



2018, №2  
ISSN 2181-466X

# *Doktor Axborotnomasi*





**Учредитель:**  
САМАРКАНДСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ДОКТОР  
АХБОРОТНОМАСИ  
ВЕСТНИК ВРАЧА**

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

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

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

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

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

**E-Mail:** [vestnikvracha.vv@gmail.com](mailto:vestnikvracha.vv@gmail.com)

**Дополнительная информация:**  
[vestnikvracha.uz](http://vestnikvracha.uz)

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

Сдано в набор 22.06.2018.  
Подписано в печать 30.06.2018.  
Формат А 4. Гарнитура Times New Roman.  
Объем 15,13 усл. п.л. Тираж 100 экз.  
Отпечатано в типографии СамГосМИ.  
Заказ № 80.

**№ 2  
2018 yil**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

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

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

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

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

**СОДЕРЖАНИЕ**

**CONTENTS**

**ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ**

**ORIGINAL ARTICLES**

- |   |    |  |
|---|----|--|
| <p><b>В.К. Абдуллаева, С.Б. Бабарахимова</b><br/>АНАЛИЗ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО<br/>ПОВЕДЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО<br/>ГЕНЕЗА У ПОДРОСТКОВ</p>  | 6  | <p><b>V.K. Abdullayeva, S.B. Babarakhimova</b><br/>ANALYSIS OF THE AUTODESTRUC-<br/>TIVE BEHAVIOR OF DEPRESSIVE<br/>GENESIS IN ADOLESCENTS</p>   |
| <p><b>М.М. Ахмедова, Р.Х. Шарипов,<br/>Н.А. Расулова, З.Р. Махмудова</b><br/>НЕФРОПАТИЯ ОБМЕННОГО ГЕНЕЗА У<br/>ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА:<br/>ОЦЕНКА ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ<br/>ПОЧЕК</p>                                     | 11 | <p><b>M.M. Akhmedova, R.Kh. Sharipov,<br/>N.A. Rasulova, Z.R. Makhmudova</b><br/>NEPHROPATHY OF METABOLIC<br/>GENESIS IN YOUNG CHILDREN:<br/>ASSESSMENT OF PARTIAL RENAL<br/>FUNCTION</p>  |
| <p><b>С.М. Ахмедова, У.М. Миршараров</b><br/>НЕКОТОРЫЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬ-<br/>НЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА<br/>ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПЕСТИЦИДОВ</p>  | 15 | <p><b>S.M. Akhmedova, U.M. Mirsharapov</b><br/>SOME MORPHOFUNCTIONAL<br/>CHANGES OF HEART AT THE<br/>INFLUENCE OF PESTICIDES</p>   |
| <p><b>В.В. Бенедикт</b><br/>РЕЗЕКЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ У<br/>БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ<br/>НЕПРОХОДИМОСТЬЮ<br/>ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.<br/>ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА</p>  | 19 | <p><b>V.V. Benedykt</b><br/>RESECTION OF SMALL INTESTINE IN<br/>PATIENTS WITH ACUTE<br/>OBSTRUCTION OF<br/>GASTROINTESTINAL TRACT.<br/>COMPLICATIONS AND PREVENTION</p>  |
| <p><b>Г.Л. Бурханова, О.А. Ким</b><br/>ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОЙ<br/>РАБОТОСПОСОБНОСТИ ЮНЫХ<br/>СПОРТСМЕНОВ С ПОВЫШЕННЫМИ<br/>ФИЗИЧЕСКИМИ НАГРУЗКАМИ</p>  | 25 | <p><b>G.L. Burkhanova, O.A. Kim</b><br/>EVALUATION OF PHYSICAL<br/>WORKING CAPACITY OF YOUNG<br/>ATHLETES WITH INCREASED<br/>PHYSICAL EXERTION</p>   |
| <p><b>А.А. Зуфаров</b><br/>РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВ И<br/>МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ<br/>В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ<br/>ПРИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ<br/>ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ<br/>ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ<br/>У ДЕТЕЙ</p>                  | 28 | <p><b>A.A. Zufarov</b><br/>THE ROLE OF INDICATORS OF<br/>CYTOKINS AND MARKERS OF<br/>INFLAMMATION IN DEVELOPMENT OF<br/>COMPLICATIONS IN ACUTE<br/>INFLAMMATORY DISEASES OF<br/>UPPER RESPIRATORY WAYS<br/>IN CHILDREN</p>           |
| <p><b>Л.Т. Ирбутаева, Р.Х. Шарипов,<br/>А.С. Расулов, Н.А. Расулова,<br/>М.М. Ахмедова</b><br/>ПРИМЕНЕНИЕ<br/>ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ<br/>ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И<br/>ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У<br/>ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ</p> | 32 | <p><b>L.T. Irbutaeva, R.Kh. Sharipov,<br/>A.S. Rasulov, N.A. Rasulova,<br/>M.M. Akhmedova</b><br/>THE USE OF IMMUNOCORRECTIVE<br/>THERAPY FOR<br/>THE TREATMENT AND<br/>PREVENTION OF DISEASES IN<br/>CHILDREN WHO ARE OFTEN ILL</p> |
| <p><b>Г.Х. Исломова, З.Ф. Сафоева,<br/>М.М. Тухтаева</b><br/>ВЛИЯНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ<br/>МАТЕРИ НА СОСТОЯНИЕ<br/>НОВОРОЖДЕННЫХ</p>   | 36 | <p><b>G.Kh. Islomova, Z.F. Safoyeva,<br/>M.M. Tukhtayeva</b><br/>INFLUENCE OF MOTHER'S<br/>PREECLAMPSY ON THE STATE OF<br/>NEWBORNS</p>  |

- С.П. Каледа**  
 ЧАСТОТА И СТРУКТУРА  
 ВНЕПИЩЕВОДНЫХ  
 ПРОЯВЛЕНИЙ  
 ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ  
 РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ
- М.Н. Каримова, А.Р. Акрамов,  
 О.Ф. Раупова, Н.А. Ачилов**  
 РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА  
 ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА  
 ЭФФЕКТИВНОСТИ  
 НЕОАДЪЮВАНТНОЙ  
 ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ  
 ЖЕЛЕЗЫ
- З.Ф. Мавлянова, М.А. Абдусаломова,  
 Ш.Б. Сабирова**  
 КРАНИОЦЕРВИКАЛГИЯДА  
 ФИЗИОТЕРАПЕВТИК ДАВОНИНГ  
 САМАРАДОРЛИГИНИ  
 БАҲОЛАШ
- Н.С. Мамасалиев, М.К. Ибрагимов,  
 З.Н. Мамасалиев, У.Т. Сувонкулов**  
 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ  
 НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ У  
 ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ  
 ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ  
 БРАЧНОГО СТАТУСА,  
 ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К ЭТНИЧЕСКОЙ И  
 РЕЛИГИОЗНОЙ ГРУППЕ
- Н.С. Мамасалиев, М.К. Ибрагимов,  
 З.Н. Мамасалиев, У.Т. Сувонкулов**  
 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ  
 МОДЕЛЬ И АЛГОРИТМЫ  
 ПРОФИЛАКТИКИ  
 НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ У  
 ВИЧ- ПОПУЛЯЦИИ В УСЛОВИЯХ  
 ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА
- Н.С. Мамасалиев, М.К. Ибрагимов,  
 З.Н. Мамасалиев, У.Т. Сувонкулов**  
 ЭПИДЕМИОЛОГО – КЛИНИЧЕСКИЕ  
 ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНЫХ  
 ПАТОЛОГИЙ ПРИ  
 НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ У  
 ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ
- Д.Ф. Низамов, Н.М. Рахимов**  
 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ  
 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ  
 ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПОЧЕЧНО-
- 40 **S.P. Kaleda**  
 FREQUENCY AND STRUCTURE OF  
 NON-ESOPHAGEAL  
 MANIFESTATIONS OF  
 GASTROESOPHAGAL REFLUX  
 DISEASE
- 43 **M.N. Karimova, A.R. Akramov,  
 O.F. Raupova, N.A. Achilov**  
 THE ROLE OF ULTRASOUND  
 METHOD OF DIAGNOSTICS  
 FOR MONITORING OF EFFICIENCY OF  
 NEOADJUVANT MAMMARY  
 GLAND CANCER  
 CHEMOTHERAPY
- 46 **Z.F. Mavlyanova, M.A. Abdusalomova,  
 Sh.B. Sabirova**  
 EVALUATION OF THE  
 EFFECTIVENESS OF  
 PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT  
 AT THE CRANIOCERVICALGIA
- 49 **N.S. Mamasaliev, M.K. Ibragimov,  
 Z.N. Mamasaliev, U.T. Suvonkulov**  
 THE PREVALENCE OF  
 NEUROCIRCULATORY DYSTONIA IN  
 HIV-INFECTED POPULATION  
 AS A FUNCTION OF THE MARITAL  
 STATUS, AN ACCESSORY  
 TO THE ETHNICAL AND RELIGIOUS  
 GROUP
- 54 **N.S. Mamasaliev, M.K. Ibragimov,  
 Z.N. Mamasaliev, U.T. Suvonkulov**  
 EPIDEMIOLOGICAL MODEL AND  
 ALGORITHMS OF PREVENTION  
 OF NEUROCYRYCULATORY  
 DYSTONY IN HIV-INFECTED  
 POPULATION UNDER THE  
 CONDITIONS OF THE FERGANA  
 VALLEY OF UZBEKISTAN
- 58 **N.S. Mamasaliev, M.K. Ibragimov,  
 Z.N. Mamasaliev, U.T. Suvonkulov**  
 EPIDEMIOLOGICAL-CLINICAL  
 PECULIARITIES OF COMORBID  
 PATHOLOGY IN HIV INFECTED  
 PATIENTS WITH  
 NEUROCIRCULATORY DYSTONIA
- 62 **D.F. Nizamov, N.M. Rakhimov**  
 DIAGNOSTIC EFFECTIVENESS OF  
 VISUALIZATION METHODS OF  
 RENAL CELL CARCINOMA

КЛЕТОЧНОГО РАКА ПО ДАННЫМ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА		ACCORDING TO THE SURGICAL INTERVENTION'S DATA
<i>Н.А. Расулова, А.С. Расулов, Р.Х. Шарипов, М.М. Ахмедова, Л.Т. Ирбутаева</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ 25(OH)D <sub>3</sub> В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ РАХИТА	71	<i>N.A. Rasulova, A.S. Rasulov, R.Kh. Sharipov, M.M. Akhmedova, L.T. Irbutaeva</i> DETERMINATION OF LEVEL 25(OH)D <sub>3</sub> IN SERUM AND ITS EFFECT ON THE PREVENTION OF RICKETS
<i>Н.М. Рахимов</i> РЕЗУЛЬТАТЫ МОДИФИЦИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА К РЕГИОНАРНЫМ ЛИМФОУЗЛАМ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ	75	<i>N.M. Rakhimov</i> RESULTS OF MODIFIED SURGICAL ACCESS TO REGIONAL LYMPH NODES IN THE TREATMENT OF RENAL CANCER
<i>Н.Р. Сапарбаева</i> СИМПТОМНАЯ МИОМА МАТКИ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЕЕ ЛЕЧЕНИИ	81	<i>N.R. Saparbayeva</i> SYMPTOMATIC MYOMA OF UTERUS AND DIFFERENTIATED APPROACH IN ITS TREATMENT
<i>Д.Р. Тоиров, И.И. Султонов</i> КОМОРИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОДАГРЫ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	84	<i>D.R. Toirov, I.I. Sultonov</i> COMORBID FLOW OF GOUT AND METABOLIC SYNDROME
<i>С.М. Умирова, А.А. Гайбиев</i> ФАКТОРЫ РИСКА РОДОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА И ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ	88	<i>S.M. Umirova, A.A. Gaybiev</i> RISK FACTORS OF GENEUR LESIONS OF THE SPINAL BRAIN AND SHOULDER SPLITTING
<i>З.Р. Хайбуллина, Р.А. Садыков, О.В. Ким, М.Т. Азимова</i> НОВЫЙ ПОДХОД К РАЗРАБОТКЕ ФИЛЬТРОВ ДЛЯ СИСТЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ	91	<i>Z.R. Khaybullina, R.A. Sadykov, O.V. Kim, M.T. Azimova</i> NEW APPROACH FOR CREATION OF THE FILTERS FOR EXTRACORPOREAL REMOVAL SYSTEMS
<i>Э.А. Шамансурова, У.Г. Рахимгазиев</i> ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТЕЧЕНИЯ	96	<i>E.A. Shamansurova, U.G. Rahimgaziev</i> FEATURES OF HORMONAL STATUS AND MINERAL EXCHANGE IN JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS IN CHILDREN WITH DIFFERENT FORMS OF THE CURRENT
<i>А.М. Шамсиев, А.В. Алимов, Д.Т. Раббимова</i> НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ СЕПСИСА У МЛАДЕНЦЕВ	101	<i>A.M. Shamsiev, A.V. Alimov, D.T. Rabbimova</i> NEW APPROACHES TO DIAGNOSIS OF SEPSIS IN BABIES

- |   |     |   |
|---|-----|---|
| <p><i>А.М. Шамсиев, А.В. Алимов,<br/>Д.Т. Раббимова</i><br/>СОДЕРЖАНИЕ ЛЕГУЧИХ ЖИРНЫХ<br/>КИСЛОТ В БИОЛОГИЧЕСКИХ<br/>СРЕДАХ У МЛАДЕНЦЕВ С СЕПСИСОМ</p>  | 106 | <p><i>A.M. Shamsiev, A.V. Alimov,<br/>D.T. Rabbimova</i><br/>CONTENT OF VOLATILE FATTY<br/>ACIDS IN BIOLOGICAL MEDIA<br/>IN BABIES WITH SEPSIS</p>  |
| <p><i>Р.Х. Шарипов, А.С. Расулов,<br/>М.М. Ахмедова, Н.А. Расулова,<br/>Л.Т. Ирбутаева</i><br/>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ<br/>БРОНХОДИЛЯТОРОВ ПРИ<br/>ОБСТРУКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ У<br/>ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</p>    | 110 | <p><i>R.Kh. Sharipov, A.S. Rasulov,<br/>M.M. Axmedova, N.A. Rasulova,<br/>L.T. Irbutaeva</i><br/>CLINICAL EFFICACY OF<br/>BRONCHODILATORS IN<br/>OBSTRUCTIVE CONDITIONS<br/>IN CHILDREN</p>                     |
| <p><i>М.Т. Эгамова, З.Ф. Мавлянова,<br/>Г.Л. Бурханова</i><br/>ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬ-<br/>ТУРЫ ПРИ ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ<br/>ПАРАЛИЧАХ В ДОМАШНИХ<br/>УСЛОВИЯХ</p>   | 113 | <p><i>M.T. Egamova, Z.F. Mavlyanova,<br/>G.L. Burhanova</i><br/>APPLICATION OF MEDICAL<br/>PHYSICAL TRAINING FOR<br/>CHILDREN CEREBRAL PALSY<br/>IN HOME CONDITIONS</p>   |
| <b>ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ</b>   |     | <b>LITERATURE REVIEW</b>  |
| <p><i>О.Д. Ачилова, У.Т. Сувонкулов,<br/>Т.И. Муратов, З.Ю. Садиков,<br/>Х.Г. Саттарова</i><br/>АКТУАЛЬНОСТЬ КИШЕЧНЫХ<br/>ИНВАЗИЙ У ДЕТЕЙ<br/>В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ</p>  | 117 | <p><i>O.D. Achilova, U.T. Suvonkulov,<br/>T.I. Muratov, Z.Yu. Sadikov,<br/>Kh.G. Sattarova</i><br/>THE RELEVANCE OF INTESTINAL<br/>INVASIONS IN CHILDREN IN THE<br/>MODERN WORLD</p>                            |
| <b>СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ</b>   |     | <b>CASE FROM PRACTICE</b>   |
| <p><i>М.Н. Каримова, Д.Б. Рахматов,<br/>М.М. Абдухалилов, Д.И. Тугизова,<br/>Н.А. Ачилов</i><br/>ГИГАНТСКАЯ ЛИМФОМА<br/>МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p>   | 122 | <p><i>M.N. Karimova, D.B. Rakhmatov,<br/>M.M. Abdukhalilov, D.I. Tugizova,<br/>N.A. Achilov</i><br/>GIGANTIC LYMPHOMA OF<br/>MAMMARY GLAND</p>  |
| <p><i>Б.Б. Негмаджанов, Ф.И. Ганиев,<br/>Э.Х. Шопулатов, Р.Х. Расулов,<br/>Ф.И. Закиров, С.Ш. Рафиков</i><br/>СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ<br/>ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ<br/>ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПУЗЫРНО-<br/>МАТОЧНОГО СВИЩА</p> | 126 | <p><i>B.B. Negmadzhanov, F.I. Ganiev,<br/>E. Kh. Shopulatov, R.Kh. Rasulov,<br/>F.I. Zakirov, S.Sh. Rafikov</i><br/>CASE OF SUCCESSIVE<br/>SURGICAL CORRECTION<br/>POSTOPERATIVE<br/>VESICOURETERAL FISTULA</p> |
| <p><i>Б.Б. Негмаджанов, Ф.И. Ганиев,<br/>М.Д. Маматкулова, В.О. Ким</i><br/>КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ<br/>МЕТРОПЛАСТИКИ</p>  | 129 | <p><i>B.B. Negmadzhanov, F.I. Ganiyev,<br/>M.D. Mamatkulova, V.O. Kim</i><br/>CESAREAN SECTION AFTER<br/>METROPLASTY</p>  |

## АНАЛИЗ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО ГЕНЕЗА У ПОДРОСТКОВ

В.К. Абдуллаева, С.Б. Бабарахимова

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

**Ключевые слова:** поведенческие нарушения, депрессивные расстройства, подростки, суицидальные тенденции.

**Таянч сўзлар:** хулк-атвор бузилишлари, депрессив бузилишлар, ўсмирлар, суицидал тенденциялар.

**Key words:** behavioral disorders, depressive disorders, adolescents, self-destructive actions

В статье представлено исследование аутодеструктивных тенденций в структуре подростковых депрессивных расстройств поведения, которое определило, что у подростков чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидальное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта, в результате внутриличностных конфликтов и являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникают на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня. Проведенное исследование клинических особенностей аутодеструктивных действий у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента населения.

## ЎСМИРЛАДА АУТОДЕСТРУКТИВ ГЕНЕЗЛИ ДЕПРЕССИЯНИНГ НАМОЁН БЎЛИШИНИНГ ТАҲЛИЛИ

В.К. Абдуллаева, С.Б. Бабарахимова

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мақолада кўпроқ ўсмирларда депрессив аффект ҳолатида кузатиладиган намоёнишкор-шантаж суицидал хулк-атворни аутодеструктив тенденциялари ўрганиш натижалари тақдим қилинган. Намойишкор шантаж хулк сабаблари асосан стресс билан боғлиқ шахсий муаммоларда бўлиб нопсихотик даражадаги психопатологик ҳолатларда пайдо бўлади. ўсмирлардаги аутодеструктив харакатларнинг клиник хусусиятларини ўрганиш ўсмирлар орасида суицидал харакатлар хавфини аниқлашга ёрдам беради.

## ANALYSIS OF THE AUTODESTRUCTIVE BEHAVIOR OF DEPRESSIVE GENESIS IN ADOLESCENTS

V.K. Abdullayeva, S.B. Babarakhimova

Tashkent pediatric medical institute

Article presents the experience of analysis of the self-destructive behaviors in adolescents revealed that adolescents often observed demonstratively-blackmailing suicidal behavior, emerging against the background of depressive affect, as a result of intrapersonal conflicts and are mainly a problem of behavioral and stress-related disorders, occur against a background of non-psychotic level of psychopathological conditions. The study of clinical features of self-destructive actions in adolescents with behavioral disorders depressive register reveals the risk for suicidal willingness among this group of patient.

**Актуальность.** В последние десятилетия во всём мире проблема суицидального поведения среди детско-подросткового контингента населения становится всё более актуальной [1]. Основная задача, поставленная перед специалистами, занимающимися суицидологическими проблемами — это ранняя квалифицированная диагностика суицидального поведения, предотвращение реализации аутоагрессивных действий и профилактика различных эквивалентных форм деструктивных тенденций [6].

Актуальность проблемы суицидальных тенденций у детей и подростков определяется трудностью диагностики этих состояний, недостаточной изученностью этиологических и патогенетических механизмов, неопределённостью роли биологических и социальных факторов в их формировании [4].

Изучение клинико-психопатологических, психологических и нейрофизиологических характеристик группы детей и подростков, склонных к аутодеструктивному поведению, обусловлено возможностью более детально проанализировать клинические особенности, как личностных изменений, так и видов суицидальных тенденций, что позволит повысить качество диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных.

Суицидальное поведение рассматривается как намеренное стремление человека к смерти, обусловлено индивидуально-психологическими особенностями личности, спецификой системы межличностных отношений и факторами семейного воспитания [7].

Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации [5]. Повышенная опасность осуществления деструктивных тенденций, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью [3]. Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчётливого депрессивного мироощущения [9].

Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста [2]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с суицидальным поведением, имеют «стёртый», маскированный характер, проявляются чаще всего поведенческими нарушениями пубертатного регистра [8].

**Цель исследования:** изучить особенности аутодеструктивного поведения депрессивного генеза у подростков для улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных.

**Материалы и методы:** объектом для исследования было выбрано 46 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Ведущими методами исследования явились клиничко-психопатологический и катamnестический. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала оценки депрессии Гамильтона и шкала Бека, для выявления уровня тревоги – опросник уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина, для определения устойчивых конституционально-личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован восьмицветовой тест Люшера.

**Результаты и обсуждение:** в зависимости от преобладания симптомов депрессии все подростки были разделены на пять групп: с дисфорической депрессией - 56% (n=26), тревожной депрессией – 16% (n=7), дисморфофобической депрессией - 13% (n=6), маскированной депрессией—8% (n=4), астено-апатической депрессией - 7% (n=3). При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80% составили пациенты с легкой степенью депрессии и лишь в 20% случаев (9 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести.

Среди всех обследованных было 28 мальчиков и 18 девочек. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных.

Чаще всего подростки жаловались на подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, трудности в учебной деятельности, нарушение концентрации внимания, повышенную реакцию на внешние ситуации и источники стресса, раздражительность, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать, высказывали идеи самообвинения и безнадежности. В 76% случаев (35 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, нарушение внутрисемейных взаимоотношений, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня.

В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 93% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений



тревоги средней степени выраженности (56%), у 27% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 16% подростков – констатировалась выраженная тревога. В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (56%), группа аффективных (32%) и истинных суицидов (13%). В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 50% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 31% обследуемых, в 15% случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки. Суицидальные мысли не всегда выявлялись при опросе пациентов. В ряде случаев о них становилось известно при заполнении подростками субъективной шкалы оценки депрессии Бека. При целенаправленном опросе этих больных и их родителей выяснялось, что за некоторое время до совершения суицидальной попытки были отмечены рассуждения на моральные темы, иногда переживания больного отражали рисунки в школьных тетрадях, которые имели суицидальное содержание.

Анализ аутодеструктивного поведения у подростков установил неоднородность и различие в клинических проявлениях суицидальных тенденций в зависимости от типа депрессии. Так, при дисфорической депрессии выявлено в 80% случаев наличие импульсивных суицидальных мыслей и тенденций в основном у мальчиков, возникающих на высоте патологического аффекта под воздействием психотравмирующих факторов, конфликтов с родителями и сверстниками, а также при употреблении алкогольных напитков и токсикоманических препаратов.

В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побег из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление психоактивных веществ. Двое подростков из этой группы совершили суицидальные попытки в виде нанесения самопорезов в области локтевых сгибов и пять девочек-подростков с психопатоподобным радикалом личностных особенностей прибегли к принятию больших доз лекарственных препаратов, которые констатировались как демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия. У подростков с тревожной депрессией тревога наблюдалась в течении всего дня, с усилением в вечернее время, у 6 пациентов усиление тревожной симптоматики было связано с поиском выхода из своего состояния и при отсутствии понимания со стороны родных, у 3 больных сформировалось чувство страха, появились суицидальные мысли и тенденции, имеющие, согласно традиционной классификации суицидов, характер аффективных суицидов.

Суицидальное поведение при депрессии тревожного типа ограничивалось редкими мыслями о нежелании жить или угрозами покончить с собой, во время эпизодов ажитации. В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущие жалобы были на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности.

Данный тип депрессии наблюдался только у девочек и сопровождался расстройствами приёма пищи в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением строгих диет и инициальным этапом нервной анорексии. В большинстве случаев в преморбиде у девочек-подростков не отмечалось повышенного веса. Больные стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у больных выявилась склонность к разнообразным реакциям протеста.

Девочки высказывали недовольство своим весом, чрезмерным отложением жира в различных частях своего тела, кривыми и толстыми ногами, болезненно относились к наличию пухлых щёк, слишком большого размера живота и груди. Жалобы в основном были на слабоволие, подростки винили себя в скованности, робости, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одиночестве. Суицидальные тенденции в этой группе ограничивались только мыслями и планированием, высказывания имели нестойкий пассивный характер, подростки неохотно сообщали о своих замыслах и намерениях, сведения в основном были собраны у родителей,

которые обнаружили регистрацию своих детей на различных сайтах социальных сетей и сообществ в Интернете, пропагандирующих культ смерти. Оценка суицидальных мыслей и намерений в данной группе подростков позволяет отнести их к истинным суицидам и включить в группу риска. При использовании теста Люшера больные не могли опираться на самооценку своего состояния, что позволяло определять психологическое содержание переживаемой ситуации.

Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале Гамильтона. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательное отношение к жизни, по данным теста Люшера эти больные стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны. В 56% случаев (26 исследуемых) пациенты испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. У лиц с дисфорической депрессией тест Люшера показал стрессовое состояние, недовольство сложившейся ситуацией, стремление возвыситься и упрочить свое положение, что при невозможности полноценной реализации привело к случаям аддиктивного и делинквентного поведения. В ряде случаев у 7 больных (15%) с астено-апатической и маскированной депрессией выявлялся упадок сил, невозможность дальнейшей активности, в 11% случаев установлено напряжение, вызванное попыткой справиться с некоторыми обстоятельствами, которые являются непосильными для него. Данное состояние вызывало стресс и ощущение неполноценности, стремление к самоограничению и самоконтролю, что у 4 больных проявилось во внутриличностном конфликте, нарушении взаимоотношений с родителями и близкими, нарушением школьной адаптации и в 10 % случаев привело к появлению суицидальных мыслей и намерений.

У пациентов с маскированной депрессией тестирование показало наличие тревоги и беспокойства, переживание от чувства недостатка близких и сочувственных отношений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, систематические пропуски школьных занятий, злоупотребление спиртным.

В большинстве случаев преобладало демонстративное суицидальное поведение, несущее в себе элементы шантажа, но не утрачивающее при этом своей опасности. Наряду с этим встречались импульсивные суицидальные действия. При опросе больных обнаруживалось, что в основе суицидального поведения лежали идеи наказания своей смертью родителей, а также страх собственного наказания за реально совершенные действия. Суицидальные намерения и действия обосновывались в 5 случаях идеями собственной несостоятельности и формирующимся «сознательным отвращением к жизни», лишь в 1 случае чувством вины.

**Заключение:** анализ особенностей аутодеструктивного поведения пубертатного периода, выявил, что у подростков чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидальное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта, в результате внутриличностных конфликтов и является в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникают на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня. Проведенное исследование клинических особенностей аутодеструктивных действий у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных.

**Использованная литература:**

1. Алексеева М.В., Ваулин С.В. Комплексная профилактика суицидального поведения подростков // "Юбилейные Сухаревские чтения". Научно-практическая конференция "Служба психического здоровья: качество полипрофессиональной помощи детям" / Сборник тезисов под общей редакцией к.м.н. М.А. Бебчук, М. 2016. с.7-8
2. Бабарахимова С.Б. Суицидальное поведение депрессивного спектра у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17), №2. С.23-29
3. Герасимчук М.Ю. Суцидологический паспорт депрессии. // Суцидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения: сборник научных статей I научно-практической конференции /Ассоц. Когнитивно-Поведенческой Психотерапии. С-Пб: СИНЭЛ, 2016. с.17-20.
4. Жукова Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 4 (17). С. 27-33.
5. Иванова Т.И. Суицидальное поведение у детей с депрессивными расстройствами. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. 24 апреля 2007 г. Волгоград: ВолгГМУ, 2007; С.87–88.
6. Калачева И.О., Пронина Л.А., Ларионов В.А. Социально-личностные факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков // Росс Психиатр Журн 2006; 4. С. 41–45.
7. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. СПб.: Речь, 2005. 448 с.
8. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people aged 15–19. World Psychiatry 2005; 4: 2: P.114–120.
9. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/) 10. <https://www.nimh.nih.gov/about/director/2014/suicide-a-global-issue.shtml>.

**НЕФРОПАТИЯ ОБМЕННОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА:  
ОЦЕНКА ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК****М.М. Ахмедова, Р.Х. Шарипов, Н.А. Расулова, З.Р. Махмудова**  
Самаркандский Государственный медицинский институт**Ключевые слова:** ранний возраст, мочевого синдром, дизметаболическая нефропатия.**Таянч сўзлар:** эрта ёшдаги, сийдик синдроми, дизметаболик нефропатия.**Key words:** early age, urinary syndrome, dysmetabolic nephropathy.

Изучен 121 ребенок раннего возраста больной пневмонией с дизметаболической нефропатией, а также 20 детей с пневмонией и мочевым синдромом. Этим детям функция клубочкового аппарата оценивалась по клиренсу эндогенного образования, аммиака, титруемой кислотности, осмолярность мочи, метаболиты (оксалаты, ураты, мочевиная кислота). У больных детей пневмонией с дизметаболической нефропатией отмечалось изменение парциальных функций почек, структурно-функциональных состояний цитомембран эритроцитов, а также усиление перекисного окисления липидов. В связи с чем была рекомендована метаболическая корректирующая терапия этих детей.

**ИЛК ЁШДАГИ БОЛАЛАРНИНГ НЕФРОПАТИЯДА АЛМАШИНУВ ГЕНЕЗИ:  
БУЙРАКЛАРНИНГ ПАРЦИАЛ ФУНКЦИЯЛАРИ БИЛАН ТАНИШИШ****М.М. Ахмедова, Р.Х. Шарипов, Н.А. Расулова, З.Р. Махмудова**  
Самарканд Давлат Гибиёт Институти

Жами дизметаболик нефропатия асосида пневмония билан оғриган 121 та эрта ёшдаги болалар текширилди, ҳамда шу ёшдаги 20 та сийдик синдроми сиз кечаётган пневмония билан болаларда буйракнинг парциал фаолияти куйидаги текшириш усуллари ёрдамида баҳоланди: коптокча филтрацияси, аммиак, титрланувчи кислоталик, сийдикнинг осмолярлиги, метаболитлар (оксалатлар, уратлар, сийдик кислотаси) нинг бир кеча-кундузлик скрининги. Пневмония билан оғриган дизметаболик нефропатияли болаларда буйрак парциал фаолияти, эритроцитлар цитомембранаси структур-функционал ҳолатининг сезиларли даражада ўзгарганлигини, липидлар перекисли оксидланиши жараёнининг кучайиши аниқланди. Буйрак зарарланиши кузатилган бемор болаларга муътадиллаш (коррекция) максидида метаболитли даволаш.

**NEPHROPATHY OF METABOLIC GENESIS IN YOUNG CHILDREN:  
ASSESSMENT OF PARTIAL RENAL FUNCTION****M.M. Akhmedova, R.Kh. Sharipov, N.A. Rasulova, Z.R. Makhmudova**  
Samarkand state medical institute

121 children with pneumonia on dismetabolic nephropathy background were investigated, and 20 children with pneumonia without urinary syndrome. It were performed following methods of kidney partial functions investigation of glomerulus filtration, ammonia, acidity, osmotic quality of urine, daily metabolites screening (oxalates, urates, urine acid). In patients with pneumonia on dismetabolic nephropathy background were revealed significant alterations of kidney partial functions, structural and functional condition of erythrocytes membrane, increasing of peroxides lipid oxidation processes. For the purpose of correction children with pneumonia and renal pathology it was prescribed following treatment.

**Актуальность проблемы.** Заболевания почек у детей являются распространенной патологией от 16.6 до 54:1000 детской популяции и в силу частоты латентного течения, склонности к хронизации представляет собой актуальную проблему современной педиатрии. Широкое внедрение в клиническую нефрологию клинико-генетических и биохимических методов исследования позволило установить изменение их нозологической структуры, учащение мультифакториально обусловленных клинических форм [3]. Так, по данным эпидемиологических исследований преобладающими в структуре нефропатии (34-40%) [1] являются нефропатии обменного генеза в т.ч. 10-19% оксалатные, 14-29% уратные нефропатии. При этом почечная патология манифестируется и устанавливается в связи с патологией органов дыхания - среди новорожденных, находящихся в отделении патологии новорожденных 34,2% [5], среди детей раннего возраста, находящихся на лечении по поводу различных бронхолегочных заболеваний 17-35% , а при стафилококковых инфекциях 78,6%. Более того, после ликвидации основного заболевания от 24,2 до 31,5 % детей выписываются с остаточным мочевым синдромом [2]. В свете сказанного становится ясным, что существующие представления о мочевоом синдроме у детей раннего возраста, при наиболее распространенной в данном возрасте бронхолегочной патоло-

гии как о преходящем состоянии ("инфекционная почка", "токсическая почка", "токсико-инфекционная почка") таит в себе значительную угрозу здоровью растущего организма. Существует несколько причин: во-первых, известно, что развитие токсических состояний вообще у детей раннего возраста (в т.ч. обуславливающих поражение почек) явление не случайное и в их развитии существенное значение играют токсикозы беременных, наличие наследственных нарушений обмена веществ, отягощенная нефропатиями наследственность, во-вторых, именно такое начальное проявление типично для большинства наследственных, дизметаболических и врожденных заболеваний почек, имеющих наиболее серьезный прогноз [2,6]. На практике даже многократные эпизоды мочевого синдрома на фоне различных интеркуррентных заболеваний до настоящего времени продолжают оцениваться в качестве инфекционной или токсической почки. Между тем, современные методы обследования детей и родственников, широким внедрением в нефрологическую практику генетических и биохимических методов исследования позволяют уточнить метаболические нарушения, обуславливающие поражение почек с трудно дифференцируемым мочевым синдромом [4].

**Цель работы:** на основе комплексного изучения состояния парциальных функций почек у детей раннего возраста, больных пневмонией с поражением почек разработать принципы ранней дифференциальной диагностики поражений почек обменного генеза.

**Материалы и методы:** Функции клубочкового аппарата оценивались по клиренсу эндогенного на Van Slayke.

О состоянии канальцевых функций почек судили по осмолярности мочи криоскопическим методом на аппарате ОМК Щ-01, титруемых кислот по И. Тодорову (1963).

Содержание мочевой кислоты в суточной моче определяли по методу Мюллера-Зейферта, основанному на колориметрическом определении мочевой кислоты с фосфорновольфрамовым реактивом Фолина.

Количественное определение оксалатов в моче проводилось по Н.В. Дмитриевой (1966), а определение суточного выделения уратов с мочой—применяли метод Гопкинса в описании О.В. Травиной (1955).

**Результаты и обсуждения:** Нами изучены парциальные функции почек у 121 больных с пневмонией, имеющих дизметаболические нефропатии (ДЗМН) и 20 больных пневмонией без дизметаболических нефропатий (ДЗМН). У всех больных с пневмонией отмечалась тенденция к снижению суточного диуреза, а у больных пневмонией с ДЗМН нарушениями достоверно снижалось до  $0,37 \pm 0,013$  по сравнению со здоровыми детьми  $0,450 \pm 0,038$  ( $p < 0,001$ ) и у больных пневмонией без ДЗМН  $0,430 \pm 0,021$  ( $p < 0,05$ ). Снижение клубочковой фильтрации обнаружено у больных пневмонией с ДЗМН до  $0,97 \pm 0,17$  мл/сек ( $p < 0,05$ ), что, по-видимому, связано с гемодинамическими нарушениями на фоне инфекционно-токсического поражения легких, гипертермии, микроциркуляторных расстройств.

Выявлено значительное снижение экскреции аммиака у больных пневмонией с ДЗМН до  $9,0 \pm 1,18$  ммоль/с по сравнению со здоровыми детьми ( $p < 0,001$ ) и у детей с пневмонией без ДЗМН  $42,0 \pm 1,2$  ( $p < 0,05$ ).

Уменьшение экскреции титруемых кислот до  $23,37 \pm 4,25$  ммоль/с по сравнению показателями у здоровых детей  $51,0 \pm 2,8$  ммоль/с ( $p < 0,001$ ) и у детей с пневмонией без ДЗМН  $48,8 \pm 2,2$ . ( $p < 0,05$ ).

Снижение показателей ацидоаммионогенеза у больных пневмонией с ДЗМН свидетельствует о канальцевых почечных дисфункциях вызывающих нарушение адаптационно-компенсаторных функций организма в условиях гипоксии, что усиливает метаболический ацидоз при пневмониях.

Значительное увеличение экскреции оксалатов с мочой выявлено у детей пневмонией с ДЗМН до  $244,0 \pm 1,8$  мкмоль/с по сравнению со здоровыми детьми  $110,0 \pm 10,5$  ( $p < 0,001$ ), и с группой детей пневмонией без ДЗМН  $130,0 \pm 11,5$  ( $p < 0,05$ ), что, возможно, носит характер вторичной оксалурии, являющейся результатом нестабильности цитомембран почечного эпителия на фоне интоксикации организма, гипоксии, электролитных нарушений, сопровождающих развитие воспалительного процесса в легких.

Учитывая, что у 2/3 больных пневмонией с мочевым синдромом отмечалась наследственная отягощенность по нарушению обмена щавелевой кислоты и мочевой кислоты, что выявлено путем

изучения родословных и перекрестного опроса родственников, повышенная экскреция оксалатов и уратов наряду с уратно и оксалатно-кальциевой кристаллурией нами расценена как вторично оксалурия - уратурия, являющаяся результатом наследственной нестабильности цитомембран.

У больных пневмонией с ДЗМН отмечалось почти двухкратное возрастание экскреции уратов и мочевой кислоты, соответственно  $6,9 \pm 0,22$  ммоль/с и  $6,64 \pm 0,36$  ммоль/с по сравнению с показателями у здоровых детей ( $p < 0,001$ ) и детей с пневмонией без ДЗМН  $3,18 \pm 0,20$  ( $p < 0,05$ ) и  $5,2 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ). Увеличения экскреции уратов и мочевой кислоты можно связать с усилением катаболических процессов на фоне гипертермии, гипоксии и распадом пуриновых оснований, что вызывает увеличение уровня мочевой кислоты в крови. Таким образом, функциональные нарушения почек свойственные пневмонии у больных пневмонией без ДЗМН концентрация нефротоксических метаболитов (уратов, оксалатов, МК) не достигает величин, оказывающих нефротоксическое действие и по мере проведения направленной терапии пневмонии, диеты и водного режима снижалась концентрация уратов, оксалатов, мочевой кислоты, чему соответствовало исчезновение таких клинических проявлений как пастозность век, лица, нормализация диуреза. В ряде работ показана высокая эффективность комплексного фитонирингового препарата канефрон в лечении и профилактике микробно-воспалительных и дисметаболических процессов мочевыделительной системы [3].

Следует отметить, что у больных нефропатией обменного генеза с наследственной отягощенностью при наложении пневмонии выявляются нарушения парциальных функций почек - олигоурия, снижение показателей ацидоаммония и повышение нефротоксических метаболитов, оксалатов, уратов, мочевой кислоты, тем самым оказывая нефротоксическое действие. Это возможно объясняется нарушением процесса адаптации на клеточном уровне как следствие индивидуальной неадекватной реакции на воздействия стрессового фактора в данном случае инфекции. Повреждение мембранных структур почечных канальцев может привести к вторичным изменениям процессов секреции и реабсорбции в канальцах, вызывая развитие вторичных тубулопатий.

Изучение парциальных функций почек в зависимости от нозологических форм дизметаболических нефропатий проведено у детей больных пневмонией с обменными нарушениями.

Суточная экскреция аммиака значительно снижалась при дизметаболическом ИН  $23,6 \pm 3,9$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) и МКБ  $29,6 \pm 3,2$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) и при ПН  $33,8 \pm 2,6$  ( $p < 0,05$ ), по сравнению со здоровыми детьми. Наиболее выраженное снижение экскреции титруемых кислот отмечалось при ИН  $19,2 \pm 7,9$  ммоль/с  $1,73$  м, ( $p < 0,05$ ) и при ПН и МКБ составило соответственно  $24,7 \pm 3,85$  ммоль/с и  $26,2 \pm 4,7$  ммоль/с ( $p < 0,01$ ).

Наиболее высокий показатель осмолярности мочи отмечался у больных с МКБ  $976 \pm 62,6$  ммоль/с ( $p < \text{П, П5}$ ), ИН  $898 \pm 62,5$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) и ПН  $886 \pm 58,74$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) по сравнению со здоровыми детьми  $627 \pm 61,7$  ммоль/с.

Таким образом, снижение функции ацидоаммониегенеза выявлено в группе больных с ИН, по сравнению с больными с ПН и МКБ, что характеризует напряженность компенсаторно-адаптационных возможностей почек по поддержанию кислотно-основного состояния (КОС) организма в условиях тканевой гипоксии, дыхательного и метаболического ацидоза при пневмонии.

Увеличение экскреции нефротоксических метаболитов (оксалатов) отмечено при ПН  $226,0 \pm 23,0$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ), МКБ  $262,7 \pm 49,8$  ммоль/с ( $p < 0,01$ ), и ИН  $243,2 \pm 28,4$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ), по сравнению со здоровыми детьми. Экскреция уратов при ПН составила  $6,22 \pm 0,52$  ммоль/с, МКБ  $8,3 \pm 1,32$  ммоль/с ( $p < 0,001$ ), ИН  $6,36 \pm 0,26$  ммоль/с ( $p < 0,001$ ), по сравнению со здоровыми детьми. Экскреция мочевой кислоты наиболее высока у больных при пиелонефрите  $7,1 \pm 0,3$  ммоль/с ( $p < 0,01$ ), при МКБ  $6,26 \pm 0,53$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) и ИН  $6,55 \pm 0,37$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ), по сравнению со здоровыми детьми  $4,13 \pm 0,21$  ммоль/с.

Имеющиеся изменения функции ацидоаммониегенеза, связаны с повышением экскреции нефротоксических метаболитов, на фоне наследственной отягощенности семейного анамнеза по обмену МК, оксалатов. Интоксикации, обезвоживание, дыхательная недостаточность и гипоксии на фоне пневмонии, усугубляющие обменные нарушения, приводят к расстройству гомеостатических функций почек.

Соответственно возрастает и опасность нефротоксического действия уратов и оксалатов на поч-

ки. Резкое возрастание концентрации уратов и оксалатов на фоне пневмонии у детей с обменными нарушениями создает угрозу тубулярной обструкции с последующим ухудшением оттока мочи, вплоть до развития почечной недостаточности. Клинически у таких детей отмечались пастозность век, лица, снижение диуреза - до олигоурии.

**Выводы:** Таким образом, выраженные изменения канальцевых функций почек у детей раннего возраста, больных дизметаболическими нефропатиями, недостаточность их адаптивных реакций в условиях гипоксии и особенно при воздействии инфекции, являясь фактором, влияющим на течение пневмонии, способствуют хронизации патологического процесса в почках и увеличивают риск развития у них интерстициального нефрита, микрокристаллизации, камнеобразованию. Лечение в этих случаях без дифференцированной коррекции дизметаболизма, с ориентиром преимущественно лишь на мочевой синдром может привести к стабилизации и хронизации почечного процесса, которые обретают самостоятельную важную медицинскую и социальную значимость.

#### Использованная литература:

1. Ахмедова М.М., Шарипов Р.Х., Расулова Н.А. Дизметаболическая нефропатия // Учебно-методическая рекомендация. Самарканд 2015. с.26.
2. Гресь А.А., Вощула В.И., Рыбина И.Л., Шлома Л.П. Мочекаменная болезнь: опыт применения и эффективность Канефрона Н // Минск. Медицинские новости. 2004г. №8. С.89-93.
3. Ишкатулов Д.И., Ахмедов Ю.М. Наследственные заболевания почек // Нефро-урология у детей. Ташкент, 2008, с. 205-207.
4. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. СПб, 2008, с. 600.
5. Таболин В.А., Вирбицкий В.Н., Чугунова О.А. Диагностическое наблюдение детей, имевших нефропатию в неонатальном периоде // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2000, №3, с. 42-47.
6. Coe FL, Evan AP, Worcester EM. Three Pathways for human kidney stone formation // Urol Res 2010; 38: 147-160.

**НЕКОТОРЫЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА  
ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПЕСТИЦИДОВ****С.М. Ахмедова, У.М. Миршаратов**

Самаркандский государственный медицинский институт.

**Ключевые слова:** токсический миокардит, миокард, пестициды.**Таянч сўзлар:** токсик миокардит, миокард, пестицид.**Key words:** toxic myocarditis, myocardium, pesticides.

В своей работе, мы выявили некоторые морфофункциональные изменения сердца в экспериментальной модели токсического миокардита при воздействии пестицидов, перешедших через молоко матери. Исходя из результатов исследования установлено, что при воздействии пестицидов в экспериментальных группах уже на ранних этапах наблюдаются определенные нарушения со стороны миокарда и кровеносных сосудов. Эти изменения подтверждаются нарушениями параметров функциональных изменений сердца.

**ПЕСТИЦИДЛАР ТАЪСИРИДА ЮРАКДАГИ БАЪЗИ МОРФОФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР****С.М. Ахмедова, У.М. Миршаратов**

Самарканд давлат тиббиёт институти

Тадқиқотлар натижасида она сути орқали ўтган пестициднинг таъсирида келиб чиқувчи токсик миокарднинг экспериментал моделида морфофункционал ўзгаришларни аниқладик. Тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатдики, пестицидларнинг таъсирида ҳатто эрта ёшларда ҳам миокард тўқимасида маълум ўзгаришлар ва кон томирларда бузилишлар кузатилади. Бу ўзгаришлар юракнинг функционал кўрсаткичларини бузилиши билан тасдиқланди.

**SOME MORPHOFUNCTIONAL CHANGES OF HEART AT THE INFLUENCE OF PESTICIDES****S.M. Akhmedova, U.M. Mirsharapov**

Samarkand State Medical Institute

In our work, we identified morphological and functional changes in the heart in an experimental model of toxic myocarditis with exposure to pesticides who went through the mother's milk. Based on the results of the study found out when exposed to pesticides in the experimental groups in the early stages there are certain disorders of the myocardium and blood vessels. These changes are confirmed violations of the functional parameters of the heart changes.

В настоящее время в сельском хозяйстве Узбекистана существенное место занимает использование разнообразных химических средств, как для повышения урожайности, так и для борьбы с сельскохозяйственными вредителями, поэтому в последние годы значительно возросла актуальность проблемы исследования вредных факторов окружающей среды, влияющих на организм человека, в частности на морфофункциональное состояние сердца. Изучение научной литературы показало, что большая часть исследований сердца в медицине проводилась у человека. Однако в решении многих вопросов лечения различных заболеваний сердечно - сосудистой системы неопределимую помощь могут оказать экспериментальные работы, посвященные структурно-функциональным исследованиям сердца.

По литературным данным у лиц, которые контактировали с хлор- и фосфорорганическими пестицидами, по сравнению с контрольной группой, чаще встречались заболевания печени, а также заболевания желудочно-кишечного тракта [1,2,3]. Выявлены более частые патологические изменения и со стороны сердечно - сосудистой системы [4,5]. Отсутствие исследований о влиянии пестицидов которана и кинмикса на сердечно-сосудистую систему обусловило актуальность темы и послужило основанием для проведения работы.

**Целью работы является** оценка структурных и функциональных изменений миокарда у экспериментальных животных в условиях воздействия которана и кинмикса в раннем постнатальном онтогенезе.

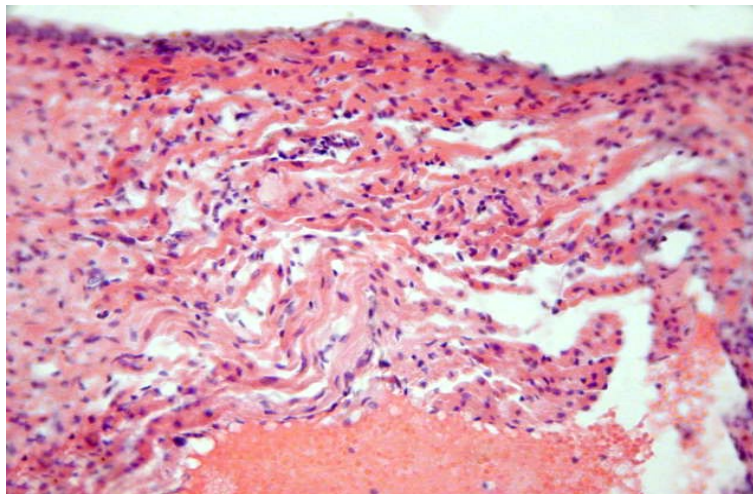
**Материалы и методы исследования.** Материалом для исследования служили препараты 40 сердец крыс. Всего в работе были использованы 205 сердец крыс: однодневного, 6



дн., 11 дн., 16 дн. и 21 дневного возраста. Животных разделили на 3 группы. Для получения поставленной цели были проведены 2 серии экспериментов. В первой серии после рождения крысят матерям введен пестицид которан в дозе 1/100 ЛД<sub>50</sub> внутривенно через катетер. Во второй серии пестицид кинмикс по такой же схеме, в дозе 5МДУ введен матерям крысам-самкам, и крысята забивались в аналогичные дни эксперимента. В контрольной группе животным - матерям ежедневно утром натошак в зависимости от срока вводили дистиллированную воду в количестве 1 мл. В качестве зонда для крыс самок использовали подключичные катетеры №1. Животные экспериментальных и контрольной групп усыпляли эфиром на 1, 6, 11, 16, 21 сутки после рождения. После вскрытия грудной и брюшной полостей животных фиксировали в 12% растворе формалина, затем извлекали сердце и проводили по спиртам возрастающей концентрации. Из каждого блока были приготовлены продольные гистологические срезы толщиной 10-12 микрометров. Окрашивание проводили гематоксилином и эозином.

С каждой серии эксперимента по 2 крысят брали для электрокардиографии сердца. ЭКГ выполняли по общепринятой методике с записью ЭКГ в 3-х стандартных отведениях на аппарате CardiMax Fx-7102 в I, II, III стандартных отведениях, в спинном положении. В качестве электродов использовали металлические иглы диаметром 10 мм, с длиной мм, от которых осуществляли отведение. Электроды вставляли на конечности крысы, после наркоза. Наркоз производили калипсолом в дозе 0,1 мг/100 г веса крысы. Регистрация ЭКГ выполнялась в масштабе 1 мV= 10 мм со скоростью 25 мм/сек.

Результаты микроскопического исследования сердца крысят в период лактации при воздействии на матерей как кинмикса, так и которана показали, что патоморфологические изменения в структурных элементах сердца проявлялись в виде отеочно-дисциркуляторных, дистрофически-дегенеративных и воспалительно-деструктивных явлений. В начальных сроках эксперимента патоморфологическим изменениям подвергались сосуды микроциркуляторного русла, затем венозные сосуды и, в конце концов, изменения охватывали артерии. При этом в мелких сосудах сердца выявлялись полнокровие, стаз и диапедезные кровоизлияния, которые сопровождалась периваскулярным отеком, набуханием и дезорганизацией соединительнотканной стромы (рис 1).



*Рис.1. Отек и разрыхление стенки ЛЖ сердца 11-дневного крысенка при воздействии которана. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.: об. 20, ок. 10.*

Дисциркуляторные явления распространялись на венозные сосуды в виде расширения и полнокровия их, развития периваскулярного отека и диапедезного кровоизлияния, которые являются результатом токсического воздействия пестицида, развивающиеся в результате дисциркуляции микроциркуляторного русла, токсического венозного полнокровия и по-

вышения проницаемости сосудов. Повышение проницаемости микрососудов и сосудов венозного звена сопровождалось выходом жидкой части крови в стенку сосудов и окружающую соединительную ткань. Впоследствии изменяются качество и количество тканевой жидкости с перераспределением гликозаминогликанов, повышением кислотности и гидрофильности ткани, что приводило к развитию дезорганизации как клеточных, так и волокнистых структур сосудисто-стромальной ткани и проявляются в виде мукоидного и фибриноидного набухания волокнистых структур. При микроскопическом исследовании эти дезорганизационные изменения проявлялись отеком, миксоматозом и фибриноидом соединительной ткани. В частности, в сердце этим изменениям первоначально подвергались стенки сосудов и периваскулярная соединительная ткань. Фибриноидное набухание волокнистых структур сопровождается появлением альтеративных изменений, напротив которых развиваются воспалительный и гиперпластический процесс. В наших наблюдениях воспалительный процесс достигал максимума к 16-му дню исследования, проявляясь периваскулярным и интерстициальным лимфогистиоцитарным инфильтратом (рис 2).

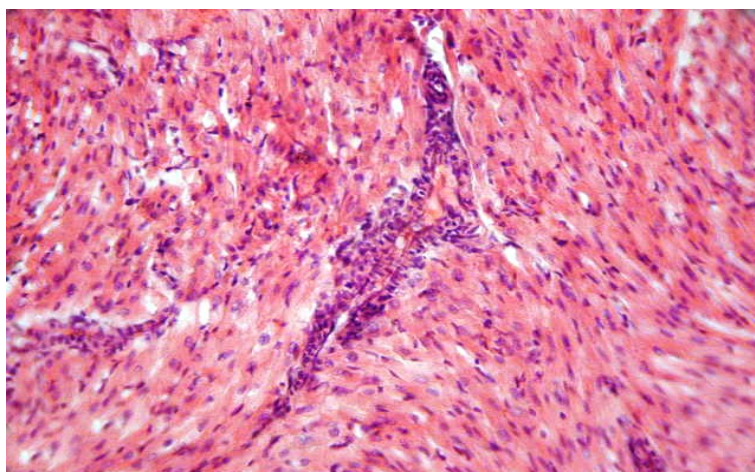


Рис. 2. Стенка ЛЖ 6-дневного крысенка при воздействии которана. Лимфогистиоцитарная инфильтрация вокруг сосудов. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.: ок. 10, об. 20.

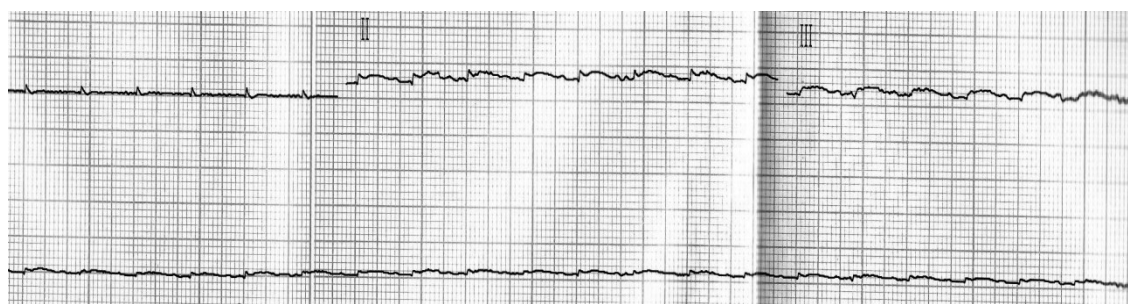
Токсическое воздействие пестицидов на сердце крысят проявлялось патоморфологическими изменениями, развивающимися в стенке артериол и капилляров в виде дезорганизации волокнистых структур, пролиферативного процесса собственных клеток стенки сосудов, а также изменениями мышечных волокон миокарда в виде белковой дистрофии, разрыхления миофибрилл и дисконкомплексации ядерно-цитоплазматического отношения.

Появление в тканях пролиферативного инфильтрата свидетельствует о развитии хронического воспаления, которое имеет аутоиммунную природу. Известно, что пролиферация лимфогистиоцитарных клеток нередко сопровождается развитием гиперпластических процессов в виде разрастания первоначально грануляционной, а затем соединительной ткани и приводит к утолщению сосудисто-стромальной интерстициальной стромы.

Результаты морфометрического исследования диаметра сосудов различного вида стенки сердца крысят в период лактации при воздействии на матерей которана показали, что с 6-го дня артериальные сосуды сужены с уменьшением внутреннего диаметра. В 6-дневном возрасте диаметр артерии составляет в среднем  $49,8 \pm 4,3$  мкм, что меньше контроля на 12,3%, в 11-дневном возрасте –  $52,5 \pm 5,6$  мкм, что меньше нормы на 8,8%, в 16-дневном сроке –  $56,7 \pm 6,3$  мкм, что также меньше нормы на 11,2%, в 21-дневном сроке –  $61,3 \pm 7,3$  мкм, что меньше нормы на 7,6%. Можно отметить, что диаметр артерии сердца с возрастом увеличивается, хотя при сравнении с нормой отмечается некоторое отставание от нее. Динамика изменений диаметра артериол в различные сроки исследования имеет такую же тенденцию: по сравнению с контролем изучаемый показатель во всех сроках остается суженным.

Вышеописанные общеморфологические изменения сосудисто-стромальной ткани сердца приводят к нарушениям обмена продуктов в паренхиматозных клетках или в кардиомиоцитах. Морфологически эти нарушения в кардиомиоцитах проявлялись в виде белковой гиалиново-капельной и вакуольной дистрофии, которая в наших наблюдениях часто локализовалась в периваскулярных зонах и субэндокардиальном слое миокарда.

При сравнении параметров ЭКГ сердца крысят контрольной и экспериментальных групп установлены различия этих параметров. У крысят экспериментальных групп с введением как которана, так и кинмикса в ранние сроки исследования наблюдалось уменьшение значения предсердных показателей амплитуды Р с увеличением длительности их интервала, что, по-видимому, обусловлено изменениями морфофункционального состояния предсердий сердца в ранние сроки эксперимента в результате токсического действия пиретроидов. В поздние сроки патологические изменения миокарда проявлялись в виде зазубренности и снижения вольтажа комплекса QRS, смещения интервала ST от изолинии (рис 3). Эти изменения связаны с дистрофическими изменениями паренхиматозных клеточных элементов миокарда, которые доказаны описаниями и микрофотографиями работы.



*Рис 3. ЭКГ сердца 11-дневного крысенка при воздействии кинмикса. Отмечается подъем ST выше изолинии с дугой, обращенной выпуклостью кверху.*

Дисциркуляторные и дистрофические изменения миокарда сопровождаются гипоксией в кардиомиоцитах, которая у крысят экспериментальной группы проявлялась остроконечным зубцом Т. Эти данные подтверждают факт о токсическом действии которана и кинмикса на сердце крысят, отравленных этими пестицидами через материнское молоко.

**Выводы:**

Токсическое воздействие пестицидов на сердце крысят проявлялось патоморфологическими изменениями, развивающимися в стенке артериол и капилляров в виде дезорганизации волокнистых структур, развития пролиферативного процесса собственных клеток стенки сосудов, а также изменениями мышечных волокон миокарда в виде белковой дистрофии, разрыхления миофибрилл.

Изменение на ЭКГ характеризовались появлением различных нарушений ритма и проводимости. В поздних сроках эксперимента наблюдались изменения вплоть до некроза миокарда, что отражалось на комплексе QRS.

**Использованная литература:**

1. Акиншина Н. Г., Гутникова А. Р. О механизме действия пиретроидного препарата "Bulldock" на функциональное состояние изолированных митохондрий печени крыс // Токсикологический вестник. М., 2003. №1. С. 28-32.
2. Мымренко Т.В., Балан Г.М., Мымренко С.Н. Особенности сердечно сосудистой патологии у больных с профессиональной хронической интоксикацией // Сучасні проблеми токсикології. 2011. №5. С. 155-157.
3. Турсунов Э. А. Жигарнинг пестицидлар таъсиридаги структур-функционал хусусиятлари: научное издание // Терапевтический вестник Узбекистана. Ташкент, 2013. N4. С. 146-147.
4. Li Y., Niu J., Shen Z., Zhang C. Spatial and seasonal distribution of organochlorine pesticides in the sediments of the Yangtze Estuary // Chemosphere. 2014. Vol. 114. P. 233-240.
5. Linde D., Konings E. E. Slager M. A. Birth prevalence of congenital heart disease worldwide: a systematic review and meta-analysis // J.Am. Coll. Cardiol. 2011. Vol. 58, № 21. P.2241-2247.

## РЕЗЕКЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА. ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

В.В. Бенедикт

ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я Горбачевского МЗ Украины», Тернополь, Украина

**Ключевые слова:** тонкая кишка, непроходимость, резекция, осложнения, профилактика.

**Key words:** small intestine, obstruction, resection, complications, prevention

Целью работы являлось изучение причин возникновения осложнений после резекции тонкой кишки у больных с острой непроходимостью тонкой кишки и разработка методов для их профилактики, что будет способствовать улучшению результатов хирургического лечения таких пациентов. У 19 больных (4,1 %), из 221 прооперированного пациента, проведена резекция кишки с анастомозом. Изучены степень тяжести интоксикационного синдрома, неспецифическая резистентность организма, сроки восстановления моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки, индекс коморбидности, степень операционно-анестезиологического риска по шкале ASA. Ретроспективный анализ проведен у 15 больных с неблагоприятными результатами лечения. Выделены возможные причины осложненного течения послеоперационного периода. Предложен способ энтеростомы для декомпрессии пищеварительного тракта у больных с острой непроходимостью тонкой кишки и медикаментозная стимуляция моторики тонкой кишки в послеоперационном периоде, что позволяет предупредить развитие нарушений моторики кишки и улучшить качество жизни пациентов после операции.

## RESECTION OF SMALL INTESTINE IN PATIENTS WITH ACUTE OBSTRUCTION OF GASTROINTESTINAL TRACT. COMPLICATIONS AND PREVENTION

V.V. Benedykt

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

The purpose of the work is to study the causes of complications after resection of small intestine in patients with acute obstruction and to develop possible methods for their prevention, which will improve the results of surgical treatment of such patients. In 19 patients (4,1%) from 221 operated patients, resection of the intestine with anastomosis was performed. The degree of severity of intoxication syndrome, non-specific resistance of an organism, terms of recovery of motor-evacuation function of small intestine, comorbidity index, degree of surgical and anesthetic risk on the ASA scale have been studied. Retrospective analysis was performed in 15 patients with adverse treatment outcomes. Possible causes of the complicated course of the postoperative period are highlighted. A method of enterostomy for decompression of the digestive tract in patients with acute obstruction of the small intestine and medication stimulation of the small intestine motility in the postoperative period is suggested, which helps prevent the development of intestinal motility disorders and improve the quality of life of patients after the operation.

**Вступление.** Острая непроходимость тонкой кишки (ОНТК) является одним из самых трудных заболеваний в неотложной абдоминальной хирургии и часто сопровождается тяжелыми и опасными осложнениями. Хирургам часто вынужденно приходится выполнять резекцию некротизированного участка тонкой кишки (ТК), что увеличивает продолжительность операции и может осложнять течение послеоперационного периода.

**Целью работы** являлось изучение причин возникновения осложнений после резекции ТК у больных с ОНТК для разработки возможных методов их профилактики, что будет способствовать улучшению результатов хирургического лечения таких пациентов.

**Материал и методы исследования.** 221 больному с ОНТК проведено хирургическое лечение, у 19 из них, что составило 4,1 % от всех прооперированных пациентов, проведена резекция кишки с анастомозом. Кроме этого, проведен ретроспективный анализ 15 медицинских карт стационарных больных с исследуемой патологией, которым была выполнена резекция некротического участка кишки. Вместе с общеклиническими исследованиями изучали степень тяжести интоксикационного синдрома с помощью определения лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) [5], а также определяли неспецифическую резистентность организма с помощью палочкоядерно-лимфоцитарного индекса (ПЛИ) [2] и сроки восстановления моторно-эвакуаторной функции ТК. Проведено определение индекса коморбидности [1,6]. Перед операцией по шкале ASA определяли степень операционно-

анестезиологического риска [7].

Цифровые величины обрабатывали методом вариационной статистики. Достоверность разницы между исследуемыми величинами определяли с помощью критерия Стьюдента.

**Результаты исследований.** При анализе результатов обследования больных с ОНТК, которым была произведена резекция ТК, было выявлено, что 52,6% больных этой группы были в возрасте до 60 лет, остальные - в возрасте 60 и более лет. Очевидно, что такой возрастной разброс влияет на течение заболевания после операции. 68,4% больных этой группы поступили в третий период течения заболевания и в стадии декомпенсации функционального состояния организма пациента - в 78,9% случаев. Сопутствующие заболевания имели место у 17 пациентов (89,5%). Индекс коморбидности в этой группе больных был следующим: до 59 лет 1,7 балла, в возрасте - 60-74 лет - 4,3 балла и в возрасте 75-89 лет 5,5 балла. Наличие сопутствующей патологии у больных на фоне стадии течения заболевания способствовало ухудшению компенсаторных возможностей организма пациента и увеличению степени операционно-анестезиологического риска (ASA). Степень операционно-анестезиологического риска (ASA) у таких больных была достаточно высокой. Так, с первой степенью было 4 больных (21,1%), со второй 5 пациентов (26,3%), с третьей и четвертой - 8 (42,1%) и 2 (10,5%) случаев соответственно. У 50,0% пациентов наблюдались тяжелые компенсированные и декомпенсированные заболевания, которые в 11,1% случаев представляли постоянную угрозу для жизни пациента.

При проведении ретроспективного анализа было выявлено, что больные, которым была произведена резекция ТК с неблагоприятным исходом заболевания, были в возрасте 64-81 лет. Среди них 11 женщин (73,3%) пациентов. В первые сутки поступило только 3 (20,0%) пациентов, еще 3 (20,0%) - в период 24-48 часов, и большинство больных (60,0%) - в более поздние сроки заболевания. Степень операционно-анестезиологического риска (ASA) у таких больных была достаточно высокой: третья - у 2 больных (13,3%), четвертая - у 11 (73,3%) и еще у 2 пациентов (13,3%) - пятая степень. Продолжительность операции более 2-х часов была у 10 больных (66,7%) и в среднем составила 139,3 мин. Во время операции была использована декомпрессия ТК в 66,7% случаев с помощью назогастроинтестинальной интубации (НГИИ) и у 3 больных во время релапаротомии - с помощью энтеростомы. Величина ЛИИ у этих больных при поступлении была  $(4,1 \pm 0,6)$  ед., на первые сутки -  $(7,03 \pm 1,7)$  ед., на третьи и пятые сутки - увеличение исследованного показателя в 1,72 и в 1,91 раза в сравнении с дооперационным значением, соответственно и перед летальным исходом -  $(12,4 \pm 2,6)$  ед. В период лечения у больных этой группы наблюдалось существенное ухудшение показателя неспецифической резистентности организма. Так, ПЛИ при поступлении был  $(1,19 \pm 0,08)$  ед., на вторые-третьи сутки - он увеличивался в 2,5 раза, на пятые сутки лечения - в 3,8 раза по сравнению с дооперационным значением показателя и в конце наблюдения - в 4,7 раза соответственно. Такие изменения указывали на существенное ухудшение неспецифической резистентности организма пациентов с ОНТК во время неблагоприятного течения заболевания. Летальный исход лечения в 4 случаях (26,7%) наступил в период до 3 суток и его причиной была полиорганная недостаточность. В более позднем периоде причиной такого исхода были полиорганная недостаточность, декомпенсация сопутствующей сердечно-легочной недостаточности.

К возможным ошибкам при оказании хирургической помощи больным с ОНТК во время операции можно отнести: выбор неадекватного для конкретной операционной ситуации метода декомпрессии пищеварительного канала; превышение объема оперативного вмешательства, что приводило к увеличению его продолжительности.

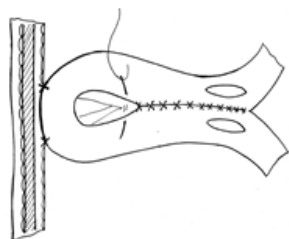
К возможным причинам осложненного течения послеоперационного периода в исследуемой группе больных, кроме пожилого и старческого возраста пациентов и позднего обращения за медицинской помощью, были: продолжительная гипотония и гиповолемия в послеоперационном периоде; отказ от постоянной декомпрессии желудочно-кишечного тракта; продолжительная анемия и гипопропротеинемия; отказ от раннего применения энтерально-

го питания; позднее восстановление моторики пищеварительного тракта.

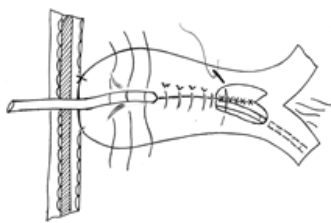
Для устранения негативного влияния перечисленных неблагоприятных факторов, которые влияют на исход операции у больных с ОНТК, мы предлагаем следующие мероприятия.

Выбор адекватного для конкретной операционной ситуации метода декомпрессии пищеварительного канала. Методы открытой декомпрессии ТК использовались нами у ослабленных больных во время релапаротомии в условиях глубокого пареза кишечника и при перитоните, а также при неэффективности НГИИ.

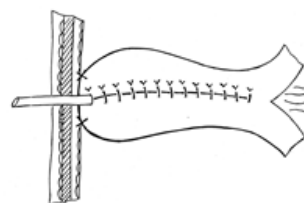
Предлагаем способ энтеростомы [3] для проведения декомпрессии желудочно-кишечного тракта у больных с ОНТК (рис. 1), который заключается в том, что дренирующую трубку вводят в петлю ТК через сформированный перед тем и подшитый к брюшной стенке анастомоз по Брауну. Необходимую петлю ТК соединяют между собой серозо-серозными швами на расстоянии 6-8 см в виде двустволки. Производят на них два параллельных разреза длиной до 4 см. В необходимом для декомпрессии месте направлении в ТК вводят дренирующую трубку на целесообразное расстояние. Дистальный конец этой трубки погружают между анастомозирующими участками тонкой кишки с помощью серо-серозных узловых швов (рис. 1 - фиг.1, 2), и в области энтеротомии накладывают энтеро-энтероанастомоз. "Слепой" конец этой петли подшивают к париетальной брюшине с помощью узловых швов (рис. 1 - фиг. 3). Подтекания кишечного содержимого и нарушений пассажа по ТК в условиях применения предложенного способа не наблюдалось.



Фиг. 1.



Фиг. 2



Фиг. 3.

Рис. 1. Схематическое изображение предложенной энтеростомы.

У одного больного с ОНТК во время релапаротомии была выявлена недостаточность тонко-тонкокишечного анастомоза с развитием распространенного перитонита. Наложение кишечного анастомоза не представлялось возможным. На переднюю брюшную стенку были выведены проксимальный и дистальный отрезки ТК с декомпрессией приводящей петли – двудольная энтеростома. После коррекции общего состояния пациента и моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта проводилось поэтапное восстановление целостности кишечной трубки.

Таким образом, открытые способы декомпрессии ТК являются лечебными методами, которые показаны небольшому числу пациентов с ОНТК, однако они должны быть в арсенале хирурга, занимающегося лечением больных с указанной патологией.

Для повышения эффективности лечения больных с ОНТК необходимым является раннее восстановление моторики ТК после операции, что позволяет использовать раннее применение энтерального питания, приводит к уменьшению уровня интоксикации, коррекции гипопроотеинемии, анемии и нарушению общего гомеостаза пациента.

Нами предложена схема медикаментозной стимуляции моторики ТК в послеоперационном периоде с учетом стадии течения ОНТК и метаболических нарушений в стенке пораженного органа [4]. На фоне общепринятой терапии больным с ОНТК 1-2 стадии течения этой патологии с первого дня после операции для прекращения асинхронной деятельности ТК, улучшения локального кровообращения и увеличения энергетического обеспечения

соответственно. На 5 сутки послеоперационного периода у больных с ОНТК основной группы показатели ЛИИ уменьшались до  $(1,1 \pm 0,06)$  ед., что объясняется появлением таких клинических признаков восстановления моторно-эвакуаторной функции ТК как перистальтика и отхождение газов у всех больных этой группы (100,0% случаев) и в 69,2 % случаев появился акт дефекации. Перед выпиской пациентов этой группы показатели ЛИИ достигали почти нормальных значений  $(1,05 \pm 0,08)$  ед.

Следовательно, показатели интоксикации организма больного зависят от функционального состояния ТК после хирургического лечения ОНТК, при которой пищеварительная трубка выполняет дезинтоксикационную функцию.

Как видно из приведенных на рис. 3 графиков изменений ПЛИ у больных контрольной и основной групп величина этого показателя в 1 сутки после операции возрастает в 2,2 раза и в 1,6 раза соответственно по сравнению с дооперационным значением, что указывает на напряжение неспецифической резистентности организма в результате резекции некротического участка ТК и нарушения функционального состояния пищеварительной трубки (развитие пареза и энтеральной недостаточности). Такая динамика наблюдается и в течение 2 суток послеоперационного периода. Начиная с 3 дня после резекции ТК величина ПЛИ уменьшается у больных контрольной группы в 1,8 раза и у пациентов основной группы – в 1,6 раза соответственно. На 5 сутки исследования этот показатель в контрольной группе больных составляет  $(0,97 \pm 0,03)$  ед., что составляет 57,7% от его дооперационного значения и 26,5% от его величины в 1 сутки после резекции ТК. В группе больных, которым проводился предложенный комплекс корректирующей терапии, величина ПЛИ составляла  $(0,87 \pm 0,05)$  ед., что соответствовало 65,4% от дооперационного его значения и 41,4% – от величины этого показателя в 1 сутки после операции. При выписке пациентов из хирургического стационара величина этого показателя составила в контрольной группе  $(0,6 \pm 0,02)$  ед. и  $(0,5 \pm 0,01)$  ед.

Таким образом, изучение изменений палочкоядерно-лимфоцитарного индекса указывает на нормализацию его величины в основной группе больных, что коррелирует с нормализацией у них двигательной активности ТК на 1-2 суток раньше, чем у больных контрольной группы, т.е. без проведения предложенных методов коррекции.

Применение предложенных диагностических и лечебных методов у больных с ОНТК после резекции участка ТК позволяет предупредить развитие осложнений после операции, эффективно корректировать выявленные изменения, уменьшить вероятность возникновения устойчивого послеоперационного пареза, что улучшает качество жизни больных после операции и позволяет сократить сроки пребывания в стационаре на 2-4 дня.

#### **Выводы:**

1. К прогностическим критериям, которые могут отразить клиническое течение острой непроходимости тонкой кишки у больных, следует отнести показатели интоксикации и неспецифической резистентности организма.

2. Определение у больных с острой непроходимостью тонкой кишки индекса коморбидности и степени операционно-анестезиологического риска (ASA) является необходимым этапом в оказании хирургической помощи таким пациентам.

3. К возможным ошибкам при оказании хирургической помощи больным с острой непроходимостью тонкой кишки во время операции можно отнести: выбор неадекватного для конкретной операционной ситуации метода декомпрессии пищеварительного канала; превышение объема оперативного вмешательства.

4. Использование адекватных методов дренирования пищеварительного тракта, раннее восстановление моторики его позволяет значительно улучшить качество жизни пациента в раннем послеоперационном периоде и получить хорошие результаты лечения у больных с острой непроходимостью тонкой кишки после резекции некротического участка.

**Использованная литература:**

1. Беялов Ф.І. Дванадцять тез коморбідності / Ф.І. Беялов // Клінічна медицина. 2009. № 12. С. 69–71.
2. Бенедикт В.В. Особливості змін показників неспецифічної резистентності організму у хворих на перитоніт // В кн.: Здобутки клінічної та експериментальної медицини. Збірник наукових праць ХЛУ підсумкової науково-практичної конференції. Випуск 7. Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. С. 65–66.
3. Деклараційний пат. 55573 А, А61В17/00. Спосіб ентеростомії // Бенедикт В.В.; заявник Тернопільська державна медична академія імені І. Я. Горбачевського. - опубл. 15.04.2003, Бюл. № 4, 2003 р.
4. Деклараційний пат. 61258 А, А61К33/06. Спосіб стимуляції моторної функції кишки в ранньому післяопераційному періоді / Ковальчук Л.Я., Дячук І.О. Бенедикт В.В.; заявник Тернопільська державна медична академія імені І. Я. Горбачевського. - опубл. 17.11.2003, Бюл. № 11, 2003 р.
5. Кальф-Калиф Я.Я. О гематологической дифференциации различных форм и фаз острого аппендицита / Я.Я. Кальф-Калиф // Хирургия. 1947. № 7. С.40–43.
6. Charlson M. E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales, C. R. McKenzie // J Chron Dis, 1987. № 40 (5). P. 373–383.
7. Little J.P. Consistency of ASA grading / J.P. Little // Anaesthesia. 1995. 50, N. 7. P. 658–659.



**ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ С ПОВЫШЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ НАГРУЗКАМИ****Г.Л. Бурханова, О.А. Ким**

Самаркандский государственный медицинский институт

**Ключевые слова:** физическая работоспособность, дети и подростки, бокс, спортивная гимнастика, Гарвардский степ-тест.

**Таянч сўзлар:** жисмоний иш қобилият, болалар ва ўсмирлар, бокс, спорт гимнастика, Гарвард степ-тест.

**Key words:** Physical working capacity, children and adolescents, boxing, gymnastics, Harvard step test.

Нами проведена сравнительная оценка физической работоспособности по результатам Гарвардского степ-теста 100 юных спортсменов и 20 детей и подростков, не занимающихся спортом.

**ЮҚОРИ ЗЎРИҚИШДАГИ ЁШ СПОРТЧИЛАРДА ЖИСМОНИЙ ИШ ҚОБИЛИЯТНИ БАҲОЛАШ****Г.Л. Бурханова, О.А. Ким**

Самарканд Давлат Тиббиёт Институти

Биз томонимиздан 100 нафар ёш спортчилар ва 20 нафар спорт билан шуғулланмайдиган болалар ва ўсмирлар Гарвард степ - тест натижалари асосида қиёсий баҳоланиш ўтказилди.

**EVALUATION OF PHYSICAL WORKING CAPACITY OF YOUNG ATHLETES WITH INCREASED PHYSICAL EXERTION****G.L. Burkhanova, O.A. Kim**

Samarkand state medical institute

We carried out a comparative evaluation of physical working capacity according to the results of the Harvard step-test of 100 young athletes and 20 children and adolescents who are not involved in sports.

Исследование физического развития с определением уровня функциональных резервов позволяет значительно углубить информацию как о морфофункциональном статусе организма человека, так о степени его физической работоспособности [2,3].

Физическая работоспособность проявляется в различных формах мышечной деятельности. Она зависит от физической формы или готовности человека, его пригодности к физической работе, к спортивной деятельности. Физическая работоспособность является интегральным выражением функциональных возможностей человека [2,5].

Гарвардский степ-тест, достоинством которого является его доступность и методическая простота, широко используется в настоящее время с целью оценки общей физической работоспособности, и соответственно, для изучения адаптационных возможностей [1,4].

**Цель исследования.** Изучить физическую работоспособность детей и подростков с повышенными физическими нагрузками посредством Гарвардского степ – теста.

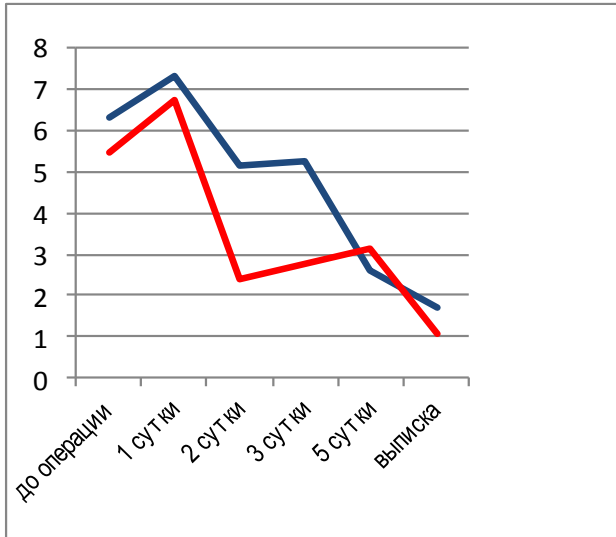
**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 120 детей и подростков в возрасте 10 – 16 лет, которые были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 50 детей и подростков, занимающихся спортивной гимнастикой, и 50 юных боксеров. Группу контроля составили 20 учеников средней общеобразовательной школы г.Самарканда, сопоставимых по возрасту и полу.

**Результаты исследования.** Восхождение на ступеньку начинали с правой ноги. Количество циклов составляло 30 в минуту. В каждом цикле испытуемые совершали четыре шага: правой ногой вставали на ступеньку, затем приставляли к ней левую ногу, после правую ногу спускали обратно на пол и за ней спускали левую. Таким образом, в течение 5 минут совершали 150 циклов.

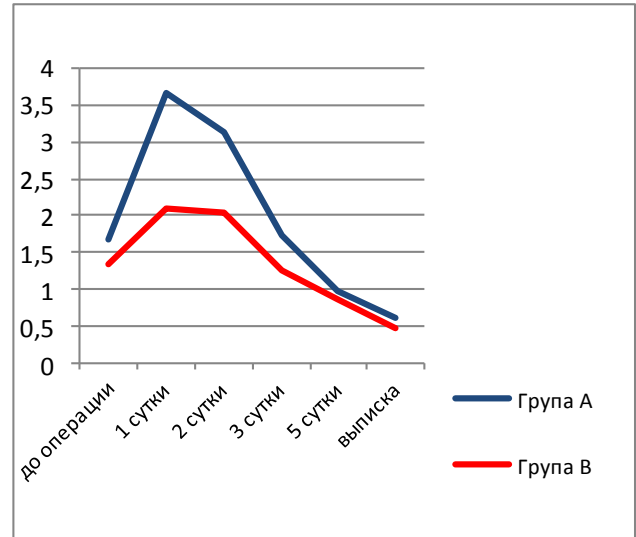
После завершения подъемов и отдыха на 1-й минуте, на 2-ой, 3-ей и 4-ой минуте измеряли пульс три раза в течение 30 секунд с последующими перерывами в 30 секунд. Таким образом, мы получили три значения пульса. Следует отметить, что с выполнением гарвардского степ – теста справились все дети и подростки основной группы, тогда как у 3 детей

этого органа назначали препараты-антагонисты ионов кальция - 0,1% раствор обзидана или 0,25% раствор верапамила, или миотропный спазмолитик – 2% раствор папаверина, эссенциальные фосфолипиды, концентрированные растворы глюкозы, растворы АТФ, тиотриазолина, кокарбоксилазы, а также антиоксиданты - 5-10% растворы  $\alpha$ -токоферола ацетата. Начиная со второго дня препараты-антагонисты ионов кальция отменяли, и начинали вводить препараты кальция. Больным, у которых наблюдался третий период течения ОНТК, препараты-антагонисты ионов кальция не вводились.

При изучении величины показателей ЛИИ и ПЛИ у больных с ОНТК после резекции ТК были получены результаты, представленные на рис. 2 и 3.



*Рис. 2. Изменение лейкоцитарного индекса интоксикации у больных с ОНТК после резекции ТК в группе А (без коррекции) и в основной группе В (с коррекцией).*



*Рис. 3. Изменение палочкоядерно-лимфоцитарного индекса неспецифической резистентности у больных с ОНТК после резекции ТК в группе А (без коррекции) и в основной группе В (с коррекцией).*

При проведении анализа изменений ЛИИ в контрольной группе больных (А) с ОНТК, приведенных на рис. 2, выявлено двухфазность течения уровня интоксикации в организме пациентов после операции: в 1 сутки после операции наблюдалось увеличение уровня интоксикации по сравнению с дооперационной величиной на 16,1%, что объясняется объемом операции – резекцией и декомпенсированным состоянием ТК (нарушение двигательной активности, развитие энтерального синдрома). Снижение и стабилизация показателей ЛИИ наблюдались на 2-3 сутки (5,1±0,8) ед. и (5,3±0,9) ед. соответственно. В последующий период лечения (на 5 сутки после операции) ЛИИ у больных ОНТК уже составлял (2,6 ± 0,9) ед., что в 2,5 раза меньше, чем до операции, и в 2,8 раза – чем в 1 сутки послеоперационного периода. В конце лечения величина исследуемого показателя уменьшилась до (1,8±0,06) ед., однако не достигала нормальных величин. Таким образом, у больных с ОНТК после резекции некротического участка ТК вследствие тяжелого течения заболевания и нарушения моторно-эвакуаторной функции кишки минимальный уровень интоксикации сохраняется повышенным даже при выписке пациента из хирургического стационара.

У больных с ОНТК основной группы (В) также наблюдалось увеличение интоксикации по данным ЛИИ на 23,3% по сравнению с дооперационной величиной. Однако, со вторых суток послеоперационного периода было обнаружено резкое уменьшение величины исследуемого показателя в 2,8 раза по сравнению с 1 сутками, а на 3 сутки – в 2,4 раза

контрольной группы тестирование прекратили досрочно в связи с ухудшением самочувствия.

Индекс гарвардского степ-теста (ИГСТ) показывает, как быстро происходит восстановление процессов в организме после интенсивной непродолжительной физической нагрузки. Чем быстрее восстанавливается пульс после тестирования, тем выше индекс.

Для расчета применяли формулу:

$$\text{ИГСТ} = t * 100 / (f1 + f2 + f3) * 2,$$

где t – это время проведения пробы (в данном случае составляет 5 минут), f1, f2, f3 – это подсчет сердечных ударов в первые 30 секунд 2-й, 3-й и 4-й минут отдыха.

Величина ИГСТ характеризует скорость восстановительных процессов после напряженной физической нагрузки и оценивается по шкале. Чем быстрее восстанавливается частота сердечных сокращений (ЧСС) после степ-теста, тем меньше величина f2+f3 и, следовательно, выше ИГСТ.

Таблица 1.

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ГАРВАРДСКОГО СТЕП - ТЕСТА ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ**

Показатель	До нагрузки	После нагрузки	
		1-я минута	2-я минута
ЧСС	72,1±0,3*		87,3±0,7*
САД	105,4±0,7*	119,4±0,5*	
ДАД	69,6±1,2*	77,2±2,1*	
Характер пульса	Ритмичный		Ритмичный

Примечание: \* достоверность различий при  $p < 0,05$

По результатам ИГСТ у юных спортсменов зарегистрированы различные типы физической работоспособности.

Таким образом, у 10% спортсменов ИГСТ оценён как «отличный», у 59% - как «хороший», у 29% - как «средний», у 2% - как ниже среднего.

Таким образом, у большинства спортсменов выявляется удовлетворительная адаптация, что свидетельствует о высоком уровне приспособительных реакций организма к регу-

Таблица 2.

**ТИПЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ПО ИГСТ**

Типы физической работоспособности	Основная группа		Контрольная группа	
	n=100	%	n=20	%
Отличная	10	10	3	15
Хорошая	59	59	5	25
Средняя	29	29	5	25
Ниже среднего	2	2	2	10
Плохая	-	-	2	10

лярным физическим нагрузкам. Определение степени физической подготовленности спортсменов по ИГСТ показало, что у 69 % боксеров и гимнастов выявляется хорошая (ИГСТ = 84±2,8) и отличная (ИГСТ = 93±2,1) физическая подготовленность, а у 29 % спортсменов лежит преимущественно в области средней (ИГСТ = 75±2,8) и всего лишь 2 % ниже средней (ИГСТ = 57±2,8). У детей и подростков группы контроля результаты ИГСТ по сравнению с основной были хуже. Так, всего у 40% испытуемых выявлена хорошая (ИГСТ = 87±1,2) и отличная (ИГСТ = 91±0,7) физическая подготовленность, у 25% - средняя (ИГСТ = 73±2,2), у 10% - ниже средней (ИГСТ = 62±1,6) и у 10% - плохая физическая подготовленность (ИГСТ = 52±2,4). Если в основной группе гарвардский степ-тест смогли выполнить все испытуемые, то в группе контроля у 3 детей тестирование завершили досрочно в связи с ухудшением состояния здоровья.

**Использованная литература:**

1. Воронин Р.М. Гарвардский степ-тест в оценке функционального состояния юношей 17 – 18 лет // Научно – практический журнал «Научные ведомости» Серия Медицина. Фармация. 2011. № 16 (111). Выпуск 15, С.182-185.
2. Медицинская реабилитация в спорте: Руководство для врачей и студентов // Под ред. проф. Сокрута В.Н., акад. Казакова В.Н. Д.: Каштан, 2011, с. 56.
3. Функциональные резервы организма детей и подростков. Методы исследования и оценки: учебное пособие // Н.Г. Чекалова[и др.]. Н. Новгород: Изд-во НижГМА, 2010. 164 с.
4. Saidov B.M. Sport tibbiyoti. Darslik. «Fan va texnologiya», 2013, 480 b.
5. Christopher C. Madden, Margot Putukian, Craig C. Young, Eric C. Mccarty. Netter's Sports Medicine // Saunders, Elsevier Inc., 2010. p.753.

## РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВ И МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

А.А. Зуфаров

Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Ключевые слова:** острые воспалительные заболевания дыхательной системы, цитокины, маркеры воспаления, дети.

**Таянч сўзлар:** нафас олиш тизими ўткир яллиғланиш, цитокинин, актив кўрсаткичлар, болалар.

**Key words:** acute inflammatory diseases of the respiratory system, cytokines, markers of inflammation, children.

На основании обследования 167 детей с острым воспалением верхних дыхательных путей определены особенности цитокинового статуса у детей с острыми воспалительными заболеваниями дыхательной системы, которые выражались в активации ИЛ-1, ИЛ-8 и ФНО-а в зависимости от развития распространения воспалительного процесса. Установлена зависимость между изменениями традиционных клинко-лабораторных показателей при острых воспалительных заболеваниях дыхательной системы, определяющих тяжесть заболевания, и изменениями уровней маркеров воспаления, в частности С-реактивного белка.

## БОЛАЛАРДА ЮҚОРИ НАФАС ОЛИШ ЙЎЛЛАРИ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РИВОЖЛИНИШИДА ЯЛЛИҒЛАНИШ МАРКЁРЛАРИ ВА ЦИТОКИН КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ЎРНИ

А.А. Зуфаров

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

IL-1, IL-8 активлаштириш ифодаланган ва нафас олиш тизими ўткир яллиғланиш касалликлари, болаларда ўткир юқори нафас йўли яллиғланиши аниқланган алоҳида цитокин ҳолати билан 167 болалар тадқиқот қилиш асосида TNF-а, яллиғланиш жараёнининг таркибот қараб. С-реактив оксил хусусан клиник аъъвий ўзгаришлар ва касаллик кучайиб аниқлаш нафас олиш тизими ўткир яллиғланиш касалликлари, лаборатория параметрлари ва яллиғланиш белгилар сатҳи ўзгаришлар ўртасида боғиқлик.

## THE ROLE OF INDICATORS OF CYTOKINES AND MARKERS OF INFLAMMATION IN DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS IN ACUTE INFLAMMATORY DISEASES OF UPPER RESPIRATORY WAYS IN CHILDREN

A.A. Zufarov

Tashkent pediatric medical institute

Based on a survey of 167 children with acute inflammation of the upper respiratory tract, the features of the cytokine status in children with acute inflammatory diseases of the respiratory system were identified, which were expressed in the activation of IL-1, IL-8 and TNF-a, depending on the development of the inflammatory process. The relationship between changes in traditional clinico-laboratory indicators for acute inflammatory diseases of the respiratory system that determine the severity of the disease and changes in levels of markers of inflammation, in particular C-reactive protein, is established.

Заболевания верхних дыхательных путей особенно широко распространены особенно среди детского населения, при этом они не только наносят вред детскому организму, но и приносят колоссальный экономический ущерб, как отдельным лицам, так и обществу в целом [1]. Инфекции дыхательных путей представляют собой одну из самых главных причин заболеваний в детском возрасте; около 70% этих инфекций поражает верхние дыхательные пути [3].

Характер течения и исход инфекционных заболеваний во многом определяет баланс между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами. [4]. Соотношение провоспалительных и противовоспалительных факторов защиты, по-видимому, играет ключевую роль и в патогенезе острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Однако работы, посвященные изучению цитокинового спектра при острых воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей в зависимости от распространения воспалительного процесса, практически отсутствуют [5].

Определение С-реактивного белка (СРБ) относится к базисным тестам в лабораторной диагностике различных патологических процессов [6]. Результаты, имеющие прямое отношение к биологической функции СРБ, получены при исследовании его связывающей активности. В частности, данный белок способствует, как известно, удалению фрагментов поврежденных клеток и продуктов их распада за счет связывания с липопротеидами низкой и относительно низкой плотности. СРБ активизирует систему комплемента *in vitro*, является опсоином, взаимодействует с лимфоцитами, тромбоцитами и природными поликатионами и т.д., то есть данному белку присуща функция распознавания широкого профиля [2]. Количество СРБ повышается по данным многих авторов при различных патологических состояниях, особенно в острой фазе воспалительного процесса или при деструктивных изменениях в организме [2,6]. СРБ является наиболее информативным показателем для обнаружения бактериальной инфекции у детей первого года жизни (сепсиса, бактериальной кишечной инфекции и др. [6]. Имеются сведения об использовании показателей СРБ для дифференциальной диагностики бактериальных пневмоний от пневмоний вирусного происхождения, бронхитов [2].

Таким образом, целью данного исследования является изучение особенностей цитокинового статуса детей и определение роли уровня С-реактивного белка в развитии осложнений у детей с острыми воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей.

**Материалы и методы исследования:** Обследовано 167 детей в возрасте от 0.2 до 6.6 лет ( $M \pm SD$ :  $2.1 \pm 1.5$  лет). В том числе в возрасте до 1 года было обследовано 48 детей ( $28.7 \pm 3.5\%$ ), от 1 года до 3 лет – 79 ( $47.3 \pm 3.9\%$ ) и старше 3 лет – 40 ( $24.0 \pm 3.3\%$ ). Среди обследованных детей мальчики составляли  $61.1 \pm 3.8\%$  ( $n=102$ ) и девочки –  $38.9 \pm 3.8\%$  ( $n=65$ ).

На момент обследования длительность пребывания детей в клинике варьировала от 1 до 13 дней ( $M \pm SD$ :  $4.1 \pm 2.4$  дней).

У всех обследованных детей, по анамнестическим данным, начало заболевания было связано с острым воспалением верхних дыхательных путей. При поступлении в клинику были установлены следующие предварительные диагнозы: ОРВИ (ларинготрахеит) – 82 ( $49.1 \pm 3.9\%$ ; 1 группа), острый бронхит – 42 ( $25.7 \pm 3.4\%$ ; 2 группа) и бронхопневмония – 43 ( $25.7 \pm 3.4\%$ ; 3 группа).

Изменение предварительного диагноза было связано с развитием осложнений на фоне острого воспаления верхних дыхательных путей (бронхит и бронхопневмония) и частично с процессами ремиссии заболевания. Структура клинических диагнозов была представлена следующей картиной, с преобладанием симптомов: острого воспаления верхних дыхательных путей – 38 ( $22.8 \pm 3.2\%$ ), острого бронхита – 90 ( $53.9 \pm 3.9\%$ ) и бронхопневмонии – 39 ( $23.4 \pm 3.3\%$ ).

При этом из 82 детей с предварительным диагнозом острого воспаления верхних дыхательных путей у 41 ( $50.0 \pm 5.5\%$ ) развилась клиническая картина острого бронхита и у 4 ( $4.9 \pm 2.4\%$ ) бронхопневмонии. У детей поступивших с диагнозом острого бронхита в 40 ( $95.2 \pm 3.3\%$ ) случаях отмечалось, на момент обследования, совпадение клинического диагноза и только в у 2 детей клиническая картина соответствовала острому воспалению верхних дыхательных путей (1 –  $2.4 \pm 2.4\%$ ) и бронхопневмонии (1 –  $2.4 \pm 2.4\%$ ).

Предварительный диагноз при бронхопневмонии был подтвержден в 34 ( $79.1 \pm 6.2\%$ ) случаях, а у 9 детей ( $20.9 \pm 6.2\%$ ) преобладала клиническая картина острого бронхита.

Концентрацию фактора некроза опухоли альфа (ФНО-а) и интерлейкинов (ИЛ-1 и ИЛ-8 бета) исследовали наборами производства ТОО “Цитокин” (г.Санкт-Петербург) иммуноферментным методом на анализаторе ELx808 (США).

Содержание СРБ в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Исследования проводились на аппарате «Униплан» с помощью набора реагентов Hs-CRP ELISA, производитель Biomerica (США).

Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета MicrosoftOffice Excel-

2012, включая использование встроенных функций статистической обработки.

**Результаты исследования:** При анализе показателей цитокинового статуса выявлялись наиболее информативные критерии, позволяющие прогнозировать развитие распространения воспалительного процесса. Набор отличительных признаков между группами был минимальным, но имеющим выраженное дифференциально-диагностическое и патогенетическое значение. Для пневмонии были характерны довольно высокие показатели цитокина ИЛ-1, 8 и ИФН-а достоверно превышающие таковые в контрольной группе (рис. 1).

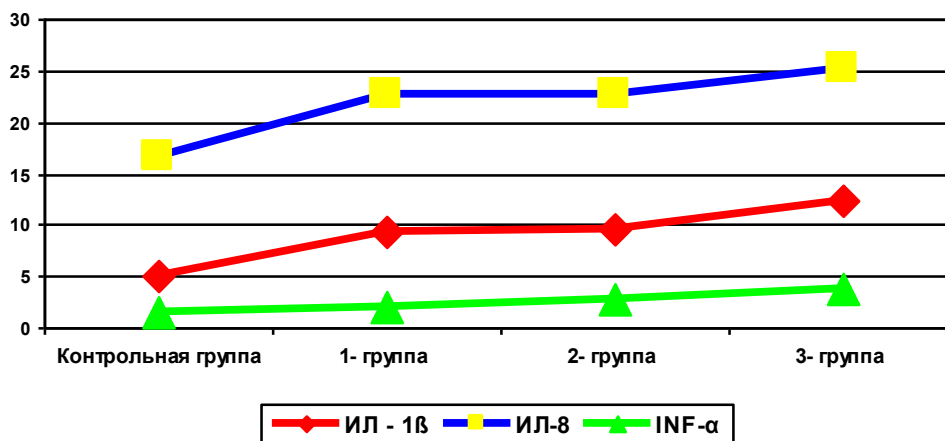


Рис. 1. Цитокиновый статус обследованных больных.

У детей с острыми воспалительными заболеваниями дыхательной системы наблюдается тенденция к достоверному увеличению содержания СРБ в сыворотке крови по сравнению с контрольными показателями. Одной из основных функций СРБ, ввиду широкого диапазона лигандной специфичности и способности активировать комплементарный каскад, является элиминация патогенных микроорганизмов, «старых» и некротизированных клеток, что может в определенной мере объяснять повышение уровня данного белка при пневмонии (рис. 2).

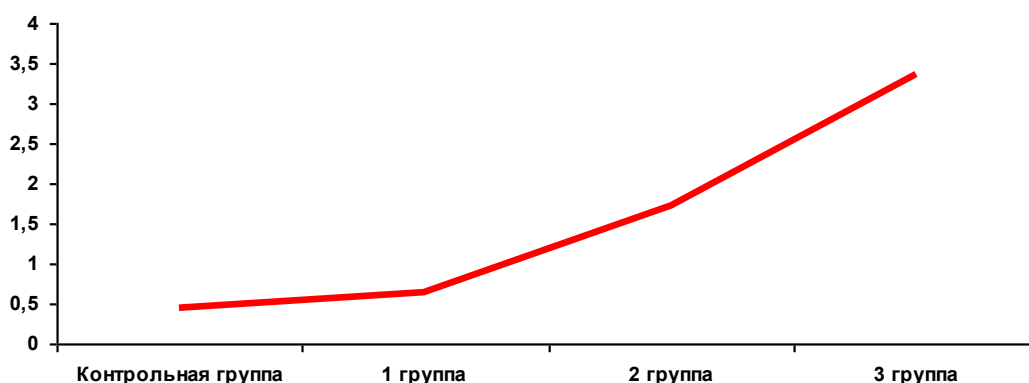


Рис. 2. Сравнительный анализ показателей уровня С-реактивного белка у обследованных детей.

При анализе показателей корреляционной связи установлена прямая сильная взаимосвязь показателей С-реактивного белка и ИЛ-1в, ИЛ-8 и слабая с ФНО-а. Полученные данные можно объяснить тем, что центральную роль в запуске синтеза С-реактивного белка играет ИЛ-1, синтез СРБ происходит в печени, главным образом под воздействием ИЛ-8.

Другие провоспалительные цитокины, в первую очередь фактор TNF-α, участвуют в

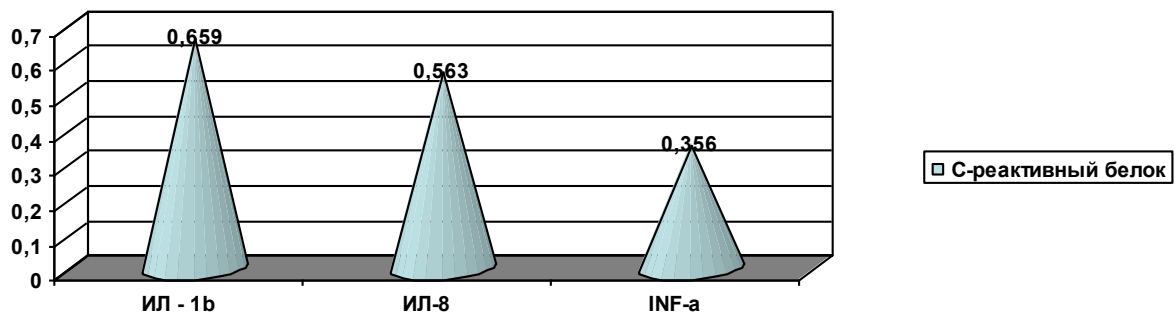


Рис. 3. Корреляционная взаимосвязь цитокинов и показателей С-реактивного белка.

синтезе этого белка опосредованно (рис. 3).

Выявлены особенности цитокинового статуса у детей с острыми воспалительными заболеваниями дыхательной системы, которые выразались в активации ИЛ-1, ИЛ-8 и ФНО-а в зависимости от развития распространения воспалительного процесса.

Анализируя клиническое состояние ребенка (клинико-лабораторные показатели при поступлении и их дальнейшую динамику в сравнении с динамикой уровней СРБ), мы оценивали диагностическую значимость стартовых показателей СРБ как критерия степени тяжести. В большинстве случаев была выявлена корреляция средней и сильной степени между клиническими показателями и уровнями СРБ. Наибольшей силы корреляция была выявлена между СРБ и величиной температуры тела ( $r=0,92$  и  $0,83$  соответственно). Во всех случаях установлена средняя корреляционная взаимосвязь показателей СРБ и физических признаков пневмонии (от  $r=0,72$  до  $0,58$  соответственно).

**Выводы:** Установлены особенности цитокинового статуса у детей с острыми воспалительными заболеваниями дыхательной системы, которые выразались в активации ИЛ-1, ИЛ-8 и ФНО-а в зависимости от развития распространения воспалительного процесса. Набор отличительных признаков между группами имеет выраженное дифференциально-диагностическое и патогенетическое значение.

Выявлена зависимость между изменениями традиционных клинико-лабораторных показателей при острых воспалительных заболеваниях дыхательной системы, определяющих тяжесть заболевания, и изменениями уровня СРБ ( $r=0,72-0,92$  и  $r=0,72-0,83$  соответственно).

#### Использованная литература:

1. Баранов А.А., Каганов Б.С, Горелов А.В. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. М., 2004.
2. Бельков В.В. С-реактивный белок: структура, функции, методы определения, клиническая значимость // Лабораторная медицина. 2006. № 8. С. 6-12.
3. Бобров М.В. Клинико-экономическое обоснование этиотропного лечения респираторных вирусных инфекций у детей: Автореф. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2006. 24 с.
4. Васильева И.А. Исследование цитокинов при среднетяжелых формах гриппозной инфекции и других ОРЗ в условиях комплексной терапии / И.А. Васильева, А.В. Жахов, А.В. Трофимов, А.М. Ищенко, О.И. Киселев // «Цитокины и воспаление». 2003. №2 С. 21-24.
5. Echavarría M. Adenoviruses in immunocompromised hosts // Clin. Microbiol. 2008. Vol. 21. № 4. P. 704–715.
6. Hopstaken, R. M. Accuracy of lipopolysaccharide— binding protein (LBP) and fibrinogen compared to C-reactive protein (CRP) in differentiating pneumonia from acute bronchitis in primary care / R. M. Hopstaken, J. W. L. Cals, G. J. Dinant // Prim. Care Respir. J. 2009. Vol. 18, № 3. P. 227-230.



## ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Л.Т. Ирбутаева, Р.Х. Шарипов, А.С. Расулов, Н.А. Расулова, М.М. Ахмедова  
Самаркандский государственный медицинский институт

**Ключевые слова:** часто болеющие дети, иммунный статус, иммуностимулятор.

**Таянч сўзлар:** тез-тез касалланиб турувчи болалар, иммун статус, иммуностимулятор.

**Key words:** chronically ill children, immune status, immunopotentiator.

Проблема часто и длительно болеющих детей (ЧБД) является одной из актуальных и нерешенных проблем в педиатрии. Нами выявлены конкретные нарушения в тех или иных звеньях иммунной системы и неспецифических факторов защиты организма у ЧБД, что является основой для включения иммунокорректирующих препаратов для лечения и профилактики заболеваний. Применение в качестве иммунокорректирующего препарата Бронхо-Мунал позволяет снизить частоту заболеваемости и улучшить качество жизни часто болеющих детей.

### ТЕЗ- ТЕЗ КАСАЛЛАНИБ ТУРУВЧИ БОЛАЛАР КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ДАВОСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИДА ИММУНОКОРРЕКТИВ ТЕРАПИЯНИ ҚУЛЛАШ

Л.Т. Ирбутаева, Р.Х. Шарипов, А.С. Расулов, Н.А. Расулова, М.М. Ахмедова  
Самарканд Давлат Тиббиёт Институти

Тез ва узоқ муддат касалланиб турувчи болалар муаммоси педиатрияда актуал ва тўлиқ ечилмаган муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади. Улар организмида химоя қилувчи носпецифик факторлар ва иммун системасининг айрим қисмларида бўладиган аниқ бузилишлар топилган, шунинг учун ТКБни даволаш ва профилактикасида иммунокоррекция препаратини қулланиши асос бўлиб ҳисобланади. Иммуностимулятор сифатида Бронхо мунал препарат қулланилиши ТКБнинг касалланиш сонини камайтиради ва яшаш тарзини яхшилайди.

### THE USE OF IMMUNOCORRECTIVE THERAPY FOR THE TREATMENT AND PREVENTION OF DISEASES IN CHILDREN WHO ARE OFTEN ILL

L. T. Irbutaeva, R. X. Sharipov, A. S. Rasulov, N. A. Rasulova, M. M. Akhmedova  
Samarkand state medical institute

The problem of chronically ill children is one of the most urgent and unsolved problems in pediatrics. We identified specific abnormalities in certain parts of the immune system and non-specific defense of the organism in FIC, which is the basis for inclusion immunocorrective drugs for the treatment and prevention of diseases. Use as drug immunocorrective Broncho-Munal reduces the incident of disease and improve quality of life of ill children.

**Актуальность проблемы.** Проблема часто болеющих детей – это всеобщая клиническая проблема, одна из наиболее актуальных вопросов в современной педиатрии и находится в центре внимания врачей всех специальностей. Актуальность проблемы объясняется значительным увеличением числа больных, увеличением коечных фондов детских стационаров, длительным уходом за больными детьми, из-за которого государство имеет огромный экономический ущерб [4,6].

По данным разных авторов, ЧБД составляют от 20 до 65% детской популяции [1,7] и характеризуются частотой повторных инфекций от 6 до 12-15 раз в году. В связи с этим понятен интерес к разработке тактики ведения детей повторными инфекциями.

В структуре заболеваемости лидирующее положение продолжают занимать заболевания органов дыхания, следом идут заболевания органов пищеварения, крови и кроветворных органов, инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки, почек и мочевыделительной системы и прочие [3].

Известно, что при защите организма от инфекционного агента большую роль играют наряду со специфическими факторами неспецифические факторы защиты организма. К ним относятся содержание комплемента, лизоцима и бактерицидная активность сыворотки, активность и завершенность фагоцитоза и адсорбирующая способность эритроцитов. Посвященные работы к изучению данной проблемы незначительные и лишь обоснованы результатом немногочисленных наблюдений [2,5].

Таким образом, пониженное иммунное состояние организма маленьких детей приводит к формированию группы часто болеющих детей. Не требует объяснения тот факт, что при ослаблении иммунитета организм подвергается к атаке условно-патогенных микробов.

**Целью работы** явилось определить иммунологическое состояние организма у часто болеющих детей, установить диагностические критерии для оценки иммунологического статуса и выявить результаты применения иммуностимулятора, наряду, с традиционными методами лечения.

**Материал и методы исследования:** было обследовано 62 ребенка с бронхолегочными заболеваниями в возрасте от 1 месяца до 6 лет, которые входят в группу часто болеющих детей. Все дети были обследованы в ГДБ №1 г.Самарканде с 2008 – 2011 года. Из общего количества мальчиков было – 34 (54,8%), девочек – 28 (45,1%).

Таблица 1.

## РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ВОЗРАСТУ

Возраст детей	Контрольная группа n =20	Основная группа n = 42	Всего n = 62
1 мес – 1 года	5 (25%)	10 (23,8%)	15 (24,1%)
1 – 3 лет	7 (35%)	14 (33,3%)	21 (33,8%)
3 – 6 лет	8 (40%)	18 (42,8%)	26 (41,9%)

Анализ преморбидного фона показал, что у детей часто встречалась железодефицитная анемия - 56 (90,3%), рахит – 48 (77,4%), гипотрофия – 22 (35,4%), судорожный синдром – 21 (33,8%), хронический тонзиллит – 17 (27,4%), острый ринофарингит – 18 (29%).

У всех детей в ходе клинического обследования были выявлены частые заболевания такие как ОРВИ (32,2%), очаговая пневмония (29%), острый бронхит (20,9%), обструктивный бронхит (17,7%).

При общем осмотре детей были выявлены следующие жалобы: повышение температуры тела отмечено у 62 больных (100%), кашель – 57 (91,9%), рвота – 23 (37%), беспокойство – 60 (96,7%), одышка – 18 (29%), судороги – 21 (33,8%), снижение аппетита – 58 (93,5%).

Материалом для иммунологического исследования служила кровь. Определение титра комплемента, лизоцима и бактериостатическая активность сыворотке крови проводилось фотонейфелометрическим методом, которые были разработаны сотрудниками кафедры микробиологии СамМИ Сидиковой К.А. (1987). При определении, бактериостатической активности сыворотки крови применяли методику, основанную на измерении оптической плотности мясопептонного бульона при росте в нем культуры стафилококка. При определении титра сывороточного лизоцима - метод основан на высокой чувствительности культуры *Miscosoccus lisodecticus* к воздействию лизоцима. Фагоцитарная активность лейкоцитов, индекс и степень завершенности фагоцитоза изучена на основании методики предложенной Е.А. Олейниковой, О.В. Миловидовой и Л.В.Новиковой в 1975 г. Реакция иммуноприлипания (РИП) использовали методику Пустоваловой Н.А. (1975). Количественное определение фракции иммуноглобулинов проводилось методом иммунодиффузии в агаровом геле по Манчини.

**Результаты и обсуждения:** у ЧБД преморбидный фон имеет широкий диапазон. Среди которой очень часто встречается хронический тонзиллит, ринофарингит, рахит I степени, гипотрофия I степени и анемия I-II степени. Среди сопутствующих синдромов особое место занимает диарея. У ЭБД ни в одном случае не зарегистрированы гипотрофия и признаки рахита.

Для изучения иммунологического статуса применен комплекс методов, отражающих состояние иммунитета (количество иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови) и неспецифических факторов защиты организма (содержание комплемента, лизоцима и бактериостатическая активность сыворотки, активность, индекс и завершенности фагоцитоза и ад-

Таблица 2.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ, ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН,  
СОПУТСТВУЮЩИЕ СИНДРОМЫ У ЧБД**

Количество обследованных детей	Из них клиническим диагнозом	Преморбидный фон и сопутствующие синдромы
42 ЧБД	ОРВИ 14-33,4%	Хронический тонзиллит. Острый ринофарингит. Судорожный синдром. Рахит 1-вой степени. Анемия 1-2 ст. Диарея
	Острая очаговая Пневмония. 6-14,3%	Судорожный синдром. Рахит 1-вой степени. Об- структивный синдром. Анемия 1-2 ст. Гипотрофия 1ст. Диарея.
	Острый бронхит 15-35,8%	Острый ринофарингит. Анемия 1-2 ст. Гипотрофия 1 ст. Диарея.
	Обструктивный бронхит 7-16,6%	Астматический синдром. Хронический тонзил- лит. Рахит 1-вой ст. Анемия 1ст. Гипотрофия 1 ст. Диарея.
20 ЭБД	ОРВИ. 10-50%	Хронический тонзиллит. Анемия 1 ст.
	Острый бронхит 10-50%	Хронический тонзиллит. Анемия 1 ст.

сорбирующие способности эритроцитов). Используются нормативные данные, полученные в Институте иммунологии АН РУз.

Высокие показатели IgG по сравнению с нормой у ЧБД доказывают, что заболевание верхних дыхательных путей обусловлены грамположительными микроорганизмами. Во время заболевания накопление их в сыворотке крови усиливается, появляется защита. Отмечаются высокие показатели IgM, что составляет 136,+7,4% по сравнению с нормой – 97,5+4,2%. IgA у ЧБД отмечены в меньших количествах (112,0+10,1 у ЧБД, 156,8+ 12,0 у ЭБД, 151,0 +11,0 норма у здоровых детей), что можно предполагать развитие патологического процесса со стороны ЖКТ.

В защите организма маленьких детей от инфекционного агента важную роль играют неспецифические факторы защиты. Результаты изучения клеточных факторов защиты организма, у здоровых детей, у ЭБД и ЧБД показывают иммунодефицитное состояние именно у ЧБД. Фагоцитарная активность лейкоцитов в норме у здоровых детей составляет 49,8+2,7%, у ЭБД – 52,8+3,8% и у ЧБД- 58,8+2,9%. Высокие показатели АФ показывают, что организм мобилизует все свои силы против болезнетворных микробов и количество активных лейкоцитов увеличивается. Но их переваривающая способность – индекс фагоцитоза резко падает. Если в норме у детей с месячного до 7 летнего возраста ИФ составляет 5,1+0,7 то у ЧБД – 1,6+0,6%. Каждый активный лейкоцит может поглощать только 1 микробной клетки. Соответственно ЗФ (норма -4-6 балл, ЭБД – 4-6 балл, у ЧБД – 7-8 балл).

В наших наблюдениях отмечено, что количественное изменение эритроцитов у ЧБД по сравнению с нормой не происходит. Однако, их адсорбирующие способности резко снижаются. В норме прилипающие способности эритроцитов, микробных клеток составляют – 18-20%, у ЧБД – 12 – 13%, что показывает, под действием длительной интоксикации эритроциты теряют свои рецепторы. У ЭБД показатели РИП не меняются. Низкие показатели РИП у ЧБД по сравнению со здоровыми еще раз указывают, что этот феномен является одним из факторов естественного иммунитета и активно участвует со всеми звеньями иммунитета в единой борьбе против инфекции.

Таким образом, РИП – адсорбирующие способности эритроцитов патогенного стафилококка можно использовать как тест определяющий иммунное состояние у ЧБД.

Аналогичные данные были получены при изучении гуморальных факторов. Уровень комплемента у ЧБД на 50% был низким по сравнению с нормой. Норма  $-0,62 - 0,76$  ед., у ЭБД  $- 0,58 - 0,70$  ед., у ЧБД  $- 0,32 - 0,38$  ед. Бактериостатической активности сыворотки (БАС) в отношении культуры стафилококка выявлена у здоровых в разведениях 1:10-1:640, у ЭБД 1:10 -1:160 и у ЧБД  $- 1:10 - 1:80$ . Содержание лизоцима соответственно 1:10 - 1:160, 1:10  $- 1:80$  и 1:10  $- 1:20$ .

Анализируя полученные данные можно заключить, что гуморальные факторы защиты у эпизодически и часто болеющих детей подавлены. Выявленные конкретные нарушения в тех или иных звеньях иммунной системы и неспецифических факторов защиты являются основной для включения иммунокорректирующих препаратов при лечении и профилактике заболеваний у ЧБД.

Для подтверждения выше сказанного обследована группа ЧБД. Они лечились с традиционным методом (32 детей), традиционным методом и Бронхо-Муналом (10 детей). Иммунологические показатели определяли до и после лечения. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения Бронхо-Мунала наряду с традиционными методами лечения, что выражается повышением иммунитета и быстрым исчезновением клинических симптомов заболевания. Уровень иммуноглобулина А при традиционном методе составляет  $112,0 \pm 10,1$  мг/л, традиционный метод + Бронхо-Мунал повышается от  $112,0 \pm 10,1 - 125,0 \pm 10,1$  мг/л. Аналогичные показатели иммуноглобулинов М и G.

Под действием Бронхо-Мунала у часто болеющих детей поднялись и уровни неспецифических факторов защиты. АФ от  $58,8 \pm 2,9$  до  $67,5 \pm 3,1\%$ , ИФ от  $1,6 \pm 0,6$  до  $5,2 \pm 0,7$ , ЗФ от 7 - 8 баллов до 4-6 баллов. РИП 12  $- 13\%$  до 19  $- 20\%$ . Комплемент  $0,32 - 0,37$  ед. до  $0,65 - 0,72$  ед., БАС от 1:10  $- 1:80$  до 1:10  $- 1:640$ , ЛАС от 1:10  $- 1:20$  до 1:10  $- 160$ .

Клиническая эффективность применения иммунокорректирующих препаратов проявлялась в исчезновении клинических симптомов и рецидивов заболевания. Так, если при лечении традиционным методом, кашель, одышка, судорожные симптомы, высокая температура исчезала на 6-7 день после применения лечения, то при лечении традиционным методом и с применением Бронхо – Мунала на 4 – 5 день. Повторные рецидивы из 32 больных, которые лечились традиционными методами, наблюдались через 1,5 – 2 месяца у 15 детей. Из 10 больных, которые применяли традиционный метод и Бронхо-Мунал, 2 раза обратились по поводу заболевания верхних дыхательных путей через 4 – 5 месяцев. Первая группа с рецидивом госпитализирована, вторая группа получила амбулаторное лечение.

Таким образом, нами выявленные конкретные нарушения в тех или иных звеньях иммунной системы и неспецифических факторов защиты организма у ЧБД, что является основой для включения иммунокорректирующих препаратов для лечения и профилактики заболевания у ЧБД.

**Выводы:** таким образом, лечение и профилактику заболеваний у ЧБД успешно можно провести наряду с традиционным методом, в комплексе иммунокорректирующих препаратов Бронхо-Мунала.

#### Использованная литература:

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Н.Новгород: НГМА, 2003, стр.180.
2. Балева Л.С., Баянская Г.Л., Блистинова З.А. и др. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей. Медицинская технология. М., 2006, стр.48.
3. Булгакова В.А., Балоболкин И.И., Сенцово Т.Б. Острые респираторные инфекции у часто болеющих детей. Журнал «Медицинский совет». 2007, № 3, стр. 34.
4. Даукш И.А., Муратходжаева А.В. Эффективность применения некоторых иммуномодуляторов у часто болеющих детей дошкольного возраста. Педиатрия. 2009, № 1-2, стр. 114.
5. Маркова Т.П., Чувиров Д.Г. Длительно и часто болеющие дети. РМЖ. 2002, т.10, № 3, стр.125.
6. Chambaz H. Etude Clinique d'une immunotherapy polyvalente dans le traitement des parodontopathies. Chir Dent France, 2004, 44: 209: p. 41.
7. Rudely C.H., Fruhwirth V., Wick G., Wolf H. Immunol., Immune response in the lungs following oral immunization with bacterial lysates of respiratory pathogens. Clin. Diagn. Lab 2004, 3. P.51.

**ВЛИЯНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ МАТЕРИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ****Г.Х. Исломова, З.Ф. Сафоева, М.М. Тухтаева**

Самаркандский Государственный медицинский институт

**Ключевые слова:** новорожденные, преэклампсия, поражение ЦНС.**Таянч сўзлар:** янги туғилган чақалоқлар, преэклампсия, марказий асаб тизимининг зарарланиши.**Key words:** newborns, preeclampsia, CNS lesion.

Изучено состояние 65 новорожденных родившихся от матерей имевших преэклампсию и от физиологически протекающей беременности. Было выявлено, что преэклампсия матери значительно влияет на состояние здоровья новорожденного и с большей частоты приводит к поражению ЦНС, при этом в группе детей родившихся от матерей с преэклампсией, отмечаются более тяжелые синдромы поражения ЦНС.

**ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРГА ОНАСИНИ ПРЕЭКЛАМПСИЯ ҲОЛАТИНИНГ ТАЪСИРИ****Г.Х. Исломова, З.Ф. Сафоева, М.М. Тухтаева**

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти

Онасида преэклампсия ҳолати бор 65 нафар янги туғилган чақалоқлар ва физиологик кечган ҳомиладорликдан туғилган чақалоқлар ўрганилди. Онасининг преэклампсия ҳолати янги туғилган чақалоқ саломатлигига салбий таъсири аниқланди ва кўп ҳолларда марказий асаб тизимининг зарарланишига олиб келди, шу билан бирга онасида преэклампсия ҳолатида туғилган чақалоқлар гуруҳида марказий асаб тизимининг оғир даражаларда зарарланиши кузатилди.

**INFLUENCE OF MOTHER'S PREECLAMPSY ON THE STATE OF NEWBORNS****G.Kh. Islomova, Z.F. Safoyeva, M.M. Tukhtayeva**

Samarkand state Medical Institute

The state of 65 newborns born from mothers who had preeclampsia and from a physiologically occurring pregnancy was studied. It was found that the preeclampsia of the mother significantly affects the health of the newborn and leads to a greater frequency in the CNS lesion, while in the group of children born to mothers with preeclampsia, more severe syndromes of the CNS are noted.

**Актуальность проблемы.** Несмотря на значительное совершенствование акушерской помощи, гипоксия плода и постгипоксический синдром новорожденного остаются одной из наиболее важных проблем неонатологии [1,2,3]. Так, по данным экспертов ВОЗ, 1-место в структуре перинатальной смертности принадлежит гипоксии и постгипоксическому синдрому, которые составляют около 48%, при этом 10-15% новорожденных переносят гипоксию средней или тяжелой степени, с развитием в последующем гипоксически-ишемической энцефалопатии и поражением всех органов. Основными причинами гипоксии плода являются осложнения беременности (токсикозы, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность) [2,3,4,5].

Так, преэклампсия занимает 2-3 место в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности, что обусловлено недоношенностью, хронической гипоксией, внутриутробной задержкой роста плода. Частота фетоплацентарной недостаточности (ФПН) при преэклампсии составляет от 30,3 до 60% и служит основной причиной внутриутробной гипоксии, синдрома внутриутробной задержки развития плода, обуславливая высокую заболеваемость новорожденных [5]. Центральная нервная система (ЦНС) новорожденных является наиболее уязвимой для воздействия острой и хронической гипоксии и во многом определяет степень адаптивных возможностей организма [1,2,4].

В связи с вышеперечисленным, перед нами была поставлена следующая **цель работы:** изучить динамику клинических особенностей развития осложнений перинатальной гипоксии новорожденных в зависимости от отягощенного акушерского анамнеза матери.

**Материал и методы.** Обследование детей проводилось на базе отделения патологии новорожденных Областного детского многопрофильного специализированного центра с 2012 по 2014 гг.

За период с 2016 по 2018 год под нашим наблюдением находилось 65 новорожденных сроком гестации от 32 до 41 недель. Все обследованные новорожденные были разделены на следующие группы: 1 группа 35 новорожденных родившиеся от матерей с состоянием преэклампсии, 2 группа - 30 настоящая беременность и роды которых протекали физиологически. При этом масса тела детей 1 группы при рождении составила  $2153,18 \pm 132,70$  гр, а во второй была несколько выше ( $2437,28 \pm 141,06$  гр). Критериями исключения явились: гестационный возраст менее 32 нед, врожденные пороки развития, манифестные формы внутриутробных инфекций и гнойно-септические заболевания.

Тяжесть преэклампсии у беременных оценивали по шкале Гоеске в модификации Г.М. Савельевой. При этом из 35 женщин у 26 наблюдалась преэклампсия средней степени тяжести и у 9 преэклампсия тяжелой степени.

Всем новорожденным проводилось полное клиническое обследование, включающее оценку состояния ребенка при рождении и в динамике. Для оценки состояния новорожденного при рождении мы использовали шкалу Апгар. В течение первых часов жизни у недоношенных детей каждый час проводилась клиническая оценка степени дыхательной недостаточности по шкале Сильвермана.

**Результаты исследования:** проведенное исследование показало, что в состоянии асфиксии родилось 62,8% (n=22) новорожденных от женщин с преэклампсией и 36,6% (n=11) детей в группе сравнения. Из них, 31,4% (n=11) новорожденных основной группы родилось в состоянии тяжелой асфиксии, в группе сравнения таких детей не было. Таким образом, в состоянии асфиксии родилось достоверно больше новорожденных детей от женщин с преэклампсией ( $p < 0,01$ ), тяжелая асфиксия при рождении наблюдалась существенно чаще у детей в основной группе ( $p < 0,01$ ). Средняя степень достоверно не различалась, тогда как новорожденных без асфиксии, т.е. с оценкой по шкале Апгар 8б, существенно больше родилось в группе сравнения (63,3%, против 37,1% в основной группе). Полученные результаты указывают на прямую зависимость функционального состояния новорожденных на первой минуте жизни от наличия преэклампсии у матери.

Анализируя состояние тяжести новорожденных основной группы, было отмечено, что при выявлении критической 3 степени нарушения гемодинамики в системе «мать-плацента-плод» все дети (37,1%) рождены в тяжелом состоянии, из них тяжелая асфиксия диагностирована у 25,7%. Однако, при отсутствии нарушения кровотока по данным доплерометрии, 8,5% детей рождены в тяжелом состоянии, из них в состоянии тяжелой асфиксии – 5,7%. Таким образом, на тяжесть состояния недоношенных влияет наличие преэклампсии у матери, т.к. даже при отсутствии нарушения гемодинамики в системе «мать-плацента-плод» 5,7% детей родилось в тяжелом состоянии. В группе сравнения только 6,6% детей из 30 родились в тяжелом состоянии, из них случаев тяжелой асфиксии не было.

Респираторный дистресс-синдром (РДС) был значительно чаще отмечен у новорожденных в первой группе ( $p < 0,01$ ). Вследствие морфо-функциональной незрелости легких и снижения компенсаторных возможностей при реализации респираторного дистресс синдрома новорожденные в сроках гестации 32-36 недель нуждались в пролонгированной респираторной поддержке, которая играет ведущее значение в комплексном лечении.

В процессе проведенных исследований, выявлено, что, в респираторной поддержке нуждались 22,8% новорожденных в основной группе и только 3,3% в контрольной группе. Так, нами определено, что необходимость в респираторной поддержке новорожденных зависела как от срока гестации, так и от наличия преэклампсии у матери.

Ранний постнатальный период у новорожденных детей характеризуется морфологической и функциональной незрелостью центральной нервной системы, вследствие чего новорожденные могут иметь геморрагические и гипоксические повреждения головного мозга, данные факты являются наиболее частой причиной неврологических отклонений в периоде новорожденности и значительно влияют на дальнейшее развитие ребенка.

Проведенное исследование показало высокую частоту перинатального поражения цен-

тральной нервной системы у новорожденных основной группы. Так, диагноз церебральная ишемия при рождении имели 42,8% детей основной группы и 16,6% в группе сравнения. Следовательно, в группе новорожденных от матерей с преэклампсией церебральная ишемия достоверно чаще была выявлена по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,01$ ).

Всем новорожденным проводилось ультразвуковое исследование головного мозга - нейросонография (НСГ).

Так, у 22,8% детей в основной группе выявлено органическое поражение ЦНС гипоксически-ишемического генеза в виде внутримозговых кровоизлияний (ВЖК) различной степени тяжести, в группе сравнения их определено не было. У 14,2% новорожденных основной группы к 7-м суткам жизни обнаружена перивентрикулярная лейкомаляция, полученные данные согласуются с результатами других исследователей. Частота и тяжесть ВЖК были обратно пропорциональны гестационному возрасту. Кисты головного мозга обнаружены в основной группе у 2,8%. Дилатация ликворной системы была диагностирована у 5,7% детей родившихся от матерей с преэклампсией.

Таким образом, у новорожденных родившихся от матерей от преэклампсии по данным нейросонографии отмечены структурные изменения головного мозга, что было достоверно больше в основной группе ( $p < 0,01$ ).

Известно, что судороги являются достоверным признаком поражения ЦНС и плохим прогностическим признаком осложнения перинатальной гипоксии. Так, клиника острого периода у новорожденных основной группы с церебральной ишемией характеризовалась преобладанием общемозговой симптоматики. Было выявлено, что у 5,7% новорожденных детей проявлением общемозговой симптоматики являлись нарушение сознания, и судороги, тогда как у детей контрольной группы данного синдрома не наблюдалось. По жизненным показаниям 1 новорожденный находился на ИВЛ, в среднем 3,56 суток.

У остальных новорожденных основной и контрольной группы признаки поражения нервной системы проявились преобладанием синдрома возбуждения (28,5% и 16,6% соответственно в 1 и 2 группах), патологическим движением глаз нистагм, симптом заходящего солнца, плавающие движения глазных яблок в 11,4% и 6,6% и гипотонией мышц (слабая флексия и поза лягушки) только в основной группе (11,4%).

Для новорожденных родившихся с тяжелой степенью асфиксии было характерно наличие всех синдромов, при этом наблюдался синдром угнетения (8,5%), который не наблюдался в контроле. Синдром угнетения длился в от 6 до 10 дней (в среднем  $7,72 \pm 0,54$  дня) и характеризовался вялым сосанием, гиподинамией, мышечной гипотонией, гипорексией.

Комплекс лечебных мероприятий, проводимый на ранних этапах, позволил сохранить жизнедеятельность всем детям с тяжелым состоянием. Сознание восстановлено у всех детей с синдромом угнетения (8,5%). Судороги купированы у всех больных (5,7%), и взяты под контроль в группу риска по эпилепсии.

При анализе ведущих синдромов у детей с тяжелой степенью асфиксии в динамике было выявлено, что у них к концу неонатального периода на прежнем уровне продолжал оставаться синдром угнетения, несмотря на восстановление сознания – 8,5%. Небольшую тенденцию к снижению частоты проявлений имел синдром возбуждения до 5 случаев (14,2%). Патологический тремор и патологическое движение глаз имел тенденцию к снижению 8,5% и 8,5%, при этом частота гипотонии мышц оставалась на прежнем уровне 11,4%.

**Выводы:** таким образом, состояние здоровья матери, патология беременности значительно сказываются на здоровье ребенка, в первую очередь на состоянии ЦНС, в данном случае отмечено значительное влияние состояния преэклампсии матери на развитие гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденных, и наличие более тяжелых синдромов поражения ЦНС.

**Использованная литература:**

1. Володин Н.Н. Перинатальная неврология - проблемы и пути решения / Н. Н. Володин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2009. № 10. С. 4-8.
2. Козлова Е.М. Особенности позднего неонатального периода у новорожденных, перенесших тяжелую перинатальную гипоксию : автореф. дис. ... д-ра мед.наук // Е. М. Козлова. Н. Новгород, 2009. 43 с.
3. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. М: ГЭОТАР-медиа, 2013. 896 с.
4. Подгорная О.А. Метод прогнозирования перинатальных гипоксических поражений ЦНС в родах / О.А. Подгорная, М.Ю. Гиляновский, А.В. Орлов // Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя», Москва, 2-5 окт. 2007г. 2007. 694 с.
5. Тяжелая преэклампсия - актуальная проблема современного акушерства / Ержан З.Е., Раева Р.М., Мошкалова Г.Н., Сагатбекова Б.Б., Абдулова Г.И., Баймешова А.Ж., Иванова Ю.С., Журумбаева С.К., Имирова Д.Н., Мезенцева М.Н. // Вестник КАЗНМУ, 2013, №4, С. 23-34.



**ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ  
ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ****С.П. Каледа**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диагностика, клиника.**Таянч сўзлар:** Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги, диагностикаси, клиникаси.**Key words:** gastroesophageal reflux disease, diagnosis, clinic.

Среди всех обследованных больных течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ассоциировано с заболеваниями других органов и систем верхних дыхательных путей (67,2%), в том числе оториноларингологические проявления (63,2%), бронхиальной астмой (53,1%), синдромом некоронарогенных болей в грудной клетке (61,3%). На основании полученных данных доказана тесная взаимосвязь между ГЭРБ и возможностью развития хронической патологии бронхолегочной системы (бронхиальной астмы) и верхних дыхательных путей (хронического фарингита).

**ГАСТРОЭЗОФАГАЛ РЕФЛЮКС КАСАЛЛИГИ ТАРҚАЛИШИ ВА КЕЛИБ ЧИҚИШИНИНГ  
ОЗИҚ-ОВҚАТГА БОҒЛИҚ БЎЛМАГАН ҲОЛДА НАМОЁН БЎЛИШИ****С.П. Каледа**

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги учун барча беморлар орасида оториноларингологик намоён (63.2%), бронхиал астма (53.1%), шу жумладан, бошқа органлар ва юкори нафас йўллари касаллиги (67.2%) тизимлар, оғириқ синдроми нокоронароген билан боғлиқ кўкрак кафаси (61.3%). Олинган маълумотлар ошқозон ва сурункали бронхопулмонал касаллиги (бронхиал астма) ва юкори нафас олиш йўллари (сурункали фарингит) ўртасидаги яқин муносабат борлигини исботлади.

**FREQUENCY AND STRUCTURE OF NON-ESOPHAGEAL MANIFESTATIONS OF  
GASTROESOPHAGAL REFLUX DISEASE****S.P. Kaleda**

Tashkent pediatric medical institute

Among all the patients examined, the course of gastroesophageal reflux disease is associated with diseases of other organs and systems of the upper respiratory tract (67.2%), including otorhinolaryngological manifestations (63.2%), bronchial asthma (53.1%), non-congenital pain syndrome thorax (61.3%). Based on the data obtained, a close relationship between GERD and the possibility of the development of chronic pathology of bronchopulmonary system (bronchial asthma) and upper respiratory tract (chronic pharyngitis) has been proved.

**Актуальность.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в течение последних нескольких десятилетий привлекает пристальное внимание исследователей. Это связано с клинической значимостью и широкой распространенностью заболевания во всем мире: в среднем 40–45% жителей индустриально развитых стран отмечают ведущий симптом ГЭРБ – периодически возникающую изжогу. В частности, в США около 45% населения испытывают изжогу не менее 1 раза в месяц, а 7% – ежедневно [7]. Среди жителей различных регионов России распространенность ГЭРБ составляет до 40–60% [3].

ГЭРБ – хроническое рецидивирующее заболевание, обладающее характерными пищеводными и внепищеводными проявлениями и разнообразными морфологическими изменениями слизистой оболочки пищевода, вызванными ретроградным забросом в него желудочного или желудочно–кишечного содержимого [2].

Внепищеводные (атипичные) симптомы в основном представлены жалобами, свидетельствующими о вовлечении в процесс бронхолегочной, сердечно–сосудистой систем и ЛОР–органов [4].

К бронхолегочным проявлениям относят хронический кашель, особенно в ночное время, обструктивную болезнь легких, пневмонии, пароксизмальное ночное апноэ [5]. Многочисленные зарубежные и отечественные исследования показали увеличение риска заболева-

емости бронхиальной астмой, а также тяжести ее течения у больных с ГЭРБ [1, 6]. При этом патологический ГЭРБ рассматривается в качестве триггера приступов астмы, преимущественно в ночной период, потому что уменьшается частота глотательных движений и, следовательно, увеличивается воздействие кислоты на слизистую оболочку пищевода, что обуславливает развитие бронхоспазма за счет микроаспирации и нейрорефлекторного механизма.

К кардиоваскулярным проявлениям ГЭРБ относят боли в грудной клетке, подобные стенокардическим, возникающие вследствие гипермоторной дискинезии пищевода (вторичного эзофагоспазма) [4].

Отоларингологические симптомы ГЭРБ наиболее многочисленны и разнообразны. К ним относят ощущение боли, кома, инородного тела в глотке, першение, желание «прочистить горло», охриплость, приступообразный кашель. Кроме того, ГЭРБ может являться причиной рецидивирующих синуситов, средних отитов, фарингитов, ларингитов, не поддающихся стандартной терапии [7].

В то же время у многих больных ГЭРБ протекает не типично, что вызывает как трудности в постановке диагноза, так и ошибки в терапии. Большинство из этих больных обращаются к оториноларингологам или терапевтам с жалобами, характерными для хронической оториноларингологической, кардиальной или бронхопульмональной патологии; при этом у них отсутствуют жалобы на изжогу, регургитацию, боли в сердце, и др., позволяющие заподозрить ГЭРБ [1, 5, 7].

Учитывая недостаточную освещённость проблемы в целом, противоречивость имеющихся сведений, следует признать своевременным проведение полномасштабного клинического и лабораторно-инструментального исследования, посвященного изучению внепищеводных проявлений ГЭРБ.

**Цель исследования:** изучить клиническое течение внепищеводных проявлений гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

**Материалы и методы исследования:** в основу исследования были положены данные обследования 60 больных с ГЭРБ в возрасте от 25 лет до 70 лет, проходивших стационарное лечение в 5-ой городской клинической больнице. В работе использовались клинические и инструментальные исследования (ФВД, УЗИ пищевода, рентгенография с контрастированием пищевода, ЭФГС).

**Результаты.** Среди всех обследованных больных течение ГЭРБ ассоциировано с заболеваниями других органов и систем верхних дыхательных путей (67,2%), в том числе оториноларингологические проявления (63,2%), бронхиальной астмой (53,1%), синдромом некоронарогенных болей в грудной клетке (61,3%).

Среди больных бронхиальной астмой преобладали лица со среднетяжелым течением БА (72,1%). Средняя продолжительность заболевания составила  $17,4 \pm 10,8$  лет. Изжога, основной симптом ГЭРБ, встречалась у 53,1% пациентов, страдающих бронхиальной астмой. При этом имеется положительная корреляционная связь между тяжестью течения бронхиальной астмы и выраженностью клинических признаков ГЭРБ ( $r = +0,565$ ). У данной категории больных ночные симптомы астмы наблюдаются достоверно чаще, чем у больных бронхиальной астмой без признаков ГЭРБ (у 47,7% и 30,7% пациентов, соответственно).

Согласно Лос-Анджелесской классификации, в данной группе преобладали лица с эзофагитом легкой степени тяжести («А») - 10 пациентов (62,5%) Стадии эзофагита «В» и «С» диагностированы соответственно у 4 (25,0%) и 2 (12,5%) человек. Большинство (56,3%) пациентов беспокоила умеренная изжога, меньше была доля лиц с легкой изжогой (25,0%).

Пациенты, страдающие обусловленным ГЭРБ с поражением ЛОР-органов (хронические ринит, фарингит, ларингит, отит, ощущение кома в горле, полипы голосовых складок и другие), составили 63,2% от общего числа больных с внепищеводными проявлениями ГЭРБ. Проведенное клиническое обследование показало, что изжога имела место у всех больных ГЭРБ, страдавших ЛОР патологией. Оценивая характер выявленных при фа-

рингоскопии изменений в зависимости от стадии эзофагита, было отмечено, что атрофический фарингит имел место только у больных со стадией эзофагита «В». Чаще встречалась гипертрофическая форма, причем, комбинация этой формы фарингита с эзофагитом стадии «А», доминировала.

Хронический фарингит является одним из частых внепищеводных проявлений ГЭРБ (33,6% случаев) Характер базальной желудочной кислотности у больных с внепищеводными проявлениями ГЭРБ не влияет на течение хронического фарингита.

**Выводы.** Таким образом, существует тесная взаимосвязь между ГЭРБ и возможностью развития хронической патологии бронхолегочной системы (бронхиальной астмы) и верхних дыхательных путей (хронического фарингита). В связи с этим, во всех трудных случаях ведения больных, страдающих патологией вышеназванных органов и систем, необходимо проведение комплексного обследования верхних отделов пищеварительного тракта, с целью выявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

#### Использованная литература:

1. Алексеева Е.П., Юренев Г.Л., Бурков С.Г. Влияние антисекреторной терапии ГЭРБ на течение бронхиальной астмы // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга- 2006- № 1-2 (Материалы 8-го Международ. Славяно-Балтийского научн. форума «Санкт-Петербург - Гастро-2006»), С.5.
2. Бурков С.Г., Арутюнов А.Т., Алексеева Е.П., Юренев Г.Л. Бронхолегочная и орофарингеальная патология и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2007. №1. С 35-41.
3. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. – Пособие для врачей. М., 2005. 30 с.
4. Маев И.В., Бурков С.Г., Юренев Г.Л. Особенности клинической картины и терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов пожилого возраста // Медицинский вестник МВД. 2006. №6 (25). С. 21-26.
5. Юренев Г.Л. Кардиальные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни подходы к диагностике // Материалы 7-й Восточ -сибирской гастроэнтерологической конф с международным участием «Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения». Красноярск, 2007. С.5-14.
6. Chang A.B., Lasserson T.J., Kiljander T.O. et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of gastro-oesophageal reflux interventions for chronic cough associated with gastro-oesophageal reflux.// BMJ. 2006. Vol. 332, №1. P. 11–17.
7. Kawamura O., Aslam M., Rittmann T., et al. Physical and pH properties of gastroesophagopharyngeal refluxate: a 24-hour simultaneous ambulatory impedance and pH-monitoring study.// Am J Gastroenterol. 2004. Vol. 99, № 6. P. 1000–1010.

**РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ  
ДЛЯ МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ  
НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**М.Н. Каримова, А.Р. Акрамов, О.Ф. Раупова, Н.А. Ачилов**

Самаркандский Государственный Медицинский Институт,  
Самаркандский Филиал Республиканского Специализированного Научно Практического  
Медицинского Центра Онкологии и Радиологии

**Ключевые слова:** рак молочной железы, УЗД сканирование, неoadъювантная химиотерапия.

**Таянч сўзлар:** сут беги раки, УЗД сканер усули, неoadъювант химиотерапия.

**Key words:** mammary gland cancer, USD scanning, neoadjuvant chemotherapy.

В настоящее время рак молочной железы занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и является актуальной проблемой в онкологии. В работе рассмотрено значение УЗ—сканирования при мониторинге эффективности неoadъювантной химиотерапии рака молочной железы.

**УЛЬТРАТОВУШ ДИАГНОСТИКА УСУЛИНИ НЕОАДЬЮВАНТ ХИМИОТЕРАПИЯ САМАРАДОР-  
ЛИГИНИ БАҲОЛАШДА АҲАМИЯТИ**

**М.Н. Каримова, А.Р. Акрамов, О.Ф. Раупова, Н.А. Ачилов**

Самарканд Давлат Тиббиёт Институти,  
Республика Ихтисослаштирилган Онкология ва  
Радиология Илмий-Амалий Тиббий Маркази Самарканд Филиали

Ҳозирги вақтда сут беги раки онкологик касалликлар структурасида етакчи ўринда туради ва ҳозирги замон онкологиясини муаммоларидан ҳисобланади. Тақдим этилаётган мақолада УЗД сканер усулини неoadъювант химиотерапиясини самарадорлигини баҳолашда аҳамияти кўрсатилмоқда.

**THE ROLE OF ULTRASOUND METHOD OF DIAGNOSTICS FOR MONITORING OF EFFICIENCY OF  
NEOADJUVANT MAMMARY GLAND CANCER CHEMOTHERAPY**

**M.N. Karimova, A.R. Akramov, O.F. Raupova, N.A. Achilov**

Samarkand state Medical Institute,

Samarkand Branch of the Republic Specialized Scientific-Practical Medical Centre of Oncology and Radiology  
Nowadays mammary gland cancer takes one of the first places in the structure of morbidity and is an actual problem in oncology. In this work the meaning of USD scanning for monitoring of efficiency of neoadjuvant mammary gland cancer chemotherapy is examined.

**Введение.** Рак молочной железы (РМЖ) является одной из ведущих проблем онкологии. Он занимает в структуре онкологической заболеваемости и смертности среди женского населения большинства стран мира первое место и имеет тенденцию к неуклонному росту [1]. По данным ВОЗ ежегодно в мире выявляется более 1,5 млн. новых случаев заболевания. С I стадией РМЖ в специализированные учреждения поступает всего лишь 13-17% больных, а 50-60% - с местно-распространенным процессом, в связи с чем 50% женщин умирает уже в первые 5 лет после лечения [2]. Таким образом, возникает необходимость более раннего их исследования на основе совершенствования всех технологий диагностического процесса, одним из таких методов является УЗ-сканирование (УЗД). Ультразвуковое сканирование характеризуется достаточно высокой чувствительностью 41,6-59% и специфичностью 98% [3], неинвазивностью, очень низким риском вредного воздействия на человека, экономической рентабельностью.

В настоящее время неoadъювантное лекарственное лечение РМЖ используется не только при операбельных, но и при неоперабельных опухолях, как с целью увеличения возможностей выполнения органосохраняющего лечения, так и вместе с радикальной мастэктомией, а также для определения чувствительности к системным видам лечения. Объективная оценка изменения размера первичной опухоли и регионарных лимфатических узлов в процессе предоперационной системной химиотерапии является неотъемлемой частью лече-

ния больных раком молочной железы.

Для оценки эффективности неoadъювантного лекарственного лечения, как и при первичной диагностике рака молочной железы широко используются традиционные методы инструментальной диагностики: маммография и ультразвуковая диагностика. Маммографический метод исследования, невозможно применять так часто, после каждого курса химиотерапии (4 цикла), так как курс лечения повторяется через каждые 21 дней.

Следует полагать, что использование метода ультразвукового сканирования опухоли может, позволять максимально объективно оценить эффективность неoadъювантного лечения и выработать тактику дальнейшего лечения.

**Целью исследования:** Изучить значение ультразвукового метода диагностики для мониторинга эффективности неoadъювантной полихимиотерапии рака молочной железы.

**Материал и методы исследования:** Научная работа проводилась на базе химиотерапевтического отделения и в отделении репродуктивной системы Самаркандского Филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии. За период с 2015 по 2016 г. в исследование было включено 140 больных в возрасте от 27 до 70 лет с морфологически подтвержденным раком молочной железы (РМЖ), (II и III стадии заболевания, T1 - T4, N1- N3, M0).

Клиническое, лабораторное, инструментальное (анамнез, осмотр, пальпация, анализы крови, УЗД, маммография, МРТ молочной железы, рентгеноскопия легких) исследования. Морфологические (аспирационная пункционная биопсия, трепан-биопсия из опухоли и материал после оперативного вмешательства подвергали патогистологическому) исследования для оценки гистологических вариантов РМЖ и степени дифференцировки злокачественных опухолевых клеток (градация G), а также для определения степени патоморфоза.

Все пациенты подвергались неoadъювантному (предоперационному) системному полихимиотерапию (неоПХТ), которое назначалось с учетом стадии заболевания.

Проведена **полихимиотерапия (ПХТ)** по стандартным схемам: САФ (Циклофосфан 500мг/м<sup>2</sup> 1,8 дни №2, Доксарубин 30мг/м<sup>2</sup> 1, 8 дни №2, Фторурацил 500мг/м<sup>2</sup> 1, 8дни №2) 55 пациенткам и по схеме FАС (Фторурацил 500мг/м<sup>2</sup> 1 день №1, Доксарубин 50мг/м<sup>2</sup> 1 день №1) проведена 60 больным РМЖ, 4-6 курс с интервалом 21 дней, по схеме CMF (Циклофосфан 200мг 14 дней, Метотрексат 40мг/м<sup>2</sup> 1,8 дни №2, Фторурацил 500мг/м<sup>2</sup> 1,8 дни №2) 25 больным 4-6 курс с интервалом 21 дней. Клиническая оценка эффекта неoadъювантной системной химиотерапии проводилась согласно следующим критериям ВОЗ:

- ◆ полный регресс (CR) – полное исчезновение первичной опухоли в молочной железе и регионарных лимфатических узлах;
- ◆ частичный регресс (PR) – уменьшение размеров опухоли на 35% и более;
- ◆ стабилизация – критерии недостаточные для достижения частичного регресса или прогрессирования заболевания;
- ◆ прогрессирование заболевания – увеличение размеров опухоли более чем на 25%.

**Ультразвуковое исследование больных проводилось в динамике.**

При анализе эхографической картины оценивали: размеры и экзогенность опухоли, характер внутренних эхосигналов, контуры, форму; наличие каймы инфильтрации, а также ободка дорсальной тени, состояние премаммарной клетчатки, связок Купера, кожи и регионарных лимфатических узлов.

В процессе проведения неoadъювантной полихимиотерапии регистрировали изменение размеров опухоли, типа васкуляризации и состояния регионарных лимфатических узлов.

**Оценка эффективности НеоПХТ на УЗИ.** Ультразвуковые показатели фиксировались до начала проведения неoadъювантной полихимиотерапии, после 2-3 циклов химиотерапии и непосредственно перед операцией. Предоперационный размер опухоли на УЗИ сравнивали с размерами после операционного размера макропрепарата.

**Результаты исследования:** При анализе результатов у 40 (18,4%) больных, получав-

ших неоадьювантную полихимиотерапию, наблюдается полный патоморфологический регресс по данным гистологического исследования. Оценка характеристик первичного опухолевого узла проводилась с помощью наиболее часто используемых в клинической практике методов диагностики: клинического осмотра, маммографии, УЗИ молочных желез после проведения неоадьювантного лечения.

#### **Алгоритм оценки эффективности неоадьювантной полихимиотерапии РМЖ.**

- ◆ Физикальное обследование является субъективной методикой, однако ее применение необходимо в течение всего хода лечения. Особое значение метод приобретает при наличии кожной симптоматики (отек, гиперемия, втяжение соска), и во время оперативного вмешательства.
- ◆ С помощью пальпации можно относительно определить размер первичной опухоли и регионарные лимфоузлы. Пальпация не всегда дает точный размер опухоли, часто превышает их размер, особенно у молодых пациентов с повышенным фиброзным компонентом молочной железы.
- ◆ УЗИ необходимо использовать во время всех трех раундов обследования, так как их точность не зависит от возраста и соотношения жирового и железистого компонентов молочной железы, а также дает точную информацию о состоянии регионарных лимфатических узлов.
- ◆ Маммографию также можно применять в течение всего периода неоадьювантного лекарственного лечения у пациентов с преобладанием жирового компонента и/или при наличии специфической для рака микрокальцинации.

Таким образом, наше исследование показывает, что предоперационный размер опухоли на УЗИ значительно не отличается от размера макропрепарата послеоперационного материала. Так как для мониторинга неоадьювантной модифицированной полихимиотерапии рака молочной железы, ультразвуковая диагностика на сегодняшний день является самой доступной и точной из лучевых методов диагностики.

#### **Выводы:**

1. Ультразвуковая диагностика является более приемлемым и точным методом диагностики РМЖ и позволяет оценить не только параметры первичной опухоли, но и состояние регионарных лимфатических узлов.

2. Из-за малоинвазивности и экономической рентабельности данного метода, можно ее использовать после каждого курса неоадьювантной полихимиотерапии по несколько раз.

3. Важно отметить, что УЗИ достаточно точно определяет динамику изменения размера опухоли практически у всех больных после 2–3 курсов полихимиотерапии, что позволило предсказать эффективность выбранной схемы уже на ранних этапах лечения.

#### **Использованная литература:**

1. Аксель Е.М., Ушакова Т.И. Статистика злокачественных новообразований у пожилых. //Материалы Европейской школы по онкологии "Рак у пожилых: достижения и перспективы" Москва, 19-20 ноября, 2001 г.
2. Бусько Е.А., Мищенко А.В., Семиглазов В.В., Табагуа Т.Т. Эффективность УЗИ и соноэластографии непальпируемых и пальпируемых образований молочной железы // Вопросы онкологии. 2013. Т. 59, № 3. С. 375 – 381.
3. Гарбуков Е.Ю., Слонимская Е.М., Красулина Н.А., Дорошенко А.В., Кокорина Ю.Л. Неоадьювантная терапия при раке молочной железы // Сибирский онкологический журнал. 2005. Т. 2, N 14. С. 63–72.
4. Иванова Л.И. Возможности комплексного ультразвукового исследования в дифференциальной лучевой диагностике образований молочных желез: Дис... канд. мед. наук / Л.И. Иванова // ВМА им С.М. Кирова. СПб., 2007. 198 с.
5. Переводчикова Н.И., Портной С.М., Стенина М.Б. Лекарственная терапия рака молочной железы // М.: Практика, 2014. С. 284.
6. Schulz-Wendtland R. Neoadjuvant chemotherapy-monitoring: clinica examination, ultrasound, mammography, MRI, elastography: only one, only few or all? // Eur. J. Radiol. 2012. Vol. 81. P. 147–148.

**КРАНИОЦЕРВИКАЛГИЯДА ФИЗИОТЕРАПЕВТИК ДАВОНИНГ  
САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ**  
**З.Ф. Мавлянова, М.А. Абдусаломова, Ш.Б. Сабинова**  
Самарканд Давлат медицина институти

**Таянч сўзлар:** краниоцервикалгия, шифобахш жисмоний тарбия, массаж, лазеротерапия, ёшлар.

**Ключевые слова:** краниоцервикалгия, лечебная физическая культура, массаж, лазеротерапия, молодой возраст.

**Key words:** craniocervicalgia, physiotherapy, massage, laser therapy, young age.

Краниоцервикалгия патогенезининг мураккаблиги ва симптомлар мажмуасининг клиник полиморфизми қайта тикловчи даво чораларига тизимли ёндашиш зарурлигини кўрсатади. Краниоцервикалгия билан касалланган 18 ёшдан 35 ёшгача бўлган беморларда ўтказилган физиотерапевтик муолажаларнинг самарадорлиги баҳоланди. Ўтказилган мажмуавий физиотерапевтик муолажалар патогенетик йўналган ва юқори терапевтик самарадорликка эга эканлиги аниқланди.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ПРИ КРАНИОЦЕРВИКАЛГИИ**

**З.Ф. Мавлянова, М.А. Абдусаломова, Ш.Б. Сабинова**  
Самаркандский Государственный медицинский институт

Сложность патогенеза краниоцервикалгии и клинический полиморфизм комплекса симптомов показывает необходимость систематического подхода для восстановительной терапии. Оценена эффективность физиотерапевтического лечения у пациентов с 18 по 35 лет с краниоцервикалгией. Определены патогенетическая направленность и высокая терапевтическая эффективность проведенного комплексного физиотерапевтического лечения.

**EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PHYSIOTHERAPEUTIC  
TREATMENT AT THE CRANIOCERVICALGIA**

**Z.F. Mavlyanova, M.A. Abdusalomova, Sh.B. Sabirova**  
Samarkand Medical Institute, the Republic of Uzbekistan, Samarkand city.

Complication of the pathogenesis of craniocervicalgia and clinical polymorphism of the complex of symptoms reveals the need for a systematic approach to restoring healing procedures. The effectiveness of physiotherapy treatment in patients aged 18-35 years with craniocervicalgia was evaluated. Pathogenetic orientation and high efficiency of complex physiotherapeutic treatment were determined.

**Долзарблиги.** Краниоцервикалгия бу иккиламчи бош оғриғи бўлиб, бўйин тузилмаларининг турли патологиялари билан боғлиқ. Бош оғришининг халқаро таснифига мувофиқ, краниоцервикалгия - бош соҳасида кузатилувчи оғриқ бўлиб, бироқ у умуртқа поғонасининг бўйин қисми патологияси билан боғлиқ. Цервикокраниалгия сабаблари: умуртқа поғонаси бўйин қисми остеохондрози, артрит, умуртқа поғонаси артериясининг таъсирланиш синдромлари, тез – тез стресс вазиятлари, доимий организм совуқ қотиши, жисмоний зўриқиш пайтида кескин ҳаракат, жисмоний зўриқиш пайтида бўйин қисмининг бойламларининг чўзилиши, умуртқалараро диск чурраси, умуртқа поғонаси бўйин қисмининг мушак патологиялари ва иммун тизимининг касалликлари (ўсма, абсцесс, Педжет касаллиги ва б.).

**Тадқиқот мақсади.** Краниоцервикалгияда физиотерапевтик муолажалар самарадорлигини баҳолаш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари.** Белгиланган мақсадни амалга ошириш учун Сам.МИ клиникасида амбулатор шароитда даволанган 30 та 18-35 ёшдаги амбулатор беморлар олинди, мажмуавий текшириш ва қайта тикловчи даволаш ўтказилди. Барча беморларга қуйидаги текширишлар ўтказилди: клинико – неврологик текширув, шу ерда анамнез маълумотлари, оғриқ интенсивлигини визуал-аналог шкаласи бўйича баҳолаш, Мак-Гилл оғриқни баҳолаш сўровномасининг қисқартирилган варианты, бош мия КТ, ЭЭГ. Танланган даво турига қараб барча беморлар 3 гуруҳга бўлинди. I гуруҳ (n =10)

беморларига массаж, шифобахш жисмоний тарбия билан бирга бўйин-ёқа соҳаси ва бошнинг сочли қисми мануал терапияси ўтказилди. II гуруҳ (n=10) беморларига даволаш ва бошқа реабилитацион чора-тадбирлардан ташқари лазеротерапия ўтказилди. Цервикокраниалгияни (умуртқа поғонаси нерви синдроми) даволашда ёй ўткир ўсиқ бўғими ва зарарланган диск соҳасидан ташқари, бошнинг пастки қийшиқ мушаги ва умуртқа поғонаси артерияси нуқталарига лазеротерапия (BTL – 4000) аппарати ёрдамида ўтказилди майдон – 1см<sup>2</sup>, доза- 4,00 дж/см<sup>2</sup>, тўлиш коэффециенти 80%, частота 10,0 Гц, максимал қувват 100 мВт. III гуруҳ (n =10) беморлари назорат сифатида олинди ва уларга фақатгина медикаментоз даво олиб борилди.

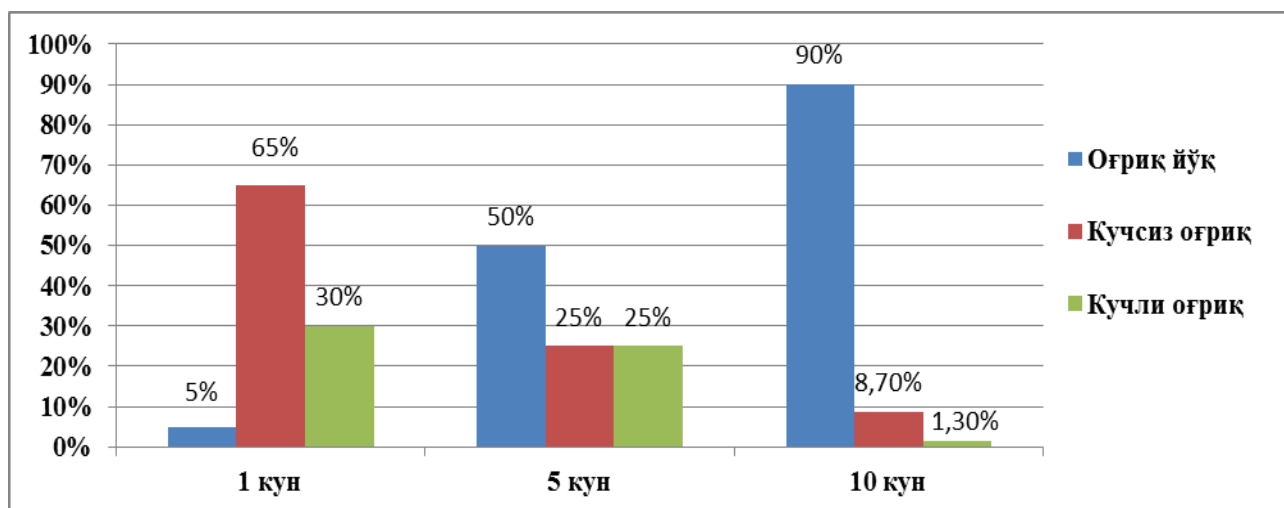
**Тадқиқот натижалари:** медикаментоз ва физиотерапевтик даво муолажалари ўтказилишига қадар беморларнинг барчаси 30 (100%) бир томонлама бош ва бўйин соҳасидаги оғриққа шикоят қилди. Пальпацияда бўйиннинг орқа юзасида, трапециясимон мушак пайларининг бирикиш соҳасида, бошнинг катта ва кичик тўғри мушаклари, пастки қийшиқ мушаги соҳасида оғриқ аниқланди. Бош оғриғи билан бирга қайт қилиш, фоно-фотофобия, бош айланиши аниқланди. Беморларни неврологик текшириш пайтида бош мия нервларидан III, V, VI, VII, VIII нервларида ўзгаришлар аниқланди. Беморларнинг 10 тасида мияча томонидан ўзгаришлар аниқланди. КТ маълумотлари бўйича умуртқа поғонасининг бўйин соҳасида турли клинико-функционал ҳолатидаги ўзгаришлар аниқланди. ЭЭГ текшируви натижаларида беморларнинг кўпчилигида мия устун тизимларида функционал ўзгаришлар, пароксизмал фаоллик, бош мианинг супраспинал даражасида биоэлектрик фаолликнинг ошиши аниқланди. Бош оғриғининг интенсивлиги ВАШ маълумотлари бўйича ўртача  $6,35 \pm 0,25$  аниқланди.

1 жадвал.

#### КРАНИОЦЕРВИКАЛГИЯ БИЛАН БЕМОРЛАРДА ОҒРИҚНИНГ ДИНАМИКАСИ (ВАШ БҲЙИЧА)

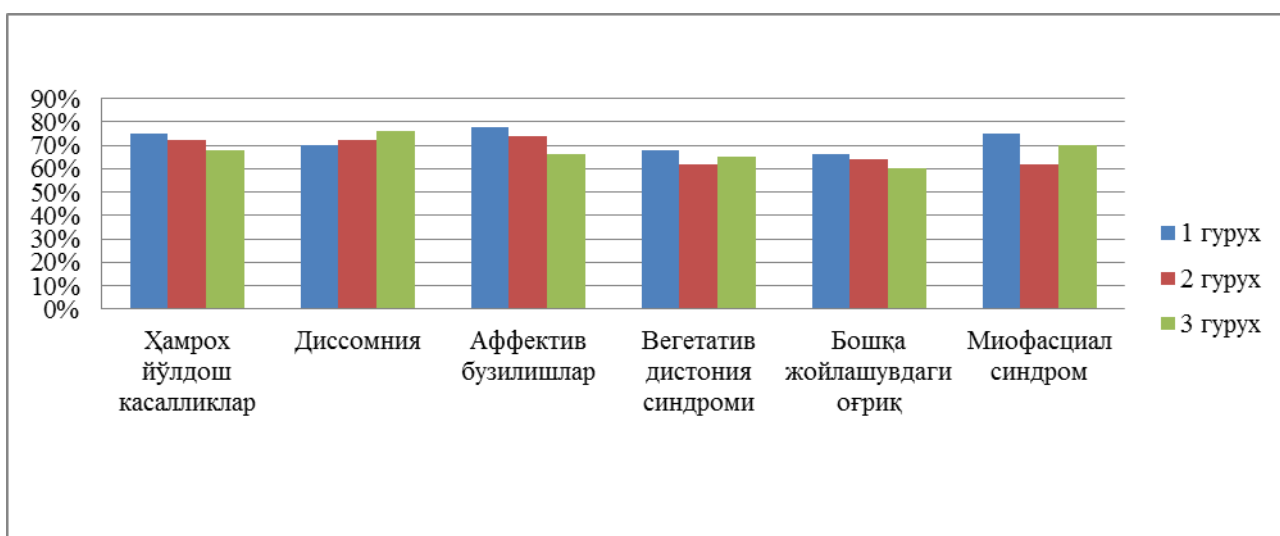
Гуруҳлар	Оғриқ кўрсаткичлари (балларда)	
	Давогача	Даводан кейин
I гуруҳ	$6,36 \pm 0,25$	$4,35 \pm 0,15$
II гуруҳ	$6,28 \pm 0,33$	$3,36 \pm 0,09$
III гуруҳ	$6,20 \pm 0,11$	$4,90 \pm 0,11$

Даволаш курсидан кейин беморларнинг кўпчилигида оғриқнинг камайиши кузатилди.



1 расм. Краниоцервикалгия билан оғриган беморларда даволаш динамикаси.





2 расм. Барча гуруҳ беморларида коморбид бузилишлар, %.

**Хулоса.** Олинган натижалар шуни кўрсатдики, краниоцервикалгия билан беморларда симптомлар регресси фақатгина оғриқ синдромини бартараф этишдан ташқари мавжуд бўлган коморбид бузилишларни йўқотишга ҳам қаратилган бўлиши керак. Шундай қилиб, цервикоген бош оғриғи билан касалланган беморларда реабилитацион чора – тадбирлар билан бирга лазеротерпияни қўллаш оғриқ интенсивлигининг бошқа гуруҳларга нисбатан сезиларли камайганлигини кўриш мумкин. Шу билан бирга ушбу беморларда реабилитацион чора – тадбирларни қўллашда коморбид бузилишларни ҳисобга олиниши муҳим. Ўтказилган даво муолажалари беморларни тез ижтимоий адаптациясига олиб келди.

**Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Амелин А.В., Богданова Ю.Н. и соавт Диагностика первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли Журн. Неврологии и психиатрии 4, 2011. С.82 – 85.
2. Баринов А.Н., Пархоменко Е.В. Цервикогенная головная боль – дифференциальная диагностика и лечение Журн. Неврология, нейрохирургия, психоматика 2014; (2). С. 24-28.
3. Гольдблат Ю.В. Медико – социальная реабилитация в неврологии Санкт –Петербург, 2006.
4. Максимчук Л.Т. Гирудотерапия в лечении у больных с цервикогенной головной болью Международный неврологический журнал № 3 (73), 2015: С. 136-139.
5. Матхаликов Р.А., Тедорозе Р.В. Цервикогенная головная боль Журн. Земский врач № 4 (8). 2011: С. 19 -22.
6. Шток В.Н. Головная боль Москва “Медицина” 1987. 201с.
7. Штульман Д.Р., Левин О.С. / Неврология // Справочник практического врача 6 - издание М 2008. С. 72

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ БРАЧНОГО СТАТУСА, ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕЛИГИОЗНОЙ ГРУППЕ****Н.С. Мамасалиев, М.К. Ибрагимов, З.Н. Мамасалиев, У.Т. Сувонкулов**Андижанский государственный медицинский институт,  
Андижанский филиал РНЦЭМП**Ключевые слова:** ВИЧ, НЦД, половая принадлежность, этническая группа, брачный статус, возрастная категория.**Таянч сўзлар:** ОИВ, НЦД, жинси, этник келиб чиқиши, турмуш ҳолати, ёши.**Key words:** HIV, NCD, sex, ethnicity, marital status, age category

Проведен анализ распространенности НЦД среди ВИЧ инфицированной популяции Ферганы, в зависимости от возраста, брачного статуса, а также принадлежности к этнической и религиозной группе. Именно всесторонняя оценка своеобразия течения заболевания у пациентов разного пола и возраста, а также различного брачного статуса дает возможность врачу совершенствовать раннюю диагностику и профилактику, для дальнейшего планирования индивидуального подхода к лечению.

**ОИВ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ПОПУЛЯЦИЯДА НЕЙРОЦИРКУЛЯР ДИСТОНИЯ ТАРҚАЛИШИ ОИЛАВИЙ АХВОЛИНИНГ ВАЗИФАСИ СИФАТИДА, ЭТНИК ВА ДИНИЙ ГУРУХГА ЁРДАМЧИ****Н.С. Мамасалиев, М.К. Ибрагимов, З.Н. Мамасалиев, У.Т. Сувонкулов**Анджон давлат тиббиёт институти,  
РШТЎИМ Андижон филиали

Фарғона водийсида ОИВ инфекциясига чалинган аҳоли орасида НЦД нинг ёшга, оилавий ҳолатига шуниингдек, этник ва диний гуруҳларга нисбатан тарқалиши анализ қилинди. Айнан турли жинс ва ёшдаги касалликнинг ноёб табиатини ҳар томонлама баҳолаш шифокорга эрта таъхис қуйиш ва профилактикани такомиллаштириш, даволанишга алоҳида ёндошишни режалаштириш учун имкон беради.

**THE PREVALENCE OF NEUROCIRCULATORY DYSTONIA IN HIV-INFECTED POPULATION AS A FUNCTION OF THE MARITAL STATUS, AN ACCESSORY TO THE ETHNICAL AND RELIGIOUS GROUP****N.S. Mamasaliev, M.K. Ibragimov, Z.N. Mamasaliev, U.T. Suvonkulov**Andijan State Medical Institute,  
Andijan branch of RSC EMC

An analysis of the prevalence of NDCs in the HIV infected population of Fergana has been performed, depending on the age, marital status, as well as belonging to the ethnic and religious group. It is a comprehensive assessment of the unique nature of the course of the disease in patients of different sex and age, as well as with different marital status, enabling the doctor to improve early diagnosis and prevention, for further planning an individual approach to treatment.

В нашем исследовании, представленный мониторинг нейроциркуляторной дистонии (НЦД) у ВИЧ-инфицированного (ВИЧи) населения приходится на период активного и глубокого реформирования здравоохранения Узбекистана, для которого в системе охраны здоровья населения характерно смещение фокуса научных исследований от клинико-фундаментальных аспектов здоровья к социально-эпидемиологическим детерминантам, определяющим здоровье общества. Если взглянуть на эволюцию современных исследований, то видно, что вообще это феномен (от лечения к профилактике) характерен для любого времени резких социально-эпидемиологических изменений в обществе, и наша узбекская эпидситуация или действительность здесь не может явиться исключением [1,2,3,4,5,6,7,8].

В этой связи, особенно актуально изучение проблемы распространенности НЦД у ВИЧи-популяции в зависимости от брачного статуса, принадлежности к этнической и религиозной группе.

**Материал и методы.** Проводилось эпидемиологическое исследование среди репрезентативной выборки (341 чел.) ВИЧи-населения Ферганской долины в три этапа. Первым

этапом являлся первичный скрининг, в ходе которого применялись популяционные, клинические и биохимические исследования. На втором этапе проводилось более углубленное обследование по выявлению НЦД (инструментальные, функциональные и специальные), анализированы влияние факторов риска (ФР) на формирование и клиническое течение НЦД у ВИЧи-популяции. На третьем этапе проводилось специальное изучение по сравнительной оценке степени связи НЦД с факторами риска ФР и дисбалансом микроэлементного гомеостаза с соблюдением принципов популяционной работы: принцип достоверности, принцип избыточности, конкретности, точности, информативности, системности, доступности, организованности, целесообразности, логичности и объективной привязанности.

Такой подход и анализ позволяет сформировать популяционные гипотезы, обобщить результаты исследования и получить приемлемую модель для дальнейшего вмешательства у ВИЧи-популяции.

Диагноз НЦД установлен по классификации В.И. Маколкина (1999). Для диагностики ВИЧ-инфекции /СПИДа использована стратегия 3 в условиях регионального центра по борьбе со СПИДом, Диагноз ВИЧ-инфекции /СПИД сформирован в соответствии с пересмотренной классификацией ВОЗ клинических стадий ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков [9].

Статистическая обработка выявленных результатов проводилась на компьютере типа «Pentium-3» с использованием стандартных и специально разработанных программных средств, обеспечивающих эффективное применение методов математической модели. Параллельно применялись методы многомерного статистического анализа и критерии Фишера.

**Результаты и обсуждение.** В таблице 1 приведены полученные результаты в отношении НЦД среди ВИЧи-популяции в зависимости от брачного статуса в условиях Ферганской долины Узбекистана.

При этом отмечено, что у популяции ВИЧ-инфицированных имеется достоверная разница в уровне НЦД в зависимости от брачного статуса.

Так, как видно из данных табл.1, доля ВИЧи-населения с НЦД, состоящих в браке, была значимо выше доли ВИЧи-лиц, состоящих в разводе (соответственно 18,9-35,8%,  $P < 0,05$ ), у одиноких и вдовых пациентов существенных различий в распространенности не наблюдалось (20,8-24,5%,  $P > 0,05$ ).

Таблица 1.

**Распространенность НЦД у ВИЧи-популяции Ферганской долины в группах, различных по брачному статусу.**

Обследования ВИЧи-популяция, различных по брачному статусу	Распространенность НЦД (N=53)	
	Абс	%
Одинокие (I)	11	20,8
Вдовы (II)	13	24,5
Состоят в разводе (III)	10	18,9
Состоят в браке (IV)	19	35,8
P	< 0,05	IV-III
	< 0,01	-
	< 0,001	-

В табл. 2 представлены результаты нашего исследования, отражающие данные о распространенности НЦД у ВИЧи-населения в зависимости от принадлежности к этнической группе.

Результаты проведенного скрининга продемонстрировали (табл 2) высокие показатели НЦД у ВИЧи-женщин (67,92±6,32%), чем у ВИЧи-мужчин (32,08±3,2%).

Таблица 2.

Распространенность НЦД у ВИЧи-популяции в зависимости от принадлежности к этнической группе.

Группа обследованных	Число обследованных	Распространенность НЦД				Р
		Этническая группа мужчин		Этническая группа женщин		
		Абс	%	Абс	%	
ВИЧи-популяция ≥20-50 лет с НЦД	53	17	32,08±3,2	36	67,92±6,32	<0,01

Отмечается высокий темп роста НЦД в этнической группе женщин по сравнению с ВИЧи-популяцией мужчин (в 2,1 раз,  $P<0,01$ ) и, безусловно, проведенные профилактические мероприятия именно в этой этнической группе могли бы предотвратить её высокие цифры в группах женщин и детей-подростков, тем самым устранить один из важных ФР сердечно-сосудистого континуума (рис. 1).

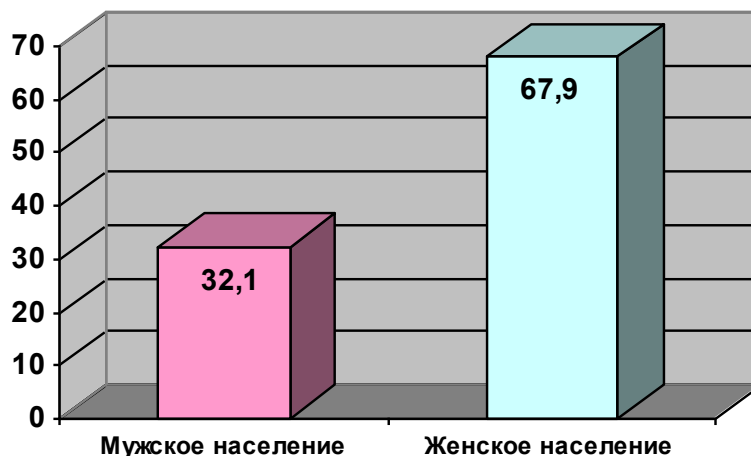


Рис 1. Этнические особенности выявляемости НЦД на фоне ВИЧ-инфекции в условиях Ферганской долины.

В табл. 3 представлена динамика распространенности НЦД у ВИЧи-популяции мужчин и женщин по возрастным пятилетиям.

Таблица 3.

Динамика распространенности НЦД у ВИЧи-популяции мужчин и женщин по возрастным пятилетиям

Возрастные группы обследованных (лет)	Число обследованных с НЦД	Распространенность НЦД у ВИЧи-популяции				Статистика различия по t-критерию (P)		
		Абс	М±m%	Абс	М±m%	<0,05	<0,01	0,001
15-19	5	2	40,00±4,5	3	60,00±5,0	2-1	-	-
25-29	17	2	11,77±2,17	15	88,23±7,51	-	-	2-1
30-34	16	9	56,25±5,75***	7	43,75±4,35	1-2	-	-
35-39	8	3	37,5±2,9	5	62,5±5,23	2-1	-	-
40-44	5	1	20,00±4,0	4	80,00±7,5*	-	-	2-1
45-49	1	0	0,00	1	100,0±0,00*	-	-	2-1
Старше 50	1	0	0,00	1	100,0±0,00*	-	-	2-1

**Примечание:** \*- достоверность различий обозначена в отношении предыдущего возрастного диапазона

Как видно из табл 4, распространенность НЦД с возрастом имеет неравномерное возрастание как у ВИЧи-мужчин, так и у ВИЧи-женщин. Сравнительно высокая частота выявления НЦД в группе обследованных ВИЧи-мужчин наблюдается в третьем десятилетии, а у ВИЧи-женщин – во втором и четвертом десятилетии жизни.

В целом, распространенность НЦД у ВИЧи-популяции мужчин и женщин по возрастным пятилетиям составила соответственно: в первом пятилетии (20-24 лет) – 40,00±4,5% и 60,00±5,0% (P<0,05), во втором пятилетии (25-29 лет) - 11,77±2,17% и 88,236±7,51% (P<0,001), в третьем пятилетии (30-34 лет) – 56,25±5,7% и 43,75±4,35 (P<0,05), в четвертом пятилетии (35-39 лет) – 37,5±2,9% и 62,5±5,23% (P<0,05), в 40,44 лет - 20,00±4,0% и 80,00±7,5% (P<0,001), в 45-49 лет – 0,0% и 100,0% (P<0,001) и в 50 лет и старше – также по 0,0% и 100,0% (P<0,001).

В различных возрастных группах частота распространенности НЦД разнятся у ВИЧи-мужчин – в 4,9 раз, а у ВИЧи-женщин – в 2,4 раза (P<0,05).

Изучение распространенности НЦД в зависимости от принадлежности к религиозной группе мы проводили в популяции ВИЧ-инфицированных, полученной при эпидемиологическом исследовании. Данные такого анализа обобщены и представлены в табл 4.

Таблица 4.

**Распространенность НЦД у ВИЧи-популяции  
в зависимости от принадлежности к религиозной группе**

Группа обследованных	Число обследованных с НЦД	Распространенность НЦД				P
		Популяция христиан		Популяция мусульман		
		Абс	%	Абс	%	
Популяция ВИЧи-населения ≥20-50 лет	53	13	28,3±3,6	40	71,7±4,5	<0,05

При анализе распространенности НЦД у ВИЧи-популяции в зависимости от принадлежности к религиозной группе по результатам скрининга в условиях Ферганской долины выявлено (табл 3), что распространенность НЦД была наиболее высокая (71,7±4,5%) в популяции ВИЧи-мусульманов, чем у популяции христианов (28,3±3,6%), P<0,01.

Таким образом, проведенные исследования показали, что НЦД у ВИЧи-пациентов формируется с существенными изменениями в эпидемиологических показателях в зависимости от их социально-демографических и популяционных характеристик. Популяция ВИЧ-инфицированных относится к наиболее неблагоприятному социальному слою общества в отношении НЦД и соответственно, в меньшей степени, чем какая-либо другая группа населения, придерживается нормам здорового образа жизни и рискованны в отношении скопления негативных эпидемиологических условий с повышением риска развития «конечных точек».

**Использованная литература:**

1. Абдуллаева М.А. и др. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции среди женщин в Узбекистане // Ibn Sino – Avicenna 2005. №3-4. С. 86.
2. Бабаджанов А.С. и др. Кардиocereбральная патология у перенесших продолжительное малодозное радиационное воздействие в отдаленные сроки // Патология. 2003. №1. С. 38-41.
3. Бахринов Х.П. Некоторые особенности распространения ВИЧ/СПИДа в Республике Узбекистан // Актуал.пробл-гигиены, санитарии и экологии: Матер.науч-практ.-конф.посвящ. 70 летию НИИ санитарии, гигиены и проф. заболеваний. Т. 2004. С. 271.

4. ВИЧ- инфекция и СПИД в Европе. Отчет Европейского центра эпидемиологического мониторинга СПИДа //Инфекции, перед пол.путем. 2004. №1. С. 19-22.
5. Гиясова Г.М. Особенности распространения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) среди женщин, составляющих группы повышенного риска в Узбекистане // Автореф. дис. канд. мед. наук. Ташкент 2005. С. 17.
6. Еременко С.И. Динамика заболеваемости студентов и учащихся г. Благовещенска //Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики заболеваний человека: Юбил. сб. науч. тр. Благовещенск. 2002. С. 230-232.
7. Diversity of the HLV / ALDI epidemic in Europe// F.F.Hamers et all. //ALDI 1998. N12. С. 63-70.
8. Estimated cost of ambulatory treatment of patients with cardiovascular oliseaser //A.P.Dorohoi et.all// Lik Sprava. 2004. N5-6. P. 93-99.
9. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. М. 1996. С. 248.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ И АЛГОРИТМЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ У ВИЧ- ПОПУЛЯЦИИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА

Н.С. Мамасалиев, М.К. Ибрагимов, З.Н. Мамасалиев, У.Т. Сувонкулов

Андижанский государственный медицинский институт,

Андижанский филиал РНЦЭМП

**Ключевые слова:** ВИЧ, НЦД, Фергана, популяция, факторы риска, профилактика, лечение, выявление, анализ, неблагоприятный, условия, эпидемиология.

**Таянч сўзлар:** ОИВ, НЦД, Фарғона, аҳоли, хавф омиллари, профилактика, даволаш, аниқлаш, таҳлил қилиш, салбий ҳолат, эпидемиологик.

**Key words.** HIV, NCD, Fergana, population, risk factors, prevention, treatment, detection, analysis, adverse, conditions, epidemiological.

В ходе проведенного эпидемиологического исследования были определены 18 основных факторов риска при формировании НЦД среди ВИЧ-инфицированной популяции. На основании полученных данных был разработан алгоритм раннего выявления и профилактики НЦД у ВИЧ-инфицированной популяции населения Ферганской долины Узбекистана.

### ФАРҒОНА ВИЛОЯТИДА ОИВ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИ ОРАСИДАГИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОР ДИСТОНИЯНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК МОДЕЛИ ВА ПРОФИЛАКТИКА АЛГОРИТМИ

Н.С. Мамасалиев, М.К. Ибрагимов, З.Н. Мамасалиев, У.Т. Сувонкулов

Анджон давлат тиббиёт институти,

РШТЎИМ Андижон филиали

Эпидемиологик текшириш жараёнида ОИВ билан касалланган аҳоли орасида НСД ларнинг шакилланишида 18 та асосий хавф омиллари аниқланди. Олинган маълумотларга асосан, Ўзбекистоннинг Фарғона водийсида ОИВ билан касалланган аҳоли орасида НЦД ларни эрта аниқлаш ва олдини олиш алгоритми ишлаб чиқилди.

### EPIDEMIOLOGICAL MODEL AND ALGORITHMS OF PREVENTION OF NEUROCYRCLATORY DYSTONY IN HIV-INFECTED POPULATION UNDER THE CONDITIONS OF THE FERGANA VALLEY OF UZBEKISTAN

N.S. Mamasaliev, M.K. Ibragimov, Z.N. Mamasaliev, U.T. Suvonkulov

Andijan State Medical Institute,

Andijan branch of RSC EMC

In the course of the epidemiological research, were identified 18 major risk factors in the formation of NCDs among the HIV-infected population. Based on the data obtained, was developed an algorithm for the early detection and prevention of NCD in an HIV-infected population of the Fergana Valley of Uzbekistan.

На основании результатов эпидемиологического исследования среди ВИЧ-инфицированного (ВИЧ) населения (341- чел.) нами разработана эпидемиологическая модель и алгоритм профилактики нейроциркуляторной дистонии (НЦД) у ВИЧ популяции в условиях Ферганской долины Узбекистана. Определены силы основных факторов риска (ФР) в формировании НЦД у ВИЧ – популяции в связи с установленными факторами риска.

Полученные нами данные в этом отношении представлены в таблице 1.

Полученные данные анализа показали (табл 1), что относительный риск развития НЦД у ВИЧ – позитивного населения связан с 7-ю основными факторами риска: коморбидностью, поло-возрастными, социально- неконвенционными, эпидемиологическими, поведенческими, некоррегируемыми и алиментарно-пищевыми.

При этом установлено, что в наибольшей степени относительный риск наличия НЦД у ВИЧ-популяции имеет место при коморбидности, поло-возрастных и социально-неконвенционных факторах, существенно ниже (в 1,8 и 2,4 раза;  $P < 0,05$ ,  $P < 0,01$ ) при эпиде-

Таблица 1.

**Относительный риск развития НЦД у ВИЧ-популяции Ферганской долины в связи с основными факторами риска**

№	Факторы риска	Относительный риск НЦД на фоне ВИЧ-инфекции
1	Коморбидность	70,8
2	Поло-возрастные факторы	63,1
3	Социально – неконвенционные факторы	55,2
4	Эпидемиологические факторы	40,4
5	Поведенческие факторы	29,6
6	Некорректируемые факторы	15,8
7	Алиментарно-пищевые факторы	20,3

миологических и поведенческих факторах и в 4,5-6,9 раза меньше – при некорректируемых и алиментарно-пищевых факторах ( $P < 0,001$ ) соответственно.

Это означает, что формирование и осложненное течение НЦД у ВИЧ-положительного населения в существенно значительной степени опосредованы отмеченными дисбалансами в уровнях ФР, прежде всего коморбидностью, поло-возрастными и социально-неконвенционными, а также другими факторами. Относительный риск наличия вероятности НЦД от указанных в таблице 1 причин имел однонаправленный рост у ВИЧ-населения при увеличении их уровней.

С учетом вклада этих пусковых факторов риска, способствующие к скоплению «агрессивных» неблагоприятных эпидемиологических условий и ассоциируемые высокой степени с риском развития НЦД, нами была разработана эпидемиологическая модель профилактики НЦД у ВИЧ-популяции в условиях Ферганской долины (табл. 2).

Таблица 2.

**Эпидемиологическая модель формирования и развития НЦД на фоне ВИЧ-инфекции – объекты профилактики**

№	Факторы риска, ассоциирующиеся с развитием и течением НЦД у ВИЧ-популяции	Статистика различия между группами по t-критерию KrisKal-Walts
1.	Коморбидность	<0,001
2.	Употребления алкоголя	<0,001
3.	Курение	<0,001
4.	Возраст (20-39 лет)	<0,001
5.	Профессиональная деятельность	<0,001
6.	Гиперхолестеринемия	<0,01
7.	Пол (женщины)	<0,01
8.	Брачный статус (вдовы, состоящие в браке)	<0,01
9.	Принадлежность к религиозной группе (мусульманы)	<0,05
10.	Дислипидотенденция	<0,05
11.	Гипертриглицеридемия	<0,05
12.	Гиперурикемия	<0,05
13.	Избыточная масса тела	<0,05
14.	Низкая физическая активность	<0,05
15.	Низкое потребление овощей и фруктов	<0,05
16.	Психогенные факторы	<0,05
17.	Наследственная предрасположенность	<0,05
18.	Образовательный статус (среднее образование)	<0,05



Из представленного анализа в таблице 2 видно, что наличие 18 ти факторов риска приводят к скоплению патогенных эпидемиологических условий у ВИЧ-населения в отношении НЦД и именно они резко увеличивают относительный риск этой патологии или «конечных точек» от неё на фоне ВИЧ-инфекции. Они являются главными объектами профилактики НЦД у ВИЧ-позитивного населения Ферганской долины и прогнозирования фатальных или нефатальных исходов.

С учётом выявленных тенденций и эпидемиологических условий нами был разработан алгоритм раннего выявления и профилактики НЦД у ВИЧ-инфицированной популяции (схема 1).

**Схема 1.**

**Алгоритм раннего выявления и профилактики НЦД у ВИЧ-населения.**

**I-ЭТАП**

Сбор данных по выявлению истинной распространенности НЦД в исследуемой когорте, репрезентивной выборке ВИЧ – позитивного населения



Выявление, оценка и мониторинг ФР НЦД



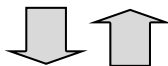
Выявление коморбидной патологии у больных НЦД на фоне ВИЧ-инфекции,



Выявление группы риска континуума от НЦД для активного профилактического вмешательства,



Разработка программы ежегодного эпидемиологического мониторинга и наблюдения ВИЧ-населения с НЦД,



**II-ЭТАП**

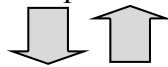
Активное проведение образовательных курсов и повышение медицинских знаний о СПИДе, факторах риска и вопросах формирования здорового образа жизни в исследуемой группе ВИЧ-населения.



Активная первичная профилактика и воздействие в течение года непрерывно на факторы риска: ДЛП, ГУ курение, ИМТ, употребления алкоголя, НПОФ и психосоциальным факторам.



Лечение и профилактирование коморбидной патологии путем постоянного контактирования (ежеквартально).



**III-ЭТАП**

- Реализация программ вторичной и третичной профилактики
- Активное проведение лечебных и реабилитационных программ ВИЧ/СПИДа и НЦД.
- Создание благоприятных медико-социальных условий для эффективной реализации программ профилактики и постоянного эпидмониторинга с привлечением врачей-генералистов и узких специалистов.

Как видно из схемы, подходы активного профилактирования и лечения НЦД у ВИЧи-населения опираются только на популяционные результаты и эпидемиологический мониторинг за 18-ю факторами риска, ассоциируемая НЦД и континуумом от неё.

По нашим прогнозам и результатам наблюдений, реализация этого алгоритма на практике способствуют к прерыванию процесса перехода неблагоприятных эпидемиологических условий на НЦД – в 72,2% случаев и предотвращению осложненного течения НЦД с трансформацией на континуум – в 27,8% случаев у ВИЧи-населения.

#### Использованная литература:

1. Абдуллаева М.А. и др. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции среди женщин в Узбекистане // *Ibn Sino – Avicenna*. 2005. №3-4. С. 86.
2. Бабаджанов А.С. и др. Кардиоцеребральная патология у перенесших продолжительное малодозное радиационное воздействие в отдаленные сроки // *Патология*. 2003. №1. С. 38-41.
3. Бахринов Х.П. Некоторые особенности распространения ВИЧ/СПИДа в Республике Узбекистан // *Актуал.пробл-гигиены, санитарии и экологии: Матер.науч-практ.-конф.посвящ. 70 летию НИИ санитарии, гигиены и проф. заболеваний*. Т. 2004. С. 271.
4. ВИЧ- инфекция и СПИД в Европе. Отчет Европейского центра эпидемиологического мониторинга СПИДа // *Инфекции, перед пол.путем*. 2004. №1. С. 19-22.
5. Гиясова Г.М. Особенности распространения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) среди женщин, составляющих группы повышенного риска в Узбекистане // *Автореф. дис. канд. мед. наук*. Ташкент 2005. С. 17.
6. Еременко С.И. Динамика заболеваемости студентов и учащихся г. Благовещенска // *Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики заболеваний человека: Юбил. сб. науч. тр. Благовещенск*. 2002. С. 230-232.
7. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. М. 1996. С. 248.
8. Diversity of the HLV / ALDI epidemic in Europe// F.F.Hamers et all. // *ALDI* 1998. N12. С. 63-70.
9. Estimated cost of ambulatory treatment of patients with cardiovascular oliseaser // A.P.Dorohoi et.all.// *Lik Sprava*. 2004. N.5-6. P. 93-99.

**ЭПИДЕМИОЛОГО – КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНЫХ  
ПАТОЛОГИЙ ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ  
У ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

**Н.С. Мамасалиев, М.К. Ибрагимов, З.Н. Мамасалиев, У.Т. Сувонкулов**

Андижанский государственный медицинский институт,  
Андижанский филиал РНЦЭМП

**Ключевые слова.** ВИЧ, НЦД, коморбидные патологии, диагностика, исследования, анализ.

**Таянч сўзлар:** ОИВ, НЦД, коморбид патологиялар, диагностика, тадқиқот, таҳлил.

**Key words.** HIV, NCD, comorbid pathologies, diagnostics, research, analysis.

Проведенное нами исследование основано на эпидемиологическом анализе результатов анкетирования 341 ВИЧ-инфицированного человека с НЦД. Данное исследование проводилось с использованием специально разработанных анкет-опросников, а также инструментальных методов диагностики. Результаты исследования показали, что клиническая диагностика НЦД у ВИЧ инфицированных больных на фоне коморбидных патологий составляет большие трудности. В свою очередь это говорит о важности проведения у данной группы больных комплексных инструментальных и специальных методов диагностики.

**ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОР ДИСТОНИЯДА  
КОМОРБИД ПАТОЛОГИЯНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ**

**Н.С. Мамасалиев, М.К. Ибрагимов, З.Н. Мамасалиев, У.Т. Сувонкулов**

Анджон давлат тиббиёт институти,  
РШТЁИМ Андижон филиали

ОИВ инфекциясига чалинган НСД билан касалланган 341та беморлар орасида ўтказган тадқиқотларимиз эпидемиологик сўров таҳлилига асосланган. Ушбу тадқиқотлар махсус ишлаб чиқилган сўров-анкеталар, шуниндек инструментал диагностика усуллари ёрдамида ўтказилди. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, ОИВ билан касалланган комарбит патологияси аниқланган беморларда НСД нинг клиник диагностикаси жуда катта муаммо ҳисобланади. Ўз навбатида, бу гуруҳда мураккаб асбоб -ускуналар ва махсус диагностика усуллари ўтказиш муҳимлигини кўрсатади.

**EPIDEMIOLOGICAL-CLINICAL PECULIARITIES OF COMORBID PATHOLOGY IN HIV INFECTED  
PATIENTS WITH NEUROCIRCULATORY DYSTONIA**

**N.S. Mamasaliev, M.K. Ibragimov, Z.N. Mamasaliev, U.T. Suvonkulov**

Andijan State Medical Institute,  
Andijan branch of RSC EMC

The research, which we conducted, is based on an epidemiological analysis of the results of a questionnaire of 341 HIV-infected persons with NCDs. This study was conducted using specially developed questionnaires, as well as instrumental diagnostic methods. The results of the research showed that the clinical diagnosis of NCDs in HIV-infected patients with comorbid pathology is a big challenge. In turn, this indicates the importance of carrying out complex instrumental and special diagnostic methods for patients in this group.

Профилактика и лечение нейроциркуляторной дистонии (НЦД) представляет сложную, далеко нерешенную задачу, вследствие отсутствия высокоэффективных методов и скринирующих способов ранней профилактики, позволяющих достичь выздоровления и длительного периода клинико-лабораторной стабилизации в разных группах населения [1,2,3,4]. Лечение НЦД должно быть комплексным, длительным, индивидуальным, учитывающим особенности вегетативных нарушений и их факторов риска (ФР).

**Цель исследования** – изучение эпидемиолого–клинических особенностей коморбидных патологий (КП) при нейроциркуляторной дистонии у ВИЧ - инфицированных больных.

**Материал и методы.** Эпидемиологическое исследование осуществлялось на репрезентативной выборке ВИЧи – населения (341 человек) Ферганской долины. Проводилась последовательная выборка – в выборку включались все ВИЧ – инфицированное (ВИЧи) население, отвечающее критериям отбора, до получения необходимого размера выборки.

Обследование включало в себя следующие методы: популяционные (опросные, инструментальные и биохимические), специфические и неспецифические, специальные тесты.

Опросные методы: применялась специально – разработанная анкета- опросник по выявлению НЦД и её ФР, а также «Анкета – первичного обследования состояния пациента и стадию ВИЧ - инфекции».

Инструментальные методы: 1) ЭКГ проводилось в покое на электрокардиографе «б НЭК» в 12-общепринятых отведениях; 2) рентгенологическое исследование осуществлялось на аппарате SIEMENS (Германия), которая включала рентгенографию легких, сердца в трех проекциях; в отдельных случаях проводилась флюорография грудной клетки; 3) УЗИ проводилось на аппарате TOSHIBA – SAL – 32 В и включало в себя обследование внутренних органов (печень, желчный пузырь, почки, мочевого пузыря, поджелудочная железа); 4) пневмотохометрия; 5) антропометрические исследования на обычных медицинских весах и ростомере с точностью до 0,5 см – рост и 0,1 кг – вес; 6) артериальное давление (АД) оценивалось по критериям ВОЗ/МОГ (1999).

Биохимические исследования: 1) определение уровня липидов на автоанализаторе «АА - 2» фирмы «Техникон»; 2) определение уровня микроэлементов в крови (калия, натрия, кальция, железа) осуществлялось методом атомной абсорбции на атомно-абсорбционных спектрофотометрах типа ААС – 3 и ААС – IN.

Диагноз ВИЧ – инфекции/СПИДа установлена в соответствии с пересмотренной классификацией ВОЗ клинических стадий ВИЧ – инфекции у взрослых.

Статистический анализ выявленных результатов проводилось на компьютере типа «Pentium - 3» с использованием стандартных и специально разработанных программных средств, обеспечивающих эффективное применение методов математической модели.

**Результаты и их обсуждение.** Нами был проведен эпидемиологический анализ распространенности коморбидных патологий (КП) при НЦД на фоне ВИЧ – инфекции.

Данные нашего такого анализа представлены в таблице 1 и на рис. 1.

Анализ показал, что у ВИЧи – пациентов с НЦД КП встречается высокой частотой и составляет  $75,5 \pm 4,1$  %. НЦД в 75,5 % случаев протекает с коморбидностью или проявляется одновременно клиническими симптомами не менее двух различных заболеваний. Сочетаемость КП с НЦД в группе ВИЧи – женщин составила  $45,3 \pm 2,8$  %, а у пациентов ВИЧи – мужчин  $31,2 \pm 2,3$  % ( $P < 0,05$ ).

Частота сочетаемости КП с НЦД увеличивается пропорционально возрасту обследуемых (табл.2).

Как видно из таблицы 2, в зависимости от возраста больных НЦД с ВИЧ – инфекций частота выявляемости сочетаний этой патологии коморбидностью увеличивается в 2,2 раза ( $P < 0,01$ ).

Коморбидные патологии в различных возрастных группах ВИЧи – больных с НЦД регистрируются следующей частотой: в возрасте до 24 лет – 45,3%, в 25-29 лет – 32,8 %

Таблица 1.

**Клинические особенности коморбидности при НЦД у ВИЧи – пациентов.**

Группа обследованных	Число обследованных	Частота выявляемости КП						P		
		ВИЧи - женщины (1)		ВИЧи - мужчины (2)		ВИЧи - всего популяция (1)		<0,05	<0,01	<0,001
		Абс	М±m, %	Абс	М±m, %	Абс	М±m, %			
ВИЧи – популяция ≥ 20 – 50 лет	53	24	45,3±12,8	16	31,2±2,3	40	75,5±4,1	1-2	-	-

Таблица 2.

Сочетаемость КП с НЦД в различных возрастных группах ВИЧи – больных.

Группа обследованных	Число больных НЦД	Частота встречаемости КП							Статистики различия по + критерию (+)		
		I	II	III	IV	V	VI	VII	<0,05	<0,01	<0,001
		n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%			
ВИЧи – популяция ≥ 20 – 50 лет	53	24 (45.3)	28 (52.8)	31 (58.5)	45 (88.8)	42 (79.2)	52 (96.3)	53 (100.0)	IV-I	VI-I	-

Примечание: I – возрастные группы до 24 лет, II – 25 – 29 лет, III – 30 – 34 лет, IV – 35 – 39 лет, V – 40 – 44 лет, VI – 45 – 49 лет, VII – ≥ 50 лет.

(P>0,05), в 30-34 лет – 58,5 % (P<0.05), в 35-39 лет – 88,8 % (P<0,05), в 40 – 44 лет 79,2% (P<0.05), в 50 лет и старше – 100 % (P<0.05).

Таким образом, главной особенностью клинического течения НЦД у ВИЧи – населения является то, что существенно часто у больных наблюдается коморбидность и, с возрастом такое течение НЦД статистически достоверно увеличивается.

Результаты исследования свидетельствуют, что в структуре коморбидности у больных НЦД на фоне ВИЧ – инфекции, по частоте выявляемости, первое место занимают болезни органов дыхания (БОД) – 34,0%, второе место – болезни желудочного кишечного тракта (БОП) (30,5%) и третье место гломерулярные патологии (ГП) (14,4%) (рис. 1). Такая же тенденция сохраняется и, в различных возрастных группах обследованных. Так, частота сочетаемости НЦД с БОД, БОП и ГП по возрастным диапозонам ВИЧи – больных определяется следующим образом соответственно: в возрасте до 24 лет по 20,0, 17,5 и 7,8% (P<sub>1,3</sub><0,01; P<sub>2,3</sub><0,01), в 25 – 29 лет – 19,1, 19,1 и 15,7% (P<sub>1,3</sub>>0,05; P<sub>2,3</sub>>0,05), в 30 – 34 лет по 36,9, 34,2 и 16,4 % (P<sub>1,3</sub><0,01; P<sub>2,3</sub><0,01), 35 – 39 лет – по 38,2, 34,2 и 16,4% (P<sub>1,3</sub><0,01; P<sub>2,3</sub><0,05), в 40 – 44 лет – по 43,6, 12,8 и 23,1 % (P<sub>1,3</sub><0,05; P<sub>3,1</sub><0,05), в 45 – 49 лет – по 48,0, 36,0 и 12,0% (P<sub>1,3</sub><0,001; P<sub>2,3</sub>< 0,001), в 50 лет и старше – по 35,0%, 60,0% и 5,0% (P<sub>1,3</sub><0,001; P<sub>2,3</sub><0,001).

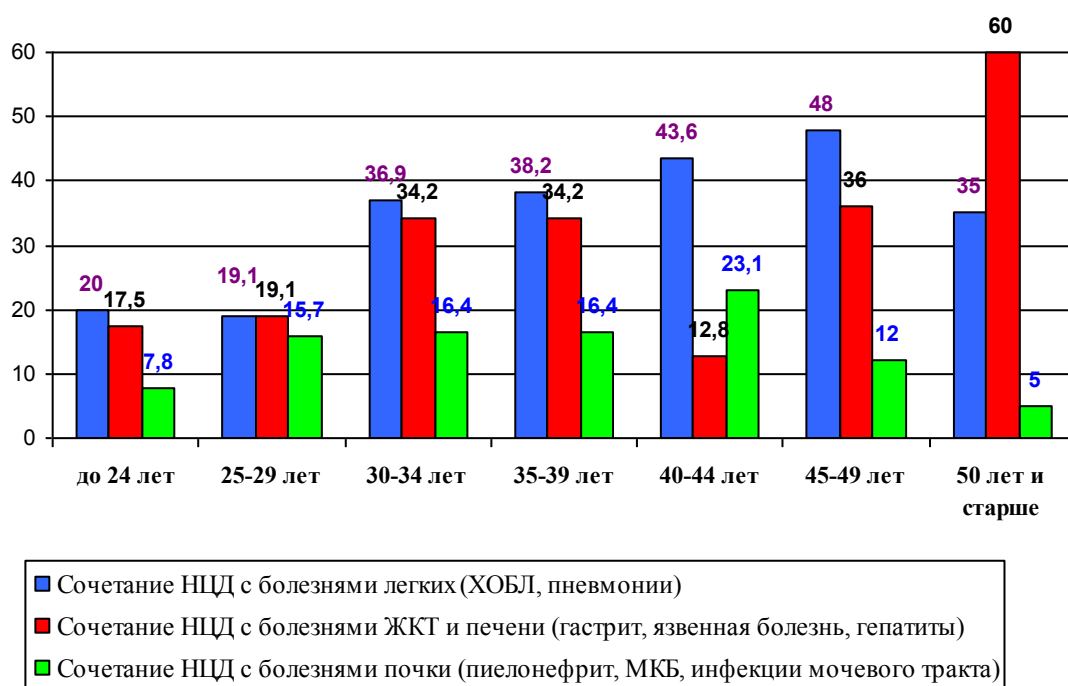


Рис. 1. Коморбидность при НЦД по возрастным диапозонам ВИЧи – больных, %.

Следует отметить, что клиническая диагностика НЦД у ВИЧи – больных на фоне КП сопряжена большими трудностями, что подчеркивает важность проведения у них комплексных инструментальных и специальных исследований. Своевременное выявления КП у ВИЧи – населения с НЦД способствует эффективному управлению лечебным процессом и разработке программ профилактики ранних осложнений.

**Использованная литература:**

1. Маколкин В.И. и др. Особенности психического статуса больных нейроциркуляторной дистонией. // Тер. архив. 2001 №10 С. 41–45.
2. Чиркин А.А. и др. Диагностический справочник терапевта: клинические симптомы, программы обследования больных, интерпретация данных Беларусь 1995. с 130–133.
3. Электрокардиологические аномалии при нейроциркуляторной дистонии: диагностическое значение функциональных и нагрузочных электрокардиологических тестов (результаты многолетнего наблюдения) / К.О. Вечерина и др. // Кардиология. 1996. №4. С.62–64.
4. Neurocirculatory and nigrostriatal abnormalities in Parkinson disease from LRRK 2 mutation / D.S.Goldstein et al. // Neurology. 2007. Vol. 69. N16. P. 1580-1584.

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ПО ДАННЫМ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

<sup>1</sup>Д.Ф. Низамов, <sup>2</sup>Н.М. Рахимов

<sup>1</sup>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии

<sup>2</sup>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

**Ключевые слова:** радикальная нефрэктомия, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, почечно-клеточный рак.

**Таянч сўзлар:** радикал нефрэктомия, ультратовуш диагностикаси, компьютер томография, буйрак саратони.

**Key words:** radical nephrectomy, ultrasound diagnosis, computer tomography, renal cell carcinoma.

**Цель исследования:** На основании сопоставления данных УЗИ, КТ с результатами данных интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала определить степень чувствительности, специфичности и эффективности данных методов диагностики при оценке местной распространённости рака почки для каждого из приведённых методов исследования.

**Материалы и методы:** Основу данного исследования составили результаты обследования и лечения 170 больных почечно-клеточным раком, обратившихся в онкоурологическое отделение Республиканского онкологического научного центра и в республиканском центре урологии за период с 2010 года по 2015 года. Среди них мужчин было 104 (61,2%), а женщин - 66 (38,8%). Возраст больных составил от 22 до 83 лет, средний возраст - 57,5±6,8 лет.

**Результаты:** Полученные данные по сравнительной оценке результатов ультразвукового исследования больных с опухолями почки показали, чувствительность УЗС при определении стадии Т1 составляет 66,7%, Т2 - 68,9%, Т3 - 83,3% и Т4 - 100%. Специфичность УЗС в определении стадии Т1 равна 100%, Т2 - 95,7%, Т3 - 96,5% и Т4 - 97,1%. Диагностическая точность УЗС в определении стадии Т1 равна 94,2%, Т2 - 80,8%, Т3 - 94,2% и Т4 - 97,1%. При сравнительном оценке результатов КТ исследования больных с опухолями почки показали, что чувствительность КТ при определении стадии Т1 составляет 90%, Т2 - 97,5%, Т3 и Т4 - 100%. Специфичность КТ в определении стадии Т1 и Т2 равна 100%, Т3 - 87,3% и Т4 - 88,5%. Диагностическая точность КТ в определении стадии Т1 равна 87,6%, Т2 - 98,9%, Т3 - 89,9% и Т4 - 88,8%.

**Выводы:** Полученные результаты исследования показали, что включение в комплексный план обследования больных почечно-клеточным раком современных методов диагностики, таких как УЗИ, рентгенологические исследования, КТ позволяет достаточно эффективно определить степень распространённости рака, различить локальный рак от первично-генерализованных форм опухоли, что в конечном итоге влияет на тактику лечения данной категории больных.

## ОПЕРАЦИОН МАЪЛУМОТЛАР БЎЙИЧА БУЙРАК ХЎЖАЙРАЛИ САРАТОННИ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ҚИЛИШ УСУЛЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИК САМАРАДОРЛИГИ

<sup>1</sup>Д.Ф. Низамов, <sup>2</sup>Н.М. Рахимов

<sup>1</sup>Республика ихтисослаштирилган урология илмий амалий Тиббиёт маркази, Тошкент

<sup>2</sup>Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий Тиббиёт маркази, Тошкент

**Мақсад:** буйрак саратонининг тарқалганлик даражасини баҳолашда ультратовуш текшируви ва компьютер томографияси хулосалари билан интраоперацион топилма ва ўсма патогистологик натижаларини солиштириш йўли орқали диагностик усулларни сезгирлиги, спецификлиги ва самарадорлигини ўрганиш.

**Материал ва усуллар:** Республика онкология маркази ва Республика урология марказида 2010-2015 йилларда текширувдан ўтиб даволанган 170 та буйрак хўжайрали саратон билан касалланган беморлар олинди. Эраклар 104 (61,2%), аёллар - 66 (38,8%) ташкил этди. Ўртача 57,5±6,8 ёшда эди.

**Натижа:** УТТ сезгирлиги Т1 стадияда 66,7%, Т2 - 68,9%, Т3 - 83,3% ва Т4 - 100%. Спецификлиги Т1 да 100%, Т2 - 95,7%, Т3 - 96,5% ва Т4 - 97,1%. Диагностик аниқлиги Т1 стадияда 94,2%, Т2 - 80,8%, Т3 - 94,2% ва Т4 - 97,1%. КТ сезгирлиги Т1 стадияни аниқлашда 90%, Т2 - 97,5%, Т3 ва Т4 - 100%. Спецификлиги Т1 ва Т2 да 100%, Т3 - 87,3% ва Т4 - 88,5%. Диагностик аниқлиги Т1 да 87,6%, Т2 - 98,9%, Т3 - 89,9% ва Т4 - 88,8%.

**Хулоса:** Ретроспектив тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, буйрак саратонини ташхислашда замонавий диагностик визуализация усуллардан фойдаланилганда ўсма жараёнини тарқалиш даражасини аниқлаб баҳолашга имкон беради. Бу эса ушбу беморларни тўғри даволаш тактикасини белгилашга имкон беради.

**DIAGNOSTIC EFFECTIVENESS OF VISUALIZATION METHODS OF RENAL CELL CARCINOMA ACCORDING TO THE SURGICAL INTERVENTION'S DATA****<sup>1</sup>D.F. Nizamov, <sup>2</sup>N.M. Rakhimov**

Republican Specialized Research Practical Medical Center of Urology

Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Oncology and Radiology

**Aim of the research:** According to the comparison of data of ultrasound diagnosis and computer tomography with the results of intraoperative findings and histology research; the sensibility degree, specific and effectiveness of that methods should be identified with the assessment of renal carcinomas local dispersion for each given research methods.

**Materials and methods:** The results of examination and therapy of 170 patients who suffered from renal cell carcinoma were addressed to the urology department of Republican Center of Oncology and to the Republican Center of Urology from the 2010 till the 2015 constitute the basis for the given research.

It is worth mentioning that 104 of patients were males (61,2%), whereas the number of females were just 66 (38,8%). The age of patients fluctuated from 22 until 83 years old, the average age was 57,5±6,8.

**Results:** The given data about the assessment of the results of renal carcinoma patients' ultrasound diagnostic showed that the sensibility of USS during the identification of the T1 stage constitute 66,7%, while the figure for T2, T3 and T4 is 68,9%, 83,3% and 100% respectively. As regard the specificity of USS during identification of the T1 stage is 100%, this ratio is 95,7% for T2, 96,5% for T3 and 97,1% for T4. The diagnostic accuracy of the USS in the determination of T1 stage is 94,2%, T2-80,8%T3-94,2%T4-97,1%. The tomography's results of the patients who suffer from renal carcinoma showed that the sensibility rate during the determination of the T1 stage is 90%, T2-97,5%, T3 and T4 - 100%. Specificity of tomography in the determination of T1 and T2 stages is 100%, T3-87,3% and T4-88,5%. The diagnostic accuracy of tomography in the determination of T1 stage is 87,6%, T2-98,9%, T3-89,9% and T4- 88,8%.

**Conclusion:** The obtained results of the research showed that inclusion of modern diagnostic methods such as ultrasound, X-ray, tomography into complex plan of the patients' examination who suffer from renal cell carcinoma allows to determine quite effectively the degree of cancer prevalence and distinguish local cancer from primarily-generalized tumor forms. This improvement, in turn, affects the tactic of treating this category of patients.

Почечно-клеточные карциномы (ПКК) составляют примерно 3% от всех онкологических заболеваний у взрослых. Индивидуальный риск ПКК составляет 0,8-1,4% в зависимости от пола и представленности факторов риска. Прирост заболеваемости ПКК, по крайней мере отчасти, связан с широким внедрением объемных методов диагностики (ультразвуковой диагностики, компьютерной томографии, ядерно-магнитного резонанса), позволяющих обнаружить небольшие, бессимптомные новообразования. Однако частота запущенных форм ПКК продолжает увеличиваться, что указывает на существование «истинного» прироста заболеваемости [1,2,4,5].

В Узбекистане, за последние годы отмечена стабилизация заболеваемостью раком почки (1,1 на 100 тыс. населения).

В 2005 году на диспансерном наблюдении состояло по республике 1301 больных раком почки, число впервые выявленных составило 305. В 2013 году отмечено увеличение больных раком почки, так на конец года состояло на учете 2557 больных, впервые выявленных составило 531. За последние годы отмечено увеличение заболеваемости с 1,1 в 2005 году на 1,8 в 2013 году [3].

Мужчины болеют примерно в 2 раза чаще женщин. Пик заболеваемости приходится на возраст 50-70 лет; при наследственном характере патогенеза опухоль может возникать существенно раньше, зачастую у людей моложе 40 лет.

**Цель исследования:** На основании сопоставления данных УЗИ, КТ с результатами данных интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала определить степень чувствительности, специфичности и эффективности данных методов диагностики при оценке местной распространённости рака почки для каждого из приведённых методов исследования.

**Материалы и методы:**

Основу данного исследования составили результаты обследования и лечения 170 больных почечно-клеточным раком, обратившихся в онкоурологическое отделение Республиканского онкологического научного центра в период с 2010 года по 2015 года. 115 (67,6%) больных поступили в стационар с распространённой формой почечно-клеточного



Таблица 1.

**Контингенты больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете по Республике Узбекистан**

Локализация злокачественных новообразований	Год	Взято под диспансерное наблюдение в отчетном году		Из числе больных с впервые установленным диагнозом			Состоит на диспансерном учете на конец отчетного года
		Всего	в том числе впервые выявленные	установленная стадия заболевания			
				всего	I-II	III	IV
Почка	2005	317	305	138	115	51	1301
	2007	377	377	139	185	53	1525
	2009	476	476	201	216	58	1798
	2013	531	525	194	268	69	2557

рака и 55 (32,4%) больных с локальным почечно-клеточным раком. Среди них мужчин было 104 (61,2%), а женщин - 66 (38,8%). Возраст больных составил от 22 до 83 лет, средний возраст - 57,5±6,8 лет.

Результаты гистологического исследования операционного материала, полученного при выполнении нефрэктомии у 123 больных (72,4%), показали различную гистологическую структуру почечноклеточного рака (табл.2).

Таблица 2.

**Гистологическая структура опухолей почки (n=123).**

Гистологическая структура рака	Количество больных	
	абс. Число	%
Почечно-клеточный рак (светлоклеточный тип)	107	87,1
Почечно-клеточный рак (железистый тип)	9	7,3
Почечно-клеточный рак (темноклеточный тип)	2	1,6
Почечно-клеточный рак (веретенноклеточный тип)	2	1,6
Почечно-клеточный рак (зернистоклеточный тип)	1	0,8
Почечно-клеточный рак (смешанный тип)	2	1,6
Всего:	123	100%

При анализе гистологической структуры опухоли почки среди обследуемых нами больных отмечено, что наиболее часто был обнаружен светлоклеточный тип почечноклеточного рака - у 107 больных (87,1%).

**Методы исследования**

Протокол клинического обследования больных включал сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, рентгенологическое исследование, качественный и количественный микроскопический анализ мочи, биохимические и гематологические тесты, морфологическое исследование операционного материала.

Ультразвуковое исследование проводилось на аппаратах «SonoScope» фирмы «KRANZBUHLER» (Германия) и «SONOASE 4800» фирмы «MEDISON». Сканирование проводилось конвексными датчиками с частотой 3,5; 5; 7,5 МГц по методике стандартного

серошкального сканирования.

Компьютерная томография (КТ) производилось на аппарате 3-го поколения SOMA-TOM AR.TX («Siemens», Германия). При шаге томографирования 10мм. Исследовали почки, поджелудочную железу, печень, селезенку, желчные протоки, забрюшинные лимфоузлы, а также крупные сосуды (аорта, чревный ствол, нижняя полая вена и верхнебрыжеечные сосуды). Сканирование осуществлялось на высоте неглубокого вдоха – от уровня верхнего края печени до уровня VL3, время пошагового сканирования 5 секунд.

Для изучения степени чувствительности, специфичности и точности современных диагностических методов исследования (УЗИ, КТ) в определении степени распространения опухоли при распространенных формах почечно-клеточного рака мы пользовались методом Galen P.S. и Gambino S.R. (Lyung B. et al., 1986). Достоверность информации, полученной при УЗИ, рентгенологическом исследовании, КТ оценивали путем сравнения с результатами данных интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала.

«положительный» у больных с наличием данной болезни - истинно положительные случаи (ИП).

«отрицательный» у пациентов без заболевания - истинно отрицательные случаи (ИО).

«положительный» у пациентов, не имеющих болезнь - ложноположительные случаи (ЛП) - ошибки гипердиагностики, или «ложные тревоги».

«отрицательный» у больных с заболеванием - ложноотрицательные случаи (ЛО) - ошибки гиподиагностики, или «пропуски».

Ложноположительные и ложноотрицательные ошибки представляют собой потери системы диагностики, они снижают диагностическую эффективность исследования.

**Чувствительность** - вероятность положительного результата теста у лиц с заболеванием. Чем выше чувствительность метода, тем чаще с его помощью выявляют патологические изменения, тем, следовательно, он более эффективен.

$$\text{Чувствительность} = \frac{\text{ИП}}{\text{ИП} + \text{ЛО}} \cdot 100\%$$

**Специфичность** - вероятность отрицательного результата у лиц без заболевания. Чем выше специфичность метода, тем надежнее с его помощью подтверждается заболевание, то есть он более эффективен.

$$\text{Специфичность} = \frac{\text{ИО}}{\text{ИО} + \text{ЛП}} \cdot 100\%$$

**Диагностическая точность** - пропорция правильных результатов (положительных и отрицательных) среди всех обследованных.

$$\text{Точность} = \frac{\text{ИП} + \text{ИО}}{\text{ИП} + \text{ИО} + \text{ЛП} + \text{ЛО}} \cdot 100\%$$

#### Результаты:

С помощью ультразвукового исследования в 104 (100%) случаях была выявлена опухоль почки, метастазы в забрюшинные лимфоузлы – в 19 (18,3%), метастазы опухоли в печень – в 9 (8,7%), киста контрлатеральной почки – в 5 (4,8%) и камни желчного пузыря – 3 (2,9%) случаях.

При ультразвуковом исследовании размеры опухоли до 4 см выявлены в 6 (5,8%) случаях, от 4 до 7 см - в 24 (23,1%), более 7 см - в 74 (71,2%) случаях. Как видно из представленных данных большинство больных были с размерами опухоли более 7 см.

На основании проведенных ультразвуковых исследований почек в 18 (17,3%) случаях больным была установлена стадия рака почки T1 стадия, в 60 (57,7%) случаях - стадия T2, в 21 (20,2%) случаях - стадия T3 и в 5 (4,8%) случаях - стадия T4.

По данным интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала стадия рака почки T1 выявлена в 14 (13,5%) случаях, в 51 (49,0%) случаях - стадия T2, в 33 (31,7%) случаях - стадия T3, в 6 (5,8%) случаях - стадия T4.

Результаты ультразвукового исследования в сопоставлении с данными интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала представлены в таблице 3.

Таблица 3.

**Сравнение результатов ультразвукового исследования и интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала (n=104)**

Диагноз, установленный при ультразвуковом исследовании		Диагноз, установленный по результатам операции и гистологического исследования			
		T 1 (n)	T 2 (n)	T 3 (n)	T 4 (n)
Стадия T 1 (n)	18	12	6		
Стадия T 2 (n)	60	2	40	17	1
Стадия T 3 (n)	21		3	15	3
Стадия T 4 (n)	5		2	1	2
Всего:	104	14	51	33	6

Так, из 18 случаев, при которых с помощью УЗИ выявлен рак стадии T1, интраоперационное подтверждение степени распространения опухоли получено в 12 случаях, а в 6 случаях интраоперационно и гистологически установлена стадия T2, т.е. результаты УЗИ в 6 случаях оказались неправильными.

Из 60 случаев, когда с помощью УЗИ была установлена стадия T2, в 40 случаях интраоперационно степень распространения опухоли почки T2 была подтверждена, но в 17 случаях обнаружена опухоль стадии T3 и в 1 случае – стадия T 4, т.е. в 18 случаях УЗИ не смогла обнаружить более высокие стадии рака почки, а в 2 случаях были получены ложноположительные результаты.

Из 21 случая, при которых с помощью УЗИ выявлен рак стадии T3, интраоперационное подтверждение степени распространения опухоли получено в 15 случаях, в 3 случаях интраоперационно установлена стадия T2, и кроме того, в 3 случаях не была диагностирована стадия T4.

Из 5 случаев, при которых с помощью УЗИ выявлен рак стадии T4, интраоперационное подтверждение степени распространения опухоли получено только в 2 случаях, а в 3 случаях интраоперационно установлена менее низкая стадия рака почки.

При оценке значений результатов УЗИ по стадии T1 в сравнении с результатами интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала истинно положительные результаты получены в 10 случаях, истинно подозрительные – в 2 случаях, истинно отрицательные – в 86 случаях, ложноотрицательные – в 6 случаях, ложноположительных результатов не было (табл.4).

Таблица 4.

**Оценка значений результатов УЗИ в сравнении с результатами интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала (n=104)**

Окончательный диагноз	Истинно положит. Значение	Истинно подозрит. значение	Истинно отриц. значение	Ложно положит. значение	Ложно отриц. Значение
Стадия T 1 (n)	10	2	86	0	6
Стадия T 2 (n)	34	6	44	2	18
Стадия T 3 (n)	11	4	83	3	3
Стадия T 4 (n)	2	0	99	3	0

При оценке значений результатов УЗИ по стадии T2 в сравнении с результатами интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала истинно положительные результаты получены в 34 случаях, истинно подозрительные – в 6 случаях, истинно отрицательные – в 44 случаях, ложноположительные – в 2 случаях и ложноотрицательные – в 18 случаях. При оценке значений результатов УЗИ по стадии T3 в сравнении с результатами интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала истинно положительные результаты получены в 11 случаях, истинно подозрительные – в 4 случаях, истинно отрицательные – в 83 случаях, ложноположительные – в 3 случаях и ложноотрицательные – в 3 случаях. При оценке значений результатов УЗИ по стадии T4 в сравнении с результатами интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала истинно положительные результаты получены в 2 случаях, истинно отрицательные – в 99 случаях, ложноположительные – в 3 случаях, истинно подозрительных результатов и ложноотрицательных результатов не было (табл. 4).

Полученные значения теста при ультразвуковом исследовании в определении степени распространения опухоли по стадии T представлены в таблице 5.

Таблица 5.

**Значения теста при ультразвуковом исследовании в определении степени распространения опухоли почки по стадии T**

Показатель	Значение теста при ультразвуковом исследовании по стадиям			
	T 1 (%)	T 2 (%)	T 3 (%)	T 4 (%)
Чувствительность	66,7	68,9	83,3	100
Специфичность	100	95,7	96,5	97,1
Точность	94,2	80,8	94,2	97,1

Полученные данные по сравнительной оценке результатов ультразвукового исследования больных с опухолями почки показали, что чувствительность УЗС при определении стадии T1 составляет 66,7%, T2 – 68,9%, T3 – 83,3% и T4 – 100%. Специфичность УЗС в определении стадии T1 равна 100%, T2 – 95,7%, T3 – 96,5% и T4 – 97,1%. Диагностическая точность УЗС в определении стадии T1 равна 94,2%, T2 – 80,8%, T3 – 94,2% и T4 – 97,1%.

Таким образом, определили, что УЗИ является высокоинформативным методом исследования в диагностике почечно-клеточного рака и в определении степени его местного распространения.

Компьютерная томография почек и мочевыводящих путей, печени и забрюшинных лимфоузлов проведено 89 (85,6%) оперированным больным. Из них 14 больным выполнена КТ грудной клетки, 2 больным – КТ костей скелета и 1 больному – КТ головного мозга.

С помощью КТ у всех 89 больных выявлена опухоль почки, метастазы в забрюшинные лимфоузлы – у 46 (51,7%) больных, метастазы в печени обнаружены у 8 (9,0%) больных, метастазы в легких – у 14 (15,7%), в костях скелета – у 3 (3,4%), в мягких тканях – у 1 (1,1%), в головном мозге – у 1 (1,1%) больного.

При КТ размеры опухоли были до 4 см в 5 (5,6%) случаях, от 4 до 7 см - в 22 (24,7%) случаях, более 7 см - в 62 (69,7%) случаях.

По данным КТ контуры почки были ровными и четкими в 7 (7,9%) случаях, неровными и нечеткими - в 82 (92,1%) случаях, контуры опухоли почки были ровными и четкими в 14 (15,7%) случаях, неровными и нечеткими - в 75 (84,3%) случаях.

Структура опухоли почки была неоднородной в 88 (98,9%) случаях, однородной низкой плотности – в 1 (1,1%) случае. С помощью КТ в 4 (4,5%) случаях обнаружены кисты

внутри опухоли, в 3 (3,4%) случаях – участки разрезания внутри опухоли.

Проращение опухоли в паранефральную клетчатку обнаружено в 18 (20,2%) случаях, в окружающие ткани и органы – в 20 (22,5%) случаях. В 2 (2,2%) случаях выявлен опухолевый тромб в нижней полой вене.

На основании проведенных КТ исследований в 10 (11,2%) случаях больным была установлена стадия рака почки Т1, в 39 (43,8%) случаях - стадия Т2, в 27 (30,3%) случаях - стадия Т3, в 13 (14,6%) случаях - стадия Т4.

По данным интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала стадия рака почки Т1 выявлена в 10 (11,2%) случаях, в 49 (55,1%) случаях - стадия Т2, в 28 (31,5%) случаях - стадия Т3, в 2 (2,2%) случаях - стадия Т4.

Результаты КТ в сопоставлении с данными интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала представлены в таблице 6.

Таблица 6.

**Сравнение результатов КТ и интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала (n=89)**

Диагноз, установленный при КТ		Диагноз, установленный по результатам операции и гистологии			
		Т 1 (n)	Т 2 (n)	Т 3 (n)	Т 4 (n)
Стадия Т 1 (n)	10	9	1		
Стадия Т 2 (n)	39		39		
Стадия Т 3 (n)	27		9	18	
Стадия Т 4 (n)	13	1		10	2
Всего:	89	10	49	28	2

Из 10 случаев, при которых с помощью КТ выявлен рак стадии Т1, интраоперационное подтверждение степени распространения опухоли получено в 9 случаях, а в 1 случае интраоперационно и гистологически установлена стадия Т2, т.е. результаты КТ в 1 случае оказались ложноотрицательными.

Из 39 случаев, когда с помощью КТ была установлена стадия Т2, во всех 39 случаях интраоперационно степень распространения опухоли почки Т2 была подтверждена.

Из 27 случаев, при которых с помощью КТ выявлен рак стадии Т3, интраоперационное подтверждение степени распространения опухоли получено в 18 случаях, а в 9 случаях интраоперационно установлена стадия Т2, т.е. результаты КТ в 9 случаях оказались ложноположительными.

Из 13 случаев, при которых с помощью КТ был выявлен рак стадии Т4, интраоперационное подтверждение степени распространения опухоли получено только в 2 случаях, а в 11 случаях интраоперационно установлена менее низкая стадия рака почки.

При оценке значений результатов КТ по стадии Т1 в сравнении с результатами интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала истинно положительные результаты получены в 7 случаях, истинно подозрительные – в 2 случаях, истинно отрицательные – в 79 случаях, ложноотрицательные – в 1 случае, ложноположительных результатов не было (табл. 7).

При оценке значений результатов КТ по стадии Т2 в сравнении с результатами интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала истинно положительные результаты получены в 35 случаях, истинно подозрительные – в 4 случаях, истинно отрицательные – в 49 случаях, ложноотрицательные – в 1 случаях, ложноположительных результатов не было.

При оценке значений результатов КТ по стадии Т3 в сравнении с результатами интра-

Таблица 7.

**Оценка значений результатов КТ в сравнении с результатами интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала (n=89)**

Окончательный диагноз	Истинно положит. значение	Истинно подозрит. значение	Истинно отриц. значение	Ложно положит. значение	Ложно отриц. значение
Стадия Т 1 (n)	7	2	79	0	1
Стадия Т 2 (n)	35	4	49	0	1
Стадия Т 3 (n)	15	3	62	9	0
Стадия Т 4 (n)	2	0	77	10	0

операционной находки и гистологического исследования операционного материала истинно положительные результаты получены в 15 случаях, истинно подозрительные – в 3 случаях, истинно отрицательные – в 62 случаях, ложноположительные – в 9 случаях и ложноотрицательных результатов не было.

При оценке значений результатов КТ по стадии Т4 в сравнении с результатами интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала истинно положительные результаты получены в 2 случаях, истинно отрицательные – в 77 случаях, ложноположительные – в 10 случаях, истинно подозрительных результатов и ложноотрицательных результатов не было.

Полученные данные по сравнительной оценке результатов КТ исследования больных с опухолями почки показали, что чувствительность КТ при определении стадии Т1 составляет 90%, Т2 – 97,5%, Т3 и Т4 – 100%. Специфичность КТ в определении стадии Т1 и Т2 равна 100%, Т3 – 87,3% и Т4 – 88,5%. Диагностическая точность КТ в определении стадии Т1 равна 87,6%, Т2 – 98,9%, Т3 – 89,9% и Т4 – 88,8%.

Таблица 8.

**Значения теста при компьютерной томографии в определении степени распространения опухоли почки по стадии Т.**

Показатель	Значение теста при компьютерной томографии по стадиям			
	Т 1 (%)	Т 2 (%)	Т 3 (%)	Т 4 (%)
Чувствительность	90	97,5	100	100
Специфичность	100	100	87,3	88,5
Точность	87,6	98,9	89,9	88,8

Таким образом, определили, что компьютерная томография обладает высокой точностью при определении степени местного распространения опухоли почки, так как данный метод позволяет правильно определить стадию Т1 в 87,6% случаев, стадию Т2 – в 98,9%, стадию Т3 – в 89,9% и Т4 – в 88,8%.

В данном разделе нами также изучена диагностическая информативность КТ в определении степени метастазирования рака почки в лимфатические узлы и отдаленные органы.

Провели анализ полученных данных компьютерной томографии, выполненной у 138 (81,2%) обследованных больных. Результаты анализа показали, что с помощью КТ метастазы опухоли в регионарных лимфоузлах выявлены у 74 (53,6%) из 138 больных. В том числе, в забрюшинных лимфоузлах – у 70 (50,7%) больных, в подвздошных лимфоузлах – у 1 (0,7%), в брыжеечных лимфоузлах – у 1 (0,7%), паратрахеальных лимфоузлах – у 1 (0,7%) и лимфоузлах малого таза – у 1 (0,7%) пациента. Причем у 8 (5,8%) из них метастазы в регионарных лимфоузлах были множественными.

Метастазы опухоли в отдаленных органах и тканях, с помощью КТ, обнаружены у 68 (49,3%) больных. Из них: в обоих легких - у 21 (15,2%) больного, в одном легком - у 10 (7,2%), в печени – у 21 (15,2%), в костях скелета – у 11 (8,0%), в головном мозге – у 4 (2,9%) и в мягких тканях - у 1 (0,7%) больного.

Таким образом, установлено, что компьютерная томография является достаточно информативным методом исследования в определении степени распространения рака почки и обладает высокой степенью чувствительности и специфичности, позволяет с высокой точностью обнаружить метастазы опухоли в регионарных лимфатических узлах и отдаленных органах и тканях.

#### **Выводы:**

На основании сопоставления данных УЗИ, КТ с результатами данных интраоперационной находки и гистологического исследования операционного материала определили степень чувствительности, специфичности и эффективности данных методов диагностики при оценке местной распространённости рака почки для каждого из приведённых методов исследования.

Полученные результаты исследования показали, что включение в комплексный план обследования больных почечно-клеточным раком современных методов диагностики, таких как УЗИ, рентгенологические исследования, КТ позволяет достаточно эффективно определить степень распространённости рака, различить локальный рак от первично-генерализованных форм опухоли, что в конечном итоге влияет на тактику лечения данной категории больных.

Таким образом, комплексное обследование больных почечно-клеточным раком с применением современных методов диагностики (УЗИ, рентгенологические исследования, КТ и МРТ) позволяет с высокой точностью определить степень распространённости опухолевого процесса, локализацию и число метастазов опухоли в регионарных лимфатических узлах и отдаленных органах.

#### **Использованная литература:**

1. Велиев Е.И., Богданов А.Б. Особенности метастазирования рака почки, хирургическое лечение рецидивов и метастазов // Практическая онкология. 2007. Том. 6, № 3. С. 167-171.
2. Зубарев А.В., Козлов В.П., Насникова И.Ю., Сальников Д.В., Гришин М.А. Новые доплеровские методики в диагностике объемных образований почек // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2009. № 2.
3. Наврузов С.Н., Гафур-Ахнов М.А., Алиева Д. Перспективы развития и совершенствование онкологической службы в Узбекистане // Проблемы онкологии. Сб. научных статей. 2013. Том 1. С. 3-8.
4. Crispen P.L., Boorjian S.A., Lohse C.M., Sebo T.S., Cheville J.C., Blute M.L., Leibovich B.C. Outcomes following partial nephrectomy by tumor size // *J Urol*. 2008. Vol. 180, №5. P. 1912-1917.
5. Stein R. J., Kaouk J. H. Renal cryotherapy: a detailed review including a 5-year follow-up // *BJU Int*. 2007. Vol.99. P. 1265-1270.
6. Takebayashi S., Hidai H., Chiba T. Using helical CT to evaluate renal cell carcinoma in patients undergoing hemodialysis // Value of early enhanced images. *AJR*. 2009. Vol. 172. P. 429-433.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ 25(OH)D<sub>3</sub> В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ РАХИТА****Н.А. Расулова, А.С. Расулов, Р.Х. Шарипов, М.М. Ахмедова, Л.Т. Ирбутаева**  
Самаркандский Государственный медицинский институт**Ключевые слова:** рахит, 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови, профилактика.**Таянч сўзлари:** рахит, 25(OH)D<sub>3</sub> серумда, профилактикаси.**Key words:** rickets, 25(OH)D<sub>3</sub> in the serum, prevention.

В статье рассмотрены данные о влиянии профилактики рахита у детей на уровень 25(OH)D в сыворотке крови в условиях Узбекистана. Правильное назначение витамина D позволяет снизить тяжелые формы рахита, улучшить психомоторное развитие ребенка.

**СЕРУМДА 25(OH)D<sub>3</sub> ДАРАЖАСИНИ АНИҚЛАШ ВА УНИНГ РАХИТНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШГА ТАЪСИРИ****Н.А. Расулова, А.С. Расулов, Р.Х. Шарипов, М.М. Ахмедова, Л.Т. Ирбутаева**  
Самарканд Давлат Гиббиёт Институти

Бу мақолда Ўзбекистон шароитида кон зардобидаги 25(OH)D<sub>3</sub> микдорининг рахит касаллиги профилактикасида таъсири каби дориллар кўрсатилган. D витаминни тўғри буюриш рахитнинг оғир формаларини камайтиради, боланинг психомотор ривожланишини яхшилайдди.

**DETERMINATION OF LEVEL 25 (OH)D<sub>3</sub> IN SERUM AND ITS EFFECT ON THE PREVENTION OF RICKETS****N.A. Rasulova, A.S. Rasulov, R.Kh. Sharipov, M.M. Akhmedova, L.T. Irbutaeva**  
Samarkand state medical institute

In the article, data on the effect of prophylaxis of rickets in children at level 25 (OH)D in serum in Uzbekistan are considered. Proper use of vitamin D can reduce severe forms of rickets, improve the child's psychomotor development.

**Актуальность проблемы.** Рахит относится к группе дефицитных заболеваний, основным этиологическим фактором развития которого является недостаточное поступление с пищевыми продуктами или образование в коже витамина D у растущих детей [2]. Этой проблемой занимаются уже десятки лет, однако частота рахита не имеет тенденции к снижению и составляет в среднем 30% [4,5]. Несмотря на обилие солнца в нашей стране, рахит широко распространен. В Узбекистане рахит встречается у 27% детей 1-го года жизни [6]. Это диктует необходимость разработки и совершенствования методов его профилактики с учетом нынешних ситуаций, экологических и этнических особенностей. Однако его дефицит всегда определялся косвенно по содержанию Са и Р. В тоже время, содержание Са и Р не всегда точно отражает степень тяжести и клинические проявления рахита и, по мнению [1,3], проявления рахита могут быть и при нормальном содержании Са и Р в крови. Исследования по определению активного метаболита витамина D, который является прямым показателем дефицита, в условиях Узбекистана не проводилось.

**Цель работы:** определение уровня 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови и его влияние на профилактику рахита в условиях Узбекистана.

**Материал и методы исследования:** Под наблюдением находилось 466 детей, в возрасте от 1 до 12 месяцев, которых родители считали практически здоровыми и не получали витамин D в течение месяца до забора крови. Детей в возрасте до 6 месяцев было 35,6%, до 12 месяцев - 43,7%, до 3-х месяцев - 20,6%. Отмечено преобладание мальчиков – 258 (55,3±2,3%), тогда как количество девочек составило 208 (44,6±2,3). Определение 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови проводилось в лаборатории госпиталя Санта Клара города Роттердам Голландия радиоиммунным методом. У каждого ребенка брали по 2 мл венозной крови. Сыворотку отделяли путем центрифугирования при 3000 об./мин в течение 10 мин. и хранили при температуре -20<sup>0</sup>С. Дети с 25(OH)D<sub>3</sub> менее 30 ммоль/л рассматривались как



имеющийся биохимический дефицит.

**Результаты:** Нами было установлено, что дефицит витамина D встречается у 77,2% детей, в том числе клинически выраженный рахит у 27,8% детей 1-го года жизни, что свидетельствует о недостаточной эффективности традиционных методов профилактики рахита. Известно что, эффективность мер по предупреждению заболевания существенно зависит от своевременности профилактического назначения препаратов витамина D<sub>3</sub> с учетом степени неблагоприятного влияния на организм ребенка факторов риска. Учитывая тот факт, что, несмотря на рекомендации участкового педиатра о даче витамина D<sub>3</sub>, с одной стороны, и об обязательном выполнении рекомендации врача родителями, с другой стороны, у наблюдавшихся нами детей имелись признаки рахита.

По анкетным данным, мы установили, что при проведении стандартной профилактики рахита из общего количества детей витамин D получили всего лишь 128 детей (27,4%). Следует сказать, что участковый врач путем выписывания рецепта назначал витамин D, но мать забывала ребенку ежедневно давать витамин D.

Установлено, что несмотря на проведение традиционной профилактики рахита из 466 детей у 27,8% была отмечена легкая степень с степень средней тяжести, то у 72,1% клинические признаки рахита отсутствовали. У 86,1% детей с рахитом был выявлен низкий уровень 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови, тогда как у остальных они колебались в пределах нормы. Как ни парадоксально, у 73,8% детей без признаков рахита также нами был установлен низкий уровень основного метаболита витамина D (диаграмма 1). Видимо, это было связано не только отсутствием профилактических мероприятий, но и особенностями образа жизни и питания детей и их матерей. У 22,7% детей уровень 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови был в пределах нормы, из них без признаков рахита у 26,1% детей, с признаками рахита – 13,8%.

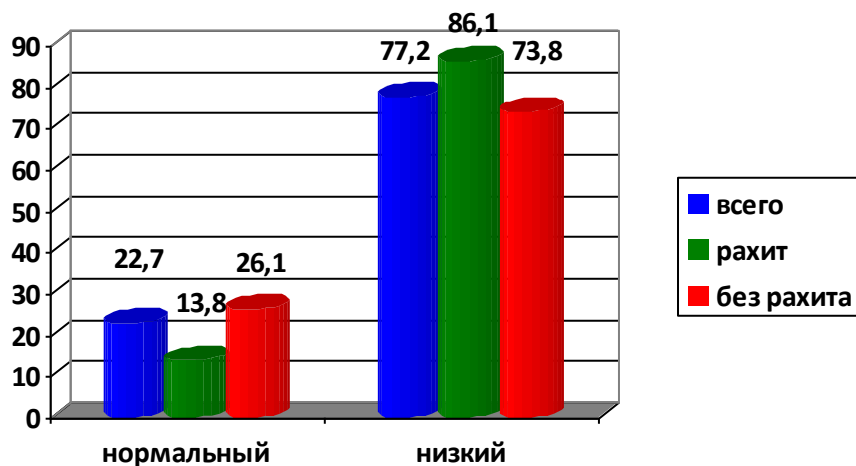


Диаграмма 1. Уровень 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови у детей на момент проведения традиционной профилактики.

Было установлено, что несмотря на проводимую традиционную профилактику рахита, его эффективность остается низкой, о чем свидетельствуют высокая частота развития рахита и низкий уровень 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови детей. На наш взгляд немаловажное значение имеют также постоянная занятость матерей и неадекватное проведение профилактических мероприятий матерями.

В связи с этим, мы решили модифицировать прием витамина D, а всю ответственность за проведение модифицированной профилактики возложить на патронажных медицинских сестер. Это было связано с тем, что ежедневный прием витамина D является неудобным, а порою, родители просто забывают. В связи с этим для повышения достоверности проводимой профилактики, было решено изменить не только схему, но и методику введения этого

препарата. Анализ состояния детей доказал истинность нашего предположения. В связи с этим, всем детям в течение 3 месяцев витамин D давался непосредственно участковой медицинской сестрой по следующей схеме: витамин D (аквадетрим, деварон) по 4000 МЕ 1 раз в неделю с месячного возраста до конца 1-го года жизни при патронажном наблюдении ребенка (курсовая доза 160000-180000 МЕ). Следует сказать, что проведение модифицированной профилактики позволило нормализовать уровень  $25(\text{OH})\text{D}_3$  в сыворотке крови у 89,8% детей. У 82,2% был отмечен начальный рахит и рахит периода разгара, у 17,7% - клинические признаки рахита отсутствовали (диаграмма 2).

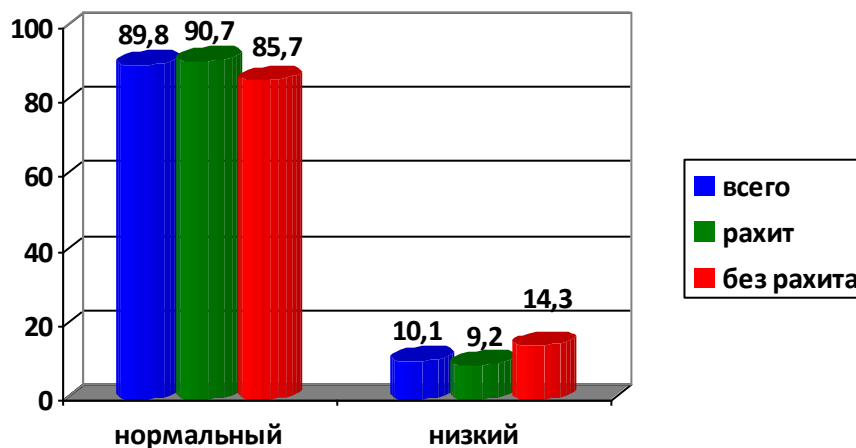


Диаграмма 2. Уровень  $25(\text{OH})\text{D}_3$  в сыворотке крови детей при проведении модифицированной профилактики рахита.

Исследования показали, что, после проведения модифицированной профилактики рахита лишь у 9,2% обследованных детей с признаками рахита уровень  $25(\text{OH})\text{D}_3$  остался низким, тогда как у 90,7% – он нормализовался. При этом у детей без признаков рахита у 14,3% отмечено низкое содержание  $25(\text{OH})\text{D}_3$  в сыворотке крови, а у 85,7% детей уровень нормализовался.

Отмечалось улучшение самочувствия ребенка, нормализация аппетита и сна, прекращение обильного потоотделения при кормлении, улучшение прибавки массы тела. Общее состояние детей при обследовании после проведения курса профилактических мероприятий было удовлетворительное. Развития побочных эффектов и передозировки от применяемого препарата мы не выявили.

Следует отметить, что при проведении традиционной и модифицированной профилактики рахита в г.Самарканде и Акдарьинском районе показали свои результаты. В Акдарьинском районе рахит встречался у детей в 56,7% случаев, а в г.Самарканде – 28,5%. На момент исследования мы определили уровень  $25(\text{OH})\text{D}_3$  в сыворотке крови у детей в зависимости от места жительства. Полученные данные показали, что в Акдарьинском районе низкий уровень  $25(\text{OH})\text{D}_3$  в сыворотке крови у детей с признаками рахита составил 80,2%, а нормальный уровень  $25(\text{OH})\text{D}_3$  в сыворотке крови – 19,7%. В г.Самарканде низкий уровень  $25(\text{OH})\text{D}_3$  в сыворотке крови у детей с признаками рахита был отмечен у 82,9%, нормальный уровень  $25(\text{OH})\text{D}_3$  в сыворотке крови – 17%.

На момент проведения традиционной профилактики рахита в Акдарьинском районе уровень  $25(\text{OH})\text{D}_3$  в сыворотке крови был низкий у 96,4% детей, а нормальный – 3,4%. Аналогичная ситуация была и в г.Самарканде. Низкий уровень  $25(\text{OH})\text{D}_3$  в сыворотке крови у детей с признаками рахита был у 80%, нормальный – 20% детей.

После проведения модифицированной профилактики по предложенной нами схеме исследования показали блестящий результат. Так в Акдарьинском районе низкий уровень

остался только у 9,5% детей, тогда как у 90,5% этот уровень нормализовался. В г.Самарканде также низкий уровень отмечался у 16,6% детей с признаками рахита, а нормальный уровень 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови был у 83,4% детей.

**Выводы:** Таким образом, предлагаемая нами коррекция витамином D позволяет нормализовать уровень 25(OH)D<sub>3</sub>, снизить тяжелые формы рахита, улучшить психомоторное развитие на 1-ом году жизни и может быть рекомендована в условиях Узбекистана.

#### Использованная литература:

1. Демин В.Ф. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена у детей раннего возраста// Медицинская газета. №13-20.2. 2004. С.8-9.
2. Коровина Н., Захарова И., Чебуркин А. Витамин D-дефицитный рахит // Медицинская газета №4. 24. 1. 2001. С.8.
3. Лукьянова Е. М., Антипкин Ю. Г., Омельченко Л. И. О современной классификации рахита у детей (в ответ на дискуссию)// Педиатрия 1991. №7. С.103-105.
4. Расулов А.С. и соавт. Реабилитация детей первого года жизни с рахитом и анемией // International journal on immunorehabilitation. April, 2001, Volume 3, 17.
5. Расулова Н.А. Многофакторная оценка нарушений фосфорно-кальциевого обмена в прогнозировании и предупреждении последствий рахита. Автореферат дисс...канд мед. наук. Ташкент. 2010. С. 19
6. Deniz Gungor, Ilke Biger, Rob Rodrigues Pereira, Alisher S.Rasulov e.a. Prevalence of vitamin D deficiency in Samarkand, Uzbekistan // J of Nutritional 2008; 000 (000): 1-9.

**РЕЗУЛЬТАТЫ МОДИФИЦИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА  
К РЕГИОНАРНЫМ ЛИМФОУЗЛАМ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ****Н.М. Рахимов**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
онкологии и радиологии, Ташкент**Ключевые слова:** рак почки, лимфодиссекция, лимфатические узлы, расширенная нефрэктомия.**Таянч сўзлар:** буйрак саратони, лимфодиссекция, лимфа тугунлар, кенгайтирилган нефрэктомия.**Key words** renal cancer, lymph nodes, radical-extended nephrectomy.

**Цель** изучения отдаленных результатов нового метода хирургического доступа к магистральным сосудам и регионарным лимфоколлекторам рака почки.

**Материалы и методы:** В Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии, а также в его Ташкентском городском филиале с 2010-2015 гг. получали лечение 96 пациентов. Распределение больных по полу и возрастным интервалам представлено в следующем виде: отмечается преобладание мужчин 51 (53,1%) против 45 (46,9%) женщин, соотношение 1,1:1. Возрастной диапазон – от 21 до 75 лет, средний возраст пациентов составил  $56,0 \pm 1,3$  года. 96 больных, участвующих в исследовании, опухолевой процесс установлен у 51 (53,1%) мужчин и 45 (46,9%) женщин. Количество больных с метастатическим поражением регионарных лимфоузлов выявлено: N1 – 10 (10,5%), N2 – 6 (6,2%). У остальных 80 (83,3%) больных регионарные лимфоузлы были интактны. Всем больным произведена радикально-расширенная нефрэктомия. После лапаротомии мобилизуется восходящий и поперечно ободочный отдел толстой кишки, петли кишок отодвигаются влажным полотенцем вверх и левее. После этого вскрывается задний листок брюшины над проекцией аорты от уровня бифуркации аорты верх с рассечением Трейцевой связки раскрываются забрюшинное пространство.

**Результаты:** Характер гистологической формы опухолей почки, установленной после операции морфологическим исследованием был следующим: светлоклеточный рак – у 77 (80,2%), папиллярный рак – у 8 (8,3%), неклассифицируемый рак – у 4 (4,2%), хромофобный рак – у 7 (7,3%). При 1 стадии метастазирование не выявлено. Во 2 стадии метастазирование отмечено 4,2% случаев. В 3 стадии 18,0% выявлено метастаз. У 27,3% больных имело место метастазирование в 4 стадии. В общей сложности у 13 (13,5%) в послеоперационном периоде выявлено прогрессирование заболевания.

**Выводы:** При опухолях почки размером T1 рекомендуем выполнять селективную лимфодиссекцию с, то есть удалять лимфоузлы первого порядка для точного стадирования. При опухолях T<sub>2-4</sub>N<sub>0-2</sub>M<sub>0</sub> рекомендуем выполнять расширенную лимфодиссекцию от уровня ножек диафрагмы до бифуркации аорты. Отработка выполнения хирургического доступа с разрезом Трейцевой связки при расширенной лимфодиссекции рака почки, а также небольшое количество послеоперационных осложнений позволяют применять ее у всех больных раком почки

**БУЙРАК САРАТОНИНИ ДАВОЛАШДА РЕГИОНАР ЛИМФА ТУГУНЛАРИГА  
МОДИФИКАЦИЯЛАНГАН ЖАРРОХЛИК УСУЛИНИНГ НАТИЖАЛАРИ****Н.М. Рахимов**

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент

**Ишнинг мақсади:** буйрак саратонининг регионар лимфоколлетторларига ва магистрал қон томирларга етиб бориш учун янги жаррохлик усулини узоқлашган натижаларини ўрганиш

**Материал ва усуллар:** Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази ва унинг Тошкент шаҳар филиалида 2010-2015 йилларда буйрак саратони билан даволанган 96та беморни тиббиёт хужжатлари ретроспектив ўрганилди. Беморларнинг жинсий ва ёш интервали қуйидагича: эркақлар 51 (53,1%) аёллар 45 (46,9%), нисбати 1,1:1, ўртача ёш  $56,0 \pm 1,3$  ташкил этди. Регионар лимфа тугунига метастазлар: N1 – 10 (10,5%), N2 – 6 (6,2%) лиги аниқланди. Қолган 80 (83,3%) беморда лимфа тугунлар интакт эди. Беморларни барчасига кенгайтирилган радикал нефрэктомия бажарилган эди. Лапаратомиядан сўнг кўтарилувчи ва қўндаланг чамбар ичак мобилизацияланади. Ичаклар юқорига ва чап томонга сурилади. Қорин парда ортига тушиш учун аорта проекциясида қорин парда орқа варағи Трейц боғла билан биргаликда кесилади.

**Натижа:** Ёруғ хужайрали саратон – 77 (80,2%), папилляр саратон – 8 (8,3%), классификацияланмайдиган саратон – 4 (4,2%), хромофоб – у 7 (7,3%) ҳолатда патогистологик хулоса олинди. Саратоннинг 1 даражали беморларда амалиётдан кейинги даврда метастазланиш аниқланмади. 2 даражада метастазлар 4,2% ҳолатда, 3 даражада 18,0%, 4 даражада 27,3% ҳолатда амалиётдан кейинги ҳолатда аниқланди. Жами операциядан кейинги даврда 13 (13,5%) беморда жараённинг ривожланиши аниқланди.

**Хулоса:** 1 даражали буйрак саратонида селектив лимфодиссекция ўтказиш мақсадга мувофиқ деб биламиз, бундан асосий мақсад жараёни тўғри баҳолаш учун етарли. T<sub>2-4</sub>N<sub>0-2</sub>M<sub>0</sub> ҳолатларда кенгайтирилган лимфодиссекция ўтказишни тавсия берамиз. Трейц боғламини кесиб қорин парда ортида жойлашган магистрал қон томир ва регионар лимфа тугунларга етиб бориш натижасида операция ҳажмини кенгайтириш мумкин.

**RESULTS OF MODIFIED SURGICAL ACCESS TO REGIONAL LYMPH NODES IN THE TREATMENT OF RENAL CANCER**

**N.M. Rakhimov**

Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Oncology and Radiology

**Purpose:** To study the long-term results of a new method of surgical access to the main vessels and regional renal cancer lymphocollectors.

**Materials and methods:** In the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, as well as in its Tashkent City Branch from 2010-2015, 96 patients were treated. The distribution of patients by sex and age intervals is shown in the figure. There male predominance 51 (53.1%) versus 45 (46.9%) women, the ratio was 1.1: 1. The age range is from 21 to 75 years, the average age of patients was 56.0 ± 1.3 years. From 96 patients participating in the study, a tumor process was established in 51 (53.1%) men and 45 (46.9%) women. The number of patients with metastatic lesion of regional lymph nodes were followings: N1 - 10 (10.5%), N2 - 6 (6.2%). In the remaining 80 (83.3%) patients, regional lymph nodes were intact. All patients underwent radical-extended nephrectomy. After laparotomy, the ascending and transversely dividing colon of the large intestine is mobilized, the loops of the intestines are pulled back with a moist towel up and to the left. After this, the back of the peritoneum is opened over the projection of the aorta from the level of the aortic bifurcation, the top with the dissection of the triceal ligament is opened beyond the peritoneal space.

**Results:** The character of the histological form of the kidney tumors established after the operation by morphological examination were followings: the clear cell cancer in 77 (80.2%), papillary cancer in 8 (8.3%), unclassifiable cancer in 4 (4.2%), chromophobic cancer - in 7 (7.3%). At stage 1, no metastasis was detected. In stage 2 metastasis was noted in 4.2% of cases. In stage 3, 18.0% metastasis was detected. In 27.3% of patients metastasis took place in the 4th stage. All 13 patients (13.5%) had postoperative progression of the disease revealed.

**Conclusion:** In renal tumors with T<sub>1</sub>, we recommend performing selective lymphodissection, that is removing of first-order lymph nodes for precise staging. For T<sub>2-4</sub>N<sub>0-2</sub>M<sub>0</sub> tumors, it is recommended to perform an extended lymph dissection from the level of the diaphragm legs to the aortic bifurcation. The development of surgical access with a cut of the triceal ligament with extended lymph node dissection of the renal cancer and a small number of postoperative complications make it possible to apply it in all patients with renal cancer.

Ежегодно в мире регистрируется 189,1 тыс. новых случаев РП и 91,1 тыс. смертей от этого заболевания. Приблизительно в 50 % случаев данное заболевание уже имеет или приобретает поздний генерализованный характер. При этом 5-летняя выживаемость больных с момента выявления отдаленных метастазов варьирует от 5 до 10 [1,2,3]

За последние годы отмечено увеличение заболеваемости с 1,7 в 2012 году на 1,9 в 2016 году и в Узбекистане

К моменту установления диагноза злокачественного новообразования в 30-40% случаев определяются метастазы, и еще у 30% больных с локализованным или местнораспространенным процессом метастазы возникают при последующем наблюдении [3].

Если о необходимости проведения радикальной нефрэктомии при почечно-клеточном раке вопросов не вызывает, то вплоть до настоящего времени сохраняются споры среди урологов о выборе оперативного доступа. Принципиально сравниваются два метода: транс-

**Таблица 1.**

**Контингенты больных злокачественными новообразованиями по раку почки, состоящих на учете по Республике Узбекистан**

года	заболеваемость на 100 000 населения	стадия (%)			смертность на 100 000 населения	1 годичная летальность
		I-II	III	IV		
2012 год	1,7	43,4	40,4	16,2	0,8	0,4
2014 год	1,8	40,1	43,3	16,6	0,9	0,4
2016 год	1,9	46,7	36,2	17,1	0,9	0,5

перитонеальный и экстраперитонеальный [4].

При выборе необходимо исходить из того, что доступ должен быть минимально травматичным и обеспечивать максимальную доступность объекта операции.

**Цель** изучения отдаленных результатов нового метода хирургического доступа к магистральным сосудам и регионарным лимфоколлекторам рака почки.

**Материалы и методы:** В Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии, а также в его Ташкентском городском филиале с 2010-2015 гг. получали лечение 96 пациентов.

Распределение больных по полу и возрастным интервалам представлено на диаграмме 1. Отмечается преобладание мужчин 51 (53,1%) против 45 (46,9%) женщин, соотношение 1,1:1. Возрастной диапазон – от 21 до 75 лет, средний возраст пациентов составил  $56,0 \pm 1,3$  года. 96 больных, участвующих в исследовании, опухолевой процесс установлен у 51 (53,1%) мужчин и 45 (46,9%) женщин.

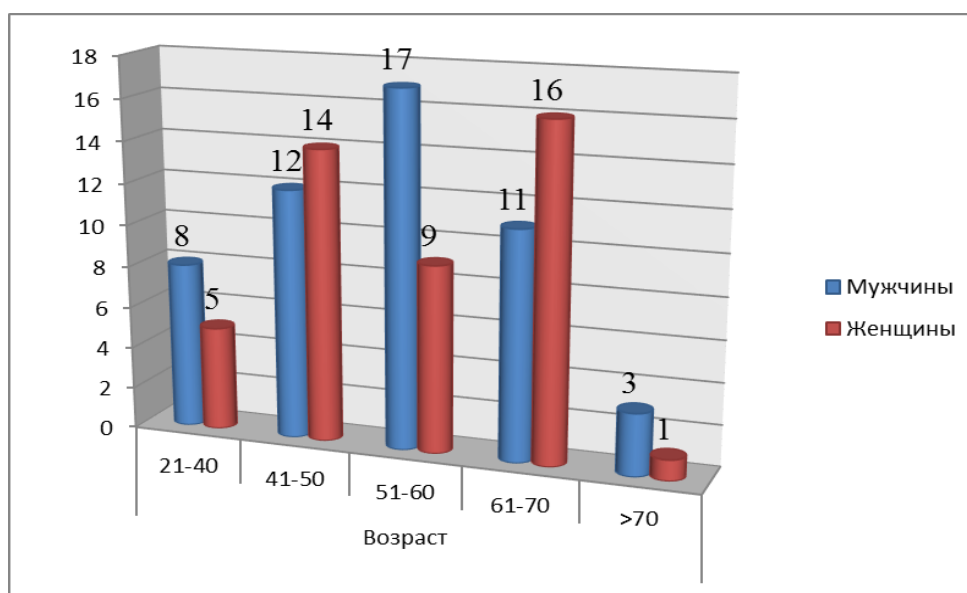


Диаграмма 1. Распределение больных раком почки по возрасту и полу

Количество больных с метастатическим поражением регионарных лимфоузлов выявлено: N1 – 10 (10,5%), N2 – 6 (6,2%). У остальных 80 (83,3%) больных регионарные лимфоузлы были интактны (диаграмма 2).

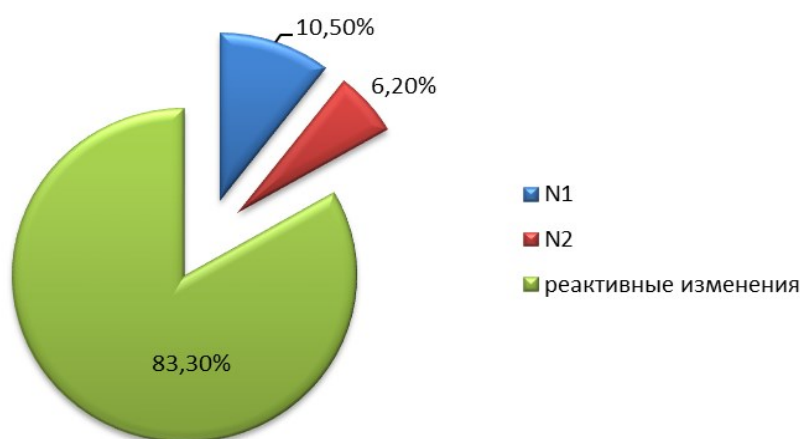


Диаграмма 2/ Состояние лимфоузлов с раком почки

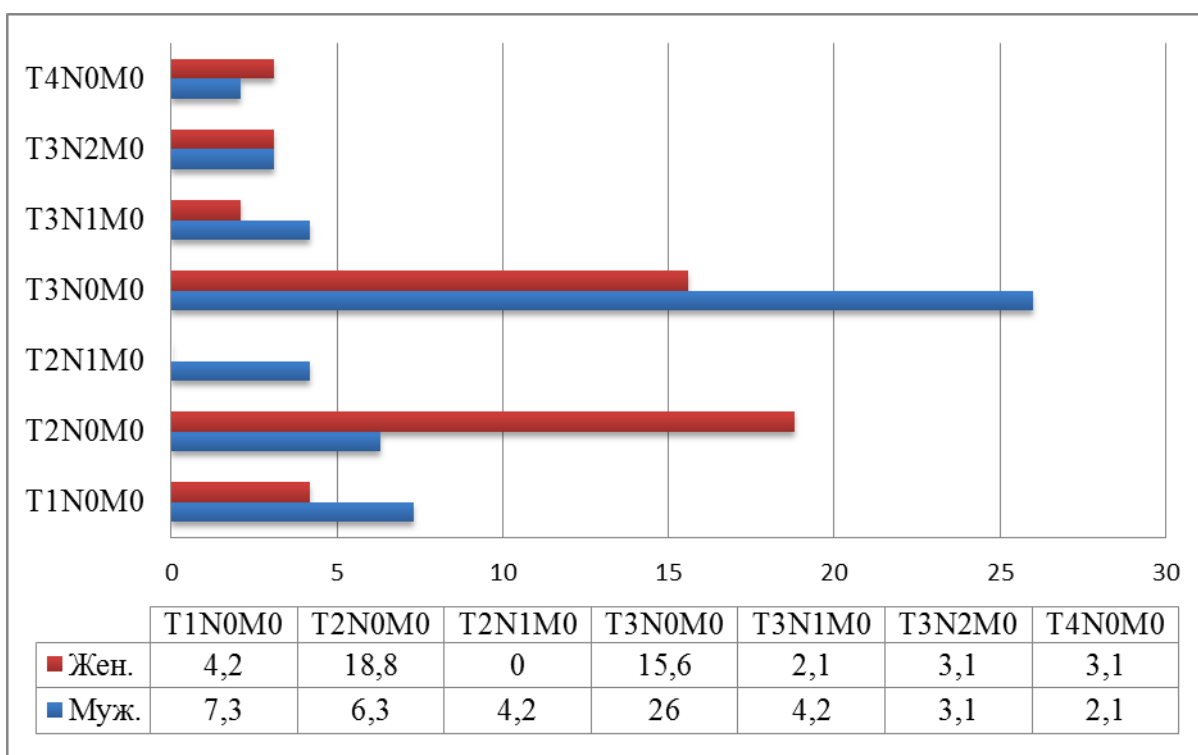


Диаграмма 3. Распределение больных раком почки по стадии и системе TNM.

Всем больным произведена радикально-расширенная нефрэктомия.

Техника: Выполняется верхне-срединный и средне-срединный разрез кожи до 20-22 см. Рассекается брюшина, устанавливается рано-расширители Сигала. Ревизия. В случае поражения правой почки мобилизуется восходящий и поперечно ободочный отдел толстой кишки, петли кишок отодвигаются влажным полотенцем вверх и левее. После этого вскрывается задний листок брюшины над проекцией аорты от уровня бифуркации аорты верх с рассечением Трейцевой связки раскрываются за брюшинное пространство.

Повторная ревизия. Затем выполняется расширенная лимфодиссекция. Нами удалялся при опухоли правой почки лимфатические узлы первого порядка прекавальные 2-3, латерокавальные 3-4, ретрокавальные 2-4, далее лимфатические узлы второго порядка: интераортокавальные 3 до уровня верхней брыж.артерии и верхние подвздошные 3 лимфатические узлы, в сумме 14-19 лимфоузлов

При левостороннем расположении опухоли мобилизуется нисходящая, поперечная ободочная кишка. Петли кишок отодвигается медиальнее, также мобилизуется поджелудочная железа, клетчатка окружавшая аорту и нижняя полая вена. После этого вскрывается задний листок брюшины над проекцией аорты от уровня бифуркации верх с рассечением Трейцевой связки раскрываются за брюшинное пространство. Выделяется левая почечная вена и берется на турникет после этого начинается лимфодиссекция. Удаляется лимфатическими узлы первого порядка латероаортальные лимфатические узлы расположенные от места пересечения аорты левой почечной веной до начала a.mesenteria inferior 6-7, ретроаортальные 1-2, преаортальные 10-12, лимфатические узлы второго порядка: ретрокавальные лимфатические узлы до уровня верхней брыж.артерии 2-4, интераортокавальные 3, верхние подвздошные 3 лимфатические узлы в сумме 24-30 лимфоузлов.

По ходу лимфодиссекции отдельно перевязывается, пересекается и прошивается а. и v. Renalis. Контрольная ревизия. Гемостаз. Мобилизуется почка, перевязывается и пересекается гонадная артерия, мочеточник в нижней трети. Производится нефрэктомия.

**Результаты:**

Характер гистологической формы опухолей почки, установленной после операции морфологическим исследованием был следующим: светлоклеточный рак – у 77 (80,2%), па-

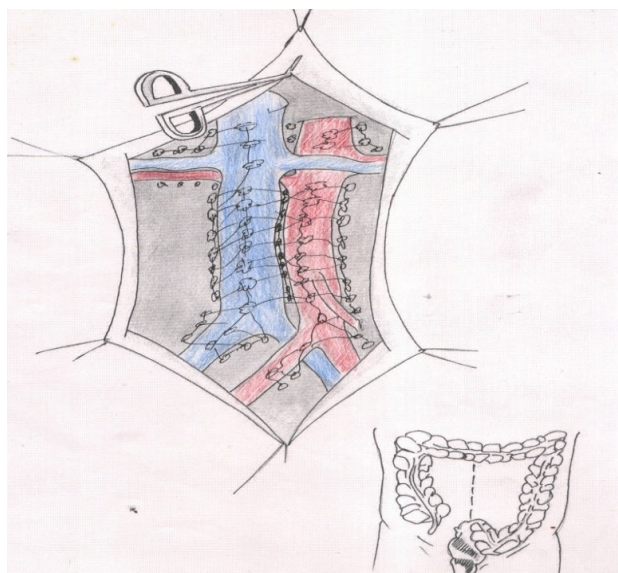


Рис. 1. Вскрытие забрюшинного пространства

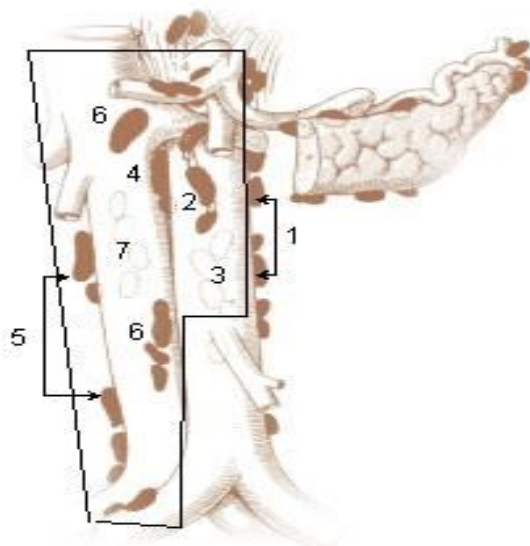


Рис. 2. Схема удаления лимфатических коллекторов при раке правой почки

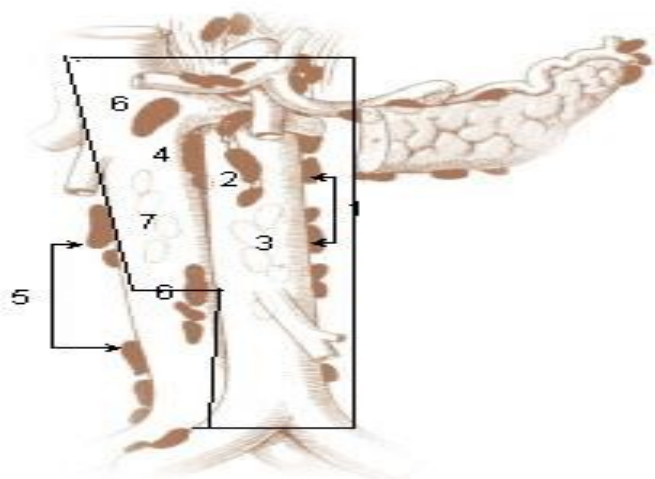


Рис. 3. Схема удаления лимфатических коллекторов при левом раке почки

Примечание:

**Левые поясничные лимфатические узлы (Парааортальные л/узлы)**

1. Латероаортальные
2. Преаортальные
3. Постаортальные
4. Интероаортокавальные

**Правые поясничные лимфатические узлы (паракавальные л/узлы)**

5. Латерокавальные.
6. Прекавальные.
7. Посткавальные.

пиллярный рак – у 8 (8,3%), неклассифицируемый рак – у 4 (4,2%), хромофобный рак – у 7 (7,3%). Необходимо отметить, что окончательный диагноз возможен только на основании гистологического исследования.

### Гистологическое строение опухоли

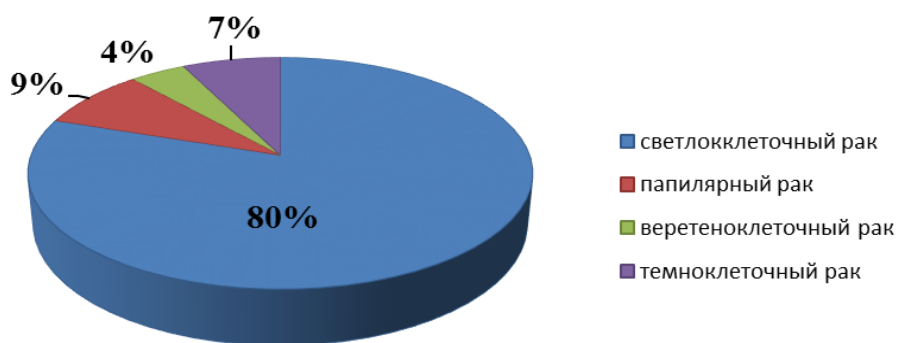


Диаграмма 4.



Критериями оценки эффективности проведенного хирургического лечения являются время и частота появления метастазов и рецидивов опухоли в послеоперационном периоде.

Таблица 2.

**Время до появления метастазов у больных в зависимости от стадии**

Стадия	Кол-во больных		Метастазирование			
			Интервалы (месяцы)			
			12	24	36	Итого
I	11		0	0	0	0
II	24	абс	0	1	0	1
		%	0	4,2	0	4,2
III	50	абс	4	5	0	9
		%	8,0	10,0	0	18,0
IV	11	абс	2	1	0	3
		%	18,2	9,1	0	27,3
Всего	96	абс	6	7	0	13
		%	6,3	7,3	0	13,5

Из 11 больных раком почки имевших первую клиническую стадию, метастазы в послеоперационном периоде не наблюдалось. Из 24 больных со второй стадией метастазы в последующем были обнаружены у 1 (4,2%) на втором году наблюдения. Из 50 больных с третьей стадией метастазы в последующем были обнаружены у 9 (18,0%). Из них, на первом году у 4 (8,0%), в 5 (10,0%) на втором году наблюдения. Из 11 больных с четвертой стадией метастазы в последующем были установлены у 3 (27,3%) больных – у 2 (18,2%) на первом и у 1 (9,1%) на втором году наблюдения. В общей сложности, из 96 больных третьей группы у 13 (13,5%) в послеоперационном периоде выявлено прогрессирование заболевания.

**Выводы:**

При опухолях почки размером T1 рекомендуем выполнять селективную лимфодиссекцию с, то есть удалять лимфоузлы первого порядка для точного стадирования. При опухолях T<sub>2-4</sub>N<sub>0-2</sub>M<sub>0</sub> рекомендуем выполнять расширенную лимфодиссекцию от уровня ножек диафрагмы до бифуркации аорты. Отработка выполнения хирургического доступа с разрезом Трейцевой связки при расширенной лимфодиссекции рака почки, а также небольшое количество послеоперационных осложнений позволяют применять ее у всех больных раком почки.

**Использованная литература:**

- Каприна А.Д., Старинского В.В., Петровой Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность).. М.: ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, 2016. 250 с.
- Петров С. Б., Новиков Р. В. Основные принципы операций по поводу рака почки // Практическая онкология. Том. 6, № 3. С. 155-161.
- Саяпина М.С., Ширяев С.В., Крылов А.С. и другие. Новый альтернирующий режим при метастатическом почечно-клеточном раке на примере клинического случая// Онкоурология. 2016. № 4 Том 12. стр 35 DOI: 10.17650/1726-9776-2016-12-4-35-42.
- Kardos V., Cary P. Gross, Nilay D. Shah et al. Association of type of renal surgery and access to robotic technology for kidney cancer: results from a population-based cohort Steven // BJU Int 2014; 114: 549–554 | doi:10.1111/bju.12711.
- Lineban W. M., Vasselli J., Srinivasan R. et al. Genetic basis of cancer of the kidney: disease-specific approaches to therapy // Clin. Cancer Res. 2004. Vol. 10 (18). P. 6282–6289.

## СИМПТОМНАЯ МИОМА МАТКИ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЕЕ ЛЕЧЕНИИ

Н.Р. Сапарбаева

Кафедра акушерства и гинекологии Ургенчского филиала ТМА

**Ключевые слова:** миома матки, улипристал ацетат, репродуктивный возраст, пременопаузальный возраст, лечение.

**Таянч сўзлар:** бачадон миомаси, улипристал ацетат, репродуктив ёш, пременопаузал ёш, даволаш.

**Key words:** myoma of the uterus, ulipristal acetat, reproductive age, premenopausal age, treatment.

Сегодняшняя современная женщина желает рожать в достаточно зрелом возрасте, предварительно планируя количество детей, к сожалению, в этом возрасте часто и обнаруживается миома матки. Доказано значительное отрицательное влияние как субмукозных, так и интрамуральных узлов на способность к зачатию и благополучному вынашиванию беременности. В нашем исследовании были женщины разных возрастов с симптомной миомой матки, которым была рекомендована операция гистерэктомия, и которым было рекомендовано предварительно как предоперационная подготовка назначить препарат улипристал ацетат в виде курса лечения.

### СИМПТОМАТИК БАЧАДОН МИОМАСИ ВА УНИ ДАВОЛАШНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЕЧИМИ

Н.Р. Сапарбаева

Ургенч ТМА филиали, Акушерлик ва гинекология кафедраси

Ҳозирги замонавий аёллар фарзандли бўлишни кечроқ репродуктив ёшда хохлашади, ва шу пайтда баъзиларида бачадон миомаси борлиги аниқланилади. Бачадондаги субмукоз, интрамурал тугунлар ўз навбатида хомиладор бўлиш ва хомилани муддатигача кўтаришга ҳалақит беради. Биз текширган аёллар турли ёшдаги бачадонида симптомли миомаси бор аёллар бўлиб уларга гистерэктомия операцияси олди улипристал ацетат даво курси ўтказилган.

### SYMPTOMATIC MYOMA OF UTERUS AND DIFFERENTIATED APPROACH IN ITS TREATMENT

N.R. Saparbayeva

Department of Obstetrics and Gynecology, Urgench Branch of TMA

Today a modern woman wishes to give birth at a sufficiently mature age, pre-planning the number of children, unfortunately often at this age is found out uterine myoma. Established fact, negative affection of both submucous and intramural nodes on the ability to conceive and safe bearing of pregnancy. In our study were women of different ages symptomatic uterine fibroids which was recommended for hysterectomy surgery and which was previously as pre-operative preparation to prescribe the drug ulipristal acetat in the form of a course of treatment.

**Актуальность проблемы.** Если раньше миома матки была заболеванием у женщин старшего возраста, то на сегодняшний день она всё чаще встречается у женщин молодого-репродуктивного и физически активного возраста, клинические проявления такие как маточные кровотечения, анемия, болевой компрессионный синдром, бесплодие снижают их качество жизни. Несмотря на многочисленные исследования в целом этиология этой опухоли остаётся ещё неизвестной. Среди гинекологических больных миома матки встречается у 25-30% женщин репродуктивного возраста. Сегодняшняя современная женщина желает рожать в достаточно зрелом возрасте предварительно планируя количество детей, чтоб дать им всё необходимое, это не более двух-трех детей, к сожалению в этом возрасте часто и обнаруживается миома матки и все чаще гинекологам приходится сталкиваться с необходимостью лечения миомы матки наиболее щадящими методами, позволяющими сохранить или восстановить репродуктивную функцию. Лечение миомы матки как консервативной так и хирургической остаётся одной из ведущих проблем, требующей усилий и объединения многих специалистов. К сожалению доказано, что развитие миомы матки занимает в среднем 5 лет, и в 84% случаев она является множественной и установлено значительное отрицательное влияние как субмукозных, так и интрамуральных узлов на способность к зачатию и благополучному вынашиванию беременности. И поэтому медицина все время в поиске эффективных методов профилактики и рецидива миомы матки после удаления миоматозных узлов.

В настоящий момент можно выделить три подхода к органосохраняющему лечению миомы матки: 1) консервативно-пластический: миомэктомии (лапаротомные, лапароскопические); 2) временно-регрессионный: агонисты ГнРГ, мифепристон и улипристал ацетат. Целесообразно при лечении маленьких узлов в составе 2-этапной схемы, в перименопаузе, в качестве профилактики рецидивов после миомэктомии; 3) стабильно-регрессионный: эмболизация маточной артерии, лапароскопическая окклюзия маточных артерий. Эти методы позволяют нивелировать симптомы, уменьшить размеры узлов, иногда вызвать их экспульсию. Тем не менее, выбор подхода к лечению миомы матки остаётся актуальной проблемой гинекологии, и связано это с «омоложением» данной патологии и необходимостью сохранения репродуктивной функции женщин зрелого возраста.

**Цель исследования.** Определить эффективность улипристал ацетат (УПА) и тактику ведения пациентов с множественной и симптомной миомой матки в зависимости от возраста, репродуктивных планов и типа миомы матки, как предоперационной подготовки больных с миомой матки для сохранения репродуктивной функции.

**Материал и методы исследования.** Исследование проводилось в перинатальном центре Хорезмской области. Исследуемые нами женщины составили 37 женщин с множественными миомами матки. I-группу составили молодые женщины репродуктивного возраста до 40 лет желающие забеременеть, им назначали улипристал ацетат (УПА) по одной таблетке 5мг 1 раз в сутки в течение 84 дней непрерывно, независимо от приёма пищи. Лечение начинали в течение первой недели менструального цикла. У женщин данной группы планировалась операция консервативной миомэктомии. Предоперационная подготовка препаратом осуществлялась с целью снижения кровоснабжения узлов и уменьшения их размеров. Возраст женщин варьировал от 19-39 лет и составил в среднем 26,6 года. Пациенты были в активном репродуктивном возрасте. II-группу составили 10 женщин пременопаузального возраста с симптомной миомой матки, желающих сохранить матку. Им был назначен УПА в виде интермиттирующей терапии (2 курса по 3 месяца) после завершения первого курса, второй курс терапии начинали во время второго менструального цикла после окончания первого курса терапии.

**Результаты.** У женщин входящих в I-группу наблюдалось уменьшение размеров узлов миомы, в среднем снижение объёма узла при приёме первого 84 дневного курса УПА составило 38%, на фоне лечения у женщин отмечалась аменорея. Симптомы которые отмечались у женщин с миомой матки, такие как, боли которые беспокоили 16 (43%) женщин в процессе лечения полностью купировались и после прекращения лечения менструальные циклы были регулярными и безболезненными. У женщин из первой группы с множественными миомами матки и тяжелым кровотечением у 12 (32%) после проведенного лечения УПА не только восстановился уровень гемоглобина, но и смогли избежать операцию, которая в свою очередь могла бы привести к тазовым спайкам, бесплодию, а также риску разрыва матки при беременности. Во II-группе у 8 (80%) женщин после двух курсов УПА объём матки и миоматозных узлов уменьшился на 40% и маточные кровотечения прекратились. И им было предложено прекращение лечения УПА до возобновления симптомов. У 2 (20%) размеры миомы матки уменьшились всего лишь до 25% и маточные кровотечения возобновились сразу после окончания курса лечения и им была выполнена операция гистерэктомия.

**Выводы.** Согласно результатам этого исследования, очевидна эффективность и безопасность УПА, что уже говорит о новом подходе лечения миомы матки. Научно доказано и хорошо известно, что после миомэктомии миомы часто возникают повторно (25% спустя 3 года), особенно у молодых пациенток с генетической предрасположенностью.

Женщинам пременопаузального возраста с симптомной миомой можно предложить долгосрочную интермиттирующую терапию УПА как длительная монотерапия, являющаяся альтернативой хирургическому лечению.

**Использованная литература:**

1. Бабаджанова Г.С. и др. Оценка эффективности современного лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста. *Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья*. № 3-4 (79-80) (2) 2017год. стр. 35-36.
2. Кудрина Е.А., Бабурин Д.В.. Миома матки: современные аспекты патогенеза и лечения. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2016. 3 (1).
3. Baird D., Dunson D.B., Hill M.C., Cousins D., Schectman, J.M."High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence." *Am J ObstetGynecol*, 188(2003).
4. Cook H., Ezzati M., Segars J.H., McCarthy, K."the impact of uterine leiomyomas on reproductive outcomes." *Minerva Ginecologica*, 62(3) (2010).
5. Donnez J, Donnez O, Dolmans MM With the advent of selective progesterone reseptor modulators, what is the place of myoma surgery in current practice? *Fertil Steril*. 2014; 102(3): 640-8.
6. Kroon B., Johnson N., Chapman M., Yazdani A., Hart R."Fibroids in infertility-consensus statement from acceptaustralasiancreI consensus expert panel on trial evidence (accept) group." *the australian& new Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 51(4) (2011).
7. Shannon K. Laughlin, Jane c. Schroeder, donna day Baird" new directions in the epidemiology of uterine Fibroids." *Seminars in reproductive medicine*, 03(2010).
8. Uterine Myoma, Myomectomy and Minimally Invasive treatments (2015).

**КОМОРБИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОДАГРЫ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА****Д.Р. Тоиров, И.И. Султонов**

Самаркандский Государственный медицинский институт

**Ключевые слова:** подагра, метаболический синдром, липидный спектр, гиперурикемия.**Таянч сўзлар:** подагра, метаболик синдром, липид кўрсаткичлари, гиперурикемия.**Key words:** gout, metabolic syndrome, lipid profile, hyperuricemia.

У 49 больных (средний возраст -  $50,6 \pm 1,6$  лет, продолжительность заболевания -  $9,4 \pm 1,7$  лет) подагрой мужского пола были исследованы антропометрические данные, липидный спектр крови в зависимости от степени развития клинических и лабораторных показателей. Установлено, что основные 3 клинических фактора метаболического синдрома (МС) - ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет встречается у 49,3% больных подагрой. Дислипидемия, гиперхолестеринемия и повышение ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП выявляются в 60,0-67,3% случаях. У больных МС частота уролитиаза, показатель тяжести нарушения функции нижних конечностей, количество пораженных суставов, число подкожных тофусов, частота артрита за последний год, длительность последнего обострения и собственный индекс тяжести подагры выше, чем у больных без МС. Степень гиперурикемии и давность заболевания имеют прямую корреляцию со степенью повышения общих липидов и холестерина в сыворотке крови.

**ПОДАГРА ВА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИНГ КОМОРБИД КЕЧИШИ****Д.Р. Тоиров, И.И. Султонов**

Самарканд Давлат Тиббиёт Институти

Подагра касаллиги билан касалланган 49 бемор эркакнинг (ўртача ёши -  $50,6 \pm 1,6$  йил, касаллик давомийлиги -  $9,4 \pm 1,7$  йил) антропометрик кўрсаткичлари, қон зардобининг липид спектри асосий касалликнинг клиник ва лабораторик кўрсаткичларига боғлиқ равишда ўранилди. Метаболик синдромнинг 3 та асосий клиник факторлари – семизлик, артериал гипертензия, қандли диабет 49,3% беморларда учради. Дислипидемия, гиперхолестеринемия, паст ва жуда паст зичликдаги липопротеинлар холестерини микдорини кўпайиши 60,0-67,3% ҳолатда аниқланди. МС аниқланган беморларда уролитиаз, оёқлар фаолиятини бузилиши, зарарланган бугимлар сони, тери ости тофуслар сони, охириги 1 йилдаги артрит частотаси, охириги артрит хуружи давомийлиги ва подагранинг оғирлик индекси кўрсаткичлари МС аниқланмаган беморлар кўрсаткичидан баланд бўлди. Қон зардобидида умумий липидлар ва холестерин микдорини ошуви гиперурикемия даражасига ва касаллик давомийлигига боғлиқ бўлди.

**COMORBID FLOW OF GOUT AND METABOLIC SYNDROME****D.R. Toirov, I.I. Sultonov**

Samarkand State medical institute

In 49 patients (mean age -  $50.6 \pm 1.6$  years, duration of disease -  $9.4 \pm 1.7$  years) male gout were investigated anthropometric data, lipid profile, depending on the extent of the clinical and laboratory parameters. It has been established that the basic 3 clinical factors of the metabolic syndrome - obesity, hypertension, diabetes mellitus occurs in 49.3% of patients with gout. Dislipidemiya, hypercholesterolemia and increase in low density lipoprotein and very low density detected in 60,0-67,3% cases. In patients with urolithiasis frequency, severity of the violation rate of lower limb function, the number of affected joints, the number of subcutaneous tophi, arthritis incidence in the last year, the duration of the latest exacerbation and severity of gout own index higher than that of patients without metabolic syndrome. The degree of hyperuricemia and duration of the disease have a direct correlation with the degree of increase of total lipids and cholesterol in the blood serum.

Метаболический синдром (МС) включает в себя артериальную гипертонию (АГ), которая сочетается с гиперлипидемией, гиперхолестеринемией, гипертриглицеридемией, абдоминальным ожирением, нарушением толерантности к глюкозе и инсулинорезистентностью. [3;4;7;8;9]. Подагра является заболеванием, которое обусловлено нарушением пуринового обмена, гиперурикемией. Во многих случаях подагра также сопровождается основными клиническими и лабораторными признаками МС, такими как гиперхолестеринемия, АГ, ожирение и сахарный диабет (СД) 2 типа [1;2;5;6]. Нарушение пуринового, жирового и углеводного обменов при подагре могут сопровождаться патологическими изменениями в соединительной ткани суставов, способствуя тем самым развитию и

хронизации воспалительного процесса в них. Необходимо отметить, что в настоящее время особенности клинических, лабораторных симптомов и функциональных показателей поражения суставов у больных подагрой при наличии МС изучены недостаточно.

**Цель исследования.** Определить частоту и характер клинических и лабораторных признаков метаболического синдрома у больных подагрой и оценить их взаимосвязь с возрастом больных, индексов тяжести основного заболевания, длительностью заболевания и нарушения функции нижних конечностей.

**Материал и методы.** Нами были обследованы 49 больных мужского пола с подагрой. Возраст больных в среднем составил -  $50,6 \pm 1,5$  лет, продолжительность заболевания -  $9,4 \pm 1,8$  лет.

Во время обследования были определены следующие антропометрические показатели: массы тела, индекса массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ). После 14-часового голодания брали кровь на исследование липидного спектра. Определялось содержание общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) методом энзиматической колориметрии с помощью набора фирмы "Витал Диагностикум", общие липиды (ОЛ) набором фирмы "Лахема", АО, БРНО Чешской республики, ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) рассчитывали по W. Friedwald et. al., ХС липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) по формуле (содержание ТГ/5). Использовалась простая описательная статистика, непараметрический корреляционный анализ по методу Спирмена. Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

**Результаты и обсуждение.** На момент исследования у всех пациентов был выявлен артрит, вариант которого определялся по длительности последнего обострения за истекший год. Острый вариант артрита (длительность обострения составляет не более 3-х недель) был отмечен у 42,8%, затяжной (обострения длится от 3-х до 12-ти недель) – у 22,3% и хронический (артрит длительностью более трех месяцев) – у 34,9% пациентов. Тофусы были обнаружены у 26,5% больных. Поражение плюснефалангового сустава большого пальца стопы было обнаружено у 51%, суставов стопы - у 28,6%, голеностопных и коленных суставов - у 24,5% больных. У 30,6% больных поражение суставов имело моноартикулярный характер, у 69,4% – олигоартрикулярный. У 63,3% больных была обнаружена I, у 36,6% – II степень функциональной недостаточности суставов. Уролитиаз у обследованных больных составил 65,3% (n=32), при этом клинические признаки отмечались у 10,2% (n=5) из них.

При изучении индекса массы тела (ИМТ), было выявлено, что у больных ПА он варьировал от 19 до 38. Согласно рекомендациям ВОЗ у 14 (28,5%) больных ИМТ соответствовал нормальному показателю (18,5-24,9), у 20 (40,8%) соответствовал избыточной массе тела (25-29,9), у 9 (18,4%) – ожирению I степени (30-34,9), а у 6 (12,2%) – ожирению II степени (35-40).

Для оценки тяжести нарушения функции нижних конечностей (НФНК) использован интегральный показатель, который вычисляется как среднее арифметическое значение от величины таких экспертных признаков - дополнительная опора, передвижение, самообслуживание, пользование общественным транспортом, выполнение бытовых функций, выполнение профессиональных обязанностей. НФНК более 20% расценивается как тяжелое и соответствует III группе инвалидности (в соответствии с экспертными оценками ВТЭК). По степени тяжести нарушения функции нижних конечностей у 40,8% (20 больных) соответствовал – 0-20%, у 38,8% (19 больных) – 21-40%, у 10 (10,4%) больных – 41-60%.

Среди больных ПА диагностированы основные 3 клинические факторы МС (ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет) у 49,0% больных (1-я группа): у 30,6% - ожирение I и II степени, у 26,5% – артериальная гипертензия и у 12,2% - СД 2 типа. У 32,6% больных выявлена одна клиническая форма МС, у 12,2% - сочетание двух форм (АГ и ожирение II степени - у 8,2%, АГ и СД 2 типа - у 4,1%), у 4,1% – трех форм (АГ, ожирение II степени и СД 2 типа). Вторую группу составили больные (25 пациентов) без клини-

ческих форм МС.

При ПА наблюдались повышение показателей липидного профиля - лабораторных критериев МС. Например, у больных ПА содержание общих липидов составило от 4,8 до 10,6 г/л, среднее содержание -  $8,55 \pm 0,03$  г/л. У 32,7% больных уровень общих липидов был в пределах 4,8-8,4 г/л (нормальный уровень), у 67,3% - выше 8,4 ммоль/л (повышенный уровень). У больных 1-ой группы уровень общих липидов ( $9,60 \pm 0,04$  г/л) был в 1,28 раза выше, чем у больных 2-ой группы ( $7,50 \pm 0,05$  г/л,  $P < 0,02$ ). Содержание холестерина при ПА составило 5,2-10,2 ммоль/л (в среднем -  $7,2 \pm 0,05$  ммоль/л): у 34,7% больных - 5,2-6,5 ммоль/л (пограничный уровень), у 38,8% - 6,6-8,0 ммоль/л (повышенный уровень), у 26,5% - выше 8,0 ммоль/л, что соответствовало высокому риску развития МС.

У больных с основными клиническими факторами МС, такими как ожирение, АГ и СД 2 типа среднее содержание холестерина составило -  $8,6 \pm 0,7$  ммоль/л, что было достоверно выше, чем у больных без клинических проявлений МС ( $6,2 \pm 0,4$  ммоль/л,  $P < 0,02$ ). Степень повышения общих липидов и холестерина в сыворотке крови имела прямую коррелятивную связь со степенью гиперурикемии ( $r=0,65$ ;  $r=0,54$ ) и давностью заболевания ( $r=0,72$ ;  $r=0,62$ ).

При ПА уровень ХС ЛПНП в среднем составил -  $4,40 \pm 0,01$  ммоль/л: у 38,8% пациентов - от 1,8 до 3,6 ммоль/л (нормальный уровень), у 40,0% пациентов - от 3,6 до 4,5 ммоль/л (повышенный уровень), у 20,0% пациентов - выше 4,6 ммоль/л (высокий уровень). Среднее содержание ХС ЛПОНП -  $0,49 \pm 0,01$  ммоль/л: у 36,7% пациентов - от 0,2 до 1,6 ммоль/л (нормальный уровень), у 61,2% пациентов - выше 1,6 ммоль/л (повышенный уровень). У больных 1-ой группы содержание ХС ЛПНП ( $4,80 \pm 0,02$  ммоль/л) и ХС ЛПОНП ( $0,54 \pm 0,03$  ммоль/л) было в 1,20 и 1,22 раза больше, чем у пациентов 2-ой группы ( $P_1$  и  $P_2 < 0,05$ ).

Индекс тяжести подагры (ИТ) рассчитывался по формуле: тофусы (0-нет, 1-есть) + количество тофусов/40 + количество пораженных суставов при осмотре/28 + количество пораженных суставов за все время болезни/28 + количество обострений за последний год/12 + длительность последнего обострения (в неделях)/52 + возраст больного (число полных лет)/65 + уровень мочевой кислоты (мкмоль/л)/420 = ИТ (в баллах).

Пациенты с клиническими показателями МС были по возрасту старше ( $54,6 \pm 3,2$  и  $47,1 \pm 2,7$  лет,  $P < 0,05$ ) и у них имело место большее количество пораженных суставов ( $4,6 \pm 0,2$  и  $2,5 \pm 0,7$ ,  $P < 0,02$ ). Число подкожных тофусов (37,5 и 16,0%), частота артрита за последний год ( $3,8 \pm 0,3$  и  $2,2 \pm 0,1$  раз,  $P < 0,02$ ), длительность последнего обострения ( $3,6 \pm 0,2$  и  $1,2 \pm 0,1$  неделя,  $P < 0,02$ ) и собственный индекс тяжести подагры ( $3,7 \pm 0,2$  и  $2,3 \pm 0,2$  б,  $P < 0,02$ ) у больных МС были несколько выше, чем у больных без МС.

При анамнестическом исследовании выяснилась наследственная предрасположенность у больных с гиперхолестеринемией и сопутствующими клиническими факторами МС (наличие у родителей подагры, АГ, ИБС, СД), наиболее частые погрешности в питании и отсутствие базисного (аллопуринол, урикозурические препараты) лечения основного заболевания.

**Выводы.** Таким образом, подагра как заболевание, обусловленное нарушением пуринового метаболизма и гиперурикемией у 49,0% больных сопровождается основными клиническими формами метаболического синдрома. Лабораторные признаки МС - дислипидемия, гиперхолестеринемия и повышение ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП выявляются в 60,0-67,3% случаях. Развитие метаболического синдрома связано с основными клиническими признаками подагры. У больных МС частота уrolитиаза, длительность последнего обострения и собственный индекс тяжести подагры, количество пораженных суставов, число подкожных тофусов, показатель тяжести нарушения функции нижних конечностей, частота артрита за последний год, выше, чем у больных без МС. Степень гиперурикемии и давность заболевания имеют прямую корреляцию со степенью повышения общих липидов и холестерина в сыворотке крови.

Очень часто коморбидное течение подагры и МС связано с наследственной предрасположенностью. Включение гиперурикемии в число факторов развития метаболического син-

дрома и наличие прямой коррелятивной связи между клинико-лабораторными показателями подагры и МС обуславливает включение подагры к клиническим критериям МС. Можно предположить, что методами профилактики МС при подагре могут служить сохранение двигательной активности, диетическая коррекция массы тела за счет снижения калорийности пищи и уменьшения ее объема, а также своевременное проведение базисного лечения.

#### Использованная литература:

1. Барскова В.Г., Елисеев М.С., Чикаленкова Н.А. Основные факторы полового диморфизма подагры (эстрогены и диуретики по сравнению с алкоголем и генетикой). // Тер. архив. 2011. №5. С.57-61.
2. Барскова В.Г., Насонова В.А., Якушин И.А. О тяжести течения женской подагры. // Тер. архив. 2005. №5. С.58-62.
3. Гургенян С.В., Ватинян С.Х., Зелвеян П.А. Метаболический синдром и ишемическая болезнь сердца. // Тер. архив. 2014. №3. С.106-109.
4. Маркова Т.Н., Кичигин В.А., Мадянов И.В. и др. Гормональные аспекты формирования ожирения и метаболического синдрома в этнических группах (на примере популяции Чувашской Республики). // Тер. архив. 2014. №5. С.73-77.
5. Подагра диагностика и лечение. Методические рекомендации / В.Г. Барскова, В.А. Насонова, К.М. Коган, Г.Д. Золотарева, Ф.М. Кудяева. Москва: Интел Тек, 2006. 22 с.
6. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. // М.: ГЕОТАР-Медиа. 2010. 720 с.
7. Симоненко В.Б., Медведев И.Н., Толмачев В.В. Патогенетические аспекты артериальной гипертензии при метаболическом синдроме. // Клин. мед. 2011. №1. С.49-50
8. Фурсов А.Н., Чернавский С.В., Потехин Н.П. и др. Эволюция метаболического синдрома: от полиметаболических нарушений к формированию нозологических форм заболеваний. // Клин. мед. 2012. №2. С.70-73.
9. Хурс Е.М., Андреев П.В., Поддубная А.В. и др. Вегетативный дисбаланс в патогенезе метаболического синдрома. // Клин. мед. 2010. №6. С. 39-42.



## ФАКТОРЫ РИСКА РОДОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА И ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

С.М. Умирова, А.А. Гайбиев

Самаркандский государственный медицинский институт

**Ключевые слова:** акушерский паралич, родовая травма, плексопатия.

**Таянч сўзлар:** акушерлик фалажи, туғруқ жароҳати, плексопатия.

**Key words:** obstetric paralysis, birth trauma, plexopathy.

В данной статье описаны факторы риска развития поражений спинного мозга, сопровождающиеся акушерскими параличами различного типа. Было обследовано 80 детей с последствиями сочетанной травмы спинного мозга и плечевого сплетения, которые были разделены на 2 группы. Результаты исследования показали, что в происхождении сочетанных родовых поражений спинного мозга и плечевого сплетения имеет значение множество патологических факторов.

### ОРҚА МИЯ ВА ЕЛКА ЧИГАЛИНИНГ ТУҒРУҚ ВАҚТИДА ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

С.М. Умирова, А.А. Гайбиев

Самарканд давлат тиббиёт институти

Ушбу мақолада туғруқ жароҳатлари натижасида келиб чиқадиган орқа миЯ зарарланиши ва акушерлик фалажига олиб келадиган хавф омиллари кўрсатилган бўлиб, 80 та бемор болалар 2 гуруҳга булиб ўрганилди. Текшириш натижалари шуни кўрсатдики, орқа миЯ ва елка чигалининг қўшма жароҳатларида бир қанча патологик омиллар муҳим аҳамиятга эга.

### RISK FACTORS OF GENEUR LESIONS OF THE SPINAL BRAIN AND SHOULDER SPLITTING

S.M. Umirova, A.A. Gaybiev

Samarkand State Medical Institute

This article describes the risk factors for the development of spinal cord injuries accompanied by obstetric paralysis of various types. We examined 80 children with consequences of a combined trauma of the spinal cord and brachial plexus, which were divided into 2 groups. Results of a research have shown that in origin of the combined patrimonial damages of a spinal cord and a humeral texture the set of pathological factors matters.

**Актуальность.** Среди родовых травм у детей повреждение плечевого сплетения занимает одно из первых мест в мире, и варьирует от 0,2 до 2,0 на 1000 родов [1]. По данным ВОЗ в 2016 году в мире этим заболеванием страдают 2-4% новорожденных от общего количества живорожденных детей, если в развитых странах этот показатель колеблется в пределах 1-2%, то в развивающихся странах этот показатель намного больше и составляет до 4% [2]. При этом натальные повреждения нервной системы диагностируются значительно реже, чем встречаются. Многие из родовых повреждений протекают субклинически и на ранних этапах остаются незамеченными.

**Цель.** Изучить факторы риска родовых поражений спинного мозга и плечевого сплетения.

**Материалы и методы исследования.** Были проанализированы истории болезней 80 больных с диагнозом «Последствия родовой травмы, плечевая плексопатия» с указанием типа поражения (верхний, нижний или тотальный). При исследовании выявлено, что в большинстве случаев поражения плечевого сплетения носили тотальный характер, а признаки поражения спинного мозга стусевывались на фоне плексопатии. По этой причине обследованные больные были подразделены на 2 группы: основную - 40 детей с последствиями сочетанной травмы спинного мозга и плечевого сплетения, и группу сравнения - 40 детей с последствиями травмы плечевого сплетения.

**Результаты исследования** показали, что в происхождении сочетанных родовых поражений спинного мозга и плечевого сплетения имеет значение множество патологических факторов. В наблюдениях встречались следующие из них (рис.1): в основной группе и груп-

пе сравнения соответственно - затяжные роды, щипцы при родах применялись в 47,3% и 34,04% случаях, применение вакуума экстрактора в 3,6% и 6,4% случаев, ручное пособие при родах применялось в 16,36% и 19,14% наблюдений, ягодичное предлежание в 23,6% и 12,8% случаях, ножное предлежание в 3,6% и 4,3 % случаев. Кроме того, следует отметить, что операционное вмешательство кесарево сечение не спасает плод от различных родовых травм, в том числе и от родовых травм спинного мозга и плечевого сплетения. Так, 9,09% детей основной группы и 8,5% детей группы сравнения с сочетанной травмой спинного мозга и плечевого сплетения родились при помощи кесарева сечения.

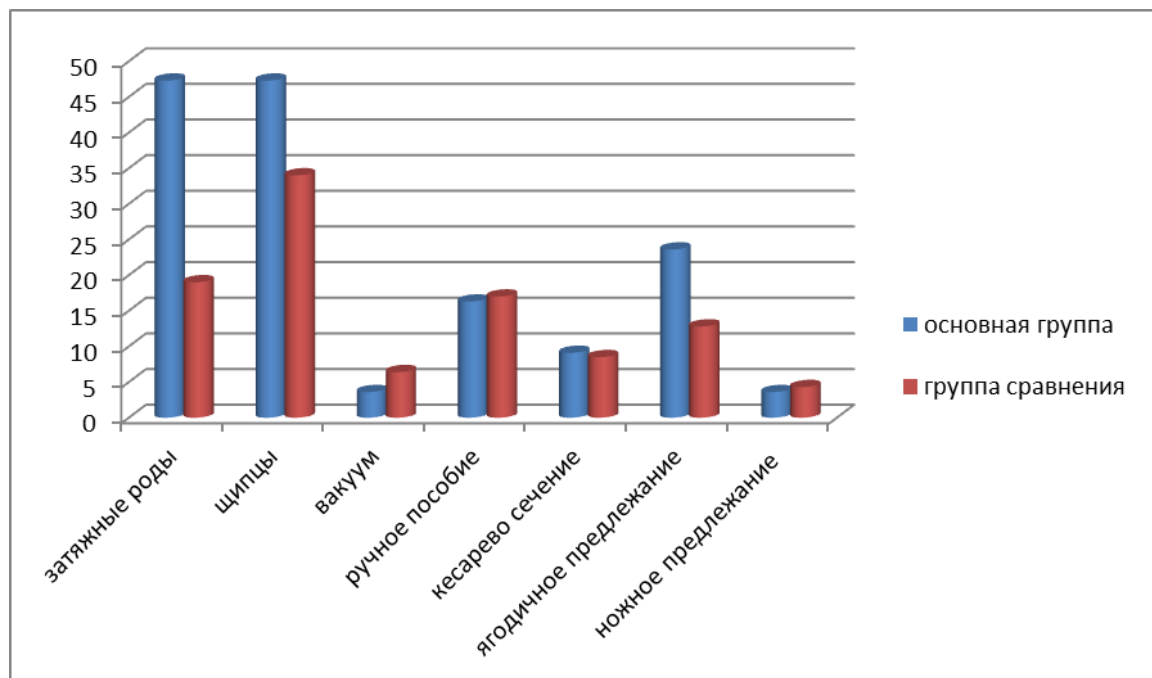


Рис.1. Факторы риска, приведшие к родовым травмам.

Немаловажное значение имеет и вес плода при рождении, по данным медицинской карты ребенка вес плода с сочетанной травмой спинного мозга и плечевого сплетения находился в диапазоне от 2150 гр. до 6000 гр. Средний вес детей основной группы составил  $4227 \pm 101,79$  гр. (табл. 1).

Таблица 1.

#### Вес плода при рождении (ВПР)

	Вес плода при рождении (гр)						Всего
	меньше 2500	2500-3000	3000-3500	3500-4000	4000-4500	больше 4500	
<b>основная группа</b>	-	1,8%	16,4%	20%	20%	41,8%	40
<b>группа сравнения</b>	4,26%	3,8%	14,8%	19,14%	44,7%	14,9%	40

Как видно из таблицы 1, большинство детей имели вес более 3500 гр. У 12 детей основной группы ВПР был более 5000 гр, у 1 ребенка ВПР равнялся 6000 гр. Средний ВПР детей группы сравнения был  $3938,298 \pm 97$  гр. У большинства из них ВПР находился в диапазоне 4000-4500 гр.

Практически у всех детей основной группы (93,5%) в анамнезе имеются указания на перенесенную гипоксию в родах.

Таким образом, так как травма спинного мозга и плечевого сплетения имеет высокую

инвалидизацию, ее диагностика и выявление факторов риска имеет большое значение для будущего и экономики развивающейся страны. Лечение последствий сочетанных родовых травм спинного мозга и плечевого сплетения требует комплексного, дифференцированного, и индивидуального подхода, которое зависит от длительности и тяжести процесса.

**Использованная литература:**

1. Boylan L.S., Fouladvand V. Developmental Apraxia Arising from Neonatal Brachial Plexus Palsy // *Neurology*. 2016. P.576-577.
2. Hoeksma A.F., Ter Steeg A.M., Dijkstra P., Nelissen R.G., Beelen A., de Jong B.A. Shoulder contracture and osseous deformity in obstetrical brachial plexus injuries // *J Bone Joint Surg Am*. 2015. P.316-322.
3. Ruggieri M. Spinal cord insults in the prenatal, perinatal, and neonatal periods // *Dev. Med. Child. Neurol*. 2015. Vol.41, №5. P.311-317.
4. Vredeveld J.W., Blaauw G., Sclooff B.A. et al. The finding in paediatric obstetric brachial palsy differ from those in der patients: a suggested explanation // *Developmental Medicine, Child Neurology*. 2017. Vol. 42. P. 158-161.

**НОВЫЙ ПОДХОД К РАЗРАБОТКЕ ФИЛЬТРОВ ДЛЯ СИСТЕМ  
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ****З.Р. Хайбуллина, Р.А. Садыков, О.В. Ким, М.Т. Азимова**  
ГУ «РСНПМЦ Хирургии им. ак. В. Вахидова»**Ключевые слова:** экстракорпоральная детоксикация, хлопковая целлюлоза, фильтры.**Таянч сўзлар:** экстракорпорал захарсизлантириш, пахта целлюлоза, фильтр.**Key words:** extracorporeal removal, cotton cellulose, filters.

Комбинированная подложка из производного хлопковой целлюлозы и полипропилена обладает барьерными свойствами по удержанию частиц сорбента, а также дополнительными дезинтоксикационными свойствами, которые проявляются снижением уровня билирубина на 22% ( $p < 0,05$ ); средних молекул плазмы – на 25,4% ( $p < 0,05$ ); фактора некроза опухоли альфа – на 18,5% ( $p < 0,05$ ). Достоверных изменений концентрации глюкозы, общего белка, альбумина, электролитов после фильтрации через комбинированную подложку не выявлено. Предпосылками для реализации дополнительных дезинтоксикационных свойств у модифицированной целлюлозы (МЦ) являются биологическая инертность, ионообменность. Дополнение МЦ полипропиленом улучшает барьерные свойства комбинированной подложки. Комбинация МЦ + полипропилен может быть предложена для дальнейших испытаний в качестве фильтра для систем экстракорпоральной детоксикации.

**ЭКСТРАКОРПОРАЛ ЗАХАРСИЗЛАНТИРИШ СИСТЕМАЛАР УЧУН ФИЛЬТРАЛРНИ ИШЛАБ  
ЧИҚАРИШ МАҚСАДИДА ЯНГИ ЁНДАШУВ****З.Р. Хайбуллина, Р.А. Садыков, О.В. Ким, М.Т. Азимова**  
“Академик В. Вахидов номидаги РИХИАТМ” ДК

Пахта целлюлозаси ва полипропилендан олинган комбинацияланган янги фильтр сорбент заррачаларини ушлаб қолувчи тўсик хусусиятларига ҳамда билирубин даражасини 22%га ( $p < 0,05$ ), плазманинг ўртача молекулалари 25,4% ( $p < 0,05$ ); ўсма некрозининг альфа фактори 18,5% га ( $p < 0,05$ ) камайиши билан ифодаланадиган ва қўшимча дезинтоксикацион хусусиятларга эга. Глюкоза, умумий оксил альбумин, электролитлар комбинацияланган янги фильтр орқали фильтрациясининг ҳақиқий ўзгаришлари аниқланмади. Фильтр таркибидаги модификацияланган целлюлозанинг (МЦ) қўшимча дезинтоксикацион хусусиятлари амалга ошириш учун асос бўлиб биологик инертлиги, ионалмашинувчанлиги ҳисобланади. МЦнинг полипропилен билан биргаликда қўлланилиши комбинацияланган субстратнинг барьер хусусиятларни яхшилайдди. МЦ + полипропилен комбинацияси экстракорпорал детоксикация тизимларига фильтр сифатида кейинги тадқиқотлар учун тавсия этилиши мумкин.

**NEW APPROACH FOR CREATION OF THE FILTERS FOR EXTRACORPOREAL  
REMOVAL SYSTEMS****Z.R. Khaybullina, R.A. Sadykov, O.V. Kim, M.T. Azimova**State Institution “Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Surgery  
named after academician V. Vakhidov”

The complex model of filter for extracorporeal removal systems consists of derived cotton cellulose and polypropylene. This new model of filter has good barrier possibility (binding of the particles of the absorbent) and additional detoxicant properties. This additional characteristics of the complex model of filter (CMF) includes reduction of the level in blood plasma some of toxic substations such as bilirubin - on 22% ( $p < 0,05$ ); the average molecules of the plasma - on 25,4% ( $p < 0,05$ ); the factor of the necrosis to tumors alpha - on 18,5% ( $p < 0,05$ ) from basic level before filtration. There were no reliable changes of the glucose, total protein, albumin, electrolytes concentrations in plasma after filtering through CMF. Premises and basis for realization of the additional detoxification characteristic of the CMF include its biological compatibility and high sorption possibility of derived cellulose. Polypropylene can perfects the barrier properties of CMF. The combination of derived cellulose with polypropylene in complex model of filter – CMF can be offered for the further tests as filter for extracorporeal removal systems.

**Актуальность проблемы.** Одним из основных требований к сорбционным системам экстракорпоральной детоксикации является снижение риска вымывания из системы токсических субстанций или микрочастиц сорбента, которые могут представлять опасность для пациентов, вызывая микроэмболию и повреждения внутренних органов. В Республике Узбекистан имеются разработки отечественных сорбентов на основе косточкового активированного угля (КАУ) и активированного угля лигнина (АУЛ), которые могут

быть использованы при создании отечественных систем для экстракорпоральной детоксикации (ЭД); важной задачей при этом является разработка фильтра для систем ЭД. Наличие фильтра позволит избежать попадания частиц сорбента в кровяное русло и, таким образом, предотвратить побочные эффекты сорбции. Присутствие дополнительных дезинтоксикационных свойств у фильтра способствует снижению синдрома эндогенной интоксикации.

Требования к фильтрам для систем ЭД состоят в том, что структура и установка фильтров должны способствовать ламинарному течению крови или ее компонентов; пористость и толщина фильтров рассчитывается по средним значениям вязкости крови; оптимальный размер пор менее 1 мкм. Материал для фильтров должен быть биосовместимым и отвечать требованиям ГОСТ ISO10993-1 (2016), т.к. системы для ЭД входят в группу изделий, присоединяемых *in vivo* категории b (непрямой контакт с системой кровообращения менее 24ч). Необходимо также подобрать методы стерилизации, не нарушающие структуру и свойства фильтра, не имеющие возможных вредных продуктов стерилизации [1].

Традиционно фильтры для систем ЭД («LDL Lipopak», POKARD, Russia; «LDL TheraSorb», Milteney, Germany; «Liposorber L», Kaneka, Japan) изготавливаются из полипропилена, дополнительные дезинтоксикационные свойства которого мало изучены.

Хлопковая целлюлоза и ее производные обладают рядом свойств, необходимых для фильтров, - имеют развитую капиллярно-пористую систему, включающую внутрифибрилярные нерегулярности упаковки размером менее 1,5 нм; межфибрилярные поры размером 1,5-10 нм, потенциально позволяющие удерживать частицы и гранулы сорбентов. Кроме того, целлюлоза обладает высокой величиной сорбции и свойствами волокнистого ионообменника, электрофильные группы ацетилцеллюлозы могут вступать во взаимодействие с широким классом нуклеофильных соединений [3]. Такие ценные свойства целлюлозы, как биологическая инертность, термоустойчивость, ионообменность, могут быть предпосылками для реализации дополнительных дезинтоксикационных свойств.

Учитывая биологическую инертность целлюлозы, доступность сырья и его низкую стоимость, представляет интерес изучение наличия барьерных и дополнительных дезинтоксикационных свойств у производного хлопковой целлюлозы – модифицированной целлюлозы (МЦ).

**Цель:** изучение свойств комплексных полимерных подложек из отечественного сырья - производных целлюлозы и полипропилена на предмет дополнительных дезинтоксикационных свойств и удержание частиц сорбента.

**Материалы и методы.** Образцы модифицированной хлопковой целлюлозы (МЦ) и полипропилена были предоставлены Институтом химии и физики полимеров АН РУз. Полимерные подложки для фильтров из полипропилена имели вид мембран со средним диаметром пор 5-100 мкм, химической стойкостью при диапазоне pH 3-14; устойчивы к действию кислот, оснований и сильных окислителей, а по механической прочности сравнимы с лавсановыми тканями. Модификация хлопковой целлюлозы проводилась путем функционализации целлюлозы с включением карбоксильных групп. Дополнительные дезинтоксикационные свойства определяли по способности полимерной подложки снижать уровень средних молекул плазмы (СМП), концентрацию фактора некроза опухоли альфа (ФНО-а), билирубина. Все субстраты определяли в плазме крови до и после пропускания через подложку: СМП по методу Габриэлян Н.И. и соавт., 1985; ФНО-а – ИФА методом реактивами ЗАО «Бектор-Бест», Россия; билирубин, общий белок, альбумин, глюкозу, электролиты - на полном автоматическом биохимическом анализаторе VITROS-350 (США). Для сравнения использовали фильтр из полипропилена для системы «Diasap Polysulfone» производства V. Braun, Germany.

**Результаты.** В опытах *in vitro* на гемосовместимость нами было установлено, что МЦ не оказывает влияния на гемокоагуляцию и периферическую кровь, морфологию эритроцитов; имеет свойство удерживать частицы сорбента (угля), величиной более 10-16 мкм; может подвергаться газовой стерилизации этилендиоксидом без разрушения структуры и по-

тери свойств [2]. Известно, что энергия адсорбции в микропорах значительно выше, чем при адсорбции в мезо- и макропорах, это обуславливает высокую сорбционную активность в области небольших концентраций извлекаемого вещества [5].

Как показали стендовые испытания, полипропиленовая подложка лучше, чем МЦ удерживает частицы сорбента (угля), (рис. 1), и по этому свойству сравнима с полипропиленовым фильтром «Diasar Polysulfone», который используется в системах ЭД и полностью удерживает частицы.

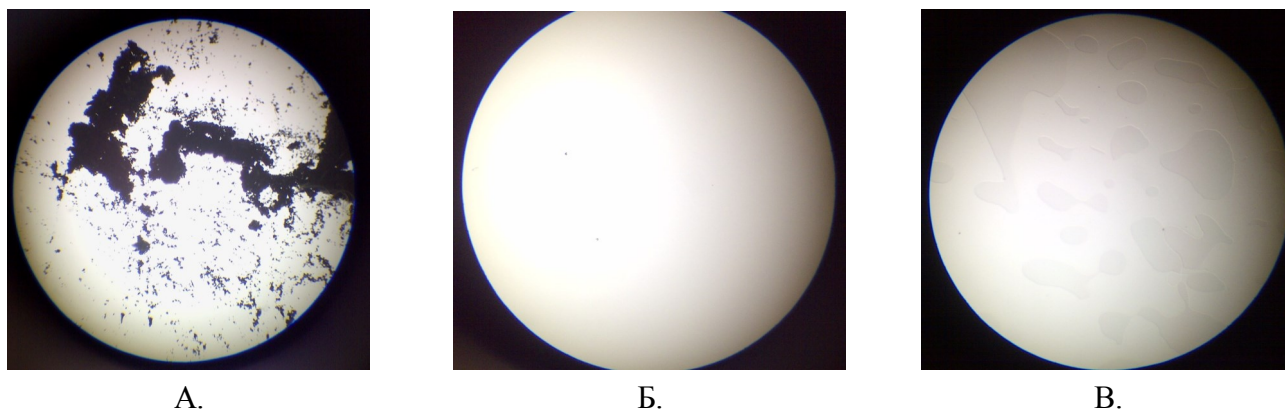


Рис. 1. Увеличение 10x1.

А) Микропрепарат мазка фильтра.

Б) на выходе после пропускания через фильтр из МЦ (единичные частица угля).

В) на выходе после пропускания через пропиленовый фильтр (частицы угля отсутствуют).

Учитывая наилучшие барьерные свойства у подложки из полипропилена и потенциальные дезинтоксикационные свойства у подложки из МЦ, была предложена комбинированная «сэндвич-подложка»: МЦ+полипропилен. Дополнение МЦ полипропиленом улучшает барьерные свойства подложки.

Отметим, что выбор сорбента с той или иной пористой структурой уже позволяет влиять на избирательность сорбции тех или иных токсинов и предопределять их терапевтический эффект: при острых отравлениях эффективны микропористые сорбенты, тогда как терапия эндотоксикозов, аутоиммунных заболеваний должна быть ориентирована на сорбенты с мезо-, макропористой структурой [6].

Изучение дополнительных дезинтоксикационных свойств было проведено у комбинированной подложки (КП), для сравнения использован стандартный полипропиленовый фильтр «Diasar Polysulfone». В качестве субстрата использована сливная донорская плазма, полученная от больных с морбидным ожирением и метаболическим синдромом (n=34), у которых в крови исходно повышены уровни триглицеридов, холестерина, мочевой кислоты, провоспалительных факторов – ФНО-а, СМП [4]. Для оценки дополнительных дезинтоксикационных свойств по способности удерживать билирубин использована сыворотка крови больных механической желтухой с уровнем общего билирубина  $88,9 \pm 9,3$  мкмоль/л. Результаты содержания метаболитов в крови представлены ниже (табл. 1).

Как видно из полученных результатов, комбинированная подложка из МЦ и полипропилена обладает дополнительными дезинтоксикационными свойствами, которые проявляются снижением уровня билирубина на 22% ( $p < 0,05$  относительно данных до фильтрации); СМП – на 25,4% ( $p < 0,05$ ); ФНО-а на 18,5% ( $p < 0,05$ ). Достоверных изменений концентрации глюкозы, общего белка, альбумина, электролитов после фильтрации не выявлено. Полученные нами данные о способности производных целлюлозы адсорбировать провоспалительные цитокины согласуются с литературными данными [7].

В процессе работы установлено, что комплексная подложка из модифицированной целлюлозы + полипропилен обладает биологической инертностью, может подвергаться га-

Таблица 1.

Содержание метаболитов в крови после фильтрации через комбинированную полимерную подложку МЦ+полипропилен.

Параметр	Сливная донорская плазма до фильтрации	Сливная донорская плазма после фильтрации с КП	Сливная донорская плазма после фильтрации с полипропиленовым фильтром «Diasap Polysulfone»	P1:P2	P1:P3	P2:P3
СМП, УЕ	0,034±0,001	0,025±0,003	0,032±0,001	p<0,05	p>0,05	p<0,05
ФНО-а, пг/мл	23,1±0,2	18,8±1,0	21,9±2,1	p<0,05	p>0,05	p<0,05
Билирубин общий, мкмоль/л	88,9±0,3	69,1±1,2	88,4±0,1	p<0,05	p>0,05	p<0,05
Глюкоза, ммоль/л	5,8±0,4	5,6±0,1	5,7±0,1	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Общий белок, г/л	67,0±0,2	66,1± 0,1	66,9± 0,1	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Альбумин, г/л	29,7±0,2	27,4 ±0,1	28,4± 0,1	p>0,05	p>0,05	p>0,05
ТГ, ммоль/л	2,81±0,11	2,79± 0,09	2,83±0,12	p>0,05	p>0,05	p>0,05
ХС, ммоль/л	5,1±0,3	4,1±0,1	5,0±0,1	p<0,05	p>0,05	p<0,05
ЛПНП, ммоль/л	4,34±0,03	3,58±0,02	4,31±0,17	p<0,05	p>0,05	p<0,05
ЛПВП, ммоль/л	0,91±0,12	0,90±0,11	0,90±0,10	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Мочевина, ммоль/л	7,4±0,1	7,3±0,1	7,4±0,2	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Мочевая кислота, мкмоль/л	389±20	369±31	278±13	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Na, ммоль/л	143±1	141±1	143±1	p>0,05	p>0,05	p>0,05
K, ммоль/л	4,1± 0,1	4,0± 0,1	4,1±0,1	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Mg, ммоль/л	1,00±0,01	1,01±0,01	1,00±0,01	p>0,05	p>0,05	p>0,05
P, ммоль/л	1,13±0,02	1,12±0,01	1,12 ±0,01	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Fe, ммоль/л	16,4±0,3	16,1±0,2	16,1±0,1	p>0,05	p>0,05	p>0,05

зовой стерилизации без разрушения структуры и свойств; обладает дополнительными дезинтоксикационными свойствами и способностью удерживать частицы сорбента. Доклинические испытания показали, что морфология эритроцитов, тромбоз, гемокоагуляция при использовании комплексной полимерной подложки в составе полипропилен+модифицированная целлюлоза не нарушаются.

**Выводы.**

1. Комбинированная полимерная подложка из модифицированной целлюлозы отечественного производства и полипропилена обладает дополнительными дезинтоксикационными свойствами: способностью достоверно снижать в сыворотке крови уровень провоспалительных цитокинов и билирубина, холестерина и ЛПНП.

2. Комбинация МЦ + полипропилен может быть предложена для дальнейших испытаний в качестве фильтра для систем экстракорпоральной детоксикации.

## Использованная литература:

1. Садыков Р.А., Набиев Т.А., Аширметов А.Х., Ким О.В. Биологическая оценка и возможность клинического применения новых медицинских изделий: имплантатов и биоматериалов // методическое пособие. -Ташкент, 2017. 40с.
2. Хайбуллина З.Р., Садыков Р.А., Азимова М.Т., Ахмеджанова Л.М., Ли Ю.Б. Гемосовместимость различных полимерных подложек по данным *in vitro* – исследования // Сборник материалов Республиканской НПК «Фармация: наука, образование, инновации и производство» (с международным участием). 2017. С. 461-462.
3. Espino-Pérez, E., Bras, J., Almeida, G. et al.(2016). Cellulose nanocrystal surface functionalization for the controlled sorption of water and organic vapours. *Cellulose*,2016; 23: 2955. doi:10.1007/s10570-016-0994-y.
4. Khaybullina Zarina, Abdullaeva Saodat. Biomarkers of the Cardimetabolic Risk and System Inflammation in Preobese and Obese Women // World Heart Congress, J Clin Exp cardiolog 2017, 8:5 (Suppl) <http://dx.doi.org/10.4172/2155-9880-C1-069>. (World Heart Congress, May 22-24, 2017. Osaka, Japan).
5. Morozov A.S., Bessonov I.V., Nuzhdina A.V., Pisarev V.M. (2016). Sorbents for extracorporeal removal of toxic substances and molecules with adverse biological activity *General reanimatology*, 2016; 12(6):82-107 (Moskow).
6. Schwartz, Joseph, et al. "Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice—Evidence□Bas Society for Apheresis: The Sixth Special Issue. // Journal of clinical apheresis 28.3 (2013): 145-284.
7. Zhang Jinming (2010) Jun Advanced functional materials based on cellulose. *Acta Polymerica Sinica (高分子学报)*, 2010/010:12 PP.1376-1398.



## ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТЕЧЕНИЯ

Э.А. Шамансурова, У.Г. Рахимгазиев

Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Ключевые слова:** ювенильный ревматоидный артрит, клиника, минеральный обмен, структурно-функциональное состояние костной ткани, дети.

**Таянч сўзлар:** ювенил ревматоид артрит, клиникаси, минерал алмашинуви, суяк тўқимасининг тизимли ва функционал ҳолати, болалар.

**Key words:** juvenile rheumatoid arthritis, clinic, mineral metabolism, structural and functional state of the bone tissue, children.

В данной статье представлены результаты комплексное обследование 55 больных детей с ювенильным ревматоидным артритом. У данной категории детей установлена десинхронизация в работе эндокринной системы, которая проявляется в усилении гормонов щитовидной железы, а выраженность нарушений зависит от формы, выраженной активности и длительности заболевания. Отмечались изменения параметров структурно-функционального состояния костной ткани у детей, больных ЮРА, которые проявлялись в виде остеопороза или остеопении разной степени выраженности.

## БОЛАЛАРДА ТУРЛИ ХИЛ ШАКЛДА КЕЧУВЧИ ЮВЕНИЛ РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИДА ГОРМОНАЛ СТАТУС ХОЛАТИ ҲАМДА МИНЕРАЛ АЛМАШИНУВИДАГИ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Э.А. Шамансурова, У.Г. Рахимгазиев

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Ушбу мақола вояга етмаган ревматоид артрит билан 55 бемор болаларни кенг қамровли тадқиқот натижаларини тақдим этади. Ушбу турдаги болаларда эндокрин тизимида десинхронизация мавжуд бўлди, у тиронид гормонларни кўпайиши билан намоён бўлади ва бузилишларнинг жиддийлиги шаклга, ифода этилган фаолиятга ва касалликнинг давомийлигига боғлиқ. ЮРА билан оғриган болаларда суяк тўқимасининг структуравий ва функционал ҳолатининг параметрлари ўзгарган бўлиб, улар остеопороз ёки остеопения кўринишида турли зўравонликларда намоён бўлди.

## FEATURES OF HORMONAL STATUS AND MINERAL EXCHANGE IN JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS IN CHILDREN WITH DIFFERENT FORMS OF THE CURRENT

E.A. Shamansurova, U.G. Rahimgaziev

Tashkent pediatric medical institute

This article presents the results of a comprehensive examination of 55 patients with juvenile rheumatoid arthritis. This type of children has desynchronization in the endocrine system, which is manifested in the increase of thyroid hormones, and the severity of the disturbances depends on the form, the expressed activity and the duration of the disease. There were changes in the parameters of the structural and functional state of bone tissue in children suffering from JRA, which manifested itself in the form of osteoporosis or osteopenia of varying severity.

**Актуальность.** Ювенильный артрит (ЮА) остается одной из актуальных проблем современной детской ревматологии и педиатрии в целом, поскольку является наиболее распространенной патологией среди воспалительных ревматических заболеваний детского возраста [1, 2, 3]. Актуальность ревматических заболеваний (РЗ) обусловлена их высокой распространённостью в общей популяции, быстрым развитием инвалидности и трудностью ранней диагностики. Важность данной проблемы отражает факт объявления ВОЗ «Декады борьбы с заболеваниями костей и суставов 2000-2001». В структуре РЗ ведущее место занимает патология костно — мышечной системы. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) — это гетерогенная группа заболеваний детского возраста, имеющая различные этиопатогенез, иммуногенетическое происхождение, нозологическую принадлежность и неоднозначный прогноз [4, 5].

Одним из наименее изученных системных осложнений при различных нозологических

формах ЮРА является остеопороз — ОП [6, 9]. В течение последних лет ОП рассматривается как одна из значимых проблем клинической медицины, что определило интенсификацию научных исследований в этом направлении.

Известно, что защитная реакция развивается в ответ на действие различных агрессивных факторов внешней среды, таких как бактериальные, вирусные, температурные, болевые, психоэмоциональные и др. В результате такого воздействия активизируется гипоталамо-гипофизарная система (ГГС): в паравентрикулярном ядре гипоталамуса повышается секреция кортиколиберина, как следствие этого в передней доле гипофиза активизируется продукция тиреотропного гормона, что приводит к повышению секреции тироксина в щитовидной железе [7, 8]. В условиях ревматоидного воспаления происходит трансформация острой защитной воспалительной реакции в хронический неконтролируемый патологический процесс, затрагивающий все органы и системы человека.

**Цель исследования:** изучить характер изменений показателей гормонального статуса, минерального обмена и структурно-функционального состояния костно-мышечной системы в зависимости от клинической формы ЮРА у детей.

**Материалы и методы исследования:** В основу исследования положены данные клинико - инструментального, лабораторного динамического наблюдения включающего результаты полного комплексного обследования 55 детей с ЮРА в возрасте от 8 лет до 15 лет. Средний возраст детей с ЮРА составил  $11,3 \pm 0,2$  лет. Согласно распределению по полу было установлено, что соотношение девочек и мальчиков в обеих группах было практически одинаковое.

При клиническом обследовании детей с ЮРА учитывали особенности растущего организма. Клиническое обследование проводилось по специально разработанной схеме. Учитывали медицинский и семейный анамнез, преморбидный фон, оценку варианта дебюта ЮРА, который может носить семейный, полиартикулярный и олигоартикулярный характер, результаты инструментальных (стадии изменений суставов), лабораторных и иммуноцитохимических методов исследования, а так же функциональную недостаточность суставов.

При обследовании всех больных детей кроме общеклинических методов исследования определяли показатели эндокринных нарушений (ТТГ, Т3, Т4, кортизол).

При изучении структурно-функциональных свойств костно-мышечной ткани нами были использованы методы остеоденситометрии и биохимических анализов. Остеоденситометрия была выполнена при помощи ультразвукового остеоденситометра General Electric Medical Systems (USA). Определяли качественные и количественные параметры архитектоники трабекулярной КТ: 1) скорость распространения ультразвука (СРУ, м/с) - зависит от эластичности и плотности кости; 2) широкополостное ослабление ультразвука (ШОУ, дБ/МГц) - отражает плотность КТ, количество, размеры и пространственную ориентацию трабекулярной кости; 3) жесткость или индекс плотности КТ (ИП КТ, %) - характеризует состояние губчатой КТ.

Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена с помощью компьютерного вариационного одно- и многофакторного дисперсионного анализа (лицензионные программы Microsoft Excel и Statistica). Оценивали средние значения (M), их ошибки (m), среднеквадратические отклонения, коэффициенты корреляции, критерии регрессии, дисперсии, Стьюдента (t) и достоверность статистических показателей (p).

**Результаты исследования:** проведенное исследование уровней гормонов гипофизарно-тиреоидной системы у детей с ЮРА выявило достоверное снижение уровня ТТГ до  $1,5 \pm 0,06$  мМЕ/л ( $p < 0,05$ ), повышение содержания Т4 до  $91,9 \pm 2,57$  нмоль/л ( $p < 0,001$ ), что практически в 2 раза выше, чем у здоровых детей (табл. 1), и увеличение содержания Т3 до  $2,53 \pm 0,13$  нмоль/л ( $p > 0,05$ ). При анализе показателей гормонов в зависимости от клинической формы заболевания были выявлены: уменьшение концентрации ТТГ с более выраженным снижением при системном варианте ЮРА, достоверное повышение содержания Т4 с наибольшими показателями при полиартикулярной форме. При этом уровень Т3 был не-

Таблица 1.

**Показатели тиреоидных гормонов у больных ЮРА в зависимости от формы, активности и длительности заболевания**

		ТТГ, мМЕ/л	Т <sub>3</sub> , нмоль/л	Т <sub>4</sub> х10, нмоль/л
1.	Контроль	1,96 ± 0,08	1,93 ± 0,07	5,71 ± 0,4
3.	Системный	1,45 ± 0,08*	2,43 ± 0,09*	10,3 ± 0,3*
4.	Полиартикулярный	1,52 ± 0,04*	2,34 ± 0,1*	11,2 ± 0,3*
5.	Олигоартикулярный	1,57 ± 0,09*	2,53 ± 0,02*	8,7 ± 0,9*
6.	Ремиссия	1,36 ± 0,07*	2,75 ± 0,08*	12,1 ± 0,5*
7.	Низкая активность	1,42 ± 0,05*	2,58 ± 0,1*	10,8 ± 0,4*
8.	Умеренная активность	1,7 ± 0,09*	2,44 ± 0,1*	8,2 ± 0,3*
9.	1-3 года	1,47 ± 0,07*	3,51 ± 0,15*	10,3 ± 0,7*
10	3-6 лет	1,43 ± 0,03*	2,68 ± 0,1*	9,1 ± 0,4*
11	Более 6 лет	1,59 ± 0,09*	1,47 ± 0,09*	9,7 ± 0,6*
12	Низкорослые дети	1,38 ± 0,08*	2,62 ± 0,07*	11,9 ± 0,4*

Примечание: \* - достоверность различия показателей при сравнении с контрольной группой.

сколько выше при олигоартикулярной форме. Эти данные свидетельствуют о том, что более выраженные изменения секреции гормонов наблюдались при системном, более тяжелом варианте заболевания. Самый низкий уровень ТТГ выявлен у детей с длительностью заболевания от 3 до 6 лет. Содержание Т3 и Т4 хотя и было выше, чем у здоровых детей, но с увеличением давности заболевания наметилась тенденция к его снижению.

Изучение показателей минерального статуса детей с низким ростом установила взаимосвязь показателей SDS роста и уровнем содержания Са, Р и Mg в сыворотке крови и экскреции Р с мочой (табл. 2).

Таблица 2.

**Изменение показателей минерального обмена в зависимости от SDS роста (M±m).**

Группы	В крови			В моче	
	Са, ммоль/л	Р, ммоль/л	Mg, ммоль/л	Са, ммоль/л	Р, ммоль/л
< SDS -2	2,29±0,02	1,1±0,07	0,66±0,04	2,84±0,1	12,5±0,2
> SDS -2	2,48±0,04*	1,34±0,03*	0,81±0,05*	2,41±0,2*	17,4±0,7*

Примечание: P – достоверность отличия показателей: \*- p < 0,05

При системной форме отмечалось уменьшение среднего значения фосфора сыворотки крови и увеличение суточной экскреции кальция с мочой (p<0,05). Так, при полиартикулярной и олигоартикулярных формах уровень общего кальция составил 2,33±0,05 и 2,34±0,06 ммоль/л, неорганического фосфора — 1,22±0,06 и 1,21±0,07 ммоль/л; при системном - 2,30±0,02 ммоль/л, 1,17±0,09 ммоль/л соответственно, что свидетельствует об ускорении процессов костной резорбции.

При быстро прогрессирующем течении ЮРА отмечалось более низкое содержание Са, Mg в сыворотке крови, увеличение уровня Са в моче, чем при медленно-прогрессирующем течении. С увеличением активности воспалительного процесса отмечалось уменьшение содержания Са (p<0,01) и Mg (p<0,05) в сыворотке крови при одновременном увеличении экскреции с мочой Са (p<0,05) и Р (p<0,05).

Изучено структурно-функциональное состояние костно-мышечной системы у 36 больных ЮРА. В ходе сравнительного анализа основных показателей ультразвуковой денситометрии у больных ЮРА было выявлено достоверное (p<0,001) снижение всех показателей, в сравнении с КГ (табл.3).

Таблица 3.

## Характеристика структурно-функционального состояния костной ткани.

Анализируемые показатели	Здоровые дети аналогического возраста, n=20	Больные дети с ЮРА, n=36	Достоверность
Индекс плотности (ИП, %)	91,23±0,94	72,08±0,83	< 0,001
Широкополосное ослабление ультразвука (ШОУ, дБ/МГц)	98,66±0,84	82,14±0,6	< 0,001
Скорость распространения ультразвука (СРУ, м/с)	1582,12±1,07	1538±1,46	< 0,001

Примечание: P – достоверность отличия показателей больных ЮРА с контролем.

При этом показатели ИП КТ находились в пределах возрастной нормы у 21 (15,0%) больного ЮРА; ниже показателей КГ – у 119 (85,0%) детей (из них у 51 (82,3%) мальчика и 68 (87,2%) девочек), значений ИП КТ выше нормативных выявлено не было. У большинства больных ЮРА преобладали нарушения СФС КТ в виде остеопении – у 66 (47,1%) и остеопороза – у 53 (37,9%) обследованных. Изменения СФС КТ в виде остеопороза регистрировались в 1,5 раза чаще в группе девочек. Снижение индекса ИП КТ более чем на 2,5 SD наблюдалось у 17 (42,5%) детей в группе с длительностью заболевания более 6 лет; у 13 (33,3%) – при продолжительности болезни от 4 до 6 лет; у 19 (31,1%) больных в группе с длительностью заболевания до 3-х лет, что указывало на наличие остеопороза.

Для оценки эффективности и внедрения результатов методических рекомендаций был предложен способ диагностики ранних проявлений ЮРА у детей и прогнозирования его течения на основании показателей гормонального, минерального обмена и структурно-функционального состояния костно-мышечной системы (табл. 4).

Таблица 4.

## Диагностическая таблица ранних проявлений ЮРА у детей и прогнозирования его течения

Показатели	1 балл	2 балла	3 балла
Денситометрия (Z-критерии)	<1 SD	1-2,5 SD	2,5 SD<
Ca, ммоль/л	>2,5	2,34-2,30	2,30<
P, ммоль/л	>1,48	1,21-1,17	1,17<
Mg, ммоль/л	>0,85	0,81-0,76	<0,76
ТТГ, мМЕ/л	>1,96	1,97-1,7	<1,7
T <sub>3</sub> , нмоль/л	>1,93	1,94-2,44	<2,44
T <sub>4</sub> , нмоль/л	<5,7	5,8-8,2	>8,3

Оценка состояния больного, проведенная по данной таблице, завершается суммированием баллов и выведения общего значения. Полученное значение сравнивают по шкале пороговых значений и определяют активность и форму заболевания, а так же прогнозируют стадию ремиссии.

Так если ребенок набирает 7-9 баллов – низкая активность полиартикулярной и олигоартикулярной форм ЮРА, в стадии ремиссии; 10-14 баллов – средняя активность полиартикулярной и олигоартикулярной форм ЮРА, отмечаются нарушения структурно-функционального состояния костной ткани (osteopenia), стадия ремиссии; 15-21 балл – высокая активность заболевания, системная форма, выраженные нарушения структурно-функционального состояния костной ткани (osteoporosis), нарушения в гипофизарно-тиреоидной системе.

При оценке чувствительности и специфичности предложенной диагностической таб-

лицы ранних проявлений ЮРА у детей и прогнозирование его течения установлено, что чувствительность данного метода составила 92% соответственно, специфичность –94% соответственно, а общая точность –95% соответственно.

**Выводы:**

1. Изменение параметров структурно-функционального состояния костной ткани у детей, больных ЮРА с системной, полиартикулярной и олигоартикулярной формами, различались по своему характеру, при этом выраженность этих изменений зависела от формы заболевания.

2. У детей с ЮРА наблюдается десинхронизация в работе эндокринной системы, которая проявляется в усилении гормонов щитовидной железы, выраженность нарушений зависит от формы, активности и длительности заболевания.

3. Изменения параметров структурно-функционального состояния костной ткани у детей, больных ЮРА проявляющиеся в виде остеопороза или остеопении разной степени выраженности.

**Использованная литература:**

1. Алексеева Е., Шахбазян И.Е. Принципы патогенетической терапии тяжелых системных вариантов ювенильного ревматоидного артрита. М, 2007. 127 с.
2. Жолобова Е. С. Реактивный артрит: руководство по детской ревматологии: под ред. Н.А. Геппе. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. С. 265–284.
3. Жолобова Е.С., Шахбазян И.Е., Улыбина О.В. Ювенильный ревматоидный (идиопатический) артрит: руководство по детской ревматологии / Под ред. Н.А. Геппе, Н.С. Подчерняевой, Г.А. Лыскиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. С.162–244.
4. Каратеев Д.Е., Олюнин Ю.А. О классификации ревматоидного артрита // Научно-практическая ревматология. 2008. №1. С. 5-16.
5. Кардиология и ревматология детского возраста: Рук-во для врачей / Под ред. Г.А. Самсыгиной, М.Ю. Щербаковой. М.: Медпрактика, 2004. 735с.
6. Погожева Е.Ю., Каратеев А.Е. Мелатонин и его роль в регуляции циркадного ритма воспалительной реакции при ревматоидном артрите // Научно-практическая ревматология. 2008. № 3. С. 54-61.
7. Фаламеева О.В. Минеральная плотность костной ткани позвоночника у здорового населения детского, подросткового и юношеского возраста // Хирургия позвоночника. 2008. № 1. С. 58-65.
8. Campbell J.D. Lifestyle, minerals and health // Med. Hypotheses. 2011. Vol. 57, № 5. P. 521-531.
9. Grover S. Interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphism in patients with rheumatoid arthritis in India // Indian Journal of Medical Research. 2006. Vol. 123. P. 815-820.

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ СЕПСИСА У МЛАДЕНЦЕВ****А.М. Шамсиев, А.В. Алимов, Д.Т. Раббимова**

Самаркандский Государственный медицинский институт

**Ключевые слова:** сепсис, младенцы, показатель спонтанной агломерации лейкоцитов, индекс ядерной сегментации нейтрофилов.

**Таянч сўзлар:** сепсис, гўдак болалар, лейкоцитларнинг спонтан агломерацияси, нейтрофилларнинг ядролари сегментацияси.

**Key words:** sepsis, babies, indicator of spontaneous agglomeration of leukocytes, nuclear segmentation index of neutrophils

С целью ранней диагностики сепсиса у младенцев изучены показатели спонтанной агломерации лейкоцитов, индекс ядерной сегментации нейтрофилов. Выявлено, что эти показатели информативны при дифференциальной диагностике локальной инфекции и септического процесса с одной стороны, а с другой - позволяют определить эффективность проводимого лечения при сепсисе и диагностировать прогрессирование патологического процесса.

**ГЎДАК БОЛАЛАРДАГИ СЕПСИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИГА ЯНГИЧА ЁНДАШУВ****А.М. Шамсиев, А.В. Алимов, Д.Т. Раббимова**

Самарканд Давлат тиббиёт институти

Гўдак болаларда сепсисни эрта ташхислаш мақсадида лейкоцитларни спонтан агломерацияси ва нейтрофилларнинг ядролари сегментацияси кўрсаткичлари ўрганиб чиқилди. Гўдак болаларда бу кўрсаткичлар, бир томондан, локал инфекцияни септик жараёндан дифференциал диагностикасида қўлланилиши мумкинлиги аниқланди, иккинчи томондан эса сепсисни даволаш самарадорлигини аниқлашда ва патологик жараённи кечиши ҳақида аниқ маълумотга эга бўлиш мумкин.

**NEW APPROACHES TO DIAGNOSIS OF SEPSIS IN BABIES****A.M. Shamsiev, A.V. Alimov, D.T. Rabbimova**

Samarkand State Medical Institute

For the purpose of early diagnosis of sepsis, the index of spontaneous agglomeration of leukocytes and the index of nuclear segmentation of neutrophils were studied in babies. It was found that in young children with sepsis these indices allow differentiating local infection from the septic process, on the one hand, and on the other hand, using the neutrophil nuclear segmentation index and the spontaneous agglomeration index of leukocytes in babies makes it possible to determine the effectiveness treatment and diagnose the progression of the pathological process.

Сепсис — это опасная для жизни дисфункция внутренних органов, вызванная нарушением регуляции ответа организма на инфекцию. Согласно оценкам ВОЗ каждый год сепсисом страдает 3 миллиона новорожденных и 1,2 миллиона детей. Исполнительным комитетом сто сороковой сессии ВОЗ от 9 января 2017 года представлен доклад о совершенствовании профилактики, диагностики и клинического ведения сепсиса. До настоящего времени существует противоречивость взглядов по многим аспектам педиатрического сепсиса, в частности - относительно ранних диагностических критериев.

Среди показателей, характеризующих функциональную активность лейкоцитов, являются агломерационные свойства лейкоцитов (лейкергия) и феномен сегментации ядер нейтрофилов. В основе лейкергии лежит активация метаболизма с повышенной адгезией лейкоцитов, иммунологическая роль которой связана с увеличением фагоцитарной активности. Доказано, что лейкергия как диагностический признак, тесно связан с интенсивностью воспалительной реакции у детей с гнойными осложнениями брюшной полости (Шахриев А.К., 2003). Помимо этого в литературе имеются данные об исследованиях феномена сегментации ядер нейтрофилов. По мнению Ю.А. Антонишкис [1] сегментация ядер нейтрофилов служит проявлением компенсаторно-восстановительных процессов в организме и представляет собой разновидность внутриклеточной репаративной регенерации и не зависит от процесса кроветворения. По нашему предположению показатель спонтанной агломерации лейкоцитов (ПСАЛ) и индекс ядерной сегментации нейтрофилов (ИЯСН) должны быть ин-

формативными и иметь высокую чувствительность при различных фазах течения воспалительных процессов вообще и, в особенности при таких тяжелых состояниях, как при сепсисе у младенцев.

В литературе мы не обнаружили сведений, касающихся значимости показателей агломерационных свойств лейкоцитов и феномена сегментации ядер нейтрофилов в ранней диагностике и прогнозировании сепсиса, в оценке эффективности его лечения. В связи с этим нам представилось интересным провести исследования в этом направлении.

**Цель исследования:** изучить диагностическую значимость показателя спонтанной агломерации лейкоцитов и индекса ядерной сегментации нейтрофилов при сепсисе у младенцев.

**Материал и методы исследования:**

*Исследование показателя спонтанной агломерации лейкоцитов (ПСАЛ) (Felk, 1974).* Исследуется кровь, взятая из пальца больного, готовится мазок крови на предметном стекле по общепринятой методике. Мазок фиксируется метиловым спиртом, окрашивается по Романовскому-Гимзе.

Регистрируют без исключения каждую попадающуюся клетку лейкоформулы. Учитывается процент сгруппированных по 3 и более лейкоцитов из 1000 подсчитанных – показатель спонтанной агломерации лейкоцитов. ПСАЛ определяется при поступлении, в динамике лечения на 8-10 сутки и перед выпиской. Нормативный ПСАЛ составил -  $3,72 \pm 0,4\%$ .

*Исследование индекса ядерной сегментации нейтрофилов (ИЯСН).*

Подсчитывают в мазке 200 нейтрофилов, дифференцируют их по содержанию ядерных сегментов. В качестве интегрального показателя ядерной фрагментации нейтрофилов используется индекс ядерной сегментации нейтрофилов (ИЯСН), который определяется по формуле:

$$\text{ИЯСН} = \frac{\text{П}_1 + 2\text{П}_2 + 3\text{П}_3 + 4\text{П}_4 + 5\text{П}_5 + 6\text{П}_6}{200}, \text{ где}$$

$\text{П}_1$ – $\text{П}_6$  – количество клеток с соответствующим содержанием сегментов;

200 – сумма подсчитанных клеток.

Индекс ядерной сегментации нейтрофилов (ИЯСН) у 20 практически здоровых детей в возрасте от 1-12 мес при исследовании периферической крови в норме составил  $2,64 \pm 0,03$ . При этом необходимо отметить, что достоверных отличий нормативных показателей в зависимости от возраста и пола в этом диапазоне не отмечалось.

Показатель спонтанной агломерации лейкоцитов (ПСАЛ) в группе здоровых детей не отличалось от данных, полученных другими исследователями, и составило  $3,72 \pm 0,12\%$ . Заметных различий результатов теста в разных возрастных группах и у детей разного пола не выявлено. Клеточные агломераты состояли преимущественно из 2, 3, 4 нейтрофилов, расположенных вокруг мононуклеарной клетки (чаще вокруг лимфоцита). Для определения значения показателя спонтанной агломерации лейкоцитов и индекса ядерной сегментации нейтрофилов в диагностике и прогнозе гнойно-воспалительных заболеваний у детей раннего возраста обследовано 71 больных. Обследованные больные разделены на 3 группы. В первую группу вошли 21 больных с хирургическим сепсисом. Во вторую группу вошли 32 больных с септициемией. В третью группу включены 18 больных с локальной инфекцией.

**Результаты исследования:** Из таблицы 1 видно, что ПСАЛ и ИЯСН четко отражают течение гнойно-воспалительного процесса, являясь высокоинформативным показателем не только интоксикации, но и реактивности организма, а потому могут быть использованы для своевременной диагностики сепсиса и прогнозирования течения патологического процесса. Исходный показатель спонтанной агломерации лейкоцитов у больных хирургическим сепсисом ( $14,1 \pm 0,63$ ) и септициемией ( $15,5 \pm 0,67$ ) достоверно ( $p \leq 0,001$ ) повышенный по сравнению с нормой ( $3,72 \pm 0,12$ ) и локальной инфекцией ( $9,3 \pm 0,44$ ). В таблице 2 представлены данные ПСАЛ и ИЯСН у больных сепсисом и локальной инфекцией в процессе лечения. Из таблицы видно ПСАЛ в процессе лечения имеет тенденцию к пониже-

Таблица 1.

## Динамика ПСАЛ и ИЯСН у больных с сепсисом и локальной инфекцией (n=71)

Параметр	Норма	Хирургический сепсис n=21	Септицемия n= 32	Локальная инфекция n=18
ПСАЛ (n=22)	3,9±0,17	15,3±0,71 p<0,001	16,3±0,55 p<0,001	9,7±0,71
ИЯСН (n=22)	2,67±0,04	2,27±0,04 p<0,001	2,21±0,03 , p<0,001	2,69±0,05

Примечание: *p* – достоверные отличия по сравнению с нормой;

*p*<sub>1</sub> - достоверность различий по сравнению локальной инфекцией.

Таблица 2.

## Динамика ПСАЛ и ИЯСН у больных сепсисом в процессе лечения (n=71)

Параметр (норма)	При поступлении	10-12 день	перед выпиской
ПСАЛ 3,94±0,17 (n=22)	15,8±0,63 p<0,001	13,3±0,51 p<0,001 <i>p</i> <sub>1</sub> <0,001	8,9±0,36 p<0,001 <i>p</i> <sub>1</sub> <0,001
ИЯСН 2,67±0,04 (n=22)	2,24±0,03 p<0,001	2,35±0,02 p<0,001 <i>p</i> <sub>1</sub> <0,001	2,68±0,04 p<0,05 <i>p</i> <sub>1</sub> <0,001

Примечание: *p* – достоверные отличия по сравнению с нормой;

*p*<sub>1</sub> - достоверность различий в динамике по сравнению с предыдущим исследованием

нию (9,4±0,42) (P), а ИЯСН достоверно повышается по сравнению с исходными данными (2,27±0,04).

Ниже в таблице 3 представлена динамика ПСАЛ и ИЯСН при сепсисе у младенцев с благоприятным и неблагоприятным течением патологического процесса. Видно, что ПСАЛ при благоприятном течении заболевания имеет тенденцию к понижению, а при неблагоприятном течении достоверно (*p*<0,001) повышается. В тоже время ИЯСН при благоприятном течении имеет тенденцию к повышению, а при летальном исходе достоверно (*p*<0,001) понижается по сравнению с нормой и исходными данными.

Таблица 3.

## Динамика ПСАЛ и ИЯСН при сепсисе у младенцев с благоприятным и неблагоприятным течением патологического процесса (M±m) (n=71)

параметр норма	при поступлении n=61	при благоприятном течении n= 49	летальный исход n=12
ПСАЛ 3,94±0,17 (n=22)	15,8±0,63 p<0,001, <i>p</i> <sub>1</sub> <0,001	11,1±0,47 p<0,001, <i>p</i> <sub>1</sub> <0,001	19,7±0,8 p<0,001
ИЯСН 2,67±0,04 (n=22)	2,24±0,03 p<0,001, <i>p</i> <sub>1</sub> <0,001	2,51±0,03 p<0,001, <i>p</i> <sub>1</sub> <0,001	1,9±0,05 p<0,001

Примечание: *p* – достоверность отличий по сравнению с нормой;

*p*<sub>1</sub> - достоверность различий в динамике по сравнению с летальным исходом.



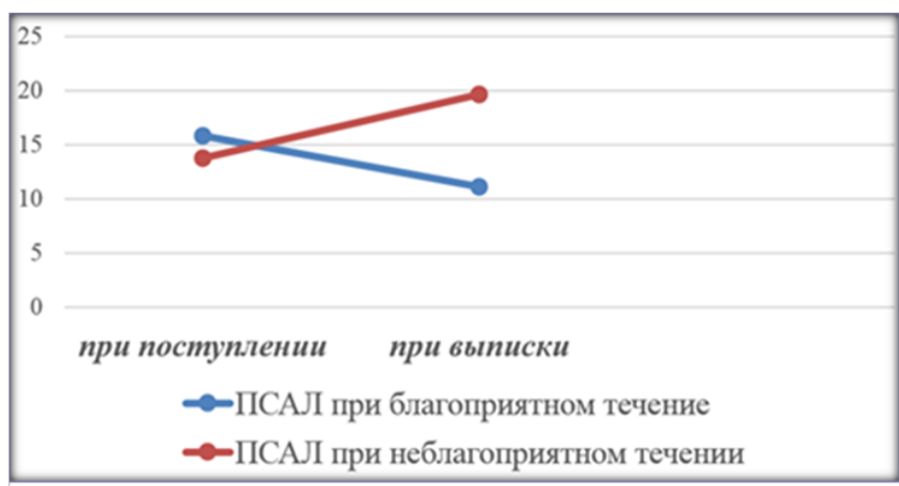


Рис. 1. Динамика ПСАЛ больных сепсисом при благоприятном и неблагоприятном течении заболевания.

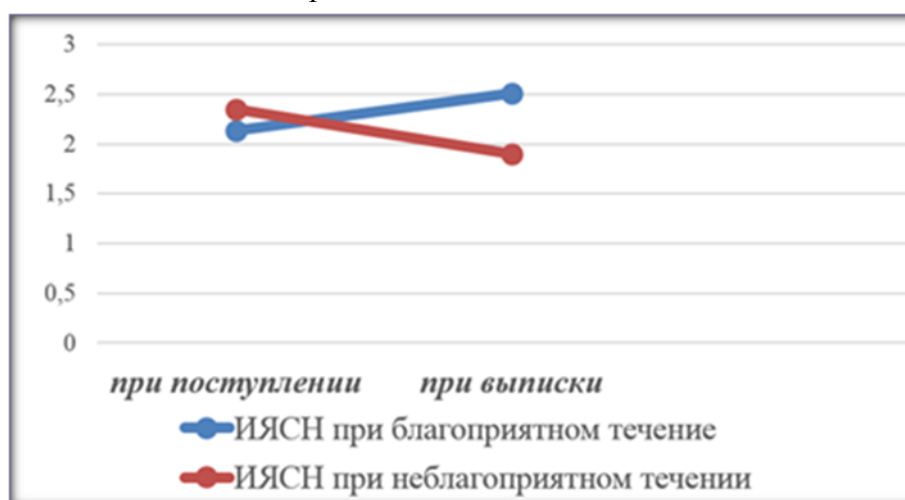


Рис. 2. Динамика ИЯСН больных сепсисом при благоприятном и неблагоприятном течении заболевания.

На рисунках 1 и 2 представлены динамика кривых ПСАЛ и ИЯСН при благоприятном и неблагоприятном течении сепсиса у младенцев.

Из представленных данных видно, что при благоприятном течении сепсиса агрегационные свойства лейкоцитов крови постепенно снижались, достигая перед выпиской  $8,9 \pm 0,36$ . В тех случаях, когда сепсис имел тенденцию к прогрессированию, ПСАЛ вновь повышался до уровня исходного и не имел тенденции к снижению, сигнализируя о неблагоприятном течении заболевания. И лишь после интенсивных лечебных мероприятий, ликвидации воспалительного процесса показатель лейкокергии постепенно снижался.

При исследовании индекса ядерной сегментации нейтрофилов у больных сепсисом до лечения отмечалось с высокой достоверностью ( $p < 0,001$ ) снижение этого показателя ( $2,24 \pm 0,03$ ) по сравнению с нормой ( $2,67 \pm 0,04$ ). ИЯСН при благоприятном течении сепсиса повышался до  $2,51 \pm 0,03$ , а перед выпиской практически нормализовался –  $2,68 \pm 0,04$ . Если патологический процесс прогрессировал, то ИЯСН находился на уровне исходного и не имел тенденции к повышению и лишь после ликвидации воспалительного процесса постепенно повышался и достигал нормальных величин. Следовательно, анализ результатов исследования ПСАЛ и ИЯСН у больных сепсисом показывает, что при всей простоте определения этих показателей являются высокочувствительными и достоверными индикаторами тенденции воспалительного процесса и ценными для контроля течения патологического процесса и эффективности проводимого лечения.

Таким образом, использование индекса ядерной сегментации нейтрофилов (ИЯСН) и показателя спонтанной агломерации лейкоцитов (ПСАЛ) при сепсисе у детей раннего возраста позволяет определить эффективность проводимого лечения и диагностировать прогрессирования патологического процесса.

**Использованная литература:**

1. Антонишкис Ю.А. Сегментация ядер нейтрофилов: новый взгляд на природу явления // Клиническая лабораторная диагностика. 2006. №8. С. 22-25.
2. Бархатова Н.А. Совершенствование диагностики и лечения сепсиса при гнойно-некротической инфекции мягких тканей на основе современной концепции его патогенеза: Автореф. дис. ... д-а мед. наук. Челябинск, 2011.
3. Егоров А.Л. Ранняя диагностика, прогнозирование течения и лечение сепсиса у детей с критическими ожогами : автореф.дис. ...канд.мед.наук. СПб. : Б.и., 2006. 22 с.
4. Камышников В.С. Методы клинических лабораторных исследований. Москва: «МЕДпресс-информ», 2011. 578 с.
5. Островский В.К., Машенко А.В., Янголенко Д.В., Макаров С.В. Показатели крови и лейкоцитарного индекса интоксикации в оценке тяжести и определении прогноза при воспалительных, гнойных и гнойно-деструктивных заболеваниях // Клини. лаб. диагностика. 2006. № 6. С. 50–53.

**СОДЕРЖАНИЕ ЛЕТУЧИХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В БИОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДАХ У  
МЛАДЕНЦЕВ С СЕПСИСОМ****А.М. Шамсиев, А.В. Алимов, Д.Т. Раббимова**  
Самаркандский Государственный медицинский институт**Ключевые слова:** сепсис, младенцы, микробиота, летучие жирные кислоты.**Таянч сўзлар:** сепсис, гўдақлар, микробиота, учувчи ёғ кислоталар.**Key words:** sepsis, infants, microbiota, volatile fatty acids.

У младенцев с сепсисом наблюдается изменение количественного и качественного состава микробиоты, проявляющейся повышением в фекалиях масляной и пропионовой кислот, что указывает на активизацию условно-патогенной флоры и строгих анаэробов. Смещение аэробного индекса в область резко отрицательных значений и резкое увеличение соотношения уровня изокилот и соотношения изовалериановой кислоты к валериановой кислоте, свидетельствует об увеличении активности аэробной микрофлоры с протеолитической активностью в просвете кишечника у больных сепсисом. Повышение агрегационных свойств лейкоцитов связано с увеличением содержания масляной кислоты в крови больных сепсисом.

**СЕПСИС БИЛАН ГЎДАҚ БЕМОРЛАРНИНГ БИОЛОГИК МУҲИТЛАРИДА УЧУВЧИ  
ЁҒ КИСЛОТАЛАР ТАРКИБИ****А.М. Шамсиев, А.В. Алимов, Д.Т. Раббимова**  
Самарканд Давлат тиббиёт институти

Сепсисга чалинган гўдақлар микробиотаси микдори ва сифатининг таркиби ўзгаради, бу нажасда ёғ ва пропион кислота микдорини ошиши билан намоён бўлиб, шартли-патоген флора ва анаэробларнинг фаоллигини кўрсатади. Аэроб индексини кескин манфий томонга силжишлари ва изокилоталарни, изовалериан кислотаси валериан кислотасига нисбатини кўпайиши протеолитик активлиги юқори бўлган аэроб микрофлоранинг кўпайишидан далолат беради. Лейкоцитларнинг агрегацион хусусиятларининг ошиши беморлар қонининг ёғ кислота микдори ошиши билан боғлиқ.

**CONTENT OF VOLATILE FATTY ACIDS IN BIOLOGICAL MEDIA IN BABIES WITH SEPSIS****A.M. Shamsiev, A.V. Alimov, D.T. Rabbimova**  
Samarkand state Medical Institute

In babies with sepsis, there is a change in the quantitative and qualitative composition of the microbiota, manifested by an increase in the feces of oil and propionic acids, which indicates the activation of opportunistic flora and severe anaerobes. The displacement of the aerobic index in the region of sharply negative values and a sharp increase in the ratio of iso-acids and the ratio of isovaleric acid to valeric acid, indicates an increase in the activity of aerobic microflora with proteolytic activity in the lumen of the intestine in patients with sepsis. The increase in agglomeration properties of leukocytes is associated with an increase in the content of butyric acid in the blood of patients with sepsis.

Анализ литературных данных о современной этиологической структуре сепсиса у детей весьма противоречив. Многие авторы констатируют, что лидирующим в этиологии гнойно-септических заболеваний и сепсиса остается золотистый стафилококк, каким он являлся в 80-годы [1], другие авторы считают, что произошла смена ведущего в этиологии септического процесса, которым являются представители грамотрицательной микрофлоры [2,3]. По результатам исследования других авторов как грамотрицательные, так и грампозитивные микроорганизмы в равной степени являются виновниками гнойно-септических заболеваний у детей [4]. Предметом дискуссии остается вопрос и о роли *Candida* в развитии сепсиса.

В настоящее время трактуется, что любое инфекционное воспаление - это результат действия смешанной аэробно-анаэробной инфекции. В процессе жизнедеятельности они выделяют ЛЖК, и по изменению их содержания можно говорить о преобладании анаэробных микроорганизмов. Основное место производства ЛЖК - кишечник, где ежедневно образуется 200-1000 ммоль ЛЖК в результате метаболизма бактериями сахаров. ЛЖК - это монокарбоновые кислоты с количеством атомов углерода от 2 до 6 (C2-C6), но из них только

уксусная (C2), пропионовая (C3) и масляная (C4) образуются в достаточных количествах в результате ферментации углеводов. Изовалериановая кислота (изоC5) образуется в результате метаболизма белков. Уксусную кислоту относят к неспецифическим метаболитам факультативных и облигатных анаэробов, остальные - к специфическим метаболитам облигатных анаэробов. ЛЖК - монокарбоновые кислоты с длиной цепи до 8 атомов углерода, поэтому в англоязычной литературе их еще называют "short chain fatty acids" (SCFA) - короткоцепочечными жирными кислотами. Вырабатываются ЛЖК, главным образом, анаэробными бактериями, которые доминируют в составе кишечной микрофлоры. Неразветвленные ЛЖК - уксусная, пропионовая и масляная - образуются при анаэробном брожении углеводов, тогда как метаболизация белков ведет к образованию разветвленных кислот - изомасляной (из валина) и изовалериановой (из лейцина) [1]. Известно, что из ЛЖК уксусная кислота является метаболитом облигатной флоры и снижение ее доли свидетельствует о снижении и активности бифидо и лактобактерий. Увеличение доли пропионовой и масляной кислот указывает на активацию УПФ и строгих анаэробов (фузобактерий, зубактерий, пропионобактерий, бактериоидов). Баланс и динамика образования ЛЖК существенно меняются при патологических процессах. Если в норме в высокой концентрации ЛЖК выявляются только в толстой кишке, то в патологических условиях, при избыточном бактериальном росте они обнаруживаются в различных биологических субстратах. В ряде работ показано, что спектры и уровни кислот, выявляемые в крови, слюне, фекалиях и других биологических субстратах, отражают структурный и метаболический дисбаланс микробиоценоза и коррелируют с клиническими проявлениями ряда заболеваний. Доказано токсическое действие высоких концентраций ЛЖК на ряд органов и систем. Данных об уровнях ЛЖК в различных биологических средах при сепсисе у детей раннего возраста не получены.

**Целью нашей работы** явилось изучение содержания летучих жирных кислот в различных биологических средах при сепсисе у младенцев.

**Методы исследования.** С целью определения анаэробной инфекции исследовали ЛЖК в биологических субстратах (крови и фекалиях) у 42 пациентов с сепсисом, группу сравнения составили 32 больных с локальной инфекцией.

Метод газожидкостной хроматографии осуществлялся на хроматографе "Цвет 100, модель 165" с пламенно-ионизационным детектором для определения маркеров микроорганизмов – жирных кислот в виде их метиловых эфиров: неподвижная фаза – 15% лестолил на хроматоне NA-Wсразмером частиц 0,150-0,250 мм, колонка стеклянная размером 0,04x1,00м; расход газоносителя – азота – 32 мл/мин; детектор – пламенно-ионизационный, соотношение азот:водород:воздух=1:1:10, объем вводимой пробы – 2-3 мкл гексановый экстракт метиловых эфиров жирных кислот (из анализируемого образца липидная фракция выделена по методу Фольча [88], метиловые эфиры жирных кислот получены переэтерификацией глицеридов метанолом в присутствии ацетилхлорида. Идентификация жирных кислот в микроорганизме осуществляли методом «свидетелей» и на основе метода структурно-групповых составляющих, а количественный анализ – методом абсолютной калибровки.

**Результаты исследования:** Проведен анализ с определением суммарной концентрации ЛЖК и абсолютного содержания отдельных (уксусная (C2), пропионовая (C3), масляная, валериановые (C5)) кислоты, с изучением их профилей, которых рассчитывали согласно формуле  $(C4)Cn/\sum (C2+C3+C4)$ . При изучении содержания ЛЖК в сыворотке крови и фекалиях у обследованных детей с сепсисом и локальной инфекцией выявлены различные значения концентраций летучих кислот по сравнению с группой здоровых детей, что указывает на количественные и качественные изменения состава микробиоты у больных.

Результаты изучения данных параметров у исследованных больных представлены в таблице 1, из которой видно, что у больных с сепсисом и локальной инфекцией в фекалиях повышены масляная и пропионовая кислоты (при сепсисе повышение масляной кислоты более выражено,  $p < 0,001$ ), что указывает на активизацию условно-патогенной флоры и строгих анаэробов (бактериоидов, зубактерий, фузобактерий, копрококков и др.). Результа-

ты изучения анаэробных индексов в фекалиях, отражающие окислительно-восстановительный потенциал в просвете кишечника, выявил что при локальной инфекции аэробный индекс смещается в область слабо отрицательных значений, а и при сепсисе – смещен в область резко отрицательных значений, по сравнению с показателями здоровых детей, что свидетельствует об «анаэробизации» среды, при которой происходит угнетение облигатных анаэробов –лакто- и бифидофлоры.

Изучение соотношения содержания изокислот и соотношения изовалериановой кислоты к валериановой кислоте при локальной инфекции отмечалось снижение значений соотношения  $iC_n$ ,  $iC5/C5$ , тогда как при сепсисе отмечалось резкое увеличение этого показателя, свидетельствующее об увеличении активности аэробной микрофлоры с протеолитической активностью в просвете кишечника у больных сепсисом (кишечные палочки, гемолитические штаммы аэробов-*E.coli*, фекальные стрептококки, и анаэробов-Клостридии) [Ардатская М.И., 2002.].

Таблица 1.

**Количественное содержание ЛЖК C2-C4, анаэробных индексов и отношения суммарного содержания изоC5/C5 в сыворотке крови и фекалиях у исследуемых групп больных (сепсис и локальная инфекция) и здоровых детей, M±m**

Группы	Норма		Сепсис		Локальная инфекция	
	Кровь	Фекалии	Кровь	фекалии	Кровь -	Фекалии
Уксусная кислота, мг/г	0,901± 0,005	0,632± 0,003	0,803± 0,002***	0,552± 0,003***	0,902± 0,002	0,687± 0,002***
Пропионовая кислота, мг/г	0,071± 0,003	0,189± 0,002	0,102± 0,004***	0,212± 0,005***	0,0732± 0,004	0,168± 0,005***
Масляная кислота, мг/г	0,026± 0,003	0,175± 0,002	0,097± 0,006***	0,235± 0,005***	0,025± 0,002	0,141± 0,002***
Аэробный индекс (отриц)		0,575± 0,011		0,807± 0,011***		0,468± 0,012***
IC5/C5		1,4±0,1		* 4,8±1,1*		3,13±0,09

Примечание: для  $p < 0,05$ . \* -  $p < 0,05$  при сравнении с группой нормы;

\*\* -  $p < 0,05$  при сравнении между группами локальная инфекция и сепсис.

Изучение содержания ЛЖК в сыворотке крови больных отмечалось повышение абсолютного значения ЛЖК при сепсисе, по сравнению с нормой и группой с локальной инфекцией. При этом в крови больных, как и в кале в профиле C2-C4 выявлено достоверно значимое снижение доли уксусной кислоты, при увеличении доли масляной и пропионовых кислот, что является свидетельством неспособности колоноцитов больных с сепсисом утилизировать ЛЖК в нормальном режиме и, вероятно, это связано с повышенной проницаемостью слизистой кишечника при данной патологии, что подтверждается данными [Белобородова Н.В., 2000]. При изучении содержания ЛЖК в сыворотке крови у больных с локальной инфекцией не было выявлено отклонений от показателей нормы, что объясняется целостностью слизистой кишечника.

По данным публикаций последних лет стало известно о роли ЛЖК в симбиозе микробов с макроорганизмом, один из которых является стимуляция пролиферации эпителиальных клеток, их дифференцировка и улучшение микроциркуляции [Белобородова Н.В., 2000], перистальтики, регуляция адгезии и хемотаксиса нейтрофилов в кишечнике. С целью определения влияния ЛЖК на функции лейкоцитов при сепсисе у младенцев нами изучены их корреляция показателя агрегации лейкоцитов (ПАЛ) и фагоцитоз нейтрофилов при этой патологии. Выявлена сильная положительная коррелятивная связь содержания масля-

ной кислоты в сыворотке крови и ПАЛ в периферической крови ( $r=0,87$ ). На наш взгляд, закисление цитоплазмы снижает способность нейтрофилов мигрировать в ответ на действие хемоаттрактантов. Согласно данным литературы, для проникновения в нейтрофилы ЛЖК могут использовать систему котранспорта молочной кислоты и протонов водорода, которые обладают низкой специфичностью [Grinstein S., et al 1991]. При достаточной концентрации ЛЖК, они без труда попадают в клетку, захватывая с собой ионы водорода и, тем самым, снижая рН цитоплазмы и индекс завершенности фагоцитоза, ( $r=-0,76$ ). Это свидетельствует о регулирующей роли ЛЖК в процессах фагоцитоза. При больших концентрациях ЛЖК происходит перегрузка клетки кислотами, ее транспортные системы не справляются и происходит закисление фагоцита, что немаловажно при сепсисе у младенцев.

Таким образом, у больных сепсисом наблюдается изменение количественного и качественного состава микробиоты, проявляющейся повышением в фекалиях масляной и пропионовой кислот, что указывает на активизацию условно-патогенной флоры и строгих анаэробов. Смещение аэробного индекса в область резко отрицательных значений и резкое увеличение соотношения уровня изокилот и соотношения изовалериановой кислоты к валериановой кислоте, свидетельствует об увеличении активности аэробной микрофлоры с протеолитической активностью в просвете кишечника у больных сепсисом. Повышение агрегационных свойств лейкоцитов связано с увеличением содержания масляной кислоты в крови больных сепсисом.

#### Использованная литература:

1. Ардатская М.Д., Логинов В.А., Минушкин О.Н. Новые возможности диагностики и коррекции микроэкологических нарушений кишечника// Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2013. № 2. С. 51-58.
2. Белобородова Н. В., Белобородов С. М. Метаболиты анаэробных бактерий (летучие жирные кислоты) и реактивность макроорганизма. Антибиотики и химиотерапия. 2000; 2 (45): 28—36.
3. Логинов В.А., Диагностика нарушений микробиома при заболеваниях желудочно-кишечного тракта// Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова 2014 Том 9, №4, С. 104-108
4. Минушкин О.Н., Ардатская М.Д., Зверков И.В. и др. Дисбактериоз кишечника (понятие, диагностика, принципы лечебной коррекции). Современные возможности пребиотической терапии: учебно-методическое пособие для врачей и курсантов циклов усовершенствования врачей. М.: Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента Российской Федерации, 2010. 50 с.
5. Можаяев А.В., Иванов С.К., Баклушин А Е, Акайзин Э.С., Можаяева А Н, Добромыслова Н С. Уровень летучих жирных кислот у детей с тяжелыми и осложненными заболеваниями верхних дыхательных путей // Перспективы и пути развития неотложной педиатрии. СПб , 2006 С. 138—141.
6. Покровский Е.Ж, Станкевич А.М., Айказин Э.С. Диагностическое значение содержания летучих жирных кислот в крови и экссудате брюшной полости при распространенном перитоните // Вестник Ивановской медицинской академии. Т.16. №2 2011 С.45-47.
7. Сугян Н.Г. Клиническое значение короткоцепочных жирных кислот при функциональных нарушениях желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Автореф. дис...канд.мед.наук. М.:2010. С.5-23.
8. Beloborodova N. V., Khodakova A. S., Olenin A. Y., Oyseenko S. T. Phenylcarboxylic acids in blood as new markers for sepsis diagnostics. Intensive Care Med. 2009; 35 (Suppl 1): S84.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БРОНХОДИЛЯТОРОВ ПРИ  
ОБСТРУКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**  
Р.Х. Шарипов, А.С. Расулов, М.М. Ахмедова, Н.А. Расулова, Л.Т. Ирбутаева  
Самаркандский Государственный Медицинский Институт

**Ключевые слова:** дети, бронхообструктивный синдром, оценка.

**Таянч сўзлар:** болалар, обструктив ҳолатларда, баҳолаш..

**Key words:** children, obstructive conditions, assessment.

Целью работы явилось сравнение клинической эффективности бронходилататоров у детей раннего возраста. Был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Полученные результаты показали, что у больных I-й группы (24) применение салбутамола способствовало более быстрому уменьшению выраженности тахипноэ, улучшению общего состояния, уменьшению цианоза носогубного треугольника и кашля, исчезновению симптомов бронхообструкции. Тогда как у детей II-й группы, получавших эуфиллин (24), положительная динамика отмечена в более поздние сроки и у небольшого количества больных. На 2-3 день лечения больных эуфиллином купирование обструкции отмечалось лишь у 66,6% больных, при применении же салбутамола полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Таким образом, хорошая переносимость и быстрое улучшение клинического состояния больных доказывает преимущество назначения салбутамола при лечении бронхообструкции.

**ИЛК ЁШДАГИ БОЛАЛАРНИНГ ОБСТРУКТИВ ҲОЛАТЛАРИДА БРОНХОДИЛЯТОРЛАРНИНГ  
КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИ**

Р.Х. Шарипов, А.С. Расулов, М.М. Ахмедова, Н.А. Расулова, Л.Т. Ирбутаева

Самарканд Давлат Тиббиёт Институти

Илк ёшдаги 48 болаларда бронходилататорларнинг клиник самарадорлигини солиштирилди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, I гуруҳ беморларига (24) салбутамола кулланиши тахипноэни тезроқ камайишига, йўтал ва бурун-лаб учбурчаги цианозининг камайишига, бронхообструкция белгиларининг йўқолишига олиб келди. Эуфиллин билан даволанган II гуруҳ болалари (24) ичида эса айрим беморларнинг динамикада ижобий ўзгариши кечроқ кузатилди. Эуфиллин кулланишининг 2-3 кунида бориб фақат 66,6 % беморларда обструкция белгилари бартараф этилди, салбутамола ишлатилганда эса 91% касалларда бронхообструктив синдромининг тўлиқ йўқотилиши кузатилди. Шундай қилиб, бронхообструкцияни даволашда салбутамола кулланилиши беморлар ахволининг тез яхши томонга ўзгариши ва препаратнинг асоратсиз ўзлаштирилишини кўрсатди.

**CLINICAL EFFICACY OF BRONCHODILATORS IN OBSTRUCTIVE CONDITIONS IN CHILDREN**

R.Kh. Sharipov, A.S. Rasulov, M.M. Axmedova, N.A. Rasulova, L.T. Irbutaeva

Samarkand state medical institute

By the purpose of work was the comparison of clinical efficiency bronchodilatation at children of early age. Carried out analyzing of clinical results at 48 patients. The received results have shown, that at the patients 1st of group (24) applications Salbutamol promoted faster reduction of tachiapnea, improvement of a common condition of the patient, reduction of cyanosis at nose lips triangle and cough, disappearance of bronchobstruction symptoms. Whereas at 2<sup>nd</sup> group (24) of children receiving euphillin positive dynamic is marked in later terms and in small quantity of the patients. For 2-3 days of treatment the patients with auphillin купирование обструкции it was marked only at 66, 6 % of the patients, at application Salbutamol the complete removal bronchobstruction was marked at 91 % of the patients. Thus, a good transforming of patient and the fast improvement of a clinical status of the patients, prove advantage assignment of Salbutamol of bronchobstruction treatment.

**Актуальность.** В последнее время появился ряд исследований, свидетельствующих о благоприятном влиянии ингаляционной терапии салбутамолом на обструкцию дыхательных путей [2,5]. Однако, недостаточно работ, в которых изучалось бы влияние перорального назначения препарата у детей раннего возраста.

Известно, что эуфиллин является одним из наиболее популярных препаратов, применяемых при лечении бронхообструктивного синдрома [3]. Вместе с тем, он требует определенной осторожности при применении, поскольку имеет небольшую терапевтическую широту, длительный период полураспада и вызывает ряд побочных эффектов со стороны ЦНС,

сердечно-сосудистой системы и других органов [1,4].

Все выше указанное диктует необходимость поиска наиболее эффективных и удобных при применении у детей грудного возраста препаратов, снимающих бронхообструкцию с наименьшим побочным влиянием.

**Целью работы** явилось сравнение клинической эффективности бронходилататоров у детей раннего возраста.

**Материалы и методы исследования.** Для достижения указанной цели был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Дети были разделены на 2 группы в соответствии с применением небутамола и эуфиллина. С целью контроля эффективности проводимых лечебных мероприятий осуществляли ЭКГ исследование до и после лечения бронходилататорами у всех наблюдаемых больных.

Чрезкожное определение насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом осуществлялся с помощью аппарата пульсоксиметр NELLCOR до применения препаратов и в динамике через 60 мин., 24 ч., 48 ч., 72 ч. после введения небутамола и эуфиллина.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Общее состояние наблюдаемых больных было средне - тяжелым в 81,2% (n-39) случаях, тяжелым в 18,8% (n-9). При осмотре отмечено: бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа почти у всех больных. При аускультации легких у всех наблюдаемых больных выслушивались сухие, средне-, крупнопузырчатые, а также единичные мелкопузырчатые хрипы. Со стороны сердечно-сосудистой системы у всех больных тоны сердца были приглушены.

Больные I-й группы (n-24) в составе комплексной терапии получали небутамол внутрь (1 мг/кг 3 раза в день).

Во II-ю группу также были включены 24 ребенка, которым в составе комплексной терапии 3 раза в сутки перорально был назначен эуфиллин в стартовой дозе 4-6 мг на 1 кг массы с последующим переходом на поддерживающую дозу 3 мг/кг.

Полученные результаты показали, что у больных I-й группы значительно быстрее наступало клиническое улучшение: уже на 10-й минуте после введения небутамола отмечалось уменьшение выраженности тахипноэ, у 22 больных на 2-3 й день выявлено улучшение состояния, уменьшение цианоза носогубного треугольника, кашля и одышки, исчезновение симптомов бронхообструкции. У детей II-й группы положительная динамика отмечена у 17 больных: полное снятие бронхообструктивного синдрома наблюдалось у 11 больных на 3 день лечения; кашель с мокротой исчезали на 5-6 день лечения. У 6 больных было достигнуто лишь незначительное улучшение: мокрота стала слизистой, количество ее уменьшилось. Результаты наших исследований показали, что у больных, получавших небутамол, исчезновение симптомов интоксикации происходило на 2-3 день у 91,6% больных, а во II-й группе этот показатель составил 79,1%. Особый интерес представляет купирование бронхообструктивного синдрома: так, на 2-3 день лечения больных эуфиллином купирование обструкции отмечалось лишь у 66,6% больных, при применении небутамола полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Кашель с выделением мокроты у больных, получавших небутамол, исчезал на 7 день у 91,6% больных, а в группе сравнения – на 7 день у 66,6% больных.

Происходила нормализация оксигенации крови у детей I-й группы, причем статистически достоверно увеличение насыщения крови кислородом было выявлено уже на 60-й минуте наблюдения (55%). Увеличение насыщения крови кислородом параллельно отмечалось и во II-й группе, но было менее выраженным (35%).

У детей I-й группы мы наблюдали снижение частоты сердечных сокращений, что может быть объяснено уменьшением выраженности бронхиальной обструкции и нагрузки на аппарат дыхания, снижением сосудистого сопротивления в большом и малом кругах кровообращения. Тогда как у больных II-й группы отмечалась тахикардия к 60-й минуте после введения препарата, причем различия по этому показателю между группами оставались до-



стоверными на протяжении всего периода исследования.

У больных I-й группы наблюдалось уменьшение выраженности симптомов гипервозбудимости со стороны ЦНС, которые имели место до начала терапии, это могло быть связано, в том числе, с улучшением дыхательной функции легких. У 2 (8,3%) детей из II-й группы наблюдалось увеличение выраженности симптомов гипервозбудимости со стороны ЦНС, что могло быть связано с развитием побочных эффектов эуфиллина. Однако в целом эти явления были нестойкими и быстро исчезали на фоне отмены препарата.

Еще одним из важных показателей клинической эффективности небутамола является сокращение пребывания больных в стационаре на 2,6 дней по сравнению терапией эуфиллином, что в среднем составило  $7,4 \pm 0,6$  койко-дней против  $10,0 \pm 0,6$ .

Таким образом, хорошая переносимость, легкая дозируемость, отсутствие необходимости в обучении правильной технике приема, достоверное улучшение клинического состояния больных и отсутствие серьезных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы позволяют рекомендовать небутамол при лечении бронхообструкции. Особенно это касается детей раннего возраста, у которых могут быть сложности в проведении ингаляционной терапии. Наш опыт лечения острого обструктивного бронхита свидетельствует о возможности применения сальбутамола у больных с нетяжелым и среднетяжелым течением. При тяжелой бронхиальной обструкции преимущество следует отдавать небутизации сальбутамола, которая позволяет достичь эффекта в более короткий срок.

#### **Выводы:**

Пероральная терапия сальбутамолом у детей наиболее предпочтительна в связи с хорошей переносимостью, отсутствием побочных эффектов и необходимости в обучении правильной технике приема.

Применение перорально вводимого сальбутамола обеспечивает более быстрый и стойкий эффект, чем эуфиллин при бронхиальной обструкции у детей раннего возраста.

Исследования основных витальных показателей и чрезкожного насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии желательно проводить через 60 минут, 24 ч, 48 ч, 72 часа после приема бронхорасширяющих препаратов. Такая последовательность дает возможность широкого их использования не только с целью диагностики, но и контроля эффективности проводимого лечения.

#### **Использованная литература:**

1. Зубаренко А.В., Портнова О.А., Стоева Т.В. Основные принципы этиопатогенеза, диагностики и дифференциальной диагностики бронхообструктивного состояния у детей. // Здоровье ребенка. 2007. №4 (7). С.95-99.
2. Недельская С.Н., Боярская Л.Н., Шумная Т.Е. и др. Факторы риска развития обструктивного бронхита у детей раннего возраста // Здоровье ребенка. 2007. №3(6). С.14-17.
3. Охотникова Е.М. Синдром бронхиальной обструкции и аллергического генеза у детей раннего возраста и муколитическая терапия. // Здоровье ребенка. 2007. С.82-86.
4. Сорока Ю.А., Чернышева О.Е., Левченко С.А., Фоменко Т.А. Алгоритм оказания неотложной помощи детям раннего возраста с бронхообструктивным синдромом // Педиатрия на пороге третьего тысячелетия: Сб.науч. трудов, посвященный 85-летию профессора Е.М. Витебского. Донецк, 2007. С. 82-86.
5. Юлиш Е.И., Болычевцева И.В., Гадецкая С.Г., Вакуленко С.И. Особенности терапии рецидивирующего обструктивного бронхита у детей раннего возраста, инфицированными внутриклеточными патогенами // Современная педиатрия. 2007. №3. С.175-178.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧАХ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

М.Т. Эгамова, З.Ф. Мавлянова, Г.Л. Бурханова

Самаркандский Государственный Медицинский Институт

**Ключевые слова:** лечебная гимнастика, церебральный паралич, дети, игровая форма, стандартное лечение.

**Таянч сўзлар.** Даволовчи жисмоний тарбия, бош мия фалажи, болалар, ўйин усули, стандарт даво.

**Key words.** Therapeutic gymnastics, cerebral palsy, children, playing form, standart treatment.

**Целью** исследования является изучение роли и влияния лечебной физической культуры на больных детским церебральным параличом в домашних условиях.

**Материалы и методы исследования:** Исследовано нами 84 больных ребенка с церебральным параличом. Все больные дети были разделены на две группы- основную и контрольную. Детям основной группы, помимо стандартной терапии, добавили лечебную физическую культуру в домашних условиях вместе с мамой.

**Результаты:** У детей основной группы укрепилось здоровье, сформировались нравственные ценности, сформировались навыки самостоятельной деятельности.

**Вывод.** Лечебная физкультура должна быть необходимой составной частью лечения в домашних условиях вместе с матерями при ДЦП.

### БОЛАЛАР БОШ МИЯ ФАЛАЖЛИГИДА ДАВОЛОВЧИ ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ

М.Т. Эгамова, З.Ф. Мавлянова, Г.Л. Бурханова

Самарканд Давлат Тиббиёт Институти

Болалар бош мия фалажида даволовчи жисмоний тарбиянинг роли.

**Текшириш усуллари:** Биз 84та болалар бош мияси фалажи бўлган болаларни текширдик. Барча бемор болалар икки гуруҳга бўлинди. Асосий гуруҳга стандарт терапия билан бирга уй шароитида онаси ёрдамида даволовчи жисмоний тарбия қўлладик.

**Натижа.** Уй шароитида она билан биргаликда даволовчи жисмоний тарбия болалар бош мия фалажлигида асосий ўрин эгаллайди.

### APPLICATION OF MEDICAL PHYSICAL TRAINING FOR CHILDREN CEREBRAL PALSY IN HOME CONDITIONS

M.T. Egamova, Z.F. Mavlyanova, G.L. Burhanova

Samarkand state medical institute

The aim: to study the role of physical culture in children's cerebral palsy.

**Materials and methods of research.** We examined 84 sick children with cerebral palsy. All the sick children were divided into two groups: basic and control. In addition to standard therapy, the children of the main group were also added therapeutic physical skills at home.

**Results.** The children of the main group became healthier, moral values were formed, and skills of independent activity were formed.

**Conclusion.** Therapeutic physical training at home should be an essential part of the treatment for infantile cerebral palsy.

Детский церебральный паралич развивается вследствие поражений головного мозга-внутриутробного, в родах, а также в период новорожденности, когда основные структуры мозга еще не созрели.

**Цель исследования:** Целью реабилитации является физическая и социальная адаптация больного ребенка и расширение его индивидуальных возможностей. Раз и два раза в год реабилитация в клинических условиях не дает видимого результата. Поэтому мы решили выполнять физические упражнения в домашних условиях вместе с матерями. Именно родители могут вылечить своего ребенка, а не тот иной врач. На больного ребенка с ДЦП родители должны тратить весь свой день. Мы с физическими упражнениями хотим оказывать оздоровительное и общеукрепляющее влияние на организм для восстановления работоспособности; улучшить кровообращение и обменные процессы в зоне поражения, чтобы устранить или снизить нервно-сосудистые и обменные расстройства, предупредить обра-

зование спаек между оболочками нерва и окружающими тканями, а если эти спайки существуют- развить заместительную приспособленность здоровых тканей к слипчивым образованиям; укрепить ослабленные мышцы, восстановить координацию движений, бороться с сопутствующими нарушениями: искривлением и ограничением подвижности позвоночника [2].

**Материалы и методы исследования:** В основу настоящей работы положены результаты обследования 84 больных с ДЦП разными формами. Возраст детей от 2 до 8 лет. Мы их разделили на две группы. Первая 36 детей—43%; вторая 48 детей - 57%. Обе группы получили стандартное лечение, массаж, физ. лечение. Контрольной группе мы назначили кроме этого лечения лечебную физкультуру в домашних условиях. Научили родителей, чтобы они продолжали эти упражнения дома. Для каждого ребенка предусматривали отдельные индивидуальные упражнения. Назначили простые эффективные приемы, которые необходимо регулярно выполнять каждому ребенку. Физические процедуры составили из горячих укутываний, аппликаций из парафина, они делаются для профилактики тугоподвижности суставов. Лекарственные препараты, применяемые при ДЦП, улучшали кровообращение и тем самым улучшили питание мышечных и нервных тканей. С одной стороны, нет способа лечения, дающего возможность восстановить поврежденный мозг.[3] Однако, если работать по научно обоснованной программе, то нервная система, находящаяся в неповрежденном состоянии, может выполнять все свои функции. Очень важно, чтобы занятия ЛФК начинались вскоре после рождения ребенка, с постепенным усложнением. Причем занятия стоит начинать, даже если у ребенка нет признаков ДЦП, но есть предрасположенность к его развитию. Программа по физическому воспитанию играет ведущую роль в комплексной реабилитации детей с ДЦП. Мы тщательно проанализировав особенности двигательной среды каждого больного церебральным параличом, составили программу, дающую возможность стимулировать двигательную функцию [1]. При составлении комплексов упражнений надо быть внимательным к больным с церебральным параличом, к выполняемым мышечные движения. У больных с церебральным параличом отмечается недостаток силы восприятия, и его можно устранить в какой- то степени посредством реализации программы упражнений. Мы работали следующими упражнениями:

-Упражнения для растягивания мышц: снятие напряжения в мышцах, профилактика тератогенеза, расширение диапазона движения.

-Упражнения для развития чувствительности мышц, для выработки силы, дающей возможность регулировать определенный участок мышцы.

-Упражнения для улучшения функционального состояния нервной ткани посредством тренировки чувствительности нервов.

-Упражнения на выносливость, для поддержания эффективности функционирования органов.

-Тренировка на расслабление, для устранения спазмов, напряженности и судорог.

-Тренировка ходьбой (для обучения нормальной ходьбе) [2].

-Упражнения на подъем по наклонной плоскости для улучшения равновесия и двигательной силы.

-Упражнение на сопротивление: постепенно увеличивающаяся тренировка на сопротивление для развития мышечной силы.

Продолжительность занятий составила- для детей младшего возраста-не более 15 минут по 2-3 раза в день; для детей среднего и старшего возраста 20-30 минут по 3-4 раза в день.

Больные с церебральным параличом могут развивать мышечную силу посредством выполнения упражнений с постепенно увеличивающейся интенсивностью [5]. Чтобы центр тяжести равномерно распределялся на обе стороны тела, упражнения проделывали сначала одной ногой и рукой, затем другой. На ослабленную часть давали большую нагрузку и с тем улучшилось движения. Специально разработали ряд упражнений ЛФК при ДЦП, которые

позволило развивать и укреплять двигательные способности больного. Провели ряд упражнений, необходимых для развития и укрепления мышц живота.

Мы следили, чтобы все движения выполнялись правильно, ведь они запоминаются, входят в привычку, и становятся условием самодостаточности. Успех практически полностью зависит от родителей, ведь врач, специалист по лечебной физкультуре, массажист могут правильно проводить процедуры, но они могут проводить слишком мало времени с детьми. Родители же дома должны с помощью специальных методик готовить ребенка, насколько это возможно, к самостоятельной жизни [6]. Диагностируя ДЦП мы по клинической картине, учитывая тип болезни, возраст пациента, тяжесть состояния назначили массаж, лечебную физкультуру, медикаментозное лечение. К физическим упражнениям добавили режим, в котором применяются ортопедические средства, этап за этапом занятия с логопедом.

**Результаты и их обсуждение.** Так как при ДЦП нарушается тонус мышц, что в дальнейшем приводит к формированию патологических двигательных реакций, затруднению в удерживании равновесия и противодействию силе тяжести. В дальнейшем это также приводит к формированию контрактур и деформаций конечностей. И одним из числа наиболее эффективных и действенных средств реабилитации является ЛФК для детей с ДЦП в домашних условиях. Те группы которые продолжали лечебную физкультуру дома способствовало развитию способностей ребенка к торможению движений, контролю над ними. Упражнения позволило улучшить координацию, увеличивало амплитуды движений. Мы долговременной лечебной физкультурой обучили ребенка бытовым умениям, познание элементарной трудовой деятельности, самообслуживание без помощи родителей, выработка новых навыков, а также правильных движений [5]. Мы базировали ЛФК на ряде принципов:

- регулярное и систематическое выполнение упражнений;
- отсутствие длительных перерывов;
- постепенное увеличение физической нагрузки;
- отсутствие ориентации на других пациентов;
- только индивидуальные способы;
- учет стадии развития болезни, возраста ребенка, его психологического состояния.

Мы с родителями выполняли коррекционно-воспалительную работу, и она позволила компенсировать нарушенные функции. Занятия рекомендовали проводить с ранних лет. Чем раньше, тем лучше для ребенка. Необходимо развивать мелкую моторику рук. В качестве материала могут служить: шишки, веточки, камешки, листочки, фрукты и овощи.

ЛФК оказывало оздоровительное воздействие на общее состояние организма. Способствовало укреплению тканей и органов в организме ребенка. Активизировало ослабленные мышцы, исправилось искривление позвоночного столба, улучшился метаболизм и другие процессы обмена, активировалась работа головного мозга, ускорилось кровообращение. Если ребенок с трудом ходит сам или не ходит совсем самостоятельно, занятия начинали близ брусьев или жесткой опоры, затем чередовали с натянутого каната на ослабленных. Мы составили индивидуальную программу восстановительного лечения. Она основана на современных технологиях развития двигательных навыков, с применением инновационных технических средств-тренажеров, аппаратов и аппаратно-программных комплексов [5]. Реабилитационную программу при ДЦП мы подбирали индивидуально, но лечебная физкультура в обязательном порядке включалась в каждый комплекс. С лечебной физкультурой старались восстановить естественные двигательные функции и освоение ребенком элементарных движений. В комплексе с другими методиками, физкультура помогала достичь главной цель - обеспечить ребенку полноценную жизнь [6].

Занятия ЛФК при ДЦП в клинических и домашних условиях позволяли добиться следующих результатов:

- развивались элементарные навыки и способности у малыша;
- снижалось мышечное напряжение;

- увеличилась гибкость суставов и амплитуда движений;
- улучшилось равновесие и координация;
- укрепление сердечно-сосудистой системы;
- снижалась частота и полное устранение спазмов и судорог;
- повышалась чувствительность нервной системы;

Для детей особое внимание уделили правильному питанию. В принципе детям с таким диагнозом можно давать все: фрукты, овощи, мясо, рыбу. Особенно жизненно необходимо обеспечивать таких детей молоком. Эти дети особенно нуждаются в любви и внимании. Только это может их вылечить. С ними матери должны гулять больше на свежем воздухе. Нужно мысленно представлять, как болезнь поднимается по стволу вверх и уходит. Заставили мам, как можно чаще оставлять своего ребенка в общении с природой.

Физические нагрузки оказывали особое стимулирующее воздействие на организм, которые могли обеспечить его полноценную деятельность. Во время выполнения физических упражнений значительно повышался уровень возбуждения двигательных зон центральной нервной системы [2]. Возникли в них очаги возбуждения, способствующие угасанию тех механизмов, которые являются причиной патологического процесса. Иначе говоря, болезненный очаг как бы блокируется, и нарушенные функции в результате постепенно нормализовались. Регулярные занятия физическими упражнениями в комплексе со стандартными лечениями помогли не только избавиться от боли, но и способствовали нормализации, казалось бы, уже необратимых патологических процессов. Лечебная гимнастика обеспечивала естественную разгрузку позвоночника с одновременной тренировкой мышц и является частью всего лечебного комплекса. Упражнения оказывали психотерапевтическое воздействие.

Облегченное и безболезненное движение улучшали самочувствие и оказывало закаливающий эффект [5].

**Вывод.** Ожидаемые конечные результаты: физические упражнения обязательно должны выполняться в домашних условиях вместе с матерями. Эти упражнения укрепляют здоровье детей и развивают правильное отношение к здоровому образу жизни; сформировывают нравственные ценности: доброту, милосердие, отзывчивость, дружбу; сформировывают у детей навыки самостоятельной деятельности. Главное в нашем деле не лениться, а настойчиво идти к своей цели.

#### Использованная литература:

1. Семенова К. А., Левченкова В. Д. Особенности патогенетической терапии детского церебрального паралича, обусловленные характером патогенеза каждой из трех стадий этого заболевания // Социальные проблемы роста детской инвалидности: мат-лы II науч.-практ. междисциплинар. конф. с междунар. участием «Детский церебральный паралич и другие нарушения движения». М., 2012. С. 129-10.
2. Семенова К. А. Восстановительное лечение детей с перинатальными поражениями нервной системы и детским церебральным параличом. М.: Закон и порядок, 2007.
3. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. II раздел: «Номенклатура нарушений» / Минздравмедпром России. М., 1995. 41 с.
4. Рогов А. В. Способ реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата // Детская и подростковая реабилитация. 2008. № 2 (11). С. 47-49.
5. Рогов А. В. Комплексная коррекция ограничений жизнедеятельности ребенка 13 лет с детским церебральным параличом // Педиатрия. 2010. Т. 89, № 4. С. 146-147.
6. Рогов А. В. Физическая реабилитация больных детским церебральным параличом со спастической диплегией // Медицина и образование в Сибири. 2012. № 6.

**АКТУАЛЬНОСТЬ КИШЕЧНЫХ ИНВАЗИЙ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ****О.Д. Ачилова, У.Т. Сувонкулов, Т.И. Муратов, З.Ю. Садиков, Х.Г. Саттарова**

Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан,

НИИ медицинской паразитологии имени Л.М. Исаева

**Ключевые слова:** кишечные паразиты, лямблиоз, дети, диагностика, вакцинация.**Таянч сўзлар:** ичак паразитлари, лямблиоз, болалар, диагностика, эмлаш.**Key words:** intestinal parasites, lamblia, children, diagnostics, vaccination.

Анализ данных литературы показывает, масштабность и значимость проблемы кишечных инвазий. Вред наносимый кишечными паразитами развивающемуся организму ребенка бесспорно нельзя недооценивать. Первостепенным условием в решении данной проблемы является выработка современных, комплексных методов диагностики кишечных паразитозов, а также учитывая незрелость иммунной системы ребенка разработка алгоритма противопаразитарных мероприятий перед плановыми вакцинациями детей.

**ХОЗИРГИ ВАҚТДА ДУНЁ БОЛАЛАРИДА УЧРАЙДИГАН ИЧАК ИНВАЗИЯЛАРИНИНГ  
ДОЛЗАРБЛИГИ****О.Д. Ачилова, У.Т. Сувонкулов, Т.И. Муратов, З.Ю. Садиков, Х.Г. Саттарова**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги,

Л.М. Исаев номидаги тиббий паразитология ИТИ

Берилган адабиётлар таҳлили болаларда учрайдиган ичак паразитозларининг тарқалиш миқёсини ва аҳамиятини кўрсатади. Болалар организмда ривожланаётган ичак паразитлари оқибатида кечадиган патологик жараёнларни баҳоламаслик мумкин эмас. Ушбу муаммони ҳал қилишнинг асосий шарти - ичак паразитозларини аниқлашнинг замонавий, кенг қамровли усуллари ишлаб чиқишдир, шунингдек, болаларда иммунитет тизимининг суст ривожланганлигини ҳисобга олган ҳолда, режа асосида ўтказиладиган эмлашдан олдин болаларда ичак паразитларига қарши чора-тадбирлар алгоритминини ишлаб чиқиш лозим.

**THE RELEVANCE OF INTESTINAL INVASIONS IN CHILDREN IN THE MODERN WORLD****O.D. Achilova, U.T. Suvonkulov, T.I. Muratov, Z.Yu. Sadikov, Kh.G. Sattarova**

Republic of Uzbekistan Ministry of Health,

L.M. Isaev Research Institute of Medical Parasitology

Analysis of literature data shows the scale and significance of the problem of intestinal invasions. The harm inflicted by intestinal parasites to the developing organism of the child is undoubtedly must not be underestimated. The paramount condition for solving this problem is develop of modern, comprehensive methods for diagnosing intestinal parasitosis, and also to develop an algorithm for antiparasitic activities before routine vaccinations of children, because the child's immune system is not mature.

По данным Всемирной организации здравоохранения, из 50 миллионов человек, ежегодно умирающих в мире, более чем у 16 миллионов причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания. В структуре инфекционных заболеваний кишечные гельминтозы находятся на третьем месте [1,9,11,12,40]. Цифры заболеваемости гельминтозами сопоставимы с показателями заболеваемости ОРВИ и гриппом вместе взятыми [4,7,15,22,40].

В то же время согласно мировой статистике каждый год приблизительно каждый второй человек на планете заражается одним из 3-х основных видов гельминтов [4,10,11]. По данным ВОЗ, паразитарными заболеваниями в мире поражено около 4,5 миллиарда человек, из них аскаридозом — 1,2 миллиарда человек, трихоцефалезом — 800 миллиона, анкилостомидозами — около 800 миллиона человек. Из них дети дошкольного возраста составляют 10–20% (табл 1) [1,4,9,15,40].

Согласно сведениям о результатах обследования на кишечные гельминтозы в Узбекистане лабораториями ЛПУ и ЦГСЭН в 2016 году было обследовано 6 849 000 человек, из них у 253 515 человек выявлены инвазии, что в свою очередь соответствует среднему пока-

Таблица 1.

## Оценка мировой зараженности геогельминтозами детей дошкольного возраста (1–5 лет)

Геогельминт	Всего пораженных в мире (млн)	Пораженных детей до 5 лет
<i>Ascaris lumbricoides</i>	1221	122
<i>Trichuris trichiura</i>	795	86
Нематоды	740	21

зателю 3,7%. Наиболее часто встречающимися видами кишечных гельминтозов в нашем регионе, по данным государственной СЭС за тот же год считаются энтеробиоз (у 227434 инфицированных), акаридоз (у 5906 инфицированных) и лямблиоз (у 103507 инвазированных) [7,8].

Большинство исследователей, в свою очередь, выделяют группы риска среди зараженных кишечными гельминтозами и паразитами [5,8,13,39]:

- дети из многодетных и социально неблагополучных семей,
- длительно и часто болеющие дети, имеющие одновременно 7 и более стигм дизэмбриогенеза,
- дети, получавшие искусственное вскармливание (особенно неадаптированное),
- дети с отставанием в умственном и психическом развитии и низким уровнем навыков личной гигиены.

Присутствие паразитов в организме ребенка наносит существенный урон растущему организму ребенка. Первые годы жизни ребенка характеризуются интенсивным физическим и умственным развитием. В условиях нехватки ресурсов, нормальное развитие ребенка ставится под угрозу из-за ряда факторов, в том числе инвазии гельминтов и лямблей [1,4,13,18]. Схематически патогенное действие заключается в следующем: [5,13,21,28,32].

1. Кишечные гельминты и лямблии осуществляют механическое воздействие на слизистые оболочки, что приводит к поражению желудочно-кишечного тракта.

2. Токсико-аллергическое воздействие продуктов обмена и выделения гельминтов, что приводит к развитию аллергических реакций в виде атопического дерматита, астматического бронхита, ринита, блефарита и др., к формированию астеновегетативного синдрома, отставание в физическом, умственном и психическом развитии.

3. Кишечные паразиты используют питательные вещества организма человека (белки, витамины, микроэлементы). Это может приводить к отставанию в физическом, умственном и психическом развитии. Такие гельминты, как власоглавы, анкилостомы, являются гематофагами: они поглощают кровь человека, что приводит к развитию анемии.

4. Миграция гельминтов и их личинок в жизненно важные органы и ткани нарушает их нормальную функцию, а иногда и полностью исключает ее.

В совокупности все выше указанные процессы приводят к угнетению неспецифической резистентности организма ребенка, что ведет к увеличению частоты острых респираторных, инфекционных, а так же аллергических заболеваний [6,14,26,35]. К наиболее распространенным клиническим и лабораторным показателям здоровья, которые имеют значение при геогельминтозах и лямблеозах, относятся: уровень железа, динамика веса и роста, содержание витамина А и когнитивное развитие [4,8,12,16].

В ходе многочисленных исследований проведенных на базе ДИБ им.Филатова анализ клинико-anamnestических особенностей у детей исследуемых групп показал, что клиническая симптоматика лямблиоза у детей характеризуется сочетанием следующих клинических симптомокомплексов (таб. 2) [26,30,32,39].

Выше указанные данные отражают степень воздействия паразитарного агента на макроорганизм ребенка. Но не следует забывать, что в недрах всего кроится действие паразитарного агента на иммунную систему и как следствие длительное хроническое

Таблица 2.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛЯМБЛИОЗОВ У ДЕТЕЙ

Жалобы	Кол-во детей	% от общего числа
Аллергические заболевания	107	71,3
Дисфункция ЖКТ	113	75,3
Болевой абдоминальный синдром	60	40
Нарушения аппетита	66	44
Бруксизм (скрежетание зубами)	25	16,7
Нарушение ночного сна	81	54
Анальная эскориация и/или зуд	54	36
Нарушение иммунитета	29	19,3
Прочие симптомы	49	32,7

течение инвазий вызывает ее истощение. Лямблии, кишечные гельминты, их части, продукты их жизнедеятельности являются аллергенами, вызывают воспалительные изменения, оказывают иммуносупрессивное действие и всегда индуцируют интенсивную продукцию IgE-антител [4,11,15,17,39]. Местный иммунный ответ при этом характеризуется особенностями дифференцировки Т-хелперов с преимущественным повышением Th2. Это проявляется повышением уровня противовоспалительных цитокинов и объясняет эозинофильную инфильтрацию кишечника. Все это поддерживает или инициирует хронические аллергические заболевания, такие как крапивница, атопический дерматит, бронхиальная астма. Конечно, кишечные гельминтозы, лямблиоз нельзя отнести к истинно аллергическим заболеваниям, но надо помнить, что это болезни, в патогенезе которых аллергия участвует как обязательный компонент основного патологического процесса [4,9,25,27,33].

Стоит отметить что, в докладе ВОЗ (1977) среди причин, способных вызвать вторичное иммунодефицитное состояние, на первое место были вынесены протозойные и глистные болезни [25,28,33,40].

Данные выводы были основаны в ходе многочисленных клинических опытов, в том числе и, в Институте экспериментальной медицины им. Н.Ф. Гамалеи и Институте медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И. Марциновского в ходе экспериментальных и клинических исследований было доказано угнетение поствакцинального иммунитета при лямблиозе, аскаридозе, трихоцефалезе, описторхозе и многих других паразитозах [22,28,31].

Учитывая что любая вакцинация требует значительных материальных затрат, важно иметь правильное представление об эффективности иммунизации, которая состоит из оценки качества проведенной прививочной работы и оценки эффективности вакцинации [8,10,11].

Иммунологическую эффективность оценивают по развитию у привитых специфического иммунного ответа, с которым связано формирование невосприятости к определенному инфекционному заболеванию [5,7,18,21]. Этой эффективности невозможно достичь без проведения предварительных подготовительных мероприятий, в том числе дегельминтизации.

Таким образом, ожидания, что к концу XX столетия большинство паразитарных заболеваний будет находиться под контролем, не оправдались. Наоборот, они продолжают стойко существовать во всех развивающихся странах, особенно расположенных в зоне тропиков и субтропиков. В индустриально развитых странах Европы в последние два десятилетия ситуация также ухудшилась в связи с нарастающим завозом паразитарных болезней из эндемических стран. Еще одним неблагоприятным фактором является ослабление иммунного статуса населения вследствие эпидемии ВИЧ-инфекции, наркомании и экопатогенных воздействий [2,10,11,12]. Быстрая урбанизация в странах с ограниченными ресурсами часто



приводит к расширению незапланированных поселений с переполненностью и недостаточной санитарией. Эти условия потенциально способствуют распространению гельминтозов.

Не смотря на множество проведенных исследований и наличие не одного десятка научных работ проблема современных, комплексных подходов в диагностике и лечении кишечных паразитозов остается все еще достаточно не изученной. Урон, наносимый гельминтами здоровью населения, а так же государственному бюджету продолжает расти год за годом.

Следовательно раннее выявление детей с различными формами кишечных паразитозов, своевременное лечение и профилактика позволят наладить эффективность и результативность плановых вакцинаций, уменьшить возможные осложнения связанные с гельминтозными инвазиями у вакцинируемых детей.

#### Использованная литература:

1. Абдиев Т.А., Зубицкая М.А., Коваленко А.Ф., Фузайлов Ю.М., Баратов Р.Д. и др. Оценка экономического ущерба от кишечных гельминтозов в Узбекской ССР // Мед. Паразитология и паразитарные болезни. № 2. 1990. С. 20-23.
2. Абузаров Р.М., Гордеева Л.М., Яроцкий Л.С. // Актуальные вопросы медицинской паразитологии и тропической медицины. Баку. 1987. С.14-16.
3. Абузаров Р.М., Гордеева Л.М., Яроцкий Л.С. // Украинское общество паразитологов: Конф., 10-я: Материалы. Киев. 1988. Ч.3. С.6-7.
4. Авдюхина Т.И., Константинова Т.Н., Прокошева М.Н. Медицинский научно-практический портал «Лечащий врач».
5. Благова Н.Н. Некоторые факторы иммунитета у больных аскаридозом и энтеробиозом на фоне лечения албендазолом: автореф. дис....канд. мед. наук // Н.Н. Благова. СПб., 1997. 20 с.
6. Бронштейн А.М. Гельминтозы органов пищеварения: кишечные нематодозы, трематодозы печени и ларвальные цестодозы // Русский медицинский журнал. 2004. № 4. С. 208-211.
7. Бронштейн А.М. Кишечные нематодозы: клиника, диагностика, лечение. Энтеробиоз штейн // Паразитарные болезни : сб. ст. / Под общ. ред. В. П. Сергеева. 2005. № 1 (8). С. 20-22.
8. Золотухин В.В. Динамика распространения лямблиоза среди населения Киевского района г. Донецка / В.В. Золотухин, О.М. Соколовская, Е.Н. Маслодудова, Т.С. Сауткина // Проблеми екології та охорони природи техногенного регіону. 2011. № 1(11). С. 135–140.
9. Иванова В.А. Состояние иммунитета у детей при тяжелой форме хронического рецидивирующего афтозного стоматита с лямблиозной инвазией / В.А. Иванова // Вісник стоматології. 2010. № 2. С. 117–120.
10. Кривопустов С.П. Гельминтозы в клинической педиатрии: вопросы диагностики, терапии, профилактики / С.П. Кривопустов, Е.М. Щербинская, Е.А. Логинова [и др.] // Здоровье ребенка. 2011. № 4(31). С. 71–75.
11. Козловский А.А журнал «Международные обзоры: клиническая практика и здоровье» статья «Гельминтозы у детей Гомельской области» 2016.
12. Лебедева О.М. Влияние функциональных нарушений в билиарной системе на развитие и течение атопического дерматита у детей / О.М. Лебедева, Е.В. Гостищева, Э.С. Аджигфарова // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. 2012. Т. 2, № 1–2 (5–6). С. 86–88.
13. Лысенко А.Я., Владимова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж. Клиническая паразитология. Под общ. редакцией Лысенко А.Я.Руководство. Женева, ВОЗ: 2002. 752 с.
14. Марушко, М.Г. Грачева «Современное состояние проблемы гельминтозов у детей. Вопросы диагностики и лечения», 2012, №3(43), с. 1–5 Ю.В., г. Киев
15. Поляков В.Е., Лысенко А.Я. Гельминтозы у детей и подростков. М.: Медицина, 2003. 256с.
16. Сальникова С.И. Фармакотерапия гельминтозов у детей. Российские аптеки 2006; 6: 33-35.
17. Семенова В.М.. Материалы международного ЕвроАзиатского конгресса по инфекционным болезням (Витебск, 5-6 июня 2008 г.). Витебск, 2008. С. 250.
18. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия. Руководство для врачей. М.: Изд-во МИА, 2009. 448с.
19. Торопова Н.П., Сафронова Н.А., Синявская О.А. Дерматозы и паразитарные болезни у детей и под-

- ростков: Аспекты патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики: «Практ. пособие для врачей педиатров, дерматовенерологов, аллергологов.» 2-е изд., перераб. и доп. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2008. 60 с.
20. Тураходжаева М.Г. Клинико-морфологическая характеристика поражения желудка при лямблиозе: автореф. дис. . канд. мед. наук. -Москва, 1980. 21с.
  21. Файзуллина, Р.А. Е.А. Самороднова, В.М. Доброквашина «Гельминтозы в детском возрасте» 2010 год С.1-3.
  22. Хамцов В.Г., Храмцов М.М., Доросевич А.Е. Субклиническая форма лямблиоза// Здравоохранение Белорусии. 1985. №8. С.24-27.
  23. Худойдодова С.Г., Арашова Г.А., Нарзуллаева М.К. Пробиотики в лечении лямблиоза // Актуальные вопросы инфекционной патологии.
  24. Шабалов Н.П., Староверов Ю.И. Лямблиоз у детей. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение // Новый медицинский журн. 1998. № 3. С. 23-26.
  25. Шестакова В.Н. Особенности клиники, течения и лечения хронического гастродуоденита у детей в зависимости от фоновых заболеваний (лямблиоз, аскаридоз, туберкулез): автореф. дис. . канд. мед. наук. - Смоленск, 1985. 21с.
  26. Юлиш Е.И, д.м.н., профессор Донецкий «Клиника, диагностика, лечение и профилактика гельминтозов у детей» 2011год стр.11-12, 371-372.
  27. Elliott D. E «Helminths and the modulation of mucosal inflammation» / D. E. Elliott, R. W. Summers, J. V. Weinstock // *Curr Opin Gastroenterol.* 2005. Vol. 21, № 1. P. 51-58.
  28. Erlandsen S. E. «Axenic culture and characterization of *Giardia ardeae* from the great blue heron (*Ardea herodias*)» / S. L. Erlandsen et al. // *J Parasitol.* 1990. Vol. 76. P.717-724.
  29. Ey P. L. «Differentiation of major genotypes of *Giardia intestinalis* by polymerase chain reaction analysis of a gene encoding a trophozoite surface antigen» / P. L. Ey, R. H. Andrews, G. Mayrhofer // *Parasitology.* 1993. Vol. 106, Pt. 4. P. 347-356.
  30. Cook G. C. «*Enterobius vermicularis* infection» // *Gut.* 1994. Vol. 35, № 9. P. 1159-1162.
  31. Craun G. F. «Waterborne outbreaks of giardiasis. Current status» / G. F. Craun // *Giardia and giardiasis* / Ed. S. L. Erlandsen, E. A. Meyer. New York: Plenum Press, 1984. P. 243-261.
  32. Crompton D. W. «Ascariasis and childhood malnutrition» / D.W. Crompton // *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1992. Vol. 86. P. 577-579.
  33. Cruz A. « Comparison between two common methods for measuring *Giardia lamblia* susceptibility to antiparasitic drugs in vitro» / A. Cruz et al. // *Acta Trop.* 2003. Vol. 88. P. 131-135.
  34. De Regnier D. P. «Viability of *Giardia* cysts suspended in lake, river, and tap water» / D. P. De Regnier et al. // *Appl Environ Microbiol.* 1989. Vol. 55. P. 1223-1229.
  35. Djamiatun K. «Exogenous cytokines released by spleen and Peyer's patch cells removed from mice infected with *Giardia muris*» / K. Djamiatun, G. M. Faubert // *Parasite Immunol.* 1998. - Vol. 20. - P. 27-36.
  36. Duncombe V. M. Histopathology in Giardiasis: A correlation with diarrhea» V. M. Duncombe et al. // *Aust N Z J Med.* 1978. Vol. 8. P. 392-396.
  37. Dutta A. K. «A randomised multicentre study to compare the safety and efficacy of albendazole and metronidazole in the treatment of giardiasis in children» / A. K. Dutta et al. // *Indian J Pediatr.* 1994. Vol. 61. P. 689-693.
  38. Erlandsen S. L. «SEM evidence for a new species, *Giardia psittaci*» / S. L. Erlandsen, W. J. Bemrick // *J. Parasitol.* 1987. Vol. 73. P. 623-629.
  39. «Urban schistosomiasis and soil transmitted helminthiasis in young school children in Dar es Salaam and Tanga, Tanzania, after a decade of anthelmintic intervention.» *Acta Tropica* [Acta Trop] 2014 May; Vol. 133, pp. 35-41. *Date of Electronic Publication:* 2014 Feb 02.
  40. WHO: Guidelines for drinking-water quality. Vol. 1. Recommendations *Geneva: World Health Organization.* 2006.

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

## CASE FROM PRACTICE

УДК 616-006.441:618.19

## ГИГАНТСКАЯ ЛИМФОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Н. Каримова, Д.Б. Рахматов, М.М. Абдухалилов, Д.И. Тугизова, Н.А. Ачилов

Самаркандский медицинский институт,  
Самаркандский Филиал Республиканского Специализированного  
Научно-Практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии

**Ключевые слова:** неходжкинская лимфома, лимфосаркома, экстранодальная (назальная) лимфома, лимфатические узлы, молочная железа, аспирационная пункционная биопсия, трепан биопсия, мастэктомия.

**Таянч сўзлар:** ноходжкин лимфомаси, лимфосаркома, экстранодал (назал) лимфома, лимфа тугунлар, сут бези, аспирацион пункцион биопсия, трепан биопсия, мастэктомия.

**Key words:** Non-Hodgkin's lymphoma, lymphosarcomata, extranodal (nazal) lymphoma, lymph nodes, mammary gland, aspirational puncture biopsy, mastectomy.

В основу данной работы положен анализ клинического случая исследованного в Самаркандском Филиале Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии. Были описаны методы диагностики и схема лечения больной с гигантской неходжкинской лимфомой правой молочной железы (экстранодальная) с поражением миндалин и селезенки. Сопутствующим вирусным гепатитом В. Стадии III А.

## СУТ БЕЗИ ГИГАНТ ЛИМФОМАСИ

М. Н. Каримова, Д.Б. Рахматов, М.М. Абдухалилов, Д.И. Тугизова, Н.А. Ачилов

Самарканд Давлат тиббиёт институти,  
Республика Ихтисослаштирилган Онкология ва Радиология Илмий-Амалий  
Тиббий Маркази Самарканд Филиали.

Бу ишининг асосига Республика Ихтисослаштирилган Онкология ва Радиология Илмий-Амалий Тиббий Маркази Самарканд Филиалида ўрганилган клиник ходиса тасвирланган. Ўнг сут бези (экстранодал) гигант неходжкин лимфомасини даволаш схемаси ва диагностика усуллар баён этилган.

## GIGANTIC LYMPHOMA OF MAMMARY GLAND

M.N. Karimova, D.B. Rakhmatov, M.M. Abdukhalilov, D.I. Tugizova, N.A. Achilov

Samarkand state Medical Institute

Samarkand Branch of the Republic Specialized Scientific-Practical Medical Centre of Oncology and Radiology. The analysis of the clinical case examined in Samarkand Branch of the Republic Specialized Scientific-Practical Medical Centre of Oncology and Radiology is assumed as a basis of this work. The methods of diagnostics and the scheme of treatment of the patient with gigantic non-Hodgkin's lymphoma of the right mammary gland (extranodal) with affection of tonsil and spleen concomitant viral hepatitis in stage III A were described.

**Аннотация:** Неходжкинские лимфомы или лимфосаркомы (НХЛ) развиваются из лимфоидной ткани, представленной в лимфатических узлах, селезенке, вилочковой железе, аденоидах, миндалинах, костном мозге и желудочно-кишечном тракте, а также в молочных железах. НХЛ развиваются из В- и Т-лимфоцитов, при этом В-клеточные лимфомы встречаются чаще (85%) по сравнению с Т-клеточными (15%). Экстранодальная (назальная) лимфома из естественных киллеров встречается во всех возрастных группах. Достаточно редким заболеванием является НХЛ молочной железы (МЖ). Ее частота составляет 0,05-0,53% всех злокачественных заболеваний МЖ и всего 2,25% всех экстранодальных злокачественных лимфом [1]. Частота первичной НХЛ МЖ составляет 1,7-2,2% среди экстранодальных и 0,38-0,7% среди всех форм НХЛ [2]. Среди всех опухолей МЖ частота НХЛ не превышает 1%. Всего в мировой литературе ежегодно описывается от 90 до 700 новых случаев НХЛ МЖ, среди которых преобладают В-клеточные формы: диффузная В-крупноклеточная, фолликулярная, лимфоплазмочитарная, лимфома из клеток мантийной зоны, лимфома Беркитта и беркиттоподобная лимфома. Чаще всего (в 46-71% случаев всех первичных НХЛ МЖ) встречается диффузная В-крупноклеточная лимфома. Любопытные данные японских исследователей S. Yoshida и соавт. по возрастной градации пациенток. Авторы выделяют две так называемые

«пиковые» группы. У женщин в возрасте 30-35 лет чаще встречается диффузная В-крупноклеточная лимфома и очень редко – лимфома Беркитта с билатеральным поражением. У лиц в возрасте 55-60 лет японские морфологи отмечают примерно одинаковую встречаемость диффузной В-крупноклеточной лимфомы и MALT-лимфом с преимущественно односторонним поражением. В целом же, по данным литературы, возраст пациенток колеблется от 13 до 85 лет, большинство из которых старше 50 лет. Частота встречаемости первичных и вторичных НХЛ МЖ примерно одинакова.

**Клинический случай.** Женщина 54 года госпитализирована в отделение репродуктивной системы СФРСО и РНПЦ г. Самарканда 10 января 2018 года. При поступлении жалобы на резкое увеличение правой молочной железы, и достигла до огромного размера за последние 4 месяца, растяжении и напряжение молочной железы, гиперемия и синюшность кожи правой молочной железы, тяжесть, болезненность и неудобства из-за огромного размера груди. Из анамнеза, считает себя больной в течение 4-5 месяца, заболевание характеризовалось увеличением и уплотнением правой молочной железы, и по поводу чего, больная самостоятельно обратилась в амбулаторное отделение СФРСО и РНПЦ 27 октября 2017 года. При первичном обращении к маммологу, у больной поставлен диагноз: Злокачественная опухоль – возможно саркома правой молочной железы. Больная прошла полное обследование по стандартной программе. При УЗИ (27.10.2017г.) молочные железы равновелики. Кожа, жировая клетчатка, железистая ткань молочных желез обычной экзогенности, стромальные структуры уплотнены. В правой молочной железе в верхне-внутреннем квадранте визуализируется неоднородное местами гипоехогенное образование 128x112 мм., контуры бугристые, нечеткие, в полости образования визуализируются гипоехогенные участки. Подмышечные лимфотические узлы справа увеличены 16x11 мм., 13x11 мм. Заключение: Образование правой молочной железы с-г? Увеличены подмышечные лимфотические узлы. Выполнена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия правой МЖ, под ультразвуковым контролем. (цитограмма №17959): Пролиферация с гиперплазией лимфоидных элементов, дисплазия голых ядер. Дважды произведена трепан биопсия из опухоли правой молочной железы (гистология № 18916-20). Пролиферация кубического эпителия обильные клетки лимфоидного ряда, повторная биопсия (гистология №22956-60) лимфоидная инфильтрация и рекомендовано было стационарное обследование и лечение. По семейным обстоятельствам (супруг больной был в тяжелом состоянии), больная поступает на стационарное лечение через 2 месяца 10 января 2018 года. За последние 2 месяца правая молочная железа равномерно с опухолью увеличилась в 2 раза больше, размер опухоли на УЗИ был 128x112мм., и стал 320x280мм. Маммография от 09.01.2018 г. Маммографическая картина гетерогенная плотная структура ткани правой молочной железы непроницаемого для рентгеновских лучей. Заключение: Справа Birads – 0, слева Birads –4(a) (Рис.1).

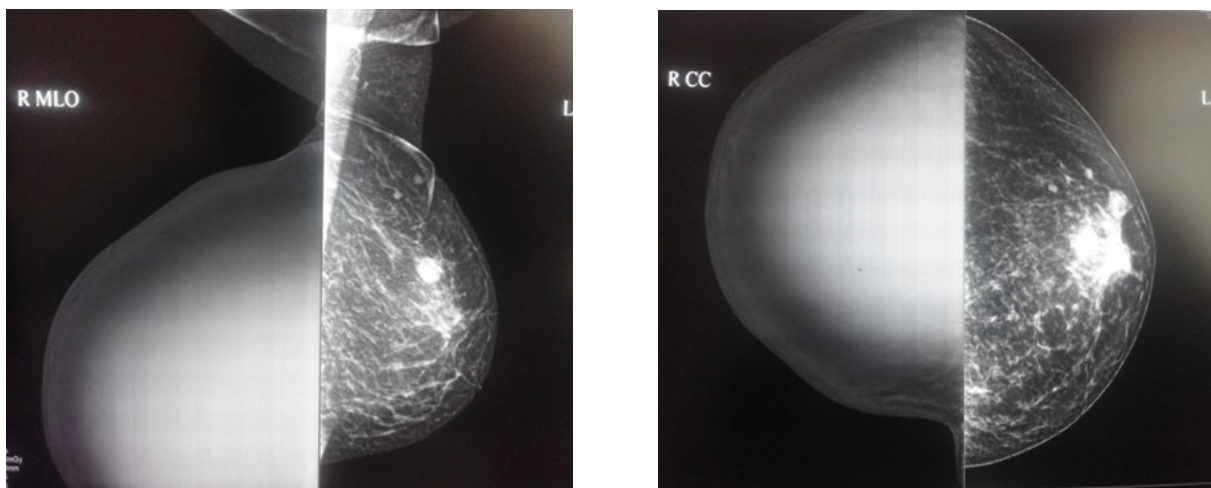


Рис.1. Маммография молочной железы.

При **локальном** осмотре правая молочная железа равномерно увеличена в размере за счет опухоли с плотной консистенцией размерами 32x25 см. Кожа правой молочной железы напряжена истончена, гиперемирована и инфильтрирована, синюшного цвета, сосок и местами кожа изъязвлена, кровоточит и положительный симптом «лимонной корочки». Подмышечные лимфатические узлы увеличены 1,5x1,5 см. (Рис.2).

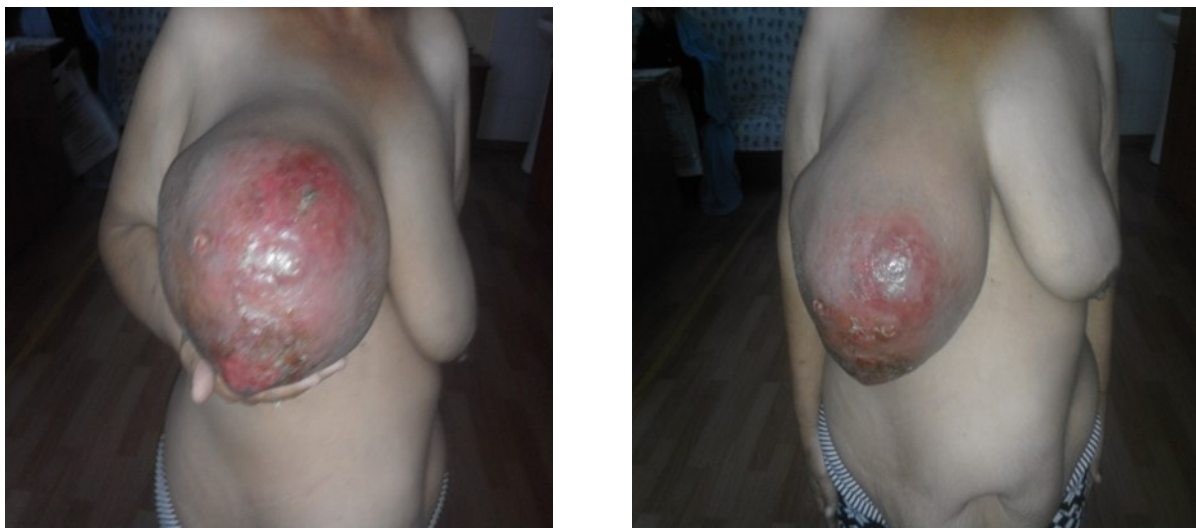


Рис.2. Картина молочной железы при поступлении.

При общем клиническом обследовании: Анемия тяжелой степени Нв-60 г/л, Гепатит В-НbsAg – положительно. Также с целью выявления/исключения (нодальных и экстранодальных поражений органов) произведена Р-графия органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы и осмотр области ротоглотки и миндалин. При УЗИ органов брюшной полости печень без патологических изменений, лимфатические узлы брюшной полости и забрюшинные л/узлы не увеличены. Селезенка увеличена в размере (140x80 мм.). Ткань однородная, контуры ровные, патологические образования не выявлены. Заключение: **Спленомегалия.**

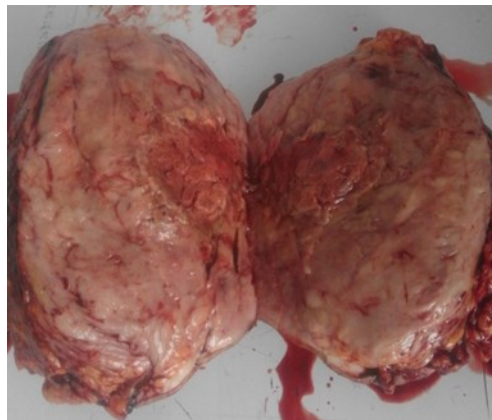
При осмотре ротоглотки и области миндалин, определяется увеличение миндалины слева, бугристость и изъязвление и оттуда взята биопсия. Гистологическое заключение (№6686-90/2018): диффузный фиброз лимфоидной ткани миндалин, акантоз покровного эпителия. (Рис.3).



Рис.3. Экстранодальное поражение миндалин.

По результатам комплексного обследования установлен диагноз: **Гигантская неходжкинская лимфома правой молочной железы (экстренодальное) с поражением миндалин и селезенки. Сопутствующий диагноз: вирусный гепатит В. Стадия III A.**

Решением консилиума, решено проведение оперативного лечения в объеме правосторонняя мастэктомия, из-за огромного размера опухоли правой молочной железы, изъязвлении и кровоточивости из опухоли. 18.01.2018 г. произведена правосторонняя мастэктомия. Макропрепарат: Молочная железа полностью замещена округлым образованием 28x24x20 см., на разрезе без капсулы, с четкими границами. Ткань мягкая, белесовато-розового цвета, напоминает «рыбье мясо». Общий вес опухоли 5 кг. (Рис.4).



*Рис.4. Макропрепарат: опухоль размерами 28x24x20 см., при разрезе напоминает «рыбье мясо». Удельный вес опухоли составил 5 кг.*

**Микроскопия операционного материала:** Ткань опухоли состоит из клеток близких по строению зрелому лимфоциту со слабо выраженным ядерным полиморфизмом, ядро окружено грубыми гранулами хроматина. Редкие липтозы.

**Гистологическое заключение:** Лимфоцитарная лимфосаркома молочной железы.

Послеоперационный период прошел гладко, осложнений не наблюдалось. На 15 сутки после операции больная в удовлетворительном состоянии выписана из отделения. На сегодняшний день больная получает I-ый курс химиотерапии по схеме COP.

**Вывод:** Таким образом, Неходжкинская лимфома молочной железы в основном встречается у женщин в возрасте старше 50 лет. По данным некоторых авторов правосторонние поражения составляют около 44,3%. Экстренодальные поражения молочной железы часто происходят с одновременным поражением миндалин и селезенки. Основными морфологическими компонентами лимфосаркомы молочной железы является наличие клетки лимфоидного происхождения и лимфоциты. При огромных размерах опухоли и поражении одной молочной железы по показаниям необходимо провести оперативное лечение в объеме мастэктомии с последующим проведением курса химиотерапии, что дает лучшие результаты.

#### **Использованная литература:**

1. Kumar S., Tiwary S.K., Khanna R., Khanna A.K. Primary Non Hodgkin Lymphoma of the Breast. The Internet Journal of Surgery. 2007. Vol. 9. № 2.
2. Newman M.K., Zimmel N.J., Bandak A.Z., Kaplan B.J. Primary breast lymphoma in a patient with silicone breast implants: a case report and review of the literature. J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. 2007, May 15.
3. Topalovski M., Crisan D., Mattson J.C. Lymphoma of the Breast. A Clinicopathologic Study of Primary and Secondary Cases. Arch Pathol. Lab. Med. 1999. Vol. 123, 1208-18.
4. Uesato M., Miyazama Y., Gunji Y., Ochiai T. Primary Non-Hodgkin's Lymphoma of the Breast: Report of a Case with Special Reference to 380 Cases in the Japanese Literature. Breast Cancer. 2005. Vol. 12. № 2: 154-158.
5. Yoshida S., Nakamura N., Sasaki Y., Yoshida S., Yasuda M., Sagara H., Ohtake T., Takenoshita S., Abe M. Primary breast diffuse large B-cell lymphoma shows a non-germinal center B-cell phenotype. Modern Pathology. 2005. 18: 398-405.

**СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПУЗЫРНО-МАТОЧНОГО СВИЩА  
Б.Б. Негмаджанов, Ф.И. Ганиев, Э.Х. Шопулатов, Р.Х. Расулов,  
Ф.И. Закиров, С.Ш. Рафиков  
Самаркандский Государственный медицинский институт**

**Ключевые слова:** пузырно-маточный свищ, послеоперационный свищ, коррекция, кесарево сечение.

**Таянч сўзлар:** пуфак-бачадон оқмаси, операциядан кейинги оқма, коррекция, кесар кесиш.

**Key words:** vesicoureteral fistula, postoperative fistula, correction, caesarean section.

**ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ПУФАК-БАЧАДОН ОҚМАСИНИНГ МУВАФФАҚИЙАТЛИ  
ХИРУРГИК КОРРЕКЦИЯСИ**

**Б.Б. Негмаджанов, Ф.И. Ганиев, Э.Х. Шопулатов, Р.Х. Расулов, Ф.И. Закиров, С.Ш. Рафиков  
Самарканд Давлат тиббиёт институти**

**CASE OF SUCCESSIVE SURGICAL CORRECTION POSTOPERATIVE VESICOURETERAL FISTULA**

**B.B. Negmadzhanov, F.I. Ganiev, E. Kh. Shopulatov, R.Kh. Rasulov, F.I. Zakirov, S.Sh. Rafikov  
Samarkand state Medical Institute**

В последние годы увеличилось число случаев повреждений мочевых путей с формированием свища после повторных акушерских операций (2 или 3 рубца на матке). В более широком понятии свищ (fistula) – искусственный ход, образовавшийся между двумя смежными полыми органами или между полыми органами и наружными кожными покровами. Существует множество классификаций генитальных свищей. На практике более полной и удобной в использовании является классификация В. И. Краснопольского и С. Н. Буяновой (2001):

1. Кишечно-генитальные:
  - прямокишечно-влагалищные,
  - толстокишечно-влагалищные,
  - тонкокишечно-влагалищные;
2. Брюшностеночные;
3. Собственно генитальные;
4. Мочеточниково-генитальные;
5. Уретро-влагалищные;
6. Пузырно-генитальные:
  - пузырно-влагалищные,
  - пузырно-маточные,
  - пузырно-шеечные,
  - пузырно-шеечно-влагалищные.

Особый интерес представляют свищи, образующиеся в результате травмы мочевых и половых путей. Повреждение мочевых путей при выполнении акушерских и гинекологических операций является самым распространенным видом травмы, приводящей к возникновению мочеполовых фистул.

Ниже приведем описание клинического случая. Под нашим наблюдением находилась пациентка Э. Перенесла операцию кесарево сечение 1 год 6 месяцев назад в одном из родовспомогательных учреждений города Самарканд с диагнозом: Беременность III, недель 38, роды III. ОАА. 2 рубца на матке. Анемия легкой степени. После операции долгое время лечилась по поводу хронического цистита. Жаловалась на постоянные боли внизу живота, частое болезненное мочеиспускание (и ощущение инородного тела в мочевом пузыре). Спустя год после операции при цистоскопии на задней стенке мочевого пузы-

ряобнаружено наличие инородного тела – шовный материал (рис. 1).

Инородное тело – лигатуры срезаны и удалены цистоскопически. После проведения антибактериальной терапии состояние пациентки улучшилось, явления цистита прошли. Через 20 дней после после удаления швов, во время месячных у нее появилась кровь в моче.

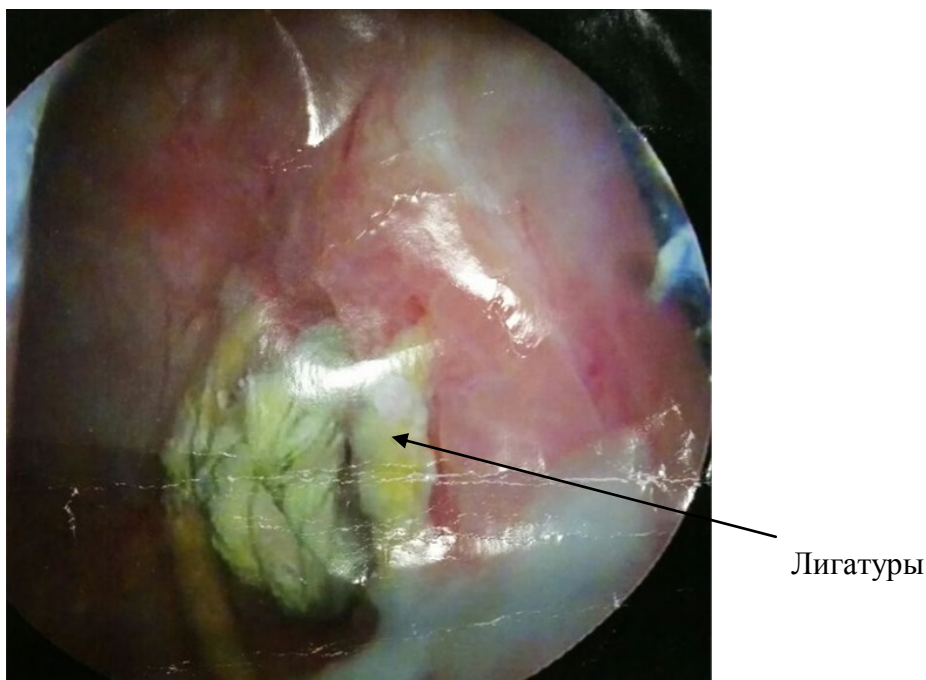


Рис. 1. Цистоскопия. Лигатуры задней стенки мочевого пузыря.

В начале пациентка предположила, что эта кровь из влагалища, но через 2 дня у пациентки начались периодические выделения мочи порциями через влагалище.

Установлен диагноз пузырно-маточный свищ. Хронический цистит. Хронический мочево́й эндометрит.

Спустя два с половиной месяца от момента удаления инородного тела – лигатуры (капроаг), выполнена операция лапаротомия поперечная. Иссечение старых послеоперационных рубцов. При ревизии обнаружен выраженный спаечный процесс, матка увеличена в объеме размерами 13x12x8 см дряблая с признаками хронического воспаления и инфильтрации. мочево́й пузырь отсепарован от передней стенки матки. Обнаружена фистула, имеющий форму воронки: размеры фистулы со стороны мочево́го пузыря 8x10 мм, со стороны матки – 20x25 мм. (Рис 2).

После мобилизации стенок мочево́го пузыря дренированы устья мочеточников справа и слева. Дефект мочево́го пузыря ушит викриловым швом (рис 3,4) выполнена гистерэктомия без придатков. При этом отмечалось паренхиматозное кровотечение из клетчатки малого таза (хроническое поражение брюшины таза мочой – моча проникала в брюшину из матки через маточные трубы путем рефлюкса).

Паренхиматозное кровотечение из параметральной клетчатки остановлено перевязкой внутренних подвздошных ар-

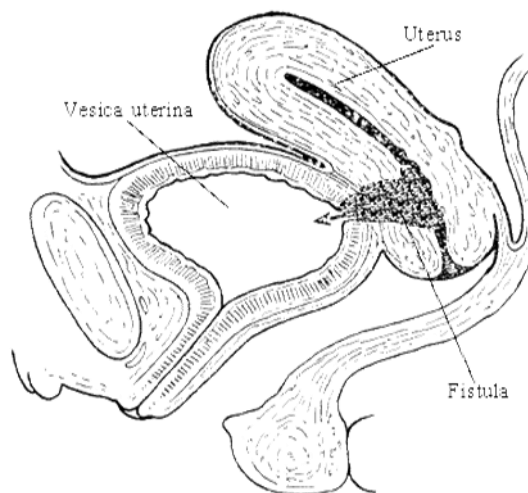
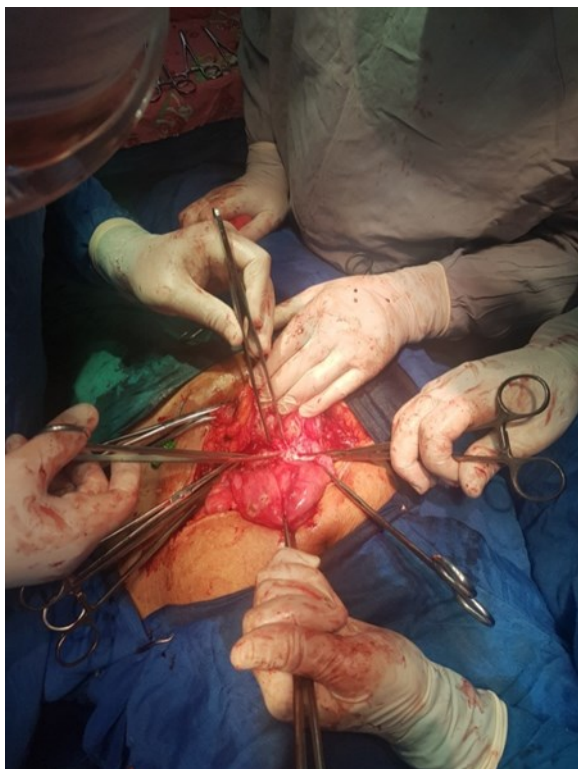


Рис. 2. Схематическое изображение фистулы





*Рис. 3. Лапаротомия. Отделение мочевого пузыря от передней стенки матки. Идентификация фистулы.*



*Рис. 4. Этапы гистерэктомии и фистулографии.*

терий и биполярной электрокоагуляцией. Брюшная полость промыта дезинфицирующим раствором. Дренаж малого таза через отдельный прокол. Рана передней брюшной стенке ушита. Послеоперационный период протекал относительно гладко. Больная выписана в удовлетворительном состоянии. Заживление с первичным натяжением.

Гистологический диагноз. Матка с признаками хронического эндометрита с дефектом передней стенки в нижнем сегменте.

#### **Выводы.**

При повторных акушерских операциях мочевой пузырь должен быть отсепарован.

Разрез на матке рекомендуется выполнить выше предыдущего рубца.

Рану матки рекомендуем зашивать рассасывающимся синтетическим шовным материалом (викрил).

Капроаг в большинстве наблюдений не рассасывается. В отдаленном послеоперационном периоде есть случаи миграции материала (капроаг) и выделение его через цервикальный канал наружу.

#### **Использованная литература:**

1. В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова. Генитальные свищи // М.: МЕДпресс, 2001. 192 с.
2. Arrow SS, Hamlin EC, Wall LL. Obstructed labor injury complex: Obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world. *Obstet Gynecol Surv.* 1996.(Pubmed).
3. Nardos R, Browning A, Chen C C. 2009. "Risk Factors that Predict Failure after Vaginal Repair of Obstetric Vesico-Vaginal Fistulae." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 200 (5): 578. [PubMed].
4. United Nations General Assembly. 2012. "Supporting Efforts to End Obstetric Fistula: Report of the Secretary-General." New York.
5. UNFPA (United Nations Population Fund). 2012. "When Childbirth Harms: Obstetric Fistula." New York.

**КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ МЕТРОПЛАСТИКИ****Б.Б. Негмаджанов, Ф.И. Ганиев, М.Д. Маматкулова, В.О. Ким**

Самаркандский Государственный медицинский институт

**Ключевые слова:** кесарево сечение, метропластика, аномалия развития мюллеровых протоков, двурогая матка.

**Таянч сўзлар:** кесар кесиш, метропластика, мюллер каналлари, икки шохли бачадон.

**Key words:** cesarean section, metroplasty, anomaly of development of mullerian ducts, bicornic uterus.

**КЕСАР КЕСИШ МЕТРОПЛАСТИКАДАН КЕЙИН****Б.Б. Негмаджанов, Ф.И. Ганиев, М.Д. Маматкулова, В.О. Ким**

Самарканд Давлат тиббиёт институти

**CESAREAN SECTION AFTER METROPLASTY****B.B. Negmadzhanov, F.I. Ganiyev, M.D. Mamatkulova, V.O. Kim**

Samarkand State Medical Institute

Наиболее частыми причинами проведения метропластики являются двурогая матка и наличие перегородки в ее полости. Среди всех женщин такие врожденные патологии встречаются у 2-3%, а среди женщин с повторными выкидышами— приблизительно у 15% и с бесплодием—у 14%. Кесарево сечение после метропластики при аномалиях развития матки наиболее приемлемый способ родоразрешения, из-за наличия множества осложнений течения родов.

Под нашим наблюдением находилась пациентка Л., 1990 г.р., которая поступила в родильный комплекс №3 20 февраля 2018 года с жалобами на общую слабость, жжение по белой линии живота, был выставлен диагноз: Беременность IV, недель 37-38, роды I. Отягощенный гинекологический анамнез. Рубец на матке (состояние после метропластики). Несостоятельность матки. Поперечное положение плода. Многоводие. Хроническая анемия средней степени.

Из анамнеза известно, что I, II, III беременности были в 2013, 2014, 2015 годах соответственно и все они заканчивались самопроизвольным абортom на сроках в 5-6 недель. Женщина проходила обследование для установления причин столь частых абортов и при МРТ исследовании была выявлена аномалия развития матки: двурогая матка. В последующем в 2016 году женщине было выполнено оперативное вмешательство: Лапаротомия. Метропластика.

Последняя менструация была 3 июня 2017 года.

Предполагаемый срок родов—10 марта 2018 года.

Заключение УЗИ: Беременность 37-38 недель. Многоводие. Поперечное положение плода.

Объективно общее состояние пациентки было удовлетворительным. При наружном акушерском осмотре было выявлено увеличение живота в поперечном направлении (рис.1) за счет беременности. Положение плода поперечное, предлежащая часть отсутствует (рис.2). Головка плода находилась слева относительно боковой стенки матки. Сердцебиение плода ритмичное, до 140 ударов в минуту. Окружность живота 114 см, высота стояния дна матки—40 см.

Учитывая анамнез пациентки, наличие рубца на матке после метропластики (продольный), поперечное положение плода, жжение по ходу белой линии живота, желание женщины иметь здорового ребенка, было решено родоразрешить беременную путем операции кесарева сечения в нижнем маточном сегменте.

Пациентке была выполнена операция: Лапаротомия. Иссечение старого послеоперационного рубца. Рассечение спаек. Корпоральное кесарево сечение. Ушивание дефекта сигмо-



Рис. 1. Внешний вид живота беременной увеличен в поперечном направлении.

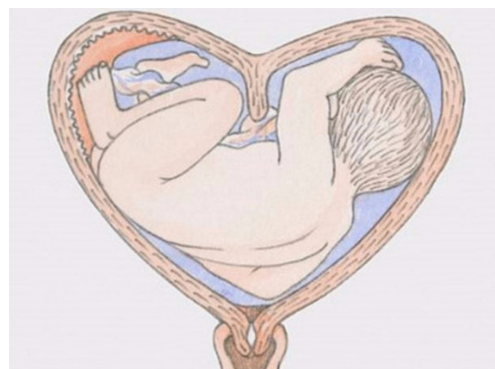


Рис. 2. Поперечное положение плода у пациентки.

видной кишки.

Некоторые особенности проведенной операции: при вскрытии брюшной полости имели место множественные выраженные спайки, которые отделены тупым и острым путем. Матка напоминала форму седла (до метропластики она была двурогой), имелся продольный рубец, к которому была спаяна сигмовидная кишка; при этом приводящая петля была резко утолщена, отводящая петля нормальных размеров ( из анамнеза: до и в течение беременно-



Рис. 3. Каловый завал из дефекта сигмовидной кишки.



Рис. 4. Ушивание дефекта сигмовидной кишки.

сти больная страдала хроническим запором, стул был раз в 2-3 дня). При отделении сигмовидной кишки от матки был отмечен поперечный дефект на 1/2 кишки. Отмечался каловый завал (рис.3). Петля сигмовидной кишки выведена на рану и отграничена стерильными салфетками, в дальнейшем, после выполнения кесарева сечения, дефект был ушит (рис.4).

Было выполнено корпоральное кесарево сечение, был извлечен плод женского пола, имело место 4-х кратное обвитие пуповины вокруг шеи. Новорожденная передана неонатоло-

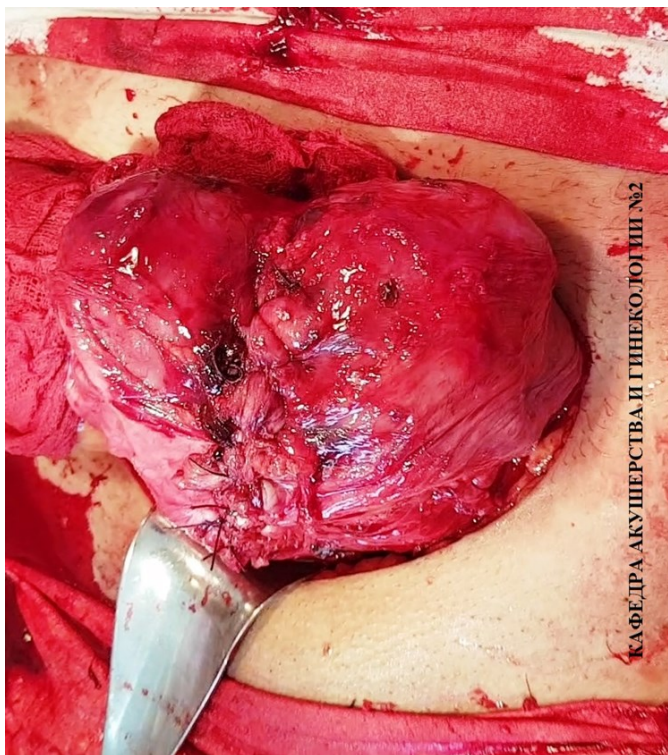
логу. У новорожденной отмечался отек в области шеи, гиперлордоз позвоночного столба из-за вынужденного положения и увеличение объема живота при дыхании из-за гиперлордоза.

Матка была ушита (рис. 5). Малый таз был дренирован через отдельные проколы справа и слева. Рана передней брюшной стенки ушита послойно. Кровопотеря 500 мл. Моча через катетер Фолея 60 мл, светлая.

Послеоперационный период протекал относительно гладко и соответствовал тяжести перенесенной операции.

Родильница на 12 сутки выписана домой в удовлетворительном состоянии вместе с ребенком.

Таким образом, наличие аномалий в развитии формы, полости, размеров матки не являются противопоказанием для возможности забеременеть и вынашивания



*Рис. 5. Вид матки после кесарева сечения.*

данной беременности. Рождение ребенка у матерей с некоторыми аномалиями развития мюллеровых протоков, является результатом поэтапных хирургических вмешательств (метропластика, кесарево сечение), которые обеспечивают сначала коррекцию анатомического строения органа, а потом уже и профилактику осложнений в родах.

#### Использованная литература:

1. Fernandez H, Garbin O, Castaigne V, Gervaise A, Levailant JM. Surgical approach to and reproductive outcome after surgical correction of a T-shaped uterus // Hum Reprod. 2011 Jul;26(7):1730-4.
2. Pai HD, Kundnani MT, Palshetkar NP, Pai RD, Saxena N. Reproductive performance after hysteroscopic metroplasty in women with primary infertility and septate uterus // J Gynecol Endosc Surg. 2009 Jan;1(1):17-20.

## К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Для направления статьи в редакцию необходимо представить:

1. Сопроводительное письмо от учреждения, в котором выполнена работа.
2. Рецензия на статью, с подписью рецензента и заверенная печатью.
3. Распечатанный вариант статьи в одном экземпляре.
4. Электронный вариант статьи на CD диске либо отправлен по электронной почте.

## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

1. На первой странице статьи должна быть виза руководителя и печать направляющего учреждения, на последней странице - подпись всех авторов с указанием имени и отчества, фамилии, ученой степени, звания, почтового адреса, контактного телефона и адреса электронной почты для переписки.
2. В начале статьи указывают: название, инициалы и фамилии авторов, наименование учреждения, где выполнена работа (без сокращений).
3. Текст печатается на одной стороне листа А4, шрифт Times New Roman, размер 12, с одинарным интервалом между строк, ширина полей 2 см, в текстовом редакторе WORD.
4. Структура оригинальной статьи должна быть следующей: введение, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, список цитируемой литературы.
5. Таблицы должны иметь заголовки. В тексте следует указать ссылку на таблицу, не допускается повторение данных, приведенных в ней.
6. Иллюстрации (фотографии, рисунки, схемы) должны быть контрастными и четкими. Допускается оформление иллюстраций в формате JPEG. Подписи к ним оформляются в порядке нумерации на отдельной странице. В тексте следует указать ссылку на иллюстрацию.
7. Формулы (физические, математические, химические) визируются авторами на полях.
8. Сокращения, кроме общепринятых (физических, химических, математических) величин не допускаются. В статье должна использоваться система единиц СИ. Аббревиатуры в названии статей не допускаются, а в тексте они должны расшифровываться при первом упоминании.
9. К статьям необходимо приложить рефераты и ключевые слова на русском, узбекском и английском языках с указанием названия, авторов, организации как на первой странице. Текст реферата объемом не более 150 слов должен отражать основные положения статьи.
10. Все статьи должны иметь УДК.
11. Для статей в рубрику "Обзор литературы" и "Случай из практики" реферат не обязателен.
10. В списке литературы цитируемые авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках). Ссылки на авторов в тексте приводятся в квадратных скобках с указанием их порядкового номера, согласно списку. При составлении списка литературы указываются: для книг - *пример*: Ревич Б.А. «Горячие точки» химического загрязнения окружающей среды и здоровье населения России. М., 2007. 192 с.; для журнальных статей - *пример*: Аюпова Ф.М. Иммунологические аспекты воспалительных заболеваний гениталий у девушек с хроническим пиелонефритом // Медицинский журнал Узбекистана. 1996. №4. С. 86-88.; для статей из сборников - *пример*: Громбах С.М. Актуальные вопросы изучения состояния здоровья детей и подростков // Проблемы охраны здоровья детей дошкольного и школьного возраста. М., 1981. С. 9-19.; для авторефератов диссертаций - *пример*: Мартыш Н.С. Применение эхографии в ряде гинекологических заболеваний детей и юношеского возраста // Автореф. дисс. .... канд. мед. наук. М., 1984. 18 с. Ответственность за правильность и достоверность данных, приведенных в списке литературы, возлагается на авторов. Статьи оформленные не по стандарту к публикации не допускаются.
11. Объем статей для рубрик "Клинические исследования", "Экспериментальные исследования", "Обзор литературы" и "Лекции" не должен превышать 8-10 страниц, включая таблицы, иллюстрации и список литературы. Для рубрик "Обмен опытом" и "Случай из практики" - не более 4-5 страниц.
12. Все материалы, присланные для публикации, согласно требованиям ВАК Республики Узбекистан, будут проверяться на плагиат.
13. Редакция оставляет за собой право редактировать, исправлять и сокращать статьи, без искажения их сути. Статьи, ранее опубликованные или направленные в другие журналы, не принимаются. Статьи не соответствующие настоящим требованиям рассмотрению не подлежат. Рукописи авторам не возвращаются.