACTIVE BLADDER SYNDROME AND PREMENOPAUSE

ANNOTATION

Modern healthcare, in particular urology and gynecology, considers the problem of urinary incontinence and urinary disorders to be urgent. Overactive bladder syndrome occurs regardless of

living conditions, the nature of work and at any age, but patients over 50-55 years old, in particular women, are more susceptible to it. The steady increase in patients with urination problems in recent years proves the urgency of this problem and prompts us to research this problem. There is a large amount of information on the problem of urinary disorders in women [3,5]. According to various authors, the incidence of this problem among women is 15-20% and about 6% among adult girls (15-20 years old). The world's leading gynecologists are discussing the amount of necessary diagnostic manipulations in patients with urinary incontinence; there are no unified algorithms for examination and treatment of the prevalence of OAB, as a result of which we studied this problem in the contingent of our city [1,6,7].

Key words: urinary incontinence, premenopausal period, overactive bladder (OAB), quality of life, physiotherapy.

Sitora Amirovna TILYAVOVA,
Dildora Raximovna XUDOYAROVA,
Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti,
Akusherlik va ginekologiya
kafedrasi, Samarqand, O'zbekiston.

VAQT HAQIQATLARI. GIPERAKTIV QOVUQ SINDROMI VA PREMENOPAUZA

ANNOTATSIYA

Zamonaviy sog'liqni saqlash tizimi, xususan urologiya va ginekologiya siydikni tutmaslik va siydik chiqarishning buzilishi muammosini dolzarb deb hisoblaydi. Haddan tashqari faol siydik pufagi sindromi yashash sharoitlari, mehnatning tabiati va qanday yoshda bo'lishidan qat'iy nazar yuzaga keladi, ammo 50-55 yoshdan oshgan bemorlar, xususan, ayollar unga ko'proq moyil. So'nggi yillarda siydik ajratish muammosi bo'lgan bemorlarning doimiy ravishda ko'payishi bu muammoning dolzarbligini isbotlaydi va bizni ushbu muammoni o'rganishga undaydi. Ayollarda siydik buzilishi muammosi haqida juda ko'p ma'lumot mavjud [3,5]. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, ayollar orasida ushbu muammo bilan kasallanish 15-20% va katta qizlar (15-20 yosh) orasida taxminan 6% ni tashkil qiladi. Dunyoning yetakchi ginekologlari siydik tutaolmaydigan bemorlarda zarur bo'lgan diagnostik manipulyatsiyalar miqdorini muhokama qilmoqdalar, haddan tashqari faol qovuq sindromi tarqalishini tekshirish va davolash uchun yagona algoritmlar mavjud emas, natijada biz ushbu muammoni shahrimiz kontingentida o'rganib chiqdik [1,6,7].

Kalit so'zlar: siydik tutaolmaslik, menopauzadan oldingi davr, haddan ziyod faol siydik pufagi, giperaktiv qovuq sindromi, hayot sifati, fizioterapiya.

Актуальность.

Цель исследования. Проанализировать случаи нарушения мочеиспускания у женщин в пременопаузальном периоде, оптимизировать диагностику и лечение в комплексной терапии.

Материалы и методы исследования. В клинике №1 Самаркандского медицинского института с целью выяснения распространенности проблемы мочеиспускания среди женщин пременопаузального периода проводилось анкетирование 130 пациенток с подозрением на синдром гиперактивного мочевого пузыря. Анкеты были составлены специально для данной группы женщин и включали вопросы как общего характера, так и специфические для урогеникологии. Первая - общая часть анкет, включала вопросы о возрасте, антропометрических данных, состояния здоровья, акушерско-гинекологический анамнез и данные сопутствующих патологий. Вторая - специальная часть анкеты включала вопросы, о наличии симптомов гиперактивного мочевого пузыря, интенсивности и длительности заболевания, обращаемости к врачу, проводимые ранее лечения, а также влияния заболевания на качество жизни. После анкетирования пациентки находились под наблюдением и были разделены на две группы:

1) Основная группа состояла из 85 женщин, они получали комплексную терапию с включением ЛФК и физиопроцедуры.
2) Контрольная группа - 45 пациенток, отказавшиеся от комплексной терапии, которые ограничились стандартными методами лечения.

В клинике все пациентки прошли через клинико-анамнестический анализ данных, получили дневники мочеиспускания, в котором отмечались данные о мочеиспускании (частота, количество, наличие ложных позывов и их кратность, эпизоды потери мочи и т.д.), проводилось объективное обследование и УЗИ органов малого таза. Вид недержания мочи оценивался согласно рекомендациям ICS, по следующим критериям:

1) стрессовое недержание мочи - при кашле, чихании, поднятии тяжестей (с указанием степени тяжести);

2) симптомы ГМП - частота мочеиспускания в дневное и ночное время; наличие императивного позыва и ургентного недержания;

3) смешанное недержание мочи - сочетание стрессового и императивного (ургентного).

Основными этапами комплексной терапии при данном синдроме кроме основного лечения медикаментами, было: оптимизация объема потребляемой жидкости, ведение дневника мочеиспускания в течение трех суток, обучение методике запланированных мочеиспусканий и отсрочки мочеиспускания, упражнения для мышц тазового дна, упражнения для укрепления мышц тазового дна через день 3-4 раза в неделю, физиопроцедуры.

Результаты: В ходе исследования мы обнаружили что, у женщин наблюдались в совокупности различные типы нарушения мочеиспускания в возрасте старше 35 лет. Из контингента обследуемых женщин 40 (30,8%) пациенток с нарушениями мочеиспускания были в возрасте от 35 до 40 лет; 70 (53,8%) пациенток в возрасте от 40 до 45 лет; и всего лишь 20 (15,4%) женщин — от 45 лет и старше.

Данные цифры указывают на то, что проблемы мочеиспускания возникают не только у пожилых, но и лиц средних лет. При вычислении показателя относительного риска мы установили статистически значимое повышение вероятности возникновения симптомов нарушений мочеиспускания в группе женщин от 35 до 40 лет, КК = 1,41 (95% д. и. 1,36 - 4,54; $p < 0,05$). Установлено, что в группе женщин от 40 до 50 лет основными типами нарушений мочеиспускания являлись симптомокомплекс гиперактивного мочевого пузыря и смешанное недержание мочи. В 70% случаев у пациенток в анамнезе были роды через естественные родовые пути, кроме того у них был диагностирован крупный плод. Данное осложнение во время родов, вероятно, внесло свой вклад в повышение частоты случаев нарушения мочеиспускания и увеличения суммарного относительного риска патологии в данной возрастной группе.

У женщин с нарушениями мочеиспускания средняя масса тела составила 75,4 ± 13,1 кг; средний рост - 162,1 ± 4,9 см. Средние значения ИМТ составили 31,3 ± 3,8 кг/м. Нормальная масса тела было зарегистрировано у 23 (17,7%) женщин, тогда как 40% пациенток имели избыточную массу тела, а ожирение I степени наблюдалось у 37 (28,5%) женщин. Количество пациенток с недостаточной массой тела, а также с ожирением II- III степеней не превышало 10%. Наблюдалось повышение среднего значения ИМТ в группе женщин со стрессовым и смешанным недержанием мочи ($p < 0,02$).

Установлено, повышение риска возникновения нарушений мочеиспускания в группе женщин с величиной ИМТ более 25 кг/м^2, КЯ = 1,15 (95% д.и. 1,05-1,30; $p < 0,05$). Исходя из этого, при повышении ИМТ частота возникновения нарушений мочеиспускания у женщин пременопаузального возраста увеличивается, что, возможно, обусловлено негативным действием неблагоприятных факторов, которые имелись в анамнезе.

Исходя из данных анамнеза установлено, что у всех женщин имелось от одной до семи беременностей (в среднем 3,1 ± 1,12) (таблица №1).

Таблица №1

Количество беременностей у исследуемых женщин

Количество беременностей в анамнезе	Абс.	%
Две беременности	42	32,3
Три беременности	50	38,5
Четыре беременности	26	20,0
5 и более беременностей	12	9,2

Установлено, что у 77 (59,2%) женщин с синдромом ГМП в анамнезе было от 1 до 4 родов через естественные родовые пути (в среднем 2,3 ± 1,08). При этом у 4,6% женщин были одни роды, у 46,2% - двое родов, у 26,2% - трое и более родов. У 24,6% пациенток в анамнезе были операции кесарево сечение (среднее число операций кесарево сечение 1,3 ± 0,25). Из них у 13,3% пациенток была одна операция, у 11,3% – две и более операции кесарево сечение. 67,3% пациенток при анкетировании указали на наличие в анамнезе искусственного прерывания беременности на ранних сроках, у 20% женщин в анамнезе имелось от одного до трех самопроизвольных выкидышей.

Пациентки с нарушениями мочеиспускания имели массы новорожденных в родах от 2900 гр до 5200 гр (средняя масса 3324,6 ± 210,3 гр). У 8% пациенток масса новорожденного составила более 4000 гр, при этом в родах наблюдались разрывы.

Установлено, что при первой беременности частые дневные мочеиспускания беспокоили 32 из 130 обследованных, необходимость более одного ночного мочеиспускания регистрировалась у 22 (16,9%) женщин, императивные позывы были - у 7 (5,4%) женщин, НМ при позыве наблюдалось - у 3 (2,3%) женщин, НМ при кашле, чихании, физической нагрузке различных степеней тяжести - у 19 (14,6%) женщин.

При последующих беременностях у обследованных пациенток наблюдалась поллакиурия в 27,5% случаев, никтурия - у 20,5% женщин, ургентное НМ - у 4,1% женщин, НМ при кашле, чихании, физической нагрузке - у 5,7% женщин.

По анализу данных можно было наблюдать, что доминировали частые дневные мочеиспускания, стрессовое и смешанное НМ. Во время беременности все симптомы нарушений мочеиспускания прогрессировали. В первом и втором триместрах беременности преобладали симптомы ГМП (поллакиурия, никтурия, ургентное НМ), при этом ургентное НМ во втором триместре встречалось чаще, чем до беременности. Частота стрессового и смешанного НМ повышалась с повышением количества беременностей, а также у лиц в возрасте старше 40 лет. Появление или усугубление симптомов различных типов нарушений мочеиспускания с увеличением возраста, по всей вероятности, связано с изменением гормональных взаимоотношений, состоянием кровотока в детрузоре и уретре, особенностями акушерско-гинекологического анамнеза.

Анализы данных дневников мочеиспускания показали статистически значимое снижение частоты мочеиспусканий в среднем до 6,8 ± 1,2 раз в сутки и эпизодов недержания мочи до 0,9 ± 0,2 за сутки, повышение объема выделенной мочи за одно мочеиспускание до 156,3 ± 60,7 мл в основной группе пациенток с симптомами ГМП и смешанным НМ, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,02$). Среди женщин со стрессовым НМ отмечался нормальный ритм мочеиспусканий (в среднем 5,3 ± 0,6 раз в сутки), объем выделенной мочи составил 187,5 ± 65,7 мл.

У 15 (17,6%) женщин со стрессовым и смешанным НМ, выполняющих тренировку мышц тазового дна после проведения курса комплексной терапии показатели удержания мочи при кашле, чихании, физической нагрузке улучшились, что подтверждалось отрицательными функциональными пробами. Установлено увеличение числа больных с легкой степенью стрессового и смешанного НМ и за счет снижение количества пациенток со средней степенью тяжести недержания мочи.

После применения комплексного терапии с физиопроцедурами и ЛФК у пациенток основной группы нарушения мочеиспускания с синдромом ГМП и недержанием мочи уменьшилось, эффективность данного метода составил в среднем 56,5% (48 пациенток из 85). Тогда как, у пациенток контрольной группы наблюдалось ухудшение симптомов гиперактивного мочевого пузыря, часто присоединялась вторичная инфекция, вызывая циститы. Так же положительная динамика наблюдалась больше у женщин до 40 лет, а именно наблюдалось улучшение 2 раза быстрее, чем у женщин старше 40 лет.

Выводы. Анализ данных нарушений мочеиспускания у женщин при детальном клинико-лабораторном обследовании позволил выявить тип и степень нарушения мочеиспускания, кроме того определить течение и прогноз заболевания, также определить группы риска. Оптимальным методом лечения и профилактики нарушений мочеиспускания при менопаузальном возрасте и отягощённом акушерско-гинекологическом анамнезе является комплексная терапия, включающая ЛФК и физиопроцедуры, позволяющая снизить частоту симптомов в возрасте 35-45 лет 2,6 раза, а после 45 лет – в 1,7 раза.

Таким образом, максимальная суммарная эффективность комплексной терапии отмечалась при смешанном недержании мочи и лечении симптомов синдрома гиперактивного мочевого пузыря в 56,5% случаях.

Список использованной литературы

1. Абрамченко В.В. Лечебная физкультура в акушерстве и гинекологии [Текст] / В.В. Абрамченко, В.М. Болотских // ЭЛБИ-СПб, 2007. - с. 920, 127-131.
2. Адамян Л.В. Тесты и пробы функциональной диагностики в обследовании гинекологических больных с недержанием мочи [Текст] / Л.В. Адамян, И.Ф. Ходова, М.А. Газимиев // В кн. Лапароскория и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. — М., 2002. - с. 352-356.
3. Аль-Шукри С.Х. Лечение гиперактивности мочевого пузыря у женщин [Текст] / С.Х. Аль-Шукри, И.В. Кузьмин //Современные проблемы урогинекологии: материалы науч.-практ. конф., - СПб., 2005. - с. 26-27.
4. Аль-Шукри С.Х. Метод биологической обратной связи в лечении женщин со стрессовым недержанием мочи [Текст] / С.Х. Аль-Шукри, И.В. Кузьмин, Р.Э. Амдий // Пленум Правления Росс. Общества урологов: материалы. - М. -2001.-с. 74-75.
5. Антропова М.Ц. Проблемы урогенитального старения у женщин при дефиците половых стероидов [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук. / М.Ц Антропова - Пермь, 2008. - с. 22.
6. Ахтамова Н.А., Зокирова Н.И., Мусинжанова П.С., Зокирова Ф.И., Тилявова С.А. Инновационный метод лечения хронической тазовой боли // Достижение науки и образования №12 (53) 2019 с.-88
7. Балан В.Е. Современные подходы к ведению и лечению женщин с расстройствами мочеиспускания (по материалам пресс-конференции) [Текст] / В.Е. Балан // Акушерство и гинекология. - 2006. - №5 - с. 6567.
8. Бадриддинова М.С., Худоярова Д.Р. Аеллар жинсий аъзолари яллигланиш касалликлари // Методическая рекомендация, Ташкент 2006
9. Бекман Ч., Линг Ф., Баржански Б. и др. Акушерство и гинекология. — М.: Медлит, 2004.
10. Ибрагимов Б.Ф., Худоярова Д.Р. Современные методы диагностики гиперандрогенных состояний в гинекологии. // Достижения науки и образования, №10 (51) 2019. С 69.
11. Ибрагимов Б.Ф., Худоярова Д.Р. Современные методы диагностики гиперандрогении яичникового генеза // Проблемы биологии и медицины. 2019. №4(113). С 197.
12. Ибрагимов Б.Ф., Худоярова Д.Р. Синдром поликистозных яичников - современные методы терапии // Проблемы биологии и медицины. 2019. №4(113). С 200
13. Каприн А.Д. Проблема диагностики недержания мочи у женщин [Текст] / А.Д. Каприн, К.Н. Миленин, А.А. Клименко // Недержание мочи у женщин: Тезисы II Росс. Научно-пракг. конф. - СПб, 2001. - с.34.

14. Мазо Е.Б. Синдром гиперактивности мочевого пузыря: вопросы патогенезе и диагностики [Текст] / Е.Б. Мазо, М.Е. Школьников, П.П. Моисеев // Консилиум медикум. — 2006. — экстравыпуск. - с. 3-5.
15. Мусинжанова П.С., Ахтамова Н.А., Худоярова Д.Р., Зокирова Н.И., Хасанова Д.А. Significance of the inflammatory processes of genitives in origin female infertility // XIV international correspondence scientific specialized conference "international scientific review of the problems of natural sciences and medicine" (Boston. USA. October 2019). P.138-151.
16. Неймарк А.И. Консервативное лечение стрессового недержания мочи у женщин [Текст] / А.И. Неймарк, М.В. Ряполова, А.В. Мазырко // Пленум Правления Росс. Общества урологов: материалы. - М. - 2001. - с. 130-131.
17. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гинекология: учебник для вузов / ред.: - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. - 480 е.; -10 ООО экз. - ISBN 5-9231-0330-3 (в пер.).
18. Стрижакова А.Н. Клинические лекции по Акушерству и Гинекологии. М. Медицина. 2000г.
19. Тилявова С.А., Худоярова Д.Р., Кобилова З.А., Шопулотов Ш.А. Гиперактивный мочевой пузырь и недержание мочи у женщин пременопаузального возраста. // Материалы конференции "X Международной научно-практической конференции Scientific achievements of modern society" 27-29 мая 2020 года в г. Ливерпуль, Великобритания. P-964-970
20. Eltazarova G.Sh. Khudayarova D.R. Frequency and structure of congenital development anomalies. // International Journal of Phychosocial Rehabilitation Vol 24 Issue 08, 2020 p 6967-6975
21. Ibragimov B. F., Khudoyarova D.R., Ibragimova N. S., Kobilova Z.A. Fertility recovery from polycystic ovarian syndrome. // International journal of pharmaceutical research (+ Scopus) ISSN 0975-2366 DOI: https://doi.org/10.31838/ijpr/2020.12.04.096 p-592-596
22. Tilyavova S.A., Khudoyarova D.R., Kobilova Z.A. Optimization treatment of a hyperactive bladder in women of premenopausal age. // ACADEMICIA: "An International Multidisciplinary Research Journal" India ISSN: 2249-7137 Vol.10, Issue 5, May 2020, Spl Issue P-81-83
23. Shavazi N.N., Zakirova N.I., Khudayarova D.R. Prediction of Premature Outflow of amniotic fluid in Preterm pregnancy. // International Journal of Phychosocial Rehabilitation Vol 24 Issue 05, 2020 p 5675-5685

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Фарзона Нуриддиновна АТАЕВА,
Дилдора Рахимовна ХУДОЯРОВА.
Самаркандский Государственный Медицинский Институт,
кафедра Акушерства и гинекологии, Самарканд, Узбекистан

НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

For citation: D.R. Khudayarova, F.N. Ataeva. New prospects for treatment and rehabilitation of patients with endometriosis. Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.31-35

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-85

АННОТАЦИЯ

Эндометриоз является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний. Длительное и прогрессирующее течение заболевания, стойкое нарушение репродуктивной функции, тяжесть клинических проявлений (упорный болевой синдром, нейроэндокринные расстройства), снижение трудоспособности определяют как медицинское, так и социальное значение этого распространенного в настоящее время заболевания. В статье приведены данные об исследованиях, проведенных с целью лечения и реабилитации женщин с эндометриозом при помощи бальнео терапии и иммунокоррекции.

Ключевые слова: эндометриоз, бесплодие, ановуляция, имплантация, смещение трубки, спайки, бальнео терапия, иммунокоррекция.

Farzona Nuriddinovna ATAEVA,
Dildora Rakhimovna HUDOYAROVA.
Samarkand State Medical Institute, Department
of Obstetrics and Gynecology, Samarkand, Uzbekistan

NEW PROSPECTS FOR TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS

ANNOTATION

Endometriosis is one of the most common gynecological diseases. The long and progressive course of the disease, persistent impairment of reproductive function, the severity of clinical manifestations (persistent pain syndrome, neuroendocrine disorders), and decreased disability determine both the medical and social significance of this currently widespread disease. The article provides data on studies conducted for the treatment and rehabilitation of women with endometriosis using balneotherapy and immunocorrection.

Key words: endometriosis, infertility, anovulation, implantation, tube displacement, adhesions, balneotherapy, immunocorrection.

Farzona Nuriddinovna ATAEVA,
Dildora Raximovna XUDOYAROVA,
Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti, Akusherlik va ginekologiya kafedrasi, Samarqand, O'zbekiston.

ENDOMETRIOZ BILAN KASALLANGAN AYOLLARNI DAVOLASH VA REABILITATSIYASINING YANGI ISTIQBOLLARI

ANNOTATSIYA

Endometrioz eng keng tarqalgan ginekologik kasalliklardan biridir. Kasallikning uzoq va progressiv yo'nalishi, reproduktiv faoliyatning doimiy ravishda buzilishi, klinik ko'rinishlarning og'irligi (doimiy og'riq sindromi, neyroendokrin kasalliklar) va nogironlikning ushbu keng tarqalgan kasallikning tibbiy va ijtimoiy ahamiyatini belgilaydi. Maqolada balneoterapiya va immunokreksiya yordamida endometrioz bilan kasallangan ayollarni davolash va reabilitatsiya qilish bo'yicha o'tkazilgan tadqiqotlar to'g'risidagi ma'lumotlar keltirilgan.

Kalit so'zlar: endometrioz, bepushtlik, anovulyatsiya, implantatsiya, bachadon naylarining siljishi, yopishqoqlik, balneoterapiya, immunokorreksiya.

Dolzarbligi. Bepushtlik va kichik tos sohasidagi surunkali takroriy og'riq bilan kasallangan bemorlar orasida endometrioz kasalligi 60% dan ko'proqni tashkil qiladi va reproduktiv yoshdagi klinik sog'lom ayollarning 2-17% ida uchraydi [1].

- So'nggi yillarda endometrioz bilan kasallanishning ko'payishi, bemorlar kontengentining keskin yosharishi, tarqalgan shakllari ulushining ko'payishi, ayollarning reproduktiv salomatligiga aniq ta'sir ko'rsatishi va bepushtlik chastotasining ortishi bilan kechmoqda [2].
- Tashqi genital endometriozga yordamchi terapiya sifatida dori tanlash mezonlari masalasi ham munozarali bo'lib qolmoqda [3].

Tadqiqot maqdasi. Tashqi genital endometriozni jarrohlik davolash amaliyotidan so'ng immunokorrektsiya va balnio terapiya vannalarini kiritish yo'li orqali, kompleks dori vositalari bilan va dori vositalarisiz ayollarning reproduktiv faoliyatini tiklashni maqsadga muvofiqligini ilmiy asoslash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Samarqand tibbiyot institutining 1-sonli klinikasi va viloyat perinatal markazida 2018-2020 yillar davomida endometrioz bilan kasallangan va jarrohlik yo'li bilan davolangan 120 ta bemor tekshirildi. Bemorlar uch guruhga bo'lindi:

1) Asosiy guruh – 70 ta bemor jarrohlik yo'li bilan endometriozni davolagandan so'ng balnio terapiya va immunokorreksiya buyurilgan.
2) Kichik guruh – 15 ta bemor jarrohlik yo'li bilan davolanmagan lekin muntazam endometriozdan davolanib turadigan ayollarga ham balnioterapiya va immunokorrektsiya buyurildi.
3) Taqqoslash guruhi – 35 ta bemorndan iborat bo'lib, ushbu bemorlar endometriozdan jarrrohlik yo'li bilan davolanib, balnio terapiya va immunokorrektsiya qo'llanilmagan ayollardan tashkil topgan.

Tadqiqot usullari quyidagilar edi:

• Umumiy tibbiy va umumiy klinik tadqiqotlar usullari (shikoyatlarni tahlil qilish, hayot va kasallik tarixi, tana konstitutsiyasi, TMI, ginekologik tekshiruv)

• Klinik-diagnostik tekshiruvlar infeksion skrining, FSG, LG, E2 и AMG gormonal tekshiruvlari kabi usullari qo'llaniladi.

• Paraklinik tekshirish usullari bilan bir qatorda: UTT, MRT, kolonoskopiya va sistoskopiyasi (ko'rsatmalar mavjud bo'lsa) qilinadi.

• Tekshiruvning o'ziga xos usullaridan gistologik va immunogistokimyoviy tadqiqotlar.

Natijalar: Bemorlarimizni shikoyatlarini tahlil qilganimizda 40% (48) bemor fertillikni tiklash maqsadida muntazam davolanishini aniqladik, shu bilan birga deyarli barcha ayollarni (87,5%) tos

soxasidagi og'riq bezovta qilar edi, hayz siklining buzilishiga 70% (84) ayollar shikoyat qildi, hayz ko'rganda og'riqlar kuchayishiga esa 61,6% (74) bemorlarimiz shikoyat qildi.

Barcha bemorlarimiz reproduktiv yoshda bo'lib, yosh diapazoni 26 yoshdan 37 yoshgacha tashkil etdi. O'rtacha yosh ko'rsatkichi 33±1,7 yoshni tashkil qildi. Kasallik anamneziga ko'ra, bemorlarning 97 tasi (80,8%) endometriozdan 5 yilgacha bo'lgan vaqt oralig'ida aziyat chekadi, qolgan bemorlar esa (19,2%) 5 yildan 10 yilgacha bo'lgan oraliqda endometriozdan davolanib turishadi.

Fertillik ko'rsatkichi bo'yicha yillar davomida yaxshi natijalarga erishilgan bo'lib, 60% ayollar o'zlari tabiiy yo'l bilan homilador bo'lishgan va mutaxassislar nazorati ostida asoratsiz tug'ruq jarayonini o'tkazishgan. Ammo 40% bemorlarimiz farzandli bo'lish maqsadida uzoq vaqt davomida davolanib kelishgan. Ushbu bemorlar jarrohlik yo'li bilan (ochiq hamda endoskopik usulda) davolangandan so'ng bir qismiga 6 oylik kutish taktikasi qo'llanilgan, ushbu bemorlar 16,7% ni tashkil qilar edi, qolganlariga (23,3%) esa operatsiyadan so'ng reabilitatsiya bilan qayta stimullovchi usullar buyurilgan edi.

Jarrohlik yo'li bilan davolanishga ko'p hollarda kasallikning dori-darmonlar bilan boshqarish quyinligi yoki ularning ta'siri kamligi ko'rsatma bo'lgan, bundan tashqari tekshiruvdan o'tgan 120 ta bemor orasida surunkali tos soxasidagi og'riq va endometriozning boshqa simptomlari kuchayishiga shikoyat qilib 38,3% (46) bemorlar murojaat qilishgan.

Tana massasi indeksini (TMI) aniqlash 72 (60%) bemorning ortiqcha vazn mavjuda ekanligini aniqladik. TMI ko'rsatkichi 25 dan 29,9 gacha oraliqda bo'lgan ayollar soni 43 ta (35,8%) ("semirish oldi holati" - metabolik asoratlarning xavfi past hisoblanadigan bemorlar) ekanligi aniqlandi; TMI ko'rsatkichi 30 dan 40 gacha (I va II sinf "semirishi") bo'lgan bemorlar esa - 5 (4,2%) ta ayolda kuzatildi. Bemorlarning deyarli 60% da gormonal anomaliyalar aniqlandi, ulardan eng ko'p uchraydigan LG/FSG indeksining 2,5 dan oshishi (40%) edi.

Birinchi va ikkinchi guruh bemorlariga reabilitatsiya maqsadida balnioterapiya va immunokorreksiya usullari buyurildi. Balneoterapiya bemorlarning sharoitidan kelib chiqib tur xil sanatoriyalarda o'tkazildi. Pyatigorsk tipidagi noyob radonli suvlar Samarqand viloyatida "Nurbuloq" sanatoriyasida topilgan va hozirda keng qo'llanilmoqda. Ular ichish, hammom, sug'orish, dush shaklida qo'llaniladi. Respublikadagi sanatoriylarda vaqt talablariga javob beradigan davolash-diagnostika bazasi, funktsional diagnostika xonalari, klinik va biokimyoviy laboratoriyalar, rentgen xonalari yaratilgan. So'nggi yillarda davolashning ilgari kurort amaliyotida qo'llanilmagan yangi usullari, masalan, psixo, refleks, magnetli va lazer terapiyasi qo'llanila boshlandi. Qolaversa radonli vannalar nafaqat akusherlik va ginekologiya sohasida keng qo'llaniladi, ushbu omillar markaziy asab tizimiga sedativ ta'sir ko'rsatadi: ular uyquni chuqurlashtiradi, xavotirni ketkazadi, og'riqni kamaytiradi.

Protseduralar 7 kundan 14 kungacha davom etgan, radonli vannalardan tashqari boshqa fizioterapiya usullarini ham qo'llashgan (massaj, akupunktura va boshqalar) lekin ular bemorlarning hohish istagi bo'yicha qo'llanilgan va 7 kundan oshmagan. Bemorlar doimiy nazorat ostida bo'lishgan va ularning salomatligi ko'rsatkichlari mutaxasislar tomonidan doimiy ravishda tekshirib borilgan.

Reabilitatsiya natijasida asosiy guruh bemorlarining 64,3% og'riqlar kamaygani yoki umuman yo'qolganini tasdiqlashdi, asab tizimi tinchlanganligiga amin bo'lishdi. Asosiy guruhdagi bemorlar reabilitatsiya chora-tadbirlaridan keyin ham nazorat ostida bo'lishgan. Keyingi 3 oy davomida hayz siklining normallashganini 56 ta (80%) ayollar tasdiqlashgan, 12ta (17,1%) bemor shu vaqt ichida homilador bo'lishga erishgan. Umuman olganda barcha bemorlar umumiy ahvolini yaxshilanishi va sog'lomlashganligini aytishgan. Shuni e'tiborga olish lozimki, anemiyasi bo'lgan va tez tez respirator kasalliklar bilan kasallangan ayollar, reabilitatsiyadan so'ng qon ko'rsatkichlari ko'tarilgani va tumov kasalliklari 3-6 oy davomida kasallanmaganlarini aytishgan. Ammo 30% bemorlar ushbu reabilitatsiya chora – tadbirlaridan ginekologik tomondan o'zgarish sezishmaganlarini aytishgan.

Ikkinchi guruhda ham 50% (7) bemorda reabilitatsiyadan so'ng musbat dinamika kuzatilgan. Ularda endometrioz simptomlari kamaygan va jarrohlik yo'li orqali davolanishga ehtiyoj endilikda bo'lmagan. Shu bilan birga 5ta bemor kuchli o'zgarish sezmagani sababli 3 oydan keyin yana mutaxasislarga endometrioz sababli murojaat qilgan.

Taqqoslash guruhida reabilitatsiya chora – tadbirlari va immunokorreksiya qo'llanilmagan, shundan bo'lsada 10% bemorlar umumiy ahvoli yaxshilanganligi va endometrioz simptomlari kamayganini aytishgan. Lekin qolgan hollarda endometrioz belgilari kamayishi 6 oydan 12 oygacha vaqt talab qilgan, shunday bo'lsada retsidivlar 15 (42,8%) ta bemorda kuzatilgan va ular yana qayta davolanishga majbur bo'lishgan.

Xulosa. Bizning respublikamizda odatdagi iqlim sharoitida aholi salomatligini yaxshilash uchun noyob tabiiy-iqlim omillari mavjud. Tadqiqot natijalariga ko'ra shuni aytish mumkinki erta reabilitatsiya chora – tadbirlarini qo'llash, ayollarning jinsiy va reproduktiv faoliyatini tiklashga yordam beradi. Reabilitatsiya natijasida asosiy guruh bemorlarining 64,3% og'riq sindromidan holos bo'lishgan, asab tizimi tinchlanganligini kuzatishgan, keyingi 3 oy davomida esa hayz siklining normallashganini 56 ta (80%) ayolda tasdiqlangan, 12ta (17,1%) bemor shu vaqt ichida homilador bo'lishgan. Ushbu ko'rsatkichlarni reabilitatsiya chora – tadbirlarining yutuqlariga qo'shsak bo'ladi. Shu bilan birga 30% ayollar reabilitatsiyadan so'ng reproduktiv tizimida o'zgarish sezmaganliklarini aytishgan.

Ikkinchi guruh bemorlarida ham dinamikada natijalar kuzatilgan, asosiysi ularning ko'pchiligi jarrohlik yo'li bilan davolanishdan ozod bo'lishgan. Albatta, taqqoslash guruhida ham dinamika kuzatilgan lekin u bor yo'g'i 10% ni tashkil qilgan.

Umumiy qilib aytganda, balneo terapiya hozirda rivojlanmoqda, uning foydali tomonlari ko'plab mualliflar tomonidan aytib o'tilgan, shu bilan birga bizning tadqiqotimiz ham balneo terapiyaning xususan, rodonli vannalarning, endometriozni davolashda va jarrohlik yo'li bilan davolangandan keyin reabilitatsiya natijasida reproduktiv va jinsiy a'zolar sog'lomlashishida samarali vositalardan biri deb aytishimiz mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Agababyan L.R., Oripova A. Tashqi genital endometrioz (TGE) bo'yicha jarrohlik yo'li bilan davolangan bepushtlik bilan og'rigan bemorlarni reabilitatsiyasi // World Science: Problems and innovations, 2017. 236-238 b.
2. Agababyan L.R. va boshq. Endometriozli ayollarda menopauzaning buzilishlarini gormonalsiz korrektsiyasi // Вопросы науки и образования, 2019. № 26 (75).
3. Gasparyan S.A., Ionova R.M., Popova O.S., Xripunova A.A. Endometrioz va tug'ilish. Davolashning asosiy nuqtalari. Akusherlik, ginekologiya, Reproduksiya, 2015.9 (4): 66-72b.
4. Krasnopolskaya K.V. Endometriozda bepushtlikni davolash: Reproduktologning fikri. Moskva, 2019. 28–80b.
5. Orazov M.R. va boshqalar. Megalopolisda ayollarda tashqi genital endometriozning xavfli omillari Moskva sh. misolida: «Онкология репродуктивных органов: от профилактики и раннего выявления к эффективному лечению» milliy kongresi 19-21 may, 2016 yil M., 2016 yil.
6. Orazov M.R., Radzinsky E.V., Xamoshina M.B., Kavteladze E.V. va boshqalar: Takroriy tashqi genital endometrioz tufayli bepushtlikni davolash samaradorligi. Акушерство и гинекология. 2019 yil 21 (1): 38-43b.
7. Chuprynin V.D., Melnikov M.V., Buralkina N.A. va boshq. Infiltratsion endometrioz bilan og'rigan bemorlarni davolashga zamonaviy qarashlar. Акушерство и гинекология, 2015; Soat 11: 16-22.
8. Muhar. L.V. Adamyan. M., Endometrioz: diagnostika, davolash va reabilitatsiya. Bemorlarni davolash bo'yicha klinik ko'rsatmalar. 2016 yil.
9. Eltazarova G.Sh. Khudayarova D.R. Frequency and structure of congenital development anomalies. // International Journal of Phychosocial Rehabilitation Vol 24 Issue 08, 2020 p 6967-6975
10. Ibragimov B. F., Khudoyarova D.R., Ibragimova N. S., Kobilova Z.A. Fertility recovery from polycystic ovarian syndrome. // International journal of pharmaceutical research (+ Scopus) ISSN 0975-2366 DOI: https://doi.org/10.31838/ijpr/2020.12.04.096 p-592-596

11. Shavazi N.N., Zakirova N.I., Khudayarova D.R. Prediction of Premature Outflow of amniotic fluid in Preterm pregnancy. // International Journal of Phychosocial Rehabilitation Vol 24 Issue 05, 2020 p 5675-5685
12. Пулатова Р. А., Ихтиярова Г. А., Саркисова Л. В. Оценка полового и физического развития у девочек и девушек //Педиатрия. – 2003. – №. 2. – С. 46-48.
13. Туракулова И. Э., Худоярова Д. Р., Элтазарова Г. Ш. Оптимизация диагностики вторичного бесплодия //Достижения науки и образования. – 2019. – №. 13 (54).
14. Shavazi N.N., Zakirova N.I., Khudayarova D.R. Prediction of Premature Outflow of amniotic fluid in Preterm pregnancy. // International Journal of Phychosocial Rehabilitation Vol 24 Issue 05, 2020 p 5675-5685

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Nilufar Maxmudovna AHMEDOVA,
Andijon Davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston
Hayotxon Botirali qizi SATTARALIEYVA,
Andijon Davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston

O'SMIR QIZLARNING REPRODUKTIV SALOMATLIGI XUSUSIYATLARI (ADABIYOT SHARHI)

For citation: N.M. Ahmedova, H.B. Sattaralieyva REPRODUCTIVE HEALTH CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT GIRLS Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.36-40

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-86

ANNOTATSIYA

Jinsiy balog'atga etishish davrida, ijtimoiy moslashuv, ushbu kasalliklarni klinik ravishda amalga oshirish, reproduktiv kasalliklarga olib kelishi mumkin. So'nggi o'n yil ichida sog'liqni saqlash amaliyotiga yangi diagnostik va funktsional testlarni tatbiq etish tufayli qizlar kamolot davrida endokrin holatining o'ziga xos xususiyatlari to'g'risida zamonaviy g'oyalarni shakllantirish va bir qator ketma-ket o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradigan ma'lumotlar paydo bo'ldi. Uning fiziologik kursi davomida; bu ushbu davr patologiyasini yetarli darajada baholash uchun asos yaratdi.

Kalit so'zlar: Gipotalamo-gipofizar tizim, erta balog'atga yetish, kech balog'atga yetish, lyuteinstimullovchi gormon, folikulastimullovchi gormon.

Нилуфар Махмудовна АХМЕДОВА,
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан.
Хаётхон Ботирали кизи САТТАРАЛИЕВА,
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

АННОТАЦИЯ

В периоды полового созревания, социальной адаптации может произойти клиническая реализация этих нарушений, приводя к репродуктивным нарушениям. За последнее десятилетие благодаря внедрению в практику здравоохранения новых диагностических и функциональных тестов появились данные, позволившие сформулировать современные представления об особенностях эндокринного статуса девочек в период созревания и выявить ряд последовательных изменений при его физиологическом течении; это создало базу для адекватной оценки патологии этого периода.

Ключевые слова: гипофизарно - яичниковая система, преждевременное половое созревание, задержка полового развития, лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон.

Nilufar Maxmudovna AHMEDOVA,
Andijan State Medical Institute, Uzbekistan
Hayotxon Botirali qizi SATTARALIEYVA,
Andijan State Medical Institute, Uzbekistan

REPRODUCTIVE HEALTH CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT GIRLS (LITERATURE REVIEW)

ANNOTATION

During periods of puberty, social adaptation, clinical realization of these disorders can occur, leading to reproductive disorders. Over the past decade, thanks to the introduction of new diagnostic and functional tests into healthcare practice, data have appeared that made it possible to formulate modern ideas about the features of the endocrine status of girls during maturation and to identify a number of successive changes during its physiological course; this created the basis for an adequate assessment of the pathology of this period.

Keywords: pituitary ovarian system, premature puberty, delayed puberty, Luteinizing Hormone, Follicle-stimulating hormone.

Kelajakdagi onalar sifatida qizlarning reproduktiv salomatligi va ularning reproduktiv salohiyati muammosi ilmiy tadqiqotchilarning diqqatini jalb qilmoqda, chunki u tibbiy demografik vaziyat tufayli tobora ijtimoiy ahamiyat kasb etmoqda. Tibbiy-demografik vaziyatdagi salbiy tendentsiyalar (aholi sonining ko'payishi, uning qarishi, ekologik stresslar) yosh avlodning reproduktiv salomatligiga alohida e'tibor berishni talab qilmoqda.

O'spirin qizlar o'rtasidagi ginekologik kasallanish alohida e'tiborga loyiqdir. Ko'pincha, boshlang'ich maktab yoshidagi qizlarda tashqi va ichki jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklari (52%), va balog'atga etishish davrida - hayz paytida buzilishlar (41%): balog'atga etishish paytida bachadondan qon ketish, birlamchi yoki ikkilamchi amenore, tartibsiz hayz ko'rish; 6% o'smalar va o'simtaga o'xshash shakllanishlar va 1% genital malformatsiyalar [4,5]. Tadqiqotchilarning fikri shundan iboratki, balog'at yoshiga etish jarayoni ko'p jihatdan o'spirinning somatik holatiga va shu yoshdagi psixo-emotsional o'zgarishlarga bog'liq. Qizlarda balog'at yoshi boshlanishi, rivojlanishi va tugashi bilan birga kechadigan badandagi o'zgarishlardan oldin neyro-endokrin tizimdagi tayyorgarlik o'zgarishlari oldinda bo'lib, ulardagi jinsiy rivojlanishning asosiy tartibga soluvchi bo'g'ini gipotalamus - gipofiz - tuxumdon tizimi (HPO). GGT rivojlanishi odatdagi hayz davrining yakuniy o'rnatilishini nazarda tutadi [1, 2]. Buning uchun zarur shartlar gipotalamus-gipofiz tizimi va periferik endokrin bezlar o'rtasidagi salbiy va ijobiy teskari aloqalardagi muvofiqlashtirilgan jarayonlardir. Gonadotropik sekretsiyani boshqarishda salbiy teskari aloqa homila hayotining intrauterin davrida ham (homiladorlikning 8-10 xaftaligi) ishlay boshlaydi va tug'ilgandan keyin bir necha yil ichida, hayz davrining o'rnatilishigacha o'zgaradi [1,4]. Ijobiy teskari aloqa balog'at yoshidagi rivojlanishning yakuniy natijasi sifatida belgilanadi va bu neyroendokrin jarayonlarning natijasidir [12, 13].

Ma'lumki, bolaning sog'lig'i uni tug'dirgan onaning sog'lig'iga bog'liq. Intrauterin muhitning patologik holatlari gipotalamusning neyrotransmitter tizimlari va uning bog'lanishlarining tug'ma etishmovchiligini shakllantirishga, bolaning endokrin tizimining zaxira qobiliyatini pasayishiga yordam beradi [15,16]. Amaliyotchi balog'at yoshidagi reproduktiv tizimdagi fiziologik o'zgarishlarning belgilarini bilishi va ularni balog'at yoshining patologik yo'nalishidan ajratishi, shuningdek, balog'at yoshida tez-tez birinchi marta paydo bo'ladigan ginekologik va somatik kasalliklardan farq qilishi kerak. Qoida tariqasida nafaqat ikkinchi darajali jinsiy xususiyatlarning paydo bo'lish vaqtini, balki yuzaga kelishning qat'iy ketma-ketligini ham hisobga olish kerak [3, 6]. Tekshiruv davomida bolaning umumiy ahvoli bilan bir qatorda quyidagi parametrlarni baholash kerak: bo'yi, vazni va yoshiga muvofiqligi; taniqli va keng tarqalgan Tanner texnikasi bo'yicha jinsiy rivojlanish (Ma - sut bezlarining rivojlanishi, Pb - sochlarning o'sishi, Ax - qo'ltiq ostidagi sochlarning o'sishi, Me - menarx boshlanish yoshi); vulva holati; bachadon va tuxumdonlarning kattaligi; mastopatiyaning mavjudligi yoki yo'qligi; sindromli kasalliklarning aniq va ehtimol belgilari.

Ushbu belgilar pediatrlar va tibbiyot mutaxassislari tomonidan dispanser tekshiruvlarida qo'llaniladi [3,4,15]. Yu.A.Gurkin (2014) fikriga ko'ra, balog'at yoshining tashqi ko'rinishlarining ketma-ketligi o'ziga xos qonuniyatlarga ega. Balog'at yoshining boshlanishi murakkab jarayon nafaqat jinsiy bezlarning, balki gonadotropinlar sekretsiyasini boshqarishda ishtirok etadigan barcha neyroendokrin mexanizmlarning ham kamolotini va o'zaro ta'sirini o'z ichiga oladi [5, 8,]. Tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, 10-13 yoshda kunlik tsiklikning shakllanishi sodir bo'ladi, tungi uyqu paytida RGAL tarqalishining sirkadiyalik ritmi o'rnatiladi, bu esa tuxumdonlarda estrogenlarning sintezini rag'batlantiradi [1, 4,]. Dastlab, tos suyaklarining o'sishi sodir bo'ladi va bu sohada teri osti yog 'to'qimalarining cho'kishi kuchayadi va balog'at davrida qiz o'ziga xos ayol qiyofasini rivojlantiradi. Umumiy ko'rinishning o'zgarishi fonida ikkilamchi jinsiy xususiyatlar rivojlanadi va mualliflar ularning paydo bo'lishining o'ziga xos qat'iy ketma-ketligini qayd etadilar, bu balog'at yoshiga etishining to'g'riligi mezonlaridan biri: 10-11 yoshda, sut bezlari rivojlana boshlaydi - ular, 11-12 yoshida pubik soch o'sishi boshlanadi - pubarche va shundan keyingina birinchi hayz ko'rish - menarx. Menarx paytida qizlarning o'rtacha yoshi 13 yosh; fiziologik o'zgarishlar - 9 yoshdan 15 yoshgacha. Menarxning belgilangan chegaralardan tashqarida ko'rinishi ham ogohlantirish belgilaridan biri bo'lishi mumkin. ... Menarxning boshlanish vaqti o'ziga xos xususiyatlarga ega va bir qator holatlarga bog'liq bo'lib, ulardan ba'zilari (iqlim, kenglik, millat va boshqalar) ahamiyatsiz, boshqalari (moddiy sharoit, sog'liq, konstitutsiya, irsiyat va boshqalar). muhimroq [15,16]. O'spirin davrining o'ziga xos xususiyati jismoniy va ruhiy kamolotga erishish darajasi va vaqtlari o'rtasidagi nomuvofiqlikdir [16,17]. Zamonaviy sharoitda, davom etayotgan tezlashuv bilan bir qatorda, surunkali va qaytalanuvchi kursga ega bo'lgan heterojen kasalliklar ulushining sezilarli darajada oshishi tufayli o'spirinlarning ma'lum bir guruhida jismoniy rivojlanish sur'atlarining pasayish tendentsiyasi mavjud. Balog'at yoshi boshlanishi va rivojlanishiga ta'sir qiluvchi tashqi omillarga quyidagilar kiradi: iqlimiy, shuningdek oziq-ovqat tarkibidagi oqsillar, yog'lar, uglevodlar va mikroelementlarning etarli miqdori bilan ovqatlanish. Mualliflar, bu borada somatik kasalliklar balog'at yoshidagi normal jarayonga ta'sirini kamaytirmaslik mumkin emasligiga alohida e'tibor berishadi [3,7,10]. Zamonaviy bolalarning aksariyat qismida somatik kasalliklar rivojlanib, surunkali mikro- va makroelementozlar va gipovitaminoz bilan ta'minlanadi [15,16]. Somatik patologiya ko'pincha turli xil zo'ravonlikdagi hayz ko'rish buzilishlarini rivojlanishida boshlang'ich nuqtadir. ... Shu bilan birga, hayz paytida buzilishlar ensefalopatiya, neyrotsirkulyator distoni va boshqalar kabi somatik kasalliklarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Ichki organlar kasalliklarida surunkali kasalliklar ustun bo'lib, atrof-muhit omillari ta'sirida irsiy moyillik yuzaga keladi. Hayot davomida reproduktiv tizim zarar etkazuvchi omillarga eng sezgir bo'lgan davrlar mavjud. Ushbu davrlar balog'at yoshini o'z ichiga oladi. Gipotalamus-gipofiz-tuxumdonlar-bachadon tizimining shakllanishi paytida uning beqarorligi reproduktiv kasalliklar patogenezining balog'at yoshida ham, kelajakda ham asosidir [5,6,8,10]. Reproduktiv tizimning fiziologik "beqarorligi" davrida har qanday noqulay omillar, shu jumladan, stress paydo bo'lishi mumkin.

Jinsiy rivojlanishning buzilishi variantlaridan biri bu erta balog'at yoshidir [4,7,11]. RBY bo'yicha ikkinchi darajali jinsiy xususiyatlar va 8 yoshgacha bo'lgan hayz ko'rish ko'rinishini tushunish odatiy holdir. Gonadotropinlar va jinsiy gormonlar ishlab chiqarilishi gipotalamus-gipofiz- holatini aks ettirmasa, gipotalamus-gipofiz-tuxumdon tizimining faollashuvi va yolg'on yoki psevdo-EBY bilan birga keladigan haqiqiy PPSga bo'linishga asoslangan. tuxumdon tizimi va turli xil lokalizatsiya o'smalari to'qimalari tomonidan amalga oshiriladi.

Markaziy genezisning balog'at yoshidagi organik kasalliklarida perinatal patologiya - homila gipoksiyasi, tug'ilish asfiksiyasi va tug'ilish shikastlanishi asosiy rol o'ynaydi. to'g'ridan-to'g'ri zararli ta'siridan tashqari, ular neonatal davrda va erta bolalikda toksik va yuqumli omillarning ta'siri uchun qulay fon yaratadilar. Jinsiy balog'at buzilishlarining miya genezisidagi eng xarakterli alomat - bu intrakraniyali gipertenziya va bir qator bemorlarda u bosh atrofi sezilarli darajada oshishi bilan o'zini hidrosefali shaklida namoyon qiladi, bosh suyagi rentgenogrammasida esa forniks va bosh suyagi suyaklaridagi raqamli taassurotlar. 13-14 yoshda ikkilamchi jinsiy xususiyatlarning kam rivojlanganligi yoki yo'qligi va 15-16 yoshda hayz ko'rishning yo'qligi kechiktirilgan jinsiy rivojlanish (KBY) deb hisoblanishi kerak. E. A. Bogdanovaning [3] tadqiqotlariga ko'ra, KBY

populyatsiyada 0,5-0,8% ni tashkil qiladi. O'spirinlarda ginekologik kasallikning tuzilishida KBY chastotasi 14 dan 33% gacha. Kasallikning patogenezidagi birlamchi bog'lanishiga qarab KBY ning ikki shakli mavjud - markaziy va tuxumdon. KBY ning markaziy genezisi bilan gonadotropik stimulyatsiya etarli bo'lmaganligi sababli tuxumdon etishmovchiligi paydo bo'ladi. ... KBY paydo bo'lishining eng keng tarqalgan omillari bu surunkali tonzillit, revmatizm, virusli gripp, pnevmoniya, sil kabi yuqumli va toksik kasalliklar, shuningdek, stressli holatlar, shu jumladan haddan tashqari jismoniy kuch.

Miya saratonining markaziy shakllarida zararlanish darajasi har xil bo'lishi mumkin. Gipotalamus gipogonadizmida (gipogonadotropik evunxoidizm, Kalman sindromi) bir qator konjenital va sporadik ravishda yuzaga keladigan nuqsonlar gonadoliberin ishlab chiqarishning gipotalamus etishmovchiligi bilan bog'liq bo'lib, bu gipofiz tomonidan LG va FSG sekretsiyasining buzilishiga olib keladi. Kamroq tarqalgan KBY, gipofiz bezining birlamchi disfunktsiyasi bilan bog'liq. Odatda, gipofiz hipogonadotropik gipogonadizm sella turcica organik shikastlanishi bilan yuzaga keladi. KBY bilan kasallangan qizlarning ko'pchiligida bosh suyagi suyaklari o'zgaradi, peshona suyagi ichki qatlamining engil giperostozi, ba'zida parietal suyaklar giperostozi bilan birga bo'ladi; qalinlashishi yoki siyraklashishi, osteoporoz, diafragmaning kalsifikatsiyasi va sella turcica orqa qismining "ligamentlari"; mastoid jarayonlarni, asosiy, frontal va maksiller sinuslarni pnevmatizatsiyasi; ba'zi bemorlarda intrakranial gipertenziya belgilari mavjud. Bu o'zgarishlarning barchasi jinsiy gormonlar etishmasligi bilan bog'liq.

Klinik ko'rinish odatda bir xil: hayz ko'rish funktsiyasi mavjud emas yoki juda kamdan-kam hollarda hayz ko'radi (yiliga 1-2 marta); ikkilamchi jinsiy xususiyatlar kam rivojlangan, kam hollarda, ayniqsa sut bezlari uchun. Ginekologik tekshiruvda tashqi va ichki jinsiy a'zolar gipoplaziyasi aniqlanadi, bu tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi bilan tasdiqlanadi. Antropometrik tadqiqotlar evruxoid fizikani ochib beradi: oyoq uzunligining oshishi, qo'l uzunligining o'sishi, tosning ko'ndalang o'lchamlari biroz pasayishi tufayli yuqori o'sish. Ossifikatsiya jarayonlarida kechikish bo'lmaydi. Suyak yoshi kalendar yoshiga to'g'ri keladi.

KBY diagnostikasi klinik ko'rinish va bir qator qo'shimcha tadqiqot usullaridan olingan ma'lumotlarga asoslangan bo'lib, uning genezini (markaziy yoki tuxumdonni) aniqlashtirish uchun gormonal testlardan keng foydalaniladi. Ushbu dorilar tuxumdonlar faoliyatini rag'batlantiradi. Agar ikkinchisi funktsional jihatdan faol bo'lsa, unda stimulyatsiyaga javoban tuxumdonlarda follikulalar paydo bo'ladi va jinsiy gormonlar sekretsiyasi kuchayadi. Buzuq tuxumdonlar, hatto yuqori dozadagi dorilar bilan ham stimulyatsiyaga javob bermaydi.

Shunday qilib, o'spirin qizlarda epidemiologiya, reproduktiv kasalliklarning patogenezi bo'yicha bir nechta nashrlarni kiritgan holda, ushbu kasalliklarning yuqori tarqalishini, ularning rivojlanish mexanizmlari va patofizyologiyasi bo'yicha noaniq qarashlarning mavjudligini yana bir bor ta'kidlash maqsadga muvofiqdir.

Adabiyotlar ro'yxati:

1. Ayupova F.M., Jabbarova Yu.K. Ginekologiya. Toshkent, 2015 yil.
2. Pediatriya va o'spirin ginekologiyasining atlasi. Wolf A.S., Mittag Yu.E. per. u bilan. 2004 yil
3.Bogdanova E. A. Bolalar ginekologiyasi klinikasida zamonaviy profilaktika va terapevtik texnologiyalar // Ginekologiya. - 2000. - 2-jild, №1.
4. Bolalar va o'spirinlarning ginekologiyasi. Bogdanova B.A. 2010 yil
5. Ginekologiya: darslik / BI Baisov va boshqalar; tahrir. G. M. Savelyeva, V. G. Breusenko. - 4-nashr, Rev. va qo'shing. - 2011 yil.
6. Pediatriya va o'spirin ginekologiyasi. Paula G. AdamsHillard \ 2013
7. Gurkin Yu.A. - o'spirinlar ginekologiyasi. 2014 yil
8. Gurkin Yu.A. - o'spirinlar ginekologiyasi. 2000-yil
9. Qurbonov D.D. va boshq. - bolalar ginekologiyasi. 2018 yil
10. Kulakov V.I., Bogdanova E.A. Bolalar va o'spirinlar ginekologiyasi bo'yicha ko'rsatmalar. Moskva - 2009 yil

11. Qurbonov D.D., Muxamedxanova Sh.T ,, Yo'ldosheva DS / Bolalar ginekologiyasi. Qo'llanma. 2018 yil
12. Pediatric and adolescent gynecology/ Ch.Sultan/2004
13.Gougeon A., Ecochard R., Thalabard J. C. Age-related changes of the population of human ovarian follicles: increase in the disappearance rate of non-growing and early-growing follicles in aging women // Biol. Reprod. – 2005. – Vol.50, №3. – P. 653-663.
Groome N. P., Illingworth P. J., O'brien M. Measurement of dimeric inhibin B throughout the human menstrual cycle // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2011. – Vol.81, №4. - P. 1401-1405.
Hannoun A., Abu Musa A., Awwad J. Clomiphene citrate challenge test: cycle to cycle variability of cycle day 10 follicle stimulating hormone level // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. – 2011. – Vol.25, №4. – P. 155-156.
16. Oxford handbook of midwifery. Janet Medforth and others. 2011
17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management, Green top Guidelines 52; May 2009 (minor revisions Nov 2009 and Apr 2011).

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Нигора Кахрамоновна ДУСТОВА,
Гулчехра Акмаловна ИХТИЯРОВА,
Нигора Баходировна ХАЙДАРОВА,
Нигина Фархадовна ГАЙБУЛЛАЕВА
Бухарский государственный медицинский институт,Бухара
Кафедра Акушерства и гинекологии №1

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТЫ БЕРЕМЕННЫХ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

For citation: N.K. Dustova, G.A. Ikhtiyarova, N.B. Haydarova, N.F. Gaybullaeva MORPHOLOGICAL EXAMINATION OF THE PLACENTA AFTER CHILDBIRTH IN PREGNANT WOMEN WITH AN INFECTION Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 41-46

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-87

АННОТАЦИЯ

Коронавирусное заболевание 2019 года (COVID-19), вызванное тяжелым острым респираторным синдромом коронавирусом-2 (SARS-CoV-2), является быстро распространяющейся пандемией. Из-за изменений в иммунной системе и физиологии дыхания беременные женщины подвержены тяжелой вирусной пневмонии, который в польне может привести к ряду акушерских осложнений, в частности фетоплацентарной недостаточности. Связи с этим целью исследоания явилось изучить патологические изменения плаценты у беременных, инфицированных коронавирусом COVID-19.

Ключевые слова: беременность, плацента, коронавирусная инфекция, COVID-19

Nigora Kakhramonovna DUSTOVA,
Gulchekhra Akmalovna IKHTIYAROVA,
Nigora Bakhodirovna HAYDAROVA,
Nigina Farkhadovna GAYBULLAEVA
Bukhara State Medical Institute, Bukhara
Department of Obstetrics and gynecology № 1

MORPHOLOGICAL EXAMINATION OF THE PLACENTA AFTER CHILDBIRTH IN PREGNANT WOMEN WITH AN INFECTION OF COVID-19

ANNOTATION

Coronavirus disease severe acute respiratory syndrome COVID-19 quickly spread throughout the entire dune at the pandemic level in 2019 year. Due to changes in the immune system and respiratory physiology, pregnant women are prone to severe viral pneumonia, which can lead to a number of obstetric complications, in particular, fetoplacental insufficiency. In this regard, the

purpose of the study was to investigate the pathological changes of the placenta in pregnant women infected with coronavirus COVID-19.

Key words: pregnancy, placenta, coronavirus infection, COVID-19

Нигора Кахрамоновна ДУСТОВА,
Гулчехра Акмаловна ИХТИЯРОВА,
Нигора Баходировна ХАЙДАРОВА,
Нигина Фархадовна ГАЙБУЛЛАЕВА
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро
1-сон акушерлик ва гинекология кафедраси

COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАР ТУҒРУҚДАН КЕЙИН ПЛАЦЕНТАСИНИ МОРФОЛОГИК ТЕКШИРИШ

АННОТАЦИЯ

Коронавирус касаллиги оғир ўткир респиратор синдром COVID-19 2019 йилда пандемия даражасида бутун дуне бўйлаб тез тарқалди. Иммун тизими ва нафас олиш физиологиясидаги ўзгаришлар туфайли ҳомиладор аёллар оғир вирусли пневмонияга мойил бўлиб, бир қатор акушерлик асоратлари, хусусан фетоплацентар етишмовчиликка олиб келиши мумкин. Шу муносабат билан тадқиқотнинг мақсади коронавирус COVID-19 билан касалланган ҳомиладор аёлларда йўлдошнинг патологик ўзгаришларини ўрганишдан иборат бўлди.

Калит сўзлар: ҳомиладорлик, йўлдош, коронавирус инфекция, COVID-19

Введение. В декабре 2019 года группа необъяснимых случаев пневмонии была обнаружена в городе Ухань провинции Хубэй [1, 2]. Экспертная группа определила патоген как новый тип коронавируса (COVID-19), аналогичный коронавирусу тяжелого острого респираторного синдрома человека (SARS-CoV) и коронавирусу ближневосточного респираторного синдрома (Коронавирус ближневосточного респираторного синдрома, MERS-CoV) [2] . COVID-19 - это РНК-вирус, обернутый белком нуклеокапсида [3, 6] , Он очень заразен, в основном передается через капли и при тесном контакте [4, 5, 7] . Всемирная организация здравоохранения объявила продолжающуюся вспышку новой коронавирусной пневмонии (COVID-19) глобальной чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения [10, 11].

К вирусу восприимчивы беременные женщины. По сравнению с населением в целом особое физиологическое состояние во время беременности заставляет беременных женщин сталкиваться с более высокими клиническими рисками и предрасположенными к неблагоприятным исходам беременности, особенно в отсутствие эффективных противовирусных препаратов [7, 8, 9, 17]. В настоящее время имеется немного сообщений о беременности, осложненной инфекцией COVID-19, и все они представляют собой клинические случаи или небольшие выборочные исследования, и основное внимание уделяется клиническим характеристикам и исходам для матери и ребенка; соответствующие патологические изменения плаценты все еще неясны, и остается ли вертикальная передача от матери к плоду внутриутробно нет окончательного мнения [9, 11, 16]. Мы стремимся проанализировать клинические характеристики и патологические изменения плаценты у беременных, инфицированных COVID-19, попытаться установить соответствующие клинико-патологические связи и предоставить теоретическую основу для понимания исходов у матери и ребенка и оценки вертикальной передачи внутриутробно.

Цель. Изучить патологические изменения плаценты у беременных, инфицированных новым коронавирусомCOVID-19

Материалы и методы. По состоянию на 4 сентября 2020 года плацентарные ткани беременных женщин с диагнозом COVID-19 были собраны из Каганского родильного комплекса Бухарской области и отправлены в патологоанатомическое бюро Бухарской

области. Собраны соответствующие клинические данные, результаты лабораторных исследований из медицинских карт.

Согласно рекомендациям по фиксации хирургического образца COVID-19, ткань плаценты была полностью зафиксирована 3,7% раствором формальдегида в течение 48 часов [12, 14, 17]. Затем выполнены процедуры, рекомендованные в литературе для общего осмотра плаценты [13, 15]. Тщательно проверены и полностью взяты образцы материалов и сделаны обычные срезы после заливки парафином. Каждый срез толщиной 4 мкм. Все срезы наблюдались и просматривались патологоанатомом и лечащим врачом.

Результаты исследования. Все 19 пациенток были госпитализированы в третьем триместре беременности для лечения и наблюдения за состоянием пациенток. У всех пациенток был обнаружен положительный результат теста на нуклеиновую кислоту вируса COVID-19 из мазка из горла, а у одной был подтвержден клинический результат. Возраст пациенток был от 21 до 36 лет, средний возраст составлял 28,5±1,5 лет (таб. 1).

Таблица №1

Характеристика пациенток с COVID-19

Характеристики	**Ценности**
Возраст матери	28,5±1,5
Гестационный возраст на момент постановки диагноза (нед.)	33,5±2,3
ИМТ (кг / м^2), среднее (СО)	31,2±0,6

У трех пациенток были легкие симптомы пневмонии COVID-19. 1 случай пренатальной лихорадки со стеснением в груди, 2 случая послеродовой лихорадки, 3 пациентки не имели клинических симптомов, таких как боль в горле, боль в груди, одышка и усталость.

Результаты лабораторных исследований показали, что С-реактивный белок и показатели системы гемостаза были значительно повышены, у 3 пациенток он превышал верхние границы нормы, значительной лейкопении и лимфопении не было, трансаминаза была в норме, ни один случай у беременных женщин не прогрессировало тяжелой болезни и все были вылечены и выписаны после лечения. Серьезных неблагоприятных исходов для матери и ребенка не обнаружено.

При исследовании системы гемостаза были выявлены некоторые отклонения: у беременных с COVID-19 наблюдались более выраженные нарушения коагуляционного звена гемостаза. Несмотря на легкое течение заболевания, изменения в системе гемостаза были достоверно выше (P<0,05).Увеличение фибриногена имеет клиническое значение. Уровень D-димера значительно повышается в тяжелых случаях, что является их потенциальным фактором риска и основанием для плохого прогноза. У пациентов, получающих антикоагулянтную терапию следили за уровнем АЧТВ, D-димера, ВСК. Вопрос о прекращении антикоагулянтной терапии решался на основании показателей коагулограммы и Д-димера. Повышение уровня ферритина и С- реактивного белка в 2-3 раза свидетельствовала о бактериальных инфекций, которым были начато антибактериальная терапия с момента поступления.

При исследовании морфологических особенностей плаценты выявлено несколько отклонений. При исследование морфологических особенностей последа выявлено, что масса плаценты у беременных с COVID-19 была несколько больше (от 350,0 до 690,0±0,2 г, в среднем 589,0±0,5 г). Объем плаценты колебался от 420 до 655 см³ (среднее значение 503 см^3). В основном при рождении детей с гипоксическим синдромом в плаценте матерей обнаруживались очаги кровоизлияний и некроза (рис.1).

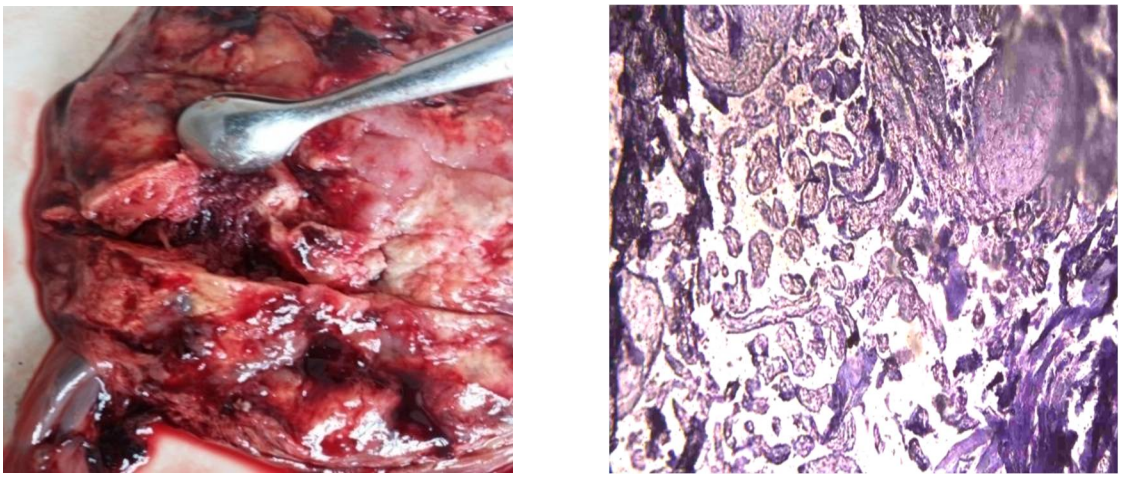


Рис. 1 Беременная Н., 1989 г. История №1091/215, Беременность 4, 38.3 недели. Роды 2. Инфаркт плаценты (слева) **В плодовой части плаценты фибриноидный некроз (справа) (микроскоп Leicabiomed. Об. ×10, окуляр ×15. гемм. – окрашен эозином)**

Остальные ткани, включая плодные оболочки и пуповину, не имеют явных аномалий. Наблюдение под микроскопом: область серого узелка в Примере 1 состоит из большого количества мелких кровеносных сосудов, похожих на капилляры, с небольшим количеством рыхлого интерстиция между кровеносными сосудами, в остальной части плацентарной ткани отложения фибрина в интерстиции ворсинок и вокруг ворсинок увеличиваются, а локальные синцитиальные узелки увеличиваются.

Наиболее значительным изменением является мультифокальный инфаркт ткани плаценты, который показывает коллапс ворсинчатого пространства с отложением фибрина под микроскопом и, наконец, формирует призрачные остаточные изображения ворсинок (рис.1). Отложения фибрина в интерстиции вокруг ворсинок можно увидеть в ткани плаценты, и увеличиваются локальные синцитиальные узелки.(рис.2).

Также было выявлено, увеличение васкуляризации, обусловленная гиперплазией (расширением) капилляров, что, как известно, является характерным компенсаторным механизмом, обеспечивающим развитие плода. Во всех случаях не было явного хориоамнионита, не было четкого образования телец-включений вируса; никаких аномалий в пуповине и мембранах под микроскопом, кроме незначительного тромбоза в кровеносных сосудах пуповины, и никаких ясных ядросодержащих красных кровяных телец в сосудах ворсинок не обнаружено в наших случаях.

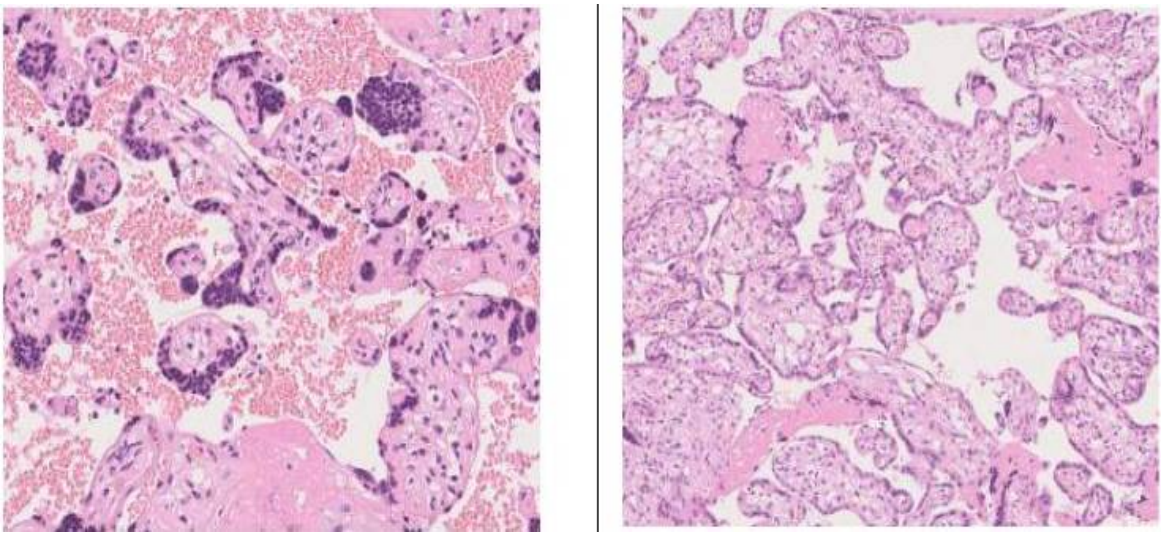


Рис. 2. Микроскопическая картина отложений фибрина в интерстиции вокруг ворсинок плаценты беременных с COVID-19

Проанализировав клинические характеристики 19 беременных женщин, инфицированных COVID-19 в третьем триместре. Ограниченные данные показали, что клинические проявления беременных женщин, инфицированных COVID-19, были аналогичны клиническим проявлениям у обычных инфицированных женщин, и не было серьезных неблагоприятных исходов для матери и ребенка. Под микроскопом не было обнаружено никаких специфических патологических изменений, свидетельствующих о плацентарной инфекции; тесты на нуклеиновые кислоты плацентарной ткани и мазки из горла новорожденных были отрицательными, что позволяет предположить, что прямых доказательств вертикальной передачи инфекции COVID-19 от матери к плоду на поздних сроках беременности нет. Это исследование дает важные ключи к пониманию клинических особенностей инфекции COVID-19 в третьем триместре, исхода беременности и оценки пути вертикальной передачи внутриутробно.

Выводы. Таким образом, в этом исследовании было сообщено о 19 случаях патологии плаценты с инфекцией COVID-19 переболевших в третьем триместре беременности в Бухарской области. В настоящее время прямых доказательств вертикальной передачи инфекции от матери к плоду в третьем триместре беременности не обнаружено, так как дети родились в относительно удовлетворительном состояние, соответственно после лечения по клиническому протоколу COVID-19. В то же время текущих данных и информации о материнстве, связанных с COVID-19, все еще очень не хватает, и размер клинической выборки необходимо увеличить для дальнейшего анализа.

Литературы

1. Bakhodirova S.F., Ikhtiyarova G.A., Aslonova M.J. & Davlatov S.S. (2020). Features of perinatal outcomes in women after supporting reproductive technologies . European Journal of Molecular and Clinical Medicine,7 (2), 6350-6356.
2. Bakhramova, S. U., Ikhtiyarova, G. A., Dustova, N. K., & Kudratova, R. R. (2021). Thrombophilic Complications in the Development of Gestional Hypertension. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 6198-6205.
3. Dustova N.K., Babadjanova G.S., Ikhtiyarova G.A. Peculiarities of pregnancy and lobar peculiarities in patients with varicose veins of the pelvic// International Journal of Bioscience and Biotechnology. - 2019. Vol.11. Iss.9. - P. 92 - 97.
4. Dustova N.K., Hafizova D.A. Prevention of complications of varicose veins of pelvic organs in women of reproductive age// Asian Journal of Multidimensional Research. - 2018. - № 7(11). - P. 14 - 29.
5. Ikhtiyarova G. A., Dustova N. K., Khasanova M. A., Suleymanova G. S., & Davlatov S. S. (2021). Pathomorphological changes of the placenta in pregnant women infected with coronavirus COVID-19. International Journal of Pharmaceutical Research, 13(1), 1935-1942. doi: 10.31838/ijpr/2021.13.01.283
6. Ikhtiyarova G.A., Khamidova Sh.Sh., Matrizayeva J.G., Aslonova M.J., Dustova N.K. & Rozikova D.K. (2020). Uterine fibroids and endometriosis as a problemgenetic of systemic disease Egypt/Egyptology, 17(6),13931-13946
7. Ikhtiyarova G.A., Tosheva I.I., Aslonova M.J. & Dustova N.K. (2020). Prenatal rupture of amnion membranes as A risk of development of obstetrics pathologies. European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 7 (7),530-535.
8. Ikhtiyarova, G. A., Dustova, N. K., Kudratova, R. R., Bakhramova, S. U., & Khafizova, D. B. (2021). Pre-Course Training of Women With Reproductive Loss of Fetus in Anamnesis. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 6219-6226.Kudratova D. Sh., Ikhtiyarova G.A., & Davlatov S.S. (2021). Medical and social problems of the development of congenital malformations during a pandemic. International Journal of Pharmaceutical Research, 13(1), 756-760. doi: 10.31838/IJPR/2021.13.01.130

9. Zavkibekova T.K., Ikhtiyarova G.A., &Aslonova M.J. (2021) Differential markers for the diagnosis of recurrent benign ovarian tumors in women of reproductive and premenopausal age. International Journal of Pharmaceutical Research, 13, 2896-2901
10. Бабаджанова Г. С. и др. Клинические аспекты варикозной болезни у беременных женщин //Университетская наука: взгляд в будущее. – 2020. – С. 556-559.
11. Бабаджанова Г.С., Дустова Н.К., Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А. Клинические аспекты варикозной болезни у беременных женщин// Международной научной конференции, посвященной 85 - летию Курского государственного медицинского университета. - 2020. - №1. - С. 556 - 559.
12. Доброхотова Ю.Э., Ихтиярова Г.А., Дустова Н.К. Features of acurrent pregnancy and delivery in pregnant women with varicose// Евразийский вестник педиатрии. - 2020. - № 2 (5). - С. 182 – 186.
13. Дустова Н.К. Особенности течения беременности и родов у пациенток с варикозным расширением вен малого таза и нижних конечностей// Тиббиётда янги кун. - 2018. - № 8. - С. 164 - 167.
14. Дустова Н.К. Ихтиярова Г.А. Аслонова М.Ж. Роль инфекционных факторов при синдроме потери плода// Тиббиётда янги кун. - 2020. - №1 (30/2) - С. 116 - 119.
15. Ихтиярова Г.А., Дустова Н.К., Доброхотова Ю.Э., Матризаева Г.Ж., Аслонова М.Ж. Особенности течение беременности и родов у беременных с варикозной болезнью// Тиббиётда янги кун. - 2020. - №1 (29). - С. 69 - 71.
16. Пулатова Р.А., Дустова Н.К. Варикозное расширение вен таза у женщин, страдающих варикозным расширением вен нижних конечностей// XXI Всероссийский научный форум «Мать и дитя». - 2015. - С. 176 - 177.
17. Тошева И.И., Ихтиярова Г.А. Морфологические и микробиологические изменения в плаценте у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод// Журнал Проблемы биологии и медицины. - 2019. - №4.2(115). - С.146 - 149.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Нигора Кахрамоновна ДУСТОВА,
Гулчехра Акмаловна ИХТИЯРОВА,
Махлие Журабоевна АСЛОНОВА
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара
Кафедра акушерства и гинекологии №1

ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ОТСТОВАНИЯ РОСТА И ГИБЕЛИ ПЛОДА

For citation: N.K. Dustova, G.A. Ikhtiyarova, M.Zh. Aslonova INFLUENCE OF CORONAVIRUS INFECTION ON THE DEVELOPMENT OF STAGGING AND FETAL DEATH Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.47-52

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-88

АННОТАЦИЯ

Последствия инфекции SARS-CoV-2 во время беременности еще не изучены. Однако во всем мире был ряд сообщений о плохих исходах для матери и плода. В этом отчете представлен случай мертворождения с ассоциированной патологией плаценты в течение 35 недели у здоровой беременной женщины с инфекцией SARS-CoV-2.

Ключевые слова: короновирусная инфекция, внутриутробная задержкки плода, ультразвуковые исследование

Nigora Kakhramonovna DUSTOVA,
Gulchekhra Akmalovna IKHTIYAROVA,
Makhlie Zhuraboevna ASLONOVA
Bukhara State Medical Institute, Bukhara
Department of Obstetrics and Gynecology №1

INFLUENCE OF CORONAVIRUS INFECTION ON THE DEVELOPMENT OF STAGGING AND FETAL DEATH

ANNOTATION

The effects of SARS-CoV-2 infection during pregnancy have not yet been studied. However, there have been a number of reports of poor maternal and fetal outcomes around the world. This report presents a 35 week stillbirth with associated placental abnormality in a healthy pregnant woman with SARS-CoV-2 infection.

Key words: coronavirus infection, intrauterine fetal retention, ultrasound

---

Нигора Кахрамоновна ДУСТОВА,
Гулчехра Акмаловна ИХТИЯРОВА,
Махлие Журабоевна АСЛОНОВА

Бухоро Давлат Тиббиёт Институти, Бухоро
1-сон акушерлик ва гинекология кафедраси

КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ҲОМИЛА ЎЛИМИ ВА ЎСИШДАН ОРҚАДА ҚОЛИШИ СИНДРОМИНИНГ РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ

АННОТАЦИЯ

Ҳомиладорлик даврида SARS-CoV-2 инфекциясининг таъсири ҳали тўлиқ ўрганилмаган. Бироқ, бутун дунё бўйлаб она ва ҳомила учун ёмон натижалар ҳақида бир қатор илмий тадқиқотлар мавжуд. Ушбу мақолада SARS-CoV-2 инфекциясининг ҳомила ўсиш нуқсонларига, фетоплацентар тизим кон айланишига таъсири тўғрисида 35 ҳафталикгача бўлган ҳомиладор ва соғлом аёллар текшириш натижалари келтирилган.

Калит сўзлар: коронавирус инфекцияси, ҳомила ичи тутилиши, ултратовуш текшируви

Введение. Плацентарные исследования в этом случае показали очаговый острый хорионит и диффузный инфаркт / ворсинчатый некроз паренхимы плаценты, что привело к обширной недостаточности перфузии сосудов. Вскрытие плода имело наибольшее значение для обнаружения плаценты, врожденных пороков развития обнаружено не было. Результаты в этом случае согласуются с сообщениями в литературе о патологических изменениях плаценты, связанных с COVID-19 [1, 2, 3].

Этот случай гибели плода у женщины с подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2 без каких-либо других медицинских или акушерских нарушений и без альтернативной причины предполагает, что смерть плода может быть результатом COVID-19 во время беременности. Этот результат был подтвержден гистопатологическими данными плаценты [4, 5, 6].

Среди групп риска на заражение COVID-19 особое место занимают беременные женщины. Ультразвуковые исследования при подозрение короновирусной инфекции и при антенатальной гибели плода необходимо проводить при поступлении в родильном комплексе для уточнения давности задержки или гибели плода, определения черепного и плацентарного индекса, характера околоплодных вод, расположения и характера плаценты для выбора метода индукции родов и родоразрешения [7, 8].

Для беременных характерно затяжное течение ОРВИ при отсутствии тяжелых клинических проявлений. Это объясняется способностью вирусов респираторной группы к репродукции в плаценте [9, 10].

Систематический обзор и метаанализ в основном небольших серий случаев показал, что у значительной части женщин с подтвержденной инфекцией COVID-19 исход беременности закончились преждевременными родами до 37 недель в 22% и кесаревом сечением в 48% случаев [19, 20]. Расчетные показатели госпитализации в отделение интенсивной терапии среди беременных (7%) были выше, чем у небеременных женщин (4%), и около 1,9% младенцев, рожденных от этих женщин, дали положительный результат на SARS-CoV-2 [11, 12, 13].

В условиях этой эпидемии очень важно стандартизировать скрининг, госпитализацию и ведение всех подозреваемых / подтвержденных беременных женщин, инфицированных COVID-19, и наилучшим образом подготовить родильные отделения. Ведение должно осуществляться в соответствии с местными, федеральными и международными руководящими принципами, а также были предложены стратегии быстрого создания акушерских отделений.[14, 15, 16].

Коронавирусная инфекция приводит не только к материнским осложнениям, но и к сожалению возможной различной перинатальной заболеванием и патологии, которая часто осложняется самопроизвольными выкидышами (12%),синдромом отставание плода, антенатальной гибелью плода(10%) и преждевременными родами (39%)[17, 18].

Целью исследования является эхо графическое прогнозирование возможной внутриутробной гибели плода (ВГП) при коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Основную группу составили 50 (42,9%) женщины, группу сравнения 50 женщин (42,9%) перенесших различные вирусные инфекции. В контрольную группу были включены 50 (14,3%) пациенток с физиологическим течением беременности и родов, родивших живого ребенка.

В свою очередь основная группа женщин с ВГП (n=50) была разделена на 2 подгруппы: подгруппа 1а – 25 беременных с ВГП в сроке 22-27 недель, подгруппа 1б -25 беременных с ВГП в сроке 28-42 недели

Важным диагностическим методом определения отклонений в размерах головки плода при фетопатиях различной эхопатологии является черепной индекс (Y), представляющий собой отношение бипариетального размера (БПР) головки плода к лобно-затылочному размеру (ЛЗР) и умноженное на коэффициент 100.Индекс Y в качестве детектора угрозы внутри утробной отставание и смерти плода впервые применили HadlockF.P. etal. в 1981году [1,5,9,11]. При физиологически протекающей беременности с ростом гестационного возраста плода постепенно увеличивается и БПР головки плода.Наоборот, уменьшение БПР и параллельное увеличение ЛЗР при относительно неизменной величине окружности головки свидетельствует о внутриутробном страдании плода[2,4,6,8,12].

Результаты. Проведённые нами исследования по изучению изменений БПР головки внутриутробно погибшего плода в основной группе (рис. 1) и группе сравнения (рис.2) показывает, что при физиологически протекающей беременности с увеличением гестационного возраста плода (контрольная группа) постепенно увеличивается. В этом случае параметры БПР ролиот 62,12±1,07 мм при сроке беременности 21-22 недель до 90,11±1,56 мм при сроке беременности 33-34 недель.

В каждом отрезке гестационного периода постепенное увеличение составило от 3,60 мм (между сроками беременности 31-32 и 33-34 недель) до 5,75 мм (между сроками беременности 23-24 и 25-26 недель). Эти данные нами были взяты как норматив для сопоставления с данными основной группы (n=25) и группы сравнения (n=25)

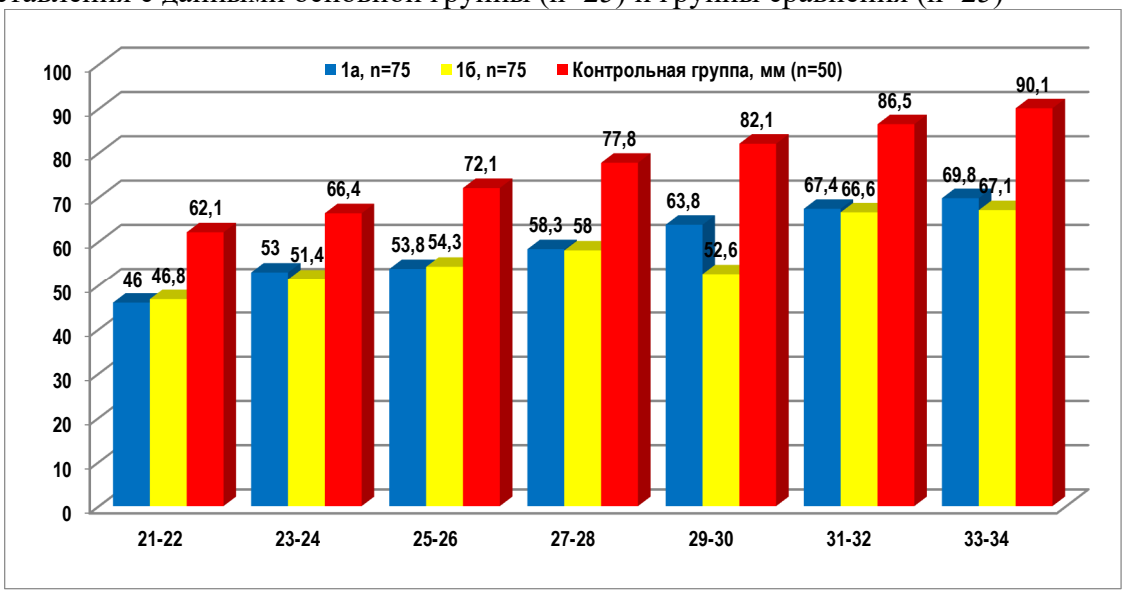


Рис.1. Изменение бипариетального размера (БПР) головки внутриутробно погибшего плода (M±m)

При беременности, протекающей без клинически выраженных осложнений (контрольная группа), Y колебался от 75 до 84. Анализируя динамику показателей ультразвукового исследования в зависимости от срока беременности, мы пришли к заключению, что черепной индекс Y во II-ом триместре значительно меньше, чем в III-ем триместре (75,87±81,83 соответственно при P<0,001).

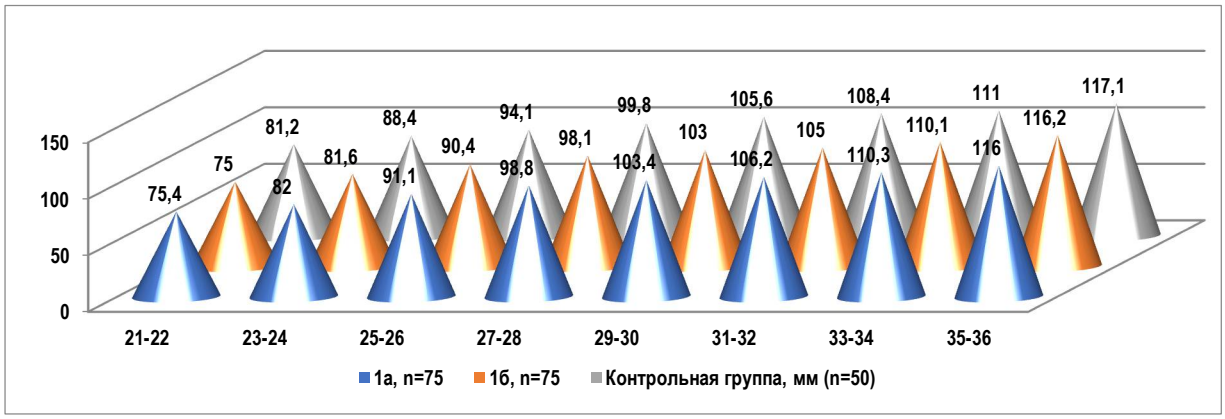


Рис. 3.. Изменение лобно-затылочного размера (ЛЗР) головки внутриутробно погибшего плода (M±m)

При фетопатиях цифровые значения Y снижается до 70-73. Быстрое (в течение 1-1,5 недель) уменьшение показателей Y до 63,24-0,51 (P<0,001) является достоверном признаком неизбежной внутриутробной гибели плода. Следует отметить, что при внутриутробной задержке плодного яйца в матке менее 2 недель среднее значение Y равно 60,05±0,46; при длительной задержке (более 3 недель) Y уменьшался до 54,12±0,36 (P <0,001).

Анализируя динамику показателей ультразвукового исследования в зависимости от срока беременности, мы пришли к заключению, что индекс Y во **II-ом**триместре значительно меньше, чем в III-ем триместре (75,9±0,17 и 81,8±0,32, соответственно, при P<0,001) (рис 4., 5.).

Проведённая нами сонографическая плацентометрия детектировала достоверное уменьшение толщины плаценты по сравнению с гестационной нормой на 2-5 мм у 40% и на 5-8 мм у 30% женщин с внутриутробной гибелью плода или эмбриона (P<0,05) (рис. 7).

Плацентарный индекс J, представляющий собой отношение основных измерений плаценты, рассчитывается по формуле:

$$J = \frac{\textit{диаметр плаценты, см}}{\textit{наибольшая толщина плаценты, см}}$$

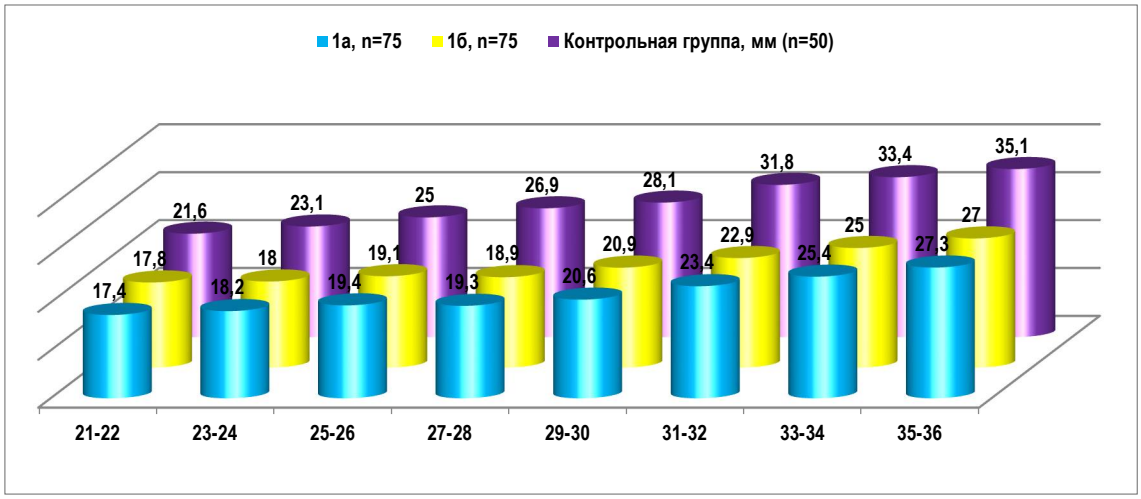


Рис.5. Толщина плаценты в различные гестационные сроки при ВГП

Уменьшение плацентарного индекса и массы плаценты по срокам гестации свидетельствовала о внутриутробном страдании плода и давности гибели плода.

Выводы. Таким образом, ультразвуковые исследования при антенатальной гибели плода необходимо проводить при поступлении в родильном комплексе для уточнения давности гибели плода, определения черепного и плацентарного индекса, характера околоплодных вод, расположения плаценты для выбора метода индукции родов и родоразрешения.

Литература

1. Bakhodirova S.F., Ikhtiyarova G.A., Aslonova M.J. & Davlatov S.S. (2020). Features of perinatal outcomes in women after supporting reproductive technologies . European Journal of Molecular and Clinical Medicine,7 (2), 6350-6356.
2. Bakhramova, S. U., Ikhtiyarova, G. A., Dustova, N. K., & Kudratova, R. R. (2021). Thrombophilic Complications in the Development of Gestional Hypertension. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 6198-6205.
3. Bozorov A.G., Ikhtiyarova G.A. & Davlatov S.S. (2021). Biochemical markers for prediction of premature labor in urogenital infections . International Journal of Pharmaceutical Research, 13, 4894-4898
4. Dustova N.K., Babadjanova G.S., Ikhtiyarova G.A. Peculiarities of pregnancy and lobar peculiarities in patients with varicose veins of the pelvic// International Journal of Bioscience and Biotechnology. - 2019. Vol.11. Iss.9. - P. 92 - 97.
5. Dustova N.K., Hafizova D.A. Prevention of complications of varicose veins of pelvic organs in women of reproductive age// Asian Journal of Multidimensional Research. - 2018. - № 7(11). - P. 14 - 29.
6. Ikhtiyarova G. A., Dustova N. K., Khasanova M. A., Suleymanova G. S., & Davlatov S. S. (2021). Pathomorphological changes of the placenta in pregnant women infected with coronavirus COVID-19. International Journal of Pharmaceutical Research, 13(1), 1935-1942. doi: 10.31838/ijpr/2021.13.01.283
7. Ikhtiyarova G.A., Khamidova Sh.Sh., Matrizayeva J.G., Aslonova M.J., Dustova N.K. & Rozikova D.K. (2020). Uterine fibroids and endometriosis as a problemgenetic of systemic disease Egypt/Egyptology, 17(6),13931-13946
8. Ikhtiyarova G.A., Tosheva I.I., Aslonova M.J. & Dustova N.K. (2020). Prenatal rupture of amnion membranes as A risk of development of obstetrics pathologies. European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 7 (7),530-535.
9. Ikhtiyarova, G. A., Dustova, N. K., Kudratova, R. R., Bakhramova, S. U., & Khafizova, D. B. (2021). Pre-Course Training of Women With Reproductive Loss of Fetus in Anamnesis. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 6219-6226.Kudratova D. Sh., Ikhtiyarova G.A., & Davlatov S.S. (2021). Medical and social problems of the development of congenital malformations during a pandemic. International Journal of Pharmaceutical Research, 13(1), 756-760. doi: 10.31838/IJPR/2021.13.01.130
10. Qurbonova N.I., Khabibova N.N. & Ikhtiyarova G. A. (2020). Hygienic condition of the oral cavity and the level of hygienic knowledge of silk motor workers. European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 7(3), 3027-3033.
11. Zavkibekova T.K., Ikhtiyarova G.A., &Aslonova M.J. (2021) Differential markers for the diagnosis of recurrent benign ovarian tumors in women of reproductive and premenopausal age. International Journal of Pharmaceutical Research, 13, 2896-2901
12. Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А., Хафизова Д.Б., Мирзоева М.Р. Микробиологическая и гормональная характеристика формирования неразвивающейся беременности// Фундаментальные и практические вопросы иммунологии и инфектологии. Сборник научных статей участников международной научно-практической конференции. УФА. - 2018. - С. 9-15.
13. Бабаджанова Г. С. и др. Клинические аспекты варикозной болезни у беременных женщин //Университетская наука: взгляд в будущее. – 2020. – С. 556-559.
14. Бабаджанова Г.С., Дустова Н.К., Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А. Клинические аспекты варикозной болезни у беременных женщин// Международной научной конференции, посвященной 85 - летию Курского государственного медицинского университета. - 2020. - №1. - С. 556 - 559.

15. Доброхотова Ю.Э., Ихтиярова Г.А., Дустова Н.К. Features of acurrent pregnancy and delivery in pregnant women with varicose// Евразийский вестник педиатрии. - 2020. - № 2 (5). - С. 182 – 186.
16. Дустова Н.К. Особенности течения беременности и родов у пациенток с варикозным расширением вен малого таза и нижних конечностей// Тиббиётда янги кун. - 2018. - № 8. - С. 164 - 167.
17. Дустова Н.К. Ихтиярова Г.А. Аслонова М.Ж. Роль инфекционных факторов при синдроме потери плода// Тиббиётда янги кун. - 2020. - №1 (30/2) - С. 116 - 119.
18. Ихтиярова Г.А., Дустова Н.К., Доброхотова Ю.Э., Матризаева Г.Ж., Аслонова М.Ж. Особенности течение беременности и родов у беременных с варикозной болезнью// Тиббиётда янги кун. - 2020. - №1 (29). - С. 69 - 71.
19. Пулатова Р.А., Дустова Н.К. Варикозное расширение вен таза у женщин, страдающих варикозным расширением вен нижних конечностей// XXI Всероссийский научный форум «Мать и дитя». - 2015. - С. 176 - 177.
20. Тошева И.И., Ихтиярова Г.А. Морфологические и микробиологические изменения в плаценте у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод// Журнал Проблемы биологии и медицины. - 2019. - №4.2(115). - С.146 - 149.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Тахмина Куканбековна ЗАВКИБЕКОВА,
Гулчехра Акмаловна ИХТИЯРОВА,
Бухарский государственный медицинский институт,
РНЦЭМП Бухарский филиал, г. Бухара, Узбекистан.

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРОЗОВАНИЙ ЯИЧНИКА И МЕТОДЫ ЕЁ ЛЕЧЕНИИ

For citation: T.K. Zavkibekova, G.A. Ikhtiyarova ANALYSIS OF THE OCCURRENCE OF BENIGN OVARIAN NEOPLASMS AND METHODS OF ITS TREATMENT Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.53-58

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-89

АННОТАЦИЯ

Одной из важных проблем современной медицины и акушерства и гинекологии считается ранняя диагностика и лечение опухолей яичников. В настоящее время рак яичников занимает первое место по смертности, третье место – по распространенности среди других опухолей женской половой сферы и седьмое место в ряду злокачественных опухолей всех локализаций. К сожалению, менее 30% от всех случаев рака яичников диагностируется на стадии I/II по классификации ФИГО. На данном статье проанализированы встречаемость и оптимальный метод коррекции новообразований яичника по данным ретроспективных исследований.

Ключевые слова: новообразований яичника, диагностика, лечение

Takhmina Kukanbekovna ZAVKIBEKOVA,
Gulchehra Akmalovna IKHTIYAROVA
Bukhara State Medical Institute, department of Obstetrics and gynecology
RECEMC Bukhara branch, Bukhara, Uzbekistan.

ANALYSIS OF THE OCCURRENCE OF BENIGN OVARIAN NEOPLASMS AND METHODS OF ITS TREATMENT

ANNOTATION

Early diagnosis and treatment of ovarian tumors is considered one of the important problems of modern medicine and obstetrics and gynecology. Currently, ovarian cancer ranks first in mortality, third in prevalence among other tumors of the female genital tract, and seventh among malignant tumors of all localizations. Unfortunately, less than 30% of all ovarian cancer cases are diagnosed at stage I / II according to the FIGO classification. This article analyzes the incidence and the optimal method for correcting ovarian neoplasms according to retrospective studies.

Key words: ovarian neoplasms, diagnosis, treatment

Такҳмина Куанбековна ЗАВКИБЕКОВА,
Гулчеҳра Акмаловна ИХТИЯРОВА,
Бухоро давлат тиббиёт институти,
РШТЁИМ Бухоро филиали, Бухоро, Ўзбекистон.

ЯХШИ ТУХУМДОН НЕОПЛАЗМАЛАРИ ВА УНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

АННОТАЦИЯ

Замонавий тиббиёт ва акушерлик ва гинекология муҳим муаммолардан бири тухумдон ўсмалари эрта ташхиси ва даволаш ҳисобланади. Айни пайтда, тухумдон саратони ўлим жиҳатидан биринчи ўринда туради, аёл жинсий аъзолари ўсмалари орасида тарқалиши жиҳатидан учинчи ва барча маҳаллий хавфли ўсимталарнинг рўйхатида еттинчи ўринда туради. Ушбу мақола ретроспектив тадқиқотлар маълумотларига кўра тухумдон ўсмалари юзага ва optimal тузатиш усули таҳлил.

Калит сўзлар: тухумдон ўсмалари, ташхис, даволаш

Введение.

Новообразований яичников занимают одно из первых мест среди новообразований женских половых органов. По данным литературы на опухоли яичников приходится от 6-11% [1] от общего числа новообразований женских половых органов. Доброкачественные формы встречаются в 75-82,3% случаев [2] и могут возникать у женщин любого возраста [3]. Однако в 48-64% случаев они развиваются в репродуктивном периоде. Не могут не тревожить данные о росте заболеваемости опухолями яичников в различных регионах в среднем на 3-5%; возможность рецидивов доброкачественных опухолей яичников в оставленном во время предыдущей операции неизмененном яичнике или его фрагменте. Проблема доброкачественных опухолей яичников важна также в связи с возможностью их озлокачествления [3].

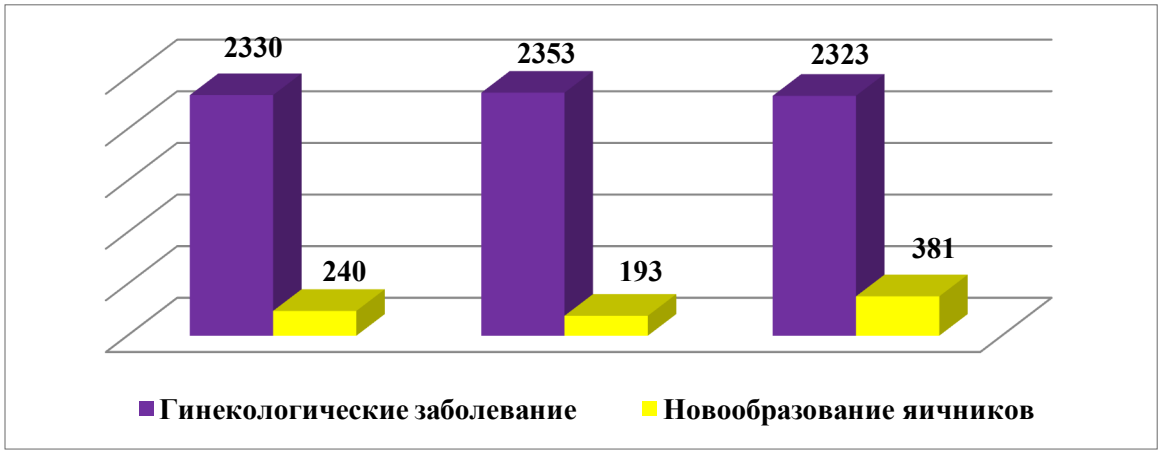
Новообразования яичников в общей структуре гинекологических заболеваний выявляются довольно часто, характеризируются трудностями диагностики на ранних этапах, а при раке яичников - низкой эффективностью лечения и высокими показателями летальности. Крайне неудовлетворительные результаты терапии больных раком яичников по данным литературы связаны с тем, что ко времени установления диагноза у 70% пациенток опухоль диагностируется на поздних стадиях развития. Следовательно, успехи, которые достигнуты в настоящее время в диагностике и лечении этих новообразований, не дали выраженных положительных результатов, что определяется неудовлетворительными отдаленными результатами лечения этой категории больных [5,6].

Цель исследования. Проанализировать встречаемость и определить оптимальный метод коррекции новообразований яичника по данным ретроспективных исследований.

Материалы и методы. Нами проведено ретроспективное исследование в отделении гинекологии Бухарского филиала РНЦЭМП за период 2017 - 2020 гг. Возраст, менархе, семейное положение, менопаузальный статус и подробности клинических проявлений пациенток были записаны в историю болезни при поступлении. Также, были отмечены ультразвуковые и результаты с точки зрения латеральности, размера, эхогенности, расслоения и папиллярной проекции. Из оперативной документации были получены показания к операции, тип оперативного вмешательства и осложнения, такие как перекрут, кровоизлияние и разрыв параовариальной кисты.

Результаты. За 3-летний период с 2017 по 2019 год из 7006 медицинских карт нашего учреждения был идентифицирован 814 пациенток , с диагнозом новообразований яичников, и это в среднем составляет 11,6% из общего числа гинекологических заболеваний.

Рис.1 Встречаемость новообразований яичников из общего числа гинекологических заболеваний



Средний возраст пациенток в нашем исследовании составлял 31,8 года (от 13 до 72 лет), большинство из них (60,83%) относились к группе репродуктивного возраста. Однако 5 пациенток были в менопаузальном возрасте как представлено в табл.1.

Табл.1.

Встречаемость новообразований кист по возростам

	Абсолютная величина	Частота (%)
Подростковый	11	1.39%
Репродуктивный	495	60,83%
Перименопауза	279	34.26%
Менопауза	28	3.49%

Основными жалобами пациенток было боль в животе (67,1%), а также в 32,9% случаев новообразований яичника были обнаружены случайно при визуализации или выполненной по другим причинам. Боль в животе при кисте возникла из-за увеличения кисты у 96 пациентов, перекрут кисты яичника отмечен у 78 пациентов, кровотечение - у 4 пациентов, разрыв кисты - у 125 пациента.

Рис.1. Клиническая картина новообразований яичников

Из случаев случайной кисты яичника 17 случаев были выявлены при оценке нарушения менструального цикла, 16 случая при обследовании на бесплодие, 14 случай при медицинском осмотре.

Встречаемость и виды осложнений новообразований яичников представлено в таблице 2.

Табл.2.

Осложнения новообразований яичников

	Абсолютная величина	Частота (%)
Перекрут кисты яичника	444	54,5%
Кровотечение	23	2,8%
Разрыв	711	87,4%
Доброкачественная опухоль	11	1,39%

Как видно из таблицы осложнениями параовариальной кисты, отмеченными в нашем исследовании, являются перекрут кисты яичника (54,5%), кровотечение (2,8%), разрыв (87,4%) и доброкачественная опухоль (1,38%).

Лечение новообразований яичников (консервативный метод и/или тип хирургического вмешательства) во многом зависело от возраста пациенток, репродуктивным статусом, а также типом новообразований, ее размерами и локализацией. В нашем исследовании из 814 случаев новообразований яичников 408 (50,1%) проведено хирургического вмешательства, аналогично к оперативным методам лечение 406 пациенток (49,1%) проходили консервативный метод лечения, которое завесило от размеров, локализации кист и возраста пациенток. Однако рецидив кист яичников после консервативной терапии встречался часто по сравнении с хирургическом методом лечения (26,4%). Рецидив новообразований придатков после оперативных вмешательств составлял 16,2% случаев.

Табл.3.

Тип хирургического вмешательства новообразований яичников

	Абсолютная величина	Частота (%)
Цистомэктомия	592	69,1%
Электрокоагуляция и ушывание яичника	489	58,2%
Тубоварэктомия	56	5,1%
Вылущивание киста яичника	199	21,1%

Из всех пациенток с новообразованием яичников 84,3% пациентов прошли лапароскопию, 13,72% - открытые операции и 1,96% - вагинально. В частности проводилось цистэктомия и электрокоагуляция с ушыванием яичника 69,1% и 58,2% случаев соответственно. Вылущивание кисты проводилось в 21,1% случаев, а 27,77% пациентов прошли аднексэктомию.

Обсуждение. Новообразование киста может возникать в любой возрастной группе от новорожденного до менопаузы [3,5,7]. Факторы риска развития новообразований кисты изучаются [2,4,6]. Предполагается, что параовариальная киста играет роль в бесплодии и внематочной беременности, нарушая перистальтику маточных труб и сужая просвет маточных труб.

Увеличение параовариальной кисты происходит из-за кистозного расширения эпителия выстилки трубного типа. Увеличение размера кисты в постпубертатном периоде и во время беременности предполагает гормональное влияние на рост параовариальной кисты, но прямая связь четко не продемонстрирована. В отличие от кисты яичника они нефизиологичны и не реагируют на гормоны. Увеличение параовариальной кисты проявляется хронической болью в животе или образованием в брюшной полости или придатках. Клинически параовариальная киста неотличима от кисты яичника. Даже на УЗИ его сложно отличить от кисты яичника.

Перекрут придатка чаще встречается при параовариальной кисте, чем при кисте яичника (2,1–16% против 2,3%). Поскольку параовариальная киста не имеет собственной ножки, она разрывается вместе с яичником, маточной трубой или и тем, и другим. Перекрут придатка чаще встречается с правой стороны (3: 1).

Выводы. Таким образом, его часто ошибочно диагностируют как аппендицит и мочеточниковую колику, и пациента могут поместить в хирургическое отделение. Поскольку это неотложная хирургическая операция, очень важен высокий индекс подозрительности.

Характеристика кисты с помощью ультразвука помогает отличить простую параовариальную кисту от неопластической. Эхогенная параовариальная киста может быть как кровоизлиянием, так и новообразованием.

Оптимальное управление массой придатков требует точного знания природы образования. Киста яичника должна учитываться при дифференциальной диагностике образования придатков как врачом, так и радиологом. Невозможно переоценить важность дифференциации новообразований кисты от кисты яичника.

Необходимо изучить роль выжидательной тактики при параовариальной кисте. Лапароскопический доступ возможен во всех случаях. В каждом случае следует рассматривать возможность операции по сохранению фертильности. Лапароскопическая цистэктомия технически проще и не требует много времени.

Литература

1. Адамян, Л.В. Ошибки в лечении девочек и девушек с новообразованиями яичников / Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, И.Е. Колтунов и др. // Проблемы репродукции. - 2017. - Т. 23, № 5. - С. 89-94.
2. Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А., Хафизова Д.Б., Мирзоева М.Р. Микробиологическая и гормональная характеристика формирования неразвивающейся беременности// Фундаментальные и практические вопросы иммунологии и инфектологии. Сборник научных статей участников международной научно-практической конференции. УФА. - 2018. - С. 9-15.
3. Борисова, Е.А. Факторы риска возникновения рака и доброкачественных опухолей яичников / Е.А. Борисова, Т.А. Макаренко, М.Н. Буланов и др. // Забайкальский медицинский вестник. - 2016. - № 2. - С. 41-46.
4. Дустова Н.К. Ихтиярова Г.А. Аслонова М.Ж. Роль инфекционных факторов при синдроме потери плода// Тиббиётда янги кун. - 2020. - №1 (30/2) - С. 116 - 119.
5. G.A.Ikhtiyarova, Sh.Sh.Khamidova, J.G.Matrizayeva, M.J.Aslonova, Dustova N.K, Rozikova D.K. (2020). UTERINE FIBROIDS AND ENDOMETRIOSIS AS A PROBLEM GENETIC OF SYSTEMIC DISEASE. Palarch's Journal of Archaeology of Egypt / Egyptology, 17(6), 13931-13946.
6. Oripova F.Sh, Nuraliev N.A., Ikhtiyarova.G.A. Diagnostic Value Determination of Antibodies to Antigens of Micro - organisms in women with inflammatory diseases of the pelvic organs// American journal of medicine and medical sciences. - 2020. - № 10(2). - P. 124 - 126.
7. Shakhnoza F. Bakhodirova, Gulchekhra A. Ikhtiyarova, Aslonova M.J., Salim S. Davlatov. Features of perinatal outcomes in women after supporting reproductive technologies // European Journal of Molecular & Clinical Medicine ISSN 2515-8260 Volume 07, Issue 02, 2020.p-6350
8. T.K. Zavkibekova, G.A. Ikhtiyarova, M.J. Aslonova. Differential markers for the diagnosis of recurrent benign ovarian tumors in women of reproductive and premenopausal age // International Journal of Pharmaceutical Research | Jan - Mar 2021 | Vol 13 | Issue 1/ P 2896-2901
9. Oripova F.S., Ikhtiyarova G.A., Davlatov S.S. Pathomorphological characteristics of the vaginal mucosa in experimental notspecific vaginitis and various methods of treatment // International Journal of Pharmaceutical Research, 13 (1), (2020) pp.761-765.
10. Kudratova, D. Sh, Ikhtiyarova, G.A., & Davlatov, S.S. (2021). Medical and social problems of the development of congenital malformations during a pandemic. International Journal of Pharmaceutical Research, 13(1), 756-760. doi: 10.31838/ijpr/2021.13.01.130
11. Завкибекова Т.К., Ихтиярова Г.А., Ихтиярова Д.Ф. Ретроспективный анализ встречаемости доброкачественных новооброзований яичника и методы её коррекции // Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021, №1.1 (126) стр. 97-99
12. Oripova F.Sh, Ikhtiyarova G. A., Kurbanova Z.Sh. Reproductive rehabilitation of women with chronic inflammatory diseases of the genitals.// Journal of biomedicine and practice special issue 2. - 2020. - P. 56 - 59.

13. Gulnoz Sh. Mavlonova., Gulchexra A. Ikhtiyarova., Ikrom I. Amonov., Zamira Sh.Kurbanova. The microelement status of girls suffering from juvenile uterine bleeding//European Journal of Molecular & Clinical Medicine ISSN 2515-8260 Volume 07, Issue 02, 2020
14. Ikhtiyarova, G. A., Tosheva, I. I., Aslonova, M. J., & Dustova, N. K. (2020). Prenatal rupture of amnion membranes as A risk of development of obstetrics pathologies. European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 7(7), 530-535.
15. Ихтиярова Г.А., Аслонова М.Ж., Курбанова З.Ш., Калиматова Д.М. Перспективы диагностики эндометриоза с учетом роли генетических факторов в патогенезе заболевания. РМЖ. Мать и дитя. 2021;1:12-16. DOI: 10.32364/2618-8430-2021-4-1-12-16.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Умида Хабибуллаевна СОЛИЕВА
Намуна Хасанбой кизи МАДОЛИМОВА
Дилноза Джавдатовна САИДЖАЛИЛОВА
Кафедра акушерства и гинеколоии №1
Ташкентская медицинская академия,Узбекистан.
E-mail:namuna.madolimova@mail.ru

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ БРОНХОПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ

For citation: U.Kh. Soliyeva, N.Kh. Madolimova, D.D. Saidjalilova CURRENT OUTCOME OF PREGNANCY AND DELIVERY OF BRONCHOPNEUMONIA ON THE BACKGROUND OF ACUTE RESPIRATORY INFECTION Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.59-64

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-90

АННОТАЦИЯ

Бронхопневмонии (БП) на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ) - значимая клиническая проблема, с которой имеют дело врачи во всем мире. Особенностью бронхопневмоний на фоне ОРИ у беременных является не типичность клиники. Исходя из этого, мы определили наши цели: определить роль бронхопневмонии в развитии акушерских осложнений, в зависимости от степени тяжести заболевания и срока гестации. Структура и частота акушерских и перинатальных осложнений зависели от срока гестации.

Ключевые слова: беременность, роды, ОРИ, грипп, бронхопневмония, течение и исход беременности, акушерские и перинатальные осложнения.

Umida Khabibullayevna Soliyeva
Namuna Khasanboy kizi, Madolimova
Dilnoza Djavdatovna Saidjalilova
Department of Obstetrics and Gynecology №1,
Tashkent medical academy, Uzbekistan
E-mail:namuna.madolimova@mail.ru

CURRENT OUTCOME OF PREGNANCY AND DELIVERY OF BRONCHOPNEUMONIA ON THE BACKGROUND OF ACUTE RESPIRATORY INFECTION

ANNOTATION

ARI-associated bronchopneumonia is a common clinical problem faced by doctors around the world. A feature of bronchopneumonia against the background of ARI in pregnant women is the atypical nature of the clinic. Based on this, we set a goal for ourselves: to determine the role of bronchopneumonia in the development of obstetric complications, depending on the severity of the

disease and the gestational age. The structure and frequency of obstetric and perinatal complications depended on the gestational age in which the BP was happened:

Keywords: pregnancy, childbirth, ARI, influenza, bronchopneumonia, course and outcome of pregnancy, obstetric and perinatal complications.

Умида Хабибуллаевна СОЛИЕВА
Намуна Хасанбой кизи МАДОЛИМОВА
Дилноза Джавдатовна САИДЖАЛИЛОВА
1-сонли Акушерлик ва гинекология кафедраси,
Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон.
E-mail:namuna.madolimova@mail.ru

ЎТКИР РЕСПИРАТОР ИНФЕКЦИЯЛАР ФОНИДА РИВОЖЛАНГАН БРОНХОПНЕВМОНИЯДА ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ТУҒРУҚ КЕЧИШИ ВА ОҚИБАТИ

АННОТАЦИЯ

Ўткир респираторли инфекция (ЎРИ) фонида ривожланган бронхопневмония (БП) бутун дунё шифокорлари дуч келадиган кенг тарқалган клиник муаммо ҳисобланади. Ҳомиладор аёлларда ЎРИ фонида ривожланган бронхопневмониянинг ўзига хос хусусияти клиниканинг атипиклигидир. Шунга асосланиб биз ўз олдимизга мақсад қўйдик: касалликнинг оғирлиги ва ҳомиладорлик ёшига қараб, акушерлик асоратларини ривожланишида бронхопневмониянинг ролини аниқлаш. Акушерлик ва перинатал асоратларнинг структураси ва частотаси бронхопневмония ўтказган ҳомиладорлик муддатига боғлиқ бўлди.

Калит сўзлар: ҳомиладорлик, туғруқ, ЎРВИ, грипп, бронхопневмония, ҳомиладорликнинг кечиши ва натижаси, акушерлик ва перинатал асоратлар.

Актуальность: Бронхопневмонии (БП) на фоне ОРИ - широкоизвестная клиническая проблема, с которой сталкиваются врачи во всем мире [1,4]. Особенностью бронхопневмоний на фоне ОРИ у беременных является нетипичность клиники. Заболевание характеризуется наличием короткого продромального периода в виде температурной реакции в течение 1-4-х дней с внезапным ухудшением состояния, быстрым развитием полиорганной недостаточности, инфекционно-токсическим шоком. Причиной такой динамики заболевания до конца не установлены [2,5]. Аналогичные ситуации по данным литературы, в каких-либо других регионах мы не выявили.

К предрасполагающим факторам в развитии БП у беременных относят эпидемии гриппа и ОРВИ.

Цель: Определить роль бронхопневмонии в развитии акушерских осложнений, в зависимости от степени тяжести заболевания и срока гестации

Для реализации намеченной цели поставлены задачи:

1. Установить особенности течения бронхопневмонии у беременных в различные сроки гестации.
2. Изучить структуру развившихся акушерских и перинатальных осложнений, в зависимости от тяжести заболевания и срока гестации, в котором перенесли БП.
3. Оценить связь морфологических изменений в плаценте с тяжестью течения бронхопневмонии.

Клиническое наблюдение осуществлено у 97 беременных, поступивших в №9 родильный комплекс, которым выставлен диагноз бронхопневмония. Все беременные с БП тяжелой степени госпитализированы в отделение реанимации, а беременные с БП среднетяжелой степени в палаты интенсивной терапии.

Из 97 беременных с бронхопневмонией: в I триместре переболело 18 женщин, во II триместре – 30 женщин, в III - 49. По частоте встречаемости пневмонии превалирует срок гестации от 22 до 37 недель – 49 пациенток (50,5%). В зависимости от тяжести заболевания

женщины были подразделены на следующие подгруппы: А подгруппу составили беременные с БП среднетяжелой степени; Б подгруппу составили беременные с тяжелым течением БП.

Результаты исследования: В результате проведенного анализа было установлено, что одним из факторов риска развития пневмонии являются эпидемии гриппа и ОРВИ. Фон для развития среднетяжелой и тяжелой бронхопневмонии был неблагоприятным, вследствие наличия соматической патологии, отягощенного ВЗОМТ гинекологического и отягощенного акушерского анамнеза.

Подозревается диагноз бронхопневмония при появлении у больного лихорадки в сочетании с жалобами на кашель, одышку, отделение мокроты. Обращали также внимание на наличие специфических проявлений ОРИ: общее недомогание, кашель, слабость, потливость.

Все поступившие в стационар беременные со среднетяжелой степенью БП имели длительность течения заболевания от 2 до 5- суток, в среднем 3,6±3,2. Во всех случаях состояние женщин в стационаре было средней тяжести. Беременные предъявляли жалобы на одышку, першение в горле, кашель, впервые дни обычно сухой, общую слабость, головную боль, 49% беременных отмечали потоотделение по ночам.

Объективными признаками пневмонии были укорочение (тупость) перкруторного тона над пораженным участком легкого, бронхиальное дыхание при локальном выслушивании, наличии звучных мелкопузырчатых хрипов или инспираторной крепитации, усилении бронхофонии и голосового дрожания. Оценивая состояние можно рассудить что у части больных объективные признаки пневмонии могли отличаться от типичных или не проявляться вовсе (примерно 20%).

Рентгенография грудной клетки оставалось наиболее важным диагностическим исследованием. При диагностировании БП практически всегда требуется обнаружение очагово-инфильтративных изменений в легких, при наличии соответствующей симптоматики. Рентгенографии органов грудной клетки высокозначима и ценна не только в верификации диагноза бронхопневмонии (как правило, при наличии соответствующих клинических признаков), но и при оценке динамики процесса, эффективность лечения и выздоровления. Степень тяжести заболевания можно определить по изменениям на рентгенограмме (распространенность инфильтрации, наличие или отсутствие выпота) соответствующее состоянию, и служат своеобразным «проводником» в выборе антибактериальной терапии. При рентгенологическом исследовании беременных со среднетяжелой БП выявлялись очаговые инфильтративные затемнения. Иногда рентгенологическая картина была единственным признаком, свидетельствующим о пневмонии, аускультативно-перкуторные признаки при этом отсутствовали

У 51 беременных со среднетяжелой степенью заболевания преобладало одностороннее поражение легких: в 28 случаях (51,7%)-левостороннее поражение, в 21-ти (41,3%) – правостороннее, и в 2-х случаях (6,8%) установлено двустороннее поражение.

При бронхопневмонии характерным аускультативным признаком явилось крепитация, выслуживающаяся над очагом воспаления. Она напоминала мелкий треск. Крепитация появляется при разливании во время вдоха стенок альвеол, пропитанные воспалительным экссудатом. Особенность состоит в том, что крепитация выслушивается только во время вдоха и неслышна во время выдоха. Протяженность и стадия пневмонического очага возможно оценить появлением и исчезновением крепитации, как и громкость ее, и обширность зоны ее выслушивания.

Синдром интоксикации проявлялся всеми известными признаки, такими как общая слабость, снижение работоспособности, потливость (преимущественно ночью и даже при незначительной физической нагрузке), снижение аппетита, головная боль, при тяжелом течении заболевания - спутанность сознания. Интоксикация у беременных с БП среднетяжелой степени была менее выражена. Результаты УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ исследования не выявили патологических изменений, что дает нам основание считать, что состояние беременных было стабильным.

Таким образом, исход заболевания во многом зависел от тяжести состояния

беременной при поступлении в стационар. Своевременная обращаемость и госпитализация беременных с БП среднетяжелой степени позволило предупредить легочные и внелегочные осложнения угрожаемые жизни матери и плода, своевременно провести терапию и пролонгировать беременность.

Тяжелое течение БП характеризуется много долевым поражением и такими осложнениями, как дыхательная, сосудистая недостаточность, нарушение выделительной функции почек (17). В момент госпитализации, как правило, имели место признаки выраженной дыхательной недостаточности: вынужденное положение беременных (ортопное), тахипное, дискомфорт, наличие акроцианоза у 27 (58,7%), выраженный цианоз – у 10,9%. Лихорадка выше 38˚С отмечена у 91,3% на фоне выраженного интоксикационного синдрома.

Развитие желтухи сопровождалась тяжелым течением бронхопневмонии, что проявляется при нарушении функциональной способности печени в связи с выраженной интоксикацией. При тяжелом течении бронхопневмонии желтуха могла быть также обусловлена развитием неспецифического гепатита.

Снижение количества тромбоцитов в крови у больных пневмонией отмечали также ряд авторов. Ее объясняют попаданием в кровь веществ бактериальной природы, обладающих тромбопластической активностью и вызывающих ДВС и связанную с ним агглютинацию тромбоцитов.

Лабораторные инструментальные методы имели дополнительное значение в уточнении степени вовлечения в процесс других органов и систем и развития осложнений.

Таблица 1.

Факторы риска нарастания тяжести бронхопневмонии

Клинические данные	Лабораторные данные
1.одышка	1.Лейкопения или лейкоцитоз (менее)
2.Температура более 38,5^{0}С	2.Гематокрит менее 30%
3.Очаги внелегочной инфекции	3.Гипоксемия (PaO_2<60 мм.рт.ст.)
4. Сосудистая недостаточность (САД <90 мм.рт.ст. или ДАД <60 мм.рт.ст.	4.Рентгенологические признаки: -поражение более одной доли; -быстрое увеличение инфильтрации.
5.нарушение сознания	5. нарушение диуреза

Таким образом, особенностями тяжелого течения БП у беременных являются выраженная клиническая симптоматика, значительные изменения лабораторных показателей. У беременных с БП различной степени тяжести наблюдалась активация сосудисто-тромбоцитарного и прокоагулянтного звеньев системы гемостаза, что приводило к истощению антикоагулянтоной системы организма. Которое вначале усиливает фибринолиз, а затем истощает эту систему и в конечном счете может явиться причиной акушерских осложнений (кровотечения).

В соответствии с задачами исследования нами был проведен сравнительный анализ течения беременности и родов, а также состояние плода и новорожденного у женщин с БП, перенесших в различные сроки гестации.

Сравнительный анализ особенностей течения беременности выявил что, при БП у женщины во время беременности развиваются такие осложнения как угроза прерывания беременности, преждевременная отслойка плаценты, активация внутрисосудистого свертывания, преэклампсия, плацентарная дисфункция. При БП во II и в ранних сроках III триместра выявлено статистически значимая частота СОРП, чем при БП в I и в конце III триместра. Тяжелая БП отличалась от среднетяжелой более коротким временем пролонгирования беременности, более поздней выпиской родильниц из стационара.

Анализ результатов ультразвукового сканирования (УЗИ) позволил установить у 41,2% беременных с БП наличие петрификатов в плаценте, что свидетельствует о перенесенных

микроинфарктах в ткани плаценты. Указанные изменения являлись причиной хронической внутриутробной гипоксии плода в результате нарушения транспорта кислорода. Результаты УЗ исследования показали, что наиболее частым осложнением у плода беременных, перенесших во время беременности БП, является ХГВП. Анализ результатов осложнений плода и новорожденного у женщин, перенесших БП тяжелой степени показал, что частота их встречаемости различия и резко нарастает в зависимости от тяжести заболевания.

Сравнительный анализ исходов родов показал более высокую частоту преждевременных родов (26,1%), РДС, асфиксию средней и тяжелой степени, неонатальную смертность (43‰) у беременных, перенесших БП тяжелой степени. Следует отметить, что ранние преждевременные роды в сроке 22-33 недели (10,9%) и неонатальная смертность были отмечены только в группе с тяжелым течением БП.

Необходимость экстренного досрочного родоразрешения в группе с тяжелым течением БП чаще была обусловлена выраженными нарушениями состояния (более тяжелыми клиническими проявлениями БП), как беременной, так и плода и составила 13,04%, в то время как в группе с БП среднетяжелой степени показаниями к родоразрешению в 2% случаев служило неубедительное состояние плода.

Среднее значение срока родов в группе с тяжелой БП составило 33,1±2,3 нед., в группе со среднетяжелой БП - 38,1±1,01 нед, в контрольной группе - 40,0±0,5 нед. Ранние преждевременные роды в сроке 22-33 недели были отмечены только в группе с тяжелым течением БП у 10,9% женщин. Преждевременные роды в сроке 34-37 недели статистически значимо чаще имели место в группах с БП (15,2 и 13,7%, соответственно, $p<0,05$) . Своевременные роды статистически чаще встречались в группе со среднетяжелым течением БП и контрольной группе по сравнению с группой с тяжелой БП ($p<0,01$).

Для подтверждения роли инфекционно-воспалительного процесса организма (бронхопневмонии) в развитии вышеуказанных осложнений нами проведено морфологическое исследование плацент. Изучение плацент женщин с БП показало, что морфологическая картина плаценты свидетельствует о плацентарной недостаточности, и различной степени и локализации воспаления в ткани плаценты (базальный децидуит, виллузит, интервиллузит).

Морфологическое исследование плацент родильниц, перенесших БП во время гестации, позволило выявить морфологические признаки плацентарного нарушения за счет воспалительных изменений, характеризующиеся снижением плацентарного кровообращения, что повлекло за собой негативное влияние на развитие плода и сроки родоразрешения.

Заключение: Структура и частота акушерских и перинатальных осложнений зависели от срока гестации, в котором произошло АД:

в первом триместре наиболее частыми осложнениями были угроза прерывания беременности (55,5%), неразвивающаяся беременность (27,8%), аномалии развития плода (11,1%), дисфункция плаценты (22,2%);

во втором триместре - поздние самопроизвольные выкидыши (10%), обострение хронической патологии (50%), дисфункция плаценты (30%), преэклампсия (20%);

в третьем триместре переход к крайне тяжелой пневмонии (18,4%), диссеминированному внутрисосудистому свертыванию (38,8%), нарушению функции печени (18,4%), преждевременным родам (12,2%), преэклампсии (10,2%%) и преждевременному отслоению нормально расположенная плацента (4,1%).

И установлена взаимосвязь между тяжестью течения заболевания и сроком гестации, согласно которой умеренное АД чаще всего встречалось во II триместре беременности (47,1%), тяжелое - в III триместре (73,9%). АД тяжелой степени, акушерские и перинатальные осложнения встречались в 2 раза чаще, чем при средней: преждевременные роды - 26,5%, преэклампсия - 11,7%, дисфункция плаценты - 38,2%, синдром задержки роста плода - 29,4%.

Список литературы

1. Абросимов, В.Н. Клинические особенности грипп-ассоциированной внебольничной пневмонии тяжёлого течения / В.Н. Абросимов, Е. В. Алмазова // Российский медико-биологический вестник. - 2012. - № 6. - С.84-88.
2. Авдеев, С. Н. Пневмония и острый респираторный дистресс-синдром, вызванные вирусом гриппа А/Н1Ш / С.Н. Авдеев // Пульмонология. -2010. -Прил.: Грипп А/НШ1. - С. 32-46.
3. Авдеев, С. Н. Пневмония при гриппе / С. Н. Авдеев // Русский медицинский журнал. - 2012. - Т. 8, № 13/14. - С. 545-547.
4. Белокриницкая, Т. Е. Тяжелые формы гриппа у беременных: факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Т. Е. Белокриницкая, Д. А. Тарбаева, А. Ю. Трубицына // Врач. - 2013. -№ 2. - С. 32-36.
5. Долгушина, Н. В. Вирусные инфекции у беременных: руководство для врачей / Н. В. Долгушина, А. Д. Макацария. - Москва: Триада-Х, 2009. -С. 89-144.
6. Допплерография в акушерстве / М. В. Медведев, А. Курьяка, Е. В. Юдина. - 1-е изд. - М.: РАВУЗДПГ, Реальное время, 1999. - С. 128-160
7. Жаркин, Н. А. Грипп и вызванная им пневмония у беременных: уроки пандемии / Н. А. Жаркин, Н. Д.Подобед // Журнал практического врача акушера-гинеколога. -2010. -№ 1.-С. 11-15.
8. Зазирняя, Н.И. Осложнения беременности при острых респираторных вирусных инфекциях и их профилактика: автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.01.01. / Зазирняя Наталья Игоревна. - Волгоград, 2012. - С. 8-25.
9. Киселёв, О.И. Грипп при беременности: сочетание функциональной и инфекционной иммуносупрессии / О.И. Киселев, В.И. Покровский. -Санкт-Петербург, 2012. - С. 141-148.
10. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. - Москва: Триада-Х, 2013. - С. 885-896.
11. Acs, N. Maternal influenza during pregnancy and risk of congenital abnormalities in offspring / N. Acs, F. Banhidy, E. Puho // Birth. Defects Resio Clin. Mol. Teratol. - 2005. - Vol. 73, № 12. - P. 989-996.
12. Akercan, F. The immunohistochemical evaluation of VEGF in placenta biopsies of pregnancies complicated by preeclampsia / F. Akercan, T. Cirpan, M. C. Terek // Arch. Gynecol. Obstet. - 2008. - Vol. 277, № 2. - P. 109-114.
13. Getahun D., Ananth C.V., Peltier M.R. et al. Acute and chronic respiratory diseases in pregnancy: associations with placental abruption // Am. J. Obstet. Ginecol. 2006, Oct. - Vol. 195(4). - P. 1180-1184.
14. Goodnight W., Seper D. Pneumonia in pregnancy // Crit. Care Med. -2005. Vol. 33. - Suppl. 10. - P. 390 - 397.
15. Griffits P.D, Ronalds C., Hlath R. A prospective study of influenza: infections during pregnancy // J. Epidemiol. Commun. Hlth. 2000. - Vol. 34. - P. 124 – 128

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Феруза Шопулатовна ОРИПОВА,
Гулчехра Акмалевна ИХТИЯРОВА,
Кодир Шукрлаевич ШУКРУЛЛАЕВ,
Мухаё Тухтасиновна ХАМДАМОВА.
Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, кафедра акушерства и гинекология Ташкентская медицинская академия Ургенчского филиала, кафедра патологическая физиология e-mail: oripova.feruza@bk.ru,

НОВЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЯ (КЛИНИКО –ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

For citation: F.Sh. Oripova, G.A. Ikhtiyarova, K.Sh. Shukrullaev, M.T. Khamdamova NEW METHODS OF CORRECTION OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITALIA (CLINICAL AND EXPERIMENTAL STUDY) Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.65-71

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-91

АННОТАЦИЯ

Данная статья посвещается к разработке нового метода лечения неспецифического вагинита и проведены экспериментальные исследования новых суппозиториев вагинальных «Куркувир» в условиях экспериментального вагинита, вызванного азотнокислым серебром. Установлено, что на фоне экспериментальной патологии суппозитории вагинальные «Куркувир» проявляли противовоспалительный и репаративный эффекты.

Ключевые слова: масло куркумы; Пависин; суппозитории вагинальные; экспериментальный вагинит.

Feruza Shopulatovna ORIPOVA,
Gulchehra Akmalevna IKHTIYAROVA,
Koder Shukrlaevich SHUKRULLAEV,
Mukhayo Tukhtasinovna KHAMDAMOVA
Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino Department of Obstetrics and Gynecology, Tashkent Medical Academy of the Urgench branch Department of Pathological Physiology e-mail: oripova.feruza@bk.ru,

NEW METHODS OF CORRECTION OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITALIA (CLINICAL AND EXPERIMENTAL STUDY)

ANNOTATION

This article is devoted to the development of a new method for the treatment of non-specific vaginitis and experimental studies of new vaginal suppositories "Kurkuvir" were conducted in the conditions of experimental vaginitis caused by silver nitric acid. It was found that against the background of experimental pathology, the vaginal suppositories "Kurkuvir" showed anti-inflammatory and reparative effects.

Key words: turmeric oil; Pavisin; vaginal suppositories; experimental vaginitis.

Феруза Шопулатовна ОРИПОВА,
Гулчехра Акмалевна ИХТИЯРОВА,
Кодир Шукрлаевич ШУКРУЛЛАЕВ,
Мухаё Тухтасиновна ХАМДАМОВА
Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти акушерлик ва гинекология кафедраси,
Тошкент тиббиёт Академияси Урганч филиали патологик физиология кафедраси
e-mail: oripova.feruza@bk.ru

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЯНГИ УСУЛЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ (КЛИНИК ВА ЕКСПЕРИМЕНТАЛ ТАДҚИҚОТЛАР)

АННОТОЦИЯ

Ушбу мақола номахсус вагинитни даволаш учун янги усул ишлаб чиқиш ва янги вагинал шамчалар "Куркувир" нинг экспериментал тадқиқотлари кумуш нитрат кислота билан боғлиқ экспериментал вагинит шароитида ўтказганлигига бағишланган. Бу експериментал патология фонида, вагинал шамчалар "Куркувир" яллиғланишга қарши ва репаратив таъсирини кўрсатади.

Калит сўзлар: куркума ёғи; Пависин; қин шамчалари; експериментал вагинит.

Актуальность. Инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов занимают особое место в структуре общей заболеваемости, поскольку могут оказывать непосредственное влияние на репродуктивную функцию. Неспецифический вульвовагинит (НВ) является одним из наиболее часто встречающихся и рецидивирующих заболеваний влагалища у женщин любого возраста [1, 2]. Согласно современным данным, НВ страдает почти каждая пятая-шестая пациентки гинекологической практики. После бактериального вагиноза, вульвовагинального микоза и трихомоноза НВ стабильно занимает 4-е место в структуре всех инфекционно-воспалительных заболеваний нижнего отдела женских половых органов [3,13,16]. В последние годы все больше внимания уделяется поиску оптимальных путей решения проблем, связанных с их лечением. Актуальность этого направления определяется тенденцией к генерализации и хронизации воспалительных процессов, развитием серьезных патофизиологических и патоморфологических изменений в пораженных тканях и органах, вовлечением в патологический процесс иммунной, нервной, эндокринной, репродуктивной и других систем организма [4,14,17]. Локальный путь введения лекарственных средств позволяет снизить фармакологическую нагрузку на организм женщины, его преимуществами являются простота и удобство применения, отсутствие абсолютных противопоказаний (кроме индивидуальной непереносимости компонентов препарата), а также возможность применения у больных с экстрагенитальной патологией.

Цель. Определение фармакологической (противовоспалительной и репаративной) активности новых вагинальных суппозиториев «Куркувир» на модели экспериментального вагинита, вызванного химическим агентом.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования были проведены на кроликах-самках весом 2800–3000 г. Уход за ними (включая эвтаназию) в ходе

эксперимента осуществляли согласно имеющимся документам, которые регламентируют организацию работы с использованием экспериментальных животных. Были соблюдены принципы «Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1985) [10,11,18], принятых I Национальным конгрессом по биоэтике (Киев, 2000), которая согласуется с положениями Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей. После завершения эксперимента кроликов выводили из опыта в соответствии с этическими принципами экспериментов на животных.

Объектом исследования были суппозитории вагинальные «Куркувир» на основе масло куркумы в комплексе медь хелат, разработанные сотрудниками лаборатории технологии лекарств «ООО Мед Стандарт» под руководством профессора А. Н. Юнусходжаева. В качестве препаратов сравнения были выбраны суппозитории «Пависин» («Mu Lin Sen», Кыргызистан). Патологию воспроизводили путем введения во влагалище опытным животным тампона с 10 % раствором азотнокислого серебра и его экспозицией 5 мин [9,19]. Со следующего дня после моделирования патологии начинали лечение исследуемыми суппозиториями «Куркувир», препаратами сравнения, а также плацебо 1 раз в сутки. Длительность данной модели 7 дней. После моделирования патологии животные были разделены на 2 группы: 1-я основная группа с неспецифическим вагинитом, леченные препаратом «Куркувир»(масло куркумы с хелат медью) по свече в день в течение 7 дней; 2-я группа сравнения НВ, леченные препаратом «Пависин» (масло куркумы и борнеол) по свече в день в течение 7 дней. Длительность данной модели составила 7 дней. Дозы исследуемых суппозиториев и препаратов сравнения вводили в пересчете с учетом обще используемых в экспериментальной фармакологии коэффициентов видовой стойкости Ю. Р. Рыболовлева [7,20].

С целью более детального определения выраженности воспалительного процесса, а также лечебное действие препарата сравнения и исследуемого средства, на 1-е и 7-е сутки эксперимента оценивали показатели: ph-метрии влагалища, полуколичественной оценки по площади поражения слизистой оболочки влагалища в баллах, оценки микробиоциноза при помощи современного экспресс теста Фемофлор -16, цитологических и морфологических данных.

Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи программы «Statistica 6.0».

Результаты и обсуждение. Поскольку вагиниты у женщин всегда отягощаются бактериальной инфекцией [6,15,21], очень проблематично изучить противовоспалительные и репаративные свойства лекарственных средств именно на фоне данной патологии. Поэтому мы моделировали вагинит с помощью азотнокислого серебра, вызывающего повреждения во влагалище, неотягощенные инфекцией, для исследования репаративных и противовоспалительных свойств исследуемых лекарственных средств. [13,14,22]. На состояние слизистой оболочки влагалища (СОВ) проводили полуколичественную оценку суммы основных признаков воспаления в баллах по трем параметрам: отек, гиперемия, кровоизлияние. [8,12,23].

Анализ результатов исследования свидетельствует о том, что одноразовое местное влияние азотнокислого серебра на СОВ кроликов приводит к развитию вагинита в течение 7-ми суток по сравнению с интактными животными. На это указывают показатели на 7-е сутки эксперимента, характеризующие состояние СОВ. (таб.1).

Показатели состояния СОВ у кроликов на модели «химического» вагинита на 1-е сутки (n = 10)

Осмотр в зеркалах		
1й день	1-группа леченные с «Куркувир» Масло куркумы 50мг, медь хелат 17.5мг, нитрат эконазол 0.2мл	2-группа леченные с «Пависин» Масло куркумы – 82мг, борнеол – 75 мг. Вспомогательные вещества:

	(противогрибковое в-во). Вспомогательные вещества: политиленгликоль 1500, полисорбат80.	этанол, макрогол 400, макрогол 4000, полиоксил (40) стеарат, лаурокапрам.
	3-балл	3-балл

Примечания: * -баллы присваивали в зависимости от выраженности признаков: 0 баллов — признак отсутствует; 1 балл — признак выражен незначительно; 2 балла — признак выражен умеренно; 3 балла — признак резко выражен

Угнетение местного воспалительного процесса под воздействием суппозиториев вагинальных «Куркувир» и референс-препаратов также отображается в достоверном по отношению к группе контрольной патологии уменьшении интенсивности отека, гиперемии и количества кровоизлияния, интегральным показателем состояния СОВ — суммой баллов (таб.2). Суппозитории вагинальные «Куркувир» уменьшали данный показатель в 2,2 раза, а суппозитории «Пависин» — в 2,2 и 1,56 раз соответственно.

Влияние исследуемых суппозиториев на показатели состояния СОВ у кроликов на модели «химического» вагинита на 7-е сутки (n = 10)

Осмотр в зеркалах		
7й день	1-группа леченные с «Куркувир» Масло куркумы 50мг, медь хелат 17.5мг, нитрат эконазол 0.2мл (противогрибковое в-во). Вспомогательные вещества: политиленгликоль 1500, полисорбат80.	2-группа леченные с «Пависин» Масло куркумы – 82мг, борнеол – 75 мг. Вспомогательные вещества: этанол, макрогол 400, макрогол 4000, полиоксил (40) стеарат, лаурокапрам.
	0-балл	2-балл

Примечания: * -Показатель у кроликов-самок после лечения исследуемыми суппозиториями на фоне «химического»вагинита на 7-е сутки модельной патологии (n = 10); * — отклонение показателя достоверно относительно контрольной патологии, $p \leq 0,05$.

Анализ динамики изменения pH влагалища экспериментальных животных показал, в 1-й группе данный показатель статистически значимо снижается, составляя на 7-й день эксперимента 5,2±0,05 (рис.1). У кроликов 2-й было выявлено изменения pH влагалища, к концу эксперимента данный показатель составил 6,12±0,05 и 6,12±0,06 на 7-й день опыта.

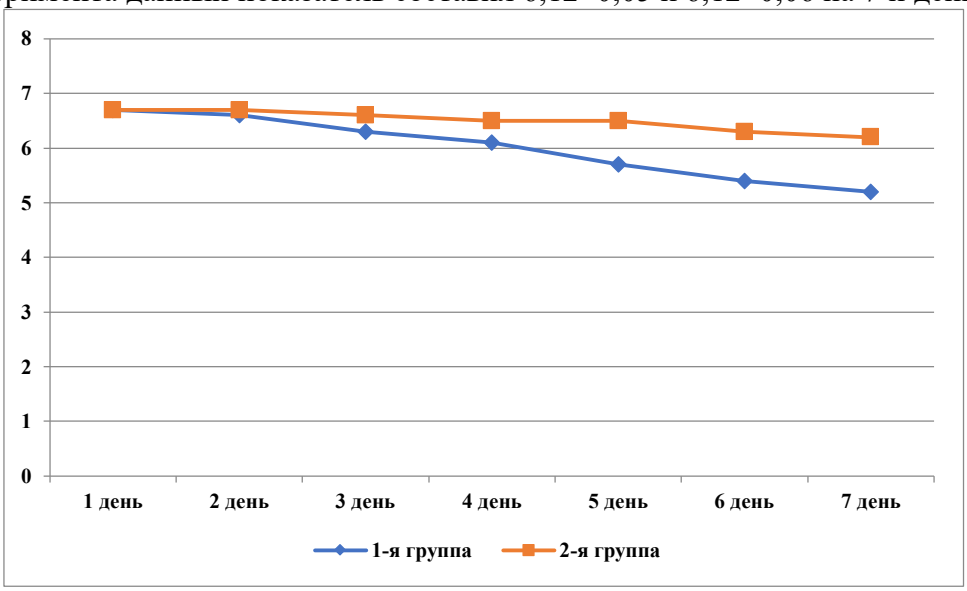


Рис.1. Динамика изменения pH влагалища у животных неспецифическим вагинитом в процессе лечения различными препаратами.

Анализ мазков из различных отделов нижних половых органов показал высокие его значения во всех обследованных группах на 1-е сутки воспроизведения модели

неспецифического вагинита (табл. 3). Лечение данной патологии разработанным нами препаратом показал его достоверное снижение в 2,86 раза в Vagina, в 2,59 раза в Cervix и в 2,07 раза в Uretra. Фармакотерапия экспериментального НВ тимохиноном также оказалась эффективной, так как мы наблюдали достоверное снижение содержания плоского эпителия в 1,85 раза в Vagina, в 1,51 раза в Cervix и в 1,38 раза в Uretra. Лечение данной патологии пависином показало его достоверное снижение в 2,43 раза в Vagina, в 2,18 раза в Cervix и в 2,06 раза в Uretra. В то же время в 4-й нелеченной группе мы наблюдали увеличение количества плоского эпителия во всех отделах нижних половых органов.

Таблица 3.

Содержание плоского эпителия в различных отделах половых органов кроликов с неспецифическим вагинитов, леченных различными препаратами

Локализация и сроки (дни)	Экспериментальные группы	
	1-я, n=10	2-я, n=10
Vagina		
1-й день	16,90±0,43***	16,50±0,50***
7-й день	5,90±0,31*	8,90±0,43**
Cervix		
1-й день	15,30±1,04***	13,40±1,32***
7-й день	5,90±0,31*	8,90±0,43**
Uretra		
1-й день	12,2±0,93***	12,30±1,16***
7-й день	5,90±0,31*	8,90±0,43**

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01,*** - P<0,001).

Представлял интерес также анализ содержания лейкоцитов при экспериментальном вагините в процессе лечения различными препаратами. Проведенные исследования показали высокие его значения во всех исследованных отделах нижних половых путей на 1-е сутки эксперимента (табл. 4.). Фармакотерапия разработанным нами препаратом привела к снижению высоких значений лейкоцитов в мазках, взятых из Vagina, в 2,4 раза относительно исходных параметров на 7-е сутки опыта. В Cervix это снижение составило 2,31 раза, в Uretra – в 1,78 раза. Фармакотерапия экспериментального НВ лечение с Пависином показало его достоверное снижение в 2,34 раза в Vagina, в 2,23 раза в Cervix и в 1,91 раза в Uretra относительно исходных значений.

Таблица 4.

Содержание лейкоцитов в различных отделах половых органов кроликов с неспецифическим вагинитом, леченных различными препаратами

Локализация и сроки (дни)	Экспериментальные группы	
	1-я, n=10	2-я, n=10
Vagina		
1-й день	22,3±0,68***	21,8±0,57***
7-й день	9,30±0,33**	12,30±0,37***
Cervix		
1-й день	21,50±0,64***	19,20±0,51***
7-й день	9,30±0,33**	12,30±0,37***
Uretra		
1-й день	16,60±0,52***	16,40±1,17***
7-й день	9,30±0,33**	12,30±0,37***

Примечание: *- различия относительно данных контрольной группы значимы (**- P<0,01,*** - P<0,001).

Следует отметить, что лечение животных на фоне модельной патологии суппозиториями «Куркувир» привело к угнетению воспалительного процесса, о чем

свидетельствует снижение показателей: достоверно, по сравнению с группой контрольной патологии, снижается ph-метрия близко к норме, количество цитологических прказателей также, показатели состояния пораженной слизистой оболочки влагалища на уровне интактного контроля. Референсный препарат — суппозитории «Пависин» — аналогично влиял на высшее указанные показатели, но за выраженностью лечебного эффекта несколько уступал суппозиториям «Куркувир».

Таким образом, суппозитории вагинальные «Куркувир» в дозе 50 мг оказывают противовоспалительный и репаративный эффекты на СОВ на модели экспериментального вагинита, вызванного химическим агентом, что подтверждается показателями состояния СОВ, ph-метрии влагалища и цилогическими показателями.

Выводы

1. Суппозитории вагинальные «Куркувир» в условиях экспериментального вагинита, вызванного азотнокислым серебром, проявляли противовоспалительный и репаративный эффекты.
2. В сравнении с референс-препаратами суппозитории «Куркувир» имели значительное преимущество в сравнении с суппозиториями «Пависин» и не уступали по эффекту с ним.
3. Новые вагинальные суппозитории «Куркувир» могут быть рекомендованы для изучения в качестве препарата для лечения НВ.

Литература

1. Ихтиярова Г.А., Орипова Ф.Ш. Репродуктивная реабилитация женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов. // Спец выпуск журнала биомедицины и практики. Ташкент-2020.С-56

2. Ихтиярова Г.А., Орипова Ф.Ш., Саидов С.А., Мавлонов А.А. Бактериальный вагинит: проблемы, перспективы диагностики и лечения // Доктор ахборотномаси. – Самарканд, 2020. - № 1. - С. 131

3. Кира Е. Ф., Гайтукиева Р. А. Биоценоз и функциональная активность эпителия влагалища при местном лечении аэробного вагинита полижинаксом и тержинаном // Журнал акушерства и женских болезней. — 2019. — Т. LIX, вып. 5. — С. 127–135.

4. Орипова Ф.Ш, Ихтиярова Г.А. Молекулярные механизмы действия антиоксидантов на липидный компонент клеток мозга при экспериментальной гипоксии плода. Инфекция, иммунология и фармакология. // Научно-практический журнал-2019. № 5 \ С.-280

5.Орипова Ф.Ш., Ихтиярова Г.А. Морфологическая картина эффективности новых средств лечения неспецифического вагинита. // Тиббиётда янги кун, Бухоро-2020. № 2\1 30\1.–С.215-219.

6. Орипова Ф.Ш., Ихтиярова Г.А. Саидов С.А. Разработка новых средств лечение неспецифического вагинита с учетом патогенетических механизма развития. // Тиббиётда янги кун, Бухоро.- 2020. №2.30(2).– С.220-225.

7.Рыболовлев Ю. Р. Дозирование веществ для млекопитающих по константам биологической активности // Доклады АН СНГ. — 2009. — Т. 247, № 6. — С. 1513–1516.

8.Спосіб моделювання експериментального вагініту у щурів : інформ. лист / К. О. Степанова [и др.]. — К. : Центр «Укрмедпатентінформ» МОЗ України, 2011. — № 44. — С 2-40 .

9.Graziottin A. Recurrent cystitis and vaginitis : role of biofilms and persister cells. From pathophysiology to new therapeutic strategies / A. Graziottin, P. P. Zanello, G. D'Errico // Minerva Ginecol. — 2017. — Vol. 66 (5). — P. 497–512.

10. European conventi on for the protection of vertebral animals used for experimental and other scientific purpose : Council of Europe 18.03.2017.

11. Oripova F.Sh., Ikhtiyarova G.A. & Davlatov S.S. (2021). Pathomorphological characteristics of the vaginal mucosa in experimental notspecific vaginitis and various methods of treatment. International Journal of Pharmaceutical Research, 13(1), 761-765. doi: 10.31838/ijpr/2021.

12. Qurbonova N.I., Khabibova N.N. & Ikhtiyarova G. A. (2020). Hygienic condition of the oral cavity and the level of hygienic knowledge of silk motor workers. European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 7(3), 3027-3033. Retrieved from www.scopus.com
13. Sarkisova L.V., Yuldasheva R.U., Kurbanova Z.Sh. & Aslonova M.J. (2020). The Role of Indicators of Ferrokinetic and Endogenous Erythropoietin in Anemia of Pregnant Women. American Journal of Medicine and Medical Sciences, 10(4), 262-265
14. Zavkibekova T.K., Ikhtiyarova G.A., &Aslonova M.J. (2021) Differential markers for the diagnosis of recurrent benign ovarian tumors in women of reproductive and premenopausal age. International Journal of Pharmaceutical Research, 13, 2896-2901
15. Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А., Хафизова Д.Б., Мирзоева М.Р. Микробиологическая и гормональная характеристика формирования неразвивающейся беременности// Фундаментальные и практические вопросы иммунологии и инфектологии. Сборник научных статей участников международной научно-практической конференции. УФА. - 2018. - С. 9-15.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

HEALTHCARE MANAGEMENT

Азиза Аскаровна ЖУМАЕВА
Бухоро давлат тиббиёт институти,
Ўзбекистон Республикаси, Бухоро шахри
Шохиста Абдугаппаровна МАМАСОЛИЕВА
Феруза Саломовна САИДОВА
Самарқанд давлат тиббиёт институти,
Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.
E-mail:mamasoliyeva.shoxista77@gmail.com

СЕЛЛЕР ИНСЕКТИЦИДИНИНГ ТУПРОҚ ҚАТЛАМИДА ҲАРАКАТЛАНИШИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ

For citation: A.A. Zhumaeva, Sh.A. Mamasolieva, F.S. Saidova HYGIENIC ASSESSMENT OF THE MOVEMENT OF THE INSECTICIDE SELLER IN THE SOIL LAYER Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 72-78

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-92

АННОТАЦИЯ

Инсониятнинг турмуш тарзи фаровонлиги ва уларнинг атроф мухитни, яшаш майдони кукаламзорлаштириш учун курашда одам зараркунандаларни йўқ қилиш учун заҳарли дориларни яратади. Яқиндагина ўтган, 20-асрнинг ўрталарида кимёвий воситалар қишлоқ хўжалиги ўсимликларининг зараркунандаларига қарши курашиш учун уларни заҳар деб аташган, бугунги кунда бизнинг давримизда эса уларни шундай пестицид номланиб келмоқда. Пестицидлар (лотинча пестис - инфекция ва саедо - ўлдираман). Улар тирик организмларга ёт тирик организмлар орасида алоҳида ўрин тутувчи бирикмалар - ксенобиотиклар деб аталадиган бирикмалар.

Бутун дунё бўйича 4 миллиондан ортиқ пестицидлар зараркунандаларга қарши ишлатилмоқдаки, улардан фақатгина 1% самара бермоқда .

Пестицидларнинг инсон организми ва атроф-муҳитга салбий таъсирини олдини олишда уларнинг гигиеник меъёрларини ишлаб чиқиш алоҳида аҳамият касб этади. Селлер инсектицидининг тупроқда чидамлилиги, унинг қатламларидаги ҳаракати, тўпланиши, ўсимликларнинг ер устки қисмига ўтиш даражаси, қишлоқ хўжалиги экинлари ишлов беришда ишчи ўринлари ҳавоси ва атмосфера ҳавосининг ифлосланиш даражасига баҳо берилди.

Пестицидлар муқаррар равишда экотизимларда чуқур ўзгаришларга олиб келади, чунки улар ҳамма тирик организмларга кенг токсик таъсир кўрсатувчи ҳмчобланади. Булар жумласига кирувчи "Фунгицид", "акарицид", "гербицид" номлари ва бошқалар маълум даражада шартлидир.

Ҳар қандай пестицидлар кимёвий ишлов бериш ҳар доим ҳам кутилмаган натижа бериш мумкин яъни қирувчи таъсирга олиб келиши мумкин, шу жумладан ҳимоя қилишга уринаётган ўсимликлар учун ҳам. Кўпинча ўсимликлар заифлашади ва зараркунандалар томонидан енгилишга дучор бўлади

Калит сўзи:инсектицид, санитар-токсикологик, рухсат этилган концентрация, миграция, гигиеник меъёрлаш.

Азиза Аскаровна ЖУМАЕВА
Бухарский государственный медицинский институт,
Республика Узбекистан, г.Бухара
Шохиста Абдугаппаровна МАМАСОЛИЕВА
Феруза Саломовна САИДОВА
Самаркандский государственный медицинский институт,
Республика Узбекистан, г. Самарканд
E-mail:mamasoliyeva.shoxista77@gmail.com

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДВИЖЕНИЕ ИНСЕКТИЦИДА СЕЛЛЕР В СЛОЕ ПОЧВЫ

АННОТАЦИЯ

В борьбе за благополучие человечества и окружающей его среды среда обитания зеленая, люди создают ядовитые лекарства для уничтожения вредителей. До недавнего времени, в середине 20 века, химические вещества назывались ядами для борьбы с вредителями сельскохозяйственных культур, а сегодня, в наше время, такими пестицидами.

Пестициды (лат. Pestis - заражение и caedo - убивают). Это соединения, занимающие особое место среди живых организмов, чуждых живым организмам, - соединения, называемые ксенобиотиками.

Во всем мире против вредителей используется более 4 миллионов пестицидов, из которых только 1% эффективен.

Разработка гигиенических нормативов пестицидов имеет особое значение для предотвращения негативного воздействия пестицидов на организм человека и окружающую среду. Оценивали стойкость инсектицида Селлера к почве, его перемещение по слоям, накопление, степень перехода растений на поверхность, уровень загрязнения атмосферного воздуха на рабочем месте и атмосферного воздуха при обработке сельскохозяйственных культур.

Пестициды неизбежно приводят к глубоким изменениям в экосистемах, поскольку они оказывают широкий спектр токсических эффектов на все живые организмы. Названия «Фунгицид», «Акарицид», «Гербицид» и другие, которые в них входят, в какой-то степени условны.

Химическая обработка любого пестицида всегда может дать неожиданный результат, то есть вызвать разрушительный эффект, в том числе и для растений, пытающихся защитить. Часто растения ослабляются и поражаются вредителями.

Ключевые слова: инсектицид, санитарно-токсикологический, допустимые концентрации, миграция, гигиеническое регулирование.

Aziza Askarovna ZHUMAEVA
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara
Shoxista Abdugapparovna MAMASOLIEVA
Feruza Salomovna SAIDOVA
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand
E-mail:mamasoliyeva.shoxista77@gmail.com

HYGIENIC ASSESSMENT OF THE MOVEMENT OF THE INSECTICIDE SELLER IN THE SOIL LAYER

ANNOTATION

In the struggle for the well-being of mankind and their environment, the habitat is green, human beings create poisonous drugs to destroy pests. Until recently, in the mid-20th century, chemicals were called poisons to control pests of agricultural crops, and today in our time they are called such pesticides.

Pesticides (Latin pestis - infection and caedo - kill). They are compounds that have a special place among living organisms that are alien to living organisms - compounds called xenobiotics.

More than 4 million pesticides are used against pests worldwide, of which only 1% is effective.

The development of hygienic standards for pesticides is of particular importance to prevent the negative effects of pesticides on the human body and the environment. The resistance of Seller's insecticide to soil, its movement through layers, accumulation, the degree of transfer of plants to the surface, the level of atmospheric air pollution at the workplace and atmospheric air when processing crops were evaluated.

Pesticides inevitably lead to profound changes in ecosystems, as they have a wide range of toxic effects on all living organisms. The names "Fungicide", "Acaricide", "Herbicide" and others, which are included in them, are to some extent conditional.

Chemical treatment of any pesticide can always give unexpected results i.e. it can cause a destructive effect, including for plants trying to protect. Often the plants are weakened and defeated by pests

Key words: insecticide, sanitary and toxicological, permissible concentrations, migration, hygienic regulation.

Долзарблиги

Бизнинг республикамизда қишлоқ хўжалигида ишлатиладиган 100дан ортик кимёвий бирикмалар маълум.

Кишлок хужалигида кўплаб пестицидларнинг ишлатилиши бир томондан хосилдорликни ошириш ва иқтисодий самарадорликка эришиш билан бир қаторда атроф-муҳитга янги биологик фаол моддаларнинг кириб келишига олиб келадики, бу ҳолат атроф-муҳитни муҳофаза қилишда катта муаммоларга олиб келади. [1].

Қишлоқ хўжалиги экинларини муҳофаза қилишда катта миқдорда кимёвий препаратлар ишлатилмоқда. Буларнинг барчаси биргаликда ва алоҳида тирик организмларни йўқотишга йўналтирилган (3).Кимёвий препаратларнинг кўпчилиги атроф- муҳитда юқори чидамли бўлиб, табиий шароитда ўзининг заҳарлилик хусусиятини сақлаб қолади. (4). Пестицидларнинг айримлари канцероген, мутаген, гонадотоксик хусусиятга эга. Шунинг учун пестицидларнинг заҳарлилик хусусиятини ўрганишда уларнинг гонадотоксик, канцероген, мутаген таъсирига баҳо бериш муҳим аҳамият касб этади[5]. Бундай хусусиятларга эга бўлган пестицидлар қишлоқ хўжалигида ишлатилиши тақиқланади. Дунёнинг айрим мамлакатларида бундай хусусиятларга эга бўлган заҳарли кимёвий моддаларнинг ишлатилиши давом этмоқда. Юқорида қайд этганимиздек ҳисоб-китобларга кўра, МДҲ давлатлари миқёсида қишлоқ хўжалиги зараркунандаларидан йиллик зарар 45 миллиард сўмни ташкил этади[6,7].

Пестицидларни атроф-муҳит объектлари, инсон саломатлигига салбий таъсирини олдини олиш мақсадида уларнинг озиқ-овқат маҳсулотлари, атроф-муҳит, атмосфера ҳавоси, ишчи ҳудуди хавоси, тупроқ, сув ҳавзаларида рухсат этилган меъёрлари ва регламентлари, ушбу ҳолатларга таъсир этувчи омиллар, табиатда уларнинг сақланиш ҳолатини аниқлаш пестицидларнинг салбий таъсирини олдини олишнинг асосини ташкил этади[7,8].

Юқорида келтирилган адабиётлардан олинган маълумотлардан маълумки, синтетик пиретроидлар синфига мансуб инсектицидлар маълум вақт давомида тупроқда сақланиб, унинг атрофича объектларни(ҳаво, ишчи ўринлар, сув, озиқ – овқат маҳсулотлари) ифлослайди.[11] Синтетик пиретроидларнинг тупроқда сақланиш давомийлиги, уларнинг тупроқ қатламида ҳаракати, ва ўсимликнинг ер усти қисмига ўтиш даражаси ҳудуднинг иқлим

географик шароити, уларни ишлатилган миқдори, тупроқнинг тури ва намлиги ҳамда бошқа омилларга боғлиқдир..[12,13]

Тадқиқотнинг мақсади. Селлер инсектицидининг тупроқда тўпланиши , чидамлилик даражаси ва унинг тупроқ қатламида ҳаракатланишини гигиеник баҳолашдан иборат.

Материаллар ва тадқиқот усуллари

Текшириш объекти Селлер 20% кс препарати ҳисобланиб, препарат "Euro Team Ўзбекистон – Германия" очиқ турдаги ҳиссадорлик жамияти томонидан ишлаб чиқилган.

Эмприк : $C_{22}H_{19}CL_2NO_3$

Молекуляр оғирлиги: 416,3

Селлер инсектицидининг тупроқда тўпланиши , чидамлилик даражаси ва унинг тупроқ қатламида ҳаракатланиши ғалла экилган майдонда синаб кўрилди. Инсектициднинг тупроқдаги қолдиғи юпқа қатламли пластинка усулида аниқланди. Препарат тажриба майдонида 0,01 , 0,02, 0,04, 0,05, 0,1, 0,2 кг/га миқдорида ишлатилди. Текшириш учун тупроқ намунаси бир неча муддатларда белгиланган меъёр асосида олинди.

Текшириш натижалари ва уларнинг муҳокамаси

Селлер инсектицидининг тупроқда чидамлилик даражаси, ҳолати ва тупроқ қатламида ҳаракати жараёнларини ўрганиш натижалари.

Юқорида келтирилган адабиётлардан олинган маълумотлардан маълумки, синтетик пиретроидлар синфига мансуб инсектицидлар маълум вақт давомида тупроқда сақланиб, унинг атрофидаги объектларни(ҳаво, ишчи ўринлар, сув, озиқ – овқат маҳсулотлари) ифлослайди.

Селлер инсектицидининг тупроқ қатламида ҳаракати унинг учта қатламида ўрганилди(0-10, 10-20, 20-30 см). Тупроқ намуналари инсектицид ишлатилгандан 60 кун кейин олинди. Текшириш натижалари 1- жадвалда ўз аксини топган.

1 жадвал

Селлер инсектицидининг майда донали сариқ тупроқда ҳаракатини текшириш натижалари

Ишлатилган миқдори кг/га	Намуна олиш вақти,кун	Препарат аниқланди мг/кг		
		Тупроқ қатлами см		
		0 - 10	10 - 20	20 - 30
0,01	60	0	0	0
0,02	60	0,01± 0,001	0	0
0,04	60	0,02± 0,002	0	0
0,05	60	0,03± 0,002	0,01± 0,002	0
0,1	60	0,05 ± 0,004	0,02± 0,002	0,01 ± 0,001
0,2	60	0,06± 0,004	0,03± 0,002	0,02± 0,001

Текширишларшуникўрсатдики, инсектицидни 0.01 кг/гамиқдорда ишлатилганда 60 кундан кейин препарат тупроқнинг бирорта қатламида аниқланмади.

Препарат ишлатилган миқдорининг 0,02кг/га га оширилганда инсектицид фақат тупроқнинг 0 – 10 см қаватида 0,01 ± 0,001 мг/кг миқдорида аниқланди. Селлер препаратининг миқдорини ошириб борган сари унинг тупроқдагимиқдори ҳам ошиб борди. Масалан препарат миқдорини 0,04 кг\га оширилганда унинг қолдиғи майда доначали сариқ тупроқнинг 0 – 10 см қатламида 0,02 ± 0,002 мг/кг миқдорида аниқланмади. Тупроқнинг текширилмаган бошқа қатламларида (10-20, 20-30см) инсектицид аниқланмади. Инсектицидни 0,05 кг/га миқдорида ишлатилганда препаратнинг тупроқ қатлами билан ҳаракати кузатилди.

Инсектицидни 0,04 кг/га миқдорда ишлатилганда тупроқнинг 0 -10 см. да 0,03 ± 0,002 мг/кг, 10 – 20 см. да 0,01 ± 0,002 мг/кг миқдорида аниқланди. Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, Селлер препаратининг ишлатилган миқдори қанчалик юқори бўлса, унинг тупроқ қатламида ҳаракати кучаяди. Инсектицидни 0,1 ва 0.2 кг/га миқдорида ишлатилганда инсектицид тупроқнинг 10 - 20 см чуқурлигида мос равишда 0,02 ± 0,002 ва 0,03 ± 0,002 мг/кг га, 20 – 30 см чуқурлигида 0,01 ± 0,001 ва 0,02 ± 0,001 мг/кг миқдорида аниқланди. Селлер инсектицидининг тупроқ қатламида ҳаракати майда донали шағал тупроқда ҳам текширилди. Инсектицидни ушбу тупроқ шароитида 0,01кг/га миқдорда ишлатилганда 60 кундан кейин тупроқнинг бирор қатламида унинг қолдиғи топилмади. Препаратнинг 0,02кг/га миқдорда ишлатилган инсектицид фақат тупроқнинг юза қисмида (0 -10 см) 0,02 ± 0,002 мг/кг миқдорида аниқланди. Инсектицидни ишлатиш миқдорини 0,05 кг/га кўтарганда препарат тупроқнинг кейинги қисми(10 -20см) ва 20 – 30 см қатламида ҳаракат қилди. Чунончи тупроқнинг 10 - 20 см да 0,03 ± 0,004 ва 20 – 30 см чуқурлигида 0,02 ± 0,002 мг/кг миқдорида аниқланди(6 жадвал). Бу эса мос равишда майда донали сариқ тупроқнинг ушбу қаватига нисбатан 17 ва 22 фоизга кўпдир.

2 жадвал

Селлер инсектицидини майда доначали шағал сариқ тупроқда ҳаракатинитекшириш натижалари

Ишлатилган миқдори кг/га	Намуна олиш вақти,кун	Препарат аниқланди мг/кг		
		Тупроқ қатлами см		
		0 - 10	10 - 20	20 - 30
0,01	60	0	0	0
0,02	60	0,01± 0,002	0	0
0,04	60	0,03 ± 0,003	0	0
0,05	60	0,04 ± 0,003	0,03 ± 0,004	0,02 ± 0,002
0,1	60	0,05 ± 0,006	0,04 ± 0,004	0,02± 0,002
0,2	60	0,06	0,05 ± 0,003	0,03 ± 0,003

Ишлатиш миқдорини 0,1 ва 0,2 мг/кг оширилганда инсектицид тупроқнинг учала қаватида (0-10, 10-20, 20-30см) аниқланди (0,05±0,006дан 0,03±0,003 мг./кг.гача).[9,10] Селлер инсектициди қишлоқ хўжалигида ишлатилганда тупроқ қатлами орқали ҳаракатланади. Унинг ҳаракатланиш даражаси химикатни ишлатилган миқдори ва тупроқнинг

турига боғлиқ. Инсектицидни ишлатиш миқдори қанчалик юқори бўлса, унинг ер қатламига чуқур ҳаракати юқори бўлади. Бундан ташқари селлер инсектициди майда донали шағал тупроқда майда донали сариқ тупроққа нисбатан миграцияси юқори бўлади/

Хулоса

Юқоридагилардан келиб чиқиб шуни хулоса қилиш мумкинки, Селлер инсектициди тупроқда узоқ вақт (60 ва ундан ортиқ кун) сақланади. Ушбу ҳолат бундай майдонларда экилган ўсимликларни ифлослаб, улардан олинадиган озиқ – овқат маҳсулотларни ифлослайди. Инсектициднинг тупроқдаги миқдори тупроқнинг тури ва ишлатилган миқдорига боғлиқ. Инсектицид ишлатилган дозасига боғлиқ ҳолда тупроқнинг чуқур қатламида (0- 10 см) тўпланади. Селлер препаратининг тупроқнинг юза қисмига кўпроқ тўпланиши бир томондан инсектициднинг сувда кам эрувчанлиги бўлса, иккинчи томондан тупроқнинг юза қисмида органик моддаларнинг кўплиги билан тушунтириш мумкин. Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, селлер инсектицидининг тупроқдаги тақдири тупроқнинг турига бевосита боғлиқ. Инсектицид майда доначали шағал сариқ тупроқда майда доначали сариқ тупроққа қараганда тупроқ қатламида миграция юқоридир. Бунинг сабаби, шағал тупроқ кам органик модда сақлайди. Селлер препаратининг майдонда олиб борилган тажриба асосида ярим (T_{50}) ва тўлиқ парчаланишини майда донали сариқ тупроқ шароитида парчаланиши аниқланди.

Юқоридагилардан хулоса қилиш мумкинки. Селлер инсектицидини қишлоқ хўжалигида ишлатилганда инсектицид билан нафақат тупроқ балки кимёвий препарат ўсимликларнинг ер устки қатламига ўтиши кузатилади.

Демак, ушбу ўсимликлардан олинадиган озиқ-овқат маҳсулотларининг ифлосланишига олиб келади. Селлер инсектицидининг ўсимликларнинг ер усти қисмига ўтиш даражаси тупроқнинг турига боғликдир. Демак, янги пестицидларни гигиеник жиҳатидан регламентация қилиш ва профилактик тадбирларини ишлаб чиқишда уларни тупроқда чидамлилик даражаси, ўсимликларнинг ер усти қисмига ўтишини инобатга олиш муҳим аҳамиятга эга. Бунда тупроқнинг турини ҳам инобатга олиш лозим.

Фойдаланилганадабиётлар

1. Закон Республики Узбекистан “ О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения ”. -Ташкент, 2015.
2. Балан С.Р., Грапов А.Ф., Мельников Г.М. Новые пестициды. Справочник . Москва.2001.206с.
3. Jumaeva A.A, Kasimov X.O, Jumaeva Z.J., Manasova I.S. Hygienic aspects of the possibility of using the new insecticide Seller in agriculture// International Journal of Psychosocial Rehabilitation. - 2020.-P. 1354-1360.
4. Jumaeva A.A. Hygienic bases of application of insecticide Seller in agriculture// International Journal of Psychosocial Rehabilitation. - 2020.-P. 256-261.
5. Жумаева А.А., Косимов Х.О. Новая электронная платформа по токсикологической оценке пестицидов Селлер// Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2020. - № DGU 1417.
6. Жумаева А.А., Искандарова Г.Т., Қосимов Х.О. Селлер инсектицидининг қишлоқ хўжалигида ишлатишнинг гигиеник асослари// Тиббиётдаянги кун. - 2019. - №4 (28). Б. 160-163.
7. Жумаева А.А., Кобилова Г.А. Экспериментальные данные о токсичности инсектицида Селлер // V Международная конференция КУМС-ТМА. - Р. 463-464.
8. Жумаева А.А., Косимов Х.О. Гигиенические регламентации применения инсектицида Селлер 20% кс на посевах пишеницы. Материалы Международной научно-практической конференции// Мининвазивные технологии в медицине вчера, сегодня и завтра. Проблемы и перспективы развития. - 2019.- С. 182.

9. Жумаева А.А, Шеркузиева Г.Ф. Эколого-гигиенические обоснования применение нового инсектицида Селлер в сельском хозяйстве// Международная научно-практическая конференция. Бухара. 25-26 сентября. - 2020.- С. 415-417.
10. Жумаева А.А. Гигиенические параметры применения инсектицида Селлер в сельском хозяйстве// Международная научно-практическая конференция. Бухара. 25-26 сентября. - 2020. - С. 417- 421
11. Лабынцев А.В., Гринько А.В., Горячев В.П. Влияние применения гербицидов на засорённых посевах растений. // Известия Оренбургского государственного аграрного университета. 2013. 5 (43). С. 67-70.
12. Методология комплексного и ускоренного нормирования пестицидов в объектах окружающей среды. Ташкент. 2014. 35.с.
13. Искандаров Т.И., Искандарова Г.Т. Методические указания по комплексной гигиенической оценке новых пестицидов // Методические указания.-Ташкент,1997.45.с.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

THERAPY

Бахром Анисханович АЛЯВИ
Шовкат Кадирович МУМИНОВ
Ташкентский педиатрический медицинский институт

БЛОКАДА РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

For citation: B.A. Alyavi, Sh.K. Muminov BLOCKADE OF THE RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 79-85

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-93

АННОТАЦИЯ

В статье приведен обзор литературы по изучению препарата нового класса ARNI (angiotensin receptor neprilysin inhibitor) LCZ696 –в составе которого сочетается молекула валсартана и ингибитора неприлизина сакубитрила в молярном отношении 1:1. Приведены результаты экспериментальных и клинических исследований по применению ARNI при кардиоваскулярной патологии. Также показаны нефрологические аспекты применения ARNI у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, валсартана, сакубитрил, ARNI.

Bakhromhon Aniskhonovich ALYAVI
Shavkat Kadirovich MUMINOV
Tashkent Pediatric medical institute
Shavkat1988@yahoo.com

BLOCKADE OF THE RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

ANNOTATION

The article provides a review of the literature on the study of a new class of drug ARNI (angiotensin receptor neprilysin inhibitor) LCZ696 - the combines a molecule of valsartan and an inhibitor of neprilysin sacubitrile in a molar ratio of 1: 1. The results of experimental and clinical studies on the use of ARNI in cardiovascular pathology are presented. The nephrological aspects of ARNI use in patients with chronic heart failure are also shown.

Key words: ischemic heart disease, chronic heart failure, valsartan, sacubitril, ARNI.

Бахромхон Анисхонович АЛЯВИ
Шовкат Кадирович МУМИНОВ
Тошкент педиатрия тиббиёт институти
Shavkat1988@yahoo.com

КАРДИОВАСКУЛАР ПАТОЛОГИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА РЕНИН АНГИТЕНЗИН АЛДОСТЕРОН ТИЗИМИНИНГ БЛОКАДАСИ

АННОТАЦИЯ

Мақолада янги синфга тегишли препарат ARNI (angiotensin retseptorlari neprilysin inhibitori) LCZ696 – валсартан молекуласини ва 1: 1 мол нисбати билан неприлизин ингибитор сакубитрил бирлаштирган молекулани ўрганиш бўича адабиётлар кўриб чикилди. ARNIни юрак қон томир патологиясида қўллаш бўича экспериментал ва клиник тадқиқотлар натижалари келтирилган. Сурункали юрак етишмовчилиги бўган беморларда ARNIдан фойдаланишнинг нефротик жиҳатлари ҳам кўрсатилган.

Калит сўзлар: юрак ишемик касаллиги, сурункали юрак этишмовчилиги, валсартан, сакубитрил.

Кардиоваскулярные заболевания ответственны на треть всех смертей в мире, из которых 50% так и или иначе связано с гипертензией и хронической болезнью почек (ХБП) . У значительной части больных кардиоваскулярными заболеваниями (до 75%) в качестве фоновой патологии встречается сахарный диабет (СД), который увеличивает риск развития ХБП в связи с микроангиопатией [13,13].

Лечение кардиоваскулярной патологии направлено на снижение риска смертности от всех причин, кардиоваскулярной смерти, хронической сердечной недостаточности (ХСН), атеротромботических событий. Однако, риск ХБП мало корригируется с фоновой стандартной терапии [7].

Препараты, влияющие на активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), такие как ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторы рецептов ангиотензина II (БРА) наиболее широко применяются в терапии больных с кардиоваскулярной патологией. Фармакологическая блокада РААС уменьшает выраженность альбуминурии и снижает скорость прогрессирования диабетической нефропатии [16]. В то же время, несмотря на большое количество положительных результатов исследований, эффект иАПФ/БРА на сердечно-сосудистую смертность и смертность от всех причин ограничен, было выдвинуто предположение, что необходима более полная блокада РААС. Действительно, комбинация иАПФ и БРА ассоциируется с более эффективным предотвращением развития ХБП V, однако в связи с увеличением частоты побочных эффектов, таких как гипотензия, гиперкалиемия и острое повреждение почек (ОПП), и отсутствием влияния на риск смерти, эта терапия не рекомендована (James PA, Oparil S, 2014). Причиной этого феномена является физиологическая потребность почек в поддержании нормальной концентрации ангиотензина II для регуляции клубочкового кровотока. Поэтому в условиях массивной блокады РААС увеличивается секреция ренина. Этот механизм определяется как нефроцентрическая реакция на блокаду РААС у больных ХСН [3]. В некоторых ситуациях, например при применении ингибиторов ренина, которые аккумулируются в почечной паренхиме, может наблюдаться экстраренальная активация РААС (Packer M., 1987). В настоящее время иАПФ или БРА рекомендуются в качестве терапи первой линии у больных ХБП в виде монотерапии (Lange S, Fraune C, 2013). Для увеличения их эффективности предложена дополнительная блокада неприлизина.

Неприлизин, или нейтральная нейропептидаза, - трансмембранная цинк-зависимая металлопротеиназа с молекулярным весом порядка 85 кДа. Эта молекула экспрессируется во всех эпителиальных клетках, но в наибольшем количестве – на люминальной стороне проксимальных почечных канальцев. Неприлизин инактивирует гормоны пептидной

структурны, такие как глюкагон, брадикинин, ангиотензин, эндотелин-1, окситоцин, нейротензин, натрий уретический пептид (НУП), адреномедуллин (Gee NS и соавт, 1985, Schulz WW и соавт., 1988). Поскольку среди этих веществ есть и вазоконстрикторные и вазодилатирующие субстанции, эффект ингибитора неприлизина зависит от преобладания тех или иных гормонов. Комбинация БРА и ингибитора неприлизина может оказать положительный эффект повышения концентрации НУП, блокируя неблагоприятные эффекты ангиотензина II. БРА предотвращает связывание ангиотензина II с рецепторами 1-го типа, предотвращая РААС-индуцированную вазоконстрикцию, высвобождение альдостерона, стимуляцию САС и ремоделивание миокарда и сосудистой стенки (Ando S, Rahman MA, 1995). НУП противодействует РААС индуцируя натрийурез, способствуя вазодилатации, уменьшая секрецию ренина через второй мессенжер – цГМФ (Han B, Hasin Y., 2003). Таким образом, БРА и ингибиция неприлизина вызывают синергический эффект.

Первый препарат нового класса ARNI – LCZ696 – молекула, в составе которой сочетается молекула валсартана и ингибитора неприлизина сакубитрила в молярном отношении 1:1. Сакубитрил полностью метаболизируется в активную форму (сакубитрилат) путем гидролиза непосредственно после всасывания (Gu J, Noe A, Chandra P, 2010). Время полужизни сакубитрила – 1,4 часа, его активного метаболита – 11,5 часов, валсартана – 9,9часов. LCZ696 экскретируется с мочой и скорость выведения уменьшается при снижении СКФ [8, 1]. Экскреция валсартана происходит через желчевыводящие пути, поэтому ХБП не влияет на его активность (Waldmeier F, 1997).

Экспериментальная модель гипертензии у крыс показала, что применение ARNI (angiotensin receptor neprilysin inhibitor) способствкует снижению артериального давления, уменьшает сосудистое ремоделирование и макрофагальную инфильтрацию, однако исследовние не включало сравнение с монотерапией БРА. Обе молекулы по отдельности уменьшали ангиотензин-индуцированную гипертрофию миокарда, при этом валсартан уменьшал активность аккумуляции коллагена в экстрацеллюлярном матриксе, в то время как ингибитор неприлизина не влиял на этот процесс. Комбинация препаратов уменьшала накопление коллагена в большей степени, чем валсартан отдельно [26]. Схожие исследования были проведены на мышах с ишемическим поражением мозга, вызванным окклюзией средней мозговой артерии [2], на мышах с генетически обусловленным сахарным диабетом [25] и гипертензий [21]. В экспериментальных исследования также установлено, что важную роль играет соотношение доз препаратов. Так относительная высокая доза ингибитора неприлизина ассоциируется с увеличением концентарции эндотелина -1 в циркулирующей крови, что ассоциируется с повышением артериального давления и нивелированию положительного эффекта лечения на уменьшение степени гипертрофии [20].

Клинические исследования с включением почти 1500 больных продемонстрировали, что комбинация валсартана и сакубитрила увеличивает гипотензивную эффективность терапии по сравнению с монотерапией валсартаном [22]. Причем эффект был дозозависимым до дозы 400мг ARNI, после чего увеличение дозы не ассоциировалось с увеличением эффективности. Частота развития побочных эффектов не различалась в терапевтических группах.

Трайловыми исследования, в которых оценивались различные эффекты ARNI были исследования Ruilope et al. (168 больных с артериальной гипертензией), Ito et al. (32 больных, ХБП), PARADIGM-HF (4187 больных, ХСН со сниженной ФВ ЛЖ) и PARAMOUNT (149 больных, ХСН с сохранной ФВ ЛЖ). Эффекты блокады РААС были исследованы у больных с ХСН со сниженной ФВ ЛЖ. Комбинация ингибитора неприлизина и иАПФ продемонстрировала 15% снижение смертности и госпитализации по сравнению с монотерапией иАПФ [24]. Однако эта комбинация приводила к увеличению частоты развития ангионевротического отека по сравнению с использованием только эналаприла (Packer M, и соавт, 2002, Kostis JB, Packer M, 2003), что приводило к отмене препаратов. Эти же результаты были подтверждены в исследовании PARADIGM-HF [14], которое включало 8399 больных со средней ФВ ЛЖ 29,5%. Исследование эффекта эналаприла и его мбинации с ингибитором

неприлизана было остановлено раньше времени в связи с явным преимуществом эналаприла по снижению скорости прогрессирования ХСН [23, 5] и уменьшением частоты возникновения конечных точек – госпитализации, имплантации приборов циркуляторной поддержки, трвансплантации сердца, смерти [17].

Исследование PARAMOUNT посвящено больным ХСН с сохранной ФВ ЛЖ. Для них эффективность РААС блокады не столь явная, однако снижается субъективная выраженность ХСН и увеличивается качество жизни без влияния на конечные точки [6]. Комбинация ARNI способствует снижению артериального давления, диаметра левых камер сердца, уменьшает вмнутримиокардиальное напряжение, тем самым снижая выработку НУП кардиомиоцитами желудочков. Неприлизин разрушает НУП, однако в крови сохраняется высокая концентрация его неактивного предшественника NT-ProBNP. Применение ингибитора неприлизина снижает концентрацию NT-ProBNP снижая внутримиокардиальное напряжение и увеличивает концентрацию НУП, оказывающего натрийуретической действие и антагоностические эффекты РААС (Solomon SD et al, 2012,, Anand IS, Rector TS , et al 2011, Jhund PS et al, 2014).

Эффект ARNI на частоту смертности и госпитализации у больных ХСН с сохранной ФВ ЛЖ изучается в исследовании PARAGON и PARAGON-HF [19,23]. Эффективность была сопоставимой у больных с СКФ более 60мл/мин и 30-60мл/мин. У больных ХСН со сниженной ФВ ЛЖ и фоновым СД, несмотря на снижение риска госпитализации и более выраженное снижение внутримиокардиального напряжения, различия в кардиоваскулярной и общей смертности не выявлено [11]. В отношении маркеров почечного повреждения у больных с диабетической нефропатией применение ARNI ассоциировалось с достоверным снижением отношения альбумин/креатинин мочи. Интересно, что у больных ХСН с сохранной ФВ ЛЖ отмечалось некоторое статистически достоверное увеличение этого маркера, при достоверном уменьшении скорости снижения СКФ [27]. Увеличение альбуминурии может быть связано с антипролиферативным эффектом терапии на мезангиальные клетки при сохраняющемся поражении эпителия проксимальных почечных канальцев, препятствующем реабсорбции (Pedersen MM et al, 1993, Jacobs EM et al, 1999). У больных сахарным диабетом обнаружено уменьшение риска прогрессирования ХБП до V стадии, что может объясняться торможением пролиферации мезангиума клубочков, накопления коллагена и, соответственно, уменьшение выраженности фиброза [28].

Интересным являются нефрологические аспекты применения ARNI. Сомнения по использованию ARNI у больных ХБП возможно были связаны со способностью БРА увеличивать концентрацию креатинина крови и почечный путь элиминации сакубитрила. Еще одним поводом для осторожного применения комбинации является риск артериальной гипотензии при использовании высоких доз или у исходно нормотензивных пациентов [1]. Причем артериальная гипотензия чаще наблюдается при применении ARNI у больных с высоким уровнем креатинина сыворотки. Однако, говоря о ХБП – у этих больных частой проблемой является артериальная гипертензия – как причина и как осложнение ХБП, в этой ситуации способность ARNI снижать АД является дополнительным бонусом (Sarafidis PA, Sharpe CC, 2012). В японском исследовании [10] у больных ХБП III-IV отмечалось адекватное, безопасное, дозозависимое снижение уровня артериального давления, уровень ингибитора неприлизина в крови больных увеличивался при снижении СКФ. Безопасность применения ARNI и эффект на СКФ изучается в исследовании United Kingdom Heart and Renal Protection III (HARP-III) [9]. Исследование UK HARP-III, в которое вошли больные ХБП было нацелено на сравнительное изучение влияния ирбесартана и валсартан+сакубитрил на прогрессирование ХБП. Обнаружено сопоставимое снижение рСКФ и протеинурии в обеих сравниваемых группах [18].

Ретроспективное когортное исследование [4], включающее больных с ХБП I-IV (100 больных). Всем больным была рекомоендована замена иАПФ на ARNI. Исследование продемонстрировало увеличение рСКФ к 3-му месяцу терапии (с 50 до 53мл/мин), однако к 6-му месяцу наблюдения рСКФ вновь снизилась до исходных значений. Авторами сделан вывод,

что улучшение СКФ связано как с улучшением структурно-функциональных свойств миокарда, так и с эффектом ARNI на процессы гломерулосклероза.

Остаются неизученными вопросы, связанные с мультифакториальным эффектом неприлизина. Неприлизин участвует в деградации множества белков, в частности амилоида-бета1-42. Этот белок участвует в развитии нейродегенеративных заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера (Iwata N, Tsubuki S, 2000, Karran E, Mercken M, 2011). В связи с этим исследовалась проницаемость гематоэнцефалического барьера для сакубитрила. У здоровых добровольцев применение ARNI в дозе 400мг/сутки увеличивало концентрацию амилоида бета1-42 в спиномозговой жидкости на 50%, хотя результирующая концентрация не отличалась от уровня, зафиксированного у здоровых лиц [12], однако у больных ХБП, артериальной гипертензией и/или сахарным диабетом проницаемость гематоэнцефалического барьера нарушается и отрицательное влияние ингибиции неприлизина может стать неконтролируемым (Iwata N, Tsubuki S, 2001). В то же время у больных ХСН со сниженной ФВ ЛЖ ожидаемая продолжительность жизни меньше, чем время, требующееся для проявления симптоматики нейродегенеративного поражения, нарушающего качество жизни.

Таким образом, анализ литературных данных показал, что препарат нового класса ARNI, в составе которого сочетается молекула БАР валсартана и ингибитора неприлизина сакубитрила имеет значительный потенциал в лечении больных с кардиоваскулярной патологией.

Список литературы.

1. Ayalasomayajula SP, Langenickel TH, Jordaan P, Zhou W, Chandra P, Albrecht D, et al. Effect of renal function on the pharmacokinetics of LCZ696 (sacubitril/valsartan), an angiotensin receptor neprilysin inhibitor. Eur J Clin Pharmacol. 2016;72:1065–73.
2. Bai HY, Mogi M, Nakaoka H, Kan-No H, Tsukuda K, Chisaka T, et al. Pre-treatment with LCZ696, an orally active angiotensin receptor neprilysin inhibitor, prevents ischemic brain damage. Eur J Pharmacol. 2015;762:293–8.
3. Balcarek J, Seva Pessoa B, Bryson C, Azizi M, Menard J, Garrelds IM, et al. Multiple ascending dose study with the new renin inhibitor VTP-27999: nephrocentric consequences of too much renin inhibition. Hypertension. 2014;63:942–50.
4. Borja Quiroga, Antonio de Santos, David Sapiencia, Yamila Saharaui, Vicente Álvarez-chiva. Sacubitril/valsartan in chronic kidney disease, the nephrologist point of view//Spain Nephr Jour.-Vol. 39. Issue. 6.November - December 2019.-pages 563-682
5. Desai AS, McMurray JJ, Packer M, Swedberg K, Rouleau JL, Chen F, et al. Effect of the angiotensin-receptor-neprilysin inhibitor LCZ696 compared with enalapril on mode of death in heart failure patients. Eur Heart J. 2015;36:1990–7.
6. Emdin CA, Callender T, Cao J, McMurray JJ, Rahimi K. Meta-analysis of large-scale randomized trials to determine the effectiveness of inhibition of the renin-angiotensin aldosterone system in heart failure. Am J Cardiol. 2015;116:155–61.
7. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016;387:957–67.
8. Flarakos J, Du Y, Bedman T, Al-Share Q, Jordaan P, Chandra P, et al. Disposition and metabolism of sacubitril/valsartan (formerly LCZ696) an angiotensin receptor neprilysin inhibitor, in healthy subjects. Xenobiotica. 2016;46:986–1000.
9. Group UH-IC. Randomized multicentre pilot study of sacubitril/valsartan versus irbesartan in patients with chronic kidney disease: United Kingdom Heart and Renal Protection (HARP)-III-rationale, trial design and baseline data. Nephrol Dial Transplant. 2016
10. Ito S, Satoh M, Tamaki Y, Gotou H, Charney A, Okino N, et al. Safety and efficacy of LCZ696, a first-in-class angiotensin receptor neprilysin inhibitor, in Japanese patients with hypertension and renal dysfunction. Hypertens Res. 2015;38:269–75.

11. Kristensen SL, Preiss D, Jhund PS, Squire I, Cardoso JS, Merkely B et al. Risk related to pre-diabetes mellitus and diabetes mellitus in heart failure with reduced ejection fraction: insights from Prospective Comparison of ARNI with ACEI to Determine Impact on Global Mortality and Morbidity in Heart Failure Trial. Circ Heart Fail. 2016;9.
12. Langenickel TH, Tsubouchi C, Ayalasomayajula S, Pal P, Valentin MA, Hinder M, et al. The effect of LCZ696 (sacubitril/valsartan) on amyloid-beta concentrations in cerebrospinal fluid in healthy subjects. Br J Clin Pharmacol. 2016;81:878–90.
13. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. Lancet. 2012;380:2224–60.
14. McMurray JJ, Packer M, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, Rizkala AR, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. N Engl J Med. 2014;371:993–1004.
15. Mortality GBD. Causes of death C. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. Lancet. 2015;385:117–71.
16. Palmer SC, Mavridis D, Navarese E, Craig JC, Tonelli M, Salanti G, et al. Comparative efficacy and safety of blood pressure-lowering agents in adults with diabetes and kidney disease: a network meta-analysis. Lancet. 2015;385:2047–56.
17. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Fail. 2016;18:891–975.
18. R. Haynes, P.K. Judge, N. Staplin, W.G. Herrington, B.C. Storey, A. Bethel, et al.Effects of sacubitril/valsartan versus irbesartan in patients with chronic kidney disease.//Circulation, 138 (2018), pp. 1505-1514
19. R. Shaddy, C. Canter, N. Halnon, L. Kochilas, J. Rossano, D. Bonnet, et al.Design for the sacubitril/valsartan (LCZ696) compared with enalapril study of pediatric patients with heart failure due to systemic left ventricle systolic dysfunction (PANORAMA-HF study).//Am Heart J, 193 (2017), pp. 23-34
20. Roksnoer LC, Van Veghel R, De Vries R, Garrelds IM, Bhaggoe UM, Friesema EC, et al. Optimum AT1 receptor-neprilysin inhibition has superior cardioprotective effects compared with AT1 receptor blockade alone in hypertensive rats. Kidney Int. 2015;88:109–20.
21. Roksnoer LC, van Veghel R, van Groningen MC, de Vries R, Garrelds IM, Bhaggoe UM, et al. Blood pressure-independent renoprotection in diabetic rats treated with AT1 receptor-neprilysin inhibition compared with AT1 receptor blockade alone. Clin Sci (Lond) 2016;130:1209–20.
22. Ruilope LM, Dukat A, Bohm M, Lacourciere Y, Gong J, Lefkowitz MP. Blood-pressure reduction with LCZ696, a novel dual-acting inhibitor of the angiotensin II receptor and neprilysin: a randomised, double-blind, placebo-controlled, active comparator study. Lancet. 2010;375:1255–66.
23. Solomon SD, Claggett B, Desai AS, Packer M, Zile M, Swedberg K, et al. Influence of ejection fraction on outcomes and efficacy of sacubitril/valsartan (LCZ696) in heart failure with reduced ejection fraction: the prospective comparison of ARNI with ACEI to determine impact on global mortality and morbidity in heart failure (PARADIGM-HF) trial. Circ. Heart Fail. 2016;
24. Solomon SD, Claggett B, McMurray JJ, Hernandez AF, Fonarow GC. Combined neprilysin and renin-angiotensin system inhibition in heart failure with reduced ejection fraction: a meta-analysis. Eur J Heart Fail. 2016;18:1238–43.
25. Suematsu Y, Miura S, Goto M, Matsuo Y, Arimura T, Kuwano T, et al. LCZ696, an angiotensin receptor-neprilysin inhibitor, improves cardiac function with the attenuation of

fibrosis in heart failure with reduced ejection fraction in streptozotocin-induced diabetic mice. Eur J Heart Fail. 2016;18:386–93

26. von Lueder TG, Wang BH, Kompa AR, Huang L, Webb R, Jordaan P, et al. Angiotensin receptor neprilysin inhibitor LCZ696 attenuates cardiac remodeling and dysfunction after myocardial infarction by reducing cardiac fibrosis and hypertrophy. Circ. Heart Fail. 2015;8:71–8.
27. Voors AA, Gori M, Liu LC, Claggett B, Zile MR, Pieske B, et al. Renal effects of the angiotensin receptor neprilysin inhibitor LCZ696 in patients with heart failure and preserved ejection fraction. Eur J Heart Fail. 2015;17:510–7.
28. Wang BH, von Lueder TG, Kompa AR, Huang L, Webb R, Jordaan P, et al. Combined angiotensin receptor blockade and neprilysin inhibition attenuates angiotensin-II mediated renal cellular collagen synthesis. Int J Cardiol. 2015;186:104–5.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Лола Тургунпулатовна ДАМИНОВА
Шукрулло Салимович КОДИРОВ
Гулноза Пулатовна АКБАРОВА
lola.daminova@yandex.ru
Ташкентский государственный стоматологический институт

ВЛИЯНИЕ АТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

For citation: L.T. Daminova, Sh.S. Kodirov, G.P. Akbarova THE OF EFFECT ANTICOAGULANT THERAPY ON THE STATE OF THE GASTRODUODENAL ZONE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.86-92

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-94

АННОТАЦИЯ

При ишемической болезни сердца (ИБС) прогрессирующие нарушения системы гемостаза корректируются с помощью более краткой и длительной антиагрегантной терапии. Однако, недавние исследования неизменно демонстрируют развитие до 25% всех возможных побочных эффектов и осложнений антикоагулянтной и антитромбоцитарной терапии.

Цель исследования: изучить влияние и осложнение антикоагулянтной терапии на состояние гастродуоденальной зоны у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы: обследовано 146 больных с ИБС, среди них больных с острым инфарктом миокарда (ИМ) было – 12 (8,22%), с прогрессирующей напряженной стенокардией (ПНС) - 68 (46,57%), напряженной стенокардией (НС, функциональный класс III-IV) – 66 (45,20%) человек. Средний возраст больных составил 56,3±2,4 лет.

Результаты и их обсуждение. В настоящем исследовании оценивался “язвенный” анамнез и, уточнялось, было ли осложнение (кровотечение, пенетрация или перфорация). Детализация данных анамнеза позволила установить, что «язвенный» анамнез был выявлен лишь в 22,60% случаев. В остальных случаях по мере возрастания длительности течения заболевания и, соответственно, длительности применения антиагрегантов и антикоагулянтов отмечается прямо-пропорциональная зависимость повышения частоты гастропатии.

Выводы. Развитие эрозивного язвенного поражения у пациентов с ИБС в большой степени способствует прием антиагрегантных или антикоагулянтных препаратов. ЖКК, как осложнения поражений желудка и ДПК у больных ИБС в большинстве случаев (47,3%) были ассоциированы с приемом комбинированной терапия антиагрегантами (клопидогрел+аспирин).

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, антикоагулянтная терапия, гастродуоденальная зона.

Lola Turgunpulatovna DAMINOVA
ShukrulloSalimovich KODIROV
Gulnoza Pulatovna AKBAROVA
Tashkent State Dental Institute
lola.daminova@yandex.ru

THE OF EFFECT ANTICOAGULANT THERAPY ON THE STATE OF THE GASTRODUODENAL ZONE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Abstract. In ischemic heart disease (CHD), progressive disorders of the hemostasis system are corrected with shorter and longer antiplatelet therapy. However, recent studies have consistently demonstrated the development of up to 25% of all possible side effects and complications of anticoagulant and antiplatelet therapy.

Purpose of the study: to study the effect and complication of anticoagulant therapy on the state of the gastroduodenal zone in patients with ischemic heart disease.

Material and methods: 146 patients with ischemic heart disease (CHD), were examined, among them there were 12 (8.22%) patients with acute myocardial infarction (MI), 68 (46.57%) with progressive intense angina pectoris (PNS), intense angina pectoris (NS , functional class III-IV) - 66 (45.20%) people. The average age of the patients was 56.3 ± 2.4 years.

Results and its discussion: in the present study, the “ulcerative” history was assessed and whether there was a complication (bleeding, penetration or perforation). Detailing the data of the anamnesis made it possible to establish that the "ulcerative" anamnesis was detected only in 22.60% of cases. In other cases, as the duration of the course of the disease increases and, accordingly, the duration of the use of antiplatelet agents and anticoagulants, there is a directly proportional relationship to the increase in the frequency of gastropathy.

Key words: ischemic heart disease, anticoagulant therapy, gastroduodenal zone.

Лола Тургунпулатовна ДАМИНОВА
Шукрулло Салимович КОДИРОВ
Гулноза Пулатовна АКБАРОВА
Тошкент давлат стоматология институти
lola.daminova@yandex.ru

ЮРАКНИНГ ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОГРИГАН БЕМОРЛАРДА АНТИКОАГУЛЯНТ ТЕРАПИЯНИ КУЛЛАШ ВА УНИНГ ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЗОНАНИНГ ХОЛАТИГА ТАЪСИРИ

Изох. Юракнинг ишемик касаллигида кон ивиш тизимининг прогрессив касалликлари киска ва узокрок антитромбоцитар терапия ёрдамида даволанади. Шу билан бирга, сунги тадкикотлар антикоагулянт ва антитромбоцитар терапиясининг барча ножуя таъсирлари ва асоратлариниг 25% гача ривожланишини доимий равишда намойиш этади.

Максад: юракнинг ишемик касаллиги булган беморлардан антикоагулянт терапиянинг гастродуоденал зонага холатини ва асоратини урганиш.

Материал ва усуллар: юракнинг ишемик касаллиги билан касалланган 146 бемор текширилди, улар орасида 12 (8,22%) уткир миокард инфаркти (УМИ), 68 (46,57%) ривожланиб борувчи зурикиш стенокардия (РБЗС) ва зурикиш стенокардияси (ЗС, III-IV функционал синф) - 66 (45,20%) та бемор. Беморларнинг уртача ёши 56,3 ± 2,4 йил эди.

Натижалар ва уни мухокама килиш: ушбу тадкикотда «ошкозон яраси» тарихи ва асорати (кон кетиш, еки тешилиш) булганлиги бахоланди. Анамнез маълумотларини батафсил аниклаш «ярали» анамнезнинг атиги 22,60% холларда аникланганлигини аниклашга имкон берди. Бошка холатларда, касалликнинг давомийлиги ва шунга мос равишда

антитромбоцитлар ва антикоагулятларни куллаш давомийлиги ошган сайин, гастропатиянинг учрашининг купайиши билан тугридан-тугри мутаносиб богликлиги мавжуд.

Хулоса: юракнинг ишемик касаллиги булган беморларда эрозив ярали жарохатланишлар ривожланиши асосан антитромбоцитар еки антикоагулянт дориларни куллаш оркали ривожланади. Юракнинг ишемик касаллиги булган беморларда ошкозон ва ун икки бармок ичак эрозияларининг асоратлари сифатида ошкозон-ичакдан кон кетиш (47,3%) аксарият холларда антиромбоцитлар (клопидогрел+аспирин) билан кобминатцияланган терапияни куллаш билан боглик.

Калит сузлар: юракнинг ишемик касаллиги, антитромбоцитар терапия, гастродуоденал зона.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в первую очередь ИБС и осложнения, являются одной из основных проблем здравоохранения в экономически развитых странах, обуславливая высокую заболеваемость, потерю трудоспособности и летальность среди пациентов. В настоящее активно изучается роль ССЗ и ими обусловленных кровотечений ГДЗ в танатогенезе этих заболеваний. Различные исследования суммируют причинность и факторность ИБС, среди которых на первое место выходят острые или хронические формы ишемии ГДЗ слизистой оболочки, ее возрастная инволюция, хеликобактериоз, рефлюкс-гастрит, полиорганная недостаточность, лекарственные поражения и т.д. Наиболее весомыми установлены гастропатии, формирующиеся при длительном применении нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), угрожающие развитием осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта [2,8]. Эти побочные эффекты НПВС заключаются в том, что они способны в кислой желудочной среде непосредственно проникать в клетки слизистой оболочки (СО). Изменение слизисто-бикарбонатного барьера и обратная диффузия ионов водорода приводят к “контактному” повреждению покровного эпителия. Процессы окислительного фосфорилирования, развивающиеся в результате блокирования ферментных систем митохондрий эпителиоцитов, способствуют снижению устойчивости клеток к агрессивному действию соляной кислоты и пепсина, формированию некробиотических процессов, появлению эрозивно-язвенных процессов, нарушению процессов регенерации слизистой оболочки [1,6].

Цель исследования: изучить влияние антикоагулянтной терапии на состояние гастродуоденальной зоны у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Обследовано 146 больных с ИБС, среди них больных с острым инфарктом миокарда (ИМ) было – 12 (8,22%), с прогрессирующей напряженной стенокардией (ПНС) - 68 (46,57%), напряженной стенокардией (НС, функциональный класс III-IV) – 66 (45,20%) человек. Средний возраст больных составил 56,3±2,4 лет. Всем пациентам с клинически установленной ИБС наряду с общепринятыми клинико-лабораторными и инструментальными исследованиями проводили фиброэзофагогастродуоденоскопию - ЭФГДС (FUJINON 2500 и PENTAX5000, Япония), кал на скрытую кровь. Пациенты с ИБС получали традиционную терапию, включающую гепарин (болюс, затем инфузия и подкожное введение), аспирин и клопидогрел (нагрузочные дозы с последующим переходом на поддерживающие).

Статистическая обработка полученных результатов произведена в программе Excell-2017.

Результаты и их обсуждение. В настоящем исследовании оценивался “язвенный” анамнез и, уточнялось, было ли осложнение (кровотечение, пенетрация или перфорация). Детализация данных анамнеза позволила установить, что «язвенный» анамнез был выявлен лишь в 22,60% случаев. В остальных случаях по мере возрастания длительности течения заболевания и, соответственно, длительности применения антиагрегантов и антикоагулянтов отмечается прямо-пропорциональная зависимость повышения частоты гастропатии.

Необходимо заметить, что при поступлении, после установления тяжести состояния, наличия осложнений, возрастных данных, терапия основного заболевания (ИБС)

продолжалась (В-блокаторы, статины, гликозиды, мочегонные), но согласно полученным показателям коагулограммы и формирующимся осложнениям применялись комбинированные виды терапии.

Таблица №1. Варианты антиагрегантной и антикоагулянтной терапии у больных в сравнительном аспекте от формы ИБС (абс).

Группы	Комбинированная терапия	ИБС. Нестабильная стенокардия ИБС. ПСН n=80	ИБС. Стабильная стенокардия n=66	Муж.	Жен
1	Монотерапия: антиагреганты (клопидогрел или аспирин)	0 (0%)	26 (39,39%)*	11 (7,53%)	15 (10,27%) **
2	Комбинированная 2–я терапия: антиагреганты (клопидогрел+аспирин)	12 (15%)	39 (59,09%)*	43 (29,45%)	8 (5,47%)*
3	Комбинированная 3-я терапия: (антикоагулянт + антиагрегантной 2+1), гепарин или НМГ, аспирин, клопидогрел	68 (85%)	1 (1,51%)*	56 (38,35%)	13 (8,90%)*

*- $p < 0,001$; **- $p<0.05$

Проведенные исследования включали в себя план изучения влияния антиагреганой терапии у пациентов с ИБС, в зависимости от ее формы, выявляемые как у мужчин, так и у женщин. Вследствие этого была определена частота вариантов антиагрегантной терапии у пациентов ИБС с стабильной (1 группа) и нестабильной (2 группа) формами. Рассматривая данные приведенные в таблице 1, необходимо отметить, что вариант монотерапии в 1 группе больных не применялся, тогда как данный вид лечения был применен у пациентов 2 группы в 39,39% случаях (26), у мужчин в 7,53%, а у женщин в 1,27% случаях, от общего числа пациентов данных групп, несколько низкими критическими значениями. Двойной вид антиагрегантной комбинированной терапии пациенты 1 группы получили в 15% случаях, тогда как пациенты 2 группы в – 59,09%, когда у мужчин в 29,54%, а у женщин- в 5,47%, от общего числа больных в группах, с высокой достоверностью результатов ($p<0,001$), и низкими критическими значениями. Тройной вид антиагрегантной терапии был применен в 85% случаях пациентам 1 группы и только в 1,51% больным 2 группы, тогда как мужчинам применялся в 38,35%, а женщинам в 8,90% случаях, с высокой степенью достоверности результатов ($p<0,001$), с высокими критическими значениями выборки, от общего числа больных в группах.

Таблица№2. Характеристика антиагрегантной и антикоагулянтной терапии при ЖКК в сравнительном аспекте у больных в зависимости от формы ИБС (абс).

Группы	Комбинированная терапия	ИБС. Нестабильная стенокардия ИБС. ПСН n=80	ИБС. Стабильная стенокардия n=66	Количество пациентов без ЖКК	Количество пациентов с осложнениями ЖКК
1	Монотерапия:антиагреганты (клопидогрел или аспирин)	0 (0%)	26 (39,39%)*	16 (17,20%)	10 (18,86%)**

2	Комбинированная 2–я терапия: антиагреганты (клопидогрел+аспирин)	12 (15%)	39 (59,09%)*	41 (44,08%)	10 (18,86%)*
3	Комбинированная 3-я терапия: (антикоагулянт + антиагрегантной 2+1), гепарин или НМГ, аспирин, клопидогрел	68 (85%)	1 (1,51%)*	36 (38,70%)	33 (62,26%)**

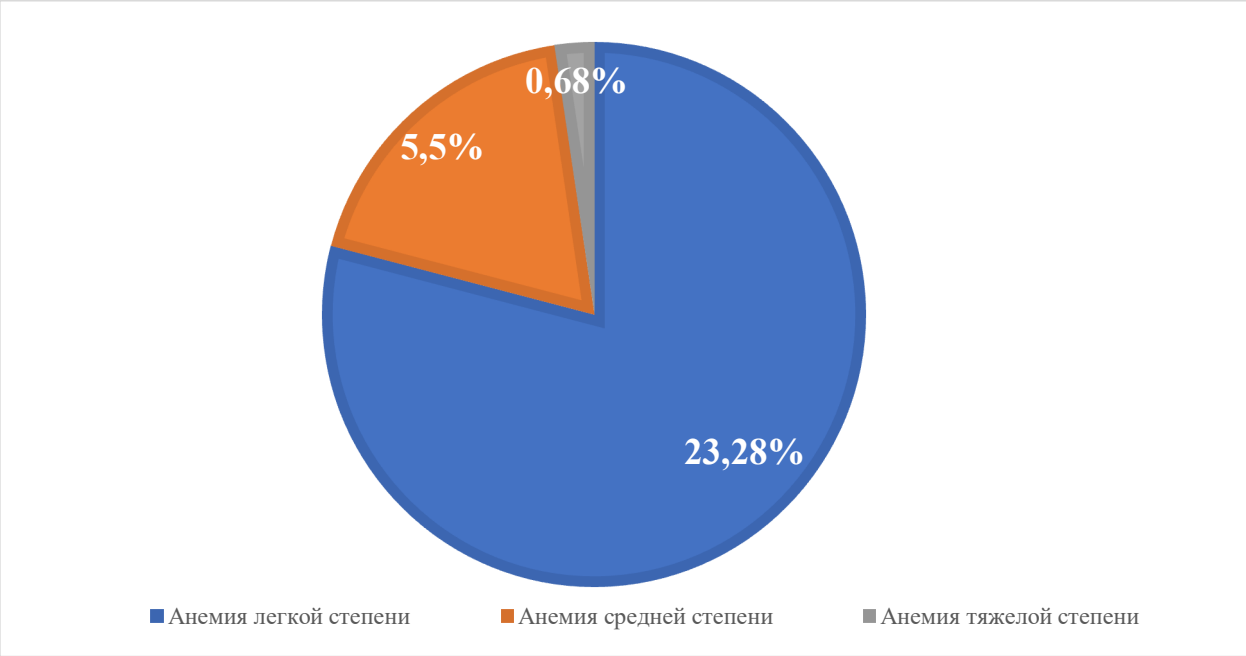
*- p < 0,001; **-p<0,05

Формирование такого грозного осложнения как ЖКК, накладывает определенный отпечаток на течение ИБС, в связи с чем пациентам применялись различные варианты антиагрегантной и антикоагулянтной терапии. Исследованием было выявлено (табл. 2), что при проведении варианта монотерапии у пациентов 1 группы (ИБС. Нестабильная стенокардия) и 2 группы (ИБС. Стабильная стенокардия) явлений ЖКК у 17,20% пациентов не было, а в 18,86% случаях были отмечены осложнения в виде ЖКК. Осуществление метода двойной комбинированной терапии проводилось в 15% пациентам 1 группы и в 59,09% - пациентам 2 группы, с высокой степенью достоверности (p<0,001), и низкими значениями критической выборки, причем явлений ЖКК не отмечено у 44,08% пациентов, когда в 18,86% - обнаружены осложнения ЖКК. В свою очередь, метод тройной комбинированной терапии применялся в основном (85%) пациентам 1 группы, и только в 1,51% - больным 2 группы, с высокой степенью достоверности (p<0,001), и высокими значениями критической выборки Без осложнений ЖКК частота пациентов выявлена в 38,70% случаях, а осложнения ЖКК были определены у 62,26% больных.

Как известно, осложнения язвенного процесса у пациентов с эрозивно-язвенными поражениями ГДЗ является анемия. Развивающаяся анемия, как осложнение язвенного процесса ГДЗ, приводит к гипотонии, ишемии слизистой оболочки ГДЗ, которая, в свою очередь, вызывает обратную диффузию H+, ацидоз, истощение буферных систем, гибель клеток эпителия, приводящие к повреждению целостности слизистой оболочки [6].

При изучении данного вопроса, анемия была выявлена 43 (29,45%) наблюдаемых больных и была 1-2 степени. (табл.3). При анализе наличия анемии у наблюдаемых больных ИБС легкая степень анемии (Hb 119—90 г/л) была выявлена у 34 (23,28%) пациентов, умеренная (Hb 89—96 г/л) — у 8 (5,5%) человек, тяжелая (Hb <60 г/л) — у 1 (0,68%) пациентов.

Рисунок №1. Характеристика пациентов по степени анемии (абс).



Выделение больных по возрастным группам показало, что у всех больных пожилого возраста (104 пациента) регистрировалась анемия 1-2 степени тяжести. Легкая анемия (Hb 119—90 г/л) выявлена у 33 (31,7%) пациентов, умеренная (Hb 89—96 г/л) — у 3 (2,88%) человек, тяжелая (Hb <60 г/л) — у 1 (0,96%) пациентов (табл.3.)

Таблица№ 3. Характеристика частота анемии у лиц пожилого возраста с ИБС при язвенной болезни желудка и ДПК (абс)

Возраст	Анемия есть		Анемии нет		Всего
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	
56-65	12(17,64%)	9 (13,24%)*	43 (63,24%)	4 (5,8%)*	68 (100%)
66-75	9 (25%)	7 (10,29%)*	16 (23,5%)	4 (11,1%)*	36 (100%)

Нужно заметить, что достоверность выраженности анемического синдрома у пациентов 56-65 лет, как у мужчин, так и у женщин, находятся в прямо пропорциональной зависимости, однако без определенной достоверности результатов и низкими критическими значениями выборки.

В группе пациентов 66-75 летнего возраста прямо пропорциональная зависимость также недостоверна по результативности, с более низкими критическими значениями выборки.

Обсуждение. По данным литературы прогноз у больных ИБС, осложненной кровотечениями их ЖКТ, хуже, поскольку уменьшается коронарный резерв, и проблемы последствий коронарной катастрофы усугубляются анемией, неизбежными нарушениями регуляции гемостаза и гомеокинеза центральной гемодинамики с нарушением азотовыделительной функции почек, с увеличением креатинина сыворотки крови [3,5].

Существующие стратегии лечения данных осложнений придерживаются «золотого стандарта» применения фармакологических препаратов на основе ацетилсалициловой кислоты (АСК), предусматривающие статистически значимое уменьшение риска развития инфаркта миокарда и инсульта, с сокращением летальных исходов [1,9].

В клинической практике трудно провести четкую грань между НПВС-гастропатиями и так называемыми «стрессовыми» эрозиями и язвами, возникающими у пациентов с острым инфарктом миокарда и другой тяжелой патологией или оперативными вмешательствами [4,7]. Только тщательно детализированный анамнез, указывающий на длительность приема препаратов АСК и НПВС позволяет идентифицировать эти повреждения верхних отделов пищеварительного тракта.

Согласно, литературным данным патогенетическая связь анемии (в том числе постгеморрагической) с ИБС своеобразна. Проявление гемической гипоксии приводит к утяжелению стенокардии, а купирование анемии «смягчает» ее течение [2,8,6]. Вместе с тем, как это ни парадоксально, анемия положительно влияет на течение ИБС, разжижая кровь и снижая опасность коронарных тромбозов [1,5,7].

Выводы. Таким, образом, развитию эрозивного язвенного поражения у пациентов с ИБС в большой степени способствует прием антиагрегантных или антикоагулянтных препаратов. Желудочно-кишечные кровотечения, как осложнения поражений желудка и ДПК у больных ИБС в большинстве случаев (47,3%) были ассоциированы с приемом комбинированной терапия антиагрегантами (клопидогрел+аспирин). Желудочно-кишечные кровотечения, в свою очередь, способствовали развитию анемического синдрома, при этом легкая степень анемии отмечалась у 23,4%, умеренная - у 5,5% человек и тяжелая - у 0,7% пациентов.

Список литературы:

1. Кубачев К.Г., Хромов В.В., Качесов Э.Ю., Заркуа Н.Э. Эндоскопические и рентгеноэндоваскулярные вмешательства при лечение больных с кровоточащей гастродуоденальной язвой. Вестник хирургии. 2014; 23-26.

2. Мороз Е.В., Артемкин Э. Н., Крюков Е. В., Чернецов В. А. Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта при антитромботической терапии. General reanimatology. 2018; 14. 3. 16-25.
3. Daminova L.T., Kodirov Sh.S., Sheck A.B. Varieties of gastrointestinal bleeding in patients with coronary heart disease. International Journal of Gastroenterology Sciences. 2019; Volume 1; Issue 1; January Page No. 28-30.
4. Michele Massimo Gulizia., Furio Colivicchi., Maurizio Giuseppe., Marco Ambrosetti et al. Consensus Document ANMCO/ANCE/ARCA/GICR-IACPR/ GISE/SICOA: Long-term Antiplatelet Therapy in Patients with Coronary Artery Disease. //European Heart Journal Supplements. 201; 20. 1–74.
5. Francis K L Chan., Khean-Lee Goh., Nageshwar Reddy., Kazuma Fujimoto., Khek Yu Ho., Seiji Hokimoto., Young-Hoon Jeong., Takanari Kitazono., Hong Sik Lee., Varocha Mahachai., Kelvin K F Tsoi., Ming-Shiang Wu., Bryan P Yan., Kentaro Sugano. Management of patients on antithrombotic agents undergoing emergency and elective endoscopy: joint Asian Pacific Association of Gastroenterology (APAGE) and Asian Pacific Society for Digestive Endoscopy (APSDE) practice guidelines. //Guidelines. 201; 67. 405–417.
6. Cardoso R., Bengo A., DiNicolantonio J, et al. Incidence of cardiovascular events gastrointenstinal bleeding in patients receiving clopidorel with proton pump inhibitors: an updated meta-analysis. //Open Heart. 2015; 2 (1). e000248. doi ”10.1136\openhrt-2015-000248.
7. Angelo Zulloa., Cesare Hassana., Franco Radaelli. Gastrointestinal endoscopy in patients on anticoagulant therapy and antiplatelet agents. // Annals of Gastroenterology. 2017; 30. 7-14.
8. Angel Lanas., Carla J. Gargallo. Management of low-dose aspirin and clopidogrel in clinical practice: a gastrointestinal perspective. //J Gastroenterol. 2015; 50. 626–637.
9. Alessandro Di Minno., Gaia Spadarella, Domenico Prisco., Antonella Scalera., Elena Ricciardi., Giovanni Di Minno. Antithrombotic drugs, patient characteristics, and gastrointestinal bleeding: Clinical translation and areas of research. //Blood Reviews. 2015; 29. 336–341.
10. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure / A.Chobanian [et al.] /2003. 42 (6). Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services. P. 1206. doi:10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2. ISSN 0194-911X. PMID 14656957. Retrieved 2011–12–28.
11. У.Р. Нарзуллаева, Г.У. Самиева, З. С. Пардаева Pathogenetic aspects of verified risk factors such as arterial hypertension and dyslipidemia in the development of chronic heart failure. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2020, 10(10): 776-779
12. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies / S. Lewington, R. Clarke, N. Qzilbash [et al.] / Lancet (London: Elsevier) 360 (9349): 1903–13. doi:10.1016/S0140-6736(02)11911-8. PMID 12493255.
13. The DASH Diet for High Blood Pressure: From Clinical Trial to Dinner Table / N. Karanja, T.P. Erlinger, L. Pao-Hwa [et al.] // Cleveland Clinic Journal of Medicine (Lyndhurst, Ohio: The Cleveland Clinic Foundation) 71 (9): 745–53. doi:10.3949/ccjm.71.9.745. ISSN 0891-1150. PMID 15478706. Retrieved 2011–12–28 p.
14. Clinical management of primary hypertension in adults. NICE guidelines CG127, 2011 (reviewed 2013). http://www.nice.org. uk/guidance/CG127 (12.12.2014)

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Мамасалиева Н.А.
Каримова Г.С.
Ахмадова Ф.Ш.
Самарканд давлат тиббиёт институти Узбекистон.
E-mail: abdugaffarovna@gmail.com,
mamasalieva@hotmail.com

ЎРТА ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА СИЙДИК ТУТА ОЛМАСЛИК

For citation: N.A. Mamasalieva, G.S. Karimova, F.Sh. Akhmedova URINARY INCONTINENCE IN MIDDLE-AGED WOMAN Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.93-98

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-95

АННОТАЦИЯ

Ўрта ёшдаги аёлларда сийдик тута олмаслик касаллиги оғир вагинал туғриклар, катта ҳомила ёки кўп ҳомилалик, сийдик таносил инфекцияси касалликлари, оралик травмалар ва кичик чаноқ бўшлиғи аъзоларида ўтган операциялар асорати бўлиб, семизлик, қандли диабет, чекиш каби омиллар хам сабаб бўлиши мумкин. Сийдик тута олмаслик унинг сабабига кўра уч турга бўлинади: булар стрессли сийдик тута олмаслик, ургант сийдик тута олмаслик ва тўлиқ сийдикни бошқара олмаслик.Улардан аёлларда кўп учрайдиган тури бу стрессли сийдик тута олмаслик ва у асосан қирқ беш ёшдан кейин бошланади, бунда аёллар акса урганда ёки йўталганда, қаттиқ кулиб юборганда содир бўлади, шу сабабли аёллар беихтиёр сийдик чиқиб кетишидан шикоят қилади. Ўз навбатида бу касалликнинг илк белгиларидан бирибўлиб, ташхис қўйишда ҳам муҳим рол ўйнайди. Сийдик тута олмаслик аёлларда дискомфорт ва стрессга, колективга қўшилишда уларнинг тортинишига, хижолат чекишига сабабчи бўлади

Калитли сузлар: сийдик тута олмаслик, стресли сийдик тута олмаслик симптомлари, сийдик тута олмасликни даволаш.

Мамасалиева Н.А.
Каримова Г.С.
Ахмадова Ф.Ш.
Самарканд Институт Медицины.Узбекистан.
E-mail: abdugaffarovna@gmail.com,
mamasalieva@hotmail.com

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

АННОТАЦИЯ

Недержание мочи у женщин среднего возраста является осложнением тяжелых вагинальных родов, крупного плода или многоплодной беременности, недержания мочи,

перемежающихся травм и перенесенных операций на органах малого таза, ожирения, сахарного диабета, курения. Недержание мочи делится на три типа в зависимости от его причины: это стрессовое недержание мочи, недержание мочи ургента и неспособность управлять полной мочой. Из них очень много женщин страдают этим видом стрессового недержания мочи и начинается оно в основном после сорока пяти лет, это происходит, когда женщины чихают или кашляют, сильно смеются, поэтому женщины жалуются на непроизвольное мочеиспускание. В свою очередь, он является одним из первых признаков заболевания и также играет важную роль в диагностике. Недержание мочи вызывает дискомфорт и стресс у женщин, их стеснение при курение и соединении в коллективе.

MamasalievaN.A.
KarimovaG.S.
AkhmedovaF.SH.
Samarkhand State Medical Institute.
E-mail: abdugaffarovna@gmail.com,
mamasalieva@hotmail.com

URINARY INCONTINENCE IN MIDDLE-AGED WOMAN

ANNOTATION

Urinary incontinence in middle-aged women is a complication of severe vaginal delivery, large fetuses or multiple pregnancies, urinary incontinence, intermittent injuries and operations on the pelvic organs, obesity, diabetes, smoking. Urinary incontinence is divided into three types depending on its cause: these are stress urinary incontinence, urgent urinary incontinence, and the inability to manage full urine. Of these, a lot of women suffer from this type of stress urinary incontinence and it begins mainly after forty-five years, it happens when women sneeze or cough, laugh a lot, so women complain of involuntary urination. In turn, it is one of the first signs of the disease and also plays an important role in diagnosis. Urinary incontinence causes discomfort and stress in women, their tightness when smoking and joining in a team

Key words: urinary incontinence, symptoms of stress urinary incontinence, treatment of urinary incontinence.

Тадқиқот мақсади:Ўрта ёшдаги аёлларда сийдик тута олмаслик хозирги кунда тез-тез учрайди. Бунинг сабаблари хар хил бўлиб, асосан гинекологик, урологик ва неврологик сабаблар булиши мумкин. Дискомфорт кундаликда бусиз хам оқсаётган фаолликнинг пасайишига олиб келади. Статистик маълумотларга қараганда сийдик тута олмаслик ўз уйида оиласи билан яшаб келаётган ўрта ёшдаги аҳолининг 15% ва қариялар уйида яшовчиларнинг 70% ни қамраб олган. Аёллар бу муаммодан эркакларга нисбатан 2 баробар кўпрок азият чекиши аниқланган.

Ихтиёрсиз сийдик ажралиши хавфи борлиги сабаб, аёллар одамлар билан мулоқатда бўлишдан тортинишади, депрессияга тушишади ва ўзларини нохуш сезадилар. Агар аёлга яқинлари бу касаллик эканлигини ва вактида шифокор қабулига бориб даволаниш кераклигини ва бу даволаса бўладиган касаллик эканини тушинтирсалар, катта ёрдам килган булади.

Сийдик тута олмаслик аёл организмининг табиий кариши билан боғлиқ бўлиб, бунга қўшимча аёл сийдик ва таносил аъзоларининг туғруқ вақтида турли зўриқиши ва ўтказилган жаррохлик усулларининг асоратларидир. Сийдик тута олмаслик қўйидаги турларга ажратилади:

* Стресли -қорин девори мушакларининг зўрикиши натижасида содир бўлади. Йўтал, аксириш, қаттиқ кулиш, оғир кўтариш- бу ихтиёрсиз сийдик чикиб кетишга сабаблар.

* Ургент-кутилмаганда, ушлаб тура олиб булмайдиган, кучли пешобга чиқиш хиссиёти . Сув шилдираши ва бошка омиллар натижасида пайдо булади.

* Тўлиқ Сийдик бошқарилиб бўлмайди, хар доим оқиб туради, хатто уйкуда хам.

Энг куп таркалган сийдик тута олмаслик бу стрессли сийдик тута олмасликдир. Бу асосан 50 ёшдан кейин бошланади ва мушакларнинг заифлашгани билан асосланади.

Патологиянинг пайдо булишининг асосий сабаблари.

Касаллик битта ёки бир неча факторлар натижасида пайдо булади, куп факторлар ихтиёрсиз сийдик чиқишига сабаб бўлади:

* Сийдик чиқарувчи аъзоларни шикастловчи инфекциялар.
* Семизлик.
* Тос мушаклари заифлашиши.
* Қандли диабет.
* Сийдик қопи тоши.
* Анамнезида операциялар.
* Рухий ва неврологик бузилишлар.
* Орка мия усмалари.
* Бачадонннинг паст ташлаши.
* Сийдик қопининг паст ташлаши.
* Депрессия.
* Диуретиклар ва куп суюклик истеъмол қилиш.
* Чой ва кофе, спиртли ва газли ичимликларнинг хаддан зиёд истемол килиш.

Кўп холларда сийдик тута олмаслик чаноқ мушаклари ва фасцияларининг дисфункцияси натижасида тос кичик чанок аъзоларининг паст ташлаши билан боғлик. Физиологик нуқтаи назардан ораликнинг уч кават боглам ва мушаклари ўрни аёлларнинг репродуктив аъзоларини ушлаб туришда биринчи ўриндадир.

Травмалар ёки гормонал ўзгаришлар натижасида бириктирувчи тўқима метоболизмида ўзгаришлар бўлиб, бириктирувчи аппарат толаларида коллаген ишлаб чиқарилиши пасаяди, натижада оралиқнинг анатомик структураси заифлашиб, кичик чаноқ бўшлиқ аъзоларини тутиб туриш фаолияти бузилади.

Қов-цервикал соҳанинг қайси бўлимида бириктирувчи тўқима дефекти булаётганига қараб, у ёки бу сабабли у ёки бу сийдик тута олмаслик синдроми сабаблари шаклланади:

Марказий булимининг шикастланишида қин деворининг ўрта кисми осилиши ва сийдик пуфагининг буйнини патологик харакатига олиб келади ва сфинктер узининг тулик ёпилиш хусисиятини йўкотади.

Фасциянинг паравагинал дефектида қин деворининг олдинги кисми осилиб, сийдик пуфаги ва уретранинг қин томонга силжишига олиб келади (цистоцеле ва цистоуретроцеле) ва сийдик пуфаги буйнининг хаддан ташкари харакатига сабаб бўлиб, аёлнинг сийдикни тута олиш функциясини бузади.

Дистал бўлимда бўлган дефектлар эса уретранинг патологик харакатига олиб келиш йули билан сийдик тута олмасликка сабаб бўлади.

Тадқиқот усуллари:

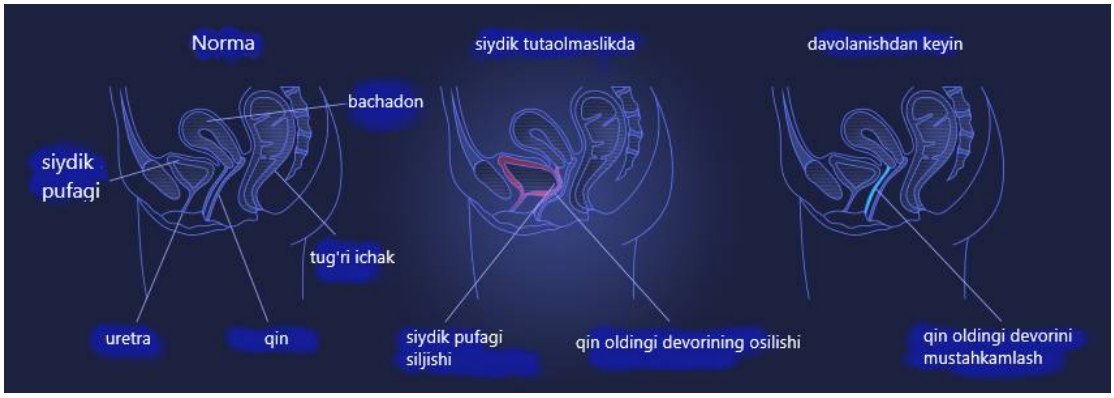
Диагностиканинг асосий вазифаси сийдик тута олмасликни юзага келишини қўзғатувчи холат сабабини аниқлашда қўйидаги тадқиқот усуллари олиб борилади:

- рентгеналогик тадқиқот(уретроцистография)-бунда тос аъзоларининг анатомиясини батафсил ўрганиш учун қўлланилади;
- ултратовуш текшируви;
- гинекологик текширув. Бу текширув йўли жинсий аъзолар ҳолатини баҳолаш ва уларнинг ҳаракатсизлигини аниқлаш имконини беради. Йўтал тести тўғридан-тўғри стулда амалга оширилади, лекин баъзан бачадон ва вагина олдинги деворининг аниқ етишмовчилиги билан салбий бўлиши мумкин. Оқаётган сийдик миқдорини аниқ аниқлаш учун пад тестини ўтказиш тавсия етилади;
- сийдик лаборатория синовлари, шу жумладан, микрофлора учун экиш;

Профилактик ва диагностик чораларнинг прогнози.

Тўғри ташхис ва даво муолажаларини танлаш учун, шифокор бемор анамнезини йиғиб, уни анализ ва инструментал текширишлардан ўтказади. Албатта гинекологик кўрикдан хам ўтказиш шарт. Шифокорга бемор пешобга чиқиш, истемол қилинган суюқлик ва чиқарилган суюқлик миқдори ёзиб борилган кундалик тутиши билан катта ёрдам кўрсатади.
Касалликнинг олдини олишда сийдик таносил инфекциясидан сақланиш, тос мушакларини тренировкаси, семизликнинг олдини олиш ва гинеколог куригида ўз вақтида бўлиш катта ахамиятга эга.

Суратда нормал холат ва сийдик тута олмасдаги холат, операциядан кейинги холат акс этган.



Риск факторлар:
* Аёлнинг ёши-50 ёшдан юкори.
* Анамнезида катта хомила ёки куп хомилалик.
* Огир кечган вагинал тугриклар.
* Ортикча вазн.
* Кичик чанок органларида бўлган операция.
* Сурункали кабзиятлар.
* Чекиш ва бошка кушимча касалликлари.
* Гиподинамия.

Стрессли сийдик тута олмаслик симптомлари.

Бу муаммо билан аёллар купинча неврапотолог, уролог ва ёки терапевтга мурожаат қилишади, улар бу жинсий аъзоларда паст ташлаш касаллиги борлигига шубҳа хам қилишмайди.
Касалликнинг асосий белгиси зўриқиш, кулиш, жинсий алока пайтида, аксириш ва йуталда сийдикнинг ихтиёрсиз чикиб кетиши.
Бундан ташқари қин деворларида паст ташлашлар бўлса бу секинлик билан сийдик тута олмасликка олиб келишини эътибордар қолдирмаслик керак.
Шу жумладан сийдик қопини тўлиқ бўшата олмаслик, тез-тез пешобга чифиш, кечаси пешобга чиқиш, тўғри ичакни тўлиқ бўшамаганлиги ҳиссиёти, газ ва ахлатни тута олмаслик, жинсий алокада оғриклар сингари белгилар хам сийдик тута олмаслик белгиларидандир.
Касаллик оғирлиги даражалари:
Тўрт соат ичида чиқадиган сийдик микдорига караб 4 гурухга бўлинади:
1-даража- бошланғич даража бўлиб, сийдик миқдори томчилаб чиққан холда 50 мл дан ошмайди.
2-даража- енгил даража бўлиб, чикадиган сийдик 100 мл дан ошмайди.
3-даража- ўрта даража бўлиб, 120-150 мл гача сийдик чикади.
4-даража -оғир даража бўлиб, сийдик контролсиз холда чиқиб туради.

Даволаш:

А.Консерватив усул:

1. CO2 лазер Eraster C билан даволаш. (бемор 3 процедура утказгач сийдик тута олмаслик нима эканлигини унитади).
2.Гиалурон кислота асосида таёрланган гелни уретра асосига жунатиш йули. (Урогенитал филлер)

3. Атрофик вульвавагинити бор аёлларга кушимча махаллий эстроген тавсия килиш.
4. Вазнни контрол килиш, чекиш, спиртли ва газли ичимликларни истемол килмаслик, огир иш килмаслик, махсус гимнастика билан шугилланиш, кушимча касалликларини уз вактида даволаш яхши самара беради.

В.Жаррохлик йули билан даволаш.

Консерватив йул билан даволаш самара бермаса жаррох керакли усулни танлаб олади. Бунда кушимча касалликлари, пролапс турлари хисобга олинади.

С. Мини-слинглар ўрнатиш йули билан даволаш.

Бу 3-4 даражали сийдик тута олмасликда кулланилади. Максад-уретранинг гипермобильностини бартараф килиш. Асоратсиз, осон ва тез килинадиган операция, госпитализация талаб килмайди.

D. Пессарийлар-тос тубининг анатомик дисфункцияларида ишлатилади. Пессарийлар индивидуал танланади, чунки улар зар хил катталикда булади.

Хулоса: Юкорида курсатилган курсатмаларга асосланиб шуни хулоса килиш мумкинки, сийдик тута олмасликка огир вагинал тугруклар, ораликдаги травмалар, куп хомилалик ва катта хомила билан кечган тугруклар, сийдик таносил инфекцияси, кичик чанок аъзоларида утказилган операциялар ва кушимча касаллиги бўлган аёлларда ва жисмоний зурикиш ва сурункали кабзият касаллигидан кейин хам ривожланиши мумкин. Чекиш, алкогол ва газли ичимликларни хаддан зиёд истемол килиш ва куп чой ва кфе ичиш хам кушимча омилларга киради ва уз вактида ташхис куйиб даволаш яхши самара беради.

Адабиётлар:

1. Адамян Л.В., Аскольская С.И., Джабраилова С.Ш., Блинова М.А. Лапароскопический, лапаротомический и влагалищный доступы коррекции несостоятельности мышц тазового дна и стрессового недержания мочи. // Эндоскопия в гинекологии. М. — 1999. — с. 499-503.
2. Аскольская С.И. Альтернативный подход к гистерэктомии — клинико-физиологическое обоснование объема, доступа и реабилитации // Дис. докт. мед. наук — М. — 1998. 217 с.
3. Баисова Б.И., Бижанова Д.А., Богинская Л.Н. и др. Гинекология: учебник / под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. — 3-е изд., испр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - с. 358-367.
4. Буянова С.Н., Смольнова Т.Ю., Иоселиани М.Н., Куликов В.Ф. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1998. - №1. - с. 77-79.
5. Буянова С.Н., Савельев С.В., Гришин В.Л., Сенчакова Т.Н. Некоторые аспекты патогенеза пролапса гениталий. // Акушерство и гинекология. — 2001. №3. — с. 39-44.
6. Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д., Шойбонов Б.Ж., Муравьева Т.Г., Федоров А.А., Лукашенко С.Ю. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий инедержания мочи. // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2005. Рефераты №5.
7. Буянова С.Н., Петрова В.Д., Шагинян Г.Г., Смольнова Т.Ю. Эффективность различных методов лечения женщин с пролапсом гениталий, осложненным недержанием мочи. // Журнал акушерства и женских болезней. — СПб. — 2004. — том XLIX выпуск 4.
8. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практ. руководство для врачей. / Под ред. акад. РАМН, проф. Э.К. Айламазяна — М.: МЕДпресс-информ, 2004. с. 346-359.
9. Глебова Н.Н. Организация комплексного обследования и лечения больных с опущением и выпадением матки. // Некоторые актуальные вопросы акушерства-гинекологии. — Уфа. — 1974. — с. 55-56.
10. Глебова Н.Н. Изменения мочевой системы при опущении и выпадении матки. // Акушерство и гинекология. М. - 1973. -№5. - с. 37-40.

11. Глебова Н.Н., Мирионков А.В. Состояние мочевой системы у больных с опущениями и выпадениями матки. // Сборник научных работ Башкирской республиканской клинической больницы. Уфа. -1975.-с. 357-358.
12. Глебова Н.Н., Радутный В.Н. Результаты оперативного лечения выпадений матки. // Сборник научных работ Башкирской республиканской клинической больницы. Уфа. - 1974. - с. 359361.
13. Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Латыпов А.С., Трубина Т.Б. Опущение и выпадение внутренних гениталий у женщин. — Уфа. — 1997. — с. 4649, 58-60.
14. Глебова Н.Н., Шувалова Н.П. Состояние шейки матки привыпадении матки. // Акушерство и гинекология. — М. — 1974. -№1. — с. 68-69.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Саидганихожа Ибрагимович ИСМАИЛОВ
Ситорахон Улугбековна МУМИНОВА
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Dr.muminova@gmail.com

ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИНГИБИТОРА ДИПЕПТИДИЛПЕПТИДАЗЫ-4 (иДПП-4) У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА

For citation: S.I. Ismailov, S.U. Muminova HYPOGLYCEMIC EFFICACY AND SAFETY OF DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 INHIBITOR (iDPP-4) IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 99-104

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-96

АННОТОЦИЯ

В данном литературном обзоре были продемонстрированы исследования, касающиеся нефропротективной эффективности иДПП-4 при сахарном диабете 2 типа. иДПП-4 является сахаросжигающим препаратом, влияющим на баланс кишечных гормонов –инкретинов, а в частности на глюкагоноподобный пептид-1. ДПП-4 принимает непосредственное участие в деградации ГПП-1 и метаболизирует другие гормоноподобные субстанции имеющие вазоактивные, иммуномодулирующие, натрийуретические и антиоксидантные свойства. иДПП-4 являются одной из новых групп препаратов, использующихся при лечении сахарного диабета 2 типа

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, поражение почек, иДПП-4

Саидганихожа Ибрагимович ИСМАИЛОВ
Ситорахон Улугбековна МУМИНОВА
Ташкент Педиатрия Тиббиёт Институти
Dr.muminova@gmail.com

2-ТУРДАГИ ДИАБЕТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ДИПЕПТИДИЛ ПЕПТИДАЗА-4 ИНҲИБИТОРИ (ИДПП-4) ГИПОГЛИКЕМИК САМАРАДОРЛИГИ ВА ХАВФСИЗЛИГИ

АННОТАЦИЯ

Ушбу шарх мақолада қандли диабет 2 турида ДПП-4 ингибиторини буйракларга таъсири намоён этирилган. ДПП-4 ингибитори тўғридан тўғри ГЎП-1 деградациясида иштирок этади ва вазоактив, иммуномодулятор, натриуретик ва антилксидант хусусиятга эга бўлган гармонларни метаболизмидни яхшилайди. ДПП-4 ингибитори қандли диабет 2 турини даволашда кўланниладиган янги гурух препаратларидан бири.

Калит сўзлар: қандли диабет 2 тури, буйрак шикастланиши, ДПП-4 ингибитори

Saidganikhoda Ibragimovich ISMAILOV
Sitorakhon Ulugbekovna MUMINOVA
Tashkent Pediatric Medical Institute
Dr.muminova@gmail.com

HYPOGLYCEMIC EFFICACY AND SAFETY OF DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 INHIBITOR (iDPP-4) IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

ANNOTATION

This literature review has demonstrated studies concerning the nephroprotective efficacy of iDPP-4 in type 2 diabetes mellitus. iDPP-4 is a sugar-burning drug that influences the balance of intestinal hormones - incretins, in particular, glucagon-like peptide-1. iDPP-4 is directly involved in the degradation of GLP-1 and metabolizes other hormone-like substances with vasoactive, immunomodulatory, natriuretic and antioxidant properties. iDPP-4 is one of the new groups of drugs used in the treatment of type 2 diabetes.

Key words: type 2 diabetes mellitus, kidney damage, iDDP-4

Сахарный диабет 2 типа (СД2) в настоящее время является одной из основных проблем в медицине из-за своей растущей распространенности во всем мире и в частности в Узбекистане. Данное заболевание имеет высокий риск развития макрососудистых и микрососудистых осложнений. Одним из таких осложнений является диабетическая нефропатия (ДН), которая может встречается среди 30-50% больных с СД2. Развитие ДН способствует увеличению частоты инвалидизации и смертности среди пациентов с СД2. ДН так же может являться одним из факторов риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии, а также является ведущей причиной терминальной почечной недостаточности [6, 11, 12, 28, 34].

Развитию ДН способствуют такие факторы как гипергликемия, артериальная гипертония, дислипидемия, вредные привычки (курение) и избыточная масса тела, наследственная предрасположенность [15]. Многочисленными исследованиями было установлено, что СД2 увеличивает в 2,6 раза риск хронической болезни почек (ХБП) и риск летальности из-за почечной патологии в 3 раза [7, 12, 35].

Развитие поражений почек при СД2 и формирование ДН носит непрерывно прогрессирующий многофакторный характер. Частота встречаемости ДН имеет непосредственную зависимость от длительности СД2, так при стаже заболевания до 10 лет составляет по данным некоторых авторов от 5 до 6%, тогда как у больных страдающих СД2 в течение 20 лет процент возрастает в 10-15 раз, а при 30-ти летней заболеваемости достигает 45%, пик развитияДН приходится в сроки от 15 до 20 лет у больных с СД2.

В настоящее время малоизученными остаются вопросы по изучению факторов, определяющих темпы развития поражений почек и прогрессирования заболевания. Однако многие исследователи утверждают, что ранние вмешательства, особенно направленные на первичную профилактику, являются эффективными[8, 12].

При диагностике ДН и установления прогноза лечения целесообразно ориентироваться на содержание альбумина и показатели скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Ранними признаками в диагностике ДН являются высокие показатели экскреции альбумина с мочой, которая превышает нормативные значения, на фоне высоких показателей СКФ (>140 мл/мин на 1,73м^2), которые при прогрессировании почечной дисфункции имеют тенденцию к снижению.

Достижения длительной ремиссии ДН возможно только при жестком контроле гликемии, артериальной гипертензии, особенно при применении блокаторов ренин-ангиотензивной системы.

В настоящее время разработаны новые группы препаратов. Одним из таких является ингибитор фермента ДПП-4. иДПП-4 является пероральным сахороснижающим препаратом

(СПП). Данный препарат способствует замедлению деградацию и продлевающий действие эндогенных кишечных гормонов инкретинов глюкозозависимого инсулинотропного полипептида (ГИП) и энтероглюкагона (или ГПП-1) [4, 19]. Наибольший клинический эффект имеет ГПП-1, который вырабатывается L-клетками желудочно-кишечного тракта при приёме пищи и стимулирует постпрандиальную секрецию инсулина на фоне подавления образования глюкагона [4, 19]. ГПП-1 имеет глюкозозависимое действие на β- и α- клетки поджелудочной железы и обуславливает снижение глюкозы в крови без риска развития гипогликемических состояний [4, 19].

иДПП-4 имея гликемический эффект является препаратом выбора при терапии больных с высоким риском гипогликемии, таких как - пожилой и старческий возраст, патология сердечно-сосудистой системы и почечная дисфункция [21].

Независимо от того, что иДПП-4 выводится почками на 85% (в неизмененном виде – 25%) при клинических испытаниях на фоне коррекции дозы очень хорошо переносился пациентами как с умеренной, так и тяжелой хронической болезнью почек (ХБП) [27, 30].

Lukashevich V. и соавторы (2013) установили, что при добавлении иДПП-4 в дозе 50 мг/сутки в терапии СД2 с тяжелой ХБП и с низким контролем гликемии при инсулинотерапии на фоне эффективного снижения HbA1c через 24 недели было сопоставимо с плацебо по развитию гипогликемии, имело высокую безопасность, а также не было ассоциировано с набором веса [16].

По данным многих исследований иДПП-4 имеет положительное влияние и является безопасным для сердечно-сосудистой системы, а также проявляет ряд благоприятных метаболических эффектов [2, 8, 17].

Bekiari E. с группой соавторов (2016) провели мета-анализ, который включал 69 исследований при обследовании более 2800 пациентов с СД2 в лечение которых был включен иДПП-4 как в качестве монотерапии, так и в сочетании с другими СПП не установили развитие неблагоприятных сердечно-сосудистых изменений [32]. Исследователи доказали высокий сахороснижающий эффект иДПП-4 и низкий риск развития гипогликемии в сравнении с другими СПП [32].

Другими авторами было доказано мягкое снижение артериального давления, как диастолического, так и систолического среди 2000 пациентов с СД2 типа [17]. Эти же авторы установили нормализацию показателей липидного спектра, особенно это касалось уровня триглицеридов, ЛПНП. Так же ими была отмечена тенденция к снижению массы тела[17], несмотря на считающийся вес-нейтральным эффект в целом группы иДПП-4 [1, 26].

Однако, положительный эффект иДПП-4 заключается не только в снижении гликемии и коррекции метаболических нарушений, но также наличие позитивного влияния в отношении почечной функции. В эксперименте иДПП-4 имеют множественные почечные эффекты, что скорее всего говорит о нефропротективном потенциале сывороточного ингибирования ДПП-4 [3, 5, 20, 30].

Проведенное лечение больных с ДН при СД2 с назначением иДПП-4 способствует повышению уровня эндогенного ГПП-1, улучшению его функционирования, что в свою очередь приводит к восстановлению функции рецепторов ГПП-1 в структурах почек и эндотелиях сосудов [4, 18], уменьшая влияние окислительного стресса и подавляет избыточную пролиферацию [5, 10, 14]. Кроме того, множественные нефропротективные эффекты иДПП-4 возможно могут иметь взаимосвязь с метаморфозами профиля субстратов действия ДПП-4 [5, 10, 23].

Циркулирующая форма ДПП-4 участвует в деградации нейро- и регуляторных пептидов, гормонов, интермединов и ростовых факторов. ДПП-4 обладает натрийуретическими свойствами, имеет противовоспалительный эффект, а также способствует вазодилятации и непосредственной защите почечных клеток [5, 10, 23].

Некоторыми исследователями доказано, что ДПП-4 является внеклеточной структурной единицей антигена CD26 лимфоцитов и выполняет лиганд-рецептурную функцию, что в свою очередь способствует оказанию иммунномодулирующего эффекта [25]. При СД2

эндотелиоциты клубочковых капилляров и эпителиоциты проксимальных канальцев активно транскрибируют ДПП-4 [15, 22]. Не исключено, что ингибиторы ДПП-4 элиминируется из организма почечным путём и имеет непосредственный контакт с почечными структурами, что является более эффективным с позиции нефропротекции.

Встречаемые нами исследования при анализе литературных источников касались экспериментальных работ в которых изучался нефропротективный эффект ингибиторов ДПП-4, в частности таких препаратов как линаглиптин, саксаглиптин и ситаглиптин [5, 10, 32]. Однако, хочется отметить, что доклинические исследования, которые изучали нефропротективный эффект иДПП-4 немногочисленны.

В экспериментальных исследованиях, проведенных LiuW с группой авторов (2012) на крысах с СД 1 типа было доказано, что иДПП-4 оказывал нефропротективный эффект при коррекции дозировки, однако достоверно не снижая уровень гликемии [14]. Через 24 недели непрерывного лечения иДПП-4 в дозе 4 и 8 мг/кг у экспериментальных крыс установлено достоверное снижение показателей альбумина, креатинина в сыворотке крови, а также снижение процесса утолщения ГБМ и развития тубулоинтерстициального фиброза. Исследователи связали этот эффект с высокими показателями уровня ГПП-1 и активацией канальциевых и клубочковых рецепторов почек, что приводит к непосредственному повышению уровня циклического АМФ [14]. Доказано непосредственное участие АМФ в активации протеинкиназы А на фоне снижения образования конечных продуктов гликирования и активных форм кислорода [20] за счет этого отмечается снижение выделения биомаркеров свободнорадикального повреждения ДНК - окисленного производного дезоксигуанозина – также уменьшал в клетках почечного эпителия экспрессию белков апоптоза и воспалительного процесса [14].

Данная гипотеза была доказана в исследованиях, проведенных Y.Tanakac группой соавторов (2016). Авторы в эксперименте доказали способность иДПП-4 подавлять гиперэкспрессию провоспалительного хемоаттрактанта MCP-1 [31]. Авторы доказали способность нивелировать показатели СКФ и уменьшать протеинурию при назначении иДПП-4 в течение 4-недель, что также было установлено в эксперименте, проведенном Arruda-Jr. D.F с группой авторов (2016) у крыс без СД с экспериментальной ХСН [13].

Arruda-Jr. D.F. с группой авторов установили, что при назначении иДПП-4 улучшаются показатели почечной функции на фоне увеличения натрийуреза с ассоциацией повышения уровня сывороточного ГПП-1, усилением выработки протеинкиназы А и снижением активности иДПП-4.

Антипротеинурическое действие препарата характеризуется повышением активности рецептора магалина, который в свою очередь является фактором регенерации клеток проксимальных канальцев, сокращению потери нефрина и подоцина как основных белков гломерулярного фильтра подоцитов [13].

Таким образом, имеющиеся на сегодняшний день клинические исследования с участием пациентов СД2 у которых описывается гипоальбуминурический дисбаланс[9, 33] на фоне проводимой терапии иДПП-4 являются пилотными без включения групп сравнения. В связи с чем вопросы, касающиеся клинической стороны изучены не до конца, и имеют разнонаправленный характер.

На основании вышеизложенного можно заключить, что необходимо проведение проспективных рандомизированных исследований в которых будет дана оценка почечно-протективной эффективности иДПП-4.

Список литературы

1. Аметов, А.С. Клиническое использование ингибитора ДПП-4 - вилдаглиптина при сахарном диабете 2 типа / А.С.Аметов, Е.В.Карпова // РМЖ. - 2010. - № 14. - С. 887-891. 1

2. Бобкова, И.Н. Диабетическая нефропатия - фокус на повреждение подоцитов / И.Н.Бобкова, М.В.Шестакова, А.А.Щукина // Нефрология. - 2015. - Т. 19, № 2. - С. 33-44. 2
3. Влияние ингибиторов дипептидилпептидазы-4 на функциональное состояние миокарда у больных сахарным диабетом 2 типа / А.С.Аметов [и др.] //Фарматека. - 2012. - № 10 (243). - С. 79-86.
4. Дедов, И.И. Инкретины: новая веха в лечении сахарного диабета 2 типа : рук. / И.И.Дедов, М.В.Шестакова. - М.: Изд-во «Дипак», 2010. - 92 с. 8
5. Корбут, А.И. Терапия, основанная на инкретинах: почечные эффекты / А.И.Корбут, В.В.Климонтов // Сахарный диабет. - 2016. - Т.19, № 1. - С. 5363. 16
6. Нагибович, О.А. Состояние сердечно-сосудистой системы при диабетической нефропатии: автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.00.05 /О.А.Нагибович. - Санкт-Петербург: ВМА им. С.М.Кирова, 2004. - 35 с. 22
7. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, скринингу, профилактике и лечению хронической болезни почек у больных сахарным диабетом / М.В. Шестакова [и др.] - М., 2014. - 39 с. 34
8. Халимов Ю.Ш. Гипогликемии как основной фактор выбора целей гликемического контроля и тактики лечения больных сахарным диабетом типа 2 / Ю.Ш.Халимов, В.В.Салухов В.В., Е.О.Улупова // ConsiliumMedicum. - 2012. - Т. 14, № 12. - С. 25-30. 35
9. A DPP-4 inhibitor, vildagliptin is effective in reducing albuminuria in early stages of diabetic nephropathy / D. Xidakis [et al.] // Nephrol Dial Transplant. - 2015. - Vol. 30, Suppl. 3. - P.iii535. 45
10. Avogaro, A. The effects of dipeptidyl peptidase-4 inhibition on microvascular diabetes complications / A.Avogaro, G.P.Fadini// Diabetes Care. - 2014. - Vol. 37, № 10. - P. 2884-2894. 55
11. Cardiovascular and all-cause mortality in patients with type 2 diabetes mellitus in the MADIABETES cohort study: association with chronic kidney disease /M.Â.Salinero-Fort [et al.] // Diabetes Complications. - 2016. - Vol. 30, № 2. - P. 227-236. 57
12. Diabetic kidney disease: a report from an ADA Consensus Conference / K.R.Tuttle[et al.] // Diabetes Care. - 2014. - Vol. 37. - P. 2864-2883. 71
13. Dipeptidyl peptidase IV inhibition exerts renoprotective effects in rats with established heart failure. D.F.Arruda-Junior [et al.] // Front Physiol. -2016. - Vol. 7. - P. 293. 74
14. Dipeptidyl peptidase IV inhibitor attenuates kidney injury in streptozotocin- induced diabetic rats / W.J. Liu [et al.] // J PharmacolExpTher. - 2012. - Vol. 340, № 2. - P. 248-255. 75
15. Dipeptidyl peptidase-IV expression and activity in human glomerular endothelial cells / L.Pala[et al.] // BiochemBiophys Res Commun. - 2003. - Vol. 310, № 1. - P. 28-31. 76
16. Efficacy of vildagliptin in combination with insulin in patients with type 2 diabetes and severe renal impairment / V. Lukashevich [et al.] // Vasc Health Risk Manag. - 2013. - Vol. 9. - P. 21-28. 89
17. Evans, M. Blood pressure and fasting lipid changes after 24 weeks' treatment with vildagliptin: a pooled analysis in >2,000 previously drug-naive patients with type 2 diabetes mellitus / M.Evans, A.Schweizer, J.E.Foley// Vasc Health Risk Manag. - 2016. - Vol. 12. - P. 337-340. 90
18. GLP-1 receptor localization in monkey and human tissue: novel distribution revealed with extensively validated monoclonal antibody / C.Pyke [et al.] //Endocrinology. - 2014. - Vol. 155, № 4. - P. 1280-1290.
19. Gupta, V. Pleiotropic effects of incretins / V.Gupta // Indian J EndocrinolMetab. - 2012. - Vol. 6, Supp.1. - P. 47-56. 100
20. Haluzik, M. Renal effects of DPP-4 inhibitors: a focus on microalbuminuria / M.Haluzik, J.Frolik, I.Rychlik // Int J Endocrinol. - 2013 (2013). - P. 895102. 102

21. Hypoglycemia and diabetes: a report of a workgroup of the American Diabetes Association and The Endocrine Society / E. R.Seaquist[et al.] // Diabetes Care. - 2013. - Vol. 36, № 5. - P. 1384-1395. 108
22. Immunodissection of the human proximal nephron: flow sorting of S1S2S3, S1S2 and S3 proximal tubular cells / M.J.Helbert[et al.] // Kidney Int. - 1997. - Vol. 52, № 2. - P. 414-428. 109
23. Lendeckel, U. Dipeptidyl aminopeptidases. basic science and clinical applications / In: U. Lendeckel, D. Reinhold, U. Bank (eds.) // Advanced in experimental medicine and biology, 1st ed. - US: Springer, 2006. - P. 3-38. 123
24. Magri, C.J. Albuminuria and glomerular filtration rate in type 2diabetes mellitus / C.J.Magri, S.Fava// Minerva UrolNefrol. - 2011. - Vol. 63, № 4. - P. 273-280. 129
25. Mamgain, S. Immunomodulatory activity of DPP4 / S.Mamgain, S.Mathur, P.Kothiyal// J PharmacolClinToxicol. - 2013. - Vol. 1, № 1. - P. 1006. 131
26. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes / S.E. Inzucchi [et al.] // Diabetes Care. - 2015. - Vol. 38, № 1. - P. 140-149. 132
27. Mulvihill, E.E. Pharmacology, physiology, and mechanisms of action of dipeptidyl peptidase-4 inhibitors / E.E.Mulvihill, D.J.Drucker// Endocr Rev. - 2014. - Vol. 35, № 6. - P. 992-1019. 141
28. Nephropathy in type 2 diabetes study group. High cardiovascular risk in patients with type 2 diabetic nephropathy: the predictive role of albuminuria and glomerular filtration rate. The NID-2 Prospective Cohort Study / F.C.Sasso[et al.] // Nephrol Dial Transplant. - 2012. - Vol. 27, № 6. - P. 2269-2274. 142
29. Novel urinary biomarkers in pre-diabetic nephropathy / V.Garg [et al.] // J ClinExpNephrol. - 2015. - Vol. 19, № 5. - P. 895-900. 147
30. Panchapakesan, U. The role of dipeptidyl peptidase - 4 inhibitors in diabetic kidney disease [Electronic resource] / U.Panchapakesan, C.Pollock// Front Immunol. - 2015. - Vol. 6. - P. 443. - Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC4551869/ 149
31. Renoprotective effect of DPP-4 inhibitors against free fatty acid-bound albumin- induced renal proximal tubular cell injury / Y. Tanaka [et al.] // BiochemBiophys Res Commun. - 2016. - Vol. 470, № 3. - P. 539-545. 161
32. Systematic review and meta-analysis of vildagliptin for treatment of type 2 diabetes / E.Bekiari [et al.] // Endocrine. - 2016. - Vol. 52, № 3. - P. 458-480. 175
33. Tani, S. Association between urinary albumin excretion and low-density lipoprotein heterogeneity following treatment of type 2 diabetes patients with the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, vildagliptin: a pilot study / S.Tani, K.Nagao, A.Hirayama // Am J Cardiovasc Drugs. - 2013. -Vol. 13, № 6. - P. 443-450. 177
34. United States Renal Data System 2011 annual data report: atlas of chronic kidney disease & end stage renal disease in the United States / A.J.Collins [et al.] // Am J Kidney Dis. - 2012. - Vol. 59, Suppl. 1 (A7). - P. e1- 420. 192
35. KDOQI clinical practice guideline for diabetes and CKD // Am J of Kidn Dis. - 2012. - Vol. 60, № 5. - P. 850-886. 212

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Саодат Хабибовна ЯРМУХАМЕДОВА
Шохидабону Абдукодировна АМИРОВА
Самарканд Давлат тиббиёт институти
E-mail: Saodat.66@mail.ru

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЮРАК ГЕОМЕТРИК ПАРАМЕТРЛАРНИ СТАНДАРТ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ МАЪЛУМОТЛАРИ АСОСИДА БАҲОЛАШ

For citation: S.H. Yarmuhamedova, Sh.A. Amirova EVALUATION OF GEOMETRIC PARAMETERS OF THE HEART IN PATIENTS WITH HYPERTENSION ACCORDING TO STANDARD ECHOCARDIOGRAPHY Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 105-110

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-97

АННОТАЦИЯ

Мақолада ишончли маълумотларга асосланиб, артериал гипертензия билан оғриган беморларда юрак геометриясидаги ўзгаришлар кўрсаткичлари стандарт эхокардиография маълумотлари асосида таҳлил қилинган. Сурункали юрак етишмовчилигининг клиник белгилари бўлган беморларда ремоделинг кўпроқ аниқланади. Бундай ҳолда, кўпинча чап қоринча концентрик гипертрофияси қайд этилади. Юрак ремоделинги бу ҳолда мослашувчан деб тахмин қилиш керак.

Саодат Хабибовна ЯРМУХАМЕДОВА
Шохидабону Абдукодировна АМИРОВА
Самаркандский Государственный медицинский институт
E-mail: Saodat.66@mail.ru

ОЦЕНКА ГЕОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АГ ПО ДАННЫМ СТАНДАРТНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

АННОТАЦИЯ

В статье на основе достоверных сведений проанализированы показатели изменения геометрии сердца у больных артериальной гипертонией на основании данных стандартной эхокардиографии. Ремоделирование более выражено у больных с клиническими признаками хронической сердечной недостаточности. При этом наиболее часто отмечается концентрическая гипертрофия левого желудочка. Следует предположить, что ремоделирование сердца при этом носит адаптивный характер.

Ключевые слова: типы ремоделирования, гипертрофия левого желудочка, хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертония.

Saodat Habibovna YARMUHAMEDOVA
Shoxidabonu Abdukodirovna AMIROVA
Samarkand State Medical Institute
E-mail: Saodat.66@mail.ru

EVALUATION OF GEOMETRIC PARAMETERS OF THE HEART IN PATIENTS WITH HYPERTENSION ACCORDING TO STANDARD ECHOCARDIOGRAPHY

ANNOTATION

In the article according to the indicators of geometry change of the heart in patients with hypertension on the basis of the data of standard echocardiography. Remodeling is more seen in patients with clinical signs of chronical hypertension.

Key words: types of remodeling, left ventricular hypertrophy, chronic heart failure, arterial hypertension.

Актуальность:Сердце является важнейшим органом-мишенью при артериальной гипертонии (АГ). В последние годы этой проблеме посвящено огромное количество исследований и публикаций. Наиболее характерным признаком изменения сердечной мышцы при артериальной гипертонии является гипертрофия левого желудочка (ЛЖ). Наличие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), в свою очередь, оказывает существенное влияние на течение и прогноз заболевания. По данным D. Levy с соавт. [1] ГЛЖ выявляется у 20-90% пациентов в зависимости от тяжести и продолжительности АГ. ГЛЖ при этом ассоциируется с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений и поэтому является определяющим фактором в развитии хронической сердечной недостаточности (ХСН).[2,3]. Несмотря на то, что существует ряд доказательств увеличения риска смерти от заболеваний сердца в сочетании с сердечной недостаточностью и АГ, ремоделирование миокарда у больных гипертонической болезнью на фоне ХСН изучено недостаточно. Ранняя диагностика изменений в сердце у больных с АГ представляет большой научный и практический интерес. Это поможет клиницистам своевременно проводить профилактику и назначить адекватное лечение. Известно, что из-за нагрузки на ЛЖ при АГ, развивается его ремоделинг.[3,4,5] Установлено, что при АГ левый желудочек подвергается гипертрофии, которая сопровождается развитием нарушения его сократимости, что в дальнейшем проявляется клинически выраженной сердечной недостаточностью.[4,6,7]

Хотя гипертрофия стенок сердца является адекватной реакцией на систолическое напряжение стенок левого желудочка, увеличение объема циркулирующей крови, общего периферического сопротивления и т.д., но данный процесс не является совершенным. Это проявляется в непропорциональном росте отдельных кардиомиоцитов, дезорганизации мышечных волокон ЛЖ, что сопровождается снижением эластичности и сократимости миокарда, то есть ремоделированием сердца [4,5].

Цель исследования: изучить морфофункциональное состояние сердца у больных артериальной гипертонией.

Методы исследования: Обследовано 142 больных АГ. Критериями отбора явилось наличие синусового ритма на ЭКГ и сохранная систолическая функция ЛЖ при ФВЛЖ>45%. В исследование не включались больные с сопутствующей ИБС, пороками сердца, относительной митральной регургитацией 2 степени и выше, сахарного диабета, острого нарушения мозгового кровообращения, хронических обструктивных заболеваний легких. При клиническом исследовании проводился анализ жалоб, данные анамнеза и физикального обследования. Оценивались характер труда, поражение органов-мишеней, наследственный анамнез, физическая активность, длительность, стадия и степень АГ, критерии стратификации риска АГ, сопутствующие заболевания. Степень АГ определялась согласно критериям ВНОК 2004 г., ЕОК 2003 г. Функциональный класс ХСН определяли в соответствии с рекомендациями ОССН 2003 г. и по оценке теста 6-минутной ходьбы. При клиническом

объективном исследовании оценивали общее состояние больных, поражения органов-мишеней, сопутствующие заболевания, измеряли уровень АД и ЧСС.

Кроме общепринятых традиционных методов исследования всем больным проводилось стандартная эхокардиография. По длинной и короткой осям проводились измерения толщины стенок ЛЖ, ПЖ, вычислялась относительная толщина стенок сердца и показатели систолической функции сердца. Двухмерную ЭхоКГ и допплер-ЭхоКГ проводили на аппарате ACCUVIX фирмы «Medison» (Южная Корея) с помощью датчика S4 в режиме второй гармоники с диапазоном частот 1,8-3,6 МГц. Двухмерную эхокардиографию проводили согласно с рекомендациями Комитета по номенклатуре и стандартизации Американской ассоциации эхокардиографии (ASE) 2003 г. Исследования проводили в М- и В-режимах с использованием общепринятых стандартных позиций.

Объемы ЛЖ рассчитывались по методу Simpson (2003), измерения проводили из апикальной четырехкамерной позиции сердца. Нами определялись конечно-диастолический (КДО), конечно-систолический (КСО) и ударный (УО) объемы ЛЖ, фракция выброса (ФВ). Все полученные объемные показатели индексировались по отношению к площади поверхности тела. Длинная ось ЛЖ определялась от основания передней створки митрального клапана до верхушки.

Во время эхокардиографического исследования измеряли линейные показатели: конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР) и конечно-систолический размер (КСР) толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) в диастолу и толщину задней стенки левого желудочка в систолу и диастолу (ТЗС).

Рассчитывали параметры ремоделирования ЛЖ по соответствующим формулам:
индекс относительной толщины стенок ЛЖ в диастолу (ИОТ) –
ИОТ = (ТМЖП+ТЗС в диастолу)/КДР; миокардиальный стресс по меридиану в систолу (МС): МС = 0,334 х САД х КСР/ТЗС в систолу [1+{(ТЗС в систолу / КСР)}], где САД - систолическое АД; миокардиальный стресс по меридиану в диастолу (МС):МС = 0,334 Х ДАД Х КДР/ТЗС в диастолу [1+{(ТЗС в диастолу / КДР)}].
Масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) рассчитывалась по формуле R. Devereux и N. Reichek [11]:ММЛЖ= 1,04Х [(ТМЖП+ТЗС+КДР)^3" КДР^3]^3-13,6. При значениях индекса ММЛЖ более 110 г/м у женщин и более 134 г/м у мужчин диагностировали ГЛЖ. В зависимости от значений иМЛЖ и ИОТС выделяли следующие геометрические модели ЛЖ: нормальная геометрия (при нормальных значениях ММЛЖ и ИОТС), концентрическое ремоделирование (при нормальной ММЛЖ и повышении ИОТС), концентрическая гипертрофия (при повышенных значениях ММЛЖ и ИОТС), эксцентрическая гипертрофия (повышенные значения ММЛЖ при норме-ИОТС).

Результаты: Обследованные больные АГ в зависимости от наличия признаков ХСН были распределены на три группы. При этом 1-ю группу составили 62 (43,7%) больных без признаков ХСН, а во 2-ю группу вошли больные с симптомами сердечной недостаточности. 80 (56,3%). Они предъявляли жалобы на одышку, быструю утомляемость и сердцебиение при повседневной физической нагрузке. Третья группа явилась контрольной группой сравнения. У больных с артериальной гипертонией была отмечена более выраженная, по сравнению с контрольной группой здоровых лиц, структурно-геометрическая перестройка ЛЖ. У пациентов с признаками ХСН изменение геометрии сердца выражалось более значимым увеличением линейных размеров левого предсердия и стенок левого желудочка. Эти изменения с учетом возрастания массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекса относительной толщины стенок (ИОТС), свидетельствуют о наличии более выраженного ремоделирования сердца у больных данной группы. (табл. 1). Однако отмечалось отсутствие достоверных различий в показателях конечно- систолического и конечно-диастолического объемов, а также фракции выброса (ФВ). Этот факт свидетельствует о том, что ремоделирование ЛЖ не выходит за рамки приспособительных изменений, направленных на поддержание функционального состояния сердца.

Структурно-функциональные параметры левого желудочка у больных артериальной гипертонией в зависимости от наличия возможных симптомов хронической сердечной недостаточности

таблица 1

Показатель	Контрольная группа n=20	1 группа n=62	2-я группа n=80
ЧСС (в мин)	68,3±6,1	68,9±9,3	66,8+9,5
Левое предсердие	3,2±0,37	3,6±0,35	3,8+0,47
Индекс относительной толщины стенки	0,38±0,05	0,47±0,09	0,51±0,07
Масса миокарда	90,6±15,8	106,8±20,6	122,5±31,5
Конечно-диастолический объём	59,7±10,4	58,0±16,6	37,0±8,0
Конечно-систолический объём	22,3±4,6	21,3±9,3	22,0±6,4
Ударный объём	38,6±8,2	40,5±5,9	
Фракция выброса (%)	64,2±5,6	64,9±5,5	63,2±7,2
Толщина межжелудочковой перегородки в диастолу	0,98±0,12	1,17±0,21	1,29±0,20
Толщина задней стенки левого желудочка в диастолу	0,84±0,09	1,02±0,17	1,09±0,20

Полученные результаты свидетельствуют о том, что ГЛЖ у больных АГ была направлена на сдерживание роста величины диастолического миокардиального стресса, тем самым, замедляя или предотвращая развитие ХСН. В анализируемых группах нами были распределены геометрические модели левого желудочка (таблица 2).

Распределение геометрических моделей левого желудочка у больных артериальной гипертонией в зависимости от наличия возможных симптомов ХСН.

Таблица 2.

Тип ремоделирования ЛЖ	1-я группа (п=62)	2-я группа (п=80)
Нормальная	29 (46,8%)	21 (26,25%)
Концентрическое ремоделирование	19 (30,6%)	10 (12,5%)
Концентрическая гипертрофия	14 (22,6%)	45 (56,25%)
Эксцентрическая гипертрофия	-	4 (5%)

По эхокардиографическим данным наиболее прогностически значимыми неблагоприятными факторами сердечно-сосудистых осложнений является повышение ММЛЖ и индекс относительной толщины стенок (ИОТС). ИОТС – это показатель, который отражает степень ремоделирования ЛЖ [10,12].

У больных с умеренной и тяжелой формами АГ чаще развивается концентрическая ГЛЖ. Концентрическое ремоделирование ЛЖ наиболее часто регистрируется при мягкой форме АГ [10]. Концентрическое ремоделирование определяется как ранняя стадия патологического процесса, которое приводит к концентрической гипертрофии[13] исследователями было выдвинкто предположение, что концентрическое ремоделирование можно рассматривать как раннее проявление адаптации ЛЖ к повышению постнагрузки. Снижение при

концентрическом ремоделировании ФВ связано с недостаточной нагрузкой левого желудочка объемом на фоне перегрузки давлением. Вслед за концентрическим ремоделированием ЛЖ формируется его концентрическая гипертрофия. Концентрическая гипертрофия развивается в тех случаях, когда резервы снижения постнагрузки исчерпаны. При этом адаптивные процессы в сердце достигаются за счет увеличения числа кардиомиоцитов.

У больных второй группы (с признаками сердечной недостаточности) выявилось ремоделирование левого желудочка. При этом наблюдалась концентрическая гипертрофия левого желудочка. А у больных 1-ой группы (без признаков сердечной недостаточности) выявлялась нормальная геометрия сердца. Отмечено, что эксцентрическая гипертрофия левого желудочка сопровождала симптомы хронической сердечной недостаточности у больных АГ. Следует предположить, что у больных артериальной гипертонией с концентрической или эксцентрической гипертрофией ЛЖ достоверно чаще проявлялись клинические признаки развития хронической сердечной недостаточности.

Мы так же изучили структурно-функциональные параметры правых отделов сердца (таблица 3). Согласно полученным данным у больных артериальной гипертонией показатели толщины свободной стенки правого желудочка правого желудочка в диастолу и уровень среднего давления в легочной артерии были выше, а диаметр нижней полой вены был ниже по сравнению с контрольной группой.

Структурно-функциональные показатели правого желудочка в зависимости от наличия признаков сердечной недостаточности у больных артериальной гипертонией.

таблица 3

Показатель	**Контрольная группа n =20**	**1-я группа n =62**	**2-я группа n =80**
Правое предсердие (мл/м)	46,5±9,4	41,4+9,6	47,8+12,6
Толщина свободной стенки ПЖ в диастолу (см)	0,37±0,07	0,42+0,12	0,48±0,11
Диаметр ПЖ в диастолу (см)	2,8±0,43	2,8+0,42	3,0±0,38
Диаметр нижней полой вены (см)	2,0±0,23	1,8±0,21	1,8±0,27
Среднее давление в легочной артерии (мм рт.ст.)	2,1±0,25	29,2±9,8	32,1±12,3

У больных с наличием признаков ХСН по сравнению с 1 –ой группой было выявлено увеличение толщины свободной стенки ПЖ и повышение среднего давления в легочной артерии. Однако достоверных различий в объемных показателях правого предсердия и конечно-диастолического диаметра ПЖ между тремя группами выявлено не было.

Выводы: Таким образом, при артериальной гипертонии отмечается структурное ремоделирование левого желудочка. Оно более выражено у больных с клиническими признаками хронической сердечной недостаточности. При этом наиболее часто отмечается концентрическая гипертрофия левого желудочка. Следует предположить, что ремоделирование сердца при этом носит адаптивный характер при поддержании диастолического миокардиалъного стресса. Отсутствие достоверных различий по показателю диастолического миокардиального стресса между контрольной группой и больными артериальной гипертонией свидетельствует о том, что не все больные с выше представленными жалобами имеют в действительности хроническую сердечную недостаточность. Возможно, у некоторых больных эти симптомы не связаны с поражением сердца (например: гиподинамия, ожирение, отсутствие тренированности). Это доказывается показателями структурного состояния правого желудочка. Однако, среднее давление в

легочной артерии было достоверно выше у больных артериальной гипертонией с клиническими жалобами, соответствующими признакам хронической сердечной недостаточности.

Иқтибослар / Сноски / References

1. Levy D, Savage DD, Garrison RJ, et al. Echocardiographic criteria for left ventricular hypertrophy. The Framingham Heart Study//Am J Cardiol.-1987.- Vol.59-P.956-960
2. Koren MJ, Devereux RB, Casale PN et al. Relation of left ventricular mass and geometry to morbidity and mortality in uncomplicated essential hypertension.// Ann Intern Med.-1991.- Vol.114.- P.345-352.
3 Levy D, Garrison RJ, Savage DD et al. Prognostic implications of echocardiographicaiiy determined left ventricular mass in the Framingham Heart Study.//NEngl J Med.-1990.- Vol.322.- P.1561-1566.
4. Мареев В.Ю. Блокада процессов ремоделирования сердца: реальность или недостижимый идеал?// Сердечная недостаточность,- 2002.- №1.- С. 1-3.
5. Colm J.N., R.Ferrari,n.Shafe Cardiac Remodeling-Concepts and Clinical Implications: A Consensus Paper From an International Forum on Cardiac Remodeling// J Am Coll Cardiol.- 2000.- Vol. 35- P,569-82.
6. Ярмухамедова С. Х., Шодикулова Г. З. Параметры внутрисердечной гемодинамики и структурнофункционального состояния миокарда при монотерапии больных эссенциальной гипертонией моксонидином //Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – №. 6. – С. 37-38.
7. Гаффоров Х. Х., Вафоева Н. А. Значение систолической и диастолической дисфункции при циррозе печени //Universum: медицина и фармакология. – 2020. – №. 10 (72).
8. Yarmukhamedova S. et al. Features of diastolic dysfunction of the right ventricle in patients with hypertonic disease //Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research. – 2020. – Т. 8. – №. 9. – С. 74-77.
9. Yarmukhamedova S. et al. Study of indicators of intracardial hemodynamics and structural state of the myocardium in monotherapy of patients with arterial hypertension with moxonidin //Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research. – 2020. – Т. 8. – №. 9. – С. 78-81.
10.Ganau A, Devereux RB, Roman MJ et al. Patterns of left ventricular hypertrophy and geometric remodelling in essential hypertension.// J Am Coll Cardiol.- 1992.-Vol.19.-P. 1550-58.
11.Kannel WB Vital epidemiologic clues in heart failure// J Clin Epidemiol.- 2000.-Vol.53- P.229-235.
12. Бекмурадова М. С., Гаффоров Х. Х., Ярматов С. Т. Значение определения мозгового натрийуретического пептида в процессе диагностики хронической сердечной недостаточности //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 4 (58).
13.Koren MJ, Devereux RB, Casale PN et al. Relation of left ventricular mass and geometry to morbidity and mortality in uncomplicated essential hypertension.// Ann Intern Med.-1991.- Vol.114.- P.345-352.
14.Cupsidi C., Sampieri L., Lonati L. Et al. Effects of shot-term therapy with lisinopril on left ventricular filling in hypertensives with diastolic dysfunction. // J ofHypertension.-1998.-Vol. 15, Suppl.4.-P.76.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Умида Рахматуллоевна НАРЗУЛАЕВА
umidanarzulaeva7@mail.ru
Гулноза Уткуровна САМИЕВА
samg83@rambler.ru
Зебинисо Хидировна ЛАПАСОВА
lapasovazebo75mail.ru
Сакина Баходировна ТАИРОВА
oniks126@yandex.ru

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ ДАВОЛАШДА ДИЕТИК ЁНДАШУВНИНГ АҲАМИЯТИ

For citation: U.R. Narzulaeva, G.U. Samieva, Z.X. Lapasova, S.B. Tairova THE IMPORTANCE OF A DIET APPROACH IN THE TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.111-116

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-98

АННОТАЦИЯ

Мақолада артериал гипертонияни олдини олиш ва даволашда соғлом турмуш тарзининг муҳим элементлари ҳисобланган мақсадли парҳез ва рационал овқатланиш қоидаларига риоя қилиш ва DASH парҳез дастурини тадбиқ қилишнинг аҳамияти тўғрисида маълумотлар келтирилган. Соғлом турмуш тарзининг асосларидан бири бўлган диетик ёндашув ва рационал овқатланиш номедикаментоз даво сифатида кўпгина юрак қон томир тизими касалликларида жумладан артериал гипертонияда ҳам кенг қўлланилади. Артериал гипертония ривожланишида ош тузи миқдорининг тавсия қилинган миқдоридан ортиқча бўлиши резистив қон томирлар деворининг прессор омилларга нисбатан сезгирлигини оширади. Натижада периферик қаршилик ҳамда артериолалар тонусининг ошишига сабабчи бўлади. Оқибатда артериал гипертензия даражасининг турғун ошиши, нишон аъзоларда шикастланишлар ва гипертоник кризлар кузатилишининг ошишига олиб келади.

Калит сўзлар: артериал гипертония, соғлом турмуш тарзи, DASH парҳез дастури, мақсадли парҳез, номедикаментоз даво

Умида Рахматуллоевна НАРЗУЛАЕВА
umidanarzulaeva7@mail.ru
Гулноза Уткуровна САМИЕВА
samg83@rambler.ru
Зебинисо Хидировна ЛАПАСОВА
lapasovazebo75mail.ru
Сакина Баходировна ТАИРОВА
oniks126@yandex.ru

ЗНАЧЕНИЕ ДИЕТЫ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

АННОТАЦИЯ

В статье представлена информация о важности соблюдения правил целевого и рационального питания, которые являются важными элементами здорового образа жизни в профилактике и лечении артериальной гипертонии, а также реализации программы диеты DASH. Диетический подход и рациональное питание, являющиеся одной из основ здорового образа жизни, широко используются в качестве немедикаментозного лечения многих заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе артериальной гипертензии. При развитии артериальной гипертензии превышение рекомендованного количества соли увеличивает чувствительность резистивной сосудистой стенки к прессорным факторам. В результате повышается периферическое сопротивление и тонус артериол. В результате неуклонное повышение уровня артериальной гипертензии приводит к увеличению частоты травм и гипертонических кризов в органах-мишенях.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, здоровый образ жизни, программа диеты DASH, таргетированная диета, немедикаментозное лечение.

Umida Rakhmatulloevna NARZULAEVA
umidanarzulaeva7@mail.ru
Gulnoza Utkurovna SAMIEVA
samg83@rambler.ru
Zebiniso Xidirovna LAPASOVA
lapasovazebo75mail.ru
Sakina Baxodirovna TAIROVA
oniks126@yandex.ru

THE IMPORTANCE OF A DIET APPROACH IN THE TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION

ANNOTATION

The article provides information on the importance of adhering to the rules of targeted diet and rational nutrition, which are important elements of a healthy lifestyle in the prevention and treatment of arterial hypertension, and the implementation of the DASH diet program. Dietary approach and rational nutrition, which is one of the foundations of a healthy lifestyle, is widely used as a non-drug treatment in many diseases of the cardiovascular system, including arterial hypertension. In the development of arterial hypertension, an excess of the recommended amount of salt increases the sensitivity of the resistive vascular wall to pressor factors. The result is an increase in peripheral resistance as well as arteriola tone. As a result, a steady increase in the level of arterial hypertension leads to an increase in the incidence of injuries to the target organs and the occurrence of hypertensive crises.

Keywords: arterial hypertension, healthy lifestyle, DASH diet program, targeted diet, non-drug treatment.

Артериал гипертония катта ва кекса ёшли аҳоли орасида учраш даражаси, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларининг юқорилиги бўйича долзарб аҳамият касб этмоқда. Касалликни даволашдаги асосий мақсад эса юрак етишмовчилиги, касалликдан юзага келадиган ўлим умумий хавфини максимал даражада ва узоқ муддатга камайтиришдир. Бунинг учун коррекция қилиш имкони бўлган хавф омилларини бартараф этиш, ассоциацияланиб келувчи клиник ҳолатларни ўз вақтида даволаш орқали артериал қон босимини мақсадли даражаларгача пасайтириш муҳим шарт саналади .

Ўзбекистонда ҳар йили барча ўлим ҳолатларининг 78 фоизи юқумли бўлмаган касалликлар туфайли юз бермоқда. 2017 йилда жинси ва ёши бўйича стандартлаштирилган ўлим сабаблари умумий тузилмасида биринчи ўринни қон айланиш тизими касалликлари

(69%), шу жумладан юрак ишемик касаллиги, артериал гипертония ва унинг асоратлари (миокард инфаркти, бош мияга қон қуйилиши) эгаллади. Артериал гипертонияга чалинган беморларда соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва унга амал қилиш давони самарадорлигини ошириш билан бирга ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтиришда ҳамда беморлар ҳаёт сифатини яхшилашда катта аҳамият касб этади[2,8].

Соғлом турмуш тарзининг асосларидан бири бўлган диетик ёндашув ва рационал овқатланиш номедикаментоз даво сифатида кўпгина юрак қон томир тизими касалликларида жумладан артериал гипертонияда ҳам кенг қўлланилади. Артериал гипертония ривожланишида ош тузи миқдорининг тавсия қилинган миқдоридан ортиқча бўлиши резистив қон томирлар деворининг прессор омилларга нисбатан сезгирлигини оширади. Натижада периферик қаршилик ҳамда артериолалар тонусининг ошишига сабабчи бўлади. Оқибатда артериал гипертензия даражасининг турғун ошиши, нишон аъзоларда шикастланишлар ва гипертоник кризлар кузатилишининг ошишига олиб келади. ЖССТ экспертлари томонидан кунлик натрий миқдори 60-70 мэкв. дан (эквивалент 5 г. ош тузига тўғри келади). Афсуски бугунги кунда бу кўрсаткич иқтисодий жиҳатдан ривожланган мамлакатларда юқори бўлиб, ош тузининг кунлик истеъмоли 6-18 граммни ташкил қилмоқда. Жумладан бизнинг мамлакатимизда бу кўрсаткич юқори бўлиб, ўртача 14,8 граммга тўғри келмоқда. Овқат таркибидаги натрийнинг ортиқча миқдорда бўлиши (худди шунингдек литийнинг ҳам) гидростатик қон босимининг ошиши ва гиперволемияга олиб келади. Натижада юракнинг минутлик қон ҳайдаш ҳажми ошиб артериал гипертензия юзага келади. Силлиқ мушак ҳужайраларида натрий ионлари концентрациясининг ошиб кетиши Na^{+}-Ca^{2+} механизмига асосан ҳужайра ичидаги кальций ионларининг ҳам концентрациясини оширида. Оқибатда резистив томирлар деворининг мушак қаватининг тонуси ошиб, артериал қон босимининг кўтарилиши кузатилади. Одатда бу ўзгаришларнинг барчаси организмда калий ионлари миқдорининг камайиши билан боради[7,8].

Артериал гипертонияни олдини олиш ва даволашдаги диетик ёндашувлар энг аввало мақсадли парҳез ва рационал овқатланишдан бошланади. Рационал овқатланиш бу балансланган, мунтазам (кун давомида камида 4 маҳал) овқатланиш бўлиб, озиқ-овқат маҳсулотлари таркибида ош тузи ва атероген холестеринга бой ҳайвон ёғлари чекланган бўлиши муҳим шарт саналади. Кўпчилик олимларнинг таъкидлашича кунлик таомномада ош тузини чеклаш (кунлик истеъмол миқдори 5 гр. гача бўлиши) эса ўткир миокард инфаркти ривожланиш хавфини 25% га камайтириш имконини беради. Шу ўринда 1 грамм ош тузи 0,4 грамм натрий миқдорига тенг бўлишини унутмаслик керак. Таркибида калий ва магний микроэлементларини сақловчи озиқ овқат маҳсулотларини (майиз, денгиз карами, лавлаги, кабачки, қовоқ, кўкатлар, гречка) мунтазам равишда истеъмол қилиш фойдали ҳисобланади. Кунлик овқат рационида мева ва сабзавотлар мавсумга боғлиқ ҳолда суткалик истеъмол 200-400 г ни ташкил қилиши керак. Нон таркиби кепакли ундан ва сули, жавдар каби фойдали дон унларидан тайёрланган бўлиши, гўшт маҳсулотлари эса ёғсиз, гуруч, буғда ва қайнатиб пиширилган таомларни истеъмол қилиш мақсадга мувофиқ бўлади. Таом ва салатларни тайёрлашда кунгабоқар, зайтун мойларидан фойдаланиш эса атеросклеротик кардиоваскуляр касалликларнинг олдини олишда муҳим мезонлардан саналиб, кунлик ёғлар истеъмоли умумий энергия таркибининг 30% дан ошмаслиги ва тўйинган ёғ миқдори барча ёғларнинг 1/3 қисмидан ошмаслиги зарур. Мақсадли парҳезда атероген холестеринга бой ҳайвон ёғларини кескин чеклаш ва омега3 ўсимлик мойлари истеъмолини муқобиллаштириш муҳим жиқатлардан бири ҳисобланади[1, 4,5].

DASH инглизча «Dietary Approaches to Stop Hypertension» сўзларидан иборат қисқартма бўлиб, ўзбек тилида «гипертониянинг олдини олишга қаратилган диетик ёндашувлар» деган маънони англатади. DASH парҳез дастури юқори артериал қон босимини пасайтириш ва тана вазнининг меъёрлашувига ёрдам берадиган мувозанатлашган овқатланиш тизими бўлиб, парҳезнинг асосини калий ва магнийга бой мевалар, донли ва дуккакли маҳсулотлар, ёғ миқдори кам бўлган гўшт маҳсулотлари, ёғлилик даражаси кам бўлган сут маҳсулотлари ташкил килди. Шунингдек кунлик таомномадан ёғли овқатларни

(айниқса атероген холестеринга бой ҳайвон ёғлари), тез ҳазм бўлувчи углеволар (қанд, шакар), аччиқ, шўр, консерваланган ва дудланган овқатлар чекланди. DASH парҳез дастурининг муҳим жиҳатларидан бири ҳисобланмиш ош тузининг суткалик миқдори ҳам кескин чекланди ва калий миқдори оширилади[3].

Артериал гипертонияни номедикаментоз даволашда ЖССТ томонидан тавсия қилинган соғлом овқатланиш тамойиллари мавжуд бўлган талабларга риоя қилиш самарадолиги юқори бўлади. Бу тамойиллар қуйидагилар киради:

1. Кунлик таомномадаги йодланган ош тузи миыдори 5 г дан ошмаслиги шарт.;
2. Кунлик таомномадаги овқат маҳсулотларининг хилма хил бўлиши;
3. Кунлик мевалар ва табий ҳолдаги сабзавотлар истеъмоли 400 г.дан кам бўлмаслиги;
4. Кунлик таомномада нон (кепакли ун, буғдой, жавдар) ва дон маҳсулотлари (ёрмалар кўринишида), картошка истеъмол қилиниши зарурлиги;
5. Сут ва сут маҳсулотлари истеъмолиёғлилик даражаси паст бўлган мунтазам истеъмол қилиш;
6. . Ширинликлар, газли ва энергетик ичимликларни миқдорини кескин чеклаш; Шакар ва қандни камроқ истеъмол қилиш
7. Кунлик таомномада ҳайвон ёғларини чеклаш ва ўсимлик мойларини (кунгабоқар, зайтун) истеъмол қилиш;
8. Гўшт маҳсулотларидан қайнатилган ва димланган кўринишдаги ёғсиз бузоқ товуқ гўшти ва балиқли таомлар истеъмоли мақсадга мувофиқдир;

Аввало, DASH парҳез дастури туз ва ҳайвон ёғларини чеклашни тавсия қилади. Рационда фақат мевалар, сабзавотлар, донли ва кам ёғли сут маҳсулотлари, ўсимлик ёғлари (меъёрида), балиқ ва ёғсиз гўштларга рухсат берилади[9,8,11].

Овқат рационидан ҳар қандай тез ҳазм бўлувчи углеводлар (шакар, ширинликлар, оқ нон, пишириқлар, шарбатлар), таркиби крахмалга бой овқатлар (оқ гуруч, қайнатилган макарон), ёғли овқатлар (сариёғ, пишлоқ, чўчқа ёғи, чўчқа гўшти, колбаса), газаклар (чипслар, тузли ёнғоқлар, крекерлар), маргарин ва майонез кескин чекланади. Қон босимини пасайтириш ва артериал гипертония ривожланишининг олдини олиш учун нафақат парҳезга риоя қилиш (хусусан, DASH овқатланиш тизимига риоя қилиш), балки зарарли одатлардан воз кечиш, жисмоний фаоллик билан шуғулланиш ва стресс даражасини бошқариш тавсия этилади.

Чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ва кофеинни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиш юрак-қон томир функциялари бузилишига олиб келиши мумкин - айниқса стресс гормони кортизол кўтарилганда[13].

DASH парҳез дастури махсус озиқ-овқат маҳсулотларини сотиб олишни ёки мураккаб рецептларни талаб қилмайди. Ҳар хил озиқ-овқат маҳсулотларидан маълум миқдордаги порцияни кунлик истеъмол қилишга асосланган. Минтақада етиштириладиган мева ва сабзавотлар таркибидаги углеводлар ва микроэлементлар айниқса калий миқдори инобатга олган ҳолда овқатланишлар сони ҳар кунлик зарур бўлган калория миқдорига боғлиқ бўлади. Калория миқдори ёшга ва айниқса жисмоний фаолликка қараб фарқ қилади[6, 12, 14].

Бемор мақсадли парҳезга одатланиб бориши учун парҳезни ўзгартириш аста-секинлик билан, бир неча кунлар ёки ҳатто ҳафталар давомида амалга оширилиши лозим. Тавсия этилади:

- биринчи куни тушлик учун, эртаси куни эса кечки овқат учун 1 та сабзавот (салат кўринишида), шунингдек асосий овқатда ёки десерт сифатида 1 та мева қўшилади;

- ёғсиз ва кам ёғли сут маҳсулотларини истеъмол қилишни кунига уч маҳалга етказиш ўрик шарбати ва қуритилган мева (олхўри, олча, олма) таркибли чойлар овқатланишлар оралиғида тавсия этилади;

- Ёғсиз гўштни кунига 170 г гача чеклаш - овқатланиш учун 85 г;

- вегетариан ёки гўштсиз ҳафталик парҳезга икки ёки ундан ортиқ овқатни киритиш. DASH парҳез дастурида мева ва сабзавотлар каби паст калорияли овқатлар кенг қўлланилади, шунинг учун уни вазн йўқотиш учун ишлатиш мумкин.

DASH парҳез дастурига асосланган мақсадли парҳезни одатдаги жисмоний тарбия дастури (юриш ёки сузиш) билан уйғунлаштириш эса организм умумий резестентлигини оширишга қолаверса метаболик синдром ривожланишининг олдини олишга ҳам ёрдам беради. Пировардида артериал артериал қон босими кўрсаткичларининг мақсадли даражага пасайишига эришилади ва беморларга иқтисодий жиҳатдан қийинчиликлар туғдирмайди[9].

Хулоса: Шундай қилиб, артериал гипертония касаллигининг олдини олиш ва даволашда DASH парҳез дастурига асосланган мақсадли парҳезни самарали қўллаш орқали беморларда касаллик оқибатида юзага келадиган ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларининг сезиларли камайишига эришилади. Қолаверса моддий жиҳатдан стационарда даволаниш эҳтиёжини камайтириб, унга сарфланадиган харажатларининг тежалишига ва энг муҳими беморлар ҳаёт сифатининг яхшиланишига олиб келади. Буюк табиб, бобоколонимиз Абу Али ибн Сино айтганидек ҳар кун мунтазам қатиқ истеъмол қилиниши ҳар қандай касалликни даволашга ёрдам беради. Бизнинг серқуёш юртимиз мева ва сабзавотлари эса витаминлар ҳамда микроэлементларга бойдир. Шундай экан юқори самарадорлик учун аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини кенг тарғиботи ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлиб қолади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. The DASH Diet for Hypertension /T. Moore, L. Svetkey, L. [et al.] //Appel New York: Simon & Schuster. ISBN 978-0-7432-0295-4. OCLC 47243951.
2. Your Guide To Lowering Your Blood Pressure With DASH (PDF). U.S. Department of Health and Human Services. April 2006. Retrieved 2011 — 12–28.
3. Rationale and design of the Dietary Approaches to Stop Hypertension trial (DASH) / F.M. Sacks [et al.] /Annals of Epidemiology (Elsevier) 5 (2): 108-118. doi:10.1016/1047–2797(94)00055-X. ISSN 1047–2797. PMID 7795829.
4. Щепкина О.И., Филипова В.Н., Китаева К.А., Болучевская О.А. Здоровый образ жизни, как возможность полноценной жизни человека // Система ценностей современного общества. №17-2. 2011.С. 196-197.
5. Саидова Г. Т., Шайхова Г. И. Характеристика фактического питания и качественный анализ нутриентов в рационе женщин климактерического периода //Вестник ТМА. – 2011. – №. 1. – С. 126-130.
6. Narzullaeva Umida R, Samieva Gulnoza U, Samiev Utkur B, Kurbanova Gulbahor A, Lapasova Zebo H. Arterial Hypertension in Central Asia. Int J Cur Res Rev. Vol 12 Issue 22, November, 2020, 95-99, http://dx.doi.org/10.31782/IJCRR.2020.122217
7. A Clinical Trial of the Effects of Dietary Patterns on Blood Pressure / L.J. Appel [et al.] //The New England Journal of Medicine (Massachusetts Medical Society) №335 (16). — P. 1117–1124. doi:10.1056/NEJM199704173361601. ISSN 0028–4793. PMID 9099655.
8. Каримов Ш.И. Соғлом овқатланиш-саломатлик мезони Тошкент-“O’ZBEKISTON”-2015. 209-227 бетлар
9. Нарзулаева У.Р., Самиева Г.У., Самиев У.Б “Иссиқ иқлимда артериал гипертония бошланғич босқичларида клиник кечишининг ўзига хослиги ва даволашда номедикаментоз ёндашувлар”. Биология ва тиббиёт муаммолари Научный журнал по теоретическим и практическим проблемам биологии и медицины https://doi.org/10.38096/2181-5674.2020.2 стр.190-192
10. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure / A.Chobanian [et al.] /2003. 42 (6). Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services. P. 1206. doi:10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2. ISSN 0194-911X. PMID 14656957. Retrieved 2011–12–28.
11. У.Р. Нарзуллаева, Г.У. Самиева, З. С. Пардаева Pathogenetic aspects of verified risk factors such as arterial hypertension and dyslipidemia in the development of chronic heart failure. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2020, 10(10): 776-779

12. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies / S. Lewington, R. Clarke, N. Qzilbash [et al.] / Lancet (London: Elsevier) 360 (9349): 1903–13. doi:10.1016/S0140-6736(02)11911-8. PMID 12493255.
13. The DASH Diet for High Blood Pressure: From Clinical Trial to Dinner Table / N. Karanja, T.P. Erlinger, L. Pao-Hwa [et al.] // Cleveland Clinic Journal of Medicine (Lyndhurst, Ohio: The Cleveland Clinic Foundation) 71 (9): 745–53. doi:10.3949/ccjm.71.9.745. ISSN 0891-1150. PMID 15478706. Retrieved 2011–12–28 p.
14. Clinical management of primary hypertension in adults. NICE guidelines CG127, 2011 (reviewed 2013). http://www.nice.org. uk/guidance/CG127 (12.12.2014)

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

MORPHOLOGY

Абдумалик Расулович МАМАТАЛИЕВ
Одам анатомияси ва ОХТА
кафедраси катта укитувчиси т.ф.н
Фирдавс Суратович ОРИПОВ
Гистология, эмбриология ва цитология
кафедраси доценти т.ф.д
Самарканд давлат тиббиёт институти
E-mail:@abdumalik.mamataliyev72gmail.ru

ҚУЁНЛАРДА ЖИГАРДАН ТАШКИ ЎТ ЙУЛЛАРИНИНГ ОДАТДА ВА ЎТ ХАЛТАСИНИ ОЛИБ ТАШЛАГАНДАН СЎНГИ ГИСТОЛОГИК ЎЗГАРИШ

For citation: A.R. Mamataliev, F.S. Oripov HISTOLOGICAL STRUCTURE OF THE INTRAMURAL NERVOUS APPARATUS OF THE GENERAL GALL BLADDER AND GALL BLADDER IN THE RABBIT, IN NORMALITY AND AFTER GALL BLADDER REMOVAL Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.117-125

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-99

АННОТАЦИЯ

Қуёнларда жигардан ташқи ўт йулларининг одатдаги гистологик тузилиши ва ўт халтасини тажрибада олиб ташлагандан сўнг жигардан ташқи ўт йулларининг гистологик ва нейрогистологик узгаришлари.

Калит сўзлар: тажриба, қуён, жигар, ўт халта, ўт йуллари, инервация, нейрогистологик, гистологик тузилиши, морфологик ўзгариш.

Абдумалик Расулович МАМАТАЛИЕВ
К.М.Н. старший преподаватель кафедры
анатомии человека и ОХТА
Фирдавс Суратович ОРИПОВ
Д.М.Н. доцент кафедры гистологии,
эмбриологии и цитологии
Самаркандский Государственный Медицинский Институт
E-mail:@abdumalik.mamataliyev72gmail.ru

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО НЕРВНОГО АППАРАТА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА И ЖЕЛЧНОГО ПУЗРЬЯ У КРОЛИКА, В НОРМЕ И ПОСЛЕ УДАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

АННОТАЦИЯ

Гистологическое строение внепеченочных желчных протоков у кроликов в норме и после удаления желчного пузыря.

Ключевые слова: эксперимент, кролик, печень, желчный пузырь, желчные протоки, иннервация, нейрогистология, гистологическая структура, морфологические изменения.

Abdumalik Rasulovich MAMATALIEV
K.M.N. Senior Lecturer at the Department
of Human Anatomy and OSTA
Firdavs Suratovich ORIPOV
D.M.N. Associate Professor of the Department
of Histology, Embryology and Cytology
Samarkand State Medical Institute
E-mail: @ abdumalik.mamataliyev72gmail.ru

HISTOLOGICAL STRUCTURE OF THE INTRAMURAL NERVOUS APPARATUS OF THE GENERAL GALL BLADDER AND GALL BLADDER IN THE RABBIT, IN NORMALITY AND AFTER GALL BLADDER REMOVAL

ANNOTATION

The histological structure of the extrahepatic bile ducts in rabbits in normal conditions and after removal of the gallbladder.

Key words: experiment, rabbit, liver, gallbladder, bile ducts, innervation, neurohistology, histological structure, morphological changes.

Актуальность работы: Гастрогепатодуоденальная система является наиболее сложным по строению и важным по функциональному значению отделом пищеварительного тракта. Выработка желчи печенью является непрерывным процессом, и когда нет потребности организма в желчи, она накапливается в желчном пузыре и в момент пищеварения выделяется в двенадцатиперстную кишку(1.12). Как происходит этот процесс у животных, не имеющих желчного пузыря, является до конца не выясненным вопросом. При изучении данной проблемы возникает ряд вопросов, в частности, чем компенсируется отсутствие желчного пузыря у животных, не имеющих его(2). В клинической литературе имеется много данных о сочетанных заболеваниях желчного пузыря и соседних с ним органов(6.7.8). В публикациях последних лет очень мало научных исследований, посвященных сравнительной морфологии желчевыделительной системы и того или иного ее отдела Изучение особенностей строения и иннервации внепеченочных желчных протоков и желчный пузырь у кроликов до сих пор не проводилось. Выяснение причины наличия или отсутствия желчного пузыря у тех или иных представителей млекопитающих имеет важное, как теоретическое, так и практическое значение, т.к. по данным литературы в мировом масштабе заболеваемость холециститом растёт из года в год, и связанная с нею операция холецистэктомия, также, имеет тенденцию к увеличению(9). Следовательно, сравнительное изучение особенностей строения и иннервации внепеченочных желчных протоков и желчного пузыря у кроликов и структурная перестройка внепеченочных желчных протоков после холецистэктомии, является актуальной научной проблемой теоретической и практической медицины. Казанская школа нейрогистологов внесла большой вклад в изучение иннервации желчного пузыря. Ряд авторов методом импрегнации по Бильшовскому-Гроссу в стенке желчного пузыря описали три нервных сплетения. Первое из них располагается в адвентициальной оболочке. Второе - в мышечной оболочке. Третье нервное сплетение расположено в слизистой оболочке, состоит из тонких переплетающихся между собой нервных волокон. Иннервации желчного пузыря посвящены исследования ряда авторов (4.5), которые анализируя нейронный состав интрамуральных узлов стенки желчного пузыря, кроме клеток 1 и 2 типов по А.С.Догелю, выделяли гигантские

нервные клетки. Адренергические нервные элементы в стенке желчного пузыря изучались H.G. Baumgarten, W.Lange (1969). По данным А.П.Амбросьева (1977) адренергические нервные волокна проникают в стенку желчного пузыря по ходу сосудов, встречаются во всех слоях, образуя сплетения. По мнению Т.Д. Дехканова, Э.У. Хусанова (3) явления отсутствия или наличия желчного пузыря связано с характером питания животного. Эти авторы, изучая строение и тинкториальные свойства дуоденальных (бруннеровских) желез в области большого сосочка двенадцатиперстной кишки и наружной оболочки печеночно-поджелудочной ампулы, обратили внимание на неодинаковую плотность их расположения. У животных, в рационе питания которых содержались только продукты растительного происхождения (суслики, кролики) - эти железы слизистые, их количество значительно больше и они заполняют всю подслизистую основу ампулы. Эта крупная биологическая и медицинская проблема, до сегодняшнего дня не нашла своего объяснения. Подобные исследования подчеркивают необходимость изучения микроархитектоники слизистой оболочки самих внепеченочных желчных протоков и желчного пузыря. Авторы подвергают сомнению правильность холецистэктомии с оставлением короткой культи пузырного протока, потому что при этом удаляется сфинктер Люткенса и клапаны Гейсера и, следовательно, выпадает важное звено единого ансамбля сфинктеров внепеченочных желчных протоков. По-видимому, часть неудовлетворительных результатов при операции холецистэктомии, формирование постхолецистэктомического синдрома и развитие таких осложнений, как дискинезия желчных протоков, недостаточность сфинктера Одди и самого сосочка, связаны именно с отсутствием короткой культи пузырного протока. До сих пор не ясно, почему образуется ложный пузырь после холецистэктомии и несет ли он вред организму. Образуется ли он из короткой культи или только из длинной? В каких случаях желчными камнями забиваются сами внепеченочные желчные протоки? На эти вопросы в литературе ответа мы не нашли. Мы решили удалить в эксперименте у здорового кролика желчный пузырь с целью изучения компенсаторных изменений во внепеченочных желчных протоках, сравнительное изучение особенностей строения и иннервации внепеченочных желчных протоков у кроликов и структурной перестройки внепеченочных желчных протоков после холецистэктомии. По вопросам строения внепеченочных желчных протоков у кроликов в эксперименте, очень мало литературных данных и поэтому описывать их отдельно не представлялось возможным, вместе с тем мы решили своими исследованиями восполнить этот пробел.

Материал и методы: Материалом для нашего исследования послужили органокомплексы 30 кроликов. Практически здоровые кролики содержались в соответствующих условиях вивария. Животных забивали методом кровопускания (рассечение брюшной аорты), под этаминал-натриевым наркозом. Органы гепатохоледоходуоденопанкреатической зоны брали сразу после забоя животного и фиксировали в 12 % растворе нейтрального формалина. Методом анатомической препаровки, под бинокулярным микроскопом МБС - 2, (окуляр - 8, объектив - 0,6), при искусственном освещении. Нами был использован способ определения типологической принадлежности клеток вегетативных ганглиев, окрашенных методом «Ласки» (рационализаторское предложение № 1593 от 7 ноября 2007 года, выданное СамГосМИ Маматалиеву А.Р., Дехканову Т.Д.). Холецистэктомию производили на 10 кроликах под этаминал натриевым наркозом, способом - от дна к шейке пузыря. Морфометрические исследования проведены через 10 и 30 суток после операции. Адренергические нервные волокна выявлялись путем обработки криостатных срезов из свежего (нефиксированного) материала, раствором глиоксиловой кислоты по методу В.Н. Швалева, Н.И., Жучковой (1979) и импрегнация по Бильшовскому - Гроссу.

Результаты собственных исследование: Гистологическое изучение стенки внепеченочных желчных протоков кроликов состоит из слизистой, подслизисто-мышечной и серозной оболочек. Эпителий слизистой оболочки однослойный цилиндрический. Внепеченочные желчные протоки кроликов обильно снабжены нервными элементами. При этом наибольшая концентрация нервных структур обнаруживается в стенке общего желчного протока, особенно в ее концевом отделе. Главным интрамуральным нервным сплетением является подслизистое

сплетение, где сконцентрированы наиболее крупные нервные ганглии и относительно толстые нервные пучки нервных волокон. Нервные ганглии расположены на месте перекреста нервных пучков, и отростков нервных клеток. В стенке общего желчного протока кроликов нами обнаружены все три типа интрамуральных нервных клеток. В стенке печеночных протоков выраженных нервных сплетений нет. При тотальной импрегнации в стенке печеночных протоков нами обнаружена нежная сеть нервных волокон и одиночно расположенные нервные клетки. Эти клетки по своим морфологическим признакам похожи на равноотростчатые нервные клетки (нервные клетки 2 типа по А.С. Догелю). Адренергические нервные структуры представлены светящимися изумрудно-зеленым свечением нервными волокнами расположенными в основном по ходу артерий внепеченочных желчных протоков. Пучки адренергических нервных волокон небольшого калибра сопровождают артерии и на месте их разветвления они также расходятся до ее мельчайших ветвей. которые вступают в эти пучки.

В составе интрамурального нервного аппарата желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков кроликов обнаруживаются крупные нервные клетки, похожие на клетки I типа по Догелю. Эти клетки по размерам значительно больше других нервных клеток желчевыделительной системы и почти во всех случаях импрегнируются интенсивнее, чем другие нервные элементы. Кроме вышеуказанных, в составе интрамурального нервного аппарата стенки общего желчного протока кроликов, встречаются нейроциты, которые по форме идентичны как равноотросчатым, так и длинноаксонным. Они, по видимому, относятся к III типу нейронов по Догелю. В составе некоторых ганглиев нами обнаружены и мелкие гранулосодержащие нервные клетки.

В стенке общего желчного протока обнаруживается большая концентрация нервных волокон. Они формируют пучки разного калибра, которые имеют разную ориентацию и перекрещиваются между собой под разными углами, формируя крупно-петлистую сеть. (Рис.1).

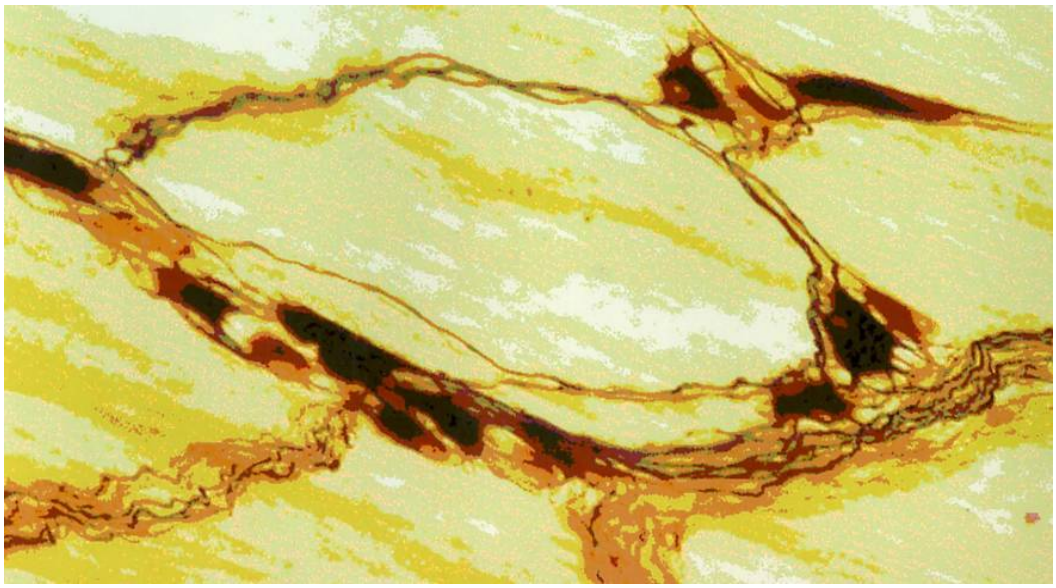


Рис.1. Интрамуральный нервный узел в стенке общего желчного протока кролика. Импрегнация по Бильшовскому - Гроссу. Увел. 10х20.

Интрамуральный нервный аппарат общего желчного протока кроликов представлен в виде выраженного субсерозного и подслизистого сплетений. Главным из них является подслизистое сплетение, которое состоит из пучков нервных волокон разного калибра, на месте перекреста которых расположены нервные узлы. Количество нейронов в этих узлах разное, от нескольких единиц до нескольких десятков. Форма и конфигурация нервных узлов различная и возможно зависит от количества и расположения нервных клеток. Количество клеток и форма узлов не зависят от калибра пучков нервных волокон. На месте перекреста крупных пучков может располагаться небольшой узел, содержащий несколько нервных

клеток, и, наоборот, на месте перекреста тонких нервных волокон нередко можно обнаружить нервные узлы, содержащие десятки нервных клеток. Пучки нервных волокон состоят в основном из волокон одинакового калибра и импрегнации. Они по калибру несколько толще, чем остальные и часто можно обнаруживать дихотомическое деление таких нервных волокон, что говорит об их чувствительной природе. На месте перекреста нервных пучков, их нервные волокна не делятся, а расходятся в другом направлении, как будто нервные пучки обмениваются волокнами (рис.2).

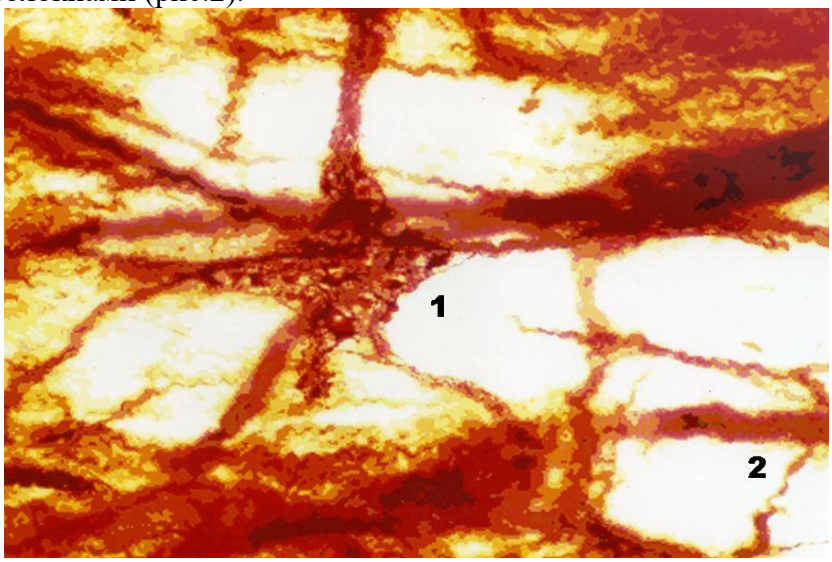


Рис. .2. Пучки нервных волокон в стенке общего желчного протока кролика. Подслизистое сплетение: 1) нервные узлы и 2) волокна. Импрегнация по Бильшовскому - Гроссу. Увел. 10х20.

Гиперимпрегнированные нервные волокна на месте перекреста пучков дихотомически делятся и их ветви направляются в составе пучков в разные направления На месте их перекреста расположены микроганглии, состоящие из нескольких (3-4) нервных клеток, нередко и одиночных. Часть нервных волокон дихотомически делятся и их тонкие ветви вплотную подходят к базальной мембране эпителия.

Длинноаксонные нейроциты общего желчного протока кроликов имеют разнообразную форму, однако характерной их особенностью является хорошо выраженный аксон и множество коротких, сильно ветвящихся дендритов (рис. 3).

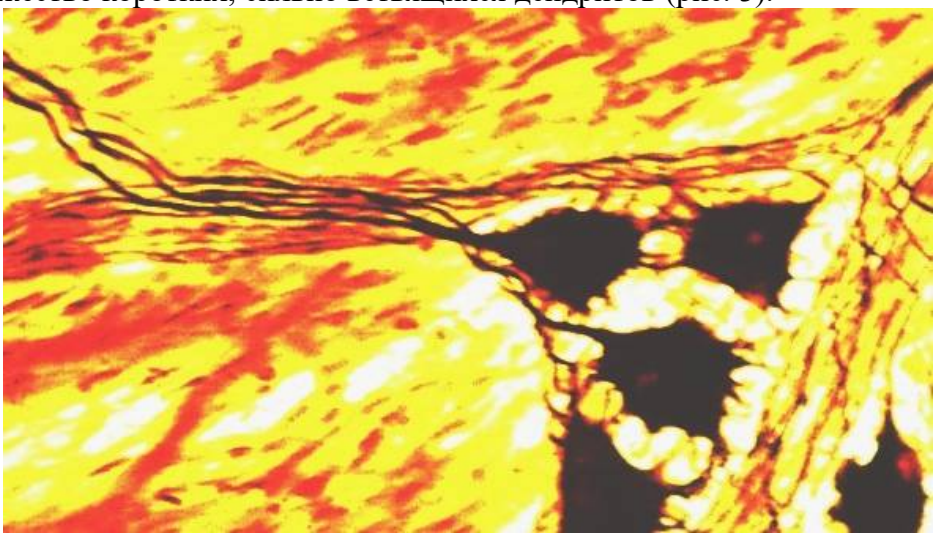


Рис.3. Интрамуральный нервный узел общего желчного протока кролика. Длинноаксонные нейроциты. Импрегнация по Бильшовскому -Гроссу. Увел. 10х20.

Плотность расположения нервных волокон увеличивается в направлении дистального

(концевого) отдела общего желчного протока. Наиболее крупные по калибру пучки нервных волокон обнаруживаются вблизи интрамурального отдела общего желчного протока (на месте прикрепления протока к стенке двенадцатиперстной кишки). Интрамуральные нервные узлы располагаются на месте перекреста пучков нервных волокон и содержат разное количество нервных клеток, причем, величина узла и количество нервных волокон в нем не зависят от диаметра перекрещивающихся пучков нервных волокон.

В общем желчном протоке кроликов обнаруживается обильная сеть адренергических нервных волокон. Они расположены по ходу артерии, образуя периваскулярное адренергическое сплетение, состоящее из относительно крупных, перекрещивающихся между собой пучков.

В стенке общего печеночного протока адренергические нервные волокна распределяются приблизительно так же, однако концентрация их значительно меньше. В печеночных протоках адренергические нервные волокна обнаруживаются в основном по ходу кровеносных сосудов, образуя сплетение в виде "футляра" (Рис.4).

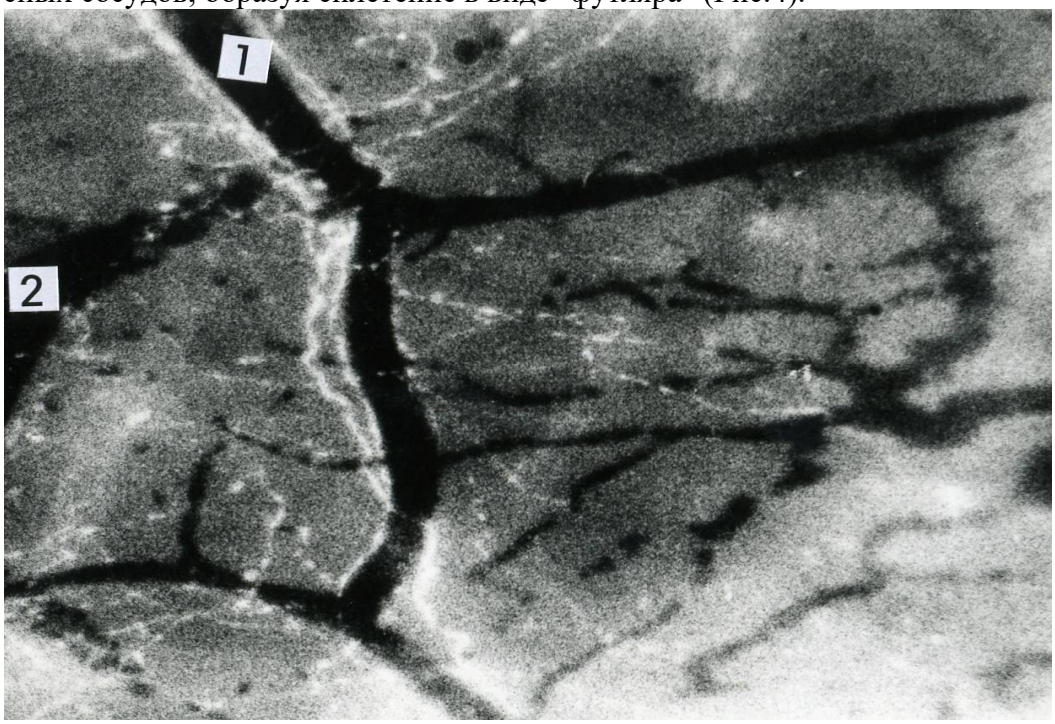


Рис. 4 Подслизистое адренергическое сплетение общего желчного протока кролика. Адренергические нервные волокна по ходу артерии (1). В стенке вены (2) их относительно меньше. Видна нефлюоресцирующая сосудистая сеть. Обработка глиоксиловой кислотой. Увел. 10х20. Гомаль 5.

Нами проведено экспериментальное удаление желчного пузыря у кроликов и через разные сроки (10 и 30 суток). В ранние сроки после экспериментальной холецистэктомии наблюдаются выраженные морфологические изменения нервных структур стенок внепеченочных протоков кроликов. Обнаруживается много нервных волокон с варикозными вздутиями. Диаметр этих вздутий несколько больше, чем диаметр нервных волокон. По количеству, таких вздутий много и нервные волокна с такими изменениями напоминают бусы, надетые на нить. Эти изменённые нервные волокна гиперимпрегнированы и своей интенсивной окраской они четко выделяются среди остальных нервных структур. В ранние сроки (через 10 суток) после экспериментальной холецистэктомии, изменённые нервные волокна количественно уменьшаются, но степень их изменений усугубляется тем, что некоторые нервные волокна подвергаются дегенеративным изменениям. Они фрагментируются, а некоторые подвергаются зернистому распаду. В ранние сроки после экспериментальной холецистэктомии в стенке общего желчного протока наблюдались реактивные изменения нервных волокон выражающиеся в гиперимпрегнации, гиперплазии отростков нервных клеток, гомогенизации цитоплазмы нервных клеток, тотальном тигролизе

некоторых нейронов, варикозных изменениях чувствительных дихотомически разветвленных волокон. Некоторые тонкие пучки нервных волокон целиком варикозно изменены. В составе крупных пучков количество интактных волокон больше, чем измененных. Изменение интрамурального нервного аппарата желчных протоков, на 30 сутки после экспериментальной холецистэктомии, характеризуется наличием глубоких дегенеративных изменений части нервных волокон, которое выражается в их фрагментации, зернистом распаде пикнотических изменениях и вакуолизации нервных клеток, деформации, отрыве некоторых нервных окончаний от претерминалей, фрагментации и зернисто-глыбчатом распаде претерминалей (Рис.5).

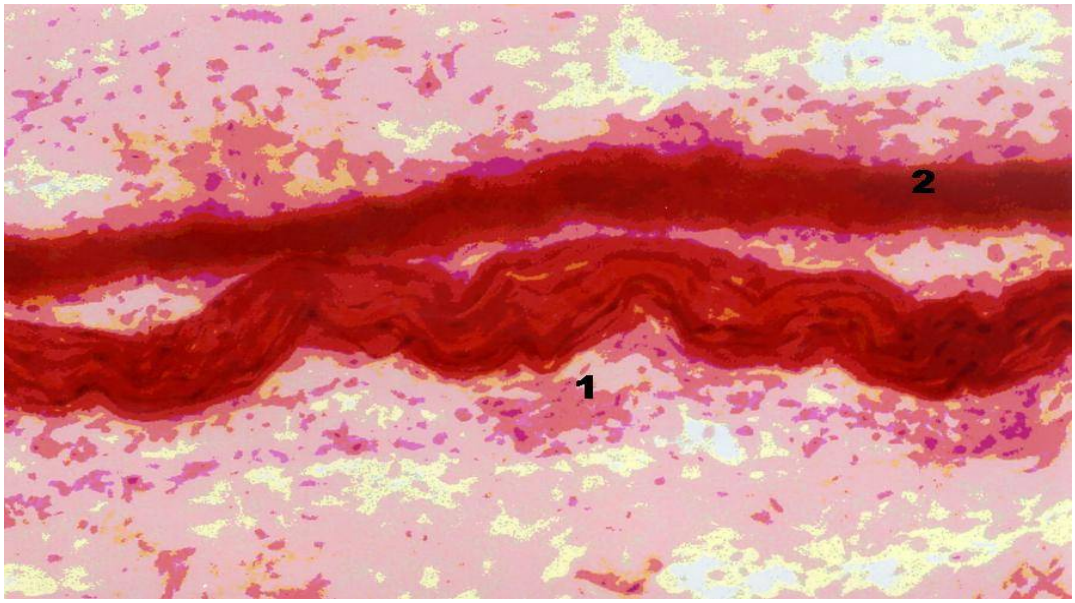


Рис. 5. Фрагментированные (1) и интактные (2) нервные волокна в составе интрамурального нервного аппарата общего желчного протока кролика на 30-е сутки после экспериментальной холецистэктомии. Импрегнация по Бильшовскому – Гроссу. Увел. 10х20.

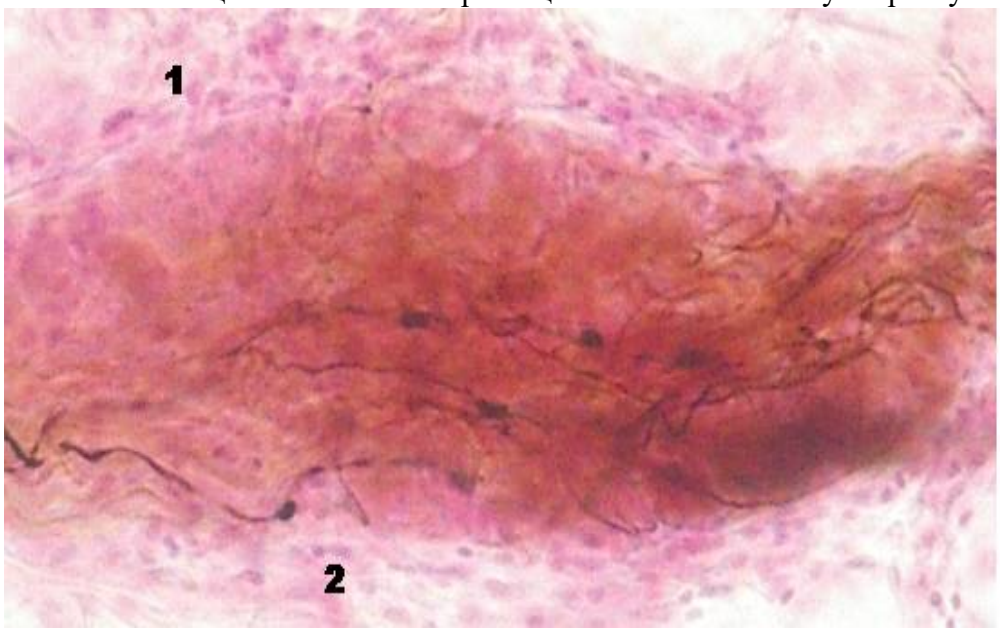


Рис.6. Интрамуральный нервный ганглий стенки общего желчного протока кролика на 30-е сутки после экспериментальной холецистэктомии. Видны слабо окрашенные нервные клетки (1), варикозно-изменённые (2) и интактные нервные волокна (2). Импрегнация по Бильшовскому – Гроссу. Увел. 10х20.

Нами также обнаружено дегенеративное изменение рецепторов стенки внепеченочных желчных протоков после удаления желчного пузыря. Как правило эти рецепторы являются рецепторами ограниченной арборизации и локализованы в различных тканевых структурах.

Претерминали их подвергнуты фрагментации, а терминали деформированы (Рис.6). Иногда претерминали подвергаются зернистому распаду и по силуэту таких рецепторов на месте претерминального волокна, расположены мелкие зерна, соответствующие его расположению. Некоторые из этих рецепторов являются поливалентными, то есть терминали расположены в различных тканевых структурах стенки внепеченочных желчных протоков. Такие изменённые рецепторы обнаруживаются как в стенке общего желчного, так и в печеночных протоках. В стенке печеночных протоков рецепторы имеют более ограниченную арборизацию. В концевом отделе общего желчного протока встречаются рецепторы одни терминали которых расположены в составе тканевых структур стенки общего желчного протока, а другие имеют отношение к тканевым структурам стенки двенадцатиперстной кишки.

На 30 сутки изменённые нервные структуры обнаруживаются изредка. Определённое количество изменённых нервных волокон неоднократно дихотомически делятся. Это явление свидетельствует о том, что они являются чувствительными нервными волокнами. Большинство изменённых нервных волокон являются безмякотными. Это подтверждает тот факт, что они являются отростками тел тех нервных клеток, которые были удалены вместе желчным пузырём.

ВЫВОД. В ранние сроки (через 10 суток) после экспериментальной холецистэктомии, изменённые нервные волокна количественно уменьшаются, но степень их изменений усугубляется тем, что некоторые нервные волокна подвергаются дегенеративным изменениям.: Эксперимент с удалением желчного пузыря у кроликов показал большие компенсаторно-приспособительные возможности внепеченочных желчных протоков. В течение 30 дней наблюдалось их значительное расширение, появлялись локальные расширения отдельных фрагментов протоков, наблюдалось утолщение мышечной оболочки желчных протоков.

На основании полученных данных мы можем предположить, что по мере усложнения условий существования и характера питания в пищеварительной системе произошла адаптационная морфологическая перестройка.

Список литературы:

1. Габченко.А.К. Особенности гистотопографического строения внепеченочных желчных протоков у некоторых лабораторных животных. Научные труды МГМУ им.Сеченова И.М. Москва 2011. Стр.211-212.
2. 2.Габченко А.К. Маматалиев А.Р. Дехканов.Т.Д. Морфологические структуры и морфологические показатели внепеченочных желчных путей, компенсирующих отсутствие желчного пузыря. Проблемы биологии и медицины (51) 2008 стр.45-46.
3. Дехканов Т.Д., Хусанов Э.У. Сравнительная морфология и иннервация ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки. – Ташкент.: Узбекистон миллий энциклопедияси, 2007. - С. 4-90.
4. Дехканов Т.Д., Маматалиев А.Р., Хусанов Э.У. Хазим найи урта кисми аъзоларининг киеси морфологияси, нерв ва эндокрин аппаратларининг морфологик муносабатлари // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2001. - I (18). - С. 77-79.
5. Дехканов Т.Д., Блинова С.А., Маматалиев А.Р. Сравнительное изучение морфологических изменений нервных структур внепеченочных желчных путей после различных способов экспериментальной холецистэктомии // Анналы хирургической гепатологии. – Москва.: Наука МАИК (интерпериодика). – 2000. – Т. 5. - С. 110.
6. Порошин К.В. Морфология, васкуляризация и иннервация поджелудочной железы у пушных зверей клеточного содержания. Автореф.кандидата ветеринарных наук - Омск, 2006 - 160 с.
7. Шведов, С. И. Морфологические аспекты иннервации желудка и кишечника пушных зверей клеточного содержания /С. И. Шведов, Д. К. Овчинников //Проблемы

ветеринарного образования и научных исследований в агропромышленном комплексе: сб. науч. тр. ИВМ ОмГАУ. - 2004 г. - С. 397-403.
8. Zogrfacis I.G., Jons B.T., Rovichazdrin P., Evancho-chopman M.M., Schmidt S.P., Ahends D., Funk K.M., Gingras P. Реконструкция собачьего общего желчного канала // Corr. Surg. - 2003. - № 60 (n). - 437-441.
9. Mahler S.I., Mayhew P.D., Drobadz K.I., Kolt K.I. Хирургическое вмешательство на внепечёночных желчных протоках при патологии в эксперименте на собаках (60 случаев) // Vet. Surg. - 2004. – Vol. 33, N 6. – P. 644-9.
10. Morteksen F.V., Jshibashi T., Hajo V., Yosuda Y. I. Hepatobiliary Pancreat // Surg. - 2004. - 11(12). - 112-115.
11. Human hepatic stem cells from fetal and postnatal donors / E. Schmelzer et al. // J. Exp. Med. 2007. - V. 204, ¹ 8. - P. 1973-1987.
12. Regulation of hepatic stellate cell differentiation by the neurotrophin receptor p75NTR / M.A. Passino et al. // Science. 2007. - V. 315. - P. 1853-1856.
13. Пугач П.В., Круглов СВ., Карелина Н.Р. Строение лимфоидных бляшек тонкой кишки у крыс в раннем постнатальном онтогенезе после воздействия этанола в системе «мать-плод». //Морфология. – 2008. №4. - С. 90.
14. Расулев К.И., Байбекова Э.М., Мурадова М.К, Жамалова Л.К. Становления слизистой оболочки тонкой кишки в постнатальном онтогенезе. //Проблемы биологии и медицины. - 2004. №4. - С. 86.
15. Расулев К.И., Сагдуллаев Н.Х., Байбекова Э.М., Мавриди Д.И. Структурные особенности слизистой оболочки тонкой кишки крыс в различные периоды постнатального развития. //Авиценна. – 2005. №1-2. - С.
16. Чава С.В. Морфофункциональная характеристика лимфоидных структур в стенке тонкой кишки. //Морфология. 2004.Т.126.- №4. -С. 133

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Давронова Шахноза РАХМОНОВНА
ассистент кафедра Гистологии Бухарского
государственного медицинского института, г.Бухара
shaxnozada9@gmail.com
Рахмон Давронович ДАВРОНОВ
доцент, зав.кафедрой гистологии и мед.биологии
Бухарского государственного медицинского института, г.Бухара
rakhmon.davronov@bk.ru

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО - ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗОН ТИМУСА В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ТЕМПЕРАТУРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

For citation: Sh.R. Davronova, R.D. Davronov MORPHOMETRIC INDICATORS OF STRUCTURAL AND FUNCTIONAL ZONES OF THE THYMUS IN THE DYNAMICS OF THE EXPERIMENTAL TEMPERATURE EXPOSURE Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.126-132

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-100

АННОТАЦИЯ

Комплексом методов морфофункционального анализа изучены соотношения различных зон тимических долек белых лабораторных крыс в динамике температурного воздействия Бухарского региона. Определены периодичность и адаптивность изменений структуры тимуса в динамике экспериментов.

Ключевые слова: тимус, температура, иммунитет, лимфоцит, макрофаг, ретикулоэпителиальная клетка

Шахноза Рахмоновна ДАВРОНОВА
гистология кафедраси ассистенти
Бухоро Давлат тиббиёт институти
shaxnozada9@gmail.com
Рахмон Давронович ДАВРОНОВ
доцент, гастология кафедраси мудири
Бухоро Давлат тиббиёт институти
rakhmon.davronov@bk.ru

ТАЖРИБАВИЙ ҲАРОРАТ ОМИЛИ ТАЬСИРИДА ТИМУС СТРУКТУР-ФУНКЦИОНАЛ ЗОНАЛАРИНИНГ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ

АННОТАЦИЯ

Лаборатория оқ каламушларининг тимуси Бухоро минтақаси температура омилида динамикада ўрганилди. Натижалар тимус ўзгаришларининг даврийлигини ҳамда уларнинг адаптив характерга эга эканлигини кўрсатди.

Калит сўзлар: тимус, температура, иммунитет, лимфоцит, макрофаг, ретикулоэпителиал ҳужайра

Shaxnoza Rahmanovna DAVRONOVA
assistant Department of Histology,
Bukhara State Medical Institute, Bukhara
shaxnozada9@gmail.com
Rahmon Davronovich DAVRONOV
Associte Professor,Head of the Department of Histology
and Medical Biology of Bukhara Medical Institute.
rakhmon.davronov@bk.ru

MORPHOMETRIC INDICATORS OF STRUCTURAL AND FUNCTIONAL ZONES OF THE THYMUS IN THE DYNAMICS OF THE EXPERIMENTAL TEMPERATURE EXPOSURE

ANNOTATION

A complex of methods of morphofunctional analysis the ratios of different zones of thymic lobules of white laboratory rats in the dynamics of temperature exposure in the Bukhara region. The frequency and adaptability of changes in the structure of the thymus in the dynamics of experiments were determined.

Key words: thymus, laboratory rats, temperature, immunity, lymphocyte, macrophage, reticuloepithelial cell

---

Актуальность проблемы: В последние годы в связи интенсивным развитием теоретической и прикладной иммунологии представления о структурных основах иммунитета значительно расширились. Выяснены клеточные и субклеточные основы иммунитета и основные механизмы кооперативных взаимодействий иммунокомпотентных клеток - Т-,В- лимфоцитов и макрофагов (А - клеток), благодаря которым обеспечивается иммунный ответ организма (К.А.Зуфаров, К.Р. Тухтаев,1987; М.Р.Сапин, 1993; С.И.Юшканцева, В.Л.Быков 2006; Ю.И.Будчанов 2008; М.И. Зассеева 2016)

Морфологическим субстратом иммунной системы вляются органы системы иммунитета и содружественные с ними в функциональном отношении структуры - ткани, клетки,биологически активные вешества типа простогландинов, лимфокинов и другие (О.Д.Мяделец 2016; Д.А.Зинченко 2019) .В настоящее время принято подразделять органы иммунитета на центральные и периферические. К центральным органам иммунитета относятся вилочковая железа (тимус) и костный мозг.К периферическим относятся лимфатические узлы, селезенка, лимфоидные образования пищеварительного и дыхательного трактов и стенки мочевыводящих путей. В центральных органах иммунитета лимфоциты проходят рядь трансформаций, вследствие чего они приобретают функции клеточного и гуморального иммунитета, поступают в периферические органы, образуя в них соответственно тимусзависимые (Т-зависимые), а также тимуснезависимые (бурсазависимые или В-зависимые) структурно- функциональные зоны.

Следовательно, исследование тимуса в динамике экспериментального температурного воздействия является одним из актуальных проблем современной биологии и медицины вцелом.

Цель работы: Определение морфометрических показателей и клеточного состава различных структурно-функциональных зон тимической дольки в динамике экспериментального температурного воздействия **.**

Материал и методы исследования. Эксперименты проведены на белых беспородных крысах-самцах с исходным весом 150 - 170 граммов, находившихся на обычном лабораторном питании. До начала эксперимента 10 крысам под эфирным наркозом, в стерильных условиях, производилась лапоратомия с целью макроскопического осмотра всех внутренних органов и лимфоидных образований желудочно-кишечного тракта. Эти исследования показали, что практически все органы грудной и брюшной полостей в пределах нормы.

Экспериментальные животные были разделены на две группы. Первую группу составляли 42 контрольные интактные крысы. Вторая группа-опытная (118 крыс). Их на 1 час перевели на условия воздействия сухого жаркого климата Бухарского региона. Причем , все опыты проводились в летнее время сезона. Они находились на обычных лабораторных условиях.

Опытные и контрольные животные забивались путем декапитации,натошак,через 3,6,12,24 часа,3,5,7,14 ,21 суток после температурного воздействия. Материалом для исследований служили кусочки тимуса

Для светооптических исследований материалы фиксировались в 10 % формалиние ,в жидкости Буэна. Кусочки органов после соответствующей обработки заливали в парафин. Депарафинизированные срезы окрашивались гемотоксилином - эозином.

В динамике эксперимента нами производился подсчет клеточного состава кортикальных ,кортико-медулярных и медулярных зон тимических долек на 1000 клеток.Полученные данные выражались в %.

Морфометрические исследования зон тимуса проведены по методу Г.Г.Автандилова (1972) по модифицированной нами методике. Полученные цифровые данные выражались в относительных единицах (отн.ед) и в %. Все цифровые данные обрабатывались методом вариационной статистики по Фишеру - Стъюденту в модификации В.Монцевичюте - Эрингене (1964). Достоверным и считали различия, удовлетворяюшие P<0,05.

Результаты собственных исследований. Как показали наши исследования,вилочковая железа интактных и контрольных крыс по морфофункциональным показателям не отличаются друг от друга.При морфометрии срезов вилочковой железы установлено,что 71 % составляет площадь кортикальной,26 %- медулярной зоны и 3 % падает на долю соединительной ткани капсулы и междольковых перегородок.

Табл № 1.

Площадь различных структурно-функциональных зон тимуса в динамике температурного воздействия

Эксперимента	ЗОНЫ ТИМУСА				Соединительная стромы	
	Кортикальная		Медуллярная		Отн.ед.	%
Контроль	45,4± 0,5	71	16,4±0,6	26	2,2±0,16	3
1 сут	36 ±0,5^{+}	57	27,6±0,5^{+}	34	6,2±0,6^{+}	9
3 сут	35,2±0,3^{+}	55	23,5±0,3^{+}	37	5,3±0,4^{+}	8
5 сут	40,3±0,7^{+}	63	21,3±0,8^{+}	33	2,3±0,2	4
7 сут	44,7±0,2	70	16,2±0,2^{+}	24	4,1±0,1^{+}	6
14 сут	32,6±0,5^{+}	51	26,1±0,3^{+}	41	5,3±0,1^{+}	8
21 сут	37,1±0,3^{+}	58	21,8±0,4^{+}	33	5,6±0,2^{+}	9

Примечание: Здесь и в последующих таблицах знаком + отмечены статически достоверные показатели, удовлетворящие P<0,05

При подсчете клеток на единицу площади кортикальной зоны контрольных животных, преимущественными являются малые и средние лимфоциты, что составляет 248,5± 3,7 отн.ед (см.табл.2).Число лимфобластов в кортикальной зоне - 72,1 ± 1,8, РЭК - 13,7± 1,7 отн.ед. Клетки СМФ составляют небольшой удельный вес - 0,9± 0,05 отн.ед. (все элементы вместе взятые).

Таб. №2

Цитограмма кортикальной зоны в динамике экспериментов (число клеток на единицу площади).

Сроки исследования	Лимфоциты малые и средные	Лимфобласты	РЭК	Моноцитопо подобные клетки	Макрофаги	Итого
Контроль	248,5±3,7	72,1±1,8	13,7±1,7	0,2±0,03	0,7±02	335,6±4,9
1 с	146,8±1,3^{+}	78,7±0,7^{+}	15,4±0,3	2,3±0,1^{+}	3,0±0,1^{+}	246,2±1,6^{+}
3 с	109,8±3,3	8,23±0,9^{+}	18,3±0,2^{+}	2,1±0,1^{+}	3,1±0,1^{+}	215,5±4,6^{+}
5 с	142,3±3,5^{+}	79,7±0,3^{+}	21,3±0,5^{+}	4,1±0,2^{+}	4,1±0,1^{+}	251,4±2,6^{+}
7 с	220,7±0,6^{+}	76,1±0,4	16,6±0,3	3,1±0,1	4,4±0,2	220,9±1,1
14 с	145,7±2,7^{+}	78,2±1,1^{+}	18,5±0,3^{+}	1,5±0,2^{+}	2,5±0,2^{+}	246,5±2,9^{+}
21 с	197,6±2,9^{+}	81,3±1,1^{+}	22,9±0,5^{+}	0,5±0,1	0,9±0,1	303,1±0,9^{+}

В медуллярной зоне тимуса, во - первых, плотность расположения клеток на единицу площади примерно в 2 раза меньше, чем в кортикальной зоне (174,1 ± 2,3 против 335,6 ± 4,9 отн. ед.).Как приведено в табл. 3 , количество РЭК и клеток СМФ в медуллярной зоне практически не отличает от кортикальной зоны.

табл. №3

Цитограмма медуллярной зоны тимуса в динамике экспериментов (число клеток на единицы площади

Сроки исследования	Лимфоциты малые и средние	Лимфобласты	Р Э К	Моноцитопо-добные клетки	Макрофаги	Итого
Контроль	248,5±3,7	72,1±1,8	13,7±1,7	0,2±0,03	0,7±02	335,6±4,9
1 с	146,8±1,3^{+}	78,7±0,7^{+}	15,4±0,3	2,3±0,1^{+}	3,0±0,1^{+}	246,2±1,6^{+}
3 с	109,8±3,3	8,23±0,9^{+}	18,3±0,2^{+}	2,1±0,1^{+}	3,1±0,1^{+}	215,5±4,6^{+}
5 с	142,3±3,5^{+}	79,7±0,3^{+}	21,3±0,5^{+}	4,1±0,2^{+}	4,1±0,1^{+}	251,4±2,6^{+}
7 с	220,7±0,6^{+}	76,1±0,4	16,6±0,3	3,1±0,1	4,4±0,2	220,9±1,1
14 с	145,7±2,7^{+}	78,2±1,1^{+}	18,5±0,3^{+}	1,5±0,2^{+}	2,5±0,2^{+}	246,5±2,9^{+}
21 с	197,6±2,9^{+}	81,3±1,1^{+}	22,9±0,5^{+}	0,5±0,1	0,9±0,1	303,1±0,9^{+}

табл.№ 4

Цитограмма кортикомедулярной зоны тимуса в динамине экспериментов (число клеток на единицу площади)

Сроки исследования	Лимфоциты малые и средние	Лимфобласты	Р Э К	Моноцитоподобные клетки	Макрофаги	Итого
Контроль	255,4 ±2,5	55,5±0,4	15,4±0,3	4,8±0,3	5,8±0,3	336,9±2,7
1 с	99,3±1,6^{+}	54,0±0,5	22,0±0,5^{+}	14,3±0,2^{+}	10,7±0,3^{+}	200,5±1,4^{+}
3 с	117,9±1,5^{+}	60,0±0,3^{+}	30,0±0,5^{+}	10,4±0,3^{+}	7,4±0,2^{+}	225,8±2,7^{+}
5 с	130,2±1,2^{+}	4,2±0,2^{+}	28,2±0,3^{+}	8,6±0,1^{+}	7,4±0,2^{+}	238,6±1,9^{+}
7 с	141,2±1,3^{+}	54,9±0,3^{+}	25,4±0,2^{+}	8,3±0,2^{+}	8,8±0,3^{+}	238,7±1,9^{+}
14 с	163,8±1,8^{+}	60,2±0,5^{+}	23,3+0,2^{+}	6,1±0,1^{+}	7,4+0,2^{+}	260,9±1,7^{+}
21 с	192,0±1,6^{+}	61,9±0,7^{+}	20,5±0,5^{+}	4,9±0,1	6,1±0,1	285,5±2,4^{+}

В наших исследованиях впервые комплексом морфологических методов исследований изучены адаптивные изменения вилочковой железы белых беспородистых взрослых крыс в динамике воздействия сухого жаркого климата Бухарского региона.

Наши исследования показали, что морфофункциональные изменения вилочковой железы крыс в динамике экспериментов инфекции носят адаптивный характер и характеризуются определенной периодичностью. Различают периоды ранних изменений выраженных иммуноморфологических перестроек и отдаленных результатов . Причем, структурно - функциональные перестройки, наблюдаемые во всех органах данной системы в целом носят однотипный характер, хотя имеют некоторые органные особенности в плане количественных сдвигов иммунокомпенентных клеток и степени проявления субмикроскопических перестроек в них.

Исследования вилочковой железы (тимуса) в динамике экспериментов позволили выявить также определенные периоды структурно-функциональных перестроек :

- ранних изменений (до 3 сут.опытов);
-выраженных структурно-функциональных перестроек (5-7 сут, исследований;
- отдаленных результатов (14-21 сут.опытов).

В периоде ранних изменений отмечается уменьшение числа малых и средних лимфоцитов в тимических дольках. Причем уменьшение малых и средних лимфоцитов сопровождается нарастанием числа лимфобластов. Уменьшение малых и средних лимфоцитов в раннем периоде, с одной стороны, является одним из факторов лейкоцитоза с лимфоцитозом, имеющего место в данные сроки исследования. С другой стороны, на наш взгляд, уменьшение малых и средних лимфоцитов коры тимуса связано с миграцией их в кровь и в Т- зависимые зоны периферических органов иммунной системы,площади которых несколько расширены в раннем периоде. Об этом можно предположить также за счет уменьшения площадей кортикальных зон в периоде ранних изменений.

Как показывает световая микроскопия, кровеносные сосуды микроциркуляторного русла тимических долек и междольковых перегородок в раннем периоде резко расширены, со стазом крови. Это является одним из элементов увеличения площадей соединительнотканных структур тимуса. В основе микроциркуляторных расстройств, по - видимому, лежит как влияние температурного фактора, так и продуктов распада клеток тимуса, имеющего место в данные сроки экспериментов.

Исследования кортикомедуллярных зон показали также уменьшение малых и средних лимфоцитов, микроциркуляторные расстройства.Однако в медулярной зоне в периоде ранных изменений выраженные количественные изменения клеток не наблюдаются.

Таким образом, вилочковая железа белых лабораторных крыс имеет те же структурно-функциональные зоны, как и другие млекопитающие, однако, плотность и содержание клеток в них имеет определенные видовые особенности.

Заключение: Структурно-функциональные перестройки тимуса в динамике температурного воздействия характеризуются определенной периодичностью. Различаются периоды ранных изменений, выраженных иммуноморфологических и отдаленных периодов характеризуются своими количественноми и качественными изменениями клеток тимуса, которые служать основой нарущенного иммунного гомеостаза и могут быть использованы при разработке иммуннокорригирующих методов профилактики и лечения.

Список литературы

1.Кормилина Н.В. Морфофункциональная характеристика органов иммуногенеза при действии ксеноспленоперфузата (морфо-экспериментальное исследования). Автореферат дисс. Конд. Биол. Наук, Ифеевск, 22 стр. 2004

2.Сапин, М.Р. Брыжеечные лимфатические узлы крыс при действии эмоционального стресса /М.Р.Сапин, Е.В.Коплик, Д.Б.Никитюк //Морфология. -2001.-Т. 119, № 1.- С. 48-51

3.Оганесян, М.В. Морфологические особенности иммунных образований органов дыхания при воздействии иммуностимуляторов /М.В.Оганесян //Морфологические ведомости. 2002. - № 1-2. С. 30-31.

4.Касымова, Г.Г. Морфологические особенности тимуса при гелиотри-новом гепатите в условиях введения иммуностимуляторов /Г.Г.Касымова, К.Р.Тухтаев //Морфология. 2001 - Т. 120, № 6. - С. 42-47.

5.Акцидентальная инволюция тимуса после спленэктомии (иммуноги-стологическое исследование) /Г.Ю.Стручко и др. //Морфология. 2001. - Т. 120, № 5. - С. 65-70.

6.Хаитов, Р.М. Иммуномодуляторы: механизм действия и клиническое прмиенение /Р.М.Хаитов, Б.В.Пинегин //Иммунология. 2003. - № 4. - С. 196-202.

7.Кормилина Н.В. Морфофункциональная характеристика органов иммуногенеза при действии ксеноспленоперфузата (морфо-экспериментальное исследования). Автореферат дисс. Конд. Биол. Наук, Ифеевск, 22 стр. 2004.

8. О.Д.Мяделец. Гистология, цитология и эмбриология человека (Частная гистология, учебник), Витебск 2016, № 2, стр. 349-351.

9. М.И. Зассеева. Изменения гистологической структуры тимуса мыши и митотической активности тимоцитов в ходе акцидентальной трансформации и иммунного ответа, Автореферат дисс.на соиск. канд. биол.наук. Санкт-Петербург, 2016, 19 стр.

10. И.В. Бобрышева. Морфологические особенности тимуса крыс периода выраженных старческих измененений при иммуносупрессии, вызванной введением циклофосфамида (Медико-биологические науки). Ульяновский медико-биологический журнал № 2, 2016, стр.125-127

11. А. Мищенко, И. М. Петрова, С. Ю. Медведева. Общая Гистология (Учебно-методическое пособие) Екатеринбург. 2017, стр. 20-25

12. В.И. Павленко, И.Ю. Саяпина. Клетки и органы иммунной системы (Учебное пособие), Благовещенск. 2018, стр.12-16

13. Т.И. Кузнецова, Е.В. Слесарева. Методические рекомендации для организации самостоятельной работы студентов по дисциплине «Гистология, эмбриология, цитология», Ульяновск, 2019, 30-31 стр.

14. А.А. Пасюк. Особенности динамики развития тимуса человека и белой крысы в пренатальном онтогенезе. Актуальные проблемы гистологии, цитологии и эмбриологии

(Материалы научно-практической конференции, посвященной 60-летию организации кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии ГрГМУ), 22 июня 2018 г. Гродно стр. 109-112.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Феруза Хусановна АЗИЗОВА
д.м.н., зав. кафедрой гистологии и медицинской биологии
Ташкентской медицинской академии,
электронная почта – afh1965@ mail.ru;
Азиза Нигматуллаевна ОТАЖАНОВА
ст. преподаватель кафедры гистологии и медицинской биологии
Ташкентской медицинской академии, PhD,
электронная почта - aotajonova@mail.ru;
Сурайё Хабибуллаевна ИШАНДЖАНОВА
ст. преподаватель кафедры гистологии и медицинской биологии
Ташкентской медицинской академии,
электронная почта –surayeturaeva@mail.ru,
Зулфия Хосиловна УМАРОВА
ассистент кафедры гистологии и медицинской биологии
Ташкентской медицинской академии,
электронная почта – http://zulfiyau71gmail.com;
Нигора Бурхановна УТЕПОВА
ассистент кафедры гистологии и медицинской биологии
Ташкентской медицинской академии,
электронная почта- utepovanigora199115@mail.com,

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА Т- ЗАВИСИМЫХ ЗОН ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ИНТОКСИКАЦИЯХ

For citation: F.Kh. Azizova, A.N.Otazhanova, S.Kh. Ishanjanova, Z.Kh. Umarova, N.B. Utepova MORPHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF T-DEPENDENT ZONES OF THE ORGANS OF THE IMMUNE SYSTEM IN CHRONIC INTOXICATION Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.133-138

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-101

АННОТАЦИЯ

Эксперименты ставили на белых крысах - самцах массой 150-170 г. Первой опытной группе животных ежедневно внутрижелудочно вводили маврик (2,8 мг/кг) в течение 30 суток. Вторая опытная группа животных получала гелиотрин (5 мг/кг) по схеме. Контрольной группе животных вводили стерильный физиологический раствор. Селезенку и мезентеральные лимфатические узлы исследовали с использованием морфометрических и электронно-микроскопических методов.

В динамике хронической интоксикации отмечалось супрессивное действие ксенобиотиков (гелиотрин и фозалон) на Т-зависимые зоны органов иммуногенеза, которое проявляется в виде усиления деструктивных процессов при снижении пула пролиферирующих клеток.

Выводы: хроническая интоксикация приводит к нарушениям процессов иммуногенеза в организме, одним из проявлений которых, является структурно-функциональные изменения Т-зависимых зон периферических органов иммуннитета.

Ключевые слова: гелиотрин, маврик, хроническая интоксикация, органы иммуногенеза, селезенка, лимфатические узлы.

Feruza Xusanovna AZIZOVA
Toshkent tibbiyot akademiyasi gistologiya va tibbiy biologiya kafedrasi mudiri, tibbiyot fanlari doktori,
elektron pochta - afh1965 @ mail.ru;
Aziza Nigmatullaevna OTAZHANOVA
Toshkent tibbiyot akademiyasi gistologiya va tibbiy biologiya kafedrasi katta o'qituvchisi, PhD,
elektron pochta - aotajonova@mail.ru;
Surayo Xabibullaevna ISHANJANOVA
Toshkent tibbiyot akademiyasi, gistologiya va tibbiy biologiya kafedrasi katta o'qituvchisi,
elektron pochta - surayeturaeva@mail.ru,
Zulfiya Xosilovna UMAROVA
Toshkent tibbiyot akademiyasi gistologiya va tibbiy biologiya kafedrasi assistenti,
elektron pochta - http://zulfiyau71gmail.com;
Nigora Burhonovna UTEPOVA
Toshkent tibbiyot akademiyasi gistologiya va tibbiy biologiya kafedrasi assistenti,
elektron pochta- utepovanigora199115@mail.com,

SURUNKALI INTOKTSIKASIYALARDA IMMUN A'ZOLAR T-GA TO'BE SOHALARINING MORFOLOGOK TAVSIFI

ANNOTATSIYA

Tajribalar og'irligi 150-170 g bo'lgan oq oq kalamushlarda o'tkazildi.Hayvonlarning birinchi tajriba guruhiga har kuni intraagastral ravishda Maurik (2,8 mg / kg) 30 kun davomida yuborildi. Hayvonlarning ikkinchi tajriba guruhi sxema bo'yicha geliotrin (5 mg / kg) oldi. Hayvonlarning nazorat guruhiga steril fiziologik eritma yuborildi. Dalak va mezenterial limfa tugunlari morfometrik va elektron mikroskopik usullar yordamida tekshirildi. Surunkali intoksikatsiya dinamikasida ksenobiotiklarning (geliotrin va fozalon) immunogenez organlarining T ga bog'liq zonalariga ta'sirchan ta'sirchanligi qayd etildi, bu proliferatsiya havzasining pasayishi bilan vayron qiluvchi jarayonlarning ko'payishi sifatida namoyon bo'ladi. hujayralar.

Xulosa: surunkali intoksikatsiya tanadagi immunogenez jarayonlarining buzilishiga olib keladi, ularning namoyon bo'lishlaridan biri immunitetning periferik organlarining T ga bog'liq zonalaridagi tarkibiy va funktsional o'zgarishlardir.

Kalit so'zlar: geliotrin, maurikus, surunkali intoksikatsiya, immunogenez organlari, taloq, limfa tugunlari.

Feruza Khusanovna AZIZOVA
Head department of Histology and Medical Biology, Tashkent Medical Academy, Doctor of Medical Sciences,
e-mail - afh1965 @ mail.ru;
Aziza Nigmatullaevna OTAZHANOVA
Senior lecturer, Department of Histology and Medical Biology, Tashkent Medical Academy, PhD,

e-mail - aotajonova@mail.ru;
Surayo Khabibullaevna ISHANJANOVA
Senior lecturer, Department of Histology and Medical Biology,
Tashkent Medical Academy, PhD,
e-mail –surayeturaeva@mail.ru, .
Zulfiya Khosilovna UMAROVA
Assistant, Department of Histology and Medical Biology of the
Tashkent Medical Academy,
e-mail – zulfiyau71gmail.com;
Nigora Burkhanovna UTEPOVA
Assistant, Department of Histology and Medical
Biology of the Tashkent Medical Academy,
e-mail- utepovanigora199115@mail.com,

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF T-DEPENDENT ZONES OF THE ORGANS OF THE IMMUNE SYSTEM IN CHRONIC INTOXICATION

ANNOTATION

The experiments were carried out on male white rats weighing 150-170 g. The first experimental group of animals was daily intragastrically injected with Mauric (2.8 mg / kg) for 30 days. The second experimental group of animals received heliotrin (5 mg / kg) according to the scheme. The control group of animals was injected with sterile saline. The spleen and mesenteric lymph nodes were examined using morphometric and electron microscopic methods.In the dynamics of chronic intoxication, a suppressive effect of xenobiotics (heliotrin and fosalon) on the T-dependent zones of the organs of immunogenesis was noted, which manifests itself as an increase in destructive processes with a decrease in the pool of proliferating cells.

Chronic intoxication leads to disturbances in the processes of immunogenesis in the body, one of the manifestations of which is structural and functional changes in the T-dependent zones of the peripheral organs of immunity.

Key words: heliotrin, mauricus, chronic intoxication, organs of immunogenesis, spleen, lymph nodes.

Актуальность. Изучение влияния ксенобиотиков на иммунный гомеостаз является одной из наиболее актуальных проблем токсикологии. Это обусловлено, во-первых, колоссальным загрязнением окружающей среды различными соединениями, извращающими иммунные реакции и вызывающими связанные с нарушением иммунного статуса различные заболевания; во-вторых, с необходимостью коррекции нарушений иммунного гомеостаза как в случае хронических интоксикаций, так и при отравлениях, авариях на химических предприятиях, несчастных случаях на производстве, в быту [4].

Следует отметить и возможность модификации токсичных соединений, в результате чего они приобретают свойства антигена. Возможно также образование антител к комплексу токсикант – антиген. Различные гепатотропные токсины, в том числе ксенобиотики, оказывают отрицательное влияние на Т-систему иммунитета [2,3,4,5,6,9,10]. Однако, структурные механизмы нарушений Т-клеточного звена иммунитета при этом до настоящего времени остаются не выясненными.

Цель и задачи. Мы проводили сравнительное изучение морфометрических и ультраструктурных особенностей Т-зависимых зон лимфатических узлов и селезенки при хроническом отравлении гелиотрином и пестицидами.

Результаты. Установлено, что использованные ксенобиотики неодинаково влияют на структурно-функциональное состояние периферических органов иммуногенеза. Иммуноморфологические перестройки касались преимущественно Т-зависимых зон органов

– паракортикальных зон лимфатических узлов и периартериальных зон белой пульпы селезенки.

При отравлении гелиотрином отмечалось умеренное снижение площади паракортикальной зоны (20,4±1,0 при контроле 28±1,4×10^6 мкм^2). Площадь периартериальной зоны существенно не изменялась (Р <0,05). При интоксикации мавриком выявлено достоверное снижение площадей Т-зависимых зон как селезенки, так и лимфатических узлов (Р <0,05). Изучение плотности распределения клеток на единицу площади Т-зависимых зон органов показало, что хроническое отравление мавриком приводит к максимально выраженному снижению числа клеток (табл. 1, 2). При этом общее количество клеток в Т-зависимых зонах селезенки и лимфатических узлов уменьшается почти в 2 раза. Гелиотрин способствует умеренному, но достоверному снижению числа клеток Т-зависимых зон обоих органов (Р <0,05).

Таблица 1

Клеточный состав Т-зависимых зон лимфатических узлов при хронических интоксикациях (M±m, на ед. площади)

Клетки	Контроль	Гелиотрин	Маврик
Лимфобласты и пролимфоциты	131*±10 1,8	145*±10 4,8	41±2,1 10
Средние лимфоциты	165±13 38	122*±5,0 134,1	275*±15 12
Малые лимфоциты	2572*±160 49,9	1379±87 34,7	108*±82 54,7
Макрофаги	19±0,6 49,9	187*±10 5,1	115*±6 4,9
Плазмоциты	52*±0,3 0,1	116±3 2,9	47±2,2 3,2
Ретикулярные клетки	49±21 7,9	321*±19 8,9	304*±18 15,3
Деструктивные клетки	0 0	179*±8 7,1	210*±13 9,9
Всего клеток	2988±110 100	2449±146 100	1110±99 100

Примечание. Здесь и в табл.2 в числителе – абсолютное число клеток, в знаменателе – их процентное содержание.

*- Различия достоверны по сравнению с контролем.

Анализ клеточного состава показал, что при интоксикации мавриком наиболее существенно снижалось число лимфоцитов, особенно их пролиферирующих форм. Одновременно возрастало содержание клеток системы мононуклеарных - фагоцитов – моноцитов и макрофагов. Отравление гелиотрином приводило к умеренному уменьшению числа средних и малых лимфоцитов, выраженному повышению содержания клеток макрофагального ряда.

Следует отметить, что гелиотриновая интоксикация сопровождалась максимальной плазмацитарной реакцией Т-зависимых зон обоих органов. Воздействие мавриком характеризовалась значительным снижением числа лимфоцитов (Р <0,05) и повышением количества деструктивных клеток.

Высокая степень деструкции подтверждалась и при электронно-микроскопическом исследовании. В лимфоцитах выявлены вакуолизация и лизис цитоплазмы, пикноз ядра и явления кариолизиса. Установлена высокая функциональная активность макрофагов, в цитоплазме которых обнаруживались остатки фагоцитированных деструктивных клеток.

Клеточный состав Т-зависимых зон селезенка при хронических интоксикациях (M±m, на ед. площади)

Таблица 2

Клетки	Контроль	Гелиотрин	Маврик
Лимфобласты и пролимфоциты	49±3,2 3,2	45±2,0 2,9	22±0,8 2,8
Средние лимфоциты	301*±17 22	199*±14 26,1	49*±4,1 10,7
Малые лимфоциты	563*±26 59,7	455*±22 41,2	203*±19 41,7
Моноциты	21±1,2 1,4	33±1,8 2,8	59±3,5 3,2
Макрофаги	19*±0,6 0,8	51*±2,6 4,7	31±4,6 5,0
Плазмоциты	25±1,8 2,1	35±3,4 4,9	19*±1,0 1,6
Ретикулярные клетки	249*±16 19,5	165*±8,2 15,8	164*±5,5 27,7
Деструктивные клетки	0 0	19±0,8 1,5	12±1,5 2,2
Всего клеток	1227±65 100	1002±52 100	559±31 100

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют, что ксенобиотики оказывают супрессивное действие на Т-зависимые зоны органов иммуногенеза, которое проявляется в виде усиления деструктивных процессов при снижении пула пролиферирующих клеток. Действие их может быть обусловлено как непосредственным токсическим эффектом препаратов на клетки лимфоидного ряда, так и опосредовано через нарушение регуляторных механизмов иммуногенеза [4,7,9,10,11,12,13,14]. В пользу последнего свидетельствует тот факт, что хроническая интоксикация гелиотрином сопровождается существенными структурно-функциональными изменениями центрального органа иммунной системы – тимуса [6]. Это обуславливает целесообразность использования тимических пептидов для коррекции иммуноморфологических изменений при хронических отравлениях [8].

Литература

1. Абдуллаев Н.Х, Каримов Х.Я. Печень при интоксикации гепатотропными ядами. // Ташкент. -1989.-140 с.
2. Азизова Ф.Х., Ишанджанова С.Х., Расулов К.И., Мадаминова Ф.А. Структурные особенности постнатального становления иммунной системы тонкой кишки крыс в условиях внутриутробного воздействия пестицидов //Журнал “Морфология”. 2014. 145, № 3. С. 11.
3. Азизова Ф.Х., Отажанова А.Н., Ишанджанова С.Х. Структурные особенности реакции иммунной системы тонкой кишки на антигенное воздействие в различные периоды постнатального онтогенеза. II Международная научно-практическая конференция. Современная биология: Актуальные вопросы. - 2014.- С.11.
4. Забродский П.Ф., Мандыч В.Г. Иммунотоксикология ксенобиотиков – Монография. СВИБХБ, 2007. - 420 с.
5. Маматназарова М.Ф. Структурные особенности реакции селезенки при воздействии пестицидов и некоторые пути ее коррекции Автореф. дис. канд. мед. наук, 2-й Ташк. мед. ин-т, 2002. - 22с.

6. Рахматова М.Х. Структурно-функциональные основы реакции тимуса при экспериментальном хроническом токсическом гепатите и некоторые пути ее коррекции: Автореф. дис…канд. мед. наук. - Ташкент,1998. -18с.
7. Шералиев А. Влияние ксенобиотиков (пестициды) на иммунную систему человека и животных. Научный вестник, НамГУ 2019. -№10.
8. Отажанова А.Н. Структурно – функциональные особенности пейеровых бляшек при хроническом токсическом гепатите и иммунокоррекции: Автореф. дис…доктора философии по медицине. - Ташкент, 2020. -18с.
9. Corsini E, Liesivuori J, Vergieva T. Effects of pesticide exposure on the human immune system Human and experimental toxicology. Vol 27. Issue 9, 2008.
10. Díaz-Resendiz K. J. G., Toledo-Ibarra G. A. and Girón-Pérez M. I. Modulation of Immune Response by Organophosphorus Pesticides: Fishes as a Potential Model in Immunotoxicology //Journal of Immunology research.Vol. 2015.
11. Gun-Hwi, Lee Kyung-Chul Choi. Adverse effects of pesticides on the functions of immune system Comparative Biochemistry and Physiology Part C: Toxicology & Pharmacology/ Volume 235, September 2020, 108789.
12. Silvia Gangemi, Eliza Gofita, Chiara Costa, Michele Teodoro, Giusi Briguglio, Dragana Nikitovic, George Tzanakakis, Aristides M. Tsatsakis, Martin F. Wilks, Demetrios A. Spandidos, and Concettina Fenga. Occupational and environmental exposure to pesticides and cytokine pathways in chronic diseases (Review). Occupational and environmental exposure to pesticides and cytokine pathways in chronic diseases (Review) International journal of molecular medicine // Int J Mol Med. 2016 Oct; 38(4): 1012–1020.
13. Soraya Aroonvilairat 1, Wannapa Kespichayawattana 1, Thiwaree Sornprachum 1, Papada Chaisuriya 1, Taweeratana Siwadune 2 and Kavi Ratanabanangkoon. Effect of Pesticide Exposure on Immunological, Hematological and Biochemical Parameters in Thai Orchid Farmers— A Cross-Sectional Study// Int. J. Environ. Res. Public Health 2015, 12, 5846-5861.
14. Wali Muhammad, Ijaz Ahmad, Hassan Tariq Bhatti, Muhammad Zubair. Linking pesticide exposure with covid-19 among agricultural professionals in perspectives of immunity and safety: a review. //Home > Vol. 4, N2 (2020).
15. Zokirova N. B., Otajonova A. N., Effect of Prolonged Exposure of Low Doses of Fipronil on Thyroid Function of Pregnant Rats and Their Offspring. // The Internet Journal of Toxicology. – 2013. – Vol. 10. - N. 1. www.ispub.com /IJTO/10/1/14550.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Феруза Хусановна АЗИЗОВА
Зав. кафедрой гистологии и медицинской биологии
Ташкентской медицинской академии, д.м.н.,
электронная почта – afh1965@ mail.ru;
Мохигул Турдиалиевна ЮЛДАШЕВА
Зав. кафедрой гистологии и патологической анатомии
Ферганского медицинского института общественного здоровья, Ph.D.,
электронная почта – moxigul.yuldasheva.75@bk.ru;
Покиза Хусановна АЗИЗОВА
Доцент кафедры внутренних болезней №2
Ташкентской медицинской академии, к.м.н.,
электронная почта – azizova1970@ mail.ru

ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ТИМУСА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ В ПРЕПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА

For citation: Feruza Khusanovna Azizova, Mohigul Turdialievna Yuldasheva, Pokiza Husanovna Azizova STUDY OF MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC CHANGES OF THE THYMUS IN EXPERIMENTAL HYPOTHYROIDISM IN THE PREPUBERTAL PERIOD OF ONTOGENESIS Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.139-145

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-102

АННОТАЦИЯ

У белых беспородных крыс-самцов массой тела 70-80 г кратковременный и длительный гипотиреоз вызывали путём введения различных доз мерказолила. Ткань тимуса изучали морфологическими, морфометрическими, электронномикроскопическими и статистическими методами исследования.

Установлено, что гипотиреоз, развивающийся в препубертатном периоде, приводит к гипоплазии тимуса, снижает пролиферативные процессы в органе и усиливает деструкцию тимоцитов, степень которых зависит от длительности подавления деятельности щитовидной железы.

Ключевые слова: гипотиреоз, тиреоидные гормоны, тимус, пролиферация, деструкция.

Feruza Husanovna AZIZOVA
Toshkent tibbiyot akademiyasi gistologiya va tibbiy
biologiya kafedrasi mudiri, tibbiyot fanlari doktori,
elektron pochta - afh1965 @ mail.ru;
Mohigul Turdialievna YULDASHEVA
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

gistologiya va patologik anatomiya kafedrasi mudiri, Ph.D,
elektron pochta–moxigul.yuldasheva.75@bk.ru
Pokiza Husanovna AZIZOVA
Toshkent tibbiyot akademiyasi 2-son ichki kasalliklar
kafedrasi dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi,
elektron pochta – azizova1970@ mail.ru

ONTOGENEZNING PREPUBERTAT DAVRIDA EKSPERIMETAL GIPOTEREOZDA TIMUSDAGI MORFOLOGIK VA MORFOMETRIK O`ZGARISHLARNI O'RGANISH

ANNOTATSIYA

Vazni 70-80 g bo'lgan oq naslsiz kalamush bolalariga turli dozada merkazolil yuborilib, ularda qisqa muddatli va uzoq muddatli gipotireoz chaqirildi. Timus to'qimasi morfologik, morfometrik, elektronmikroskopik va statistik tekshiruv usullari yordamida o'rganildi.

Prepubertat davrda rivojlangan gipotireoz timusning gipoplaziyasi, a'zodagi proliferativ jarayonlarning susayishi va timotsitlar destruktsiyasining kuchayishiga olib kelishi hamda ularning qalqonsimon bez faoliyatini pasayishi muddatiga bevosita bog'liq ekanligi aniqlandi.

Kalit so'zlar: gipotireoz, tiroid gormonlar, timus, proliferatsiya, destruksiya

---

Feruza Khusanovna AZIZOVA
Head of Department of Histology and Medical Biology,
Tashkent Medical Academy, Doctor of Medical Sciences
e-mail - afh1965 @ mail.ru;
Mohigul Turdialievna YULDASHEVA
Head of the Department of Histology and Pathological Anatomy
of the Fergana Medical Institute of Public Health,
e-mail - moxigul.yuldasheva.75@bk.ru;
Pokiza Khusanovna AZIZOVA
Associate Professor of the Department of Internal
Diseases №2 of the Tashkent Medical Academy,
e-mail - azizova1970@ mail.ru

STUDY OF MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC CHANGES OF THE THYMUS IN EXPERIMENTAL HYPOTHYROIDISM IN THE PREPUBERTAL PERIOD OF ONTOGENESIS

ANNOTATION

In white outbred male rats weighing 70-80, short-term and long-term hypothyroidism was induced by the administration of doses of mercazolil. Thymus tissue was studied by morphological, morphometric, electron microscopic and statistical research methods.

It was found that hypothyroidism developing in prepubertal tumours leads to hypoplasia of the thymus, reduces proliferative processes in the organ and enhances the destruction of thymocytes, the degree of which depends on the duration of suppression of the thyroid gland.

Key words: hypothyroidism, thyroid gormones, thymus, proliferation, destruction

---

Актуальность. В научной литературе довольно достаточно освещены вопросы о тесной взаимосвязи между иммунной и эндокринной системами [1,5,8,9]. В этом аспекте взаимосвязь щитовидной железы с иммунной системой заслуживает особого внимания.

Экспериментальными исследованиями подтверждено, что тироидные гормоны щитовидной железы, а также тиреотропный гормон оказывают модулирующее влияние на иммунокомпетентные клетки, включая макрофаги, дендритные клетки и субпопуляции Т- и В-лимфоцитов [10,13,14]. Несмотря на то, что тимус является центральным органом иммунопоэза, его структурно-функциональное состояние при гипотиреозе практически не

изучено. Литературные сведения по этому вопросу отрывочные. В них освещены лишь нарушение секреторной функции тимуса у крыс после удаления щитовидной железы [2,6,7,9,11,12]. Нами ранее были указаны некоторые аспекты морфофункциональных изменений тимуса при экспериментальном гипотиреозе у крыс [3,4].

Чрезвычайная злободневность проблемы гипотиреоза для нашего региона, неопределенность и недостаточная изученность его отрицательных последствий на иммунную систему, в частности на тимус обусловливают высокую степень актуальности проведения дальнейших исследований в этом направлении.

Цель работы. Выявление морфологических особенностей тимуса у крыс при дефиците тироидных гормонов, вызванном в препубертатном возрасте.

Материалы и методы. Экспериментальный гипотиреоз моделировали у белых беспородных крыс-самцов массой тела 70-80г, достигших препубертатного возраста. Животных разделили на две группы. Крысята первой опытной группы вместе с пищей получали тиреостатик мерказолил в дозе 0,5% мг на 100г массы тела в течение 14 суток, далее в течение месяца они продолжали получать поддерживающую дозу мерказолила по 0,25 мг на 100 г массы тела (кратковременный гипотиреоз). Животные второй опытной группы получали мерказолил по той же схеме до половозрелого возраста (длительный гипотиреоз). Животные с аналогичной массой тела, получившие вместо мерказолила стерильный физиологический раствор на протяжении всего эксперимента, служили контролем. По окончании экспериментов контрольных и опытных животных забивали под легким эфирным наркозом путем декапитации. Определяли массу тимуса и тимический индекс (отношение массы тимуса к массе тела). Морфологические исследования проводили на срезах толщиной 5-7 мкм, окрашенных гематоксилином и эозином. Кроме того, на срезах тимуса морфометрическим методом определяли среднюю площадь долек, их корковых и мозговых зон, подсчитывали число митотически делящихся и деструктивных тимоцитов. Все цифровые данные обрабатывали методом вариационной статистики с использованием пакета компьютерных программ.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что морфологические изменения тимуса при экспериментальном гипотиреозе коррелировали с длительностью подавления функции щитовидной железы. Развитие гипотиреоза у опытных животных было доказано исследованием содержания тироидных гормонов в сыворотке крови. Наибольшее снижение уровня тироксина (T_4) и трийодтиронина (T_3) (более чем в 3 раза) отмечено у крыс с длительным гипотиреозом, а при кратковременном гипотиреозе наблюдалось относительно умеренное (в 1,6 раза) снижение содержания тироидных гормонов по сравнению с контролем.

Изучение весовых параметров тимуса показало, что как масса, так и индекс массы органа в обеих группах опытных крыс были достоверно ниже по сравнению с показателями контроля. При этом наибольшее уменьшение массы тимуса отмечалось в группе животных с длительным течением гипотиреоза.

Результаты морфометрических исследований площади различных зон тимуса приведены в таблице 1.

Таблица 1

Средняя площадь долек, площадь структурно-функциональных зон тимуса при экспериментальном гипотиреозе (M ± м, x 10^5 мкм^2)

Группа животных	Площадь				
	Общая площадь дольки	Корковая зона		Мозговая зона	
		Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
Контроль, (n=22)	21,5+0,6	15,9+0,2	74%	5,6+0,1	26%
Кратковременный гипотиреоз, (n=16)	19,7+0,3*	12,4+0,3*	63%	7,3+0,2	37%

Длительный гипотиреоз, (n=18)	18,5+0,5*	11,1+0,2*	60%	7,4+0,2	40%

Как видно из таблицы, что гипотиреоз способствовал к достоверному снижению средней площади долек тимуса, особенно у животных с длительным гипотиреозом на 14-15% от показателей контроля. При раздельном исследовании площадей различных структурно-функциональных зон выявлено, что гипотиреоз способствовал существенному снижению площади корковой зоны на 22-30% от контрольных значений, и напротив, площадь мозговой зоны по сравнению с контролем увеличивалась на 30-32%.

Как кратковременный, так и длительный гипотиреоз приводил к уменьшению плотности распределения клеток в различных структурно-функциональных зонах дольки тимуса (табл.2).

Таблица 2

Плотность распределения клеток в дольке тимуса при экспериментальном гипотиреозе (М ±м, х10^2 клеток на 10^5 мкм^2)

Группа животных	Зоны	
	Корковая зона	Мозговая зона
Контроль, (n=22)	19,3+0,26	9,8+018
Кратковременный гипотиреоз, (n=16)	17,6+0,33*	8,7+0,21*
Длительный гипотиреоз, (n=18)	16,4+0,25**	8,4+0,20*

Изменение плотности распределения клеток также зависела от длительности гипотиреоидизма. При кратковременном и длительном гипотиреозах плотность распределения клеток уменьшалась по сравнению с контролем в корковой зоне на 8,8-15,0%, а в мозговой – на 11,2-14,3% соответственно.

Нами установлено, что снижение концентрации гормонов щитовидной железы отрицательно влияет на пролиферативную активность тимоцитов, одновременно увеличивая степень деструкции клеток тимуса (табл.3)

Таблица 3

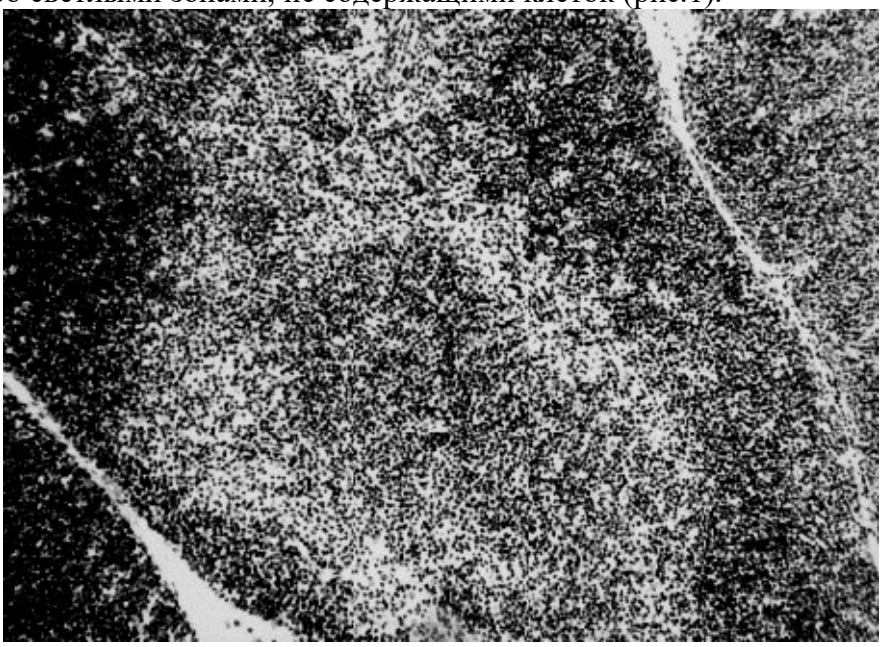
Количество митотически делящихся и деструктивных клеток тимуса при экспериментальном гипотиреозе, (М ±м на 10^3 клеток)

Группа животных	Клетки			
	Митотически делящиеся		Деструктивные	
	Корковая зона	Мозговая зона	Корковая зона	Мозговая зона
Контроль, (n=22)	52,8+1,5	10,2+1,3	16,5+1,2	4,8+0,3
Кратковременный гипотиреоз, (n=16)	43,4+1,3*	8,6+0,9	27,8+1,4*	8,7+0,5*
Длительный гипотиреоз, (n=18)	21,7+1,1*	5,4+1,2*	48,3+1,6*	10,5+0,9*

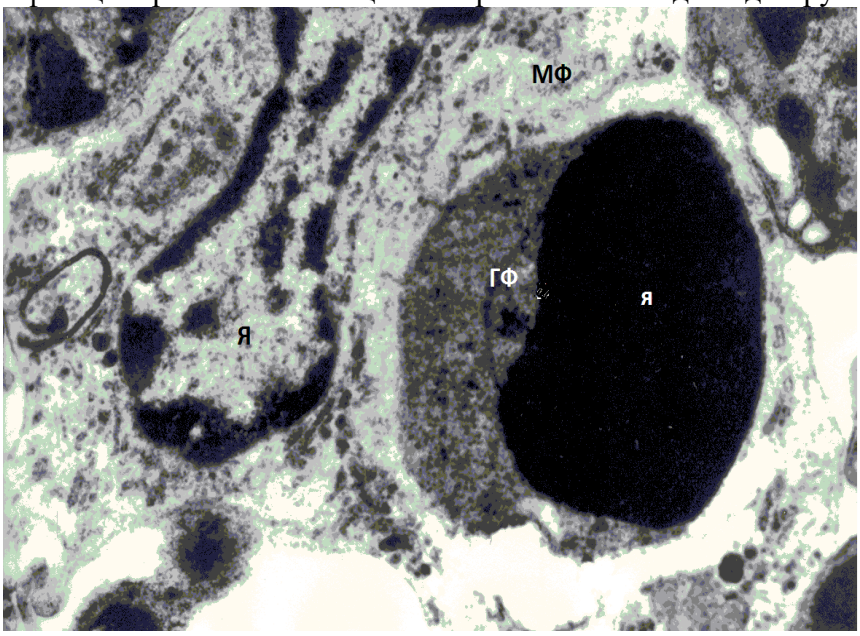
Как видно из таблицы, наибольшее снижение митотической активности клеток различных структурно-функциональных зон тимуса отмечалось при длительном гипотиреозе. Митотическая активность клеток у опытной групп животных в корковой и мозговой зонах долек тимуса соответственно составляла всего 41 и 53% от контроля. При кратковременном гипотиреоидизме снижение митотической активности клеток было не столь выражено и число пролиферирующих клеток при этом составляло 81-86% от контроля. Уменьшение пролиферативной активности клеток при гипотиреозе одновременно сопровождалось увеличением количества деструктивно изменённых клеток в различных зонах тимуса. Из

таблицы 3 видно, что наибольшее повышение степени деструкции наблюдалось в корковой зоне органа, которая при кратковременном и длительном гипотиреозах соответственно в 1,8 и 2,89 раза превышала показатели контроля. Аналогичным образом, но в несколько меньшей степени, отмечалось повышение степени деструкции клеток и в мозговой зоне.

Наиболее выраженные морфологические и субмикроскопические изменения тимуса имели место у крысят с длительным гипотиреозом. В большинстве долек корковая зона представлена в виде узкой полоски, где участки плотно расположенных тимоцитов чередовались со светлыми зонами, не содержащими клеток (рис.1).



В корковой зоне долек часто обнаруживались крупные светлые очаги, содержащие деструктивно измененные тимоциты. Гипотиреоз, особенно длительный, сопровождался существенными ультраструктурными изменениями тимоцитов и клеток тимического микроокружения. Среди клеток часто выявлялись тимоциты с признаками лизиса цитоплазмы и пикноза ядер. Макрофаги тимуса характеризовались крупными размерами, в их цитоплазме обнаруживались фагоцитированные тимоциты на различных стадиях деструкции (рис.2)



Все это свидетельствовало о том, что в условиях дефицита гормонов щитовидной железы происходит усиление степени гибели и деструкции тимоцитов, которые интенсивно поглощаются макрофагами.

Таким образом, проведенные исследования показали прямую зависимость постнатального роста тимуса от функционального состояния щитовидной железы. Нами выявлено, что продолжительность гипотиреоза чем больше, тем глубже проявляются морфологические и морфометрические изменения в тимусе. Состояние тимуса в условиях нарушения функции щитовидной железы изучено недостаточно. В работах украинских авторов показано, что удаление щитовидной железы сопровождается угнетением секреторной деятельности тимуса в плане выработки тимических гормонов [4]. Известно, что эти гормоны являются основными регуляторами процесса пролиферации и дифференцировки Т-лимфоцитов и их субпопуляций [5]. Из наших данных видно, что кратковременный гипотиреоз - в меньшей, а длительный гипотиреоз – в большей степени приводят к уменьшению пролиферативной активности тимоцитов. При этом степень деструкции внутри тимуса значительно возрастает. Это, в свою очередь, способствует гипоплазии тимуса в виде уменьшения его массы и показателей площадей различных зон долек тимуса. Развитие преждевременной инволюции тимуса можно объяснить дефицитом тиреоидных гормонов, оказывающих регулирующее влияние на синтез и секрецию тимических пептидов. Не исключено, что в патогенезе структурно-функциональных нарушений тимуса в условиях гипотиреоза важную роль играют тиреотропный и соматотропный гормоны аденогипофиза, а также тиреолиберины, вырабатываемые гипоталамусом. Отсюда следует, что для обеспечения естественного становления и функционирования тимуса необходимо наличие нормального уровня гормонов щитовидной железы.

Выводы

1. Гипотиреоз, развивающийся в препубертатном периоде, приводит к гипоплазии тимуса, степень которой зависит от длительности гипотиреоидного состояния.
2. Угнетение деятельности щитовидной железы снижает пролиферативные процессы в тимусе и усиливает деструкцию тимоцитов, что влечет за собой нарушение процессов Т-лимфоцитопоэза в организме.

Литература:

1. Болотская Л.А., Марсова Т.П. Клинико-иммунологическая характеристика больных аутоиммунным тиреоидитом //Иммунология -2002. - Т.23.№1 - С.175-177.
2. Тухтаев К.Р., Абдурахманов М., Тухтаев Н.К. Влияние иммуномодулина на структурно-функциональное состояние органов иммунной и эндокринной систем в условиях хронического токсического гепатита//Экспериментальная и клиническая фармакология. - 1999. - №6. - С.66-68.
3. Юлдашева М.Т. Гормональный фон тимуса при экспериментальном гипотиреозе, вызванном в препубертатном периоде // Вестник врача (Самарканд). - 2014. - №2. - С. 245-246.
4. Юлдашева М.Т. Структурные изменения в тимусе при экспериментальном ингибировании функции щитовидной железы. // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2015. - №4. - С. 274-275.
5. Юрчинский В.Я., Морева Л.А. Сравнительно морфологическое изучение количественных соотношений лимфоцитов разных стадий зрелости в тимусе неполовозрелых позвоночных // Медицинская иммунология. - 2017. – Том 19, №6. - С. 715-719.
6. Юрчинский В.Я., Ерофеева Л.М. Роль лимфоидного компонента в формировании ключевых макро-и микроморфологических характеристик тимуса позвоночных животных и человека // Иммунология. - 2014. - №3. - С. 134-138.
7. Яглова Н.В., Яглов В.В. Цитофизиологические изменения фолликулярного эпителия щитовидной железы при длительном воздействии низких доз дихлордифенилтрихлорэтана // Бюлл.экспер.биол.мед. - 2016. – Том 162, №11. - С. 660-664.

8. Яглова Н. В., Яглов В. В., Тимохина Е. П., Назимова С. В., Обернихин С. С. Изменения апоптоза и пролиферации тимоцитов крыс при хроническом воздействии низких доз дихлодифенилтрихлорэтана // Современные технологии в медицине. - 2017. – Том 9, №1. С. 62-67.
9. Bendyug G.D., GrinevichYu.A., Khranovskaya N.N. The state of the immune system in thyreoidectomized rats// Bull Exp.Biol Med.-2003.-V.135.-N2.-P.154-157.
10. Bilal M. Y., Dambaeva S., Kwak-Kim J., et al. A Role for Iodide and Thyroglobulin in Modulating the Function of Human Immune Cells // Front Immunol. - 2017. – Vol. 15, №8. - P. 1573.
11. Bobro L.I., GrinevichYu.A., Bendiug G.D. Changes in immunogenesis organs after thyroidectomy and hormonal correction in an experiment//Arkh Patol.-2002.-V.64.-N5.-P. 45-51.
12. GrinevichYu.A. Bendiug G.D. Endokrine function of the thymus in experimental hypothyroidism //FiziolZh .-2002.V.48.-N5.-P.34-38.
13. Jaeger M, Sloot YJE, Horst RT, Chu X, Koenen HJPM et al. Thyrotrophin and thyroxine support immune homeostasis in humans// Immunology. 2021.-163(2)-P.155-168
14. Jara E.L., Muñoz-Durango N., lanos C.L., Fardella C., González P.A.et al. Modulating the function of the immune system by thyroid hormones and thyrotropin// Immunol Lett. 2017. - Vol.184. – P.76-83.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

OTORHINOLARYNGOLOGY

Nargiza Orziyevna HAMRAKULOVA
Nilufar Jurakulovna XUSHVAKOVA
Otabek Kulmamatovich JONUZOKOV
Samarqand davlat tibbiyot instituti

TIMPANOPLASTIKADAN SO'NG YIRINGLI O'RTA OTIT KOMPLEKS TERAPIYASIGA QON TOMIR ORQALI LAZER NURLANISHINI KIRITISH SAMARADORLIGINI BAXOLASH

For citation: N.O. Hamrakulova, N.J. Xushvakova, O.K. Jonuzokov EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE INTRODUCTION OF LASER RADIATION THROUGH A BLOOD VESSEL INTO PURULENT MIDDLE OTITIS MEDIA THERAPY AFTER TYMPANOPLASTY Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 146-151

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-103

ANNOTASIYA

Hozirgi kunda surunkali yiringli o'rta otitni davolashning eng samarali yuli timpanoplastika jarrohlik usulidir. Klinikamizda timpanoplastika samaradorligini oshirish uchun tomir ichiga lazer nurlani kiritish qo'llaniladi. Vena ichidagi qonni nurlantirish usuli yordamida operatsiyadan keyingi sohada qonni reparativ jarayonlarga, qonni lazer nurlanishi ta'sirida nog'ora pardaning mikrosirkulyatsiyasi oshishi o'rganildi.

Kalit so'zlar: yiringli o'rta otit, timpanoplastika, vena qon tomirlarini lazer yordamida nurlantirish, gemostaz ko'rsatkichlari, kasallik faoliyati.

Наргиза Орзиевна ХАМРАКУЛОВА
Нилуфар Журакуловна ХУШВАКОВА
Отабек Кулмаматович ЖОНУЗОКОВ
Самаркандский государственный медицинский институт

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ПОСЛЕ ТИМПАНОПЛАСТИКИ

АННОТАЦИЯ

В настоящее время наиболее эффективным методом лечения хронического гнойного среднего отита является хирургическая тимпанопластика. В нашей клинике для повышения эффективности тимпанопластики используется внутривенное лазерное облучение. Методом внутривенного облучения крови изучалось влияние крови на репаративные процессы в

послеоперационной области, усиление микроциркуляции барабанной перепонки под воздействием лазерного излучения крови.

Ключевые слова: гнойный средний отит, тимпанопластика, лазерное облучение венозных сосудов, показатели гемостаза, активность заболевания

Nargiza Orziyevna HAMRAKULOVA
Nilufar Jurakulovna XUSHVAKOVA
Otabek Kulmamatovich JONUZOKOV
Samarkand State Medical Institute

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE INTRODUCTION OF LASER RADIATION THROUGH A BLOOD VESSEL INTO PURULENT MIDDLE OTITIS MEDIA THERAPY AFTER TYMPANOPLASTY

ANNOTATION

Currently, the most effective method of treating chronic purulent middle otitis is tympanoplasty surgery. In our clinic, the introduction of laser radiation into the vein is used to improve the effectiveness of tympanoplasty. With the help of the method of irradiation of blood in the vein to the reparative processes of blood in the postoperative area, the increase in microcirculation of the mucous membrane under the influence of laser irradiation of blood was studied.

Keywords: purulent middle otitis, tympanoplasty, laser irradiation of venous blood vessels, hemostasis indicators, disease activity.

O'rta quloqning surunkali yallig'lanish kasalliklari otorinolaringologiyada sohasida muhim o'rinlardan birini egallaydi va tibbiyotdan tashqarida ham katta ijtimoiy ahamiyatga ega. Buning sababi shundaki, bu kasalliklar nafaqat LOR a'zolarining surunkali kasalliklari orasida tez-tez uchraydi, balki eshitish qobiliyatini yo'qotish va miya ichi og'ir asoratlarning asosiy sabablaridan biri xisoblanadi. Hozirgi kunda surunkali yiringli o’rta otit tarqalishi yuqori bo'lib qolmoqda - har 1000 aholiga 13,7-20,9 kishi va kamayish tendentsiyasi kuzatilmayapti. Jiddiy darajadagi eshitish qobiliyatini yo'qotish sabablari orasida surunkali yiringli o’rta otit ulushi va ularning oqibatlari orasida – adgiziv o’rta otit 18,5% ni, eshitish qobiliyatini yaxshilashga yordam so'rab murojat qilgan aholi tarkibida esa 23-24% ni tashkil qiladi. [9].

Hozirgi vaqtda ushbu kasallikni jarrohlik yo'li bilan davolash eng samarali usul hisoblanadi: u nafaqat patologik sohani tiklashga hissa qo'shadi, balki ovoz o'tkazuvchi elementlarning tiklanishini, nog’ora bo’shlig’ini tiklanishini ham ta'minlaydi. Bu eshitish qobiliyatini yaxshilaydi va kasallikning qaytalanishini oldini oladi. Bugungi kunga kelib, turli xil tipdagi timpanoplastikani amalga oshirishda katta tajriba to'plangan. Biroq, nog’ora parda perforatsiyasining doimiy yopilishi har doim ham sodir bo'lmaydi.

Adabiyotga ko'ra, reperforatsiyaning paydo bo'lishi 7-57% hollarda kuzatiladi [6, 7]. Bu salbiy oqibatlarga olib keladigan holatlarni kamaytirishi mumkin bo'lgan bemorlarni boshqarishning zamonaviy usullarini izlashning dolzarbligini belgilaydi. Timpanoplastikadan so'ng neotimpanik membranani to'liq yoki qisman rad etishining sabablaridan biri bu jarrohlik aralashuv sohasidagi mikrosirkulyatsiyaning buzilishidir. Operatsiya sohasidagi kapillyar qon tomirlarining shikastlanishi va natijada ularda refleksl spazmlar paydo bo’lishi natijasida transplantantni trofik innervatsiyasini buzadi, bu uning qisman yoki to'liq nekroziga olib kelishi mumkin. [3, 4].

Timpanoplastika samaradorligini oshirishning bir necha yo'li mavjud. Otoxerurglarning asosiy sa'y-harakatlari jarrohlik texnikasi, tamponada usullarini takomillashtirish va jarrohlik travmalarini minimallashtirishga qaratilgan. Asoratlarni oldini olishning yana bir yo'nalishi - operatsiyadan keyingi davrda reparativ jarayonlarga ta'sir qilish, loskutni biriktirish uchun yanada qulay sharoitlar yaratish, shu jumladan mikrosirkulyatsiya jarayonlarini normallashtirish xisoblanadi. Shu maqsadda ba'zi mualliflar mikrosirkulyatsion buzilishlarni bartaraf etishga qaratilgan tizimli vazoaktiv dorilar va nootrop dori vositalaridan foydalanishni taklif qilishadi [8]. Magnetoterapiya operatsiyadan keyingi hududga kam energiyali lazerlaroterapiya mahalliy darajada qo'llaniladi [1, 5].

Regeneratsiya jarayonlarini takomillashtirish uchun neotimpanik membrana reparativ jarayonlarni yaxshilaydigan turli xil materiallar bilan qoplash qo'llaniladi: xitosan, biosintezli yaralarni bog'lash [5, 7].

Eng samarali fizioterapiya usullaridan biri bu qon tomir orqali lazer nurlanishi xisoblanadi. Bu fizioterapiya ta'sirining kengligi tufayli, bugungi kunda ushbu usul bir qator kasalliklar va kasalliklarni davolashda qo'llaniladi.

Qon tomir orqali lazer nurlanishini kiritish terapiyasining mohiyati tomirga kiritilgan lazer nurini chiqaruvchi diod yordamida qon hujayralarida fotoenergiya ta'sirida stemullash xisoblanadi. Amaliyot jarayonida qon hujayralari lazer bilan ishlangan hududdan o'tib, ularning hayotiyligini, metabolizm faolligini oshiradigan va kislorod, transport, himoya va boshqa funktsiyalarini oshiradigan kuchli stemullovchi zaryad oladi.

Ushbu uslub tibbiyotning ko'plab sohalarida amalga oshiriladi, masalan, jarrohlikda - kuyishlarda, yaralarda, trofik yaralarni davolashni tezlashtirish uchun, qon tomir zararlanishlari bilan - flebit, arterit, sepsis, bakteremiya, virusemiyani oldini olish uchun keng qo'llaniladi. Qonni lazer bilan tozalash usuli an'anaviy davolash bilan birgalikda immunitet tanqisligini bartaraf etadigan, xolesterin miqdorini pasaytiradigan, qonning reologik xususiyatlarini oshiradigan va tiklanish vaqtini 2-3 baravar qisqartiradigan "mo'jizaviy davo" dir. Qon tomir orqali lazer nurlanishini kiritish - bu "Matriks" ilmiy-tadqiqot markazi va Davlat lazer tibbiyoti markazi bilan birgalikda ishlab chiqarilgan qurilmadir, yaqinda paydo bo'lgan o'ziga xos usul - "Matriks- qon tomir orqali lazer nurlanishini kiritish " lazer terapevtik apparati bir necha to'lqin uzunlikdagi nurlanish ta'sirini ta'minlaydi (0,36 dan to 9 mkm gacha) va 1 dan 35 mVt gacha bo'lgan quvvat, bu eng samarali davolash rejimlarini ta'minlaydi. Jarayon juda qulay va og'riqsiz tarzda amalga oshiriladi, bu esa uni 6 yoshdan boshlab bolalarda qullashga imkon beradi. Kurs 7-15 kunlik protseduralardan iborat, ammo birinchi muolajadan so'ng bemorlar uzlarida tuzalish jarayoni boshlanganligin seza boshlashadi. Davolash davomiyligi 4 oydan 6 oygacha davom etadi.

Tadqiqotning maqsadi. Surunkali yiringli o’rta otit kasalligi bilan kasallangan bemorlarda timpanoplastika operatsiyasidan keyin hayot sifatining ayrim ko'rsatkichlariga ILBI ta'sirini o'rganish.

Tekshirish usullari va materiallari. SAOMED xususiy klinikasida birinchi marta timpanoplastika o'tkazilayotgan bemorlarda qon tomir orqali lazer nurlanishini kiritish terapiyasini qo'llash bo'yicha tadqiqotlar o'tkazildi.

Tadqiqotda 5 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan 34 kishi ishtirok etdi. Nazorat guruhidagi bemorlar (n = 15) yallig'lanishga qarshi dorilarni qo'llagan holda standart dori terapiyasini, asosiy guruhdagi bemorlar (n = 19), asosiy davolanishdan tashqari, tomir ichiga lazer terapiyasi kursini olishdi. Vena ichiga yuboriladigan lazer terapiyasi kursi "Matriks- qon tomir orqali lazer nurlanishini kiritish" apparati yordamida utkazildi. "Matriks- qon tomir orqali lazer nurlanishini kiritish" apparati boshchasidan har kuni o'zgarib turadigan to'lqin uzunligi 635 nm lazer nuri chiqaradigan, quvvati bir martalik ishlatiladigan yorug'lik qo'llanmasi 1,5-2,0 mVt. - 15 daqiqa davomida va 365 nm to'lqin uzunligi bilan "Matriks- qon tomir orqali lazer nurlanishini kiritish" apparati -365 lazer boshchasi bilan- 5 daqiqa davomida tomir ichiga lezeroterapya uztkazildi. Jarayonlar har kuni 10 kun davomida amalga oshirildi.

Tekshiruvlar faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqtini (TPV), protrombin vaqtini (PTV), trombin vaqtini (TB-test), S oqsillari tizimining faolligini, antitrombin III ni o'z ichiga olgan. Terapiyaning dinamikasi va samaradorligi DAS28 indeksi yordamida baholandi.

SYO’O diagnostikasi klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvlar, shu jumladan shikoyatlar, anamnez, ob'ektiv ma'lumotlar, klinik va biokimyoviy qon analizlari va ko'rsatmalarga ko'ra chakka suyagi magnit-rezonansli kompyuter tomografiyasi asosida qo’yildi.

Hayot sifati umumiy so'rovnoma yordamida uchta kuzatuv punktida - qabul paytida, 2 haftadan keyin va 3 oydan keyin baholandi. So'rovnomaning 36 savoli 5 o'lchovga ko’ra tuzildi: jismoniy xolati, xayot faoliyati, tanadagi og'riq, umumiy sog'liq, muxitga moslashishi.

Olingan ma'lumotlar variatsiya statistikasi usuli bilan qayta ishlandi. Ular o'rtacha arifmetik (M), o'rtacha arifmetik o'rtacha xato (m) sifatida taqdim etiladi. Tafovutlarning ahamiyati Styudent testi yordamida baholandi: farqlar p <0.05 da muhim deb hisoblandi.

Natijalar va ularni muhokama qilish. SYO'Oda klinik ko'rinishlar turli xil xususiyatlarga ega bo'lishi mumkin (1-jadval). Davolash boshlanishidan oldin bemorlarda shikoyatlar: quloqdagi og'riq - 69,9%, quloqdan yiringli oqma - 52,6%, bosh aylanishi - 23,6%, nistagm - 4,2 % va quloqdagi shovqin - 54,7% ekanligi aniqlandi. Burun va burun yondosh bo'shliqlarining tez-tez yallig'lanishi SYO'O ni eng ko'p qo'zg'atuvchi omili ekanligi isbotlandi.

SYO'O bilan kasallangan bemorlarda klinik simptomlarning xususiyatlari

Klinik belgisi	**%**
Quloqdagi og'riq	69,9
Quloqdan yiringli oqma kelishi	52,6
Bosh aylanishi	23,6
Nistagm	4,2
Quloqdagi shovqin	54,7

Davolash paytida barcha bemorlar o'zlarining yaxshilashni va og'riq sindromining pasayishini, shuningdek bosh aylanishi, quloqdagi shovqin va nistagm kamayganligin xis etishdi (2-jadval). Nazorat guruhida og'riq sindromi 22,3 ± 1,7 kundan keyin, 21,4 ± 1,6 kundan keyin quloqdagi shovqin paydo bo'ldi. Biroq, ILBI qo'shilishi bilan konpleks terapiya olgan bemorlarda og'riq sindromi, bosh aylanishi, quloqdagi shovqin yengillashgan - klinik simptomlarni bartaraf etishning o'rtacha vaqti 7,2 = ± 2,1 kun (p <0,01), klinik simptomlarni bartaraf etish uchun o'rtacha vaqt 11,2 ± 1,8 kun (p <0,01).

SYO'O bo'lgan bemorlarni davolash paytida klinik simptomlarni bartaraf etishning o'rtacha muddati

Guruh simtomlar	**Nazorat guruhi (n=15)**	**Asosiy guruh (n=19)**
Og'riq sindromini yo'qotish vaqti, kunlar	22,3±1,7	7,2=±2,1 **
Quloqdagi shovqinni, bosh aylanishini yo'qotish vaqti, kunlar	21,4±1,6	11,2±1,8 **

** - nazorat guruhiga nisbatan p <0,01.

So'rovnomada o'lchovdagi yuqori ko'rsatkich hayot sifatining yaxshiroq ko'rsatkichiga mos keladi. Bemorlarning so'rovnomalarini tahlil qilish, SYO'O bilan kasallangan bemorlarning hayot sifatini asosiy va nazorat guruhlaridagi sog'lom guruh bilan taqqoslaganda, anketaning barcha 5 o'lchovida (3-jadval) - : jismoniy xolati (JX), xayot faoliyati (XF), tanadagi og'riq (TO), umumiy sog'liq (US), muxitga moslashishi (MM).

SYO'O bilan kasallangan bemorlarda so'rovnoma bo'yicha hayot ko'rsatkichlari dinamikasi
(ball)

So'rovnoma mezonlari	Sog'lom guruh	Kuzatish punktlari	Nazorat guruhi	Asosiy guruh
JX	83,3±1,9	1	28,1±5,6**	26,04±6,3**

		2	20,0±3,1	48,7±4,2*
		3	48,6±3,8	58,2±3,8**
XF	73,3±5,9	1	18,0±3,3**	31,2±2,6***
		2	29,4±4,5	52,6±1,9***
		3	39,9±3,5*	58,1±2,3***
TO	71,8±3,0	1	24,1±3,7***	25,4±6,4***
		2	27,5±4,7	48,3±5,8**
		3	25,8±4,6*	59,2±5,2***
US	60,8±4,9	1	29,2±5,6***	28,8,±3,6**
		2	40,2±5,8	49,7±5,8
		3	42,6±4,9	52,2±5,9*
MM	59,1±3,8	1	31,5±6,3**	31,6±4,1***
		2	32,4±9,7	63,7±7,7**
		3	38,8±6,4	59,6±6,2**
		3	47,3±6,5**	58,5±5,2***

Izoh: * - p <0,05; ** - p <0,01; *** - p <0.001 - sog'lom guruh bilan farqlar.
* - p <0,05; ** - p <0,01; *** - p <0.001 - 1-kuzatuv nuqtasi bilan farqlar.

Davolash boshlanganidan ikki hafta o'tgach, anketa ma'lumotlarini tahlil qilish, asosiy guruhdagi SYO'O bo'lgan bemorlarda ILBI fonida barcha parametrlarning sezilarli darajada yaxshilanganligini aniqladi, umumiy sog'liq (US) ko'rsatkichi bundan mustasno, bu kursatgich uch oydan keyin nomoyon buladi bo'ldi. Ushbu natijalar jismoniy faollikning ko'payishi, bemorlarning kundalik faoliyatining kengayishi, sog'liq va hayotiy faoliyatni baholashning ko'payishi, emotsional holat yaxshilanganligi va davolashdan so'ng depressiv, xavotirli xissiyotlar yo'qolganligini ko'rsatadi.

Operatsiyadan oldingi bosqichda biz respondentlarning javoblarining o'rtacha qiymatlari asosida bemorda tashvish va tashvish tug'diradigan eng dolzarb savollarni baholadik. Ular 1, 3, 4, 5-savollar bulindi. Ya'ni, bezovta qiluvchi omillar - aloqa muammosi, quloqdagi shovqin, quloqni suvdan ehtiyot qilish va dori-darmonlarni qabul qilish zarurati. Bosh aylanishi va quloqdagi noqulaylik hissi bemorlar uchun unchalik xavotirli emas. Sizga ma'lumki, SYO'O ning eng og'ir shakllari ko'pincha ushbu alomatlar bilan boshlanadi.

Nazorat guruhida davolanishdan so'ng, ijtimoiy funktsional miqyosda va uch oydan keyin jismoniy funktsional o'lchov o'lchovida va og'riq o'lchovida sezilarli o'zgarishlar qayd etildi.

Shunday qilib, qon tomir orqali tomir ichiga lazer nurlani yuborish kasallikning asosiy klinik alomatlarini yengillashtirishni tezlashtirishga, ressedevlar chastotasini kamaytirishga va SYO'O bilan kasallangan bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga yordam beradi.

Xulosa. Timpanoplastikadan so'ng SYO'O kompleks terapiyasiga qon tomir orqali lazer nurlanishini kiritish kasallikning faolligini pasayishiga va bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga yordam beradi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Абдуллаева Н.Н., Таджибаев Г.А. //Оптимизация лечения хронического ларингита с учетом этиологии и патогенеза // Stomatologiya. – 2014. - №1. – С. 70-72.

2. Абдуллаева Н.Н., Ходжаева К.А. Закирова Ш.А. //Иммунокорригирующая терапия при патологии ЛОР-органов // Медицинский журнал Узбекистана. – 2002. - №1. - С. 92-94.
3. Арифов С.С., Далиев А.Г. Показатели исходного вегетативного тонуса у детей с острым ларинготрахеитом // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2009. - №3. – С. 66-69.
4. Бакрадзе М.Д., Дарманян А.С., Таточенко В.К. Рациональная терапия крупа у детей//Вопросы современной педиатрии. — 2007. — Т. 6, № 5. — Р. 32-36.
5. Балаболкин И.И. Профилактика аллергических болезней у детей // В кн.: Аллергические болезни у детей /под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина. - М.: Медицина, 2011. - С. 319-324.
6. Ермаченко М.Ф. Особенности тактики терапии острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей в условиях реанимационного отделения // Здоровье детей Сибири. - 2010. - №1. - С. 47-50.
7. Медведева, Евгения Александровна // Клинико-патогенетическое значение метаболической активности микрофлоры ротоглотки и кишечника у детей с респираторными заболеваниями// Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва-2017. С.25-48
8. Орлова С.Н., Рывкин А.И., Побединская Н.С. Анализ эффективности комплексов лечебно-реабилитационных мероприятий у детей, страдающих рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом // Вестник Ивановской медицинской академии. 2016. № 21 (1). С. 45–49.
9. Самиева Г.У //Дисбиотические расстройства верхних дыхательных путей у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом// медицинские новости-2015 С.70-72.
10. Самиева Г.У //Современные методы лечения острого стенозирующего ларинготрахеита у детей // Молодой ученый -2014. №11 С.149-151.
11. Delany D.R., Johnston D.R. Role of direct laryngoscopy and bronchoscopy in recurrent croup // Otolaryngology– Head and Neck Surgery. 2015. Vol. 152. No. 1. P. 159–164.
12. Kim Y.I., Jung Y.H., Cho B.H., Kim J.R., Kim S.S., Son W.S., Park S.B. The assessment of the short- and long-term changes in the condylar position following sagittal split ramus osteotomy (SSRO) with rigid fixation // J. Oral Rehabilit. – 2010. - N37. – P.262–270.
13. Kokubo Y., Fukushima S., Sato J., Seto K. Arrangement of artificial teeth in the neutral zone after surgical reconstruction of the mandible : a clinical report // J Prosthet. Dent. – 2002. – Vol. 88, N 2. – P. 125–127.
14. Kotrikova B., Wirtz R., Krempien R. Piezosurgery: a new safe technique in cranial osteoplasty // Int. J.Oral Maxillofac. Surg. - 2006.- N35. -p.461-546.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Zebo Farxotovna SAFOEVA
Samarqand Davlat tibbiyot Instituti assistenti
E-mail: Safoeva90@gmail.com
Gulnoza Utkirovna SAMIEVA
Samarqand Davlat tibbiyot Instituti dotsenti
E-mail:samg83@rambler.ru
Sabina Zavkiyevna SATTAROVA
Samarqand Davlat tibbiyot Instituti assistenti

BOLALARDAGI QAYTALANUVCHI STENOZLI LARINGOTRAXEITNING YOSHIGA, ANAMNEZIGA VA NAFAS OLISH SISTEMASINING ALLERGOLOGIK HOLATIGA QARAB RIVOJLANISHI

For citation: Z.F. Safoeva, G.U. Samieva, S.Z. Sattarova THE DEVELOPMENT OF RECURRENT STENOSIS LARYNGOTRACHEITIS IN CHILDREN, DEPENDING ON THE AGE, ANAMNESIS AND ALLERGIC STATE OF THE RESPIRATORY SYSTEM Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 152-158

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-104

ANNOTATSIYA

O'tkir laringotraxeit muammolaridan biri nafaqat uning keng tarqalishi, balki bir qator asoratlarning rivojlanish ehtimoli yuqoriligi va o'lim xolatiga olib kelishi bilan bog'liq. Yana shuni aytish joizki o'tkir stenozli laringotraxeit qaytalanishga moyilligi bilan ham ajralib turadi.

Agar o'tkir birlamchi stenozli laringotraxeit yosh bolalarda - asosan 6 oydan 3 yilgacha rivojlansa, 4 oygacha bo'lgan bolalarda bu kasallik deyarli kuzatilmaydi. Bundan tashqari, so'ngi yillarda bolalarda laringotraxeitning takroriy epizodlarining ko'paishi tez-tez kuzatilmoqda, bu nafaqat nafas olish kasalligini murakkablashtiradi, balki hayotga xavf soluvchi ("yolg'on" krup) paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin.

Shu munosabat bilan, bolaning yoshiga, nafas olish va allergologik anamneziga qarab, qaytalanuvchi stenozli laringotraxeit (QSLT) shakllanishining o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish amaliy qiziqish uyg'otadi.

Зебо Фархотовна САФОЕВА
Самаркандский Государственный
медицинский институт, ассистент
E-mail: Safoeva90@gmail.com
Гулноза Уткуровна САМИЕВА
Самаркандский Государственный
медицинский институт,доцент
E-mail:samg83@rambler.ru

Сабина Завкиевна САТТАРОВА
Самаркандский Государственный
медицинский институт, ассистент

ФОРМИРОВАНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ВОЗРАСТА, АНАМНЕЗА И РЕСПИРАТОРНО-АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

АННОТАЦИЯ

Проблемы острого ларинготрахеита обусловлена не только его высокой распространенностью, возможностью развития ряда осложнений и наступлением летального исхода, но и тем что очень часто острый стенозирующий ларинготрахеит имеет склонность к рецидивированию.

Так если, острый первичный ларинготрахеит (ПСЛТ) развивается у детей раннего возраста - в основном от 6 мес. до 3 лет, то у детей в возрасте до 4 месяцев это заболевание практически не встречается. Кроме того в последние годы отмечается тенденция к росту частоты повторных эпизодов ларинготрахеита у детей, которая не только осложняет течение респираторного заболевания, но и может привести к возникновению угрожающего для жизни состояния («ложного» крупа)

В связи с этим, определенный практический интерес представляет, изучение особенностей формирования рецидивирующего стенозирующего ларинготрахеита (РСЛТ) в зависимости от возраста ребенка, респираторного и аллергологического анамнеза.

Zebo Farhotovna SAFOEVA
Samarkand state medical
institute assistant
E-mail: Safoeva90@gmail.com
Gulnoza Utkurova SAMIEVA
Samarkand State
Medical Institute, Associate Professor
E-mail:samg83@rambler.ru
Sabina Zavkiyevna SATTAROVA
Samarkand state medical
institute assistant

THE DEVELOPMENT OF RECURRENT STENOSIS LARYNGOTRACHEITIS IN CHILDREN, DEPENDING ON THE AGE, ANAMNESIS AND ALLERGIC STATE OF THE RESPIRATORY SYSTEM

ANNOTATION

One of the problems of acute laryngotracheitis is associated not only with its widespread spread, but also with a high probability of developing a number of complications and leading to a state of death. It is worth noting that acute stenosis laryngotracheitis is also characterized by a tendency to recurrence.

If acute primary stenosis laryngotracheitis develops in young children - mainly from 6 months to 3 years, in children up to 4 months, this disease is almost not observed. In addition, in the latter years, there is often an increase in the number of repeated episodes of laryngotracheitis in children, which not only complicates the respiratory disease, but can also lead to the appearance of life-threatening ("false" croup).

In this regard, it is of practical interest to study the specific features of the formation of recurrent stenosis laryngotracheitis (QSLT), depending on the age of the child, respiratory and allergic Anamnesis.

Dolzarbligi. O'tkir laringotraxeit muammolaridan biri nafaqat uning keng tarqalishi, balki bir qator asoratlarning rivojlanish ehtimoli yuqoriligi va o'lim xolatiga olib kelishi bilan bog'liq. Yana shuni aytish joizki o'tkir stenozli laringotraxeit qaytalanishga moyilligi bilan ham ajralib turadi.[1,2,4,12]

Agar o'tkir birlamchi stenozli laringotraxeit yosh bolalarda - asosan 6 oydan 3 yilgacha rivojlansa, 4 oygacha bo'lgan bolalarda bu kasallik deyarli kuzatilmaydi. Bundan tashqari, so'ngi yillarda bolalarda laringotraxeitning takroriy epizodlarining ko'paishi tez-tez kuzatilmoqda, bu nafaqat nafas olish kasalligini murakkablashtiradi, balki hayotga xavf soluvchi ("yolg'on" krup) paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin.[3,5,6,13]

Shu munosabat bilan, bolaning yoshiga, nafas olish va allergologik anamneziga qarab, qaytalanuvchi stenozli laringotraxeit (QSLT) shakllanishining o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish amaliy qiziqish uyg'otadi.[7,8,9,11,14]

Tadqiqot maqsadi bolaning yoshiga, nafas olish va allergologok anamneziga qarab qaytalanuvchi stenozli laringotraxeit (QSLT) shakllanishining xususiyatlarini o'rganishdir.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot 2019-2020 yillarda Samarqand shahridagi RSHTYMF da davolangan birlamchi va qaytalanuvchi stenozli laringotraxeitli 275 nafar bolaning klinik-laboratoriya tekshiruviga asoslangan. Barcha tekshirilgan bolalar Y.V. Mitin tasnifiga ko'ra [10] o'tkir stenozli laringotraxeit shakllari bo'yicha 2 guruhga bo'lingan:

- 1-guruh birlamchi stenozli laringotraxeitli 122 (44,4%) bolalardan iborat.
- 2 guruh – 153 (55,6%) dan qaytalanuvchi stenozli laringotraxeit.

Natijalar va ularning muhokamasi. O'tkir stenozli laringotraxeitli bolalarni taqsimlash tahlili shuni ko'rsatdiki, o'g'il bolalar qiz bolalarga qaraganda ko'proq kasal bo'lishi kuzatildi. Qizlar va o'g'il bolalarning nisbati 1-guruhda 1:1,8 - da 2 guruhida 2: 1 edi.

O`RVI fonida bolalarda laringeal stenozining birinchi qismining paydo bo'lishining o'rtacha yoshi 1 yildan 6 yilgacha bo'lgan yosh oralig'iga mos keladi (jadval. 1).

Ushbu patologiyaga ega bo'lgan bolalarning premorbid fonini tahlil qilish asosiy va QSLT bo'lgan bolalarda sezilarli farqlarni aniqlamadi, bu ularni uzoq davom etadigan kasallikning bosqichi deb hisoblash imkonini beradi.

QSLT 1 yoshgacha bo`lgan bolalarda 26 (21,3%), 1 yoshdan 3 yoshgacha 53(43,%), 3 yoshdan 6 yoshgacha 43 (35,2%) ni tashkil qiladi.

Jadval 1

Yoshga qarab asosiy SLT shakllanishining xususiyatlari

Bolalarda birinchi marta SLT bilan kasallangan yoshi :	**Bolalar soni**	
	абс	**%**
1 yoshgacha	26	21,3
1-3 yoshgacha	53	43,4
3-6 yoshgacha	43	35,2

QSLT bilan og'rigan 37 (24,2%) nafar bolalar bir yoshida SLT o'tkazgan, 1 yoshdan 3 yoshgacha 64 (41,8%), 3 yoshdan 6 yoshgacha 52 (34,0) (jadval 2).

Jadval 2

SLT retsidivlarini xosil bo'lish chastotasi,hayotining birinchi yillarida respirator anamnezi, QBLT yoshiga qarab shakllanishining xususiyatlari

Ko'rsatkichlar	**Bolalar soni**	
	абс	**%**

Bolalarda birinchi marta SLT bilan kasallangan yoshi :		
1 yoshgacha	37	24,2
1-3 yoshgacha	64	41,8
3-6 yoshgacha	52	34,0
Residivlar chastotasi		
- Yiliga 1 marta	39	25,5
- yiliga kamida 1 marta	8	5,2
- Yiliga 3 marta	82	53,6
- yiliga 3 martadan ko'p	24	15,7
Birinchi va takroriy SLT o'rtasidagi vaqt davomiyligi:		
- 1 oy	18	11,8
- 2-4 oy	19	12,4
- 4-8 oy	27	17,6
- 8-12 oy	18	11,8
- 1-2 yil	29	19,0
- 2 yilda ortiq	42	27,5
Birinchi va takroriy SLT o'rtasidagi kasalliklar		
- O'RVI – 1 holat	20	13,1
- O'RVI - 2 holat	22	14,4
- O'RVI – 3tadan 5gacha holat	38	24,8
- O'RVI - 5 tadan ko'p bo'lgan holat	27	17,6
- hech qanday kasallik kuzatilmagan	46	30,1

QSLT retsedivlari bir yilda bir marta 39 (25,5%) bemorda takrorlanadi, yarim yilda 1 marta 8 (5,2%) ta bemorda kuzatildi,bir yilda 3marta 82 (53,6%)ta bemorda kuzatildi va bir yilda 3 martadan ko'p 24 (15,7%)ta bemorda kuzatildi.

Birlamchi va qaytalanuvchi SLT o'rtasidagi davomiyligini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, 1 oyda 18 (11,8%) ta retsediv holatlari, 2-4 oydan so'ng 19 (12,4%) ta sodir bo'lgan, 4-8 oydan so'ng – 27 (17,6%) ta holat takrorlangan, 1-2 yildan so'ng 29 (19,0%)ta holat, 2 yildan ortiq vaqtda 42 ta holat.

Respirator anamnezining tahlili shuni ko'rsatdiki, 46 (30,1%) bolalar va qaytalanish o'rtasidagi bolalar virusli-bakterial kasalliklarga ega emas, 20 (13,1%) 1 O`RVI kasalligi bilan kasallangan, 22 (14,4%) bemorlarlarda – 2 ta holat, 38 (24,8%) - 3 dan 5gacha va 27 (17,6%) - 5 O`RVI holatlaridan ko'proq, ya'ni birinchi va takroriy SLT orasida bolalar uchta yoki undan ortiq O`RVI (laringeal stenoz sindromi kuzatilmagan) bilan kasallangan.

Kasalxonada laringeal stenozining o'tkir davrida kelayotgan bolalarning ko'pchiligi klinik tekshiruvida 79 (64,8%) kasalxonaga yotqizilgan va RSLT - 51 (33,3%) bo'lgan bolalarda yuqori tana harorati, shu jumladan intoksikatsiyaning aniq belgilari mavjud. Konyunktivit, burun bitishi,

rinofaringit shaklida kataral sindrom 96 (75,2%) da takroriy SLT (p<0,001) va 103 (84,4%) bo'lgan bolalarda qayd etildi (jadval. 3.7).

Qabul qilinganlarning ko'pchiligida " xurish " kabi yo'tal kuzatildi (109 (89,3%) va 146 (95,4%) guruhlar bo'yicha), BSLT ga qaraganda 3,5 marotaba ko'p bolalarda ovozini bo'g'ilishi, quruq xirilash QSLT da kuzatildi.

Fizikal tekshiruv natijasida shuni aniqladikki 27 (17,6%) bolada o'pkada hech qanday o'zgarish kuzatilmadi, 21 (13,7%)da quruq xirilashlar eshtildi, 35 (22,9%)(P<0,001) har xil kattalikdagi nam xirilashlar kuzatildi. BSLT bilan kelgan 27 (17,6%) bolalarda o'pkasida hech qanday o'zgarishlar kuzatilmadi, 48 (39,8%) da quruq xirilashlar eshtildi, bundan tashqari 10 (8,2%) bolada har xil kattalikdagi nam xirilashlar kuzatildi.

Jadval 3

O'SLT bilan bolalarni ob'ektiv tekshirish ma'lumotlari

Belgilari	**1 gruppa (n=122)**		**2 gruppa (n=153)**	
	abs	**%**	**abs**	**%**
Ovozining bo'gilishi	122	100,0	153	100,0
Kataral sindrom	103	84,4	96	62,7***
"Xurish" kabi yo'tal	109	89,3	146	95,4
Dag'al nam yo'tal	13	10,7	78	51,0***
Shovqin-siz nafas	64	52,5	29	19,0***
Tana xaroratining ko'tarilishi	79	64,8	51	33,3***
O'pkada o'zgarishlarsiz	64	52,5	27	17,6***
Quruq yo'tal	48	39,8	21	13,7***
Har xil kattalikdagi nam xirilashlar	10	8,2	35	22,9***

Eslatma: * - 1 guruh ma'lumotlariga nisbatan farqlar muhim (*- P<0,05, * * - P<0,01,* * * - P < 0,001)

Tekshirilgan bolalarda nafas etishmovchiligining belgilari chastotasini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, QSLT bo'lgan bolalarda BSLT bo'lgan bolalarga qaraganda ancha ko'p uchraydi, bu ularning zaiflashgan holatini ko'rsatadi (jadval. 3).

QSLT bo'lgan bolalarda 79,3%, (p<0,001) inspirator nafas qisilishi, shovqinli nafas olish- 2,1 marta, ko'krak qafasidagi yumshoq joylarning cho'kishi BSLT ga qaraganda ko'proq kuzatildi.

Laringeal stenozining davomiyligi QSLT da 1 kungacha – 88 (57,5%), 3 kungacha – 51 (33,6%), 3 kundan ortiq – 15 (9,8%); BLTda 1 kungacha 50 (41%), 3 kungacha 56 (45,9%), 3 kundan ortiq 16 (13,1%) (jadval. 4).

Jadval 4

Tekshirilgan bolalarda nafas etishmovchiligining belgilari

Belgilari	**1 gruppa (n=122)**		**2 gruppa (n=153)**	
	abs	**%**	**abs**	**%**
Inspirator **hansirash**	81	66,4	129	84,3***
Teri qoplamalarig rangparligi	98	80,3	107	69,9*
Burunlab uchburchagi sianozi	73	59,8	117	76,5**
Akrosianoz	17	13,9	21	13,7

Umumiy sianoz	9	7,4	22	14,4
Taxikardiya	79	64,8	51	33,3**
Burun qanotlarining taranglashuvi	60	49,2	137	89,5***
Bo'yin mushaklarining taranglashuvi	73	59,8	103	67,3
Qovurg'alar aro mushaklarning nafas olishda ishtiroki	53	43,4	104	68,0***

Eslatma: * - 1 guruh ma'lumotlariga nisbatan farqlar muhim (*- P<0,05, * * - P<0,01,* * * - P < 0,001)

O'SLT og'irlik darajasini uchta komponentni ko'rib chiqdik:

- laringit belgilari ovozning tembrni (ovozni bo'g'ilishi) va yo'talni ("hurish" yoki nam xirillashlar) shaklining o'zgarishi;

- stenoz belgilari mavjudligi: inspirator hansirash, shovqinli nafas olish, ko'krak qafasining yumshoq joylarini cho'kishi ;

- nafas etishmovchiligi belgilari mavjudligi: inspirator hansirash, teri qoplamalarining rangparligi, burunlab uchburchakning siyanozi, akrosianoz, umumiy sianoz,taxikardiya, yordamchi mushaklarning nafas olishda ishtiroki.

Jadval 5

O'SLT bilan tekshirilgan bolalarda allergik kasalliklar

Kassaliklar	**1 группа (n=122)**		**2 группа (n=153)**	
	abs	**%**	**abs**	**%**
Rinit	8	6,6	39	25,5***
Konyuktivit	3	2,5	8	5,2
Oziq-ovqat allergiyasi	7	5,7	37	24,2***
Medikamentoz allergiya	8	6,6	29	19,0**
Polinoz	4	3,3	9	5,9
Atopik dermatit	6	4,9	21	13,7**
Diatez	5	4,1	16	10,5*
Kvinki shishi	0	0	3	2,0

Eslatma: * - 1 guruh ma'lumotlariga nisbatan farqlar muhim (*- P<0,05, * * - P<0,01,* * * - P < 0,001)

Anamnez yig'ilganda, qaytalanuvchi laringotraxeit 94,8% hollarda allergiya fonida kasallik kelibchiqanligi qayd etild, o'tkir laringotraxeit esa faqat 33,6% bemorlarda allergiya fonida aniqlangan (jadval. 3.11).

QSLTda ko'proq uchragan allergik kasalliklar: Diatez (16 (10,5%) (p<0,001)), atopik dermatit (21 (13,7%) (p<0,01)), medikamentoz allergiyasi (29 (19,0%) (p<0,01)) allergik rinit (39 (25,5%) (p<0,001), oziq-ovqat allergiyasi (37 (24,2%) P<0,001). Bu kasallikning patogenezida allergik komponentning katta roli haqida xulosa chiqarish imkonini beradi.

Shunday qilib, QSLT bilan og'rigan bolalarning premorbid fonini tahlil qilish kasallikning asosiy xavf omillarini aniqlashga imkon beradi: takroriy O'RVI, allergik kasalliklar, irsiy, akusherlik anamnezi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Абдуллаева Н.Н., Таджибаев Г.А. //Оптимизация лечения хронического ларингита с учетом этиологии и патогенеза // Stomatologiya. – 2014. - №1. – С. 70-72.
2. Абдуллаева Н.Н., Ходжаева К.А. Закирова Ш.А. //Иммунокорригирующая терапия при патологии ЛОР-органов // Медицинский журнал Узбекистана. – 2002. - №1. - С. 92-94.
3. Арифов С.С., Далиев А.Г. Показатели исходного вегетативного тонуса у детей с острым ларинготрахеитом // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2009. - №3. – С. 66-69.
4. Бакрадзе М.Д., Дарманян А.С., Таточенко В.К. Рациональная терапия крупа у детей//Вопросы современной педиатрии. — 2007. — Т. 6, № 5. — Р. 32-36.
5. Балаболкин И.И. Профилактика аллергических болезней у детей // В кн.: Аллергические болезни у детей /под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина. - М.: Медицина, 2011. - С. 319-324.
6. Ермаченко М.Ф. Особенности тактики терапии острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей в условиях реанимационного отделения // Здоровье детей Сибири. - 2010. - №1. - С. 47-50.
7. Медведева, Евгения Александровна // Клинико-патогенетическое значение метаболической активности микрофлоры ротоглотки и кишечника у детей с респираторными заболеваниями// Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва-2017. С.25-48
8. Орлова С.Н., Рывкин А.И., Побединская Н.С. Анализ эффективности комплексов лечебно-реабилитационных мероприятий у детей, страдающих рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом // Вестник Ивановской медицинской академии. 2016. № 21 (1). С. 45–49.
9. Самиева Г.У //Дисбиотические расстройства верхних дыхательных путей у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом// медицинские новости-2015 С.70-72.
10. Самиева Г.У //Современные методы лечения острого стенозирующего ларинготрахеита у детей // Молодой ученый -2014. №11 С.149-151.
11. Delany D.R., Johnston D.R. Role of direct laryngoscopy and bronchoscopy in recurrent croup // Otolaryngology– Head and Neck Surgery. 2015. Vol. 152. No. 1. P. 159–164.
12. Kim Y.I., Jung Y.H., Cho B.H., Kim J.R., Kim S.S., Son W.S., Park S.B. The assessment of the short- and long-term changes in the condylar position following sagittal split ramus osteotomy (SSRO) with rigid fixation // J. Oral Rehabilit. – 2010. - N37. – P.262–270.
13. Kokubo Y., Fukushima S., Sato J., Seto K. Arrangement of artificial teeth in the neutral zone after surgical reconstruction of the mandible : a clinical report // J Prosthet. Dent. – 2002. – Vol. 88, N 2. – P. 125–127.
14. Kotrikova B., Wirtz R., Krempien R. Piezosurgery: a new safe technique in cranial osteoplasty // Int. J.Oral Maxillofac. Surg. - 2006.- N35. -p.461-546.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Ислом Ёкубович ШАМАТОВ
Шерали Облакулович КОРЖАВОВ
Латофат Муродуллаевна КУРБАНОВА
Самарқанд давлат тиббиёт институти

ПОЛИПОЗ РИНОСИНУСИТ БЕМОРЛАРДА БАЪЗИ ДАВО УСЛУБЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

For citation: I.Y. Shamatov, Sh.O. Korzhavov, L.M. Kurbanova EFFICACY OF CERTAIN TREATMENT METHODS FOR PATIENTS WITH POLYPOSE RHINOSINUSITIS Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 159-164

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-105

АННОТАЦИЯ

Полипоид риносинусит жуда кенг тарқалган, аммо ҳозирги кунгача бурун бўшлиғи ва бурун олди ён бўшлиқларнинг жуда кам даражада ўрганилган патологияси бўлиб ҳисобланади. "Полип" сўзининг ўзи (юнонча полий - кўп ва йирингли оёқ) - бу ошқозон-ичак тракти, нафас олиш ва сийдик чиқариш йўллари, бачадон каби аъзоларнинг шиллиқ пардалари сатҳидан бўртиб турадиган, ҳар хил ўсмаларга ухшаш патологик шаклланишини белгилаш учун ишлатиладиган умумий атама.. Полиплар этиологик, патогенетик ва морфологик нуқтаи назардан бир ҳил бўлмаган, яхши сифатли ўсмалардан аллергик ёки яллиғланишли табиатнинг гиперпластик шаклланишига қадар бўлган турли хил касалликларнинг ранг-баранг тасвирини акс эттиради. Шунинг учун бурун олди ён бўшлиқларнинг, масалан, ошқозон-ичак тракти ёки сийдик йўлларининг полиплари этиологияси ва патогенезида ўхшашликларни излаш бефойда. Полипоид риносинусит - бу мутлақо на этиологик, на морфологик ва на патогенетик ҳеч қандай тарзда бошқа локализация полиплари билан боғлиқ эмас, у мустақил касаллик,. Бурун бўшлиғи ва бурун олди ён бўшлиқларнинг полиплари яхши сифати ўсмалар гуруҳига ҳеч қандай алоқаси йўқ, гарчи баъзида улар "Хавфсиз бурун ўсмалари" бўлимида дарсликларда нотўғри жойлаштирилган бўлса. Кўп сонли полиплар мавжуд бўлганда, "полипоз" атамаси қўлланилади, гарчи "кўп сонли полиплар" ва "полипоз" шартли равишда айтиладиган бўлса. Кўпгина тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, "полипоз" атамаси полиплар сони 10 - 20 дан ошганда қўлланилиши керак. Баъзан сиз "бурун полипози" атамасини учратишингиз мумкин, бу грамматик ёки "бурун полипози" га тўлиқ мос келмайди, инглиз тилидаги адабиётларда кенг тарқалган ушбу касалликнинг таърифи «nasal polyposis» билан учраб туради. Аммо шунга қарамай, бизнинг фикримизча, ушбу этиопатогенетик шаклнинг энг тўғри номланиши "полипос риносинусит" бўлади, чунки бу бурун олди ён бўшлиқлар ва биринчи навбатда ғалвирсиомн суякнинг лабиринт ҳужайралари бу локализациянинг дастлабки манбаи бўлиб ҳисобланади.

Калит сўзлар: Полипоид риносинусит, бурун бўшлиғи, бурун олди ён бўшлиқлқри, яллиғланиш, полипоз, самарадорлик, касаллик.

Ислом Ёкубович ШАМАТОВ
Шерали Облакулович КОРЖАВОВ
Латофат Муродуллаевна КУРБАНОВА
Самаркандский государственный медицинский институт

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

АННОТАЦИЯ

Полипозные риносинуситы являются довольно распространенной, но как это ни странно, мало изученной патологией полости носа и околоносовых пазух. Само название «полип» (от греческого poly – много и pus – нога) – это собирательный термин, используемый для обозначения различных по происхождению патологических образований, возвышающихся над поверхностью слизистых оболочек органов желудочно-кишечного тракта, дыхательных и мочевых путей, матки. Полипы представляют собой довольно пеструю картину самых различных заболеваний, далеко не однородную в этиологическом, патогенетическом и морфологическом отношениях от доброкачественных опухолей до гиперпластических образований аллергической или воспалительной природы. Поэтому искать каких-либо аналогий в этиологии и патогенезе полипов околоносовых пазух и, например, желудочно-кишечного тракта или мочевых путей бессмысленно. Полипозный риносинусит - заболевание совершенно самостоятельное, никоим образом не связанное с полипами других локализаций ни этиологически, ни морфологически, ни патогенетически. Полипы полости носа и околоносовых пазух не имеют никакого отношения к группе доброкачественных опухолей хотя иногда ошибочно в учебных пособиях их помещают в раздел «Доброкачественные опухоли носа». При наличии большого количества полипов применяют термин «полипоз», хотя граница между понятиями «множественные полипы» и «полипоз» условна. По мнению большинства исследователей, термином «полипоз» следует пользоваться тогда, когда количеств полипов больше 10 – 20. Иногда можно встретить термин «полипоз носа», что не совсем верно грамматически или «носовой полипоз», как кальку с «nasal polyposis», наиболее распространенного в англоязычной литературе обозначения данного заболевания. Но все-таки, с нашей точки зрения, наиболее правомерным названием данной этиопатогенетической формы будет «полипозный риносинусит», так как именно околоносовые пазухи и в первую очередь клетки решетчатого лабиринта и являются местом локализации данного процесса.

Ключевые слова: Полипозный риносинусит, носовая полость, придаточные пазухи носа, воспаление, полипоз, эффективность, болезнь.

Islom Yokubovich SHAMATOV
Sherali Oblakulovich KORZHAVOV
Latofat Murodullaevna KURBANOVA
Samarkand State Medical Institute

EFFICACY OF CERTAIN TREATMENT METHODS FOR PATIENTS WITH POLYPOSE RHINOSINUSITIS

ANNOTATION

Polypoid rhinosinusitis is quite common, but oddly enough, poorly understood pathology of the nasal cavity and paranasal sinuses. The very name "polyp" (from the Greek poly - many and pus - leg) is a collective term used to refer to pathological formations of various origins, towering above the surface of the mucous membranes of the gastrointestinal tract, respiratory and urinary tract, and uterus. Polyps represent a rather variegated picture of a wide variety of diseases, far from homogeneous in etiological, pathogenetic and morphological terms from benign tumors to hyperplastic formations of an allergic or inflammatory nature. Therefore, it makes no sense to look for any analogies in the etiology and pathogenesis of polyps of the paranasal sinuses and, for example,

the gastrointestinal tract or urinary tract. Polypoid rhinosinusitis is a completely independent disease, in no way associated with polyps of other localizations, neither etiologically, nor morphologically, nor pathogenetically. Polyps of the nasal cavity and paranasal sinuses have nothing to do with the group of benign tumors, although sometimes they are mistakenly placed in the textbooks in the section "Benign nasal tumors". In the presence of a large number of polyps, the term "polyposis" is used, although the border between the concepts "multiple polyps" and "polyposis" is arbitrary. According to most researchers, the term "polyposis" should be used when the number of polyps is more than 10 - 20. Sometimes you can find the term "polyposis of the nose", which is not entirely correct grammatically or "nasal polyposis", like tracing paper with "nasal polyposis", the most the designation of this disease common in the English-language literature. But still, from our point of view, the most legitimate name for this etiopathogenetic form will be "polyposis rhinosinusitis", since it is the paranasal sinuses and, first of all, the cells of the ethmoid labyrinth that are the place of localization of this process.

Key words: Polyposis rhinosinusitis, nasal cavity, paranasal sinuses, inflammation, polyposis, efficacy, disease.

Долзарблиги. Сурункали полипоз риносинусит ҳозирги вақтда кенг тарқалган касалликлардан бири саналади, хусусан полипоз риносинусит бўйича мурожаатлар ҳар 10000 аҳолига 3,7 дан то 5,8 гача кўрсаткични ташкил этади. Бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари орасида бурун ва бурун ёндош бўшлиғи полиплари нисбатан кўп учрайди.

Полипоз риносинусит билан оғриган беморларни даволаш замонавий ринологиянинг ҳал қилинмаган муаммоларидан бири ҳисобланади: қўлланиладиган даво усулларининг турли-туманлигига қарамасдан, беморларни соғайишига эришиш қийин бўлади, чунки касаллик қайталанишга мойил саналади. Полипоз риносинуситни келиб чиқиши ва ривожланиш назариялари орасида инфекцион – аллергик аутоиммун, нерв – трофик кабилари бирмунча кенг тарқалган. Шунингдек сурункали риносинуситлар ва бурун, БЁБ полиплари ривожланишида бактериал, вирусли ва микотик сенсибилизациянинг роли ҳам ўрганилган.

Шу сабабли, бажарилган жаррохлик аралашувининг турига қараб, сурункали полипоз риносинусит билан оғриган беморларни операциядан кейинги даврда олиб бориш борасида саволлар юзага келади.

Ишнинг мақсади: шуларни ҳисобга олиб, ушбу патология мавжуд беморларни комплекс даволашнинг учта варинатини ишлаб чиқдик ва қўлладик.

Текширув манбалари ва усуллари. Биринчи гурухни 18 дан то 60 ёшгача бўлган 30 киши ташкил этди. 14 – нафари аёллар ва 16 нафари эркаклар. Беморларнинг 10 нафарида икки томонлама сурункали полипоз этмоидит диагностика қилинди, 10 нафар беморда у полипоз гайморит билан қўшилиб келганлиги аниқланди, 7 нафар бемор кишиларда полипоз этмоидит билан бир қаторда сурункали гипертрофик ринит, 3 нафарида эса бурун тўсиғи қийшайиши аниқланди. Касаллик 9 нафар беморда бирламчи, 21 нафарида эса – қайталанувчи характерда кечиб, жумладан 6 нафар беморда қайталаниш бир марта, 8 нафар беморда 2-3 марта, 7 нафар беморда эса 1-12 мартагача кузатилди. Барча беморларда икки этапли этмоидотомия бажарилди ва асосан маҳаллий яллиғланишга қарши, бурун ён бўшлиқлари соҳасига гипосенсибилизацион таъсирот қўлланилди. Ушбу соҳанинг ўзига хос анатомик тузилишга эга эканлигини ҳисобга олиб, биринчи этапда оддий этмоидотомия бажарилди, 4-5 кун ўтгач эса эндоскоп назорати остида, максимал даражада полипоз тўқима қаердан ўсиб чиқиб келган бўлса, ўша катакча ва деворлардан синчковлик билан олиб ташланди (иккинчи этап). Операциядан кейинги даврда, операциядан кейинги риносинуситларни даволаш учун, очилган бўшлиқлар соҳасига интерлейкин-1-В (РАИЛ) рецептор антогонисти билан «хитоксин-гель» деб аталувчи гидрогел қопламаси қўлланилди, у эса ялиғланишга қарши ва антиаллергик таъсирга эга бўлган таркибни ўзида тутади: преднизалон, аминокапрон кислотаси, кальций хлорид, димедрол, каланхое шарбати. Кейинги кунда бурун ва БЁБдан тампонлар олиб ташлангач, этмоидал ва гаймор бўшлиқлар соҳасига 9% гидрокортизон малҳами билан ташқи фонофорез тайинланади ва у 5% кальций хлорид ва 1% димедрол эритмалари билан эндоназал

электрофорезусули билан алмашлаб борилади. Организм резистентлигини ошириш учун, натрий нуклеинат 20млдан кунора peros қўлланилди. Жами даво курси – 6 ой.

Иккинчи гурухни 21 дан 65 ёшгача бўлган 40 нафар бемор, жумладан аёллар 16, эркаклар 24 нафарни ташкил этди. Уларнинг 13 нафарида икки томонлама сурункали полипоз этмоидит, 10 тасида гайморoэтмоидит, 10 нафарида эса полипоз этмоидит билан бир қаторда сурункали гипертрофик ринит, бурун тўсиғи қийшайиши аниқланди. Беморларни 5 нафарида полипоз этмоидит ва гайморoэтмоидит биринчи марта аниқланди, 35 нафар беморда эса касаллик қайталанувчи характер касб этиб, жумладан уларнинг 9 нафарида рицидив биринчи марта, 8 нафарида 2-3 марта, 11 нафарида 4-5 марта, 7 нафарида эса 6-10 марта такрорланганлигини айтиш мумкин. Ушбу гурух беморларда этмоидотомия ва гайморoэтмоидотомия амалга оширилди ва операциядан кейинги 4-5 кунларда, «КУА 02» аппарати ёрдамида биз томонимиздан ишлаб чиқилган криоапликация усулини қўллаб, операциядан кейинги бўшлиқ ва бурундаги полипоз ўзгарган шиллиқ қават қолдиқларининг криодеструкцияси амалга оширилди. Учинчи гурухга 67 ёшгача бўлган 30 киши киритилиб, уларни 16 таси аёллар ва 14 нафари эркаклар. Улардан 10 нафари полипоз этмоидит билан оғриганлиги аниқланди, 6 нафарида касаллик полипоз гайморит билан қўшилиб келганлиги, 9 нафар беморда полипоз гайморoэтмоидит билан бир қаторда сурункали гипертрофик ринит, 5 нафар беморда эса бурун тўсиғи қийшайиши аниқланди. Беморларни 4 нафарида касаллик биринчи марта диагностика қилинган, 26 тасида эса қайталанувчи характерга эга бўлиб, жумладан 7 кишида рецидивлар биринчи марта аниқланган бўлса, 5 тасида 2-3 марта, 8 тасида 4-5, 6 тасида 10 марта, ва 1 нафарида 10 мартадан кўпроқ қайталанганлигини айтиш ўтиш мумкин.

Тадқиқот натижалари. Келтириб ўтилган клиник тафсивдан кўриниб турибдики, барча уч гурух беморларда асосий касалликни кечиши ва бурун бўшлиғидаги йўлдош патологиянинг хусусиятлари деярли бир хилликни касб этди. Учинчи гурух беморларда операциядан кейинги даврда парасимпатик нерв тизим реактивлигини пасайтириш, бурун шиллиқ қаватидаги аллергик ўзгаришларни пасайтириш, тўқима трофикасини яхшилаш мақсадида, ёноқ-қанотсимон ости йўли билан видиев нервининг новокаинли блокадаси бажарилди. Бунинг учун проорбитал чизиқнинг маркази белгилаб олинди, ва ушбу соҳадан инъекция амалга оширилди. Игна токи қанотсимон ўсиқнинг ташқи пластинкасига қадалгунга қадар атроф тўқимага (новокаинни узлуксиз киритишда) киритилади, сўнгра у ярмигача ортга қайтарилади ва 12-19° бурчак остида олд томонга шундай йўналтириладики, бунда у видиев нерв ўтадиган қанот-танглай чуқурчасига тушиши керак, ва яна қадалиш юзага келгунча киритилади. Ҳар иккала томондан ҳам, 2% - 3-4 мл новокаин эритмаси юборилади.

Барча гурухларда даволашдан кейинги узоқ муддатли натижалар 12-18 ойдан сўнг таҳлил қилинди. Қўлланилаётган даво усуллари самарадорлигини қиёсий баҳолаш учун 2 йиллик (2015-2017) архив маълумотлар таҳлили ўтазилди, полипоз этмоидит билан оғриган ва фақатгина жаррохлик усулида (этмоидотомия) даволанган 50 нафар беморнинг касаллик тарихлари ўрганилди, беморларда операциядан кейинги биринчи йилдаёқ қайталанишлар кузатилганлиги қайд этилди.

Биринчи гурух беморларда фақат 36,6% ҳоллардагина касаллик қайталаниши юзага келди, жумладан 26,6% ҳолатда шиллиқ қаватлар полипоз ўзгарганлиги аниқланди, ва бу ҳолат биз томонимиздан қайталаниш жараёнининг дастлабки белгиси сифатида баҳоланди, ва 10% ҳолатларда бурундан нафас олишга халал бермайдиган – майда полиплар аниқланди. Иккинчи гурухда 44,8% кузатувларда полипоз жараён қайталаниши аниқланди, бунда 24,2% полипоз ўзгарган шиллиқ қават, 20,65% - бурун бўшлиғи ва операциядан кейинги юқори жағ бўшлиғидаги майда полиплар аниқланди. Бироқ, 2 йилдан кейин касаллик рецидивлари текширилганларнинг 48,3% да пайдо бўлди, жумладан бурундан нафас олишга халал бермайдиган майдо полиплар – 22,2% ҳолларда аниқланди.

Биринчи гурух беморларда микроб антигенлари ва полипоз тўқимага нисбатан организм сенсибилизациясининг сезиларли пасайишганлиги, маълум бир вақт оралиғида улардаги полипоз гайморит қайталаниш кўрсаткичларининг бирмунча сезиларли камайишига

олиб келди. Рецидивлар сонининг камайишини, афтидан шу билан тушунтириш мумкинки, криодеструкция амалиёти бутун организм ва полипоз ўзгарган бурун бўшлиғи шиллиқ қавати юқори сезувчанлигини пасайтиради. Учинчи гурухдаги беморларда рецидивлар сонининг камайиши организмдаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб, булар лейкоцитолиз реакцияси намоён бўлишида ўз аксини топмайди.

Хулоса. Шундай қилиб, полипоз этмоидит ва гайморoэтмоидитларни даволашда, биз томонимиздан таклиф этилаётган комплекс даво вариантлари касалликнинг қайталаниш кўрсаткичларини камайтиради. Бироқ, микроорганизм ва полипоз антигенларга нисбатан, бемор организмидаги сенсибилизацияси ўзгаришларининг динамикаси шуни тасдиқлайдики, операциядан кейинги даврда криодеструкция амалиёти ва яллиғланишга қарши таъсирга эга бўлган дори воситаларни бурун бўшлиғи шиллиқ қаватига ультратовуш ва электрофорез йўли билан киритиш усулларини биргаликда олиб бориш мақсадга мувофиқ бўлади. Эндоназал жаррохлик амалиётини ўтказган беморларда операциядан кейинги даврда, РАИЛ билан бирга «хитоксин-гель» жарохат қоплагичларни қўллаш, назал ажралмадаги цитокинлар миқдорини коррекция қилиш ва мос равишда ўткир маҳаллий яллиғланишни назоратга олиш имконини беради, бу эса ўз навбатида, субъектив белгиларни тезда ортга қайтиши, реактив белгиларни пасайиши ва госпитилазация муддатларининг қисқаришига олиб келади.

Адабиётлар:

1. Азнабаева Л.Ф. Иммунотерапия беталейкином в комплексном лечении больных гнойным риносинуситом с затяжным хроническим течением. // Методические рекомендации. - Санкт-Петербург, 2008. - 22 с.
2. Ахмедова С.М., Коржавов Ш.О. Антропометрические показатели физического развития у детей до 5 лет в самаркандской области // InterConf. – 2020.
3. Варюшина В.Е. и др. Изучение механизмов местного и иммуностимулирующего действия интерлейкина-1В. Повышение продукции противоспалительных цитокинов в очаге воспаления под влиянием интерлейкина-1В. // Иммунология-2001-Т 7№3-стр 67-73
4. Гуломов З.С., Симбирцев А.С., Варюшина Е.А. Иммунотерапия в оториноларингологии. //Аллергология и иммунология. - 2006. - Т. 7. - №3. - С. 285.
5. Исламов Ш.Э., Шаматов И.Я., Шодиев А.Э., Шербеков Б.Э. Дефекты оказания медицинской помощи в практике оториноларингологии.// «Достижения науки и обазования ISSN 2413-2071 N 4(2020/58) V.50-53
6. Карпищенко С.А., Рабова М.А., Шумилова Н.А. «Сравнительная оценка биологических эффектов лазерного излучения, радиоволновой аппаратуры и электроножа «Folia Otorhinolaringologiae et Parhlogiae Respiratoriae»» //- 2011 y. -vol.17. №2-С. 55-64
7. Колбанова Н.Г. «Эффективность комплексного лечения полипозного и полипозно-гнойного риносинуситов у больных бронхиальной астмой»: // автореферат.дисс… кан.мед.наук, - М 2006-25с
8. Лавреиова Г.В., Симбирцев А.С., Тараканова Е.Н. Роли фагоцитов в неспецифическом клеточном иммунитете у больных гнойным риносинуситом. //Российская оториноларингология. - 2009. - №3. - С. 76-80.
9. Хусанов Э. У., Ортикбаева Н. Т., Коржавов Ш. О. Апудоциты пилорической части желудка при действии химических средств защиты растений. //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 11 (65).
10. Шаматов И.Я., Хушвакова Н.Ж., Бурханов У.М. Эндоскопическая ультразвуковая дезинтеграция при гипертрофическом рините с одновременной коррекции устья слуховых труб. // Биология ва тиббиет муаммолари – N 3 (111) 2019 –Р.143-144.
11. Шаматов И.Я. Применение фонофареза новокаина при лечение хронического риносинусита «Профилактик тиббиетда юкри инновацион технологияларни куллаш» мавзусидаги республика илмий-амапрррпплий анжумани материаллари. 2020г –С.313

12. Шарипова Э.Р., Арефьева Н.А., Азнабаева Л.Ф. Перспективы применения рекомбинантных цитокинов в лечении гнойных риносинуситов. //Российская ринология. - 2009. - №2. - С.23-24
13. Asaka Daiya Nobuyoshi Risk factors for complications of endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis / Daiya Asaka, Tsuguhisa Nakayama, Ta-kanori Hama [et al.] //American J. of Rhinology & Allergy, V. 26 (1), 2012 , p. 61-64(4).
14. Chobillon M.A. What are the advantages of the endoscopic canine fossa approach in treating maxillary sinus aspergillomas? / M.A. Chobillon, R. Jankowski //Rhinology. - 2004. - V. 42(4). - P.230-235.
15. Lennard C.M. Interleukin-1 beta, interleukin-5, interleukin-6, inter-leukin-8, and tumor necrosis factor-alpha in chronic sinusitis: response to systemic corticosteroids / C.M. Lennard, E.A. Mann, L.L. Sun [et al.] // Am. J. Rhinol. -2000. - V. 14 (6). - P. 367-373.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

PEDIATRICS

Ширин Камилджоновна ХУСАИНОВА
e-mail: xusainova.2020@inbox.ru
Зебо Фархотовна САФОЕВА
E-mail:safoeva90@gmail.com
Саодат Сулаймоновна УМАРОВА
E-mail: Osiyo1608@mail.ru
Шахло Шавкатовна НАСИРОВА
nasirova.shaxlo56@gmail.com
Самарканд Давлат медицина институти

БОЛАЛАРДА ҚАЙТАЛАНУВЧИ БРОНХООБСТРУКТИВ СИНДРОМИ ДАВОСИНИНГ МОНТЕЛУКАСТ ПРЕПАРАТИНИ КОМПЛЕКС ТЕРАПИЯСИДА ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

For citation: Sh.K. Khusainova, Z.F. Safoeva, S.S. Umarova, Sh.Sh. Nasirova THE EFFECTIVENESS OF USING THE DRUG MONTELUCAST IN THE COMPLEX THERAPY OF THE RECURRENT COURSE OF BRONCHO-OBSTRUCTIVE SYNDROME IN CHILDREN Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 165-169

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-106

АННОТАЦИЯ

Бронхиал обструкция синдроми педиатрия амалиётда жуда кенг тарқалган. Бронхиал обструкциянинг муҳим кўринишларидан бири бу педиатр кундалик амалиётда учрайдиган йўтал ва бронхоспазмдир. Ҳозирги кунда йўталнинг кўплаб сабаблари маълум бўлганлиги сабабли, педиатрдан патологик жараённинг бошланиши, ривожланиши ва механизмларининг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, кейинчалик тўғри талқин қилиш ва оптимал терапияни танлаш билан унинг хусусиятларини аниқ ажратиш талаб этилади.

Калит сузлар: обструктив бронхит, қайталанувчи бронхит, гиппереактивлик, бронхлар, болалар.

Ширин Камилджоновна ХУСАИНОВА
e-mail: xusainova.2020@inbox.ru
Зебо Фархотовна САФОЕВА
E-mail:safoeva90@gmail.com
Саодат Сулаймоновна УМАРОВА
E-mail: Osiyo1608@mail.ru

Шахло Шавкатовна НАСИРОВА
nasirova.shaxlo56@gmail.com
Самаркандский Государственный
медицинский институт

ЭФФЕКТИНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МОНТЕЛУКАСТА В КОМПЛЕКНОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

АННОТАЦИЯ

Синдром бронхиальной обструкции в педиатрической практике встречается очень часто. Одним из существенных проявлений бронхообструкции является кашель и бронхоспазм, с которым приходится встречаться врачу-педиатру в повседневно. В связи с тем, что в настоящее время известно множество причин возникновения кашля, требуется четкая дифференциация его характеристик с последующей правильной интерпретацией и выбор оптимальной терапии с учетом особенностей возникновения, развития и механизмов патологического процесса.

Ключевые слова: обструктивный бронхит, рецидивирующий бронхит, гиппереактивность, бронхи, дети, монтелукаст.

Shirin Kamildjonovna KHUSAINOVA
e-mail: xusainova.2020@inbox.ru
Zebo Farxotovna SAFOEVA
E-mail:safoeva90@gmail.com
Saodat Sulaymonovna UMAROVA
E-mail: Osiyo1608@mail.ru
Shaxlo Shavkatovna NASIROVA
nasirova.shaxlo56@gmail.com
Samarkand State Medical Institute

THE EFFECTIVENESS OF USING THE DRUG MONTELUCAST IN THE COMPLEX THERAPY OF THE RECURRENT COURSE OF BRONCHO-OBSTRUCTIVE SYNDROME IN CHILDREN

ANNOTATION

The syndrome of bronchial obstruction in pediatric practice is very common. One of the essential manifestations of bronchial obstruction is cough and bronchospasm, which a pediatrician has to meet on a daily basis. Due to the fact that many causes of cough are currently known, a clear differentiation of its characteristics is required with subsequent correct interpretation and the choice of optimal therapy, taking into account the characteristics of the onset, development and mechanisms of the pathological process.

Key words: obstructive bronchitis, recurrent bronchitis, hypereactivity, bronchitis, children.

Долзарблиги. Болалар касалликлари таркибида нафас олиш йўллари касалликлари етакчи ўринни егаллайди, бу адабиётларга кўра йил фаслига қараб тиббий ёрдамга мурожаат қилиш ҳолатларининг 50 дан 90 фоизигача тўғри келади. Болаларнинг 30 фоизида нафас йўлларининг инфекциялари обструктив бронхит клиникаси билан юзага келади ва 30-50% ҳолларда у чўзилган, тўлқинли ёки қайталанувчи тарзда кечади [4].

Бронхиал обструкция синдроми (бронхо-обструктив синдром - БОС) педиатрия амалиётда жуда кенг тарқалган. Халқаро стандартлаштирилган ISAAC услубига кўра, нафас олиш муддати узайган такрорий хириллашлар БОС деб аталади ва 29,2% болаларга тўғри келади, ўткир бронхит билан касалланган эрта ёшдаги болаларнинг ярмидан кўпида бронхиал

обструкция белгилари билан кечади. Бронхиал обструкциянинг муҳим кўринишларидан бири бу педиатр кундалик амалиётда учрайдиган йўтал ва бронхоспазмдир [3].
Обструктив бронхитни даволаш турли ёшдаги даврларда бронхиал обструкция шаклланишининг патогенезини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак. Ўткир нафас йўллари касалликларида бронхиал обструкция терапиясининг асосий йўналишлари бронхлар ва бронхларнинг дренаж функцияларини такомиллаштириш ва яллиғланишга қарши терапия ҳисобланади [2]. Монтелукаст препарати обструктив синдром ва мавсумий ва аллергик ринитнинг профилактикаси ва узоқ муддатли давоси сифатида қўлланилади (комбинацияланган даволашда).

Монтелукаст лейкотриен рецепторлари селектив антагонистларига тегишли. Бронхиал гиперреактивликни сақлайдиган сурункали доимий яллиғланишнинг энг кучли воситачиси бўлган ЛТС4, ЛТД4 ва ЛТЕ4 цистеинил лейкотриенлари рецепторларини махсус равишда блокировка қилади. Монтелукаст аниқ яллиғланишга қарши таъсирга ега, бронхиал спазмнинг олдини олади. Препарат 4 мг, 5 мг, 10 мг таблеткаларда ишлаб чиқарилади. Тананинг ҳимоя рефлекси бўлган йўтал пайтида мукоцилиар клиренси ва шиллиқ секрецияси билан бирга нафас олиш тизимининг периферик қисмларини чанг зарралари, микроорганизмлар ва газлардан ҳимоялаган бўлиб, ҳаво йўлларининг ўтказувчанлигини тиклайди.
Йўталиш турли хил белгиларига кўра таснифланади: табиати (нам, қуруқ); давомийлиги: (қисқа муддатли, пароксизмал); интенсивлиги: (енгил, қаттиқ йўтал); [5].

Ташхисни анамнез асосида йўталнинг батафсил хусусиятларини ва касал болани клиник текшириш натижаларини тегишли баҳолашини кўрсатган ҳолда қўйилади [1]. Ҳозирги кунда йўталнинг кўплаб сабаблари маълум бўлганлиги сабабли, педиатрдан патологик жараённинг бошланиши, ривожланиши ва механизмларининг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, кейинчалик тўғри талқин қилиш ва оптимал терапияни танлаш билан унинг хусусиятларини аниқ ажратиш талаб этилади.
Ишнинг мақсади. Монтелукастнинг терапевтик самарадорлигини комплекс терапиянинг бир қисми сифатида даволашда чидамлилигини ўрганиш.
Материаллар ва тадқиқот усуллари. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали шошилинч 1 ва 2-Болалар бўлимларида ётқизилган 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган такрорий БОС билан 40 болани кузатдик. Тадқиқотни ўтказиш учун БОС билан даволовчи 40 нафар бола мақсад ва вазифаларига кўра икки гуруҳга бўлинган: такрорий обструктив бронхитга чалинган 20 нафар болалар анъанавий терапия (1-гуруҳ) ва анъанавий терапиядан ташқари 20 нафар бола Монтелукаст комплекс даволашда (2-гурух) ажратиб олинди. Тадқиқотда клиник, лаборатория, параклиник (қонни умумий таҳлили, кўкрак қафаси рентгенограммаси, қонни биокимёвий таҳлили) усуллари қўлланилган.
Натижалар ва уни муҳокама қилиш. Препаратнинг терапевтик самарадорликни таққослаганда 40 нафар болада БОС клиник кечишининг кузатуви ўтказилди. Беморлар бўлимга касалликнинг 2,7 ± 0,6 кунида қабул қилинган. Беморларни касалхонага ётқизиш мезонлари қуйидагиларни ўз ичига олган: ноқулай преморбид фон, йўлдош касалликларнинг мавжудлиги, RDAI≥4 балл, СШО≥5 балл, касалликнинг мураккаб кечиши хавфи ва дастлабки уч кун давомида уйда даволанишнинг самарасизлиги. Болаларда БОСнинг асосий клиник белгилари: цианоз, экспиратор хансираш, аралаш диспноэ; дистанцион хириллаш, ёрдамчи мушакларнинг нафас олишда иштирок этиши, кўкрак қафасининг эмфизематик шишиши; ўпка устида қутичали перкуссия овози; аускултатив - нафаснинг сусайиши, қуруқ хириллаш ёки ҳар хил ўлчамдаги тарқоқ нам хириллашлар; рентгенологик: ўпка расми кучайиши; қовурғаларнинг горизонтал ҳолати; паст диафрагма. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, беморларнинг 92,3% бронхиал обструкция ва турли даражадаги НЕ билан касалланган.
Беморларга касалхонага ётқизилган биринчи кундан бошлаб БОС тўлиқ бартараф этилгунга қадар Монтелукаст терапияси ўтказилди. Препарат 10 кг гача бўлган болалар учун - 2 мг, 10-45 кг гача бўлган болалар учун - 4 мг дозада 7-10 кун давомида ётишдан олдин берилди.
I гуруҳдаги беморларда асосий клиник симптомларнинг йўқолиш динамикаси II кун кўрсаткичлари билан солиштирганда (кунларда) ўрганилди: I-гуруҳ болаларида

Монтелукастни ишлатмасдан умумий ҳолатнинг яхшиланиши касалликнинг 5,5 ± 0,2 кунида кузатилди, тезроқ қабул қилинганда - 4,2 ± 0,2 кунга тўғри келди, терининг ва шиллиқ пардаларнинг цианози мос равишда 4,2 ± 0,2 ва 3,6 ± 0,2 кунга камайди, ҳарорат нормаллашган 3,4 ± 0,2 ва 2,7 ± 0,2 кун касалхонага ётқизилди, йўтал интенсивлигининг пасайиши, кейин йўқолиши 5,8 ± 0,2 ва 4,5 ± 0,3 кунларга тенг касалхонада даволаниши вақтида.

I гуруҳда, касалхонага ётқизилишнинг 3-кунида 6 та беморда оғир БОС (W.Тал бўйича 9-12 балл), 12 болада мўътадил (5-8 балл) сақланиб қолди, 2 да енгил (2-4 балл). ҳолатлар. II гуруҳда Монтелукастни қабул қилган беморларда 4 болада оғир БОС, 20 беморда ўртача ва 16 ҳолатда енгил БОС кузатилди. Капилляр қоннинг PO2 ни, препаратнинг биринчи дозаларидан олдин ва кейин НС/ПС нисбатларини қиёсий баҳолаш беморларнинг иккала гуруҳида ҳам НЕ белгиларининг ижобий динамикаси кузатилганлигини кўрсатди. Шу билан бирга, II гуруҳдаги беморларда Монтелукастни қабул қилишда НЕ белгиларининг ижобий динамикаси аниқроқ ва тезроқ тўхтади.

Терапия самарадорлиги тўғрисида, клиник ва лаборатория инструментал тадқиқот усуллари билан бир қаторда, қуйидагилар қўлланилди: нафас олиш бузилишларининг шкаласи - RDAI (12), O2 тўйинганлик усули - SpO2, ишлаб чиқилган тўйинганлик шкаласи баҳоси - СШО (14), формула бўйича ҳисобланган: СШО = (95- SpO2)+RDAI, бу бронхиал обструкцияда нафас олиш бузилишларининг оғирлигини янада ишончли баҳолашга имкон берди. Боланинг ҳолати, клиник текширув билан бирга, ўрганилган параметрларга кўра ҳар куни баҳоланди.

Монтелукастни анъанавий терапия билан таққослаганда самарадорлиги касалликнинг 4,5-кунида ишончли кузатилди (I гуруҳда - 1,6 ± 0,3 балл, II гуруҳда - 1,2 + 0,3 балл; P <0 ,01) ва 5.9-куни (мос равишда 1,5 ± 0,2 ва 0,9 ± 0,2 балл, P <0,01). Ўткир бронхиал обструкциянинг энг аниқ белгилари бўлган ўпкада содир бўлган жисмоний ўзгаришларни таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, агар анъанавий терапия фонида ўпкада перкуссия ўзгариши 4,4 ± 0,2 га нормаллашган бўлса ва аускултатив маълумотлар 5,2 ± 0,3 кунгача, кейин гуруҳда монтелукаст терапиясини қўллаш билан ушбу кўрсаткичларнинг сезиларли даражада тезлашиши кузатилди (3,2 ± 0,2 ва 4,1 ± 0,3; P <0,02).

Анъанавий терапия мажмуасини олган беморларда нафас етишмовчилигининг енгиллашиши 3,6 ± 0,2 кун ичида намоён бўлди, юрак фаолияти 2,4 ± 0,2 кунга қайтди, бу II гуруҳ кўрсаткичлари билан таққослаганда Монтелукаст препаратини қўллашда нафас олиш функциялари сезиларли даражада яхшиланганлигини кўрсатди (2,4 ± 0,2 ва 2,0 ± 0,2 P <0,01). Бронхо-обструктив синдромнинг патогномик белгиларидан бири бўлган экспиратор нафас қисилиши ўртача 3,5 ± 0,3 кун давомида енгиллаштирилди, бу I гуруҳга қараганда 1,4 кун тезроқ.

Монтелукастни анча олдин қабул қилган II гуруҳдаги беморларда (3,9 ± 0,4 ва 4,8 ± 0,3 кунга) уларнинг умумий ҳолати яхшиланди, БОС белгилари ва диспептик аломатлар камайди, терининг ва шиллиқ пардаларнинг цианози 2,9 ± га йўқолди. 0,3 кун, бу I гуруҳнинг тегишли кўрсаткичларидан сезиларли даражада фарқ қилди.

СШО кўрсаткичлари динамикасини қиёсий таҳлили шуни кўрсатадики, II гуруҳда Монтелукастдан фойдаланиш I гуруҳга нисбатан анча аниқ клиник ва лаборатор таъсирга эга эди. Нафас олиш бузилишларининг клиник белгиларидан халос бўлиш ва тўйинганлик кўрсаткичларини тиклаш терапиянинг 3-чи кунидан бошлаб кузатилди. Чиқариш мезонлари қуйидагилардир: қониқарли ҳолат, RDAI 4 балл ва ундан кам, SpO2 индекси 95% ва ундан юқори (97% -98%). Чиқариш мезонлари қуйидагилардир: қониқарли ҳолат, RDAI 4 балл ва ундан кам, SpO2 индекси 95% ва ундан юқори (97% -98%).

Монтелукаст терапиясини анъанавий даволаш комплексига киритиш касалхонада ётиш давомийлигининг ўртача 1,2 ётоқ кунига камайиши билан намоён бўлди, II гуруҳ беморларида эса I гуруҳ беморлари билан таққослаганда 4,3 ± 0,2 5,5 ± 0,2 ётоқ \ кун (P <0,05).

Бизнинг кузатувларимиз бўйича Монтелукастдан фойдаланганда ножўя таъсирлар кузатилмади, бу дорилар хавфсизлигининг етарли даражасига тўғри келди.

Хулоса. Шундай қилиб, ушбу тадқиқот натижалари Монтелукастнинг болалардаги бронхообструктив синдромни комплекс даволашда яхши клиник самарадорлигини кўрсатади ва улардан фойдаланишни тавсия етиш мумкин.

Адабиётлар.

1. Геппе Н.А., Селиверстова Н.А., Малышев В.С. и др. Причины бронхиальной обструкции у детей и направления терапии // Русский медицинский журнал. – 2011. – Т. 19, № 22. – С. 1333-1404.
2. Зайцева О.В. Бронхиальная астма и респираторные инфекции у детей // Медицинский совет. – 2013. - №1. – С. 34-41.
3. Ласица О.И., Акопян А.З. Распространенность аллергических заболеваний в г.Киеве по унифицированной программе ISAAC. // Украинский медицинский журнал. – 1999. - №3 – С. 21-24.
4. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. – М.: Медицина, 2012. – 187 с.
5. Юлиш Е.И. Патогенетическая терапия кашля у детей //Здоровье Украины – 2011 – Тематический номер, март – С.3-4
6. Haymaker WE, Kernohan JW. The Landry-GuillainBarré syndrome; a clinicopathologic report of 50 fatal cases and a critique of the literature. Medicine (Baltimore), 1949; 28(1): 59-141.
7. Sinhaa S, Prasada KN, Pradhanb S, Jaina D, Jhab S.Detection of preceding Campylobacter jejuni infection by polymerase chain reaction in patients with Guillain-Barré syndrome. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 2004; 98: 342—346.
8. McGrogan A., Madle G., SeOMAH H., DeVries C.S. Epidemiology of Guillain-Barré Syndrome worldwide. A systemic literature review. Neuroepidemiology, 2009; 32: 150-63.
9. Toft CE. Guillian-Barré Syndrome – a case study. Accident and Emergency Nursing, 2002; 10(2): 92- 102.
10. Parkin RT, Davies-Cole JO, Balbus JM. A definition for chronic sequelae applied to campylobacter and guillian-barre syndrome (СГБ). Annals of Epidemiology, 2000; 10(7): 473
11. Brody AJ, Sternbach G, Varon J. Octave landry: Guillain-Barré syndrome. The Journal of Emergency Medicine, 1994; 12(6).
12. Hahn AF, FRCPC. Guillian-Barre' syndrome. The Lancet, 1998; 325(9128): 635-641.17. Taylor WA, Brostoff SW, Hughes RAC. P2 specific lymphocyte transformation in Guillain-Barré
13. United States Renal Data System 2011 annual data report: atlas of chronic kidney disease & end stage renal disease in the United States / A.J.Collins [et al.] // Am J Kidney Dis. - 2012. - Vol. 59, Suppl. 1 (A7). - P. e1- 420. 192
14. KDOQI clinical practice guideline for diabetes and CKD // Am J of Kidn Dis. - 2012. - Vol. 60, № 5. - P. 850-886. 212

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Закия Муслимовна Мустафаева
Азербайджанский государственный институт
усовершенствования врачей имени А. Алиева, Баку
Email: zackiyam@gmail.com

ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В АЗЕРБАЙЖДАНЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗА 2014-2019 ГГ.

For citation: Z.M. Mustafayeva STUDY OF MORBIDITY OF CHILD POPULATION IN AZERBAIJDAN BY RESULTS OF OBLIGATORY MEDICAL EXAMINATIONS FOR 2014-2019 Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.170-174

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-107

АННОТАЦИЯ

За последние годы в Азербайджане достигнуты успехи в области по улучшению качества медицинских услуг. С целью улучшения состояния здоровья детского населения и обеспечения его качественной медицинской помощью, в 2013 году был утвержден Закон «Об обязательной диспансеризации детей». Во исполнение этого закона укреплена материально-техническая база детских амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих медицинские услуги детям, улучшено их обеспечение лекарственными препаратами и медицинским оборудованием, проводятся профилактические медицинские осмотры, ведется работа по улучшению качества диспансерного наблюдения за детьми, внедряются новые формы лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий. Несмотря на это, необходимо понимать целесообразность комплексного, системного подхода к реализации задач по сохранению, укреплению и улучшению состояния здоровья детского населения на основе изучения показателей состояния здоровья детей, наиболее важным из которых является заболеваемость.

Ключевые слова: здоровье детей; обязательная диспансеризация; профилактические осмотры; заболеваемость; структура заболеваемости; классы болезней; международная классификация болезней МКБ-10.

Zakiya Muslimovna Mustafayeva
Azerbaijan State Advanced Training
Institute for Doctors named after A. Aliyev, Baku
Email: zackiyam@gmail.com

STUDY OF MORBIDITY OF CHILD POPULATION IN AZERBAIJDAN BY RESULTS OF OBLIGATORY MEDICAL EXAMINATIONS FOR 2014-2019

ANNOTATION

The aim of this research is to study child population morbidity in Azerbaijan by results of obligatory medical examinations for 2014-2019yy. In recent years, Azerbaijan has made progress in improving the quality of medical services. In order to improve the health status of the child population and provide it with high-quality medical care, the Law "On compulsory clinical examination of children" was approved in 2013. In pursuance of this law, the material and technical base of children's outpatient clinics providing medical services to children has been strengthened, their provision of medicines and medical equipment has been improved, preventive medical examinations are carried out, the quality of clinical observations and new forms of medical and rehabilitation measures are worked out. Despite this, it is necessary to understand the feasibility of an integrated, systematic approach to the implementation of tasks to preserve, strengthen and improve the health status of the child population based on the study of child health indicators, the most important of which is morbidity.

Key words: child health; obligatory medical examination; preventive examinations; morbidity; structure of morbidity; classes of diseases; international classification of diseases ICD-10.

Актуальность. Здоровье детей и подростков в Азербайджане является одной из ведущих областей социальной политики государства. С 2014 года с принятием Закона «Об обязательной диспансеризации детей» внедрена система обязательной диспансеризации детского населения, что ознаменовало начало масштабных мероприятий в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Принятые организационные меры позволили разработать стратегию снижения заболеваемости и разработать меры профилактики на основании постоянного мониторинга изучения состояния здоровья детей [1,6].

В последние годы в общей структуре заболеваемости детского населения наблюдается тенденция увеличения таких заболеваний и функциональных отклонений как психоневрологические, сердечно-сосудистые и зрительные заболевания, расстройства мочеполовой системы, болезни пищеварительной системы, нарушения опорно-двигательного аппарата, в том числе нарушения осанки, деформации грудной клетки, метеоризм [2].

Как известно, ослабление общего иммунного статуса, а также снижение активации различных защитно-адаптационных и адаптационно-компенсаторных реакций приводят к функциональным нарушениям в органах и системах детского организма и заканчиваются хронизацией патологического процесса [3-5]. По данным многих исследований, только 10-15% детей можно считать практически здоровыми [4-10]. У остальных детей наблюдаются те или иные морфофункциональные изменения и хронические заболевания [11-15].

В связи с этим представляется целесообразным более детальное изучение проблемы заболеваемости в детской популяции Азербайджана, разработка четких организационных, профилактических и лечебных мероприятий и оценка их эффективности [5].

Цель исследования: Изучение уровня заболеваемости и тенденции его развития среди детского населения Азербайджана в возрасте 0-17 лет в 2014-2019 годах.

Методы исследования: Для изучения заболеваемости детского населения использовались формы государственной статистической отчетности (№ 12,30,31) за 2014-2019 годы. Информация об основных классах заболеваний в соответствии Международной классификации болезней (МКБ-10), представленная в отчетах за период с 2014 по 2019 год, анализировалась и проводилась статистическая обработка результатов с использованием таких приложений, как Microsoft Excel 2007, STATISTICA 7.0. Вероятность различия -95% считалась статистически значимыми ($p < 0,05$).

Результаты: При изучении заболеваемости среди детского населения Азербайджана проанализирована структура заболеваний, выявленных при обязательных профилактических медицинских осмотрах детей 0-17 лет за период 2014- 2019 гг, и «ранговые» места заболеваний в структуре общей заболеваемости (таблица 1).

Таблица 1.

Динамика повышения заболеваемости по классам болезней у детей за 2014-2019 гг.

Классы болезней (МКБ-10)	**2014-2019,%**	**«Ранговое» место**
Психические расстройства и расстройства поведения	+21%	1
Болезни мочеполовой системы	+21%	1
Болезни глаза и его придаточного аппарата	+17%	2
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	+16%	3
Болезни органов пищеварения	+14%	4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	+14%	4
Болезни уха и сосцевидного отростка	+9%	5

Как видно из таблицы 1, рост заболеваемости за 2014-2019 гг. характеризуется преобладанием роста заболеваемости психических расстройств и расстройств поведения и заболеваний мочеполовой системы. Следует отметить, что рост частоты психических и поведенческих расстройств на 21% за период исследования был связан со статусом здоровья беременных женщин, социально-экономическими и экологическими факторами. Среди функциональных психических и поведенческих расстройств чаще встречались астенические и невротические реакции, нарушения сна, гиперкинетические реакции, дислалия, дефицит внимания, сопровождающийся синдромом гиперактивности и др.

Также за этот период увеличилось количество заболеваний мочеполовой системы на 21%. Заболевания глаза и его придаточного аппарата увеличились на + 17% за исследуемый период и заняли второе место в структуре общей заболеваемости. Как известно, в наше время широко используются компьютерные технологии как в образовательных целях, так и в социальных сетях, и в результате дети проводят много времени перед мониторами, что негативно сказывается на состоянии детского зрительного аппарата. Разрешение детям смотреть телевизор с раннего возраста (особенно на первом году жизни) приводит к нарушению биполярного зрения, аккомодации и рефракции глаза, значительно сужает интеллектуальное и социальное пространство ребенка, что может негативно повлиять на его адаптивно-коммуникативные навыки в будущем. Среди этих заболеваний чаще встречаются функциональные нарушения зрения (миопия и дальнозоркость легкой степени, спазм аккомодации, астигматизм легкой степени, косоглазие).

Третье место в структуре общей заболеваемости занимают заболевания крови и органов кроветворения, заболеваемость которых выросла на 16% за период 2014-2019 гг. Среди этих заболеваний часто встречаются врожденные пороки сердца (возраст 1-6 лет), болезни системы кровообращения и ревматические заболевания (6-14 лет). Причина роста заболеваемости этого класса лежит в схожести с распространенностью этих патологий, повышением качества диагностики и внедрением новых медицинских технологий.

Следует отметить, что количество болезней органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани значительно увеличилось за счет нарастания функциональных нарушений у детей школьного возраста. Причиной увеличения этих заболеваний является снижение физической активности детей в школах, плохая организация питания детей в соответствии с возрастом, увлечение детей «фастфудом», неправильный выбор и использование неудобной одежды и обуви, длительный малоподвижный статус детей за компьютером на уроках и в школе.

При анализе структуры заболеваемости за исследуемый период отмечается интенсивное снижение динамики некоторых заболеваний, в том числе новообразований (-

30%), болезней эндокринной системы, нарушений обмена веществ и питания (-23%) и болезней нервной системы (-23%) (Таблица 2).

Таблица 2.

Динамика снижения заболеваемости по классам болезней у детей за 2014-2019 гг.

Классы болезней (МКБ-10)	**2014-2019,%**	**«Ранговое» место**
Новообразования	-30%	1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	-23%	2
Болезни нервной системы	-23%	2
Болезни кровообращения	-14%	3

В период исследования снижение заболеваемости в вышеупомянутых классах было связано с онкологией, диабетом и др. болезнями, выявленными впервые в результате проведения профилактических медицинских осмотров в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях. Это связано с целенаправленной деятельностью в области раннего выявления заболеваний в рамках целевых государственных программ по исполнению Закона «Об обязательной диспансеризации детей».

Выводы: На основании полученных результатов в структуре общей заболеваемости за исследуемый период отмечались тенденция повышения заболеваемости по психическим расстройствам и расстройствам поведения, а также заболеваний мочеполовой системы, болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани. Все эти заболевания были связаны с такими факторами риска, как социально-экономические и поведенческие факторы риска.

В структуре общей заболеваемости за исследуемый период отмечалась тенденция снижения заболеваемости по новообразованиям, болезням эндокринной системы, нарушений обмена веществ и питания и болезням нервной системы.

Литература

1. El Arifeen S. Child health and mortality. J Health Popul Nutr. 2008;26(3):273-279.
2. Закон «Об обязательной диспансеризации детей»; http://e-qanun.az/framework/25600
3. «Государственная программа по реализиции мероприятий по обязательной диспансеризации детей на 2018-2022 гг.»; http://e-qanun.az/framework/39743
4. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., ред. Основные тенденции здоровья детского населения. М.: Союз педиатров России; 2011.116с.
5. Global Burden of Disease Pediatrics Collaboration, Kyu HH at all. Global and National Burden of Diseases and Injuries Among Children and Adolescents Between 1990 and 2013: Findings from the Global Burden of Disease 2013 Study. JAMA Pediatr. 2016 Mar;170(3):267-87. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.4276. PMID: 26810619; PMCID: PMC5076765.
6. Ильин А.Г., Конова С.Р. Состояние здоровья детей дошкольного и младшего школьного возраста. Проблемы, пути решения. Справочник педиатра. 2011. 3. 5-10.
7. Михалюк Н.С., Большаков А.М., Кутепов Е.Н. Здоровье детей в процессе онтогенетического развития в условиях промышленного города / Научно-методические основы изучения адаптации детей и подростков к условиям жизнедеятельности. – М.: Изд-во Научного Центра Здоров'я Детей РАМН., 2005 – С. 142-147.
8. Mo, X., Gai, R.T., Tachibana, Y. et al. The burden of disease and the cost of illness attributable to child maltreatment in Japan: long-term health consequences largely matter. BMC Public Health 20, 1296 (2020). https://doi.org/10.1186/s12889-020-09397-8

9. Birtwhistle R, Bell NR, Thombs BD, Grad R, Dickinson JA. Periodic preventive health visits: a more appropriate approach to delivering preventive services: From the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Can Fam Physician. 2017;63(11):824-826.
10. Bell NR, Grad R, Dickinson JA, et al. Better decision making in preventive health screening: Balancing benefits and harms. Can Fam Physician. 2017;63(7):521-524.
11. Vyas S, Kandpal S, Semwal J, Deepshikha. A study on morbidity profile and associated risk factors in a rural area of dehradun. J Clin Diagn Res. 2014;8(8):JC01-JC4. doi:10.7860/JCDR/2014/8595.4706
12. GBD 2017 Child and Adolescent Health Collaborators. Diseases, Injuries, and Risk Factors in Child and Adolescent Health, 1990 to 2017: Findings From the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2017 Study. JAMA Pediatr. 2019;173(6):e190337. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.0337
13. Савина А.А., Леонов С.А., Сон И.М., Фейгинова С.И. Вклад отдельных возрастных групп населения в формирование общей заболеваемости по данным обращаемости в федеральных округах Российской Федерации. Социальные аспекты здоровья населения 2018; 3.
14. Широкова В. И., Кобринский Б. А., Воропаева Я. В. Мониторинг диспансеризации детского населения: состояние и задачи по повышению его эффективности. Рос. педиатр. журн. – 2009. – №4. – С.4-11.
15. Маношкина Е.М., Матвеев Э.Н., Бантьева М.Н. Основные тенденции численности диспансерной группы детского населения России 0-14 лет в динамике за 2000-2015 годы. Менеджер здравоохранения 2018; 8: 13-22.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

PEDIATRIC SURGERY

Хабибулла Атауллаевич АКИЛОВ
Хирургия, болалар хирургияси кафедраси,
Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини
ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон.
Бахромжон Халимжонович МИРЗАКАРИМОВ
Жўракул Усманович ДЖУМАБАЕВ
Каримжон Салимжонович ЮЛЧИЕВ
Болалар хирургияси кафедраси,
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон.

БОЛАЛАРДА КЎКРАК ҚАФАСИ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯСИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

For citation: Kh.A. Akilov, B.H. Mirzakarimov, J.U. Djumabaev, K.S. Yulchiev RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF FUNNEL CHEST IN CHILDREN Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 175-181

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-108

АННОТАЦИЯ

Болаларда кўкрак қафаси гирдобсимон деформацияларини хирургик даволашнинг кўплаб усллари мавжуд, лекин барчасида хам умумий камчилик, жарохатчанликнинг юқорилиги кузатилмоқда. Гирдобсимон деформацияда биринчи операция 100 йил аввал бажарилган бўлсада касалликни хирургик даволаш муаммоси тўлалича ечилмаган. Гирдобсимон деформацияни хирургик даволашнинг 100 дан ортиқ усуллари мавжудлиги буни тасдиқлайди.

Калит сўзлар: гирдобсимон деформация, болалар, торакопластика, реконструктив

Хабибулла Атауллаевич АКИЛОВ
Кафедра хирургия, детская хирургия,
Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников, Ташкент, Узбекистан.
Бахромжон Халимжонович МИРЗАКАРИМОВ
Жўракул Усманович ДЖУМАБАЕВ
Каримжон Салимжонович ЮЛЧИЕВ
Кафедра детская хирургия,
Андижанский государственный медицинский
институт, Узбекистан.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

АННОТАЦИЯ

На сегодняшний день предложено множество способов оперативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки, но все они обладают одним выраженным и существенным недостатком - очень большой травматичностью. Несмотря на то, что первая операция по поводу воронкообразной деформации грудной клетки выполнено более 100 лет назад, проблему лечения этого заболевания нельзя считать окончательно решенной. На это указывает тот факт, что для коррекции воронкобразной деформации грудной клетки у детей используется более ста способов и модификаций оперативного вмешательства.

Ключевые слова: воронкобразная деформация, дети, торакопластика, реконструктивная

Khabibulla Ataullaevich AKILOV,
department of surgery, pediatric surgery,
Center for development of professional qualification
of medical workers, Tashkent, Uzbekistan.
Bakhromjon Halimjonovich MIRZAKARIMOV
Jurakul Usmanovich DJUMABAEV
Karimjon Salimjonovich YULCHIEV
Department of Pediatric Surgery,
Andijan State Medical Institute, Uzbekistan.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF FUNNEL CHEST IN CHILDREN

ANNOTATION

To date, many methods of surgical treatment of funnel chest deformity have been proposed, but they all have one pronounced and significant drawback - very high trauma. Despite the fact that the first operation for funnel chest deformity was performed more than 100 years ago, the problem of treating this disease cannot be considered completely solved. This is indicated by the fact that more than a hundred methods and modifications of surgical intervention are used to correct the funnel-shaped deformity of the chest in children.

Key words: funnel chest, children, thoracoplasty, reconstructive

---

Долзарблиги: Кўкрак қафаси деформациялари ер юзи аҳолисининг 0,3% - 4% ни ташкил қилади [1, 4, 5, 16, 20, 24, 35, 41, 58, 65, 70, 80, 92, 94]. Кўкрак қафаси деформацияларининг турли хил кўринишлари мавжуд бўлиб, гирдобсимон деформациялар 90%, килсимон деформациялар 8% ни, Поланд синдроми, Марфан синдромидаги деформациялар, тўшнинг туғма айрилганлиги ҳамда қовурғаларнинг алоҳида деформациялари 2% ни ташкил қилади [1, 3, 4, 6, 8, 11, 12, 15].

Барча деформациялар, шунингдек кўкрак қафаси гирдобсимон деформацияларини (ККҚД) даволашнинг энг самарали усули бу хирургик даволашдир [2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15]. Илмий адабиётларда келтирилишича қониқарсиз натижаларнинг ривожланиши ва ҳар хил турдаги асоратларнинг бўлиши деформацияни коррекциялаш усулидаги хатоликлар бириктирувчи тўқима дисплазиясига эътибор берилмаганлиги ҳисобига келиб чиқади [2, 4, 7, 8, 9, 14, 15].

Тадқиқот мақсади: ККҚДда хирургик даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материаллари ва усулари: Клиникамизда охирги 10 йил давомида кўкрак қафаси гирдобсимон деформацияси (ККҚД) ташхиси билан хирургик даволанган 210 нафар бемор болалар даволаш натижалари ўрганиб чиқилди. Даволаш натижаларини таққослама ўрганиш мақсадида беморлар асосий (торакопластиканинг реконструктив таклиф қилинган усули) ва назорат (Равич-Гросс усули) гурухларига бўлиб ўрганилди. Асосий гурухни 133 (63,3%) нафар, назорат гурухини 77 (36,4%) нафар бемор болалар ташкил этди. Барча беморлар операция олди тайёргарлиги сифатида клиник лаборатор, рентген, ЭКГ, ЭхоКГ, спирография

текширувлари ва педиатр, кардиолог, ЛОР мутахассислар кўрувларидан ўтказилди. Беморларни ёши бўйича 21 (10%) нафари 1-3 ёш, 82 (39,0%) нафари 3-7 ёш, 69 (32,8%) нафари 7-12 ёш, 38 (18,1%) нафари 12-18 ёшли бемор болалар ташкил этди. Беморларнинг 74 (35,2%) нафарида II-даражали, 99 (47,1%) нафарида III-даражали ва 37 (17,6%) нафарида IV-даражали деформация аниқланди. Тури бўйича 149 (69,5%) нафар беморда симметрик, 53 (25,5%) нафарида ассиметрик ва 11 (5,2%) нафарида деформациянинг ясси тури қайд этилган. Беморларда юрак ичи гемодинамикаси кўрсаткичлари бўйича қон айланишининг нормокинетик тури аниқланмади. Беморларнинг 75,0%да гемодинамиканинг гиперкинетик тури, 25%да эса гипокинетик тури аниқланди. ЭКГ текширувларида юрак мушакларидаги метоболик ўзгаришлар 121 (70,8%) нафар, чап қоринча гипертрофияси 69 (40,3%) нафар, ўнг қоринча гипертрофияси 26 (15,2%) нафар, Гисс тутами ўнг оёқча нотўлиқ қамали 49 (28,6%) нафар, Гисс тутами ўнг оёқчаси тўлиқ қамали 24 (14,0%) нафар беморларда кузатилди. Юрак ритмининг бузилишидан синусли брадикардия 18 (10,5%), синусли тахикардия 54 (31,6%) бемор болаларда кузатилди.

Тадқиқот натижалари: Асосий гурухдаги беморларда хирургик даволаш клиникамизда ишлаб чиқилган усуллар билан даволанган. 1-3 ёшли 21 нафар беморларда торакопластиканинг камжарохатча усули (DGU 2016 0057) ва 3 ёшдан юқори беморларда реконструктив торакопластика (DGU 2021 0522) усуллари билан хирургик даволаш ўтказилган.

Хирургик даволаш натижалари 3 та даврга, операция вақти, операциядан кейинги эрта ва узоқ даврларга бўлиб қиёсий ўрганилди. Беморларнинг операция вақтидаги асоратлари бўйича қиёсий тахлили 1- жадвалда келтирилган. **1-**жадвалдан операция вақтида учраган асоратлар ўртача кўрсаткичлари солиштирилганда асосий гурухдаги беморларда камайганлиги (66,2% нисбатан 15,7%), ёки статистик жихатдан фарқи мавжуд (p<0,05).

Жадвал 1

КҚГДси ташхиси билан хирургик даволанган беморларнинг операция вақтидаги асоратлари бўйича қиёсий тахлили

№	Асорат тури	Назорат гурухи n=77		Асосий гурух n=133	
		абс	%	абс	%
1	Қон кетиш	18	23,4±4,37	12	9,0±2,8
2	Плевра жарохатланиши	22	28,6±4,7	5	3,7±1,8
3	Пневмоторакс	11	14,2±3,56	4	3,0±1,7
Жами		51	66,2±6,6*	21	15, 7±7,9*

*** - p<0,05 назорат гурухига нисбатан статистик жихатдан фарқи мавжуд**

Операциядан кейинги қон кетишлар 23,4% дан 9,0%га камайганлиги статистик юқори ишончли (p<0,001). Операция вақтидаги қон кетишларнинг камайишига биз қовурғалар резекциясини тоғай усти пардасини ажратмаган холда тўлалигича кесиш орқали эришдик. Асосий гурухдаги беморларда плевра жарохатланишини камайиши (p<0,01) натижасида пневматораксниг 14,2%дан 4%га яъни 3,5 маротабага камайишига эришилди (p<0,01). Клиник кузатувлардан маълумки КҚГДда париетал плевра тўш суягига ёпишган холатда бўлади ва бутунлигича ажратиш техник қийин хисобланади. Асосий гурухда беморларда қовурғалар тўлиқ резекцияси, ханжарсимон ўсиқ ва тўш-диафрагмал боғламни олиб ташлаш хамда қориннинг тўғри мушакларини тўш ва қовурға равоғидан ажратиб олиш тўш-қовурға мажмуасини эркин харакатланиши ва париетал плеврани визул ажратиш имконини берди. Ушбу усулдаги операцияларда плевранинг зарарланиши асосан КҚГДнинг IV-даражаси билан беморларда кузатилиб, париетал плевра тўш суяги ички томонига юқори даражада ёпишганлиги сабаб бўлди.

Операциядан кейинги яқин даврни беморни шинада бўлиш даври охиригача, 3 ой қилиб белгиладик. Эрта даврда кузатилган асоратларни хирургик даволаш усуллари бўйича

солиштирма тахлили 2-жадвалда келтириб ўтилган. КҚГДларида тўш-қовурға мажмуасини тўғриланган холда ушлаб туришга асосланган хар қандай хирургик усул беморда турли хил ноқулайликлар ва операциядан кейинги давр оғриқ хиссининг узоқ вақт сақланиб қолишига олиб келади.

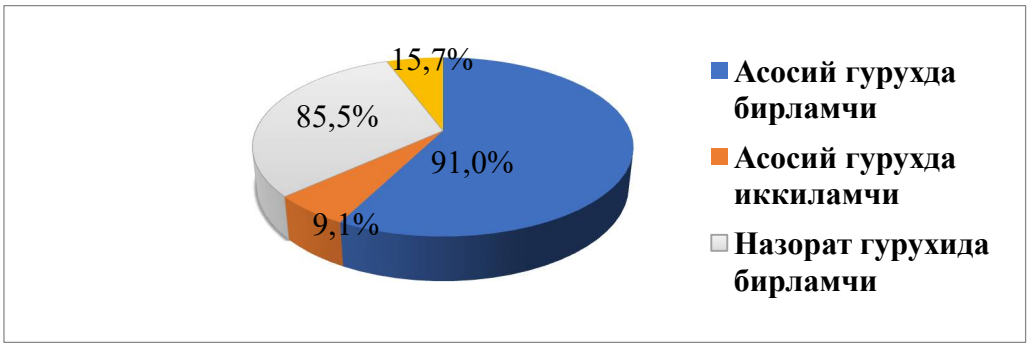
Бизнинг кузатувларимизда хам (2 -жадвал) КҚГД ташхиси билан ТҚМни ташқи ушлаб туришга асосланган Равич-Гросс усулида оғриқ хиссини сақланиб қолиши таклиф қилинган реконструктив операция усулига нисбатан 2,5 баробар ортиқ давом этганлиги (12,2±0,64 нисбатан 5,3±0,13) аниқланди.

2-жадвал

Хирургик даволаш усуллари эрта давр асоратларини бахолаш меъзонлари бўйича қиёслаш

№	Бахолаш меъзонлари	Назорат гурухи n=77	Асосий гурух n=133
1	Наркотик анальгетиклар ёрдамида оғриқсилантириш	4,4±0,56 кун	1,4±0,1 кун
2	Нонаркотик анальгетиклар ёрдамида оғриқсилантириш	7,3±0,42 кун	3,01±0,21 кун
3	Тўш-қовурға мажмуасини ушлаб турувчи мосламада бўлиш вақти	86±3,9 кун	-
4	Оғриқ хисси давомийлиги	12,2±0,64 кун	5,3±0,13 кун
5	Беморни вертикал холатга ўтказиш	3,3±0,45 кун	1,5±0,1 кун
6	Юришга рухсат бериш	4,2±0,16 кун	2,6±0,12 кун
7	Даволаш ўрин куни	14,3±0,69 кун	7,1 ±0,16 кун

Назорат гурухида операциядан кейинги оғриқни бартараф этиш учун наркотик анальгетикларни қўллаш асосий гурухга нисбатан узоқ давом этганлиги аниқланди ($p<0,05$). Нонаркотик анальгетиклар ёрдамида оғриқ қолдириш назорат гурухида асосий гурухга нисбатан 4 кунга, яъни 2,3 мартага ортиқ давом этганлиги кўрилди.КҚГДсида Равич–Гросс усулида хирургик даволанган беморларда операциядан кейинги яқин даврда беморларда кўплаб ноқулайликлар кузатилди. Беморларни шинага кўникиши 7,4±0,3 кун давом этди ва бунинг натижасида беморларни вертикал холатга келтириш ўртача 3,3±0,45 кунга, юришга рухсат бериш 4,2±0,16 кунга тўғри келди. Асосий гурухдаги беморларда бу кўрсаткичлар 1,4±0,1 ва 2,6±0,12 кунни ташкил этди. Шунингдек 8 (10,4%) нафар беморда ТҚМни тортиб турувчи иплар атрофини яллиқланиши, 4 (5,2%) нафар беморда йиқилиш натижасида шинани синиши ва 6 (7,7%) нафар беморда тортиб турувчи ипларни вақтидан олдин узилиши кузатилди. ТҚМни операциядан кейин ташқи тортиб турувчи ускунасида юриш (86±3,9 кун) каби бемор учун ноқулай бўлган холат тўлалигича бартараф этилди.



Расм 1. Асосий ва назорат гурухидаги беморларни жарохат битиши

Асосий ва назорат гурухидаги беморларни жарохатни битиш холати 1-диаграмма орқали тасвирланган. Жарохатни бирламчи битиши асосий ва назорат гурухида мос равишда 91,0% ва 85,5% ни ташкил этди ($p>0,05$). Жарохатнинг иккиламчи битиши назорат гурухида 15,7% ни ташкил этиб, асосий гурухда бу кўрсаткич 9,1%га тенг бўлди. Жарохат битишидаги бундай деярли бир хил кўрсаткичлар сабаблари ўрганиб чиқилганда 11 нафар беморларда бириктирувчи тўқима дисплазиясининг эктодермал белгилари борлиги аниқланди. Бизнинг

фикримизча теридаги диспластик ўзгаришлар беморларда жарохатнинг иккиламчи битишига олиб келган.

Асосий гурухдаги беморларда ўтказилган реконструктив операция усули ТҚМни махаллий тўқималар хисобига тўғриланган холатда ушлаб туришга асосланган бўлиб, беморларда кўкрак қафасида бўладиган оғриқ хисси ишончли қисқарганлиги p<0,001, ўртача 7 кунга, бунинг натижасида беморларни шифохонадаги ўрин кунларини 50%га қисқартириш имконини берди.

КҚГДси ташхиси билан хирургик даволанган беморларнинг узоқ давр натижалари асосий гурухдаги 80 (60,1) нафари ва назорат гурухидаги 50 (64,9%) нафар беморларнинг операциядан кейинги 3 ойдан 5 йилгача бўлган вақт оралиғидаги холати амбулатор карталар ва қайта кўрув хулосалари асосида ўрганиб чиқилди.

Операциядан кейинги узоқ давр натижалари ўрганишлари шуни кўрсатдики (3-жадвал) махаллий кўкрак қафасининг ташқи холатидаги 60% асоратлар асосий гурухда учрамаган.

3- жадвал

КҚГДси билан хирурик даволанган беморлар узоқ давр натижалари

№	Бахолаш меъзонлари	Назорат гурухи n=50		Асосий гурух n=80	
		абс	%	абс	%
1	Қовурғаларда махаллий деформациялар	9	18,0±12,8	-	-
2	Жарохат чок ўрнини дағаллашуви ёки келоид чандиқ	11	22,0±12,4	3	3,7±10,9
3	Қовурға резекция сохасида хондрома хосил бўлиши	12	24,0±12,3	-	-
4	Қовурғалар бириктирилган қисмини силжиши	5	10,0±13,4	-	-
5	Деформациянинг қайталаниши	12	26±12,7***	2	2,5±11,0***
Жами		31	62,0±8,7***	5	6,2±10,8***

p<0,001* - назорат гурухига нисбатан статистик фарқ мавжуд**

Операциядан кейинги салбий оқибат хисобланган касалликнинг қайталаниши 10 марттага (26,0% дан 2,5%га) камайтирилганлиги p<0,001 статистик юқори ишонарли эканлиги аниқланди. Жарохат чоклари ўрнида бўлган ўзгариш 22%дан 3,7%га яъни 5,3 марттага камайтиришга эришилди. Операциядан кейинги узоқ давр натижаларидан кўриш мумкунки кўкрак қафасининг косметик жихат асоратларини асосий гурухда 62,0%дан 6,2%га камайтиришга эришилди (p<0,001).

Беморлардаги хирургик даволаш натижаларини талқин қилишни аниқ бўлиши мақсадида биз қуйидаги бахолаш меъзонидан фойдаландик (4-жадвал). Беморлардаги операциядан кейинги узоқ давр натижаларни хулоса қилишдаги қийинчилик сабабли бахолаш меъзонларига даволаш натижаларининг барча жихатлари киритилди. Меъзон қилиб операциянинг косметик натижаси, нафас тизимидаги функционал ўзгаришлар, боланинг жисмоний ривожланиши, кўкрак қафасининг рентгенологик ўзгаришлари, беморнинг операциядан кейинги психологик холатлари асос қилиб олинди.

4- жадвал

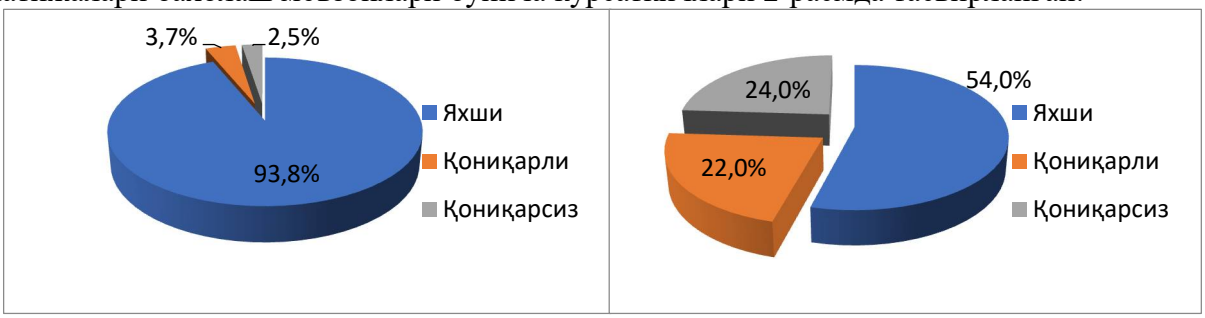
Хирургик даволанган беморлар узоқ натижаларини бахолаш меъзонлари

№		Бахолаш меъзонлари	Балл
1	**Чарчоқ хисси**	а) Шикояти йўқ	10
		б) жисмоний харакатларда чарчаш	5
		в) тез чарчаш	1
2	**Хансираш**	а) Шикоят йўқ	10
		б) Ўртача жисмоний юкламаларда хансираш	5
		в) Оз жисмоний юкламаларда хансираш	1
3	**Қовурғалар аро невралгиянинг мавжудлиги**	а) йуқ	10
		б) жисмоний юкламаларда оғриқ	5
		в) доимий чуқур нафас олганда оғриқ	1
4		а) чандиқ ингичка сезиларсиз	10

	Операциядан кейинги чадиқ холати	б) чандиқ дағаллашган	5
		в) келоид чандиқ	1
5	**Операциядан кейинги ходромалар мавжудлиги**	а) йўқ	10
		б) 0,5 смгача	5
		в) 0,5 смдан катта	1
6	**Резекция қилинган қовуралар охирларининг силжиши**	а) йўқ	10
		б) битта қовурғада	5
		в) икки ва ундан ортиқ	1
7	**Кўкрак қафаси шакли**	а) меъёрда	10
		б) қовурғаларда чегаралган деформация	5
		в) қайталаниш	1
8	**Операциядан кейинги жисмоний ривожланиш**	а) яхши	10
		б) ўрта	5
		в) паст	1
9	**Психологик холати**	а) киришувчан	10
		б) тортинчоқ	5
		в) жахилдор	1
10	**Рентген текширув натижаси**	а) ТҚМ теккис	10
		б) I-даражали деформация	5
		в) қайталанган	1

Хар бир танланган меъзон кўрсаткичлари бўйича балл билан белгиланиб гурухларга ажратилди. Беморлар умумий холатига бахо беришда ўзи ва ота-онасининг хулосалари, беморнинг рухий холати, жисмоний фаоллиги, умумий холатини операциядан кейин яхшиланганлиги хисобга олинди. Беморлар натижалари балл тизимида бахоланди ва меъзонга асосан 100 дан 80 баллгача яхши, 79 дан 50 баллгача қониқарли, >50 баллдан паст бўлса қониқарсиз деб хисобланди.

Бахолаш меъзони бўйича асосий гурухдаги беморларни 93,7%да юқори балл натижалари (100-80 балл) кузатилди. Назорат гурухида эса бу кўрсаткич бўйича 54% беморлар бахоланди. Даволаш натижалари бўйича >50 балл олган беморларда КҚДнинг қайталаниши борлигини белгилаб берди. Назорат гурухидаги 12 (24%) беморда 50 баллдан паст кўрсаткич аниқланди ва касаллик қайталанган деб бахоланди. Асосий гурухда бу кўрсаткич назорат гурухига нисбатан 10 марттага яхшиланганлиги 2 (2,5%) аниқланди. Беморларнинг узоқ давр натижалари бахолаш меъзонлари бўйича кўрсаткичлари 2-расмда тасвирланган.



А Б

2-Расм. А. Асосий гурух беморларини операциядан кейинги узоқ давр натижалари. Б. Назорат гурухи беморларини операциядан кейинги узоқ давр натижалари.

Диаграмма натижаларига асосан КҚГДси ташхиси билан даволанган беморлар натижалари асосий гурухнинг 93,8%да, назорат гурухида эса 54%да яхши натижа билан бахоланди. Даволаш натижаси қониқарсизлиги назорат гурухида 24% беморларда, ассосий гурух беморларда эса 2,5% да аниқланди.

Шундай қилиб КҚГДси бор беморларни хирургик даволашда тўш қовурға мажмуасини махаллий тўқималар ёрдамида тўғриланган холатда ушлаб туришга асосланган реконструктив операция усули ташқи ушлаб турувчи мослама ёрдамида ўтказиладиган Равич-Гросс операциясига нисбатан самарали хисобланди.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Адамян Р.Т., Кузьмичев В.А., Гуляев И.В. Комплексный подход к коррекции воронкообразной деформации грудной клетки. // «Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии», илмий амалий журнал 2017:1. 73-76.
2. Азизов М.Ж., Ходжанов И.Ю. Кўкрак қафаси гирдобсимон деформацияси. Монография. Тошкент. 2014. 140 б.
3. Джумабаев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х., Тошбоев Ш.О. Туғма кўкрак қафаси ривожланиш нуқсонлари //«Ўзбекистон болалар хирургларининг II-съезди». Тошкент. 2011. 28-29.
4. Ибрагимов Я.Х., Ибрагимова М.Я., Хирургическая лечения воронкообразной деформации грудной клетки // «Инновационные технологии в медицине», илмий амалий журнал 2017: №8(109). 68-70.
5. Комиссаров И.А., Камолкин И.А., Афанасьев А.П. Хирургическое лечение воронкообразной деформации грудной клетки у детей. /«Здоровые детей-будущее страны», конгерсс материаллари. 2017. 158.
6. Мирзакаримов Б.Х. Вопросы этиопатогенетических механизмов развития воронкообразной деформации грудной клетки // Ўзбекистон терапия ахборотномаси №3, 2016, 251-253.
7. Разумовский А.Ю., ва хаммуаллифлар. Сравнительная оценка результатов лечения при различных способах торакопластики у детей с воронкообразной деформации грудной клетки // «Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии», илмий амалий журнал. 2017: Том VII. №2. 7-11.
8. Стальмахович В.Н., Дуденков В.В., Дюков А.А. Факторы риска, влияющие на возникновение частичного рецидива воронкообразной деформации грудной клетки после торакопластики //Бюллетень ВСНЦ со РАМН 2011, 1 (77), стр. 159-162.
9. Ходжанов И.Ю., Хакимов Ш.К., Касымов Х.А. Выбор способа хирургического лечения воронкообразной деформации грудной клетки у детей на основе критериев эластичности грудино-реберного комплекса // «Травматология и ортопедия России» илмий амалий журнал. 2013.3 (69). 130-135.
10. Calista M.H., Kevin N.J., Courney E.K and all. Comparing outcomes with thoracic epidural and intercostal nerve cry ablation after Nuss procedure. //Journal of surgical research. 2018: 231. 217-223.
11. Elizabeth H.S., Ourana P., Cristian S.S and all. Emergent Pectus Excavatum repear after Aortic Root replacement in Marfan Patient. //Journal Cardiac Surgery. 2012:27. 220-227.
12. Franziska E., Julia S., Sonja W and all. Does an external chest wall measurement correlate with a CT-based measurement in patients with chest wall deformities? //Journal of Pediatric Surgery.2017:52. 1583-1590.
13. Yee-Sen Ch.W, Yeong-Phang L, Reginald L and Li-Fern H. Pectus Excavatum: Uncommon Electrical Abnormalities Caused by Extrinsic Right Ventricular Compression.// J Cardiovasc Electrophysiol, Vol. 25, pp. 324-327, March 2014. DOI: 10.1111/jce.12336.
14. Ziya Ş, E G, Enbiya A, Gürkan K and Gökhan G. İzole pektus ekskavatumlu genç erişkin hastaların kardiyopulmoner bulgularının değerlendirilmesi.// Anadolu Kardiyol Derg 2011; 1: 77-8.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

PSYCHIATRY AND NARCOLOGY

Зебинисо Хидировна ЛАПАСОВА
Гулбаҳор Асламовна ҚУРБАНОВА
Дилором Сафоевна ХАЙДАРОВА
Умида Негматовна МАВЛЯНОВА
Самарқанд давлат тиббиёт институти
E-mail: lapasova_zebiniso@mail.ru

ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТЛАРИДА ЎҚИЙДИГАН ТАЛАБАЛАРНИНГ ПСИХОЛОГИК ТАЙЁРГАРЛИК ОМИЛЛАРИ

For citation Z.H. Lapasova, G.A. Kurbanova. D.S. Khaidarova, U.N. Mavlyanova FACTORS OF PSYCHOLOGICAL READINESS FOR TRAINING IN A MEDICAL UNIVERSITY Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 182-187

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-109

АННОТАЦИЯ

Мақолада талабаларнинг психологик тайёргарлиги омиллари таҳлил қилинади, университетда таьлимнинг дастлабки босқичида муваффақият қозонишига таьсир қилади. Ўқишга психологик тайёрлик бу ажралмас таьлим, университетда ўқиш шароитларига тез мослашиш ва таьлим дастурини ўзлаштириш муваффақиятининг муҳим башоратидир. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, психологик тайёргарликни тиббиёт университетида ўқув ва касбий фаолият самарадорлигининг узоқ муддатли прогнози сифатида кўриб чиқиш мумкин.Таьлимнинг дастлабки босқичида психологик тайёргарлик омили психологик ҳолат бўлиб, ўзига хос хусусиятларини акс эттиради. университетда турли даражадаги муваффақиятга эришган талабаларнинг мослашуви. "Энг яхши муваффақиятга эришган" талабаларнинг мослашуви ортиқча психологик ва шахсий психологик ресурсларнинг кўп сарфланиши билан бирга келади. Соғлиқни сақлаш ҳолатини субьектив баҳолашнинг ўзгариши, алоқа ва фаолият соҳаларидаги бузилишларни аниқлаш психологик тайёргарликнинг пасайишини эрта Маниқлаш ва уни оширишга қаратилган ўз вақтида тузатиш имконини беради.

Калит сўзлар: психологик тайёрлик; мослашувчан қобилият; шахсий хусусиятлар; таьлим ва касбий фаолият, тиббиёт ОТМ лари, талаба, соғломлилик холати.

Зебинисо Хидировна ЛАПАСОВА
Гулбахор Асламовна КУРБАНОВА
Дилором Саффоена ХАЙДАРОВА
Умида Негматовна МАВЛЯНОВА
Самаркандского государственного медицинского института

E-mail: lapasova_zebiniso@mail.ru

ФАКТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

АННОТАЦИЯ

В статье проанализированы факторы психологической готовности студентов, влияющие на успешность обучения в вузе на начальном его этапе. Психологическая готовность к обучению является интегральным образованием, важным прогностическим фактором быстрой адаптации и к условиям обучения в вузе и успешности усвоения образовательной программы. Результаты исследования показали, что психологическую готовность можно рассматривать как долгосрочный прогноз эффективности учебно-профессиональной деятельности в медицинском вузе. На начальном периоде обучения фактором психологической готовности является психологическое состояние. Адаптация «наименее успешных» студентов сопровождается перенапряжением и истощением личностных психологических ресурсов. Изменение субъективной оценки состояния здоровья, фиксация на нарушениях в коммуникативной и деятельностной сферах позволяет проводить раннее выявление снижения психологической готовности и своевременную коррекцию, направленную на ее повышение.

Ключевые слова: психологическая готовность, адаптационные возможности, личностные характеристики, учебно-профессиональная деятельность, медицинские вузы, студент, состояния здоровья.

Zebiniso Hidirovna LAPASOVA
Gulbahor Aslamovna KURBANOVA
Dilorom Safoevna KHAIDAROVA
Umida Negmatovna MAVLYANOVA
Samarkand State Medical Institute
E-mail: lapasova_zebiniso@mail.ru

FACTORS OF PSYCHOLOGICAL READINESS FOR TRAINING IN A MEDICAL UNIVERSITY

ANNOTATION

The article analyzes the factors of students' psychological readiness affecting the success of tr aining at the initial stage of studying at university. Psychological readiness for training is an integral f ormation, an important prognostic factor for rapid adaptation to the conditions of study at university a nd the success of mastering a curriculum. The results of the research showed that psychological readi ness could be viewed as a longterm forecast of the effectiveness of educational and professional activi ties in a medical school. During the initial period of training, the factor of psychological readiness is t he psychological state reflecting the peculiarities of adaptation in students with varying degrees of ac ademic achievement at university. Adaptation of the «least successful» students is accompanied by o verstrain and exhaustion of personal psychological resources. Changing the subjective assessment of the state of health, fixing on violations in the communicative and activity spheres allows for early det ection o a decrease in psychological readiness and timely correction aimed at increasing it.

Key words: psychological readiness; adaptive possibilities; personality characteristics; educational and professional activity, medical schools, student, health conditions.

Актуальность темы. Процесс постоянных преобразований в экономике и профессиональной жизни, в культуре современного российского общества требует от человека достаточно быстрой адаптации к новым реалиям, постоянного пополнения и расширения знаний. Научно-технический и социально-экономический прогресс, изменение темпов обновления техники и технологии требуют и изменения содержания, характера и направленности профессиональной подготовки [1, 4]. В связи с этим возникает потребность

как в корректировке и научном обосновании условий оптимизации образовательных моделей, в частности – образовательной среды вуза, так и в усилении психологической готовности, способствующей успешной адаптации студентов к обучению в начальный период их образования в высшей школе [2, 9].Само понятие адаптации к профессиональной деятельности неразрывно связано с понятием психологической готовности. Под термином «психологическая готовность» понимается со-стояние субъекта, определяемое способностью к успешному выполнению какой-либо деятельности и связанное с сознательной направленностью на эту деятельность [5, 11].Психологическая готовность не является константным образованием. Методологический принцип единства сознания и деятельности позволяет подойти к рассмотрению психологической готовности как динамичного образования, формирующегося и развивающегося в процессе учебной и профессиональной деятельности [11]. В структуру психологической готовности студентов к условиям обучения в вузе входят следующие компоненты: мотивационная готовность, которая включает в себя желание обучаться в данном вузе по избранной специальности (предполагает осознанный выбор и наличие представлений о будущей профессиональной деятельности) и выполнять все обязанности в соответствии с новым статусом; интеллектуальная готовность, подразумевающая не ниже среднего уровень интеллектуального развития и наличие необходимых знаний, умений и навыков в рамках школьной программы, речевую готовность, к этой же категории можно отнести наличие некоторых специфических навыков работы с текстом, самостоятельного анализа большого объема информации, конспектирования; личностная готовность, которая может включать в себя волевую, эмоциональную, коммуникативную готовность, соответствие темпераментальных и характерологических особенностей избранной специальности и форме обучения в вузе [5].

Готовность выступает так же и в виде психического состояния, которое характеризует возможности студента решать в условиях обучения задачи, близкие к реальным задачам профессиональной деятельности, а после распределения успешно включиться в работу по специальности. Поэтому готовность как психическое состояние личности студента во время обучения и с началом работы после вуза – это его внутренняя настроенность на определенное поведение при выполнении учебных и трудовых задач, установка на активные и целесообразные действия [3, 10]. Недостаточная сформированность компонентов, входящих в структуру психологической готовности студентов к обучению в вузе, неизбежно влечет за собой проблемы адаптации, риск быть отчисленным, уход по собственному желанию (перевод в другое учебное заведение). Происходит резкая ломка многолетнего привычного стереотипа, изменяется характер взаимодействия с педагогом, происходит включение в новую социальную общность, попытка занять место в системе этих взаимоотношений и как результат – сравнительно низкая успеваемость, трудности в общении, снижение уровня учебной мотивации, рассогласование взглядов и убеждений личности, находящейся в стадии становления [9, 10].

Цель исследования: выявление факторов, влияющих на психологическую готовность, определение структуры психологической готовности, ее динамики на начальном этапе обучения и возможных путей ее повышения.

Материалы и методы исследования: комплексное обследование студентов первого курса медицинского вуза. Обследовано 385 человек в возрасте 16–18 лет. Исследование проводилось в 2 этапа. В ходе первого этапа использовались следующие методики: батарея интеллектуальных тестов КР-85-3, многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО) [6], оп-росники «Модуль» [8] и «Профессиональная направленность» [6].При повторном обследовании, проведен-ном через 6 месяцев после поступления в вуз, использованы следующие методики: часть методик из батареи интеллектуальных тестов КР-85-3, МЛО «Адаптивность», психодиагностический опросник «Модуль», для диагностики актуального состояния – опросники «Анкета самооценки состояния» (АСС) [6] и «Сопровождение» [6]. Для определения успешности обучения получены экспертные оценки, отражающие успешность обучения. Уровень развития познавательных психических

процессов оценивался с помощью батареи интеллектуальных тестов ОИР, в состав кото-рой входили методики: «Аналогии», «Числовые ряды», «Зрительная память», «Образное мышление», «Арифметический счет», «Вербальная память», «Установление закономерностей», направленные на определение уровня развития вербально-логического и образного мышления, а также особенностей памяти, внимания и темповых характеристик мыслительной деятельности. С помощью опросников «Модуль» и МЛО «Адаптивность» изучались личностные особенности студентов, уровень их нервно-психической неустойчивости, а так же баланс познавательных, эмоциональных и волевых характеристик психической деятельности. Шкалы методики «Модуль» характеризуют нарушения в сфере познавательных психических процессов (М1), в эмоционально-волевой сфере (М2) и в сфере поведенческой регуляции (М3). Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» предназначен для изучения адаптационных возможностей на основе оценки некоторых социально-психологических и психологических характеристик личности, отражающих интегральные особенности психического и социального развития. С помощью опросника «Профессиональная направленность» оценивался уровень мотивации к профессиональной деятельности. Для выявления студентов с признаками затрудненной адаптации к условиям обучения в вузе использовался опросник «Сопровождение». Он направлен на оценку состояния обследуемого в текущий период времени, на выявление лиц с нарушениями в коммуникативной, деятельностной и психосоматической сферах, и применялся для диагностики развивающегося утомления и переутомления при адаптации к новым условиям профессиональной деятельности. Для выявления динамики психологической готовности в зависимости от эффективности адаптации в начальный период обучения в медицинском вузе на основании экспертных оценок выделены две группы: «более успешные» (n= 110) и «менее успешные» (n= 80) студенты. Полученные данные обследования имели нормальное распределение, поэтому при анализе результатов использовались методы параметрической статистики [7]. В работе использовались следующие методы математико-статистической обработки данных: для определения достоверности различий между группами по уровню успешности обучения использовался Т-критерий Стьюдента, факторный анализ, позволяющий выявить роль каждого из факторов по степени значимости. Статистическую обработку проводили с использованием программы «статистический пакет для социальных наук».

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование динамики психологической готовности в процессе обучения выявило, что интеллектуальные функции студентов не претерпевали значительных изменений, при этом на статистически значимом уровне изменялись только показатели пространственно-образного мышления ($p<0,05$) и незначительно увеличивались показатели памяти и внимания. Отсутствие статистически значимых отличий в изменении показателей интеллектуальной готовности как в группе «успешных», так и «неуспешных» студентов объясняется тем, что интеллектуальные показатели достигли своего «пика» на момент поступления, поэтому их изменения в начальном периоде обучения не носи-ли статистически значимый характер. В значительно большей степени изменялись личностные качества студентов, характеризующие уровень нервно-психической устойчивости и личностного адаптационного потенциала. По личностным показателям статистически значимые отличия получены по шкалам методики «Модуль»: М1 (нарушения в сфере познавательных психических процессов), М2 (на-рушения в эмоционально-волевой сфере), М3 (нарушения в сфере поведенческой регуляции) ($p<0,01$). Повышение нервно-психической устойчивости (НПУ) и снижение признаков тревожно фобических и психотических нарушений наблюдалось как в группе «более успешных», так и в группе «менее успешных» студентов, что говорит об удовлетворительной адаптации студентов к условиям обучения в медицинском вузе. В дальнейшем исследована взаимосвязь психологической готовности с успешностью обучения в медицинском вузе. В группе «более успешных» студентов выявлены более высокие статистически значимые способности к логическому и образному мышлению, анализу и синтезу, построению самостоятельных

умозаключений, высокий уровень развития памяти и внимания и высокие знания по русскому языку. Кроме того для группы «более успешных» характерны более высокие показатели личностного адаптационного потенциала и нервно-психической устойчивости, коммуникативных качеств и моральной нормативности, также у них выражена профессиональная направленность. Наиболее важными для прогноза успешности учебной деятельности оказались показатели интеллектуальной готовности, личностного адаптационного потенциала, профессиональной направленности и базовые знания по русскому языку.

Вывод. Полученные результаты позволяют предположить, что психологическая готовность к деятельности, как интегральное образование, выражается через сформированность когнитивных функций, личностную зрелость, профессиональную направленность. Высокий уровень раз-вития познавательных психических процессов: памяти, внимания и мышления является необходимым базисом для получения необходимых знаний и умений и развития профессионального мышления. Профессиональная направленность, достаточный уровень НПУ и личностной зрелости являются необходимыми условиями, обеспечивающими быструю адаптацию к обучению в медицинском вузе и успешности усвоения образовательной программы. В процессе адаптации изменение показателей психологической готовности носит гетерохронный и неравномерный характер. Одни профессионально важные качества «сразу включаются» и развиваются быстрее, другие – медленнее. И только со временем, с опытом, с развитием профессиональных навыков специалиста «догоняют, подтягиваются» до уровня развития первых. В этом случае создается гармоничная и адекватная для этапа развития профессионала целостная структура профессионально важных качеств [4, 10].

Из интеллектуальных показателей достоверные отличия сохранились только по показателю пространственно-образного мышления (методика «Узоры»). Сравнительный анализ субъективного психологического состояния показал, что уровень субъективного самочувствия статистически достоверно выше у «более успешных» студентов, у них достоверно меньше жалоб на состояние здоровья, менее выражены нарушения в коммуникативной и деятельностной сферах. Учитывая вышесказанное можно предположить, что выявленные различия обусловлены не прямой динамикой показателей психологической готовности, а изменением в самой ее структуре. В результате проведенных исследований установлено, что психологическая готовность к деятельности как интегральное образование, отражающее сформированность познавательных психических процессов, личностную зрелость, профессиональную направленность, является важным прогностическим фактором быстрой адаптации к условиям обучения и успешности усвоения образовательной программы в медицинском вузе. Следовательно, психологическую готовность можно рассматривать как долгосрочный прогноз на эффективность учебно-профессиональной деятельности. Выявлено, что в начальный период обучения основным фактором психологической готовности является актуальное психологическое состояние, отражающее особенности адаптации к условиям обучения в медицинском вузе у студентов с раз-личной степенью успешности в учебно-профессиональной деятельности. Адаптация «наименее успешных» студентов в этот период обучения сопровождается перенапряжением и истощением личностных психологических ресурсов. Изменение субъективной оценки самочувствия и состояния здоровья, фиксация на нарушениях в коммуникативной и деятельностной сферах, позволяет проводить раннее выявление снижения психологической готовности и своевременную коррекцию, направленную на ее повышение.

Источники литературы

1.Багаундинова, Н.Г. Высшая школа сегодня и завтра: пути преодоления кризиса / Н.Г. Багаундинова. − М.: Экономика, 2003. − 426 с.

2.Браун, Т.П.Адаптация студентов к обучению в вузе в условиях оптимизации образовательной среды: дис. ... канд. пед. наук / Т. П. Браун. – СПб, 2007. − 179 с.
3.Геник, Е.А.Психолого-педагогическое обеспечение многоуровневого высшего образования / Е.А. Геник, А.В. Капцов, Л.В. Карпушина. – Самара: СамГАСА, 2003. − 410 с.
4. Корзунин, В.А. Закономерности динамики профес-сионально важных качеств военных врачей в процессе профессионализации: автореф. дис. … д-ра психол. наук / В. А. Корзунин. – СПб, 2002. − 37 с.
5.Кусакина, С.Н.Психологическая готовность к обу-чению в вузе / С.Н. Кусакина // Управление дошкольным образовательным учреждением. − 2011. − №8. − С. 24–37.
6. Методические рекомендации по организации и проведению профессионального психологического отбора в военно-учебные заведения МО РФ / под ред. С.В. Чермянина [и др.]. – М.: ГВМУ МО РФ, 2002. − 288 с.
7.Наследов, А.Д. Математические методы психоло-гического исследования. Анализ и интерпретация данных: учебное пособие / А.Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2008. − 392 с.
8. Оценка знаний основ безопасности жизнедеятель-ности и специальных способностей в области медицины и медико-биологических наук / под ред. В.В. Юсупова [и др.]. – СПб.: ФГБВОУ ВПО ВМедА, 2015. − 50 с.
9.Смирнов, С.Д.Учеба – в радость: психологические факторы успешной учебы студентов / С.Д. Смирнов // Сту-денчество: диалоги о воспитании. − 2011. − Т. 4, № 58. − С. 911.
10. Факторы, способствующие профессиональному росту военных врачей // Психология. Социология. Педа-гогика. − 2012. − № 8 (21). − С. 14-18.
11. Чернова, Е.П. Особенности психологической го-товности студентов-первокурсников к продолжению обуче-ния в вузе / Е.П. Чернова. – Режим доступа: i-exam.ru/.../chernova_e.p_peculiarities_of_psychological_readiness.pdf). г. Йошкар-Ола: НИИ мониторинга качества образования.
12. Bakumov, P.A. Klinicheskaja jeffektivnost' taurina v kompleksnom lechenii hronicheskogo gastrita i jazvennoj bolezni zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki, associirovannyh s infekciej Helicobacter pylori / P.A. Bakumov, E.L. Shestopalova // Vestnik Volgogradskogo Gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. - 2008. - № 1. - C. 61-64.
13. Severina, T.I. Klinicheskaja i metabolicheskaja jeffektivnost' preparata dibikor u bol'nyh saharnym diabetom 2 tipa / T.I. Severina [i dr.] // Farmateka. - 2011. - № 5. - C.116-119.
14. Selihova, M.S. Znachenie Dibikora v kompleksnom lechenii poslerodovyh infekcionnyh oslozhnenij / M.S. Selihova // Doktor. Ru. - 2008. - № 6. - C. 27-31.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

PHTHISIOLOGY

Светлана Атахановна ХОДЖАЕВА
Динара Намазовна АДЖАБЛАЕВА
Самарқанд Давлат тиббиёт институти

САМАРҚАНД ШАҲРИ АҲОЛИСИНИНГ СИЛ КАСАЛЛИГИ ҲАҚИДА САНИТАР САВОДХОНЛИГИ

For citation S.A.: Xodjayeva, D.N. Adjablaeva SANITARY LITERACY OF SAMARKAND POPULATION'S ON QUESTIONS ABOUT TUBERCULOSIS Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 188-194

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-110

АННОТАЦИЯ

Беморлар ва соғлом одамлар орасида сил ҳақида маълумотга эгалик даражаси аниқланди. Беморлар ҳам, соғлом одамлар ҳам бу касаллик ҳақида қўшимча маълумот олишга истак билдиришди ва бу юқумли касаллик ҳақида уларга врач томонидан ахборот берилиши лозимлигини таъкидлашди. Соғлом одамлар газета ўқиш ва радио тинглаш йўли билан ҳам ўзларининг бу касалликни эрта аниқлаш, тарқалиш ва олдини олиш ҳақидаги билимларини оширишни мумкинлигини эътироф этишди. Беморларни кўпчилиги бу касалликни даволаш узоқ вақт талаб этишини билади, лекин соғлом одамларини 35% сил тез даволанишига амин. Бу беморлар орасида узоқ давомли терапияга мойилликни ривожлантиришда муайян қийинчиликларни туғдириши мумкин.

Калит сузлар: аҳолини сил ҳақида санитар саводхонлик даражаси, сил, сил хақида маълумот

Светлана Атахановна ХОДЖАЕВА
Динара Намазовна АДЖАБЛАЕВА
Самаркандский Медицинский институт

САНИТАРНАЯ ГРАМОТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА САМАРКАНД В ВОПРОСАХ ТУБЕРКУЛЁЗА

АННОТАЦИЯ

Установлена информированность как больных туберкулёзом, так и здоровых лиц по вопросам туберкулёза. Заболевшие туберкулёзом и здоровье лица проявили заинтересованность в получении дополнительной информации об этом инфекционном заболевании. Как больные, так и здоровые лица считали, что информацию о туберкулёзе как инфекционном заболевании должны донести до них врачи, здоровые лица отметили, что хотят читать газеты и слушать радиопередачи по выявлению, распространению и профилактике туберкулёза. Большинство

больных туберкулёзом лиц знают, что лечение туберкулёза длительно, однако 35% здоровых респондентов считают, что туберкулёз легко излечим, что может создать определённые трудности в формировании у них приверженности к длительному лечению.
Ключевые слова: санитарная грамотность населения, туберкулёз, информация о туберкулёзе

Svetlana Atahanovna XODJAYEVA
Dinara Namazovna ADJABLAEVA
Samarkand State Medical institute

SANITARY LITERACY OF SAMARKAND POPULATION'S ON QUESTIONS ABOUT TUBERCULOSIS

ABSTRACT

Conversance on questions about tuberculosis among patients and sound persons was detected. Patients and health person have shown the interest in reception of additional information on this infectious disease. As sick, so sound persons considered that information about tuberculosis as infectious disease must given to them physicians, sound persons have noted that want to read the newspapers and listen the radio broadcasts on discovery, spreading and preventive maintenance tuberculosis. Majority patients know that treatment tuberculosis long, however 35% sound respondent consider that tuberculosis shall easy cure that can create certain difficulties in shaping beside them adherences to long treatment
Key words: sanitary literacy of the population, tuberculosis, information on tuberculosis

---

Кириш. Ўзбекистон Республикасида сил касаллигини назорат қилиш дастурининг устувор йўналишларидан бири – бу касалликнинг олдини олиш ва касалланиш даражасини пасайтиришга қаратилган интенсив профилактика ва эпидемияга қарши тадбирларни амалга оширишдир [5].

Сил инфекциясининг ўчоқларида санитария-профилактика ишларини олиб бориш бугунги кунда муҳим аҳамиятга эга, чунки болалар орасида сил билан касалланиш ҳавфи яқин ва узоқ муддатли алоқалар натижасида, авваламбор, оилавий фокусларда яшовчилар учун кўпаяди [4].

Касаллик хавфи онанинг, ёки икки ва ундан ортиқ оила аъзоларининг касаллиги ҳамда сил касаллигидан ўлим ҳолатларининг қайд етилган вазиятларда кучаяди [3]. Эпидемияга қарши чора-тадбирлар натижасида катталар ва болалар орасида сил касаллигини камайтириш ёки олдини олиш мумкин. Афсуски, шаҳар ва қишлоқлар аҳолисининг асосий қисмининг соғлиғига эътиборининг сустлиги, бошқа иқтисодий ва ижтимоий муаммолар билан боғлиқ сабаблар туфайли, аҳоли ўртасида профилактика ишларини олиб бориш анча мураккаблашади [1]. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, бу аҳолининг санитария-гигиена саводхонлигининг пастлиги билан боғлиқ [2].

Бизнинг ишимизнинг **мақсади** – сил касаллиги масалалари бўйича аҳолини гигиеник жиҳатдан тарбиялашдаги "бўшлиқларни" аниқлаш ва уларни тузатиш усулларини излаш эди.

Материаллар ва усуллар: Самарқанд вилоят силга қарши курашиш диспансери шароитида сил касаллиги билан оғриган беморларнинг санитария-гигиена саводхонлиги ўрганилди. 20-70 ёшли касалхонада даволанаётган 60 нафар беморда социологик сўров ўтказилди. Таққослаш гуруҳига сил касаллигига чалинмаган 60 соғлом одам киритилди. Респондентларнинг иккала гуруҳи учун мажбурий шарт бу тиббий маълумотларнинг эга эмаслиги эди. Маълумотларни йиғиш респондентнинг ижтимоий хусусиятлари, сил касаллиги тўғрисида асосий маълумотлар ва ахборот манбалари ҳақидаги саволлардан иборат бўлган махсус сўровнома ёрдамида амалга оширилди. Олинган маълумотларга Microsoft Excel дастури ёрдамида ишлов берилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси: сил касаллиги билан оғриган беморларнинг ижтимоий ҳолати тўғрисидаги маълумотларни баҳолашда (1-жадвал) қуйидаги маълумотлар олинган. Сўралган беморлар орасида 45 ёшдан 70 ёшгача бўлган 40 аёл (66,7%) устунлик

қилди. Ушбу гуруҳда одамларнинг 40% ўрта маълумотли, 73,3% турмуш қурган, 40% нафақахўрлар, 93,3% алоҳида уйда яшаган, улар ичида қониқарсиз яшаш шароитига 53,3% респондентлар эга бўлган, 75,5% - марказлаштирилган сув таъминотининг етишмаслиги қайд этилди. Респондентларнинг 100% жиноий жавобгарликни рад этишган. Сил касаллиги билан касалланганлар орасида 13,4% чекувчилар бўлган, улардан 7% кунига 10-15 дона сигарет чекишган.

Сўровда иштирок этган соғлом одамлар орасида 45 ёшдан 55 ёшгача бўлган эркаклар (61,7%) устунлик қилишди. Сўралган соғлом одамлар орасида кўпчилик ўрта махсус маълумотга эга (46,7%), 83,3% уйланган, 46,7% ўз касби бўйича ишчилар, 75,0% ўз уйида яшаган, аммо уларнинг 58,3% қониқарсиз яшаш шароитларига эга. Респондентларнинг кўпчилиги (98,3%) судланмаганлардир. Илгари сил касаллиги бўлмаган соғлом одамлар орасида респондентларнинг 51,7% ёмон одатлар мавжудлигини рад этишган.

1-жадвал

Респондентларнинг ижтимоий кўриниши

Жавоб / савол	касал		соғлом	
	Абс.	%	Абс.	%
Жинси:				
Эркак	20	33,3	37	61,7
Аел	40	66,7	23	38,3
Жами	60	100,0	60	100,0
Маълумоти:				
Бошланғич	16	26,7	5	8,3
Ўрта	24	40,0	22	36,7
Ўрта махсус	20	33,3	28	46,7
Тугалланмаган олий	0		0	
Олий	0		5	8,3
Жами	60	100,0	60	100,0
Оилавий аҳвол:				
Уйланмаган / турмуш қурмаган	4	6,7	7	11,7
Уйланган / турмуш қурган	44	73,3	50	83,3
бева	12	20,0	3	5,0
Жами	60	100,0	60	100,0
Касби:				
Талаба	4	6,7	7	11,7
Ишчи	12	20,0	28	46,7
Ҳизматчи	0	0	4	6,7
Нафақахўр	24	40,0	9	15,0
Ногирон	4	6,7	1	1,7
Ишламайман	16	26,7	11	18,3
Жами	60	100,0	60	100,0
Яшаш жойин:				
Шаҳсий уй	56	93,3	45	75,0
Ижарадаги уй	4	6,7	13	21,7

Турар жойлар	0	0	2	3,3
жами	60	100,0	60	100,0
Яшаш шароитлари:				
Қониқарли	28	46,7	25	41,7
Қониқарсиз	32	53,3	35	58,3
Жами	60	100,0	60	100,0
Зарарли одатларни мавжудлиги:				
Йўқ	52	86,7	31	51,7
Чекиш	4	6,7	14	23,3
Ичиш	0	0	6	10,0
Чекиш ва ичиш	4	6,7	9	15,0
Гиёҳвандлик	0	0	0	0
Жами	60	100,0	60	100,0
Судланганликь:				
Мавжуд	0	0	1	1,7
Мавжуд эмас	60	100,0	59	98,3
жами	60	100,0	60	100,0

Самаркад вилояти силга қарши курашиш диспансери шароитида сўроқ қилинган беморларнинг 80,0% сил касаллигини олдини олиш тўғрисида керакли маълумотни олиш шарт деб биладилар (2-жадвал), соғлом одамлар орасида эса бу кўрсатгич 63,3% ташкил этди. Сил касаллиги ҳақида маълумот манбаларини баҳолашда, беморларнинг 66,7% учун энг маълумотли ва улар учун қулай бўлгани шифокорлар билан суҳбатлар эканлиги аниқланди. 13,3% беморлар шифокор билан суҳбат билан бирга услубий кўрсатмалар орқали маълумотларни олиш фойдалироқ деб ҳисоблайди. Таққослаш гуруҳида респондентларнинг 23,3% врач билан суҳбатни зарур деб ҳисоблайди, респондентларнинг 20,0% газета ўқишни ва 15,0% респондентлар ушбу масала бўйича радиоэшиттиришларни тинглаш керак деб ҳисоблайдилар. Сил касаллиги билан оғриган беморлар маълумот олиш учун радио ва ҳамширалар билан суҳбатлардан фойдаланишни истамайдилар. Соғлом одамлар биз таклиф қилган барча манбалардан сил касаллиги тўғрисида маълумот олишни зарур деб ҳисоблашади.

Йуталаётган бемордан сил касаллигини юқтириш мумкинми деган саволга ҳар икки гуруҳдаги респондентларнинг аксарияти ижобий жавоб беришди - 86,7% ва 60,0% холатларда. Силга қарши касалхонанинг беморлари - 85,0% балғамни ташқарига тупурган бемордан сил касаллигини юқтириш хавфи мавжуд деб ҳисоблашади. Соғлом респондентларнинг 60,0% ушбу имкониятни рад этади. Беморларнинг 81,7% сигаретани орқали сил касаллигини юқтириш мумкин деб ҳисоблашади ва таққослаш гуруҳидаги соғлом одамларнинг 73,3% буни имконсиз деб ҳисоблашади. Иккала гуруҳдаги респондентларнинг аксарияти - 67,6% ва 83,3% шприц орқали сил касаллигини юқтириш мумкинлигига ишонишган. Сил касалигига чалинганларнинг 80,0% ва соғлом одамларнинг 76,7% умумий идишлар оркали сил касаллигини юқтиришлари мумкинлигини биладилар.

Биринчи гуруҳдаги респондентларнинг аксарияти - 80,0% соғлиғи яхшиланганида силга қарши дориларни қабул қилишни тўхтатиш мумкин эмаслигига амин. Улар даволаниш курсининг охирини шифокор белгилашига аминлар. Сил касаллигига чалинган одамларнинг 45 фоизи дори-дармонларни қабул қилмасдан сил касаллигидан тузалиш мумкин деб ҳисоблашади. Туберкулёз билан касалланган беморларнинг 66,7% сил касаллигини даволаш кўп вақт талаб этади деб ўйлашади. Респондентларнинг 20 фоизи сил касаллигини даволаш давомийлиги ҳақида билмаслиги хавотирли. Соғлом одамларнинг ярмида сил касаллигини

даволаш қийинлигини билишади. Сўровда қатнашганларнинг аксарияти (беморларнинг 93,3% ва соғлом одамларнинг _71,7%) силга қарши терапия билан бир вақтнинг ўзида спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш билан мос келмаслигига амин бўлишган. Сил касаллиги билан касалланган беморларнинг 6,7% дори-дармонларга чидамли сил касаллиги борлигини билишади, таққослаш гуруҳида эса фақатгина 3,3% одамлар бундай билимга ега.

2-жадвал

Респондентларнинг сил хақида ҳабардорлиги

Жавоб / савол	касал		соғлом	
	Абс.	%	Абс.	%
Сизнингча, сил касаллигининг олдини олиш бўйича маълумот олишингиз керакми?				
Ҳа	48	80,0	38	63,3
Йўқ	12	20,0	22	36,7
Жами	60	100	60	100,0
Ахборотнинг қайси шаклини зарур ва қулай деб биласиз?				
Шифокор билан суҳбатлашиш	40	66,7	14	23,3
Ҳамшира билан суҳбат	0	0,0	6	10,0
Радио	0	0,0	9	15,0
Услубий кўрсатмалар	4	6,7	6	10,0
Телевидение	4	6,7	7	11,7
Газета	4	6,7	12	20,0
Шифокор билан суҳбатлашиш ва услубий кўрсатмалар	8	13,3	6	10,0
Жами	60	100,0	60	100,0
Сиз йўталаётган бемордан силни юқтириб олишингиз мумкинми?				
Ҳа	52	86,7	36	60,0
Йўқ	8	13,3	24	40,0
Жами	60	100,0	60	100,0
Касал одам тупурганда сиз сил касаллигини юқтира оласизми?				
Ҳа	51	85,0	24	40,0
Йўқ	9	15,0	36	60,0
Жами	60	100,0	60	100,0
Сигаретни чекиш пайтида сил касаллиги юқиши мумкинми?				
Ҳа	49	81,7	16	26,7
Йўқ	11	18,3	44	73,3
Жами	60	100,0	60	100,0
Шприц орқали сил касаллигини юқтира оласизми?				
Ҳа	40	66,7	50	83,3
Йўқ	4	6,7	10	16,7
Билмайман	16	26,7	0	
Жами	60	100,0	60	100,0
Умумий идишлар орқали сил касаллигини юқтирса бўладими?				
Ҳа	48	80,0	46	76,7

Йўқ	4	6,7	14	23,3
Билмайман	8	13,3	0	
Жами	60	100,0	60	100,0
Дори-дармонларни қабул қилмасдан сил касаллигидан тузалиш мумкинми?				
Ҳа	3	20,0	27	45,0
Йўқ	12	80,0	26	43,3
Билмайман			7	11,7
Жами	15	100,0	60	100,0
Силни даволаш осонми?				
Ҳа	8	13,3	21	35,0
Йўқ	40	66,7	30	50,0
Билмайман	12	20,0	9	15,0
Жами	60	100,0	60	100,0
Даволаш пайтида гиёҳванд моддалар ва спиртли ичимликларни ишлатиш мумкинми?				
Ҳа	1	6,7	17	28,3
Йўқ	14	93,3	43	71,7
Билмайман				
Жами	15	100,0	60	100,0
Дори-дармонларга чидамли сил касаллиги мавжудлигини биласизми?				
Ҳа	4	6,7	2	3,3
Йўқ	56	93,3	58	96,7
Билмайман				
Жами	60	100,0	60	100,0

Умуман олганда, сўров натижаларига кўра сил беморлари ҳам, соғлом одамлар ҳам сил касаллиги тўғрисида қониқарли маълумотга эга бўлишган.

Хулосалар:

1. Тадқиқот гуруҳларига киритилганларнинг аксарияти жамиятда яхши мослашишган, аммо сил касаллиги бўлган одамларнинг билим даражаси ва моддий даражасининг пастлигига эътиборга лойиқ.
2. Сил билан касалланган шахслар хамда соғлом инсонлар ушбу юқумли касаллик ҳақида қўшимча маълумот олишга қизиқиш билдиришди.
3. Сил беморлари ҳамда соғлом одамлар сил касаллиги ҳақида юқумли касаллик сифатида маълумотлар шифокорлар томонидан етказиши керак деб ҳисоблашди, соғлом одамлар сил касаллигини аниқлаш, тарқатиш ва олдини олиш учун газета ўқишни ва радиоэшиттиришларни тинглашни хоҳлашларини таъкидладилар. Респондентларнинг кам қисми касаллик ҳақида маълумотни услубий кўрсатмалардан олишни афзал кўришган.
4. Сил касаллиги билан касалланган кўпчилик одамлар сил касаллигини даволаш узоқ вақт талаб этишини билишади, аммо соғлом респондентларнинг 35% сил касаллигини осонликча даволаш мумкин, бу уларнинг узоқ муддатли даволанишга мойиллигини шакллантиришда муайян қийинчиликларни туғдириши мумкин деб ҳисоблайди. Суҳбатга олинган иккала гуруҳнинг деярли барчаси дориларга чидамли сил касаллиги ҳақида ҳеч нарса билишмаган.

5. Сил турли тоифадаги аҳолини қамраб олади, шунинг учун ушбу касаллик тўғрисида маълумотни кулай шаклда етказиш, ахолини бу борада саводхонлигини ошириш жуда муҳим ва профилактика чоралари орасида етакчи ўринни эгаллаши керак.

Адабиётлар:

1. Аджаблаева Д.Н. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу органов дыхания среди детей и подростков в Самаркандской области: состояние проблемы и возможные пути ее разрешения // Universum: медицина и фармакология. – 2014. – № 9 (10). – С. –33–35.
2. Ходжаева С.А., Аджаблаева Д.Н. Оценка опасности очагов туберкулёзной инфекции для проживающих в них детей и подростков // Журнал кардиореспираторных исследований. – №2. – Том 1. – 2020. – Стр. 77-80. [Xodjayeva S.A., Adjablaeva D.N. Assessment of dangers for children and adolescents who are household contact of tuberculosis infection. Journal of Cardiorespiratory research. 2020, vol. 2, issue 1, pp. 77-80 (In Russ)] DOI 10.26739/2181-0974-2020-2-1-77-80
3. Аджаблаева Д.Н. Изучение параметров качества жизни детей и подростков с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом // Туберкулез и болезни легких. – 2020. – Том 98. - №9. – С. 14-17. [Adzhablaeva D.N. The study of the life quality parameters in children and adolescents with HIV associated tuberculosis. Tuberculosis and lung diseases, 2020;98(9):14-17. (In Russ.)] DOI 10.21292/2075-1230-2020-98-9-14-17
4. Аджаблаева Д.Н. Показатель качества жизни во фтизиопедиатрии // Туберкулез и болезни легких. – 2018. – Том 96. - №2. – С. 32-35. [Adzhablaeva D.N. Life quality assessment in phthisiopediatrics. Tuberculosis and lung diseases. 2018;96(2):32-35. (In Russ.)] DOI 10.21292/2075-1230-2018-96-2-32-35
5. Ланг Т. А. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов / Т. А. Ланг, М. С. Сесик; [пер. с англ. под ред. В. П. Леонова]. – М.: Практическая медицина, 2011. – 480 с.
6. Мишин В. Ю. Побочное действие противотуберкулёзных препаратов при стандартных и индивидуализированных режимах химиотерапии / В. Ю. Мишин, В. И. Чуканов, Ю. Г. Григорьев. – М.: Компьютербург, 2004. – 208 с.
7. Kaplowitz N. Drag-induced liver disorders: implications for drug development and regulation // Drug Saf. 2001. – №24. – P.483–490.
8. Liu Z. X. Immune-mediated drag-induced liver disease / Z. X. Liu, N. Kaplowitz // Clin. Liver Dis. 2002. – № 6. – P.755–774.
11. Ostapowicz G. Results of a prospective study of acute liver failure at 17 tertiary care centers in the United States / G. Ostapowicz, R. J. Fontana, F. V. Schiodt // Ann. Intern. Med. – 2002. – № 137. – P. 947–954.
12. Bakumov, P.A. Klinicheskaja jeffektivnost' taurina v kompleksnom lechenii hronicheskogo gastrita i jazvennoj bolezni zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki, associirovannyh s infekciej Helicobacter pylori / P.A. Bakumov, E.L. Shestopalova // Vestnik Volgogradskogo Gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. - 2008. - № 1. - C. 61-64.
13. Severina, T.I. Klinicheskaja i metabolicheskaja jeffektivnost' preparata dibikor u bol'nyh saharnym diabetom 2 tipa / T.I. Severina [i dr.] // Farmateka. - 2011. - № 5. - C.116-119.
14. Selihova, M.S. Znachenie Dibikora v kompleksnom lechenii poslerodovyh infekcionnyh oslozhnenij / M.S. Selihova // Doktor. Ru. - 2008. - № 6. - C. 27-31.
15. Zborovskij, A.B. Jeffektivnost' D-penicillamina i metotreksata pri lechenii revmatoidnogo artrita v zavisimosti ot urovnja revmatoidnyh faktorov raznyh klassov / A.B. Zborovskij [i dr.] // Ter. arhiv. - 1999. - T. 71. - № 1. - C. 60-63

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

SURGERY

Ахмаджон Султанбаевич БАБАЖАНОВ
Уткир Раббимович ХУДАЙНАЗАРОВ
Кодир Усманович ШЕРКУЛОВ
Абдурахим Абдурахмонович АВАЗОВ
Фирузжон Уткуржонович ХАМИДОВ
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан
E-mail: dr_gayrat@inbox.ru

ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

For citation: A.S. Babajanov, U.R. Khudaynazarov, K.U. Sherqulov, A.A. Avazov, F.U. Khamidov TACTICS OF COMPLEX TREATMENT OF SEPSIS FOR DIABETES MELLITUS Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 195-199

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-111

АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена одним из основных проблем не только хирургии, но и медицины – сепсису. Несмотря на развитию медицины и методов диагностики вопрос своевременной диагностики сепсиса остаётся ещё открытым. При этом около 30% случаев сепсиса остаётся без бактериологического подтверждения. Наиболее актуальной проблемой считается комплексное и хирургические методы лечение сепсиса.

Ключевые слова: сепсис, инфекция, анаэробная флегмона, абсцесс.

Akhmadjon Sultanbaevich BABAJANOV
Utkir Rabbimovich KHUDAYNAZAROV
Kodir Usmanovich SHERQULOV
Abdurahim Abduraxmonovich AVAZOV
Firuzjon Utkurjonovich KHAMIDOV
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan
E-mail: dr_gayrat@inbox.ru

TACTICS OF COMPLEX TREATMENT OF SEPSIS FOR DIABETES MELLITUS

ANNOTATION

This article is devoted to one of the main problems of not only surgery, but also medicine - sepsis. Despite the development of medicine and diagnostic methods, the issue of timely diagnosis of sepsis remains open. At the same time, about 30% of cases of sepsis remain without bacteriological confirmation. The most urgent problem is considered to be complex and surgical methods of sepsis treatment.

Key words: sepsis, infection, anaerobic phlegmon, abscess.

Ахмаджон Султанбаевич БАБАЖАНОВ
Уткир Раббимович ХУДАЙНАЗАРОВ
Кодир Усманович ШЕРКУЛОВ
Абдурахим Абдурахмонович АВАЗОВ
Фирузжон Уткуржонович ХАМИДОВ
Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон
E-mail: dr_gayrat@inbox.ru

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА СЕПСИСНИНГ КОМПЛЕКС ДАВО УСУЛЛАРИ

АННОТАЦИЯ

Ушбу мақола нафақат хирургиянинг, балки тиббиётнинг асосий муаммоларидан бири бўлган сепсисга бағишланган. Тиббиёт ва диагностика усулларининг ривожланишига қарамасдан сепсиснинг ўз вақтидаги диагностикаси хақидаги савол ҳамон очиқлигича қолмоқда. 30% атрофида ҳолатларда сепсис бактериологик тасдиқларсиз қолмоқда. Шу билан бирга сепсиснинг комплекс ва хирургик давоси долзарб муаммо хисобланади.

Калит сўзлар: сепсис, инфекция, анаэроб флегмона, абсцесс.

Несмотря на развитие медицинской науки проблема хирургической инфекции остаётся актуальной проблемой. В настояшее время сепсис трактуется как патологический процесс, который является ответной реакцией на различной инфекции (бактериальный, вирусный, грибковый). При исследованиях выявлено что в развитых странах число встречаемости пациентов с сепсисом встречается до 250 пациентов на 100000 населения. Из них в США ежегодно встречается около 500 тысяч случаев сепсиса, а смертность с сепсисом от 20 до 50%. Выявлено что в большинстве случаев сепсис развивается вследствие грамположительной флорой бактерии.

Цель исследования. Проанализировать и выбрать тактику комплексного лечения гнойно-некротических процессов при сахарном диабете осложнившегося сепсисом.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные диагностических и лечебных исследований 35 пациетов с сахарным диабетом, осложненным гнойно-некротическими заболеваниями и сепсисом лечившихся в стационарных условиях в гнойно-септическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения. Из них 22 были мужчины, и 13 женщин. Возраст больных 26-76 лет, в основном пациенты в работоспособном возрасте.

Локализации гнойно-некротического очага были в 63% случаях в нижних конечностях и у 25% в верхних конечностях, а у 12% пациентов в разных частях тела. В основном больные были сахарным диабетом II типа. Легкая форма у 14 больных, средне-тяжелая и тяжелая форма у 21 больного. По сопуствующим заболеваниям у 24 больных были сердечно-сосудистой патологией, у 18 почечной, у 13 отмечались патологии печени и желчных путей. У всех больних отмечались почти двух и треох сочетании этих болезней. Причинами развития инфекции мягких тканей были синдром диабетической стопы, флегмоны нижних конечностей, острые парапроктиты, буллёзно-гемморагических формы рожистого воспаление, послеоперационное нагноение раны, глубокие постинъекционные абцессы ягодицы с осложнением анаэробной флегмоной, гнойный бартолинит с осложнением флегмоной промежной области, болезнь Фурнье с распространением процесса на промежность и передную брошную стенку.

Для сравнительного изучения мы разделили больных на две группы. В первую группу вошли 14 больных со средней тяжестью сахарного диабета 2-типа с гнойно-некротическая флегмони стопп, постинъекционного абцесса, флегмона мягкой ткани, рожистое воспаление без осложнений. Во вторую группу 21 больных с тяжелой формой сахарного диабета с гнойно

некротическими процессами с осложненными фасцитами, которым был выставлен тяжелый сепсис и септический шок. При развитии фасцита как нозологического процесса первыми поражаются поверхностные фасции, подкожно жировая клетчатка и кожа втягивается в процесс вторичным.

В нашем наблюдении выяснилась, что больные с острыми глубокими парапроктитами несвоевременно обращались в стационар с осложнением флегмоной промежности, болезнью Фурнье, большие флегмоны передней брюшной стенки. В этой стадии болезни, первичные признаки не появляются. Появление гиперемии кожи, ишемические пузырьки кожи и образование некротические участки кожи является признаком, что больные поздно поступили в стационар. В некротических фасцитах появляются массивные отеки, в некоторых случаях поражаются несколько сегментов конечностей, локальная боль и признаки интоксикации. Необходимо отметить что, состояние интоксикации больных не совпадает с местным обзорным изменением. В нашем наблюдении в основном выявили распространение гнойного процесса в промежность и переднюю брюшную стенку. При локализации гнойно-некротического процесса области стоп и пальцев, гнойный процесс распространяется вверх по фасциям и синовиальной оболочкой мышцы.

В диагностике в первые не бывают точного набора признаков сепсиса. Особенно, эта касается воспалительным заболеванием мягких тканей. Поэтому даже в клинических случаях диагноз сепсиса ставится либо чрезвычайно редко, либо слишком поздно. Наблюдение за тем, что клиническое течение клостридиальных и неклостридиальных форм анаэробной инфекции имеет отличительные признаки. При клостридиальных инфекциях быстро развивается дезориентация, эйфория, печеночная недостаточность и диссеминированное внутрисосудистое свертывание, функции органов дыхания в первые сутки не нарушается. При неклостридиальных инфекциях выраженной интоксикации значительно меньше, а у взрослых в ранние сроки отмечаются дыхательные расстройства. Поэтому иногда появляется 2, 3 и 4 признаков синдрома системный воспалительный реакции. Ограниченное воспаление, сепсис, тяжелый сепсис и полиорганная недостаточность является реакцией организма на воспаление.

В настоящее время принята 5 бальная система оценки тяжести нарушения органов и систем при сепсисе. В диагностике очень важен тщательный осмотр с выявлением клинических признаков. Особенно когда ешё точно не установлен очаг инфекции, мы ориентировались клинико-лабораторных критерии сепсиса. К общим критериям относятся повышение температуры до 38,5ºС,частота пульса (больше 90 ударов в 1мин), тахипноэ, нарушение сознание, гипергликемия. Помимо этого необходимо основаться на критерии воспаление-лейкоцитоз ($12x10^9$),гемодинамические- артериальная гипотензия (<90 -70 мм.рт.ст.), сатурация (SvO_2<70 %). УЗИ является высоко информативным методом диагностики по локализации гнойного процесса мягкой ткани,его размеры, глубина поражения. В принципе общего лечения сепсиса очень важно обратить внимание на инфекционный процесс в зоне первичного повреждения ткани-это является причиной воспалительного процесса. Большое значение имеет размер очага, вид микрофлоры, ее патогенность и вирулентность, наличие преморбидного фона у пациента , т.е. факторы, непосредственно влияет на распространении реакций организма. Роль хирургического метода лечения необходимо, если нет полиорганный недостаточности. Когда у больных развилась клинической картины полиорганный недостаточности расширить объема оперативного лечения не только приводить к допольнительную травму но и усугубляет тяжести состояние больного. Поэтому существуют старые постулаты при первичной хирургической обработки раны, максимально возможное удаления некротических тканей и снижение микробной загрязнение раны. Надо сказать, что полное удаление некротически измененных тканей иногда становиться невыполнимой. Расширить объем операции- выполнение некрэктомии в полном объеме, что может стать дополнительным риском для больного. Точно такая задача стоит перед хирургом при обширных, глубоких гнойных процессах мягкой ткани. В таких случаях выходом из ситуации можеть длинные разрезы с надежным дренированием раны. Полноценной хирургический разрез,адекватное дренирование и противовоспалительное

лечение позволяет достаточно полноценно осуществить профилактику распространение воспалительных реакций. Все наши больные своевременно подвергались оперативному лечению, то есть широкими разрезами вскрывались парапроктиты, длинными (лампасными) разрезами флегмоны бедер, промежности, голени с удалением некротических тканей.

Если в послеоперационном периоде возникнет ухудшение общего состояние больного, отмечается повышение температуры тела, боли в области послеоперационной раны, то эти признаки являются показанием на повторную ревизию раны и искать источника. Контрольные исследования в динамике УЗИ, КТ, магнитно-резонансная томография. Необходимо провести трехчасовая динамика температурной реакции, общий анализ крови, бактериологические исследование: посев крови, мочи отделяемого из дренажей. Все эти исследование должны стать рутинными мероприятими у больных с сепсисом.

Результаты и обсуждения. При тяжелой формы сахарного диабета с гнойно-некротическими флегмонамы часто возникают развития сепсиса.Основной причиной этого процесса не только нарушение обмена углеводов при сахарном диабете ,но и обмена белков и жиров. Помимо этого, грубые изменение наступают в сердечно- сосудистой системы, печеночно-почечной и нервной системы. Гнойные инфекции отрицательно влияют на обмен веществ и приводить к ослаблению защитной реакции организма, который способствует распространением инфекции. В этих состояниях абсолютно в большинстве случаев, у больных развивается гнойно-некротические флегмоны и фасциты. В лечение некротического фасцита применение раннего радикального оперативного вмещателстьво дает хороший результат. Если в послеоперационном периоде развивается повышение температуры, тахикардия, боли в области послеоперационной раны, ухудшение общего состояния больного – это является показаниями к повторной ревизии раны для поиска источника. Если контрольные УЗИ по ряду причин не дали эффекта, то необходимо использоват КТ, МРТ. В отдельных случаях, когда выше приведенные исследования не удаются возможными, мы применяли пункционные методы обследования зоны послеоперационных ран. В послеоперационном периоде проводилась этапная некрэктомия у 9 больных -6 раз, у 7 - 4 раза, а у остальных 19 больных 2-3 раза с адекватным дренированием раны.

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

Если больному установлен диагноз сепсис, тяжелый сепсис, септический шок необходимо следовать дифференцированной схеми антибиотикотерапии. Мы широко используем антибиотики цефолоспариновой группы 4 поколения с комбинацией метронидазолом, а также, антибиотики ультраширокого спектра действия. По данным литературы в условиях сепсиса потребность организма в энергии возрастает до 50-60ккал/кг, в белках – до 2-3г/кг в сутки, средняя стучная потеря азота достигает до 30-35 г/сутки. Исходя из этого больным сепсисом необходима полноценная нутриционная поддержка, энтеральное и парентральное питание.

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

В настоящее время реально доказанным методом иммунокоррекции при тяжелом сепсисе и септическом шоке является внутривенное применение иммуноглобулинов в дозе 3 мл/кг/сутки в течение 3-5 дней. Если у больных выявлен тяжелый сепсис и септический шок, то необходимо срочно начинать интенсивную терапию. При таких случаях нашей задачей является своевременное улучшение транспорта кислорода к клеткам. Все пациенты данной категории получали интенсивные терапии в ранимационном отделение. Из 35 больных с

сахарным диабетом второго типа с тяжелым сепсисом и септическим шоком у 10 наступила смерть который наблюдалось осложнениями полиорганной недостаточностью.

Вывод: При сахарном диабете с различными гнойно-некротическими воспалительными заболеваниями, осложнённым сепсисом оптимальной лечебной тактикой является комплексные хирургические вмешательства с этапной некрэктомией.

Использованная литература:

1. Абдуллаев С. А. и др. Хирургические тактики лечения сепсиса при сахарном диабете //наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения. – 2019. – С. 190-194.
2. Бабажанов А.С., Курбанов Э.Ю., Тоиров А.С., Ахмедов А.И., Ахмедов Г.К. Усовершенствование диагностики и лечения синдрома диабетической стопы. // XV international correspondence scientific specialized conference «international scientific review of the problems of natural sciences and medicine» (Boston. USA. December 4-5, 2019). стр. 64-78.
3. Бабажанов А.С., Худайназаров У.Р., Ахмедов Г.К. Тактика хирургического лечения посттромбофлебитической язвы голени. // Приоритетные направления развития науки и образования/ Сборник статей III Международной научно-практической конференции, 27 август 2018 г. г. Пенза. Стр. 146-148.
4. Ерухин И.А. Гельфанд Б.Р. и другие. Хирургическая инфекция. Глава 6. Сепсис 2006 г.
5. Мишнев О.Д. Гринберг А.М. Зайротянс О.Ф. Актуальные проблемы патологии сепсиса. Архив патологии . 2016,78(6). Стр.3-8.
6. Нигматжанов Б.Б., Шопулатов Э.Х., Абдуллаев С.А. и соавт. Случай послеоперационного молниеносного септического шока, вызванного анаэробной инфекцией у женщиш с аутоиммунным гепатитом. // Вестник доктора. №2-2019 г. стр. 166-169.
7. Раззоков А.А., Ахмедов Г.К., Худойназаров У.Р. Хирургическая тактика лечения диабетической стопы. // «Молодежь и медицинская наука в XXI веке».материалы XVIII-ой всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. г. Киров. 2017. стр. 378-379.
8. Сажин В.П. с авторами. Что такое сепсис? Хирургия 2017, 1. Стр.82-87.
9. Abdullaev S.A., Babajanov A.S., Kurbanov E.Y., Toirov A.S., Abdullaeva L.S., Djalolov D.A. Problems of Sepsis Diagnostic and Treatment in Diabetes Mellitus.// American Journal of Medicine and Medical Sciences.p-ISSN: 2165-901X e-ISSN: 2165-9036. 2020; 10(3): 175-178
10. Bone R.C. Grodsin C.J. Balk R.A Sepsis: a new hypothesis for pathogenesis of the disease process clinics in Chest Medi Cine, 1996; 017 (2).
11. Sherbekov U.A., Saydullaev Z.Ya., Ahmedov G.K., Murodov A.P. Modern tactics of treatment of acute paraproctitis. // World science: problems and innovations. 30.04.2019. Penza. p. 221-223.
12. С.З.Саттарова, Р.Б.Азизова, Н.Н. Абдуллаева, Г.У. Самиева, Клинические особенности, течение и диагностика синдрома Гийена-Барре. Журнал биомедицины и практики номер 6, выпуск 1, -2021
13. Yunusov O.T. State of Hemostasis System at Exposure of the Thermal Agent during Shock and Toxaemia // International Journal of Psychosocial Rehabilitation Vol. 24, Issue 04, 2020 ISSN: 1475-7192. Scopus базасидаги журнал.
14. Yunusov O.T., Daminov F.A., Karabaev H.K. Efficiency of Heprocel in Treatment of Patients with Deep Burns. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2020, 10 (8):624-626.
15. Юнусов О.Т., Карабаев Х.К., Сайдуллаев З.Я., Дусияров М.М., Шеркулов К.У. Современный подход к лечению пациентов с глубокими ожогами // Достижения науки и образования. Научно-методический журнал. – Иваново. – 2019. -№11 (52). –С. 68-71. (14.00.00, №).

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Ойбек Тураевич ЮНУСОВ
Самарқанд тиббиёт институти ассистенти
Зафар Исрофулович МУРТАЗАЕВ
Самарқанд тиббиёт институти доценти
Зайниддин Яхшибоевич САЙДУЛЛАЕВ
Самарқанд тиббиёт институти ассистенти
Гайрат Келдибаевич АХМЕДОВ
Самарқанд тиббиёт институти ассистенти
Сафарбой Тухтабаевич ХУЖАБАЕВ
Самарқанд тиббиёт институти ассистенти
E-mail: zizu_medic86@bk.ru

КУЙИШ ЖАРОХАТИ БИЛАН ШИКАСТЛАНГАНЛАРДА КУЙИШ ШОКИ БОСҚИЧИДА ГЕМОСТАЗ СИСТЕМАСИДАГИ БУЗИЛИШЛАР

For citation: O.T. Yunusov, Z.I. Murtazaev, Z.Y. Saydullayev, G.K. Axmedov, S.Th. Khujabaev DISORDERS OF THE HEMOSTASIS SYSTEM IN THE STAGE OF BURN SHOCK IN PATIENTS WITH BURN INJURIES Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 200-206

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-112

АННОТАЦИЯ

Термик шикастланиш жиддий тиббий, ижтимоий ва иқтисодий муаммони англатади. Оғир саноат ва кимё саноатининг ривожланиши, шунингдек, маиший ва саноат шароитида электр энергиясининг кенг қўлланилиши куйиш жароҳатларининг сезиларли даражада кўпайишига олиб келади. Куйиш жарохати билан шикастланганларда куйиш шоки босқичида гемостаз системасидаги бузилишларни ўрганишдан иборат. Текширишнинг объекти бўлиб 2017 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда РШТЁИМ Самарқанд филиалининг комбустиология бўлимига тана юзасининг 20 дан 35% гача 95 (112 асосий гуруҳдан) чуқур куйиши билан куйиш шоки босқичида ётқизилган беморлар ҳисобланди. Беморларнинг ёши 18 дан 75 ёшгача бўлди, ўртача ёши 54,3±0,7 ни ташкил қилди. Эркаклар 142 (65.43%), аёллар эса – 75 (34.56%) бўлди. Қон ивиш системасини кучайиши кузатилди (гепаринга нисбатан толерантлик 253,4±21,3 сек ташкил қилди, тромботест - 4,06±0,2 даража), ПТИ эса 87,6±3,1% гача пасайди(P<0,05). Фибринолитик активликни давом этувчи пасайиб бориши кузатилди. Шу билан бирга фибринолитик активликни чуқур пасайиши кузатилиб, у 6,58±0,69% ни (P<0,05) ташкил этди. Барча беморларни стационарга ётқизилган пайти сув-туз балансини, кислотали-ишқорли мувозанатни ва гомеостаз бузилишларини яхшилашга қаратилган шокга қарши комплекс чора-тадбирлар ўтказилиши керак.

Калит сўзлар: Қоннинг диссеминациялашган томир ичи қуюлиши (ҚДТҚ) - синдроми, айланувчи қон ҳажми (АҚҲ), антитромбин, протромбин индекси, куйиш жарохати.

Ойбек Тураевич ЮНУСОВ
Ассистент Самаркандского
государственного медицинского института
Зафар Исрофулович МУРТАЗАЕВ
Доцент Самаркандского
государственного медицинского института
Зайниддин Яхшибоевич САЙДУЛЛАЕВ
Ассистент Самаркандского
государственного медицинского института
Гайрат Келдибаевич АХМЕДОВ
Ассистент Самаркандского
государственного медицинского института
Сафарбой Тухтабаевич ХУЖАБАЕВ
Ассистент Самаркандского
государственного медицинского института
E-mail: zizu_medic86@bk.ru

НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В СТАДИИ ОЖОГОВОГО ШОКА У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВЫМИ ТРАВМАМИ

АННОТАЦИЯ

Термическая травма представляет собой серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему. Развитие тяжелой и химической промышленности, а также широкое использование электричества в быту и промышленности способствовать значительному увеличению ожоговых травм. При ожоговых травмах ожог заключается в изучении нарушений в системе гемостаза в фазе шока. Объектом исследования являлись пациенты, поступившие в отделение комбустиологии Самаркандского филиала Республиканского научного центра неотложной медицинской помощи в период с 2017 по 2020 гг. В фазе ожогового шока с глубокими ожогами от 20 до 35% поверхности тела 95 (из 112 основных группы). Возраст пациентов составлял от 18 до 75 лет, средний возраст - 54,3 ± 0,7. Мужчин было 142 (65,43%), женщин - 75 (34,56%). Произошло умеренное повышение свертывающей системы (толерантность к гепарину 253,4 ± 21,3 сек, тромботесту - 4,06 ± 0,2 градуса), ПТИ снизился до 87,6 ± 3,1% (R <0,05). наблюдалось постоянное снижение фибринолитической активности. Однако наблюдалось резкое снижение фибринолитической активности, составившее 6,58 ± 0,69% (P <0,05). При госпитализации всех пациентов должно проводися комплексные противошоковые мероприятия, направленные на улучшение водно-солевого баланса, кислотно-щелочного баланса и нарушения гомеостаза.

Ключевые слова: синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (CSF), объем циркулирующей крови (AQH), антитромбин, протромбиновый индекс, выгорание.

Oybek Turaevich YUNUSOV
Assistant of the Samarkand State Medical Institute
Zafar Isrofulovich MURTAZAEV
Associate professor of Samarkand State Medical Institute
Zayniddin Yakhshiboyevich SAYDULLAYEV
Assistant of the Samarkand State Medical Institute
Gayrat Keldibayevich AXMEDOV
Assistant of the Samarkand State Medical Institute
Safarboy Thuchtabaevich KHUJABAEV
Assistant of the Samarkand State Medical Institute
E-mail: zizu_medic86@bk.ru

DISORDERS OF THE HEMOSTASIS SYSTEM IN THE STAGE OF BURN SHOCK IN PATIENTS WITH BURN INJURIES

ANNOTATION

Thermal injury is a serious medical, social and economic problem. The development of the heavy and chemical industries, as well as the widespread use of electricity in everyday life and industry, will contribute to a significant increase in burn injuries. Purpose. In case of burn injuries, the burn consists in the study of disorders in the hemostasis system in the shock phase. The object of the study was patients admitted to the department of combustiology of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid in the period from 2017 to 2020. In the phase of burn shock with deep burns from 10 to 35% of the body surface 95 (out of 112 main groups). The age of the patients ranged from 18 to 75 years, the average age was 54.3 ± 0.7. There were 142 (65.43%) men and 75 (34.56%) women. There was a poorly developed increase in the coagulation system (tolerance to heparin 253.4 ± 21.3 seconds, thrombotest - 4.06 ± 0.2 degrees), PTI decreased to 87.6 ± 3.1% (R <0.05). there was a constant decrease in fibrinolytic activity. However, a sharp decrease in fibrinolytic activity was observed, amounting to 6.58 ± 0.69% (P <0.05). Conclusions. When all patients are hospitalized, comprehensive anti-shock measures should be taken to improve the water-salt balance, acid-base balance and disruption of homeostasis.

Keywords: Disseminated vascular transfusion (DCS) - syndrome, circulating blood volume (CBV), antithrombin, prothrombin index, burn injury.

Долзарблиги. Ҳар қандай жарохат қон ивиш жараёнини ишга туширади, аммо шок билан ифодаланадиган термик шикастланишлар барча коагуляцион системаларда кескин ўзгаришларга олиб келади. [1,2,3,5,6]. Томир деворини ҳар қандай шикастланиши, «қонни шикастланиши», бир томондан, ҳар хил даражадаги плазма йўқотишга олиб келса, бошқа томондан эса — физиологик ҳисобланиши мумкин, кейинчалик эса гемостаз системасидаги патологик ўзгаришлар ўз ўзидан организмни ўлимига сабаб бўлиши мумкин. Массив жарохатнинг қонуний оғир ва кўп учрайдиган асоратларига қонни диссеминациялашган томиричи қотишини ўткир синдроми киради Оғир куйиш билан шикастланганларда гемостаз бузилиши ҚДТҚ-синдроми билан намоён бўлади. [4,7,8,9,10,11]. Қоннинг диссеминациялашган томиричи қуюлиши (ҚДТҚ) - синдромини мутлақо аниқлаб бўлмайди, ёки бўлмаса геморрагия ва/ёки аъзолар дисфункцияси каби аниқ клиник кўриниш бериш босқичида аниқланади. ҚДТҚ-синдромини бир қанча формалари мавжуд: шиддатли, ўткир, ўткирости, сурункали, қайталанувчи, латент. Куйиш касаллигини ўткир даври учун ўткир формаси характерли.

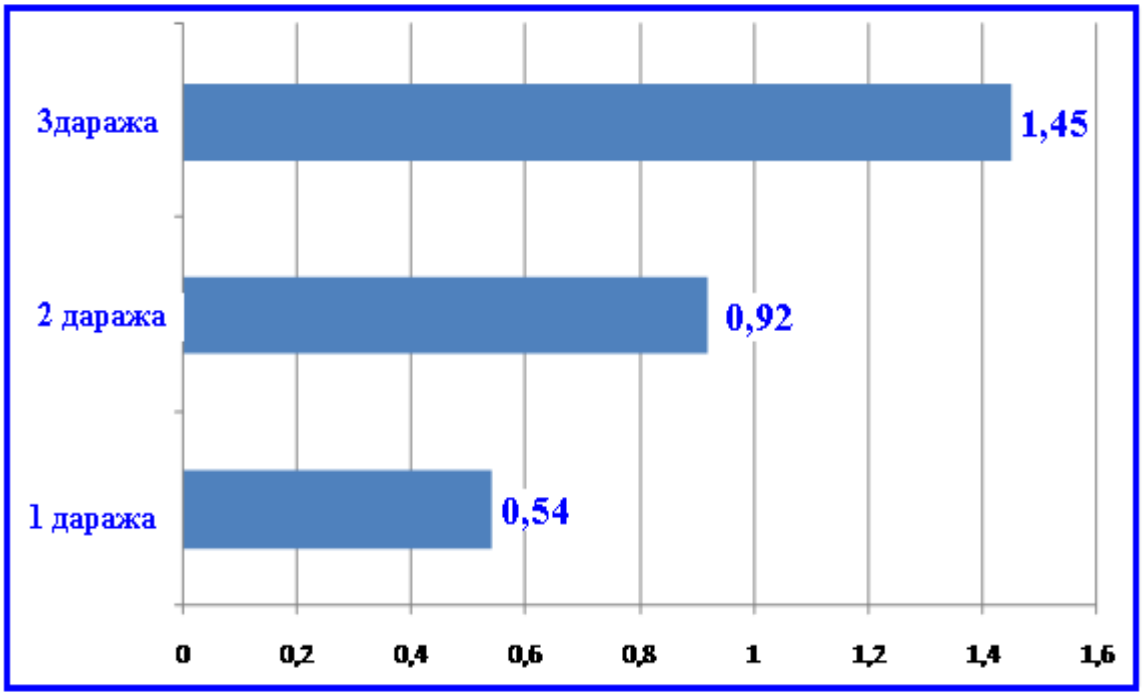
Тадқиқотнинг мақсади куйиш жарохати билан шикастланганларда куйиш шоки босқичида гемостаз системасидаги бузилишларни урганишдан иборат.

Материал ва услублар. Илмий излавниш Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Самарқанд филиали комбустиология бўлимида даволанган 18 ёшдан 75 ёшгача бўлган 35 нафар жабрланганларни (37 нафар аёл ва 68 нафар эркак) даволаш натижаларини таҳлил қилишга асосланган. беморларнинг ўртача ёши 39 ёш эди. Кузатувларнинг аксариятида шикастланиш сабаби аланга бўлган, қайноқ сув билан куйиш ва контактли куйишлар ҳам кузатилган. Беморларда шикастланишнинг умумий майдони тана юзасининг 20 дан 40% гача (асосан, экстремиталарнинг ёниши, шунингдек кўкрак, бўйин ва юз), III Б- IV даражадаги чуқур куйишлар 20% гача ташкил қилди. Барча беморлар соғлом тўқималарга, бир вақтнинг ўзида автодэрмопластика билан бирга капилляр қон кетиши билан некрэктомиядан ўтказилди. Гемостаз "Гепроцел" препарати билан целлюлоза хосилаларидан олинган гемостатик кукун билан олиб борилди. Препарат кунига 1 маҳал 10 мг кукунни яра нуқсони юзасига 3 кун давомида қўлланилди. Клиник баҳолаш қуйидаги мезонларни ўз ичига олди: бўшатиш миқдори ва табиати; қон кетадиган яралар; донор сайтларни, трансплантатсия қилинган аутодермотрансплантларни эпителизатсия қилиш вақти; эпителизатсиянинг тўлиқлиги; яра оғриғининг оғирлиги. Чуқур куйиш бўлган 105 беморда ўтказилган жарроҳлик аралашувлар

гемостатик препаратни некротик тери ва тери ости тузилмаларини эксизатсиядан кейин тўхтатиш учун ишлатишдан иборат эди.

Натижалар. АҚҲ дефицити бўйича беморларни стационарга ётқизиладиган пайти биз куйиш шокининг 3 даражасини тафовут қилдик. Аксарият беморларда (49; 51,6%) бошланғич моҳиятга кўра 20 дан 30% гача АҚҲ (плазма йўқотиш ҳисобига) дефицити мавжуд бўлиб, у куйиш шокининг II –даражасига мос келди. Бундан фарқлироқ, 29 (30,5%) беморда I-даржа, 17 (17,9%) – III даража аниқланди.

Беморларни шифохонага ётқизилиши пайти АҚҲ дефицитидан ташқари плазмани йўқотиш даражасига бевосита боғлиқлиги бўлган Альговер индексини ўргандик (1 расм). Олинган маълумотларга асосан, оғир даражали плазма йўқотиш учун Альговер индексини беморда 1-чи даражада 0,54 дан 3-чи даражали плазма йўқотишда 1,45 гача кўпайиши характерли бўлди. Демак, ушбу маълумотлар оғир даражадаги куйиш шоки билан беморларда гомеостаз системасидаги янада чуқурроқ ўзгаришлар мавжудлигини кўрсатади.



1 расм. Чуқур куйиш билан беморларда куйиш шоки даражасини Альговер индекси билан боғлиқлиги.

Шундан келиб чиққан ҳолда, биз АҚҲ структурасидаги ўзгаришларни ўргандик. Бунда беморни стационарга куйиш шоки босқичида ётқизилиши пайти ҳақиқий ўзгаришлар ва коррекция терапиясини имкониятлари ҳақида тўғри мулоҳаза юритиш учун АҚҲ ҳақидаги маълумотлар таҳлил қилинди. Натижалар назорат гуруҳи кўрсатгичлари билан қиёсий нуқтаи назардан баҳоланди. АҚҲ ҳолати ва унинг компонентларни ўрганиш шуни кўрсатдики, ундаги ўзгаришларнинг қанчалик ривожланганлиги куйиш шоки даражаси билан тўғри пропорционал боғлиқ экан. Чуқур куйиш билан стационарга ётқизиладиган беморларда шокнинг I- ва III-чи даражасига мос равишда 67,5±0,4 мл/кг дан 53,9±0,4 мл/кг гача АҚҲ умумий кўрсатгичларини аниқ статистик пасайиши аниқланди. АҚҲ дефицити куйиш шокининг оғирлигига мувофиқ, 22,0±0,3% I-чи даражасида, 32,9±0,7% II – ва 32,9±0,7% III – даражасида ўзгариб турди. Назорат гуруҳи кўрсатгичларидан АҚҲ структур кўрсатгичлари I-чи даражали шок билан беморларда аҳамиятли даражада фарқ қилмайди, гарчи улар ўртасида статистик фарқ бўлсада. Ушбу ўзгаришлар шокнинг II-III даражасидаги гуруҳ беморларида яққол ифодаланган. Бу ҳақда Ш – даражали шок билан беморларда айланаётган плазма ҳажми (АПҲ) ва қонни глобуляр ҳажмини (ҚГҲ) мос равишда 28,4±0,2 мл/кг дан ва 26,5±0,3 мл/кг гача камайиши дарак беради. Шу билан бирга айланаётган оқсил ҳажмини (АОҲ) 3,3±0,1 г/л дан 2,28±0,04 г/л гача (P<0,05) пасайиши кузатилгант (1-жадвал).

1- жадвал

Куйиш шоки билан беморларда АҚҲ структурасидаги ўзгаришлар (n=95)

АҚҲ градациялари	Шока даражалари				Некрэктомия ва АДП кейин			
	назорат	I-д.	II-д.	III-д.	назорат	I-д.	II-д.	III-д.
АҚҲ, мл/кг	74,1± 0,3	67,5± 0,4*	61,5± 0,5*	53,9± 0,4*	77,1± 0,3	72,0± 0,2	70,4± 0,42*	66,2± 0,4*
АҚҲ дефицити, %	5,2± 0,1	10,9± 0,4*	22,0± 0,3*	32,9± 0,7*	4,4± 0,5	4,3± 0,1	10,2± 0,3*	12,7± 0,3*
АПҲ, мл/кг	40,4± 0,5	36,2± 0,2*	33,1± 0,2*	28,4± 0,2*	42,3± 0,3	38,3± 0,2	37,9± 0,1*	34,7± 0,2*
ГҲ, мл/кг	33,7± 0,2	31,3± 0,3*	28,4± 0,2*	26,5± 0,3*	34,8± 0,2	33,7± 0,3*	32,1± 0,4*	31,5± 0,2*
АОҲ, г/л	3,3± 0,1	2,83± 0,16*	2,54± 0,02*	2,28± 0,04*	3,7± 0,05	3,0± 0,01*	2,92± 0,2*	2,79± 0,01*
АГҲ, г/л	10,4± 0,2	9,8± 0,1*	8,3± 0,1*	6,9± 0,1*	12,3± 0,1	10,1± 0,09*	9,7± 0,05*	8,9± 0,04*

Изоҳ: * - натижаларнинг аниқлик даражаси P<0,05.

Куйиш шокининг оғирлигига боғлиқ ҳолда 95 беморда қоннинг ивиш системаси ва фибринолитик активлигидаги ўзгаришларни ўргандик (2 жадвал).

Шуни қайд этиш лозимки, гомеостаз бузилишларини коррекция қилишга йўналтирилган даволаш тактикалари ва шокга қарши терапиядан сўнг АҚҲ кўрсатгичларини сезиларли даражада яхши томонга ўзгариши кузатилди. Бунақа ижобий тенденция кўпроқ куйиш шокининг II ва III даражадаги беморлар учун характерлидир. АҚҲ дефицитини I- ва II-даражаси билан беморларда мос равишда 4,3±0,1% дан ва 10,2±0,3% гача (P<0,05) камайиши кузатилди. Ижобий тенденция асосан АПҲ ва ГҲ кўрсатгичларини кўпайишида кузатилди, енгил даражада 38,3±0,2 мл/кг ва 33,7±0,3 мл/кг мос равишда, шокнинг ўрта даражасида эса 37,9±0,1 мл/кг ва 32,1±0,4 мл/кг ни ташкил этди. Аммо, кўрсатгичлар динамикасини ижобий бўлишига қарамасдан, шокнинг оғир даражали гуруҳидаги беморларда, ҳатто ўтказилган даволаш тадбирларидан сўнг ҳам АҚҲ ёмон кўрсатгичлар сақланиб қолди. Шундай экан, АҚҲ дефицити ушбу контингент беморларда шок босқичида 12,7±0,3% ни ташкил қилди. Шу билан биргаликда АПҲ (34,7±0,2 мд/кг, p<0,05), АГҲ (8,9±0,04 г/л, P<0,05) ва ГҲ (31,5±0,2 мл/кг, P<0,05) статистик аниқ паст кўрсатгичлари сақланиб қолди.

2 жадвал

Куйиш шоки билан беморларда қоннинг ивиш системасидаги бузилишлар (n=95)

Коагулограмма кўрсатгичлари	Шокнинг даражалари			Назорат гуруҳи
	I даража	II даража	III даража	
ПТИ, %	92,3±1,5	94,6±3,8*	87,6±3,1*	90,2±1,0
Фибриноген, г/л	2,68±0,3*	2,92±0,29*	2,15±0,25*	3,4±0,2
Тромботест, ст.	4,34±0,14*	4,4±0,2*	4,06±0,2*	5,0±0,1
Гематокрит %	49,9±1,1	53,1±1,4*	60,4±2,1*	44,0±0,8
Рекальцификация вақти, сек.	82,1±2,9*	87,4±3,8*	89,4±3,2*	74,0±3,2
Гепаринга толерантлик, сек.	283,8±8,8	256,3±11,8*	253,4±21,3*	290±7,4
Фибринолиз,%	10,7±0,27*	8,09±0,42*	6,58±0,69*	15,4±0,6

Изоҳ: * - натижаларнинг аниқлик даражаси P<0,05.

Фибринолиз статистик шубҳасиз 8,09±0,42% гача (P<0,05) камаяди, гематокрит эса 53,1±1,4 гача ўзгариши қонни формали элементларини интенсив йўқотиш ва гемоконцентрация ҳисобига кутарилади.

Шунга ўхшаш ўзгаришлар асосан тана юзасини 30% (19-бемор) дан ортиқ чуқур куйган оғир даражали куйиш шоки билан беморларда кузатилди. Аммо, йўқотилган плазма ҳажмини

анча юқорилиги сабабли анча чуқур характерга эга бўлди. Қон ивиш системасини кучсиз ривожланган кучайиши кузатилди (гепаринга нисбатан толерантлик 253,4±21,3 сек ташкил қилди, тромботест - 4,06±0,2 даража), ПТИ эса 87,6±3,1% гача пасайди(P<0,05). фибринолитик активликни давом этувчи пасайиб бориши кузатилди. Шу билан бирга фибринолитик активликни чуқур пасайиши кузатилиб, у 6,58±0,69% ни (P<0,05) ташкил этди. Гематокрит кўрсатгичларини 60,4±2,1% гача (P<0,05) критик ортиши кузатилди.

Хулоса. Юқорида қайд этилганларни ҳисобга олган ҳолда барча беморларни стационарга ётқизилган пайти сув-туз балансини, кислотали-ишқорли мувозанатни ва гомеостаз бузилишларини яхшилашга қаратилган шокга қарши комплекс чора-тадбирлар ўтказилиш керак.

Адабиётлар:

1. Жилинский Е.В., Цвирко В.Н. ДВС-синдром при ожоговой болезни. // Материалы конф. с межд. участием «Современные аспекты в лечении термических поражений и ран различной этиологии». К 70-летию комбустиологической службы Республики Беларусь и 50-летию Республиканского ожогового центра. – Минск, 2018. – с. 60-61.
2. Исмаилов Б.А., Садыков Р.А. Эффективность гемостатического импланта Гепроцел при паренхиматозном кровотечении из печени в эксперименте // Хирургия Узбекистана, 2018. - №3(79). – с. 13-14.
3. Карабаев Б.Х., Фаязов А.Д., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А., Нурбоев Э.О., Юнусов О.Т. профилактика тромбоэмболических осложненнқх у больных пожилого и старческого возраста до и после аутодермопластики // Шошилинч тиббиёт ахборотномаси. – Тошкент. – 2016. -№9 (2). –С.202.
4. Крылов К.М., Шлык И.В., Пивоварова Л.П., Орлова О.В. / Ожоговый шок. Патогенез и лечение шока различной этиологии. Руководство для врачей. Санкт-Петербург, 2010. – с. 320-360.
5. Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Юнусов О.Т., Карабаев Н.Б., Патоморфология панкреонекроза у больных с ожоговым сепсисом // Ўзбекистон хирургияси. – Тошкент. – 2018. - №3 (79) - С. 166.
6. Юнусов О.Т., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Даминов Ф.А. Исследование системы гемостаза у пациентов с ожоговой травмой и ДВС-синдромом // Ўзбекистон хирургияси. – Тошкент. – 2018. - №3 (79) - С. 167-168.
7. Юнусов О.Т., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Рустамов М.И. ДВС-синдром у обожженных: современный взгляд на проблему // Проблемы биологии и медицины. –Самарканд. – 2018. №3 (102). –С. 108-112.
8. Юнусов О.Т., Садыков Р.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Сайдуллаев З.Я. Оценка эффективности местного преминения гемостатического средства «Гепроцел» в лелении пациентов с глубокими ожогами // Проблемы биологии и медицины. –Самарканд. – 2019. №2 (109). –С. 158-160. (14.00.00, № 19).
9. Yunusov O.T., Baykulov A., Rakhmonov F., Nakhalbayev The effect of plasma therapy on the general circulation of blood in patients with extensive deep burns // Novateur publications international journal of innovations in enginiring research and technology [IJIERT] ISSN: 2394-3696. Volume 7, issue 4, arp-2020. Impact Factor 5.558.
10. Yunusov O.T. State of Hemostasis System at Exposure of the Thermal Agent during Shock and Toxaemia // International Journal of Psychosocial Rehabilitation Vol. 24, Issue 04, 2020 ISSN: 1475-7192. Scopus базасидаги журнал.
11. Yunusov O.T., Daminov F.A., Karabaev H.K. Efficiency of Heprocel in Treatment of Patients with Deep Burns. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2020, 10 (8):624-626.
12. Юнусов О.Т., Карабаев Х.К., Сайдуллаев З.Я., Дусияров М.М., Шеркулов К.У. Современный подход к лечению пациентов с глубокими ожогами // Достижения науки и

образования. Научно-методический журнал. – Иваново. – 2019. -№11 (52). –С. 68-71. (14.00.00, №).

13. С.З.Саттарова, Р.Б.Азизова, Н.Н. Абдуллаева, Г.У. Самиева, Клинические особенности, течение и диагностика синдрома Гийена-Барре. Журнал биомедицины и практики номер
14. Абдуллаев С. А. и др. Хирургические тактики лечения сепсиса при сахарном диабете //наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения. – 2019. – С. 190-194

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

INFECTIOUS DISEASE

Саидолим Мурадқосимович МУРАДҚОСИМОВ
Рустам Темурович ЕРМАНОВ
Жавлон Соғлиқ ўғли ТУРАҚУЛОВ
Латофат Муродуллаевна ҚУРБАНОВА
Самарқанд давлат тиббиёт институти

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ МЕҲНАТ МИГРАНТЛАРИ ОРАСИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ЗАРАРЛАНИШ КЎРСАТГИЧЛАРИНИ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛ

For citation: S.M. Muradkosimov, R.T. Ermanov, Zh.S. Turakulov, L.M. Kurbanova EPIDEMIOLOGICAL SITUATIONS OF HIV INFECTION AMONG MIGRANTS OF THE SAMARKAND REGION Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 207-211

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-113

АННОТАЦИЯ

Бизнинг илмий ишимизда Самарқанд вилояти меҳнат-мигрантларини охирги 5 йил ичида мамлакатимизни тарк этиб ва қайтиб келганларнинг хусусиятлари ўрганилган. Текшириш натижаларига кўра, меҳнат-мигрантларнинг мамлакатимизни қандай турда тарк этишидан қатъий назар, жинсий йўл билан юқадиган юқумли касалликларга мойил бўлади, асосан ОИВ/ОИТС касаллигининг юқиши ҳам бундан мустасно эмас, чунки бундай холатларда ушбу касаллик аниқланган кишилар тиббий ёрдам олишдан чекланган бўлади ва кўпгина тўсиқларга учрайди. Жинсий йўл билан юқадиган юқумли касалликлар, бу инсонлар организмидаги энг долзарб муаммолардан бири бўлиб, у нафақат хар ҳил микроорганизмлар, вируслар ва зарарли ташқи таъсирларга қарши курашадиган “жанг майдони” эмас, балки организмнинг умумий соғломлигини кўрсатадиган ойна ҳам бўлиб ҳисобланади. ОИТС касаллигига чалинган аксарият инсонлар ўз бошимчалик билан уйида даволанади. ОИТС касаллиги натижасида инсон организмида асосан микроорганизмлар билан курашадиган иммун жараён сусайиб кетади.

Калит сўзлар: ОИВ-инфекцияси, ОИТС, юқумли касалликлар, иммунитет, инфекция, меҳнат мигрантлари, эпидемиология.

Саидолим Мурадқосимович МУРАДҚОСИМОВ
Рустам Темурович ЕРМАНОВ
Жавлон Соғлиқ ўғли ТУРАҚУЛОВ
Латофат Муродуллаевна ҚУРБАНОВА
Самаркандский государственный медицинский институт

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ ОИВ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МИГРАНТОВ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

АННОТАЦИЯ

В нашей научной работе изучаются характеристики трудовых мигрантов из Самаркандской области, уехавших и вернувшихся в страну за последние 5 лет. Исследование показало, что трудящиеся-мигранты с большей вероятностью будут инфицированы заболеваниями, передаваемыми половым путем, независимо от типа отъезда, в основном ВИЧ / СПИДа, поскольку в таких случаях люди с диагнозом этого заболевания ограничены в получении медицинской помощи и сталкиваются со многими препятствиями. происходит. Заболевания, передающиеся половым путем, - одна из самых острых проблем человеческого организма, которая является не только «полем битвы» с различными микроорганизмами, вирусами и вредными внешними воздействиями, но и отражением общего состояния здоровья организма. Большинство больных СПИДом лечатся дома самостоятельно. В результате СПИДа в организме человека ослабляется иммунный процесс, который в основном борется с микроорганизмами. Пятая часть трудовых мигрантов с клиническими признаками ИППП проходят самолечением.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, инфекционные заболевания, иммунитет, инфекция, трудовые мигранты, эпидемиология.

Saidolim Muradkosimovich MURADKOSIMOV
Rustam Temurovich ERMANOV
Zhavlon Soglik ugli TURAKULOV
Latofat Murodullaevna KURBANOVA
Samarkand State Medical Institute

EPIDEMIOLOGICAL SITUATIONS OF HIV INFECTION AMONG MIGRANTS OF THE SAMARKAND REGION

ABSTRACT

Our scientific work examines the characteristics of labor migrants from the Samarkand region who have left and returned to the country over the past 5 years. The study found that migrant workers are more likely to be infected with sexually transmitted diseases regardless of the type of departure, mainly HIV / AIDS, as in such cases people diagnosed with the disease are limited in access to medical care and face many barriers. Going on. Sexually transmitted diseases are one of the most acute problems of the human body, which is not only a "battlefield" with various microorganisms, viruses and harmful external influences, but also a reflection of the general health of the body. Most AIDS patients are self-medicated at home. Because of AIDS in the human body, the immune process is weakened, which mainly fights against microorganisms. One fifth of labor migrants with clinical signs of STIs self-medicate.

Key words: HIV infection, AIDS, infectious diseases, immunity, infection, labor migrants, epidemiology.

Мавзунинг долзарблиги. Хозирги вақтда жахонда 35 млндан ортиқ ахолида ОИВ инфекцияси қайт этилган бўлиб, шундан йилига 1,7 миллиондан кўпроғи вафот этмоқда. Ўзбекистон Республикасида 40 минг дан ортик кишиларда ОИВ инфекцияси қайт этилган бўлиб, зарарланганларнинг аксарият қисмини меҳнат мигрантлари ташкил қилмоқда.

Кейинги 10 йилликда Ўзбекистон ахолисида ташқи меҳнат мигрантлар оқимида ошиш ҳолатлари кузатилмоқда. Меҳнат мигрантлари аҳолининг турли гуруҳларидан иборат бўлганлиги туфайли (ёши, жинси) мигрантларнинг аниқ куламини баҳолаш бирмунча қийинчилик туғдирди. Уларнинг асосий қисми статистик ҳисоботдан утмайди. Баъзи давлатларда (Россия, Қозоғистон) виза режимининг йўқлиги ва мигрантларни ноқонуний ҳаракатланишлари ҳисоботларни нотўғ олиб борилишига олиб келади. Ўзбекистон ташқи миграция агентлигинингш маълумотларига кўра, 2,6 млндан 3 миллионгача фуқораларимиз хорижга ишга кетишган бўлиб, улардан 72% Россияга, 20% Қозоғистонга кетишган.

Шу мунособат билан мехнат мигрантлари учун ОИВ инфекциясидан ҳимояланиш чораларини такомиллаштириш, шунингдек улар орасида ОИВ инфекциясини тарқалишига сабаб бўладиган асосий омилларни урганиш актуал вазифалардан хисобланади. (1,2).

Мамлакатдан ташқарига йўналтирилган меҳнат миграцияси мамлакатнинг ривожига ижобий таьсири кўрсатиши билан бирга, салбий оқибатларга (одам савдосига) ҳам олиб келади.. Миграцияга ёшларни жалб этилиши ижтимоий назоратнинг кучсизланишига, хулқ-атвор ўзгаришларига, мигрантларни ОИВ инфекцияси бўйича хавф гуруҳларга кириб қолишига, уларда тасодифий интим алоқалар сонининг ошишига, мигрантларни тиббий хизматдан фойдаланиш имкониятининг камайишига олиб келади. Бу ҳолатлар меҳнат мигрантлари ўртасида жинсий йўл билан юқувчи инфекциялар (ЖЙЮИ), жумладан ОИВ/ОИТС билан касалланиш даражасини ошиши долзарб ҳисобланади(3),

Тадқиқот мақсади: Самарқанд вилояти мисолида меҳнат мигрантлари орасида ОИВ инфекциясини учраш ҳолатини (2015-2020 йилларда) таҳлил қилиш.

Талқикот материаллари ва усуллари. Меҳнат мигрантлари. Тадқиқот иши Самарқанд ОИТСга қарши кураш марказида ўтказилди. Танланма дизайни - Кросс – секцион тадқиқот бўлиб, кўп босқичли кластер (маҳалла комитети томонидан берилган рўйхат асосида) усулидан фойдаланилди. Ҳар бир кластерда респондентларни (меҳнат мигрантларини) танлаш оддий рандомизация усулида, махсус сўровнома асосида олиб борилди.

Тадқиқот натижалари: Қуйидаги жадвалдаги маълумотларга кўра, миграция жараѐни хусусиятлари ўрганилганида кузатувдаги 282139 нафар мехнат мигрантлари асосан, Қозоғистон ва Россия давлатининг турли хил ҳудудларида бўлишган.

Самарқанд вилояти ахолисининг миграцияга чиқиши ва улар ўртасида ОИВ инфекцияси холати (йиллар ва ёш сони кесимида)

Жадвал №1

Йиллар	Мигрантлар Сони	ОИВ инфекцияли шахслар	Фоиз миқдори	Жами қайд этилган ОИВ инфекцияси холати	Умумий ахоли сонига нисбатан фоиз хисобида .	Ёш сони кесмида					
						20-24	25-28	30-34	35-39	40-49	50-59
2015 йил	75380	86	0.11	452	19.1	7	28	22	14	11	4
2016 йил	63560	108	0.16	492	21.9	11	27	28	21	14	7
2017 йил	45793	72	0.15	481	14.9	1	13	19	27	7	5
2018 йил	46042	113	0.24	465	24.3	20		21	25	15	10
2019 йил	35882	77	0.21	434	17.7	3	11	22	27	11	3
2020 йил	15482	25	0.16	240	10.4		8	7	6	3	1
Жами	282139	481	0.17	2564	18.05	42	109	119	120	61	30

Мигрантларни норасмий равишда мамлакатдан ташқарига чиқишини йиллар кесимида таҳлил қилинганда, 2015 йил 75380 нафар мигранларнинг 86 (0,11%) тасида, 2016 йилда 63580 нафаридан 108(0,16%)тасида, 2017 йил 45793 нафардан 72(0,15%) тасида, 2018 йил 46042 нафаридан 113(0,24%)тасида, 2019 йил 35882 нафардан 77(0,21%)тасида, 2020 йил 15482 нафардан 25(0,16%)тасида ОИВ инфекцияси аниқланди. Жами 5 йил давомида 282139 та мигрантлардан 481 тасида (0,17%) ОИВ инфекцияси аниқланган. Кузатишларимиз мигрантлар сонининг ошиши, Самарқанд вилоятида ОИФ инфекцияси билан зарарланганларнинг умумий сонини камайишига қарамасдан мигрантлар орасида ОИВ инфекцияси билан зараланиш ҳолатлари кўпайиши кузатилганлиги аниқланди.

.2020 йилда коронавирус пандемияси натижасида чет элга чиқиб ишлаган ахолининг сони камайганлиги туфайли мигрантларнинг ОИВ инфекцияси билан зарарланиш сони ҳам пасайганлиги аниқланди. Олинган натижалар меҳнат миграцияси даврида ОИВ инфекцияси билан касалланишнинг ошиши мехнат мигрантлари сонининг йилдан йилга ошиши билан тўғри пропорционал эканлигини кўрсатмоқда. Юқоридаги жадвалга асосан вилоятнинг 282139 нафар ахолисининг 481 нафари мехнат миграцияси вақтида ОИВ инфекцияси билан зарарланган. ОИВ инфекцияси билан зарарланганларни 42 таси 18-24 ёш,109 таси 25-29 ёш,119 таси 30-34 ёш,120 таси 35-39 ёш, 61 таси 40-49 ёш ва 30 таси 50-59 ёшдаги кишилардан иборат эканлиги аниқланди. ОИВ инфекция билан зарарланган кишиларнинг 409 нафари (85%) 25 ёшдан 50 ёшгача бўлган кишилар бўлиб, аҳолининг энг фаол мехнат қилиш даврига тўғри келади. ОИВ инфекция билан зараланган кишиларнинг мехнат самарадорлиги пасайишига олиб келиб, ўз ватанига чиқарилиб юборилишига сабаб бўлади. ОИВ инфекцияси билан зарарланган мехнат мигрантларининг 42 нафари 20-25 ёшдаги фуқоралар бўлиб, уларнинг 31 нафари турмуш қурмаганлиги аниқланди.Текширув натижаларига асосланиб,ахоли уртасида тарқалаётган ОИВ инфекциясини купайишида мехнат миграциясининг хиссаси борлиги аниқланди.

Хулоса. Меҳнат миграцияси билан шуғулланувчи аҳоли ўртасида ОИВ инфекцияси билан зарарланиш 2015- 2020 йиллар ичида меҳнат миграцияси билан шуғулланмайдиган аҳолига нисбатан 0.17 % кўп учраши аниқланди.

Меҳнат миграцияси билан шуғулланувчи ахолининг ОИВ инфекцияси билан зарарланиши асосан 25-50 ёшли фуқоралар ташкил қилиши аниқланди.

Тавсиялар. Меҳнат миграциясидан қайтиб келган аҳоли ўртасида профилактик чора тадбирларни янада такомиллаштириш зарурдир.

Адабиётлар

1. Ахмедова С. и др. Антропометрические показатели физического развития у детей до 5 лет в самаркандской области //InterConf. – 2020.
2. Болтаева М.Р. «Гендерные аспекты ВИЧ-инфекции в Восточной Европе и Центральной Азии». Доступно по ссылке: http://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/vich/17/prez/5-A3-4.pdf (2017)
3. ВИЧ и миграция. Узбекистан //Фактологический бюллетень-19-20 февраль 2018. -32с.
4. Коржавов Ш. О. и др. Роль латинского языка в медицине и в современном мире //International Scientific and Practical Conference World science. – ROST, 2017. – Т. 5. – №. 6. – С. 40-42.
5. Коржавов Ш. О. и др. Скрининговая оценка протекторных свойств лекарственных препаратов при воздействии ультрафиолета на кожу крыс //здоровье, демография, экология финно-угорских народов HEALTH, DEMOGRAPHY, ECOLOGY. – 2018. – С. 43.
6. Переверзева Э. В., Филиппова С. Н. Актуальные вопросы культуры здоровья: ВИЧ-инфекции и СПИД //Вестник РМАт. – 2014. – №. 1.
7. Покровский В. В., Покровский В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД //Клинические рекомендации. М. – 2010.
8. Рахмонов З. М. и др. Компенсаторно-приспособительная рекация сосудистого русла внутренних органов при резекции желудка //International Scientific and Practical Conference World science. – ROST, 2017. – Т. 5. – №. 6. – С. 42-44.
9. Хусанов Э. У., Коржавов Ш. О. Влияние инфракрасного лазерного излучения повышенной интенсивности на микроструктуру кожи крыс //Достижения науки и образования. – 2019. – №. 12 (53).
10. Хусанов Э. У., Ортикбаева Н. Т., Коржавов Ш. О. Апудоциты пилорической части желудка при действии химических средств защиты растений //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 11 (65).
11. Stefonik J. HJV/AIDS presenting with stroke features caused by cerebrul Nocard absesses, a cose reprt // BMC Neorjl-2015, oct 7, -15-183

12. Uktamovich H. E., Oblakulovich K. S. Пилородуоденал соҳа махаллий бошкарув нерв аппаратининг микроанатомик асослари //Journal of Biomedicine and Practice. – 2020. – Т. 6. – №. 5.
13. С.З. , Р.Б.Азизова, Н.Н. Абдуллаева, Г.У. Самиева, Клинические особенности, течение и диагностика синдрома Гийена-Барре. Журнал биомедицины и практики номер 6, выпуск 1, - 2021
14. . Govoni V., Granieri E., Epidemiology of the Guillain-Barré syndrome. Current opinion in neurology, 2001; 14(5): 605-13

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Ботир Тургунпулатович ДАМИНОВ
Кафедра факультетской терапии, военно-полевой терапии, профессиональных заболеваний, госпитальной терапии и пропедевтики внутренних болезней, Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан
Лола Тургунпулатовна ДАМИНОВА
Кафедра предметов терапевтического направления №2, Ташкентский государственный стоматологический институт. Республика Узбекистан.
Даврон Кадирович МУМИНОВ
Кафедра факультетской терапии,военно-полевой терапии, профессиональных заболеваний, госпитальной терапии и пропедевтики внутренних болезней, Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

ПРЕДИКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ФИБРОЗА ЛЕГОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

For citation: B.T. Daminov, L.T. Daminova, D.K. Muminov PREDICTORS OF RISK OF PROGRESSION OF PULMONARY PARENCHYMAL FIBROSIS AND UNFAVORABLE ENDPOINTS IN PATIENTS WITH POSTCOVID SYNDROME Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 212-219

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-114

АННОТАЦИЯ

Цель исследования. На основании ретроспективного анализа определить прогностические маркеры прогрессирование фиброза легочной паренхимы и развития неблагоприятных конечных точек у больных с постковидным синдромом.
Материал и методы исследования. Материалом исследования служили истории болезни128 больных, перенесших COVID-19 и находящиеся на ранней медицинской реабилитации. Проведен ретроспективный анализ данных историй болезни и их статистическая обработка.
Результаты исследования. Больные с прогрессирующим фиброзом легких, отличались большей коморбидностью (p<0,001). У них достоверно чаще встречались БА (p<0,05), ХИБЛ (p<0,05), ожирение и стеатогепатит (p<0,001) и тромбоэмболические события в течение месяца после выписки из инфекционного стационара (p<0,001). Тромбоэмболические события возникли у 66 больных (51,56%), умерло 12 больных (9,38%), комбинированная конечная точка (смерть + тромбоэмболия) имела место у 70 больных (54,69%). Риск возникновения неблагоприятных конечных точек достоверно выше у больных, перенесших тяжелую и крайне тяжелую форму COVID-19. У этих больных среднее количество фоновых патологий было

достоверно больше (p<0,001), среди которых чаще встречались ХОБЛ (p<0,001), СД 2 типа (p<0,05), ожирение и стеатогепатит (p<0,001), синдром Паркинсона (p<0,05). Также группа больных с развитием тромбоэмболий и смертельных исходов отличалась более выраженным поражением легких (p<0,05), большей частотой встречаемости тяжелых и крайне тяжелых течений инфекции (хи квадрат=6,98, p<0,01).

Заключение. Ретроспективный анализ показал, что риск прогрессирования фиброза легочной паренхимы у больных COVID-19 увеличивается при наличие БА в 1,83 раза (p<0,05), ХИБЛ – в 2,46 раз (p<0,05), ожирения и стеатогепатита – в 7,22 раз (p<0,001), развития тромбоэмболических событий в течение первого месяца– в 9,39раз (p<0,001). Риск развития комбинированной неблагоприятной конечной точки (смерть и тромбоэмболические события) COVID-19 увеличивается в 1,63 раз при тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания, в 2,33 раза – при наличии ХОБЛ (p<0,001), в 1,63 раза - при наличии СД 2 типа (p<0,05), в 3,64 раза - приналичии ожирения и стеатогепатита (p<0,001).

Ключевые слова: COVID-19, фиброз легких, тромбоэмболия, коморбидность при COVID-19.

Botir Turgunpulatovich DAMINOV
Department off Faculty internal diseases, occupatuonal pathology, MFT, hospital internal diseases and PID, Tashkent Pediatric medical institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan
Lola Turgunpulatovna DAMINOVA
Department of therapeutic directions № 2, Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan
Davron Kadirovich MUMINOV
Department off Faculty internal diseases, occupatuonal pathology, MFT, hospital internal diseases and PID, Tashkent Pediatric medical institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan

PREDICTORS OF RISK OF PROGRESSION OF PULMONARY PARENCHYMAL FIBROSIS AND UNFAVORABLE ENDPOINTS IN PATIENTS WITH POSTCOVID SYNDROME

ANNOTATION

Purpose of the study. Based on a retrospective analysis, to determine prognostic markers for the progression of fibrosis of the pulmonary parenchyma and the development of unfavorable endpoints in patients with postcovid syndrome.

Material and research methods. The material of the study was the case histories of 128 patients who underwent COVID-19 and are in early medical rehabilitation. A retrospective analysis of the data of case histories and their statistical processing were carried out.

Research results. Patients with progressive pulmonary fibrosis were more comorbid (p <0.001). BA (p <0.05), CIPD (p <0.05), obesity and steatohepatitis (p <0.001) and thromboembolic events within a month after discharge from the infectious hospital (p <0.001) were significantly more frequent in them. Thromboembolic events occurred in 66 patients (51.56%), 12 patients died (9.38%), the combined endpoint (death + thromboembolism) occurred in 70 patients (54.69%). The risk of adverse endpoints is significantly higher in patients with severe and extremely severe COVID-19. In these patients, the average number of background pathologies was significantly higher (p <0.001), among which COPD (p <0.001), type 2 diabetes (p <0.05), obesity and steatohepatitis (p <0.001), Parkinson's syndrome (p <0.05). Also, the group of patients with the development of thromboembolism and deaths was distinguished by more pronounced lung damage (p <0.05), a higher incidence of severe and extremely severe infections (chi square = 6.98, p <0.01).

Conclusion. Retrospective analysis showed that the risk of progression of fibrosis of the pulmonary parenchyma in patients with COVID-19 increases in the presence of AD by 1.83 times (p <0.05), CIBD - 2.46 times (p <0.05), obesity and steatohepatitis - 7.22 times (p <0.001), the development of thromboembolic events during the first month - 9.39 times (p <0.001). The risk of

developing a combined unfavorable endpoint (death and thromboembolic events) COVID-19 increases 1.63 times in severe and extremely severe disease, 2.33 times in the presence of COPD (p <0.001), 1.63 times - in the presence of type 2 diabetes (p <0.05), 3.64 times - in the presence of obesity and steatohepatitis (p <0.001).
Key words: COVID-19, pulmonary fibrosis, thromboembolism, comorbidity with COVID-19.

Ботир Тургунпулатович ДАМИНОВ
Факультет ички касалликлари, касб касалликлари,
ХДТ, госпитал ички касалликлари ва ИКП кафедраси,
Тошкент педиатрия тиббиёт институти,
Тошкент, Ўзбекистон Республикаси
Лола Тургунпулатовна ДАМИНОВА
2-сон терапевтик йуналишдаги фанлар кафедраси,
Тошкент давлат стоматология институти,
Тошкент,Ўзбекистон Республикаси
Даврон Кадирович МУМИНОВ
Факультет ички касалликлари, касб касалликлари,
ХДТ, госпитал ички касалликлари ва ИКП кафедраси,
Тошкент педиатрия тиббиёт институти,
Тошкент Ўзбекистон Республикаси

ПОСТСОВИД СИНДРОМИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЎПКА ПАРЕНХИМАСИ ФИБРОЗ ВА САЛБИЙ СЎНГИ НУҚТАЛАРНИ РИВОЖЛАНИШИНИ ХАВФ ПРЕДИКТОРЛАРИ

АННОТАЦИЯ

Тадқиқотнинг мақсади. Ретроспектив таҳлил асосида постковид синдроми бўлган беморларда ўпка паренхимаси фиброзини ва салбий сўнгги нуқталарни (endpoints) ривожланишини прогностик белгиларини аниқлаш.
Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқот материаллари COVID-19 ўтказган ва эрта тиббий реабилитацияда бўлган 128 нафар беморларни касаллик тарихи еди. Касаллик тарихи маълумотлари ретроспектив анализ ва статистик таҳлил қилинган. Прогрессив ўпка фиброзига чалинган беморлар кўпроқ коморбидлик билак ажралиб турганидилар (p<0.001). Ушбу беморларда БА (p <0.05), ЎСИК (p <0.05), семизлик ва стеатогепатит (p <0.001) va касалхонадан чиққандан кейин бир ой ичида тромбоэмболик ҳодисалар сезиларли даражада (p <0.001). юқори бўлган. Шуниндек, тромбоэмболия ва ўлим бўлган беморлар гуруҳи ўпкани кучлироқ шикастланиши (p <0,05), инфекцияни оғир ва ўта оғир кечиш даражаси (хи квадрат = 6,98, p <0,01) билан ажлариб турадиі.
Хулоса. Ретроспектив таҳлил шуни кўрсатдики, COVID-19 билан оғриган беморларда ўпка паренхимаси фиброзини ривожланиш хавфи БА бўлганда 1.83 marta (p<0,05), ЎСИК – 2.46 marta (p<0,05), семизлик ва стеатогепатит – 7.22 marta (p<0,001), биринчи ой давомида тромбоемболик ҳодисаларнинг ривожланиши – 9.39 marta (p<0,001) ортади. COVID-19 да комбинацияланган салбий сўнгги нуқталар (ўлим ва тромбоемболик воқеалар) ривожланиши хавфи оғир ва жуда оғир касалликда 1.63 марта,ЎСОК (p<0.001) - 2.33 marta, 2-турдаги диабет (p<0.05) - 1.63 marta, ва семизлик ва стеатогепатит (p<0.001) - 3.64 marta ортади.
Калит сўзлар: COVID-19, ўпка фибрози, тромбоэмболия, коморбидлик.

В конце 2019 г. в Китайской Народной Республике (КНР) произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. определила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2. Появление COVID-19 поставило перед

специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным [1]. Как показывает врачебная практика во всем мире основными задачи в введении больных COVID-19 являются оперативная диагностики коронавирусной инфекции, оказание специализированной медицинской помощи, а также реабилитации и вторичной профилактики [2,3]. Это связано с тем, что в ряде случаев в результате перенесённого заболевания возникают долговременные осложнения, получившие название «долгий COVID» и «постковидный синдром». В специализированной литературе появляются статьи, описывающие феномен симптомов или различных жалоб, которые длятся более 3–4 недель, о которых сообщают пациенты, перенесшие инфекцию SARS-CoV-2 [4]. Среди множества проведенных исследований и полученных данных, важными вопросами на сегодняшний день являются выявление прогностических маркеров развития постковидного синдрома и его течения [5].

Цель исследования. На основании ретроспективного анализа определить прогностические маркеры прогрессирование фиброза легочной паренхимы и развития неблагоприятных конечных точек (endpoints) у больных с постковидным синдромом.

Материал и методы исследования. Материалом исследования служили истории болезни128 больных, перенесших COVID-19 и имеющие жалобы и клинические патологические, возникшие в острый период заболевания и не объяснимые другими причинами. Больные были госпитализированы в РСНПМЦТ и МР для ранней медицинской реабилитации после перенесенного COVID-19.

Методы исследования: ретроспективный анализ данных историй болезни и их статистическая обработка для выявления частота возникновения фиброза легочной паренхимы и неблагоприятных конечных точек в течение месяца после перенесенного COVID-19 и определения предикторов развития этого осложнения.

Статистическая обработка. Все данные, полученные в ходе исследования заносились в сводные таблицы Excell. Межгрупповое сравнение проводилось с использованием парного и непарного критерия Стьюдента. В случае непараметрических признаков межгрупповое различие частотного распределения оценивалось с использованием табличного критерия Хи квадрат и подтверждением его достоверности по таблицам в зависимости от количества степеней свободы.

Результаты исследования и их обсуждение. Известно, что одним неблагоприятным осложнением COVID-19 является прогрессирующий фиброз легочной паренхимы. В нашем исследовании он отмечался у 44 больных, включенных в ретроспективный анализ, что составило 34,38% от общего количества больных. В ходе исследования было проведено сравнение клинических характеристик больных, у которых фиброз легочной паренхимы прогрессировал после купирования инфекционного заболевания и больных с регрессией изменений легочной ткани (1). В результате было выявлено, что больные, у которых отмечалась прогрессирующее течение фиброза легких, отличались большей коморбидностью (в среднем 5,48±2,21 нозологии против 4,04±2,00, $p<0,001$). Также у больных с фиброзом легочной паренхимы достоверно чаще встречались БА ($p<0,05$), ХИБЛ ($p<0,05$), ожирение и стеатогепатит ($p<0,001$) и тромбоэмболические события в течение месяца после выписки из инфекционного стационара ($p<0,001$).

Таблица 1

Клиническая характеристика больных с постковидным синдромом в зависимости от развития фиброза легочной паренхимы (указаны только достоверно различающиеся признаки)

Показатель	Больные с фиброзом легких (n=44)	Больные с регрессией легочных изменений (n=84)	Хи квадрат
БА	14 (31,82%)	12 (14,29%)	5,34*
ХИБЛ	4 (9,09%)	1 (1,19%)	4,43*

Ожирение и стеатогепатит	39 (88,66%)	9 (10,71%)	75,58***
Тромбоэмболические события	40 (90,91%)	26 (30,95%)	41,62***

Примечание: * - достоверность критерия хи квадрат. Один знак – p<0,05, три знака – p<0,001.

Анализ предикторной значимости указанных состояний показал, что наличие БА увеличивает риск прогрессирования фиброза легочной паренхимы в 1,83 раза (p<0,05), наличие ХИБЛ – в 2,46 раз (p<0,05), ожирения и стеатогепатита – в 7,22 раз (p<0,001), тромбоэмболических событий в течение первого месяца после выписки из инфекционного стационара – в 9,39раз (p<0,001).

По данным литературы ранние патологические изменения легких имеют диффузное повреждение альвеол с выраженным отеком, что соответствует морфологии вирусной интерстициальной пневмонии. Это свидетельствует о том, что у пациентов с ранней стадией легкой инфекции COVID-19 даже после улучшения состояния и выписки из больницы существует потенциальный скрытый риск дальнейшего прогрессирования фиброза легких [22]. По данным метаанализа, из 50 466 пациентов, госпитализированных по поводу COVID-19, у 14,8% пациентов, больных COVID-19, развился ОРДС. Менее чем у 20% пациентов, перенесших ОРДС, ассоциированной с SARS-коронавирусом, развивался легочный фиброз, причем через 3 и 6 месяцев после инфицирования фиброз легких обнаруживался у 36 и 30% больных соответственно [23]. Таким образом, воспалительное поражение нижних дыхательных путей как легкого, так и тяжелого течения COVID-19 способно прогрессировать до пневмофиброза.

В ходе данного исследования была проанализирована частота возникновения неблагоприятных конечных точек в течение месяца после перенесенного COVID-19. Результаты ретроспективного анализа показали, что тромбоэмболические события возникли у 66 больных (51,56%), умерло 12 больных (9,38%), комбинированная конечная точка (смерть + тромбоэмболия) имела место у 70 больных (54,69%). Обнаружено, что частота возникновения конечных точек не зависела от возрастной категории больных. Распределение больных в зависимости от тяжести перенесенной инфекции показало, что риск возникновения неблагоприятных конечных точек достоверно выше у больных, перенесших тяжелую и крайне тяжелую форму COVID-19, по сравнению с больными, перенесшими форму средней тяжести (достоверность для различия риска смерти и тромбоэмболических событий - p<0,05, для риска развития комбинированной конечной точки - p<0,01, табл.2).

Таблица 2

Риск возникновения неблагоприятных конечных точек в течение 1 месяца после перенесенного COVID-19 в зависимости от степени тяжести заболевания.

Конечная точка	Средней тяжести (n=44)	Тяжелое и крайне тяжелое течение (n=84)	Хи квад-рат	Относительный риск
Тромбоэмболические события	17 (38,64%)	49 (58,33%)	4,51*	1,51
Смерть	1 (2,27%)	11 (13,10%)	4,41*	5,76
Комбинированная конечная точка	17 (38,64%)	53 (63,10%)	6,98**	1,63

Примечание: * - достоверность критерия хи квадрат. Один знак – p<0,05, два знака – p<0,01.

В ходе ретроспективного анализа группы больных с развитием неблагоприятных конечных точек и без такового осложнения сравнивались по частоте встречаемости различных фоновых патологий. Проведенный анализ обнаружил, что у больных, у которых развились конечные неблагоприятные точки, среднее количество фоновых патологий было достоверно больше (5,61±2,04 нозологий против 3,60±1,90 нозологий, p<0,001). Наиболее чаще в числе фоновых

состояний встречались ХОБЛ (p<0,001), СД 2 типа (p<0,05), ожирение и стеатогепатит (p<0,001), синдром Паркинсона (p<0,05, табл 3). Также группа с развитием тромбоэмболий и смертельных исходов отличалась более выраженным поражением легких (51,93±23,42% против 37,90±22,95%, p<0,05), большей частотой встречаемости тяжелых и крайне тяжелых течений инфекции (53 больных – 75,71% против 31 больного – 53,45%, хи квадрат=6,98, p<0,01).

Таблица 3

Частота встречаемости некоторых фоновых нозологий у больных с постковидным синдромом в зависимости от развития неблагоприятных конечных точек (указаны только нозологии, по которым частотные различия носили статистически достоверный характер)

нозология	Группа с развитием комбинированной конечной точки (n=70)	Группа без развития комбинированной конечной точки (n=58)	Хи квадрат
ХОБЛ	32 (45,71%)	2 (3,45%)	29,18***
Синдром Паркинсона	10 (14,29%)	2 (3,45%)	4,57*
СД2 типа	14 (20%)	3 (5,17%)	6,21*
Ожирение и стеатогепатит	47 (67,14%)	1 (1,72%)	58,01***

Примечание: * - достоверность критерия хи квадрат. Один знак – p<0,05, три знака – p<0,001.

Исходя из полученных результатов исследования была проведена оценка прогностической значимости выделенных клинических предикторов риска развития неблагоприятных конечных точек (табл.4). Установлено, что тяжелое и крайне тяжелое течение COVID-19 увеличивает риск развития комбинированной конечной точки (смерть и тромбоэмболические события) в 1,63 раз (p<0,01), наличие ХОБЛ в качестве фоновой нозологии – в 2,33 раза (p<0,001), СД 2 типа – в 1,63 раза (p<0,05), ожирения и стеатогепатита – в 3,64 раза (p<0,001). Наличие паркинсонизма и возраст не обнаружили значимой прогностической ценности.

Таблица 4

Предикторная значимость клинических состояний в отношении риска развития комбинированной конечной точки у больных, перенесших COVID-19 (в числителе – количество больных с развитием конечных точек/количество больных в группе, в значенателе – относительная доля в процентах)

предиктор	Частота конечных точек при наличии предиктора	Частота конечных точек в отсутствие предиктора	Хи квадрат	ОР развития неблагоприятных конечных точек при наличии предиктора
Тяжелая и крайне тяжелая степень COVID-19	53/84 63,10%	17/44 38,64%	6,97**	1,63
ХОБЛ	32/34 94,12%	38/94 40,43%	29,18***	2,33
Паркинсонизм	7/9 77,78%	63/119 52,94	Нд	
СД2типа	14/17 82,36%	56/111 50,45%	6,21*	1,63
Ожирение и стеатогепатит	48/48 100%	22/80 27,50%	63,74***	3,64
Возраст старше 47лет	34/59 57,63%	36/69 52,17%	нд	

Примечание: * - достоверность критерия хи квадрат. Один знак – p<0,05, два знака – p<0,01, три знака – p<0,001.

Исследования проведенные во многих странах, также показали важную роль коморбидной патологии в тяжелом течении и неблагоприятном прогнозем COVID-19. По данным российских исследований в отсутствие коморбидных состояний частота летального исхода составила 9,4%. Хотя бы одно коморбидное состояние повышало частоту неблагоприятного исхода до 13,9%, мультиморбидность - до 24,8%. [8]. В метаанализе 11 исследований [9] показано, что у страдающих ХОБЛ риск тяжелого течения COVID-19 составляет 4,38 (95% доверительный интервал: 2,34- 8,20). Международная группа экспертов в области диабета и эндокринологии отмечает, что СД 2 типа является значимым фактором риска развития тяжелой пневмонии, ОРДС взрослых и септического течения вирусной инфекции, ассоциированного с развитием полиорганной недостаточности, повышением риска осложнений и смерти [10]. По данным Gao F, et al. у недиабетических пациентов с COVID-19 наличие НАЖБП и стеатогепатита ассоциировалось с 4-кратным повышением риска развития тяжелой COVID-19. При этом, вероятность осложнений повышалась с увеличением числа метаболических факторов риска [11].

Заключение. Рретроспективный анализ показал, что риск прогрессирования фиброза легочной паренхимы у больных COVID-19 увеличивается при наличие БА в 1,83 раза ($p<0,05$), ХИБЛ – в 2,46 раз ($p<0,05$), ожирения и стеатогепатита – в 7,22 раз ($p<0,001$), развитии тромбоэмболических событий в течение первого месяца– в 9,39раз ($p<0,001$). Риск развития комбинированной неблагоприятной конечной точки (смерть и тромбоэмболические события) COVID-19 увеличивается в 1,63 раз при тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания, в 2,33 раза – при наличии ХОБЛ ($p<0,001$), в 1,63 раза - при наличии СД 2 типа ($p<0,05$), в 3,64 раза - приналичии ожирения и стеатогепатита ($p<0,001$).

Литература

1. Cheung JC, Ho LT, Cheng JV, Cham EYK, Lam KN. Staff safety during emergency airway management for COVID-19 in Hong Kong. Lancet Respir Med. 2020;8(4):e19. Epub 2020/02/28.
2. Рекомендации по организации поэтапной медицинской реабилитации пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19» МЗ РУз, РСНПМЦТиМР, 28.08.2020
3. Brugliera L, Spina A, Castellazzi P, et al. Rehabilitation of COVID-19 patients. J Rehabil Med. 2020; 52(4);jrm00046.
4. Mandal S., Barnett J., Brill S.E. и соавт.; ARC Study Group. 'Long-COVID': a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalisation for COVID-19. Thorax, 2020. doi: 10.1136/thoraxjnl-2020-215 8180
5. NICE. COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community. NICE Guideline [NG163] 3 April 2020, last updated 30 April 2020. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2020. Wang J., Wang B.J., Yang J.C. et al. Advances in the research
6. of mechanism of pulmonary fibrosis induced by corona virus disease 2019 and the corresponding therapeutic measures.Zhonghua Shaoshang Zazhi. 2020;36:e006. DOI: 10.3760/cma.j.cn501120-20200307-00132
7. Sun P.F., Qie S.Y., Liu Z.J. et al. Clinical characteristics of 50466 hospitalized patients with 2019-nCoV infection. Journal of MedicalVirology. 2020;92(6):612–617. DOI:10.1002/jmv.25735
8. Molochkov A.V., Karateev D.E., Ogneva E.Yu., Zulkarnaev A.B., Luchikhina E.L., Makarova I.V., Semenov D.Yu. Comorbidities and predicting the outcome of COVID-19: the treatment results of 13,585 patients hospitalized in the Moscow Region. Almanac of Clinical Medicine. 2020;48:1-10. (In Russ.)
9. Zhao Q, Meng M, Kumar R, et al. The impact of COPD and smoking history on the severity of COVID-19: A systemic review and metaanalysis. J Med Virol. 2020. doi:10.1002/jmv.25889

10. Sinclair A, Dhatariya K, Burr O, et al. Guidelines for the management of diabetes in care homes during the Covid-19 pandemic. Diabet Med. 2020. doi:10.1111/dme.14317
11. Gao F, Zheng KI, Wang XB, et al. Metabolic associated fatty liver disease increases coronavirus disease 2019 disease severity in nondiabetic patients [published online ahead of print, 2020 May 21]. J Gastroenterol Hepatol. 2020;10.1111/jgh.15112. doi:10.1111/jgh.15112

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Даврон Кадирович МУМИНОВ
Кафедра факультетской терапии,военно-полевой терапии,
профессиональных заболеваний, госпитальной терапии
и пропедевтики внутренних болезней, Ташкентский
Педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 (ДАННЫЕ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА)

For citation: D.K. Muminov CLINICAL AND PATHOGENETIC FEATURES OF COVID-19 COURSE (DATA OF RETROSPECTIVE ANALYSIS) Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 220-226

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-115

АННОТАЦИЯ

Цель исследования. Определение клинико-патогенетических характеристик COVID-19 в раннем реабилитационном периода по данным ретроспективного анализа

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 128 больных, перенесших COVID-19, и имеющие персистирующие симптомы заболевания. Определялись количество и частота фоновых заболеваний и клинические проявления различных патологических синдромов.

Результаты исследования. Результаты анализа историй болезней больных показал, что 44 больных перенесли среднюю степень тяжести COVID-19, 45 больных – тяжелую, 39 – крайне тяжелую. У 40 больных диагностировано поражение легких 25% и менее (КТ-1), у 43 больных – от25 до 50% (КТ-2), у 32 больных –от 50 до 75% (КТ-3) и у 13 больных – более 75% легочного объема (КТ-4). В среднем количество фоновых патологий составило 4,53±2,20. Среднее количество фоновых заболеваний было достоверно выше у больных старшей возрастной группы ($p<0,001$). У больных с тяжелым и крайне тяжелым течением инфекции чаще встречался СД и ожирение ($p<0,05$ для обоих сравнений). В группе больных со средней тяжестью инфекции чаще встречался хронический вирусный гепатит ($p<0,05$). Клинические синдромы, патогенетически связанные с аутоиммунной воспалительной реакцией наблюдались у 99 больных (77,34%), дистрофией клеток – у 123 больных (96,09%), коагулопатией– у 73 больных (57,03%), фиброзообразование – у 44 больных (34,38%).

Заключение. По данным ретроспективного анализа среднее количество фоновых заболеваний было достоверно выше у больных старшей возрастной группы. Сахарный диабет и ожирение чаще встречались у больных COVID-19 с тяжелым и крайне тяжелым течением. У больных со средней тяжестью инфекции чаще встречался хронический вирусный гепатит. Патогенетический синдром аутоиммунной воспалительной реакции отмечался у 77,34% больных, синдромы дистрофии клеток 96,09%, коагулопатический – у 57,03% и фиброзообразование – у 34,38% больных.

Ключевые слова: COVID-19, коморбиднвй фон, клинико-патогенетические варианты COVID-19.

Davron Kadirovich MUMINOV
Department off Faculty internal diseases,
occupatuonal pathology, MFT, hospital internal
diseases and PID, Tashkent Pediatric medical institute,
Tashkent, Republic of Uzbekistan

CLINICAL AND PATHOGENETIC FEATURES OF COVID-19 COURSE (DATA OF RETROSPECTIVE ANALYSIS)

ANNOTATION

Purpose of the study. Determination of the clinical and pathogenetic characteristics of COVID-19 in the early rehabilitation period according to retrospective analysis

Material and research methods. A retrospective analysis of the case histories of 128 patients who underwent COVID-19 and persistent symptoms of the disease was carried out. The number and frequency of underlying diseases and clinical manifestations of various pathological syndromes were determined.

The results of the analysis of case histories of patients showed that 44 patients suffered moderate severity of COVID-19, 45 patients - severe, 39 - extremely severe. 40 patients were diagnosed with a lesion of 25% of the lungs or less (CT-1), in 43 patients - more than 25 to 50% of the lung volume (CT-2), in 32 patients - more than 50 to 75% (CT-3) and in 13 patients - more than 75% (CT-4). On average, the number of background pathologies was 4.53 ± 2.20. The average number of background diseases was significantly higher in patients of the older age group ($p < 0.001$). In patients with severe and extremely severe infections diabetes and obesity were more common ($p < 0.05$ for both comparisons). In the group of patients with moderate severity of infection, chronic viral hepatitis was more common ($p < 0.05$). Clinical syndromes pathogenetically associated with an autoimmune inflammatory reaction were observed in 99 patients (77.34%), cell dystrophy - in 123 patients (96.09%), coagulopathy - in 73 patients (57.03%), fibrosis - in 44 patients (34.38%).

Conclusion. According to the data of retrospective analysis, the average number of background diseases was significantly higher in patients of the older age group. Diabetes and obesity were more common in patients with severe and extremely severe COVID-19. In patients with moderate severity of infection, chronic viral hepatitis was more common. The pathogenetic syndrome of an autoimmune inflammatory reaction was observed in 77.34% of patients, cell dystrophy syndromes in 96.09%, coagulopathic in 57.03% and fibrosis in 34.38% of patients.

Key words: COVID-19, comorbid background, clinical and pathogenetic variants of COVID-19.

Даврон Кадирович МУМИНОВ
Факультет ички касалликлари, касб касалликлари, ХДТ,
госпитал ички касалликлари ва ИКП кафедраси,
Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси

COVID-19 КЕЧИШИНИ КЛИНИК ВА ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ (РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛ МАЪЛУМОТЛАРИ)

АННОТАЦИЯ

Тадқиқотнинг мақсади. Ерта реабилитация даврида COVID-19нинг клиник ва патогенетик хусусиятларини ретроспектив таҳлил маълумотларига кўра аниқлаш.

Тадқиқот материали ва усуллари. COVID-19 касаллигини бошидан ўтқизган ва касалликнинг доимий аломатларига ега бўлган 128 нафар беморларнинг касаллик тарихини ретроспектив таҳлил қилиш амалга оширилди. Фон касалликлари ва турли патологик синдромларнинг клиник кўринишлари сони ва частотаси аниқланди.

Тадқиқот натижалари. Касаллик тарихларини таҳлил қилиш натижалари шуни кўрсатдики, 44 бемор COVID-19 касалликнинг ўртача оғир, 45 бемор-оғир ва 39 бемор -ўта оғир даражасини ўтказишган. 40 нафар бемор ўпка ҳажмининг 25% ёки ундан кам (КТ-1), 43 бемор – 25 дан 50% гача (КТ-2), 32 бемор -50 дан 75% гача (КТ-3) ва 13 бемор –75% дан ортиқ (Кт-4) зараралагани билан касалланган еди. Фон патологиялари ўртача сони 4.53±2.20 ни ташкил етди. Фон касалликларининг ўртача сони катта ёшдаги беморларда анча юқори бўлди (p<0.001). Оғир ва ўта оғир инфексия билан оғриган беморлар орасида диабет ва семизлик кўпроқ тарқалган эди (иккала таққослаш учун p<0,05). Инфексиянинг ўртача оғирликдаги беморлар гуруҳида эса сурункали вирусли гепатит кўпроқ тарқалган эди (p<0,05). Аутоиммун яллиғланиш реаксияси билан патогенетик боғлиқ клиник синдромлар 99 та беморда (77.34%), ҳужайра дистрофияси – 123 та беморда (96.09%), коагулопатия– 73 та беморда (57.03%), фиброз – 44 та беморда (34.38%) кузатилган.
Хулоса. Ретроспектив таҳлилларга кўра, катта ёшдаги беморларда фон касалликларининг ўртача сони анча юқори бўлган. Қандли диабет ва семизлик COVID-19 касалликнинг оғир ва ўта оғир даражаси билан оғриган беморларда кўпроқ тарқалган-19. Инфексиянинг ўртача оғирликги билан оғриган беморларда сурункали вирусли гепатит кўпроқ тарқалган. Аутоиммун яллиғланиш реаксиясининг патогенетик синдроми 77,34% беморларда, ҳужайра дистрофияси синдромлари - 96,09%, коагулопатик синдроми - 57,03%, ва фиброз 34,38% беморларда кузатилди.
Калит сўзлар: COVID-19, коморбид фон, COVID-19нинг клиник ва патогенетик вариантлари.

COVID-19 – новая высококонтагиозная инфекция, первые сообщения о которой появились осенью 2019г. Пандемия, вызванная SARS-CoV-2, оказывает огромное давление на системы здравоохранения по всему миру [1]. Множество переболевших людей, рискует столкнуться с различными осложнениями и отдаленными последствиями, особенно если имеются сопутствующие патологии. У этих больных даже после исчезновения инфекции сохраняется т.н. патогенетический хвост [2,3]. Научные исследования активно предлагают различные варианты реабилитационных мероприятий для больных, перенесших короновирусную инфекцию. Эффективность ранней реабилитации во многом зависит от клинического состояния больных и коморбидного фона [4].

Цель исследования. Определение клинико-патогенетических характеристик COVID-19 в раннем реабилитационном периода по данным ретроспективного анализа

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 128 больных, перенесших COVID-19 и госпитализированных в РСНПМЦТ и МР для дальнейшей реабилитации. Критериями включения в исследование явились: 1) вирусологически подтвержденный не ранее 30 и позднее 7 дней до включения в исследование COVID-19; 2) отрицательный результат ПЦР исследования на SARS-CoV-19 к моменту включения в исследование; 3) возраст 16-75 лет.

Статистическая обработка. Все данные, полученные в ходе исследования заносились в сводные таблицы Excell, позволяющий сортировать данные по различным критериям. Межгрупповое сравнение проводилось с использованием парного и непарного критерия Стьюдента. В случае непараметрических признаков межгрупповое различие частотного распределения оценивалось с использованием табличного критерия Хи квадрат и подтверждением его достоверности по таблицам в зависимости от количества степеней свободы. Корреляционный анализ проводился методом расчета корреляции Пирсона.

Результаты исследования и обсуждение.

Результаты анализа историй болезней больных, перенесших COVID-19, показал, что средний возраст больных составил 49,84±12,54лет. Мужчин было 76 – 59,38%. Среднее время поступления составило от острого начала COVID-1913,19±4,34 дней от начала COVID-19. Распределение по тяжести течения новой короновирусной инфекции показало, что 44 больных перенесли среднюю степень тяжести COVID-19, 45 больных – тяжелую, 39 – крайне тяжелую степень заболевания. В аспекте распространенности интрестициальной пневмонии у 40

больных диагностировано поражение 25% легких и менее (КТ-1), у 43 больных – более 25 до 50% легочного объема (КТ-2), у 32 больных – более 50 до 75% (КТ-3) и у 13 больных – более 75% (КТ-4). Сатурация в день госпитализации у больных составила в среднем 92,62±5,07%. Корреляционный анализ показал, что увеличение степени тяжести перенесенного COVID-19 ассоциируется со снижением уровня сатурации (сильная отрицательная связь - r=-0,75, p<0,01). Объем поражения легочной паренхимы коррелировал со степенью тяжести заболевания (r=0,90, p<0,01). Также снижение сатурации у больных, перенесших COVID-19, в раннем реабилитационном периоде сильно отрицательно коррелирует с объемом интерстициального поражения легких (r=-0,66, p<0,01).

В ходе исследования оценивалась коморбидный фон больных, перенесших COVID-19. Согласно проанализированным историям болезни у всех больных в периоде ранней реабилитации после COVID-19 отмечались фоновые заболевания. В среднем количество фоновых патологий составило 4,53±2,20. Наиболее часто встречались гипертоническая болезнь - 78 больных (60,94%), патология панкреато-дуоденальной зоны (дисфункция сфинктера Одди, ЖКБ, хронический панкреатит) - 54 больных (42,19%) и функциональные нарушения гастро-эзофагеальной зоны (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, функциональная недостаточность кардии) – 49 больных (38,28%). Анализ коморбидности был проведен в соответствии с возрастом больных и тяжестью перенесенной инфекции (средней тяжести против тяжелой и крайне тяжелой). Медиана возраста составила 47 лет, и были выделены 2 группы больных - до 47 лет включительно и старше 47 лет (табл.1).

Проведенный анализ показал, что среднее количество фоновых заболеваний было достоверно выше у больных старшей возрастной группы (5,73±2,02 против 3,51±1,81, p<0,001). Также в старшей возрастной группе достоверно чаще встречались ИБС (p<0,001), гипертоническая болезнь (p<0,001), хронический гепатит (p<0,05), хронический колит (p<0,001), хроническая инфекция мочевыводящих путей (p<0,01), хроническая ишемия головного мозга (p<0,001) и СД II типа (p<0,01).

Группы со средним и тяжелым течением COVID-19 не различались по количеству фоновых заболеваний. Однако больные с тяжелым и крайне тяжелым течением инфекции отличались более высокой встречаемостью СД и ожирения (p<0,05 для обоих сравнений), в то время как в группе больных со средней тяжестью инфекции чаще встречался хронический вирусный гепатит (p<0,05). Возможным объяснением этого явления может быть появление феномена иммунологической супрессии, индуцируемый вирусом гепатита С, что ассоциируется с более низкой развиваемой на фоне COVID-19 активностью системной воспалительной реакции.

Таблица 1

Частота встречаемости фоновых состояний у больных COVID-19 в раннем реабилитационном периоде (в числителе – количество больных, в знаменателе – относительная доля в группе)

Нозология	По возрасту			По тяжести COVID-19		
	47 лет и младше (n=69)	Старше 47 лет (n=59)	Хи квадрат	Средней тяжести течение (n=44)	Тяжелое и крайне тяжелое течение (n=84)	Хи квадрат
ИБС	2 2,90%	33 55,93%	44,97***	14 20,29%	21 35,59%	нд
ГБ	33 47,83%	45 76,27%	10,86***	27 39,13%	51 86,44%	нд
Порок сердца, с/п хир	3 4,35%	2 3,39%	Нд	2 2,90%	3 5,08%	нд
ДКМП	3 4,35%	0 0,00%	Нд	0 0,00%	3 5,08%	нд

Гепатит	4 5,80%	11 18,64%	5,08*	9 13,04%	6 10,17%	4,72*
НАЖБП гепатит	21 30,43%	18 30,51%	Нд	10 14,49%	29 49,15%	нд
гастрит/ЯБ	20 28,99%	19 32,20%	Нд	12 17,39%	27 45,76%	нд
Колит	10 14,49%	33 55,93%	24,47***	14 20,29%	29 49,15%	нд
дисфункция сф одди, ЖКБ	29 42,03%	25 42,37%	Нд	22 31,88%	32 54,24%	нд
ГЭРБ/ГПОД	27 39,13%	22 37,29%	Нд	16 23,19%	33 55,93%	нд
ХГН	6 8,70%	1 1,69%	Нд	4 5,80%	3 5,08%	нд
хрИМТ	10 14,49%	23 38,98%	9,96**	9 13,04%	24 40,68%	нд
ХОБЛ	16 23,19%	18 30,51%	Нд	11 15,94%	23 38,98%	нд
БА	17 24,64%	9 15,25%	Нд	6 8,70%	20 33,90%	нд
ХИБЛ	3 4,35%	2 3,39%	Нд	2 2,90%	3 5,08%	нд
ХИМ	2 2,90%	26 44,07%	31,48***	8 11,59%	20 33,90%	нд
Паркинсонизм	0 0,00%	9 15,25%	11,29***	3 4,35%	6 10,17%	нд
Эпилепсия	2 2,90%	1 1,69%	Нд	0 0,00%	3 5,08%	нд
АИТ	7 10,14%	3 5,08%	Нд	3 4,35%	7 11,86%	нд
СД 2	3 4,35%	14 23,73%	10,34**	2 2,90%	15 25,42%	4,78*
Ожирение	24 34,78%	24 40,68%	Нд	11 15,94%	37 62,71%	4,57*

Примечание: * - достоверность критерия хи квадрат в соответствии с количеством степеней свободы. Один знак - $p<0,05$, два знака - $p<0,01$, три знака - $p<0,001$.

Анализ клинических симптомов и признаков позволил выявить следующие клинические синдромы у больных в раннем периоде реабилитации после COVID-19: кардиоваскулярный, неврологический, васкулитно-уртикарный, респираторный (табл.2), а также патогенетические механизмы их формирования: аутоиммунный, фиброзирозирующий, дистрофический, коагулопатический. Каждый синдром включает несколько клинических вариантов, обусловленных различными патогенетическими механизмами.

В целом клинические синдромы, патогенетически объясняемые аутоиммунной воспалительной реакцией отмечались у 99 больных (77,34%), дистрофией клеток (включая сидеропенический, гипопротеинемический механизмы, митохондриальный дефицит) – у 123 больных (96,09%), коагулопатией и прокоагулянтным статусом – у 73 больных (57,03%), фиброзообразование – у 44 больных (34,38%).

По данным литературы наряду с поражением легочной ткани в ряде наблюдений выявлены изменения, в том числе и по типу васкулита, и в других органах, в том числе с поражением нервной системы [5,6,7]. Данные изменения можно предположительно связать с генерализацией коронавирусной инфекции: катаральный и геморрагический гастроэнтероколит, энцефалит и менингит, миокардит, панкреатит, поражение в почках, селезенке. Если рассматривать возможные клинические проявления патологии со стороны кожи, то описаны типичные для COVID-19 проявления – от геморрагического синдрома до высыпаний различного вида с неуточненным патогенезом. Также есть данные, что

SARS-CoV2 способен активировать предшествующие хронические инфекционные процессы [8, 9].

Таблица 2

Клинико-патогенетическая классификация проявлений постковидного синдрома.

Синдром	Клинические проявления	Патогенез	Количество больных
Кардиоваскулярный	Аритмии и блокады сердца	Аутоиммунный	82 (64,06%)
	Миокардит, снижение систолической функции сердца, сердечная недостаточность	Аутоиммунный, дистрофический	68 (53,13%)
	Тромбоэмболии	Коагулопатический	66 (51,56%)
Коллагенозоподобный	Васкулит	Аутоиммунный, коагулопатический	32 (25,00%)
	коронариит	Аутоиммунный, коагулопатический	25 (19,53%)
	Серозит	Аутоиммунный	82 (64,06%)
	Крапивница	Аутоиммунный	42 (32,81%)
	Обострение ранее существовавших аутоиммунных и ревматологических заболеваний	Аутоиммунный	26 (20,31%)
	Нефрит/гломерулонефрит	Аутоиммунный	37 (28,91%)
	гепатит	Аутоиммунный, токсический (дистрофический)	51 (39,84%)
Респираторный	Интерстициальный фиброз легких	Фиброзирующий	44 (34,38%)
	Бронхообструктивный синдром	Аутоиммунный	32 (25,00%)
Неврологический	Астенический/астенодепрессивный синдром	Дистофический	115 (89,84%)
	Когнитивные нарушения	Аутоиммунный	67 (52,34%)
	Парестезии	Аутоиммунный, дистрофический	16 (12,50%)
	Синдром Гийена-Барре	Аутоиммунный	9 (7,03%)
	Болевой синдром	Аутоиммунный	86 (67,19%)
	Миастения	Дистрофический	109 (85,16%)
	Нарушения вкуса и обоняния	Аутоиммунный, дистрофический	65 (50,78%)
	Сухость кожи, выпадение волос	Дистрофический	99 (77,34%)
	Гипо/гипертермия	Аутоиммунный	54 (42,19%)
	Гипергликемия	Аутоиммунный, дистрофический	37 (28,91%)

Заключение. По данным ретроспективного анализа среднее количество фоновых заболеваний было достоверно выше у больных старшей возрастной группы ($p<0,001$). Больные с тяжелым и крайне тяжелым течением инфекции отличались более высокой встречаемостью СД и ожирения ($p<0,05$ для обоих сравнений), У больных со средней тяжестью инфекции чаще встречался хронический вирусный гепатит ($p<0,05$). Патогенетический синдром аутоиммунной воспалительной реакции отмечался у 77,34% больных, синдромы дистрофии клеток 96,09% больных, коагулопатический – у 57,03% и фиброзообразование – у 34,38% больных.

Литература.

1. Cheung JC, Ho LT, Cheng JV, Cham EYK, Lam KN. Staff safety during emergency airway management for COVID-19 in Hong Kong. Lancet Respir Med. 2020;8(4):e19. Epub 2020/02/28.

2. Burke RM, Midgley CM, Dratch A, Fenstersheib M, Haupt T, Holshue M, et al. Active monitoring of persons exposed to patients with confirmed COVID19 — United States, January–February 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020.
3. Han Y., Yang H. The transmission and diagnosis of Covid-19 novel coronavirus infection disease (COVID-19): a Chinese perspective. J Med Virol. 2020.
4. Brugliera L, Spina A, Castellazzi P, et al. Rehabilitation of COVID-19 patients. J Rehabil Med. 2020; 52(4);jrm00046.
5. Gutiėrrez-Ortiz C., Mėndez A., Rodrigo-Ray S. Miller Fisher syndrome and polyneuritis cranialis in COVID-19. Neurology. 2020
6. Colafrancesco S., Alessandri C., Conti F. COVID-19 gone bad: A new character in the spectrum of hyperferritinemic syndrome? Autoimun Rev. 2020 doi: 10.1016/j.autrev.2020.102573.
7. Toscano G., Palmerini F., Ravaglia S. Guillain-Barrė syndrome associated with SARS-CoV-2. NEJM. 2020 doi: 10.1056/NEJMc2009191.
8. Seaghat Z., Karimi N. Guillain-Barrė syndrome associated with COVID-19 infection: A case report. J Clin Neurosci. 2020 doi: 10.1016/j.jocn.2020.04.062.
9. Zhao H., Shen D., Zhou H. Guillain-Barrė syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: causality or coincidence? Lancet Neurol. 2020;19:383–384.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Гулнора Махамаджановна РИХСИЕВА
Холида Набиевна ИБРАГИМОВА
Тоир Усманович УМАРОВ
Фазлиддин Абдумаликович РАШИДОВ
Шохиста Абдурахмонбековна ХАЛИКОВА
Кафедра детских инфекций
Ташкентский Медицинский Педиатрический Институт, Узбекистан

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

For citation: G.M. Rikhsieva, H.N. Ibragimova, T.U. Umarov, F.A. Rashidov, Sh.A. Khalikova THE USE OF VARIOUS OPTIONS OF ANTIVIRAL THERAPY IN THE TREATMENT OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS C Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.227-234

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-116

АННОТАЦИЯ

Вирусный гепатит С (ВГС) – одна из важнейших проблем современной медицины. Согласно статистике ВОЗ, в мире насчитывается от 500 до 700 миллионов носителей HCV. Целью исследования явилось изучение клиническо-иммунологические особенности течения хронического вирусного гепатита С в зависимости от генотипа вируса, и оценить диагностическое и прогностическое значение иммунологических нарушений. Были изучены клинико-лабораторные особенности течения хронического вирусного гепатита С в зависимости от генотипа вируса, иммунологические особенности течения хронического вирусного гепатита С в зависимости от генотипа вируса, определена диагностическую и прогностическую ценность иммунологических показателей в качестве объективных критериев оценки тяжести течения болезни и прогноза заболевания. Были обследованы 83 больных хроническими вирусными гепатитами, 35-50 лет с хроническим вирусным гепатитом С, и 20-ти практически здоровых лиц аналогичного возраста и пола.

Ключевые слова: хронический гепатит, противовирусная терапия, цирроз, фиброз.

Гулнора Махамаджановна РИХСИЕВА
Холида Набиевна ИБРАГИМОВА
Тоир Усманович УМАРОВ
Фазлиддин Абдумаликович РАШИДОВ
Шохиста Абдурахмонбековна ХАЛИКОВА
Болалар юқумли касалликлари кафедраси
Тошкент Тиббиёт Педиатрия Институти, Ўзбекистон

СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С НИ ДАВОЛАШДА ВИРУСГА ҚАРШИ ТЕРАПИЯНИНГ ТУРЛИ ВАРИАНТЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ

АННОТАЦИЯ

Вирусли гепатит С (ВГС) замонавий тиббиётнинг энг муҳим муаммоларидан биридир. ЖССТ маълумотларига кўра, дунё бўйлаб 500 ва 700 миллион ВГС ташувчилар бор. Тадқиқотнинг мақсади вирус генотипига қараб сурункали вирусли гепатит С кечишининг клиник ва иммунологик хусусиятларини ўрганиш ва иммунологик бузилишларнинг диагностик ва прогностик аҳамиятини баҳолаш эди. Вирус генотипига қараб сурункали вирусли гепатит С кечишининг клиник ва лаборатория хусусиятлари, вирус генотипига қараб сурункали вирусли гепатит С кечишининг иммунологик хусусиятлари ўрганилди, иммунологик кўрсаткичларнинг диагностик ва прогностик аҳамияти касалликнинг оғирлигини ва касалликнинг прогнозини баҳолаш учун объектив мезон сифатида аниқланди. Сурункали вирусли гепатитлар билан оғриган 83 нафар, сурункали вирусли гепатит С билан оғриган 35-50 нафар ва шу ёшдаги ва жинсдаги 20 нафар амалда соғлом шахсларни текширдик.

Калит сўзлар: сурункали гепатит, вирусга қарши терапия, жигар циррози, фиброз.

Gulnora Mahamadzhanovna RIKHSIEVA
Holida Nabievna IBRAGIMOVA
Toir Usmanovich UMAROV
Fazliddin Abdumalikovich RASHIDOV
Shokhista Abdurakhmonbekovna KHALIKOVA
Department of Children's Infections
Tashkent Medical Pediatric Institute, Uzbekistan

THE USE OF VARIOUS OPTIONS OF ANTIVIRAL THERAPY IN THE TREATMENT OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS C

ANNOTATION

Viral hepatitis C (HCV) is one of the most important problems of modern medicine. According to WHO statistics, there are between 500 and 700 million HCV carriers worldwide. The aim of the study was to study the clinical and immunological features of the course of chronic viral hepatitis C, depending on the genotype of the virus, and to assess the diagnostic and prognostic value of immunological disorders. The clinical and laboratory features of the course of chronic viral hepatitis C depending on the genotype of the virus, the immunological features of the course of chronic viral hepatitis C depending on the genotype of the virus were studied, the diagnostic and prognostic value of immunological indicators as objective criteria for assessing the severity of the disease and the prognosis of the disease was determined. We examined 83 patients with chronic viral hepatitis, 35-50 years old with chronic viral hepatitis C, and 20 practically healthy individuals of the same age and gender.

Key words: chronic hepatitis, antiviral therapy, cirrhosis, fibrosis

---

Актуальность проблемы. Значимость изучения подходов к терапии вирусных гепатитов С является одной из приоритетных в современной гепатологии.Учитывая вариабеольность осложнений хронического вирусного гепатита С– от минимальных гистологических изменений до обширного фиброза и цирроза с гепатоцеллюлярным раком (ГЦР), точечный и индивидуальный подход к назначению противовирусной терапии является залогом успешной профилактики. Помощь пациентам с ХГС – ассоциированным поражением печени за последние годы существенно улучшилась, что связано с углублением наших знаний о патофизиологии данного заболевания, а также с совершенствованием методов диагностики, лечения и профилактике. Направление противовирусного лечения пациентов с хроническом ВГС быстро меняется благодаря улучшенному пониманию биологии репликация ВГС и определению белков, блокирующих ключевые стадии. Применение двухкомпонентной

терапии у пациентов с 1-м генотипом (ВГС-1), двухкомпонентной терапия (ДТ) с использованием пегинтерферона альфа (PEG-IFN) и Рибавирина (RBV) была изменена на трехкомпонентную терапию (ТТ) на базе пегинтерферона с ингибиторами протеазы первого поколения (ИП) – Боцепревир (BOC) или Телапревир (TVR). В последнее время, эти режимы были заменены на схемы лечения с использованием Симепревира (SIM) или Софосбувира (SOF) [1,3]. Два последних режима, в сочетании с PEG-IFN/RBV, привели в результате к изменению показателей УВО от 30% до 92%, при этом снижения продолжительность лечения и побочные эффекты. У больных с 2-м и 3-м генотипом ВГС, стратегии PEG-IFN/RBV были изменены на SOF а также RBV для пациентов с ВГС-2, с показателями УВО выше 90% [1, 4], и на SOF а также RBV, или SOF, а также PEG-IFN/RBV для пациентов с ВГС-3, когда добавление PEG-IFN увеличивают показатели УВО [1,5].Данные по небольшим группам пациентов с ВГС-4 показали, что по сравнению с двухкомпонентной терапией, режимы трёхкомпонентной терапии на основе SOF или SIM достигали показателей УВО, сходных с показателями, представленными для пациентов с ВГС-1 [2]. До 2015 года применяемые препараты, зарегистрированные в Европе, включали в себя SIM, SOF и Даклатасвир (DAC), которые сочетаются с PEG-IFN/RBV для пациентов с ВГС-1 и ВГС-4 с вышеуказанными показателями УВО, путём сочетания не по утверждённым показаниям (SOF/SIM, или SOF/DAC, или DAC/SIM с без RBV в опытных исследованиях небольших групп пациентов, или сочетании с RBV для пациентов ВГС-2 и ВГС-3 (только для SOF). Последние клинические исследование показали, что все пероральные безинтерфероновые режимы, объединяющие различные препараты прямого действия – SOF/Ледипасвир (LED) и Паритапревир (PAR)/Дасабувир (DAS)/Омбитасвир (OMB). Достигают показателей УВО, которые изменяются от 90% до 100%, независимо от тяжести поражения печени, характера предыдущей реакции на двухкомпонентную или ИП первого поколения, и без значительных побочных эффектов [2,3,]. Европейская ассоциации по изучению печени (EASL) представила принятые на специальном заседании в Париже обновленные рекомендации по лечению гепатита С. Обновлённое руководство не предусматривает более терапии вирусного гепатита С (ВГС) режимами на базе пегилированных интерферонов, таким образом, эпоха интерфероновой терапии гепатита С в странах ЕС завершилась. Также из руководства исключены режимы на базе одного препарата прямого действия. Ввиду одобрения новых высокоэффективных схем лечения гепатита С доступ к терапии должен быть расширен. Большинство пациентов с ХГС не знают о том, что они инфицированы.

Цель исследования. Определить эффективность препаратов прямого противовирусного действия в лечение вирусного гепатита С и выявить клинико – лабораторные показатели, характеризующие эффективность лечения.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились в ГКИБ № 5, НИИ Вирусологии. С целью изучения эффективности различных схем противовирусной терапии при хроническом вирусном гепатите С. Мы изучили анамнестические и клинические данные у 83 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С.. При изучении особенностей эпидемиологического анамнеза было выявлено, что у 43 больных применялась схема пегинтрон+рибаверин, они составили первую группу сравнения, и у 40 пациентов собосфувир+даклатасфир составили вторую группу. Обследовано 83 больных с хроническими вирусными гепатитами С в возрасте от 35 до 50 лет. В группе больных первой группы мужчины составили - 81,2% и 18,8% - составили женщины. Среди больных второй группы 83,8% составили мужчины и 16,2% пациентов составили женщины.

Под нашим наблюдением находились 83 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С, они были разделены на две группы. Основную группу составили 43 больных с хроническим вирусным гепатитом С находящийся на схеме пегинторон+рибаверин. Вторую группу составили 40 пациентов,с хроническим вирусным гепатитом С, находящиеся на схеме собосфувир+даклатасфир. Диагноз хронического вирусного гепатита С устанавливался на основании клинико- эпидемиологических данных исследования и подтверждался выявлением в сыворотке крови анти-HCV IgM (ИФА). Диагноз хронического вирусного гепатита В С

устанавливался на основании эпидемиологических, клинических, биохимических данных и подтверждался обнаружением в сыворотке крови маркеров гепатита С (анти-HCV IgG (суммарный), ПЦР качественный и количественный, определение генотипа вируса крови.) в соответствии с приказом МЗ РУз.

Критериями оценки тяжести течения заболевания служили:

- острота развития заболевания,
- выраженность интоксикации и желтушности кожи и склер,
- увеличение печени и селезенки,
- наличие геморрагического синдрома,
- вовлечение в патологический процесс центральной нервной системы,
- показатели печеночно-специфических ферментов,
- коагулограмма.

Легкая форма рецидива хронического вирусного гепатиа С в желтушном периоде проявлялась слабовыраженными симптомами интоксикации (вялость, тошнота), незначительной иктеричностью кожи, умеренным увеличением печени на 1-3 см ниже края правой реберной дуги. Клинические проявления среднетяжелой формы болезни были представлены умеренно выраженными симптомами интоксикации, отчетливой желтушностью кожных покровов, склер глаз, увеличением печени на 2-4 см ниже края реберной дуги.

Таблица 1.

Распределения клинико-лабораторных показателей согласно степени фиброза (n=83)

Показатель	F0	F1	F2	F3	F4
n=	19	19	11	9	18
Возраст, годы	40,9±3,1	37,1±2,5	49,8±3,6	52,7±2,3	56,9±2,6
Пол, соотношение мужчины/женщины	3/6	10/9	6/5	3/6	6/12
Цирроз печени				44,4±17,6	50,0±12,1
АЛТ, моль/л*	28,0±5,0	21,9±7,2	45,7±13,7	60,6±16,7	74,4±21,5
Билирубин общий, мкмоль/л	17,4±1,5	16,0±1,0	15,9±1,6	17,9±3,5	38,1±12,2
Белок, гр/литр	73,1±0,9	73,4±1,6	73,3±3,3	68,4±2,9	71,3±1,6
Тромбоциты, х 10^9 /л**	219,8±9,5	211,2±7,5	181,2±8,7	188,0±8,1	173,6±8,0
АФП, Ед/мл	3,3±0,7	3,0±0,8	2,4±0,4	6,1±1,1	151,1±8,1
Вирусная нагрузка ВГС, х 10^6 МЕ/мл	6,0±3,8	6,5±1,9	8,4±5,6	6,5±2,3	6,6±1,6

У половины больных была увеличена селезенка. Отличительными клиническими признаками тяжелой формы обострения хронического вирусного гепатита С были выраженные симптомы интоксикации (вялость, повторная рвота, анорексия), интенсивная желтуха, геморрагический синдром, печень выступала из-под края реберной дуги на 2-5 см, у части больных была увеличена селезёнка.

Результаты и их обсуждение. В данной работе мы представляем эволюцию этиотропного лечения вирусного гепатита С от первого опыта применения интерфероновых препаратов до результатов новых противовирусных средств. Существует три типа интерферона: интерферон-альфа (ИНФ-α), интерферон-бета (ИНФ-β), интерферон-гамма (ИНФ-γ). Все интерфероны обладают противовирусным, иммуномодулирующим, противоопухолевым и антипролиферативным эффектами. Помимо общих свойств, интерфероны обладают рядом отличий. Первые положительные результаты применения интерферона (ИНФ) альфа у больных гепатитом В в 80-годах послужили основанием для изучения эффективности этого препарата у больных хроническим гепатитом ни А ни В. Уже

первые исследования показали, что ИФН альфа эффективен в лечении этой формы гепатита, хотя ответ на терапию часто оказывался преходящим, а после ее прекращения развивался рецидив инфекции. Монотерапия ИФН альфа было мало эффективна в лечении хронического гепатита С, однако добавление к нему нуклеозидного аналога рибавирина позволило повысить частоту устойчивого вирусологического ответа. Терапия ИФН альфа сопровождается нежелательными реакциями, которые могут вызвать ухудшение качества жизни и приверженности к лечению. Они включают в себя гриппоподобные симптомы, утомляемость и реакции со стороны центральной нервной системы, такие как тревогу и депрессию. В крупных контролируемых исследованиях лечение ИИФН альфа-2b и рибавириномиз-за нежелательных явление приходилось прекращать чаще, чем монотерапию ИФН альфа-2b . Рибавирин вызывает обратимую гемолитическую анемию. У 9% больных, получавших ИФН альфа-2b в комбинации с рибавирином в дозе 1000 или 1200 мг/сут в течение 48 недель, пришлось снизить дозу последнего из-за анемии. За последние несколько лет, направление противовирусного лечения пациентов с хроническим ВГС быстро изменилось благодаря улучшенному пониманию биологии репликации ВГС и определению белков, блокирующих ключевые стадии. У пациентов с 1-м генотипом (ВГС-1), двухкомпонентная терапия (ДТ)с использованием пегинтерферона альфа (PEG-IFN) и Рибавирина (RBV) была заменена на трёхкомпонентную терапию (ТТ) на базе пегинтерферона с ингибиторами протеазы первого поколения (ИП) – Боцепревир (BOC) или Телапревир (TVR). Недавно, эти последние режимы были заменены на схемы лечения с использованием семипревира (SIM) или Софосбувира(SOF).

Таблица 2.

Характеристика пациентов с ХВГС получающих лечение ППД (n=83)

Показатель	Значение (M±m)
Возраст, годы	46,3±1,5
Пол, соотношение мужчины/женщины	31/52
Цирроз печени,%	18,0±4,2
Генотип	
1b	81 (97,5%)
2	1 (1,2%)
3	1 (1,2%)
Степень фиброза (F0-F5)	
F0	19 (25,0%)
F1	19 (25,0%)
F2	11 (14,5%)
F3	9 (11,8%)
F4	18 (23,7%)
АЛТ, ммоль/л (норма 28 - 190 ммоль\л	45,3±6,2
Билирубин общий, мкмоль/л (норма 3,4 – 17,1 мкмоль)	21,9±3,0
Белок, гр/литр (норма 66 – 83 г/л	71,6±0,9
Тромбоциты, х 10^9/л (норма 200 – 400 (м) 180 - 320 (ж))	198,4 ±4,6

АФП, Ед/мл (норма < 10)	7,3±2,4
Вирусная нагрузка ВГС, х 10^6МЕ/мл	8,2±2,1

Два последних режима в сочетании PEG-IFN/RBV, привели в результате к изменению показателей УВО от 30% до 92%, при этом снижая продолжительность лечения и побочные эффекты. У пациентов со 2-м и 3-м генотипом ВГС, стратегии PEG-IFN/RBVбыли заменены на SOF, а также RBVдля пациентов с ВГС-2, с показателями УВО выше 90% , и на SOF, а также RBV, или SOF, а также PEG-IFN/RBV для пациентов с ВГС-3, когда добавление PEG-IFNувеличивает показатели УВО. И наконец, данные по небольшим группам пациентов с ВГС-4 показали, что по сравнению с двухкомпонентной терапией, режимы трёхкомпонентной терапии на основе SOFили SIM достигали показателей УВО, сходных с показателями , представленными для пациентов с ВГС-1 .

Недавние клинические исследования показали, что все пероральные безинтерфероновые режимы, объединяющие различные препараты прямого действия – SOF/Ледипасвир(LED) и Паритапревир(PAR)/Дасабувир (DAS)/Омбитасвир (OMB), достигают показателей УВО, которые изменяются от 90% до 100%, независимо от тяжести поражения печени, характера предыдущей реакции на двухкомпонентную терапию или ИП первого поколения, и без значительных побочных эффектов . Наличие безинтерфероновых режимов подтвердило, что пациенты с ВГС-2 являются легко излечимыми, в то время как модель для пациентов с ВГС-3 было пересмотрена, по сравнению со «старыми, трудноизлечимыми» пациентами с ВГС-1. В действительности, на сегоднешний день при наличии противовирусных препаратов прямого действия, пациенты с ВГС-3 являются наиболее трудноизлечимыми пациентами. Результаты с безинтерферонным режимом у пациентов с ВГС-3 изначально было весьма обнадёживающими в небольшом исследовании на этапе 2 , указывая на то, что 12-недельный режим SOF/RBV привёл к УВО для всех пациентов с ВГС-2 и 3 [. Других перспективных предварительных результатов, крупные исследования на этапе 3 для пациентов, не получавших лечения от ВГС-2 и 3 (Fission) , получавших лечение , и пациентов, не переносящих интерферон или не желающих получать лечение (Positron) , были начаты для оценки эффективности 12-16-и недельного режима SOF/RBV. В целом, данные исследования на удивление показали, что 12-недельный режим SOF/RBVпривёл к УВО у пациентов с ВГС-2, независимо от предыдущего воздействия PEG-IFN/RBV и тяжести фиброза, последние 2 фактора были значительными для пациентов с ВГС-3. В особенности, 12-и-недельной терапии пациентов, не получавших лечение, привела к УВО при 61% и 34% пациентов без цирроза и с циррозом, соответственно. Кроме того, показатели УВО у пациентов без цирроза составили 37% и 63% у пациентов, получавших лечение в течение 12-16-недельного курса, соответственно, а также 19% и 61% в течение 12 и 16-и недельного курса у пациентов без цирроза, соответственно. В частности, вся неэффективность лечения была связана с рецидивом, а не с вирусологическим прорывом, подтверждая высокий генетический барьер резистентности к SOF. Согласно данным результатам, стратегии по улучшению показателей УВО при режиме с содержанием SOF у пациентов с ВГС-3, должны учитывать продолжительность предыдущего лечения, или добавление другого лекарственного препарата против ВГС (ППП Д или иммуномодулятор). Продление лечения на 24-х недельный режим SOF/RBVоценивалось в клиническом исследовании Valence, которое, в результате, привело к общему показателю УВО – 83% [. В особенности, это было результатом высоких показателей УВО у пациентов, не получавших лечения (93% и 92% у пациентов без цирроза и с циррозом, соответственно), и пациентов без цирроза, получавших лечение (87%),, в то время как показатели были ниже у пациентов с циррозом, получавшими лечение (61%). Эти результаты определили категорию трудноизлечимых пациентови предположили, что УВО может быть улучшен путём добавления другого препарата против ВГС. Данное предположение было проверено в 2-х небольших исследованиях. В исследовании Lonestar-2 испытывалась ТТ с

использованием PEG-IFN/SOF/RBV в течение 12 недель для пацинтов с ВГС-2 и 3, получавших лечение (22). УВО у пациентов с ВГС-3 составлял 83% без различий относительно исходного уровня цирроза (УВО 83% против 83%, соответственно). Во втором исследовании испытывалось сочетание DAC/SOF, которое привело к УВО 89% у 18 пациентов с ВГС-3, не получавших лечение.

Согласно этим данным, SOF/PEG-IFN/RBVявляется наиболее эффективным лечением для пациентов с циррозом, которые получали лечения от ВГС-3, и что режим также эффективен для всех других пациентов с ВГС-3, как и для 24-х недельного курса SOF/RBV. Несмотря на эти стратегии, остаются определенные нерешенные проблемы, невозможность лечить пациентов с запущенным циррозом, с использованием интерферонового режима, и (II) высокая стоимость 24-х недельного курса SOF. Следовательно, необходимо дальнейшее исследование ППП для пациентов в ВГС-3 для обоснования имеющихся данных в больших группах людей и испытания новых перспективных сочетаний ППП, таких Гразопревир/МК8742, SOF/GS5816,BMS79132 5/DAC/Асунапревр, и другие.

Генотип/режим	SOF+LED	SOF+VEL	PAR/r+OMB+DAS	PAR/r+OMB	GRZ+ELB	SOF+DAC	SOF+SIM
Генотип 1a	12 нед.	12 нед	12 нед	-	12 нед	12 нед	-
Генотип 1b	12 нед	12 нед	12 нед	-	12 нед	12 нед	-
Генотип 2	-	12 нед	-	-	-	12 нед	-
Генотип 3	-	12 нед	-	-	-	12 нед	-
Генотип 4	12 нед	12 нед	-	12 нед	12 нед	12 нед	12 нед
Генотип 5	12 нед	12 нед	-	-	-	12 нед	-

10

С внедрением интерфероновых или безинтерфероновых режимов с ППП нового поколения, ожидается наличие пациентов с вирусными популяциями с множественной лекарственной устойчивостью. Таким образом, клиническая значимость отклика на другие противовирусные стратегии не было достаточна изучена и данные являются ограниченными. Тем не менее, низкие показатели УВО, наблюдаемые у пациентов с ВГС-1a заменой Q80K, который получают лечение на основе SIM, указывают на необходимость внимательной оценки данной проблемы.

Выводы

1.Адекватное применение препаратов прямого противовирусного действия приводит к значительному положительному эффекту на течение вирусного гепатита и устойчивому вирусному ответу в 100% случаев среди больных.

2.Рекомендуется проведение лечение ППП в соответствии с рекомендациями Европейской ассоциацией заболевания печени от 2016 года.

3.Применение ППП при хроническом вирусном гепатите показывает высокую степень эффективности на фибротическое поражение печеночной ткани.

Список литературы

1. Кузнецов Н.И., Романова Е.С., Старцева Г.Ю. Современные принципы противовирусной терапии гепатита С.- Российский семейный врач ., Москва.2018.-С.23-28.
2. Мусабаев И.К., Мусабаев Э.И., Атабеков Н.С. Гепатит С: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика. – Ташкент, 2000. - С.32 -37
3. Хубутия М.Ш., Сюткин В.Е., Журавель С.В., Новрузбеков М.С., Федин А.Б. Применение собосфувира для лечения гепатита С после трансплантации печени.- Клиническая медицина- Москва,2017. –С.78-84
4.Чуелов С.Б., Россина А Л.,Учайкин В.Ф.Этиотропная терапия вирусных гепатитов.- Детские инфекции- Москва,2017.-С 32-37
5.Халикова Ш. А. и др. К вопросу о состоянии аминокислотного спектра и оксида азота в сыворотке крови при хроническом вирусном гепатите С у детей //Апробация. – 2019. – №. 2. – С. 16-20.
6. Okamoto H., Miyakama Y., Mayumi M. Viral Hepatitis C. – 2017.- P. 245-256.
7. Таджиев Б. М. и др. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С" HBeAg-минус" ГЕПАТИТОМ //Университетская наука: взгляд в будущее. – 2020. – С. 102-105.
8. Халикова Ш. А. и др. К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ АМИНОКИСЛОТНОГО СПЕКТРА И ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С У ДЕТЕЙ //Апробация. – 2019. – №. 2. – С. 16-20.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Мирхамид Махмудович МИРИСМОИЛОВ
Фазлиддин Абдумаликович РАШИДОВ
Ильяс Эрикович АХМЕРОВ
Абзал Сабирович ЮСУПОВ
Болалар юқумли касалликлари кафедраси
Тошкент Тиббиёт Педиатрия Институти, Ўзбекистон

БОЛАЛАРДА АНТИБИОТИКЛАРГА ЧИДАМЛИ САЛЬМОНЕЛЛА ТИФИМУРИУМ ЧАҚИРГАН САЛЬМОНЕЛЛЕЗ ХАСТАЛИГИНИНГ КЕЧИШИ

For citation: M.M. Mirismoilov. F.A. Rashidov, I.E. Akhmerov, A.S. Yusupov THE OCCURRENCE OF SALMONELLOSIS IN CHILDREN, WHICH IS CALLED SALMONELLA TYPHIMURIUM, RESISTANT TO ANTIBIOTICS Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 235-239

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-117

АННОТАЦИЯ

Сальмонеллез билан оғриган болаларда касалликнинг асоратлари ва ўлим сабаблари ўрганилди. Сальмонелленинг полирезистент штаммлари чақирган сальмонеллез касаллигида интоксикация белгиларининг ўзига хослиги, ошқозон ичак, марказий нерв тизими фаолияти, урогенитал соҳадаги ўзгаришлар тахлил килинди. Касалликнинг оғир ва асоратли кечиши бу касалликни чақирган сальмонеллеларни антибиотикларга ўта чидамлилигига боғлиқ эканлиги исботланди.

Калит сўзлар: сальмонеллез, плирезистент штаммлар, антибиотикларга чидамлилик

Мирхамид Махмудович МИРИСМОИЛОВ
Фазлиддин Абдумаликович РАШИДОВ
Ильяс Эрикович АХМЕРОВ
Абзал Сабирович ЮСУПОВ
Отделение инфекционных болезней детей
Ташкентский медицинский педиатрический институт, Узбекистан

ТЕЧЕНИЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ, ВЫЗВАННЫМ SALMONELLA TYPHIMURIUM, УСТОЙЧИВОГО К АНТИБИОТИКАМ

АННОТАЦИЯ

Изучены причины осложнений и летального исхода у детей с сальмонеллезом. При заболевании сальмонеллезом, называемом полирезистентными штаммами сальмонелл, отмечена специфичность симптомов интоксикации, изменения деятельности желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы, мочеполовой области. Доказано, что тяжелое и осложненное течение заболевания зависит от крайней резистентности сальмонелл к антибиотикам, которые они называют этим заболеванием.

Ключевые слова: сальмонеллез, плирезистентные штаммы, устойчивость к антибиотикам.

Mirkhamid Makhmudovich Mirismoilov
Fazdindin Abdumalikovich Rashidov
Ilyas Erikovich Akhmerov
Abzal Sabirovich Yusupov
Department of infectious diseases of children
Tashkent Medical Pediatric Institute, Uzbekistan

THE OCCURRENCE OF SALMONELLOSIS IN CHILDREN, WHICH IS CALLED SALMONELLA TYPHIMURIUM, RESISTANT TO ANTIBIOTICS

ANNOTATION

The causes of complications and death in children with salmonellosis were studied. In the disease of salmonellosis, called polyresystent strains of salmonella, the specificity of symptoms of intoxication, changes in the activity of the gastrointestinal tract, central nervous system, urogenital area were noted. It has been proved that the severe and complication course of the disease depends on the extreme resistance of salmonella to antibiotics, which they call this disease.

Key words: salmonellez, plirezistent strains, resistance to antibiotics

Болалардаги сальмонеллёз хасталиги юқумли ичак касалликлар ичида мухим ўринни эгаллаб келмокда (Валиев А.Г. ва муал., 2004; Мирзаев Д.А., 2005). Ушбу хасталик айниқса ёш болаларда кўп учраши, оғир кечиши ва асоратлари кўплиги билан характерланади. Охирги 10 йиллар мобайнида ёш болаларда кузатилаётган сальмонеллёз хасталигининг клиник кечишида кескин ўзгаришлар кузатилмокда. Бунга асосий сабаб кундаликда ишлатиб келинаётган антибиотикларни кенг кўламда қўллаш натижасида полирезистент хусусиятга эга бўлган сальмонелла штаммлари пайдо бўлишидадир. Хозирги кунда таркибида 2 тадан то 5 тагача плазмид хосил қиладиган сальмонеллаларни мавқеи кундан-кунга ошиб бормокда. Болаларда кечаётган сальмонеллёз хасталигининг оғир кечиши, асоратларининг кўпроқ намоён бўлиши қўзғатувчининг вирулентлиги, токсин ҳосил қилиши ва иммуногенлигига боғлиқдир. Полирезистент хусусиятга эга бўлган сальмонелаларни касаллик чақириш қобилияти ошиши, касалхона ичи инфекция шаклида кечиши, даволаш чораларни - такомиллаштирилмаганлиги ушбу хасталикни чуқур ўрганишни тақозо этади. Юқоридагиларни инобатга олиб олдимизга қуйидаги мақсадни қўйдик.

Иш мақсади:

Полирезистент хусусиятга эга бўлган сальмонелла тифимуриум томонидан чақирилган ёш болалардаги сальмонеллёз хаталигининг клиник кечиши, асоратлари ва оқибатларини ўрганиш.

Материал ва услублар:

Клиник-бактериологик ва серологик текширувлар Тошкент шаҳар 2, 4, 5- юқумли касалликлар шифохоналарида, ҳамда ТошПМИ болалар юқумли касалликлар кафедрасида олиб борилди. Сальмонеллаларнинг кундаликда ишлатилиб келинаётган антиибиотикларга сезгир штаммлар чақирган сальмонеллёз тифимуриумга чалинган 115 та бемор болалар (назорат гуруҳи) ва сальмонеллаларни полирезистент хусусиятга эга бўлган штаммлар чақирган сальмонеллёз тифимуриумга чалинган 135 та бемор болалар (асосий гуруҳ) кузатувга олинди. Бемор болалар ёши 1 ёшдан то 5 ёшгача бўлиб, сальмонеллёзнинг турли шакллари билан касалланган ва барча холда ташхис бактериологик йул билан тасдикланган.

Бемор болалар касаллигининг клиник шакллари, кечиш оғирлиги ва асоратларини Махмудов О.С. (1979) томонидан тавсия этилган клиник тасниф асосида олиб борилди. Сальмонеллёз хасталиги билан касалланган бемор болалар шифохонага келтирилганда чуқур анамнез йиғиш, эпидемиологик маълумотларни аниқлаш, клиник текширувлар ўтказиш натижасида ташхис қўйилди, Клиник ташхис бактериологик услублар билан тасдиқланди. ; олинган маълумотлар статистик текширувдан ўтказилди.

Олинган маълумотлар ва уларнинг тахлили.Текширишлар шуни кўрсатдики полирезистент штаммлар чақирган сальмонеллёз тифимуриум хасталигида гастроэнтероколит шакли 127 бемор болада қайд этилган бўлса, энтеритик шакли эса 123 бемор болада кузатилди (P<0.001). Назорат гурухига мансуб бемор болаларда сальмонеллёзнинг гастроэнтероколитик шакли 44 бемор болаларда кузатилган бўлса, энтеритик шакл эса 71 бемор болада қайд этилди (1 жадвал).

Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, асосий гурух бемор болаларда касаллик оғир ва ўрта оғир шаклларда кечган бўлса, назорат гурухидаги бемор болаларда сальмонеллёз хасталиги енгил ва ўрта оғир формаларда кечди (2 жадвал).Жадвалдан кўриниб турибдики полирезистент хусусиятга эга бўлган сальмонеллалар чақирган хасталикда жароҳатланиш ошқозон-ичак трактининг ҳамма қисмини ишғол килган бўлса, назорат гурухига мансуб беморларда жароҳатланиш кўпинча ингичка ичакда кузатилар экан. Бемор болаларда ошқозон-ичак трактининг зарарланиш симптомо-комплекси назорат гурухидаги бемор болаларгақараганда кучлирок намоён бўлиши ҳам диққатга сазовордир.

Келгусида асосий ва назорат гурухига мансуб бемор болаларда захарланиш (интоксикация) симптомлари қиёсий равишда ўрганилди (3 жадвал). Жадвалдан кўриниб турибдики полирезистент хусусиятга эга бўлган сальмонелла тифимуриум микроорганизми чақирган сальмонеллёз хасталигида захарланиш симптомокомплекси асосий гурухга мансуб бўлган бемор болаларда, назорат гурухидаги бемор болаларга нисбатан 2-4 кун узоқроқ давом этиши аниқланди (P<0.001). Айниқса асосий гурухга мансуб бемор болаларда кучли захарланиш симптомлари: ўта ҳолсизлик, дармонсизлик, қалтираш, безовталик, титраш, мушаклар қисқариши (судорогалар) менингизм, нейротоксикоз симптомларининг кучли ва узоқроқ давом этиши диққатга сазовордир. Келгуси илмий ишда асосий ва назорат гурухига мансуб бўлган беморболаларда сальмонеллёз хасталигига хос бўлган асоратлар мавқеи қиёсий ўрганилди (4 жадвал).

Текширишлар шуни кўрсатдики, асосий гурухга мансуб бўлган бемор болалар қуйидаги асоратларга учраши: инфекцион-токсик карахтлик, гиповолемик карахтлик, гемолитико-уремик, ДВС-синдром ҳамда ичак дисбактериози, назорат гурухига нисбатан ишонарли тарзда кўпроқ намоён бўлиши кузатилди (P<0.001). Бир вақтни ўзида асосий гурухга мансуб бемор болаларда носпецифик асоратлар, жумладан стоматитлар, отит, анемия, дуоденит, холангохолецистит, пневмония каби асоратлар, назорат гурухига мансуб бўлган бемор болаларга нисбатан ишонарли равишда кўпроқ намоён бўлиши кузатилди (P<0.001). Шуни таъкидлаш лозимки, назорат гурухига мансуб бўлган бемор болаларда сальмонеллёз хасталигига қарши олиб борилган этиотроп, патогенетик даволаш чора-тадбирларини самараси юқори бўлиб, касалликни тезроқ тузалишига сабаб бўлди. Ушбу бемор болаларда асоратлар камрок намоён бўлди. Хулоса қилиб шуни таъкидлаш лозимки полирезистент хусусиятга эга бўлган сальмонелла тифимуриум микроорганизмлар чақирган сальмонеллёз хасталигида, назорат гурухига мансуб бўлган бемор болаларга нисбатан сальмонеллёз хасталиги оғир кечиши, патологик жараённи узоқроқ давом этиши ва хасгалик асоратларининг кўпрок намоён бўлиши аниқланди.Полирезистент хусусиятга эга бўлган сальмонелла тифимуриум чақирган сальмонеллёз хасталигини даволашда янги, самарали, таъсирчан антибиотиклар, энтеросорбентлар ва эубиотиклар қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Хулосалар. Антибиотикларга чидамли сальмонелла тифимуриум микроорганизми чақирган сальмонеллёз хасталигида касалликнинг оғир ва ўрта оғир кечиши, асоратларнинг кўпроқ кузатилиши характерлидир.Охирги 10 йиллар мобайнида антибиотикларга чидамли сальмонелла тифимуриум микроорганизмининг мавкеи ошиб бормоқда ва у 91.2% ташкил қилмоқда.

1 жадвал

Клиник шакллари	Текширилган беморлар сони	Огирлиги		
		Енгил	Ўрта оғир	Оғир

		М+Ж	М+Ж	М+Ж
Гастроэнтеро колитик	Асосий 83	67(80.73+ 4.32)	26(50.0± 6.9)	93(68.89± 3.98)
	Назорат 44	2(4.54+ 3.13)	9(12.6± 3.9)	11(9.56+ 2.73)
		P<0.001	P<0.001	
Энтеритик	Асосий 52	16(19.27+ 4.29)	26(50.0± 6.9)	42(31.11± 3.98)
	Назорат 71	25(52.27+ 7.53)	38(53.5+ 5.9)	63(54.78+ 4.64)
		P<0.001	P<0.05	
Жами	135	-	-	-
	115	17(38.63± 7.34)	24(33.8+ 5.6)	41(35.65± 4.46)

Изох: Р - таққосланаётган кўрсаткичлар орасидаги статистик ишончлилик фарқи

2 жадвал

Антибиотикларга чидамли сальмонелла тифимуриум микроорганизми чақирган сальмонелла хасталигида ошкозон-ичак тракти зарарланиш симптомларининг давомийлиги

№	Клиник симптомлар	Симптом	омларнингдавомийлиги [кунлархисобида)	
		Асосийгурух	Назоратгурухи	п
		п=135 М+Ж	п=115 М+Ж	Г
1	**Иштаҳанинг йўқлиги**	10.3 ± 0.8	8.1 ±0.5	<0.05
2	**Кўнгилайнаш**	10.5 ±0.9	6.8 + 0.3	<0.001
3	**Қусиш**	4.0 + 0.3	1.8 ±0.2	<0.001
4	**Тилнингкарашлиги**	12.0 ±0.7	9.0 + 0.5	<0.001
5	**Қориндамлиги**	9.2 + 0.7	7.1 + 0.4	<0.001
6	**Қоринқулдираши**	9.5 ±0.6	7.1 + 0.4	<0.001
7	**Қоринда оғриқ**	8.6+ 0.3	6.2 + 0.2	<0.001
8	**Ичнинг суюқ келиши**	12.5+0.9	9.0+ 0.5	<0.001
9	**Эксикоз**	10.5 + 0.8	7.5 + 0.3	<0.001

3 жадвал

Антибиотикларгачидамли сальмонелла тифимуриуммикроорганизмичакирган сальмонеллёз хасталигидаинтоксикация(захарланиш) симптомларини давомийлиги

		Симптомларнидавомийлиги**(кунлар)**		
№	**Клиник симптомлар**	Асосийгурух	Назоратгурухи	**в**
		п=135 М+Ж	**П”115** М+Ж	Р
1	**Холсизлик, дармонсизлик**	11.3 + 0,6	9,2 + 0,5	**<0.001**
2	**Иситма**	7.2 ± 0,3	5,0 ±0,2	**<0.001**
3	Қалтираш	5,6 ±0,3	3.2± 0,2	**<0.001**
4	**Безовталик**	8.8 ± 0,4	6.2 ±0,3	**<0.001**
5	**Инжиқлик**	8,5 ± 0,4	5,3 ± 0,3	**<0.001**
6	**Бош оғриғи**	9.3 ± 0,4	7.1 ±0,3	**<0.001**
7	**Титраш**	6.0 ± 0,3	4.0 ± 0,2	**<0.001**
8	**Мушакларқисқариши**	4.2 ± 0,2	2.1 ± ОД	**<0.001**

	(судорогаси)			
9	**Баданнинг оқариши**	9.6 ± 0#3	7.0 ±0,2	**<0.001**
10	**Менингизм**	4,0 ± 0,2	2.0 ± ОД	**<0.001**
11	**Нейротоксикоз**	4,0 ± 0,2	**2.0 ±0,1**	**<0.001**

4 жадвал

Антибиотикларга чидамли сальмонелла тифимуриум микроорганизми чакирган сальмонеллёз хасталигидакузатилган асоратлар

		Асоратлар		
№	**Асоратлар**	**Асосийгурух**	**Назоратгурухи**	п
		п=135 М + Ж	**п=115М +Ж**	г
1	**Инфекцион-токсиккарахтлик**	19(14.07±2.90)	5(4.39±1.91)	<0.001
2	**Гемолитико-уремик синдром**	10(7.40±1.76)	1(0.86±0.86)	<0.001
3	**Нейротоксикоз**	29(21.48±5.53)	10(8.69±2.62)	<0.001
4	**Менингит (сероз)**	19(14.07±2.90)	9(7.82±2.50)	<0.001
5	**Ичакдисбактериози**	135(100.0±0.0)	95(32.60±3.53)	<0.001
б	**Пневмония**	30(22.22±3.57)	12(10.43±2.85)	<0.001
7	**Стоматитлар**	16(11.85±2.78)	3(2.60±1.48)	<0.001
3	**Отит**	6(4.44±1.77)	-	-
9	**Анемия**	135(100.0±0.0)	81(70.43±4.25)	<0.001

Адабиётлар:

1. Валиев А.Г. Клиническая эффективность биологически активной добавки «Бектит-М» в комплексном лечении сальмонеллезнойинфекции.// Журн. Инфекция, иммунитет и фармакология. - №1 —2004.
2. Мирзаев Д.Л. Особенности течения, осложнения и исходы острых диарейных заболеваний у детей на современном этапе. //Вестник врачаобщей практики. ~ 2005 -т.1 - №17 - с.5-7
3. Рашидов Ф.А. и соавт. Условно патогенные микробы в структуре острых диарей у детей. Республиканская научно практическая конференция «Медико- биологические основы формирования здоровья детей и подростков».Ташкент 2008 г. С.213.
4. Мирисмаилов М.М.и соавт. Эрта ёшдаги болалардаги сальмонеллёзда циклик нуклеотидларнинг клиник ва патогенетик ахамияти. //Педиатрия научно-практический журнал, 4/2020, С.109-111
5. Ахмеров И. Э. Агрегационная способность тромбоцитов и ретракция сгустка крови у детей раннего возраста, больных сальмонеллезом, вызванным сальмонеллой тифимуриум ассоцированной цитомегаловирусной и герпетической инфекцией //Электронный периодический рецензируемый научный журнал «SCI-ARTICLE. RU». – 2016. – С. 173.
6. Алиева Г. Р., Таджиев Б. М., Ахмеров И. Э. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ //Университетская наука: взгляд в будущее. – 2020. – С. 353-355.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Фазлиддин Абдумаликович РАШИДОВ
Мирхамид Махмудович МИРИСМОИЛОВ
Тоир Усманович УМАРОВ
Гулнора Махамаджановна РИХСИЕВА
Абзал Сабирович ЮСУПОВ
Кафедра детских инфекций
Ташкентский Медицинский Педиатрический Институт, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИАРЕЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

For citation: F.A. Rashidov, M.M. Mirismoilov, T.U. Umarov, G.M. Rikhsieva FEATURES OF THE COURSE OF DIARRHEAL INFECTIONS IN YOUNG CHILDREN AGAINST THE BACKGROUND OF CANDIDA INFECTION Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 240-243

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-118

АННОТАЦИЯ

Проведены клинические, бактериологические исследования у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, находившиеся на лечении в стационаре по поводу диареи неясной этиологии. Отягощающим фактором для роста грибов рода Candida, является часто нерациональное применение антибиотиков широкого спектра действия. Ассоциации грибов рода Candida с острыми диареями способствует более длительному сохранению интоксикации, кишечной дисфункции и удлиняют сроки выздоровления.

Ключевые слова: острые диареи, кандидозная инфекция, кишечная дисфункция, микробиоценоз кишечника.

Фазлиддин Абдумаликович РАШИДОВ
Мирхамид Махмудович МИРИСМОИЛОВ
Тоир Усманович УМАРОВ
Гулнора Махамаджановна РИХСИЕВА
Абзал Сабирович ЮСУПОВ
Болалар юқумли касалликлари кафедраси
Тошкент Тиббиёт Педиатрия Институти, Ўзбекистон

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА КАНДИДОЗ ИНФЕКЦИЯСИ ФОНИДА ДМАРЕЯ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ

АННОТАЦИЯ

Номаълум этиологияли диарея касаллиги билан хасталанган 6 ойликдан 3 ёшгача бўлган болаларда клиник, бактериологик текширувлар ўтказилди. Candida турига мансуб

замбуруғлар кўпайишига олиб келувчи омил бўлиб кенг спектрли антибиотикларни асосланмасдан кўп қўллаш ҳисобланади. Candida турига мансуб замбуруғлар ва ўткир диарея касалликларнинг бирга келиши касалликда захараниш, ҳамда ичак дисфункцияси белгиларининг чўзилиши ва соғайиш муддатларининг чўзилишига олиб келади.
Калит сўзлар: ўткир диарея, кандида инфексияси, ичак дисфункцияси, ичак микробиоценози.

Fazliddin Abdumalikovich RASHIDOV
Mirhamid Makhmudovich MIRISMOILOV
Toir Usmanovich UMAROV
Gulnora Mahamadzhanovna RIKHSIEVA
Abzal Sabirovich YUSUPOV
Department of Children's Infections
Tashkent Medical Pediatric Institute, Uzbekistan

FEATURES OF THE COURSE OF DIARRHEAL INFECTIONS IN YOUNG CHILDREN AGAINST THE BACKGROUND OF CANDIDA INFECTION

ANNOTATION

Clinical and bacteriological studies were conducted in children aged 6 months to 3 years who were treated in a hospital for diarrhea of unknown etiology. An aggravating factor for the growth of fungi of the genus Candida is often the irrational use of broad-spectrum antibiotics. The association of fungi of the genus Candida with acute diarrhea contributes to a longer preservation of intoxication, intestinal dysfunction and lengthen the recovery time.
Key words: acute diarrhea, candida infection, intestinal dysfunction, intestinal microbiocenosis.

Введение. В Центральной Азии, в частности в Республике Узбекистан, диарейные заболевания у детей являются актуальной проблемой инфекционной патологии. Диарейные заболевания занимают одно из ведущих мест в патологии детского возраста. По распространенности эти заболевания уступают только острым респираторным вирусным инфекциям. В последние годы значительно изменилась этиологическая структура ОКИ, что отразилось на её клинико-эпидемиологических особенностях. На современном этапе наблюдаются трудности расшифровки этиологии острых диарейных заболеваний, клинического течения заболевания и терапии. В настоящее время благодаря осуществлению широкомасштабных профилактических мероприятий заболеваемость ОКИ в республике значительно снизилась. Программа по борьбе с диарейными заболеваниями за последние годы благодаря большому объему проводимых организационно-медицинских мероприятий, научных исследований, реализуется в повседневную медицинскую практику. В проблеме изучения острых кишечных инфекций особую актуальность приобретают вопросы своевременной диагностики и терапии, так как диарейный синдром, особенно у детей раннего возраста сопровождается развитием осложнений, приводящих к неблагоприятным исходам. Приоритетными исследованиями по мнению ВОЗ является изучение этиологии, патогенеза, клиники, лечения и профилактики этих заболеваний, а также иммунной системы и нормальной микрофлоры толстого кишечника. Грибы рода Candida широко представлены в нормальной микрофлоре и относятся к условно-патогенным возбудителям, для возникновения заболевания необходимо создание таких условий и обстоятельств, которые привели бы к срыву регуляторных процессов, обеспечивающих нормальные формы симбиоза макро- и микроорганизма. Таким образом, вопросы изучения характеристики этиологической структуры диарейных заболеваний, влияние клинических проявлений диарейных заболеваний ребенка представляют собой медико-социальную проблему, что определяет актуальность.

Материалы и методы. Проведены клинические, бактериологические исследования у 35 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, находившиеся на лечении в стационаре по поводу диареи неясной этиологии.

Распределение больных, находящихся на стационарном наблюдении производилось на 2 группы: основная группа-16 больных с диарейными заболеваниями в ассоциации с кандидозом (кандида албиканс) и контрольная группа-19 больных, диарейными заболеваниями без кандидозной инфекции. Сальмонеллез выявлен у 7 больных, шигеллез -у 8, и у 20 больных установлен диагноз острой диареи неустановленной этиологии.

Тяжесть течения любого заболевания в значительной степени зависит от правильно и своевременно установленного диагноза, и начатого лечения. Учитывая это, нами проанализированы направительные диагнозы, с которыми больные дети поступали на стационарное лечение. Так, из числа поступивших больных детей, у 5 (14,28%) диагноз был при направлении сальмонеллёз, у 30 (85,71%) острый гастроэнтерит, гастроэнтероколит, энтероколит, ОКИ.

Выявлены предрасполагающие факторы кандидоза - кандидозы у родителей отмечались у 11 детей (31,43%); острые респираторные вирусные заболевания с применением антибиотиков наблюдали у 16 (45,71%) детей; Из факторов, угнетающих иммунологическую реактивность новорожденного — дефекты питания во время беременности- у 2 (5,71%), осложненное течение беременности- у 8 (22,86%), факторы, увеличивающие риск бактериального заражения ребенка во время родов— такие, как бактериальные инфекции у матери 9(25,71%0) и соответственно получившие антибиотики различных групп. Нами установлены следующие варианты течения диарейных инфекций на фоне кандидоза: гастроэнтерит у 8 (22,86%), энтерит у 2(5,7%), энтероколит у 9 (25,7%), гастроэнтероколит у 16 (45,71%). При этом у всех больных диагностировали сочетанные поражения различных отделов желудочно-кишечного тракта. Изолированно гастрит или колит не наблюдались.

Для суждения об особенностях клинических проявлений диарейных инфекций на фоне кандидоза у детей нами, также проанализировано их преморбидное состояние и сопутствующие заболевания. Неблагоприятный преморбидный фон отмечался у большинства детей (недоношенность, анемия, белково-энергетический дефицит, рахит, ранний перевод на искусственное вскармливание, частые ОРВИ, пневмонии). Результаты исследования показали, что основными сопутствующими заболеваниями явились: анемия, кишечный сепсис, очаговая пневмония, патологическое течение родов, острый бронхит или ОРВИ во второй половине беременности, хронический пиелонефрит у матери.

Тяжесть диарейных инфекций на фоне кандидоза определялась как наличием симптомов интоксикации (повышение температуры тела, рвота, срыгивания, беспокойство, иногда судороги, вялость, заторможенность, снижение и потеря аппетита, остановка прироста и снижение массы тела), так и степенью выраженности поражения кишечника. Одним из постоянных симптомов болезни явилась лихорадка, которая наиболее часто отмечалась при тяжёлом и среднетяжёлом течении болезни. Температура тела повышалась у половины больных, в том числе у 9 выше 39°С, в течении двух недель. Дисфункция желудочно-кишечного тракта характеризовалась появлением жидкого стула, в испражнениях отмечалась слизь, наряду со слизью и зеленью в 30% случаев была примесь крови. Результаты исследования показали отчётливую зависимость частоты клинических проявлений болезни от тяжести течения. Так, наиболее частым проявлением болезни явилось учащение стула. Результаты наших исследований показали, что учащение стула отмечалось у всех больных, независимо от тяжести течения болезни. Но кратность дефекации была прямо пропорциональна тяжести болезни: при среднетяжёлой форме она в большинстве случаев была 5-12 раз в сутки, а при тяжёлой 10-20 раз в сутки. Следует указать, что наиболее характерным для копроцитограммы было обнаружение лейкоцитов. Эритроциты в поле встречаются реже в количестве 5-10 в поле зрения. Проявлением нарушенной функции кишечника явилось наличие в кале непереваренных мышечных и растительных волокон, нейтрального жира и зёрен крахмала.

Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта держались долго – свыше 2-3 недель, причём наибольшей длительности они достигали у детей с тяжелой формой болезни. Болезненность при пальпации живота у маленьких пациентов определяли по появлению

беспокойства, гримас, усилению плача. Дисфункция кишечника была длительной и, несмотря на проводимое лечение. У всех больных детей определено урчание кишечника. Наряду с увеличением печени 15(42,86%), у некоторых больных детей наблюдалось увеличение селезенки у 12 (34,28%), 9 (25,71%) детей с тяжёлой формой заболевания развился кишечный токсикоз, у 6 (17,14%) из них – по типу тяжёлого соледефицитного, который проявлялся вялостью, адинамией, резкой гипотонией, бледностью кожных покровов, нарушениями периферического кровообращения, парезом кишечника. У остальных 20 (57,14%) детей кишечный токсикоз протекал по типу изотонического. Клиника токсикоза в первую очередь определялась наличием и выраженностью нейротоксикоза. Этот синдром был отмечен почти у всех детей с интоксикацией. Однако симптомы общей интоксикации были более выражены у детей раннего возраста. Кроме того, для таких больных были характерны изменения со стороны сердечно - сосудистой системы в виде приглушенных тонов сердца, тахикардия.
Надо отметить, что частота и выраженность всех симптомов были в большей степени выражены у детей раннего возраста по сравнению с детьми более старших групп по возрасту.

Тошнота у детей раннего возраста проявлялась в виде позыва на рвоту и срыгивания, более выраженная при тяжлых формах болезни. Аналогичная закономерность выявлена в отношении рвоты и других проявлений болезни. У большинства больных детей отмечено снижение аппетита, у некоторых вплоть до анорексии.

Изменения в периферической крови заключались в развитии анемии, которая в основном наблюдалось у детей первого года жизни - 16(45,7%). Большинство случаев анемии приходится на среднетяжёлое и тяжёлое течение диарейных инфекций на фоне кандидоза. Кроме того, характерными изменениями со стороны периферической крови явились развитие нейтрофилёза, лейкопении, лимфопении и в некоторых случаях-лимфоцитоза.

Таким образом, отягощающим фактором для роста грибов рода Candida, является часто нерациональное применение антибиотиков широкого спектра действия. Ассоциации грибов рода Candida с острыми диареями способствует более длительному сохранению интоксикации, кишечной дисфункции и удлиняют сроки выздоровления.

Список литературы

1. Барановский А. Ю., Кондрашина Э. А. Дисбактериоз и дисбиоз кишечника. М., Современная медицина, 2000.
2. Григорьев П.Я., Яковенко Я.П. Лактулоза в терапии заболеваний органов пищеварения // Российский гастроэнтерологический журнал. 2000. N2, с. 71-78.
3. Валиев А.Г. Клиническая эффективность биологически активной добавки «Бектит-М» в комплексном лечении сальмонеллезной инфекции.// Журн. Инфекция, иммунитет и фармакология. - №1 —2004.
4. Рашидов Ф.А. и соавт. Условно патогенные микробы в структуре острых диарей у детей. Республиканская научно практическая конференция «Медико биологические основы формирования здоровья детей и подростков». Ташкент 2008 г. С.213
5. Рашидов Ф.А. «Влияние кандидозной инфекции на клиническое течение сальмонеллеза у детей» “Талабалар илмий жамияти” нинг 43-илмий амалий анжумани. Тошкент, 2015 й. 16 апрел. С.113-114
6. Ибрагимова Х. Н. и др. Особенности клинического течения сальмонеллезной инфекции у детей раннего возраста //Университетская наука: взгляд в будущее. – 2020. – С. 398-401
7. Мирисмаилов М.М., Таджиев Б.М., Рашидов Ф.А. Ёш болаларда кечадиган сальмонеллёз касаллигида циклик нуклеотидларнинг клиник ва патогенетик ахамияти //Re-Health Journal, С. 389-391.
8. Ахмеров И. Э. Агрегационная способность тромбоцитов и ретракция сгустка крови у детей раннего возраста, больных сальмонеллезом, вызванным сальмонеллой тифимуриум ассоциированной цитомегаловирусной и герпетической инфекцией //Электронный периодический рецензируемый научный журнал «SCI-ARTICLE. RU». – 2016. – С. 173.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

PHARMACOLOGY AND CLINICAL PHARMACOLOGY

Абдужалол Вахабович ЯКУБОВ
Наргиза Ихсановна ПУЛАТОВА
Шахноза Ариповна САИДОВА
Лола Жураевна МУСАЕВА
Шахло Сардаровна АРИПДЖАНОВА
Кафедра клинической фармакологии
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан.

ОЦЕНКА ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВОЯЗВЕННОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ NO ОБРАЗОВАНИЯ И АНАЭРОБНОГО ГЛИКОЛИЗА В СЛИЗИСТОЙ ТКАНИ ЖЕЛУДКА

For citation: A.V. Yakubov, N.I. Pulatova, Sh.A. Saidova, L.J. Musaeva ESTIMATION OF PHARMACODYNAMIC EFFECT OF ANTIULCER TREATMENT PREPARATIONS ON INDICATORS OF NO FORMATION SYSTEM AND ANAEROBIC GLYCOLYSIS IN GASTRIC MUCOSA Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 244-249

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-119

АННОТАЦИЯ

В экспериментальной модели язвы желудка у крыс установлено, что компоненты противоязвенной терапии омепразол, метронидазол разнонаправлено влияют на систему NO образования и увеличивают содержание молочной кислоты в слизистой ткани. Среди компонентов противоязвенной терапии наилучшими являются де-нол и ребамипид.

Ключевые слова: экспериментальная язва, компоненты противоязвенной терапии, NO образование, молочная кислота.

Abduzhalol Vakhabovich YAKUBOV
Nargiza Ihsanovna PULATOVA
Shakhnoza Aripovna SAIDOVA
Lola Juraevna MUSAEVA
Shahlo Sardarovna ARIPJANOVA
Department of Clinical Pharmacology
Tashkent Medical Academy, Uzbekistan.

ESTIMATION OF PHARMACODYNAMIC EFFECT OF ANTIULCER TREATMENT PREPARATIONS ON INDICATORS OF NO FORMATION SYSTEM AND ANAEROBIC GLYCOLYSIS IN GASTRIC MUCOSA

ANNOTATION

In an experimental model of gastric ulcer in rats, it was found that the components of antiulcer therapy omeprazole, metronidazole have a multidirectional effect on the NO formation system and increase the content of lactic acid in the mucous tissue. Among the components of antiulcer therapy, de-nol and rebamipide are the best.

Key words: experimental ulcer, components of antiulcer therapy, NO formation, lactic acid.

Абдужалол Вахабович ЯКУБОВ
Наргиза Ихсановна ПУЛАТОВА
Шахноза Ариповна САИДОВА
Лола Жураевна МУСАЕВА
Шахло Сардаровна АРИПДЖАНОВА
Клиник фармакология яафедраси
Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон.

МЕЪДА ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДА ЯРАГА ҚАРШИ ТЕРАПИЯНИНГ NO ХОСИЛ БЎЛИШИ ВА АНАЭРОБ ГЛИКОЛИЗ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ФАРМАКОДИНАМИК ЭФФЕКТИНИ БАХОЛАШ

АННОТАЦИЯ

Каламушларда меъда ярасининг тажриба моделида ярага қарши терапия компотентлари омепразол, метронидазолнинг меъда шиллиқ қаватида Nохосил бўлишига турлича таъсир этиши ва сут кислотаси миқдорини оириши аниқланди. Ярага варши терапияда де-нол ва ребамипид самарали таъсир кўрсатиши аниқланди.

Ключевые слова: тажрибавий яра, ярага варши терапия компонентлари, NO хосил бўлиши, сут кислота.

Актуальность защиты слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) обусловлена многообразием экзогенных и эндогенных факторов агрессии. Собственный защитный аппарат ЖКТ (плотные межклеточные соединения, секреция бикарбонатов, факторы роста, мощная система ровоснабжения и т.д.) не всегда справляется с этой задачей, особенно при одновременном воздействии нескольких повреждающих факторов – соляной кислоты, протеолитических ферментов, Helicobacter pylori, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), алкоголя, никотина, компонентов желчи и др. [1, 2].

Из-за снижения эффективности классических схем эрадикационной терапии, а также отсутствия принципиально новых препаратов для лечения инфекции H. Pylori особую актуальность приобретают аспекты оптимизации существующих схем эрадикационной терапии [3,4,5]. Исходя из этого, а также с учетом многофакторности развития и системного характера язвенной болезни важным компонентом комплексного лечения H. pylori-ассоциированной формы данного заболевания является использование средств, оказывающих цитопротективное действие по отношению к слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки [6].

В литературе существуют данные о том, что компоненты противоязвенной терапии могут отрицательно влиять на защитные механизмы в гастродуоденальной зоне. Как утверждает И.М. Белова и соавт. [7] эрадикационная антимикробная терапия задерживает репарацию язвенных дефектов слизистой.

Как показывает анализ литературных данных, с позиции изучения влияния компонентов противоязвенной терапии на факторы защиты, особый интерес представляет изучение влияния препаратов на механизмы NO образования и на состояние гипоксии в слизистой ткани желудка. Как известно, NO является одним из важных факторов цитозащиты слизистой гастродуоденальной зоны. Система NO образования является основным звеном по обеспечению микроциркуляции и коррекции гипоксии [8].

Цель исследования. Целью настоящей работы явилась оценка фармакодинамического эффекта препаратов противоязвенной терапии при лечении язвенной болезни на показатели системы NO образования и анаэробного гликолиза в слизистой ткани желудка при экспериментальной язве.

Материалы и методы. Исследования проведены в 9 группах животных. В каждой группе было по 6 животных. Модель экспериментальной язвы воспроизводили по методу В.А.Вертелкина в модификации И.А. Лосьева и соавт.[9]. После моделирования животные были разделены на следующие группы: 1-гр. интактная; 2-гр. животные с экспериментальной язвой (ЭЯ); 3-гр. ЭЯ+H_2O (без лечения); 4-гр. ЭЯ+ омепразол; 5-гр. ЭЯ+де-нол; 6-гр. ЭЯ+метронидазол; 7-гр. ЭЯ+ тетрациклин; 8-гр. ЭЯ+ амоксициллин; 9-гр. ЭЯ+ребамипид.

Используемые нами препараты вводили перорально в виде водной суспензии в течение 10 дней в следующих дозах: омепразол в дозе 50 мг/кг [10], де-нол в дозе 10 мг/кг [11], метронидазол в дозе 50 мг/кг [12], тетрациклин в дозе 10 мг/кг [13], амоксициллин в дозе 40 мг/кг [14]. ребамипид в дозе 320 мг/кг/сут [15].

Образование NO в слизистой ткани желудка изучали путем определения содержания его продуктов нитритов и нитратов [16] в микросомальной фракции гомогената.

Содержание аминокислоты L-аргинина в надосадочной фракции гомогената слизистой определяли по методу A. Steven и соавт. [17].

Активность маркеров NO- синтазы - НАДФ·Н-диафоразы определяли по методу Hope V.T. и соавт. в модификации С.А. Комарина и соавт. [18].

Изменения в системе L-аргинин окись азота, может быть следствием недостатка основного субстрата-L-аргинина в слизистой, снижения активности NO-синтазы, что, так или иначе, способствует тканевой гипоксии. В связи с этим для оценки кровотока в слизистой мы ограничились изучением содержания конечного продукта анаэробного метаболизма – молочной кислоты [19].

Результаты и их обсуждения. В таблице 1 представлены результаты изучения влияния препаратов стандартных схем терапии второй линии на показатели системы NO образования и анаэробного гликолиза в слизистой ткани желудка при экспериментальной язве.

Как видно из представленных данных, при экспериментальной язве почти в 3 раза снижается содержание продуктов NO, в 2,1 раза содержание L-аргинина и в 1,8 раза активность НАДФ·Н-диафоразы, при этом наблюдали увеличение содержания молочной кислоты в 2,5 раза.

При лечении с омепразолом отмечали некоторое увеличение продуктов NO и снижение содержания молочной кислоты на 27,5%. Содержание L-аргинина увеличивалось на 35,0%, а активность НАДФ·Н-диафоразы снижалось на 31,6% от значения в группе без лечения.

В группе с де-нолом достоверно увеличивалось содержание продуктов NO на 84.1%, L-аргинина на 81,2%, НАДФ·Н-диафоразы на 49,6%, а содержание молочной кислоты снижалось на 43,5%.

Метронидазол ингибировал процессы NO образования, которое сопровождалось увеличением количества молочной кислоты. Так, в группе с метронидазолом содержание продуктов NO снижалось на 32,3%, а молочная кислота увеличивалась на 34,9%. Вместе с этим наблюдали ингибирующий эффект метронидазола на активность НАДФ·Н-диафоразы. В этих группах активность фермента снижалось на 24,6% и на 35,8% соответственно. На содержание L-аргинина эти препараты не влияли.

В группах с тетрациклином и амоксициллином полученные результаты недостоверно отличались от группы без лечения.

В группе с ребамипидом содержание продуктов NO достоверно увеличивалось на 92,0%, L-аргинина на 89,4%, НАДФ·Н-диафоразы на 64,0%, а содержание молочной кислоты снижалось на 53,9%.

Таблица 1

Влияние препаратов стандартных схем протвоязвенной терапии на показатели системы NO образования и анаэробного гликолиза в слизистой ткани желудка при экспериментальной язве.

Группы животных	Продукты NO мкмоль/мг белка	Молочная кислота нмоль/мг белка	L-аргинин нмоль/мг белка	НАДФ·Н-диафораза нмоль/мин/мг белка
1.Интактная	9,41±0,65	0,114±0,01	19,55±0,68	8,40±0,63
2.Экспериментальная язва (ЭЯ)	3,16±0,19	0,285±0,013	8,34±0,48	4,70±0,22
3.ЭЯ+ H_2O	4,28±0,21	0,269±0,01	9,26±0,55	4,56±0,28
4.ЭЯ+ Омепразол	4,49±0,21	0,195±0.007*	12,51±0,62*	3,12±0,17*
5.ЭЯ+ Де-нол	7,88±0,28*	0,152±0,006*	16,78±0,91*	6,82±0,44*
6.ЭЯ+ Метронидазол	2,90±0,17*	0,363±0,018*	8,69±0,42	3,45±0,17*
7.ЭЯ+ Тетрациклин	5,02±0,37	0,274±0,014	9,85±0,74	5,04±0,31
8.ЭЯ+ Амоксициллин	4,78±0,256	0,235±0,014	8,92±0,37	4,87±0,25
9.ЭЯ+ Ребамипид	8,22±0,27*	0,145±0,007*	17,54±0,92*	7,48±0,43*

Примечание: * - достоверность от показателя группы без лечения (H_2O)

В наших исследованиях, при применении у животных омепразола содержание продуктов NO не менялось, а молочная кислота снижалась. При этом наблюдали достоверное увеличение содержание L-аргинина и снижение активности НАДФ·Н-диафоразы. Эти результаты свидетельствуют о том, что при применении омепразола наблюдается некоторый дисбаланс в системе NO образования, которое сопровождается увеличением субстрата NO и снижением активности основного фермента НАДФ·Н-диафоразы. В конечном итоге количество образующегося NO не меняется и остается низким. Вероятно, омепразол влияет на тканевую гипоксию другими механизмами, что подтверждается достоверным снижением молочной кислоты. Как отмечают некоторые авторы, омепразол снижает интенсивность системного и тканевого метаболизма оксида азота у больных хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью, что проявляется уменьшением экскреции нитритов с мочой, снижением активности оксидазного и редуктазного доменов нейтральной синтазы оксида азота (НАДФ·Н-диафораза), процента индуцируемой синтазы оксида азота в общей структуре распределения активности изоформ в подслизистом слое желудка[20].

При применении де-нола наблюдали увеличение содержание продуктов NO, L-аргинина и активности НАДФ·Н-диафоразы от показателей группы без лечения, а содержание молочной кислоты снижалось. Необходимо отметить, что при применении де-нола не только улучшается синтез NO, но и значительно увеличивается содержание субстрата L-аргинина. Де-нол отличается универсальностью механизма цитопротекции. Так, он повышает синтез простагландинов, обладает антиоксидантным эффектом, снижает содержание провоспалительных цитокинов и активность пепсина, частично связывает желчные кислоты, связывается с белками в зоне воспаления и некроза, повышает синтез слизи и гидрокарбонатов, улучшает микроциркуляцию в слизистой оболочке, повышает содержание эпидермального фактора роста и ингибирует адгезию бактерий [21].

При применении метронидазола наблюдали достоверное увеличение продуктов NO и молочной кислоты. При этом содержание L-аргинина в слизистой ткани желудка не менялось, а активность НАДФ·Н-диафоразы снижалась. Следует отметить, что в литературных источниках нет сведений касающихся изучения процессов NO образования при монотерапии язвенной болезни метронидазолом.

Абасова А.С. [22] и Эседов Э.М. [23] изучая содержание оксида азота в желудочном соке при применении различных схем эрадикационной терапии у больных язвенной болезнью

отмечали, что в плане коррекции синтеза NO лучшей комбинацией является тройная терапия омепразолом, кларитромицином и амоксициллином, а при применении тройной терапии омепразолом кларитромицином и метронидазолом содержание продуктов NO в желудочном соке снижается. Авторы утверждают, что схемы содержащие омепразол и метронидазол подавляют синтез NO. Эти утверждения были установлены и в наших исследованиях при применении квадритерапии содержащий омепразол, де-нол, тетрациклин, метронидазол.

В группах животных леченных амоксициллином и тетрациклином содержание продуктов NO, молочной кислоты, L-аргинина и активность НАДФ·Н-диафоразы в слизистой желудка практически не менялись.

При применении ребамипида нами отмечено увеличение содержание продуктов NO, L-аргинина и активности НАДФ·Н-диафоразы от показателей группы без лечения, а содержание молочной кислоты снижалось. Вероятно, это обусловлено примечательными свойствами ребамипида. Как известно, препарат оказывает на слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки цитопротективное действие, уменьшает воспалительную реакцию, связанную с действием фактора некроза опухоли (ФНО) альфа, стабилизирует клеточную линию макрофагов, уменьшает активацию ядерного фактора каппа В, прерывая воспалительный сигнальный путь[21].

Эти результаты согласуются с данными Tomita [22] Т. И соавт. Которые при назначение ребамипида отмечали существенное снижение концентрации активных форм кислорода, количество поврежденных клеток и активацию супероксиддисмутазы в слизистой оболочке тонкой кишки.

Вывод. Компоненты схем противоязвенной терапии разнонаправлено действуют на механизмы NO образования и анаэробного гликолиза в слизистой ткани желудка. Омепразол не влияя на содержание NO, снижает содержание молочной кислоты в слизистой ткани. В плане коррекции нарушений в системе NO образования и анаэробного гликолиза наиболее эффективным является ребамипид и де-нол. Метронидазол ингибируют механизмы NO образования и увеличивают содержание молочной кислоты. Тетрациклин и амоксициллин не влияют на эти механизмы.

Список использованных источников.

1. Laine L., Takeuchi K., Tarnawski A. Gastric mucosal defense and cytoprotect ion: bench to bedside // Gastroenterology. 2008. Vol. 135. № 1. P. 41–60.
2. Srivastava A., Lauwers G.Y. Pathology of non-infective gastritis // Histopathology. 2007. Vol. 50. № 1. P. 15–29.
3.Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н. Инфекция Helicobacter pylori. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
4.Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Андреев Д.Н., Баркалова Е.В.Эрадикационная терапия инфекции Helicobacter pylori: обзор мировых тенденций // Терапевтический архив. 2014. Т. 86. № 3. С. 94–99.
5. Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Андреев Д.Н.Актуальные возможности оптимизации антихеликобактерной терапии // Лечащий врач. 2014. № 4. С. 73–79.
6. Казюлин А.Н.Использование ребамипида в качестве гастропротективного и противовоспалительного препарата при лечении язвенной болезни, ассоциирован-ной с инфекцией Helicobacter pylori // Лечебное дело. 2016. № 2. С. 51–57.
7.Белова И.М., Белова О.Л. Фармакотерапевтическая эффективность антисекреторных и эрадикационных схем в лечении язвенной болезни, ассоциирующий с Helicobacter pylori // Клиническая фармакология в России: достижения и перспективы. Материалы научно-практической конференции. Москва, 2004, 9-10 сентября. – С. 23–25.
8.Сернеховская Н.Е., Шишло В.К., Черепянчев Д.М. и др. Комплексное лечение язвенной болезни с помощью оксида азота // Аллергология и иммунология. –2005 –№2. –С. 253.

9.Лосев И.А., Кузнецова И.Н. Влияние холенопотенцирующих средств на репаративные процессы в поврежденной слизистой оболочке желудка крыс // Эксперим. и клинич. фармокол. – Москва, –1992 –№5. –С. 15–17.
10.Даминов Ш.Н., Иноятова Ф.Х. Сравнительная оценка действия кваматела и омеза на систему глутатиона различных отделов пищеварительной системы при экспериментальной язве двенадцатиперстной кишки // Эксперим. и клинич. фармокол. – Москва, –1998 –№4. –С. 26–28.
11.Lambert John Russell. Pharmacology of bismuth containing compounds //Rev. Infec. Diseases.– 1991. – Vol. 13., Suppl. –№8–P. 691–695.
12.Гавриленко Я.В., Вазило В.Е., Паршков Е.М. К вопросу о лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки метронидазолом (клинико-экспериментальное исследование) // Терапевт. архив. –1976 –№5. –С. 74–79.
13. Moses O., Shemesh A., Aboodi G. et all. Systemic tetracycline delays degradation of the three different collagen membranes in rat calvaria // Clin Oral Implants Res. – 2009. – Vol. 20(2) –P. 189–95.
14. Luths S., Teyssen S., Kalbel C.B., Singer M.V.4-day triple therapy with rabeprozole, amoxicillin and claritromycin in the eradication of Helicobacter pylori in patients with peptic ulcer disease – a pilot study // Gastroenterol. – 2001. – Vol. 39(4)–P. 279–281, 284 –285.
15.
16.Green L.C., Wanger D.A., Glowsky A.L. et al. Analysis of nitrate, nitrite and [^{15}N] nitrete in biological fluids // Analyt. Biochem. – 1982. – Vol. 126–P. 131–138.
17.Steven A., Cohen D.J. Amino Acid Analysis utilizing Fhenglysotiocyanata Derivatives // Analyt. Biochem. – 1988. – Vol. 17–№1. –P. 11–16.
18.Комарин А.С., Горбунов В.Н., Даминова Л.Т. Диагностическое значение определения нитратредуктазной активности и продуктов оксида азота при острых токсических поражениях печени: Метод. рекомендации. –Т., 2001. – 13с.
19.Балаховский И.С., Наточин Ю.В. Проблема космической биологии. –М., Наука. –1984 – Т.12. –С. 32.
20.Магомедэминова А.С., Эседов Э.М. Влияние эрадикационной терапии на активность оксида азота в желудочном соке у больных с хроническом гастритом и язвенной болезнью // Клин. мед. –2009–№7. –С. 50–52.
21.Исаков В.А. Коллоидный субцитрат висмута: его свойства как основа применения в гастроэнтерологии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2003; 3, прил. 19: 30-35.
22.Абасова А.С. Комплексный анализ влияние схем эрадикационной терапии на активность оксида азота в желудочном соке у больных с гастродуоденальными заболеваниями, ассоциированными Helicobacter pylori // Материалы 2-й Всероссий. науч.-прак. конф. «Антибиотикорезистентность и антимикробная химиотерапия». – Махачкала, 2008. С.23–24.
23.Эседов Э.М. Влияние различных схем эрадикационной терапии на активность оксида азота в желудочном соке у больных хеликобактер – ассоциированными заболеваниями гастродуоденальной зоны // Съезд терап. юга России «Врач XXI века: сегодня и завтра». – Ростов-на-Дону,2009. С. 96-97.
24. Tomita T., Sadakata H., Tamura M., Matsui H. Indomethacin-induced generation of reactive oxygen species leads to epithelial cell injury before the formation of intestinal lesions in mice // J. Physiol. Pharmacol. 2014. Vol. 65. № 3. P. 435–440.
25. Li W., Zhao Y., Xu X. et al. Rebamipide suppresses TNF-α mediated inflammation in vitro and attenuates the severity of dermatitis in mice // FEBS J. 2015. Vol. 282. № 12. P. 2317–2326.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Хужамурат Исакович ХУДАЙБЕРДИЕВ
ассистент кафедры фармакологии
Ташкентской медицинской академии
Толлибай Болтаевич МУСТАНОВ
к.м.н. доцент кафедры фармакологии
Ташкентской медицинской академии
Гайрат Юсупович ДЖАНАЕВ
ассистент кафедры фармакологии
Ташкентской медицинской академии
Рухилла Забихуллаевич ХИКМАТУЛЛАЕВ
ассистент кафедры фармакологии
Ташкентской медицинской академии
Санжар Толлибай угли БОЛТАЕВ
Студент Ташкентского Государственного
стоматологического института

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛИЦЕРАМА В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ГЛИЦЕРАМ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ

For citation: Kh.I. Khudayberdiev, T.B. Mustanov, G.Yu. Djanaev, R.Z. Khikmatullev, S.T. Boltaev THE EFFECTIVENESS OF GLYCIRAM IN RESTORING THE FUNCTIONAL STATE OF THE LIVER AFTER ACUTE TOXIC DAMAGE GLYCERAM IN ACUTE TOXIC LIVER DAMAGE Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 250-255

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-120

АННОТАЦИЯ

У белых половозрелых крыс с острым токсическим гепатитом исследовано влияние глицерама и силибора на секрецию желчи и его ингредиентов установлено, что глицерам обладает более выраженным желчегонным действием, чем силибор. Рекомендуют применение глицерам в качестве патогенетического средства лечения патологии печени.

Ключевые слова: токсическое поражение; глицерам; силибор; монооксигеназная система.

Хужамурат Исакович ХУДАЙБЕРДИЕВ
Тошкент тиббиёт академияси
фармакология кафедраси ассистенти
Толлибай Болтаевич МУСТАНОВ
Тошкент тиббиёт академияси
фармакология кафедраси доценти

Гайрат Юсупович ДЖАНАЕВ
Тошкент тиббиёт академияси
фармакология кафедраси ассистенти
Рухилла Забихуллаевич ХИКМАТУЛЛАЕВ
Тошкент тиббиёт академияси
фармакология кафедраси ассистенти
Санжар Толлибай ўғли БОЛТАЕВ
Тошкент Давлат стоматология институти талабаси

ЎТКИР ТОКСИК ШИКАСТЛАНИШДАН СЎНГ ЖИГАРНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ ТИКЛАШДА ГЛИЦЕРАМНИНГ САМАРАДОРЛИГИ ЖИГАРНИНГ ЎТКИР ТОКСИК ШИКАСТЛАНИШИДА ГЛИЦЕРАМ

АННОТАЦИЯ

Ўткир токсик гепатитли оқ, жинсий етук каламушларда глицерамнинг сафро ва унинг таркибидаги моддаларнинг экскрециясига таъсири ўрганилди. Глицерам силиборга нисбатан кучлироқ холеретик таъсирга эга эканлиги аниқланди. Уни жигар патологияларини патогенетик даволашда тавсия этиш мумкин.

Калит сўзлар: токсик жароҳатланиш; глицерам; силибор; монооксигеназа тизими.

Khujamurat Isakovich KHUDAYBERDIEV
Tashkent Medical Academy,
assistant Department of Pharmacology
Tollibay Boltayevich MUSTANOV
Tashkent Medical Academy,
PhD, associate Professor of the Department of Pharmacology
Gayrat Yusupovich DJANAEV
Tashkent Medical Academy,
assistant Department of Pharmacology
Rukhilla Zabikhullaevich KHIKMATULLEV
Tashkent Medical Academy,
assistant Department of Pharmacology
Sanjar Tollibay ugli BOLTAEV
Student of the Tashkent State
Stomatology Institute

THE EFFECTIVENESS OF GLYCIRAM IN RESTORING THE FUNCTIONAL STATE OF THE LIVER AFTER ACUTE TOXIC DAMAGE GLYCERAM IN ACUTE TOXIC LIVER DAMAGE

ANNOTATION

The effect of glyceram and silibor on the secretion of bile and its ingredients was studied in white sexually mature rats with acute toxic hepatitis. It was established that glyceram has a more pronounced choleretic effect than silibor. Recommend the use of glyceram as a pathogenetic treatment of liver disease.

Key words: toxic damage; glyceram; silibor; the monooxygenase system.

Введение: Печень является центральным органом участвующий в обеспечении химического гомеостаза организма. Вредные химические факторы окружающей среды создает большую нагрузку на данный орган. При этом обезвреживая различные ксенобиотики, а также эндогенные токсические вещества – продукты нарушенного обмена веществ, она сама повреждается, что приводит к угнетению функционального состояния гепатоцитов и особенно, её монооксигеназной системы [1, 2].

В связи с этим в экологически неблагоприятных регионах республики необходимо проводит профилактику поражении печени с помощи гепатопротекторов. Последние в республику поставляется исключительно за счет импорта. В то же время в нашей стране имеется огромный запас лекарственных растений, обладающих противовоспалительным действием, в частности препараты солодки голой (лат. Glycyrrhíza glábra) – глицерам. Однако его эффективность в восстановлении функционального состояния печени изучено недостаточно.

Цель исследования. Изучение влияния глицерама на внешнесекреторную функцию печени и химический состав желчи у крыс с острым токсическим гепатитом индуцированного тетрахлорметаном.

Материалы и методы исследования. Опыты проводили на 42 белых крысах самцах, смешанной популяции с исходной массой тела 160-180 г. Животных содержали в стандартных условиях вивария при свободном доступе к корму и воде, естественной смене света и темноты. Опыты проводили в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных», а также правил, принятых Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных исследований или в иных научных целях (ETS №123), Страсбург, 18.03.1986 г. Исследования проводили при комнатной температуре 20-22°С.

Острый токсический гепатит воспроизводили путем ежедневного введения в под кожу животных 50% масляный тетрахлорметана в дозе 0,5мл / 100 г массы тела в течении 4 дней. Через 24 часа после воспроизведения модели гепатита животные, были подразделены на 4 группы. Каждая экспериментальная группа включала 6-8 особей. У животных 1 группы проводили экспериментальную терапию глицерамом (50 мг/кг), а 2-ой группы силибором (50мг/кг). Водные суспензии препаратов вводили внутрь при помощи металлического зонда с оливой один раз в сутки. Продолжительность лечебных мероприятий составляла 6 дней. Крысы третьей группы в этом периоде получала аликвотное количество воды (не леченая группа). Спустя 24 часа после заключительного введения препаратов у животных всех групп изучали интенсивность желчевыделения и химический состав желчи [4]. Параллельно проводили исследования у 6 интактных белых крыс самцов (4-ая группа) существенно не отличающихся по возрасту и массы тела от животных других групп. Желчь у крыс собирали в течении 4 часов под этаминаловым наркозом (40 мг/кг, внутрибрюшинно) при помощи полиэтиленовой трубочки, вставленной в общий желчный проток. Учитывали скорость секреции желчи и её общее количество за каждый час и в сумме за 4 часа наблюдений. В часовых порциях желчи определяли концентрацию (в мг %) суммарное содержание билирубина, желчных кислот и холестерина [4].

Для устранения различий в полученных данных обусловленных разной массой дела животных, все результаты пересчитывали на 100 г массы тела крыс и подвергали обработке методом вариационной статистики с использованием парного критерия Стъюдента и однофакторного дисперсионного анализа посредством пакета компьютерных программ BIOSTAT. Различия считали достоверными при $p<0,05$, в случае $0,05<p<0,10$ отличия оценивали как тенденцию [5].

Результаты и их обсуждение. При парентеральном введении тетрахлорметана у экспериментальных животных развивается острый гепатит с цитолитическим синдромом [5]. Как показали результаты настоящей работы у крыс с острым гепатитом отмечается стойкое и значительное угнетение внешнесекреторной функции печени и химизма желчи. Так, через 6 дня от начала воспроизведения острого токсического гепатита экскреция желчи у опытных крыс по сравнению со здоровыми статистически значимо снижается на 39,0%. При этом выявляются отчетливое изменения и химического состава желчи. Из данных, приведенных в таблице, видно, что у крыс с гепатитом содержание желчных кислот и холестерина в желчи снижается соответственно на 43,6 и 49%. На этом фоне отмечается угнетение экскреции билирубина на 51,3% в указанном сроке исследования. Следовательно, при остром токсическом гепатите, сопровождающейся жировой дистрофией, отмечается значительные

нарушения экскреторной функции печени, проявляющейся в уменьшении выведения в составе желчи холатов, холестерина и билирубина. Отчетливое и стабильное уменьшение содержание холатов желчи в при данной патологии указывает на снижение интенсивности их синтеза в гепатоцитах, прежде всего, первичных желчных кислот – холиевой и дезоксихолиевой, что следует рассматривать, как результат нарушения тех биохимических процессов, которые осуществляет их синтез. Эти данные свидетельствуют также о значительном угнетении функционального состояния гепатоцитов, поскольку все желчные кислоты синтезируются только в гепатоцитах из холестерина [6, 7].

Таблица 1.

Влияние глицерама на желчевыделительную функцию печени острым токсическим гепатитом

Группы	Желчь, мл/100г/4г	Желчные кислоты, мг/100г/4г	Холестерин, мг/100г/4г	Билирубин, мкг/100г/4г
Здоровые	0,936 ± 0,048	5,81 ± 0,39	0,234 ± 0,028	88,23 ± 7,62
Гепатит	0,585 ± 0,071*	4,22 ± 0,31*	0,124 ± 0,007*	52,45 ± 4,87*
Глицерам+ Силибор	0,669±0,057*	4,51±0,41*	0,154±0,019	48,33±3,79*
Гепатит + Глицерам	0,920 ± 0,051[a]	5,31 ± 0,17	0,189 ± 0,015 [a]	91,94 ± 6,91 [a]

Примечание: * - статистические значимые результаты по сравнению со здоровыми животными,

а – по сравнению с нелеченной группой животных.

Снижение содержания холестерина в желчи у крыс с гепатитом могло быть следствием как угнетения холестерин образовательной функции клеток печени, так и превращения холестерина в другие соединения, поскольку основная его масса в конечном счете катаболизируются в этом органе [7].

Уменьшение количества билирубина в желчи при остром гепатите свидетельствует об угнетении конъюгирующей функции печени, ибо в гепатоцитах билирубин крови под воздействием уридин-дифосфат-глюкуронил-трансферазы превращается в глюкуронид билирубина, и только в таком виде поступает в желчь [2, 5]. Учитывая это можно допустить, что активность фермента при острых повреждениях печени значительно угнетается. Синтез желчных кислот, холестерина и конъюгация билирубина с глюкуроновой кислотой осуществляется при непосредственном участии монооксигеназной ферментной системы (МОС) гепатоцитов [2, 5, 7]. Исходя из этого можно утверждать, что отмеченные нарушения экскреторной функции печени и химического состава желчи при остром токсическом гепатите есть результат поражения цитоплазматической сети гепатоцитов в которой локализована МОС. Такое заключение находится в соответствии результатами ранее приведенных исследований, в которых было показано угнетение функционального состояния МОС, сопровождающийся резким замедлением процессов окислительного деметилирования гидроксилирования ксенобиотиков в результате снижения содержания цитохромов Р-450 и B_5 микросомальной фракции в печени у крыс с острым индуцированного тетрахлорметаном [4].

Экспериментальная терапия глицерамом приводило отчетливому устранению вышеуказанных изменений экскреторной функции печени и химического состава желчи. Так, у леченных крыс по сравнению с не леченными количество выделенной желчи за 4 часа опыта возрастает на 62%. Примечательно, что объем выделенной желчи у опытных крыс после 6 дневного лечения достигает уровня здоровых крыс. Положительные сдвиги после проведенного лечения нами отмечены и в химическом составе желчи. Из данных таблицы следует, что содержание желчных кислот холестерина и билирубина увеличивается на 34%, 57% и 93%, соответственно после проведенного лечения.

Следовательно, экспериментальная терапия глицерамом приводит к устранению нарушений функционального состояния печени, обусловленные жировым гепатозом.

Результаты настоящей работы показывают, что известный и широко применяемый в гепатологии гепатопротектор – силибор оказывает отчетливое положительное влияние на функциональное состояние печени при её остром токсическом поражении. Так, после проведенного лечения под влиянием этого препарата количество выделенной желчи на 4 часа опыта увеличивается на 13,3%, а желчных кислот, холестерина и билирубина соответственно на 9%, 35,1% и 14%. Однако значения указанных показателей не достигают уровня здоровых животных, что свидетельствует о более низкой эффективности силибора по сравнению с глицерамом в коррекции нарушений функционального состояния печени при его остром химическом поражении.

На наш взгляд механизм благоприятного влияния глицерама на функциональное состояние печени, вероятно, связано с его стимулирующим влиянием на МОС с которым связаны синтез желчных кислот и процессы конъюгации билирубина.

Учитывая значительную роль в развитии токсических поражений печени свободных радикалов [3], обладающих цитотоксическим действием, приводящее к тканевой гипоксии, некрозу гепатоцитов и синдрому эндогенной интоксикации, можно полагать, что глицераму присуще и антиоксидантное свойство. Такое предположение согласуется с данными литературы показавших высокую антифлогогенную активность производным тритерпеноидных растений рода Glycyrrhyza L [9, 10].

На основании результатов настоящей работы и данных литературы можно рекомендовать глицерам в качестве патогенетического средства в лечении воспалительно-деструктивных заболеваний печени. Превентивное применение данного препарата в экологически неблагоприятных местностях позволяет профилактике патологий гепатобилиарной системы.

Выводы.

1. Тетрахлорметан у экспериментальных животных вызывает острое токсическое поражение печени обуславливает значительное угнетение функционального состояния печени, проявляющейся в снижении выведения желчи и уменьшении в ней желчных кислот, холестерина и билирубина.
2. Экспериментальная фармакотерапия острого некротического гепатита глицерамом в большей мере чем силибор, устраняет нарушения экскреторной функции печени и химического состава желчи.
3. Глицерам может быть рекомендован в качестве эффективного профилактического средства коррекции нарушений функционального состояния гепатобилиарной системы при его патологиях.

Литература:

1. Хакимов З.З., Худайбердиев Х.И. Влияние ниглизина на желчеобразовательную функцию печени при остром токсическом гепатите // O'zbekiston tibbiyot jurnali, -2019. №1, с.98-104.
2. Хакимов З.З., Цой И.В. Экспериментальная оценка эффективности конварена в коррекции нарушений желчевыделительной функции печени при его остром поражении // Узбекский биологический журнал, Ташкент, 2005, №6, с. 7-13.
3. Симонова Н.В., Доровских В.А., Бондаренко Д.А. Носаль Л.А., Штарберг М.А Сравнительная эффективность ремаксола и реамберина при поражении печени четыреххлористым углеродом в эксперименте. //Экспериментальная и клиническая фармакология. 2018. Том 81, №7. с. 29-33.
4. Мавланов Ш.Р., Хакимов З.З., Рахманов А.Х. Янги фармакологик фаол бирикмаларнинг гепато-билиар тизим фаолиятига таъсирини экспериментал ўрганиш усуллари. Тошкент 2017, 64 бет.

5. Хакимов З.З., Файзиева З.Т., Махмудов С.С. Влияние целагрипа индуктора – интерферона на гепатобилиарную систему. Ташкент 2017, с.130
6. Хакимов З.З., Акрамова Я.З., Махмудов С.С. Эффективность индукторов интерферона в коррекции функционального состояния печени при токсических гепатитах. 2018, LAP LAMBERT, Academic Publishing RU. С. 118.
7. Мараковский Ю.Х., Мараковский К.Ю. Гастроэнтерологические аспекты обмена холестерина: гепатоцитарные и каналикулярные компартменты обмена холестерина и их клинико-патофизиологические значение. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2006, №6 с.41-55.
8. Плясунова О.А., Егоричева И.Н., Федюк Н.В. и др. Изучение анти-ВИЧ активности (3-глицирризиновой кислоты // Вопр. вирусол. - 1992 - №5-6 - С.235-238.
9. Покровский А.Г., Плясунова О.А., Ильичева Т.Н., Борисова О.А., Федюк Н.В., Петренко Н.И., Петухова В.З., Шульц Э.Э., Толстиков Г.А. Синтез производных растительных тритерпенов и исследование их противовирусной и иммуностимулирующей активности // Химия в интересах устойчивого развития. - 2001. - №9. - С.485-491.
10. Аммосов А.С., Литвиненко В.И. Тритерпеноиды растений родов Glycyrrhiza L. И Meristotropis Fisch. et Mey. // Химико-фармацевтический журнал. Том 37, №2, 2003. с. 31-42.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

NEUROLOGY

Рустамбек Жуманазарович МАТМУРОДОВ
Сурайё Мамуржоновна УМИРОВА
Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон
E-mail: nevropatolog@mail.ru

КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ДИАБЕТИК ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ РИВОЖЛАНИШИДАГИ РОЛИ ВА УНИНГ КОМПЛЕМЕНТ ТИЗИМИГА ТАЪСИРИ

For citation: R.J. Matmurodov, S.M. Umirova ROLE OF CORONIVIRAL INFECTION IN THE DEVELOPMENT OF DIABETIC POLYNEUROPATHY AND ITS INFLUENCE ON THE COMPLEMENT SYSTEM Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.256-263

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-121

АННОТАЦИЯ

Бизнинг тадқиқот ишимиздаги асосий мақсадимиз коронавирус ўтказган беморларда диабетик полинейропатия кечишини ўрганишдир. Диабетик полинейропатияларда комплемент тизими омилларини таҳлил қилиш режалаштирилган. Бугунги кунда коронавирус инфекциясининг асаб тизимига, жумладан периферик асаб тизимига таъсирини ўрганиш энг долзарб муаммодир.

Калит сўзлар: Коронавирус, қандли диабет, диабетик полинейропатия, комплемент омиллари.

Рустамбек Жуманазарович МАТМУРОДОВ
Сурайё Мамуржоновна УМИРОВА
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан
E-mail: nevropatolog@mail.ru

РОЛЬ КОРОНИВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СИСТЕМУ КОМПЛЕМЕНТА

АННОТАЦИЯ

Целью нащего исследования было изучение течения диабетической полинейропатиии у больных перенесших коронавирусную инфекцию. Планирован анализ факторов комплемента при диабетической полинейропатии. В настоящее время изучения влияния коронавируса на нервной системы, в том числе периферической нервной системы является самой актуальной.

Ключевые слова: Коронавирус, сахарный диабет, диабетическая полинейропатия, факторы комплемента.

Rustambek Jumanazarovich MATMURODOV
Surayyo Mamurjonovna UMIROVA
Tashkent medical academy, Uzbekistan
E-mail: nevropatolog@mail.ru

ROLE OF CORONIVIRAL INFECTION IN THE DEVELOPMENT OF DIABETIC POLYNEUROPATHY AND ITS INFLUENCE ON THE COMPLEMENT SYSTEM

ANNOTATION

The aim of our study was to study the course of diabetic polyneuropathy in patients who had undergone coronavirus infection. The analysis of the factors of the elementary element in diabetic polyneuropathy is planned. Currently, the study of the effect of coronavirus on the nervous system, including the peripheral nervous system, is the most urgent.

Key words: Coronavirus, diabetes, diabetic polyneuropathy, complement factors.

Бизга маълумки, ҳар бир касалликнинг ўзига хос ривожланиш тарихи, клиник белгилари, кечиши ва оқибатлари мавжуд. Бугунги кунда дунёнинг кўплаб мамлакатларида атипик пневмония туфайли инсонларнинг реал ҳалокатига олиб келган янги зооноз бетакоронавирус SARS-CoV-2 нафақат ўпка альвеолаларида газ алмашинувининг бузилиши ва кучайиб борувчи нафас етишмовчилигига, балки беморнинг ҳаётий фаолиятларини таъминловчи бир қанча аъзо ва тизимларнинг, жумладан бош ва орқа миянинг структуравий зарарланиши юз бериб, беморларнинг ўлимига сабаб бўлди [1].

Ковид-19 пандемияси - SARS-CoV-2 коронавируси келтириб чиқарадиган оғир ўткир нафас етишмовчилиги синдроми билан кечадиган COVID-19 касаллиги пандемиясидир [13]. Илк маротаба 2019-йилнинг декабрида Хитойнинг Ухан шаҳрида қайд этилган касаллик 2020-йилнинг 11-мартида Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан пандемия деб белгиланди [48]. 9-март 2021-йилга қадар вирусни 192 дан ошиқ мамлакат ва ҳудудда яшовчи 117 миллиондан ошиқ одам юқтирди; 2 600 000 дан ошиқ одам касаллик туфайли ҳалок бўлди, 66,3 миллиондан ошиқ одамлар эса соғайишди [14]. Пандемия глобал миқёсда қатор ижтимоий-иқтисодий қийинчиликларни келтириб чиқарди [23], спорт ва маданий тадбирлар кейинга қолдирилиши ёки бекор қилинишига сабабчи бўлди [12], дори-дармон, электроника моллари ҳамда озиқ-овқат маҳсулотлари етишмовчилиги юзага келиши ҳақида хавотирларга сабаб бўлди [39, 43].

Икки миллион йиллик эволюция жараёнида инсонларнинг иммун тизими аксарият маълум бўлган инфекцияларга қарши курашишни ўрганди. Аммо тўсатдан пайдо бўлган янги коронавирус инсон иммун тизимини ғафлатда қолдирди - шу боис унга қарши курашиш жуда қийин кечмоқда, аммо вирусни юқтириб олиш эса аксинча жуда осон кечмоқда. Коронавирусларни ўзини бошқа қилиб кўрсатадиган қаллобларга ўхшатишади. Чунки унинг ҳар бир тиканининг учи ўзини худди фойдали модда молекуласи қилиб кўрсатади ва бунга “учган” ҳужайра рецепторлари уни ўзига тортади, натижада вирус тиканлари орқали ҳужайрага тарқалади. Юқиш ана шундай кечади. **Ҳужайрага тушган вирус унинг устидан назоратни қўлга олади ва ҳужайра учун одатий оқсиллар ўрнига ўзининг чексиз нусхаларини ишлаб чиқара бошлайди. Шундай қилиб занжир реакцияси бошланади ва оқибатда ҳужайра нобуд бўлади [24].**

Coronaviridae – респиратор тизимнинг кенг тарқалган қўзғатучисидир. Сўнгги ўн йилликларда коронавирус инфекциясининг иккита муҳим тарқалиши содир бўлди, яъни коронавируснинг оғир респиратор синдроми (SARS-CoV) ва Яқин Шарқ коронавирусининг респиратор синдроми (MERS-CoV) нинг тарқалиши авж олди. 2019 йил декабр ойидан бошлаб коронавирус 2 (SARS-CoV-2) келтириб чиқарган оғир ўткир респиратор синдроми – ковид 2019 (COVID-19) билан касалланганлар сони ортди. Вирус навбатлашиб келадиган SARS-CoVва MERS-CoVнинг 79,5% [22] ва 50% [47] генлар кетма-кетлиги гомологиясига эга. Ҳозирги пандемия вақтида тиббиёт соҳаси жуда катта муаммоларга дуч келмоқда. COVID-19

юқумли нафас йўллари касалликлари орасида халқ саломатлигига зарар етказадиган энг юқори кўрсаткичга айланди. COVID-19 билан боғлиқ бўлган марказий асаб тизими (МАТ)нинг зарарланиш суръати тобора кенгайиб бормоқда [16]. Бундан ташқари кўплаб адабиётларда COVID-19ни периферик асаб тизими (ПАТ) касалликларининг ўсиб бораётганлиги билан боғлашмоқда. Ушбу умумий маълумотлар нуқтаи назаридан келиб чиққан ҳолда биз COVID-19нинг диабетик полинейропатияга таъсирини муҳокама қиламиз.

Коронавирус инфекцияси (Ковид – 19) ҳақидаги кўплаб маълумотларни PubMed, Scopus ва Google Scholar базаларидаги нашрларни таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, патологик жараён бош мия паренхемаси ва қон – томирлари, мия пардасида ҳам юз беради. Краниал ва периферик асаб толалари ҳамда скелет мушаклари зарарланиб, улар моно – ва полинейропатиялар, миалгия, рабдомиолиз кўринишида намоён бўлади [15, 24, 26, 28, 35, 36, 40, 41, 44, 45]. Тадқиқотнинг мақсади бўлган диабетик полинейропатия ривожланишида коронавирус инфекциясининг ролини ўрганамиз.

Предиабет ва диабетнинг глобал эпидемияси ушбу касалликларнинг асоратларининг мос келадиган эпидемиясини келтириб чиқарди. Энг кенг тарқалган асоратлардан бири нейропатиялар бўлиб, улар орасида дистал симметрик полинейропатия (Primerнинг маълумотларига кўра диабетик полинейропатия деб аталади) жуда кўп учрайди. Диабетик полинейропатия - бу оёқларнинг дистал қисмида сенсор функцияларнинг йўқолиши ва сезиларли даражада оғриқ бўлиши билан характерланади. Вақт ўтиши билан диабет билан оғриган одамларнинг камида 50%ида диабетик нейропатия ривожланади. Қандли диабетнинг 1 типи билан оғриган беморларда глюкоза миқдорини доимий назорат қилиб туриш диабетик нейропатиянинг ривожланишини самарали равишда тўхтатади, аммо диабетнинг 2 типи билан оғриган беморларда самараси анча паст бўлади. Ушбу маълумотлар диабетик полинейропатиянинг этиологиясини тушунишда янги саъй-ҳаракатларга олиб келди, яъни 2017 йилда тақдим этилган диабетнинг ҳар бир тури учун хос бўлган бузилишларнинг олдини олиш ва даволаш бўйича янги тавсиялар берилди. Шу билан бир қаторда диабетик полинейропатияларда оғриқни даволашда алоҳида дорилар гуруҳидан фойдаланиш бўйича ва опиоидларни имкон қадар қўлламаслик бўйича янги кўрсатмалар берилди. Диабетик полинейропатиянинг мураккабликлари ҳақидаги тушунчамиз сўнгги ўн йил ичида сезиларли даражада ривожланган бўлса-да, аммо 1 ва 2 тип диабетдаги нейропатиянинг асосий механизмлари номаълум бўлиб қолмоқда [18].

Шунингдек, бугунги пандэмия даврида касаллик патогенезида SARS-CoVва MERS-CoVнинг таъсирини ўрганиш диабетик нейропатиянинг олдини олишдан даволашгача бўлган барча жиҳатларни муваффақиятли ҳал қилиш учун жуда муҳимдир.

Халқаро диабет федерациясининг ҳисоб-китобларига кўра дунё бўйлаб 425 миллион киши қандли диабет билан касалланган [25], ва бу 21-асрнинг энг йирик глобал эпидемиясига айланган [42]. Хитойда 115 миллион, Ҳиндистонда 73 миллион ва Қўшма Штатларда 30 миллион киши қандли диабет билан касалланган [49]. Ўзбекистонда эса 2015 йилда қандли диабет билан касалланган 170 минг бемор рўйхатга олинган бўлса, бугунги кунга келиб эса, 230 мингдан зиёд бемор рўйхатга ва назоратга олинган. Кўриб турибмизки, қандли диабетга чалинганлар охирги 3 йилда деярли 60 мингтага кўпайган. Таҳлилларга кўра, ушбу кўрсаткич 2030 йилга бориб 550 миллиондан ошиши мумкин.

Қандли диабетнинг асоратлари орасида периферик ва вегетатив нерв тизимларининг зарарланиши натижасида келиб чиқадиган клиник синдромлар гуруҳи анча кенг тарқалган. Одатда бу синдромлар полинейропатиянинг шакллари деб аталади ва асаб тизимининг тарқоқ ва ўчоқли шикастланишидан юзага келиб, диабетга чалинган беморларнинг деярли ярмида учрайди [9]. Диабетик нейропатиянинг энг кенг тарқалган шакли – дистал симметрик полинейропатия бўлиб, бунда қўллар ва оёқлар зарарланиши "пайпоқ ва қўлқоп" типида тарқалиши билан намоён бўлади.

Қандли диабет билан оғриган одамларда нейропатиянинг бир нечта шакллари учраши мумкин. Улардан энг кенг тарқалгани дистал симметрик полинейропатия (ДСП) ҳисобланади. ДСП шаклларига кичик толалар зарарланишининг устунлиги билан кечувчи нейропатиялар,

радикулоплексопатия ёки радикулопатиялар, мононейропатиялар ва вегетатив нейропатиялар кабилар киради.

Қандли диабетнинг тобора ортиб бораётган глобал эпидемияси ва унинг энг кенг тарқалган асорати бўлган нейропатияларда хавф омилларини бартараф этиш бўйича жамият соғлиқни сақлаш мандатидан долзарбликни талаб қилади. Тахмин қилинишича, 2050 йилга келиб муваффақиятсиз аралашувлар оқибатида 9,7 миллиард дунё аҳолисининг учдан бир қисми диабетга чалинади ва уларнинг ярмида нейропатия юзага келади [8].

Диабетик полинейропатия ривожланиш механизми. Диабетик нейропатия – бу периферик асаб тизимининг нейродегенератив бузилиши бўлиб, бунда дастлаб сенсор аксонлар, вегетатив аксонлар ва кейинчалик эса камроқ даражада мотор аксонлари дегенерацияга учрайди. Қандли диабет қандай қилиб айнан сенсор нейронларни зарарлаши мунозарали бўлиб қолмоқда. Прогрессивланувчи диабетик нейропатия перикаря (ҳужайра таналари)ни нисбий сақлаб қолган ҳолда аксонларнинг периферик қисмини зарарлайди ва уни " қуриб кетиши"га олиб келади. Нейропатиянинг "пайпоқ ва қўлқоп" шаклидаги кўриниши энг узун сенсор аксонларнинг шикастланишини акс эттиради, масалан, қўл-оёқларнинг проксимал эпидермал аксонлари зарарланишидан олдин дистал эпидермал аксонлар зарарланади ва шу сабабли диабетик нейропатия тана узунлигига боғлиқ нейропатия ҳам деб ҳисобланади.

Диабетик нейропатия демиелинизацияланувчи нейропатия деб ҳисобланмаса ҳам, лекин сурункали гипергликемия натижасида Шванн ҳужайралари нишонга айланади. Шунинг учун диабетик нейропатиянинг оғир кўринишларида беморларда демиелинизация белгилари учрайди [17,21,30]. Аксонлар ва Шванн ҳужайралари ўртасидаги ўзаро мустаҳкам алоқаларини ҳисобга олган ҳолда, Шванн ҳужайраларининг шикастланиши натижасида аксонда бир қанча ўзгаришлар юзага келиши мумкин. Масалан, Шванн ҳужайралари аксонларнинг цитоскелет хусусиятларини, шу жумладан Ранвье тугунларида оқсилларнинг жойлашишини ва аксонларда транспортировка кўрсаткичини бошқаришда муҳим роль ўйнайди [34]. Шванн ҳужайраларининг аксонларни қўллаб-қувватламаслиги туфайли цитоскелет тизимининг ва трофик омилларнинг етарли даражада таъминланмаслиги, ёки дистал аксонларда Шванн ҳужайраларидан аксонларга рибосомалар ўтказилишининг аксон ичи мРНК трансляциясининг бузилиши кузатилади [19].

Коронавирус инфекциясининг периферик асаб тизимига таъсири. Ўткир полирадикулонейропатия ривожланишининг диагностик мезонлари шуни кўрсатадики, Ковид-19нинг периферик асаб тизимига таъсири ҳатто пневмония ривожлангунга қадар содир бўлиши мумкин [7]. ПАТнинг зарарланиши SARS-CoV-2 га жавобан иммун тизими регуляциясининг бузилиши билан тушунтирилади. Ковид-19 билан касалланган беморлар текшириб кўрилганда, уларда тизимли гиперяллиғланиш макрофаглар фаоллашиши синдроми билан ҳамда иккиламчи гемофагоцитар лимфогистиоцитоз аниқланган [29]. Ушбу иммун восита инфекциянинг ўткир даври пасайганидан кейин содир бўлади [32]. Молекуляр мимикрия механизмига биноан, юқтирилган вирус билан баъзи периферик асаб компонентларининг эпитоплари умумий бўлиб қолади ва бу аутореактив Т- ёки В-лимфоцитларни стимуллайди [50].

Диабетик полинейропатия ривожланишида комплемент тизимининг роли. Комплемент тизими – бу иммун тизимининг бир қисми бўлиб, у организмни бактериялар ва бошқа патогенлардан носпецефик тарзда ҳимоя қилади. Комплемент тизими инсон ва ҳайвонларнинг қонида айланиб юрадиган ҳамда мембрана билан боғланган оқсил тўплами бўлиб, аутоиммун ва бошқа патологик жараёнларда тўқималар шикастланишида, шунингдек эса танани инфекцион касалликлардан ҳимоя қилишда иштирок этади [20, 2, 4].

Сўнги йилларда комплементларнинг биологик ва бошқа функциялари ҳам ўрганилган бўлиб, улар қуйидагилар: фагоцитоз, семиз ҳужайралардан биологик фаол моддаларнинг чиқиши (гистамин, серотонин, брадикинин)ни фаоллашиши, ҳужайра мембранаси ўтказувчанлигининг ошиши, қон – томирлар тонусининг пасайиши, ижобий хемотаксис, опсонизация кабилар.

Ушбу тадқиқот ишида коронавирус ўтказган диабетик полинейропатияси бўлган беморларда касалликнинг патогенезида комплемент тизимининг алоҳида таркибий қисмларининг тузилиши, комплементларнинг биологик хусусиятлари ва аҳамиятини кейинги 10 йилликларда ўрганилган маълумотларни умумлаштириш мақсад қилинган.

Комплемент тизимининг таркибий қисмлари плазма оқсилларининг тахминан 4%ини ташкил қилади. Улар гепатоцитлар, макрофаглар ва нейтофиллар томонидан синтез қилинади, ҳамда уларнинг аксарияти β-глобулинлардир [4]. Комплемент тизими туғма ва орттирилган иммунитетнинг эффектори ҳисобланади. У 30 дан ортиқ ҳужайра мембраналари ва плазма оқсилларидан тузилган бўлиб, асосан гепатоцитларда ва қисман периферик нервларда синтезланади [3,5], одатда нофаол пропротеинлар кўринишида циркуляцияланади.

ЖССТ томонидан қабул қилинган номенклатурага биноан комплемент тизими С белгиси билан, унинг алоҳида таркибий қисмлари эса С1,С2,С3,С4,С5,С6,С7,С8,С9 белгилари билан белгиланади.

Комплемент тизимининг фаоллашиш йўллари. Тана соғлом ҳолатда бўлганида комплемент компонентлари плазмада нофаол ҳолатда бўлади. Организмга патоген микроблар, бактерия ва вируслар тушганида эса компонентлар фаоллаша бошлайди. Улар кўп босқичли фаоллаштириш реакциялари жараёнида фаоллашади [1].

Комплемент оқсиллари ферментатив фаоллашувнинг уч каскади орқали ўзаро таъсирлашади, яъни классик, альтернатив ва манноза – боғловчи лектин йўллари орқали фаоллашади. [31, 46]. Учта фаоллаштириш йўллари охир –оқибатда С3 ва С5 даражасида бирлашади; кейинчалик эса учта комплемент йўллари кеч фаоллашувчи С6, С7, С8 ва С9 компонентлари билан умумий реакцияга киришади ва бу МҲҚК (мембранага ҳужум қилувчи комплекс) генерацияланишига олиб келади. МҲҚК эса тўқима шикастланишининг асосий эффектори ҳисобланади [31].

Активлашган комплемент компонентлари каскад кўринишида ферментатив реакцияларда маълум бир тартибда иштирок этади. Фаоллашган олдинги маҳсулот кейинги янги субкомпонент ёки комплемент компоненти ҳосил бўлиш реакциясида катализатор вазифасини бажаради [3].

Бир нечта периферик нейропатияларда комплементларнинг фаоллашиши туфайли нерв толаларининг зарарланиши қайд этилган [15, 27].

Қизиғи шундаки, яқин вақтларда ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, болаларда CD59 генидаги ягона миссенс-мутация туфайли ҳужайра юзасида CD59 комплементини тартибга солувчи оқсил етишмовчилиги сурункали периферик нейропатия кўринишида намоён бўлди [33]. Қандли диабет билан касалланган беморларнинг болдир мушагидан олинган биопсиясида фаоллашган комплемент оқсиллари ва неоантиген МҲҚК мавжудлиги ҳақида биринчи марта Hays ва бошқалар хабар берган (9). Ушбу тадқиқотда таҳлил қилинган худди шу нервнинг биопсиясида биз МҲҚК ва GCD59нинг биргаликдаги локализациясини кузатдик [6].

Комплементнинг фаоллашиши диабетик нейропатия ривожланишида ҳам роль ўйнаши мумкин, аммо бу кейинги изланишларда аниқ ва қўшимча далилларни талаб этади. Диабетик радикулоплексик нейропатияси бўлган беморларнинг эпиневрал томирларида С3 бирикмаси топилган [11]. Диабетик нейропатияси бор беморларнинг болдир нервининг биопсиясидан кейин эндоневрал микротомирларида фаоллашган комплементлар - С3d ва С5b-9 аниқланди [38]. С5а ва С5b-9 фаоллашган комплемент маҳсулотлари эндотелиал ҳужайраларни фаоллаштириши мумкин ва бу адгезияланган молекулалар экспрессиясининг ошишига, ҳамда яллиғланиш ҳужайраларининг кўпайишига олиб келади [10].

Адабиётларнинг таҳлили шуни кўрсатадики, ковид-19 периферик асаб тизимининг сурункали кечувчи касалликлари, асосан нейроиммун бузилишлар билан боғлиқ бўлган касалликларнинг кечишига таъсир қилиши мумкинлиги тан олинган. Бизнинг олдимизга қўйилган асосий мақсад ҳам ковид -19 билан боғлиқ бўлган комплемент тизимидаги ўзгаришлар ва бунинг диабетик полинейропатия ривожланишидаги ролини ўрганиш, неврологик ўзгаришларни келтириб чиқарадиган асосий таъсир механизмларига ойдинлик

киритиш, касалликни эрта ташхислаш, даволаш ҳамда реабилитация чора тадбирларини ишлаб чиқиш ва такомиллаштиришан иборатдир.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Белопасов В.В., Яшу Я., Самойлова Е.М., Баклаушев В.П. Поражение нервной системы при COVID-19. Клиническая практика. 2020;11(2):60–80.
2. Дранник Г.Н., Майданник В.Г. Роль системы комплемента в физиологических и патологических реакциях организма. Врачеб.дело. 1989; (4): 69-73.
3. Морган Б.П., Гаске П. Биосинтез внепеченочного комплемента: где, когда и почему? Клин Эксп Иммунол . 1997; 107 : 1–7.
4. Одинцов Ю.Н., Перельмутер В.М. Биологические функции комплемента. Бюллетень сибирской медицины. 2007; (2):72-82.
5. Пассвелл Дж. Х., Шрейнер Г. Ф., Ветсел Р. А., Колтен Х. Р.. Экспрессия гена комплемента в печеночных и внепеченочных тканях линий мышей NZB и NZB x W (F1) . Иммунология . 1990; 71 : 290–294.
6. Цинь Х, Голдфайн А., Крумрей Н. и др. Инактивация гликирования регуляторного белка комплемента CD59: возможная роль в патогенезе сосудистых осложнений диабета человека . Диабет . 2004; 53 : 2653–2661.
7. Alberti P, Beretta S, Piatti M, Karantzoulis A, Piatti ML, Santoro P, et al. Guillain-Barré syndrome related to COVID-19 infection. Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm. 2020;7(4):e741.
8. Boyle, J. P., Thompson, T. J., Gregg, E. W., Barker, L. E. & Williamson, D. F. Projection of the year 2050 burden of diabetes in the US adult population: dynamic modeling of incidence, mortality, and prediabetes prevalence. Popul. Health Metr. 8, 29 (2010).
9. Callaghan, B. C., Price, R. S., Chen, K. S. & Feldman, E. L. The importance of rare subtypes in diagnosis and treatment of peripheral neuropathy: a review. JAMA Neurol. 72, 1510–1518 (2015).
10. Carter, 2012) Carter, A.M., 2012. Complement activation: an emerging player in the pathogenesis of cardiovascular disease. Scientifica (Cairo) 2012, 402783.
11. Collins, M.P., Periquet-Collins, I., Sahenk, Z., Kissel, J.T., 2010. Direct immunofluorescence in vasculitic neuropathy: specificity of vascular immune deposits. Muscle Nerve 42, 62-69.
12. "Coronavirus Cancellations: An Updating List". The New York Times. 16 March 2020.
13. Coronavirus disease 2019. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti. 15 March 2020.
14. Coronavirus Update (Live)—Worldometer. ncov2019.live.
15. Dalakas MC. Guillain-Barré syndrome: The first documented COVID19-triggered autoimmune neurologic disease: More to come with myositis in the offing. Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm. 2020;7(5):e781. doi: 10.1212/ NXI.0000000000000781.
16. Divani AA, Andalib S, Biller J, Napoli DM, Moghimi N, Rubinos CA, et al. Central nervous system manifestations associated with COVID-19. Curr Neurol Neurosci Rep. 2020;20(12):60. https://doi.org/10.1007/s11910-020-01079-7A review focusing of centeral nervous system manifestations of COVID-19.
17. Dunnigan, S. K. et al. Conduction slowing in diabetic sensorimotor polyneuropathy. Diabetes Care 36, 3684–3690 (2013).
18. Eva L. Feldman, Brian C. Callaghan, Rodica Pop-Busui, Douglas W. Zochodne, Douglas E. Wright, David L. Bennett, Vera Bril, James W. Russell & Vijay Viswanathan Nature Reviews Disease Primers volume 5, Article number: 41 (2019)
19. Feldman, E. L., Nave, K. A., Jensen, T. S. & Bennett, D. L. H. New horizons in diabetic neuropathy: mechanisms, bioenergetics, and pain. Neuron 93, 1296–1313 (2017).
20. Go A.S., Chertow G.M., Fan D. et al. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. N Engl J Med. 2004;351:1296-1305.

21. Gumy, L. F., Bampton, E. T. & Tolkovsky, A. M. Hyperglycaemia inhibits Schwann cell proliferation and migration and restricts regeneration of axons and Schwann cells from adult murine DRG. Mol. Cell Neurosci. 37, 298–311 (2008).
22. He F, Deng Y, Li W. Coronavirus disease 2019: what we know? J Med Virol. 2020;92(7):719–25. https://doi.org/10.1002/jmv.25766.
23. Here Comes the Coronavirus Pandemic: Now, after many fire drills, the world may be facing a real fire". The New York Times. 29 February 2020.
24. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395(10223):497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
25. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas - 8th edition: key messages. IDF https://diabetesatlas.org/key-messages.html (2019).
26. Jin M, Tong Q. Rhabdomyolysis as potential late complication associated with COVID-19. Emerg Infect Dis. 2020;26(7):1618–1620. doi: 10.3201/ eid2607.200445.
27. Kaida K, Kusunoki S. Antibodies to gangliosides and ganglioside complexes in Guillain-Barré syndrome and Fisher syndrome: mini-review. J Neuroimmunol. 2010;223:5–12.
28. Mao L, Jin H, Wang M, et al. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. JAMA Neurol. 2020;77(6):1–9. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.1127.
29. McGonagle D, Sharif K, O'Regan A, Bridgewood C. The Role of Cytokines including Interleukin-6 in COVID-19 induced Pneumonia and Macrophage Activation Syndrome-Like Disease. Autoimmun Rev. 2020;19(6):102537. https://doi.org/10.1016/j.autrev.2020.102537.(30)
30. Mizisin, A. P., Shelton, G. D., Wagner, S., Rusbridge, C. & Powell, H. C. Myelin splitting, Schwann cell injury and demyelination in feline diabetic neuropathy. Acta Neuropathol. 95, 171–174 (1998).
31. Morgan BP, Harris CL. Регуляторные белки комплемента . Лондон, Великобритания: Academic Press; 1999.
32. Needham E, Newcombe V, Michell A, Thornton R, Grainger A, Anwar F, et al. Mononeuritis multiplex: an unexpectedly frequent feature of severe COVID-19. Journal of Neurology. 2020. https://doi.org/10.1007/s00415-020-10321-8.
33. Nevo Y, Ben-Zeev B, Tabib A, et al. CD59 deficiency is associated with chronic hemolysis and childhood relapsing immune-mediated polyneuropathy. Blood. 2013;121:129–135
34. Pan, S. & Chan, J. R. Regulation and dysregulation of axon infrastructure by myelinating glia. J. Cell Biol. 216, 3903–3916 (2017).
35. Robinson CP, Busl KM. Neurologic manifestations of severe respiratory viral contagions. Crit Care Explor. 2020;2(4):e0107. doi: 10.1097/ CCE.0000000000000107.
36. Román GC, Spencer PS, Reis J, et al. The neurology of COVID-19 revisited: a proposal from the environmental neurology specialty group of the world federation of neurology to implement international neurological registries. J Neurol Sci. 2020;414:116884. doi: 10.1016/j.jns.2020.116884.
37. Rosoklija G.B., Dwork A.J., Younger D.S., Karlikaya G., P. Local activation of the complement system in endoneurial microvessels of diabetic neuropathy. Acta Neuropathol (Berl). 2000;99:55–62
38. Rosoklija, G.B., Dwork, A.J., Younger, D.S., Karlikaya G., Latov N., Hays, A.P., 2000. Local activation of the complement system in endoneurial microvessels of diabetic neuropathy. Acta Neuropathol. 99, 55-62.
39. Scipioni, Jade (18 March 2020). Why there will soon be tons of toilet paper, and what food may be scarce, according to supply chain experts. CNBC.
40. Sellner J, Taba P, Öztürk S, Helbok R. The need for neurologists in the care of COVID-19 patients. Eur J Neurol. 2020;10.1111/ene.14257. doi: 10.1111/ene.14257.

41. Sepehrinezhad A, Shahbazi A, Negah SS. COVID-19 virus may have neuroinvasive potential and cause neurological complications: a perspective review. J Neurovirol. 2020;26(3):324-329. doi: 10.1007/s13365-020-00851-2.
42. Tabish, S. A. Is diabetes becoming the biggest epidemic of the twenty-first century? Int. J. Health Sci. (Qassim) 1, V–VIII (2007).
43. The Coronavirus Outbreak Could Disrupt the U.S. Drug Supply. Council on Foreign Relations.
44. Tsai ST, Lu MK, San S, Tsai CH. The Neurologic Manifestations of Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systemic Review. Front Neurol. 2020;11:498. doi: 10.33 9/fneur.2020.00 498.
45. Vonck K, Garrez I, De Herdt V, et al. Neurological manifestations and neuroinvasive mechanisms of the severe acute respiratory syndrome Coronavirus Type 2. Eur J Neurol. 2020;10.1111/ene.14329. doi: 10.1111/ene.14329.
46. Walport MJ. Complement. Second of two parts. N Engl J Med. 2001;344:1140–1144.
47. Wang Y, Wang Y, Chen Y, Qin Q. Unique epidemiological and clinical features of the emerging 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID-19) implicate special control measures. J Med Virol. 2020;92:568–76. https://doi.org/10.1002/jmv.25748.
48. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11-mart 2020. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (11-mart 2020).(4)
49. World Health Organization. Diabetes. WHO https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes (2018).
50. Zito A, Alfonsi E, Franciotta D, Todisco M, Gastaldi M, Cotta Ramusino M, et al. COVID-19 and Guillain-Barré syndrome: a case report and review of literature. Front Neurol. 2020;11:909. https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00909.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Аҳрор Абдурасулович АЛИМОВ,
Алишер Мирхамидович ШАРИПОВ,
Зафар Файзуллаевич САФАРОВ,
Абдумалик Абдуазимович РАСУЛОВ,
Рафкат Ринатович УСМАНОВ
Шошилинч педиатрия. Ҳалокатлар тиббиёти кафедраси,
Тошкент Педиатрия Тиббиёт институти, Ўзбекистон.

ЮҚОРИ ЧАСТОТАЛИ ОСЦИЛЯТОР ВЕНТИЛЯЦИЯНИНГ ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ОҒИР НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИГИДАГИ САМАДОРЛИГИ

For citation: A.A. Alimov, A.M. Sharipov, Z.F. Safarov, A.A. Rasulov, R.R. Usmanov HIGH-FREQUENCY OSCILLATORY VENTILATION OF LUNGS WITH SEVERE RESPIRATORY FAILURE IN NEWBORNS Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.264-269

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-122

АННОТАЦИЯ

Ушбу тадқиқотда интенсив даволаш шароитида бўлган, оғир нафас етишмовчилиги бўлган 30 та чақалоқни текшириш натижалари келтирилган. Уларда ўпканинг юқори частотали осцилятор вентиляция (ЮЧОВ) сининг самараборлиги анъанавий усулларда сунъий вентиляциясида бўлган болалар билан таққосланган ҳолда баҳоланган. Гемодинамика ЭхоЭГ курсаткичлари, АБ ва юрак қисқаришлари сони кўрсаткичлари бўйича баҳоланган. Кислород сатурацияси, лаборатор кўрсаткичлар ва клиник текширувларни динамик кузатишлари олиб борилган.

ЮЧОВ қўлланилиши барча чақалоқларда кислород сатурациясининг яхшиланишига, ҳамда ўпканинг сунъий вентиляцияси (ЎСВ)дан эрта чиқарилишига олиб келган.

Калит сўзлар: Юқори частотали осцилятор вентиляция, нафас етишмовчилиги, респиратор дистресс синдром.

Аҳрор Абдурасулович АЛИМОВ,
Алишер Мирхамидович ШАРИПОВ,
Зафар Файзуллаевич САФАРОВ,
Абдумалик Абдуазимович РАСУЛОВ,
Рафкат Ринатович УСМАНОВ
Кафедра «Неотложной педиатрии. Медицины катастроф»,
Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Узбекистан.

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ОСЦИЛЛЯТОРНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

АННОТАЦИЯ.

В данной работе показаны результаты исследования 30 новорожденных с тяжелой дыхательной недостаточностью, находящихся в условиях интенсивной терапии. У них была оценена эффективность высокочастотной осциляторной вентиляции легких, по сравнению с детьми на традиционных методах искусственной вентиляции легких. Гемодинамика была оценена по данным ЭхоКГ, данным измерения АД, ЧСС. Проводилась динамика показателей сатурации кислорода, лабораторных данных и клинического обследования.

Было выявлено, что у всех новорожденных с применением ВЧОВ способствовало улучшению сатурации кислорода, раннего отлучения от ИВЛ.

Ключевые слова: Высокочастотная осцилляторная вентиляция, дыхательная недостаточность, респираторный дистресс синдром

Akhrorbek Abdurasulovich ALIMOV,
Alisher Mirkhamidovich SHARIPOV,
Zafar Fayzullaevich SAFAROV,
Abdumalik Abduazimovich RASULOV,
Rifkat Rinatovich USMANOV
Department of "Emergency Pediatrics. Disaster Medicine,
Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

HIGH-FREQUENCY OSCILLATORY VENTILATION OF LUNGS WITH SEVERE RESPIRATORY FAILURE IN NEWBORNS

ANNOTATION

This research shows the results of a study of 30 newborns with severe respiratory failure in conditions of intensive therapy. They evaluated the effectiveness of high-frequency oscillatory ventilation of the lungs compared with children on traditional methods of mechanical ventilation of the lungs. Hemodynamics was assessed according to EchoCG, measuring blood pressure, heart rate. The dynamics of oxygen saturation, laboratory exams and clinical examination were carried out.

It was found that in all newborns with HFOV, they improved the oxygen saturation and earlier weaning from MV.

Keywords: High-frequency oscillatory ventilation, respiratory failure, respiratory distress syndrome.

Долзарблиги: Чақалоқларда нафас бузилиши – пневмония, мекониал аспирация ва бошқалар чақалоқлар касалликлари ва ўлимида катта кўрсаткичларни ташкил этади ва уларнинг частотаси сезиларли пасайишга мойил эмас [5].

Респиратор дистресс-синдром (РДС) ривожланиш частотаси чала туғилиш даражасига боғлиқ бўлади ва ҳомиладорликнинг 28 ҳафтасидан кам бўлган вақтида туғилган болаларнинг ўртача 60 % ида, ҳомиладорликнинг 32-36 ҳафтасида туғилган болаларнинг 15-20 % ида ва ҳомиладорликнинг 37 ҳафта ва ундан кўп вақтида туғилган болаларнинг 5 % ида учрайди. Бу болаларни рационал парваришлашда ўлим кўрсаткичи 10 % га яқинлашади [7,8].

РДС юқори хавф гуруҳидаги чала ва муддатида туғилган чақалоқлар касалланиши ва ўлими сабаблари ичида асосий ҳисобланади. РДС чақалоқларга тиббий ёрдамни мукаммаллаштириш неонатал ва гўдаклар ўлимини камайтириш йўлидаги собит қадамлардандир. Охирги йилларда респиратор ва қувватловчи даволаш техникаларининг мукаммаллашиши ҳисобига бу йўналишда сезиларли муваффақиятларга эришилди [5,8,11].

Нафас етишмовчилигини, хусусан РДС ни даволашда СЎВ нинг кенг қўлланилиши неонатал даврда болаларнинг яшаб қолиш кўрсаткичларининг сезиларли ўсишига олиб келди [3,13]. Чақалоқларда нафас етишмовчилигини даволашда анъанавий СЎВ усулларидаги ижобий динамика ўзининг салбий жиҳатларига эга. Жумладан, юқори инспиратор босим ва нафас охиридаги мусбат босим ўпканинг баротравмасига олиб келиши мумкин [9]. Бу эса ўз навбатида сурункали ўпка шикастланиши – бронўпка дисплазиясига олиб келувчи этиологик

омил ҳисобланади. СЎВ вақтида юзага келувчи кўкрак қафаси ичида босимнинг ошиши юрак ўнг бўлимларининг тўлишига салбий таъмир этади ва юрак зарб ҳажмининг камайишига олиб келади [6,14,15]. Бундан ташқари анъанавий СЎВ баъзи ҳолатларда самарасиз бўлиши мумкин (гипоксемия ва гиперкапния сақланиб қолади) [2].

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда охирги йилларда чет давлатларда вентиляциянинг юқори частотасида нисбатан кам ҳажмдан фойдаланган ҳолда СЎВ ўтказиш техникаси ишлаб чиқилмоқда. Клиник синовлардан ўтган шундай усуллардан бири бу ўпканинг юқори частотали осцилятор вентиляцияси (ЮЧОВ) ҳисобланади. Бунда ўпканинг анатомик ўлик бўшлиғи ҳажми билан бирга ўлчанадиган энг юқори частота ва энг кичик нафас ҳажмларидан фойдаланилади [2,9,12,13].

ЮЧОВ усули кўпгина муаллифларнинг текширувларига кўра чақалоқлар гемодинамикаси ва ўпкадаги асосий патологиянинг кечишига турлича таъсир кўрсатган. Шунингдек, асоратлар, айниқса баротравма ва брон ўпка дисплазиясининг частотасига таъсири ҳақида ўзаро зид маълумотлар мавжуд [10]. Мана шу ҳолат бизда ЮЧОВ ни ўрганишга ва уни чақалоқлардаги респиратор патологияларда қўлаб кўришга ундади.

Тадқиқот мақсади: ўпканинг ЮЧОВ ни қўллаш йўли билан чақалоқларда турли патологик ҳолатдаги оғир нафас етишмовчилигини даволашнинг клиник самарадорлигини ошириш.

Тадқиқот материаллари: Тадқиқот №3 шаҳар болалар клиник шифохонаси ва №9 шаҳар тугрук комплексининг реанимация ва интенсив даволаш бўлимларида оғир нафас етишмовчилиги (туғма пневмония) бўлган 30 та чақалоқларда ўтказилди.

Болалар 2 та гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳни ЮЧОВ усули [1] (Leoni plus аппарати (Германия)) билан респиратор қувватлаш ўтказилган 15 та чақалоқ ташкил этди.

Иккинчи гуруҳни доимий анъанавий СЎВ нинг IPPV тартиби [4] (Leoni 2 аппарати) да турган 15 та чақалоқ ташкил этди .

Таққосланадиган гуруҳдаги чақалоқлар тана вазни, гестацион ёши ва жинси бўйича сезиларли фарқ қилмади. Асосий гуруҳдаги чақалоқларнинг ўртача тана вазни 3050±110 г ни ва назорат гуруҳидагиларники 3215±95 г ни, гестацион ёши эса мос ҳолда 38±0,4 ва 38 ± 0,5 ни ташкил этди (p>0,05).

Кузатувда бўлган чақалоқларнинг оналарининг анамнезида ҳомиладорликдан олдинги абортлар, бола ташлашлар 11 (36,7%), соматик касалликлар 10 (33,3%) мавжуд эди. 13(43,3%) та аёлда ҳомиладорлик ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи ярмида токсикоз билан кечган. 10 (33,3%) ҳолатлардаги ҳомиладорликни тўхтатиш хавфи, 8 (26,7%) та ҳолатда тўғруқнинг асоратли кечиши ва кесарча кесиш орқали туғруқ амалга оширилганлиги эътиборимизни тортди (Расм 1). Аксарият чақалоқлар гестациянинг 38-ҳафтасида оғир ҳолатда туғилди (21 (70%)). Асфиксиянинг оғир даражаси билан туғилган, Апгар шкаласи бўйича 0-3 балл билан баҳоланган чақалоқлар 7 (23,3 %) тани ташкил этди. 25 (83,3%) та чақалоқда нафас етишмовчилиги симптомлари туғилган заҳоти ёки ҳаётининг биринчи кунида пайдо бўлди. Патологик ҳолатлар бўйича пневмония устунлик қилиб 29(96,7%) та ҳолатда аниқланди, ҳомила суюқлиги аспирацияси 1(3,3%) та ҳолатда қайд этилди. Барча гўдаклар оптимал ҳарорат ва намликни яратувчи, гиповолемия ва гипотонияни бартараф этувчи, электролит баланси бузилишини муътадиллаштирувчи, гипогликемияга қарши, энергетик балансни қувватловчи комплекс даволаш шароитида бўлишди. Инфекция хавф омили мавжуд гўдакларга кенг спектрли таъсирга эга антибиотикларни қўллаш орқали антибактериал даволаш олиб борилди. Шуни таъкидлаш керакки, асосий гуруҳдаги чақалоқларда ЮЧОВ ни қўллаш ҳаётий кўрсаткичлар бўйича ўтказилди. Ўпканинг ЮЧОВи Leoni plus (Германия) аппарати да амалга оширилди.

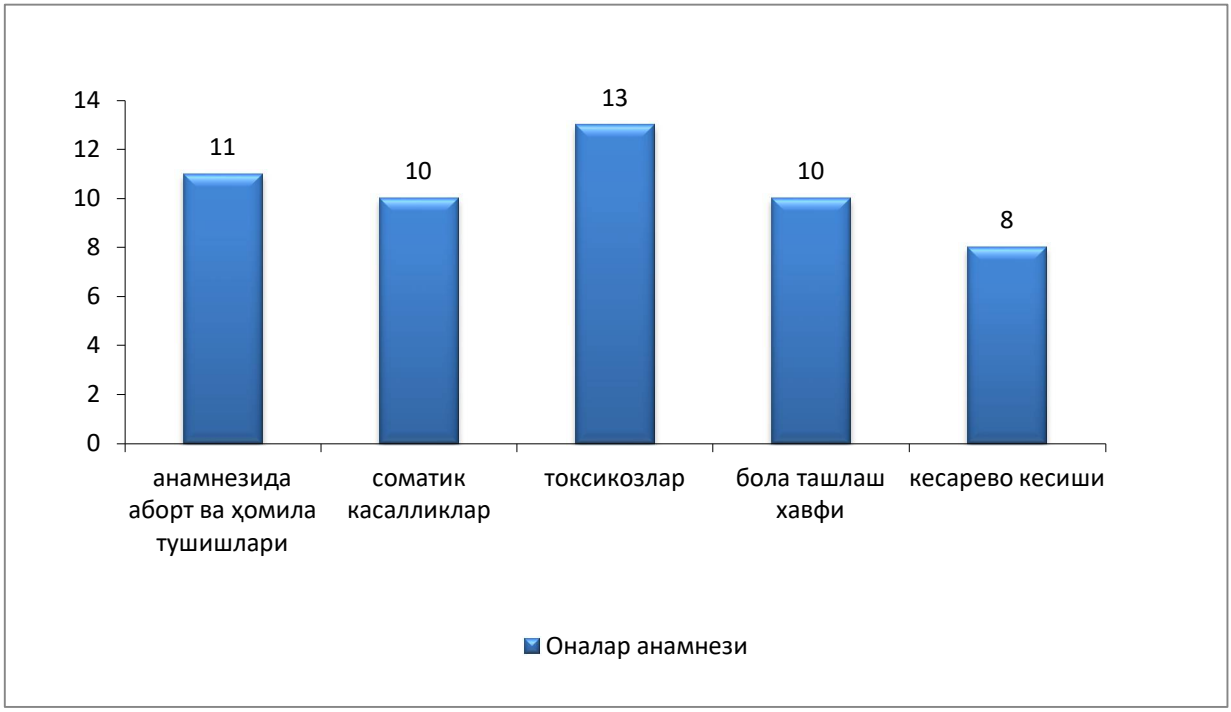
Тадқиқот усуллари:

1. Ҳомиладорликкача бўлган она соғлиғи, акушерлик ва гинекологик анамнез, ҳомиладорлик ва туғруқларнинг кечиши таҳлили.
2. Касаллик динамикасида ёрдамчи лаборатор усулларни қўллаган чақалоқларнинг клиник кузатуви.

3. Стандарт усуллар бўйича SIEMENS фирмасининг (Германия) SONOLINE SL-450 аппаратида ЭхоКГ усули билан марказий гемодинамик кўрсаткичларни аниқлаш.
4. Mindray монитори ёрдамида артериал босим ва юрак қисқаришлари сони кўрсаткичларини аниқлаш.
5. Барча олинган маълумотларни статистик таҳлилини ўтказиш.

Тадқиқот натижалари:

Ҳомиладорликкача бўлган она соғлиғи, акушерлик ва гинекологик анамнез, ҳомиладорлик ва туғруқларнинг кечиши таҳлил қилинганда асосан аборт ва ҳомила тушишлари, соматик касалликлар, токсикозлар, бола ташлаш ҳолатлари ва кесарча кесиш ҳолатлари аниқланди (1-расм).



1-расм. Чақалоқларнинг оналарининг анамнези

Биз асосий гуруҳдаги 15 та чақалоқда анъанавий СЎВ усулида гипоксиянинг турғун белгилари (биринчи соатларда сатурация кўрсаткичининг 90% камлиги) бўлган 15 та чақалоқда ЮЧОВ қўлланилди, бу ҳолат улардан 3 та (20%) сида кузатилди. Чақалоқларда анъанавий "юқори" кўрсаткичлар (P_{ins} 30 мм. сув. уст. дан юқорилиги, PEEP 4,5 мм. сув. уст. дан юқорилиги) билан ўтказилган СЎВ усули асоратларнинг ривожланиш хавфини келтириб чиқарди ва улар биринчи кунданоқ ЮЧОВ га ўтказилди.

Ўтказилган тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, асосий гуруҳдаги барча 15 та гўдакда ЮЧОВ ни қўлланилиши кислород сатурациясининг яхшиланишига (кўрсаткич 96±2,1% дан юқори), кислород концентрациясининг (FiO2) 2,38 мартага, яъни 74,5±3,05 дан 31,3±5,6 гача камайишига олиб келди. 15 та чақалоқнинг 9 тасида ЮЧОВ қўлланилишининг биринчи соатларидаёқ оксигенациянинг яхшиланиши кузатилди. 4 та чақалоқда бир соатдан 3 соатгача вақт оралиғида, 2 та болада эса 3 соатдан 6 соатгача вақт оралиғида оксигенация яхшиланиши кузатилди.

Лекин гурухлар ўзаро солиштирилганда сезиларсиз ўзгаришлар кузатилди. Юқоридагилардан хулоса қилиб, биз СЎВ нинг тўғри танланган кўрсаткичларидаги гемодинамик кўрсаткичлар чақалоқларда ЮЧОВ ни баҳолашда мезон бўла олмаслигини тахмин қилишимиз мумкин.

ЮЧОВ ни қўллаганимизда, вентиляциянинг бу усули гўдаклар томонидан яхши қулай эканлигини, безовталик ҳаракатлари камайганлигини аниқладикки, бу ўз навбатида

респиратор синхронлаш учун миорелаксантларни ва юқори дозада седатив воситаларни қўллашдан воз кечилишига сабаб бўлади.

Биз, гўдакларда ЮЧОВ қўлланилганда анъанавий усулда СЎВ га қараганда ўпканинг сунъий вентиляцияси муддатининг 9,7±1,3 кундан 7,2 ±0,6 кунгача қисқаришига олиб келиши мумкинлигини аниқладик. ($p<0,05$) у детей. Бу ўз нақбатида нафақат чақалоқларда,балки турли ёшдаги болаларда нафас етишмовчилиги билан курашишда ҳал қилувчи омиллардан бири бўлиши мумкин.

Хулосалар:

1. Юқори частотали осцилятор вентиляция - оғир ўткир нафас етишмовчилиги бўлан чақалоқларда анъанавий СЎВ сининг самарасизлигида ёки “юқори” параметрларида самарали усул ҳисобланади.
2. Юқори частотали осцилятор вентиляция нафас йўлларида юқори ўрта босимни ҳосил қилиши натижасида қоннинг оксигенациясининг яхшиланишини таъминлайди, бу эса кўпгина болаларда биринчи соатларда олаётган нафасдаги кислород концентрациясини камайишига имкон яратади.
3. Олинган маълумотларга таяниб шуни таъкидлаш мумкинки, ўпканинг юқори частотали осцилятор вентиляцияси респиратор қувватлашнинг анъанавий усулларидаги ўзгаришлардан фарқли равишда гемодинамикага салбий таъсир кўрсатмайди.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Erdeve O, Okulu E, Tunc G, Celik Y, Kayacan U, Cetinkaya M, et al. (2019) An observational, prospective, multicenter study on rescue high-frequency oscillatory ventilation in neonates failing with conventional ventilation. PLoS ONE 14(6): e0217768. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217768
2. Любименько В.А., Мостовой А.В., Иванов С,В. Высокочастотная Искусственная Вентиляция легких в неонатологии// Москв 2016. –стр 23-32.
3. Rimensberger PC, Cheifetz IM; for the Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference Group. Ventilatory support in children with pediatrci acute respiratory distress syndrome: proceedings from the pediatrci acute lung injury consensus conference. Pediatr Crit Care Med. 2015; 16: S51–60. https://doi. org/10.1097/PCC.0000000000000433 PMID: 26035364
4. Gupta P, Green JW, Tang X, Gall CM, Gossett JM, Rice TB, et al. Comparison of high-ferquency oscillatory ventilation and coventional mechanical ventilation in pediatric respiratory failure. JAMA Pediatr. 2014; 168: 243–9. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4463 PMID: 24445980
5. Болезни органов дыхания у детей: практическое руководство / В.К. Таточенко. — Новое изд., доп. — М.: Педиатр, 2012. — С. 209-256., 44.
6. Goodman A.M., Pollack M.M. // Hemodynamic effects of high-frequency oscillatory ventilation in newborn.- Pediatrics. Pulmonol., 2011, Sept.; 108(3): 617-623.
1. 7. Респираторный дистресс-синдром у новорожденных. Учебное пособие. ТашПМИ. Ташкент 2010.
9. Виктор В.Х. Респираторные расстройства у новорожденных// Пер. с анг. –М.: Медицина, 2009.
10. Гордеев В.И., Александрович Ю.С., Паршин Е.В. Респираторная поддержка у детей. СПб. ЭЛБИ-СПб, 2009, 176стр.
11. Горячев А.С., Савин И.А. Основы ИВЛ. -М.: Медиздат, 2009, стр 250.
12. Thomas N. Hansen, Timothy R. Cooper, Leonard E. Weisman. // Neonatal Respiratory Diseases – 2 th Edition, 2008.
13. Donn SM, Nicks JJ, Becker MA. Flow synchronized ventilation of preterm infants with respiratory distress syndrome. // J Perinatol. 2004 March – April; 14(2) : 90-4.

14. Bhuta T., Henderson – Smart D.J. // Elective high-frequency oscillatory ventilation versus conventional ventilation in preterm infants with pulmonary dysfunction: systematic review and meta-analyses. – Pediatrics, 1997, Nov.; 100(5):E6
15. Nelle M., Zilow E.P., Linderkamp O. // Effects of high-frequency oscillatory ventilation on circulation in neonates with pulmonary intestinal emphysema or RDS. – Intensive Care Med., 1997, Jun.; 23(6): 671-676.
16. Sun H., Zhou Y, Xiong H., Kang W., Xu B., Liu D. et al. Prognosis of very preterm infants with severe respiratory distress syndrome receiving mechanical ventilation. Lung. 2015; 193 (2): 249-54. DOI: 10.1007/s00408-014-9683-5.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Зафар Файзуллаевич САФАРОВ,
Ахрор Абдурасулович АЛИМОВ,
Абдумалик Абдуазимович РАСУЛОВ,
Рафкат Ринатович УСМАНОВ
Шошилинч педиатрия. Ҳалокатлар тиббиёти кафедраси,
Тошкент Педиатрия Тиббиёт институти, Ўзбекистон.
Азиз Буриевич ТИЛЯКОВ
Травматология ва ортопедия, дипломдан кейинги таълим курси,
Самарканд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон.

ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМДА СИМУЛЯЦИЯЛИ ЎҚИТИШ УСЛУБИНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

For citation: Z.F. Safarov, A.A. Alimov, A.A. Rasulov, R.R. Usmanov, A.B. Tilyakov EFFICIENCY OF SIMULATION TRAINING IN EMERGENCY MEDICAL CARE Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 270-276

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-123

АННОТАЦИЯ

Ушбу тадқиқот ишида, талабаларни шошилинч педиатрия фанини ўқитиш бўйича симуляция жихозларини қўллаган холда ўқув материалларини ўзлаштириш натижалари тахлил қилинган. Симуляцион ўқитиш- тиббиёт таълимида янги ва тез ривожланаётган йуналишдир. Бу ўқитиш услуби шошилинч холатдаги болаларга тез ёрдам кўрсатиш кўникмаларини ўзлаштириш ва келажакда сифатли шифокорларни тайёрлашда катта ахамиятга эга. Янги кўникмаларни беморларда қўллашга имконияти бўлмаганда (айниқса болаларда), беморга хавфсиз тиббий ёрдамни таъминлашни ва этик меъёрларни этиборга олинган ҳолда амалга ошириладиган тиббий таълим услуби – симуляциион ўқитиш услубидир.

Калит сўзлар: юқори тиббий таълим, педогогик технологиялар, компетентли ёндашув, симуляцияли ўқитиш

Зафар Файзуллаевич САФАРОВ,
Ахрор Абдурасулович АЛИМОВ,
Абдумалик Абдуазимович РАСУЛОВ,
Рафкат Ринатович УСМАНОВ
Кафедра «Неотложной педиатрии. Медицины катастроф»,
Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Узбекистан.
Азиз Буриевич ТИЛЯКОВ
Курс последипломного образования Травматологии и ортопедии,
Самаркандский Государственый Медицинский институт, Узбекистан.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

АННОТАЦИЯ

В этом исследовании мы проанализировали успеваемость студентами учебного материала по неотложной педиатрии с использованием симуляционного оборудования. Симуляционное обучение - относительно новое и быстро развивающиеся направление медицинского образование. Данный метод особенно важендля овладения навыками экстренной медицинской помощи детям. Высокое требование качеству врачей, ограниченные возможности отрабатывать новыепрактические навыки на пациентах (особенно детского возраста), повышенное соблюдение этических норм привели к новой парадигме медицинского образования – использованию симуляционных методов обучения.

Ключевые слова: высшая медицинская образование, педогогиические технология, компетентный подход, симуляционная образования.

Zafar Fayzullaevich SAFAROV,
Akhrorbek Abdurasulovich ALIMOV,
Abdumalik Abduazimovich RASULOV,
Rifkat Rinatovich USMANOV
Department of “Emergency Pediatrics. Disaster Medicine,
Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan.
Aziz Burievich TILYAKOV
Postgraduate course in Traumatology and Orthopedics,
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan.

EFFICIENCY OF SIMULATION TRAINING IN EMERGENCY MEDICAL CARE

ANNOTATION

There are results were analyzed: students' perception and digestibility of educational materials on emergency pediatrics using simulation equipment. Simulation training is a relatively new and very rapidly developing area of medical education. This teaching method is especially important for mastering the skills of emergency and emergency care for children. High demands on the quality of training of doctors, limited opportunities to work out new practical skills on patients (especially children), increased attention to the safety of medical care for patients and medical personnel, and adherence to ethical standards led to a new paradigm of medical education - the use of simulation methods of training.

Keywords: higher medical education, pedagogical technologies, competence approach, simulation training

---

Долзарблиги: Беморларга сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш тўғридан тўғри касалликларни замонавий ташхислаш ва даволаш усулларини тўлиқ ўзлаштирган, тиббий илмнинг ютуқларини амалиётда қўллай оладиган тиббиёт мутахасисларини тайёрлиги даражасига боғлиқ [1].

Ўзбекистон Республикаси президенти Шавкат Мирзиёев 20 апрел 2017 йилда «Олий таълимни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари» тўғрисидаги қарорни имзолади. Бу ҳужжат олий таълим тизимини ўрганиш ва чуқур таҳлил қилиш билан бир қаторда шу сохадаги кадрларни қайта тайёрлаш, яъни давлатимизнинг ижтимоий-иқтисодий ривожланишига, шунингдек дунё стандартиларга мос мутахассис ходимларни етиштиришга қаратилган.

Шунинг учун олий таълим сифатини такомиллаштириш долзарб омил бўлиб, ўқитишда кўпгина янги технологиялар ва услублар қўлланилмоқда, шулар жумласига симуляцион ўқитиш услуби ҳам киради.

Бугунги кунда Республикамизда профессионал таълим соҳасига жадал суръатлар билан амалиётга йўналтирилган турли инновацион технологиялар асосида таълим жараёнини ташкил этиш усуллари кириб келмоқда. Симуляцион методлар ана шундай усуллардан бири бўлиб у профессионал таълим муассасалари (ПТМ) ўқувчиларини профессионал компетенцияларини шакллантиришда ўзининг салмоқли ҳиссасини қўшмоқда [2].

Олий тиббий таълим асосида сифатли янги мутахасисни яратишга имкониятлар очувчи академик триада ётади: фундаментал таълим, клиник амалиёт ва илмий изланиш [3].

Юқори технологик тиббиёт авж олиб бораётган даврда тиббий хизмат кўрсатишга бўлган талаб ортиб бормоқда. Мутахассислар, тиббиёт корхоналари, ҳамда соғлиқни сақлаш тизимини кўрсаткичлари баҳолаш негизида авваломбор даволанган беморлар ҳаётининг сифати ётади. Тиббиёт олийгоҳларида талабаларни ўқитиш асосининг камида 50% ини бемор тўшаги ёнида ўқитиш, даво-профилактика муассасаларида амалиёт ўтиш ташкил қилади. Симуляцион таълим талабаларни клиник фанлардан тайёрлашда амалий кўникмаларни ўргатишнинг муҳим босқичи ҳисобланади. [1] .

Битта манипуляцияни беморда кўп маротаба такрорланиши унга оғриқ ва азоб келтиради. Шу сабабли замонавий тиббий таълим тенденцияси симуляцион техникани қўллашдир [4].

Симуляция (simulatio – от лат. «ўхшатиш») – бу ўқитилаётган киши олдиндан хабардор бўлган ҳолда ҳаракатлари саҳналаштирилган реал ҳолатлар, сохта касалликлар ёки симптомларни имитация қила олиш санъати [5]. Соғлиқни сақлаш соҳасида амалий тайргарликнинг анъанавий тизими симуляцион таълим жараёнини қўллаш орқали бартараф этиш мумкин бўлган бир қанча камчиликлари мавжуд [6].

Талабаларда инвазив ҳамда ноинвазив муолажаларни бажаришда руҳий тўсиқнинг мавжудлиги, уларнинг бу муолажаларни мустақил бажаришдан ўзини олиб қочишига олиб келади. Ушбу руҳий тўсиқлар муолажаларни тренажер беморлардан фойдаланиш орқали бажарган вақтда амалда йўқолиб кетади [10].

Тиббий таълим будун дунёда сезиларли ўзгариб боришининг асосий сабабларидан бири бу бемор хавфсизлигини таъминлашга қаратилган. Тиббиёт институти (IOM) томонидан 1999 йилда чоп этилган ҳисоботда кўрсатилишича, Қўшма штатларида шифокорлар хатоси туфайли йилига шифохоналарнинг 3% беморларида жароҳатланишлар ва минимум 44000 та, ҳатто 98000 та ўлим ҳолати қай этилиши мумкин [11].

Америка 700 ўринлик клиникаларининг бирида ўтказилган тадқиқотларнинг бирида кераксиз дори воситалари ва олдини олиш мумкин бўлган кераксиз ҳолатлар билан боғлиқ йиллик харажатлар мос равишда 5,6 млн доллар ва 2,8 млн долларга баҳоланган [12].

Симуляцион ўқитиш — тиббиёт талабаларнинг ҳар хил вазиятларда реал ҳолатга мос равишда тиббий ёрдам кўрсатишда тажрибасини оширишга қаратилган. Бунда санъат даражасидаги замонавий технологиялар асосида, клиник вазиятларни саҳналаштирилиб тез тиббий ёрдам кўрсатиш орқали таълим мақсадига эришилади [8].

Симуляторлар бир неча тоифаларга бўлинади [13,14]. Симуляторларни уларнинг реалликка ўхшашлигига кўра, паст, ўрта ва юқори аниқликдаги турларга бўлинади [13,14].

Самарали таълим амалий кўникмаларни қайта-қайта такрорланишини ва таълим олиш жараёнида ўзаро мулоқотни талаб этади. Буни Иссенберг ва бошқалар аъло даражадаги тизимли таҳлил ўтказган ҳолда самарали ўқитишга эришувчи тиббий моделлаштиришнинг 10 та хусусиятини аниқлаш орқали исботлашган [15].

Симуляцион ўқитиш барча тиббий соҳаларда, айниқса, педиатрия амалиётида тиббий кўникмаларни ўрганиш учун зарур.

Тадқиқотдан мақсад талабаларни шошилинч педиатрия фани бўйича ўқув материалини симуляцион жиҳозларни қўллаган ҳолда ўзлаштириш натижаларини таҳлил қилиш.

Материал ва услублар: Мазкур мақолада Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти «Шошилинч педиатрия, ҳалокатлар тиббиёти» кафедрасининг симуляцион ўқитиш услубида интеграл ўқув жараёнлари кўрсатилган.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси: Тошкент Педиатрия Тиббиёт институтининг Шошилинч педиатрия, халокатлар тиббиёти кафедраси симуляцион ўқитиш услуби бўйича (2001 йилдан) бой тажрибага эга. Ҳозирда мавжуд бўлган 5 та йўналишдаги тематик амалий станциялар талабаларнинг шошилинч тиббий ёрдамни ўзлаштириши, талабаларнинг ўз устида ишлаши, ўқитувчилар томонидан уларнинг амалий кўникмаларини баҳолашда яхши ёрдам беради.

Кафедранинг асосий базасида, симуляцион хоналар мавжуд бўлиб, улар симуляцион манекенлар, муляжлар, боғлов материаллари ва дори воситалари билан жиҳозланган ва болалардаги критик холарларда шошилинч ёрдам кўрсатишни ўргатиш учун мўлжалланган. Педиатрия факултети 5 курс талабалари (452 та), 6 курс тиббий-педагогика ва даволаш факултетлари (611 та) ва 2 курс хамширалик иши факултети (54 та) талабалари учун 2019-2020 йилларга мўлжалланган дастурлар ишлаб чиқилган. Талабаларга ўқув циклининг дастлабки 10 кун давомида 4 соатдан тематик амалий станцияларда шошилинч ҳолатларда ёрдам кўрсатиш кўникмаланини ўзлаштириш учун вақт ажратилган. Кейин эса талабалар клиник базаларда, яъни шаҳар тез тиббий ёрдам постанцияларида тез тиббий ёрдам машиналарида тез ёрдам ходимига ёрдамчи сифатида ҳақиқий амалиётга жалб этилади.

Ўқув цикли оғир ахволдаги беморларга, янги илмий асосланган шошилинч тиббий ёрдам алгоритмиларини амалда қўллашни ва болалардаги критик холатларни аниқлаш, ҳолатини турғунлаштириш, зарурият туғилганда реанимация чора тадбирларини ўтказишни амалга оширишни ўргатади. Моделлаштирилган умумий реалистик қабул қилиш жараёни механик, физиологик, атроф-мухит ва вақт омилларига боғлиқдир. Ўз навбатида симуляцион ўқув тадбирлари чегаралганган ахамиятга эга бўлсада, уни ўқув дастурига қўшиш талаба ва ўқитувчи ўртасида ўзаро мулоқотни янада яқинлаштиради ва шундагина биз олдимизда турган зарур вазифаларни бажариш имкониятимиз ошади.

1-расм. **Симуляция услубининг қамрови**

Тиббий таълим тизимида симуляция бир қанча услубларни ўз ичига қамраб олади, клиник вазиятларни ўрганиш, қайтариш, бахолаш ва текширишлардир. Симуляция услуби бошланғич даражадан вербал кўринишдан то мукаммал ёки стандартли беморларни симуляциясини амалга ошириш мумкин. Симуляция тегишли равишда қўлланилса юқори таълим қийматига эгадир (1-расм).

Талабаларни ўқитишда семинарлар ўтказилиб критик холатларни патогенетик асослаб, шошилинч ёрдам кўрсатиш алгоритми муҳокама қилинади, симуляция хонасида ЎЮР (ўпка юрак реанимацияси), нафас йўллари ўтказувчанлиги, анафилактик шок ва бошқа ҳолатларда шошилинч ёрдам кўрсатишнинг назарий жиҳатлари ўзлаштирилади.

Ўқитиш жараёни натижасида талаба қуйидагиларни ўзлаштириб олади:

— болалар хаётига хавф солувчи холатларни баҳолашга тизимли ёндашув;
— бола ахволига хавф солувчи белгиларни аниқловчи кўникмалар;
— педиатрик беморларда нафас ва юрак фаолияти тўхтаганда керакли аниқ ва устувор ҳаракатлар;
— беморда анафилактик шок ва бошқа шошилинч ҳолатлар ривожланганда керакли аниқ ва устувор харакатлар;

Ўқитувчи талабалар билан биргаликда симуляцион хоналарнинг ўзида ўзлаштирган материалларни устунлик ва камчилик томонларини баҳолаган холда кўриб чиқишади. Барча талабалар назарий билимларини бир вақтнинг ўзида амалий кўникмалар билан биргаликда юқори самарали даражада мустаҳкамлайди.

Симуляцион хоналарда асосий ишлаш тамойиллари қуйидагилардан иборат:

— Хар қандай кўникма ва сценарийни (саҳналаштириш) таркибий қисмини баённомаларда тасвирлаш.
— Аввал кўникмани намойиш қилиб, сўнгра синов тажрибасида амалга ошириш.
— Оддийдан-мураккабга, яъни ҳар бир ўқув сценарийсини янги кўникмалар билан бойитилиши асосида мураккаб услубларни қўшиб борилган ҳолда илғор даражага етишига эришилади.
— Реалистик – саҳналар (сценарийлар) да шахссиз ва қуруқ трагедик вазиятни кўрсатилиб, унинг охири муваффақиятли ёки трагедик финал билан тугаши саҳналаштирилади ва талабалардаги ривожланиши мумкин бўлган руҳий ҳолатларининг уларнинг ўзлари томонидан бошқарила олинишига эришилади.
— Қатнашувчиларга сценарий бўйича кўрсатма бериш, буйруқ асосида эмас, балки тавсия ва маслахат асосида амалга оширилади.
— Станцияларда ишлашнинг баъзи босқичларида талабалар олдиндан тайёрланган баҳолаш протоколлари асосида баҳоланади
— Саҳналаштирилган оммавий ҳодисалардаги ҳолатлар кейинги талаба ёки гуруҳчалар томонидан тақлид қилиниб, гуруҳчалар ўзаро тез-тез рақобатлашади
— Талабалараро ва гуруҳчалараро тез ўзаро баҳолаш олиб борилади, умумий гуруҳ сценарий қатнашчисини ёи гуруҳчаларнинг фаолиятини баҳолайди
— Аудиторияларда эса сценарий сифатли бажарилганлиги муҳокома қилинади, дастлаб ютуқлар, сўнгра етишмовчиликлар эслатиб ўтилади.

Босқичли мураккаб сценарийга мисол:

1 кун – беморни аҳволини бирламчи баҳолаш асосий босқич (1 та талаба ва бемор ёки 1 та талаба ва манекен).

2 кун – бирламчи баҳолаш ва респиратор қувватлашнинг (ҳаво ўтказувчи найларни қўллаш, кислород ускуналар ва вентиляция) асосий (фельшерлик ёки ҳамширалик) босқичи (2 та талаба ва маникен).

3 кун - малакали (шифокор) босқичдаги респиратор қувватни сақлаш (эндотрахеал интубация, коникатомия).

4 кун – асосий ва малакали босқичдаги реанимация.

5 кун – тахикардия ритмини баҳолаш ва ёрдам.

6 кун – кардиомониторда ритмларини баҳолаш ва аниқланган ритмга асосланган биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.

7 кун – жароҳатларга боғламлар қўйиш (десмургия), транспорт иммобилизацияси ва беморни бел тахтасига ётқизилган ҳолда кўчиришда амалга оширишда қўлланиладиган амалий кўникмалар

8 кун – Беморларни саралаш бўйича саралаш турлари ва гуруҳлари бўйича амалга ошириладиган кўникмалар.

9 кун - Беморларни кўтариш, ташиш ва транспорт воситаларида эвакуация қилиш бўйича амалга ошириладиган амалий кўникмалар.

9 кун - Беморларни шошилинч ёрдамнинг кейинги босқичига топширишда ҳужжатларнинг ёзилиши билан боғлиқ амалий кўникмалар ва юзага келадиган хатоликлар

муҳокамаси. Умумий сценарий бажарилиши бўйича қатнашувчилар фаоллигини баҳолаш.

Хулосалар.

— Реалистик сценариялар асосида симуляцион ўқитиш, беихтиёр компетенцион ёндашувга олиб келади.
— Симуляцион ўқитиш бемор хуқуқлари туғрисидаги қонунни бузмасдан, можаросиз, конфиденциаллик сақланган ҳолда, малакали тиббий ёрдам курсатишни ўрганиш имкониятини очади.
— Симуляцион ўқитиш объектив ҳаракатларни бажаришга имконият беради.
— Симуляцион ўқитиш талабани нафақат амалий, балки эмоционал мақсадларга эришишга, шахслар билан илиқ алоқа ўрнатишга, психологик фаоллик ва стабилликга ундайди.
— Симуляцион ўқитиш услублари болаларда критик холатлардаги аҳволни баҳолашда, самарали даво чораларини кўрсатишда, халқаро тиббий ёрдам стандартларига мос равишда талабаларни нафақат билим, балки психомотор кўникмаларни қўллаган ҳолда, жамоа тарзида ёрдам кўрсатиш, талабани билим олиш самарадорлигини оширади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Туйчиев Л.Н., Халматова Б.Т. Роль симуляционного образования в подготовке врачей общей практики, Вестник Ташкентской медицинской академии № 2 2018, Ст 3-6
2. Шарипов Ш.С., Исянов Р.Г. Касбий кўникма ва малакаларни ривожлантиришда виртуал тренажерларнинг аҳамияти. https://science.i-edu.uz/index.php/archive_jspi/article/download/2019/1465/5200
3. Панова И.А., Малышкина А.И., Чаша Т.В., Шилова Н.А. Симуляционно-тренинговые центры – новое направление в подготовке врачебных кадров в акушерстве и неонатологии.//Тезисы первой всероссийской конференции по симуляционному обучению в медицине критических состояний с международным участием.- Москва. - 2012.- С.69 - 72.
4. Свистунов А.А. Перспективы развития симуляционного обучения в системе профессионального медицинского образования // Материалы съезда РОСОМЕД-2012.- М., 2012,-С.68.
5. Каушанская Л.В., Ширинг А.В., Корнева А.С. Современный подход к профессиональной подготовке врачей хирургического профиля на базе учебно – симуляционного центра Ростовского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии // Сборник научных трудов «Вузовская педагогика». - Красноярск, 2016.- С.381-384.
6. Профессиональные игры в педагогической интерпритации: учебное пособие / А.В. Дружинин, Е.В. Берднова, В.П. Корсунов [и др.].— Саратов, 2001.— 103 с.
7. А. А. Дрегалкина, И. Н. Костина, О. Л. Шнейдер симуляционное обучение как способ формирования практического навыка при подготовке врача-стоматолога, Вестник уральского государственного медицинского университета Выпуск 4, 2016
8. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. Qual Saf Health Care. 2009 Oct; 13(Suppl 1):i2-10. doi: 10.1136/qhc.13.suppl_1.i2.
9. Sørensen JL, Østergaard D, LeBlanc V, et al. Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. BMC Med Educ. 2017 Jan 21; 17(1):20. doi: 10.1186/s12909-016-0838-3.
10. Cook DA, Hatala R, Brydges R, et al. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2014 Sep 7; 306(9):978-88. doi: 10.1001/jama.2011.1234.
11. Stocker M, Laine K, Ulmer F. Use of simulation-based medical training in Swiss pediatric hospitals: a national survey. BMC Med Educ. 2017 Jun 17; 17(1):104. doi: 10.1186/s12909-017-0940-1.
12. Cheng A, Lang TR, Starr SR, Pusic M, Cook DA. Technology-enhanced simulation and

pediatric education: a meta-analysis. Pediatrics. 2014y May; 133(5):e1313-23. doi: 10.1542/peds.2013-2139.

13. Cuttano A, Scaramuzzo RT, Moscuzza F, et al. Simulation on neonatal stabilization and transport. Italian Journal of Pediatrics. 2015; 41 (Suppl 1):A5. Doi: 10.1186/1824-7288-41-S1-A5.
14. American Heart Association. Highlights of the 2015 American Heart Association. Guidelines Update for CPR and ECC.
Available from: https:// eccguidelines.heart.org/index.php/guidelines-highlights/. Accessed: November 13, 2017.
15. American Heart Association, American Academy of Pediatrics. Pediatric Emergency Assessment, Recognition, and Stabilization. Provider Manual. E-Book Edition. Available from: https://ebooks.heart.org/product/pediatric-emergency-assessment-recognition-stabilization-provider-manual-short-title- if-needed-pears. Accessed: June 13, 2012.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Зафар Файзуллаевич САФАРОВ,
Алишер Мирхамидович ШАРИПОВ,
Аҳрор Абдурасулович АЛИМОВ,
Абдумалик Абдуазимович РАСУЛОВ,
Рафкат Ринатович УСМАНОВ
Шошилинч педиатрия. Ҳалокатлар тиббиёти кафедраси,
Тошкент Педиатрия Тиббиёт институти, Ўзбекистон.

ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ ЖАРАЁНИДА БОЛАЛАРДАГИ КРИТИК ҲОЛАТЛАРНИНГ ОҚИБАТЛАРИНИ ПРОГНОЗЛАШ

For citation: Z.F. Safarov, A.M. Sharipov, A.A. Alimov, A.A. Rasulov, R.R. Usmanov HIGH-PREDICTION OF CRITICAL OUTCOMES IN CHILDREN IN THE PROCESS OF PROVIDING EMERGENCY MEDICAL CARE Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 277-283

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-124

АННОТАЦИЯ

Ушбу тадқиқотда, болаларда критик ҳолатларнинг оғирлигини баҳолашда интеграл шкалаларнинг прогностик самарадорлигини баҳолаш мақсадида Тошкент шаҳри тез тиббий ёрдам хизмати орқали ТошПТИ клиникасига олиб келинган 12 ёшдан 18 ёшгача бўлган 143 та бола танлаб олинди. Бемор болалар икки гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳга ўлим кузатилган 63 та бемор, иккинчи гуруҳга ҳаёти сақлаб қолинган 80 та бемор киритилди. Беморлар аҳволини баҳолаш ва оқибатларни прогнозлашда критик ҳолатдаги беморлардаги летал оқибатлар билан беморларнинг MODS шкаласи бўйича фақат учта тизимни баҳолаш балларининг суммар миқдорлари ўртасида аниқ корреляцион боғлиқлик борлиги аниқланди. MODS шкаласи бўйича фақат учта тизимни баҳолаш усулининг интенсив даволашнинг эрта босқичларида қўллаш даволаш самарадорлигини аниқлашда муҳим аҳамият эга бўлиши аниқланди.

Калит сўзлар: бемор ҳолатини баҳолаш, критик ҳолатлар, шок, шифохонагача ёрдам, прогнозлаш, интеграл шкала, баҳолаш шкалалари, APACHE, SAPS, MODS, SOFA, полиорган етишмовчилик

Зафар Файзуллаевич САФАРОВ,
Алишер Мирхамидович ШАРИПОВ,
Аҳрор Абдурасулович АЛИМОВ,
Абдумалик Абдуазимович РАСУЛОВ,
Рафкат Ринатович УСМАНОВ
Кафедра «Неотложной педиатрии. Медицины катастроф»,
Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Узбекистан.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

АННОТАЦИЯ

В этом исследование с целью оценки прогностической эффективности интегралных шкал при оценке тяжести критических состояний у детей было выбрано 143 детей в возрасте от 12 до 18 лет, которые поступили клинику ТашПТИ по линии скорой медицинской помощи города Ташкента. Больные дети разделены на две группы. Первую группы включены 63 умершие больные, а вторую группы 80 выжевшие больные. При оценке состояния и прирование огноисходов у детей критическими состояниями между летальности и со суммарной количестве баллов оценки по шкале MODS только трех системам определено наличие точный корреляционных связь. Определено, что исспользования метода оценки по шкале MODS только трех системам в ранных этапах интенсивной терапии имеет важное значение при определение эффективности терапии.

Ключевые слова: оценка состояния больных, крические состояние, шок, догоспитальный помощь, прогнозирования, интегральная шкала, оценочные шкалы, APACHE, SAPS, MODS, SOFA, полиорганная недостаточность

Zafar Fayzullaevich SAFAROV,
Alisher Mirkhamidovich SHARIPOV,
Akhrorbek Abdurasulovich ALIMOV,
Abdumalik Abduazimovich RASULOV,
Rifkat Rinatovich USMANOV
Department of “Emergency Pediatrics. Disaster Medicine,
Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan.

PREDICTION OF CRITICAL OUTCOMES IN CHILDREN IN THE PROCESS OF PROVIDING EMERGENCY MEDICAL CARE

ANNOTATION

In this study, in order to assess the prognostic efficiency of integral scales in assessing the severity of critical conditions in children, 143 children aged 12 to 18 years old were selected who were admitted to the TashPTI clinic through the emergency medical service of the city of Tashkent. Sick children are divided into two groups. The first group included 63 deceased patients, and the second group included 80 surviving patients. When assessing the state and timing of fire outbreaks in children with critical conditions between mortality and the total number of points of assessment on the MODS scale, only three systems determined the presence of an exact correlation. It was determined that the use of the MODS assessment method for only three systems in the early stages of intensive care is important in determining the effectiveness of therapy.

Keywords: assessment of patients' condition, critical condition, shock, prehospital care, prognosis, integral scale, rating scales, APACHE, SAPS, MODS, SOFA, multiple organ failure

---

Долзарблиги: Критик ҳолатлар оқибатларини прогнозлаш ҳаётга хавф солувчи ҳолатларни эрта ташхислаш ва беморларга ўз вақтида стандарт даволашни бошлашга туртки берувчи тиббиётнинг асосий элементларидан бири ҳисобланади. Бунинг аҳамияти шундан иборатки, тез тиббий кўрсатишнинг дастдабки вақтларидан бошлаб организмида қайтмас жараёнлар билан кечаётган патологик бузилишлари мавжуд беморларни тезкор саралаб олиш имкониятини беради.

Интенсив даволаш ва реанимация бўлимларида ўлим кўрсаткичлари (болаларда) таҳлил қилинганда максимал кўрсаткич педиатрик (соматик) беморлар улушига, минимал кўрсаткич эса инфекцион касалликлар улушига тўғри келиши аниқланди. Жумладан, хирургик паталогияли беморларда ўлим кўрсаткичи 37,3% ни, соматик паталогияли беморлада 46,6% ни ва инфекцион патологияли беморларда 16,1% ни ташкил этиши аниқланди [1].

Критик ҳолатдаги болаларда летал оқибатлар ривожланиш эҳтимолли мавжудлигини прогнозлаш, бемор ҳолати оғирлигини объективлаштириш, олиб борилган интенсив даволаш самарадорлигини баҳолаш узоқ вақтлар давомида долзарб муаммолардан бири сифатида сақланиб келмоқда [3,5].

Ҳозирги вақтда летал оқибатларни ва юқорида айтиб ўтилган тоифадаги болалар аҳволини оғирлигини интеграл ва миқдорий баҳоллаш учун турли хил шкалалардан, асосан APACHE, SAPS, MODS, SOFA шкалаларидан фойдаланиб келинмоқда [2,4,5,6,7]. Ушбу шкалаларда ўзаро ўхшаш ёнлашувлар бўлишига қарамасдан, баҳолаш тамойилларида катта фарқ мавжуд. Жумладан, APACHE ва SAPS асосан алоҳида беморда эмас, балки беморлар гуруҳида оқибатларни прогнозлашда ва гуруҳлараро таҳлилий таққослашда қўл келади. Бундан ташқари, ушбу баҳолаш шкалалар алоҳида аъзо ёки тизимдаги етишмовчилик даражаси ва тавсифини жуда аниқ ёритиш имкониятини бермайди [9,16].

Юқоридаги камчиликларни тўлдириш мақсадида ҳозирги вақтга келиб, алоҳида беморлар ҳолатини баҳолашда асосан MODS (полиорган дисфункцияни баҳолаш шкаласи) ва SOFA (аъзолар зарарланишини баҳолаш шкаласи) шкалаларидан фойдаланиб келинмоқда [8,12,13,14,15].

Тадқиқотнинг мақсади — болаларда критик ҳолатларнинг оғирлигини баҳолашда интеграл шкалаларнинг прогностик самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тошкент шаҳри тез тиббий ёрдам хизмати орқали ТошПТИ клиникасига олиб келинган соматик паталогия ва асосий ҳаётий аъзолари фаолиятида етишмовчилиги бўлган, клиниканинг интенсив даволаш ва реанимация бўлимида даволанишга ётқизилган 12 ёшдан 18 ёшгача бўлган 143 та боланинг касаллик варақаси умумий 895 та касаллик варақасини ретроспектив тарзда ўрганиш орқали танлаб олинди. Бунда беморлар, муҳим ҳаётий аъзолар фаолиятида етишмовчиликнинг ривожланганлигига алоҳида эҳтибор қаратилди.

Тадқиқот учун танлаб олиш жараёнида тадқиқот учун беморларни саралаб олиш мезонлари қилиб қуйидагилар белгиланди:

- тез тиббий ёрдам хизмати томонидан олиб келинганлиги
- Ҳуш даражаси, нафас ва асосий ҳаётий кўрсаткичларида ёки уларнинг бирида ўзгаришлари бўлган соматик паталогияли иккала жинсдаги бемор болалар;
- 12 ёшдан 18 ёшгача бўлан бемор болалар (ўртача ёши 15,0±0,16).
- Қуйида келтирилган белгиларнинг иккитадан ортиғи кузатилган беморлар

a. Тана ҳароратининг 38°С дан кўтарилганлиги ёки 36°С дан тушганлиги;
b. Нафас сони минутига 30 ва ундан ортганлиги;
c. Юрак қисқаришларининг 100 ва ундан ортганлиги

- Икки ёки ундан ортик аъзо ёки тизимда дисфункциянинг ривожланганлиги
- Қабул бўлими шок палатасида ва интенсив даволаш бўлимида даволанишнинг биринчи кунида ўлим кузатилган беморлар.
- Шкалалар бўйича баҳолаш имкониятини берувчи кўрсаткичлар тўлиқ келтирилган касаллик варақалари

Тадқиқот учун танлаб олиш жараёнида тадқиқот учун беморларни саралаб чиқариш мезонлари қилиб қуйидагилар белгиланди**:**

- Йўлдош даволаб бўлмайдиган касалликлари мавжуд бемор болалар.
- Хирургик ва травматик паталогияли бемор болалар;
- Туғма кардиологик паталогияси мавжуд бемор болалар;
- Кабул бўлимига тез тиббий ёрдам хизматисиз тўғридан тўғри мурожаат қилган беморлар.

Барча саралаб олинган беморларга қуйидаги тиббий аралашувларни ўз ичига олган комплекс интенсив даволаш ўтказилган:

- Инфузион даволаш (гомеостаз, сув-электролит алмашинуви бузилиши ва анемияни коррекциялашга қаратилган тадбирлар, парентерал озиқлантириш);

- Даволашнинг респиратор усуллари (оксигенотерапия, ўткир респиратор дисстресс ёки ўткир юрак етишмовчилиги ривожланганда бошқарувчи ва ёрдамчи тартибда вентиляция);
- Шокнинг қайтмас босқичлари ва ўткир юрак етишмовчилиги ривожланганда инотроп қувватлаш (дофамин, мезатон).

Танлаб олинган касаллик тарихларидаги кўрсаткичлар асосида барча бемор болалар аҳволининг турли даражалари кайтадан интеграл шкалалар ёрдамида баҳоланиб таҳлил қилинди.

Бемор болалар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди. Биринчи гуруҳга госпитализациянинг биринчи куни ва унгача ўлим кузатилган 63 та бемор, иккинчи гуруҳга ҳаёти сақлаб қолинган 80 та бемор киритилди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг таҳлили. Умумий вафот этганларнинг 45 тасида турли патогенетик типдаги III даражали шок ривожланган бўлса, II даражали шок 18 тасида ривожланган. Уларнинг 29 таси клиника қабул бўлимининг шок палатасида тез тиббий ёрдам кўрсатиш жараёнида вафот этган бўлса (ўтача ёши 13,9±2,3, турли патогенетик типдаги III даражали шок ривожланган болалар), 34 таси эса интенсив даволаш ва реанимация бўлимига ўтказилган биринчи суткада вафот этишган (ўтача ёши 14,9±1,5, турли патогенетик типдаги III даражали шок 16 та ҳолатда, II даражали шок 18 та ҳолатда).

Иккинчи гуруҳ бемор болаларнинг ўртача ёши 15,3±1,4 ёшни ташкил этди. Ушбу гуруҳдаги бемор болаларда турли патогенетик типдаги III даражали шок 16 та ҳолатда, II даражали шок 61 та ҳолатда ва I даражали шок 3 та ҳолатда қайд этилди.

Умумий бемор болаларнинг 12 тасида қоннинг коагуляцион хусусиятларининг тизимли ўзгариши кузатилиб, уларнинг барчасига интенсив даволаш фонида коагуляцион бузилишларни бартараф этишга қаратилган тадбирлар ўтказилган. Ушбу бемор болаларнинг 5 тасида яхши натижа олинган ва 7 та ҳолат ўлим билан якунланган.

Ўтказилган тадқиқот натижаларидан кўриниб турибдики, тиббий ёрдам кўрсатишнинг турли муддатларида вафот этган бемор болалар гуруҳида ўртача ёшга боғлиқ ишончли фарқ аниқланмайди, лекин уларда ривожланган шокнинг даражалари ўртасида сезиларли тафовут мавжуд. Шунингдек, ўрганилган иккала гуруҳ беморларида ҳам шокнинг ривожланиш даражасида ишончли фарқни аниқланилади ва бу вафот этганлар гуруҳида шокнинг юқори даражалари ривожланганлигини кўрсатади ($p<0,05$). Шундан келиб чиқадики, кўрсатиб ўтилган омил оқибатга сўзсиз ўз таъсирини кўрсатади.

Олиб борилган тадқиқот таҳлили шуни кўрсатадики, критик ҳолатдаги барча беморларда у ёки бу даражада аъзолар дисфункцияси ривожланган. Аъзолар дифункцияси асосан нафас ва юрак қон томир тизими бузилишларининг мавжудлигида намоён бўлиб, ушбу тизимлар фаолиятининг издан чиқиши моно- ёки полиорган дисфункция кўринишида 100% беморларда аниқланган. Юрак қон томир ва нафас тизими етишмовчилиги ўрганилаётган иккала гуруҳдаги беморларда ҳам максимал даражада кузатилган ($p<0,05$). Айниқса, нафас тизими етишмовчили вафот этган беморларда тадқиқотнинг иккала босқичида ҳам 100% ($p<0,05$) ни ташкил этган. Ҳаёти сақлаб қолинган беморларнинг 66,3% да ($p<0,05$) нафас тизими етишмовчилиги кузатилган. Бу ўз навбатида кардиоген шок ривожланган беморларда биринчи соат ёки биринчи кун давомида “буйрак шоки” ва бўйракларнинг ўткир зарарланиш ҳолати ривожланиши мумкинлиги тўғрисидаги назарий гипотезани яна бир бор исботлайди [9].

Тизим	Вафот этган беморлар			Ҳаёти сақлаб қолинган беморлар
	Дисфункция частотаси		Жами	
	Қабул бўлими	ИДваРБ да 1- кун		

	Беморлар сони	%	Беморлар сони	%	Беморлар сони	%	Беморлар сони	%
Нафас	29	100	34	100	63	100	80	100
Жигар	4	13,8	12	36,8	16	25,4	18	22,5
Коагуляция	2	6,9	5	15,8	7	11,1	5	6,25
Буйраклар	29	100	20	100	59	93,7	22	27,5
ЮҚТ	29	100	34	100	63	100	80	100

1-жадвал. MODS шкаласи бўйича критик ҳолатларда аъзолар дисфункциясининг ривожланиш частотаси

Шуни эътиборга олиш зарурки, нафас ва юрак қон томир тизими етишмовчилиги кузатилган вафот этган беморларнинг барчасида (100%) буйракларнинг зарарланиши кузатилди. Ҳаёти сақлаб қолинган беморлар гуруҳида эса 22 та ҳолатда (27,5%) буйракларнинг зарарланиши кузатилди.

Демак, критик ҳолатларда летал оқибатларнинг юзга келишини интеграл шкалалар ёрдамида прогнозлашда нафас ва юрак-қон томир тизими етишмовчилиги билан бир қаторда буйракларнинг зарарланиши белги ва симптомларини ҳам асосий мезон сифатида қабул қилиш мумкин (1- жадвал).

Жигар дисфункцияси биринчи ва иккинчи гуруҳ беморларида салмоқли улушни ташкил этди ва мос равишда 25,4% ($p<0,05$) ва 22,5% ($p<0,05$) га тенглиги аниқланди. Лекин, вафот этган беморлар гуруҳида тадқиқот босқичларида жигарнинг зарарланишининг сезиларли ошиши кузатилди (1- жадвал). Бундай динамика кўпинча бошқа аъзолар етишмовчилигига нисбатан жигар етишмовчилиги белгиларининг кечроқ пайдо бўлиши билан боғлиқ бўлиши мумкин [10].

Худди шундай ҳолат гомеостаз бузилишини кўрсатувчи тромбоцитопениянинг ривожланишида ҳам кузатилади, лекин тромбоцитопения вафот этган беморларда анча кам кузатилган (11,1 % ҳолатларда). Ушбу гуруҳда тромбоцитопениянинг кам намоён бўлишини барча вазиятларда ДВС синдромнинг биринчи босқичи кузатилганлиги билан тушунтириш мумкин. Маълумки, шок ҳолатларида тромбоцитлар яшовчанлигини сезиларли қисқаришига олиб келувчи тробоцитлар агрегацияси кузатилади [9].

Бал лар	Вафот этган беморлар						Ҳаёти сақлаб қолинган беморлар	
	Дисфункция частотаси				Жами			
	Қабул бўлими		ИДваРБ да 1- кун					
	Беморлар сони	%	Беморлар сони	%	Беморлар сони	%	Беморлар сони	%
6-7	-	0	-	0	-	0	58	72,5
8-9	12	19,0	21	33,3	33	52,4	21	26,2
10 и выше	17	27,0	13	20,7	30	47,6	1	1,3

2-жадвал: MODS шкаласи бўйича критик ҳолатдаги болаларда полиорган дисфункция ва ўлим ҳолатини баҳолаш

Нафас, юрак-қон томир ва буйрак етишмовчиликлари бўйича беморларни баҳолаш баллари алоҳида кўриб чиқилганда ва таққосланилганда вафот этган ва ҳаёти сақлаб қолинганлар гуруҳларидаги беморлар ўтрасида сезиларли тафовут аниқланмади.

Шундан келиб чиқиб, госпитализациянинг эрта босқичларида летал оқибатларни прогностик баҳолаш учун биз вафот этганлар гуруҳида 100% ($p<0,05$) ҳолатларда зарарланган учта тизим — нафас, юрак-қон томир ва буйраклар тизимларини баҳолашда йиғилган балларнинг йиғиндисидан фойдаландик. Юқорида кўрсатилган тизимларларнинг зарарланиши бўйича беморлар тўплаган балларнинг йиғиндисидан келиб чиқиб ҳар бир беморда, ҳар қандай вақтда, яъни госпитализациянинг биринчи соатлари ва биринчи кунида 100% ($p<0,05$) ҳолатларда учрашига асосланиб, катта ишонч билан летал оқибат ҳақида аниқ прогноз қилиш мумкин (1- ва 2- жадваллар). Ўз навбатида, госпитализациягача ва госпитализациянинг эрта босқичларида MODS шкаласи бўйича фақат учта тизимни баҳолаш амалиёти критик ҳолатларда летал оқибатларни прогнозлаш ва беморларга тиббий ёрдам кўрсатишдаги интенсив даволаш самарадорлигини баҳолашда ўзининг амалий аҳамиятига эга бўлиши мумкин.

Критик ҳолатдаги беморлар аҳволи оғирлигини прогнозлаш жараёнида бир қатор қонуниятлар эътиборни тортади. Тадқиқот учун олинган умумий беморларнинг 60 % атрофида летал оқибат хавфини кескин ошишига олиб келувчи оғир полиорган етишмовчилик ривожланганлигига қарамасдан, MODS шкаласи бўйича фақат учта тизимни баҳолаш баҳолаш натижаси вафот этган беморларнинг барчасида ўлим қабул бўлимида ёки интенсив даволаш ва реанимация бўлимида юз беришидан қатъий назар 8 баллдан юқорилиги аниқланди. Шу ҳолатга эътибор қаратиш керакки, нафас, юрак-қон томир ва буйрак етишмовчиликларининг бирга келиши беморда юзага келадиган салбий оқибатларнинг кўпайишини таъминлайди (2-жадвал).

Демак, беморлар аҳволини баҳолаш ва оқибатларни прогнозлашда госпитализациянинг биринчи куни давомида критик ҳолатдаги беморлардаги оқибатлар билан беморларни MODS шкаласи бўйича фақат учта тизимни баҳолаш балларининг суммар миқдорлари (вафот этган беморлар гуруҳида 8 баллдан юқори ва ҳаёти сақлаб қолинган беморлар гуруҳида 8 баллдан кам бўлиши) ўртасида аниқ корреляцион боғлиқлик борлигини эътиборга олиш мумкин.

MODS шкаласи бўйича фақат учта тизимни баҳолаш усулининг яроқлилигини текшириш мақсадида тромболитик терапия ўтказилган 12 беморда ўтказилган даволашнинг самарадорлиги таҳлил қилинди. Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, госпитализация қилинаётган вақтда, яъни қабул бўлимининг ўзида барча тизимлар бўйича балларнинг суммар миқдори етарли даражада юқори, яъни 8 баллдан ортиқ эканлиги аниқланди. Ўтказилган тромболитик даволаш жараёнида 5 та ҳаёти сақлаб қолинган беморларда баллар суммар миқдорининг сезиларли пасайиши кузатилди. Дема ўтказилган тромболитик даво ижобий натижа берган. 7 та вафот этган беморларда эса, ўтказилган тромболитик давога қарамасдан баллларнинг суммар миқдори ўзгармаган, яъни 8 баллдан юқорилигича қолган. Бу эса ўз навбатида MODS шкаласи бўйича фақат учта тизимни баҳолаш усулининг интенсив даволаш самарадорлигини аниқлашда қўллаш мумкинлигини кўрсатади.

Хулоса

1. Критик ҳолатларда летал оқибатларнинг юзга келишини интеграл шкалалар ёрдамида прогнозлашда нафас ва юрак-қон томир тизими етишмовчилиги билан бир қаторда буйракларнинг зарарланиши белги ва симптомларини ҳам асосий мезон сифатида қабул қилиш мумкин.
2. Жигар дисфункцияси белги ва симптомлари бошқа аъзолар етишмовчилигига нисбатан кечроқ пайдо бўлиши билан боғлиқ ҳолда госпитализациягача ва госпитализациянинг дастлабки босқичларида интеграл баҳолашда асосий мезон сифатида қўллаш имкониятини бермайди.
3. Факат нафас, юрак-қон томир ва буйраклар тизими зарарланишини MODS шкаласи бўйича балли баҳолаш усули критик ҳолатдаги беморлар ҳолатини баҳолашда

индивидуал летал оқибатларни прогнозлашда қулланилиши ўзининг амалий аҳамиятига эга бўлиши мумкин.

4. MODS шкаласи бўйича фақат учта тизимни баҳолаш усулининг интенсив даволашнинг барча босқичларида қўллаш даволаш самарадорлигини аниқлашда муҳим аҳамият эга бўлади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Пшениснов К.В., Александрович Ю.С. Эпидемиология критических состояний у детей мегаполиса. Анестезиология и реаниматология. 2017; 62(6): 463-467. DOI: http://dx.doi.org/10.18821/0201-7563-2017-62-6-463-467.
2. Александрович Ю.С, Гордеев В.И. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний Изд-во «Сотис». — 2007.- 140 с.
3. И.В. Макаров, И.А. Мустафаев, А.В. Курашев, Л.А. Будорина, Л.В. Герасимов Эффективность современных прогностических шкал оценки тяжести состояния пациентов с острым тяжелым панкреатитом, Science & Innovat ionsin Medicine Vol.5(4)/2020
4. Затевахин И.И., под ред. Затевахина И.И., Кириенко А.И., Кубышкина В.А. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание. 2016:912.
5. Винник Ю.С, Дунаевская С.С, Антюфриева Д.А. Диагностическая ценность интегральных шкал в оценке степени тяжести острого панкреатита и состояния больного. Вестник Российской академии медицинских наук. 2015; 70–1:90–94]. doi: 10.15690/vramn. v70i1.1236
6. Лешкова В.Е., Миронов П.И. Анализ применения шкалы SOFA для прогнозирования летальных исходов в отечественных отделениях интенсивной терапии. Руководство по интенсивной терапии. 2009; 2:381.
7. Интенсивная терапия. Национальное руководство. Под ред. академика РАМН Б.Р. Гельфанда, чл.-корр. РАМН А.И. Салтанова. 2013; 926].
8. Арутюнов Г.П., Розанов А.В. Место тромболитической терапии в лечении кардиогенного шока // Сердце. – 2003. – Т.2, № 1. – С.18–19.
9. Женило В.М., Бычков А.А., Литвинова В.Н. Объективизация тяжести состояния пациентов. // Методические рекомендации. - РостГМУ – 2003. – С.12-25.
10. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Гельфанд Е.Б., Бражник Т.Б. Антибактериальная терапия абдоминального сепсиса// Consilium medicum приложение. – 2001. – Т.3. – № 6. – С.
11. Светухин А.М., Звягин А.А., Слепнев С.Ю. Системы объективной оценки тяжести состояния больных. Часть II // Хирургия.-2002.-№10.-С.60-69.
12. Шок. Перевод с нем. / Под ред. Г. Риккера.- М.:Медицина, 1987.- С. 223-226. С.256-257.
13. Kim YH, Yeo JH, Kang MJ, Lee JH, Cho KW, Hwang S, Hong CK, Lee YH, Kim YW. Performance assessment of the SOFA, APACHE II scoring system, and SAPS II in intensive care unit organophosphate poisoned patients. J Korean Med Sci. 2013.28.12.1822.
14. Bion J.F. Is the gut responsible for multiple organ failure? // Schweiz. Critical Care., 2014 y.
15. Vincent J.L., Moreno R., Takala J., Willats S. The SOFA (sepsis-relate organ failure assessment) score to describe organ dysfunction/failure. // Intensive Care Med. 1996. - Vol. 22, № 7. - P. 707-710.
16. Vincent J.L., de Mendonca A., Cantraine F. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of multicentric prospective study // Crit. Care Med. 1998. - Vol. 26, № 11. - P. 1487.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

UROLOGY

Рушен Рефатович ГАФАРОВ
Ассистент курса урологии Самаркандского государственного медицинского института, Самарканд, Узбекистан

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ГЕМОСТАЗ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

For citation: R.R. Gafarov CHRONIC KIDNEY DISEASE AND HEMOSTASIS IN PROSTATE ADENOMEECTOMY Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.284-288

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-125

АННОТАЦИЯ

В данной статье представлены результаты оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) методом чреспузырной аденомэктомии. В качестве методов гемостаза при аденомэктомии были использованы тампонирование ложа удалённой аденомы, ушивание ложа, низведение шейки мочевого пузыря и применение 10%-ного настоя лагохилуса в качестве местного гемостатика. Результаты оперативного лечения представлены в зависимости от наличия или отсутствия у пациентов хронической болезни почек (ХБП). Показано влияние методики гемостаза на улучшение почечной функции в после операционном периоде.

Ключевые слова: открытая аденомэктомия, гемостаз, хроническая болезнь почек.

Rushen Refatovich GAFAROV
Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti
Urologiya kursi assistenti, Samarqand, O'zbekiston

SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI VA PROSTATA BEZI ADENOMEKTOMIYASIDA GEMOSTAZ

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada prostata bezining xavfsiz giperplaziyasini (PBXG) qovuq orqali adenomektomiya usuli bilan jarrohlik davolash natijalari keltirilgan. Adenomektomiya paytida gemostaz usuli sifatida olib tashlangan adenoma joyini tamponlash, adenoma yotog'ini tikish, siydik pufagi bo'yinchasini olib tashlanadigan choklar bilan pastga tortish va mahalliy gemostatik sifatida lagochilusning 10% damlamasidan foydalanish qo'llanilgan. Jarrohlik davolash natijalari bemorlarda surunkali buyrak kasalligi (SBK) bor yoki yo'qligi ko'rinishida keltirilgan. Operatsiyadan keyingi davrda buyrak funksiyasini yaxshilashga gemostaz usullarining ta'siri ko'rsatilgan.

Kalit so'zlar: ochiq adenomektomiya, gemostaz, surunkali buyrak kasalligi.

Gafarov Rushen Refatovich
Assistant at the Department of Urology of Samarkand State
Medical Instutute, Samarkand, Uzbekistan

CHRONIC KIDNEY DISEASE AND HEMOSTASIS IN PROSTATE ADENOMEECTOMY

ANNOTATION

This article presents the results of surgical treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH) by the method of transvesical adenomectomy. Tamponing of the removed adenoma bed, suturing of the bed, lowering the bladder neck and the use of a 10% infusion of lagochilus as a local hemostatic were used as methods of hemostasis in adenomectomy. The results of surgical treatment are presented depending on the presence or absence of chronic kidney disease (CKD) in patients. The influence of the hemostasis technique on the improvement of renal function in the postoperative period is shown.
Key words: open adenomectomy, hemostasis, chronic kidney disease.

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) - распространенное урологическое заболевание у мужчин пожилого возраста. Согласно литературным данным Крюкова А.А. [1], она обнаруживается у 80-84% мужчин старше шестидесяти лет.

В настоящее время в мире лишь около 15% больных, страдающих ДГПЖ, подвергаются операциям, а 85-90% пациентов получают медикаментозное лечение. Несмотря на значительные успехи современной консервативной фармакотерапии ДГПЖ, доля пациентов, нуждающихся в оперативном лечении, достаточно велика. В странах Западной Европы она достигает 30% [2].

В настоящее время арсенал различных методик оперативного лечения ДГПЖ велик настолько, что среди них встречаются даже амбулаторные процедуры или процедуры одного дня. В большинстве случаев предпочтение отдается трансуретральным методикам, таким, как трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП), лазерная энуклеация простаты и др. Традиционные открытые аденомэктомии (ОАЭ): трансвезикальная (чреспузырная) или позадилонная остаются эталоном тактики при ДГПЖ в некоторых центрах, особенно в развивающихся странах и в некоторых развитых странах, в частности, при больших размерах гиперплазии простаты [3,4].

Чреспузырная аденомэктомия остается одним из распространенных методов хирургического лечения, что объясняется малой доступностью современных технологий, неэффективной диспансеризацией и социальными факторами. Поэтому продолжение поиска улучшения ее результатов сохраняет актуальность. До 30% больных остаются неудовлетворенными результатами перенесенных операций. Осложнения после открытой аденомэктомии встречаются в целом от 8,8% до 25% [5,6].

Среди всех осложнений ОАЭ немалую долю составляют осложнения со стороны почек и верхних мочевых путей (ВМП). Патогенез изменений в почках и ВМП у больных ДГПЖ сложен и определяется многими факторами, такими как возрастные изменения, сопутствующие урологические и неурологические заболевания, влияющие на их функциональную способность, развитие обструктивной уропатии, вторичного пиелонефрита и их непосредственного осложнения – хронической почечной недостаточности (ХПН). Фактором, имеющим принципиальное значение в патогенезе почечных нарушений при доброкачественной гиперплазии и значительно осложняющим течение заболевания, следует считать инфекцию мочевых путей. Развитие хронического пиелонефрита и ХБП являются одними из наиболее серьезных осложнений доброкачественной гиперплазии. Оно связано с нарушением уродинамики верхних мочевых путей и возникает в 50-89% наблюдений [5].

Определенное значение в развитии хронического пиелонефрита придается дисгормональным изменениям. Эта концепция исходит из представления о ДГПЖ как о заболевании, развивающемся на фоне дисгормональных нарушений и эстрогенизации

стареющего мужского организма. При этом указывается, что следствием характерного для ДГПЖ длительного воздействия эндогенных эстрогенов, гестагенов и глюкокортикоидов является угнетение сократительной способности ВМП и хронический уростаз, на фоне которого и развивается картина хронического пиелонефрита. Вместе с тем своевременное устранение обструкции и восстановление нормального пассажа мочи благоприятствуют нормализации функции почек у 80% больных ДГПЖ .

Кроме того, существует свое объяснение патогенеза практически всех послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений аденомэктомии. Так, при открытой аденомэктомии в пузырно-уретральном сегменте создается рана, которая после устранения сдавления выводных протоков долек предстательной железы, орошается отделяемым из простаты и поддерживает гнойное воспаление ложа аденомы. Гнойный процесс в ложе обуславливает вторичность заживления, затягивает процессы рубцевания и эпителизации, является источником генерализации инфекции по мочевым и половым путям. Происходит развитие пузырно-мочеточниковых, уретро-семинальных, уретро-простатических рефлюксов и генерализация инфекции – уретрит, простатит, цистит, пиелонефрит, везикулит,эпидидимоорхит, нагноение послеоперационной раны, остеит лонных костей [1].

Одной из ведущих причин развития ХПН у больных ДГПЖ является обструктивная уропатия, которая наиболее часто развивается в результате двустороннего сдавления мочеточников гиперплазированной тканью (особенно при подпузырном росте узлов) и/или сдавления устьев мочеточников гипертрофированным детрузором. Кроме того, нарушение пассажа мочи из ВМП может быть обусловлено не только механическим препятствием к оттоку мочи, но и динамической или функциональной обструкцией мочеточников в связи с расстройством их кинетики на фоне дисфункции мочевого пузыря [7,8].

В результате повышения внутрилоханочного давления и лоханочно-почечных рефлюксов значительно нарушается гемодинамика почки с последующим развитием структурных изменений внутриорганных артерий в виде их облитерации и диффузного стенозирования. Гемодинамические нарушения приводят к серьезным метаболическим сдвигам и выраженной ишемии почечной ткани. Вследствие обструктивной уропатии происходит нарастающее ухудшение всех показателей функционального состояния почек. Характерной особенностью этого процесса является раннее нарушение концентрационной способности почек

Хроническая болезнь почек (ХБП) занимает среди хронических неинфекционных болезней особое место, поскольку она широко распространена, сопровождается резким ухудшением качества жизни, высокой смертностью и в терминальной стадии приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии – диализа и пересадки почки [9]. Ранние клинико-лабораторные признаки поражения почек часто имеют неяркую картину, и не вызывают настороженности врача, особенно если речь идет о пациенте пожилого и старческого возраста. Начальные симптомы почечного заболевания рассматриваются как «возрастная норма». С целью преодоления этих трудностей Национальным Почечным Фондом США (National Kidney Foundation - NKF) при участии большой группы экспертов (комитет K/DOQI - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative), включающей специалистов в области нефрологии, эпидемиологии, клинической лабораторной диагностики, в 2002 г. была предложена концепция хронической болезни почек, принятая в настоящее время во всем мире [10]. ХБП – наднозологическое понятие, объединяющее всех пациентов с признаками повреждения почек и/или снижением функции, оцениваемой по величине скорости клубочковой фильтрации, которые сохраняются в течение 3 и более месяцев. Обструкция нижних мочевых путей, обусловленная, в частности, ДГПЖ относится к факторам риска развития ХБП. Воспалительные осложнения и прогрессирование ХБП при аденоме предстательной железы занимают ведущее место среди причин летальных исходов. Актуальным является не только выявление и устранение операционных почечных

хирургических осложнений после аденомэктомии, но и определение стадии ХБП и риска прогрессирующего снижения функции почек.

Цель исследования: изучение частоты встречаемости ХБП у больных при аденомэктомии простаты и изучение её особенностей в зависимости от метода гемостаза ложа аденомы.

Материалы и методы. Нами были исследованы результаты оперативного лечения 102 пациентов с симптомами нижних мочевых путей, обусловленными ДГПЖ. Всем больным проводилось комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Пациенты были разделены на 4 группы:

1-ая группа - произведена аденомэктомия с гемостазом путём тампонирования ложа удалённой аденомы (n=38),

2-ая группа – гемостаз путём ушиванием ложа (n=20),

3-я группа - гемостаз низведением шейки мочевого пузыря (n=20) и

4-ая группа – гемостаз достигался применением 10%-ного настоя лагохилуса опьяняющего в качестве гемостатика местного действия (n=24).

Стадию хронической болезни почек определяли на основании диагностических критериев ХБП по K/DOQI («Инициатива Национального почечного фонда США по улучшению исходов лечения при болезни почек») и KDIGO («Рекомендации по улучшению глобальных исходов при болезни почек»), в первую очередь путём определения скорости клубочковой фильтрации на основании уравнений CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). Диагностика ХБП складывалась из двух составляющих: признаков повреждения почек и снижения СКФ (табл.1).

Таблица 1.

ХБП в зависимости от состояния функции почек и наличия маркеров повреждения

	Маркеры повреждения почек	
СКФ мл/мин/1,73 м^2	Есть	Нет
≥ 90	ХБП	Норма
60-89	ХБП	Группа риска
< 60	ХБП	ХБП

Результаты и обсуждение. Больные с ХБП в соответствии с перечисленными выше диагностическими критериями были распределены по стадиям следующим образом:

I стадия (признаки повреждения почек с нормальной или повышенной СКФ) – СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73 м^2 + маркёры почечного повреждения,

II стадия (повреждение почек с начальным снижением СКФ) - 60–89 мл/мин/1,73 м^2 + маркёры почечного повреждения,

III стадия (умеренное снижение СКФ) - 30–60 мл/мин/1,73м^2,

IIIA стадия – 45-59 мл/мин/1,73м^2,

IIIB стадия – 30-44 мл/мин/1,73 м^2,

IV стадия - 15–29 мл/мин/1,73м^2,

V стадия - <15 мл/мин/1,73м^2 или диализ.

Среди всего контингента больных распределение ХБП при аденомэктомии простаты было следующим: I стадия - 3 больных (2,9 %), II стадия – 17 (16,7 %), IIIA стадия - 8 (7,8 %), IIIB – 2 (1,9 %), IV стадия - 2 (1,9 %), V стадия – 2 (1,9 %). Распределение встречаемости ХБП по группам больных: при тампонировании ложа удаленной аденомы - 10 (9,8 %) больных с ХБП разных стадий, при ушивании ложа - 5 (4,9 %), наложении съёмных швов - 13 (12,7 %), применении лагохилуса - 6 (5,9 %).

После определения стадии ХБП пациент проходил подготовку к оперативному лечению. Выполнялись соответствующие рекомендации, направленные на улучшение почечной функции как со стороны больного, так и со стороны лечащего врача и консультантов

(рекомендации по образу жизни, диете, избегание назначения нефротоксических препаратов). Лечение пациентов с ХБП должно быть одновременно направлено на замедление темпов прогрессирования дисфункции почек (ренопротекция) и предупреждение развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии (кардиопротекция) с целью улучшения исходов болезни. Проведённое оперативное лечение – чреспузырная аденомэктомия и приверженность рекомендациям привели к улучшению почечной функции в сроки от 3 до 6 месяцев после операции у 25 (73,5%) из 34 пациентов, имеющих нарушения функции почек. При этом в наиболее краткие сроки улучшение почечной функции отмечалось у пациентов, гемостаз ложа аденомы у которых осуществлялся путём применения в качестве гемостатика настоя лагохилуса опьяняющего, а также при гемостазе путём ушивания ложа аденомы.

Заключение. Таким образом, определение стадии ХБП после аденомэктомии предстательной железы позволяет своевременно проводить мероприятия, направленные на улучшение функции почек и профилактику прогрессирования ХБП. Сроки улучшения почечной функции оказалась наименьшими при гемостазе после аденомэктомии путём ушивания ложа аденомы и при использовании в качестве местного гемостатика настоя лагохилуса опьяняющего.

Литература

1. Крюков А.А. Профилактика инфекционно-воспалительных и обструктивных осложнений оперативного лечения больных аденомой простаты: Автореф. дис. канд. мед.наук. Саратов, 2012; 23.
2. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Современный алгоритм обследования и лечения больных аденомой предстательной железы. Урология, 2007; 3:87-94.
3. Болгов Е.Н., Севрюков Ф.А., Жездрин В.В., Бобровский Р.Н., Володин М.А. Современные vетоды эндоскопической энуклеации доброкачественной гиперплазии простаты и перспективы их модификации. Хирургическая практика. 2021;(1):20-29.
4. Giyasov, Sh.I., Gafarov, R.R., Shodmonova, Z.R., Khamroev, G.A., Tukhtaev, F.M., Ishmuradov, B.T. Adenomectomy in the energy sources section - From surgeon's finger to laser energy (2020) European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 7 (7), pp. 516-523.
5. Лопаткин Н.А. Руководство по клинической урологии в 3-х томах. Т.3. М., 1998.
6. Коган М.И. Результаты лечения больных аденомой предстательной железы. Урология, 2013; 6: 58-61.
7. Oranusi C.K., Nwofor A., Oranusi I.O. Complication rates of open transvesical prostatectomy according to the Clavien-Dindo classification system. Niger. J. Clin. Pract. 2012;15:34-7.
8. Портной А.С. Хирургическое лечение аденомы и рака предстательной железы. Ленинград «МЕДИЦИНА», 1989.
9. Смирнов А. В., Шилов Е. М., Добронравов В. А., Каюков И. Г., Бобкова И. Н., Швецов М. Ю., Цыгин А. Н., Шутов А. М. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению // Нефрология. 2012. №1.
10. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Vol 2, supplement 1, march 2012.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ
JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Худайбергенов Ш.Н.,
Эшонходжаев О.Д.,
Аманов Б.Б.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. академика В. Вахидова»
(директор – д.м.н. Исмаилов С.И.)

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТИМЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ТИМОМАМИ С МИАСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

For citation: Khudaibergenov Sh.N., Eshonkhodzhaev O.D., Amanov B.B. STRUCTURAL ANALYSIS OF INRA- AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER TIMEECTOMY IN PATIENTS WITH THYMOMAS WITH MYASTENIC SYNDROME. Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.289-293

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-126

АННОТАЦИЯ

В статье представлен структурный анализ интра- и послеоперационных осложнений 242 больных перенесших тимэктомию по поводу тимом с миастеническим синдромом. В группе сравнения число интраоперационных осложнений составило 11,8%, в основной группе благодаря использованию дифференцированного выбора хирургического доступа их число снизилось до 5%. Послеоперационные осложнения в группе сравнения составили 22,3%, а в основной группе их число достоверно удалось снизить до 6%.

Ключевые слова: тимома, тимэктомия, видоторакоскопия, стеронотомия, торакотомия, интраоперационные осложнения, послеоперационные осложнения.

Khudaibergenov Sh.N.,
Eshonkhodzhaev O.D.,
Amanov B.B.
State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V. Vakhidov "(Director - MD Ismailov S.I.)

STRUCTURAL ANALYSIS OF INRA- AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER TIMEECTOMY IN PATIENTS WITH THYMOMAS WITH MYASTENIC SYNDROME

ANNOTATION

The article presents a structural analysis of intra- and postoperative complications of 242 patients who underwent thymectomy for thymoma with myasthenic syndrome. In the comparison group, the number of intraoperative complications was 11.8%; in the main group, due to the use of a

differentiated choice of surgical access, their number decreased to 5%. Postoperative complications in the comparison group amounted to 22.3%, and in the main group, their number was reliably reduced to 6%.

Key words: thymoma, thymectomy, vidothoracoscopy, steronotomy, thoracotomy, intraoperative complications, postoperative complications.

Актуальность. В структуре первичных новообразований переднего средостения доминируют заболевания вилочковой железы (ЗВЖ), удельный вес которых по данным разных авторов составляет от 24 до 50 % [1,2,4]. Среди заболеваний вилочковой железы, требующих хирургического вмешательства, чаще наблюдаются органоспецифические эпителиальные опухоли (тимомы) и гиперплазии тимуса при миастении, реже - органонеспецифические опухоли (лимфомы, нейроэндокринные, дизэмбриональные и мезенхимальные опухоли) и кисты [3,6].

Тимэктомия - полное удаление опухоли и всей ткани ВЖ с максимально широким удалением клетчатки переднего средостения считается наиболее адекватным объемом хирургического вмешательства у больных миастенией при опухолевом поражении ВЖ. Некоторые авторы считают методом выбора в хирургическом лечении миастении независимо от характера изменений ВЖ расширенную ТЭ: удаление вместе с тимусом жировой клетчатки с передней поверхности перикарда и восходящей аорты, параплевральной клетчатки с обеих сторон до диафрагмальных нервов, а также клетчатки между плечеголовной веной слева, плечеголовным стволом и левой общей сонной артерией [8,9].

Лечение злокачественно протекающих тимом при резектабельности опухоли также включает в себя хирургическое удаление опухоли с возможно широким удалением зоны регионарного метастазирования (жировую клетчатку и лимфатические узлы переднего средостения). При необходимости выполняют резекцию перикарда, плевры, левой плечеголовной вены, атипичную резекцию легкого и т.д. По данным литературы, инвазивный рост тимом с поражением прилегающих структур отмечается в 30-40% случаях [5,10].

Цель: Изучить частоту и структуру интра- и послеоперационных осложнений после тимэктомии у больных с тимомами с миастеническим синдромом.

Материалы и методы: Основой для проведения данного научного исследования послужили 291 больной с тимомами с миастеническим синдромом находившихся на стационарном обследовании и лечении в отделении хирургии легких и средостения ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» за период с 1994 по 2019 годы включительно. Распределение больных по группам проводилось в зависимости от дифференцированного подхода к выбору диагностики, лечебной тактики и хирургического вмешательства.

Так, группу сравнения составили 169 больных, находившихся на стационарном лечении в период с 1994 по 2009 годы. Следует отметить, что в данном периоде не использовался дифференцированный подход при выборе хирургической тактики. При больших размерах опухоли, а также при тяжелых формах миастенического синдрома, хирургическое лечение не проводилось, и больные направлялись на дальнейшее консервативное лечение к невропатологу по месту жительства. Также в этот период в качестве операционного доступа применялась только продольная стернотомия.

В основную группу вошли 122 больных, находившихся на стационарном лечении в период с 2010 по 2019 годы. В этот период подход к диагностике и лечению больных с тимомами с миастеническим синдромом независимо от размеров опухоли и степени тяжести миастении кардинально изменился. В основной группе использовался дифференцированный подход при определении лечебной тактики, в зависимости от степени тяжести миастении, размера опухоли, выбора операционного доступа и характера вмешательства.

Из 291 больного, вошедших в данное исследование, оперативному лечению подвергнуто 242 больных, что составило 83,1% и 49 больных выписано без операции, что составило 16,8%. В группе сравнения оперировано 143(84,6%) и выписано без операции 26(15,3%). В основной группе оперировано 99(81,1%) и выписано без операции 23(18,8%)

больных. Сравниваемые группы достоверно не отличаются (χ^2= 0.61, p=0.44), т.е. являются репрезентабельными.

Объем оперативного вмешательства у всех оперированных больных в обеих группах был идентичен – расширенная тимэктомия с удалением окружающей жировой клетчатки. Как говорилось в предыдущих главах, подход к выбору операционного доступа в сравниваемых группах отличался. Если, в группе сравнения в качестве операционного доступа применялась только продольная стернотомия, независимо от локализации опухоли, размеров и особенностей роста, то в основной группе, операционный доступ подбирался в зависимости от размеров, право- или левостороннего роста опухоли относительно грудины и наличия инвазивного роста по данным МСКТ.

В основной группе применяли продольную стернотомию только в случаях, когда при обследовании имелась инвазия опухоли в безымянную вену. Распределение больных в зависимости от использованного операционного доступа представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение больных в группах в зависимости от хирургического доступа

Хирургический доступ	контроль	основная	Всего
Боковая левосторонняя торакотомия	-	15(15,1%)	15(6,2%)
Боковая правосторонняя торакотомия	-	12(12,1%)	12(5%)
Продольная стернотомия	143(100%)	30(30,3%)	173(71,5%)
Мини Т-образная стернотомия	-	28(28,3%)	28(11,6%)
ВТС из левого гемиторакса	-	4(4%)	4(1,6%)
ВТС из правого гемиторакса	-	10(10,1%)	10(4,1%)
Всего	143	99	242(100%)

Как видно из таблицы, доля продольных стернотомий в основной группе сократилась на 70%. При всей простоте исполнения и хорошего доступа к органам переднего средостения, продольная стернотомия является самым травматичным операционным доступом и как следствие ухудшает результаты хирургического лечения, о чем будет сказано ниже. С накоплением опыта, мы все реже используем данный операционный доступ применяя его только в случаях инвазии в безымянную вену.

Результаты и обсуждение: При анализе интраоперационных осложнений, нами получены следующие результаты: в группе сравнения у 126(88,1%) больных интраоперационных осложнений не наблюдалось, а у 17(11,8%) больных во время операции имели место те или иные интраоперационные осложнения, представленные в таблице 2. В основной группе, количество больных у которых интраоперационных осложнений не наблюдалось, составило 94(95%) больных. Осложнения во время операции наблюдались у 5 больных, что составило 5%.

Таблица 2.

Распределение больных в группах в зависимости от наличия интраоперационных осложнений

Интраоперационные осложнения	**Группа сравнения**	**Основная группа**	**Всего**
Осложнений нет	126(88,1%)	94(95%)	**220(91%)**
Повреждение сердца	2(1,4%)	-	**2(0,8%)**
Повреждение поперечной вены	2(1,4%)	1(1%)	**3(1,2%)**
Повреждение перикарда	5(3,5%)	1(1%)	**6(2,5%)**
Диафрагмального нерва	2(1,4%)	1(1%)	**3(1,2%)**
Перелом ребер	-	1(1%)	**1(0,4%)**

Повреждение легкого	5(3,5%)	1(1%)	**6(2,5%)**
Повреждение диафрагмы	1(0,7%)	-	**1(0,4%)**
Всего	**143**	**99**	**242(100%)**

Все интраоперационные осложнения как в группе сравнения, так и в основной группе возникали во время формирования операционного доступа и при мобилизации вилочковой железы и ее отрогов, особенно при наличии инвазивного роста. По характеру интраоперационные осложнения в наших наблюдениях были следующими: повреждение сердца - 2(0,8%), повреждение поперечной вены - 3(1,2%), повреждение перикарда - 6(2,5%), повреждение диафрагмального нерва - 3(1,2%), перелом ребер - 1(0,4%), повреждение легкого - 6(2,5%) и повреждение диафрагмы у 1(0,4%) больного.

Группы сравнения по характеру интраоперационных осложнений достоверно (χ^2=3.31, p=0.07) не отличаются.

При анализе послеоперационных осложнений, нами установлено, что в группе сравнения, больные у которых осложнений не наблюдалось, составили 111(77,6%) больных и у 32(22,3%) имели место послеоперационные осложнения. В основной группе, количество больных выписанных без осложнений составило 93(94%), а осложнения наблюдались у 6(6%) больных.

Таким образом, сравниваемые группы по характеру послеоперационных осложнений достоверно отличались, т.е. в основной группе у больных послеоперационные осложнения наблюдались достоверно (χ^2=11.77, p<0.05) меньше, чем в сравниваемой группе.

При структурном анализе послеоперационных осложнений, в наших наблюдениях встречались следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны, остеомиелит грудины, остеомиелит ребра, пневмоторакс, кровотечение из раны, кровотечение из ложа вилочковой железы, рубцовое сужение трахеи. Структурный анализ осложнений в сравниваемых группах представлен в таблице 3.

Таблица 3

Распределение больных в группах по характеру осложнений после операции.

Характер осложнений	Группа сравнения	Группа основная	Всего	Достоверность
Нагноение раны	10(7%)	1(1%)	11(4,5%)	χ^2= 4.83, p=0.03
Остеомиелит грудины	5(3,5%)	-	5(2%)	-
Остеомиелит ребра	-	1(1%)	1(0,4%)	-
Пневмоторакс	8(5,6%)	1(1%)	9(3,7%)	χ^2=3.43, p=0.064
Кровотечение из раны	5(3,5%)	1(1%)	6(2,4%)	χ^2=1.5, p=0.22
Кровотечение из ложа тимуса	4(2,8%)	2(2%)	6(2,4%)	χ^2=0.15, p=0.7
Всего:	143(100%)	99(100%)	242(100%)	

Среди послеоперационных осложнений, в группе сравнения наибольшее количество составило нагноение послеоперационной раны у 10(7%) больных, вторым по количеству был пневмоторакс у 8(5,6%) больных, остеомиелит грудины и кровотечение из операционной раны у 5(3,5%) и 4(2,8%) имело место кровотечение из ложа вилочковой железы. В основной группе, наибольшее количество осложнение составило кровотечение из ложа удаленной вилочковой железы у 2 больных, что составило 2%. Нагноение послеоперационной раны наблюдалось в 1(1%) случае, остеомиелит ребра у 1(1%) больного, пневмоторакс в 1(1%) случае, кровотечение из раны у 1(1%). Все наступившие послеоперационные осложнения, как в группе сравнения, так и в основной группе были купированы консервативными мероприятиями и не потребовали повторных оперативных вмешательств. Нагноение послеоперационной раны, остеомиелит грудины и ребер, разрешались посредством длительных двух, а иногда трех разовых перевязок послеоперационной раны, на фоне антибактериальной терапии с учетом чувствительности.

При возникновении пневмоторакса проводился торакоцентез с последующим дренированием и эвакуацией воздуха из плевральной полости.

При возникновении кровотечения проводилась гемостатическая терапия.

Заключение: Анализ частоты и характера интраоперационных осложнений при стернотомном доступе показал отсутствие достоверной разницы (χ^2=3.31, p=0.07) между сравниваемыми группами. В группе сравнения их число составило 11,8%, а в основной группе 5%. При анализе частоты развития послеоперационных осложнений установлено, в основной группе у 6(6%) больных послеоперационные осложнения наблюдались достоверно (p<0.05) меньше, чем в сравниваемой группе 32(22,3%). При структурном анализе послеоперационных осложнений установлено достоверное увеличение таких осложнений как нагноение послеоперационной раны: у 10(7%) больных в группе сравнения и у 1(1%) больного в основной группе (p=0.03) и пневмоторакса: у 8(5,6%) в группе сравнения и у 1(1%) больного основной группы (p=0.064).

Список литературы

1. Аблицов Ю.А. Видеотехнологии в торакальной хирургии / Ю.А. Аблицов, С.Б. Кашеваров, В.И. Василашко, А.Ю. Аблицов, С.С. Орлов, Н.О. Травин // Вестник НМХЦ им. Н.И.Пирогова. - 2007,- Т. 2,- №1,- С. 100-101.
2. Дзидзава, И.И., И.В. Дмитроченко, Б.Н. Котив, Е.Е. Фуфаев, Д.А. Ясюченя, К.С. Трофименко, А.А. Аполлонов Сравнительный анализ «открытых» и видеоторакоскопических вмешательств при опухолях вилочковой железы // Здоровье. Медицинская экология. Наука. - 2017. - Т. 2. - №69.-С. 27-32.
3. Карпов О.Э. Инновационные технологии в хирургии и медицинской реабилитации / О.Э. Карпов, П.С. Ветшев, Д.А. Махнев Д.А., С.А. Епифанов, В.Д. Даминов, А.А. Зуев, П.Д. Кузьмин // Вестник НМХЦ им. Н.И.Пирогова. - 2016,- Т. 11,- №3,- С. 24-31.
4. Кондратьев А.В. Клинические и патофизиологические аспекты видеоторакоскопической тимэктомии в хирургическом лечении генерализованной миастении: Дис. ... д-ра. мед. Наук / А.В. Кондратьев - Москва, 2006. - 229 с.
5. Никишов В.Н. Использование торакоскопического доступа при операциях на вилочковой железе / В.Н. Никишов, Е.И. Сигал, В.П. Потанин, Р.Е. Сигал // Медицинский альманах. - 2010. - №3. - С. 63-66.
6. Паршин, В.Д. Операция по поводу гигантской злокачественной тимомы с прорастанием легочного ствола, левого легкого и перикарда / В.Д. Паршин, Ю.В. Белов, Д.В. Базаров, Р.Н. Комаров, В.А. Еулешов // Хирургия. - 2012. - №6.-С. 51-53.
7. Разумовский, А.Ю. Торакоскопическое удаление вилочковой железы при миастении у детей / А.Ю. Разумовский, А.Б. Алхасов, З.Б. Митупов, А.Е.
8. Санадзе, Д.В. Сиднев, Д.Н. Даллакян, С.В. Смирнова // Хирургия. - 2013. - №3. - С. 55-60.
9. Romi F. Thymoma in myasthenia gravis: from diagnosis to treatment. / Romi F. // Autoimmune Dis. - 2011. - Vol. 2011. - P. 474-512.
10. Spillane J. Thymectomy: role in the treatment ofmyasthenia gravis. / Spillane J., Hayward M., Hirsch NP. et al. // JNeurol. - 2013. - Vol. 260, №7. - P. 1798-1801.

ISSN 2181-9300

Doi Journal 10.26739/2181-9300

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

6 ЖИЛД, 3 СОН

ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ

ТОМ 6, НОМЕР 3

JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

VOLUME 6, ISSUE 3

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: http://www.tadqiqot.uz/; E-mail: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: http://www.tadqiqot.uz/; E-mail: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000