

TADQIQOT

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Impact Factor: 5.878

JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 2

2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

Nº 2
2021

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics
and Gynecology Department No. 2 of the
Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес

профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana

профессор, руководитель Вильнюсского центра
перинатологии, профессор и руководитель клиники
акушерства и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Аюпова Фариди Мирзаевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской медицинской академии.

Зокирова Нодира Исламовна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №2, Бухарского
медицинского института.

Окулов Алексей Борисович

доктор медицинских наук, профессор кафедры
медицинской репродуктологии и хирургии
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
факультета последипломного образования
Самаркандского Государственного медицинского
института (ответственный секретарь)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович

доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович

доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна

доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW

1. Абдуллаева Л. М., Турапова М., Мамирова М. Проблема ожирения в гинекологической практике Abdullayeva L. M., Turapova M., Mamirova M. The problem of obesity in gynecological practice.....	5
2. Амонова М. Ф., Азимова К. И., Исроилова Г. П. Ранняя профилактика и диагностика остеопороза у женщин в постменопаузе Amonova M.F., Azimova K.I., Isroilova G.P. Early prevention and diagnosis of osteoporosis in postmenopausal women.....	8
3. Сафаров А.Т., Сафарова Л. А. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке Safarov A.T., Safarova L.A. Management of pregnancy and childbirth in women with a uterine scar.....	11
4. Сафарова Л. А. Перинатальная трансмиссия вич-инфекции - современный взгляд на проблему Safarova L.A. Perinatal transmission of hiv infection: a modern view of the problem.....	16
5. Ташкенбаева У. А, Музапова У.Р. Инфекции, передающиеся половым путем: особенности эпидемического процесса, клиники и диагностика Tashkenbaeva U.A., Muzapova U.R. Sexually transmitted infections: features of the epidemic process, clinic and diagnosis.....	19
6. Турапова М., Абдуллаева Л. М., Мамирова М. Беременность и сахарный диабет Turapova M., Abdullaeva LM, Mamirova M. Pregnancy and diabetes mellitus.....	22

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ ORIGINAL ARTICLES

1. Аллазов С. А., Мансуров У. М., Эшбеков М. А., Аллазов А. С., Искандаров Ю. Н., Маманазаров Д.М. Отечественное кровоостанавливающее лекарственное растение – лагохилус Allazov S. A., Mansurov U. M., Eshbekov M.A., Allazov A.S., Iskandarov Y.N., Mamanazarov D.M. Domestic hemostatic medicinal plant – lagohilus.....	26
2. Аллазов С. А., Аллазов Х. С., Искандаров Ю. Н., Эшбеков М. А. Мультиорганная операция на 4-х органах человеческого организма Allazov S. A. A., Allazov H. S., Iskandarov Y. N., Eshbekov M. A. Multiorgan surgery on 4 organs of the human body.....	32
3. Исакова Д. Б., Мамарасулова Д. З., Алмухаммедова Б. Г., Якубова О. А. Онкоэпидемиологическое состояние заболеваемости и смертности предраковых и раковых заболеваний шейки матки Isakova D.B., Mamarasulova D.Z., Almukhammedova B.G., Yakubova O. A. Onkoepidemiological state of morbidity and mortality of precancerous and cancerous diseases of the cervix.....	36
4. Искандаров Ю. Н., Гафаров Р. Р., Эшбеков М. А., Аллазов С. А. Разнопериодные осложнения при аденомэктомии простаты: современные взгляды Iskandarov Y. N., Gafarov R. R., Eshbekov M. A., Allazov S. A. Divergent complications in adenomectomy of the prostate: current views.....	41
5. Каримова М.Н., Тугизова Д.И., Субхонов У., Эсанкулова Б. Прогноз и результаты лечения при метастатическом раке молочной железы Karimova M.N., Tugizova D.I., Subxonov U, Esonkulova B. Prognosis and treatment results in metastatic breast cancer.....	48
6. Каримова М.Н., Тугизова Д.И., Хайдарова Р.Ш., Низомова И.Б. Особенности течения рака молочной железы у женщин пожилого и старческого возраста Karimova M.N., Tugizova D.I., Haidarova R.SH, Nizomova I.B. Features of the course of breast cancer in elderly and senile women.....	53
7. Усинова З. Б., Ниязметов Р. Э., Матякубов Б.Б. Восстановление репродуктивной функции после внематочной беременности Usinova Z.B., Niyazmetov R.E., Matyakubov B.B. Restoration of reproductive function after ectopic pregnancy.....	57



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW

УДК: 618-616.43

Абдуллаева Лагия Мирзатуллаевна

Доктор медицинских наук

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

Турапова Малика

Резидент магистратуры

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

Мамирова Мохинур

Студент Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Abdullaeva Lagiya Mirzatullaevna, Turapova Malika, Mamirova Mokhinur, The problem of obesity in gynecological practice (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp. 5-7



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-1>

Abdullaeva Lagiya Mirzatullaevna

Doctor of Medical science

Tashkent Medical Academy

Tashkent, Uzbekistan

Turapova Malika

Resident of master's degree

Tashkent Medical Academy

Tashkent, Uzbekistan

Mamirova Mokhinur

Student Tashkent Medical Academy

Tashkent, Uzbekistan

THE PROBLEM OF OBESITY IN GYNECOLOGICAL PRACTICE (LITERATURE REVIEW)

Abdullaeva Lagiya Mirzatullaevna

Tibbiyot fanlari doktori

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Toshkent, O'zbekiston

Turapova Malika

Magistratura rezidenti

Toshkent, O'zbekiston

Mamirova Mohinur

Talaba Toshkent tibbiyot akademiyasi

Toshkent, O'zbekiston.

GINEKOLOGIK AMALIYOTDA SEMIZLIK MUAMMOSI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Ожирение является серьезной медико-социальной и экономической проблемой в современном обществе. Ее актуальность определяется в первую очередь высокой

распространенностью. По прогнозам экспертов ВОЗ, при сохранении существующих темпов роста заболеваемости и к 2025 г. в мире будет насчитываться более 300 млн человек с данным

диагнозом, из них более 200 млн составят женщины фертильного возраста. Избыточная масса тела ($ИМТ \geq 25 \text{ кг/м}^2$) по данным ВОЗ встречается у 40% - 66,3% взрослого женского населения [5]. Ежегодно вследствие избыточной массы тела и ожирения в мире умирает 2,8 млн человек [3]. Распространенность ожирения среди женщин репродуктивного возраста составляет около 25% [6]. В развивающихся странах распространение избыточного веса и ожирения среди детей на 30% выше, чем в развитых. Если эта тенденция сохранится, то число детей с избыточным весом к 2025 году вырастет до 70 млн. Schokker с соавт. считает, что ожирение, в детстве, приведет к значительному увеличению связанного с избыточным весом бесплодия у взрослых [4]. По данным литературы в США, например, ожирение имеют от 33 до 50% женщин, а 8% женщин репродуктивного возраста имеют индекс массы тела выше 40 [10]. В СНГ частота ожирения среди женщин составляет 30-40% [1].

У больных с ожирением повышается риск развития многих заболеваний – нарушения жирового обмена, сахарного диабета, артериальной гипертензии, холецистита, остеоартрита [1, 14]. Избыток ароматазы в жировой ткани ведет к гиперэстрогемии и увеличению частоты эстрогензависимых заболеваний (рак молочной железы, рак эндометрия). Избыточный вес и ожирение увеличивают риск развития при беременности таких осложнений, как гестационный сахарный диабет, гипертензия, преэклампсия, преждевременные роды, антенатальная гибель плода. Для плодов это опасно с точки зрения развития аномалии, макросом, родовой травмы [3]. Данные осложнения повышают, безусловно, возникновением избыточной жировой ткани и уменьшением чувствительности к инсулину в связи с риском неблагоприятного программирования метаболизма плода [2,8]. Ожирение и избыточное питание во время гестации повышают показатели глюкозы и инсулина у плода, в дальнейшем повышается выработка лептина и его секрета адипоцитами плода, что способствует еще большему увеличению количества глюкозы, инсулина, лептина и модулирует метаболический ответ нейронов гипоталамуса с возникновением макросомии плода и новорожденного и программирует рост индекса массы тела (ИМТ) у потомства [5, 11]. Дисбаланс липидного обмена, характерный для ожирения, способствует дальнейшему прогрессированию в программировании метаболизма плода и новорожденного.

Самым часто встречаемым осложнением гестации у беременных с ожирением является невынашивание беременности [5,8, 14]. Следует учитывать, что избыточная масса тела также является фактором риска прерывания беременности, в связи с развивающейся гиперандрогенией и гиперинсулинемией. Невынашивание беременности и самопроизвольные выкидыши у женщин с ожирением встречаются в пределах 25—37% [1, 4, 8]. Частота преждевременных родов и перенашивания беременности у женщин с ожирением также повышена. В связи с неполным формированием родовой доминанты у женщин с ожирением к концу беременности у 10-15% беременных наблюдается тенденция к перенашиванию беременности и развитию слабости родовой деятельности. Тяжесть развития аномалий родовой деятельности напрямую связана со степенью ожирения, что способствует увеличению показателей оперативного родоразрешения посредством операции кесарево сечение [4, 9,13]. Иногда рациональность проведения оперативного родоразрешения может быть обусловлена тазо-головной диспропорцией, в связи с частой макросомией плода у беременных женщин с ожирением. Частота рождения детей с макросомией у женщин с ожирением составляет 20 — 44% [11, 14]. Оперативное родоразрешение по причине осложненных родов у женщин с ожирением наблюдается в два-четыре раза чаще по сравнению с беременными женщинами, имеющими нормальный вес. В то же время, родоразрешение путем операции кесарево сечение у беременных женщин с ожирением сопряжено с риском развития различных тромботических осложнений, плохой заживляемостью послеоперационных ран [1,3, 14].

В родах значительно увеличивается частота кесарева сечения до 32,6% у женщин с ИМТ 30-35, до 36,9% - при ИМТ 35-40, до 47,4%

- при ИМТ более 40 [8.]. После родов чаще развиваются септические осложнения.

Очень часто ожирение сочетается с гормональной дисфункцией яичников. У 45% женщин с ожирением развивается нарушение репродуктивной функции. Частота бесплодия у женщин с ожирением составляет 33,6%, что в 2 раза больше, чем у женщин с нормальной массой тела. У женщин с ожирением в 2-5 раз чаще возникают различные нарушения менструального цикла [4,7,8]. В практике врача-гинеколога одной из наиболее частых причин ановуляции в сочетании с инсулин-резистентностью, гиперинсулинемией и ожирением является синдром поликистозных яичников (СПКЯ), который встречается у 4-7% женщин репродуктивного возраста, и 65% из этих женщин имеют избыточную массу тела или ожирение [1, 6,11]. Причинная роль ожирения в патогенезе нарушений функции репродуктивной системы подтверждается восстановлением овуляторного менструального цикла после снижения или нормализации массы тела [3, 4].

Доказано, что менструальная функция нормализуется при потере от 5 до 10% массы тела. С этой целью проводится комплексная метаболическая терапия, включающая принципы здорового питания и медикаментозные средства. Многие авторы считают, что нормализация массы тела приводит к восстановлению метаболического и гормонального гомеостаза, что способствует не только реализации генеративной функции, но и снижению риска для здоровья, выработке долговременных навыков здорового образа жизни [8]. При развитии ожирения снижение массы тела менее 5% от исходной не приводит к ожидаемому эффекту, в 5-10% дает удовлетворительный эффект и более 10% случаев приводит к хорошему эффекту лечения [9]. Оптимальным считается снижение массы тела на 0,5-1 кг в неделю. Для внедрения принципов рационального питания необходимо проводить расчет калорийности суточного рациона, предложенный ВОЗ [2, 8]. Схема этого расчета для женщин такова:

- 18-30 лет: $(0,0621 \times \text{вес в кг} + 2,0357) \times 240 \times \text{коэфф. физической активности}$;
- старше 30 лет: $(0,0342 \times \text{вес в кг} + 3,5377) \times 240 \times \text{коэфф. физической активности}$.

Коэффициент физической активности рассчитывается от уровня физической активности:

- низкая физическая активность (умственная, сидячая, домашняя нетяжелая работа) – коэффициент 1,0;
- умеренная физическая активность (работа, связанная с ходьбой, занятия физкультурой не менее 3 раз в неделю) – коэффициент 1,3;
- высокая физическая активность (тяжелая физическая работа, занятия спортом) - коэффициент 1,5.

Для снижения массы тела полученную калорийность суточного рациона уменьшают на 20%. И.Б. Манухин и соавт. предложили упрощенную схему: пациентке с избыточной массой тела или ожирением для поддержания веса необходимо 22 ккал на 1 кг веса. Для снижения массы тела полученную суточную калорийность уменьшают на 700 ккал [9,10].

Д.Г. Бессесен и Р. Кушнер дают следующие практические рекомендации:

- употреблять фрукты и овощи более 5-7 раз в сутки;
- есть сорта хлеба из муки грубого помола;
- выпивать за день не менее 1,8 л воды;
- употреблять обезжиренные молочные продукты не реже 2 раз/сут.;
- ограничить употребление поваренной соли до 2,4 г/сут. [3].

В исследовании Е.Н. Андреевой и соавт. показано, что на нормализацию углеводного и липидного обмена значительное влияние оказывает комбинация сибутрамин/метформин [1].

Таким образом, женщинам репродуктивного возраста, имеющим ожирение, в первую очередь следует назначать терапию, направленную на снижение массы тела для лечения и профилактики соматических и гинекологических заболеваний,

нарушений репродуктивной функции, осложнений планируемой беременности, родов и послеродового периода.

Использованная литература

1. Аршинова О.В., Кузнецова О.А., Смирнова Т.В. Прогноз развития гестационных осложнений у женщин с алиментарно-конституциональным типом ожирения // Вестник Российского университета дружбы народов. Медицина.-2016.-№2.-С.116-122
2. Ганчар Е.П., Кажина М.В. Планирование беременности при метаболическом синдроме. Монография. Гродно: ГрГМУ, 2017. 143 с
3. Геворкян, М.А. Метаболический синдром с позиций гинеколога // Лечащий врач. 2007. № 10. С. 79-83
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. (ред.). Синдром поликистозных яичников. — М.: МИА, 2006.
5. Иловайская И.А. Влияние ожирения у женщин на фертильность и вынашивание беременности // РМЖ. 2016. № 1. С. 32-37.
6. Карелина О.Б., Артымук Н.В. Факторы риска асфиксии новорожденных у женщин с ожирением // Фундаментальная и клиническая медицина. 2016. Т.1, № 2. С. 31-37.
7. Мишарина Е.В., Боровик Н.В., и др. Ожирение и репродуктивная система женщины: пособие для врачей / ред. Э.К. Айламазян. — СПб., 2010.
8. Мишарина Е.В., Потин В.В., Боровик Н.В., Тисель-ко А.В. Лечение недостаточности яичников у больных с ожирением // Signatura. — 2007. — № 2. — С. 46-51.
9. Подзолкова Н.М., Колода Ю.А., Подзолков А.В. Терапия бесплодия у пациенток с ожирением: современный взгляд на проблему // Проблемы репродукции. — 2012. — № 3. — С. 37-41.
10. Цаллагова Е.В. Ожирение и репродуктивное здоровье женщины (обзор литературы) // Гинекология. 2012. № 6. С. 14-19
11. Шакирова Е.А., Зотова О.А. Состояние метаболических процессов у женщин репродуктивного возраста с ожирением и гиперпластическими процессами эндометрия // Фундаментальная и клиническая медицина. 2016. Т. 1, № 2. С. 76-82
12. Fryar CD, Carroll MD, Ogden CL. Prevalence of overweight, obesity, and extreme obesity among adults: United States, 1960-1962 through 2011-2012, sept. 2014. National Center for Health Statistics.
13. Darren L. Roberts, Caroline Dive and Andrew G. Renchan. Biological Mechanisms Linking Obesity and Cancer Risk: New Perspectives // Annual Review of Medicine. -2010. - V.61. - P.301-316.
14. Safarov A.T, Urinov M. Y, Safarova L.A, Features of pre-gravidar training and management tactics of pregnant women with alimentary-constitutional type of obesity, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 1, issue 3.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 618.173:616.71 – 007.234

Амонова Мадина ФуркатовнаАссистент Самаркандский Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан**Азимова Комила Исломовна**Ассистент Самаркандский Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан**Исроилова Гулжаннат Пардабаевна**Ассистент Самаркандский Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА И ДИАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Amonova Madina Furkatovna, Azimova Komila Islomovna, Isroilova Guljannat Pardabaevna, Early prevention and diagnostics of osteoporosis in women in postmenopause (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp. 8-10


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-2>
Amonova Madina FurkatovnaAssistant Samarkand State Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan**Azimova Komila Islomovna**Assistant Samarkand State Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan**Isroilova Guljannat Pardabaevna**Assistant Samarkand State Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan

EARLY PREVENTION AND DIAGNOSTICS OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN IN POSTMENOPAUSE (LITERATURE REVIEW)

Amonova Madina FurkatovnaAssistant Samarqand Davlat tibbiyot instituti
Samarqand, Uzbekiston**Azimova Komila Islomovna**Assistant Samarqand Davlat tibbiyot instituti
Samarqand, Uzbekiston**Isroilova Guljannat Pardabaevna**Assistant Samarqand Davlat tibbiyot instituti
Samarqand, Uzbekiston

POSTMENOPAUSA DAVRIDA AYOLLARDA OSTEOPOROZNI ERTA TASHXISLASH VA OLDINI OLISH (ADABIYOTLAR SHARHI)

Актуальность: Состояние здоровья и развитие общества в настоящее время во многом определяется уровнем популяционного здоровья женщин, находящихся в климактерии, которые составляют значительную часть в структуре населения. Именно они, обладая огромным опытом и высоким творческим потенциалом, являются оплотом семьи и общества, хранительницами традиций и духовных ценностей. Поэтому

поддержание оптимального уровня здоровья, трудоспособности и качества жизни женщин старшего возраста представляет собой чрезвычайно актуальную и социально значимую проблему современного здравоохранения(1,2). Среди заболеваний костно-мышечной системы остеопороз (ОП) занимает особое место как одно из наиболее распространенных заболеваний, имеющих большую социально-экономическую и медицинскую значимость.

Самой распространенной формой заболевания является постменопаузальный остеопороз.

Остеопороз – заболевание, характеризующееся низкой массой кости и микроархитектурным повреждением ее ткани, что в итоге приводит к увеличению хрупкости и, таким образом, повышает риск развития переломов. Наиболее частые места перелома – тела позвонков, дистальная часть лучевой кости и шейка бедра таким образом актуальность проблемы остеопороза определяется его широкой распространенностью, многофакторной природой, частой инвалидизацией, а в ряде случаев, смертью больных в результате переломов проксимальных отделов бедренной кости (3). По мнению ряда исследователей (Беневоленская Л.И., 2000; Лесняк СМ., 2000) это заболевание, особенно в развитых странах, приобрело характер "безмолвной" эпидемии. Остеопороз стал глобальной мировой проблемой. В Соединенных Штатах он находится в ряду эпидемических заболеваний, затрагивая более 20 млн людей (4,6,7). Широко масштабные популяционные исследования в области эпидемиологии, патогенеза, диагностики и профилактики остеопороза в странах Европы, Северной Америки, Японии и других, стали возможны за последние 20 лет, когда появились условия для проведения диагностики, были разработаны средства лечения и профилактики. Большинство пациенток, страдающих остеопорозом, – женщины в постменопаузе. Остеопороз у женщин в постменопаузе является результатом увеличения возраста и дефицита эстрогенов, 75% и более потери костной ткани у женщин в течение первых 15 лет после менопаузы является проявлением дефицита эстрогенов в большей степени, чем старение (8,9,11,14,19). В течение первых 20 лет после прекращения секреции эстрогенов яичниками постменопаузальный остеопороз приводит к 50% уменьшению трабекулярной кости и 30% потере кортикальной костной ткани (7,10,12,13). Особенно уязвимы позвонковые кости, поскольку трабекулярные кости тел позвонков метаболически активны и в ответ на дефицит эстрогенов значительно уменьшаются в количестве. Масса позвонковой кости значительно уменьшается у женщин в перименопаузе и ранней постменопаузе, когда происходит повышение ФСГ и снижение уровня эстрогенов, при этом потеря костной ткани лучевой кости не определяется, как минимум, год после менопаузы (20,21) Риск переломов зависит от двух факторов: пика костной массы, достигаемой в зрелости (в возрасте 30 лет) и последующего уровня потери кости. Увеличение скорости потери костной ткани после менопаузы гарантированно предсказывает увеличение риска переломов. Женщины с низкой массой костной ткани в пременопаузе и ускоренной потерей

костной ткани в менопаузе имеют самый высокий риск возникновения переломов. Ускоренная потеря костной массы во время менопаузы – индикатор низкого эндогенного уровня эстрогенов; это может быть объяснено тем, что постменопаузальная потеря костной ткани происходит в меньшей степени у женщин с большим количеством жировой ткани и, следовательно, увеличенным периферическим формированием эстрогенов (22). Несмотря на значительные успехи, достигнутые в области диагностики и лечения остеопороза (ОП), изучение факторов, влияющих на состояние минеральной плотности костной ткани (МПКТ), остается актуальной научной проблемой, все еще далекой от окончательного решения. Ее медико-социальная значимость обусловлена неуклонным ростом распространенности заболевания, существенным снижением качества жизни пациентов и драматическими последствиями патологических переломов (23,24,25). Анализ показал, что остеопороз регистрируется у каждой третьей женщины и каждого четвертого мужчины в возрасте 50 лет и старше. Каждую минуту в стране происходит 7 переломов позвонков, а каждые 5 минут – перелом проксимального отдела бедренной кости. Остеопороз затронул для здравоохранения из-за высокой стоимости лечения переломов, которые также сопровождаются существенным снижением качества жизни, инвалидизацией пациентов и летальностью. Эпидемиологические исследования показали, что в связи с высоким риском переломов в назначении терапии остеопороза нуждаются 31% женщин и 4% мужчин старше 50 лет. В обществе широко распространены факторы риска остеопороза: курение, низкое потребление кальция с продуктами питания, дефицит витамина D, слабая физическая активность. Проанализированы проблемы в организации помощи пациентам с остеопорозом и остеопорозными переломами и пути их решения. Организация медицинской помощи должна заключаться в выявлении групп высокого риска переломов, ранней диагностике и назначении соответствующего лечения, направленного на предотвращение будущих переломов и профилактику заболевания. (26) Лечение и реабилитация больных остеопорозом, осложненным переломами костей, требует значительных материальных затрат. Поэтому меры, направленные на выявление групп риска развития остеопороза и, как следствие, на раннюю диагностику, качественное лечение и профилактику заболевания будут способствовать улучшению здоровья и качества жизни больших групп населения и дадут существенную экономию материальных средств (27,28)

Использованные литературы:

1. Pokul' J.I.B., Evtushenko I.D., Kolomicz J.I.A. Metabolicheskie narusheniya u zhenshchin v sostoyanii postovarietomii [Metabolic disorders in women in the state of postovariectomy] // Mat' i ditya : materialy III Region, nauch. Forum (Saratov).-M., 2009 S. 214.
2. Sostoyanie zdorov'ya i kachestvo zhizni, u zhenshchin posle total'noj i subtotal'noj gisterektomii / I.S. Zaharenko, A.J.I. Chernej, K.A. Aleksikova i dr. [Health status and quality of life in women after total and subtotal hysterectomy] // Mat' i ditya : Materialy X Yubilejnogo Vseros. nauch. Forum. -M., 2009.-S. 305-307.
3. Benevolenskaya L.I., 1998, 1999, 2000; Zazerskaya I.E., Niauri D.A., 2001; Nasonov E.L. 1998, 2001; Kanis J.A., 1991; Melton L.S., 2001
4. Dempster D.W. et al. Pathogenesis of osteoporosis // Lancet. – 2003. – Vol. 341. – N 8848. – P. 797 – 801
5. L.A.Martchenkova, A.V.Dreval, E.U.Polakova, I. P.Ermakova, V.P.Buzulina, N.M.Milov Biochemical markers of bone turnover in the assessment of response to sodium fluoride treatment in postmenopausal women with glucocorticoid-induced osteoporosis//Abstract book of in International Congresson Glucocorticoid-induced Osteoporosis. 19-21 April 2001, Mantova, Italy P.26-27
6. A.V.Dreval, L.A.Martchenkova, E. U.Polakova, I. P.Ermakova, V.P.Buzulina, O.V.Perepelova, N.M.Milov The factors in fluence on B.M.D and bone turnover in postmenopausal women with exogenous (ExH) and endogenous hypercorticism (EnH)//Abstract book of 2nd International Congresson Glucocorticoid-induced Osteoporosis 19-21 April 2001, Mantova, Italy P30/
7. A.V.Dreval, E. Yu.Polyakova, L.A.Martchenkova, I.P.Ermakova, V.P.Buzulina, N.M.Milov Faktory riska osteoporoza u zhenshchin s ekzogennymi endogennymi giperkorticismom v postmenopauze [Risk factors for osteoporosis in women with exogenous endogenous hypercorticism in postmenopausal women] // Materialy Vserossijskogo Kongressa endokrinologov, Sankt-Peterburg, 2001 S 704-705
8. L.A.Martchenkova, A.V.Dreval, E.Yu.Polyakova, I.P.Ermakova, V.P.Buzulina, N.M.Milov Ocenka effektivnosti ossina pri steroidnom osteoporoze [Assessment of the effectiveness of ossin in steroid osteoporosis] // Materialy Vserossijskogo Kongressa endokrinologov, Sankt-Peterburg, 2001 S 712
9. A.V.Dreval, L.A.Martchenkova, E.U.Polakova, I.P.Ermakova, N.M.Milov, V.P.Buzulina Bone turnover marker can be used for monitoring sodium fluoride treatment efficacy in postmenopausal women with glucocorticoid-induced osteoporosis (GIO)// Osteoporosis Int ,2002 V 13(suppl1)P 58

10. L.A.Martchenkova, A.V.Dreval, E.U.Polakova, N.M.Milov The factors influence on bone mineral density (BMD) in women with exogenous hypercorticism // Osteoporosis Int., 2002 V1 3(suppl1) P 18
11. L.A.Martchenkova, A.V.Dreval, E.U.Polakova, L.P.Ermakova, V.P.Buzulina, N.M.Milov. The assessment of response to sodium fluoride treatment with biochemical marker of bone turnover in postmenopausal women with glucocorticoid-induced osteoporosis (GIO) // Abstract Book of 10 th World Congress on menopause 15-18 June 2002, Berlin, Germany P104.
12. A.V.Dreval, L.A.Martchenkova, E.U.Polakova, N.M.Milov Biochemical marker of bone turnover in the assessment of response to sodium fluoride treatment in postmenopausal women with glucocorticoid-induced osteoporosis // Abstract book of 6 th European Congress of Endocrinology April 26-30, 2003, Lyon, France P118
13. L.A.Martchenkova, E.Yu.Polyakova, A.V.Dreval, H.K.Cherejskaya, H.M.Mylov, O.N.Slivenko, I.P.Ermakova, I.A.Pronchenko, V.P.Buzulina, M.P.Rubin Vliyaniye sistemnykh i ngalyacionnykh glyukokortikoidov na risk razvitiya osteoporoza u zhenshchin, stradayushchih bronhial'noy astmoy v periode postmenopauzy [The effect of systemic insulating glucocorticoids on the risk of osteoporosis in women suffering from bronchial asthma in the postmenopausal period] // Osteoporoz i osteopatii, 2004. № 3 S 8-12
14. G.A.Onoprienko, A.V.Dreval, L.A.Martchenkova, E.Yu.Polyakova, I.V.Kryukova. Sovremennye podhody k profilaktike osteoporoza» (posobie dlya vrachej) [Modern approaches to the prevention of osteoporosis "(a manual for doctors)] // Moskva-2004. 42 s
15. L.A.Martchenkova, A.V.Dreval, E.U.Polyakova, L.P.Ermakova, V.P.Buzulina Intermittent regimen of salmon calcitonin in the treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis (GIO) // Osteoporosis 2004. V1 5(suppl1) P. S 84
16. L.A.Martchenkova, A.V.Dreval, E.Yu.Polyakova, N.K.Cherejskaya, N.M. Mylov, I.P.Ermakova, V.P.Buzulina Sostoyaniye kostnoy tkani i faktory riska osteoporoza u zhenshchin v postmenopauze, prinyimayushchih sistemnye (SGK) ili ingalyacionnye glyukokortikoidy (IGK) [State of bone tissue risk factors for osteoporosis in women in postmenopausal women taking systemic (SGC) or inhaled glucocorticoids (IGC).] // Sbornik tezisov 2-go Rossiyskogo kongressa po osteoporozu, 29 sentyabrya-1 oktyabrya 2005 g S 179.
17. Dreval' A.V., Martchenkova L.A., Polyakova E.Yu. Osteoporoz pri endokrinnykh zabolevaniyakh // Materialy XV Rossiyskogo simpoziuma po hirurgicheskoy endokrinologii 14-16 sentyabrya 2005 Ryazan' S 135-137.
18. Richelson L.S. et al. Relative contributions of aging and estrogen deficiency to postmenopausal bone loss // N. Engl. J. Med. – 2008. – Vol. 311. – N 20. – P. 1273-1275,
19. Nilas L. et al. Bone mass and its relationship to age and the menopause // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2007. – Vol. 65. – N 4. – P. 697-702
20. Nilas L. et al. Bone mass and its relationship to age and the menopause // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2007. – Vol. 65. – N 4. – P. 697-702
21. Christiansen C. Hormone replacement therapy and osteoporosis // Maturitas. – 2006 – Vol. 23. – suppl. 1. – P. S71-S76
22. Christiansen C. Hormone replacement therapy and osteoporosis // Maturitas. – 2006 – Vol. 23. – suppl. 1. – P. S71-S76
23. Bulun S. et al. Aromatase in aging women // Seminars in Reproductive Endocrinology. – 2009 – Vol. 17 – P. 349 – 358.
24. Vashchuk A.V. Hirurgicheskoe vyklyucheniye funktsii yaichnikov i risk razvitiya ishemicheskoy bolezni serdca [Surgical shutdown of ovarian function and the risk of coronary heart disease] : avtoref. dis.kand. med. nauk.-M., 2006.-25 s.
25. Mihajlov E.E., Benevolenskaya L.I., Anikin S.G. Chastota perelomov proksimal'nogo otdela bedrennoy kosti i distal'nogo otdela predplech'ya sredi gorodskogo naseleniya Rossii [The frequency of fractures of the proximal femur and the distal forearm among the urban population of Russia] // Osteoporoz i osteopatii. -2004.-№3.-S. 2-6.
26. Pokul' J.I.B., Evtushenko I.D., Kolomichev J.I.A. Metabolicheskie narusheniya u zhenshchin v sostoyanii postovarietomii [Metabolic disorders in women in the state of postovariectomy] // Mat' i ditya : materialy III Region, nauch. Forum (Saratov).-M., 2009 S. 214.
27. T.A.Dushenkova, Porazhennost' osteoporoziem i osteopeniej zhenshchin razlichnykh vozrastnykh gruppi ocenka effektivnosti lecheniya dannoy patologii elektromagnitnym polem E.M.Belyaev, D.F.Kostyuchek, V.A.Leosko, D.M.Kulibaba [Infection with osteoporosis and osteopenia of women of various age groups and evaluation of the effectiveness of treatment of this pathology with an electromagnetic field] // Vestnik Sankt Peterburgskoy medicinskoj akademii im.I.I.Mechnikova, SPb., 2003, №4, s.96-98
28. T.A.Dushenkova, K voprosu o profilaktike osteoporoza/ Dadali V.A. [On the prevention of osteoporosis] // Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii i 20-27 aprelya 2004 goda "Problemy ukrepleniya zdorov'ya i profilaktika zabolevanij", SPb., 2004, s.85-86



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 618.4-07:618.5-089.888.61

Сафаров Алиаскар Турсунович

Кандидат медицинских наук, доцент

Самаркандский государственный

Медицинский институт

Самарканд, Узбекистан

Сафарова Лола Алиаскаровна

Врач акушер-гинеколог

Городского родильного комплекса №1

Ташкент, Узбекистан

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Safarov Aliaskar Tursunovich, Safarova Lola Aliaskarovna, Pregnancy and delivery care for women with a uterine scar, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp. 11-15


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-3>
Safarov Aliaskar Tursunovich

Candidate of Medical Sciences,

Associate Professor

Samarkand State Medical Institute.

Samarkand, Uzbekistan

Safarova Lola Aliaskarovna

obstetrician-gynecologist in

maternity complex No. 1,

Tashkent, Uzbekistan

PREGNANCY AND DELIVERY CARE FOR WOMEN WITH A UTERINE SCAR (LITERATURE REVIEW)

Safarov Aliaskar Tursunovich

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Samarqand Davlat Tibbiyot institute

Samarqand, O'zbekiston

Safarova Lola Aliaskarovna

1-sonli tug'ruq kompleksining

akusher-ginekologi

Toshkent, O'zbekiston

BACHADONDA CHANDIG'I BO'LGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQNI OLIB BORISH (ADABIYOTLAR SHARXI)

Рубец (cicatrix) — плотное образование, состоящее из гиалинизированной, богатой коллагеновыми волокнами соединительной ткани, возникающее в результате регенерации ткани при нарушении её целостности. Рубец на матке — зона матки, в которой были произведены оперативные вмешательства. Следует отметить, что понятия «рубец на матке после кесарева сечения», принятое в нашей стране, не совсем удачное, так как часто при повторной операции рубец не обнаруживают.

Зарубежные авторы обычно употребляют термины «предыдущее кесарево сечение» и «перенесённая миомэктомия».

Рубец на матке после кесарева сечения отмечают у 4-8% беременных, а около 35% абдоминальных родов в популяции бывают повторными. Около 20% всех родов в развитых странах заканчиваются операцией кесарева сечения. Статистических показателей количества беременных с рубцом на матке после миомэктомии и реконструктивно-пластических операций не существует, но в настоящее время, в связи с развитием миомы

матки в более раннем возрасте, быстрым ростом опухоли у женщин репродуктивного возраста и её большими размерами, препятствующими наступлению и вынашиванию беременности, миомэктомии включили в комплекс прегравидарной подготовки.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

1. Состоятельный
2. Несостоятельный
2. В зависимости от причины:
 1. Рубец на матке после кесарева сечения.
 1. В нижнем маточном сегменте.
 2. Корпоральный рубец на матке.
 3. Истмико-корпоральный рубец на матке.
 2. Рубец на матке после консервативной миомэктомии до и во время беременности.
 1. Без вскрытия полости матки.
 2. Со вскрытием полости матки.
 3. Рубец на матке после удаления субсерозно-интерстициального узла.
 4. Рубец на матке после удаления интралигаментарной миомы.
 3. Рубец на матке после перфорации матки.
 4. Рубец на матке после эктопической беременности, расположенный в интерстициальном отделе маточной трубы, в месте сообщения рудиментарного рога матки с основной полостью матки, в шейке матки после удаления шеечной беременности.
 5. Рубец на матке после реконструктивнопластических операций. Рубец на матке формируется после кесарева сечения, консервативной миомэктомии, перфорации матки, тубэктомии и др. Рубцевание — биологический механизм заживления повреждённых тканей. Заживление рассечённой стенки матки может происходить путём как реституции (полноценная регенерация), так и субституции (неполноценная регенерация). При полноценной регенерации заживление раны происходит благодаря гладкомышечным клеткам (миоцитам), при субституции — пучкам грубой волокнистой соединительной, нередко гиалинизированной ткани. Разрывы матки при дистрофических изменениях миометрия или наличии рубцовой ткани протекают без выраженной клинической картины (неправильно названы «бессимптомные»). При наличии послеоперационного рубца на матке разрывы могут происходить как во время беременности, так и во время родов. Выделяют разрывы матки: Угрожающий, начавшийся, совершившийся.

Разрывы матки по рубцу во время беременности:

1. Угрожающий разрыв матки по рубцу:
 - тошнота;
 - рвота;
 - боли:
 - в эпигастриальной области с последующей локализацией внизу живота, иногда больше справа
 - в поясничной области
 - болезненность, иногда локальная, в области послеоперационного рубца при пальпации, где прощупывается углубление.
2. Начавшийся разрыв матки по рубцу во время беременности определяется наличием гематомы в стенке матки за счёт появления надрыва её стенки и сосудов. К симптомам угрожающего разрыва присоединяются:
 - гипертонус матки;
 - признаки острой гипоксии плода;
 - возможные кровяные выделения из половых путей.

Совершившийся разрыв матки во время беременности. К симптомам угрожающего и начавшегося разрывов присоединяются: ухудшается общее состояние и самочувствие; появляется слабость, головокружение, которые первоначально могут быть рефлекторного генеза, а в последующем обуславливаются кровопотерей; явные симптомы внутри брюшного кровотечения и геморрагического шока — тахикардия, гипотония, бледность кожных покровов

При совершившемся разрыве, произошедшем по рубцовой ткани, лишённой большого количества сосудов, кровотечение в

брюшную полость может быть умеренным или незначительным. В таких случаях на первый план выступают симптомы, связанные с острой гипоксией плода.

Разрывы матки по рубцу в родах:

1. Угрожающий разрыв матки в родах: тошнота, рвота, боли в эпигастрии, различные варианты нарушения сократительной деятельности матки - дискоординация или слабость родовой деятельности, особенно после излития околоплодных вод, болезненность схваток, не соответствующая их силе, беспокойное поведение роженицы, сочетающееся со слабой родовой деятельностью, задержка продвижения плода при полном раскрытии шейки матки.

2. Начавшийся разрыв матки по рубцу в первом периоде родов в связи с наличием гематомы в стенке матки появляются: постоянное, не расслабляющееся напряжение матки (гипертонус), болезненность при пальпации в области нижнего сегмента или в области предполагаемого рубца при его наличии, признаки гипоксии плода, кровяные выделения из половых путей, у большинства рожениц временной промежуток от появления симптомов начавшегося разрыва до момента совершившегося исчисляется минутами.

3. Совершившийся разрыв матки по рубцу: сходна с наблюдаемой во время беременности – в основном это признаки геморрагического шока и антенатальная гибель плода. При RV характерным является определение высокостоящей подвижной головки, ранее прижатой или плотно стоящей во входе в таз. Если разрыв матки по рубцу происходит во II периоде родов, то симптомы выражены нечётко: слабые, но болезненные потуги, постепенно ослабевающие вплоть до прекращения их, боли внизу живота, крестце, кровяные выделения из влагалища, острая гипоксия плода с возможной его гибелью.

Иногда разрыв матки по рубцу происходит с последней потугой. При этом диагностировать разрыв бывает очень сложно. Ребёнок рождается самопроизвольно, живой, без асфиксии. Самостоятельно отделяется плацента, рождается послед, и только в последующем постепенно нарастают симптомы, связанные с геморрагическим шоком, кажущаяся «беспричинной» гипотензия, иногда боли в эпигастрии. Уточнить диагноз возможно только при ручном обследовании матки или при лапароскопии. Неполный разрыв матки может произойти в любом периоде родов.

ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ. Все женщины с рубцом на матке после операции кесарева сечения должны быть взяты на диспансерный учёт сразу после выписки из стационара. Основной целью диспансерного наблюдения служит ранняя диагностика и лечение поздних осложнений операции (генитальные свищи, тубоовариальные образования) и профилактика беременности в течение первого года после операции. В комплексе мероприятий по подготовке к следующей беременности важную роль играет оценка состояния рубца на матке. Информативными методами определения состояния рубца на матке у небеременной считают гистерографию, гистероскопию и ультразвуковое исследование (УЗИ).

Гистерографию производят на 7-й или 8-й день менструального цикла (но не ранее чем через 6 мес после операции) в прямой и боковой проекции. С помощью данного метода можно изучить изменения внутренней поверхности послеоперационного рубца на матке. Выделяют следующие признаки несостоятельности послеоперационного рубца: изменение положения матки в малом тазу (значительное смещение матки кпереди), зазубренные и истончённые контуры внутренней поверхности матки в зоне предполагаемого рубца, «ниши» и дефекты наполнения.

Гистероскопию делают на 4-й или 5-й день менструального цикла, когда функциональный слой эндометрия полностью отторгается, и через тонкий базальный слой видна подлежащая ткань. При несостоятельности рубца обычно отмечают втяжения или утолщения в области рубца. Белесоватый цвет ткани рубца, отсутствие сосудов свидетельствуют о выраженном преобладании соединительнотканного компонента, а втяжения — об истончении

миометрия в результате неполноценной регенерации. Прогноз для вынашивания беременности и родоразрешения через естественные родовые пути разноречивый. Невизуализируемый маточный рубец и рубец с преобладанием мышечной ткани служат признаком его анатомической и морфологической полноценности. У этих женщин возможно наступление беременности через 1–2 года после операции. К ультразвуковым признакам несостоятельности рубца на матке относят неровный контур по задней стенке наполненного мочевого пузыря, истончение миометрия, прерывистость контуров рубца, значительное количество гиперэхогенных включений (соединительной ткани). При двухмерном УЗИ патологические изменения в области рубца на матке обнаруживают значительно реже, чем при гистероскопии (в 56 и 85% случаев соответственно). Однако благодаря доплерометрии и трёхмерной реконструкции, с помощью которых можно оценить гемодинамику в рубце (развитие сосудистой сети), информативность ультразвуковой оценки состояния рубца на матке значительно увеличилась.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА проводится со следующими заболеваниями: Истинная угроза прерывания беременности, острый аппендицит, почечная колика. Уточнение диагноза проводят в условиях стационара на основании клинических симптомов, данных УЗИ, эффекта от терапии. При наличии несостоятельного рубца на матке беременная должна находиться в стационаре до родоразрешения. В этом случае ежедневно проводят клиническую оценку состояния беременной, плода и рубца на матке. УЗИ повторяют каждую неделю. При нарастании клинических или ультразвуковых симптомов несостоятельности рубца на матке показано оперативное родоразрешение по жизненным показаниям со стороны матери, независимо от срока беременности.

Дифференциальная диагностика угрозы прерывания беременности и несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте

Таблица 1

Угроза прерывания беременности при наличии рубца на матке	Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте
Жалобы	
Генерализованные боли	Локальная болезненность над лобком
Кровяные выделения из половых путей	Отсутствие кровяных выделений из половых путей
Изменения характера шевеления плода	Нормальное шевеление плода
Физикальное исследование (наружный осмотр)	
Гипертонус матки	Нормальный тонус матки
Болезненность при пальпации матки во всех отделах	Локальная болезненность матки при пальпации над лобком
Наличие признаков гипоксии плода при аускультации и при КТГ	Отсутствие признаков гипоксии плода
Низкое расположение предлежащей части плода	Высокое расположение предлежащей части плода

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ ПРИ НАЛИЧИИ РУБЦА НА МАТКЕ: У пациенток с рубцом на матке чаще отмечают низкое расположение или предлежание плаценты, истинное вращение её, неправильное положение плода, а при локализации плаценты в области рубца на матке нередко развивается ПН (плацентарная недостаточность).

Одним из наиболее частых осложнений процесса гестации у беременных с рубцом на матке служит угроза прерывания беременности. Симптомы угрозы прерывания в I триместре беременности не имеют этиологической связи с наличием рубца на матке.

При выявлении истмико-цервикальной недостаточности хирургическая коррекция этой патологии у данного контингента больных не показана, поскольку наличие рубца на матке в сочетании с угрозой прерывания беременности может привести к разрыву матки по рубцу.

Лечение этого осложнения включает спазмолитическую терапию, назначение сульфата магния, постельного режима, использование разгружающего вагинального pessaria.

Лечение других осложнений беременности у женщин с оперированной маткой принципиально не отличается от общепринятого.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ: При беременности (в I триместре) проводят общее обследование, а при необходимости — консультации смежных специалистов. Обязательно назначают УЗИ, основная цель которого заключается в определении места прикрепления плодного яйца в матке. Если оно расположено в области перешейка на передней стенке матки (в зоне рубца после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте) целесообразно прерывание беременности, которое производят с использованием вакуум-аспиратора. Эта тактика связана с тем, что протеолитические свойства хориона по мере прогрессирования беременности могут привести к неполноценности даже состоятельного рубца на матке и её разрыву, а исходом данной беременности бывает только повторное кесарево сечение.

Однако абсолютных противопоказаний к пролонгированию беременности в этом случае нет, и вопрос о прерывании беременности решает сама женщина. Следующее скрининговое обследование, включая УЗИ и исследование гормонального статуса фетоплацентарного комплекса (ФПК), проводят на сроке 20–22 нед беременности и его целью служит диагностика пороков развития плода, соответствия его размеров сроку гестации, признаков плацентарной недостаточности (ПН), особенно при расположении плаценты в области рубца. Для лечения ПН показана госпитализация в стационар. При неосложнённом течении беременности и состоятельном рубце на матке очередное комплексное обследование осуществляют на сроке 37–38 нед гестации в стационаре, где предполагают проводить родоразрешение беременной. В родах обязательно применяют спазмолитические, седативные и антигипоксические препараты, лекарственные средства, улучшающие маточноплацентарный кровоток.

Родоразрешение беременных с рубцом на матке после кесарева сечения: У большинства акушеров существует основной постулат при родоразрешении беременных с рубцом на матке после кесарева сечения: одно кесарево сечение — всегда кесарево сечение. Однако как у нас в стране, так и за рубежом, доказано, что у 50–80% беременных с оперированной маткой не только возможны, но и предпочтительны роды через естественные родовые пути. Риск при повторном кесаревом сечении, особенно для матери, выше, чем риск при самопроизвольных родах.

Самопроизвольные роды у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения: Одно кесарево сечение в анамнезе с поперечным разрезом на матке в нижнем сегменте. Отсутствие экстрагенитальных заболеваний и акушерских осложнений, послуживших показаниями к первой операции. Состоятельность рубца на матке (по результатам клинических и инструментальных исследований); Локализация плаценты вне рубца на матке; Головное предлежание плода; Соответствие размеров таза матери и головки плода; Наличие условий для экстренного родоразрешения путём кесарева сечения (высококвалифицированный медицинский персонал, возможность выполнения кесарева сечения в экстренном порядке не позже, чем через 15 мин после принятия решения об операции).

Роды при наличии рубца на матке, как правило, протекают по стандартному механизму, характерному для первородящих или повторнородящих. Наиболее частыми осложнениями родов у женщин с рубцом на матке бывают несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности (которые следует рассматривать как угрозу разрыва матки), клиническое несоответствие размеров таза матери и головки плода (обусловленное более частым, чем в популяции, расположением головки плода в заднем виде), появление признаков угрожающего разрыва матки. В процессе родов необходим непрерывный кардиомониторный контроль за состоянием плода, с клинической оценкой характера родовой деятельности и состояния рубца на матке.

Роды следует вести при развёрнутой операционной, с подключённой инфузионной системой. Кроме клинической (пальпация) оценки состояния рубца на матке в процессе самопроизвольных родов можно использовать УЗИ, с помощью которого кроме оценки состояния рубца на матке в I периоде родов

уточняют вид и позицию плода, расположение головки плода по отношению к плоскостям малого таза роженицы, производят цервикометрию (ультразвуковую регистрацию открытия маточного зева), благодаря чему снижается количество вагинальных исследований, что полезно в плане профилактики инфекционных осложнений у рожениц с высокой вероятностью оперативного родоразрешения. Обезболивание родов у женщин с рубцом на матке проводят по общепринятым правилам, в том числе и с применением эпидуральной аналгезии. Рубец на матке после кесарева сечения не считают противопоказанием к использованию в родах других акушерских и анестезиологических пособий, таких, как родовозбуждение или родостимуляция. При затянувшемся II периоде родов или начавшейся гипоксии плода родоразрешение необходимо ускорить путём рассечения промежности. Обязательным считают ручное обследование матки сразу после родов в случае отсутствия ультразвукового контроля.

Симптомы разрыва матки могут появиться через значительное время после родоразрешения, поэтому целесообразно повторное УЗИ через 2 ч после родов с целью диагностики расслаивающих ретроперитонеальных гематом, которые бывают следствием недиагностированного разрыва матки. Показания к кесареву сечению при наличии рубца на матке после кесарева сечения: Рубец на матке после корпорального кесарева сечения, несостоятельный рубец на матке по клиническим и ультразвуковым признакам, предлежание плаценты, два и более рубцов на матке после кесаревых сечений, категорический отказ женщины от родов через естественные родовые пути.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ:

- Наиболее грозное осложнение в родах — разрыв матки по рубцу.
- При ведении родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке следует отдавать предпочтение гипердиагностике разрыва матки, нежели недооценке столь серьёзного осложнения.
- Крайне сложной считают оценку первых симптомов начавшегося разрыва матки по рубцу.
- Диагностику разрыва матки проводят с учётом клинической картины: боли в эпигастриальной области, тошнота, рвота, тахикардия, локальная болезненность, кровяные выделения из половых путей, шок и др.
- Признаки ухудшения состояния плода, ослабление сократительной деятельности матки могут быть симптомами начинающегося разрыва, причём нередко первыми.
- Неоценимое значение в родах имеют дополнительные методы диагностики (УЗИ, тококардиография).

ПРОФИЛАКТИКА РАЗРЫВА МАТКИ ПО РУБЦУ:

1. состоятельного рубца на матке при первом кесаревом сечении и других операциях на матке
2. Прогнозирование, профилактика, своевременная диагностика и адекватная терапия послеоперационных осложнений.
3. Объективная оценка состояния рубца на матке до наступления беременности и во время гестации.
4. Скрининговое обследование во время беременности.
5. Тщательный отбор беременных для ведения родов через естественные родовые пути
6. Тщательный кардиотокографический и ультразвуковой контроль в процессе самопроизвольных родов.
7. Адекватное обезболивание в процессе самопроизвольных родов.
8. Своевременная диагностика угрожающего и/или начавшегося разрыва матки.

Использованная литература:

1. Акушерство. Курс лекций: учебное пособие / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. [Akusherstvo. Kurs lekcij; uchebnoe posobie. Ed by A.N. Strizhakova, A.I. Davydova. Moscow: GEOTAR-Media; 2009. (In Russ.)]
2. Жуковский Я.Г. Кесарево сечение в XXI веке: новые ответы // StatusPraesens. — 2012. — № 1(07). — С. 32–36. [Zhukovskiy YaG. Kesarevo sechenie v XXI veke: novye otvety. StatusPraesens. 2012;1(07):32-36. (In Russ.)]
3. Петрова Л.Е. Опыт работы по ведению беременности и родов с рубцом на матке в родильном доме № 16 Санкт-Петербурга (с 1997 по 2006 год) // Журнал акушерства и женских болезней. — 2010. — № 3. — С. 33–43. [Petrova LE. Opyt raboty po vedeniyu beremennosti i rodov s rubtsom na matke v rodil'nom dome No 16 Sankt-Peterburga (s 1997 po 2006 god). Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2010;(3):33-43. (In Russ.)]
4. Серов В.Н., Адамян Л.В., Артымук Н.В., и др. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода», утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации № 15-4/10/2-3190 от 06.05.2014.
5. Шалашова Ю.В. К вопросу о психологических проблемах женщин, родивших с помощью кесарева сечения // Сибирский психологический журнал. — 2001. — № 14–15. — С. 72–73.
6. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Кесарево сечение. — М.: Медицина, 1985. [Abramchenko VV, Lantsev EA. Kesarevo sechenie. Moscow: Medicine; 1985. (In Russ.)]
7. Козаченко В.П. Беременность и роды после кесарева сечения. — М.: Медицина, 2007. [Kozachenko VP. Beremennost' i rody posle kesareva secheniya. Moscow: Medicine; 2007]



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 618.3-06:616.981.21/958.7

Сафарова Лола Алиаскаровна

Врач акушер-гинеколог

Городского родильного комплекса №1

Ташкент, Узбекистан

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ТРАНСМИССИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ - СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Safarova Lola Aliaskarovna, Perinatal transmission of hiv infection - a modern view of the problem, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp. 16-18

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-4>

Safarova Lola Aliaskarovna

obstetrician-gynecologist in

maternity complex No. 1,

Tashkent, Uzbekistan

PERINATAL TRANSMISSION OF HIV INFECTION - A MODERN VIEW OF THE PROBLEM (LITERATURE REVIEW)

Safarova Lola Aliaskarovna

1-sonli tug'ruq kompleksining

akusher-ginekologi

Toshkent, O'zbekiston.

OIV PERINATAL TRANSMISSIYASI-MUAMMONING ZAMONAVIY KO'RINISHI (ADABIYOTLAR SHARXI)

По данным ВОЗ, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), который к настоящему времени унес почти 33 миллиона человеческих жизней, по-прежнему является одной из основных глобальных проблем общественного здравоохранения. Однако благодаря расширению доступа к эффективным средствам профилактики, диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ, в том числе в отношении оппортунистических инфекций, ВИЧ-инфекция перешла в категорию поддающихся терапии хронических заболеваний, что позволяет ВИЧ-инфицированным прожить долгую и здоровую жизнь.

Все чаще инфицирование ВИЧ наблюдается у женщин детородного возраста, желающих осуществить свою репродуктивную функцию [Латышева И.Б., 2016]

Несмотря на очевидность пагубного воздействия ВИЧ-инфекции на организм беременной, данные о роли ВИЧ в развитии акушерских осложнений противоречивы. Некоторые ученые заявляют, что ВИЧ-инфекция непосредственно не влияет на исход беременности. Однако большинство специалистов утверждает обратное [Алехина А.Г., 2019, Шахвердян Ю.Г., 2019]. Сочетание гестационного процесса и ВИЧ-инфекции неблагоприятно [Рымашевский А.Н., 2020]. Безусловно, наиболее опасна

симптомная ВИЧ-инфекция, сопровождающаяся расцветом оппортунистических инфекций [Новикова О.Н., 2017].

Хотя неблагоприятное влияние ВИЧ-инфицирования на течение гестации очевидно, большинство авторов расходятся во мнениях касательно влияния вируса на развитие акушерских патологических процессов. Одни считают, что вирус иммунодефицита человека не оказывает влияния на течение гестации, другие указывают на пагубное воздействие на перинатальные исходы беременности. Противоречивость мнений связана со сложностями в изучении влияния ВИЧ-инфицирования на развитие акушерских осложнений в связи с множеством сопутствующих факторов, которые непосредственно не связаны с влиянием самого вируса, однако имеют место быть у большинства инфицированных женщин.

В Республике Узбекистан особое внимание уделяется проблеме профилактики передачи ВИЧ-инфекции вертикальным путем, т.е. от матери ребенку и появлению на свет здорового ребенка. На основании Приказов Министерства здравоохранения РУЗ №277 от 24 апреля 2018 года и №336 от 30 мая 2018 года все беременные женщины обследуются на ВИЧ в первом триместре беременности. В 2019 г. обследованием охвачены 816560, а за 2018 год – 812373 беременных женщин. ВИЧ-инфекция среди

беременных выявлена в 2019 г. 668 случаев. В 2019 году охват беременных женщин АРВТ составил 97,0%, а детей рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей 100%. В 2019 году доля вертикальной передачи ВИЧ составила 1,3% [Страновой отчет о достигнутом прогрессе – Узбекистан. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2020].

Инфицирование вирусом иммунодефицита человека вертикальным путем происходит во время гестации – антенатально, при прохождении через плацентарный барьер, что чаще происходит на поздних сроках, когда повышается пропускная способность плаценты; в процессе родового акта – интранатально, в результате чего происходит контакт ребенка с инфицированными биологическими жидкостями матери; в послеродовом периоде, при грудном вскармливании младенца через инфицированное молоко родильницы [2, 5, 15].

По данным разных авторов, при отсутствии профилактических мер передачи вируса иммунодефицита человека от матери к ребенку риск инфицирования достигает 20-40%, из них 10-15% вирус передается внутриутробно, во время родового акта – 60-75% [1,10,11].

Риск передачи вируса иммунодефицита человека вертикальным путем складывается под влиянием множества факторов. Риск внутриутробного инфицирования повышается при высокой вирусной нагрузке ВИЧ (более 10000 копий/мкл), развитием устойчивости к антиретровирусным препаратам. Со стороны матери факторы риска складываются из различных нарушений в организме самой женщины – это и экстрагенитальные заболевания, вредные привычки во время беременности, нарушение питания, стрессовые ситуации. Немаловажное значение имеет нарушение защитной функции плаценты, несвоевременное излитие околоплодных вод, инвазивные манипуляции, недоношенность плода, грудное вскармливание и прочее [6,8, 14].

В многочисленных работах ряда исследователей показана способность трансмиссии ВИЧ-инфекции через неповрежденную плаценту и оболочки плода [4].

Несмотря на то, что антенатальная трансмиссия зачастую происходит в III триместре, были выявлены случаи инфицирования у абортированных плодов в сроке от 8-10 недель беременности. [5, 6, 8, 17]. Сомнения вызывает также утверждение о том, что антенатальная трансмиссия происходит в связи с контактом инфицированной амниотической жидкости со слизистыми оболочками плода в связи с отсутствием ВИЧ инфекции в ней, по данным ряда исследователей [9, 12, 13].

При родах через естественные родовые пути риск инфицирования плода возрастает более чем на 50%. К факторам

риска, увеличивающим вероятность ВИЧ инфицирования во время родового акта можно отнести высокую вирусную нагрузку, отсутствие АРВТ, преждевременный разрыв плодных оболочек, травмы родовых путей, сопутствующие инфекции и т.д.

При излитии околоплодных вод риск трансмиссии вируса повышается за каждый час безводного промежутка на 2%. [7, 12, 16]. При этом, при родах через естественные родовые пути двойни риск трансмиссии повышается у того плода, кто большее время проходит по родовым путям матери. И это при идентичной вирусной нагрузке матери, а также иммунологических, генетических условиях.

Роли плодово-материнской микротрансфузии в трансмиссии ВИЧ-инфекции при родах через естественные родовые пути уделяется, в последние годы, особое внимание. Доказано, что плацентарная микротрансфузия повышает риск инфицирования ВИЧ, вне зависимости от исходной вирусной нагрузки матери, что требует оптимизации профилактических мер интранатальной передачи ВИЧ [3, 7, 18].

В послеродовом периоде инфицирование ВИЧ происходит через грудное молоко при грудном вскармливании. При этом установить частоту инфицирования затруднительно в связи с возможностью инфицирования внутриутробно либо интранатально.

По данным крупного мета-анализа девяти исследований кормящих матерей, инфицированных ВИЧ, установлена частота инфицирования новорожденных в течении первого месяца жизни до 42%, и продолжает увеличиваться при продолжении грудного вскармливания [10, 19]. К факторам риска трансмиссии ВИЧ-инфекции посредством грудного вскармливания относятся концентрация РНК ВИЧ в грудном молоке и продолжительность грудного вскармливания [6, 12, 16]. Повышает концентрацию вируса в грудном молоке наличие мастита либо других патологических состояний в молочной железе. При этом частота развития мастита у лактирующих ВИЧ-инфицированных женщин достигает 31%, что связано, возможно с сопутствующей инфекцией [13, 16].

Таким образом, несмотря на пристальное внимание со стороны ученых всего мира к проблеме распространения ВИЧ-инфекции, она продолжает оставаться актуальной и по сей день. Вероятность перинатальной передачи вируса и разработка более эффективных профилактических мер является одной из наиболее приоритетных задач современной врачебной науки, что требует дальнейшего изучения данной проблемы.

Использованная литература

1. Котельников В.В. Анализ перинатальных исходов у ВИЧ инфицированных женщин различных социальных групп / В.В. Котельников, Л.С. Целкович, И.Е. Никулина, О.А. Ильченко, Е.И. Прибыткова // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ» (Реабилитация, врач и здоровье). – 2018. – № 4. – С. 49–52.
2. Макаров И.О., Шеманаева Т.В. Современный взгляд на ведение беременности на фоне ВИЧ_инфекции //Акушерство, гинекология и репродукция. 2012. № 2. С. 31_34
3. Новикова О.Н. Факторы риска и особенности течения беременности, родов и состояния новорожденного у ВИЧ-инфицированных женщин // Мать и дитя в Кузбассе. - 2017. - № 3. - С. 16-20
4. Опруженков А.В. Течение беременности и состояние маточно-плацентарного комплекса у ВИЧ-инфицированных: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов-на-Дону, 2011. – 23 с.
5. Пересада О.А., Косинская Л.Ф., Тимошенко Т.И., Солонко И.И. Ведение беременности и родов ВИЧ_инфицированных женщин //Медицинские новости. 2011. № 2. С. 6-17.
6. Сергиенко Е.Н. Перинатальная ВИЧ_инфекция: факторы риска и ранние признаки //Актуальные вопросы ВИЧ_инфекции: матер. междунар. конф. Санкт_Петербург, 30_31 мая 2016 г. С. 160-162
7. Соколова Е.В., Покровский В.В., Ладная Н.Н. Ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации // Терапевтический архив. 2013. №11. С.10–15.
8. Юрин О.Г., Ладная Н.Н., Коннов Б.А. Оценка эффективности и безопасности химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ – инфекции с использованием схем монотерапии и высокоактивной антиретровирусной терапии //Эпидемиология и инфекционные болезни. 2010. N 3. С. 46–51.
9. Ackerman W., Kwiek J.J. Role of the placenta in adverse perinatal outcomes among HIV-1 seropositive women // J. Nippon Med. Sch. 2013. Vol. 80(2). P. 90–94.
10. Anderson J. Women and HIV: motherhood and more // Curr. Opin. Infect Dis. 2012. Vol. 25(1). P. 58–65.

11. Barral M.F., Oliveira G.R., Lobato R.C. Risk factors of HIV-1 vertical transmission (VT) and the influence of antiretroviral therapy (ART) in pregnancy outcome // *Rev. Inst. Med. Trop. Sao. Paulo*. 2014. Vol. 56(2). P. 133–138.
12. Bamford A., Lyall H. Paediatric HIV grows up: recent advances in perinatally acquired HIV. *Arch Dis Child*. 2014
13. Donnelly M, Davies JK. Contemporary Management of Human Immunodeficiency Virus in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2014 Dec;41(4):547-571.
14. Giacomet V., Viganò A., Erba P. Unexpected vertical transmission of HIV infection // *Eur. J. Pediatr*. 2014. Vol. 173(1). P. 121–123.
15. Kellerman S.E., Ahmed S., Feeley-Summerl T. Beyond prevention of mother-to-child transmission: keeping HIV-exposed and HIV-positive children healthy and alive // *AIDS*. 2013. Vol. 27. P. 225–233.
16. Liu K.C., Chibwesha C.J. Intrapartum management for prevention of mother-to-child transmission of HIV in resource-limited settings: a review of the literature. *Afr J Reprod Health*. 2013 Dec;17(4 Spec No):107-17
17. Maartens G., Celum C., Lewin S.R. HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention // *Lancet*. 2014. Vol. 19. P. 258–271.
18. Mofenson L.M. Prevention in neglected subpopulations: prevention of mother-to-child transmission of HIV infection. *Clin Infect Dis*. 2010 May 15;50 Suppl 3:S130-48.
19. Nutman S., McKee D., Khoshnood K. Externalities of prevention of mother-to-child transmission programs: a systematic review // *AIDS Behav*. 2013. Vol. 17(2). P. 445–460.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616-036.22

Ташкенбаева Умида Алишеровна
Доктор медицинских наук
Ташкентская Медицинская Академия
Ташкент Узбекистан
Музапова Улбулсин Рахатовна
Ассистент Ташкентская Медицинская Академия
Ташкент Узбекистан

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ: ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Sexually transmitted infections: characteristics of the epidemic process, clinic and diagnostics, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp. 19-21


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-5>

Tashkenbaeva Umida Alisherovna
M.D., Doctor of Medical Sciences,
Tashkent Medical Academy.
Tashkent Uzbekistan
Muzapova Ulbulsin Rakhatovna
Assistant Tashkent Medical Academy
Tashkent Uzbekistan

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS: CHARACTERISTICS OF THE EPIDEMIC PROCESS, CLINIC AND DIAGNOSTICS (LITERATURE REVIEW)

Tashkenbaeva Umida Alisherovna
Tibbiyot fanlari doktori,
Toshkent tibbiyot akademiyasi
Toshkent, O'zbekiston
Muzapova Ulbulsin Rakhatovna
Assistent Toshkent tibbiyot akademiyasi
Toshkent, O'zbekiston

JINSIY YO'L BILAN O'TADIGAN INFEKTSIYALAR: EPIDEMIK JARAYONNING XUSUSIYATLARI, KLINIKASI VA DIAGNOSTIKASI (ADABIYOTLAR SHARHI)

Инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в последнее десятилетие, по данным ВОЗ, продолжает оставаться в мире существенным и не может не вызывать тревоги. Так, трихомоноз ежегодно диагностируют у 170-180 млн человек, хламидиоз — у 90-92 млн, гонорею — у 62 млн, сифилис — у 12 млн человек. Прогнозируемая заболеваемость, как правило, бывает даже ниже регистрируемой, которая находится в пределах от 340 до 350 млн новых случаев заражения ИППП в год. При характеристике структуры эпидемического процесса Б.Л. Черкасский в 2000 году выделял три уровня (надорганизменный, организменный и суборганизменный) и семь подуровней (соцэкологический, экосистемный, паразитарной системы,

популяционный, тканево-органный, клеточный и субклеточный) [1]. Мероприятия организации системы контроля и профилактики ИППП укладываются в популяционный подуровень эпидемического процесса. Ежедневно происходит более одного миллиона случаев заражения инфекциями, передаваемыми половым путем. По оценкам, ежегодно имеет место 376 миллионов новых случаев заражения одной из четырех ИППП-хламидиоз, гонорея, сифилисом или трихомониазом.

Более 500 миллионов человек больны генитальным герпесом, вызванным вирусом простого герпеса (ВПГ). Более 290 миллионов женщин имеют инфекцию, вызванную вирусом папилломы человека (ВПЧ). Большинство ИППП протекают бессимптомно

или только с незначительными симптомами, в результате чего ИППП может оставаться невыявленной. Такие ИППП как ВПГ типа 2 и сифилис, могут повышать риск приобретения ВИЧ-инфекции. В 2020 г. 998000 беременных женщин были инфицированы сифилисом, что привело более чем к 200000 случаев мертворождения и гибели новорожденного. В некоторых случаях ИППП могут иметь серьезные последствия для репродуктивного здоровья помимо непосредственного воздействия самой инфекции.

Известно, что половым путем могут передаваться более 30 различных бактерий, вирусов, паразитов. Наибольшие показатели заболеваемости ИППП ассоциируются с восемью из этих патогенов. Четыре из этих восьми инфекции-сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомониаз - в настоящее время излечимы. Другие четыре инфекции являются вирусными и не лечатся - это гепатит В, вирус простого герпеса (ВПГ), ВИЧ и вирус папилломы человека (ВПЧ). Тяжесть симптомов или заболевания, вызванных не поддающимися лечению вирусными инфекциями можно смягчить или изменить с помощью терапии.

ИППП передаются преимущественно при половом контакте, включая вагинальный, анальный и оральный секс. Кроме того, ряд ИППП передается неполовым путем, например, через кровь или препараты крови. Многие ИППП, включая хламидиоз, гонорею и, главным образом, гепатит В, ВИЧ и сифилис, могут также передаваться от матери к ребенку во время беременности и родов.

ИППП может протекать без явных симптомов болезни. К числу распространенных симптомов ИППП относятся вагинальные выделения, выделения из мочеиспускательного канала или чувство жжения при мочеиспускании у мужчин, генитальные язвы и боли в области живота.(9)

ИППП могут иметь серьезные последствия помимо непосредственного воздействия самой инфекции.

-Такие ИППП, как герпес и сифилис, могут в три или более раз повышать риск заражения ВИЧ.

-Передача ИППП от матери к ребенку может приводить к мертворождению, смерти новорожденного, маловесности при рождении и недоношенности, сепсису, пневмонии, неонатальному конъюнктивиту и врожденным аномалиям. По оценкам, 2020г. Порядка 1 миллиона беременных женщин были инфицированы сифилисом, что привело примерно к 350000 случаев неблагоприятных исходов родов, из них 200000 мертворождений и случаев смерти новорожденного.

Такие ИППП, как гонорея и хламидиоз, являются основными причинами воспалительных заболеваний органов малого таза и бесплодия у женщин.

Диагностика ИППП

В странах с высоким уровнем дохода широко используются точные диагностические тесты на ИППП. Они представляют особый интерес для диагностики бессимптомных инфекций. Однако обеспеченность стран с низким уровнем. В тех странах, где тесты есть, они зачастую стоят слишком дорого и недоступны на местах при этом нередко пациентам приходится слишком долго ждать результатов (или возвращаться за ними в диагностическое учреждение). В итоге оказывается затрудненным последующим контроль, а медицинская помощь или лечение не предоставляются в полном объеме.(4)

В настоящее время единственными недорогими экспресс-тестами на ИППП являются тесты на сифилис и ВИЧ. Экспресс-тест на сифилис уже используется в некоторых странах с ограниченными ресурсами. Сегодня также доступен быстрый

параллельный тест на ВИЧ, сифилис, при котором берется только один образец крови из пальца и применяется простой тест-каридж. Этот тест отличается надежностью, даёт результаты через 15-20 минут и может быть использован при минимальной подготовке. Благодаря появлению экспресс-тестов на сифилис повысились показатели диагностики беременных женщин. Тем не менее, в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода все еще необходимы дополнительные усилия для обеспечения того, чтобы диагностику на сифилис проходили все беременные женщины.

Разрабатывается ряд экспресс-тестов на другие ИППП, что позволит улучшить диагностику и лечение ИППП, особенно в странах с ограниченными ресурсами.

Лечение ИППП

В настоящее время имеются эффективные средства для лечения некоторых ИППП.

-Три бактериальные ИППП (хламидиоз, гонорея, сифилис) и одна паразитическая ИППП (трихомониаз), как правило, излечимы с помощью имеющихся эффективных схем однократного приема антибиотиков.(1)

-В отношении герпеса и ВИЧ самыми эффективными из имеющихся медикаментов являются антиретровирусные препараты, которые могут смягчать течение болезни, не обесценивая при этом полного излечения.

-В отношении гепатит В есть иммуномодуляторы (интерферон) и антиретровирусные препараты, которые помогают бороться с вирусом и замедляют разрушение печени.(6)

В последние годы устойчивость ИППП, в частности гонореи, к антибиотикам быстро растет, что сужает спектр вариантов лечения. Программа по эпиднадзору за устойчивостью гонококка к противомикробным препаратам (Gonococcal AMR Surveillance Programme .GASP) выявила высокие показатели устойчивости к хинолонам, все большую устойчивость к азитромицину и возникновение устойчивости к цефалоспорином расширенного спектра-препаратам последней линии.(7)

Профилактика ИППП

Консультирование и меры, направленные на изменение поведения, являются средствами первичной профилактики ИППП (включая ВИЧ), а также предотвращения нежелательной беременности. Они, в частности, охватывают:

-Всестороннее просвещение по вопросам сексуальности, консультирование в отношении ИППП и ВИЧ до и после тестирования;

-Консультирование в отношении более безопасного секса, снижение риска, пропаганда использования презервативов.

-Меры, ориентированные на основные и уязвимые группы населения, такие как подростки, работники секс-индустрии, мужчины, имеющие секс с мужчинами, и лица употребляющие инъекционные наркотики.

-Просвещение и консультирование с учетом потребностей подростков.

Кроме того, консультирование может повысить способность людей распознавать симптомы ИППП и вероятность того, что они обратятся за медицинской помощью или порекомендуют сделать это своим сексуальным партнерам. К сожалению, общественная неосведомленность, отсутствие соответствующей подготовки у работников здравоохранения и стойкая и широко распространенная стигматизация всего, что связано с ИППП, по-прежнему препятствуют более широкому и эффективному применению этих мер вмешательства.

Использованная литературы

1. Амозов М.Л. Опыт проведения мероприятий по первичной профилактике ИППП среди подростков/М.Л. Амозов, Н.Е. Погорелова//Тезисы Первого Всероссийского конгресса дерматовенерологов.-СПб., 2003, С.217.
2. Аравийская Е.Р. Проблема профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в группах повышенного поведенческого риска/Е.Р. Аравийская, Е.В. Соколовский, А.Ф. Карапетян и др.//Вестник дерматологии и венерологии.-2003.-№3.-С. 14-16.
3. Аравийская Е.Р. Анализ факторов, связанных с рискованным сексуальным поведением в подростковой субпопуляции Санкт-Петербурга/Е.Р. Аравийская// Российский журнал кожных и венерических болезней.-2001. №5.-С.61-65.

4. Аравийская Е.Р. Анализ информированности подростков о сексуальных отношениях и инфекциях, передаваемых половым путем/Е.Р. Аравийская//Российский журнал кожных и венерических болезней.-2001. -№6.-С.46-50.
5. Базаев В.Т. О некоторых правовых аспектах профилактики ИППП в Российской Федерации/В.Т. Базаев, А.А. Фидаров, М.С. Царуева//Тез. Первого Всероссийского конгресса дерматовенерологов.-СПб.,2003,-С.180.
6. Баранов А.А. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, В.А. Тутельян М.: Гэотар-мед, 2009. - 257 с.
7. Баранов А.А. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева М.: Гэотар-мед, 2007.- 352 с.
8. Баранов А.Н. Сексуальное образование и репродуктивное здоровье подростков/А.Н. Баранов//Здравоохранение Российской Федерации.-1997,-№4.-С.45-46.
9. Бахалова Н.В. Социально-психологические установки современных юношей на репродуктивное здоровье / Н.В. Бахалова, О.В. Стрелкова, Г.Е. Бахалова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006. - №6. — С.21-25.
10. Ю.Бехало В.А., Сысолятина Е.В. Инфекции, передаваемые половым путем, -угроза репродуктивному здоровью подростков/ В. А. Бехало, Е.В. Сысолятина //Репродуктивное здоровье детей и подростков,- 2008.- № 6 — С.74-86.
11. Бехало В. А. Нереализованные стратегии профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекции/ В.А. Бехало, Е.В. Сысолятина//Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2007. - № 6. - С.83-90.
12. Бобрик А.В. Контроль ИППП в новых эпидемиологических условиях/А.В.Бобрик//ИППП.-2002.-№3 .-С.21 -24.
13. ВОЗ. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем и борьбы с ними. 2006-2015 гг.//Вестник дерматологии и венерологии. 2008. - №6. - С. 109-113.
14. Волкова О.И. Коммуникация с подростками по вопросам репродуктивного здоровья: кто, где, когда, как/ О.И. Волкова//Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2007. № 5. -С.64-69.
15. Галлямова Ю.А. Инфекции, передаваемые половым путем: приоритетные задачи службы планирования семьи/Ю.А.Галлямова//Тез. Первого Всероссийского конгресса дерматовенерологов. СПб., 2003.-С.184.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 618.3-06:616.379-008.64

Турапова Малика

Резидент магистратуры

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

Абдуллаева Лагья Мирзатуллаевна

Доктор медицинских наук

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

Мамирова Мохинур

Студент

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

БЕРЕМЕННОСТЬ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Turapova Malika, Abdullaeva Lagiya Mirzatullaevna, Mamirova Mokhinur, Pregnancy and diabetes mellitus (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1, pp. 22-24


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-6>
Turapova Malika

Resident of master's degree

Tashkent Medical Academy,

Tashkent, Uzbekistan

Abdullaeva Lagiya Mirzatullaevna

Doctor of medical science

Tashkent Medical Academy

Tashkent, Uzbekistan

Mamirova Mokhinur

Student Tashkent Medical Academy

Tashkent, Uzbekistan

PREGNANCY AND DIABETES MELLITUS (LITERATURE REVIEW)

Turapova Malika

magistratura rezidenti

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Toshkent, O'zbekiston

Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna

Tibbiyot fanlari doktori

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Toshkent, O'zbekiston

Mamirova Mohinur

Talaba Toshkent tibbiyot akademiyasi

Toshkent, O'zbekiston.

HOMILADORLIK VA QANDLI DIABET (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Ежегодное увеличение числа больных сахарным диабетом (СД) в мире, в том числе и женщин репродуктивного возраста, повышает актуальность проблемы, связанной с ведением беременности на фоне СД. Прогностические данные свидетельствуют о том, что к 2035 году более чем 590 миллионов людей в мире будут страдать данным заболеванием [1]. Согласно данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation, IDF), 21,3 миллиона (16,2%) детей, рождённых в 2017 году, во внутриутробном периоде развития подверглись воздействию различных форм гипергликемии. По имеющимся оценкам, 86,4% этих случаев были вызваны гестационным сахарным диабетом (ГСД) [2]. Под термином ГСД подразумевают заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» СД [3, 4].

Несмотря на столь серьёзные последствия как для матери, так и для плода, история изучения ГСД насчитывает всего около 80 лет. Первые обратили внимание на повышение уровня концентрации глюкозы в крови во время беременности в 20-х годах прошлого века в Германии. В 1823 году, H.G. Bennewitz в научном журнале опубликовал тезис «De Diabete Mellito Graviditatis Symptomate» [5], где подробно описал все свои наблюдения о гипергликемии, связанной с беременностью. Ф.Ф. Бурмукулова с соавт. (2014 г.) в своей работе отмечает, что спустя 106 лет М. Дункан выступил перед Обществом акушеров в Лондоне с докладом о послеродовом диабете и сообщил о высокой смертности детей и матерей при данном осложнении [6].

Дальнейшее исследование ГСД продолжил американский учёный J. O'Sullivan. В 1961 г. в медицинскую литературу впервые им был введён термин «гестационный сахарный диабет», где подразумевалось повышение уровня глюкозы крови у беременной женщины [7]. Одновременно и параллельно с J. O'Sullivan, изучала ГСД американская учёная Priscilla White. В 1949 г. ею была создана классификация нарушений углеводного обмена во время беременности, учитывающая время начала заболевания, продолжительность и наличие сосудистых осложнений [8]. В 1980 г. вышла пересмотренная классификация P. White и J. Hare, где впервые в истории ГСД был выделен в отдельный тип [9]. В 1999 г. Комитет экспертов ВОЗ определил понятие ГСД, как нарушение толерантности к глюкозе любой степени тяжести, которое возникло или впервые выявлено во время беременности.

Частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД достигает почти 80%. Угроза прерывания беременности и преждевременных родов отмечается у 30—50% пациенток, причем установлена четкая взаимосвязь между невынашиванием беременности и материнской гипергликемией. Многоводие осложняет течение беременности при ГСД в 20—60% наблюдений, гестоз развивается в 25—65% случаев, а тяжелые его формы — в 2,9—3,7% наблюдений. Дистоция плечиков плода при ГСД составляет 2,8—5,6%, перелом ключицы — 6—19%, паралич Эрба — 2,4—7,8%, травмы шейного отдела позвоночника — 42%, тяжелая асфиксия 1,4—5,3%, а нарушение мозгового кровообращения травматического генеза — 20%. Перинатальная смертность при этой патологии в целом в 5 раз выше, чем в популяции.

Частота кесарева сечения (КС) у беременных с ГСД составляет 28,8—46,6%, основными показаниями к КС являются крупные размеры плода, цефалопельвическая диспропорция, клинически узкий таз, слабость родовой деятельности, дистоция плечиков и острая гипоксия плода.

Диабетическая фетопатия (ДФ) при ГСД встречается в 30—60% случаев. Наиболее типичные ее признаки: макросомия (масса тела новорожденного >90-го перцентиля), гиперемия кожных покровов, пастозность мягких тканей, лунообразное лицо, короткая шея, «относительно короткие» конечности, гипертрихоз, органа-номегалия. Новорожденные от матерей с ГСД имеют высокий риск (5%) развития респираторного дистресс-синдрома в результате ингибирующего действия гиперинсулинемии на созревание легочного сурфактанта. Отделение плаценты после родов и резкое прекращение поступления глюкозы к плоду в

условиях фетальной гиперинсулинемии приводит к неонатальной гипогликемии. Метаболизм новорожденных с ДФ также характеризуется гипокальциемией (8—22%), гипомагнемией, гипербилирубинемией (15—30%), гипоксией, ацидозом, нарушением электролитного обмена, что является причиной метаболической кардиопатии. Избыточная масса тела детей при рождении в дальнейшем приводит к развитию подросткового ожирения и артериальной гипертензии (АГ), а впоследствии — к СД 2-го типа.

В связи с тем, что у большинства беременных ГСД протекает без выраженной гипергликемии и явных клинических симптомов, его трудно диагностировать. В ряде случаев диагноз ГСД устанавливается ретроспективно, после родов, по фенотипическим признакам ДФ у новорожденного или вообще пропускается. По данным обращаемости в научно-консультативное отделение МОНИИАГ, в 50—60% случаев диагноз ГСД ставится с опозданием на 4—20 нед.

В 2008 г. в Пасадене (США) Международной ассоциацией групп изучения диабета и беременности (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups, IADPSG) были предложены для обсуждения новые критерии диагностики ГСД [3].

При первичном обращении беременных, у которых глюкоза венозной плазмы натощак <5,1 ммоль/л, оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ) не проводится. Таким женщинам необходимо проводить ОГТТ с 75 г глюкозы между 24-й и 28-й неделями беременности (II фаза обследования). Важно отметить, что ОГТТ с 75 г глюкозы — безопасный нагрузочный диагностический тест для выявления нарушения углеводного обмена во время беременности. ОГТТ выполняют на фоне обычного питания (не менее 150 г углеводов в день) как минимум в течение 3 дней, предшествующих исследованию. Исследование проводится утром, натощак, после 8—14-часового ночного голодания, последний прием пищи должен обязательно содержать 30—50 г углеводов. Курение до завершения теста запрещается. Лекарственные средства, влияющие на уровень глюкозы крови (поливитаминные и препараты железа, содержащие углеводы, глюкокортикоиды, β-адреноблокаторы, β-адреномиметики), по возможности, следует принимать после окончания теста [6].

Тест проводится в 3 этапа. На I этапе после забора первой пробы плазмы венозной крови натощак уровень гликемии измеряется немедленно, так как при получении результатов, указывающих на впервые выявленный СД или ГСД, дальнейшая нагрузка глюкозой не проводится и тест прекращается. При продолжении пробы выполняется II этап — пациентка должна в течение 5 мин выпить раствор глюкозы (75 г сухой (ангидрита или безводной) глюкозы, растворенной в 250—300 мл теплой (37—40°C) питьевой негазированной (или дистиллированной) воды). При использовании моногидрата глюкозы для проведения теста необходимо 82,5 г вещества. Начало приема раствора глюкозы считается началом теста. III этап: забор пробы крови для определения уровня глюкозы венозной плазмы через 1 и 2 ч после нагрузки глюкозой. При получении результатов, указывающих на ГСД после 2-го забора крови, тест прекращается [3].

В исключительных случаях ОГТТ с 75 г глюкозы может быть проведен вплоть до 32-й недели беременности (высокий риск ГСД, размеры плода, по данным УЗ-таблиц внутриутробного роста, ≥ 75 перцентиля, УЗ-признаки ДФ).

Использование критериев IADPSG уже привело к повышению выявляемости ГСД, например, в австралийской популяции с 9,6 до 13,0%.

Исследование Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) также продемонстрировало, что более высокий исходный индекс массы тела (ИМТ) у беременных с ГСД, независимо от уровня материнской гликемии, был ассоциирован с массой тела новорожденного >90-го перцентиля, процентом жировой ткани у новорожденного более >90-го перцентиля, концентрацией С-пептида в пуповинной крови >90-го перцентиля, а также преэклампсией, оперативным родоразрешением путем кесарева сечения и досрочным родоразрешением [1, 4].

Выбор лечебной тактики при ГСД базируется на степени тяжести нарушений углеводного обмена. Первым этапом в лечении при ГСД является диетотерапия, которая обычно позволяет добиться снижения инсулинорезистентности. Режим питания состоит из 3 основных приемов пищи и 3 перекусов. При этом 10—20% рациона составляют белки, менее 10% — насыщенные жиры, остальное — ненасыщенные жиры и углеводы с длинной углеводной цепью. В последнее время установлено, что низкоуглеводная диета (<42%) приводит к лучшему контролю гликемии и перинатальному исходу, чем диета с более высоким (45—50%) содержанием углеводов [11].

Вторым важным аспектом лечения является адекватная физическая активность, которая должна быть индивидуализированной и строго контролироваться с медицинской точки зрения (прогулки, бассейн). Следует избегать упражнений, вызывающих повышение АД и гипертонус матки, особенно у пациенток с угрозой прерывания беременности.

Примерно 30—50% беременных с ГСД нуждаются в инсулинотерапии, показанием к которой является повышение глюкозы крови на фоне диеты >5,1 ммоль/л утром натощак и >7,0 ммоль/л через 1 ч после приема пищи более 2 раз в течение 1—2 недели наблюдения. Риск развития крупного плода повышается в 5—9 раз, если гликемия матери составляет 5,8 ммоль/л натощак и

7,8 ммоль/л после еды, по сравнению с женщинами без СД или с ГСД, у которых уровень глюкозы был от 3,3 до 6,6 ммоль/л.

Потребность в инсулине, так же как и у беременных с СД 1-го типа, повышается с увеличением срока гестации. Схему инсулинотерапии и выбор препарата инсулина определяют в зависимости от данных самоконтроля гликемии. Пероральные сахароснижающие препараты во время беременности и грудного вскармливания противопоказаны.

Через 6—12 нед после родов всем женщинам с уровнем глюкозы венозной плазмы натощак <7,0 ммоль/л проводят ОГТТ с 75 г глюкозы (исследование глюкозы натощак и через 2 ч после нагрузки) для реклассификации степени нарушения углеводного обмена по категориям гликемии (норма, нарушение толерантности к глюкозе, нарушенная гликемия натощак, СД). По данным литературы, у 20—50% женщин, перенесших ГСД, он возникает при последующей беременности, а у 25—75% — через 16—20 лет после родов развивается манифестный СД. Планирование последующих беременностей включает диету, направленную на снижение массы тела, при ее избытке, и расширение физической нагрузки [2,9].

Важной проблемой при ГСД являются последствия родового и материнского травматизма, связанного с родами крупным плодом, а также гинекологические и урогинекологические проблемы (пролапс гениталий, недержание мочи).

Использованная литература

1. Акушерство: национальное руководство. 2-е изд. перераб. и доп. / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 874-875.
2. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях: Учеб. по-соб. - М.: РУДН, 2008.
3. Бурумкулова Ф.Ф. Гестационный сахарный диабет: вчера, сегодня, завтра // Тер. арх. 2014. Т. 86, № 10. С. 109-115.
4. Дедов И.И., Краснопольский В.И., Сухих Г.Т. Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет. Диагностика, лечение, послеродовое наблюдение». Сахарный диабет. 2012; 4: 4—10.
5. Дедов И.И., Шестакова М.В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. - М., 2009.
6. Евсюкова И.И., Кошелева Н.Г. Сахарный диабет: беременные и новорожденные. -Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Миклош, 2009.
7. Кошель Л.В., Рунихина Н.К., Колегаева О.И., Есаян Р.М. Гестационный сахарный диабет: современные критерии диагностики // Справочник поликлин. врача. 2015. № 2. С. 51-54.
8. Краснопольский В.И., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф. Гестационный диабет: новый взгляд на старую проблему // Акушерство и гинекология. - 2010. - № 2. - С. 3-7.
9. Ларькин Д.М. Оптимизация акушерских и перинатальных исходов у пациенток с гестационным сахарным диабетом : дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2016.
10. Петрухин В.А., Куликов И.А., Бурумкулова Ф.Ф., Котов Ю.Б. Гестационный сахарный диабет: факторы риска, контроль гликемии и профилактика диабетической фетопатии // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2007. - Т. 7. - № 3. - С. 47-51.
11. Печенкина Н.С., Хлыбова С.В. Анализ течения беременности и родов при сахарном диабете // Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М., 2015. С. 168-169.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ ORIGINAL ARTICLES

УДК 615.012.8.322:616-08.811:575.1.

Аллазов Салах Аллазович

Доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский Государственный

Медицинский институт

Самарканд, Узбекистан

Мансуров Умар Махмудович

врач уролог Республикандский научной центр

экстренной медицинской помощи

Самарканд, Узбекистан

Эшбеков Мурод Абдимусаевич

Главный врач Районное медицинское

Объединение Самарканд, Узбекистан

Аллазов Анвар Салахович

Ассистент Самаркандский институт

ветеринарной медицины Самарканд, Узбекистан.

Искандаров Юсуф Назимович

Ассистент Самаркандский Государственный

Медицинский институт Самарканд, Узбекистан

Маманазаров Дилшод Машхурович

Резидент магистратуры Самаркандский Государственный

Медицинский институт Самарканд, Узбекистан

ОТЕЧЕСТВЕННОЕ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТЕНИЕ – ЛАГОХИЛУС

For citation: Allazov Salakh Allazovich, Mansurov Umar Maxmudovich, Eshbekov Murod Abdimusaevich, Allazov Anvar Salakhovich, Iskandarov Yusuf Nazimovich, Mamanazarov Dilshod Mashkhurovich, Domestic blood storing medicinal plant - lagohilus, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp. 25-29


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-7>
АННОТАЦИЯ

В статье приводятся общие положительные результаты применения местного кровоостанавливающего препарата лагохилуса (настой и настойка) при различных урологических манипуляциях, операциях и заболеваниях (аденомэктомия, макрогематурия, операционный разрез кожи, болезни Фурье).

Ключевые слова: лагохилус, гемостаз, аденомэктомия, макрогематурия, болезнь Фурье.

Allazov Salakh Allazovich

Doctor of Medical science, Professor

Samarkand State medical institute

Samarkand, Uzbekistan.

Mansurov Umar Maxmudovich

doctor at the Republican Scientific

Centr for Emergency Medicine

Samarkand, Uzbekistan.

Eshbekov Murod Abdimusaevich

Chief physician

District Medical Association

Samarkand, Uzbekistan.

Allazov Anvar Salakhovich

Assistant Samarkand Veterinary Medical Institute

Samarkand, Uzbekistan

Iskandarov Yusuf Nazimovich

Assistant Samarkand State medical institute

Samarkand, Uzbekistan.
Mamanazarov Dilshod Mashkhurovich
 Master's Resident
 Samarkand State medical institute
 Samarkand, Uzbekistan.

DOMESTIC BLOOD STORING MEDICINAL PLANT - LAGOHILUS

ABSTRACT

The article presents the general positive results of the use of the local hemostatic preparation lagochilus (infusion and tincture) for various urological manipulations, operations and diseases (adenomectomy, macrohematuria, surgical incision of the skin, Furne's disease).

Key words: lagochilus, hemostasis, adenomectomy, macrohematuria, Furne's disease.

Allazov Salax Allazovich

Tibbiyot fanlari doktori, professor
 Samarqand davlat tibbiyot instituti,
 Samarqand, O'zbekiston

Mansurov Umar Maxmudovich

Urolog Respublika shoshilinch tez
 tibbiy yordam ilmiy markazi
 Samarqand, O'zbekiston

Eshbekov Murod Abdimusayevich

bosh shifokor
 Tuman tibbiyot birlashmasi
 Samarqand, O'zbekiston

Allazov Anvar Salaxovich

Assistant Samarqand veterinariya tibbiyot instituti
 Samarqand, O'zbekiston

Iskandarov Yusuf Nazimovich

Assistant Samarqand davlat tibbiyot instituti
 Samarqand, O'zbekiston

Mamanazarov Dilshod Mashkhurovich

magistratura rezidenti
 Samarqand Davlat tibbiyot instituti
 Samarqand, O'zbekiston

VATANIMIZDA QON TO'XTATUVCHI DORIVOR O'SIMLIK - LAGOXILUS

ANNOTATSIYA

Maqolada turli xil urologik manipulyatsiyalar, operatsiyalar va kasalliklarda (adenomektomiya, makrogemoturiya, terining jarrohlik yo'li bilan kesilishi, Furne kasalligi) uchun mahalliy gemostatik preparat lagochilus (eritma va damlamasi) dan foydalanishning umumiy ijobiy natijalari keltirilgan.

Kalit so'zlar: lagochilus, gemostaz, adenomektomiya, makrogemoturiya, Furne kasalligi.

Введение. В последнее время стали уделять внимание фармакологическим способам гемостаза среди которых особенно эффективным оказалось местное применение их[1,3]. Среди них в наших условиях важным и престижным можно считать гемостаз при помощи препаратов лагохилуса опьяняющего или зайцегиба опьяняющего[2,3,5,6].

Этот вопрос у нас вызывает живой интерес прежде всего по следующим мотивам:

1. Лекарственное растение лагохилус или зайцегиб опьяняющий (узб.: гангитувчи бозулбанг, бангидевона, туркмен: товшонтомок) прорастает только в условиях Центральной Азии, в основном Самарканде, Кашкадарье и Сурхандарье. (рис.1).

2. Впервые гемостатические свойства этого растения установил наш ученый Акопов И.Э., зав. кафедрой фармакологии СамМИ в 1946-1958 гг.

3. Ученые того времени в нашем институте почти все применяли этот лекарственный препарат при кровотечениях в своих отраслях: доц. Ф.А. Аслидинов – в терапии, М.М. Мамышев – хирургии-урологии, акад. И.З. Зокиров – в акушерстве и гинекологии, доц. Л.М. Обухова, доц. М.М. Мусинов – в челюстно-лицевой хирургии, доц. Х.Х. Ходжаев – в дерматовенерологии, проф. М.А. Ахмедов – в детской хирургии, С.И. Ибрагимов – в оториноларингологии[5,7,8].



Рис.1.Зайцегиб опьяняющий (Лагохилус опьяняющий) *Lagochilus inebrians* Bunge

Остается актуальной проблемой применение в урологической практике гемостатических препаратов из местных сырьевых растениевых ресурсов.

В этом смысле привлекательным является, как нам кажется, еще один препарат – настой и настойка из лагохилуса, разрешенным Фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения СССР еще 8 января 1955 г., как кровоостанавливающего средства препаратов лагохилуса, а в последующем – и как седативного средства. Доброкачественная увеличение предстательной железы встречается почти у всех мужчин после 50 лет, в более половины случаев приводит к задержке мочеиспускания, приобретает неотложный характер и требует оперативного вмешательства.

В тоже время остановка кровотечения из ложа аденомы после вылушивания аденоматозного узла остается проблематичной. В связи с этим предложено множество способов остановки кровотечения (гемостаза) после аденомэктомии [4].

Так исторически в первое время 1905-1908 годах гемостаз осуществлялся С.П. Федоровым и другими учеными-клиницистами путем тампонирования ложа. Этот метод хотя

считался надежным, но после него рана инфицируется и заживает в любом случае вторичным натяжением. Далее наступила эра ушивания ложа аденомы. Способ этот трудоёмкий, приходится ушивать рану в глубине – в области шейки, до полного достижения гемостаза тратится 1-1,5 часа времени и больной успевает потерять много крови. В тоже время ушивание деформирует шейку мочевого пузыря и после операции иногда сохраняется дизурия, недержание мочи, даже задержка мочеиспускания.

В свое время об этом сказано, что «за последние десятилетия выявлено замечательное лекарственное растение лагохилус или зайцегуб – *Lagohilus inebrians* Bunge из семейства губоцветных дающий кровоостанавливающий эффект превосходящий по силе известных до сих пор кровоостанавливающие средства».

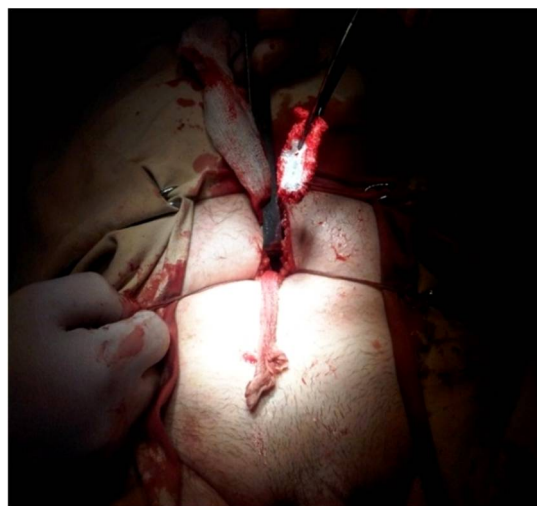
Материал и методы исследования. В настоящее время сотрудники курса урологии СамМИ возобновили научные исследования по этому лекарственному растению при гемостазе после аденомэктомии и констатированы гемостатическая эффективность настоя и настойки лагохилуса при аденомэктомии и получен положительный эффект более чем у 170 больных. (Рис.2,табл.1).

Табл.1.Распределение больных по нозологическим формам и применению настоя лагохилуса

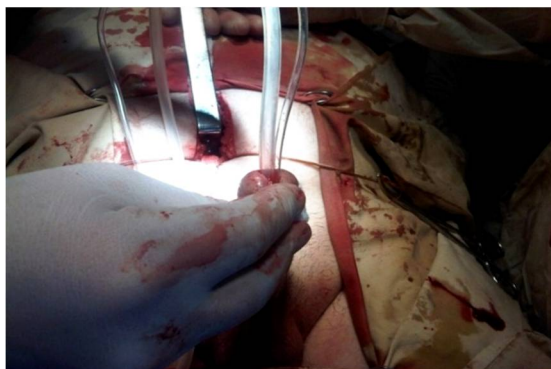
№	Нозологические формы	Абс. кол-во	%
I	Травмы мочевого пузыря	25	3,6%
II	Уретроррагия после:	32	4,6%
	1) инструментальных исследований	26	
	2) бужирования	4	
	3) полипэктомии уретры	2	
III	Геморрагический цистит	36	5,2%
IV	Опухоли мочевого пузыря	7	1,0%
V	Доброкачественная гиперплазия простаты	39	5,6%
	1) предоперационный период (кровотечение из вари-козных вен шейки мочевого пузыря)		
VI	Аденомэктомия простаты	350	50,6%
	1) тампонирование	80	
	2) ушивание	74	
	3) съемные швы	76	
	4) лагохилус	120	
	- настой	72	
	- настойка	48	
VII	Операционная рана	41	5,9%
	1) косопоперечная по Федорову	16	
	2) в подвздошной области по Пирогову	3	
	3) в надлобковой области	18	
	4) в области наружных половых органов	5	
VIII	Болезнь Фурнье	30	4,3%
Всего		691	100%



2.1. Удаление аденомы простаты.



2.2. Обработка ложа 10%-ной настойкой лагохилуса.



2.3. Установление дренажных трубок.



2.4. Ушивание раны стенки мочевого пузыря.

Рис. 2. 1-4. Этапы аденомэктомии с обработкой ложа 10%-ной настойкой лагохилуса

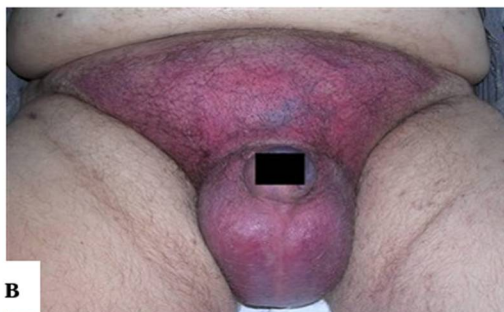
Этот препарат был применен также при "агрессивной" хирургии по поводу болезни Фурнье, (30 пациентов), (рис.3.), макрогематуриях (90 пациентов), операционных разрывах (186 пациентов)



а



б



в



г

Рис. 3. Течение гангренозного процесса: а,б-на мошонке; в-над лобком; г-вскрытие гангрены мошонки**Рис.5. Приложение турунды, пропитанной (смоченной) спиртовой настойкой лагохилуса на рану после разреза кожи и подкожной клетчатки.**

Результаты. Механизм «универсального» гемостатического действия препаратов лагохилуса опьяняющего при различных кровотечениях объясняется в связи с некоторыми его свойствами: ускорение процесса свертывания крови, уменьшение

проницаемости сосудов, снижение уровня артериального давления, седативность и анальгезивность.

Но в последнее время в связи с увлечением консервативными, малоинвазивными методами лечения и технологиями почти забыто использование гомеопатических растительных препаратов при традиционных (открытых) операциях, хотя к ним в более трети случаев приходится прибегать в практической урологии.

Заключение. Таким образом, выделения и применение лекарственных препаратов из дикорастущего растительного сырья

лагохилуса опьяняющего. Следует отметить заслуги отдельных отечественных ученых и урологов в этой области. До настоящего времени для гемостаза при урологических операциях наиболее удобным и надежным является местное применение 5-10%-водного настоя и 12%-алкогольного раствора лагохилуса. Надо подчеркнуть целесообразность подобного местного фармакологического способа гемостаза, быстрота и удобство его по сравнению с другими методами.

Использованная литература:

1. Акилов Ф.А., Худойбергенов У.А., Нуралиев Т.Ю., Современные взгляды на эпидемиологию ДГП. Бюлл. Ассоц. врачей Узб. 2011; 2: 102-105.
2. Аллазов С.А. Лагохилус в урологии. Самарканд: Tibbiyot ko'z'gusi, 2021:216с.
3. Байбеков И.М. Влияние фототерапии на взаимодействие с биотканями искусственных материалов, используемых в хирургии. Хирургия Узбекистана, 2017; 3:179.
4. Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Рапопорт М.М., Еникеев Д.В., Охунов Ж., Нетш К., Спивак Л.Г., Тараткин М.С. Эндоскопическая энуклеация простаты: временный тренд или новый стандарт лечения? Урология 2018; 2: 130-133.
5. Зайнутдинов У.Н., Далимов Д.Н., Матчанов А.Д., Исламов А.Х., Тлеганов Р.Т., Бозорова Н.Х., Собирова Ф.А., Сравнительное изучение дикорастущей и культурной форм *Lagochilus inebrians*. Химия растительного сырья 2011; 2: 189-190.
6. Мамадов Ю.М., Загруднинов Ф.Ф., Косимов З.О., Маматов Б.Ю., Балтабаева Д.Ф., Эшонкулов О.О., Успехи поиска, изучения и внедрения кровоостанавливающих средств из растения рода зайцегуб (лагохилус). Мед. журнал Узбекистана 2017; 1: 124-127.
7. Ражабова У.А., Саидализода Г., Ёрова С.Б. Микроскопический и макроскопический анализ травы зайцегуб гипсовый - *Lagochilus gypsacius*
8. Тураева Д.Т., Выпова Н.Л., Далимова С.Н., Далимов Д.Н., Матчанов А.Д., Ниязимбетова Д. Влияние препарата Лаговин на процесс свертывания крови в опытах *in vitro*. Доклады А.Н. РУз. 2008; 1: 43-46.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616-089.366.65-002

Аллазов Салах Аллазович

Доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

Аллазов Хасан Салахович

врач-ординатор
Самаркандское городское
медицинское объединение
Самарканд, Узбекистан.

Искандаров Юсуф Назимович

Ассистент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

Эшбеков Мурод Абдимусаевич

главный врач Районное медицинское объединение
Самарканд, Узбекистан

МУЛЬТИОРГАННАЯ ОПЕРАЦИЯ НА 4-Х ОРГАНАХ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА

For citation: Allazov Salakh Allazovich, Allazov Hasan Salakhovich, Iskandarov Yusuf Nazimovich, Eshbekov Murod Abdimusaevich, Multiorgan surgery on 4 organs of the human organism, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp.30-33


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-8>

АННОТАЦИЯ

Мультиорганные операции проводятся на двух и более органах в один этап по поводу одного или нескольких заболеваний. Описан случай мультиорганный операции на желчном пузыре (холецистэктомия), паховом канале (герниотомия), предстательной железе (аденомэктомия) и в мочеиспускательном канале (туннелизация уретры), проведенной под единым наркозом разными хирургами соответствующей специализации. Выполнение нескольких операций на разных органах под общим наркозом считается рациональным в плане экономии времени, малой травматизации, наименьших нарушений гомеостаза организма.

Ключевые слова: мультиорганный операция, холецистэктомия, герниотомия, аденомэктомия, туннелизация уретры.

Allazov Salakh Allazovich

Doctor of Medical science, Professor
Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan

Allazov Hasan Salakhovich

Doctor Samarkand city medical association
Samarkand, Uzbekistan.

Iskandarov Yusuf Nazimovich

Assistant Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan

Eshbekov Murod Abdimusaevich

chief physician
District medical union
Samarkand, Uzbekistan

MULTIORGAN SURGERY ON 4 ORGANS OF THE HUMAN ORGANISM

ABSTRACT

Multi-organ operations are performed on two or more organs in one step on about one or more diseases. Have been described the case of multi-organ gallbladder (cholecystectomy), inguinal canal (herniotomy), prostate (adenomectomy), and urethra (tunnelisation of the urethra) surgery, held under single anesthesia by different surgeons of relevant specializations. Performing multiple operations on different organs under

general anesthesia is considered to be rational in the terms of time saving, low trauma and violations of homeostasis.

Keywords: multi-organ surgery, cholecystectomy, herniotomy, prostate adenomectomy, tunnelisation of the urethra.

Allazov Salax Allazovich

Tibbiyot fanlar doktori, professori

Samarqand davlat tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

Allazov Hasan Salaxovich

vrach-ordinator Samarqand shahar tibbiyot

birlashmasi, Samarqand, O'zbekiston.

Iskandarov Yusuf Nazimovich

Assistant Samarqand davlat tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

Eshbekov Murod Abdimusayevich

bosh shifokor Tuman tibbiyot birlashmasi

Samarqand, O'zbekiston

INSON ORGANIZMIDA 4-TA A'ZODA MULTIORGAN XIRURGIK AMALIYOT

ANNOTATSIYA

Multiorgan operatsiyalar bir yoki bir necha kasallik munosabati bilan ikki va undan ortiq a'zolarida bir bosqichda bajariladi. O't pufagida (xolestsistektomiya), chov kanalida (gerniotomiya), prostata bezida (adenomektomiya) va uretrada (tunellash) bir narkoz davomida tegishli mutaxassislar tomonidan bir vaqtda bajarilgan multiorgan amaliyot holati yoritilgan. Turli xil a'zolarida bir necha amalyotni umumiy og'riqsizlantirish ostida birvarakayiga bajarish vaqtini tejash oz shikastlantirish, organizimdagi gemostazga kam ta'sir qilish nuqtai nazaridan maqsadga muvofiqligi ko'rsatilgan.

Kalit so'zlar: multiorgan operatsiya, xolisisektomiya, gerniotomiya, adenomektomiya, tunnelizatsiya uretra.

Мультиорганные операции – это хирургические вмешательства на двух и более органах, выполняемые в один этап по поводу одного или нескольких заболеваний. Эти хирургические вмешательства чаще выполняются хирургами, онкологами, трактуя как комбинированные операции [1,3,4].

Выполнение нескольких операций на разных органах через один доступ под общим наркозом (симультанные операции) считаются рациональными в смысле экономии времени, малой травматизации, наименьших нарушений гомеостаза организма. Однако осуществление нескольких операций на разных органах и системах организма, соблюдая принцип мультимодальности, хотя и через разные доступы, но в течение одноразового наркоза также считается рациональным [1,2].

Приводим случай мультиорганической операции на 4-органах с хорошим результатом.

Больной Г.Х., 76 лет, госпитализирован по экстренным показаниям 26.09.2014 г. в экстренное хирургическое отделение Самаркандского филиала РНЦЭМП.

Жалобы при поступлении на резкие боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, сухость во рту, затрудненное мочеиспускание с выделением мочи по каплям, выпячивание в левой паховой области, слабость.

Анамнез: больным себя считает в течение 4 суток, заболевание связывает с употреблением жирной пищи. В связи с усилением болей в подреберье и ухудшением мочеиспускания доставлен в Самаркандский филиал РНЦЭМП каретой скорой помощи. В 1994 г. произведена операция гериотомии по поводу правосторонней паховой грыжи. В 2013 г. – операция лапаротомии, аппендэктомии. В течение последних 2 лет отмечается наличие левосторонней вправимой паховой грыжи.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледноватые. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 140/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык влажный, покрыт белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. На передней брюшной стенке по белой линии живота от симфиза до пупка определяется старый послеоперационный рубец размерами 20,0х0,5 см. В правой паховой области также имеется послеоперационный рубец размерами 10,0х0,5 см. При пальпации определяется болезненность и ригидность мышц. Симптомы Орнера-Грекова, Мерфи положительные. Пальпируется дно желчного пузыря, отмечается болезненность. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. В левой паховой области при

натуживании появляется припухлость размерами 5,0х0,6 см, мягко-эластической консистенции, безболезненная, при надавливании вправляется в брюшную полость. Область почек без изменений, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание затрудненное, в течение последних 2-х суток не может помочиться. При катетеризации отмечается непреодолимое препятствие в задней части уретры.

УЗИ: желчный пузырь размерами 84х47 мм, толщина стенки 6 мм, в области шейки имеется конкремент, холедох – 6 мм. Стенка мочевого пузыря 3,5 мм, количество остаточной мочи 650 мл, размеры простаты 61х47х66 мм.

Общий анализ крови: Hb 98,0 г/л; ц.п. 0,9; эрит. $3,8 \times 10^{12}$; лейкоц. $5,4 \times 10^9$; п. 2%; с. 60%; эоз. 2%; лимф. 26%; мон. 4%; СОЭ 11 мм/ч.

Биохимический анализ крови: креатинин - 110,0 мкмоль/л; мочевины – 5,6 ммоль/л; билирубин 19,3 мкмоль/л.

Клинический диагноз: Желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный обтурационный холецистит. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы II степени. Стриктура уретры. Задержка мочеиспускания. Левосторонняя прямая скользящая грыжа. Атеросклеротический кардиосклероз.

03.10.2014 г. произведена мультиорганическая операция на желчном пузыре, паховом канале, предстательной железе, мочеиспускательном канале. Наркоз: общий интубационный. Длительность мультиорганической операции 2 часа 15 мин: 10^{15} - 12^{30} .

Названия операций и их краткие протоколы:

1. Лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости

Произведен разрез кожи выше пупка. Установлен 10 мм троакар и наложен пневмоперитонеум. Введен троакар и лапароскоп. Установлены дополнительные троакары в правом подреберье. При ревизии желчный пузырь полностью окутан большим салынком. Установлены 5 мм и 10 мм троакары в эпигастрии в типичных местах. Желчный пузырь тупо выделен из салыника, последний увеличен в размерах, напряженный, стенки отечные, в области шейки определяется фиксированный камень. Желчный пузырь пунктирован, эвакуирована застойная желчь. Выделен пузырный проток, последний диаметром 0,4 см. Холедох не визуализируется. На пузырный проток наложена 0/2 клипса и проток пересечен. На пузырную артерию наложена 0/1 клипса и пересечена. Желчный пузырь выделен из ложа. Произведена холецистэктомия. Желчный пузырь извлечен через эпигастриальный прокол (рис. 1). Подпеченочная область обработана спиртом. К ложу желчного пузыря подведена

дренажная трубка, которая выведена через прокол в правом подреберье. Ревизия органов брюшной полости и органов малого таза. Другой патологии не выявлено.

2. Герниотомия Параллельно и на 2 см выше паховой связки над грыжевым выпячиванием произведен разрез кожи длиной 10 см, гемостаз. Наружное паховое кольцо расширено до 3-4 см, вскрыт паховый канал, из окружающих тканей выделен грыжевой мешок, вскрыт. Грыжевым содержимым является сигмовидная кишка (рис. 2). Грыжевой мешок полностью отделен от элементов семенного канатика, наложен кисетный шов изнутри грыжевого мешка, завязан. Остатки грыжевого мешка иссечены, культи погружена в брюшную полость. Задняя стенка пахового канала укреплена по методу Бассини.

3. Аденомэктомия Произведен разрез кожи, подкожной жировой клетчатки и апоневроза над лоном по срединной линии длиной 7 см. Гемостаз. Раздвинуты мышцы, обнажена передняя стенка мочевого пузыря. Пузырь увеличен в объеме, напряжен, переходная складка отодвинута вверх. Передняя стенка мочевого пузыря взята на держалки, пузырь вскрыт, выделился 1 л мутной мочи. При ревизии обнаружен эндовезикальный рост аденомы предстательной железы, произведена субкапсулярная энуклеация аденомы предстательной железы (рис. 3), гемостаз.

4. Туннелизация уретры (оператор: уролог, проф. Аллазов С.А.). При попытке провести катетер через уретру отмечалось препятствие в задней части уретры. С помощью бужа-проводника произведено шинирование задней части уретры. В мочевой пузырь

установлен катетер Фолея размером 18 Fr. Рана мочевого пузыря ушита. Послойное ушивание раны.

Через сутки после операции: общее состояние относительно удовлетворительное. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 88 ударов в 1 мин. Общий анализ крови: Нб 76,0 г/л; ц.п. 0,9; эрит. $3,0 \times 10^{12}$; лейкоц. $12,0 \times 10^9$; п. 5%; с. 70%; эоз. 5%; лимф. 28%; мон. 4%; СОЭ 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: прозрачность - прозр., цвет - светло-красный, белок - 0,12; лейкоц. - сплошь, эрит. в бол. кол. Повязки незначительно промокли. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Перитонеальные симптомы не определяются. По дренажу из правой подпеченочной области выделилось около 20-30 мл серозной жидкости. Мочевой пузырь постоянно промывается раствором фурацилина. Промывная жидкость слегка окрашена кровью. Газы еще не отошли.

Послеоперационное течение без особенностей. Дренажная трубка из брюшной полости удалена на 3-й день после операции. Тампон из ложа аденомы удален на 3-й день. Дренажная трубка над лобком удалена на 5-й день. Уретральные дренажные трубки удалены на 12-й день, после чего у больного восстановилось мочеиспускание через естественные мочевые пути. Раны зажили первичным натяжением.

При осмотре через 2 месяца общее состояние больного удовлетворительное, самочувствие улучшилось. Мочеиспускание через естественные мочевые пути, свободное, 3-4 раза в сутки.



Рис.1.Макропрепарат: желчный пузырь.

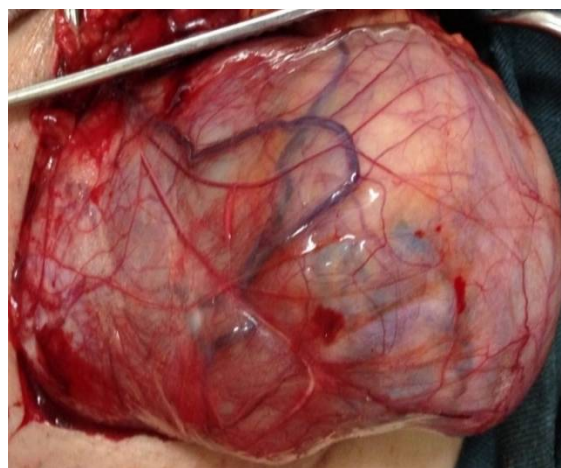


Рис.2.Грыжевой мешок с сигмовидной кишкой.



Рис. 3. Макропрепарат: аденоматозные узлы

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Соблюдение принципа мультиорганных операций, в нашем случае – холецистэктомия, грыжесечение, аденомэктомия и

туннелизация уретры способствует упрощению всей операции, проводимой под одним наркозом, сокращению времени нахождения в стационаре и финансовых затрат.

Использованная литература

1. Ганцев Ш.Х. Мультиорганный хирургия. Медицинский вестник Башкортостана 2008; 4: 9-13.
2. Оперативная урология. Классика и новации. Руководство для врачей. Манагадзе Л.Г., Лопаткин Н.А., Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Даренков С.П., Турманидзе Н.Л., Гогенфеллер. М.: «Медицина», 2003; 740
3. Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Махмудов М.А. Интраоперационная гемодинамика при мультимодальном обеспечении экстренных травматологических операций. Вестник экстренной медицины 2013; 4: 51-55.
4. Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Махмудов М.А. Послеоперационное обезболивание при мультимодальном подходе к периперационному обеспечению экстренных травматологических операций. Вестник экстренной медицины 2013; 4: 55-58.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616-006. 04-082 (470)

Isakova Dilnoza BaxtiyarovnaAssistent Andijon Davlat tibbiyot instituti
Andijon, Uzbekiston**Mamarasulova Dilduzaxon Zakirjanovna**Tibbiyot fanlari doktori, dotsent
Andijon Davlat tibbiyot instituti
Andijon, Uzbekiston**Almuxammedova Barno Gulmukhammatovna**Tibbiyot fanlar nomzodi
Respublika ixtisoslashtirilgan Onkologiya va
radiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi
Andijon, Uzbekiston**Yakubova Oltinoy Abduganievna**Tibbiyot fanlar doktori, dotsent
Andijon Davlat tibbiyot instituti
Andijon, Uzbekiston

BACHADON BO'YNI SARATON OLDI VA SARATON BILAN KASALLANISH VA O'LIM KO'RSATKICHLARI BO'YICHA ONKOEPIDEMIOLOGIK XOLATI

For citation: Isakova Dilnoza Bakhtiyarovna, Mamarasulova Dilduzaxon Zakirjanovna, Almuxammedova Barno Gulmukhammatovna, Yakubova Oltinoy Abduganievna, Oncoepidemiological state of morbidity and mortality of precancer and cancer diseases of the cervix, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp. 34-38


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-9>

ANNOTATSIYA

Saraton xastaligi dunyoda o'lim xolatiga olib kelayotgan asosiy sabablardan biri hisoblanadi, deyarli har oltinchi o'lim saraton sababli qayd etiladi. 2018 yil tahliliga ko'ra ushbu hastalik tufayli 9.6 mln bemor bu dunyodan ko'z yumgan. Bu maqolada 2019 yil ma'lumotlariga tayangan holda aytish mumkinki, ayollar orasida xavfli kasalliklar bilan kasallanish ko'rsatkichi ortgani birinchi tomondan salbiy baholansada, ikkinchi tomondan O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2866-sonli qarorining ijrosi amaliyotda ijobiy ta'minlanayotganini ko'rish mumkin. Ko'krak bezi saratoni xastaligi deyarli 50%, bachadon bo'yni saratoni esa 40 % holatlarda mutaxassislarning tuman sharoitida profilaktik ko'ruv jarayonlarida aniqlangan natijalari yoritilgan.

Tayanch suzlar: profilaktik kuruv, xavfli usmalar

Isakova Dilnoza Bakhtiyarovna,Assistant Andijan State Medical Institute
Andijon, Uzbekistan**Mamarasulova Dilduzaxon Zakirjanovna,**Doctor of science, docent
Andijan State Medical Institute
Andijon, Uzbekistan**Almuxammedova Barno Gulmukhammatovna,**Doctor of philosophy
Republican Specialized scientific-practical
medical center of Oncology and Radiology
Andijon, Uzbekistan**Yakubova Oltinoy Abduganievna**Doctor of science, docent
Andijan State Medical Institute
Andijon, Uzbekistan

ONCOEPIDEMIOLOGICAL STATE OF MORBIDITY AND MORTALITY OF PRECANCER AND CANCER DISEASES OF THE CERVIX

ANNOTATION

Cancer is the second of the main causes of death in the world; So in 2018 9.6 million people died from this disease. Cancer becomes the cause of almost every sixth death in the world. About 70% of deaths from cancer occur in low- and middle-income countries. This article can be said that the growth of malignant diseases among women, first of all, had a negative assessment in 2019, but on the other hand, the positive effect of the implementation of the Decree of the President of the Republic of Uzbekistan No. 2866. In 50% of breast cancer and 40%. Cases of cervical cancer have described the results of preventive inspections in the area.

Keywords: preventive examination, malignant tumors, cervical cancer

Исакова Дилноза Бахтияровна,

Ассистент Андижанский государственный
медицинский институт
Андижон, Узбекистан

Мамарасулова Дилфузахон Закиржановна,

Доктор наук, доцент
Андижанский государственный медицинский институт

Алмухаммедова Барно Гульмухамматовна,

Доктор философии по медицинским наукам
Ташкентский городской филиал

Республиканского специализированного

научно практического центра онкологии и радиологии

Андижон, Узбекистан

Якубова Олтиной Абдуганиевна

Доктор наук, доцент Андижанский
государственный медицинский институт
Андижон, Узбекистан

ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПРЕДРАКОВЫХ И РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

АННОТАЦИЯ

Как является второй из основных причин смерти в мире; так в 2018 г от этого заболевания умерли 9.6 млн человек. Рака становится причиной практически каждой шестой смерти в мире. Около 70 % случаев смерти от рака происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. В этой статье можно сказать, что рост злокачественными заболеваниями среди женщин, в первую очередь имела негативную оценку в 2019 году, но с другой стороны, положительный эффект от реализации Указа Президента Республики Узбекистан № 2866. В 50% случаев рака молочной железы и в 40% случаев рака шейки матки описаны результаты профилактических осмотров в районе.

Ключевые слова: профилактическое обследование, злокачественные опухоли.

Mavzuni dolzarbli. Xavfli o'smalar epidemiologiyasini o'rganishdan asosiy maqsad ushbu kasallik turli shakllarining tarqalish qonuniyati, etiologik va patogen omillar ta'siri orasidagi bog'liqlikni, qolaversa kasallikning yuzaga chiqishi, kasallanish hamda o'lim chastotasi ortishi yoki pasayishini o'rganish asosiy maqsadlar deb hisoblanadi. Natijada epidemiologik tadqiqotlar bir tomondan saratonning ayrim shakllari etiopatogenetik mohiyatini (yoki uni yangi ma'lumotlar bilan boyitishni) ochib berish, ikkinchi tomondan saratonga qarshi kurashishda aniq ma'lumotlar bilan sog'liqni saqlash tizimi tashkilotchilarini qurollantirish, aholi salomatligini shakllantirish uchun omillar, sharoit va boshqarilayotgan jarayonni nazorat qilishga imkon beradi[9].

Xavfli o'smalar zamonaviy jamiyatning o'ta murakkab tibbiy-ijtimoiy muammolaridan biri hisoblanadi. Saratonni o'rganish bo'yicha Xalqaro agentlik (SO'BXA) ma'lumotlariga ko'ra, dunyodaxavfli o'smalar bilan kasallanish hozirgi kunda yiliga 18 mlndan 2030 yilga kelib 30 mlnga ko'payishi kutilmoqda. SHu bilan birga kasallikdan o'lim darajasi yiliga 9 mln dan 12 mlnga ko'paymoqda[1,8].

O'zbekiston Respublikasi aholisi 1 kvadrat kilometrda 58,2 kishi zichligida istiqomat qiladi. Farg'ona vodiysida aholi zichligi respublikaning umumiy hududining 4% ni egallab, 28,6% 1 kvadrat kilometr hududdagi hamma aholining (9,5 mln kishidan ortiq) yoki o'tacha 415,4 kishini tashkil qiladi. Andijon viloyati statistika markazi ma'lumotlariga ko'ra, 2019 yil oxirida 3,067 mln kishini tashkil qildi. Bunday tadqiqotlarni Andijon viloyatida (O'zbekiston Respublikasi) o'tkazilishi birinchidan zarurat hisoblanadi, Andijon viloyatida bunday tadqiqotlarni o'tkazish viloyatning o'ziga xos geografik, iqlimiy, demografik va ekologik ko'rsatkichlarga ega ekanligidan dalolat beradi. Aholining tabiiy rivojlanishi yuqori bo'lgan o'rganilayotgan hududda onkologik kasalliklar ko'rsatkichlarini o'rganish va bu ko'rsatkichlarni umumiy respublika ko'rsatkichlari

bilan taqqoslash shubhasiz muhimdir. Undan tashqari, berilgan onkologik ma'lumotlar, shuningdek tibbiy ko'ruv va fuqarolar bilan o'tkazilgan savolnoma materiallari tirishqoqlik bilan aniqlik kiritishni talab qiladi[3,5,7].

Materiallar va uslublar. Barcha ma'lumotlar Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi Andijon viloyati filiali statistika bulimi 007-sonli hisobot materiallari, ambulator kartalar va 030-3 sonli hisobga olish varaqlaridan olingan. Taqdim etilayotgan maqolada Andijon viloyati aholisining 2007-2019 yillar kuzatuv davridagi xavfli o'smalar strukturasi, kasallanish ko'rsatkichining qiyosiy tahlili va viloyat aholisi sonining o'zgarishlari, hamda, hukumat tomonidan ishlab chiqilgan qarorlar asosida o'sma kasalliklarni, ayniqsa vizual organlardagi o'smalarni erta bosqichlarda aniqlashda profilaktik ko'ruvlarining ahamiyati baholangan.

Natijalar va muxokamalar

Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy amaliy tekshirish markazi statistika bo'limi ma'lumotlariga ko'ra 2016 yilda birlamchi aniqlangan bemorlar soni 22065 (100 000 aholi soniga 66.7) nafarni tashkil qilgan, ulardan 11881 (53,8%) ta holat ayollarga to'g'ri keladi. Respublikamizda birlamchi bachadon bo'yni saratoni tashxisi aniqlangan bemorlar 818 nafar bo'lib, ayollar orasida onkohastalik strukturasi sut bezi saratonidan keyingi 2-o'rinni egallagan (12.4 %). 2016 yilda onkologik kasalliklar sababli o'lgan bemor ayollar soni 7194 nafarni tashkil qilib, ulardan 818 tasi (11.4%) bachadon bo'yni saratoni oqibatida sodir bo'lgan. Ushbu hastalik o'linga olib kelgan onkologik kasalliklar strukturasi 2-o'rinni egallagan. Kechki bosqichlarda (III– IV bos.) aniqlangan bemorlar soni 549 nafarni tashkil qilib, xavfli o'smalar strukturasi 4.8 % ga etgan, birlamchi bachadon bo'yni saratoni tashxisi aniqlangan ayollar strukturasi 67 % bo'lgan (1-jadval).

Jadval 1

Uzbekiston Respublikasida bachadon bo'yni saratoni bilan kassalangan bemorlarning yoshi

	17-34		35-44		45-54		55-64		65 va ulardan katta		Ja'mi	
	Abs	%	abs	%	Abs	%	Abs	%	abs	%	Abs	%
2016 yil												
Kassalanish	61	4.2	291	19.8	534	36.4	409	27.9	172	11.7	1467	12.4
O'lim ko'rsatkichi	32	3.9	122	14.9	239	29.2	248	30.3	177	21.6	818	11.4
2017 yil												
Kassalanish	62	4.0	295	19.0	565	36.3	443	28.5	188	12.1	1553	11.9
O'lim ko'rsatkichi	38	4.5	138	16.2	273	32.1	251	29.4	150	17.6	850	11.1

Ushbu statistik ma'lumotlar taxlil 2017 yilda quyidagi ko'rinishda: birlamchi aniqlangan bemorlar soni 22730 (100 000 aholi soniga 66.7) nafarni tashkil qilgan, ulardan 13058 (57,5%) nafari ayollar. Birlamchi bachadon bo'yni saratoni tashxisi aniqlangan bemorlar 1553 nafargacha oshgan va ayollar orasida onkohastalik strukturasida 2-o'rinni egallagan (11.9 %). Onkologik kasalliklar sababli o'lgan bemor ayollar soni 7633 nafarni tashkil qilib, ulardan 850 tasi (11.1%) bachadon bo'yni saratoni oqibatida sodir bo'lgan. Ushbu hastalik bu yilgi ko'rsatkichlarda ham o'limga olib kelgan onkologik kasalliklar strukturasida 2-o'rinni egallagan. Kechki bosqichlarda (III– IV st.) aniqlangan bemorlar soni 558 nafarni tashkil qilib, xavfli o'smalar strukturasida 4.7 % ga etgan, birlamchi bachadon bo'yni saratoni tashxisi aniqlangan ayollar strukturasida 65 % bo'lgan (1-jadval).

RIORIATM Andijon filiali ma'lumotlariga ko'ra 2016 yilda birlamchi aniqlangan bemorlar soni 1791 (100 000 aholi soniga 61,5) nafarni tashkil qilib, ulardan 1010 tasi ayollarga to'g'ri kelgan. Bachadon bo'yni saratoni tashxisi bilan 147 ta bemor birlamchi aniqlangan, ayollar orasida xavfli o'smalar strukturasida 14.6% ni ko'rsatgan va 2-o'rinni egallagan. 2016 yilda xavfli o'smalar sababli 480 ta o'lim sodir bo'lgan va ulardan 70 tasi bachadon bo'yni saratoni oqibatida yuzaga kelib, o'lim strukturasida sut bezi saratonidan keyingi

2-o'rinni egallagan. Ushbu yilda BBS 74 holatda kechki bosqichlarda aniqlanib, birlamchi bemorlarning 50.3 % ni tashkil qilgan.

2017 yilgi statistik ma'lumotlarda ham analogik taxlil o'tkazildi. Birlamchi aniqlangan bemorlar soni 1685 (100 000 aholi soniga 64.5) nafarni tashkil qilgan, ulardan 984 (58.4%) nafari ayollar. Birlamchi bachadon bo'yni saratoni tashxisi aniqlangan bemorlar 164 nafargacha oshgan va ayollar orasida onkohastalik strukturasida 2-o'rinni egallagan (16.7 %). Onkologik kasalliklar sababli o'lgan bemor ayollar soni 528 nafarni tashkil qilib, ulardan 75 tasi (14.2%) bachadon bo'yni saratoni oqibatida sodir bo'lgan. BBS 2017 yil ko'rsatkichlarida ham o'limga olib kelgan onkologik kasalliklar strukturasida 2-o'rinni egallagan. Kechki bosqichlarda (III– IV bos.) aniqlangan bemorlar soni 63 nafarni tashkil qilib, xavfli o'smalar strukturasida 8,3 % ga etgan, birlamchi bachadon bo'yni saratoni tashxisi aniqlangan ayollar orasida 38,4 % gacha pastlagan (2-jadval).

Andijon viloyati aholisi zichligi, viloyatning geografik xususiyatlari va etnik jihatdan turli xil bo'lishi viloyatdagi barcha hududlarda xavfli o'smalar profilaktikasi va erta aniqlashda turlicha yondashish maqsadga muvofiq bo'ladi. Buning uchun viloyatda onkologik kasalliklar holati hududlar kesimida o'rganilishi zarur.

Jadval 2

Andijon viloyati bo'yicha bachadon bo'yni saratoni bilan kassalangan bemorlarning yoshi

	17-34		35-44		45-54		55-64		65 i starshe		Vsego	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	Abs	%
2016												
Kassalanish	7	4.8	25	17.0	53	36.1	48	32.7	14	9.5	147	14.6
O'lim ko'rsatkichi	-	-	2	2.9	21	0.3	23	32.9	24	34.3	70	14.6
2017												
Kassalanish	12	7.3	33	20.1	65	39.6	40	24.4	14	8.5	164	16.7
O'lim ko'rsatkichi	2	2.7	9	12.0	25	33.3	27	36.0	12	16.0	75	14.2

Andijon viloyati aholisi soni 2020 yil boshiga 3 127,8 ming nafar (Respublika umumiy aholisi sonidan 9,3 %) ni tashkil qilgan. Andijon shahar va Andijon tumani ma'muriy hududlarida 703 517(22,5 %) ta aholi istiqomat qiladi, ulardan 353 443 (50,2 %) nafari ayollardir.

Yuqorida ta'kidlanganidek, hududlar kesimi holatida o'rganish ilk bor Andijon shahar va Andijon tumani hududlarida o'tkazildi. 2016 yilda Andijon shaharda birlamchi aniqlangan bemorlar soni 299 (100 000 aholi soniga 72) nafarni tashkil qilib, ulardan 175 tasi ayollarga to'g'ri kelgan. Bachadon bo'yni saratoni tashxisi bilan 17 ta bemor birlamchi aniqlangan, ayollar orasida xavfli o'smalar strukturasida 9.7% ni ko'rsatib, 2-o'rinni egallagan. 2016 yilda xavfli o'smalar sababli 115 ta

o'lim qayd etilgan va ulardan 15 tasi bachadon bo'yni saratoni oqibatida yuzaga kelib, o'lim strukturasida sut bezi saratonidan keyingi 2-o'rinni egallagan (3-jadval). 2017 yilda ushbu tahlil quyidagicha ko'rinishda bo'ldi: birlamchi aniqlangan bemorlar soni 274 (100 000 aholiga 65) nafar bo'lib, ulardan 168 tasi ayollar orasida kuzatilgan. Birlamchi BBS tashxisi bilan 34 ta holat qayd etilgan. Bu ko'rsatkich ayollarda xavfli o'smalar strukturasida 2-o'rinni egallagan (20.2%). Andijon shaharda onkohastalik oqibatida 26 ta o'lim qayd etilgan bo'lib, o'lim strukturasida ham sut bezi saratonidan keyingi 2-o'rinni egallagan. Kechki bosqichda (III– IV bos.) aniqlangan bemorlar soni 17 tani tashkil qilgan va birlamchi aniqlangan bemorlarning 50 % ni ko'rsatgan.

Jadval 3

Andijon shaxri bo'yicha bachadon bo'yni saratoni bilan kassalangan bemorlarning yoshi

	17-34		35-44		45-54		55-64		65 va undan katta		Ja'mi	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	Abs	%	Abs	%
2016												
Kassalanish	1	5.8	2	11.6	5	29.4	7	41.1	2	11.6	17	9.7
O'lim ko'rsatkichi	-	-	1	6.7	7	46.7	5	33.3	2	13.3	15	13.0
2017												
Kasallanish	2	5.9	6	17.6	15	44.1	7	20.1	4	11.8	34	20.2
O'lim ko'rsatkichi	-	-	3	11.5	9	34.6	9	34.6	5	19.2	26	19.0

2016 yilda Andijon tumanida birlamchi aniqlangan bemorlar soni 151 (100 000 aholi soniga 63.1) nafarni tashkil qilib, ulardan 85 tasi ayollar orasida aniqlangan. Bachadon bo'yni saratoni tashxisi bilan 12 ta bemor birlamchi aniqlangan, ayollar orasida xavfli o'smalar strukturasida 14.1% ni ko'rsatib, 2-o'rinni egallagan. 2016 yilda xavfli o'smalar sababli 23 ta o'lim qayd etilgan va ulardan 3 tasi bachadon bo'yni saratoni oqibatida yuzaga kelgan. Kechki bosqichda (III– IV bos.) aniqlangan bemorlar soni 17 tani tashkil qilgan va birlamchi aniqlangan bemorlarning 50 % ni ko'rsatgan (4-jadval).

2017 yil ma'lumotlari taxlili natijalari oldingi yildan keskin farq qildi. birlamchi aniqlangan bemorlar soni 139 (100 000 aholi soniga 56.8) nafarni tashkil qilgan bo'lsa, ulardan 85 tasi ayollar orasida aniqlangan. 11 nafar bemorga birlamchi bachadon bo'yni saratoni tashxisi qo'yilgan, ayollar orasida xavfli o'smalar strukturasida 12.9% ni ko'rsatib, 2-o'rinni egallagan. Hisobot yilida xavfli o'smalar 40 ta o'lim holatiga olib kelgan va ulardan 8 tasi bachadon bo'yni saratoni oqibatida sodir bo'lgan. Kechki bosqichda (III– IV bos.) aniqlangan bemorlar soni 5 tani tashkil qilgan va birlamchi aniqlangan bemorlarning 45.5 % ni ko'rsatgan (4-jadval).

Jadval 4

Andijon rayon buyicha bachadon bo'yni saratoni bilan kasallangan bemorlarni yoshi

	17-34		35-44		45-54		55-64		65 i starshe		Vsego	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	Abs	%
2016												
Kasallanish	1	8,3	3	25,0	3	25,0	5	41,7	-	-	12	14,1
O'lim ko'rsatkichi	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100,0	3	13,0
2017												
Kasallanish	1	9,1	3	27,3	6	54,5	1	9,1	-	-	11	12,9
O'lim ko'rsatkichi	-	-	1	12,5	3	37,5	3	37,5	1	12,5	8	20,0

Tadqiqot davomida BBS bilan kasallangan bemorlarning yoshga nisbatan kasallanish, o'lim va birlamchi aniqlangan bosqichlar tahlili ham o'tkazildi.

Xulosalar

Respublika onkologiya markazi statistik ma'lumotlariga asosan 2016 yilda jami 1467 ta BBS aniqlangan bo'lib, ayollar orasida onkokasallanish strukturasida 12.5% ni tashkil qilgan, ulardan 17-34 yosh – 61 (4.2%), 35-44 yosh – 291 (19.8%), 45-54 yosh – 534 (36.4%), 55-64 yosh – 409 (27.9%) va 65 yoshdan yuqori – 172 (11.7%) ni ko'rsatgan. Xavfli o'smalar sababli sodir bo'lgan umumiy o'lim soni 14068 ta, ulardan 7194 nafari ayollar orasida qayd etilgan. Hisobot yilida BBS dan o'lgan bemorlar soni 818 nafar (ayollar orasida onkologik o'lim strukturasida 11,4 %), ulardan 17-34 yosh – 32 (3.9%), 35-44 yosh – 122 (14.9%), 45-54 yosh – 239 (29.2 %), 55-64 yosh – 248 (30.3%) va 65 yoshdan yuqori bemorlarda– 177 (21.6 %) ni ko'rsatdi (1-jadval).

2017 yilda jami 1553 ta BBS aniqlangan, onkokasallanish strukturasida esa 11.9% ni tashkil qilib, ulardan 17-34 yosh – 62 (4.0%), 35-44 yosh – 295 (19.0%), 45-54 yosh – 565 (36.3%), 55-64 yosh – 443 (28.5%) va 65 yoshdan yuqori – 188 (12.1%) ni ko'rsatgan. Xavfli o'smalar sababli sodir bo'lgan umumiy o'lim soni 14363 ta, ulardan 7633 nafari ayollar orasida qayd etilgan. Hisobot yilida BBS dan o'lgan bemorlar soni 850 nafar (ayollar orasida onkologik o'lim strukturasida 11,9 %), ulardan 17-34 yosh – 38 (4.5%), 35-44 yosh – 138 (16.2%), 45-54 yosh – 273 (32.1 %), 55-64 yosh – 251 (29.4%) va 65 yoshdan yuqori bemorlarda– 150 (17.6 %) ni ko'rsatdi (1-jadval).

Andijon viloyatida 2016 yilda jami 147 ta (ayollarda xavfli o'smalar strukturasida 14.6 %) holat aniqlangan, ulardan 17-34 yosh – 7 (4.8%), 35-44 yosh – 25 (17.0 %), 45-54 yosh – 53 (36.1%), 55-64 yosh – 48 (32.7 %) va 65 yoshdan yuqori – 14 (9.5%). Viloyat ma'muriy hududida onkologik kasalliklardan o'lgan bemorlar soni 1114 tani ko'rsatgan, ulardan 70 ta (14.6%) holat BBS oqibatida qayd etilgan. YOSHga nisbatan o'lim tahlili quyidagicha: 17-34 yosh – kuzatilmagan, 35-44 yosh – 2 (2.9 %), 45-54 yosh – 21 (30.0 %), 55-64 yosh – 23 (32.9 %) va 65 yoshdan yuqori – 24 (34.3 %) (2-jadval).

Viloyat ma'lumotlari 2017 yil tahlili ham o'tkazildi. Ushbu yilda umumiy hisobda BBS bilan kasallangan ayollar soni 164 taga etib, ayollarda xavfli o'smalar strukturasida 16.7% gacha oshgan, ulardan 17-34 yosh – 12 (7.3 %), 35-44 yosh – 33 (20.1%), 45-54 yosh – 65 (39.6 %), 55-64 yosh – 40 (24.4 %) va 65 yoshdan yuqori – 14 (8.5 %) ni tashkil qildi. Viloyatda jami 1073 ta o'lim holati qayd etilgan bo'lib, 528 tasi ayollarga to'g'ri keladi. 2017 yilda 75 ta BBS sababli o'lim holati kuzatilgan, ulardan 17-34 yosh – 2 (2.7 %), 35-44 yosh – 9 (12.0 %), 45-54 yosh – 25 (33.3 %), 55-64 yosh – 27 (36.0 %) va 65 yoshdan yuqori – 12 (16.0 %).

Andijon shaharda 2016 yil yakuniga jami 17 (ayollar onkologik kasallanish strukturasida 9.7 %) ta BBS aniqlanib, ulardan 17-34 yosh – 1 (5.8 %), 35-44 yosh – 2 (11.6 %), 45-54 yosh – 5 (29.4 %), 55-64 yosh – 7 (41.1 %) va 65 yoshdan yuqori – 2 (11.6 %). SHahar hududida ushbu yili xavfli o'smalardan 192 ta o'lim holati ro'yxatga olingan, ulardan 115 nafari ayollar. BBS oqibatida 15 ta o'lim holati qayd etilib, yoshga nisbatan o'lim tahlili quyidagicha ko'rishga ega: 17-34 yosh – kuzatilmagan, 35-44 yosh – 1 (6.7 %), 45-54 yosh – 7 (46.7 %), 55-64 yosh – 5 (33.3 %) va 65 yoshdan yuqori – 2 (13.3 %) (3-jadval).

2017 yilda shahar hududida 34 (ayollar orasida 20.2 %) ta BBS aniqlangan bo'lib, ulardan 17-34 yosh – 2 (5.9 %), 35-44 yosh – 6 (17.6%), 45-54 yosh – 15 (44.1 %), 55-64 yosh – 7 (20.1 %) va 65 yoshdan yuqori – 4 (11.8 %). Andijon shaharda ushbu yilda xavfli o'smalardan 206 nafar bemor hayotdan ko'z yumgan, ularning 66.5 % (137 nafar) ni ayollar tashkil qilgan. BBS kasalligi 26 (19.0 %) bemorning o'limiga sabab bo'lgan va ulardan 17-34 yosh – kuzatilmagan, 35-44 yosh – 3 (11.5%), 45-54 yosh – 9 (34.6 %), 55-64 yosh – 9 (34.6 %) va 65 yoshdan yuqori – 5 (19.2 %).

Andijon tumanida 2016 yil ma'lumotlariga asosan jami 12 (14.1 %) ta BBS aniqlangan bo'lib, ulardan 17-34 yosh – 1 (8.3 %), 35-44 yosh – 3 (25.0 %), 45-54 yosh – 3 (25.0 %), 55-64 yosh – 5 (41.7 %) va 65 yoshdan yuqori – kuzatilmagan. Tuman bo'yicha yil davomida 59 ta o'lim qayd etilgan bo'lib, 23 ta holat ayollarda aniqlangan. 3 nafar bemor BBS kasalligidan vafot etgan va bularning barchasi 65 yoshdan yuqori bemorlarda qayd etilgan.

2017 yil tuman ma'lumotlari tahlili quyidagicha: tuman hududida birlamchi BBS tashxisi 11 (ayollar orasida umumiy xavfli o'smalar strukturasida 12.9%) ta bemorda aniqlangan, ulardan 17-34 yosh – 1 (9.1 %), 35-44 yosh – 3 (27.3 %), 45-54 yosh – 6 (54.5 %), 55-64 yosh – 1 (9.1 %) va 65 yoshdan yuqori – kuzatilmagan. Tahlil olib borilgan hududda xavfli o'smalardan 2017 yilda 61 ta o'lim holati qayd etilgan (40 nafari ayollarga to'g'ri keladi). BBS oqibatida o'lgan bemorlar soni 8 nafarni ko'rsatgan va yoshga nisbatan ko'rsatkichlar quyidagicha ko'rinishga ega: 17-34 yosh – kuzatilmagan, 35-44 yosh – 1 (12.5 %), 45-54 yosh – 3 (37.5 %), 55-64 yosh – 3 (37.5 %) va 65 yoshdan yuqori – 1 (12.5 %).

Adabiyotlar:

1. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999; 189:12–19.
2. Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244–65
3. Schiffman M, Kjaer SK. Chapter 2: natural history of anogenital human papillomavirus infection and neoplasia. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003; 31:14–9
4. Ostör AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol* 1993;12:186–92.
5. Bansal N, Wright JD, Cohen CJ, et al. Natural history of established low grade cervical intraepithelial (CIN 1) lesions. *Anticancer Res* 2008;28: 1763–6.
6. Thulaseedharan JV, Malila N, Esmey PO, et al. Risk of invasive cancer among women visually screened and colposcopy triaged by trained nurses in rural South India. *Int J Gynaecol Obstet* 2015;129:104–8.
7. Mittal S, Mandal R, Banerjee D, et al. HPV detection-based cervical cancer screening program in low-resource setting: lessons learnt from a community-based demonstration project in India. *Cancer Causes Control* 2016;27:351–8.
8. Dilduzahon Mamrasulova, Abdulla Abduhakimov, Doniyor Tursunov, Dilbarkhon Urmanbaeva, Oybek Jalolov, Zuhridin Isaev “Comparative Analysis of the Mortality Structure among the Population of Andijan Region for 2016-2018” *J. Cardiovasc Disease Res.*, Vol 11, Issue 2, April June 2020; 11(2): 01- 03
9. World Health Organization Global Health Observatory Data Repository, Mortality and Global Health Estimates 2018. URL: apps.who.int/gho/data.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616.65.55-089.168.1-06

Искандаров Юсуф НазимовичАссистент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан.**Гафаров Рушен Рефатович**Ассистент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан.**Эшбеков Мурод Абдимусаевич**Главный врач Районное медицинское объединение
Самарканд, Узбекистан**Аллазов Салах Аллазович**Доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан**РАЗНОПЕРИОДНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ****For citation:** Iskandarov Yusuf Nazimovich, Gafarov Rushen Refatovich, Allazov Salakh Allazovich, Eshbekov Murod Abdimusaevich, Different complications of prostate adenomectomy: modern views, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp.39-45<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-10>**АННОТАЦИЯ**

Адаптация классификации хирургических осложнений Clavien P.A.-Dindo D., предложенной в отношении холецистэктомии, к операции аденомэктомии позволит систематизировать разнообразные хирургические осложнения, возникающие при данной операции. Кроме того, своевременное выявление и полноценный учет осложнений позволяет улучшать непосредственные и конечные результаты оперативного вмешательства.

Ключевые слова: простата, аденомэктомия, гемостаз, лагохилус, хирургические осложнения.**Iskandarov Yusuf Nazimovich**Assistant Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan**Gafarov Rushen Refatovich**Assistant Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan**Allazov Salakh Allazovich**Doctor of medical science, professor
Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.**Eshbekov Murod Abdimusaevich**chief physician District medical union
Samarkand, Uzbekistan**DIFFERENT COMPLICATIONS OF PROSTATE ADENOMECTOMY: MODERN VIEWS****ABSTRACT**

Adaptation of the classification of surgical complications by Clavien P.A.-Dindo D., a proposal for a cholecystectomy surgery to prostate adenomectomy will systematize various surgical complications arising from this operation. In addition, early detection and full accounting of the complications allows to improve the outputs and outcomes of surgical intervention.

Key words: prostate, adenomectomy, lagochilus, hemostasis, surgical complications.**Iskandarov Yusuf Nazimovich**

Assistant Samarqand davlat tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston.

Gafarov Rushen Refatovich

Assistant Samarqand davlat tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston.

Eshbekov Murod Abdimusayevich

bosh shifokor Tuman Tibbiyot birlashmasi

Samarqand, O'zbekiston.

Allazov Salah Allazovich

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Samarqand davlat tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

PROSTATI ADENOMEKТОMIYASINING TURLI DAVRLARIDAGI ASORATLARI: ZAMONAVIY YONDASHUV**ANNOTATSIIYA**

Xoletsistektomiya uchun taklif qilingan xirurgik asoratlari haqidagi Clavien P.A. Dindo D. tasnifnomasini adnomektomiya jarroxlilik amaliyotiga moslashtirish bu amaliyot paytida uchrashi mumkin bo'lgan asoratlarni tartibga solishga olib keladi. Bundan tashqari asoratlarni muddatida aniqlash va to'laqonli inobatga olish jarrohlik yo'li bilan davolashning yaqin va yakuniy natijalarini yaxshilashga sharoit yaratadi.

Kalit so'zlar: prostata, adenomektomiya, lagoxilus, gemostaz, jarroxlilik asoratlari.

Введение. В настоящее время доброкачественная гиперплазия предстательной железы частоте возникающих осложнений при радикальных оперативных вмешательствах стала занимать важное место в урологической практике [1,2 Винаров А.З. 2010].

Частота осложнений после открытой аденомэктомии составляет от 8,8 % до 27 % [8-12 Аляев Ю.Г.соав 2006, Varkarakis J.,соав.2004], гиперактивность мочевого пузыря после трансуретральной резекции, простаты сохраняется в 16-80 % случаев [13 Глыбочко П.В., соав 2012]. Актуальным является не только выявление и устранение этих периоперационных хирургических осложнений при аденомэктомии, но и прогнозирование их исходов [14-16]. С этой точки зрения в настоящее время рассматриваются возможность диагностики и прогнозирование исходов отдельных форм интра- и послеоперационных хирургических осложнений при аденомэктомии с применением различных шкал, математических методов, современной медицинской технологии [17, 18 Мамадалиев А.М., соав 2012]. Является своевременной дискуссия, открытая редколлегией журнала «Урология» на тему: «Выбор оптимального оперативного лечения больных аденомой предстательной железы», инициированная ведущим урологом Н.Ф. Сергиенко [7 Сергиенко Н.Ф. соав 2012].

Ознакомление научной литературой и анализ состояния проблемы прогнозирования исходов хирургических осложнений при аденомэктомии показал отсутствие всестороннего углубленного исследования многих ее аспектов [19-22]. Исходы хирургических осложнений открытой аденомэктомии до сих пор не получили рубрикационного ограничения и должной классификационной систематизации. Нет исследований, посвященных прогнозированию различных исходов хирургических осложнений при аденомэктомии в динамике с момента операции до выписки из стационара и далее на отдаленных сроках.

Предстоит адаптировать классификацию Clavien P.A.-Dindo D. [23, 24 Dindo D.соав 2004] по хирургическим осложнениям, предложенную в отношении некоторых хирургических операций (холецистэктомия и др.) к операции аденомэктомии с учетом, кроме преоперационных, еще и отдаленных хирургических осложнений.

В последние годы, в литературе появились сообщения по поводу классификации хирургических осложнений [25-31 Магруппов Б.А.,соав 2012, Тучин С.В.,соав 2012, Акилов Ф.А. соав 2012. Гиясов Ш.И., соав 2012.]. Их сравнительная оценка проведена Гиясовым Ш.И. [32 Гиясов Ш.И. 2012], по утверждению которого впервые Clavien P.A. et al. [23] предложили общие принципы классификации хирургических периоперационных осложнений, применяемые к холецистэктомии по степеням.

Как утверждают. [32 Гиясов Ш.И 2012.], [33 Аллазов С.А и соавт 2011.] предложенный вариант классификации, не мог в полной мере удовлетворить требования врачей. В связи с чем Dindo D. et al. [24 Dindo D. Соав 2004] видоизменили и усовер-

шенствовали эту классификацию исходя из опасности осложнений для жизни больного и длительности нетрудоспособности.

Необходимость исследования проблемы прогнозирования исходов хирургических осложнений при аденомэктомии диктуется нарастанием их частоты и тяжести, а также тяжелыми осложнениями [15, 34-36 Солонюк З.Г. соав 2012].

Разработка научно обоснованной системы прогнозирования исходов хирургических осложнений при аденомэктомии простаты для различных звеньев практического здравоохранения позволит найти резервы улучшения исходов и оптимизировать методы лечения.

Оценка качества медицинской помощи возможна по надежным данным о результатах лечения, что способствовало бы уменьшению затрат на медицинские услуги при повышении их качества [37].

Материал и методы. Конечные оценки хирургических вмешательств остаются ограниченными в связи с трудностью определения осложнений и классифицирования их тяжести [23].

Суть классификации Clavien P. et al. [23, 38] и Dindo D. et al. [24 Dindo D.соав 2004] состоит в оценке тяжести осложнения в зависимости от метода его лечения.

Этот подход позволяет выделить большинство осложнений и предотвратить недооценку главных отрицательных результатов. Прежде всего жизнеугрожающие осложнения и связанные с высокой смертностью, стрессами для больных и существенным расходом медицинских ресурсов и требующие интенсивного лечения, должны быть отделены от осложнений, которые можно лечить в общем порядке [39].

Классификация, которая объединяла бы медицинские, финансовые вопросы и интересы больных невозможна в связи с трудностью проведения корреляции между этими аспектами [40]. Исходя из этих соображений классификация Dindo D. et al. [24 Dindo D.соав 2004] построена в основном на медицинских аспектах, и прежде всего на инвазивности лечения, проводимого для коррекции осложнения.

В таблице 1 приводятся разновидности хирургических осложнений, встречающихся в практике не только урологов, но и других специалистов [41].

Усовершенствованная классификация осложнений Clavien P.A.-Dindo D. [23, 24 Dindo D., соав 2004] в настоящее время является надежным инструментом для качественной оценки осложнений в хирургической практике. Она использовалась также урологами для оценки осложнений после лапароскопической нефрэктомии и радикальной простатэктомии, ретроперитонеоскопии и чрескожной нефролитотомии, сравнительном анализе эффективности различных способов гемостаза после аденомэктомии мы решили использовать частоту хирургических осложнений как критерий оценки каждого метода оперативного вмешательства. Для этого нам приходилось вышеприведенные классификации хирургических осложнений

адаптировать к операции аденомэктомии. Нами за основу были взяты самые частые осложнения после открытой (традиционной) аденомэктомии, которые наблюдались на примере 412 больных с аденомэктомией с различными способами гемостаза

(тампонирование ложа аденомы, ушивание ложа, низведение съёмными швами шейки и капсулы аденомы и обработка ложа аденомы настоем лагохилуса) (табл. 2).

Таблица 1. Клинические примеры различных осложнений

Степень	Система органов	Примеры
Степень I	Сердце	Фибрилляция предсердий, купируемая коррекцией уровня
	Дыхательная	Ателектаз, требующий физиолечения
	Нервная	Преходящее нарушение сознания, не требующее лечения
	Пищеварительная Почки	Преходящее повышение уровня креатинина
	Другие	Раневая инфекция при лечении простым раскрытием раны у постели больного
Степень II	Сердце	Тахикардия, требующая назначения бета-блокаторов
	Дыхательная	Лечение пневмонии антибиотиками в общей палате
	Нервная	Преходящее нарушение мозгового кровообращения,
	Пищеварительная	требующее применения антикоагулянтов
	Почки	Антибиотикотерапия при инфекционной диарее
	Другие	Антибиотикотерапия при инфекции мочевыводящих путей То же что и I при необходимости антибиотикотерапии
Степень III а	Сердце	То же что и I при необходимости антибиотикотерапии Брадикардия, требующая установки водителя ритма под местной анестезией
	Дыхательная	Лечение антибиотиками в пульмонологической палате
	Нервная	См. степень IV.
	Пищеварительная	Билемика после резекции печени, требующая чрезкожного дренирования
	Почки	Лечение стеноза мочеточника стентированием после трансплантации почки.
	Другие	Закрывание разошедшейся раны в операционной под местной анестезией
Степень III б	Сердце	Тампонада сердца, требующая фенестрации после торакотомии
	Дыхательная	Оперативное закрытие бронхоплеврального свища после торакотомии
	Нервная	См. степень IV
	Пищеварительная	Релапаротомия при несостоятельности десцендоректоанастомоза
	Почки	Оперативное вмешательство при стенозе мочеточника после трансплантации почки
	Другие	Раневая инфекция, ведущая к эвентерации тонкой кишки
Степень IV а	Сердце	Сердечная недостаточность с синдромом малого выброса

	Дыхательная	Легочная недостаточность, требующая интубации
	Нервная	Ишемический инсульт, кровоизлияние в головной мозг
	Пищеварительная	Панкреонекроз
	Почки	Необходимость гемодиализа при почечной недостаточности.
Степень IV б	Сердце	Как и в IVa + почечная недостаточность
	Дыхательная	Как и в IV + почечная недостаточность
	Нервная	Ишемический инсульт, кровоизлияние в головной мозг и дыхательная недостаточность
	Пищеварительная	Как и в IVa + нестабильность гемодинамики
	Почки	Как и в IVa + нестабильность гемодинамики
Индекс "d"	Сердце	Сердечная недостаточность после инфаркта миокарда(IVa-d)
	Дыхательная	Одышка после пульмонэктомии по поводу сильного кровотечения после установки плеврального дренажа(IIIb-d)
	Нервная	Инсульт с сенсомоторным гемисин-дромом (IVa-d)
	Пищеварительная	Недержание кала после хирургического лечения абсцесса, развившегося после наложения десцендорек- тоанастомоза (III b-d)
	Почки	Остаточные явления почечной недостаточности при полиорганной недостаточности, вызванной сепсисом (IVb-d)
	Другие	Дисфония после вмешательства на щитовидной железе (Id)

Таблица 2. Хирургические осложнения после открытой аденомэктомии (n-412)

Осложнения	Способ гемостаза			
I. Ближайшие (после операционные):	Тампонирующее(N=102)	Ушивание(N=84)	Съемные швы(N=96)	Лагохилус(N=130)
	Абс. кол-во (%)			
1. кровотечение	26 (30,0)	12(17,6)	4 (3,5)	3(1,8)
2. геморрагический шок	10 (10,0)	6 (6,8)	5 (4,6)	1(1,5)
3. болевой шок	10 (11,2)	12 (14,9)	7 (6,4)	6 (6,4)
4.затеки (затеки, промывной жидкости)	8 (7,5)	4 (4,0)	6 (4,6)	-(-)
5.обострение инфекции	38 (45,0)	30 (37,8)	48 (51,2)	8 (5,4)
5а. уросепсис,	2 (1,2)	4 (2,7)	9 (9,3)	5 (2,7)
5б. бактериальный шок,	4 (2,5)	8 (8,1)	9 (9,3)	2 (2,5)
5в. орхоэпидидимит	16 (16,2)	16 (20,3)	20 (21,0)	7 (7,3)
5г. острый пиелонефрит	6 (3,7)	10 (12,2)	9 (9,3)	5(5,4)
6. ОПН	4 (2,5)	4 (2,7)	4 (4,6)	2 (0,9)
7. усугубление ХПН	14 (15,0)	10 (10,8)	7 (7,0)	3 (3,6)
8. тромбоэмболия	3 (2,5)	2(1,3)	2 (2,3)	1 (0,9)
9. ДВС - синдром	-(-)	1 (1,3)	1 (1,3)	-(-)
10. летальность	6 (5,0)	4 (2,7)	3 (2,3)	-(-)

II. Отдаленные (поздние): 1. незаживающий надлобковый свищ 2. задержка мочеиспускания	10 (10,0) 6 (5,0)	4 (4,0) 8 (8,1)	4 (4,6) 3 (3,5)	3 (1,8) 3 (1,8)
3. ятрогенные стриктуры уретры,	16 (17,5)	22 (25,7)	9 (9,3)	3 (3,6)
4. стеноз шейки мочевого пузыря,	6 (3,7)	14 (16,2)	5 (4,6)	2 (0,9)
5. стриктуры устьев мочеточника	2 (2,5)	2 (1,3)	1 (1,5)	- (-)
6. недержание мочи	4 (2,5)	5 (5,4)	12 (13,9)	2 (0,9)
7. обратное затекание спермы («сухой половой акт», «сухой оргазм», ретроградная эякуляция)	6 (3,7)	6 (6,8)	5 (4,6)	3 (1,8)
8. нарушение копулятивной и репродуктивной функции)	36 (42,5)	24 (29,7)	11 (11,6)	14 (10,9)
9. поздние кровотечения	4 (2,5)	2 (1,3)	3 (2,3)	- (-)
10. камни мочевого пузыря,	8 (7,5)	10 (10,8)	4 (3,5)	2 (0,9)
II. предпузырь	6 (3,0)	8 (8,1)	3 (2,3)	2 (0,9)
12. камни предпузыря	4 (2,0)	4 (2,7)	2 (1,4)	2 (0,9)
13. лигатурные камни	6 (3,7)	13 (14,9)	2 (1,4)	- (-)
14. инородные тела	4 (2,5)	4 (2,7)	5 (4,6)	- (-)
15. рецидив ДГПЖ	3 (2,5)	1 (1,2)	2 (1,4)	1 (0,9)

Хирургические осложнения, приведенные в таблице 2, к общепринятым международным классификациям Clavien P.A.-Dindo D. были адаптированы следующим образом (табл. 3).

Согласно видоизмененной классификации:

I степень - любые отклонения от нормы в послеоперационном периоде, не требующие фармакологической терапии или хирургического, эндоскопического и радиологического вмешательства. Проводится лишь терапевтический режим, а именно - противорвотные средства, жаропонижающие, анальгетики, мочегонные средства, электролиты и физиотерапия. Сюда включается также лечение внутрибольничной раневой инфекции;

II степень - осложнения, потребовавшие лекарственной терапии другими препаратами, чем те, которые перечислены в I степени. Эта степень включает в себя переливание крови и полное парентеральное питание;

III степень требует хирургического, эндоскопического или радиологического вмешательства;

IIIa - вмешательства, которые выполняются без общей анестезии;

IIIб - вмешательства, которые выполняются под общей анестезией;

IV степень, опасные для жизни осложнения (включая со стороны центральной нервной системы), требующие пребывания пациента в отделении интенсивной терапии;

IVa - недостаточность функции одного органа (включая диализ);

IVб - полиорганная недостаточность;

V степень - смерть пациента.

Таблица 3. Адаптированная классификация хирургических периоперационных осложнений Clavien-Dindo после аденомэктомии.

Осложнения:	Метод гемостаза			
Абс. кол-во	Тампонирование (n=102)	Ушивание (n=84)	Съемные швы (n=96)	Лагохилус (n=130)
I степень	152	145	122	38
II степень	42	58	48	46
III степень	22	18	16	28
IIIa	18	11	10	10
IIIб	8	6	7	8
IV степень	7	9	7	6
V степень	6	3	4	1

Обсуждение. Из хирургических способов лечения аденомы предстательной железы в настоящее время наибольшее

распространение получила трансуретральная резекция (ТУР) и чреспузырная аденомэктомия [46]. В связи с малотравматичностью

и высокой эффективностью ТУР перед другими методами занимает главенствующее положение ("золотой стандарт"), но она у 8-12 % пациентов сопровождается интра- и послеоперационными осложнениями. Кроме того у большинства пациентов имеются противопоказания к этой методике лечения аденомы предстательной железы [47-50]. До сих пор чреспузырная аденомэктомия остается наиболее радикальным способом и имеет ряд преимуществ: 1) возможность выполнения при любом типе роста и размерах железы; 2) возможность выполнения операции; 2а) при больших размерах аденоматозных узлов; 2б) крупных или множественных камней в мочевом пузыре; 2в) наличии дивертикулов мочевого пузыря; 2г) при невозможности помещения пациента в урологическое кресло из-за анкилоза тазобедренных суставов [52].

Многие из предложенных различных методов аденомэктомии и способов гемостаза не нашли широкого применения в практике из-за трудности их выполнения, ненадежности остановки кровотечения из ложа, большой частоты интра- и послеоперационных осложнений [53-57 Лещенко И.Г. соав 2003., Аллазов С.А. соав 2009].

Согласно полученным данным, четко прослеживается тенденция уменьшения частоты послеоперационных осложнений в порядке убывания при гемостазе путем тампонирования, ушивания, наложения съемных швов, в особенности при обработке ложа аденомы 10%-ным настоем лагохилуса [58-61 Аллазов С.А. соав 2011, Аллазов С.А. соав 2009, Аллазов С.А. соав 2012, Тиктинский О.Л. соав 2006.].

Нужно признать скептическое отношение практикующих урологов к аденомэктомии с тампонированием ложа аденомы и их увлечение ушиванием, низведением шейки мочевого пузыря для достижения гемостаза. Как правильно отмечают О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина [62 Зайнутдинов У.Н. соав 2011.], результат оперативного лечения следует оценивать по летальности, койко-дней и осложнениям, хотя при этом почти всегда возникшие осложнения (особенно кровотечение) связывают с методом оперативного лечения, в частности, способом гемостаза.

Разумеется послеоперационная летальность ниже у больных при позадилобковом доступе или одномоментном наложении глухого шва. Послеоперационная летальность ниже у больных, оперированных одномоментно, чем у больных, оперированных двухмоментно, т.е. у больных с надлобковым мочепузырным свищем. Это и понятно - больные второй группы обычно страдают, кроме ДГПЖ, также различными соматическими и интеркуррентными заболеваниями.

Наши клинические наблюдения, основанные на показателях частоты интра- и послеоперационных хирургических осложнений при аденомэктомии простаты, свидетельствуют о преимуществе способа гемостаза путем обработки ложа настоем лагохилуса по сравнению с тампонированием, ушиванием или наложением съемных швов.

В заключение следует подчеркнуть, что до сих пор отсутствует способ окончательного гемостаза при аденомэктомии. Это не только должно настораживать урологическое сообщество, но и настроить его для дальнейшего углубленного научного поиска в этом приоритетном направлении [63 Саидханов Б.А. соав 2012].

Использованная литература

1. Винаров А.З., Асламазов Э.Г. Гиперплазия предстательной железы. Современное лечение X-Росс. Съезд урологов. Мат. М., 2002; 38-42.
2. Сергиенко Н.Ф., Васильченко М.И., Щекочихин А.В. и соавт К вопросу о так называемом «золотом стандарте» оперативного лечения аденомы предстательной железы. Урология, 2012; 4: 69-72.
3. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Гаджиева З.К. Расстройства мочеиспускания. М.: Литера. 2006: 208.
4. Varkarakis J., Bartsch G., Mominger W. Long-term morbidity and mortality of transurethral prostatectomy: a 10-year follow-up. Prostate. 2004; 58(3): 248-251.
5. Глыбочко П.В., Локшин К.Л., Гаджиева З.К., Винаров А.З., Тангриберганов М.Р. Эффективность солифенацина после трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии простаты. Хирургия Узбекистана; 2012; 1: 15-18.
6. Мамадалиев А.М., Мамадалиева С.А., Алиев М.А. «Значение клинических признаков для прогнозирования исходов в первые сутки после черепно-мозговой травмы». Вестник экстренной медицины. 2012; 2: 163.
7. Dindo D., Nicolas D., Piorre-Alain C. Classification of Surgical Complications. A new proposal with Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a survey. Ann. Surg. 2004; 240: 205-231.
8. Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вервикина Г.А. Анализ послеоперационных осложнений в экстренной хирургии (по данным аутопсий). Вест, экстр, мед. 2012; 2: 62.
9. Тучин С.В., Миннулин И.П., Озеров В.Ф., Мирошниченко А.Г. Осложнения, которых могло бы не быть. Вест, экстр. Мед. 2012; 2: 99.
10. Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Гиясов Ш.И., Насыров Ф.Р., Мирхамидов Д.Х., Закиров Х.К. Ретроспективные данные о частоте, характере и тяжести интраоперационных осложнений при эндоскопической хирургии нефролитиаза. Вест, экстр, мед. 2012; 2: 10-11.
11. Гиясов Ш.И., Насыров Ф.Р., Юнусов Д.С. Послеоперационные осложнения эндоскопической хирургии нефролитиаза и их классификация по Clavien-Dindo. Вест, экстр, мед., 2012; 2: 37-38.
12. Гиясов Ш.И. Вопросы классификации хирургических осложнений в урологии. Бюлл. ассоц. врачей Узб. 2011; 3: 98-102.
13. Аллазов С.А., Гиясов Ш.И., Насыров Ф.Р. Современные взгляды на травмы мочевыделительной системы. Вест, экстр, мед, 2011; 3: 103-107.
14. Солонюк З.Г., Кудряшова Е.В., Стрельников А.В., Сержанина О.А. Профилактика кардиологических осложнений при аденомэктомии. Общая реаниматология, 2012; 4: 1-5.
15. Kocak B., Koffron AJ., Baker T. B. et al. Proposed classification of complications after live donor nephrectomy. Urology 2006; 67: 927-931.
16. Teber D., Tefeli A., Eskicorapci S. et al. Retroperitoneoscopy: a versatile access for many urologic indications. Eur. Urol. Suppl. 2006; 5: 975.
17. Tefekli A., Karadag M.A., Tepeler K. et al. Classification of percutaneous nephrolithotomy. Complications using the modified Clavien-Dindo System: Looking for a Standart. Eur Urol. 2008; 53: 184-190.
18. Лещенко И.Г., Галкин Р.А. Руководство по хирургическим болезням пожилых. Самара, ГП «Перспектива», 2004: 432.
19. Аллазов С.А., Мансуров У.М. Сравнительный анализ эффективности различных способов гемостаза при неотложной аденомэктомии. Материалы I съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи. Ташкент, 2009; 84-85.
20. Аллазов С.А., Мансуров У.М. Методы гемостаза ложа аденомы предстательной железы. Сб. науч. трудов, посвященный 60- летию организации кафедры урологии и нефрологии Ташкентского института усовершенствования врачей Ташкент, 2011; 37-38.
21. Аллазов С.А., Мансуров У.М., Турсунов А.Ф. Чреспузырная аденомэктомия и лагохилус. Науч. труды Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова М., 2009; 224-225.

22. Аллазов С.А., Ахмедов Ю.М., Ишанкулов А.М. и соавт. Методы обработки ложа аденомы простаты при неотложной аденомэктомии. 1-ый съезд врачей неотложной медицины. Материалы съезда. М., НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 2012; 6: 225.
23. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н. Заболевания предстательной железы. Руководство оперативное лечение. СПб: Питер, 2006; 437-452.
24. Зайнутдинов У.Н., Далимов Д.Н., Матчанов А.Х. и соавт. Сравнительное изучение дикорастущей и культурной форм *Lagochilus inebrians*. Химия растительного сырья. 2011; 2: 189-190.
25. Саидханов Б.А., Алимов М.М., Далимов Д.Н. и соавт. Гемостатические субстанции, применяемые при паренхиматозных кровотечениях. Хирургия Узбекистана, 2012; 1: 61-63.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 618.19-006-033.2:616.428]-085

Мавлуда Нематовна КаримоваКандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский Медицинский институт
Самарканд Узбекистан**Дилдора Исмоиловна Тугизова**Ассистент Самаркандский Медицинский институт
Самарканд Узбекистан**Субхонов Улугбек**Резидент магистратуры
Самаркандский Медицинский институт
Самарканд Узбекистан**Эсанкулова Бустоний**Резидент магистратуры
Самаркандский Медицинский институт
Самарканд Узбекистан**ПРОГНОЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****For citation:** Mavluda Nematovna Karimova, Dildora Ismoilovna Tugizova, Subxonov Ulug'bek, Esonkulova Bustonoy, Prognosis and treatment outcomes for metastatic breast cancer, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp. 46-49<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-11>**АННОТАЦИЯ.**

Метастазирование рака молочной железы является большой и трудной проблемой в онкоматологии. По данным различных авторов от 20 до 70 процентов больных с РМЖ при поступлении имеют уже метастазы различного характера. В данном исследовании положены сведения по изучению результатов лечения метастатического рака молочной желез (РМЖ) в Самаркандской области за период с 2012 по 2016 года (5лет). За исследуемый период по данным Самаркандского филиала РИОиРНПМЦ было зарегистрировано и пролечено 1200 больных с РМЖ, из них 800 больных с впервые установленным диагнозом рака молочной железы с метастазами. Выживаемость больных при МРМЖ зависела от размеров первичной опухоли, от возраста больных, от репродуктивной функции, от локализации опухоли в молочной железе и от морфологических вариантов. Полученные нами результаты будут расширять теоретические и практические представления о факторов прогноза метастатического рака молочной железы.

Ключевые слова: метастаз, репродуктивная функция, локализация опухоли, морфологический вариант.**Mavluda Nematovna Karimova**Assistant Professor
Samarkand Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan**Dildora Ismoilovna Tugizova**Assistant
Samarkand Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan**Subxonov Ulug'bek**Resident of master's degree
Samarkand Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan**Esonkulova Bustonoy**Resident of master's degree
Samarkand Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan**PROGNOSIS AND TREATMENT OUTCOMES FOR METASTATIC BREAST CANCER**

ANNOTATION

Breast cancer metastasis is a big and difficult problem in mammological oncomology. According to various authors, from 20 to 70 percent of patients with breast cancer on admission already have metastases of a different nature. This study provides information on the study of the results of treatment of metastatic breast cancer (BC) in the Samarkand region for the period from 2012 to 2016 (5 years). During the study period, according to the data of the Samarkand branch of the RIOiRNPMC, 1200 patients with breast cancer were registered and treated, including 800 patients with newly diagnosed breast cancer with metastases. Survival of patients with MBC depended on the size of the primary tumor, on the age of patients, on reproductive function, on the localization of the tumor in the mammary gland, and on morphological variants. Our results will expand the theoretical and practical understanding of the prognostic factors for metastatic breast cancer.

Key words: metastasis, reproductive function, tumor localization, morphological variant.

Mavluda Nematovna Karimova

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Samarqand Tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

Dildora Ismoilovna Tugizova

Assistant Samarqand Tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

Subxonov Ulug'bek

Magistratura rezidenti

Samarqand Tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

Esonkulova Bustonoy

Magistratura rezidenti

Samarqand Tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

KO'KRAK BEZI METASTATIK SARATONI UCHUN PROGNOZ VA DAVOLASH NATIJALARI

ANNOTASIYA

Ko'krak bezi saratoni metastazi mammologik onkologiyada katta va murakkab muammo hisoblanadi. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, ko'krak bezi saratoni bilan og'rigan bemorlarning 20 dan 70 foizigacha metastazlari boshqa simptomlar bilan kechadi. Bu tadqiqot Samarqand viloyatida 2012 yildan 2016 yilgacha bo'lgan davrda (5 yil) metastatik ko'krak bezi saratoni davolash natijalarini o'rganish to'g'risida ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. Tadqiqot davridagi ma'lumotlariga ko'ra, ko'krak bezi saratoni bilan kasallangan 1200 bemor ro'yxatga olingan va davolangan, shu jumladan 800 bemor ko'krak bezi saratoni metastazlari bilan yangi tashxis qo'yilgan. Ko'krak bezi saratoni metastazi bilan og'rigan bemorlarning tuzalishi darajasi birlamchi o'simtaning kattaligiga, bemorlarning yoshiga, reproduktiv funksiyasiga, sut bezidagi o'simta joylashishiga va morfologik variantlarga bog'liqdir. Bizning natijalarimiz metastatik ko'krak saratoni uchun prognostik omillar haqidagi nazariy va amaliy tushunchalari haqida ma'lumot berilgan.

Kalit so'zlar: metastaz, reproduktiv funksiya, o'simta lokalizatsiyasi, morfologik variant.

Актуальность. Метастазирование рака молочной железы является большой и трудной проблемой в онкомаммологии [3, 10]. По разным данным, в зависимости от экономического статуса и состояния развития медицины в целом, от 20 до 70 процентов при поступлении имеют уже распространенные формы заболевания. Опухоль характеризуется значительной вариабельностью в клиническом течении. Имеется множество факторов, влияющих на прогноз и отдаленные результаты. Среди них в первую очередь специалисты выделяют возраст, репродуктивный и гормональный статусы, гистологическую форму и некоторые другие. Поиск пусковых факторов и механизмов развития рака молочной железы, включая рецидив и метастазирование, ведется многими исследователями, однако до сих пор единого мнения о причинах их возникновения нет [7, 8, 10]. Поэтому изучение распространенности и возможных причин и патогенетических факторов при раке молочной железы является приоритетным в планировании и работе онкомаммологической службы в целом [1,2,3]. Совершенствование методов специальной терапии и использование комбинированных радикальных программ лечения позволило добиться улучшения выживаемости, повышение качества жизни больных раком молочной железы. Так пятилетняя выживаемость при начальных стадиях рака молочной железы составляет 80-90% [1, 6, 4]. Однако настоящее время продолжает наблюдаться высокая запущенность при первичном поступлении. Около 70% больных, с впервые установленным диагнозом рака молочной железы имеют III и IV стадии опухолевого процесса, что значительно затрудняет лечение и, следовательно, отражается на низкой выживаемости [4, 7].

Цель исследования. Оптимизация диагностических и лечебных мероприятий с оценкой факторов прогноза при метастатическом раке молочной железы.

Материал и методы исследования. Исследование по изучению результатов лечения метастатического рака молочной желез (РМЖ) в Самаркандской области охватывает период с 2012 по 2016 года (5лет). Материалам исследования служили данные обо всех случаях заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований молочной железы в Самаркандского филиала РИОиРНПМЦ города Самарканда. За исследуемый период по данным Самаркандского филиала РИОиРНПМЦ города Самарканда в течение 5 лет было зарегистрировано и пролечено 1200 больных с РМЖ, из них 800 больных с впервые установленным диагнозом рака молочной железы с метастазами. За исследуемый период времени было зарегистрировано 800 больных с метастатическим раком молочной железы. Девушек, больных РМЖ до 20 лет не было, однако в возрастной группе 21-30 лет поступили 50 больных (6,25%). В возрасте 31-40 лет было выявлено уже 140 больных МРМЖ (17,5%). В возрасте 41-50 лет 310 больных (38,75%), в 51-61 лет 180 больных (22,5%), в 61-70 лет 120 больных (15%). Необходимо отметить, что это довольно удручающие цифры, когда женщины столь молодого возраста заболевают раком молочной железы, к тому же ее метастатическим формами при поступлении. Также обращает внимание тот факт, что в последние годы число женщин молодого возраста с метастатическим РМЖ значительно выросло. Фактором, обуславливающим высокую заболеваемость и смертность женщин молодого репродуктивного возраста, отражающим состояние здравоохранения и онко службы с ее многочисленными недостатками, а также общую низкую медико-социальную грамотность населения.

Наиболее многочисленную группу составили больные РМЖ с метастазами в возрастной группе 41-50 лет (38,75%) и 51-60 лет (22,5%). Таким образом, почти 60% больных с МРМЖ были

женщины этих возрастных групп. Несколько меньше было больных РМЖ в возрасте 61-70 лет (15%).

Наиболее частыми гистологическими формами первичной опухоли были дольковый (41%) и протоковый (30%) типы рака. В 13,5% случаев гистологическая структура опухоли была представлена недифференцированной формой, обусловленной в некоторых случаях лечебным патоморфозом. Реже были представлены другие гистологические варианты опухоли, такие как железисто-солидный, скirrрозный, слизистый и медуллярный типы.

Однако по нашим результатам исследования, какой-либо зависимости частоты метастазирования, связанной от расположения первичной опухоли на правой или левой груди не отмечено. Первичная опухоль примерно одинаково часто располагалась, как в левой, так и правой груди. У 2-х женщин (2,5%) при первичном поступлении было отмечено двухстороннее поражение. По термину местно-распространенный рак молочной железы, многие авторы, такие как Огнерубов Н.А., Летягин В. П., Поддубная И.В. и другие понимают любое поражение молочной железы, сопровождающееся метастазированием в регионарные лимфатические узлы при отсутствии генерализации процесса [10].

Частота развития метастаза в регионарных лимфатических узлах в прямую зависит от локализации опухоли в квадрантах молочной железы.

Из 800 больных при локализации первичной опухоли в верхнее наружное квадранте наиболее часто РМЖ метастазировал в подмышечные лимфатические узлы - 264 больных (32,9%). Почти в четверти случаев метастазы обнаруживались в подключичных лимфатических узлах и реже (примерно у каждой 10 женщины) в надключичных (При локализации опухоли в нижнее - внутренних квадрантах, что было обнаружено у 44 женщин из 800 (5,5%) более чем в половине случаев (54,4%) метастазы также были в подмышечном коллекторе. В трети случаев метастазы локализовались в подключичной области при данном расположении первичной опухоли. Аналогичная картина наблюдалась при расположении опухоли в центральной части молочной железы. Парастернальные лимфоузлы наиболее часто поражались метастазами при локализации первичной опухоли в нижнее - внутренних квадрантах (26%), что обусловлено особенностями регионарного лимфооттока. Из приведенных данных видно, что в целом подмышечная область наиболее часто поражалась при регионарном метастазировании РМЖ. Ранее считалось, что распространение рака молочной железы на начальном этапе происходит лимфогенно, однако Б. Фишер в эксперименте доказал, что лимфогенная и гематогенная диссеминация происходят одновременно. Поэтому метастазы в регионарных лимфатических узлах не этап развития опухоли, а свидетельство о приобретении опухолью способности метастазированию и фактически являются маркером гематогенной опухолевой диссеминации. Процесс метастазирования является динамичным и непрерывным.

Из 800 больных 61 или 7,6% уже при первичном обращении имели отдаленные метастазы в различные органы. При этом наиболее часто из этих 61 больных метастатический очаг локализовался в легких (23 случаев или 37,7%), затем в противоположной молочной железе (10 случаев или 16,5%). Из 61 больных 8 (13,1%) случаев были метастазы в печень, 19 (31,1%) в кость (позвоночник, подвздошная кость, ребро), 1 (1,6%) в головной мозг. Если взять все костные (позвоночник, подвздошную кость, ребра) поражения вместе, то на их долю приходится всего 19 случаев (31,1%). Т.е. эти данные свидетельствуют о том, что наблюдается значительная запущенность опухолевого процесса, так как метастазы в кости свидетельствуют о длительном существовании и развитии опухоли. Наиболее часто метастазирование рака молочной железы, как в отдаленные органы, так и в регионарные лимфоузлы происходило, когда опухоль локализовалась в центральной части органа (в 355 случаях из 800, или в 44,4%). Довольно часто опухоль была расположена в верхнее - наружных квадрантах молочной железы

(264 случая или 32,9%). Затем по частоте находятся верхнее-внутренний (7,2%) и нижнее - наружный (5,5%) квадранты.

Поражение всей молочной железы при первичном поступлении, когда было невозможно определить четкие границы опухоли и шло распространение на несколько секторов или отделов отмечено в 62 случаях (7,7%). По годовой анализ регистрации случаев метастатического рака молочной железы показал, что реже всего опухоль метастазировала в лимфоузлы и другие отдаленные органы, когда опухоль располагалась в нижне-внутреннем квадранте молочной железы (2,2 %).

Результаты. Как было изложено ранее, существуют определенные факторы, которые имеют важное прогностическое значение и влияют на результаты лечения рака молочной железы. Нами была поставлена задача, изучить какие же факторы имеют прогностическое значение, и насколько они достоверно влияют на выживаемость больных, как в ближайшем, так и отдаленном периодах после специальной терапии. Большинство авторов, как было показано в обзоре литературы, выделяют несколько прогностических факторов, таких как возраст больных на момент постановки диагноза, размеры первичной опухоли, количество пораженных лимфоузлов, размеры этих узлов, репродуктивный статус, вид проведенного лечения (радикальный, паллиативный), длительность без метастатического периода, гормональный статус. Однако по тем же литературным данным имеются довольно противоречивые сведения, касающиеся достоверности влияния перечисленных и некоторых других факторов прогноза на выживаемость больных. На первом этапе нами были изучены такие факторы, как стадия первичной опухоли, или размеры новообразования в молочной железе. В представлена общая выживаемость в процентах больных МРМЖ в зависимости от размеров первичной опухоли. Размеры новообразование колебались от 0 до 5 см и более. Такая градация по делению от 0 до 2 см, от 2 до 5 см и более 5 см является общепринятой и соответствует международной классификации по TNM.

Выживаемость больных при МРМЖ зависела от размеров первичной опухоли. Практически при всех сроках наблюдения (от 12 месяцев до 60 месяцев) выживаемость была статистически достоверно выше в группе больных, где размеры первичной опухоли были до двух сантиметров. Между группами больных с размерами от 2 до 5 см и более 5 см общая 5-ти летняя выживаемость была довольно статистически достоверно не различалась (35% и 28% соответственно). Заметно, что 5-ти летняя выживаемость больных метастатическим раком молочной железы при опухолях менее 2 см. была равна 59,9%, тогда как при опухолях более 5 см она составила только 28,8%. Результаты проведенного исследования по выявлению зависимости между выживаемостью и количеством пораженных метастатических лимфатических узлов показывает, что количество пораженных лимфоузлов достоверно влияет на показатели выживаемости, с увеличением количества пораженных лимфоузлов длительность жизни уменьшается.

Выживаемость больных метастатическим раком молочной железы зависит и от локализации пораженных лимфатических узлов. Результаты наших исследований показали, что одно- и трехлетняя выживаемость при поражении шейных и парастернальных лимфатических узлов была статистически достоверно ниже, чем при поражении подключичных и надключичных лимфатических узлов. Анализ данных пятилетней выживаемости показал, что самые низкие показатели были получены при поражении парастернальных лимфатических узлов (47,5%) и эта разность была статистически значимой по сравнению со всеми другими группами больных. Довольно низкая выживаемость была отмечена и среди группы больных с поражением шейных и надключичных лимфатических узлов (50-51%) по сравнению с подмышечным и подключичным поражением (57% и 65%).

О том, что возраст больных также имеет прогностическое значение в отношении выживаемости, упоминают большинство исследователей. Нами изучена общая выживаемость больных с метастатическим раком молочной железы в зависимости от

возраста больных на момент постановки диагноза. Выживаемость больных на первом году жизни статистически достоверно была выше в группе женщин относительно старшего возраста (51 лет и выше), по сравнению с возрастной группой 31 -40 лет. Также следует отметить, что при сравнении возрастных групп 61-70 лет и 41-50 лет, выживаемость была статистически достоверно выше в первой. Между возрастными группами 61-70 лет и 51-60 лет значимых различий в выживаемости не отмечено.

Далее нами изучены показатели выживаемости больных МРМЖ в зависимости от менопаузального статуса (до и после менопаузы). Известно, что этот статус влияет на прогноз заболевания, и во всем мире приняты определенные дифференцированные подходы к комплексной терапии. Исследование показывает, что практически на всех этапах наблюдения у больных, находящихся в постменопаузе наблюдаются лучшие показатели общей выживаемости, чем у больных в пременопаузе. Также нами изучены выживаемость больных при метастатическом раке молочной железы в зависимости от проведенного лечения.

При оценке общей выживаемости больных, при различных лечебных подходах, наилучшие результаты были достигнуты также при комплексном лечении метастатического РМЖ. Так 5 лет и более пережили 64,2% больных, что было статистически достоверно выше, чем при комбинированном и сочетанном методах. Примечательно, что выживаемость при комбинированном методе была выше, чем при использовании только сочетанного лечения. То, что гистологическая структура первичной опухоли играет важную роль в клинических особенностях заболевания и выборе тактики лечения это не вызывает никакого сомнения. Одной из задач нашего исследования явилось изучение влияния гистологической структуры на

результаты лечения и общую выживаемость больных МРМЖ. Как было указано ранее, основными гистологическими формами рака молочной железы были дольковый и протоковый варианты опухоли, которые вместе составили 71% от форм. Практически на всех этапах наблюдения (12, 36 и 60 месяцев) выживаемость больных раком молочной железы была статистически достоверно выше при дольковой форме опухоли, чем при протоковом типе.

Выводы

1. Частота метастатического рака молочной железы при первичном поступлении составила около 45%. Из них большой процент составила близлежащие регионарные метастазы. Отдаленные метастазы обнаружены при первичном обращении у 8% больных.

2. Наиболее часто метастазирование рака молочной железы, как в отдаленные органы, так и в регионарные лимфоузлы происходило, когда опухоль локализовалась в центральной части органа (в 355 случаях из 800, или в 44,4%).

3. Имеется прямая зависимость частоты выживаемости от следующих факторов. Пятилетние результаты статистически достоверны выше при размерах первичной опухоли до 2 см, чем от 2-х до 5 и более 5 см и Гистологически дольковый рак имеет лучшие результаты, чем протоковый вариант. Выживаемость при поражении шейных и парастернальных лимфоузлов была статистически достоверно ниже, чем при поражении подключичных и надключичных лимфоузлов.

4. У больных, находящихся в постменопаузе наблюдаются лучшие показатели общей выживаемости, чем у больных в пременопаузе.

5. При комплексной терапии пять лет и более пережили 64,2% больных, что было статистически достоверно выше, чем при комбинированном и сочетанном методах.

Использованная литература:

1. Артамонова Е.В. Применение комбинации карбоплатина, доксорубина и 5-фторурацила в предоперационном химиолучевом лечении местно-распространенного рака молочной железы. /Артамонова Е.В., Манзюк Л.В., Хайленко В.А. и др. //Русск. мед. журнал. - 2013. - Т. 11 - №26 - С. 45 - 52.
2. Баженова А.П. Рак молочной железы. /Баженова А.П., Островцев Л.Д., Хахапашвили Г.Н. М.: Медицина. 2015. - 272с.
3. Блохин С.Н. Реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы /Автореф. дисс. д.м.н., М., 2014. - 34 с.
4. Герштейн Е.С. Тканевые маркеры как факторы прогноза при раке молочной железы. // Практическая онкология - 2012. — Т.3 - № 1 - С.38-44.
5. Диагностика и лечение рака молочной железы. /Под ред. В.П. Демидова. - М.: Медицина. 2017: - 172 с.
6. Завизион В.Ф. Пути улучшения результатов органосохраняющего лечения больных раком молочной железы /Завизион В.Ф., Косса В.А., Машталер В.Е. и др. // Онкология - 2011. - Т.3 - № 2-3.
7. Камарли З.П. Особенности распространения злокачественных опухолей в Кыргызской Республике. // Актуальные проблемы онкологии и радиологии. Сб. науч. работ. Бишкек - 2013. - С.5-11.
8. Burstein H. Docetaxel Administered on Weekly Basis for Metastatic Breast Cancer. Burstein H., Manola J., Younger J. et al. // J. Clin. Oncol. -2013.-y. 18.-P. 1212-1219.
9. Darby S. Mortality from cardiovascular disease after radiotherapy for breast cancer, in 29885 women registered in the SEER cancer registries/Darby S., Mc Gale P., Peto R. // 27 th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium.. -2014. - Vol. 88. - Suppl. - Abstr. 32.
10. Elangovan A.E. Predicting sentinel node involvement: Manchester experience. Breast Cancer Research Treatmen /Elangovan A.E., Wilson M., ICnox F.W. et al. //Special Issue: 24th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium. - 2012. - V.69. - P.220. - Abstract 114.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК:616.082-43.

Мавлуда Нематовна КаримоваКандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский Медицинский институт
Самарканд Узбекистан**Дилдора Исмоиловна Тугизова**Ассистент Самаркандский Медицинский институт
Самарканд Узбекистан**Хайдарова Роза Шодиёровна**Резидент магистратуры
Самаркандский Медицинский институт
Самарканд Узбекистан**Низомова Икбола Бахтиёровна**Резидент магистратуры
Самаркандский Медицинский институт
Самарканд Узбекистан**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

For citation: Mavluda Nematovna Karimova, Dildora Ismoilovna Tugizova, Roza Shodiyorovna Haidarova, Ikbola Bakhtiyorovna Nizomova, Features of the course of breast cancer in elderly and senile women, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp. 50-53

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-12>**АННОТАЦИЯ**

Заболеваемость раком молочной железы растет во всем мире. По данным ВОЗ в мире ежегодно выявляется более 1,4 млн. случаев рака данной локализации, из них почти 3000 в Республике Узбекистан. Метастатический рак характеризуется распространенным опухолевым клеткам в различные органы и ткани. У 50 до 70% больных уже при поступлении имеют запущенные формы болезни (местно-распространенные формы, в виде поражения регионарных лимфоузлов и отдаленные метастазы в различные органы). Характер и частота отдаленных метастазов рака молочной железы весьма разнообразны. В 40-80% случаев рак молочной железы метастазирует в кости. РМЖ распространяется в кость в 70% случаев в виде отдаленных метастазов. РМЖ метастазирует в позвоночник, ребра, таз и проксимальные конечности. Эти поражения чаще остеобластические, но могут быть остеолитическими, с плохой маргинацией, отсутствием матрикса и кортикальной деструкцией. Из других проявлений могут быть также компрессионные переломы позвоночника и кисты в результате остеоартрита, вызванные опухолью.

Ключивые слова: рак молочной железы, протоковый рак, дольковый рак, метастаз, остеобластический, остеолитический.

Mavluda Nematovna KarimovaAssistant Professor
Samarkand Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan**Dildora Ismoilovna Tugizova**Assistant
Samarkand Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan**Roza Shodiyorovna Haidarova**Resident of master's degree
Samarkand Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan**Ikbola Bakhtiyorovna Nizomova**Resident of master's degree
Samarkand Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan

FEATURES OF THE COURSE OF BREAST CANCER IN ELDERLY AND SENILE WOMEN

ANNOTATION

The incidence of breast cancer is on the rise worldwide. According to WHO, more than 1.4 million cases of cancer of this localization are detected annually in the world, of which almost 3000 are in the Republic of Uzbekistan. Metastatic cancer is characterized by proliferation of tumor cells in various organs and tissues. In 50 to 70% of patients, already upon admission, they have advanced forms of the disease (locally advanced forms, in the form of lesions of regional lymph nodes and distant metastases to various organs). The nature and frequency of distant metastases of breast cancer are very diverse. In 40-80% of cases, breast cancer metastases to the bone. BC spreads to the bone in 70% of cases in the form of distant metastases. BC metastases to the spine, ribs, pelvis, and proximal extremities. These lesions are more often osteoblastic, but can be osteolytic, with poor margination, lack of matrix, and cortical destruction. Other manifestations may also include spinal compression fractures and cysts as a result of osteoarthritis caused by a tumor.

Key words: breast cancer, ductal cancer, lobular cancer, metastasis, osteoblastic, osteolytic.

Mavluda Nematovna Karimova

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Samarqand Tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

Dildora Ismoilovna Tugizova

Assistant Samarqand Tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

Roza Shodiyorovna Haidarova

Magistratura rezidenti

Samarqand Tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

Ikbola Bakhtiyorovna Nizomova

Magistratura rezidenti

Samarqand Tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

KEKSALAR VA KEKSA AYOLLARDA KO'KRAK BEZI SARATONI KECHISH XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIIYA

Sut bezi saratoni bilan kasallanish butun dunyoda oshib bormokda. BJSST ning ma'lumotiga kura, ushbu lokalizatsiyadagi usma har yili 1,4 mln. taga etgan bulib, shundan 3000 tasi Uzbekiston Respublikasida uchraydi. Metastatik rak organ va tukimalarga usma xujayrasining tarkalishi bilan xarakterlanadi. Murojaat qilgan bemorlarning 50-70 foizida kasallik utib ketgan (regionar limfa tugunlari zararlanishi va organlarga uzok metastazi kurinishidagi maxalliy tarkalgan turi). Sut bezi raki uzok metastazlari uchrashi va xakteri turli tuman. 40-80 % xolatlarda sut bezi raki suyakka metastaz beradi. Sut bezi raki 70 % xolatda uzok metastaz kurinishida tarkaladi. SBR umurtka, kovurga, chanok va proksimal suyaklarga metastazlanadi. Bu zararlanish kupincha osteoblastik yoki osteoklastik, yomon marginatsiyali, kortikal destruksiya va matriksning bulmasligi bilan kuzatilishi mumkin. Boshka bir kurinishlarda usma tufayli umurtka kompression sinishi va kistalari kurinishida buladi.

Kalit suzlar: sut bezi raki, sut yullari raki, bulakli rak, metastaz, osteoblastik, osteolitik.

Актуальность. Рак молочной железы занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости у женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире ежегодно выявляется более 1,4 млн новых случаев рака данной локализации, из них 54 000 в России и почти 3000 в Республике Узбекистан. Заболеваемость от этой патологии в мире продолжают расти, подобного же рода тенденции наблюдаются и в Республике Узбекистан [1, 2].

Из 10 млн. новых случаев злокачественных опухолей различных органов, выявляемых в мире, 10% приходится на молочную железу. Если оценивать только женскую популяцию, удельный вес рака молочной железы возрастает до 22%. В промышленно развитых странах удельный вес РМЖ еще выше - 27%. В Узбекистане рак молочной железы занимает первое место в структуре заболеваемости женщин 7,5 на 100 000 населения (18,42%). В возрастной группе 40-55 лет рак молочной железы - основная причина смертности женского населения. Более половины новых случаев РМЖ диагностируется у женщин старше 65 лет, что отражает демографическую особенность нашего времени в росте абсолютного числа людей пожилого и старческого возраста в общей структуре населения [7,4,5], а также в увеличении средней продолжительности жизни женщин. Риск смерти от РМЖ у пожилых выше, чем у женщин среднего возраста [3,6]. Также, необходимо учитывать, что старение остается ведущим фактором риска для развития первичного рака молочной железы. Во многих исследованиях 65-летний возраст является нижней "пограничной" линией для группы пожилого возраста. В результате, по предварительным оценкам, среди впервые выявленных случаев РМЖ около 35 % женщин находятся в возрасте старше 70 и до 50% женщин >65 лет. В целом

предварительные подсчеты позволяют прогнозировать, что женщины в возрасте старше 65 лет станут самой распространенной группой пациентов в популяции рака молочной железы [8,10]. Пожилые (>65 лет) представляют собой далеко неоднородную группу, отличаясь по наличию сопутствующих заболеваний, объему функциональной активности, уровню необходимой социальной поддержки. Прогноз у таких больных складывается из двух компонентов: сопутствующих заболеваний и прогноз основного заболевания (РМЖ) [9,10]. На прогноз РМЖ непосредственно влияют биологические особенности опухоли. В литературе описывается, что у пожилых гормончувствительный (ЭР+/ПР+) РМЖ встречается до 80% случаев. Обсуждаемые в литературе вопросы, связанные с выбором лечебной тактики в группе больных старше 65 лет с учетом индивидуальных особенностей заболевания и наличия сопутствующих заболеваний, представляют большую практическую значимость. Недостаточно только данных, контролируемых клинических исследований для оптимального лечения РМЖ у женщин пожилого возраста. Разработка оптимальных методов лечения с учетом клинко-морфологических и молекулярно-генетических особенностей опухолей у пожилых женщин является актуальным и представляет практическое значение.

Цель работы: Оптимизировать результаты лечения РМЖ у пожилых (старше 65 лет) больных, с учетом соматического статуса и клинко-морфологических и биологических особенностей заболевания.

Материалы и методы исследования: В исследовании использовались ретро и перспективные данные, а также проанализированы истории болезней, амбулаторные карты больных находящихся на учете в Самаркандском филиале

Республиканского Онкологического и Радиологического Научно Практического Центра, за период с 2014 по 2017 год. В исследование было включено 80 больных раком молочной железы (РМЖ) старше 65 лет, самой старшей возрастной пациентке на момент лечения было 80 лет. Из них 60 больным проведена ИГХ (иммуногистохимический исследование и определена молекулярно - биологический подтип). Источниками исследования также послужили протоколы операций, клинические отчеты в которых содержалась информация о возрасте пациента, степени распространения, стадии заболевания, гистологические и иммуногистохимические данные, вид системного лечения, данные клинико-инструментальных исследований, объем хирургического лечения, сопутствующие заболевания, статус пациента (ремиссия, прогрессирование, рецидив, метастазирование, смерть больного). Все больные имели морфологическую верификацию, выполненную путем трепан биопсии и исследования операционного материала. Биологические подтипы рака молочной железы были определены на основании данных иммуногистохимического исследования. Биологические подтипы определялись иммуногистохимическим методом при получении материала трепан-биопсии, или оперативного вмешательства. Из 60 больных Люминальный А под тип - 45 (75%); Люминальный В (Her2)- 6 (10%); Люминальный В (Her2+) - 5 (8,4%); Erb-B2 сверх экспрессирующий - 1 (1,6%); Трижды негативный - 3 (5%). Всего гормончувствительных опухолей составило - 85%, Her2 положительных - 15%. Всем больным проведен хирургический метод лечения. Больным было проведено оперативное в следующих объемах: радикальная мастэктомия с лимфодиссекцией, а также в отдельных случаях ампутация молочной железы без аксиллярной лимфодиссекции. В пред- и послеоперационном периоде больные получили химиотерапию и/или лучевую терапию, и/или гормонотерапию, у 27 больных выполнено только оперативное лечение. Ампутация молочной железы без лимфодиссекции выполнена в 14 случаях. Мастэктомии в основном были представлены модифицированными операциями Маддена. Во всех случаях перед выполнением хирургического вмешательства диагноз был гистологически или цитологически подтвержден. В послеоперационном периоде больным, у которых имелся распад опухоли и кровоотечение, диагноз подтвержден путем цитологического исследования до операции. Выбор объема хирургического вмешательства проводился с учетом стадии, сопутствующих заболеваний и пожелания больных.

У 33 больных из 60 выполнялось неоадьювантное лечение. 23 женщины получили неоадьювантную химиотерапию, 10 - неоадьювантную гормонотерапию. Неоадьювантная химиотерапия проводилась стандартными схемами (FAC, AC, CMF), в одном случае стандартная химиотерапия FAC, и не превысило более 4х курсов. Неоадьювантная гормонотерапия проводилась Тамоксифеном и ингибиторами ароматазы. Частичный регресс наблюдался в 25 случаях, полный клинический регресс в 1 случае, стабилизация в 4х и прогрессирование у 3х пациенток. Результат неоадьювантного лечения был оценен по классификации степени лечебного патоморфоза Miller&Payne. Послеоперационное адьювантное лечение получили 48 (78,%) пациенток. Лучевую терапию прошли 17 больных, химиотерапию 3, а гормонотерапию 18. Согласно возрасту больные распределились следующим образом: 65-70 лет - 34 (57%); 70-75 лет - 15 (25%); 75 и старше - 11 (18%). Предполагаемая продолжительность жизни оценивалась на основании историй болезни, амбулаторных карт, стадий заболевания, консультации терапевтов, данных инструментальных методов исследования.

Результаты. С учетом критериев и целей настоящего исследования было включено 60 больных получивших лечение в отделении маммологии с 2014 по 2017г. Все больные были

распределены по возрастным группам 65-70 лет, 70-75 и 75 и старше лет. Изучена 5- летняя общая и безрецидивная выживаемость. Выживаемость у больных 65-70 лет ожидаемо лучше чем, в остальных возрастных группах и достигает 89,9%. В группе 70-75 лет 71,9% и в группе 75 и старше лет 67%. Среди всех включенных в исследование пожилых пациентов преимущественно встречается II стадия заболевания- 50 % и III стадия у 40%, что говорит о недостатках внедрения повсеместной ранней диагностики (скрининга) и отсутствия онкологической осторожности у пожилых пациентов. I стадия встречалась лишь у 10%. При распределении больных по стадиям в зависимости от биологического подтипа так же во всех группах отмечено превалирование II стадии. Процент больных с I стадией Люминальным А подтипом составил 8%. II стадии - 5% и III- 4%. Такая же тенденция сохранена во всех группах больных. Так, например в случае с Люминальным В подтипом с I стадией 16%, II - 32% и III - 50%. Пятилетняя общая выживаемость распределилась следующим образом: при I стадии 89,8%, II-й 82,9% и при III-й стадии 76,6%. 5-летняя 70,4% при I, 63,7% при II-й, и 37,4% при III стадии. Эти данные свидетельствуют, что, несмотря на удельный перевес II и III стадии заболевания, сохраняется общая тенденция более благоприятного течения.

При анализе безрецидивной выживаемости по стадиям сохраняется общая тенденция более благоприятного течения, при I стадии 5-летняя выживаемость составила 84,9%. При II 77,6%. В группе с III стадией 67%.

При распределении больных по стадиям и возрасту наблюдается следующая тенденция: в группе 65-70 лет показатели 5- общей и безрецидивной выживаемости демонстрируют высокие показатели 96,1%, со II стадией 89,8%, в то время как при III показатели общей 5-летней составило 84,1%. В группе 70-75 лет, как и в группе 75 лет и старше сохраняется положительная тенденция 5-летней выживаемости (до 75%). С учетом анализа всех биологических подтипов, больные с Люминальным А встречаются более, чем в половине случаев-75%, с Люминальным В Her2 neu отрицательным подтипом-10%, трижды негативный подтип-5%, Люминальный В Her2 экспрессирующий-8,4% и Her2neu сверх экспрессирующий - 1,4%. При анализе встречаемости биологических подтипов в зависимости от возраста, выявлено что у больных пожилого возраста отмечается повышение частоты Люминального А подтипа в зависимости от возраста возникновения заболевания, и снижение заболеваемости Her2neu сверх экспрессирующим подтипом. Для возрастных пациентов характерно более благоприятное течение заболевания, что подтверждает 82% гормончувствительных опухолей в этой группе.

Выводы

Таким образом, изучая особенности течения рака молочной железы в пожилом возрасте, мы пришли к следующим выводам:

Назначение адьювантной химиотерапии в лечении люминального А биологического подтипа не улучшает показатели общей и безрецидивной выживаемости в сравнении с гормонотерапией. Последовательное назначение химиотерапии и гормонотерапии в лечении Люминального В подтипа у пожилых достоверно улучшает показатели 5летней в сравнении с одной только гормонотерапией - 68% против 41%.

При лечении гормонотрицательных биологических подтипов у пожилых больных антрациклин-содержащие и безантрациклиновые (CMF) схемы химиотерапии демонстрируют схожие показатели при анализе 5-летней общей выживаемости. Лучшие показатели выживаемости достигнуты у больных с радикальными вмешательствами (мастэктомия или органосохраняющие операции) с лимфодиссекцией. В группе больных без лимфодиссекции 5-летний рубеж ни одна пациентка не пережила.

Используемая литература

1. Аксель Е.М., Горбачева И.А. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них в Москве и Санкт-Петербурге. С.120. 2010 г.

2. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г.- Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, т.20, №3 (прил.1), 2009.-57с.
3. Переводчикова Н.И. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. //Практическая медицина. Москва/ - 2011. – 512с.
4. Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В. Рак молочной железы. Биология, местное и системное лечение. – М.: СИМК, - 2014. – 298-341 с.
5. Семиглазов В.Ф. Новые подходы к лечению рака молочной железы.// Вопросы онкологии 2013.-№3.-С.288-291.
6. Чиссов В.И., В.В. Старинский, Г.В. Петрова. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году- М., 2010. – 196 с.
7. Burstein HJ, Prestrud AA, Seidenfeld J, et al. American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline: update on adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer. J Clin Oncol 2010; 28(23):3784–96.
8. Grant R. Williams, MDa, Ellen Jones, MD, PhDa, Hyman B. Muss, MD Challenges in the Treatment of Older Breast Cancer Patients Hematology/Oncology Clinics of North America Volume 27, Issue 4, August 2013,Pages785–804
9. Gregor M, Zhang N, Niu J, et al. Trastuzumab-related cardiotoxicity among older breast cancer patients. ASCO Meeting Abstract. J Clin Oncol 2012;30(suppl 27):abstract135.
10. Lee S, Smith AK, Widera EW, et al. e Prognosis. 2012. Available at: <http://www.eprognosis.org>. Accessed February12,2013.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 618.31-07-08; 618.311

Усинова Замира Бахтияровна

врач акушер гинеколог

Региональный Перинатальный центр

Республика Каракалпакстан

Ниязметов Рахматулла Эрматович

Доктор медицинских наук, профессор

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Ташкент Узбекистан

Матякубов Бунёд Бахромович

Врач акушер-гинеколог

Хорезмский областной перинатальный центр

Хорезм, Узбекистан

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

For citation: Rakhmatulla Niyazmetov Ermatovich, Zamira Bakhtiyarovna Usinova, Matyakubov Bunyod Baxromovich, Restoration of reproductive function after ectopic pregnancy, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp. 54-56

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-13>

АННОТАЦИЯ

Внематочная беременность является наиболее распространенной патологией в гинекологической практике, которая приводит к снижению и потере репродуктивной функции. После операции по поводу внематочной беременности около 35% женщин имели ранние осложнения, такие как синдром системной воспалительной реакции и воспалительные процессы придатков матки. Репродуктивная дисфункция наблюдалась у 58,9% женщин, а частота повторных внематочных беременностей составила 20,0%, что свидетельствует об актуальности исследуемой проблемы.

Ключевые слова: внематочная беременность; факторы риска; диагностика, осложнения.

Zamira Bakhtiyarovna Usinova

Obstetrician-gynecologist

Regional Perinatal Center

Republic of Karakalpakstan

Rakhmatulla Niyazmetov Ermatovich

Doctor of medical science, professor

Tashkent Institute for Advanced Medical Training

Tashkent Uzbekistan

Matyakubov Bunyod Bakhromovich

Obstetrician-gynecologist

Khorezm Regional Perinatal Center

Khorezm, Uzbekistan

RESTORATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION AFTER ECTOPIC PREGNANCY

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is the most common pathology in gynecological practice, which leads to a decrease and loss of reproductive function. After ectopic pregnancy surgery, about 35 percent of women had early complications, such as systemic inflammatory reaction syndrome and inflammatory process suppuration of the uterine appendages. Reproductive dysfunction was observed in 58,9% of women and the frequency of repeated ectopic pregnancy was 20,0%, which is the problem under study indicates the relevance of.

Key words: ectopic pregnancy; risk factors; diagnostics, complications.

Usinova Zamira Baxtiyarovna

akusher -ginekolog

Viloyat perinatal markazi

Qoraqalpog'iston Respublikasi

Rahmatulla Ermatovich Niyozmetov

Tibbiyot fanlari doktori, professor
Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti
Toshkent, O'zbekiston
Matyakubov Bunyod Baxromovich
Akusher-ginekolog
Xorazm viloyat perinatal markazi
Xorazm, O'zbekiston

BACHADONDAN TASHQARI HOMILADORLIKDAN KEYIN REPRODUKTIV FUNKSIYANI TIKLASH

ANNOTATSIYA

Ektopik homiladorlik ginekologik amaliyotda eng ko'p uchraydigan patologiya bo'lib, bu pasayish va reproduktiv funksiyani yo'qotishga olib keladi. Ektopik homiladorlik operatsiyasidan so'ng, ayollarning 35 foizida tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi va bachadon qo'shimchalarining yallig'lanish jarayoni kuchayishi kabi erta asoratlar kuzatilgan. Reproktiv disfunktsiya ayollarda 58,9% va takroriy ektopik homiladorlikning chastotasi 20,0% kuzatilgan, bu o'rganilayotgan muammoning dolzarbligidan dalolat beradi.

Kalit so'zlar: ektopik homiladorlik; xavf omillari; diagnostika, asorat.

Внематочная беременность [ВБ] встречается в 1,5–2,0 % случаев всех беременностей. В России в 2015 году смертность от ВБ составила 3,6 % [1]. Данная патология является частым акушерско-гинекологическим заболеванием, которое приводит к нарушению репродуктивной функции, а иногда к инвалидизации беременной женщины [3,5,7]. Во всем мире отмечается тенденция к росту внематочной беременности, что скорее всего связано с увеличением частоты половых инфекций и числа аборт [2]. В связи с развитием современных методов, диагностика ВБ не вызывает затруднений [10]. В случае несвоевременной диагностики и без адекватного лечения внематочная беременность может представлять угрозу для жизни женщины. Кроме того, последствием ВБ может быть бесплодие. По статистике у каждой четвертой пациентки развивается повторная ВБ, у каждой пятой-шестой возникает спаечный процесс в малом тазу, а у 75 % женщин после оперативного лечения отмечается вторичное бесплодие [4,8,9].

Цель нашего исследования – оптимизация послеоперационного периода у женщин, перенесших внематочную беременность для восстановления репродуктивной функции.

Материал и методы

Сбор клинического материала в проспективной группе проводился в 2017-2019 гг. в городском родильном комплексе и Республиканском перинатальном центре г. Нукуса. Проведена оптимизация послеоперационного периода 65 женщин после внематочной беременности по типу трубного аборта, которым в комплексную терапию включена профилактическая антибиотикотерапия и дистрептаза по схеме, в течение трех месяцев

Результаты и обсуждение

Изучение соматического анамнеза показало, что 65 беременных с внематочной беременностью по типу трубного аборта имели различные экстрагенитальные заболевания во время беременности. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) встречались у 59 (90,7%) женщин, из них односторонний хронический сальпингоофарит у 49 (75,3%) и двухсторонний сальпингоофарит у 10 (15,3%), ЦМВ, хламидия и ВПГ- вирус простого герпеса обнаружены у 34 (52,3%) женщин исследуемой группы, из них у 27 (41,5%) в сочетанном виде.

В исследуемой группе домохозяйек было 49,0%, служащих - 27,2%, рабочих - 7,9%, студенток - 11,9% и медицинских работников - 4,0 %, первобеременных и повторно беременных - 62,2%. У повторно беременных первые роды были. [31,4%] и вторые - у 29,8 %. Интервал между родами у повторнородящих колебался в среднем 2,3±0,5 года.

Клиническая картина при трубном аборте зависит от количества крови, излившейся в брюшную полость, и от реактивности организма. Из 65 женщин у 38 (58,5%) общее состояние было удовлетворительное, и у 27 (41,5%) средней степени тяжести. Количество кровопотери до операции по данным УЗИ составило 280,0±50,0 мл, что очень характерно для данного вида внематочной беременности.

На фоне задержки менструации внезапно приступообразные боли возникли у всех женщин, однако только у 42 (64,6%) были кратковременные обморочные состояния сопровождающейся головокружением. У 23 [35,3%] женщин обнаружена бледность кожных покровов, учащение пульса до 96 ударов в минуту и снижение АД до 88/56мм.рт. ст. У 5 4[83,0%] женщин, после приступообразных болей появились темно-коричневые скудные кровянистые выделения вследствие отторжения децидуальной оболочки матки.

С целью диагностики 59 [90,8%] женщинам произведена пункция заднего свода и получен положительный результат. Лечение внематочной беременности производилось оперативным путем и лапароскопом у 36 (55,4%) больных. Из 36 беременных, у 29 (44,6) произведена органосохраняющая операция. Надо отметить, что правосторонняя внематочная беременность встречалась 1,8 раза чаще, чем левосторонняя. Количество кровопотери во время операции в среднем составило 360,0±50,0мл.

Профилактику инфекционных осложнений проводили амоксициллином/клавуланатом внутривенно в дозе 1,2 г однократно во время вводного наркоза у 40 (69,2%). Учитывая наличие более двух факторов риска и наличие инфекции мочевыводящих путей у 14 (21,5%) назначили фосфомицин (фосфоцинео 3,0гр) однократно вечером. Однако лечебную дозу антибактериальной терапии (фосфоцинео по 4,0 x2 раза) до 5 суток получали только 6 (9,2%) больных с выраженной инфекцией мочевыводящих путей. У этих 6 пациенток в послеоперационном периоде с первого дня отмечалось повышение температуры тела до 38,0 градусов, которое держалось в течение 3 суток. У одной больной на 2-е сутки после операции отмечалось явление динамического снижения перистальтики кишечника, по поводу чего она получала соответствующее лечение, и проблему разрешили консервативным путем. Повышение температуры тела сопровождалось общей интоксикацией, тахикардией и болями внизу живота и в области послеоперационной раны. Обострение хронических воспалительных процессов в оставшихся придатках наблюдалось у 3[4,6%] женщины.

В послеоперационном периоде только у 6 (9,2%) отмечалось ухудшение результатов общего анализа крови, выраженный лейкоцитоз, снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, увеличение СОЭ, показателей печеночных проб (уровень билирубина, ферментов) и снижение показателей белкового состава, свертывающей системы крови (уровень фибриногена, тромбозитов и время свертывания крови по Ли-Уайту).

Для сохранения проходимости маточных труб и профилактики спаечного процесса использовали ферментативный препарат дистрептазу по схеме в послеоперационном периоде. Дистрептаза – ректальные свечи, в которых доза стрептокиназы составляет 15 тыс. МЕ, а стрептодорназы – 1250 МЕ. Эти дозы являются оптимальными, поскольку не оказывают системного действия. Дистрептаза оказывает преимущественно местное рассасывающее действие с созданием максимальных концентраций действующего вещества в очаге воспаления. Во всем мире ректальный способ введения препарата признан наиболее безопасным в плане

минимизации риска аллергических осложнений. Именно ректальный способ введения обеспечивает максимальную эффективность компонентов [6].

Дистрептазу вводили глубоко в прямую кишку по схеме:

по 1 суппозиторию 3 раза в сутки на протяжении первых 3 дней; по 1 суппозиторию 2 раза в сутки на протяжении следующих 3 дней; по 1 суппозиторию в сутки на протяжении еще в течение 3 следующих дней. Всего для курса лечения использовали 18 суппозиториев. Курс лечения в среднем составил 10 дней.

Таким образом, на фоне проведенной лапароскопической операции, антибактериальной терапии и реабилитационного лечебного курса дистрептазой в послеоперационном периоде улучшился исход операции.

После проведенного комплексного лечения в течение 2х лет только у 43(66,1%) женщин восстановлена репродуктивная функция, из них у 34 (52,3%) пациенток наступила беременность в течение первого года, у 9 (13,8%) через два года. В настоящее

время 11(16,9%) пациенток находится под наблюдением и получает соответствующее лечение, и одна пациентка готовится к ЭКО процедурам.

Таким образом, после проведенного комплексного лечения восстановлена репродуктивная функция у 43 (66,1%) пациенток.

Выводы:

1. Проведенная лапароскопическая операция по поводу внематочной беременности по типу трубного аборта, антибактериальная терапия и курс реабилитационного лечения положительно влияют на исход операции.
2. На фоне комплексного лечения только у 6(9,2) наблюдался синдром системной воспалительной реакции на фоне инфекции мочевыводящих путей.
3. Благодаря комплексной терапии и лапароскопическому методу операции восстановлена репродуктивная функция у 43(66,1%) женщин, перенесших внематочную беременность по типу трубного аборта.

Использованная литература:

1. Аванесянц А.С. Внематочная беременность. Классификация, диагностика и лечение трубной беременности [обзор литературы]. Журн. молодой уч. 2019; 4 [242]:57-61
2. Алексеева М.А., Екимова Е.В., Колодыко В.Г. и др. Внематочная беременность // Проблемы репродукции. 2015.[3]:7-14.
3. Аюпова Ф.М., Джаббаров Ю.К., Гинекология.// Учебник.-г.Ташкент.-2010:206
4. Пересада О.А. Внематочная беременность //Медицинские новости. – 2016; 1[2]: 7-17
5. Садуакасова Ш.М.Клинический случай сочетания маточной и трубной беременности/ Жур. Вестн. КазНМУ.2017; [1]: 24-29
6. Фетищева Л.Е., Ушакова Г.А., Внематочная беременность: факторы риска, диагностика и восстановление фертильности/ Жур. «Клиническая медицина»//2017:46-49.
7. Эгамбердиева Л.Д. Современные методы диагностики и лечения эктопической беременности. Клиническое наблюдение /Жур. практическая медицина// том1 2015; [3]:52 -56
8. Faioli R, Berretta R, Dall'Asta A, Di Serio M, Galli L, Monica M, Frusca T. Endoloop technique for laparoscopic cornuectomy: a safe and effective approach for the treatment of interstitial pregnancy. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2016; 42[8]: 1034-1037. doi: 10.1111/jog.13005.
9. Grindler NM, Ng J, Tocce K, Alvero R. Considerations for management of interstitial ectopic pregnancies: two case reports. J. Med. Case Rep. 2016; 10: 106. doi: 10.1186/s13256-016-0892-9.

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 2, НОМЕР 2

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

VOLUME 2, ISSUE 2

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqот город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000