

Impact Factor: 5.878

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990
www.tadqiqot.uz

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,
ISSUE 2

2022

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

№ 2
2022

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

Зуфарова Шахноза Алимджановна
доктор медицинских наук, профессор, директор
Республиканского центра репродуктивного
здоровья населения (M.D., Professor, Director
of the Republican Center for Reproductive Health)

Агабабян Лариса Рубеновна
Кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского
Государственного медицинского института
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical Institute)

Зокирова Нодира Исламовна
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
доктор медицинских наук, профессор
Непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
доктор медицинских наук, профессор Бухарского
государственный медицинского института.

Окулов Алексей Борисович
доктор медицинских наук, профессор
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна
доктор философии по медицинским наукам (PhD)
(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 Казахстанской
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

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Агабабян И.Р., Садикова Ш. Ш., Исмоилов Р. М.
ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ / IDENTIFICATION OF EARLY DISORDERS OF GLOMERULAR FILTRATION RATE DEPENDING ON THE DEGREE OF OBESITY/ SEMIZLIK DARAJASIGA QARAB KOPTOKCHALAR FILTRATSIYASI TEZLIGI BUZILISHLARINI ERTA ANIQLASH.....6
2. Амонова М.Ф.
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ/VITAMIN D DEFICIENCY IN MENOPAUSA WOMEN/ MENOPAUZADAGI AYOLLARDA D VITAMINI YETISHMASLIGI.....10
3. Шавази Н.Н., Алимова П.Б. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ/ CURRENT ASPECTS OF OBSTETRIC HEMORRHAGE/ AKUSHERLIK QON KETISHINING ZAMONAVIY JIHATLARI.....13
4. Мурадова Р.Р., Хайдаров М.М., Тураев Х. Н.
НЕФРОТОКСИЧНОСТЬ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ/ NEPHROTOXICITY AS A PROBLEM OF MODERN ANTIBIOTIC THERAPY/ NEFROTOKSIKLIK - ZAMONAVIY ANTIBIOTIKOTERAPIYANING MUAMMOSI SIFATIDA.....17

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. Гиясов Ш.И., Гафаров Р.Р.
СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРОСТАТЫ – СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД/ SYSTEMATIZATION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF HOLMIUM LASER ENUCLEATION OF THE PROSTATE - A STANDARDIZED APPROACH/ GOLMIY LAZERLI PROSTATA BEZI ENKLEATSIYANING OPERATSIYADAN KEYINGI ASORATLARINI TIZIMLASHTIRISH – STANDARTLASHTIRILGAN YONDASHUV.....20
2. Даминова М.Х. , Ахмеджанов И. А., Ахмеджанова Н.И., Изомиддинова М.К.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО- ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ/ COMPARATIVE ASSESSMENT OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS IN VARIOUS FORMS OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN/ BOLALARDA PIELONEFRITNI TURLI XIL SHAKLLARIDA KLINIK -LABORATOR XUSUSIYATLARNI QIYOSIY BAXOLASH.....25
3. Исламов Т.Ш., Ахмеджанов И. А., Ахмеджанова Н.И.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ/ CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF VARIOUS FORMS OF ACUTE GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN/ BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRITNI TURLI XIL SHAKLLARIDA KLINIK -LABORATOR XUSUSIYATLARI.....29
4. Каттаходжаева М.Х., Абдуллаева Л.С., Сулейманова Н. Ж.
ПРАКТИЧЕСКИЕ КОНТРАВЕРСИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ/ PRACTICAL CONTRAVERSIONS IN THE PREVENTION OF POSTPARTUM OBSTETRIC HEMORRHAGE/TUG'RUQDAN KEYINGI AKUSHERLIK QON KETISHINING OLDINI OLIHDA AMALIY QARAMA-QARSHILIKLAR.....35
5. Каттаходжаева М.Х., Абдуллаева Л.С., Сулейманова Н. Ж.
ЗНАЧЕНИЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕРЕРАСТЯЖЕНИЯ МАТКИ В ПЕРСОНИФИКАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ/ THE VALUE OF PREDICTING POSTPARTUM HEMORRHAGE IN THE SYNDROME OF UTERINE OVERSTRETCHING IN THE PERSONIFICATION OF PREVENTIVE MEASURES/ TUG'RUQDAN KEYINGI AKUSHERLIK QON KETISHINING OLDINI OLIHDA AMALIY QARAMA-QARSHILIKLAR.....39
6. Сайфиев Х.Х., Ахмеджанов И. А., Ахмеджанова Н.И.
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ/IMPORTANCE OF MODERN APPROACHES IN THE DIAGNOSIS OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS/ BOLALARDA UTKIR PIELONEFRITNI DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV.....43
7. Солеева С.Ш., Агабабян И.Р., Ярашева З.Х.
ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА/INTERVENTIONAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY HEART DISEASE/SURUNKALI KORONAR YURAK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARNI INTERVENTSION BOSHQARISH.....46
8. Меликова Д.У., Бегнаева М.У.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ/CLINICAL FEATURES OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN CHILDREN/ BOLALARDA SURUNKALI PIYELONEFRIT KECHISHINING KLINIK JIHATLARI.....51
9. Ризаев Ж.А., Хусанбаева Б.А.
ПРОВЕРКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДЛОЖЕННОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК/ CHECKING THE EFFECTIVENESS OF THE PROPOSED TREATMENT REGIMEN FOR DENTAL DISEASES IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE/ SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA TAVSIYA ETILGAN TISH KASALLIKLARI DAVOLASH REJIMINING SAMARADORLIGINI TEKSHIRISH.....54

10. Шаханова Ш.Ш.,Рахимов Н.М., Корабоев Ф.Т.

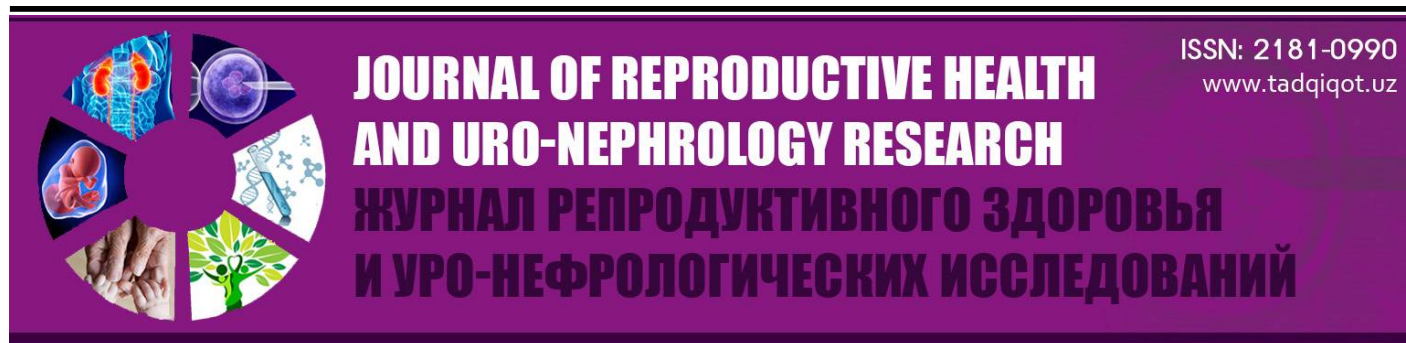
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ОСТЕОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПОЧКИ И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ/ INCREASE THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF MULTIPLE OSTEORENIC METASTASES OF KIDNEY AND PROSTATE CANCER/BUYRAK VA PROSTATA BEZI KO'PLAB OSTEOREN METASTAZLARIDA DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH.....60

11. Таниш Г. А.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА/SUMMARY MAIN CAUSES OF POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE/REPRODUKTIV YOSHIDAGI AYOLLARDA TUXUMDONLARNING POLIKISTOZ SINDROMI KELIB CHIQISHINING ASOSIY SABABLARINI ANIQLASH.....64

12. Умаров З.М., Каттаходжаева М.Х., Сулейманова Н. Ж.

ЗНАЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА/ THE IMPORTANCE OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN BREECH PRESENTATION OF THE FETUS/ THE IMPORTANCE OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN BREECH PRESENTATION OF THE FETUS/ HOMILA CHANOG'I BILAN OLDINDA KELISHIDA INNOVATSION TEXNOLOGIYALAR AXAMIYATI.....68



ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW

УДК 616.61-002.2(075.80)

Агабабян Ирина Рубеновна

Кандидат медицинских наук, доцент

Самаркандский Государственный

Медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Садыкова Шахбоза Шахобиддиновна

Кардиолог

Самаркандский областной

кардиологический диспансер

Самарканд, Узбекистан

Исмоилов Ражаббой Махмаюсуфович

Ассистент

Самаркандский Государственный

Медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Agababyan Irina Rubenovna, Sadikova Shahbosa Shahobiddinovna, Ismoilov Ragabboy Mahmayusufovich, Identification of early disorders of glomerular filtration rate depending on the degree of obesity, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, vol. 3, issue 2. pp.


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6675566>
Agababyan Irina Rubenovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Sadikova Shahbosa Shahobiddinovna

Cardiologist Samarkand Regional Cardiology Dispensary

Samarkand, Uzbekistan.

Ismoilov Ragabboy Mahmayusufovich

Assistant Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

IDENTIFICATION OF EARLY DISORDERS OF GLOMERULAR FILTRATION RATE DEPENDING ON THE DEGREE OF OBESITY (LITERATURE REVIEW)

Agababyan Irina Rubenovna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti,

Samarqand, O'zbekiston

Sadikova Shahbosa Shahobiddinovna

Kardiolog Samarqand viloyati

kardiologiya dispanseri

Samarqand, O'zbekiston

Ismoilov Ragabboy Mahmayusufovich

Assistent Samarqand davlat tibbiyot universiteti,

Samarqand, O'zbekiston

SEMIZLIK DARAJASIGA QARAB KOPTOKCHALAR FILTRATSIYASI TEZLIGI BUZILISHLARINI ERTA ANIQLASH (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Ожирение - хроническое рецидивирующее гетерогенное заболевание, развивающееся под влиянием генетических, физиологических и средовых факторов и характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани, дисфункция которой приводит к многочисленным негативным последствиям. Количество людей с избыточным весом в современном мире увеличивается на 10% каждые 10 лет. Это позволило определить ожирение как неинфекционную эпидемию. В англоязычных источниках часто можно встретить термин «Globesity» («глобальное ожирение»), наиболее точно отражающий остроту проблемы. По данным ВОЗ, в 2016 г. около 2 млрд человек в мире имеют избыточный вес и около 650 млн из них страдают ожирением [1].

Избыточный вес и ожирение представляют большую угрозу для здоровья населения в различных странах. Ожирение является одним из значительных факторов риска развития многих неинфекционных заболеваний, в том числе артериальной гипертензии, дислипидемии и некоторых видов рака [2]. Ожирение является пусковым фактором для диабета, связанного с инсулино- резистентностью (ИР). Инсулинорезистентность обычно связана с ожирением, которое является патофизиологическим фактором сахарного диабета 2 типа (СД2). Чрезмерное увеличение жировой ткани из-за увеличения потребления питательных веществ и недостаточного расхода энергии считается ожирением. С другой стороны, сахарный диабет представляет собой сложное хроническое заболевание, проявляющееся высоким уровнем глюкозы в крови или гипергликемией в результате дефицита секреции, действия инсулина или того и другого. Ожирение может вызывать хроническое слабовыраженное системное и локальное воспаление, которое приводит к возникновению инсулинорезистентности, связанной с сахарным диабетом, хотя механизм этого неясен. Кроме того, инсулинорезистентность и гиперинсулинемия могут способствовать развитию ожирения. Следовательно, Цель этого обзора — выделить механизмы резистентности к инсулину, связанной с ожирением, при СД2 за счет индукции воспаления, дисфункции адипоцитов, окислительного стресса, стресса эндоплазматического ретикулаума (стресс ЭР), старения, гипоксии и изменения генетического состава. Потому что понимание нарушения передачи сигналов инсулина, которое связано с диабетом, вызванным ожирением, может привести к лучшим фармакологическим стратегиям не только для лечения, но и для профилактики ожирения и СД2 [3].

ИР при ожирении проявляется в снижении индуцированного инсулином транспорта и метаболизма глюкозы в адипоцитах, скелетных мышцах и печени [4]. Эти функциональные дефекты частично обусловлены нарушением передачи сигнала инсулина во всех тканях-мишенях вследствие ингибирования транслокации и регуляции действия GLUT4, уменьшением числа рецепторов инсулина в миоцитах и адипоцитах, нарушением аутофосфорилирования рецепторов, снижением активности тирозинкиназы и фосфорилирование IRS. Также одним из механизмов развития сигнальных дефектов при ожирении может быть повышение экспрессии и активности ряда протеинтирозинфосфатаз, усиливающих на фоне хронического воспаления, которые дефосфорилируют субстраты рецепторов инсулина и, таким образом, прекращают передачу сигналов, которые в свою очередь, способствует развитию ИР. В некоторых исследованиях показана связь между уровнем адипонектина и развитием ИР. В ряде случаев наблюдалась обратная связь между уровнем адипонектина и показателями индекса НОМА-IR, ИМТ и окружностью талии [5]. В других было продемонстрировано, что у пациентов с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) или СД2 уровень адипонектина значительно ниже [6]. Кроме того, имеются данные о влиянии лептина на секрецию инсулина при ожирении и ИР. Результаты ряда исследований демонстрируют положительную корреляцию между тяжестью гиперлептинемии и ИР у лиц с разным ИМТ [7].

Инсулинорезистентность присутствует даже на ранних стадиях ХБП [8], и ее распространенность увеличивается при дальнейшем снижении функции почек [9]. Хотя патофизиология инсулинорезистентности при уремии была признана и изучена на протяжении десятилетий, вопросы, касающиеся влияния умеренной ХБП и ожирения на инсулинорезистентность, остаются нерешенными.

На сегодняшний день существует около десяти различных методов диагностики ИР. Среди них выделяют прямые и косвенные методы оценки ИР. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки. Золотым стандартом диагностики ИР является эугликемический гиперинсулинемический клэмп-тест, который является наиболее информативным методом прямой диагностики с высоким уровнем чувствительности и специфичности. Суть метода заключается в повышении концентрации инсулина в крови путем инфузии инсулина со скоростью 1 ЕД/мин на 1 кг массы тела и одновременном внутривенном введении глюкозы для поддержания гликемического уровня около 5,5 ммоль/л. Количество вводимой глюкозы, необходимое для поддержания указанного гликемического уровня, будет отражать ее тканевой метаболизм, опосредованный инсулином. Соответственно, чем более выражена ИР, тем меньше потребуется глюкозы. Однако, этот метод достаточно трудоемок, связан с необходимостью инфузии экзогенного инсулина и сложен для реализации в повседневной клинической практике. Широкое применение в клинической практике нашли косвенные методы оценки ИР с использованием специальных расчетных показателей, основанных на соотношении концентраций глюкозы и инсулина как натощак, так и через 2 часа после нагрузки при проведении перорального теста на толерантность к глюкозе. В нашей стране наиболее часто используется показатель НОМА-IR (модель оценки гомеостаза), предложенный в 1985 г. [10]: уровень инсулина натощак (мкЕд/л) \times уровень глюкозы плазмы натощак (ммоль/л) / 22,5. Уровень индекса НОМА-IR более 2,7 свидетельствует о наличии ИР. Четких критериев интерпретации НОМА-IR нет, в исследованиях можно встретить разные показатели точки отсечки (75-й процентиль кумулятивного распределения населения), но всегда следует учитывать, что чем выше данный индекс ИР, тем более выражен ИР. Другой показатель ИР основан на липидном спектре – уровень триглицеридов (ТГ) (мг/дл)/уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) (мг/дл). При использовании указанных единиц измерения расчетный показатель более 3,5 свидетельствует о наличии ИР. Приведенные выше математические модели широко используются на практике, однако в силу своей вариативности их нельзя использовать для рутинного скрининга. Другой показатель ИР основан на липидном спектре - уровень триглицеридов (ТГ) (мг/дл) / уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) (мг/дл). При использовании указанных единиц измерения расчетный показатель более 3,5 свидетельствует о наличии ИР. Приведенные выше математические модели широко используются на практике, однако из-за их изменчивости их нельзя использовать для рутинного скрининга. Другой показатель ИР основан на липидном спектре – уровень триглицеридов (ТГ) (мг/дл)/уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) (мг/дл). При использовании указанных единиц измерения расчетный показатель более 3,5 свидетельствует о наличии ИР. Приведенные выше математические модели широко используются на практике, однако в силу своей вариативности их нельзя использовать для рутинного скрининга.

В последние годы активно изучаются новые подходы к определению ИР. В частности, в 2007 г. был предложен показатель ИР с участием адипонектина (НОМА-АД) - соотношение НОМА-ИР и уровня адипонектина. В качестве порогового значения, указывающего на ИР, принято рассматривать уровень НОМА-AD более 0,95 [11]. В 2014 г. были опубликованы данные об использовании нового метаболического индекса (МИ) для определения ИР, учитывающего не только углеводный обмен, но и уровень ТГ и ХС-ЛПВП натощак. МИ =

ТГ (ммоль/л) × глюкоза (ммоль/л) / ХС-ЛПВП (ммоль/л). ИР диагностируется при уровне ИМ 7,0 и выше [12].

Толл-подобные рецепторы (TLR) относятся к семейству PRR и играют незаменимую роль во врожденном иммунитете и определяют повреждение тканей с помощью молекулярных паттернов, связанных с опасностью. Исследования показали, что среди различных типов TLR TLR2 и TLR4 играют роль в резистентности к инсулину, связанной с воспалением, при ожирении [13]. У мышей с ожирением и людей с диабетом экспрессия TLR4 в адипоцитах, гепатоцитах, мышцах и в гипоталамусе повышена и отрицательно влияет на чувствительность к инсулину [14]. Другое исследование также показало, что при ожирении метаболическая эндотоксемия запускает развитие воспаления и метаболических нарушений путем активации TLR4 в метаболических тканях [15]. С другой стороны, отмена TLR4 приводит к уменьшению окислительного стресса за счет метаболического перепрограммирования митохондрий висцерального жира. облегчение резистентности к инсулину, вызванной ожирением [16]. Кроме того, были разработаны различные ингибиторы TLR для регулирования чрезмерного воспаления; Эти; низкомолекулярные ингибиторы, антитела, олигонуклеотиды, аналоги липида-А, микроРНК и новые наноингибиторы [17].

Для выявления патологических процессов при ожирении используются различные маркеры, в том числе цистатин-С (цис-С) в качестве биомаркера ранних стадий почечной недостаточности (ТПН) [18] и адипонектин в качестве противовоспалительного маркера [19]. Cys-С представляет собой белок с низкой молекулярной массой (13 кДа), который является эндогенным ингибитором протеиназы, продуцируемым всеми ядродержащими клетками в организме человека на достаточно постоянном уровне. Cys-С свободно фильтруется в клубочках и почти полностью реабсорбируется в проксимальных канальцах [20]. Cys-С не зависит от возраста, пола, мышечной массы, этнических и воспалительных состояний [21]. Cys-С больше подходит для определения повреждения почек со снижением СКФ, чем клиренс креатинина. Национальный почечный фонд предлагает использовать cys-С для измерения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) при различных клинических состояниях у молодежи [22].

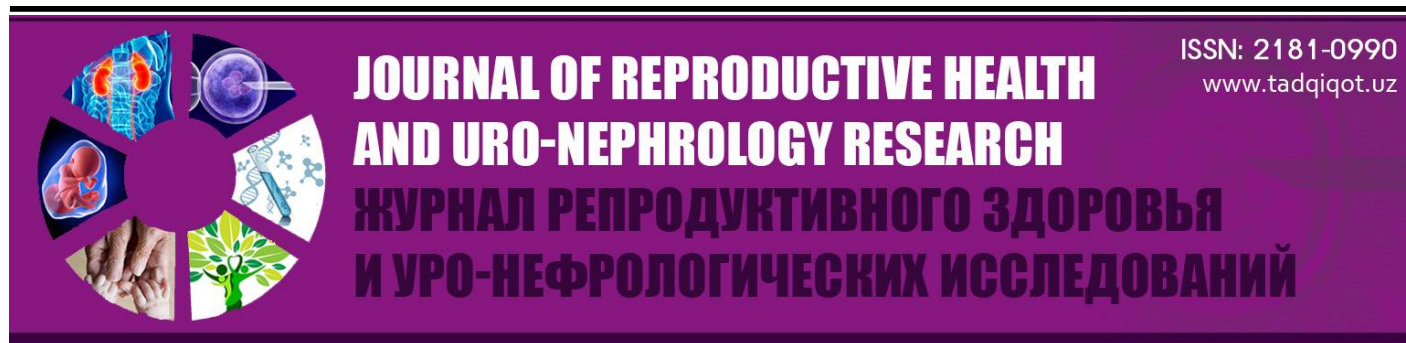
Цистатин С является важным белком, который не гликозилируется и фильтруется клубочками [24]. Он считается индикатором для оценки функции почек [25]. Данные свидетельствуют о потенциальной генетической связи между неалкогольной жировой болезнью печени и хронической болезнью почек у детей [26]. Исследования на взрослых показали положительную корреляцию между уровнем цистатина С и индексом массы тела (ИМТ) или окружностью талии (ОТ) [27]. Кроме того, некоторые данные свидетельствуют о том, что повышенный уровень цистатина С можно рассматривать как ранний прогностический индикатор сосудистого риска у детей с ожирением [28].

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) является наилучшей рутинной доступной оценкой функции почек и имеет важное значение для выявления и лечения как острого повреждения почек (ОПП), так и хронической болезни почек (ХБП). Потеря функции почек из-за снижения расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) связана с плохой выживаемостью [29]. Креатинин является наиболее часто используемым биомаркером рСКФ. Тем не менее, креатинин может варьироваться в зависимости от факторов, не связанных с функцией почек как таковой, таких как мышечная масса, пол, этническая принадлежность и диетические факторы [30,31]. Цистатин С является альтернативным биомаркером для оценки рСКФ, который не зависит от мышечной массы и, таким образом, практически не зависит от возраста и пола [32,33]. Тем не менее, креатинин является наиболее часто используемой оценкой рСКФ у пациентов в критическом состоянии [34,35]. Пациенты в реанимации часто прикованы к постели и могут иметь потерю мышечной массы и измененные объемы распределения из-за тяжелого заболевания. Продолжающаяся потеря мышечной массы и низкое потребление белка могут привести к снижению уровня креатинина в плазме, что может привести к потенциальному риску завышения рСКФ [36-38]. Поэтому можно предположить, что креатинин является менее информативным биомаркером при оценке рСКФ, чем цистатин С. С другой стороны, на цистатин С могут влиять кортизол, ожирение и другие традиционные факторы риска или, возможно, воспаление в критическом состоянии.

Список литературы:

1. Alimjanovich R.J., Rubenova A.I., Abduvokhidovna I.Y. Specialized center for the patients with chronic heart failure-extension of life // Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 22 (147). – С. 14-24.
2. Агабабян И.Р., Журакулов Ф.Н., Исмоилова Ю.А. SARS-COV-2 koronavirus bo'lgan bemorlarni davolashda fenofibratning o'rni // Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – Т. 3. – №. 1.
3. Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И., Мухтаров С.Н. Роль маркеров воспаления жировой ткани как основной фактор в развитии артериальной гипертензии у больных метаболическим синдромом // The priorities of the world science: experiments and scientific debate. – 2019. – С. 25-30.
4. Солеева С.Ш., Джаббаровна Н.М., Ярашева З.Х. Клинико-функциональное состояние больных со стабильной стенокардией на фоне длительного применения аторвастатина // International scientific review. – 2019. – №. LXV. – С. 109-110.
5. Adiponectin: Structure, Physiological Functions, Role in Diseases, and Effects of Nutrition Kayvan Khoramipour, Karim Chamari, Amirhosein Ahmadi Hekmatikar, Amirhosein Ziyaiyan, Shima Taherkhani, Nihal M. Elguindy, Nicola Luigi Bragazzi Nutrients. 2021 Apr; 13(4): 1180. Published online 2021 Apr 2. doi: 10.3390/nu13041180.
6. Åkerfeldt, T., Helmersson, J. & Larsson, A. Postsurgical inflammatory response is not associated with increased serum cystatin C values. Clin. Biochem. 43, 1138–1140 (2020).
7. Alp Ikizler T, Cano NJ, Franch H, et al. Prevention and treatment of protein energy wasting in chronic kidney disease patients: a consensus statement by the International Society of Renal Nutrition and Metabolism. Kidney Int. 2018;84:1096–1107.
8. Arcidiacono B, Chiefari E, Foryst-Ludwig A, et al. Obesity-related hypoxia via miR-128 decreases insulin-receptor expression in human and mouse adipose tissue promoting systemic insulin resistance. *EBioMedicine*. 2020;1:55. doi:10.1016/j.ebiom.2020.102912
9. Association of High Serum Adiponectin Level With Adverse Cardiovascular Outcomes and Progression of Coronary Artery Calcification in Patients With Pre-dialysis Chronic Kidney Disease Sang Heon Suh, Tae Ryom Oh, Hong Sang Choi, Chang Seong Kim, Joongyub Lee, Yun Kyu Oh, Ji Yong Jung, Kyu-Beck Lee, Kook-Hwan Oh, Seong Kwon Ma, Eun Hui Bae, Soo Wan Kim Front Cardiovasc Med. 2021; 8: 789488. Published online 2022 Jan 13. doi: 10.3389/fcvm.2021.789488
10. Barreto EF, Rule AD, Voils SA, Kane-Gill SL. Innovative Use of Novel Biomarkers to Improve the Safety of Renally Eliminated and Nephrotoxic Medications. *Pharmacotherapy* (2018) 38(8):794–803. doi: 10.1002/phar.2149
11. Bell, M. et al. Cystatin C is correlated with mortality in patients with and without acute kidney injury. Nephrol. Dial. Transplant. Of. Publ. Eur. Dial. Transpl. Assoc. Eur. Ren. Assoc. 24, 3096–3102 (2018).

12. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, et al. . Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet* 2020;395:709–33. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30045-3.
13. Bothou C, Beuschlein F, Spyroglou A. Links between aldosterone excess and metabolic complications: A comprehensive review. *Diabetes Metab.* 2020 Feb;46(1):1-7.
14. Brown JC, Harhay MO, Harhay MN. The Value of Anthropometric Measures in Nutrition and Metabolism: Comment on Anthropometrically Predicted Visceral Adipose Tissue and Blood-Based Biomarkers: A Cross-Sectional Analysis. *Nutr Metab Insights.* 2019;12:1178638819831712.
15. Codoñer-Franch P, Ballester-Asensio E, Martínez-Pons L, Vallecillo-Hernández J, Navarro-Ruiz A, del Valle-Pérez R, et al. Cardiometabolic Risk, and Body Composition in Severely Obese Children. *Pediatr Nephrol* (2019) 26(2):301–7. doi: 10.1007/s00467-010-1679-7
16. de Luis D.A., Izaola O., Primo D., Gomez-Hoyos E., Ortola A., Lopez-Gomez J.J., Aller R. Role of rs1501299 variant in the adiponectin gene on total adiponectin levels, insulin resistance and weight loss after a Mediterranean hypocaloric diet. *Diabetes Res. Clin. Pract.* 2019;148:262–267. doi: 10.1016/j.diabres.2017.11.007.
17. Deacon CF. Physiology and Pharmacology of DPP-4 in Glucose Homeostasis and the Treatment of Type 2.
18. Dharnidharka, V. R., Kwon, C. & Stevens, G. Serum cystatin C is superior to serum creatinine as a marker of kidney function: a meta-analysis. *Am. J. Kidney Dis.* 40, 221–226 (2020).
19. Di Sessa A, Guarino S, Passaro AP, Liguori L, Umamo GR, Cirillo G, et al. NAFLD and Renal Function in Children: Is There a Genetic Link? *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* (2021) 15(9):975–84. doi: 10.1080/17474124.2021.1906649
20. Fliser D, Pacini G, Engelleiter R, et al. Insulin resistance and hyperinsulinemia are already present in patients with incipient renal disease. *Kidney Int.* 2019;53:1343–1347.
21. Gao W, Xiong Y, Li Q, et al. Inhibition of Toll-like receptor signaling as a promising therapy for inflammatory diseases: a journey from molecular to nanotherapeutics. *Front Physiol.* 2017;8:508–517. doi:10.3389/fphys.2017.00508
22. Henstridge DC, Abildgaard J, Lindegaard B, Febbraio MA. Metabolic control and sex: A focus on inflammatory-linked mediators. *Br J Pharmacol.* 2019 Nov;176(21):4193-4207.
23. Hossan T, Kundu S, Alam SS, Nagarajan S. Epigenetic Modifications Associated with the Pathogenesis of Type 2 Diabetes Mellitus. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets.* 2019;19(6):775-786.
24. Hsu, C. Y., Chertow, G. M. & Curhan, G. C. Methodological issues in studying the epidemiology of mild to moderate chronic renal insufficiency. *Kidney Int.* 61, 1567–1576 (2020).
25. Huo Y-X, Wei W, Liu Y, Ma Y-N, Tao J-M, Wang N-N, Li X-F and Chen X (2022) Serum Cystatin C Levels Are Associated With Obesity in Adolescents Aged 14–17 Years. *Front. Endocrinol.* 13:816201. doi: 10.3389/fendo.2022.816201.
26. Ito R, Yamakage H, Kotani K, Wada H, Otani S, Yonezawa K, et al. Comparison of cystatin C and creatinine-based estimated glomerular filtration rate to predict coronary heart disease risk in Japanese patients with obesity and diabetes. *Endocr J.* 2015; 62(2): 201-7.
27. Kellum, J. A., Lameire, N. & Group, K. A. G. W. Diagnosis, evaluation, and management of acute kidney injury: a KDIGO summary (part 1). *Critical care* 17, 204 (2019).
28. Knight EL, Verhave JC, Spiegelman D, Hillege HL, de Zeeuw D, Curhan GC, et al. Factors Influencing Serum Cystatin C Levels Other Than Renal Function and the Impact on Renal Function Measurement. *Kidney Int* (2020) 65(4):1416–21. doi: 10.1111/j.1523-1755.2004.00517.x
29. Lafarge JC, Naour N, Clément K, Guerre-Millo M. Cathepsins and cystatin C in atherosclerosis and obesity. *Biochimie.* 2020; 92(11): 1580-6.
30. Laursen TL, Hagemann CA, Wei C, Kazankov K, Thomsen KL, Knop FK, Grønbaek H. Bariatric surgery in patients with non-alcoholic fatty liver disease - from pathophysiology to clinical effects. *World J Hepatol.* 2019 Feb 27;11(2):138-149.
31. Lavrenova E.A., Drapkina O.M. Insulin resistance in obesity: causes and consequences // *Obesity and metabolism.* – 2020. – Т. 17. – №1. – С. 48-55. doi: <https://doi.org/10.14341/omet9759>.
32. Lin H-Y, Shao-Wen W, Shen FC. Abrogation of Toll-like receptor 4 (TLR4) mitigates obesity-induced oxidative stress, proinflammation, and insulin resistance through metabolic reprogramming of mitochondria in adipose tissue. *Antioxid Redox Signal.* 2020;33(2):1–60. doi:10.1089/ars.2019.7737
33. Lipsey, M., Furebring, M., Rubertsson, S. & Larsson, A. Significant differences when using creatinine, modification of diet in renal disease, or cystatin C for estimating glomerular filtration rate in ICU patients. *Upsala J. Med. Sci.* 116, 39–46 (2021).
34. Malek R, Hannat S, Nechadi A, Mekideche FZ, Kaabeche M. Diabetes and Ramadan: A multicenter study in Algerian population. *Diabetes Res Clin Pract.* 2019 Apr;150:322-330.
35. Marmarinos A, Garoufi A, Panagoulia A, Dimou S, Drakatos A, Paraskakis I, et al. Cystatin-C levels in healthy children and adolescents: Influence of age, gender, body mass index and blood pressure. *Clin Biochem.* 2016; 49(1): 150-3.
36. Mathisen, U. D. et al. Estimated GFR associates with cardiovascular risk factors independently of measured GFR. *J. Am. Soc. Nephrol.* 22, 927–937 (2021).
37. Matthews DR, Hosker JP, Rudenski AS, et al. Homeostasis model assessment: insulin resistance and beta-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. *Diabetology.* 2020;28(7):412419. doi: <https://doi.org/10.1007/bf00280883>.
38. Melsom, T. et al. Estimated GFR is biased by non-traditional cardiovascular risk factors. *Am. J. Nephrol.* 41, 7–15 (2018).



УДК 577.161.2.017.22

Амонова Мадина Фуркатовна

Ассистент Самаркандский Государственный
Медицинский университет Самарканд, Узбекистан

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Amonova Madina Furkatovna, Vitamin d deficiency in menopause women, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, vol. 3, issue 2. pp.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6675634>

Amonova Madina Furkatovna

Assistant Samarkand State Medical university
Samarkand, Uzbekistan

VITAMIN D DEFICIENCY IN MENOPAUSA WOMEN (LITERATURE REVIEW)

Amonova Madina Furkatovna

Assistent Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekistonMENOPAUZADAGI AYOLLARDA D VITAMINI YETISHMASLIGI
(ADABIYOTLAR TAHLILI)

Менопауза является неизбежным явлением общего старения женской репродуктивной системы и определяется как постоянное прекращение менструальных периодов, которое происходит после потери развития фолликула яичника. Хотя средний возраст наступления менопаузы составляет около 51 года, он может варьироваться от 40 до 60 лет. Кроме того, ранняя менопауза наступает у 1% молодых женщин до 40 лет. Более того, потеря эстрогена в период менопаузы приводит к ускоренной потере костной массы и остеопорозу, что приводит к снижению минеральной плотности костной ткани (МПК) и последующему увеличению числа остеопоротических переломов. Кость определяется как минерализованная соединительная ткань, которая включает четыре типа клеток: остеобласты, клетки, выстилающие костную ткань, остециты и остеокласты. Кость отвечает за несколько важных функций в организме, таких как движение, поддержка и защита мягких тканей, а также хранение кальция и фосфатов. Несмотря на свой пассивный внешний вид, кость является чрезвычайно динамичным органом, который постоянно рассасывается остеокластами и трансформируется остеобластами. Менопауза - это процесс, при котором женщина теряет фертильность и менструальные циклы прекращаются. Менопауза возникает естественным образом на протяжении всей жизни и не считается болезнью. Хотя это естественный процесс, если его не остановить, он может привести к ряду осложнений. Период менопаузы характеризуется не только потерей репродуктивной функции, но и резкими изменениями гормонального фона. Это приводит к массе физических и психических проблем. Такое состояние существует уже много лет. Для того чтобы поддержать организм в трудные времена,

необходимо принимать специально разработанные лекарственные комплексы для разных возрастных групп. Важность витаминов в период менопаузы заключается в следующем: Срывы, головные боли, нервозность - все последствия всех стрессовых ситуаций для каждой женщины после 45 лет. Со временем первоначальный прием витаминов помогает решить следующие задачи: Ускорить обменные процессы - Хороший обмен веществ положительно влияет на функционирование желудочно-кишечного тракта и помогает избежать ненужного набора веса, который часто происходит во время климакса.

Укрепление иммунитета - организм не снимает нагрузку, что может привести к осложнениям хронических заболеваний. Сохраняйте привлекательный внешний вид в течение многих лет. Лечение повышает работоспособность, снимает эмоциональные перегрузки сердечно-сосудистой системы.

Типы менопаузы:

Существует два основных типа: естественные и искусственные. Естественная менопауза связана с истощением запасов фолликулов в яичниках, в зависимости от возраста. Если женщине необходимо немедленно прекратить синтез половых гормонов, может наступить искусственная менопауза. К таким патологиям относятся:

- Фибромы;
- Миома матки;
- Эндометриоз;
- Маточные кровотечения различного происхождения;
- Злокачественные опухоли.

Искусственная менопауза вызывается следующими способами:

Хирургическая практика - разрез яичников, овариэктомия. Показания к этой операции: опухоли молочной железы, матки и яичников. Принимаю лекарства. Немного более простой метод заключается в временной остановке менструальных циклов с помощью специальных препаратов.

Рентгеновские снимки яичников. Этот метод применяется при злокачественных опухолях. У большинства женщин менопауза начинается в возрасте от 47 до 52 лет. Начало этого состояния может начаться очень рано или затянуться на несколько лет. Менопауза, которая начинается в возрасте 40 лет, - это ранняя менопауза и поздняя менопауза в возрасте 56-65 лет. На наступление менопаузы влияют следующие факторы:

Генетический. Количество фолликулов, синтезирующих эстроген в яичниках, запрограммировано на генном уровне. Это также относится к гипоталамусу и гипофизу, которые контролируют менструальные циклы.

Географический. Солнечный свет влияет на раннее или позднее прекращение менструальных циклов. К женскому характеру. Менопауза начинается поздно у женщин, которые ведут активную половую жизнь и удовлетворяют свои сексуальные желания.

Социально-экономический. Менопауза начинается поздно у женщин, которые не испытывают длительного стресса, имеют хороший менструальный цикл и не занимаются интенсивной физической активностью. Какие витамины вам нужны во время менопаузы: С наступлением менопаузы организм начинает тестироваться на дефицит минеральных веществ. Комплексы, разработанные для пожилых женщин в этот период, включают в себя все необходимые витамины, а также фитостероиды. Они компенсируют недостаток своих половых гормонов, улучшают работу эндокринной системы и укрепляют нервы.

Витамин Д. Его основная функция - помогать организму усваивать кальций и фосфор. Помогает предотвратить сердечно-сосудистые заболевания, повышает иммунитет, предотвращает тромбоз. Безопасная менопауза - вялость и высокая утомляемость, риск развития остеопороза приводит к увеличению всех заболеваний. Часто можно увидеть и другие проблемы: мышечные боли, смазка в области таза, ходьба, хромота. Существует потребность в витаминных добавках у женщин, живущих в городах с низкой солнечной активностью, пациентов с высоким уровнем загрязнения воздуха. Существенная роль витамина Д и его метаболитов в усвоении и формировании костной ткани была выявлена в течение длительного времени. Витамин Д играет основную роль в регулировании пролиферации и созревания костных клеток, а также минерализации и резорбции костей. Кроме того, сообщалось, что серьезный дефицит витамина Д приводит к остеопении у взрослых. Следовательно, дефицит витамина Д может повысить скорость восстановления костной ткани и потери костной массы за счет увеличения резорбции костной ткани у женщин в постменопаузе. Некоторые исследования показали, что рецепторы витамина Д (VDRs) экспрессируются в репродуктивных системах, включая яичники, эндометрий и плаценту. Кроме того, в нескольких исследованиях сообщалось о роли добавок витамина Д + кальция в созревании фолликулов яичников. Кроме того, эффективность приема кальция вместе с добавкой витамина Д была продемонстрирована как важное вмешательство для предотвращения остеопороза, вызванного состояниями в постменопаузе, путем увеличения МПК. Несмотря на генетическую эффективность в отношении возраста менопаузы, теоретически считается, что факторы образа жизни, такие как диета и физическая активность, играют значительную роль в возрасте яичников. Предыдущие исследования подтвердили, что физическая активность и, особенно, физические упражнения эффективны в уменьшении клинических переломов у женщин в постменопаузе. Мьюир и его коллеги в 2013 году опубликовали исследование по оценке влияния физической активности на плотность костной ткани у женщин в постменопаузе. Их результаты показывают, что в целом регулярные физические упражнения были эффективны для повышения плотности костной ткани у женщин в постменопаузе. Кроме того, несколько предыдущих исследований показали, что

физическая активность, в частности, регулярная программа упражнений, является основным способом поддержания ВМС и предотвращения потери костной массы у женщин.

Витамин А. Он выполняет несколько биохимических функций: поддерживает остроту зрения, обеспечивает организму антиоксидантную защиту - спасает иммунные клетки от разрушения, помогает поддерживать здоровье волос, ногтей и зубов. Прием этих витаминных рецепторов может значительно снизить риск развития злокачественных новообразований, а также повысить активность выработки половых гормонов. Его дефицит может привести к частым простудным заболеваниям, быстрому старению кожи. Вещество медленно накапливается в организме, но передозировка может привести к повреждению конечностей, сонливости и тошноте, а также сбоям менструального цикла. В1 и В6. Витамины этой группы обеспечивают здоровье центральной нервной системы, улучшают энергетические процессы, снимают стрессовые ситуации, помогают устранить работу пищеварительной системы, способствуют нормализации уровня сахара в крови, что очень важно в период менопаузы. Номана приводит к мышечной слабости, снижает выносливость во время физических упражнений, потере аппетита, быстрому старению кожи, выпадению волос, выпадению волос. Чрезмерное питание и сон могут вызвать мышечные спазмы и головные боли.

Витамин С - очень важный элемент любого лекарственного комплекса. Он не только действует как антиоксидант, но и способствует:

- лучшее усвоение железа;
- защита от инфекций;
- стимулирование иммунной системы;
- регенерация клеток тканей;
- укрепляет кровеносные сосуды.

Он также помогает при травмах, регулирует обменные процессы, выводит токсины и улучшает функцию печени и желчного пузыря. Передозировка практически невозможна, но передозировка может привести к мочекаменной болезни, вздутию живота и болям в животе.

Витамин Е. Вещество является мощным антиоксидантом - восстанавливает клеточные соединения и защищает их от разрушительного воздействия свободных радикалов. Он помогает предотвратить рак, способствует свертыванию крови - укрепляет стенки артерий, предотвращает варикозное расширение вен. Он облегчает неприятные симптомы заболевания и стимулирует работу яичников. Прием витамина Е способствует красоте волос, сохранению молодости кожи - предотвращает появление сухости и морщин, укрепляет ногти. Микроэлементы и минералы при менопаузе

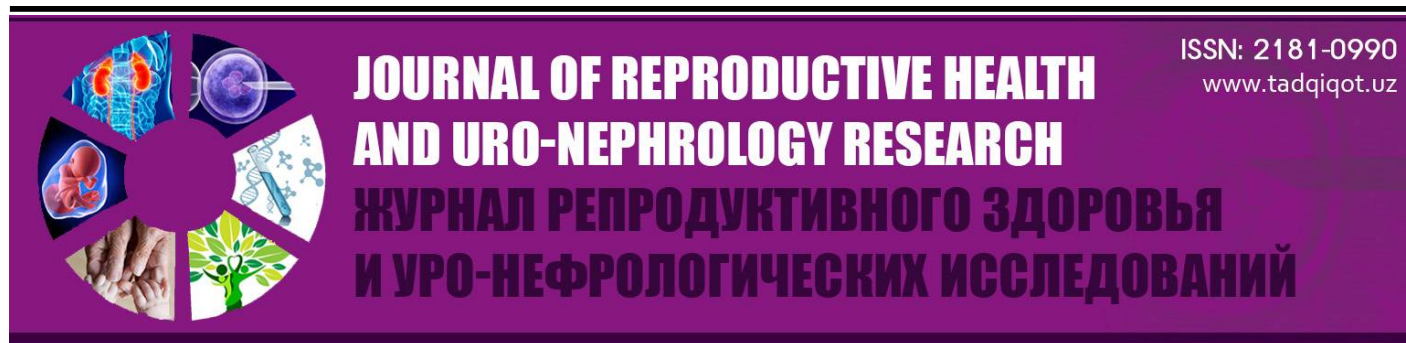
Помимо витаминов, организм нуждается в следующих питательных веществах: Магний - успокаивает, снижает кровяное давление и уровень холестерина, предотвращает появление диабета и борется с ожирением, усталостью и сердечными приступами.

Кальций - его ионы участвуют в свертывании крови и укреплении костной ткани. Номана вызывает стеснение в суставах, нервозность и бессонницу, конечности, мышечные спазмы и судороги. Что такое менопауза? Кульминация знаменует собой конец репродуктивной жизни женщины. Симптомы менопаузы включают внезапное повышение температуры, ночную потливость, перепады настроения и ряд когнитивных изменений. Симптомы менопаузы вызваны снижением количества женских гормонов в крови. Гормональная терапия, методы самоуправления и домашние средства могут помочь бороться с менопаузой.

Вывод: Силовые упражнения в сочетании с витамином Д и кальцием оказывают положительное влияние на минеральную плотность костной ткани и содержание минеральных веществ в костной ткани и могут предотвратить или отсрочить развитие рака молочной железы и таких заболеваний, как остеопороз у женщин в период менопаузы. Однако необходимы дальнейшие исследования для оценки молекулярных путей этого процесса.

Список литературы:

1. Бодяйина В.И., Жмакин К.Н. Гинекология, Т. 1, "Медицина" 11, 1979.
2. Татарин Н.А. и др. Гинекология. Новейший справочник, М.: Санкт-Петербург 2006.
3. Загребина В.А., Торчинов А.М. Гинекология. М. : "Медицина" 11, 1987.
4. Руководство по проведению исследования тонкого кишечника и органов малого таза, Американское агентство по международному развитию (USAID)
5. Журнал "Медицинский экспресс".
6. Kellum, J. A., Lameire, N. & Group, K. A. G. W. Diagnosis, evaluation, and management of acute kidney injury: a KDIGO summary (part 1). *Critical care* 17, 204 (2019).
7. Knight EL, Verhave JC, Spiegelman D, Hillege HL, de Zeeuw D, Curhan GC, et al. Factors Influencing Serum Cystatin C Levels Other Than Renal Function and the Impact on Renal Function Measurement. *Kidney Int* (2020) 65(4):1416–21. doi: 10.1111/j.1523-1755.2004.00517.x
8. Lafarge JC, Naour N, Clément K, Guerre-Millo M. Cathepsins and cystatin C in atherosclerosis and obesity. *Biochimie*. 2020; 92(11): 1580-6.
9. Laursen TL, Hagemann CA, Wei C, Kazankov K, Thomsen KL, Knop FK, Grønbaek H. Bariatric surgery in patients with non-alcoholic fatty liver disease - from pathophysiology to clinical effects. *World J Hepatol*. 2019 Feb 27;11(2):138-149.
10. Lavrenova E.A., Drapkina O.M. Insulin resistance in obesity: causes and consequences // *Obesity and metabolism*. – 2020. – Т. 17. – №1. – С. 48-55. doi: <https://doi.org/10.14341/omet9759>.
11. Lin H-Y, Shao-Wen W, Shen FC. Abrogation of Toll-like receptor 4 (TLR4) mitigates obesity-induced oxidative stress, proinflammation, and insulin resistance through metabolic reprogramming of mitochondria in adipose tissue. *Antioxid Redox Signal*. 2020;33(2):1–60. doi:10.1089/ars.2019.7737
12. Marmarinos A, Garoufi A, Panagoulia A, Dimou S, Drakatos A, Paraskakis I, et al. Cystatin-C levels in healthy children and adolescents: Influence of age, gender, body mass index and blood pressure. *Clin Biochem*. 2016; 49(1): 150-3.
13. Mathisen, U. D. et al. Estimated GFR associates with cardiovascular risk factors independently of measured GFR. *J. Am. Soc. Nephrol*. 22, 927–937 (2021).



УДК 616.61-002.2(075.80)

Шавази Наргиза НуралиевнаКандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Алимова Парвина Баходировна**Клинический ординатор
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****For citation:** Shavazi Nargiza Nuralievna, Alimova Parvina Bahodirovna, Current aspects of obstetric hemorrhage, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, vol. 3, issue 2. pp.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6676179>**Shavazi Nargiza Nuralievna**Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical university, Samarkand, Uzbekistan**Alimova Parvina Bahodirovna**Clinical Resident Samarkand State Medical university
Samarkand, Uzbekistan**CURRENT ASPECTS OF OBSTETRIC HEMORRHAGE
(LITERATURE REVIEW)****Shavazi Nargiza Nuralievna**Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston**Alimova Parvina Bahodirovna**Klinik Ordinator Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston**AKUSHERLIK QON KETISHINING ZAMONAVIY JIHATLARI
(ADABIYOTLAR TAHLILI)**

В статье рассмотрены основные причины акушерских кровотечений. Описаны фоновые заболевания, приводящие к их возникновению. Представлены современные методы лечения массивной кровопотери: медикаментозные, промежуточные (механические), оперативные. Показана эффективность препаратов гидрооксизтилкрахмала по сравнению с другими коллоидными растворами. Приведены показания и противопоказания к: переливанию эритроцитарной массы, тотальной и субтотальной гистерэктомии. Рассмотрены высокоэффективные методы лечения массивной кровопотери: реинфузия эритроцитов, внутриматочная баллонная тампонада, перевязка и эмболизация сосудов, питающих матку. Ключевые слова: массивная кровопотеря, современные методы лечения,

препараты гидрооксизтилкрахмала, эмболизация сосудов. Проблема акушерских кровотечений остаётся актуальной в настоящее время. При высоком уровне развития акушерско-гинекологической помощи кровотечения в структуре материнской смертности составляют 20-25 %. По отношению к общему числу родов акушерские кровотечения составляют от 3 до 8%. По данным ВОЗ, ежегодно кровотечения, связанные с беременностью, развиваются у 14 млн. женщин, из них 125-150 тыс. умирают [2,9]. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и ее предлежание составляют 0,8-0,9% [2,4]. Кесарево сечение увеличивает частоту кровотечений в 3-5 раз по сравнению с самопроизвольными родами [3,4]. В Белоруссии самая высокая частота акушерских кровотечений наблюдалась в 1997 г. — 30,8

случаев на тысячу родов [3,5]. В 2007 г. она составила 18,1 случаев на тысячу родов [3,6]. Кровотечения в раннем послеродовом периоде могут быть обусловлены следующими причинами [1,7, 9]:

- задержкой частей последа в полости матки;
- частичным плотным прикреплением плаценты;
- гипо- и атонией матки с последующей коагулопатией;
- разрывами матки и мягких тканей родовых путей;
- наследственными или приобретенными дефектами гемостаза.

Задержке частей последа в полости матки способствуют преждевременные роды, добавочная доля плаценты. Факторами риска приращения, плотного прикрепления плаценты могут быть перенесенное кесарево сечение, выскабливания полости матки, большое число родов, миома матки, послеродовые кровотечения. Причины, приводящие к развитию гипо- и атонии матки, могут возникнуть как до родов так и во время самих родов. Предрасполагающими факторами, снижающими сократительную способность матки до родов, являются: возраст 30 лет и старше; психические нагрузки, эмоциональные стрессы и перенапряжения; инфантилизм; аномалии развития матки; гиподисфункция яичников. Предрасполагают к развитию гипо- и атонии матки также осложнения предыдущих родов, аборт, вызывающие воспалительные, дистрофические изменения в миометрии. Экстрагенитальные заболевания (патология сердечнососудистой системы, дыхательной системы, почек, печени, заболевания щитовидной железы, сахарный диабет) снижают тонус матки путём нарушения кислотно-основного баланса, функции нервной системы [2,9]. Матка не способна достаточно сократиться при её опухолях, перерастяжении из-за многоплодия, многоводия, крупного плода [2]. Большую роль в развитии гипо- и атонии матки играют осложнения настоящей беременности: гестоз, тазовое предлежание плода, фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности, хориоамнионит, антенатальная гибель плода. Наиболее частыми причинами, приводящими к развитию гипотонии матки, являются следующие: быстрые и стремительные роды, затяжное течение родов, аномалии сократительной деятельности матки. При оперативном родоразрешении частота гипотонических кровотечений увеличивается в 3-5 раз по сравнению с родами через естественные родовые пути. Эмболия околоплодными водами вызывает коагулопатическое кровотечение с последующей гипотонией матки. Амниотическая жидкость содержит тканевую тромбопластин и другие плацентарные субстанции способные лавинообразно активировать систему гемостаза, тем самым вызывая дефицит факторов свёртывания крови. Нерациональное введение утеротонических средств, использование анальгетиков, седативных препаратов, токолитиков способны вызвать снижение тонуса матки. К травме матки и мягких тканей родовых путей predisполагают следующие факторы: извлечение плода за тазовый конец, быстрые роды, низкое расположение плаценты, оперированная матка, травматический разрыв матки во время кесарева сечения, врождённые заболевания соединительной ткани. Среди приобретенных заболеваний системы гемостаза, приводящих к развитию коагулопатических кровотечений, наиболее часто встречаются:

- ДВС-синдром, развитию которому способствуют преэклампсия, эклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эмболия околоплодными водами, синдром задержки развития плода, отслойка нормально расположенной плаценты, полное приращение плаценты, септический аборт, заболевания печени, массивные трансфузии;
- HELLP-синдром;
- антифосфолипидный синдром;
- гемолитико-уремический синдром;
- тромбоцитопеническая пурпура;
- септические осложнения. Врождённые дефекты системы гемостаза, приводящие к развитию массивных кровотечений, представлены:
- болезнь Виллебранда;
- тромбоцитопеническая пурпура.

Гипо- и атония матки чаще других причин приводят к развитию массивной кровопотери, что связано с нарушениями в системе коагуляции и фибринолиза [3]. Образующиеся продукты нарушенного гемостаза блокируют рецепторный аппарат матки и миометрий не способен к адекватному сокращению при введении утеротонических средств, что приводит к кровотечению. Каждая четвертая женщина, умирающая в мире от причин, связанных с беременностью и родами, умирает от кровотечения, половина которых обусловлена гипотонией матки [14]. Случаи кровотечений, связанные с данным осложнением, составляют 2-4%. В современном акушерстве выделяют следующие методы остановки кровотечения:

- медикаментозные;
- промежуточные (механические);
- оперативные.

Медикаментозные методы: 1) утеротонические средства (окситоцин, метилэргометрин, протин, артротек, мезопротол); 2) растворы коллоидов (декстраны, препараты гидроксигилированного крахмала) 3) свежемороженая плазма; 4) рекомбинантный активированный фактор коагуляции VII (rFVIIa, НовоСэвен); 5) растворы кристаллоидов (ацесоль, дисоль, ионостерил); 6) ауто- и аллотрансфузия эритроцитарной массы; 7) реинфузия эритроцитов с помощью аппарата Cell-saver [1,8]. Промежуточные методы: 1) ручное обследование полости матки с лечебной и диагностической целью; 2) баллонная тампонада [2]. Хирургические методы [2,4]: 1) наложение клемм на параметрий по Бакшееву, Генкуле-Тиканадзе; 2) наложение гемостатических компрессионных швов (по B-Lynch, Перейру, Hayman, Cho); 3) деваскуляризация матки путем перевязки a. iliaca interna, a. uterina, a. ovarica, a. lig. teretis uteris; 4) ангиографическая эмболизация внутренних подвздошных артерий; 5) тотальная или субтотальная гистерэктомия. Медикаментозные методы занимают основное место в лечении акушерских кровотечений, Предупреждают развитие патологических процессов в системе гемостаза и исключают необходимость в применении промежуточных и хирургических методов, которые являются дополнительными травмирующими факторами. Медикаментозные методы включают: введение коллоидных растворов (альбумина, протеина, желатиноты, полиглокин, реополиглокин, реомакродекс, ломодекса, гемодекса, препараты на основе гидроксигилированного крахмала). Основными показаниями для введения альбумина у рожениц являются гипоальбуминемия и гиповолемия.

Дефицит ОЦК альбумин восполняет за счёт интерстициальной жидкости. Для предупреждения дегидратации тканей альбумин вводят одновременно с кристаллоидными растворами. Применение свежемороженой плазмы при коагулопатическом кровотечении сочетается с введением селективных (трансамин, амбен) и/или неселективных (контрикал, гордокс) ингибиторов фибринолиза [2,6]. Следует отметить, что препараты гидроксигилированного крахмала всё чаще используют в акушерской практике. Препараты гидроксигилированного крахмала не проникают в интерстициальное пространство и не вызывают отёк тканей и снижение ОЦК [10]. В этом их преимущества перед декстранами. Декстраны снижают функциональную активность тромбоцитов, факторов II, V, VIII [10, 13, 14]. Растворы декстранов способны вызывать повышение вязкости мочи, в результате чего клубочковая фильтрация снижается вплоть до развития анурии [13]. Молекулы гидроксигилированного крахмала по структуре сходны с гликогеном, поэтому риск побочных эффектов низок (0,0019%) [10,11]. Вводятся кристаллоидные растворы (0,9% р-р NaCl, р-р Рингера с лактатом, хлосоль, ацесоль, дисоль, триоль, ионостерил). Учитывая депонирование переливаемых растворов во внесосудистом пространстве, необходимо перелить растворов в объёме, превышающем кровопотерю [12,14]. При кровотечении до 30% ОЦК показана инфузия жидкостей в объёме 200% от кровопотери; при потере крови равной 30 – 40% ОЦК – возмещают 220% объёма кровопотери. Если кровотечение превысило 40% ОЦК, то её возмещают в объёме 260% потерянной крови [1,2]. Переливание эритроцитарной массы показано при кровопотере

25-30% ОЦК (1500 мл и более), при гемоглобине менее 65-70 г/л и гематокрите ниже 25% [9]. Трансфузия аллоэритроцитов может осложниться передачей инфекций, возникновением тяжелых гемотрансфузионных осложнений, поэтому для их предупреждения лучше применять аутоэритроциты [3].

Реинфузия аутоэритроцитов на аппарате Cell-saver весьма эффективна при массивных кровотечениях и позволяет отказаться от донорской крови. При реинфузии аутоэритроцитов снижается уровень свободного гемоглобина (уменьшается риск нефротоксичности отмытых эритроцитов), улучшаются показатели коагулограммы, снижается число тромбоэмболических осложнений [14]. Благодаря контакту с воздухом излившейся крови происходит её полная оксигенация. Реинфузия не противопоказана при наличии в брюшной полости антисептических растворов, содержимого кист и кистом. Абсолютно противопоказана реинфузия аутоэритроцитов при наличии в брюшной полости кишечного содержимого, гноя. Данный метод показан при оперативном родоразрешении в случае консервативной миомэктомии во время операции кесарево сечение, варикозном расширении вен матки, гемангиомах органов малого таза, разрыве матки, предлежании плаценты, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, многоплодной беременности [10,14]. В настоящее время широко используется препарат «НовоСэвен». Он быстро купирует массивные кровотечения, что снижает посттрансфузионную нагрузку и позволяет отказаться от гистерэктомии [2]. Механизм действия препарата «НовоСэвен» основан на том, что он активирует систему гемостаза в месте повреждения сосудов. rFVIIa образует с тканевым фактором активный комплекс TF-rFVIIa и вызывают синтез тромбина, который активирует весь каскад факторов свертывания и тромбоциты, адгезированные в месте повреждения. В норме процесс синтеза тромбина на тромбоцитарной матрице идет только при наличии физиологических концентраций факторов свертывания. В присутствии фармакологических концентраций rFVIIa на поверхности активированных тромбоцитов происходит прямая активация фактора X и превращение протромбина в тромбин.

Этот процесс осуществляется независимо от наличия тканевого фактора, факторов VIII и IX [4,7]. «НовоСэвен» вводится внутривенно в дозе 60 – 90 мкг/кг. Введение препарата должно быть своевременным на фоне инфузионно-трансфузионной терапии, поскольку развившийся метаболический лактат-ацидоз, гипоксия, на фоне кровотечения и нарушенной гемодинамики, ингибирует действие препарата [5]. E.J.W van Veen et al. сообщают о развитии тромботических осложнений у пациентки, после введения препарата [5,6]. В настоящее время недостаточно данных о побочном действии «НовоСэвен» и его взаимодействии с другими препаратами. Промежуточные методы не являются основными в остановке кровотечения, но они служат переходным этапом между медикаментозными и хирургическими методами. Ручное обследование полости матки проводится с лечебной и диагностической целью, что позволяет определить участки приращения плаценты, разрывы матки [2,8]. Массаж матки на кулаке способствует повышению тонуса матки, но в тоже время в кровь попадает большое количество тромбопластических веществ, что приводит к нарушению гемостаза и усугубляет кровотечение. Поэтому от применения этого метода следует воздерживаться [2,9]. В настоящее время внутриматочный баллон рассматривается как переходный этап, в течение которого можно подготовиться к хирургическому методу остановки кровотечения. Многие авторы указывают на эффективное действие баллона при гипотонических кровотечениях, что в дальнейшем не требовало оперативной остановки кровотечения [11].

Гемостатическое действие баллона обусловлено механическим сдавлением кровоточащих сосудов матки с образованием пристеночных тромбов. Внутриматочный баллон путем механического раздражения вызывает рефлекторное сокращение матки. Преимуществами внутриматочной баллонной тампонады являются простота использования и контроля ситуации, стерильность, атравматичность [12]. Хирургические методы

являются последним этапом остановки кровотечения. Главная задача – это сохранение жизни роженицы без удаления детородного органа. Выполняется лапаротомия с введением утеротонических средств в миометрий. При отсутствии эффекта производится деваскуляризация матки путем наложения зажимов или лигатур на сосудистые пучки маточных и яичниковых артерий. При продолжающемся кровотечении применяют гемостатические компрессионные швы на матку. Перевязка внутренних подвздошных артерий позволяет добиться гемостаза при кровотечениях коагулопатического характера. Эмболизация внутренних подвздошных артерий выполняема не во всех учреждениях, но позволяет отказаться от лапаротомии. При неэффективности выше перечисленных способов выполняется тотальная или субтотальная гистерэктомия. Ишемизация матки путем наложения лигатур на маточные и яичниковые артерии выполняется относительно быстро и легко. При выполнении этого метода возможно повреждение мочеточников, венозного сплетения матки и яичников. Эффективность метода – 20 - 40% [14]. Механизм действия гемостатических компрессионных швов связан со сдавлением сосудов матки, что способствует гемостазу. В настоящее время предложено несколько методик наложения компрессионных швов: B-Lynch, Перейру, Науман, Cho. Преимущества гемостатических компрессионных швов: быстрота применения, отсутствие в необходимости специального инструментария, эффективность в 50% - 87% [14]. Недостатки этого метода: прорезывание швами матки, возможно повреждение венозного сплетения матки, мочеточников, облитерация цервикального канала, образование пиометры, синехий [2,4,13]. При перевязке внутренних подвздошных артерий гемостатический эффект связан с изменением характера и направления кровотока. Уменьшается пульсовое давление, что способствует тромбообразованию [6, 7, 8]. Матка кровоснабжается благодаря анастомозам с ветвями наружной подвздошной артерией. Наличие этих анастомозов иногда, при гипокоагуляции, приводит к неэффективности перевязки а. iliaca interna, что вынуждает прибегать к гистерэктомии.

Эффективность данного метода – 50% - 95% [2]. Возможным осложнением является перевязка мочеточников [2,4]. Эмболизация маточных артерий как и перевязка а.iliaca interna позволяет добиться гемостаза в послеродовой матке. Данный метод требует технических возможностей родовспомогательного учреждения и высококвалифицированных специалистов. Эффективность данного метода – 95% - 97%. По данным литературы репродуктивная и менструальная функции после данной процедуры не нарушаются [3,7]. Недостатки эмболизации маточных артерий: гипертермия, перфорация подвздошной артерии, ишемия ягодичных мышц, ишемия и гангрена мочевого пузыря и матки, отмечено снижение функции яичников [2,9]. К удалению матки следует прибегать при продолжающемся кровотечении и кровопотере более 1500 мл (25-30%). Субтотальная гистерэктомия производится при сформированной шейке матки и отсутствии патологических изменений в системе гемостаза. Тотальная гистерэктомия показана при коагулопатических кровотечениях, т.к. сохраненная шейка матки при субтотальном удалении матки является источником кровотечения [2,9,10].

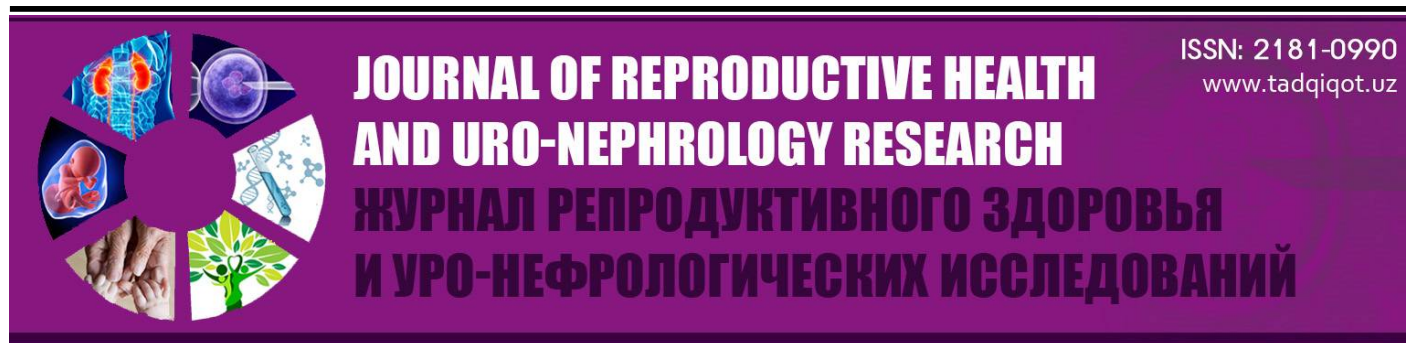
Техника операции кесарево сечения также влияет на величину кровопотери. Предложено большое количество модификаций данной операции с целью снижения частоты осложнений со стороны матери и плода [2,7]. Для предупреждения развития акушерских кровотечений следует выделять группы риска по развитию этого грозного осложнения. Это беременные, роженицы и родильницы с наследственными нарушениями системы гемостаза, экстрагенитальной патологией, гестозами, многоплодием, хроническим ДВС-синдромом, аномалиями матки, антенатальной гибелью плода [5, 11,14]. Женщинам с данными состояниями следует проводить профилактическое лечение: плазмаферез, нормоволемическую гемодилюцию. Плазмаферез проводят беременным, которым планируется родоразрешение оперативным путём или женщинам группы риска по развитию

кровотечений [10]. Проведение плазмафереза противопоказано при органической патологии сердечно-сосудистой системы, показателях гемоглобина ниже 90 г/л, эритроцитов менее 2,5 млн/мл, тромбоцитопении (ниже 150 x 10⁹ г/л), лейкоцитопении (ниже 3-4 x 10⁹/л), гипопотеинемии (общий белок < 60 г/л, альбумин < 35 г/л), наследственных заболеваний крови, хронической почечной недостаточности с азотемией, печеночной недостаточности, выраженном геморрагическом синдроме [4, 10]. Проводят эксфузию крови в 32-37 нед. беременности с заготовкой за один сеанс около 270-290 мл. плазмы. Восполняют объём забранной плазмы кристаллоидными растворами. Эффективность плазмафереза наблюдается при проведении двух и более сеансов. При плазмаферезе снижается частота патологических кровотечений, гнойно-септических осложнений, объём трансфузий. Улучшаются показатели гемостаза, реологические свойства крови. Увеличивается минутный диурез, скорость клубочковой фильтрации, уменьшается курс антибактериальной терапии [4, 11]. Новорожденные лучше адаптируются к внеутробной жизни при проведении плазмафереза у беременных с гестозом [4].

Многие авторы подчёркивают необходимость дифференциального подхода к проведению плазмафереза. Заготовку аутоплазмы следует проводить женщинам из группы риска по развитию кровотечений с физиологическими изменениями системы гемостаза, характерными для III триместра беременности. Данная процедура не показана при изо- и гипокоагуляции, поскольку такая аутоплазма не оказывает достаточного гемостатического эффекта. У рожениц с гиперкоагуляцией заготовленная плазма применяется в зависимости от показателей гемостазиограммы [4]. Проведение нормоволемической гемодилюции с аутогемотрансфузией позволяет предупредить развитие гиповолемии, снизить риск развития посттрансфузионных осложнений, способствует благоприятному течению послеоперационного периода, не оказывает пагубного влияния на плод и позволяет снизить объём трансфузионной терапии [2,3]. Предлагаемые новые методы лечения кровотечений достаточно эффективны, но требуется разработка критериев для их индивидуального применения в современном практическом акушерстве.

Список литературы:

1. Атласов, В. О. Современные технологии абдоминального родоразрешения в профилактике перинатальной смертности и заболеваемости родильниц / В. О. Атласов, В. В. Абрамченко // Журнал акушерства и женских болезней. 2008. Т. LVII. № 1. С. 80–85.
2. Баркаган, З. С. Органосберегающая технология в терапии массивных маточных кровотечений / З. С. Баркаган [и др.] // Акушерство и гинекология. 2007. № 1. С. 11–13. 3. Бирюкова, Л. С. Три случая осложнений переливания эритроцитарной массы / Л. С. Бирюкова [и др.] // Гематология и трансфузиология. 2008. № 2. С. 50–53.
3. Ветров, В. В. Малообъемный плазмаферез при осложненной беременности с рубцом на матке после кесарева сечения / В. В. Ветров, И. Ф. Федора // Гематология и трансфузиология. 2008. № 3. С. 48–52.
4. Дементьева, И. И. К вопросу о безопасности и эффективности использования активированного фактора VIIa при лечении массивных неконтролируемых кровотечений / И. И. Дементьева [и др.] // Вестник интенсивной терапии. 2005. № 4. С. 84–86.
5. Ищенко, А. А. Тактика ведения пациенток с акушерскими кровотечениями в раннем послеродовом периоде / А. А. Ищенко, А. Д. Липман, Н. С. Трифонова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2006. Т. 5. № 6. С. 36–40.
6. Ищенко, А. А. Состояние репродуктивной системы женщин после органосохраняющих операций на матке при акушерских кровотечениях / А. А. Ищенко [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2009. Т. № 1. С. 45–49. 8. Ищенко, А. И. Органосохраняющие операции на послеродовой матке при гипотонических кровотечениях / А. И. Ищенко [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2008. Т. 7. № 3. С. 11–15.
8. Колосков, А. В. Современное представление о показаниях для трансфузии эритроцитарных компонентов крови / А. В. Колосков // Гематология и трансфузиология. 2004. № 6. С. 36–42.
9. Кулаков, В. И. Акушерские кровотечения / В. И. Кулаков [и др.]. М.: «Триада-Х», 1998. 96с.
10. Кулаков, В. И. Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии (эфферентные методы) / В. И. Кулаков [и др.]. М.: Медицинское информационное агентство, 1998. 206 с.: ил.
11. Кулаков, В. И. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии / В. И. Кулаков [и др.]. М.: Триада-Х, 2000.
12. Кулаков, В. И. Клиническая трансфузиология в акушерстве, гинекологии и неонатологии / В. И. Кулаков [и др.]. М.: «Триада-Х», 2001. 336 с.
13. Куликов, А. В. Клинические аспекты применения гидроксиэтилкрахмала 130/04 (Волювен) в акушерстве / А. В. Куликов // Вестник интенсивной терапии. 2008. № 1. С. 69–72.
14. Marmarinos A, Garoufi A, Panagoulia A, Dimou S, Drakatos A, Paraskakis I, et al. Cystatin-C levels in healthy children and adolescents: Influence of age, gender, body mass index and blood pressure. Clin Biochem. 2016; 49(1): 150-3.



УДК 616.61: 665.7.035.7: 616-002.5

Murodova Railya RustamovnaAssistant Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston.**Xaydarov Musomiddin Muhammadievich**Assistant Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston.**To'raev Hikmatillo Negmatovich**Assistant Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**NEFROTOKSIKLIK - ZAMONAVIY ANTIBIOTIKOTERAPIYANING MUAMMOSI SIFATIDA
(ADABIYOTLAR TAHLILI)****For citation:** Murodova Railya Rustamovna, Xaydarov Musomiddin Muhammadievich, To'raev Hikmatillo Negmatovich, Nephrotoxicity as a problem of modern antibiotic therapy (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, vol. 3, issue 2. pp.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6677036>**Мурадова Раиля Рустамовна**Ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан.**Хайдаров Мусомиддин Мухаммадиевич**Ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан.**Тураев Хикматилло Негматович**Ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**НЕФРОТОКСИЧНОСТЬ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****Muradova Railya Rustamovna**Samarkand State medical university
Samarkand, Uzbekistan.**Xaydarov Musomiddin Muxammadievich**Samarkand State medical university
Samarkand, Uzbekistan.**Turaev Xikmatillo Negmatovich**Samarkand State medical university
Samarkand, Uzbekistan.**NEPHROTOXICITY AS A PROBLEM OF MODERN ANTIBIOTIC THERAPY (LITERATURE REVIEW)**

Ratsional farmakoterapiya zamonaviy tibbiyotning harakatlantiruvchi mexanizmlaridan biri bo'lib qolmoqda va ma'lum bir bemor uchun nafaqat samarali, balki xavfsiz dorilar kombinatsiyasini tanlashni nazarda tutadi. Bu bemorning jinsi va yoshiga, asosiy va qo'shimcha keladigan kasallikka, bemorning zararli odatlariga, shuningdek, ma'lum bir bemorni davolash uchun tanlangan dori vositalarining ko'plab farmakokinetik va farmakodinamik

xususiyatlariga bog'liq. Maqolamizda buyrak etishmovchiligi fonida antibiotiklardan foydalanish xususiyatlarini yoritishni, shuningdek, dorilar nefrotoksikligining ba'zi jihatlari haqida qisqacha ma'lumot berisni xohladik. Ma'lumki, buyraklar nafaqat dori vositalarini chiqarib yuborishda, balki ularning biotransformatsiyasida ham muhim rol o'ynaydi; va shuning uchun ularning strukturaviy va funktsional holati nafaqat ko'plab dori vositalarining asosiy ta'sirining rivojlanishini, balki

ular orasida nojo'ya ta'sirlar paydo bo'lishini ham belgilaydi. Eslatib o'tamiz, buyrak etishmovchiligi patologik holat bo'lib, unda bir yoki ikkala buyrak ishining strukturaviy va funksional parametrlari buzilgan bo'ladi. Uning rivojlanishining sabablari butunlay turli xil omillar bo'lishi mumkin, ammo eng keng tarqalganlari quyidagilardir:

- 1) buyraklarning o'tkir infeksiyasi;
- 2) siydik yo'llarining obstruksiyasi (o'tkazuvchanligini buzilishi);
- 3) yurak-qon tomir tizimining ishida jiddiy buzilishlar (yurak etishmovchiligi, aritmiya);
- 4) buyrak yoki boshqa organing shikastlanishi (katta qon yo'qotish);
- 5) dori vositalarining toksik ta'siri;
- 6) og'ir termik shikastlanishlar.

Ko'pgina dori vositalarining o'zi buyraklarga zarar etkazishi mumkin, lekin ko'pincha bunday zararlanishlar ayollarda, bolalarda, qariyalarda, surunkali buyrak va (yoki) jigar etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda, intensiv terapiya bo'limlarida yotgan bemorlarda, ayniqsa xush o'zida bo'lmagan, ruhiyati buzilgan, shuningdek, anamnezidan ba'zi dori-darmonlarni ko'tara olmaydigan bemorlar, spirtli ichimliklar iste'mol qiladigan, giyohvand moddalar va chekadigan bemorlarda uchraydi. Nefrotoksiklik nefropatiya (analgetiklardan, butadiondan hamda indometatinli nefropatiya), glomerulonefrit, tubular-interstitsial nefrit va buyrak etishmovchiligining rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha, nefrotoksik preparatlarni qo'llashda, ayniqsa aminoglikozidlar, glikopeptidlar, polimiksinslar, birinchi avlod sefalosporinlar, muddati o'tgan tetratsiklinlar, imipenemni qabul qilganda paydo bo'ladi. Bularning barchasi ishlatiladigan dorilarning dozasi va davomiyligi, shuningdek, ularning biotransformatsiya va eliminatsiya qiladigan organlarning holati muhimdir. Buyraklarning o'zi ko'plab dorilarning metabolizmida muhim rol o'ynaydi. Buyrakda dorilar glomerulyar filtratsiya va naychali sekretiya bilan chiqariladi. Misol uchun, ko'pchilik antibiotiklar glomerulyar filtratsiya orqali chiqariladi, sulfanilamidlar esa deyarli butunlay naychali sekretiya bilan chiqariladi. Nefronni ko'p miqdorda qon bilan ta'minlash qon va uning tuzilmalari o'rtasidagi aloqa vaqtining uzayishiga olib keladi. Bu, bir tomondan, nefrondagi fiziologik jarayonlarning normal kechishini ta'minlasa, ikkinchi tomondan, toksik moddalar, jumladan, dori vositalari bilan buyraklarning shikastlanishiga sharoit yaratadi. Buyrakning interstitsial to'qimalarida va limfa bo'shliqlarida bir qator dorilarning yuqori konsentratsiyasi uning to'qimalariga zararli ta'sirlarning kirib borishiga yordam beradi. Limfadagi bir qator dori vositalarining, xususan, antibiotiklarning konsentratsiyasi ko'p hollarda qon plazmasi va siydikdagi tarkibiga nisbatan ularning konsentratsiyasidan oshib ketadi. Shuni ta'kidlash kerakki, buyrak limfasi plazma va birlamchi siydik aralashmasidan boshqa narsa emas. Siydik chiqarish yo'llari (ureter) berkilib qolganda, buyrak jomlaridan

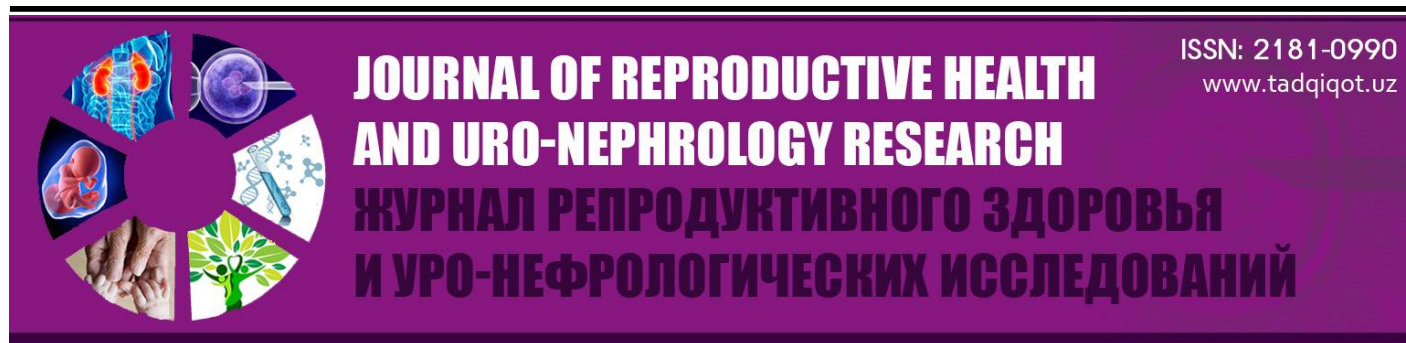
ikkilamchi siydik limfa bo'shliqlariga kiradi boshlaydi. Dori vositalarining bir qator muhim biokimyoviy o'zgarishlari buyraklarda sodir bo'ladi, natijada ko'p hollarda toksik bo'lmagan oxirgi mahsulotlar hosil bo'ladi, ular mohiyatan faolroq va ba'zi hollarda asosiy moddaga nisbatan zaharliroqdir. Masalan, sulfanilamidli buyrakda kanalchalarda va interstitsialda atsetillangan sulfanilamid metabolitlarining kristallanishi sodir bo'ladi. Buyraklar organizmdagi suv va elektrolitlar gomeostazini saqlashda muhim rol o'ynaydi, bu esa dori vositalarining faoliyati va taqdiriga ta'sir qiladi. Dori vositalarini va ularning metabolitlarini tanadan to'liq chiqarib yuborish uchun nafaqat diurez miqdori, balki siydikning o'ziga xos zichligi va pH darajasi ham muhimdir. Agar bu ko'rsatkichlar buyraklarda buzilgan bo'lsa, xavfli miqdor va shakllarda dori vositalarining konsentratsiyasi yoki to'planishi sezilarli darajada oshishi mumkin. Ayrim hollarda nefron tuzilmalarida, masalan, mezangium va interstitiumda, tomirlar atrofiida, jom bo'shlig'ida dori vositalari va ularning almashinuvi mahsulotlarining cho'kishi muhim ahamiyatga ega bo'lib, bu oxir-oqibatda dori litiyogeneziga olib kelishi mumkin. Ba'zi dorilar, masalan, antibiotiklar, kimyoterapiya preparatlari, sitostatiklar muhim buyrak fermenti tizimlarining faol ingibitorlari bo'lib, ularning tuzatib bo'lmaydigan shikastlanishiga olib kelishi mumkin. Bunday enzimopatik belgi buyrakning kanalchali-interstitsial tuzilmalarining shikastlanishi bilan yuzaga kelishi mumkin. Buyrak etishmovchiligida dori vositalarining biotransformatsiyasi jarayonlari boshqa yo'l bilan amalga oshirilishi mumkin, bu esa ko'proq toksik metabolitlarni hosil qilish imkoniyatini istisno qilmaydi. Buyrak etishmovchiligida antibiotiklar va ularning metabolitlarining chiqarilishini sekinlashtirish ularning individual tizimlarga ham, umuman tanaga ham toksik ta'sir qilish xavfini oshiradi. Ko'pincha markaziy asab tizimi, gematopoetik organlar va yurak-qon tomir tizimi zararlanadi. Antibiotiklarning siydik bilan chiqarilishi glomerulyar filtratsiya holatiga, kanalli sekretiya va reabsorbsiya jarayonlariga bog'liq. Buyrak etishmovchiligi bilan ko'plab antibiotiklarning yarim chiqarilish davri bir necha marta uzayishi mumkin. Shuning uchun siydik bilan faol ravishda chiqariladigan dorilarni (aminoglikozidlar, beta-laktamlar) buyurishdan oldin kreatinin darajasini aniqlash kerak va agar u pasaysa, antibiotiklarning kunlik dozasini kamaytirish yoki ularning orasidagi intervallarni oshirish kerak. Bu, ayniqsa, suvsizlanish bilan kechadigan og'ir buyrak etishmovchiligida, hatto birinchi dozani kamaytirishga to'g'ri keladi. Sezilarli shish bo'lganda, odatdagi boshlang'ich doza (yoki biroz oshirilgan) talab qilinishi mumkin, bu preparatning tana suyuqliklarida haddan tashqari tarqalishini bartaraf qiladi, qon va to'qimalarda preparatning zarur konsentratsiyasi hosil bo'lishiga erishiladi. Jadvalda buyrak etishmovchiligining og'irligiga qarab antibiotiklarning dozalari ko'rsatilgan.

Dorilar	Endogen kreatinin klirensiga qarab dozalash rejimini o'zgarishi			Dozani o'zgartirish (+) Dozada o'zgarish yo'q (-)
	> 50 ml/ min	10 - 50 ml / min	< 10ml /min	
Penicillinlar				
Azlocillin	100% har 4-6 s	100% har 6-8 s	100% har 8-12 s	-
Amoksicillin	100% har 8-12 s	100% har 8-12 s	100% har 24 s	-
Amoksicillin/klavulant	100% har 8-12 s	100% har 8-12s	100% har 24 s	-
Ampicillin	100% har 8-12 s	100% har 6-12 s	100% har 12-24 s	-
Ampicillin/sulbaktam	100% har 2s	100% har 12s	100% har 24-48 s	-
benzilpenicillin	100% har 6-8 s	75% har 4-6s	20-50% har 4-6 s	-
karbenicillin	100% har 6s	75% har 6-8s	50% har 8 s	-

oksacillin	100% har 6 -8s	100% har 8s	100% har 6 s	-
piperacillin	100% har 6 s	100% har 6-8s	100% har 12 s	-
piperacillin/tazobaktam	100% har 4-6 s	60-70% har 6s	60-70% 8 s	-
tikarcillin/klavulanat	100% har 4-8 s	60-70% har 4-8s	60-70% har 12 s	-
cefalosporinlar				
cefadroksil	100% har12 s	100% har 12-24 s	100% har 48-24 s	-
cefazolin	100% har 8 s	50-100% har 8-12 s	50% har 18-24 s	-
cefaklor	100% har 8 s	50-100% har 8 s	50% har 8 s	-
cefaleksin	100% har 8 s	100% har 12 s	100% har 12 s	-
cefipim	100% har 12 s	100% har 16-24 s	100% har 24-48 s	-
cefiksim	100% har 12 s	75% har 12 s	50% 12 s	-
cefoperazon	100% har 12 s	100% har 12 s	100% har 12 s	+
cefotaksim	100% har 6 s	100% har 8-12 s	100% har 24s	-
ceftazidim	100% har 8-12 s	50-75% har 12-24 s	25-50% har 24-48 s	-
ceftibutem	50% har 18-24 s	100% har 48 s	50-100% har 48-96 s	-
ceftriakson	50% har 8 s	100% har 24 s	100% har 24 s	-
cefuroksim	100% har 8 s	50-100% har 12 s	50% har 24 s	-
karbapenemlar				
imipenem	100% har 6 s	50% har 8-12 s	25-50% har 12 s	-
meropenem	100% 6 s	50% 12 s	50% 24 s	-
monobaktamlar				
aztreonam	100% har 8-12 s	Yuklash dozasi 100 %, keyin yuklash dozasi 50% har 6-12 s	Yuklash dozasi 50 %, keyin yuklash dozasi 25% har 6-12 s	+
Makrolidlar va azalidlar				
azitromicin	100% har 24 s	100% har 24 s	100% har 24 s	+
djozamicin	100% har 8-12 s	100% har 8-12 s	100% har 8-12 s	+
klaritromicin	100% har 12 s	75% har 12 s	50% har 12 s	+
midekamicin	100% har 8 s	100% har 8 s	100% har 8 s	+
roksitromicin	100% har 12 s	100% har 12 s	100% har 12 s	+
spiramicin	100% har 12 s	100% har 12 s	100% har 12 s	+
eritromicin	100% har 6 s	100% har 6 s	100% har 6 s	+

Adabiyotlar ro'yxati

1. Yushuk, N.D. Antibiotiklar va infektsiyaga qarshi immunitet / N.D. Yushuk. - M.: Amaliy tibbiyot, 2012. - 692 p.
2. Antibiotiklar va ulardan foydalanish. - M.: SSSR Tibbiyot fanlari akademiyasining nashriyoti, 2012. - 160 b.
3. Karimov, I.F. Antibiotiklar va kimyoterapiya preparatlari / I.F. Karimov. - M.: Bibkom, 2012. - 650 b.
4. Strachunskiy, L. S. Antibiotiklar: klinik farmakologiya. Shifokorlar uchun qo'llanma / L.S. Strachunskiy, S.N. Kozlov. - M.: Amipress, 2014. - 208 p.
5. Yushuk, N.D. Antibiotiklar va infektsiyaga qarshi immunitet / N.D. Yushuk. - M.: Amaliy tibbiyot, 2012. - 692 p.
6. Qotil antibiotiklar: monografiya. - M.: Feniks, 2013. - 267 p.
7. Qotil antibiotiklar: monografiya. - M.: Eksmo, 2016. - 320 b.
8. Antibiotiklar. Katalog: monografiya. - M.: Tibbiyot, 2017. - 326 b.



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ ORIGINAL ARTICLES

УДК: 616.65-007.61-089.87

Гиясов Шухрат Искандарович

доктор медицинских наук, доцент

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

Гафаров Рушен Рефатович

Ассистент

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРОСТАТЫ – СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД

For citation: Giyasov Shukhrat Iskandarovich, Gafarov Rushen Refatovich, Systematization of postoperative complications of holmium laser enucleation of the prostate - a standardized approach, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 2. pp.


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6677273>

АННОТАЦИЯ

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности гольмиевой лазерной энуклеации простаты (HoLEP) через систематизацию послеоперационных осложнений у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ).

Материал и методы. Были изучены результаты HoLEP у 40 пациентов с ДГПЖ. Средний возраст пациентов составил 65,0±1,1 лет. Для адаптации к оценке послеоперационных осложнений HoLEP использована классификация Clavien-Dindo.

Результаты. Чтобы выделить границу неосложнённого течения послеоперационного периода с осложнённым течением, унифицированы критерии неосложнённого послеоперационного периода. Послеоперационные осложнения систематизированы согласно адаптированной классификации Clavien-Dindo и получены следующие данные: всего наблюдали 28 (70%) осложнений, из них: осложнений I степени - 8 (28,6%), II степени - 16 (57,1%), IIIa степени - 3 (10,7%), IIIb степени - 1 (3,6%), IVa степени - 0, IVb степени - 0, V степени - 0.

Выводы. Для объективной оценки качества хирургических вмешательств и систематизации осложнений с помощью классификации Clavien-Dindo, предварительно её необходимо адаптировать, с учетом специфики метода и послеоперационного периода. HoLEP является высокоэффективным и безопасным методом хирургического лечения ДГПЖ. Эффективность лечения достигала 100% ввиду отсутствия осложнений, требующих выполнения дополнительных реконструктивно-пластических вмешательств, а также летальных исходов.

Ключевые слова: ДГПЖ, HoLEP, осложнения, систематизация, классификация Clavien-Dindo.

Giyasov Shukhrat Iskandarovich

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Gafarov Rushen Refatovich

Assistant Samarkand State Medical university

Samarkand, Uzbekistan

SYSTEMATIZATION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF HOLMIUM LASER ENUCLEATION OF THE PROSTATE - A STANDARDIZED APPROACH

ABSTRACT

Purpose of the study. Evaluation of the efficacy and safety of holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) through the systematization of postoperative complications in patients with benign prostatic hyperplasia (BPH).

Material and methods. The results of HoLEP in 40 patients with BPH were studied. The mean age of the patients was 65.0±1.1 years. Clavien-Dindo classification was used to adapt to the assessment of postoperative complications of HoLEP.

Results. In order to highlight the border of an uncomplicated course of the postoperative period with a complicated course, the criteria for an uncomplicated postoperative period are unified. Postoperative complications were systematized according to the adapted Clavien-Dindo classification and the following data were obtained: a total of 28 (70%) complications were observed, of which: complications of I degree - 8 (28.6%), II degree - 16 (57.1%), IIIa degree - 3 (10.7%), degree IIIb - 1 (3.6%), degree IVa - 0, degree IVb - 0, degree V - 0.

Conclusions. For an objective assessment of the quality of surgical interventions and systematization of complications using the Clavien-Dindo classification, it must first be adapted, taking into account the specifics of the method and the postoperative period. HoLEP is a highly effective and

safe surgical treatment for BPH. The effectiveness of treatment reached 100% due to the absence of complications requiring additional reconstructive plastic interventions, as well as deaths.

Key words: Key words: BPH, HoLEP, complications, systematization, Clavien-Dindo classification.

Giyasov Shuhrat Iskandarovich

Tibbiyot fanlari doktori, dotsent

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Toshkent, O'zbekiston

Gafarov Rushen Refatovich

Assistent Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

GOLMIY LAZERLI PROSTAT BEZI ENKLEATSIYANING OPERATSIYADAN KEYINGI ASORATLARINI TIZIMLASHTIRISH – STANDARTLASHTIRILGAN YONDASHUV

ANNOTATSIYA

Tadqiqot maqsadi. Prostata bezining xavfsiz giperplaziyasi (PBXG) bilan og'rigan bemorlarda prostata bezining holmiy lazerli enukleatsiyasining (HoLEP) samaradorligini va xavfsizligini operatsiyadan keyingi asoratlarni tizimlashtirish orqali baholash.

Materiallar va usullar. PBXG bilan og'rigan 40 nafar bemorda HoLEP natijalari o'rganildi. Bemorlarning o'rta yoshi $65,0 \pm 1,1$ yoshni tashkil etdi. HoLEPning operatsiyadan keyingi asoratlarini baholash uchun moslashtirilgan Klavien-Dindo tasnifi ishlatildi.

Natijalar. Operatsiyadan keyingi davrning asoratlanmagan kechishi asoratlangan kechish bilan chegaralarini ajratib ko'rsatish uchun operatsiyadan keyingi asoratlanmagan kechishining mezonlari unifikatsiyalangan. Operatsiyadan keyingi asoratlar moslashtirilgan Klavien-Dindo tasnifi bo'yicha tizimlashtirildi va quyidagi ma'lumotlar olindi: jami 28 asorat kuzatildi, ulardan: I darajali asoratlar - 8 (28,6%), II daraja - 16 (57,1%), IIIa daraja - 3 (10,7%), IIIb daraja - 1 (3,6%), IVa daraja - 0, IVb daraja - 0, V daraja - 0.

Xulosalar. Jarrohlik aralashuvlar sifatini ob'ektiv baholash va Klavien-Dindo tasnifidan foydalangan holda asoratlarni tizimlashtirish uchun ushbu tasnifni birinchi navbatda usulning o'ziga xosligini va operatsiyadan keyingi davrni hisobga olgan holda moslashtirish kerak. HoLEP - PBXG davolash uchun yuqori samarali va xavfsiz jarrohlik usuli deb topildi. Qo'shimcha rekonstruktiv-plastik aralashuvlarni talab qiladigan asoratlar, shuningdek, o'lim holatlari yo'qligi sababli davolash samaradorligi 100% ga yetdi.

Kalit so'zlar: PBXG, HoLEP, asoratlar, tizimlashtirish, Klavien-Dindo tasnifi.

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является возраст-ассоциированным урологическим заболеванием пожилых мужчин, которое приводит к инфравезикальной обструкции (ИВО). Для устранения ИВО, обусловленного ДГПЖ, в настоящее время предложено большое число методик хирургического лечения [1,2].

В историческом аспекте на протяжении длительного времени единственным эффективным методом лечения ДГПЖ выступала открытая аденомэктомия простаты (ОАЭП). По рекомендациям Европейской ассоциации урологов (ЕАУ) от 2021 г. открытая аденомэктомия представляет собой наиболее инвазивный, и в то же время, наиболее эффективный метод лечения ДГПЖ с длительным сохранением эффекта [3,4]. ОАЭП сопровождается целым рядом периоперационных осложнений и длительным периодом госпитализации [5-7].

После внедрения эндоскопической трансуретральной резекции ДГПЖ (ТУРП), данная методика последние 40 лет остаётся «золотым стандартом» хирургического лечения ДГПЖ. Она приводит к значимому улучшению качества мочеиспускания и жизни пациента [8]. Тем не менее, и ТУРП может сопровождаться различными осложнениями, самыми грозными среди которых являются кровотечение и ТУР-синдром. Число и тяжесть этих осложнений находится в прямой зависимости от объёма железы, с увеличением которого растёт и морбидность.

Стремление совместить радикальность открытой аденомэктомии с малоинвазивностью и безопасностью эндоурологических вмешательств привели к появлению новых альтернативных вариантов лечения ДГПЖ. Одним из таких методов стала гольмиевая лазерная энуклеация простаты (Holmium Laser Enucleation of the Prostate – HoLEP).

Об использовании гольмиевого лазера для лечения ДГПЖ впервые было сообщено в 1995 году. Первоначально была предложена методика гольмиевой абляции простаты (HoLAP), затем гольмиевой резекции (HoLRP) и лишь затем гольмиевой энуклеации – HoLEP. Изначально гольмиевый лазер (Ho:YAG) комбинировали с неодимовым (Nd:YAG). При этом первым этапом выполнялась круговая коагуляция Nd:YAG, после чего производилась абляция гольмиевым лазером [9].

Затем стала применяться HoLRP, основанная на лазерной резекции гиперплазированной ткани и формировании полости, подобно той, что образуется после выполнения ТУРП [10]. С

появлением трансуретрального морцеллятора, позволяющего измельчать и эвакуировать в полости мочевого пузыря удаленные ткани гиперплазии простаты, HoLEP стала основной гольмиевой лазерной процедурой. Это стало возможным благодаря разработке техники полной энуклеации долей гиперплазии предстательной железы путем её выщипывания в пределах имеющихся тканевых плоскостей. В этой ситуации гольмиевое лазерное волокно во многом подобно указательному пальцу хирурга при открытой аденомэктомии.

После любого оперативного вмешательства возможно развитие осложнений той или иной степени тяжести. До настоящего времени среди урологов нет единого мнения о том, как правильно определять осложнения и оценивать их тяжесть после хирургических методов лечения ДГПЖ. Это затрудняет надежные и воспроизводимые сравнения различных методов лечения в одном центре, внутри центра в динамике с течением времени; идентичных методов лечения между центрами, использующими аналогичные или разные подходы. Следовательно, необходима стандартизированная классификация осложнений, предлагающая общую платформу для взаимодействия урологов.

Классификация Clavien-Dindo, предложенная для систематизации послеоперационных осложнений применима ко всем видам хирургических вмешательств, так как она, по своей логике, является универсальной [11, 12]. Однако, применима к различным методам хирургического лечения только после её адаптации с учетом специфики того или иного хирургического вмешательства.

В Узбекистане, за последние годы, в разных государственных медицинских центрах, частных клиниках наравне с выполнением традиционной ОАЭП активно внедряются и высокотехнологичные, малоинвазивные эндоскопические методы хирургического лечения ДГПЖ, в частности HoLEP. Одновременное существование и использование на практике различных методов хирургического лечения одного и того же заболевания как в нашей Республике, так и во многих других странах, говорит о сложности, и, до сих пор нерешенности оптимального хирургического метода лечения данного заболевания. Это зависит в свою очередь от различных причин, одна из которых является отсутствие объективной оценки качества хирургических методов.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности и безопасности гольмиевой лазерной энуклеации простаты (HoLEP) через систематизацию послеоперационных осложнений у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ).

Материал и методы. Нами ретро- и проспективно были изучены результаты HoLEP у 40 пациентов. Все пациенты были прооперированы в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре урологии (РСНПМЦУ) (г. Ташкент). Операции были выполнены опытным хирургом с многолетним стажем работы в области эндоурологии, но оцениваемая методика HoLEP была на этапе внедрения.

Для адаптации к оценке послеоперационных осложнений хирургического лечения ДГПЖ и в последующем для систематизации осложнений мы использовали усовершенствованную классификацию хирургических осложнений Clavien-Dindo (2004). Для корректной оценки

предоперационного физического статуса пациента использовали классификацию Американского общества анестезиологов (ASA - American Society of Anesthesiologists physical status classification system) [13].

Результаты. Первым шагом для адаптации классификации Clavien-Dindo мы сочли необходимым создать критерии неосложнённого послеоперационного течения хирургического лечения ДГПЖ. По нашему мнению, подобные критерии неосложнённого послеоперационного течения должны быть едины как для открытых вмешательств, так и для малоинвазивных методов хирургического лечения ДГПЖ, что позволит объективно оценить качество хирургического вмешательства и выявить недостатки того или иного метода лечения.

Исходя из многолетнего опыта наших клиник в лечении ДГПЖ и послеоперационного ведения пациентов, мы создали критерии неосложнённого послеоперационного течения, табл. 1.

Таблица 1.

Критерии неосложнённого послеоперационного течения при оперативном лечении ДГПЖ

- незначительное (неинтенсивное) окрашивание мочи кровью по уретральному катетеру и/или цистостоме, не образующее свёртков крови с нарушением функции дренажей и не требующее дополнительной инфузионной (более 1 литра), диуретической терапии и назначения гемостатиков;
- постоянное капельное промывание мочевого пузыря до 36 часов после оперативного вмешательства;
- повышение температуры тела пациента до 37,9°C без озноба в течение не более 48 часов, не требующее жаропонижающей, инфузионной терапии (более 1 литра);
- нахождение интраоперационно установленного гемостатического уретрального катетера от 12 до 72 часов (по указанию хирурга) без развития инфекционно-воспалительного процесса в мочевыводящих путях (МВП) и потребности в дополнительных вмешательствах;
- нахождение цистостомического дренажа до 5 суток после оперативного вмешательства;
- переходящее недержание мочи сроком до 1 месяца при отсутствии инфекции МВП.

Учитывая унифицированные нами критерии неосложнённого послеоперационного течения после хирургического лечения ДГПЖ (табл. 1), мы определились той границей, где нормальное течение послеоперационного периода может перейти в осложнённое течение и исходя из созданной нами картины определились критериями осложнённого послеоперационного течения хирургического лечения ДГПЖ. При этом, мы учитывали степень их тяжести, а также дополнительные консервативные и инвазивные вмешательства, потребовавшие для их ликвидации, приводя в соответствие со смыслом каждой из 5 степеней классификации Clavien-Dindo.

На наш взгляд, особенно сложным является оценка легких - I и II степени осложнений и проведение между ними границы, исходя из нарастания их тяжести. По этой причине, создание стандарта (нормы) послеоперационного течения, играет важную роль в проведении границы между относительно легкими осложнениями, которые на практике устраняются консервативно.

Анализ послеоперационного периода пациентов, которым была выполнена HoLEP, показал 28 случаев отклонений от нормального послеоперационного течения, которые сочли как осложнённое течение.

Осложнением I степени мы распенили 8 (28,6%) случаев из 28 и включили:

- 2 случая острой задержки мочи после удаления уретрального катетера;
- 6 случаев однодневной лихорадки выше 38°C или фебрильной лихорадки (37-38°C) более 2-х суток, потребовавшей назначения жаропонижающих препаратов;

Осложнением II степени мы распенили 16 (57,1%) случаев из 28 и включили:

- 3 случая интенсивного окрашивания кровью мочи, поступающей по уретральному катетеру и/или цистостоме, гиповолемии вследствие кровотечения, потребовавшее назначения гемостатиков и/или дополнительной инфузионной терапии;

- 1 случай кровотечения, потребовавший выполнения гемотрансфузии;

- 2 случая затруднённого мочеиспускания, потребовавшие дополнительной консервативной терапии альфа-адреноблокаторами и противовоспалительными препаратами;

- 2 случая потребности в анальгетиках более 72 часов после операции;

- 8 случаев обострения инфекционно-воспалительного процесса в мочевых путях (1-острый простатит, 7-острый уретрит).

Осложнением IIIа степени зарегистрированы в 3 (10,7%) случаях из 28:

- 2 состояния, потребовавшие проведения лечебно-диагностической уретроцистоскопии;

- 1 случай гастродуоденального кровотечения, потребовавший выполнения эндоскопического гемостаза.

Осложнение IIIб степени было отмечено в 1 (3,6%) случае:

- 1 случай тампонады мочевого пузыря, потребовавший выполнения цистоскопии и отмывание свёртков крови из мочевого пузыря, которая была выполнена под спинномозговой анестезией.

Осложнений IVа, IVб и V степени выявлено не было.

Таким образом, всего после операции HoLEP наблюдали 28 осложнений у 20 пациентов (50%). Из всех осложнений 24 (85,7%) оказались относительно легкими, они были ликвидированы консервативно. Для ликвидации 4 (14,3%) осложнений потребовались инвазивные вмешательства, одно из них под спинномозговой анестезией.

Эффективность гольмиевой энуклеации простаты оценивалась на основе показателей IPSS (International Prostate Symptom Score - Международная шкала оценки симптомов простаты); QoL (Quality of Life - шкала качества жизни); Qmax (максимальная скорость мочеиспускания); Vпр. - объём простаты; OOM (объём остаточной мочи), которые определялись до операции, а также через 1, 3 и 6 месяцев после операции (табл. 2).

Таблица 2.

Эффективность лечения пациентов с ДГПЖ, подвергнутых процедуре HoLEP, n=40.

№	Показатель	До операции	1 месяц после операции	3 месяца после операции	6 месяцев после операции
1.	IPSS	24,7 ± 0.6	7,6 ± 0.2*	6,8 ± 0.2*	5,9 ± 0.2*
2.	QoL	4,5 ± 0.1	3,2 ± 0.06*	2,3 ± 0.08*	2,0 ± 0.06*
3.	Qmax	10,7 ± 1.1	18,9 ± 0.3*	20,05 ± 0.4*	20,9 ± 0.3*
4.	Vпр.	91,0 ± 3.8	28,1 ± 1.0*	26,2 ± 1.0*	25,4 ± 0.9*
5.	OOM	77,2 ± 15.8	26,4 ± 3.1*	21,0 ± 3.3 *	17,1 ± 2.3*

*p < 0,05 по сравнению с показателем дооперационного периода.

Новая методика HoLEP даже на стадии внедрения оказалась малотравматичным и высокоэффективным оперативным вмешательством, при том, что в этой группе у подавляющего большинства пациентов (92,5 %) был отмечен исходный высокий риск вмешательства по ASA III степени, I степени - у 2,5% и II степени у 5%. Среднее значение риска вмешательства по ASA составило 2,9±0,06.

Проведение гемотрансфузии после HoLEP потребовалось 1 (2,5%) пациенту. В отдаленном послеоперационном периоде фиброзно-склеротических процессов уретры и шейки мочевого пузыря, приводящих к повторному развитию ИВО, не наблюдали и дополнительных оперативных вмешательств по поводу поздних осложнений не проводилось. В связи с вышеотмеченным, операция оказалась эффективной у всех 40 (100,0%) пациентов.

После HoLEP реабилитация пациентов наступала раньше за счет раннего удаления мочевых катетеров: так, уретральный катетер удаляли в среднем спустя 2,2±0,1 суток, время пребывания пациентов в стационаре составило всего 3,8±0,2 суток.

Обсуждение. Классификация послеоперационных осложнений Clavien-Dindo активно используется в урологии и в силу своей универсальности она стала популярной. Причиной тому является то, что систематизация осложнений объективно показывает преимущества одного метода и недостатки другого, позволяет сравнивать качества вмешательств различных хирургов, результаты и эффективность лечения в различных центрах.

Есть данные по использованию системы классификации Clavien-Dindo для оценки послеоперационных осложнений радикальных позадилонных, лапароскопических и робот-ассистированных простатэктомий [14,15,16], радикальных цистэктомий [17], эндоскопической хирургии уrolитиаза [18]. Существуют исследования, посвященные использованию данной классификации и после различных хирургических вмешательств,

предпринятых по поводу ДГПЖ – трансуретральной резекции простаты (ТУРП) и HoLEP [19-21].

Но обратной стороной медали является то, что оценка того или иного послеоперационного осложнения отличается у разных врачей, в разных отделениях и центрах из-за некоторой субъективности в оценке осложнений, особенно если она выполняется непосредственно хирургом, выполнившим операцию. По этой причине создание унифицированных критериев позволит избежать подобных недостатков и сделать классификацию максимально объективной.

Интересным фактом является то, что проведенный нами анализ эффективности HoLEP на основе показателей IPSS, QoL, Qmax, Vпр. и OOM (табл. 2) продемонстрировал, что все показатели послеоперационного периода были достоверно лучше исходных параметров и лазерная энуклеация была эффективной. Но, только после проведения систематизации послеоперационных осложнений оказалась возможным выявить реальную картину особенности послеоперационного периода каждого метода лечения.

Выводы.

1. Адаптировать классификацию хирургических осложнений Clavien-Dindo, применительно к хирургическому удалению ДГПЖ, в частности к процедуре HoLEP, возможно через разработку критериев неосложненного послеоперационного течения хирургического лечения ДГПЖ.

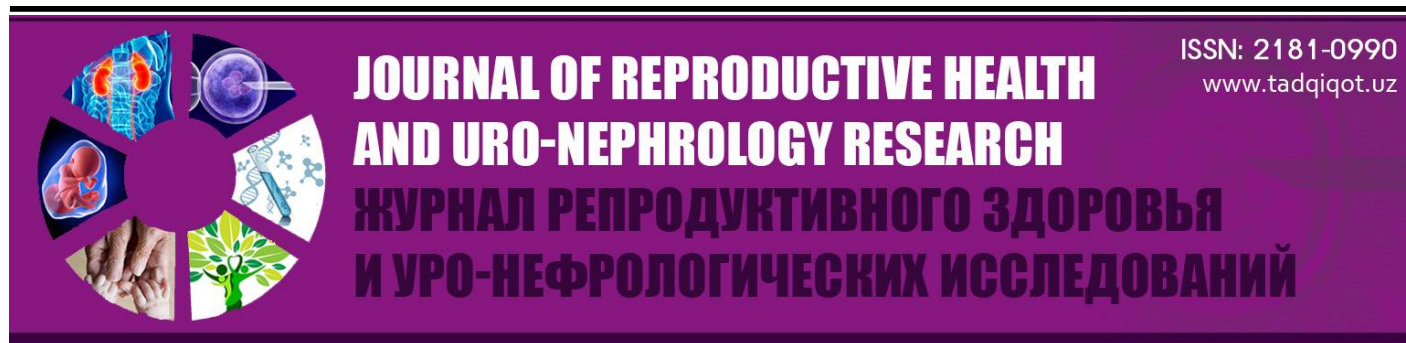
2. HoLEP является высокоэффективным и малотравматичным методом устранения ИВО, обусловленной ДГПЖ. После HoLEP ранняя реабилитация пациентов наступает за счет сокращения сроков нахождения катетеров в мочевых путях и времени пребывания пациентов в стационаре.

3. После HoLEP не отмечалось поздних осложнений в виде стриктур уретры и рубцовых деформаций шейки мочевого пузыря. Эффективность лечения составила 100%.

Список литературы

- Kim EH, Larson JA, Andriole GL (2016) Management of benign prostatic hyperplasia. Annu Rev Med 67:137–151.
- Foster HE, Barry MJ, Dahm P, Gandhi MC, Kaplan SA, Kohler TS, et al. Surgical Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA Guideline. J Urol 2018;200:612–9.
- Karavitis M, Kyriazis I, Omar MI, Gravas S, Cornu JN, Drake MJ, et al. Management of Urinary Retention in Patients with Benign Prostatic Obstruction: A Systematic Review and Meta-analysis. Eur Urol 2019;75:788–98.
- EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021. ISBN 978-94-92671-13-4.
- Serretta V, Morgia G, Fondacaro L, Curto G, Lo bianco A, Pirritano D, et al.; Members of the Sicilian-Calabrian Society of Urology. Open prostatectomy for benign prostatic enlargement in southern Europe in the late 1990s: a contemporary series of 1800 interventions. Urology 2002;60:623–7.
- Mearini E, Marzi M, Mearini L, Zucchi A, Porena M. Open prostatectomy in benign prostatic hyperplasia: 10-year experience in Italy. Eur Urol 1998;34:480–5. 5. Gratzke C, Schlenker B, Seitz M, Karl A, Hermanek P, Lack N, et al. Complications and early postoperative outcome after open prostatectomy in patients with benign prostatic enlargement: results of a prospective multicenter study. J Urol 2007;177:1419–22.
- Varkarakis I, Kyriakakis Z, Delis A, Protogerou V, Deliveliotis C. Long-term results of open transvesical prostatectomy from a contemporary series of patients. Urology 2004;64:306–10.
- Reich O, Gratzke C, Bachmann A, Seitz M, Schlenker B, Hermanek P, Lack N, Stief CG; Urology Section of the Bavarian Working Group for Quality Assurance. Morbidity, mortality and early outcome of transurethral resection of the prostate: a prospective multicenter evaluation of 10,654 patients. J Urol. 2008 Jul;180(1):246-9.
- Gilling PJ, Cass CB, Malcolm AR, Fraundorfer MR. Combination holmium and Nd:YAG laser ablation of the prostate: initial clinical experience. J Endourol. 1995;9(2):151–3.

10. Gilling PJ, Kennett KM, Fraundorfer MR. Holmium laser resection versus transurethral resection of the prostate: results of a randomized trial with 2 years of follow-up. *J Endourol.* 2000;14(9):757–60.
11. Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, Vauthey JN, Dindo D, Schulick RD, de Santibañes E, Pekolj J, Slankamenac K, Bassi C, Graf R, Vonlanthen R, Padbury R, Cameron JL, Makuuchi M. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Ann Surg.* 2009 Aug;250(2):187-96.
12. Dindo D, Demartines N, Clavien P.A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Annals of Surgery.* 2004; 240:205-13.
13. De Cassai A, Boscolo A, Tonetti T, Ban I, Ori C. Assignment of ASA-physical status relates to anesthesiologists' experience: a survey-based national-study. *Korean J Anesthesiol.* 2019 Feb;72(1):53-59.
14. Loppenberg B, Noldus J, Holz A, Palisaar RJ. Reporting complications after open radical retropubic prostatectomy using the Martin criteria. *J Urol* 2010;184:944-8.
15. Rabbani F, Yunis LH, Pinochet R, Nogueira L, Vora KC, Eastham JA, *et al.* Comprehensive standardized report of complications of retropubic and laparoscopic radical prostatectomy. *Eur Urol* 2010;57:371-86.
16. Jeong J, Choi EY, Kim IY. Clavien classification of complications after the initial series of robot-assisted radical prostatectomy: The cancer institute of Jersey/Robert Wood Johnson medical school experience. *J Endourol* 2010;24:1457-61.
17. Ng CK, Kauffman EC, Lee MM *et al* (2010) A comparison of postoperative complications in open versus robotic cystectomy. *Eur Urol* 57:274–282.
18. Гиясов Ш.И., Акилов Ф.А. Трудности в систематизации послеоперационных осложнений эндоскопического лечения уролитиаза и пути их решения. *Вестник урологии.* 2018;6(1):5-17.
19. Sagen E, Namnuan RO, Hedelin H, Nelzén O, Peeker R. The morbidity associated with a TURP procedure in routine clinical practice, as graded by the modified Clavien-Dindo system. *Scand J Urol.* 2019 Aug;53(4):240-245.
20. Mbaeri TU, Abiahu JA, Obiesie EA, Odo C, Oranusi KC, Nwofor AME, Orakwe JC. Assessment of Complications of Transurethral Resection of the Prostate Using Clavien-Dindo Classification in South Eastern Nigeria. *Niger J Surg.* 2020 Jul-Dec;26(2):142-146.
21. Yalçın S, Yılmaz S, Gazel E, Kaya E, Aydoğan TB, Aybal HÇ, Tunç L. Holmium laser enucleation of the prostate for the treatment of size-independent BPH: A single-center experience of 600 cases. *Turk J Urol.* 2020 Jan 17;46(3):219-225.



УДК: 616.053.61-002-071

Даминова Мамура Хусановна

Резидент магистратуры

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан.

Ахмеджанов Исмоил Ахмеджанович

доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук, доцент

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Изомиддинова Мохинур Камолитдиновна

студентка

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

For citation: Daminova Mamura Khusanovna, Axmedjanov Ismoil Axmedjanovich, Axmedjanova Nargiza Ismailovna, Izomiddinova Mohinur Kamoliddinova, Comparative assessment of clinical and laboratory parameters in various forms of pyelonephritis in children, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 2. pp.

doi <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6677631>

АННОТАЦИЯ

Почти у 25% пациентов продолжается их прогрессирование, что приводит к изменению качества жизни. Цель исследования. Оценить особенности клинико-лабораторных показателей при различных формах пиелонефрита у детей. Материал и методы исследования. В ходе исследования было обследовано 70 детей больных пиелонефритом. Все дети были разделены на две группы: 1 группу составили – 25 (35,7%) детей с острым пиелонефритом, а вторую группу – 45 (64,3%) детей с хроническим пиелонефритом. Результаты исследования. Клиника рПН в 100% случаев (19) проявлялась на 3 - 4 день воздействия этиологического фактора. Преобладали признаки интоксикации (головная боль, вялость, сонливость, снижение аппетита) - 78,9% (15/19), кратковременная лихорадка субфебрильного характера - 63,1% (12/19), рецидивирующие абдоминальные боли - 47,3% (9/19). Выводы. Констатировано преобладание вторичной формы пиелонефрита.

Ключевые слова: острый пиелонефрит, рецидивирующий пиелонефрит, латентное течение.

Daminova Mamura Khusanovna

Master's Resident

Samarkand State Medical university

Samarkand, Uzbekistan

Axmedjanov Ismoil Axmedjanovich

Doctor of Medical Sciences, Professor

Samarkand State Medical university

Samarkand, Uzbekistan

Axmedjanova Nargiza Ismailovna

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

Samarkand State Medical university

Samarkand, Uzbekistan

Izomiddinova Mohinur Kamoliddinova

Student Samarkand State Medical university

Samarkand, Uzbekistan

COMPARATIVE ASSESSMENT OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS IN VARIOUS FORMS OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN

ABSTRACT

In almost 25% of patients, their progression continues, which leads to a change in the quality of life. Target . To evaluate the features of clinical and laboratory parameters in various forms of pyelonephritis in children. Material and research methods. During the study, 70 children with pyelonephritis were examined. All children were divided into two groups: group 1 consisted of 25 (35.7%) children with acute pyelonephritis, and the second group - 45 (64.3%) children with chronic pyelonephritis. Research results. The clinic of rPN in 100% of cases (19) manifested itself on the 3rd - 4th day of exposure to the etiological factor. Signs of intoxication prevailed (headache, lethargy, drowsiness, loss of appetite) - 78.9% (15/19), short-term subfebrile fever - 63.1% (12/19), recurrent abdominal pain - 47.3% (9/19). Findings. The predominance of the secondary form of pyelonephritis was stated.

Key words: acute pyelonephritis, recurrent pyelonephritis, latent course.

Daminova Mamura Khusanovna

Magistratura rezidenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Axmedjanov Ismoil Axmedjanovich

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

Axmedjanova Nargiza Ismailovna

Tibbiyot fanlari doktori, dotsent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Izomiddinova Mohinur Kamoliddinova

Talaba Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

BOLALARDA PIELONEFRITNI TURLI XIL SHAKLLARIDA KLINIK -LABORATOR XUSUSIYATLARNI QIYOSIY BAXOLASH

ANNOTATSIYA

Bemorlarning deyarli 25 foizida pielonefrit rivojlanishda davom etmoqda, bu esa hayot sifatining o'zgarishiga olib keladi. Tadqiqot maqsadi. Bolalarda pielonefritning turli shakllarida klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarining xususiyatlarini baholash. Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot davomida pielonefrit bilan kasallangan 70 nafar bola tekshirildi. Barcha bolalar ikki guruhga bo'lingan: 1-guruhda o'tkir pielonefrit bilan og'rigan 25 (35,7%) bolalar, ikkinchi guruhda esa 45 (64,3%) surunkali pielonefrit bilan og'rigan bolalar bo'lib. Tadqiqot natijalari. QPN klinikasi 100% hollarda (19) etiologik omil ta'sirining 3-4-kunida o'zini namoyon qildi. Intoksikatsiya belgilari ustunlik qiladi (bosh og'rig'i, letargiya, uyquchanlik, ishtahaning pasayishi) - 78,9% (15/19), qisqa muddatli subfebril isitma - 63,1% (12/19), takroriy qorin og'rig'i - 47,3% (9/19). Xulosa: Pielonefritning ikkilamchi shaklining tarqalishi ko'rsatilgan.

Kalit so'zlar: o'tkir pielonefrit, qaytalanuvchi pielonefrit, yashirin kechishi.

Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике и лечении пиелонефрита, почти у 25% пациентов продолжается их прогрессирование, что приводит к изменению качества жизни. Развитие патологического процесса в почечной ткани почек вызывают гетерогенные специфические и неспецифические этиологические факторы [2, 3]

Авторы выделяют ОП и ХП в самостоятельные группы с указанием диффузного и очагового характера поражения каждой группы [7]. По их мнению основные патогенетические механизмы ОП - иммунологический и вариант прямого токсического повреждения канальцев, вариант понижения почечной перфузии, а ХП - мультифакториальное заболевание воспалительного и/или метаболического генеза. Повреждение различными этиологическими агентами нефронов как ключевое событие в формировании воспалительных изменений приводит к изменению их фенотипа (трансдифференциации) [5, 6].

Тубулярные клетки приобретают способность экспрессировать основные провоспалительные цитокины, хемокины и факторы роста, которые выступают в качестве локальных медиаторов, образованных непосредственно в ренальной ткани [1, 4].

Цель исследования. Оценить особенности клинико-лабораторных показателей при различных формах пиелонефрита у детей.

Материал и методы исследования. В ходе исследования было обследовано 70 детей больных пиелонефритом. Все дети были разделены на две группы: 1 группу составили – 25 (35,7%) детей с острым пиелонефритом, а вторую группу – 45 (64,3%) детей с хроническим пиелонефритом, которую мы разделили дополнительно на две подгруппы в зависимости от клинической

формы заболевания, где 1 подгруппу составили 19 (42,2%) детей с РПН, а 2 подгруппу – 26 (57,7%) больных латентной формой ХП. Диагноз устанавливался соответственно классификации ПН у детей (Коровина Н.А., Захарова И.Н., 2004).

Для выявления активности процесса использовались **обязательные лабораторные показатели:** клинический анализ крови; биохимический анализ крови (общий белок, протеинограмма, СРБ); общий анализ мочи; накопительные пробы (по Нечипоренко, Аддису-Каковскому); посев мочи на флору с количественной оценкой степени бактериурии, нитритный тест; морфология осадка мочи; уролейкограмма.

Дополнительные лабораторные исследования: коагулограмма, определение концентрации в крови аминокислот, исследование уровня мочевой кислоты, глюкозы; титра АСЛ-О; исследование иммунологического статуса (иммунограмма); биохимический генетический скрининг мочи; посев мочи на бактерии Коха и экспресс-диагностика; антибиотикограмма мочи; исследование мочи на хламидии, микоплазмы, уреаплазмы (ПЦР, культуральный метод); суточный салурез, антикристаллообразующая способность мочи, ритм и объем спонтанных мочеиспусканий.

Для оценки характера нарушений ренальных функций использовались: 1 - методы, позволяющие выявить состояние разных отделов нефрона: гломерулярного аппарата (проба Реберга); проксимальных канальцев (экскреция с мочой (глюкозы, суточной протеинурии); дистальных канальцев (способность к осмотическому концентрированию (проба Зимницкого), определение суточной экскреции титруемых кислот и экскреции аммиака, pH мочи));

2 - методы, выявляющие нарушения суммарной работы нефрона (определение сывороточных уровней креатинина, мочевины, электролитов, кислотно-основное состояние крови).

Результаты исследования. Острое течение микробно-воспалительного процесса диагностировано у 25 (35,7%) пациентов, хроническое - у 45 (64,3%) больных (табл.1). До 3-летнего возраста ПН заболел 31 (44,2%) ребёнок из 70 детей: 7

(22,5%) мальчиков и 24 (77,5%) девочки. При этом ОП до 3 лет заболели 10 детей (40%), хроническим - 21 (46,6%). В рассматриваемой группе девочки доминировали среди больных ОП (18 из 25), хроническим - 34 из 45 (72% и 75,5% соответственно). Длительность хронической формы заболевания составляет от 1 года до 13 лет. Средняя продолжительность ХП - $3,8 \pm 0,5$ года (у мальчиков $5,3 \pm 1,2$ года; у девочек $3,2 \pm 0,4$ года).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от возраста манифестации заболевания

Возраст больных, лет	Число больных				Мальчики				Девочки			
	ОП		хп		ОП		ХП		ОП		ХП	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
до 1года	4	16,6	1	2,1	1	16,7			2	11,1	2	5,6
1-3	7	29,1	19	39,6			6	50	7	38,9	13	36,1
4-6	5	21,0	12	25,0					5	27,8	11	30,6
7-11	9	33,3	16	33,3	5	83,3	6	50	4	22,2	10	27,7
Всего	25	100	48	100	6	100	12	100	18	100	36	100

Наиболее частыми факторами, предшествующими началу ОП у детей, являлись интестинальные расстройства (запоры или диарея) - 9 наблюдений (36%). Различные инфекции (у 6 (24%)) и переохлаждение (у 5 (20%)) в равной степени являлись провоцирующими факторами. Причина манифестации ПН у 4 детей (16%) не была установлена.

ХП дебютировал острым процессом у 29 (64,4%). В 42% наблюдений (19/45) диагноз был поставлен в ходе плановой диспансеризации по результатам клинико-лабораторного обследования. В последствии, хроническая форма пиелонефрита приобретала рецидивирующее течение у 35 (77,7%) детей, латентное у 10 (22,2%) больных.

При обследовании детей в активной фазе, степень активности устанавливалась в соответствии с критериями определения активности ПН. Клиническими критериями служили системные признаки (лихорадка, симптомы интоксикации, диспептические явления), дизурические расстройства, болевой синдром.

Особенностью объективного статуса больных явилось частое выявление недифференцированного синдрома

соединительнотканной дисплазии - 34 ребёнка (48,5%; 14 детей (56%) с ОП и 20 (44,4%) с ХП)), стигмы дизэмбриогенеза отмечены у 17 (24,2%) пациентов (7 (28%) и 10 (22,2%), соответственно).

Клиническую основу ПН у детей раннего возраста (до трёх лет) в изучаемой группе составила лихорадка фебрильного характера (15 (90,3%) из 17 детей) в сочетании с симптомами интоксикации. Эти проявления сочетались с нарушением ритма мочеиспускания (императивные позывы, паллакиурия, редкие микции) у 12 (70,6%) больных, эквивалентами болезненного мочеиспускания в 29,4% (5) случаев.

Рецидивирующее течение ПН диагностировано у 19 (42,3%), латентное - у 26 (57,7%) пациентов (табл.2). Пик формирования ПН приходится преимущественно на старший (9 (20%)) школьный возраст. При этом у 13 (76,5%) детей из 17 ПН имел латентное течение. Как и в первой группе, девочки доминировали среди больных РПН (11 из 19), ЛПН — 15 из 26 (57,8% и 57,7%, соответственно). Длительность заболевания колебалась от 1 года до 10 лет. Средняя продолжительность ХП составила $4,1 \pm 0,6$ года (у мальчиков $5,25 \pm 1,9$ года; у девочек $3,3 \pm 0,7$ года).

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от возраста, в котором началось заболевание

Возраст больных, лет	Число больных				Мальчики				Девочки			
	РПН		ЛПН		РПН		ЛПН		РПН		ЛПН	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
7-11	5	45,5	5	19,2	2	66,7	1	9,1	3	37,5	4	26,7
12-15	2	18,1	7	27	1	33,3	3	27,3	1	12,5	4	26,7
Всего	11	100	26	100	3	100	11	100	8	100	15	100

Манифестное начало заболевания, установленное у 10 детей (22,2%), в последующем приняло волнообразный характер.

Латентный вариант хронического течения имел место у 26 больных (57,7%). Рандомизация по возрасту показала преобладание детей младшего школьного возраста (21 (46,6%)).

Заслуживает внимания отягощённость семейного анамнеза в отношении заболеваний почек, обменных нарушений (мочекаменная болезнь, желчекаменная болезнь), составившая 38,5% случаев (27 детей: 8 (32%) с ОП и 19 (42,2%) с ХП). У родителей 4 пациентов (5,7%) отмечено наличие профессиональных вредностей (химические факторы).

Из других факторов риска неблагоприятный антенатальный анамнез отмечен в 27 случаях (38,5%). Патологическое течение беременности характеризовалось преобладанием ранних гестозов у матерей наблюдаемых детей (19) над УП в первом триместре (4), ОПГ-гестозом (3) и внутриутробным инфицированием (1). Перинатальная энцефалопатия встречалась лишь в 7,1% случаях (5 детей). Короткий период грудного вскармливания имел место у 20 (28,5%) пациентов (5 с РПН (26,3%) и 15 (57,6%) с ЛПН).

Среди фоновых состояний, чаще встречался ($p=0,02$) нервно-артритический диатез, чем экссудативно-катаральный (16 (35,5%) и 7 (15,5%), соответственно). У 28 детей (62,2%) клинически выявлялись признаки недифференцированного синдрома соединительнотканной дисплазии (8 (42,1%) с РПН и 20 с ЛПН (76,9%)), в том числе пролапс клапанов и аномально расположенные хорды сердца. У 20 пациентов (44,4%) синдром подтверждён результатами повышенной суточной экскрецией метаболитов соединительной ткани.

В анамнезе 21 (46,6%) ребёнка фиксировались частые интеркуррентные заболевания, по поводу которых 14 пациентов (31,1%) принимали различные лекарственные (антибактериальные) препараты до 5-6 курсов в год (9 с РПН и 5 с ЛПН). Хронические очаги инфекции (тонзиллиты, аденоидиты, кариозные зубы) с одинаковой частотой встречались у больных с РПН и с ЛПН (8 (42,1%) и 21 (80,7%) соответственно).

У 17 (37,7%) пациентов зафиксированно тубинфицирование (3 (15,7%) с РПН и 14 (53,8%) с ЛПН), максимальная продолжительность которого составила 6 лет. Необходимо отметить, что 20 детей (44,4%) имели отягощенный аллергоанамнез (аллергические заболевания в виде атопического дерматита, острой крапивницы, аллергии на лекарственные, реже на пищевые аллергены) (3 с РПН (15,7%) и 17 (65,3%) с ЛПН).

Критерии включения больных в клиническое исследование

- информированное согласие родителей больного ребёнка на участие в исследовании и соблюдение указаний врача относительно назначенной терапии;
- возраст больных детей от 7 до 15 лет;
- наличие клинически и лабораторно подтверждённого ПН;

Критерии исключения больных из исследования

- отказ родителей от участия в исследовании;
- наличие тяжёлых сопутствующих соматических заболеваний в стадии декомпенсации патологического процесса, способных повлиять на иммунологический статус организма;
- применение иммуноактивных лекарственных препаратов в последние 30 дней до начала исследования;
- изменение основного диагноза (ПН) в ходе проведения дифференциальной диагностики.

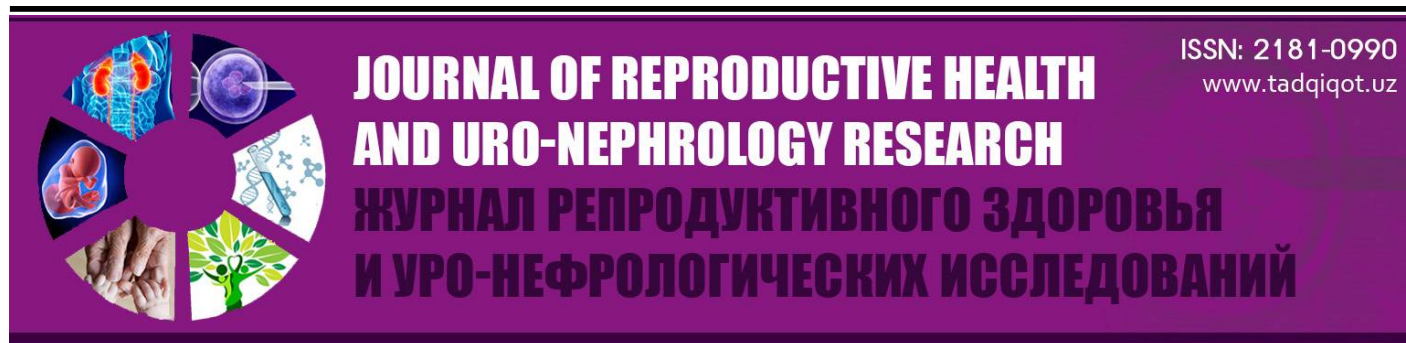
Обсуждение результатов исследования. Учитывая проблему ранней диагностики ПН, необходимо выделить особенности клинической картины в данной группе. Клиника РПН в 100% случаев (19) проявлялась на 3 - 4 день воздействия этиологического фактора. Преобладали признаки интоксикации (головная боль, вялость, сонливость, снижение аппетита) - 78,9% (15/19), кратковременная лихорадка субфебрильного характера - 63,1% (12/19), рецидивирующие абдоминальные боли - 47,3% (9/19). Экстрауренальные проявления (отёчный синдром) встречались в 42% (8/19), изолированный мочевого синдром - 26,3% (5/19), склонность к гипотонии - 31,5% (6/19) случаев.

Латентный вариант ПН (61,5% (16/26)) характеризовался случайным выявлением изолированного мочевого синдрома, который сочетался в 87,5% (14/16) случаях с признаками эндогенной интоксикации.

Выводы. На основании результатов клинико- лабораторных и инструментальных методов обследования, констатировано преобладание вторичной формы пиелонефрита ($n=65$ (92,8%)). Мы связываем это с наличием вторичного иммунодефицитного состояния, косвенными признаками которого являются: частое рецидивирование и затяжное течение заболевания, кратковременный эффект от проводимой антибактериальной терапии, множественные очаги хронической инфекционной патологии, подверженность ОРВИ. Наиболее частыми факторами, предшествующими началу ОП у детей, являлись интестинальные расстройства (запоры или диарея).

Список литературы

1. Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Хусанова Ф.А., Махмудов Х.У. Состояние клеточного иммунитета при хроническом пиелонефрите у детей // Проблемы биологии и медицины. Самарканд 2021. №1.1 (126). Стр. 464-465.
2. Akhmedzhanova N.I., Akhmedzhanov I.A., Ashirov Z.F., Abdurasulov F.P. Pathogenetic Role of Features of clinical and Immunological Parameters in Chronic Tubulointerstitial Nephritis in children // Annals of the Romanian Society for Cell Biology 2021, vol.25. issue1. Page.7187-7199.
3. Даминова М.Х., Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Сайфиев Х.Х. Особенности состояния показателей иммунитета при хроническом пиелонефрите у детей // Репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований. 2.1.2021. Стр. 197.
4. Михеева Н.М., Зверев Я.Ф., Выходцева Г.И., Лобанов Ю.Ф. Гиперкальциурия у детей с инфекцией мочевой системы // Нефрология. Барнаул, 2014. - №1. - С. 74-79.
5. Fofana B.K. Isolation of uropathogenic bacteria and their antimicrobial susceptibility pattern in urine samples of patients with suspected urinary tract infection in eastern regional hospital, Koforidua. Ghana. - 2016. P.77.
6. Morozov Dmitry, Morozova Olga, Budnik Ivan, Pervouchine Dmitri, Imenova Evgeniya, Zakharova Natalya. Urinary cytokines as markers of latent inflammation in children with chronic pyelonephritis and anorectal malformations // Journal of Pediatric Urology. - 2016. P. 1-15.
7. Sabatino A., Regolisti G., Brusasco I., Cabassi A., Morabito S., Fiaccadori E. Alterations of intestinal barrier and microbiota in chronic kidney disease // Nephrol Dial Transplant. - 2015. № 30. P. 924-933.



УДК: 616.053.61-002-071

ISSN: 2181-0990
www.tadqiqot.uz

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Исламов Тимур Шавкатович

Резидент магистратуры

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан.**Ахмеджанов Исмоил Ахмеджанович**

доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна**

доктор медицинских наук, доцент

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Хамидова Мавлюда Фазлиддиновна**

Клинический ординатор

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

For citation: Islamov Timur Shavkatovich, Axmedjanov Ismoil Axmedjanovich, Axmedjanova Nargiza Ismailovna, Khamidova Mavlyuda Fazliddinovna, Clinical and laboratory characteristics of various forms of acute glomerulonephritis in children, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 2. pp.

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6677878>

АННОТАЦИЯ

В структуре почечной патологии в детском возрасте особое место занимают гломерулонефриты. Целью настоящей работы явилось изучение клинических особенностей и оценка лабораторных показателей у детей с первичным и вторичным острым ГН. Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось всего 70 больных детей. Из них у 25 капилляротоксический нефрит (КН), у 20 - первичный гломерулонефрит (ПГН) с ведущим гематурическим синдромом, у 25 - геморрагический васкулит (ГВ б/пп) без последующего поражения почек. Результаты. При сравнении больных капилляротоксическим нефритом и геморрагическим васкулитом без поражения почек (1 и 3- группы) установлено, что в 3 - группе также преобладают девочки (64%). Среди них меньше, чем в 1-группе было детей школьного возраста. Хотя их было большинство (68%), но не сильно превалировали как в случаях осложнений ГВ поражением почек (84%). Выводы. Ранними неблагоприятными прогностическими симптомами КН являются начало болезни с экстраренальных симптомов, сочетание макрогематурии с протеинурией и функциональными нарушениями почек.

Ключевые слова: острый гломерулонефрит, капилляротоксический нефрит, гематурия, геморрагический васкулит.

Islamov Timur Shavkatovich

Master's Resident

Samarkand State Medical university, Samarkand, Uzbekistan

Axmedjanov Ismoil Axmedjanovich

Doctor of Medical Sciences, Professor

Samarkand State Medical university, Samarkand, Uzbekistan

Axmedjanova Nargiza Ismailovna

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

Samarkand State Medical university, Samarkand, Uzbekistan

Khamidova Mavlyuda Fazliddinovna

Clinical Resident Samarkand State Medical university

Samarkand, Uzbekistan

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF VARIOUS FORMS OF ACUTE GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN

ABSTRACT

In the structure of renal pathology in childhood, a special place is occupied by glomerulonephritis. The aim of this work was to study the clinical features and evaluate laboratory parameters in children with primary and secondary acute GN. Material and research methods. Only 70 sick children were under observation. Of these, 25 had capillary toxic nephritis (CN), 20 had primary glomerulonephritis (PGN) with a leading hematuric syndrome, and 25 had hemorrhagic vasculitis (HV b/pp) without subsequent kidney damage. Results. When comparing patients with capillary toxic nephritis and hemorrhagic vasculitis without kidney damage (groups 1 and 3), it was found that girls also predominate in group 3 (64%). Among them, there were fewer children of school age than in the 1st group. Although they were in the majority (68%), they did not greatly prevail as in cases of HB complications with kidney damage (84%). Findings. Early unfavorable prognostic symptoms of CI are the onset of the disease with extrarenal symptoms, a combination of gross hematuria with proteinuria, and functional impairment of the kidneys.

Key words: acute glomerulonephritis, capillary toxic nephritis, hematuria, hemorrhagic vasculitis.

Islamov Timur Shavkatovich

Magistratura rezidenti

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Axmedjanov Ismoil Axmedjanovich

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Axmedjanova Nargiza Ismailovna

Tibbiyot fanlari doktori, dotsent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Khamidova Mavlyuda Fazliddinova

Klinik ordinator

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRITNI TURLI XIL SHAKLLARIDA KLINIK -LABORATOR XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIYA

Bolalikda buyrak patologiyasi tarkibida glomerulonefrit alohida o'rin tutadi. Ushbu ishning maqsadi birlamchi va ikkilamchi o'tkir GN bo'lgan bolalarda klinik xususiyatlarni o'rganish va laboratoriya ko'rsatkichlarini baholash edi. Materiallar va tadqiqot usullari. Kuzatuv ostida faqat 70 bola bor edi. Ulardan 25 kapillyarotoksik nefrit (kn), 20 - birlamchi glomerulonefrit (PGN) etakchi gematrik sindromga ega, 25 - gemorragik vaskulit bilan. Natijalar. Buyrak shikastlanishsiz kapillyarotoksik nefrit va gemorragik vaskulit bilan og'rigan bemorlarni solishtirganda (1 va 3-guruhlar) 3 guruhida qizlar ham ustunlik qiladi (64%). Ular orasida 1 guruhidan kamroq maktab yoshidagi bolalar bor edi.

Kalit so'zlar: o'tkir glomerulonefrit, kapillyarotoksik nefrit, gematuriya, gemorragik vaskulit.

Одно из важных мест в патологии детского возраста занимают воспалительные заболевания мочевой системы, среди которых особое внимание заслуживают различные формы гломерулонефрита [1, 2, 6].

Интерес этот вызван разнообразием гематурических нефритов по механизмам развития и прогнозу (первичные, вторичные и др.) [3, 4].

Известны особые диагностические и терапевтические трудности гематурических нефритов. Гематурические нефриты часто начинаются в детском возрасте, могут протекать в течение нескольких десятилетий, а у взрослых трансформироваться в более тяжелые формы болезни [5, 7].

В отечественной и зарубежной литературе за последние десятилетия появилось много работ, посвященных первичному гематурическому гломерулонефриту, выделены среди них различные клинико-морфологические варианты, изучаются вопросы терапии [10, 11].

В то же время, наряду с первичными ГН, среди гематурических приобретенных нефритов особое место занимает почечное поражение при геморрагическом васкулите (ГВ) капилляротоксический нефрит (КН) [12].

Имеющиеся работы по КН касаются больше изучения его хронических форм, течения у взрослых. В связи с тем, что ГВ часто болеют дети изучение КН, особенно его ранних стадий, актуально в детском возрасте. Между тем, частота ГВ и поражение почек при нем нарастает [8, 9].

Целью настоящей работы явилось изучение клинических особенностей и оценка лабораторных показателей у детей с первичным и вторичным острым ГН.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось всего 70 больных детей. Из них у 25 диагностирован капилляротоксический нефрит (КН), у 20 - первичный

гломерулонефрит (ПГН) с ведущим гематурическим синдромом, у 25 - геморрагический васкулит (ГВ б/пп) без последующего поражения почек.

Для удобства сравнительного анализа клинико-лабораторных симптомов при описании КН условно использованы принципы Винницкой классификации первичного гломерулонефрита (1976).

Из 25 больных КН у 10 давность болезни к моменту наблюдения была не более 1 года ("острый КН"). При этом надо отметить, что у преобладающего большинства острым КН давность болезни была менее 3 месяцев (у 85,6%); 57,1% больных наблюдались с первых дней-недель болезни. У 6 больных КН был с давностью более 1 года (до 6 лет).

Среди 20 больных первичным ГН было 14 детей с острым ГН и 6 - с гематурической формой хронического ГН. Больные с нефротической и смешанной формой ГН не включались.

Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование, включающее общий анализ крови, общий анализ мочи, определение в сыворотке крови общего белка, белковых фракций, остаточного азота, мочевины, креатинина, холестерина, сывороточных трансаминаз.

Исследование коагулограммы включало: определение типа и количества общего фибриногена, протромбинового комплекса, времени рекальцификации, тромбинового времени, этанолового теста, времени свертывания крови.

Кроме того, исследовались количественные анализы мочи: суточная экскреция белка и форменных элементов по Аддису-Каковского, по Нечипоренко. Клубочковую фильтрацию определяли по клиренсу эндогенного креатинина концентрационную функцию - по пробе Зимницкого. По показаниям проводили экскреторную урографию, УЗИ и ренографию, редко - цистографию.

Состояние клубочкового аппарата по величине клубочковой фильтрации (клиренс эндогенного креатинина), которую рассчитывали по формуле Van-Slake. Степень протеинурии оценивали по величине суточной экскреции белка, отнесенной к массе тела в килограммах. Взаимоотношение между протеинурией и клубочковой фильтрацией выражались посредством индекса проницаемости (отношение экскреции белка за единицу времени к клубочковой фильтрации).

Результаты обследования. 25 больных геморрагическим васкулитом, у которых не было симптомов поражения почек, имели внепочечные симптомы (кожный, суставной, абдоминальный). У всех групп больных анализировались возраст, пол, сезон к началу болезни, предшествовавшие болезни и некоторые анамнестические факторы риска (аллергия в семье, у ребенка, наследственность по заболеваниям почек, частота простудных заболеваний). Проведен анализ клинических и основных лабораторных симптомов капилляротоксического нефрита, начиная с дебюта болезни, в зависимости от последующего исхода.

Проведено сравнительное изучение основных клинических и лабораторных симптомов капилляротоксического нефрита у детей (1-гр.) в сопоставлении с нефритическим синдромом первичного

гломерулонефрита (2-гр.) и геморрагическим васкулитом без поражения почек (3-гр., таблица I).

Среди 25 больных капилляротоксическим гломерулонефритом у 15 был острый КН (60%) и 10 (40%) - хронический КН. Капилляротоксический нефрит развивался чаще у детей школьного возраста (острый КН - в 82,5%, хронический - в 96,1%) (табл. I).

Таким образом, КН по возрастному распределению был близок к первичному гломерулонефриту, при котором дети школьного возраста составляли 84% и 65% соответственно (рис. 1) Надо отметить некоторые отличия между хроническим КН и хроническим ГН- хронизация капилляротоксического нефрита исключительно приходилась на школьный возраст, тогда как среди первичных хронических гематурических нефритов дети этого возраста составляли 65%.

Превалирование мальчиков среди первичных гломерулонефритов является известным фактом: по нашим данным они составили 75% (рис. 1).

В отличие от них оказалось, что капилляротоксический нефрит развивается как у девочек, так и у мальчиков с некоторым превалированием у девочек (57,5%). Причем частота женского пола растет среди хронического КН (65,3%).

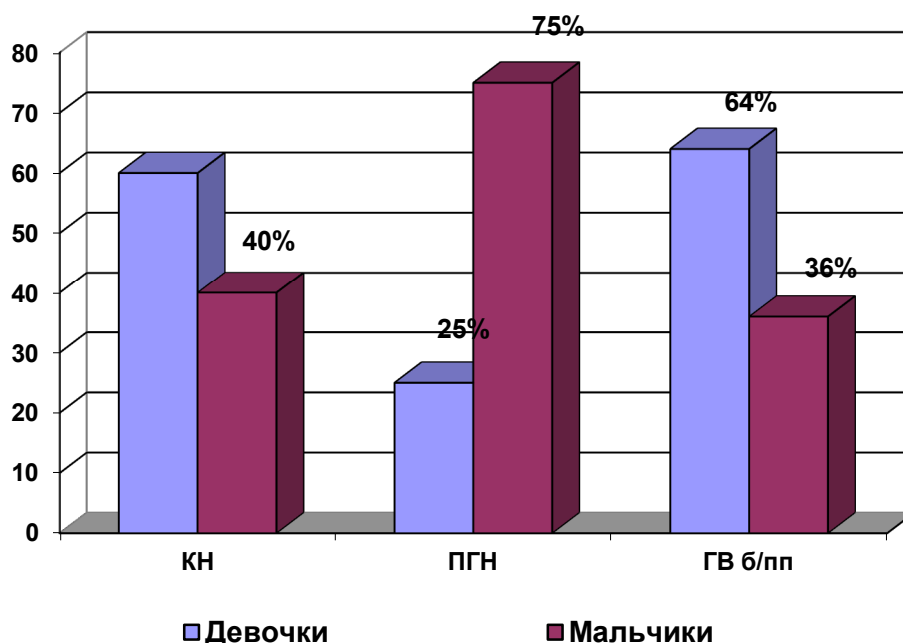


Рис 1. Распределение обследованных детей в зависимости от пола

При сравнении больных капилляротоксическим нефритом и геморрагическим васкулитом без поражения почек (1 и 3- группы, табл. I) установлено, что в 3 - группе также преобладают девочки (64%). Среди них меньше, чем в 1-группе было детей школьного

возраста. Хотя их было большинство (68%), но не сильно превалировали как в случаях осложнений ГВ поражением почек (84%).

Распределение больных в зависимости от возраста и формы ГН

Таблица 1

Форма ГН	Возраст больных		
	от 3 до 6 лет	от 7 до 15 лет	Всего
КН	4 (16%)	21 (84%)	25 (35,7%)
ПГН	7 (35%)	13 (65%)	20 (28,6%)
ГВ б/пп	8 (32%)	17 (68%)	25 (35,7%)
Всего	19 (27,1%)	51 (72,9%)	70 (100%)

Геморрагический васкулит без поражения почек развивается в 32% у детей в возрасте 3-6 лет (при 16% среди КН), изредка - у детей в возрасте до 3 лет (4%) при отсутствии таковых среди КН.

Таким образом, среди больных геморрагическим васкулитом наиболее подвержены нефриту дети школьного возраста, чаще мальчики.

Во всех трех группах заболеванию наиболее часто предшествовали ОРВИ и ангины. Остальные факторы (травма во всех трех группах - в 4-5% и др.) встречались редко. В довольно большом проценте заболевания начинались без видимых причин (24-31,8%).

По анамнестическим данным дети были подвержены простудным заболеваниям, особенно часто больные геморрагическим васкулитом, (2-группа - в 22,7%, 3- в 44% при 19,2% в 1- группе). Особенно обращал на себя внимание неблагоприятный аллергоанамнез у обеих групп больных геморрагическим васкулитом (30,3% во 2-ой и 40% в 3- группах).

В то же время указаний на патологию почек и мочевых путей, включая нефропатию беременных, было больше всего в группе детей с первичным гломерулонефритом (34% при 13,6 и 8% в других).

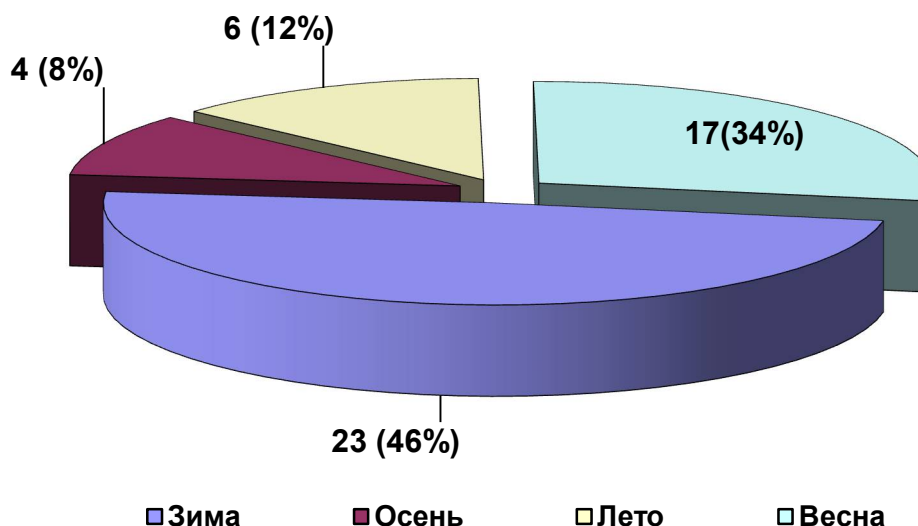


Рис. 2 Распределение больных ГВ по сезонам года

Капилляротоксический нефрит и геморрагический васкулит без поражения почек чаще возникает зимой и весной, а первичный гломерулонефрит - осенью и зимой. Мы объясняем это с ОРВИ,

фактором переохлаждения, а начало ГВ - с увеличением алергизирующих факторов весной, снижение иммунных реакций организма.

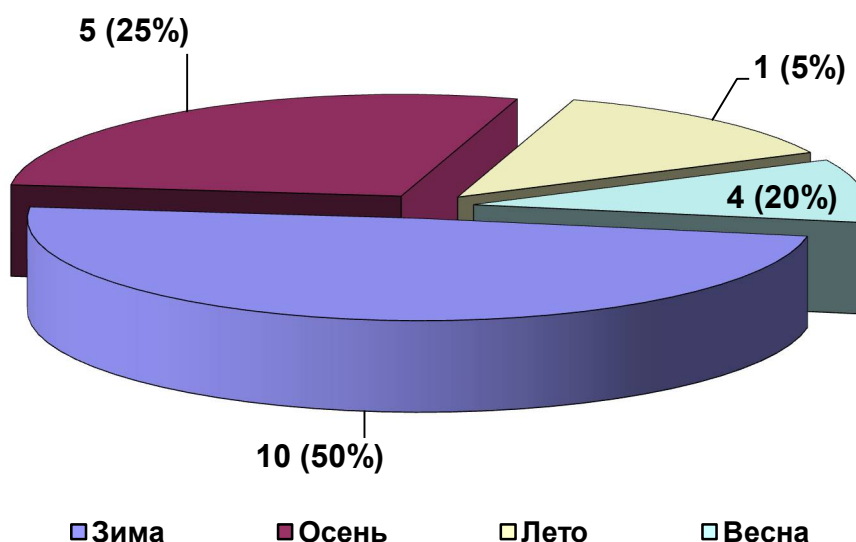


Рис. 3 Распределение больных ПГН по сезонам года

Капилляротоксический нефрит отличается от первичного ГН начальными синдромами: в значительном числе случаев 92,5% (табл. 2) проявлялся изолированным мочевым синдромом. Изредка лишь отмечалась пастозность лица. Из 3 больных, проявление у которых отнесли к "нефритическому синдрому" у 2 также отеков не было, экстраренальным симптомом у них была артериальная гипертензия, она также в наших наблюдениях не достигала высоких цифр (от 120/ 90 до 140/100 мм рт. ст.) и была кратковременной (1-2 дня). Лишь у 1 мальчика были оба

экстраренальных симптома, у которого в последующем формировался упорный нефротический синдром.

Макрогематурия наблюдалась всего при остром КН в 30% случаев. Изолированный мочевой синдром был представлен изолированной гематурией или сочетанием ее с протеинурией менее 1%. Сочетание гематурии (преимущественно макрогематурии) с протеинурией отмечено более 1% (табл.2).

Таким образом, у преобладающего числа больных КН, начиная с дебюта был мочевой синдром, длительность которого продолжалась от нескольких дней до месяцев и дольше. Обращало

на себя внимание колеблемость симптомов: с периодами уменьшения и рецидивами гематурии.

Наши наблюдения показали, что возможна в данной микрогематурии иногда кратковременная нормализация анализов мочи, которая не позволяет думать о полном обратном развитии.

Таблица 2

Клинические синдромы начального периода у больных острым капилляротоксическим нефритом, первичным гломерулонефритом и геморрагическим васкулитом без поражения почек

№	Группа больных	Синдромы дебюта							
		нефритический синдром (%)	нефрита «мочевой синдром» (%)			васкулита			
			всего	гематурия + белок	гематурия	Кожный (%)	Кожно-суставной (%)	Кожно-абдоминальный (%)	Кожно-суставно-абдоминальный (%)
1	КН n= 25	8 (32)	17(68)	7 (28)	10(40)	3(12)	5(20)	7(28)	10(40)
2	ПГН n= 20	15(75)	5(25)	4(20)	1(5)	-	-	-	-
3	ГВ б/пп n= 25	-	-	-	-	1(4)	12(48)	4(16)	8(32)
	Всего	23 (32,8)	22 (31,4)	11 (15,7)	11 (15,7)	4 (5,7)	17 (24,2)	11 (15,7)	18 (25,7)

Более или менее о полной ремиссии можно говорить, наблюдая мочевой синдром у больных не менее, чем через 2 года от начала.

Первичный острый гломерулонефрит наоборот, в основном начинался с более выраженных симптомов, чаще в сочетании мочевого синдрома с экстраренальными симптомами. Так, в 75% наблюдали острый нефритический, только в 25% - изолированный мочевой синдром. Различия в частоте синдромов между 1 и 2 группами были статистически достоверными ($P<0,001$). Сам характер нефритического синдрома был иной: во всех случаях были отчетливые отеки. В 7 из 10 случаев они сочетались с артериальной гипертензией (до 180/90 - 140 /100). Хотя высокие цифры АД также были кратковременными, умеренная гипертензия продолжалась иногда до 7-14 дней.

Ведущим мочевым синдромом также, как в 1-ой группе была гематурия (макрогематурия в 6 из 10 случаев). Изолированный мочевой синдром, наблюдавшийся лишь у 5 больных, у 1 из них был в виде изолированной гематурии, у 4 - сочетания ее с протеинурией более 1%.

Симптомы васкулита у больных капилляротоксическим нефритом (1 - гр.) представлены в таблице 2.2 в сравнении с 3 - группой. Дебют геморрагического васкулита с последующим развитием нефрита (1 - гр.) и без нефрита (3 - гр.) отличался по симптомам васкулита. У детей 1-ой группы почти одинаковыми были сочетания кожно-суставного, кожно-абдоминального и кожно-суставно-абдоминального синдромов. А при геморрагическом васкулите без нефрита несколько реже наблюдали кожно-абдоминальный синдром.

В этой группе чаще, чем в 1-ой встречалось поражение суставов (48% и 20% соответственно). Более четко отличались эти группы по частоте поражения печени. У больных капилляротоксическим нефритом мы отметили более частое увеличение размеров печени в начальный период болезни (17,5%), нежели при ГВ без нефрита (4%).

Достоверное отличие между группами выявлено по уровню АЛТ, повышение которого в 1-ой группе наблюдалось в 34,3%, а в 3-й всего в 4,7% ($P<0,01$). Анализ крови на HbS Ag был отрицательный и в последующем энзимемия ликвидировалась, что позволяет думать об обусловленности этих изменений активным периодом геморрагического васкулита.

Отличие между 1-ой и 3-й группами выявлено и по большей частоте рецидивов непеченных синдромов: у детей 1-ой группы (с поражением почек). Наиболее часто рецидивировал кожный синдром (12% в 1-ой группе, 4% в 3-й группе, $P<0,01$).

Причем у 60,8% больных КН отмечали более 2 рецидивов (8% в 3-й группе). Редко (4,5% и 0% соответственно) отмечался

рецидив суставного синдрома. Частота рецидивов абдоминального синдрома в двух группах существенно не отличалась (5% в 1-ой группе и 4% в 3-ой группе).

Поражение почек в наших наблюдениях появилось после непеченных симптомов, довольно рано, чаще (33,3%) в течение 1 месяца (из них в половине случаев в первые дни), в 28,5% - через 2 месяца после появления кожного и других симптомов, редко в более поздние сроки.

Хотя допускается возможность предшествования поражения почек другим непеченным синдромам, в наших наблюдениях с острым капилляротоксическим нефритом таких случаев не было.

Наиболее частыми нарушениями как в группе больных капилляротоксическим, так и первичным гломерулонефритом были снижение функции осмотического концентрирования (у 50% и 78,5% соответственно), а также изменения со стороны общего анализа периферической крови в виде нормохромной анемии (по 50% в обеих группах) и повышение СОЭ (55,9% и 78,6% соответственно).

У большинства больных анемия была умеренная (Hb 90-70 г/л), СОЭ в пределах 15-25 мм/час, редко - до 40 мм/час. Несколько более частое снижение функции концентрирования и высокое СОЭ у больных первичным ГН обусловлены частотой у них нефритического синдрома, в то время, как у больных КН эти изменения сочетались с изолированным мочевым синдромом.

Названные лабораторные симптомы, как известно, характеризуют остроту воспалительного процесса, снижение функции концентрирования, отчасти - анемия, преимущественно обусловлены морфологическими изменениями тубулоинтерстициальной ткани почек.

Обсуждение результатов исследования. Если при остром нефротическом синдроме можно предположить остроту и выраженность воспалительного процесса в тубулоинтерстициальной ткани соответственно острым выраженным воспалительным изменением в клубочках почек, выявленные изменения при капилляротоксическом нефрите, где превалировал изолированный мочевой синдром, могут быть свидетельством преимущественного поражения тубулоинтерстициального аппарата и подтверждают положение о вовлечении в процесс при этом заболевании различных структурных элементов нефрона, иногда с превалированием изменений в тубулоинтерстициальной ткани и сосудах над клубочковыми поражениями.

Биохимические исследования выявили азотемию у 25% больных острым КН и у 38,4% острым ГН, также обусловленные острым периодом гломерулонефрита. При этом надо заметить, что

существенного снижения клубочковой фильтрации у больных КН не выявлено, а среди больных ГН у 2 из 7 обследованных в дебюте отмечено умеренное снижение клубочковой фильтрации (54-62 мл/мин).

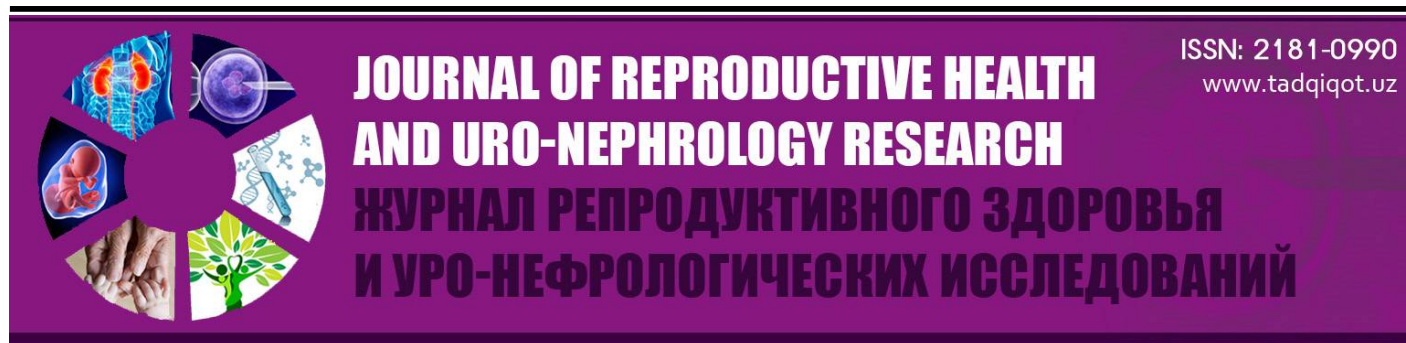
Для дебюта обследованных нами острых нефритов мало характерным симптомом была гипопроотеинемия. Всего у единичных больных выявлено умеренное его снижение (чаще не ниже 51-55 г/л). Это обусловлено выбранным контингентом больных (гематурические нефриты). Только в дебюте у 1 больного КН с выраженным отеочным синдромом, протеинурией была кратковременная гипопроотеинемия.

Чаще отмечали другой симптом - гипоальбуминемию. Диспротеинемия была чаще обусловлена относительным повышением фракции глобулинов.

Выводы. Таким образом, изучение клинико-лабораторных симптомов при капилляротоксическом нефрите показало, что КН развивается чаще у детей старше 7 лет, одинаково часто у мальчиков и девочек. Ранними неблагоприятными прогностическими симптомами КН являются начало болезни с экстраренальных симптомов, сочетание макрогематурии с протеинурией и функциональными нарушениями почек.

Список литературы

1. Автономова О.И. Цитокиновый баланс у больных гломерулонефритом острого и хронического течения // Врач-аспирант. 2014. Т.65. №4. - С. 368-374.
2. Ахмеджанова Н.И., Наджимов Ш.Р., Пирманова Ш.С. Особенности показателей перекисного окисления липидов при хронических гематурических нефритах у детей // Достижения науки и образования, № 12 (53). 2019 г. стр. 56-58.
3. Ахмеджанова Н.И., Юлдашев Б.А., Муродова М.Д., Нарзуллаева Ф.Ф. Основные функционально-диагностические параметры ренокардиального синдрома у детей с хронической болезнью почек // «Фундаментальная наука в современной медицине» Международная научно-практическая онлайн конференция к 90-летию СамМИ. 16 октября 2020 г. Самарканд.
4. Ахмеджанов И.А., Ахмеджанова Н.И., Юлдашев Б.А., Абдурасулов Ф.М. Клинико-иммунологические аспекты хронического тубулоинтерстициального нефрита у детей // Актуальные аспекты медицинской деятельности. Материалы 1 международной научно-практической конф. Киров-Самарканд 2021г. Стр. 259-264.
5. Жизневская И.И. Особенности иммунного статуса у детей с острым и хроническим гломерулопатиями // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2017. - №4. - С. 42-45.
6. Исламов Т.Ш., Ахмеджанов И.А., Ахмеджанова Н.И., Муродова М.Д. Оценка функционального состояния почек при остром гломерулонефрите у детей // Актуальные аспекты медицинской деятельности. Материалы 1 международной научно-практической конф. 21 июня 2021г. Киров-Самарканд 2021г., стр. 290-292.
7. Левицкая Е.С., Батюшин М.М., Сенельник Е.А и др. Риск ремоделирования артерий почек при первичной гломерулопатии // Врач. 2018; 29 (10):63-67.
8. Anand M. IgA-Dominant Acute Postinfectious Glomerulonephritis Presenting as Acute Renal Failure in a Kidney Int. Rep. - 2017.-Vol.2.- №4. P. 766-769.
9. Bai. J. Suppressor of Cytokine Signaling -1/STAT1 Regulates Renal Inflammation in Mesangial Proliferative Glomerulonephritis Models // Front. Immunol.- 2018 Vol.9.- P. 1982.
10. Bomback. A.S. Complement - Mediated Glomerular Diseases: A Tale of 3 Pathways A.S. Bomback. G.S. Markowitz, G.B. Appel // Kidney Int. Rep.2016. № 3. P.148-155.
11. Chade AR. Small vessels, big role: renal microcirculation and progression of renal injury. Hypertension 2017; 69 (4): 551-563. Doi: 10.1161 /HYPERTENSIONAHA. 116.083319.
12. Islamov T.Sh., Akhmedzhanova N.I., Akhmedzhanov I.A. The condition of partial renal function in Acute Glomerulonephritis in children // Journal of Reproductive Health and Uro-Nephrology Research. Special ISSUE 2.1. 2021. p. 299.



УДК 618.2-005.1

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

Доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский государственный стоматологический институт.
Ташкент, Узбекистан.

Абдуллаева Лола Сайфуллаевна

Ассистент
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Судейманова Нодира Жумаевна

Кандидат медицинских наук, доцент
Ташкентский государственный стоматологический институт. Ташкент, Узбекистан.

ПРАКТИЧЕСКИЕ КОНТРАВЕРСИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

For citation: Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdammovna, Abdullaeva Lola Sayfullaevna, Suleymanova Nodira Jumaevna, Practical contraversions in the prevention of postpartum obstetric hemorrhage, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 2. pp.


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6678026>

АННОТАЦИЯ

Акушерские кровотечения, несмотря на внедряемые в мире глобальные меры по их предотвращению, до настоящего времени представляют реальную угрозу для здоровья и жизни матери, требуют поиска более эффективных мер по их профилактики, лечению. Список литературы, на основании которого составлен настоящий обзор, позволит читателю определить вектор поиска современных сведений касательно акушерских кровотечений, сравнить исходы родов с послеродовыми кровотечениями в различных странах, составить представление о прогностически значимых факторах риска.

Ключевые слова: послеродовые кровотечения, материнская смертность, гипотоническое кровотечение, аномалии инвазии плаценты, коагулопатическое кровотечение, профилактика акушерского кровотечения.

Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdammovna

Doctor of Medical Sciences, Professor
Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan

Abdullaeva Lola Sayfullaevna

Assistant Samarkand State Medical university
Samarkand, Uzbekistan

Suleymanova Nodira Jumaevna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

PRACTICAL CONTRAVERSIONS IN THE PREVENTION OF POSTPARTUM OBSTETRIC HEMORRHAGE

ABSTRACT

Obstetric hemorrhages, despite the global measures introduced to prevent them, still represent a real threat to the maternal health and life, and require a search for more effective measures for their prevention and treatment. The list of references which formed the basis for the present review will allow the reader to determine the vector of searching for modern information on obstetric hemorrhages, to compare the outcomes of labor with postpartum hemorrhage in different countries, and to understand the prognostically significant risk factors.

Key words: postpartum hemorrhages, maternal mortality, hypotonic bleeding, placental anomalies, obstetric hemorrhage and coagulation, prevention of obstetric hemorrhage.

Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdammovna

Tibbiyot fanlari doktori, professor
Toshkent davlat stomatologiya instituti, Toshkent, O'zbekiston
Abdullaeva Lola Sayfullaevna

Assistant Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Suleymanova Nodira Jumaevna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Toshkent davlat stomatologiya institute, Toshkent, O'zbekiston

TUG'RUQDAN KEYINGI AKUSHERLIK QON KETISHINING OLDINI OLISHDA AMALIY QARAMA-QARSHILIKLAR

ANNOTATSIYA

Akusherlik qon ketishi, ularning oldini olish bo'yicha dunyoda amalga oshirilayotgan global chora-tadbirlarga qaramay, onaning salomatligi va hayotiga xavf tug'dirmoqda, ularning oldini olish va davolash bo'yicha yanada samarali chora-tadbirlarni izlashni talab qilmoqda. Ushbu sharh asosida tayyorlangan adabiyotlar ro'yxati o'quvchiga akusherlik qoniga oid zamonaviy ma'lumotlarni qidirish vektorini aniqlash, turli mamlakatlarda tug'ruqdan keyingi qon ketish bilan tug'ilish natijalarini taqqoslash, prognostik jihatdan muhim xavf omillari haqida fikr yuritish imkonini beradi.

Kalit so'zlar: tug'ruqdan keyingi qon ketish, onalar o'limi, gipotonik qon ketish, platsenta invaziyasi anomaliyalari, koagulopatik qon ketish, akusherlik qon ketishining oldini olish.

Актуальность. Несмотря на значительный прорыв акушерской науки и практики во второй половине 20 века и начавшемся 21 веке внедрение инновационных методов, бурное развитие фармакологической индустрии, одной из наиболее актуальных продолжает оставаться проблема акушерских кровотечений [1]. Из 550-600 тысяч материнских смертей каждая третья женщина умирает от акушерского кровотечения [2, 3, 4]. Кровотечение находится на ведущих позициях среди так называемой «большой пятёрки» («big five») причин материнской смертности. При этом причина массивного акушерского кровотечения почти в 50% случаев приходится на послеродовую гипотонию матки. Главными причинами развития гипо- и атонических кровотечений может быть недостаточность ретракции миометрия и тромбообразования в сосудах плацентарной площадки, имеющей от 150 до 200 спиральных артерий. Маслякова Г.Н. (2014), в гистологических исследованиях маток, удаленных по поводу гипотонических послеродовых кровотечений неясного генеза показала, что матка не способна достаточно сократиться при опухолях, перерастаении из-за многоплодия, многоводия, крупного плода. Считается, что нарушение сократительной функции матки связано с перерастаением и "истощением" сократительной способности миометрия [5, 6]. При этом, остаются недостаточно изученными морфо-структурные изменения, происходящие в стенке матки при многоводии. Последние десятилетия знаменательны повсеместным увеличением частоты многоплодной беременности, что связано с расширением внедрения вспомогательных репродуктивных технологий, гормональных методов лечения бесплодия, связанных со стимуляцией овуляции. Частота многоплодия колеблется по данным разных исследователей в пределах 1.4 - 3% и имеет тенденцию увеличению в течение последних 30 лет. Процент осложнений при многоплодной беременности настолько велик, что большинство исследователей рассматривают ее как патологическую. Материнская

смертность при многоплодной беременности, в целом, в 2,5 раза выше, чем при одноплодной (7). Макросомия - также одна из причин перерастаения матки, способствующая развитию гипотонических кровотечений.

В этой связи целью исследования явилось: совершенствование способов профилактики послеродовых атонических кровотечений с учётом определения степени риска их развития.

Для выполнения поставленной цели нами проанализированы 21861 историй родов за период 2015-2018 годы женщин, родоразрешенных в родильном доме №2 г.Самарканда. Для ретроспективного анализа были отобраны 342 истории родов женщин с синдромом перерастаения матки. Таким образом, частота данного синдрома составила 2,0 % от общего пула родов. Из числа ретроспективной группы 39 были с многоводием (11,4%), 84 с крупным плодом (23,6 %). Основную группу составили роженицы с многоплодием – 219 женщин (64%). Проспективные исследования были проведены среди 145 беременных и рожениц с синдромом перерастаения матки, у которых были оценены факторы и степень риска послеродового гипотонического кровотечения до начала или в первом периоде родов. Контролем служили параметры 50 женщин с физиологическим течением беременности и родов. В комплекс обследования были включены традиционные методы клинического, лабораторного обследования и инструментальные методы исследования в рамках действующих клинических протоколов в акушерстве, утвержденных министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Оценка факторов риска и способов профилактики послеродовых гипотонических кровотечений.

После поступления в стационар и полного клинико-лабораторного, акушерского обследования и исследования по методам функциональной диагностики у каждой беременной до начала родов или в первом периоде родов были индивидуально оценены в баллах факторы риска послеродового кровотечения и все роженицы были разделены на три группы (таблица 1).

Таблица 1.

Распределение исследованных родильниц по степени риска гипотонического кровотечения

Группы риска (n=145)	Средние оценки в баллах	Способ родоразрешения	Способ профилактики кровотечения
1 группа низкого риска (n=26)	3,9±0,8	Через естественные родовые пути	Медикаментозная профилактика с применением Окситоцина и Метилэргометрина
2 группа среднего риска (n=51)	9,7±3,4	Через естественные родовые пути	Медикаментозная профилактика с применением Пабола
3 группа высокого риска (n=68)	28,3±2,9	Операция кесарева сечения	Деваскуляризация матки путем перевязки трех пар сосудов

После тщательного ретроспективного анализа течения беременности и родов 342 женщин с синдромом перерастаения матки (многоплодием, многоводием и макросомией плода) нами были выделены 16 основных факторов риска, являющиеся по

отдельности или в совокупности предикторами развития кровотечения. Была проведена оценка этих факторов в баллах. Размах составлял от 0 до 2 баллов. Расчет степени риска

гипотонического кровотечения в послеродовом периоде проводился по сумме баллов следующим образом:

0-5 баллов – низкая степень риска послеродового гипотонического кровотечения

6-15 баллов – средняя степень риска послеродового гипотонического кровотечения

16-32 баллов – высокая степень риска гипотонического кровотечения.

Все беременные основной группы были разделены на 3 группы по степени риска с целью решения вопроса о способах родоразрешения и способах профилактики кровотечений. В первую группу вошли 26 рожениц, у которых степень риска на гипотоническое кровотечение была оценена как низкая и в среднем составила $3,9 \pm 0,8$ балла. 12 из них (46,1%) имели макросомию единственного плода. При этом предполагаемый вес их плодов колебался от 4100,0 до 4600,0 грамм. Другими факторами риска были: анемия средней тяжести у всех, параметры умеренного снижения числа тромбоцитов, преэклампсия легкой степени у 9, послеродовое кровотечение при предыдущих родах у 3 рожениц. Вторую группу составили 51 роженица, у которых риск был оценен как средний и составил $9,7 \pm 3,4$ баллов. Среди пациенток второй группы 28 были двойней (54,9%), 11 с многоводием (21,6%) и 12 – с макросомией плода (23,5%). При этом сроки беременности у 22 родильниц с многоплодием колебались от 30 до 36 недель, а в 6 случаях двойни суммарные массы плодов не превышали 5500,0 гр. Вес плодов при макросомии колебался от 4250,0 до 4500,0 грамм. Случаи многоводия квалифицировались как умеренное у 8 (до 2,5 литров) и выраженное острое – у 3 (более 3 литров). Среди других факторов риска были отмечены: анемия средней и тяжелой степени (у 32 женщин), снижение показателей про- и антикоагулянтной систем, снижение количества тромбоцитов. Тяжелая преэклампсия, поддающаяся лечению, имела место в 27 случаях (52,9%). Акушерских показаний для абдоминального родоразрешения у данной группы рожениц не было, в связи с чем решено было проводить родоразрешение *per vias naturalis* с проведением мероприятий по профилактике послеродового кровотечения. 3 группу составили 68 рожениц, у которых наряду с перечисленными выше акушерскими показаниями была установлена высокая степень риска послеродового кровотечения по совокупности факторов, оцененных от 19 до 32 баллов. У всех пациенток данной группы наряду с высоким риском акушерского кровотечения были показания для оперативного родоразрешения в плановом (52,7%) или экстренном порядке (47,3%).

В родах женщин с риском на гипотоническое послеродовое кровотечение были применены различные способы профилактики. При родоразрешении через естественные родовые пути применялось активное ведение третьего периода родов и медикаментозная профилактика. При оперативном родоразрешении – хирургическая деваскуляризация матки путем перевязки трёх пар сосудов. Всем пациенткам устанавливался внутривенный катетер и роды велись «с иглой в вену».

В группе рожениц с легкой степенью риска на послеродовое атоническое кровотечение при обязательном активном ведении третьего периода родов дополнительно вводили 2 мл. (10 Ед.) Окситоцина в момент рождения плечиков. При необходимости продолжали в/в капельное введение 1 мл (5 Ед.) Окситоцина на 200 мл. физиологического раствора в послеродовом периоде. В 4 случаях на фоне умеренного перерастяжения матки у рожениц без гипертензивного синдрома после активного ведения з периода родов с 1 мл. Окситоцина, сразу после рождения плаценты было произведено болюсное в/м введение Метилэргометрина в дозе 0,2 мг. Среди родильниц второй группы – средней степени риска на АК также была использована медикаментозная профилактика с применением Карбетоцина (Пабал, 1 мл.-100 мкг.) болюсным в/м введением. Во время операции кесарева сечения после извлечения плода/плодов проводилось в/в медленное введение 1 мл. (5 Ед.) на 10мл. физиологического раствора и параллельно с этим проводилась деваскуляризация матки путём перевязки синтетическими рассасывающимися швами трёх пар сосудов: круглых маточных связок (lig. Rotundum), яичниковых артерий (a.

Ovarica) и маточных артерий (a. Uterina). Перевязка сосудов осуществлялась на двух уровнях: первый – на 1,5-2 см. выше операционной раны матки в проекции маточных сосудов пучков с захватом круглой маточной связки и тканей миометрия, не проникая в полость матки. Второй шов накладывался в проекции маточных углов с захватом собственной связки яичника и маточной трубы. Швы накладывались на обе стороны. Визуально – сразу же после перевязки сосудов и введения утеротоника отмечалась хорошая контракция матки и видимое уменьшение послеоперационного кровотечения. Последующие этапы операции проводились в штатном режиме, предусмотренном стандартами. Одновременно с введением утеротоников, в 70% наших наблюдений при диагностированных до родов коагуляционных нарушениях было применено в/в капельное введение транексамовой кислоты в дозе 10 мкг/кг веса. При медикаментозной профилактике ПГК с применением Окситоцина в 8 случаях отмечалось побочное действие в виде тошноты и однократной рвоты, у 2 родильниц отмечалось повышение АД до 150/100- 160/100 мм. рт. ст. на фоне преэклампсии. Этим пациенткам была усилена гипотензивная терапия. Побочных явлений при использовании Карбетоцина не наблюдалось. Эффективность профилактического воздействия медикаментозной профилактики оценивалась по степени сокращения матки в раннем послеродовом периоде и объему кровопотери. У всех родильниц отмечалась выраженная контракция матки, уменьшение размеров, плотность, четкость контуров. 4 роженицам из первой группы и 5 из второй группы было ручное обследование полости матки в связи с подозрением на неполноценность плаценты или плодовых оболочек. 6 роженицам с крупным плодом в родах произведена эпизиотомия с последующей эпизиографией. У 4 пациенток имели место трещины или разрывы 1 степени промежности и влагалища. Величина кровопотери в последовом периоде и первые 2 часа после родов составила в среднем по первой группе $302,5 \pm 44,6$ мл. При применении Карбетоцина – $260,8 \pm 54,7$ мл. Средняя кровопотеря во время кесарева сечения с применением утеротоников и деваскуляризацией матки составила $336,2 \pm 99,4$ мл. Для сравнения напомним, что по данным ретроспективного анализа родов женщин с синдромом перерастяжения матки без применения профилактических мероприятий кровопотеря составила в среднем $599,13 \pm 214,35$. Таким образом, использованные нами медикаментозные и хирургические мероприятия по профилактике гипотонических кровотечений привели почти к двукратному снижению кровопотери в родах и раннем послеродовом периоде у женщин с синдромом перерастяжения матки.

Анализ течения послеродового и послеоперационного периода родильниц, которым были применены различные меры профилактики кровотечения в зависимости от индивидуальной степени риска ПГК, показал, что серьёзных осложнений у них не наблюдалось. Лишь в 6 случаях были признаки субинволюции матки без воспалительного процесса. Длительность пребывания в акушерском комплексе после естественных родов составила $5,3 \pm 1,2$ дней, а после кесарева сечения с перевязкой магистральных сосудов – $6,1 \pm 1,5$ дня, что в 1,3 раза меньше пребывания женщин ретроспективной группы. С целью выявления состояния маточного кровотока после перевязки магистральных сосудов нами проведено доплерометрическое исследование кровотока в сосудах матки 22 родильниц на 3 и 5 сутки после кесарева сечения. Результаты свидетельствуют об атравматичности перевязки маточных сосудов и отсутствии ишемии органа. Анализ показал, что выраженной ишемии после деваскуляризации матки не наблюдается и кровоток в динамике улучшается. Все это способствует полноценному функционированию органа в будущем.

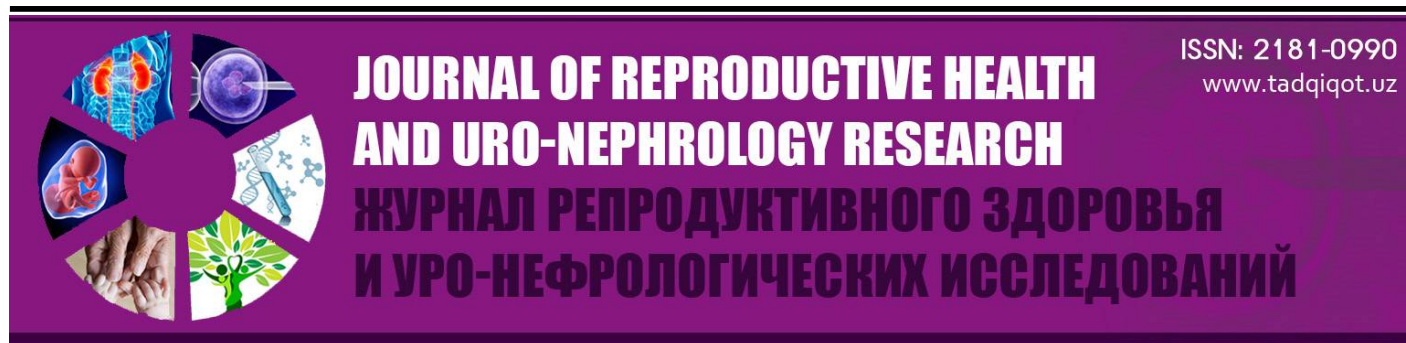
Таким образом, представленные данные свидетельствуют о необходимости до начала родовой деятельности или хотя бы с началом родов проводить оценку факторов и степени риска возможного послеродового гипотонического кровотечения среди женщин с синдромом перерастяжения матки. Разработанная нами прогностическая шкала позволяет индивидуально оценить и

дифференцировать беременных с данным синдромом с целью разработки плана родов и выбора способа профилактики кровотечения. Примененные в трех подгруппах способы медикаментозной и хирургической профилактики привели почти к двукратному снижению объема послеродовой кровопотери. Также уменьшается время пребывания в стационаре. В то же время, деваскуляризация матки во время проведения операции кесарева сечения не приводит к ишемии органа, кровоток в нем

постепенно полностью восстанавливается, не нарушая в последующем менструальную и репродуктивную функцию органа. Экономическая эффективность предлагаемого способа прогнозирования и профилактики послеродовых гипотонических кровотечений у беременных с синдромом перерастяжения матки налицо и связана со снижением затрат на более длительное пребывание в стационаре и борьбе с кровотечением.

Список литературы:

1. Абдурахманова Р.К. Прогнозирование акушерских кровотечений при беременности крупным плодом // Тр. VIII съезда акушеров-гинекологов Казахстана: Тез. докл. – Алматы, 2018. - С. 16.
2. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М., ред. Акушерство: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2013. - С. 436-463.
3. Азизова Г.Д. Нажмутдинова Д.К. и соавт. Проблема оздоровления и охрана репродуктивного здоровья женщин // Узбекистан, 2016. – С. 5
4. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2015. - 1080 .
5. Курцер М.А., Кутакова Ю.Ю., Бреслав И.Ю. Массивные акушерские кровотечения. Современные подходы к диагностике и лечению // Плод и новорожденный как пациенты. - СПб.: ИД «Петрополис», 2015. - С. 1033-1049.
6. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Кутакова Ю.Ю. Гипотонические послеродовые кровотечения. Использование перевязки внутренних подвздошных и эмболизации маточных артерий в раннем послеродовом периоде // Акуш. и гин. - 2017. - №7. - С. 10.
7. Радзинский В.Е., Жуковский Я.Г., Оленева Т.В. Лечение гипотонических маточных кровотечений. Новая технология старого методы // Акушерство и гинекология. – 2015. - №1. – С. 13.



УДК 618.2-005.1.1

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

Доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский государственный стоматологический институт.
Ташкент, Узбекистан.

Абдуллаева Лола Сайфуллаевна


Ассистент
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Сулейманова Нодира Жумаевна

Кандидат медицинских наук, доцент
Ташкентский государственный стоматологический институт.
Ташкент, Узбекистан.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕРЕРАСТЯЖЕНИЯ МАТКИ В ПЕРСОНИФИКАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

For citation: Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdammovna, Abdullaeva Lola Sayfullaevna, Suleymanova Nodira Jumaevna, The value of predicting postpartum hemorrhage in the syndrome of uterine overstretching in the personification of preventive measures, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 2. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6678074>

АННОТАЦИЯ

Проблема развития многоводия является актуальной в связи с возникающими при этом осложнениями беременности и родов, как для матери, так и для плода. Одним из наиболее опасных осложнений являются гипотонические кровотечения в послеродовом периоде, влекущие за собой увеличение материнской заболеваемости и смертности. Среди причин кровотечений многоводие, частота которого достигает 1–8% от общего пула беременных, занимает одну из ведущих позиций. Целью исследования явилось изучение особенностей клиники и морфологической структуры стенки матки при многоводии различной степени тяжести. Всё это диктует необходимость совершенствования способов профилактики гипотонических послеродовых кровотечений у женщин с многоводием.

Ключевые слова: послеродовые кровотечения, материнская смертность, гипотоническое кровотечение, аномалии инвазии плаценты, коагулопатическое кровотечение, профилактика акушерского кровотечения.

Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdammovna

Doctor of Medical Sciences, Professor
Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan

Abdullaeva Lola Sayfullaevna

Assistant
Samarkand State Medical university
Samarkand, Uzbekistan

Suleymanova Nodira Jumaevna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan

THE VALUE OF PREDICTING POSTPARTUM HEMORRHAGE IN THE SYNDROME OF UTERINE OVERSTRETCHING IN THE PERSONIFICATION OF PREVENTIVE MEASURES

ABSTRACT

The problem of the development of polyhydramnios is relevant in connection with the complications of pregnancy and childbirth, both for the mother and for the fetus. One of the most dangerous complications is hypotonic bleeding in the postpartum period, which leads to an increase in maternal morbidity and mortality. Among the causes of bleeding, polyhydramnios, the frequency of which reaches 1–8% of the total pool of pregnant women, occupies one of the leading positions. The aim of the study was to study the features of the clinic and the morphological structure of the uterine wall in polyhydramnios of varying severity. All this dictates the need to improve ways to prevent hypotonic postpartum bleeding in women with polyhydramnios.

Key words: postpartum hemorrhages, maternal mortality, hypotonic bleeding, placental anomalies, obstetric hemorrhage and coagulation, prevention of obstetric hemorrhage

Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdamovna

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Abdullaeva Lola Sayfullaevna

Assistant Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Suleymanova Nodira Jumaevna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

TUG'RUQDAN KEYINGI AKUSHERLIK QON KETISHINING OLDINI OLISHDA AMALIY QARAMA-QARSHILIKLAR

ANNOTATSIYA

Ko'psuvlilik rivojlanish muammosi homiladorlik va tug'ilish ning ona va homila uchun yuzaga keladigan asoratlari bilan bog'liq. Eng xavfli asoratlardan biri tug'ruqdan keyingi davrda gipotonik qon ketishdir, bu esa onaning kasalligi va o'lim darajasining oshishiga olib keladi. Qon ketishining sabablari orasida homilador ayollarning umumiy sonidan 1–8% o'rnini ko'psuvlilik egallaydi. Tadqiqot maqsadi klinikaning o'ziga xos xususiyatlarini va turli darajadagi ko'psuvlilik bilan bachadon devorining morfologik tuzilishini o'rganishdir. Bularning barchasi ko'psuvlilik homilador ayollarda gipotonik tug'ruqdan keyin qon ketishining oldini olish usullarini takomillashtirish zarurligini ta'kidlaydi.

Kalit so'zlar: tug'ruqdan keyingi qon ketish, onalar o'limi, gipotonik qon ketish, platsenta invaziyasi anomaliyalari, koagulopatik qon ketish, akusherlik qon ketishining oldini olish.

Актуальность. Несмотря на значительный прорыв акушерской науки и практики во второй половине 20 века и начавшемся 21 веке внедрение инновационных методов, бурное развитие фармакологической индустрии, одной из наиболее актуальных продолжает оставаться проблема акушерских кровотечений [1]. Из 550-600 тысяч материнских смертей каждая третья женщина умирает от акушерского кровотечения [2, 3, 4]. Кровотечение находится на ведущих позициях среди так называемой «большой пятерки» («big five») причин материнской смертности. При этом причина массивного акушерского кровотечения почти в 50% случаев приходится на послеродовую гипотонию матки. Главными причинами развития гипо- и атонических кровотечений может быть недостаточность ретракции миометрия и тромбообразования в сосудах плацентарной площадки, имеющей от 150 до 200 спиральных артерий. Маслякова Г.Н. (2014), в гистологических исследованиях маток, удаленных по поводу гипотонических послеродовых кровотечений неясного генеза показала, что матка не способна достаточно сократиться при опухолях, перерастяжении из-за многоплодия, многоводия, крупного плода. Считается, что нарушение сократительной функции матки связано с перерастяжением и "истощением" сократительной способности миометрия [5, 6]. При этом, остаются недостаточно изученными морфо-структурные изменения, происходящие в стенке матки при многоводии. Последние десятилетия знаменательны повсеместным увеличением частоты многоплодной беременности, что связано с расширением внедрения вспомогательных репродуктивных технологий, гормональных методов лечения бесплодия, связанных со стимуляцией овуляции. Частота многоплодия колеблется по данным разных исследователей в пределах 1.4 - 3% и имеет тенденцию увеличению в течение последних 30 лет. Процент осложнений при многоплодной беременности настолько велик, что большинство исследователей расценивают ее как патологическую. Материнская

смертность при многоплодной беременности, в целом, в 2,5 раза выше, чем при одноплодной (7). Макросомия - также одна из причин перерастяжения матки, способствующая развитию гипотонических кровотечений.

В этой связи целью исследования явилось: совершенствование способов профилактики послеродовых атонических кровотечений с учетом определения степени риска их развития.

Для выполнения поставленной цели нами проанализированы 21861 историй родов за период 2015-2018 годы женщин, родоразрешенных в родильном доме №2 г.Самарканда. Для ретроспективного анализа были отобраны 342 истории родов женщин с синдромом перерастяжения матки. Таким образом, частота данного синдрома составила 2,0 % от общего пула родов. Из числа ретроспективной группы 39 были с многоводием (11,4%), 84 с крупным плодом (23,6 %). Основную группу составили роженицы с многоплодием – 219 женщин (64%). Проспективные исследования были проведены среди 145 беременных и рожениц с синдромом перерастяжения матки, у которых были оценены факторы и степень риска послеродового гипотонического кровотечения до начала или в первом периоде родов. Контролем служили параметры 50 женщин с физиологическим течением беременности и родов. В комплекс обследования были включены традиционные методы клинического, лабораторного обследования и инструментальные методы исследования в рамках действующих клинических протоколов в акушерстве, утвержденных министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Оценка факторов риска и способов профилактики послеродовых гипотонических кровотечений.

После поступления в стационар и полного клинико-лабораторного, акушерского обследования и исследования по методам функциональной диагностики у каждой беременной до начала родов или в первом периоде родов были индивидуально оценены в баллах факторы риска послеродового кровотечения и все роженицы были разделены на три группы (таблица 1).

Таблица 1.

Распределение исследованных родильниц по степени риска гипотонического кровотечения

Группы риска (n=145)	Средние оценки в баллах	Способ родоразрешения	Способ профилактики кровотечения
1 группа низкого риска (n=26)	3,9±0,8	Через естественные родовые пути	Медикаментозная профилактика с применением Окситоцина и Метилэргометрина

2 группа среднего риска (n=51)	9,7±3,4	Через естественные родовые пути	Медикаментозная профилактика с применением Пабала
3 группа высокого риска (n=68)	28,3±2,9	Операция кесарева сечения	Деваскуляризация матки путем перевязки трех пар сосудов

После тщательного ретроспективного анализа течения беременности и родов 342 женщин с синдромом перерастяжения матки (многоплодием, многоводием и макросомией плода) нами были выделены 16 основных факторов риска, являющиеся по отдельности или в совокупности предикторами развития кровотечения. Была проведена оценка этих факторов в баллах. Размах составлял от 0 до 2 баллов. Расчет степени риска гипотонического кровотечения в послеродовом периоде проводился по сумме баллов следующим образом:

0-5 баллов – низкая степень риска послеродового гипотонического кровотечения

6-15 баллов – средняя степень риска послеродового гипотонического кровотечения

16-32 баллов – высокая степень риска гипотонического кровотечения.

Все беременные основной группы были разделены на 3 группы по степени риска с целью решения вопроса о способах родоразрешения и способах профилактики кровотечений. В первую группу вошли 26 рожениц, у которых степень риска на гипотоническое кровотечение была оценена как низкая и в среднем составила 3,9±0,8 балла. 12 из них (46,1%) имели макросомию единственного плода. При этом предполагаемый вес их плодов колебался от 4100,0 до 4600,0 грамм. Другими факторами риска были: анемия средней тяжести у всех, параметры умеренного снижения числа тромбоцитов, преэклампсия легкой степени у 9, послеродовое кровотечение при предыдущих родах у 3 рожениц. Вторую группу составили 51 роженица, у которых риск был оценен как средний и составил 9,7±3,4 баллов. Среди пациенток второй группы 28 были двойней (54,9%), 11 с многоводием (21,6%) и 12 – с макросомией плода (23,5%). При этом сроки беременности у 22 родильниц с многоплодием колебались от 30 до 36 недель, а в 6 случаях двойни суммарные массы плодов не превышали 5500,0 гр. Вес плодов при макросомии колебался от 4250,0 до 4500,0 грамм. Случаи многоводия квалифицировались как умеренное у 8 (до 2,5 литров) и выраженное острое – у 3 (более 3 литров). Среди других факторов риска были отмечены: анемия средней и тяжелой степени (у 32 женщин), снижение показателей про- и антикоагулянтной систем, снижение количества тромбоцитов. Тяжелая преэклампсия, поддающаяся лечению, имела место в 27 случаях (52,9%). Акушерских показаний для абдоминального родоразрешения у данной группы рожениц не было, в связи с чем решено было проводить родоразрешение per vias naturalis с проведением мероприятий по профилактике послеродового кровотечения. 3 группу составили 68 рожениц, у которых наряду с перечисленными выше акушерскими показаниями была установлена высокая степень риска послеродового кровотечения по совокупности факторов, оцененных от 19 до 32 баллов. У всех пациенток данной группы наряду с высоким риском акушерского кровотечения были показания для оперативного родоразрешения в плановом (52,7%) или экстренном порядке (47,3%).

В родах женщин с риском на гипотоническое послеродовое кровотечение были применены различные способы профилактики. При родоразрешении через естественные родовые пути применялось активное ведение третьего периода родов и медикаментозная профилактика. При оперативном родоразрешении – хирургическая деваскуляризация матки путем перевязки трех пар сосудов. Всем пациенткам устанавливался внутривенный катетер и роды велись «с иглой в вену».

В группе рожениц с легкой степенью риска на послеродовое атоническое кровотечение при обязательном активном ведении третьего периода родов дополнительно вводили 2 мл. (10 Ед.) Окситоцина в момент рождения плечиков. При необходимости продолжали в/в капельное введение 1 мл (5 Ед.) Окситоцина на 200

мл. физиологического раствора в послеродовом периоде. В 4 случаях на фоне умеренного перерастяжения матки у рожениц без гипертензивного синдрома после активного ведения 3 периода родов с 1 мл. Окситоцина, сразу после рождения плаценты было произведено болюсное в/м введение Метилэргометрина в дозе 0,2 мг. Среди родильниц второй группы – средней степени риска на АК также была использована медикаментозная профилактика с применением Карбетоцина (Пабал, 1 мл.-100 мкг.) болюсным в/м введением. Во время операции кесарева сечения после извлечения плода/плодов проводилось в/в медленное введение 1 мл. (5 Ед.) на 10мл. физиологического раствора и параллельно с этим проводилась деваскуляризация матки путём перевязки синтетическими рассасывающимися швами трёх пар сосудов: круглых маточных связок (lig. Rotundum), яичниковых артерий (а. Ovarica) и маточных артерий (а. Uterina). Перевязка сосудов осуществлялась на двух уровнях: первый – на 1,5-2 см. выше операционной раны матки в проекции маточных сосудистых пучков с захватом круглой маточной связки и тканей миометрия, не проникая в полость матки. Второй шов накладывался в проекции маточных углов с захватом собственной связки яичника и маточной трубы. Швы накладывались на обе стороны. Визуально – сразу же после перевязки сосудов и введения утеротоника отмечалась хорошая контракция матки и видимое уменьшение послеоперационного кровотечения. Последующие этапы операции проводились в штатном режиме, предусмотренном стандартами. Одновременно с введением утеротоников, в 70% наших наблюдений при диагностированных до родов коагуляционных нарушениях было применено в/в капельное введение транексамовой кислоты в дозе 10 мкг/кг веса. При медикаментозной профилактике ПГК с применением Окситоцина в 8 случаях отмечалось побочное действие в виде тошноты и однократной рвоты, у 2 родильниц отмечалось повышение АД до 150/100- 160/100 мм. рт. ст. на фоне преэклампсии. Этим пациенткам была усилена гипотензивная терапия. Побочных явлений при использовании Карбетоцина не наблюдалось. Эффективность профилактического воздействия медикаментозной профилактики оценивалась по степени сокращения матки в раннем послеродовом периоде и объему кровопотери. У всех родильниц отмечалась выраженная контракция матки, уменьшение размеров, плотность, четкость контуров. 4 роженицам из первой группы и 5 из второй группы было ручное обследование полости матки в связи с подозрением на неполноценность плаценты или плодовых оболочек. 6 роженицам с крупным плодом в родах произведена эпизиотомия с последующей эпизиофией. У 4 пациенток имели место трещины или разрывы 1 степени промежности и влагалища. Величина кровопотери в послеродовом периоде и первые 2 часа после родов составила в среднем по первой группе 302,5± 44,6 мл. При применении Карбетоцина- 260,8± 54,7 мл. Средняя кровопотеря во время кесарева сечения с применением утеротоников и деваскуляризацией матки составила 336,2± 99,4 мл. Для сравнения напомним, что по данным ретроспективного анализа родов женщин с синдромом перерастяжения матки без применения профилактических мероприятий кровопотеря составила в среднем 599,13±214,35. Таким образом, использованные нами медикаментозные и хирургические мероприятия по профилактике гипотонических кровотечений привели почти к двукратному снижению кровопотери в родах и раннем послеродовом периоде у женщин с синдромом перерастяжения матки.

Анализ течения послеродового и послеоперационного периода родильниц, которым были применены различные меры профилактики кровотечения в зависимости от индивидуальной степени риска ПГК, показал, что серьезных осложнений у них не

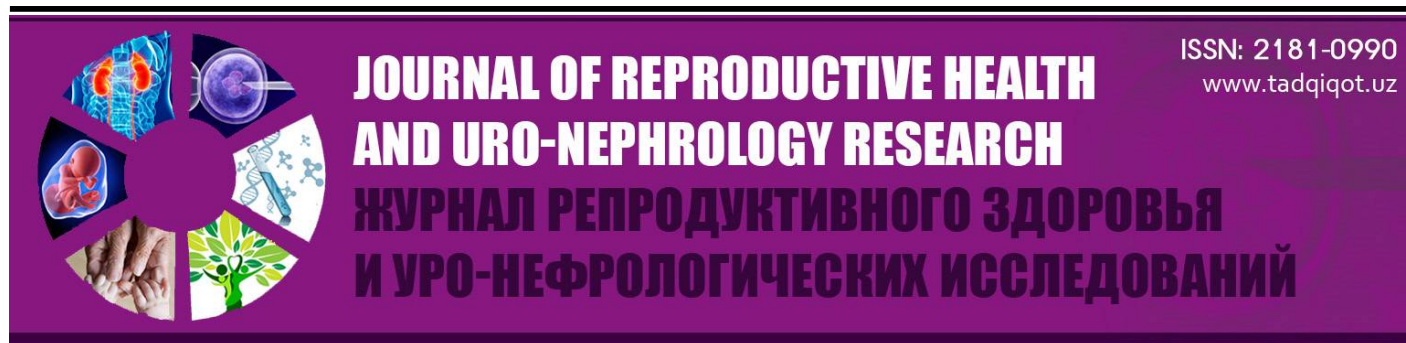
наблюдалось. Лишь в 6 случаях были признаки субинволюции матки без воспалительного процесса. Длительность пребывания в акушерском комплексе после естественных родов составила $5,3 \pm 1,2$ дней, а после кесарева сечения с перевязкой магистральных сосудов - $6,1 \pm 1,5$ дня, что в 1,3 раза меньше пребывания женщин ретроспективной группы. С целью выявления состояния маточного кровотока после перевязки магистральных сосудов нами проведено доплерометрическое исследование кровотока в сосудах матки 22 родильниц на 3 и 5 сутки после кесарева сечения. Результаты свидетельствуют об атравматичности перевязки маточных сосудов и отсутствии ишемии органа. Анализ показал, что выраженной ишемии после деваскуляризации матки не наблюдается и кровоток в динамике улучшается. Все это способствует полноценному функционированию органа в будущем.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о необходимости до начала родовой деятельности или хотя бы с началом родов проводить оценку факторов и степени риска

возможного послеродового гипотонического кровотечения среди женщин с синдромом перерастяжения матки. Разработанная нами прогностическая шкала позволяет индивидуально оценить и дифференцировать беременных с данным синдромом с целью разработки плана родов и выбора способа профилактики кровотечения. Примененные в трех подгруппах способы медикаментозной и хирургической профилактики привели почти к двукратному снижению объема послеродовой кровопотери. Также уменьшается время пребывания в стационаре. В то же время, деваскуляризация матки во время проведения операции кесарева сечения не приводит к ишемии органа, кровоток в нем постепенно полностью восстанавливается, не нарушая в последующем менструальную и репродуктивную функцию органа. Экономическая эффективность предлагаемого способа прогнозирования и профилактики послеродовых гипотонических кровотечений у беременных с синдромом перерастяжения матки налицо и связана со снижением затрат на более длительное пребывание в стационаре и борьбе с кровотечением.

Список литературы:

1. Абдурахманова Р.К. Прогнозирование акушерских кровотечений при беременности крупным плодом // Тр. VIII съезда акушеров-гинекологов Казахстана: Тез. докл. – Алматы, 2018. - С. 16.
2. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М., ред. Акушерство: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2013. - С. 436-463.
3. Азизова Г.Д. Нажмутдинова Д.К. и соавт. Проблема оздоровления и охрана репродуктивного здоровья женщин // Узбекистан, 2016. – С. 5
4. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2015. - 1080 .
5. Курцер М.А., Кутакова Ю.Ю., Бреслав И.Ю. Массивные акушерские кровотечения. Современные подходы к диагностике и лечению // Плод и новорожденный как пациенты. - СПб.: ИД «Петрополис», 2015. - С. 1033-1049.
6. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Кутакова Ю.Ю. Гипотонические послеродовые кровотечения. Использование перевязки внутренних подвздошных и эмболизации маточных артерий в раннем послеродовом периоде // Акуш. и гин. - 2017. - №7. - С. 10.
7. Радзинский В.Е., Жуковский Я.Г., Оленева Т.В. Лечение гипотонических маточных кровотечений. Новая технология старого методы // Акушерство и гинекология. – 2015. - №1. – С. 13.



УДК: 616.053.61-019

Сайфиев Хуршед Хушвактович

Резидент магистратуры

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан.

Ахмеджанов Исmoil Ахмеджанович

доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук, доцент

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

For citation: Sayfiev Khurshed Khushvaktovich, Axmedjanov Ismoil Axmedjanovich, Axmedjanova Nargiza Ismailovna, Modern approach to the therapy of acute pyelonephritis in children, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 2. pp.

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6678135>**АННОТАЦИЯ**

Целью работы была попытка оценить влияние региональной лимфатической антибиотикотерапии (РЛАТ) на некоторые показатели функционального состояния почек при остром пиелонефрите развившемся на фоне дисметаболической нефропатии (ДМН). Проведено обследование 60 детей, больных острым пиелонефритом (ОП), в возрасте от 8 до 15 лет. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения. Сравнительная оценка результатов исследования функционального состояния почек проведённых после лечения, у детей с ОП в зависимости от способа лечения показала большую эффективность РЛАТ по сравнению с остальными методами терапии.

Ключевые слова: функциональное состояние почек, региональная лимфатическая антибиотикотерапия.

Sayfiev Khurshed Khushvaktovich

Master Resident

Samarkand State Medical university

Samarkand, Uzbekistan

Axmedjanov Ismoil Axmedjanovich

Doctor of Medical Sciences, Professor

Samarkand State Medical university

Samarkand, Uzbekistan

Axmedjanova Nargiza Ismailovna

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

Samarkand State Medical university

Samarkand, Uzbekistan

MODERN APPROACH TO THE THERAPY OF ACUTE PYELONEPHRITIS IN CHILDREN**ABSTRACT**

The aim of the work was an attempt to evaluate the effect of regional lymphatic antibiotic therapy (RLAT) on some indicators of the functional state of the kidneys in acute pyelonephritis that developed against the background of dysmetabolic nephropathy (DMN). A survey of 60 children with acute pyelonephritis (AP), aged 8 to 15 years, was carried out. The patients were divided into 2 groups depending on the method of treatment. A comparative evaluation of the results of a study of the functional state of the kidneys conducted after treatment in children with OP, depending on the method of treatment, showed a greater effectiveness of RLAT compared to other methods of therapy.

Key words: functional state of the kidneys, regional lymphatic antibiotic therapy.

Sayfiev Khurshed Khushvaktovich

Magistratura rezidenti

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston
Axmedjanov Ismoil Axmedjanovich
 Tibbiyot fanlari doktori, professor
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti
 Samarqand, O'zbekiston
Axmedjanova Nargiza Ismailovna
 Tibbiyot fanlari doktori, dotsent
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti
 Samarqand, O'zbekiston

BOLALARDA UTKIR PIELONEFRITNI DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV

ANNOTATSIYA

Ishning maqsadi dismetabolik nefropatiya (DMN) fonida rivojlangan o'tkir pielonefritda buyraklarning funktsional holatining ayrim ko'rsatkichlariga regional limfotrop antibiotikoterapiyasini (RLAT) ta'sirini baholashga urinish edi. 8 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan o'tkir pielonefrit (O'P) bilan og'rigan 60 nafar bolalar tekshirildi. Bemorlar davolash usuliga qarab 2 guruhga bo'lingan. O'P bilan og'rigan bolalarda davolashdan keyin buyraklarning funktsional holatini o'rganish natijalarini qiyosiy baholash va davolash usuliga qarab, boshqa terapiya usullariga nisbatan RLAT ning yuqori samaradorligini ko'rsatdi.

Kalit so'zlar: o'tkir pielonefrit, regional limfotrop antibiotikoterapiyasi

В последние десятилетия значительно возросла доля маломанифестных и латентных форм течения ренальной инфекции, протекающей на фоне врожденных аномалий органов мочевой системы (ОМС), дисметаболической нефропатии (ДМН), что требует индивидуальных подходов к диагностике и ведению таких больных [5, 6]. У пациентов с вторичным острым пиелонефритом (ХП) сохраняется высокий риск развития хронической болезни почек (ХБП) с формированием хронической почечной недостаточности (ХПН) и снижением качества жизни уже в детском возрасте [3, 4].

В среднем по Узбекистану распространенность ДМН составляет около 27-64% всех заболеваний мочевыделительной системы у детей; в практике педиатрии признаки обменных нарушений в моче встречаются практически у каждого третьего ребенка [1, 2].

В Узбекистане в структуре ДМН наиболее распространенной является оксалатная кристаллурия, на которую приходится 68–71%, 15% составляет уратурия, 9–10 % – фосфатурия и от 5 до 3 % цистинурия [7].

Всё сказанное свидетельствует о том, что ОП сформированный на фоне ДМН у детей на сегодняшний день остаётся одной из самых актуальных проблем практического здравоохранения, решение которой имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Целью работы является комплексная оценка биохимических показателей, парциальных функций почек при ОП у детей в зависимости от характера проводимой терапии.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 60 детей в возрасте от 4 до 15 лет. Больные были условно разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения. В 1-ю группу вошли 30 больных, которые получали общепринятую терапию (в первые трое суток, обычно ампициллин в/м, после получения результатов бактериологического исследования- антибактериальный препарат в зависимости от чувствительности возбудителя). 2-я группа – из

30 больных, которым антибиотики вводились лимфотропным способом.

Исследования показателей функционального состояния почек проводились у всех детей до и после лечения.

Клубочковая фильтрация почек определялась по клиренсу эндогенного креатинина (Van Slayke), креатинин крови и мочи – по суммарному содержанию хромогенов, основанному на реакции ЯФФЕ (Е.Д.Пономарёва с соавт., 1969).

Осмолярность мочи определялась криоскопическим методом на аппарате ОМК-1, Ц-01. Количественное определение оксалатов в моче проводилось по Н.В. Дмитриевой (1966). Расчёт суточной экскреции оксалатов проводился по формуле:

$(\text{Кол-во перманганата калия (KMgO}_4) \times 0,63) - 0,1 \times \text{Д}/2 = \text{мг оксалатов в сутки, где: } 0,63 - \text{постоянный коэффициент; Д} - \text{диурез.}$

Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием компьютерных статистических программ Excel.

Результаты исследования. Сравнительная оценка показателей функционального состояния почек (ФСП), в зависимости от способа лечения, показала: у детей получавших общепринятую терапию (1-я группа), перед выпиской из стационара уровень ФСП практически не изменялся ($P_1 > 0,1$). Более положительные сдвиги показателей ФСП у больных мы выявили на фоне использования РЛАТ (2-я группа). Наблюдалось достоверное повышение показателей клиренса по эндогенному креатинину ($P_1 < 0,001$), осмолярности мочи ($P_1 < 0,001$).

Кроме того, отмечалось увеличение суточного диуреза ($P_1 < 0,001$), по сравнению с аналогичными показателями до лечения. В целом, использование РЛАТ у детей, больных вторичным ОП на фоне ДМН оказывало положительное влияние на показатели ФСП, в большей степени на уровень клиренса по эндогенному креатинину, но в меньшей степени на уровень оксалатурии.

Таблица 1

Динамика показателей парциальных функций почек у больных с ОП в зависимости от метода лечения ($\bar{X} \pm m$)

Показатели	Здоровые дети	До лечения	После лечения	
			I группа (n=30)	II группа (n=30)
СКФ, мл/мин.м ²	98,6±7,8	68,11±1,16 P<0,05	71,0±2,3 P ₁ >0,1	85,5±2,8 P ₁ <0,001, P ₂ <0,001
Осмолярность мочи, ммоль/л	1000±200	623,46±21,0 P<0,001	680,8±40,2 P ₁ >0,1	975,6±37,6 P ₁ <0,001, P ₂ <0,001
Суточный диурез, л/сут.	1,7±0,036	1,02±0,028 P<0,001	1,03±0,05 P ₁ >0,1	1,4±0,027 P ₁ <0,001, P ₂ <0,01
Оксалурия, мг/сут.	25±2,4	43,8±2,6 P<0,001	33,3±3,8 P ₁ >0,1	26,3±0,5 P ₁ <0,001, P ₂ <0,05

Примечание: Р – достоверность различия между показателями здоровых и у детей с острым пиелонефритом. P_1 – достоверность различия между показателями до и после лечения. P_2 – достоверность различия между традиционной терапией и группой детей, получавших РЛАТ.

Больные 2-й группы получали РЛАТ. Мы наблюдали положительную динамику всех изучаемых показателей ФСП в этой группе. В данной группе нами было также выявлено значительное улучшение показателей ФСП ($P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,01$) и оксалурии ($P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,05$), которые также приблизились к нормативам после комплексного лечения ($P > 0,1$).

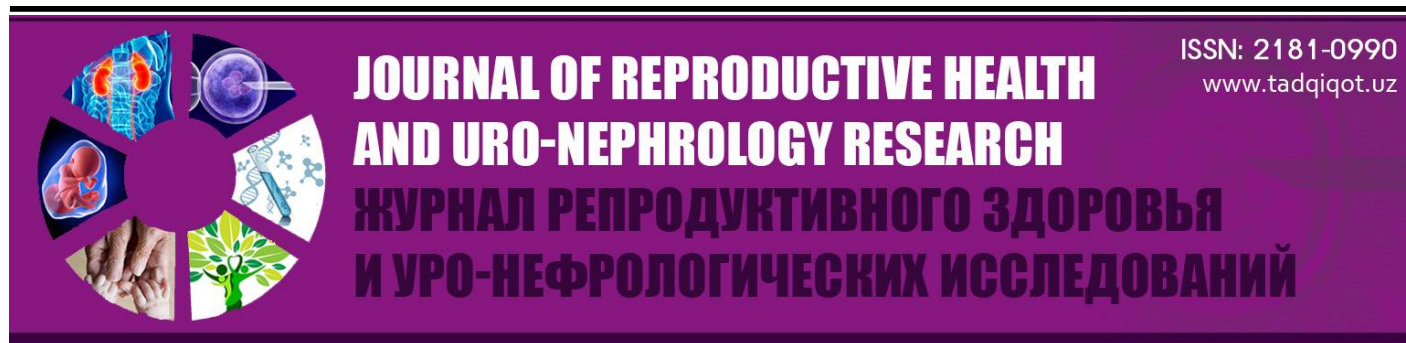
Всё это позволяет предполагать высокую эффективность предложенных методов терапии при вторичном ОП у детей (РЛАТ) в отношении ФСП.

Выводы:

1. При ОП развивается нарушение функционального состояния почек, что требует изыскания новых подходов к лечению, направленных на уменьшение воздействия на функции почек антибиотикотерапии.
2. РЛАТ является высокоэффективным методом терапии ОП, оказывает позитивное влияние на основные показатели функции почек: СКФ, осмолярность мочи, причём эти результаты достигаются при одновременном уменьшении суточной и курсовой дозы антибиотика.

Список литературы:

1. Ахмеджанова Н.И. Совершенствование диагностики и лечения хронического пиелонефрита у детей // Автореф. дис. д.м.н. Т.-2019. 65 с.
2. Н.И. Ахмеджанова, Ахмеджанов И.А., Ахматов А.А., Ахматова Ю. А. Совершенствование диагностики и лечения хронического пиелонефрита у детей // Доктор ахборотномаси. №4 2019. Самарканд. Стр. 30-33.
3. Akhmedjanova N.I., Akhmatov A.A., Abdurasulov F.P., Makhmudov H.U., Khusenova F.A. New methods of diagnosis and treatment of chronic pyelonephritis in children // Вопросы науки и образования. Научно-теоретический журнал №27 (76), 2019. Россия, с. 76-83.
4. Матякубов Б.У., Ниязметов Р.Э. Влияние лимфостимулирующей лимфотропной терапии на показатели цитокинов у женщин с кесаревым сечением // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2012. - №1. - С. 84-85.
5. Матякубов Б.У., Ниязметов Р.Э., Наджимова З.Н. Лимфостимулирующая лимфотропная терапия и цитокиновый баланс у женщин с кесаревым сечением // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2012. - №4. - С. 100-101.
6. Михеева Н.М., Зверев Я.Ф., Выходцева Г.И. Идиопатическая гиперкальциурия у детей // Нефрология. – Барнаул, 2014. - №1. – С. 33-52.
7. Михеева Н.М., Зверев Я.Ф., Выходцева Г.И., Лобанов Ю.Ф. Гиперкальциурия у детей с инфекцией мочевой системы // Нефрология. Барнаул, 2014. - №1. – С. 74-79.



УДК 616.14-089/-005.4.053.9

Солеева Ситора ШахобовнаАссистент Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Агабабян Ирина Рубеновна**кандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Ярашева Зарина Хикматуллаевна**Ассистент Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА****For citation:** Soleeva Sitora Shaxobovna, Agababayan Irina Rubenovna, Yarasheva Zarina Xikmatullaevna, Interventional management of patients with chronic coronary heart disease, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 2. pp.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6678189>**АННОТАЦИЯ**

Ведущей причиной смерти пожилых пациентов в настоящее время остается ишемическая болезнь сердца (ИБС). В последнее время, практически во всех областях нашей страны открываются центры по реваскуляризационной терапии. В частности, эффективная работа по ведению больных с ОКС и ПИКС для улучшения качества жизни проводятся чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). Эти, так называемые эндоваскулярные вмешательства в настоящее время являются высокоэффективным методом лечения, позволяющим значительно улучшить состояние пациентов и повысить их толерантность к физической нагрузке, вернуть людей в нормальную повседневную жизнь. Целью нашего исследования было оценка возможности чрескожного коронарного вмешательства, как одного из методов ведения больных с хронической ишемической болезнью сердца. В данной статье был сделан ретроспективный анализ больных пожилого и старческого возраста, которым было проведено чрескожное коронарное вмешательство с различным типом стентирования. В ходе анализа было выявлено, что большинство больных были в пожилом возрасте и с диагнозом ОКС. Было проведено свыше 337 эндоваскулярных вмешательств у 163 больных. В ходе операции ЧКВ было обнаружено в большей части поражение передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) и следовательно проведено его стентирование. Стентирование коронарных сосудов у больных с ОКС является необходимой для предупреждения инфаркта миокарда и всех вытекающих тяжелых осложнений у людей пожилого и старческого возраста, у которых высокий уровень коморбидности.

Ключевые слова: чрескожное коронарное вмешательство, стентирование, острый коронарный синдром, постинфарктный кардиосклероз, статины.

Soleeva Sitora ShaxobovnaAssistente Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Agababayan Irina Rubenovna**Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Yarasheva Zarina Xikmatullaevna**Assistente Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**INTERVENTIONAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY HEART DISEASE****ABSTRACT**

The leading cause of death of elderly patients currently remains coronary heart disease (CHD). Recently, revascularization therapy centers have been opened in almost all regions of our country. In particular, percutaneous coronary interventions (PCI) are carried out to effectively manage patients with ACS and PIC to improve the quality of life. These so-called endovascular interventions are currently a highly effective treatment method that can significantly improve the condition of patients and increase their tolerance to physical activity, return people to normal daily life.

The aim of our study was to evaluate the possibility of percutaneous coronary intervention as one of the methods of management of patients with chronic coronary heart disease. In this article, a retrospective analysis was made of elderly and senile patients who underwent percutaneous coronary intervention with various types of stenting. During the analysis, it was revealed that most of the patients were elderly and diagnosed with ACS. Over 337 endovascular interventions were performed in 163 patients. During the PCI operation, a lesion of the anterior interventricular branch (PMV) was detected in most parts and, consequently, its stenting was performed. Stenting of coronary vessels in patients with ACS is necessary to prevent myocardial infarction and all the resulting severe complications in elderly and senile people who have a high level of comorbidity.

Keywords: percutaneous coronary intervention, stenting, acute coronary syndrome, postinfarction cardiosclerosis, statins.

Soleeva Sitora Shaxobovna

Assistant Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Agababayan Irina Rubenovna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Yarasheva Zarina Xikmatullaevna

Assistant Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

SURUNKALI KORONAR YURAK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARNI INTERVENTSION BOSHQARISH

ANNOTATSIYA

Keksa bemorlarning o'limining etakchi sababi hozirgi vaqtda koronar yurak kasalligidir. Yaqinda mamlakatimizning deyarli barcha viloyatlarida revaskulyarizatsiya davolash markazlari ochilmoqda. Xususan, teri orqali koronar aralashuvlar hayot sifatini yaxshilash uchun bo'yicha samarali ishlar olib borilmoqda. Ushbu endovaskulyar tashabbuslar hozirgi kunda bemorlarning ahvolini sezilarli darajada yaxshilash va jismoniy mashqlar bardoshlilikini oshirish, odamlarni normal kundalik hayotga qaytarish uchun yuqori samarali davolash usuli hisoblanadi. Tadqiqotimizning maqsadi surunkali koronar yurak kasalligi bo'lgan bemorlarni davolash usullaridan biri sifatida teri orqali koronar aralashuv imkoniyatlarini baholash edi. Ushbu maqolada turli xil stentlash bilan teri orqali koronar aralashuv o'tkazilgan keksa va keksa bemorlarning retrospektiv tahlili o'tkazildi. Tahlil davomida tahlillar shuni ko'rsatdiki, bemorlarning aksariyati keksa yoshda va Oks tashxisi qo'yilgan. 163 bemorda 337 dan ortiq endovaskulyar aralashuv amalga oshirildi. Oks bilan og'rigan bemorlarda koronar tomirlarning stentlanishi miyokard infarkti va yuqori darajada komorbidlik darajasi yuqori bo'lgan keksa va keksa odamlarda yuzaga keladigan barcha jiddiy asoratlarni oldini olish uchun zarurdir.

Kalit so'zlar: teri orqali koronar aralashuv, stentlash, o'tkir koronar sindrom, infarktdan keyingi kardioskleroz, statinlar.

Актуальность. Проблема ишемической болезни сердца (ИБС) находится в фокусе научных исследований, т.к. последствия атеросклероза коронарных сосудов приводят почти к половине смертей населения [7, с.2059; 12, с.281]. В настоящее время расширяются показания к выполнению реваскуляризации миокарда у больных, что повышает толерантность к физическим нагрузкам, снижает риск развития повторного инфаркта миокарда, а также увеличивает их выживаемость. Пожилой возраст пациента часто ассоциируется с большим количеством сопутствующих заболеваний, а также с высокими рисками хирургических вмешательств на сердце [1, с.225; 5, с.486; 14, с.71]. В связи с этим возникла необходимость классифицировать возрастные группы населения. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) было принята классификация возрастных групп, одобренной конгрессом геронтологов и гериатров, все население старше 50 лет подразделяется на четыре возрастные категории: 1) зрелый возраст – 45-59 лет; 2) пожилой возраст – 60-74 года; 3) старческий возраст – 75-90 лет; 4) долгожители – 90 лет и более [15]. У пациентов пожилого возраста при тяжелых формах хронической ишемической болезни сердца (ХИБС), консервативные методы лечения не всегда могут обеспечить адекватный контроль ангинозной симптоматики заболевания и снизить риск развития коронарных событий. В таких случаях интервенционные вмешательства с реваскуляризацией коронарных артерий являются безальтернативными методами выбора. Они являются «золотым» стандартом при лечении больных при тяжелых формах ХИБС и не только избавляют их от ангинозной симптоматики, но и увеличивают выживаемость. В связи с этим, есть данные, согласно которым авторы утверждают, что операциями выбора для пациентов старших возрастных групп являются эндоваскулярные методы, проведение которых имеет минимальный оперативный риск, а также снижает риск развития острого инфаркта миокарда (ИМ) в отдаленном послеоперационном периоде [9, с.804; 16, с.13]. Выявление ИБС у пожилых лиц и стариков облегчается высокой частотой стенозирующего коронарного атеросклероза [8, с.72; 11.

1181]. Чрескожное коронарное вмешательство не снижает смертность, но повышает качество жизни, особенно при тяжелой стенокардии [4, р.1506; 13, с.4]. Современная технология реваскуляризации позволяет проводить вмешательства даже у пациентов 85 лет и старше без снижения эффективности и с приемлемым риском [2, с.199; 3, с.75.]. У пациентов 75 лет и старше, как и у более молодых пациентов, радиальный доступ снижает риск кровотечений и осложнений в месте сосудистого доступа [6, р. 883; 10, с.208].

Таким образом, диагностика и лечение ИБС у пациентов пожилого и старческого возраста требует знание особенностей стареющего организма, своеобразия проявлений заболевания в преклонном возрасте, повышенного риска осложнений лечения, может помочь практикующим врачам более успешно контролировать это опасное заболевание.

Цель: Оценить возможности чрескожного коронарного вмешательства, как одного из методов ведения больных с хронической ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: Нами был проведен ретроспективный анализ больных пожилого и старческого возраста, подвергшихся ЧКВ с 1 января по 1 ноября 2021 по данным Самаркандского областного регионального филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии. Всего было проанализировано 163 больных, которым было проведено интервенционное вмешательство (ЧКВ) радиальным доступом 96,32% (n=157) и другими доступами 3,68% (n=6). Мужчины составили 68,1% (n=111), женщины 31,9% (n=52).

По-началу все больные до проведения ЧКВ были осмотрены кардиологом и назначены общий и биохимические анализы крови, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки, а также коронарография.

Средний возраст составил 63,46. Из них средний возраст (45-59) составил 28,83% (n=47), пожилой возраст (60-74) - 63,8% (n=104) и старческий возраст (75-90) - 6,75% (n=11). Распределение больных по возрастам показаны в диаграмме №1.

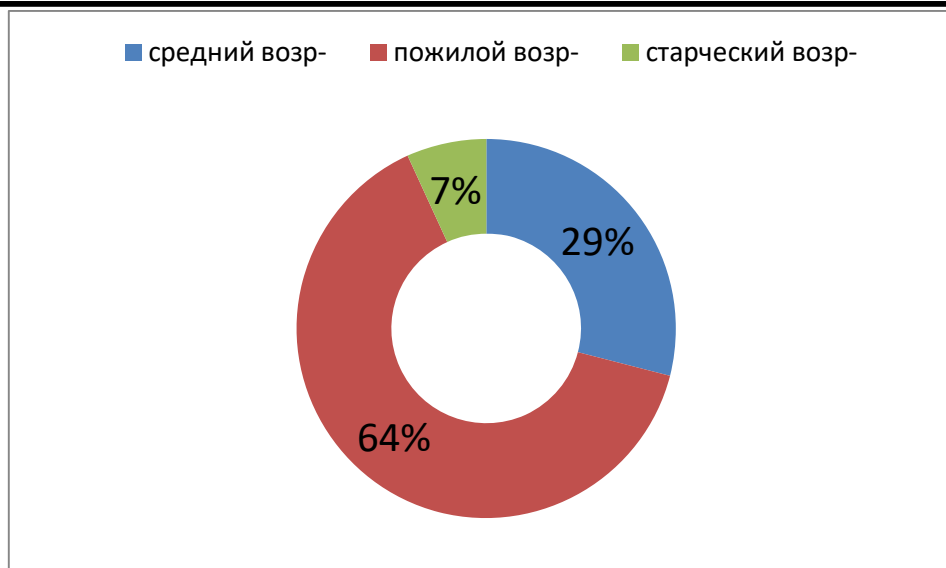


Диаграмма №1. Распределение больных по возрастам.

Основная масса больных была с диагнозом синдром без подъема сегмента ST - 13,49% (n=22), с инфарктом ИБС:постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – 31,9% (n=52), с диагнозом ИБС:стенокардия напряжения ФК 3 17,79% (n=29). Распределение больных по диагнозам сегмента ST - 28,83% (n=47), с диагнозом острый коронарный показано в диаграмме №2.

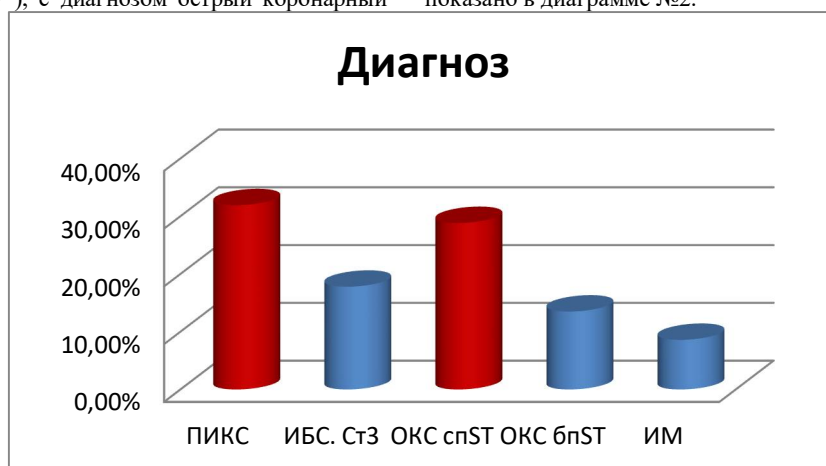


Диаграмма №2. Распределение больных по диагнозам

В ходе исследования правый тип кровообращения у 130 больных составил 79,7%, сбалансированный тип у 22 – 13,6% и левый тип кровообращения у 11 – 6,7%. Показанием к выполнению эндоваскулярного вмешательства (ЭВ) было наличие острого коронарного синдрома, а также

ангиографическое наличие стеноза коронарных артерий более 70 %. Всего у 163 больных было выполнено 337 ЧКВ.

Больным при проведении коронарографии были определены степень поражения ветвей коронарных сосудов, а также их локализация. Поражение ветвей коронарных сосудов представлены в таблице №1.

таблица №1.

Поражение ветвей коронарных сосудов

Пораженные ветви	Кол-во больных	Средний уровень поражения
ДВ	34	78%
ВТК	49	69%
ПКА	61	70%
ПМЖВ	86	80%
ОА	67	70%
ИМА	10	78%
СЛКА	17	60%
ЗМЖВ	9	76%

Реканализация окклюзий КА была проведена у 50 (30,67 %), баллонная ангиопластика- 69 (42,33 %), стентирование огибающей ветви (ОВ) – 50 (30,67%), стентирование правой коронарной артерии (ПКА) – 66 (44,49%), стентирование левой коронарной артерии (ЛКА) – 4 (2,45%), стентирование передней

межжелудочковой ветви (ПМЖВ) – 93 (57,05%), стентирование диагональной ветви (ДВ) – 5 (3,07%) больных. Клинически хорошим результатом считалось отсутствие явлений стенокардии и повышение толерантности к физической нагрузке. Типы стентирования представлены в диаграмме №3.



Диаграмма №4. Типы стентирования

Всем больным в ходе стентирования коронарных сосудов был поставлен стент с лекарственным покрытием Resoluty integrity с различным диаметром и давлением в зависимости от степени поражения сосудов.

Всем больным после ЧКВ была назначена двойная антикоагулянтная терапия - ацетилсалициловая кислота и клопидогрель, энксапарин (ривароксабан) и розувастатин (мертенил, Гедеон Рихтер).

В данном исследовании всем больным проведено было только стентирование коронарных артерий, аорто-коронарное шунтирование не учитывалось. Летальных случаев и серьезных осложнений во время вмешательства и после него во время пребывания в стационаре не наблюдалось.

Результаты. По данным показателям видно, что основная масса больных была с диагнозом острого коронарного синдрома 69 больных (42,32%). Из этой таблицы №1 видно, что больше всего происходит поражение передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) у 86 больных средний уровень поражения составил 80%, у 67 больных поражены огибающая ветвь левой коронарной артерии (ЛКА), у которых средний уровень поражения 70%, у 61 больных идет поражение правой коронарной артерии (ПКА), что составил 70% от среднего уровня, у 49 больных поражена ветвь тупого края (ВТК), что составил – 69 %, диагональная ветвь (ДВ) поражена у 34 больных и составил 78%, интермедиальная артерия (ИМА) у 10 больных, что составил 78%, ствол левой коронарной артерии (СЛКА) поражен у 17 больных – 60%, задняя межжелудочковая ветвь (ЗМЖВ) поражена у 9 больных и средний уровень поражения – 76%.

Предстоит изучить сравнительное отдаленное наблюдение больных с диагнозом острый коронарный синдром с поднятием сегмента ST и без него, которым было осуществлено стентирование коронарных артерий и больные с этим же диагнозом, которые наблюдались на базовой терапии. Второе место по стентированию коронарных артерий занимали больные с постинфарктным кардиосклерозом пожилого и старческого возраста – 52 больных (31,9%), больным с острым инфарктом миокарда проведено стентирование у 14 больных, которое составило 8,6%. Также были задействованы различные виды стентирования - реканализация окклюзированной коронарной

артерии у 30,67% больных, баллонная ангиопластика у 42,33% больных, у остальных больных стентирование различных участков коронарных артерий. Всем больным до и после ЧКВ были назначены статины, в частности розувастатин – мертенил в дозе 20 мг/сут, двойная или тройная антикоагулянтная терапия - ацетилсалициловая кислота и клопидогрель, или энксапарин (ривароксабан).

После проведения стентирования больные находились в стационаре под наблюдением и приступов стенокардии у больных до выписки из стационара не наблюдалось.

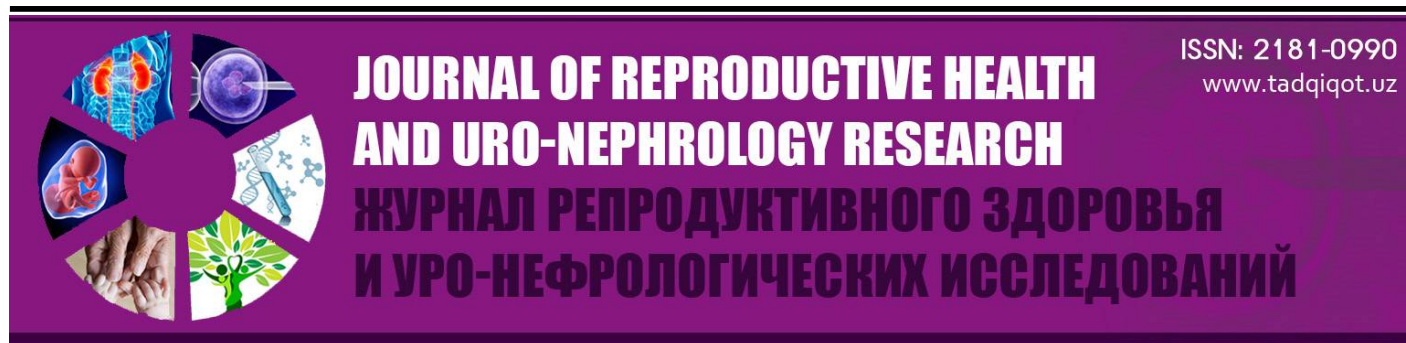
Обсуждение. Предстоит изучить сравнительное отдаленное наблюдение больных с диагнозом острый коронарный синдром с поднятием сегмента ST и без него, которым было осуществлено стентирование коронарных артерий и больные с этим же диагнозом, которые наблюдались на базовой терапии. Важность стентирования больных с ОКС для предупреждения инфаркта миокарда и всех вытекающих тяжелых осложнений у людей пожилого и старческого возраста, у которых высокий уровень коморбидности скорее всего достаточно высока, в то время как, необходимость стентирования больных, перенесших инфаркт миокарда с постинфарктным кардиосклерозом вызывает много вопросов. Предстоит изучить наличие ранней хронической сердечной недостаточности у этих больных для решения вопроса о необходимости стентирования коронарных артерий. В дальнейшем предстоит изучить состояние больных по данным отдаленного 6-месячного наблюдения, перенесших стентирование пожилого и старческого возраста находящихся на постоянной терапии статинами, антиагрегантами и антикоагулянтами.

Выводы: В настоящее время интервенционная хирургия, которая включает в себя стентирование коронарных артерий, баллонную ангиопластику и аорто-коронарное шунтирование находятся на пике лечения больных с ишемической болезнью сердца. Однако, следует проводить более тщательный отбор коморбидных больных с учетом возраста, больных с осложненной хронической сердечной недостаточностью, которым важно исследовать уровень мозгового натрий-уретического пептида, а также длительное наблюдение за исходами хирургического вмешательства.

Список литературы:

1. Alyavi, B., & Uzokov, J. (2018). TCTAP C-156 Successful Percutaneous Coronary Intervention of a Left Circumflex Artery Departing from the Right Coronary Sinus. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(16 Supplement), S225-S226.
2. Bailey KR, Selzer F, Cohen HA, et al. Comparison of Three Age Groups Regarding Safety and Efficacy of Drug-Eluting Stents (from the National Heart, Lung, and Blood Institute Dynamic Registry). *The American journal of cardiology*. 2012; 109(2): 195-201.
3. Belyalov F.I. THE SPECIFICS OF ISCHEMIC HEART DISEASE MANAGEMENT IN ELDERLY. *Russian Journal of Cardiology*. 2017;(3):72-76. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2017-3-72-76>

4. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al. Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease. *N. Eng. J. Med.*, 2007; 356: 1503-16.].
5. Boekholdt S, Hovingh G, Mora S, et al. Very Low Levels of Atherogenic Lipoproteins and the Risk for Cardiovascular Events: A Meta-Analysis of Statin Trials. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2014; 64(5): 485-94.
6. Cantor WJ, Mehta SR, Yuan F, et al. Radial versus femoral access for elderly patients with acute coronary syndrome undergoing coronary angiography and intervention: insights from the RIVAL trial. *American Heart Journal.* 2015; 170(5): 880-6.
7. European Society of Cardiology. 2021 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. *Eur. Heart. J.* 2013; 34: 2949-3003.
8. Genders TSS, Steyerberg EW, Alkadhi H, et al. A clinical prediction rule for the diagnosis of coronary artery disease: validation, updating, and extension. *Eur. Heart. J.* 2011; 32(11): 1316-30.
9. Hannan EL, Zhong Y, Berger PB, et al. Comparison of Intermediate-Term Outcomes of Coronary Artery Bypass Grafting Versus Drug-Eluting Stents for Patients ≥ 75 Years of Age. *The American journal of cardiology.* 2014; 113(5): 803-8.
10. Irina Agababyan, Sitora Soliyeva, Yulduz Ismoilova. Condition of Coronary Arteries and Change of Lipid Profile in Coronary Heart Disease. *Annals of R.S.C.B.*, ISSN:1583-6258, Vol. 25, Issue 1, 2021, Pages. 207 – 213. ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-2650-4445>St.
11. Mangiacapra F, Ricottini E, Di Gioia G, et al. Comparison Among Patients ≥ 75 Years Having Percutaneous Coronary Angioplasty Using Drug-Eluting Stents Versus Bare Metal Stents. *American Journal of Cardiology.* 2015; 115: 1179-84.
12. Veledar E, Fazel R, Shaw L, et al. Analyzing recent trends in coronary heart disease (CHD) deaths among the elderly in the United States using data from official statistical sources. *Med. Arch.* 2010; 64(5): 281-3.
13. Zhang Z, Kolm P, Grau-Sepulveda MV, et al. Cost-Effectiveness of Revascularization Strategies: The ASCERT Study. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2015; 65(1): 1-11.
14. Агабабян И.Р., Солеева С.Ш. Место статинов в комплексном лечении SARS-COV-2. *Вопросы науки и образования* №14 (139) 2021. с.70-80.
15. Всемирная организация здравоохранения. Семьдесят третья сессия всемирной ассамблеи здравоохранения a73/inf./2 пункт 15.1 повестки дня 5 мая 2020 г.
16. Мурадов М.М. диссер. Тактика хирургического лечения ишемической болезни сердца у пациентов старше 70 лет 2016 г. с.13.



УДК 616.6-613.76

Melikova Dilshodakhon Uktamovna

Assistant

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Begnaeva Mukhiba Usmanovna

Assistant

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

CLINICAL FEATURES OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN CHILDREN

For citation: Melikova Dilshodakhon Uktamovna, Begnaeva Mukhiba Usmanovna, Clinical features of chronic pyelonephritis in children, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, volume 3, issue 2

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6678344>**ANNOTATION**

We have observed 87 children aged from 5 to 12 years with a diagnosis of chronic pyelonephritis (CHP). With the detection of the functional state of the kidney complex clinical trials were conducted in both groups of patients with chronic pyelonephritis. In the examination of patients with chronic pyelonephritis, a number of features were identified against the background of anemia syndrome, reflecting the characteristics of pathological processes with different etiology.

Key words: oxyhemoglobin, dysmetabolic nephropathy, pyelonephritis, urinary tract infections

Меликова Дилшодахон Уктамовна

Ассистент

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Бегнаева Мухиба Усмановна

Ассистент

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ**АННОТАЦИЯ**

Мы наблюдали 87 детей в возрасте от 5 до 12 лет с диагнозом хронический пиелонефрит (ХПН). С выявлением функционального состояния почек были проведены комплексные клинические испытания в обеих группах пациентов с хроническим пиелонефритом. При обследовании больных хроническим пиелонефритом на фоне анемического синдрома были выявлены ряд особенностей, отражающих особенности патологических процессов различной этиологии.

Ключевые слова: оксигемоглобин, дисметаболическая нефропатия, пиелонефрит, инфекции мочевыводящих путей

Melikova Dilshodaxon Uktamovna

Assistant

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Begnaeva Muxiba Usmanovna

Assistant

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

BOLALARDA SURUNKALI PIYELONEFRIT KECHISHINING KLINIK JIHATLARI**ANNOTATSIYA**

Biz surunkali piyelonefrit (SPn) bilan kasallangan 5-12 yoshgacha bo'lgan 87 nafar bolalarni kuzatdik. Buyraklarning funksional holatini aniqlash bilan surunkali piyelonefritli bemorlarning har ikki guruhida ham keng qamrovli klinik sinovlar o'tkazildi. Surunkali piyelonefritli bemorlarni anemik sindrom fonida uchrashida turli etiologiyali patologik jarayonlarning xususiyatlarini aks ettiruvchi bir qator xususiyatlar aniqlandi.

Kalit so'zlar: oksigemoglobin, dismetabolik nefropatiya, piyelonefrit, siydik yo'li infeksiyalari

In the structure of morbidity of children, diseases of the genitourinary system currently occupy the ninth place. Among childhood diseases, urinary tract infections, including pyelonephritis, are second in prevalence (more than 5% in girls and 1-2% in boys) after respiratory tract infections. The mortality rate of children on dialysis is 30-150 times higher than in the general population, and the life expectancy of children from birth to 14 years on dialysis is 20 years. To date, the main direction of scientific research related to the problem of chronic kidney disease is the search for new controlled factors contributing to the progression of the disease to the stage of chronic renal failure. Existing studies point to anemia as one of these factors. It is obvious that the traditional approach to the treatment of anemic syndrome at the terminal stage of chronic kidney disease is not able to slow down the progression of the pathological process in the kidneys and, accordingly, cannot lead to significant improvements in the duration and quality of life of patients. Therefore, the search for predictors of the development of nephrogenic anemia, the formation of risk groups for its development in the early stages of chronic kidney disease should be considered a priority. At the moment, various predictors of anemia have been described, but there are no quantitative characteristics of the degree of their influence suitable for practical use.

Relevance. In recent years, a significant number of studies have been collected that show anemia as an independent risk factor [1,2] affecting the development of chronic pyelonephritis and the occurrence of terminal status. Under the influence of tissue hypoxia, including associated with anemia, epithelial-mesenchymal transformation of the cells of the ducts and the spread of inflammatory cytokines and fibrosis molecules can lead to the development of fibrosis increases and, accordingly, a decrease in the excretory function of the kidney [3]. In addition, it should be taken into account that intact nephrons experience a great functional strain, thereby increasing the need for oxygen. Therefore, a decrease in blood transport function on account of a decrease in the number of red blood cells leads to the lesion of unchanged nephrons in the effect of initial damage [5].

At the same time, a decrease in the level of hemoglobin triggers a number of adaptivisms of the body, such as an increase in cardiac blood drive, a decrease in peripheral resistance, an increase in oxyhemoglobin dissociation, so that tissues are adequately supplied with oxygen. Under the influence of hypoxia, transcription of genes involved in the operation of alternative metabolic pathways is activated. In chronic pyelonephritis, anemia is usually normocytic and normochrome. The number of reticulocytes decreases, it is normal or slightly rises, and may increase as a result of hemolysis or hypoxia. The weight of anemia is variable, but the hemoglobin concentration in general is from 55 to 120 g/l, and the hematocrit content is from 17 to 35%, which is typical for nephrogen anemia.

Purpose of the study: to evaluate the effect of anemia on the course of chronic pyelonephritis in children

Materials and Methods: We examined 87 children aged 5-12 years with a diagnosis of chronic pyelonephritis (CHP) who are on inpatient treatment at the Samarkand Regional Children's Multidisciplinary Medical Center. In order to solve the problems posed in our study, all children were divided into two groups: 1 group - chronic primary pyelonephritis, 2 Group - chronic secondary non - constructive pyelonephritis. To study the effect of anemia on the pathological process in the kidneys, both groups were divided into small groups according to the main diagnosis: at the time of admission to the hospital, depending on the level of hemoglobin: 1 small group - mild anemia (hemoglobin level <90 g/l), 2 small group - children with moderate severity of anemia (hemoglobin level 89-70 g/l). The average age of children in the 1 group is 7,55±2,7, in the 2 Group-7,4±3,2.

When collecting Anamnesis data, it was found that among relatives in the family there were chronic kidney pathologies (chronic pyelonephritis, chronic glomerulonephritis, chronic TIN), abnormalities in kidney development (single kidney, pathology of the number and location of the kidney, hydronephrotic transformation of the kidney), the presence of relatives who performed dysmetabolic nephropathy,

programmatic hemodialysis or peritoneal dialysis, as well as relatives who died due to chronic kidney disease.

When collecting the life Anamnesis of the patient, special attention was paid to the features of pregnancy and infancy. Evaluation of the dynamics of physical and mental development of the child under the age of 1 year was carried out. Somatic and Infectious Diseases, surgical interventions were taken into account.

The collection of the history of the disease Anamnesis included the time of onset of the disease, the dynamics of clinical manifestations, laboratory and instrumental studies according to the individual development card and the patient's displacement from the history of the disease in the hospital.

Results of the study: a survey of the patients of the main group and the comparison group was conducted to complete the tasks set before us.

With the detection of the functional state of the kidney complex clinical trials were conducted in both groups of patients with chronic pyelonephritis. in the examination of patients with chronic pyelonephritis, a number of features were identified against the background of anemia syndrome, reflecting the characteristics of pathological processes with different etiology. Based on the complaints and Anamnesis of the patients, we found that 25,0% of the children in Group I and 37,8% of the children in Group II had no complaints at the time of admission to the hospital.

In general, patients in Group I had fewer complaints associated with the underlying disease and its complications. In addition, we examined the accompanying cases - complaints associated with dyspeptic disorders, symptoms of acute respiratory viral infections.

Children in Group I confidently complained of pain in the lower back area less often ($p < 0,05$). Their frequency was $15,0 \pm 1,4$, while in the II group was $59,4 \pm 2,4$. Also in the II Group, symptoms of intoxication, as well as complaints such as headache related to neurocirculatory dystonia, were more frequent in the I group $5,0 \pm 1,3$ and in the II Group $35,1 \pm 2,4$ ($P < 0,05$). Although individual nosology's, in general, repeated the situation in the groups, we tried to determine the specific features of SP recurrence in Group I patients, depending on their etiology. Chronic pyelonephritis against the background of anemia of a moderate degree of severity is manifested by more frequent occurrence of the infectious symptom. The frequency of headache associated with intoxication (with improvement of general well-being, when lowering fever, when neurological pathology is excluded at the examination of the neurologist) is $5,0 \pm 1,3$ in Group I, and in Group II- $18,9 \pm 2,4$ %. Fever in chronic PN was observed in Group I Children $10,0 \pm 1,0$ and $32,4 \pm 2,4$ in Group II.

Thus, despite the apparent good condition of children in Group I, the data obtained together with the moderate severe degree of anemia of chronic pyelonephritis with a different etiology can indicate a more severe course of the disease in this small group, a greater activity of the pathological process and a greater meeting of the side effects of treatment. The results of general behavioral evaluation differ from the data presented in the literature [1,3,4], which indicates a decrease in the quality of life and a deterioration in the general condition in combination with anemia of chronic pyelonephritis. In our study, complaints about the general condition disorders were observed in the group of children with mild anemia (weakness, weakness, fatigue, loss of appetite, sluggishness of school education and physical exertion) - without $15,0 \pm 1,4$ %, in the II group - almost 2 times more-with $29,7 \pm 2,0$ ($p < 0,05$). To investigate this discrepancy, we investigated the absolute number of complaints in the comparison groups taking into account the stage of the disease in children, since the violation of kidney function could have affected the results of the study. Thus, the data obtained in spite of the good condition of children in Group I at the visible level can show that the combination of different etiology ChP with a moderately severe degree of anemia is more severe course of the disease in this small group, the greater activity of the pathological process and a greater match of the side effects of treatment.

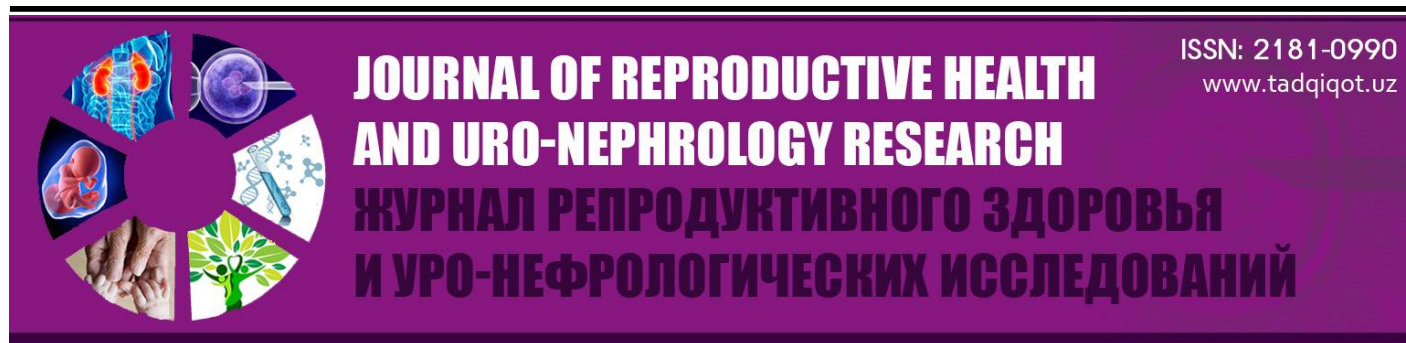
Conclusions: we found that anemia syndrome meets in 70% of children along with the active period of chronic pyelonephritis. Its

prevalence increased parallelically with a decrease in the excretion function of the kidneys from 17,0% to 36,4%. It was found that anemia syndrome leads to a more rapid decrease in the excretory function of the kidneys, which is assessed by the rate of excretory filtration. However,

it is mainly associated with indirect symptoms (clinical and laboratory changes), characteristic of the development of chronic pyelonephritis. The exact link between anemia and a decrease in GFR is manifested only in the last stages of the disease.

References:

1. Ишкабулов Д.У. Экологические и клиничко-генетические аспекты заболеваний органов мочевой системы в детском возрасте. Педиатрия 2002; (3-4): 120-125
2. Atkinson M.A., Pierce C.B., Fadrowski J.J. Association between common iron store markers and hemoglobin in children with chronic kidney disease. *Pediat Nephrol* 2012; 27: 12: 2275-2283.
3. Jelkmann W. Physiology and pharmacology of erythropoietin. *Transfus Med Hemother* 2013;40(5):302-309
4. Эттингер, О. А., Зеновко, И. К., & Гендлин, Г. Е. (2012). Анемия при хронической болезни почек: роль препаратов железа. *Лечебное дело*, (4), 38-46.
5. Панкратенко, Т. Е., Абасеева, Т. Ю., & Маргиева, Т. В. (2011). Анемия у детей с хронической болезнью почек. *Педиатрическая фармакология*, 8 (3), 80-84.



УДК 616.6-613.76

Rizayev Jasur AlimdjanovichDoctor of Medical Sciences, Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Khusanbayeva Feruza Akmalovna**Assistant Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan**CHECKING THE EFFECTIVENESS OF THE PROPOSED TREATMENT REGIMEN FOR DENTAL DISEASES IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE****For citation:** Rizayev Jasur Alimdjanovich, Khusanbayeva Feruza Akmalovna., Checking the effectiveness of the proposed treatment regimen for dental diseases in patients with chronic kidney disease, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, volume 3, issue 2. pp.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6678399>**ANNOTATION**

The article describes the proposed treatment regimen for dental diseases in patients with CKD, tested in 68 patients in Uzbekistan; its application is justified. The results obtained after the application of this scheme are presented: data on the intensity and prevalence of caries, the dynamics of the hygienic state, periodontal status and the state of the oral mucosa, assessment of the condition of fillings in patients with CKD

Key words: caries, prevalence, intensity, non-cariou lesions, periodontal disease, COPD, dentistry, chronic kidney disease, CKD.

Ризаев Жасур АлимджановичДоктор медицинских наук, профессор
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Хусанбаева Феруза Акмаловна**Ассистент
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт
Самарканд, Узбекистан**ПРОВЕРКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДЛОЖЕННОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК****АННОТАЦИЯ**

В статье описана предложенная схема лечения стоматологических заболеваний у пациентов с ХБП, апробированная на 68 пациентах в Узбекистане; обосновано ее применение. Представлены результаты, полученные после применения этой схемы: данные об интенсивности и распространенности кариеса, динамика гигиенического состояния, пародонтологического статуса и состояния слизистой оболочки полости рта, оценка состояния пломб у пациентов с ХБП

Ключевые слова: кариес, распространенность, интенсивность, некариозные поражения, заболевания пародонта, ХОБЛ, стоматология, хроническая болезнь почек, ХБП

Rizayev Jasur AlimdjanovichTibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**Khusanbayeva Feruza Akmalovna**Assistent Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston**SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA TAVSIYA ETILGAN TISH KASALLIKLARI DAVOLASH REJIMINING SAMARADORLIGINI TEKSHIRISH**

ANNOTATSIYA

Maqolada O'zbekistonda 68 bemorda sinovdan o'tgan SBK bemorlarida tavsiya etilgan tish kasalliklarini davolash rejimi tasvirlangan; uning qo'llanilishi asosli. Ushbu sxemadan foydalangandan so'ng olingan natijalar: kariesning intensivligi va tarqalishi, gigienik holat dinamikasi, periodontologik holat va og'iz shilliq qavatining holati, SBK kasalliklarida plomba holatini baholash

Kalit so'zlar: karies, tarqalishi, intensivligi, kariyasiz lezyonlar, periodontal kasalliklar, stomatologiya, surunkali buyrak kasalligi, SBK.

CKD is associated with clinical and radiological changes in the mouth. Radiological changes include thinning of the cortical plate, which is manifested during X-ray examination by transparent areas of the upper and lower jaw lesion. Clinical data in patients with CKD are basically the same as for oral cavity lesions in other systemic diseases. Unfortunately, attention to the oral cavity in CKD is not properly paid.

A causal relationship between oral infections and systemic diseases has not yet been established; however, significant improvements in major systemic diseases have been reported after treatment of associated oral lesions. This indicates the importance of oral care in the treatment of systemic diseases. Insufficient attention is paid to the needs of oral care in this group of patients, which further worsened the prognosis of the underlying disease. A contributing factor is the poor awareness of patients and some doctors of other specialties of dental aspects [1].

Materials and methods of research. The study involved 100 people, including 68 patients with CKD, of which 15 patients received hemodialysis. 32 practically healthy people made up the control group. The age of the patients was 45-56 years. Men - 58, women - 42 people. The study took place in 2020-2022 on the basis of Samarkand State Medical University, Tashkent State Dental Institute.

The patients were divided into the following groups:

1. A group of people who do not have pathology from the urinary system - 32 people (group A);
2. Patients with chronic kidney disease who are not being treated on hemodialysis - 53 people (group B);
3. Patients with chronic kidney disease who are being treated on hemodialysis - 15 people (group C).

Table 1. Methods used in the study

Groups of methods	Methods	Research volume, person		
		Group A	Group B	Group C
Clinical-anamnestic	anamnesis collection, survey	32	53	15
	Study of dental status	32	53	15
X-ray	Orthopantomography	32	53	15

Research results

Our study revealed that in people with CKD, diseases of the hard tissues of the teeth, periodontal and COPD occur more often and more intense than in people without diseases of the urinary system. In patients with CKD, periodontal diseases are significantly more often detected 92.45% in group B and 93.33% in group B, and among healthy individuals - 59.38%. Moreover, if periodontitis occurs in 37.5% of cases in healthy individuals, then in patients with CKD - in 77.3% and 80.0% (groups B and C, respectively), they need 89%-97% to remove deposits of soft plaque and up to 92% of tartar - with unsatisfactory individual oral hygiene oral cavity (OHI-S - 1.8 ± 0.16 and 2.1 ± 0.17 in groups B and C), and COPD diseases in patients with CKD are detected, on average, in 20% of cases.

Before the start of therapeutic and preventive measures, the study of dental health in patients of groups A, B and C showed that the prevalence of caries was 60.8%, 65.0% and 71.5%, respectively, non-carious lesions (wedge-shaped defects and erosion) in group A - in 32.1% of cases, in patients of group B - in 21.3% observations, in group B - 47.4%, endodontic treatment (for pulpitis and periodontitis) was carried out in 18, 27 and 9 teeth, respectively. The hygienic condition of the oral cavity was unsatisfactory: OHI-S - 1.81 ± 0.12 , 2.3 ± 0.18 and 2.52 ± 0.23 - in three groups. When assessing the periodontal CPITN index, the prevalence and intensity of individual signs of periodontal pathology (bleeding, tartar, periodontal pocket) were established and, depending on this, the need for periodontal care of the examined patients was determined.

An analysis of the effectiveness of dental treatment and preventive measures carried out six months later revealed their safety in 98.1% of cases, a year later - in 95.7% of patients in group A; in group B, an assessment of the condition of fillings in six months revealed their safety in 87.2% of cases, a year later - in 81.0%; in group B, an assessment of the condition of fillings in six months revealed their safety in 78.6% of cases, a year later - in 72.3%.

The X-ray method revealed the absence of periapical lesions in endodontically treated teeth in 97.3% after 6 months and 95.2% after 12 months in group A; in 89.1% after 6 months and 77.1% after 12 months in group B; and in 78.2% after 6 months and 74.4% after 12 months in group B. In group A and six months after the oral sanitation measures, the hygienic condition of the oral cavity improved somewhat - 0.83 ± 0.29 ($p \leq 0.05$), and in groups B and C it was still unsatisfactory (1.3 ± 0.3 and 1.5 ± 0.19). After a year, the hygienic condition worsened in all groups

- 0.97 ± 0.12 , 1.8 ± 0.16 and 2.1 ± 0.17 - but in healthy individuals it remained at a satisfactory level.

Therefore, the unsatisfactory hygienic condition of the oral cavity in persons with CKD, lesions of the hard tissues of the teeth, as well as common inflammatory periodontal diseases, require the development of special recommendations for oral care for such patients.

Also, based on such X-ray data - osteodystrophy was observed in patients with CKD - revealed a significant difference in the mandibular cortical index in patients with CKD and the control group ($P = 0.038$). Patients with CKD had more defects in the cortical layer of the mandible. C3 was observed in patients of groups B and C (3.9% and 8.6%, respectively), but was not detected in any of the healthy individuals. The number of healthy people with C1 was significantly higher than with C2 and C3. Thus, 83.3% of healthy people in group A belonged to class C1, the STC in patients with CKD was more porous than in the control group ($P = 0.001$). In group A, there was no pattern of loose calcification and loose calcification in the form of frosted glass, while these two patterns were observed in 8.6% and 17.7% of patients in groups B and C, respectively. A dense pattern was observed in the majority of healthy individuals (87.7%) - they indicate the need to improve dental treatment in patients with CKD, especially those receiving hemodialysis treatment, we proposed a treatment regimen for dental diseases in patients with CKD.

The proposed scheme:

1. Dental examination of patients with CKD and professional cleaning of the oral cavity should be carried out every 4 months.
2. In connection with the processes of demineralization of hard tissues of teeth, it is recommended to use low-abrasive fluoride-containing dental gels. Rinsing with 0.05% sodium fluoride solution was prescribed 2 times a day. Mandatory replacement of toothbrushes every 3 months. The use of floss and tongue scrapers is mandatory.
3. Dental examination necessarily includes X-ray examination (orthopantomography) to analyze the indices of the mandibular cortical index and the structure of the trabecular bone in order to assess the degree of osteodystrophy; to identify hidden lesions of the hard tissues of the teeth and evaluate the effectiveness of endodontic treatment.
4. It is possible to reduce the amount of anesthetic administered, which is associated with osteodystrophy of the jaws.
5. When forming cavities for filling carious and non-carious lesions of hard tissues of teeth, it is necessary to create support points in the preserved walls of the cavity, to form a cavity with a gradual narrowing

towards the entrance hole, when localizing the carious cavity according to class II according to Black - to bring the cavity to the chewing surface, for better fixation of the seal, in some cases – to form an additional a cavity with cavities of class III and IV according to Black. Thinned edges of enamel should be excised.

6. In the absence of the effectiveness of endodontic treatment of periodontitis - removal of foci of periapical infection - apicotomy or removal of the causal tooth itself. With deep periodontal pockets - removal of the causal tooth.

7. To maintain periodontal health, Parodium gel was prescribed (applied 3 times a day for 2-3 weeks), Eludril rinse aid (2 teaspoons per

½ cup of water for 1-1.5 minutes, 3-4 times a day. For the treatment of periodontal pockets, "Cygerol" was used.

8. For the treatment of mucosal lesions, Lugol's glycerin solution and rosehip oil were used. At home, an infusion of chamomile flowers was used for rinsing (1 tablespoon of the collection was poured with 150 ml of water, heated in a water bath for 15 minutes, infused, filtered, topped up with boiled water to the original volume. Also, patients rinsed their mouth with propolis tincture – 25 drops per 1 glass of warm water.

9. The appointment and use of drugs – only after consultation with a nephrologist.

For its testing, 15 people were selected in group B, and group B was fully included in the study.

Table 2. Patients selected for testing of the scheme, according to the stages of CKD

Stages of CKD	Number of patients, n=30
Stage 3a: 45-59 ml/min/1.73 m ²	7
Stage 3b: 30-44 ml/min/1.73 m ²	5
Stage 4: GFR 15-29 ml/min/1.73 m ² (predialysis stage)	3
Stage 5: GFR <15 ml/min/1.73 m ² (dialysis stage)	15

Results of approbation of the treatment regimen of dental diseases in patients with CKD 12 months after the application of the new protocol, the following patient complaints were identified:

Table 3. Analysis of complaints and objective indicators of examination of patients with CKD

Manifestations of CKD in the oral cavity	Frequency of occurrence, %		P
	Group B	Group C	
Bleeding gums	73.3	73.33	<0.001
Xerostomia	46.7	33.3	<0.01
Difficulties in eating	26.7	55.3	<0.001
Gum recession (tooth necks exposed)	66.7	100.0	>0.1
Large volume of soft plaque	73.3	73.3	<0,01
Large volume of hard plaque	53.3	46.7	<0.001
Swelling of the cervical gum and interdental papillae, their looseness and hyperemia	46.7	80.0	<0.01
Plaque on the tongue	6.66	6.7	<0.001
Ulceration of the SOPR	6,67	6,7	>0,1

Gum bleeding decreased by 10.6-13.2%; difficulty eating decreased in 2.2-7.7% of patients; the amount of soft plaque decreased by 15.58-21.1%; tartar – by 41% and 15.2% in groups B and C, respectively; swelling of the cervical gum and interdental papillae, their looseness and hyperemia decreased by 18.9-21.3%.

Table 4. The volume of therapeutic and preventive dental care for the examined persons

Performed therapeutic and hygienic dental manipulations	Patients	
	Group B, n=15	Group B, n=15
Treatment of uncomplicated caries	11 teeth	12 teeth
Treatment of non-carious lesions	6 teeth	12 teeth
Endodontic treatment of pulpitis	5 teeth	5 teeth
Endodontic treatment of periodontitis	4 teeth	4 teeth
Removal	6 teeth	4 teeth
Treatment of inflammatory periodontal diseases	13 people	14 people
Professional oral hygiene	15 people	15 people

Treatment of diseases of the oral mucosa	4 people	5 people
--	----------	----------

Table 5. Changes in the prevalence (%) and intensity of dental caries in group B patients

Inspection	Prevalence	Intensity (CPU) (M±m)	K (M±m)	N (M±m)	Y (M±m)
Examination 12 months after standard treatment	70,2	6,6±0,43	1,7±0,15	3,43±0,33	1,24±0,15
Inspection 12 months after the application of the new scheme	70,4	6,68±0,27	1,81±0,12	3,91±0,65	0,97±0,15
P<0,001					

In total, 17 teeth were cured for carious and non-carious lesions in this group, 9 teeth were endodontically treated for pulpitis and periodontitis, and 6 teeth were removed (the reason was ineffective endodontic treatment and periodontal lesions). The number of filled teeth was 3.91 ± 0.65 (an increase of 14.0%). The number of teeth affected by the carious process increased from 1.7 ± 0.15 to 1.81 ± 0.12

(an increase of 6.47%, earlier in the same period the increase was 33.8%). The increase in the prevalence of caries for 1 year is 0.2%.

The assessment of the condition of the fillings revealed their safety after a year – in 87.9% (earlier for the same period - 81.0%).

The X-ray method revealed the absence of periapical lesions in endodontically treated teeth in 78.3% after 12 months (previously 77.1% for the same period of time).

Table 6. Causes of tooth extraction in group B patients.

The reason for tooth extraction	Complications of pulpitis and periodontitis	Periodontal disease (periodontitis and periodontal disease)
	4 teeth (66.67%)	2 teeth (33.33%)

Table 7. Changes in the prevalence (%) and intensity of dental caries in group B patients.

Inspection	Prevalence	Intensity (CPU) (M±m)	K (M±m)	N (M±m)	Y (M±m)
Examination 12 months after standard treatment	76,1	7,26±0,43	1,87±0,15	3,77±0,33	1,62±0,15
Inspection 12 months after the application of the new scheme	76,7	7,34±0,27	1,6±0,13	4,57±0,26	1,17±0,12
P<0,001					

In total, 24 teeth were cured for carious and non-carious lesions in this group, 9 teeth were treated endodontically for pulpitis and periodontitis, and 4 teeth were removed (the reason is ineffective endodontic treatment and periodontal lesions). When examined a year later, the number of filled teeth was 4.57 ± 0.26 (an increase of 21.22% compared to the same period). The number of teeth affected by the carious process decreased from 1.87 ± 0.15 to 1.6 ± 0.13 (reduction of

caries growth by 16.87%). The increase in the prevalence of caries for 1 year is 0.6%.

An assessment of the condition of the seals a year later revealed their safety at 76.7% (an increase of 4.4%).

The X-ray method revealed the absence of periapical lesions in endodontically treated teeth in 77.3% after a year (previously 74.4% for the same period of time).

Table 8. Causes of tooth extraction in group B patients.

The reason for tooth extraction	Complications of pulpitis and periodontitis	Periodontal disease (periodontitis and periodontal disease)
	2 teeth (50.0%)	2 teeth (50.0%)

Thus, it can be argued that the effectiveness of endodontic treatment in patients with CKD has practically not changed, but more effective treatment of carious and non-carious lesions will, in our opinion, reduce the need for endodontic treatment in this category of patients.

Dynamics of the hygienic state of the oral cavity of patients with CKD

Examination after 12 months revealed that OHI-S in group B patients was 1.34 ± 0.17 ($p < 0.001$) (a decrease of 34.32% compared to the previous examination), in group B - 1.52 ± 0.12 ($p < 0.001$) (a decrease of 38.16% compared to the previous examination).

Table 9. Changes in the hygienic index OHI-S in the examined patients

Inspection	Group B	Group C
Examination 12 months after standard treatment	1.8 ± 0.16	2.1 ± 0.17

Inspection 12 months after the application of the new scheme	1.34±0.17	1.52±0.12
* statistically significant differences according to the Student's t-test ($p<0.001$) between the stages		
** statistically significant differences in Student's t-test ($p<0.001$) between groups		

Study of the periodontal condition

In patients with CKD, inflammatory processes of periodontal tissues are common. Their occurrence is shown in table 39.

Table 10. Prevalence of inflammatory periodontal diseases in patients with CKD

Periodontal lesion	Group B	Group C	χ^2	P
Healthy periodontal	2 (13,33%)	1 (6,67%)	6,96	<0,008
Gingivitis	3(20,0%)	3(20,0%)	1,72	>0,1
Periodontitis of mild severity	6 (40,0%)	4 (26,67%)	4,83	=0,028
Periodontitis of moderate severity	3 (20,0%)	5 (33,33%)	1,58	>0,1
Severe periodontitis	1 6,67%	2(13,33%)	0,09	>0,1

After applying the proposed treatment regimen, the prevalence of periodontal diseases in patients with CKD is 86.67% in group B (a decrease of 7.67%) and 93.33% in group B (unchanged). Among group B individuals, gingivitis occurs in 20.0% (an increase of 8.68%), periodontitis of mild severity occurs in 40.0% (a decrease of 3.4%), moderate severity occurs in 20% (a decrease of 6.4%), severe severity occurs in 6.67% (a decrease of 0.83%). In group B: gingivitis – 20.0%

(unchanged) of observations, mild periodontitis - 26.67% (decreased by 6.66%), moderate periodontitis - 33.33% (decreased by 6.67%), severe periodontitis - 13.33% (decreased by 6.67%).

When evaluating the periodontal CPITN index, individual signs of periodontal pathology (bleeding, tartar, periodontal pocket) are still detected.

Table 11. Results of the study of the need for treatment of periodontal diseases

Scores	Signs	Group B, n=15	Group B, n=15	χ^2	P
0	No disease	2 (13,33%)	1 (6,67%)	0,01	>0,10
1	Bleeding during insertion of the probe, no tartar, no pocket	2(20,0%)	1(20,0%)	0,67	>0,10
2	The phenomenon of inflammation of gum edema, tartar, periodontal pocket is not present	1 (6,67%)	2 (13,33%)	5,66	=0,016
3	Periodontal pocket 3.5 - 5.5 mm deep	3 (20,0%)	5 (33,33%)	0,89	>0,10
4	Periodontal pocket with a depth of 6 mm or more	1 6,67%	2(13,33%)	0,41	>0,10

Differences in the prevalence and intensity of individual signs of periodontal pathology (bleeding, tartar, periodontal pocket) were revealed ($p=0.082$). Bleeding of the gums during the introduction of the probe in group B increased by 8.68%, in group B remained unchanged; swelling of the gums and periodontal pockets was no longer detected in

93.3% of patients in group B and 86.67% of patients in group B. Periodontal pockets with a depth of 3.5 mm or deeper were twice as often observed in group B.

Lesions of the

Table 12. Identified lesions of the SOPR

Identified lesions of the SOPR	Frequency of occurrence, %		P
	Group B	Group C	
Pallor of the SOPR	73.8	38.2	<0.001
Depapilated language	2.7	1.4	<0.01
Petechiae SOPR	14,1	22,2	<0,001
Pigmentation on the SOPR	25.3	13.9	>0,1
Candidiasis	0	0	<0.001
Ulceration of the SOPR	6.2	11.5	<0.01

Uremic stomatitis	2,4	0	<0,001
-------------------	-----	---	--------

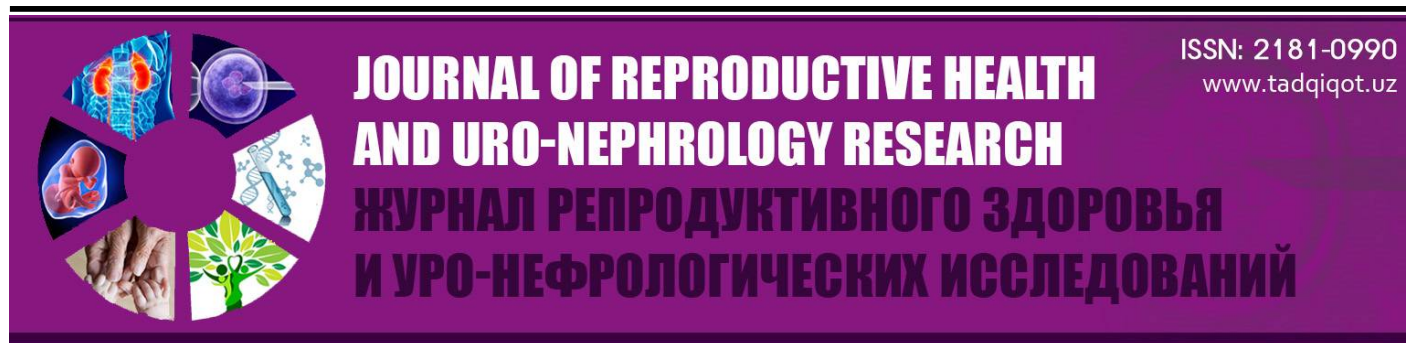
The analysis of the lesions of the SOPR in patients with CKD showed that the changes, compared with the data of the previous examination, are very small. The reason for this, in our opinion, is that the lesions of the COPD in CKD are not independent, but are symptoms of a systemic disease.

Based on the above data, it can be concluded that the proposed protocol for the treatment of dental diseases in patients with CKD has

shown effectiveness in the treatment of carious and non-carious lesions of the hard tissues of the teeth, in maintaining a satisfactory hygienic condition of the oral cavity. Also, the proposed protocol has shown satisfactory results in maintaining periodontal health, but in our opinion, it is impossible to completely rid a patient with CKD of periodontal diseases by dental measures alone and requires coordinated, comprehensive work of a dentist and a nephrologist.

References:

1. S. C. Palmer, M. Ruospo, G. Wong et al., "Oral-D study investigators. Dental health and mortality in people with end-stage kidney disease treated with hemodialysis: a multinational cohort study," *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 66, pp. 666–676, 2015. View at: Google Scholar
2. J. Guggenheimer, B. Egtesad, and D. J. Stock, "Dental management of the (solid) organ transplant patient," *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, vol. 95, no. 4, pp. 383–389, 2003. View at: Publisher Site | Google Scholar
3. E. A. Georgakopoulou, M. D. Achdari, and N. Afentoulide, "Dental management of patients before and after renal transplantation," *Stomatologija*, vol. 13, pp. 107–112, 2011. View at: Google Scholar
4. A. Vasanthan and N. Dallal, "Periodontal treatment considerations for cell transplant and organ transplant patients," *Periodontol 2000*, vol. 44, pp. 82–102, 2007. View at: Google Scholar
5. S. Martí Alamo, C. Gavalda Esteve, and M. G. Sarrión Pérez, "Dental considerations for the patient with renal disease," *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, vol. 3, pp. E112–E119, 2011. View at: Publisher Site | Google Scholar
6. A. S. Levey, K. U. Eckardt, Y. Tsukamoto et al., "Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)," *Kidney International*, vol. 67, pp. 2089–2100, 2005. View at: Publisher Site | Google Scholar
7. S. L. Segelnick and M. A. Weinberg, "The periodontist's role in obtaining clearance prior to patients undergoing a kidney transplant," *Journal of Periodontology*, vol. 80, pp. 874–877, 2009. View at: Publisher Site | Google Scholar
8. R. Proctor, N. Kumar, A. Stein, D. Moles, and S. Porter, "Oral and dental aspects of chronic renal failure," *Journal of Dental Research*, vol. 84, pp. 199–208, 2005. View at: Publisher Site | Google Scholar
9. S. S. De Rossi and M. Glick, "Dental considerations for the patient with renal disease receiving hemodialysis," *Journal of the American Dental Association*, vol. 127, pp. 211–219, 1996. View at: Publisher Site | Google Scholar
10. S. Williams, K. Malatesta, and K. Norris, "Vitamin D and chronic kidney disease," *Ethnicity & Disease*, vol. 19, pp. S5–8–11, 2009. View at: Google Scholar
11. P. M. Mannucci, G. Remuzzi, F. Pusineri et al., "Deamino-8-D-arginine vasopressin shortens the bleeding time in uremia," *New England Journal of Medicine*, vol. 308, no. 1, pp. 8–12, 1983. View at: Publisher Site | Google Scholar
12. J. A. Sloand and M. J. Schiff, "Beneficial effect of low-dose transdermal estrogen on bleeding time and clinical bleeding in uremia," *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 26, no. 1, pp. 22–26, 1995. View at: Publisher Site | Google Scholar
13. P. A. Janson, S. J. Jubelirer, M. J. Weinstein, and D. Deykin, "Treatment of the bleeding tendency in uremia with cryoprecipitate," *New England Journal of Medicine*, vol. 303, no. 23, pp. 1318–1322, 1980. View at: Publisher Site | Google Scholar
14. E. J. Raubenheimer, C. E. Noffke, and H. D. Hendrik, "Chronic kidney disease-mineral bone disorder: an update on the pathology and cranial manifestations," *Journal of Oral Pathology & Medicine*, vol. 44, no. 4, pp. 239–243, 2015. View at: Publisher Site | Google Scholar
15. J. T. Klassen and B. M. Krasko, "The dental health status of dialysis patients," *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 68, pp. 34–38, 2002. View at: Google Scholar
16. A. Jover Cerveró, J. V. Bagán, Y. Jiménez Soriano, and R. Poveda Roda, "Dental management in renal failure: patients on dialysis," *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, vol. 13, pp. E419–426, 2008. View at: Google Scholar
17. A. Leonard, L. Raij, and F. L. Shapiro, "Bacterial endocarditis in regularly dialyzed patients," *Kidney International*, vol. 4, pp. 407–422, 1973. View at: Publisher Site | Google Scholar
18. J. C. Leão, L. A. Gueiros, A. V. Segundo, A. A. Carvalho, W. Barrett, and S. R. Porter, "Uremic stomatitis in chronic renal failure," *Clinics*, vol. 60, no. 3, pp. 259–262, 2005. View at: Publisher Site | Google Scholar
19. E. de la Rosa Garcia, A. Mondragón Padilla, S. Aranda Romo, and M. A. Bustamante Ramírez, "Oral mucosa symptoms, signs and lesions, in end stage renal disease and non-end stage renal disease diabetic patients," *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, vol. 11, pp. E467–E473, 2006. View at: Google Scholar
20. M. Dioguardi, G. A. Caloro, G. Troiano et al., "Oral manifestations in chronic uremia patients," *Renal Failure*, vol. 38, no. 1, pp. 1–6, 2015. View at: Publisher Site | Google Scholar
21. P. C. Fox, P. F. van der Ven, B. C. Sonies, J. M. Weiffenbach, and B. J. Baum, "Xerostomia: evaluation of a symptom with increasing significance," *Journal of the American Dental Association*, vol. 110, no. 4, pp. 519–525, 1985. View at: Publisher Site | Google Scholar
22. J. S. Sobrado Marinho, I. Tomás Carmona, A. Loureiro, J. Limeres Posse, L. Carcià Caballero, and P. Diz Dios, "Oral health status in patients with moderate-severe and terminal renal failure," *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, vol. 12, pp. 305–310, 2007. View at: Google Scholar
23. M. Dencheva, "Dialysis, renal transplantation and oral health many-sided nature of dental focal doctrine," *Biotechnology & Biotechnological Equipment*, vol. 24, no. 2, pp. 1878–1881, 2010. View at: Publisher Site | Google Scholar



УДК 616.61-006.6-033.2:616.24]-089.168-037

Shaxanova Shaxnoza ShavkatovnaTibbiyot fanlari nomzodi
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**Raximov Nodir Maxammatkulovich**Tibbiyot fanlari doktori, dotsent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**Koraboev Fayzullo Tojiboevich**Respublika Ixtisoslashtirilgan Onkologiya va Radiologiya
ilmiy amaliy tibbiyot markazi Samarqand filiali
Samarqand, O'zbekiston**BUYRAK VA PROSTATA BEZI KO'PLAB OSTEOGEN METASTAZLARIDA DAVOLASH SAMARADORLIGINI
OSHIRISH****For citation:** Shaxanova Shaxnoza Shavkatovna, Raximov Nodir Maxammatkulovich, Koraboev Fayzullo Tojiboevich, Increase the effectiveness of treatment of multiple osteogenic metastases of kidney and prostate cancer, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 2. pp.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6678494>**ANNOTATSIYA**

Metastatik o'smalar birlamchi o'smalarga qaraganda ko'p uchraydi va skelet tizimining barcha o'smalarining 96% ni tashkil qiladi. O'tkazilgan autopsiya ma'lumotlariga ko'ra, buyrak saratonida (BS) suyak metastazlari 33-60% hollarda rivojlanadi va prostata hamda sut bezi saratonidan keyin uchinchi o'rinda turadi. Diagnostika usullari takomillashganiga qaramay, prostata bezi saratoni va buyrak hujayrali saratonida ko'plab osteogen metastazlarni aniqlash va davolash zamonaviy onkourologiyaning eng dolzarb muammolaridan biri bo'lib qolmoqda.

Kalit so'zlar: prostata bezi saratoni, buyrak saratoni, target terapiya, radionuklid terapiya, og'riq.**Shaxanova Shaxnoza Shavkatovna**Candidate of medical science
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Raximov Nodir Maxammatkulovich**Doctor of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Koraboev Fayzullo Tojiboevich**Samarkand branch of the Republican Specialized Scientific
and Practical Medical Center of Oncology and Radiology
Samarkand, Uzbekistan**INCREASE THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF MULTIPLE OSTEOGENIC METASTASES OF KIDNEY AND
PROSTATE CANCER****ABSTRACT**

Metastatic tumors are more common than primary ones and account for about 96% of all neoplasms of the skeletal system. According to the autopsies performed, bone metastases in kidney cancer (RC) develop in 33-60% of cases and are in 3rd place after prostate and breast cancer. Despite the improvement of diagnostic methods, the detection and treatment of multiple osteogenic metastases in prostate cancer and renal cell carcinoma remains one of the most urgent problems of modern oncology.

Key words: prostate cancer, kidney cancer, targeted therapy, radionuclide therapy, pain.**Шаханова Шахноза Шавкатовна**Кандидат медицинских наук
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Рахимов Нодир Махамматкулович

доктор медицинских наук, доцент

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Корабоев Файзулло Тожибоевич

Самаркандский филиал Республиканского специализированного

научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Самарканд, Узбекистан

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ОСТЕОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПОЧКИ И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

АННОТАЦИЯ

Метастатические опухоли более распространены, чем первичные, и составляют около 96% всех новообразований костной системы. По данным выполненных аутопсий, костные метастазы при раке почки (РП) развиваются в 33–60% случаев и стоят на 3-м месте после рака предстательной и молочной желез. Несмотря на совершенствование методов диагностики, обнаружение и лечение множественных остеогенных метастазов при раке предстательной железы и почечно-клеточном раке остаётся одной из наиболее актуальных проблем современной онкоурологии.

Ключевые слова: рак предстательной железы, рак почки, таргетная терапия, радионуклидная терапия, боль.

Tadqiqotning maqsadi tizimli nur terapiyasi bilan target terapiyasi kombinatsiyasini takomillashtirish hamda joriy qilish orqali buyrak va prostata bezi saratonining ko'plab osteogen metastazlarini davolash samaradorligini oshirishdan iborat.

Tadqiqotning ob'ekti sifatida 2015 yildan 2020 yilgacha Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazida, shuningdek RIO va RIATM Samarqand viloyati filiali bo'limlarida statsionar va ambulator davolanagan buyrak va prostata bezi saratoni ko'plab osteogen metastazlari bo'lgan 110 nafar bemorlar kiritildi.

Tadqiqot ishi Samarqand davlat tibbiyot institutining onkologiya kafedrasida olib borildi va Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazida, shuningdek RIO va RIATM Samarqand filialida statsionar va ambulator davolanagan buyrak va prostata bezi saratoni ko'plab osteogen metastazlari bo'lgan 110 nafar bemorlarning davolash natijalariga asoslandi. Bemorlar o'z navbatida uch guruhga bo'lingan. 1-guruh – 46 (41,82%) bemorlar (retrospektiv guruh, nazorat guruhi) bisfosfonatlar (zolendron kislota)

bilan birgalikda spetsifik o'smaga qarshi terapiya olgan, bu hozirgi kunda respublikada xavfli o'smalarning osteogen metastazlarini davolashda standart hisoblanadi, 2-guruh – 33 (30%) bemorlar (prospektiv guruh) denosumab va radionuklid terapiyasi (153-samariy-Oksabifor) bilan zolendron kislotali maqsadli osteoprotektiv terapiya bilan birgalikda spetsifik o'smaga qarshi davolash olgan, 3-guruh – 31 (28,2%) bemorlar (prospektiv guruh) spetsifik o'smaga qarshi terapiyasini hamda osteoprotektiv terapiya qabul qilgan, standart usul (zolendron kislota) samarasiz bo'lgan, denosumab terapiyasi va radionuklid terapiyasi (153-samariy-Oksabifor) olgan bemorlarni o'z ichiga oldi.

Muxokama: Bemorlarning umumiy holati bemorlarning sub'ektiv ma'lumotlariga ko'ra baholandi: jismoniy va ruhiy ma'lumotlar. Analgetiklarni qabul qilishning o'zgarishi tibbiy xodimlar va bemorlarning o'zlari tomonidan ob'ektiv ravishda aniqlandi. Og'riq qoldiruvchi ta'sir bemorlarning analgetiklarga bo'lgan ehtiyojining o'zgarishiga qarab sub'ektiv baholandi (doimiy og'riq, tungi og'riq, og'riq harakat paytida paydo bo'ladi va hokazo).

1-jadval

Bemorlarni davolanishgacha Karnovskiy shkalasi bo'yicha taqsimlanishi

Karnovskiy shkalasi bo'yicha ballar	Nozologiya											
	Buyrak saratoni n=48			R	Prostata bezi saratoni n=62			R	Itogo			R
	abs	M(%)	m		abs	M(%)	m		abs	M(%)	m	
40	3	6,25	3,49	Xi-kvadrat = 8,750; r = 0,119	5	8,06	3,46	Xi-kvadrat = 8,258; r = 0,143	8	7,27	2,48	Xi-kvadrat = 16,873; r = 0,005
50	8	16,67	5,38		10	16,13	4,67		18	16,36	3,53	
60	10	20,83	5,86		12	19,35	5,02		22	20,00	3,81	
70	11	22,92	6,07		14	22,58	5,31		25	22,73	4,00	
80	12	25,00	6,25		15	24,19	5,44		27	24,55	4,10	
90	4	8,33	3,99		6	9,68	3,75		10	9,09	2,74	
Itogo	48	100,00	0,00		62	100,00	0,00		110	100,00	0,00	
R	Xi-kvadrat Pirson = 0,219; r = 0,999											

Bemorlarning asosiy kontingentida bemorning to'liq mustaqilligi saqlanib qolganda, uning normal faoliyati cheklangan edi, bu 73 (66,36%) bemorni tashkil etdi. 64 (58,2%) bemorga kombinirlangan terapiya, shu jumladan ko'plab osteogen metastazlarni davolashda radiofarmterapiya (samariy Oksabifor) bilan target terapiya (denosumab) buyurildi.

56 bemorda target terapiya va radiofarmterapiya yordamida kombinirlangan terapiyadan so'ng umumiy holatning yaxshilanishi

qayd etildi, bu 87,5% ni tashkil etdi. Analgetiklarni qabul qilish va ularning dozalari kamayishi 50 ta bemorda (78,1%) qayd etildi, ulardan 14 (21,8%) bemor analgetiklarni qabul qilishni to'xtatdi, 50 ta bemordan 28 ta (56%) bemorda analgetiklar qabul qilish soni va dozasi 80%gacha kamaydi. 29 ta (45,3%) bemorda harakatchanlikning yaxshilanishi, 35 ta (54,6%) bemorda sub'ektiv to'liq harakatchanlik qayd etildi.

2-jadval

Kombinir terapiyadan so'ng og'riq qoldiruvchi samarasining oylardagi davomiyligi

O'sma joylashuvi	1-dozadan so'ng	2-dozadan so'ng	3-dozadan so'ng
Buyrak saratoni	5,06±0,19	6,69±0,19	6,19±0,24
Prostata bezi saratoni	5,66±0,18	7,58±0,19	7,98±0,23

2-jadvaldan ko'rinib turibdiki, radiofarmpreparatni birinchi marta ishlatilgandan 3 oy o'tgach, takroran yuborish bilan og'riq qoldiruvchi ta'sirining davomiyligi oshdi, bu statistik usullar bilan tasdiqlandi. SHU

bilan birga, preparatning 3-dozasi og'riq qoldiruvchi terapiya davomiyligining oshishiga olib kelmadi.

153Sm- Oksabifor yuborilgandan 1-3 oy o'tgach, og'riqni baholashdagi o'rtacha qiymatlar va o'zgarishlar 3-jadvalda ko'rsatilgan.

3-jadval

Og'riqni baholashdagi o'zgarishlar

	Bazal ma'lumotlar		1 oydan so'ng		3 oydan so'ng	
	M	m	M	m	M	m
Og'riqni baholashdagi o'zgarishlar	8,30	0,45	5,31	0,24	4,79	0,19
Og'riqni baholash	abs	%	abs	%	abs	%
0	0	0,00	0	0,00	2	6,25
1	0	0,00	3	9,38	2	6,25
2	0	0,00	2	6,25	5	15,63
3	0	0,00	6	18,75	3	9,38
4	0	0,00	5	15,63	8	25,00
5	0	0,00	5	15,63	6	18,75
6	1	3,13	4	12,50	1	3,13
7	3	9,38	5	15,63	5	15,63
8	14	43,75	2	6,25	0	0,00
9	14	43,75	0	0,00	0	0,00

3-jadvaldan ko'rinib turibdiki, davolash boshlanishida og'riq intensivligi 6-9 ball darajasida tavsiflangan. 153Sm-Oksabifor yuborilgandan 1 oy o'tgach og'riqni baholaganda quyidagicha o'zgargan: 21 (60%) bemorda og'riq kamaygan, 6 (18,7%) bemorda og'riq kuchaygan, 5 (15,6%) bemorda ta'sir kuzatilmagan. 153Sm-Oksabifor yuborilgandan uch oy o'tgach og'riq baholaganda 2 (6,3%)

bemorda og'riq to'xtadi, 27 (84,3%) bemorda og'riq kamaydi, 2 (6,3%) bemorda og'riq kuchaydi.

Og'riqning yo'qolishi bemorning harakatchanligini yaxshilanishi bilan birga kechdi. Karnovskiy shkalasi (KSH) asosida hayot sifatining o'zgarishi (HSO) o'rtacha qiymatlari quyidagicha aks etdi:

4-jadval

Kombinirlangan terapiyadan so'ng bemorlarning harakatchanligi

Ballar	Bazal ma'lumotlar		1 oydan so'ng		3 oydan so'ng	
	M	m	M	m	M	m
Karnovskiy shkalasi	47,00	1,65	67,06	1,50	66,00	1,34
	abs	%	abs	%	abs	%
20%	0	0,00	0	0,00	0	0,00
30%	0	0,00	1	3,13	0	0,00
40%	1	3,13	1	3,13	1	3,13
50%	12	37,50	3	9,38	2	6,25
60%	14	43,75	11	34,38	10	31,25
70%	4	12,50	6	18,75	6	18,75
80%	1	3,13	6	18,75	6	18,75
90%	0	0,00	3	9,38	5	15,63
100%	0	0,00	1	3,13	2	6,25

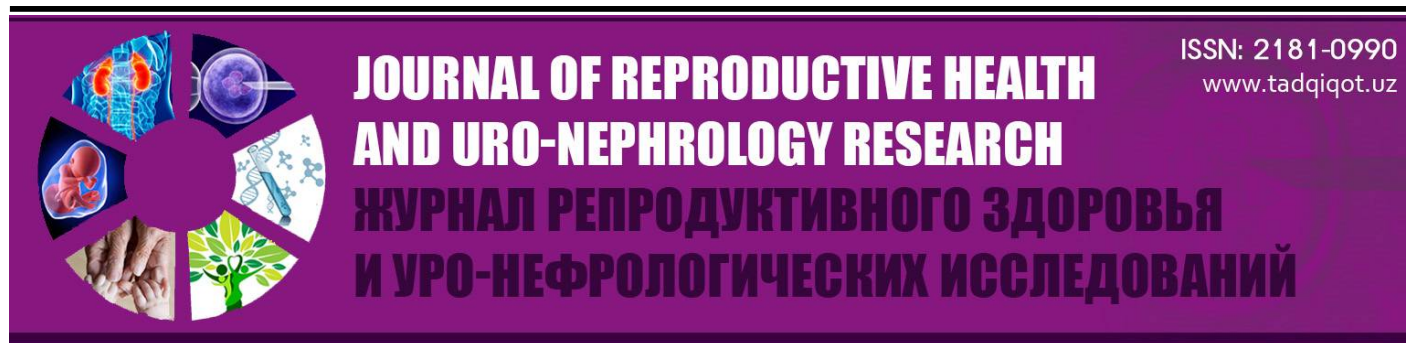
Kombinirlangan terapiyadan 1 oy o'tgach, ma'lumotlarni solishtirganda, 1 (3,1%) ta bemorda bazal Karnovskiy SHkalasi 100% bo'lgan, 3 (9,4%) ta bemorda Karnovskiy SHkalasi 90% bo'lgan va 1 (3,1%) ta bemorda KSH yomonlashdi, bu 30% ni tashkil etdi.

Xulosa: Buyrak va prostata bezi saratonining ko'plab osteogen metastazlarini davolashning yangi usuli, standart terapiyaga (bisfosfonatlar) samariy va denosumab kombinatsiyasi qo'shish bilan

mukammallashtirildi va sinovdan o'tkazildi; bu ijobiy natijalarga erishish imkonini berdi - 87,8% hollarda analgetik ta'sirining davomiyligi; harakatchanlikni 66% hollarda yaxshilanishi; ishqoriy fosfataza darajasini 70%ga kamayishiga olib keldi. Bisfosfonatlarga qarshi ko'rsatma (buyrak etishmovchiligi) mavjud bo'lganda, agar bisfosfonatlar samarasiz bo'lsa, tanlov usuli faqat denosumab va samariy kombinatsiyasini buyurishdir.

Adabiyotlar:

1. Djuraev M. D., Rahimov N. M., Karimova M.N., Shakhanova Sh. Sh. Current Views On The Pathogenesis Of The Parietal-Visceral Pathway Of Gastric Cancer Metastasis. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 2021/3/31. R 94-103.
2. Shakhanova Sh Sh, Djuraev M.D., Rakhimov N.M., Karimova M.N., Asatulayev A.F. Determination Of Risk Parameters In The Detection Of Asymptomatic Bone Metastases Of Kidney And Prostate Cancer. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 2021/2/28. R 161-174.
3. Esentaeva, & B.K. Tarakova (2020). Poterya kostnoy massy u onkologicheskix patsientov s gormonozavisimymi opuxolyami na fone protivoopuxolevoy terapii (obzornaya). Nauka o jizni i zdorove, (2). – S. 121-129.
4. Zaborovskiy N.S., Kostritskiy S.V. Metastaticheskoe porajenie pozvonochnika na fone pochechno-kletochnogo raka: rezultaty lecheniya i vyjivaemost posle udaleniya opuxoli // Xirurgiya pozvonochnika. 2017. №4. – S. 110-115.
5. Ziyadullaev SH., Elmamatov O., Raximov N., Raufov F. Sitogeneticheskie i immunologicheskie izmeneniya retsidiva raka mochevogo puzыrya Evropeyskiy jurnal molekulyarnoy i klinicheskoy meditsiny, 2020/11/23, str1877-1883
6. Kirichek A.A. Obzor materialov simpoziuma po urologicheskim opuxolyam amerikanskogo obshchestva klinicheskoy onkologii (ASCO-GU) 2019g. //Onkourologiya. 2019. T. 15. № 1. -S. 137-141.
7. Lushnikova N.A. Vozmojnosti predoperatsionnoy targetnoy terapii v lechenii kostnyx metastazov raka pochki//V sbornike: Aktualnye voprosy fundamentalnoy i klinicheskoy meditsiny Sbornik materialov kongressa molodyx uchenykh. Pod redaksiy E.L. Choynzonova. 2018. S. 270-271.
8. Tillyashayxov M.N., Ibragimov SH.N., Djanklich S.M. Sostoyanie onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Respubliki Uzbekistan v 2019 godu// Tashkent-2020, s. 1-120



УДК:618.11-006.2.03-031.14-008.6-314.117]-079.5

Tanish Gul Ahmad

Balx universiteti

Mozori Sharif, Afyoniston

РЕПРОДУКТИВ YOSHIDAGI AYOLLARDA TUXUMDONLARNING POLIKISTOZ SINDROMI KELIB CHIQISHINING ASOSIY SABABLARINI ANIQLASH

For citation: Tanish Gul Ahmad, Summari main causes of polycystic ovarian syndrome in women of reproductive age, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 2. pp.


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6683444>

ANNOTATSIYA

Tadqiqot maqsadi. Ushbu olib borilgan tadqiqotda biz tuxumdonlar polikistoz sindromi bilan ogʻrigan bemorlarni anamnestik, klinik, gormonal va ultratovush tekshiruvlar, demografik holati, shuningdek, gormonal kasalliklari, tana vazni va qondagi insulin darajasi oʻrtasidagi bogʻliqlikni oʻrganishni maqsad qildik.

Material va tadqiqot usullari: Ushbu jarayonlarni tavsiflovchi prospektive tadqiqoti amalga oshirildi. Mozori Sharifdagi Abu Ali Sino nomli Balx oʻquv klinikasiga murojaat qilgan 15 yoshdan 45 yoshgacha boʻlgan ayollar orasida tuxumdonlarning polikistoz sindromi bilan ogʻrigan 80 nafar bemor oʻrganildi. Barcha bemorlar anketasida demografik maʼlumotlar qayd etilgan va soʻrovnoman toʻldirish orqali kuzatilgan. Gormonal testlar (Prolaktin (PRL), gidroksiprogesteron -17 (OHP-17), qonda qand miqdori, Insulin, Testosteron, Luteinlovchi gormon (LG), Follikul stimullovchi gormon (FSH), glyukozaga tolerantlik - GTT) radioimmunoanaliz orqali oʻtkazildi va bemorlar ultratovush bilan tekshirildi. Tana vazni, qondagi insulin darajasi va giperandrogenizm oʻrtasidagi bogʻliqlikni oʻrganish uchun bemorlar semiz va semiz boʻlmagan guruhlariga, (tana vazni indeksi TVI>30 va TVI<30), hamda funksional giperandrogenizm (FG) belgilari mavjudligiga qarab, ikkiga boʻlingan, FG musbat va FG salbiy.

Statistik tahlil uchun Kruskal - Wallis, Mann - Withny statistik testlaridan foydalanilgan.

Kalit soʻzlar: Tuxumdon polikistoz sindromi, giperandrogenizm, hayz davrining buzilishi, girsutizm.

Tanish Gul Ahmad

Balh University

Mozori Sharif, Afghanistan

SUMMARY MAIN CAUSES OF POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

ABSTRACT

Purpose of the study: in this study, we set the goal to study the relationship between anamnestic, clinical, hormonal and ultrasound studies, demographic status, as well as hormonal disorders, body weight and blood insulin levels in patients with polycystic ovary syndrome.

Material and methods of research: a prospective study describing these processes was carried out. Among women aged 15 to 45 years who applied to the Abu Ali Sino Balkh Teaching Clinic in Mazar-i-Sharif, 80 patients with polycystic ovary syndrome were examined. Demographic data was recorded in all patient questionnaires, after which the questionnaire was completed.

Hormonal tests (prolactin (Prl), hydroxyprogesterone-17 (OHP-17), insulin, testosterone, luteinizing hormone (LH), follicle stimulating hormone (FSH), glucose tolerance - TG) were performed by radioimmunoassay and patients were examined by ultrasound. To study the relationship between body weight, blood insulin levels and hyperandrogenism, patients were divided into obese and non-obese groups (body mass index BMI>30 and BMI<30), as well as the presence of signs of functional hyperandrogenism (FH), divided into two groups. groups - FG positive and FG negative. For statistical analysis, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney statistical tests were used.

Results of the study: the most common clinical manifestations: menstrual disorders (100%), genetic factor (6.5%), hirsutism (62%) and obesity (25%). The most common hormonal disorders were: increased testosterone levels (32.5%), LH/FSH ratio >2 (25%), insulin resistance (12.2%), impaired glucose tolerance (TG) (17.5%), hyperinsulinism (respectively) 10%). Ultrasound examination did not give an accurate result in 18.7% of cases.

Conclusion: Given that the clinical features of PCOS can be identified by clinical signs and that laboratory tests play no role in the diagnosis of rare diseases such as hypothyroidism and hyperlactinemia, these tests should be limited to individual patients.

On the other hand, since side effects such as high blood insulin levels, insulin resistance and high blood pressure are directly related to obesity and hypoandrogenism in this group of people, individuals with symptoms of obesity and hyperandrogenism should be removed to take special treatment measures.

Key words: Polycystic ovary syndrome, hyperandrogenism, menstrual disorders, hirsutism

Таниш Гул Ахмад
Университет Балх
Мазори Шариф, Афганистан

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

АННОТАЦИЯ

Цель исследования: в данном исследовании мы поставили цель изучить взаимосвязь между анамнестическим, клиническим, гормональным и ультразвуковым исследованиями, демографическим статусом, а также гормональными нарушениями, массой тела и уровнем инсулина в крови у пациенток с синдромом поликистозных яичников.

Материал и методы исследования: проведено проспективное исследование, описывающее эти процессы. Среди женщин в возрасте от 15 до 45 лет, обратившихся в Учебную клинику Абу Али Сино Балха в Мазари-Шарифе, обследовано 80 пациенток с синдромом поликистозных яичников. Демографические данные записывались во все анкеты пациентов, после чего заполнялась анкета. Гормональные тесты (пролактин (Прл), гидроксипрогестерон-17 (ОНР-17), инсулин, тестостерон, лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), толерантность к глюкозе - ТГ) выполнялись радиоиммуноанализом, и пациенты обследовались с помощью ультразвука. Для изучения связи между массой тела, уровнем инсулина в крови и гиперандрогенией пациенты были разделены на группы с ожирением и без ожирения (индекс массы тела ИМТ>30 и ИМТ<30), а также наличие признаков функциональной гиперандрогении (ФГ), разделили на две группы - ФГ положительный и ФГ отрицательный. Для статистического анализа использовали статистические критерии Крускала-Уоллиса, Манна-Витни.

Результаты исследования: наиболее частые клинические проявления: нарушения менструального цикла (100%), генетический фактор (6,5%), гирсутизм (62%) и ожирение (25%). Наиболее частыми гормональными нарушениями были: повышение уровня тестостерона (32,5%), соотношение ЛГ/ФСГ >2 (25%), инсулинорезистентность (12,2%), нарушение толерантности к глюкозе (ТГ) (17,5%), гиперинсулинизм (соответственно) 10%). Ультразвуковое исследование не дало точного результата в 18,7% случаев.

Заключение: учитывая, что клинические признаки синдрома поликистозных яичников можно идентифицировать по клиническим признакам и что лабораторные тесты не играют никакой роли в диагностике некоторых патологий, таких как гипотиреоз и гиперлактинемия, эти тесты должны быть ограничены конкретным пациентам.

С другой стороны, поскольку побочные эффекты, такие как высокий уровень инсулина в крови, резистентность к инсулину и высокое кровяное давление напрямую связаны с ожирением и гипоандрогенизмом, в этой группе пациентов следует проводить этиотропное лечение.

Ключевые слова: Синдром поликистозных яичников, гиперандрогенизм, нарушения менструального цикла, гирсутизм.

Tadqiqot dolzarbligi: tuxumdon polikistoz kasalligi - bu qonda insulin, insulin qarshiligi va androgenning ortishi kabi klinik sabablar va simptomlar bilan ovulyatsiyaning surunkali yetishmasligi, hayz davrining buzilishidir. Girsutizm va bepustlik jiddiy asorat bo'lib, jumladan endometriy saratoni, yurak-qon tomir kasalliklari va qandli diabet xavfi ortishi oqibatlaridan kelib chiqqan bo'lishi mumkin [1]. Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, ovulyatsiya bo'lmagan ayollarda birinchi davolashda yoshga, tug'ilish holatiga va klinik belgilarga qarab davolash kerak.

Ovulyatsiya buzilishi tug'ilish yoshidagi ayollarda keng tarqalgan bo'lib, amenoreya, tartibsiz hayz ko'rish va girsutizm kabi turli xil klinik ko'rinishlarga olib keladi [1, 4].

Buyrak usti bezining giperplaziyasi, uning sindromi, giperprolaktinemiya va androgen ajraladigan o'smalar kabi o'ziga xos holatlarni hisobga olish va istisno qilish kerak bo'lsada, ular klinik, laboratoriya va ultratovush tekshiruvlari natijalariga ko'ra tuxumdon polikistoz sindromi (TPKS) holatlarining 75% da mavjud [2, 3, 6, 7, 8].

Sindrom birinchi marta 1935 yilda Shtayn va Levental tomonidan aniqlangan va bepustlik uchun davolanayotgan amenoreya, girsutizm, katta tuxumdonlar va tuxumdonlar polikistoz bilan kasallangan ayollarni o'z ichiga olgan [5, 9, 10].

Bugungi kunda ushbu sindromni surunkali anovulyatsiya sifatida ko'rib chiqish keng tarqalgan, klinik sabablar va alomatlar, jumladan qonda insulin miqdorining ortishi, insulin qarshiligi va androgenning ortishi kabi omillar mavjud.

Chunki anovulyatsiya giperandrogenizm bilan bog'liq bo'lsa, insulin va insulin qarshiligining oshishi buzilish sifatida aniqlanishi mumkin, ayniqsa semiz ayollarda. Amenoreya, girsutizm va bepustlik kabi keng tarqalgan asoratlardan tashqari, bu ayollarda estrogen tufayli bachadon va ehtimol ta'sirlanmagan ko'krak saratoni xavfi ortishi kabi jiddiy asoratlardan mavjud [10, 11].

Ovulyatsiya bo'lmagan menopauzadagi ayollarda yurak-qon tomir kasalliklari va diabet tufayli umr ko'rish davomiyligi ham qisqaradi. Bu odamlarda giperlipidemiya erkaklarnikiga o'xshaydi va yurak-qon tomir kasalliklari xavfini oshiradi va sabab ham giperinsulinemiya bilan bog'liq. Bundan tashqari, bu odamlarda 2-toifa diabet xavfi yoshlikdan boshlab besh baravargacha oshadi [8, 12].

Yuqorida aytilganlarning barchasini hisobga olgan holda, anovulyatsiya bilan og'rikan ayollar birinchi marta yoshga, tug'ilish holatiga va alomatlariga qarab davolanishi kerak.

Ushbu tadqiqotda ushbu odamlarning demografik, klinik, gormonal va ultratovush holati o'rganildi, shuningdek, yuqori xavfli holatlarga tashxis qo'yish va terapevtik choralarini to'g'ri bajarish uchun TPKS bilan og'rikan bemorlarda gormonal buzilishlarning tana vazni va qondagi insulin darajasi o'rtasidagi bog'liqlik o'rganildi.

Material va tadqiqot usullari. Ushbu loyihada Balx, Mozori Sharif shahridagi Abu Ali Sino kasalxonasiga TPKS tashxisi bilan yuborilgan 80 nafar bemor tekshirildi va quyidagi ma'lumotlar, jumladan yoshi, bo'yi, vazni, tana massasi indeksi, bel va son nisbati, oilaviy anamnezi, bepustlik, bepustlik anamnezi, hayz davrining buzilishi, girsutizm va boshqa kasallar anketasi to'plangan va namunalar ketma-ket yig'ildi. Bemorlarga gormonal testlar va ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. Tajribalar qon plazmasi, insulin, prolaktin, LG, FSGni, 17-gidroksi progesteronni, TTG, testosteronni va glyukoza testini o'z ichiga oldi, ular standart laboratoriyada follikulyar fazada ertalab 8 dan 10 gacha va 10 dan 12 soatgacha ochlikdan keyin o'tkazildi va immuno tekshiruvlar o'tkazildi.

Shveysariyaning Kontron kompaniyasiga tegishli gamma hisoblagich qurilmasi va Aria kompaniyasiga tegishli tijorat to'plamlaridan foydalanilgan. 75 g glyukoza minohidrat kukunini iste'mol qilgandan so'ng, bemorlar glyukoza bardoshlik testini (GTT) o'tkazdilar.

Oddiy GTTda ikki soatlik qonda glyukoza 140 mg / dL dan kam, insulinga bog'liq bo'lmagan qandli diabetda esa ikki soatlik qonda glyukoza 200 mg / dl yoki undan yuqori deb hisoblanadi.

Ushbu tadqiqotda insulin qarshiligini aniqlash uchun glyukozasining insulinga nisbati hisoblab chiqilgan va bu nisbat insulin qarshiligiga nisbatan 4,5 dan kam edi. LG / FSG nisbati o'lchandi va 2 dan yuqori qiymatlar g'ayritabiyy deb hisoblanadi.

Tekshiruvlardan so'ng bemorlar Hitachi Eub 300 qurilmasi va Convex 3,5 MGts probi yordamida ultratovush tekshiruvdan o'tkazildi.

Tana vazni va qondagi insulin darajasi va giperandrogenizm o'rtasidagi bog'liqlikni o'rganish uchun bemorlar funksional giperandrogenizm belgilarining mavjudligi yoki yo'qligi asosida semirib ketgan (TVI>30) va semiz bo'lmagan (TVI<30) guruhga bo'lingan. Girsutizm, akne, erkak alopesiyasi, FG-musbat va FG-salbiy

guruhlarga bo'lingan va laboratoriya natijalari guruhlar o'rtasida taqqoslangan.

Statistik tahlil uchun Mann Uitni va Kruskal - Wallis testlaridan foydalanilgan.

Tadqiqot natijalari: Tajribada ayollarining o'rtacha yoshi 19 yoshni tashkil etdi (standart og'ish 1,2). Bemorlarning 25% TVI > 30 (ideal tana massasi indeksi 19 dan 25 gacha, tana massasi indeksi 30 dan yuqori - semizlik) bo'lgan.

Barcha bemorlarda qon bosimi odatda 140/90 mm.sim.ust.dan past edi.

20 ta (25%) holatda bel / son nisbatining ortishi kuzatildi va ularning barchasi TVI> 30 guruhda edi.

Tarqalishi bo'yicha klinik ko'rsatkichlar: hayz davrining buzilishi (100%), oilaviy kasallik tarixi (62,5%), girsutizm (62%), yog'li teri (56%), akne (35%) va turmush qurgan ayollarda bepustlik fnfmnezi (2,8%).

Eng ko'p uchraydigan gormonal kasalliklarga testosteronning ortishi (32,5%), LG/FSG nisbati >2 (25%), insulin qarshiligi (21,2%), GTT buzilishi (17,5%), yuqori prolaktin (5,12%) va giperinsulinizm (10%) va 17 gidroksi progesteron (7,5%), TTG va ikkita holatda anormal edi.

TVI>30 va TVI<30 bo'lgan guruhlarini solishtirganda, quyidagi natijalarga erishildi: 14 (17,5%) nafar bemorda g'ayritabiiy GTT, ulardan 7 tasi (50%) TVI guruhi> 30.

17 (21%) holatda insulin qarshiligi, ulardan 9 tasida (25%) TVI>30 bo'lgan.

Laboratoriya tadqiqotida 8 nafar (10%) bemorda insulin 25 dan yuqori, ulardan 4 nafarida (50%) TVI> 30 edi. 26 nafar bemorda yuqori androgen (32,5%) va 5 nafar bemorda TVI>30 (20%) bo'lgan. 20 ta holatda (25%) LG / FSG ko'tarilgan, ulardan 6 (30%) nafarida TVI>30 bo'lgan. 17-gidroksi progesteron 6 nafar (7,5%) bemorda yuqori bo'lgan, ulardan birida TVI>30. Giperandrogenizmi bo'lgan 26 nafar (26,9%) bemorning yettitasida insulin qarshiligi bor edi, shulardan 3 (11,5%) tasida GTT bor edi.

Famelial hypertension (FH) musbat (18,75%) va salbiy FH (6,25%) bo'lgan semiz bemorlar o'rtasida giperinsulinemiya va anormal GTT nuqtai nazaridan statistik jihatdan sezilarli farq bor edi (P=0/033). FH musbat va FH salbiy bo'lgan semiz bo'lmagan bemorlarda o'rganilgan parametrlar o'rtasida statistik jihatdan muhim farq yo'q edi. 17 ta holatda insulin qarshiligi kuzatildi, ulardan 7 tasida giperandrogenizm (26,9%) kuzatildi. Giperinsulinizm 8 ta holatda kuzatilgan, ularning barchasida giperandrogenizm (100%) kuzatilgan.

GTTning buzilishi 14 ta holatda kuzatilgan, ulardan 3 tasida giperandrogenizm (1,5%) kuzatilgan. Giperinsulinizm yoki giperandrogenizm belgilari bilan insulin qarshiligi 17 holatda (68%) kuzatilgan. TTG va qonda glucoza micdori ikkita holatda anormal edi. Ultratovush tekshiruvi 18,7% hollarda g'ayritabiiy bo'lib, 1,3 holatda tuxumdonlar hajmining ikki tomonlama o'sishi, 1,3 holatda bir nechta periferik kistalar (Bo'yin ko'rinishi) va 1,3 holatda ikkala simptom ham bor edi.

Natijalarni muhokama qilish. O'rganilgan ko'rsatkichlar orasida 62,5% hollarda oilaviy kasallik tarixi mavjud bo'lib, ushbu kasallikning genetik tomoni autosomal dominant bo'lganligi sababli, kasallikka chalingan ayollarning opa-singillari va qizlari kasallikka chalinish ehtimoli 50% ga yetishi tekshirildi. 100% hollarda hayz davrining buzilishi mavjud edi. Konvey va boshqalar (1989) tomonidan olib borilgan tadqiqotda hayz ko'rishning buzilishi 80% hollarda mavjud edi.

Adabiyotlar:

1. Birdak MA, Farguhar CM, White HO. Association between polycystic ovaries and extent of coronary artery disease in women having cardiac catheterization. // Ann J Intern Med. 1997;126:32.
2. Diamamati E, Kandar A, Chryssa R, Kouls . A survey of the polycystic ovary syndrome in the Greek Islan of Lebsos: Hormonal metabolic profile.- // J Pf. Clinical – Endocrin & metabol. 1999: 4006-4011.
3. Dunaif A. Hyperandrogenic Anovulation (P.C.O.S) : A unique disorder of insulin action associated with an increased risk of NIDDM // AM J Med. 1995;98(1A) : 336.
4. Falsett L, Eifthrriou G. Hyper insulinemia in the polycystic ovary syndrome. A clinical endocrine and metabolic study in 240 patients. Gyn. // End. 1996. 10 : 319-326.
5. Fitch G, Hanzal R, Jensen D, Hacker N.F. Endometrial cancer in premenopausal women 45 years and younger.// Obstect- Gynecol , 2015, 85: 504.

Guruhdagi 6 ta turmush qurgan holatlarga ko'ra, bepustlik muammosi 8,2% ni tashkil etdi, bu bemor ayollarning yoshligi sababli kamroq tarqalgan. Bu ayollardagi girsutizm (62,5%) Konvey (1989) tadqiqotiga o'xshaydi, unda bemorlarning taxminan 70 % ma'lum darajada girsutizmdan shikoyat qilgan.

35% hollarda akne ham kuzatilgan. Tadqiqotdan chiqarib tashlangan bir holatda qondagi qand miqdori anormal edi. Bu odamlarda semirish darajasi 25% ni tashkil etdi, ularning barchasida belning songa nisbati, ya'ni qorinning semirishi ortgan. Konvey tadqiqotida semizlik darajasi 35 dan 60 %gacha bo'lgan. TVIdagi bu o'sish ovulyatsiya bo'lmagan semiz ayollarda testosteronni oshishiga sabab bo'lgan, ammo bizning tadqiqotimizda 26 kishi (32,5%) testosteronning anormaligiga ega edi, ulardan 21 nafari TVI<30 bo'lgan guruhda mavjud edi. (giperandrogenizm belgilari bilan).

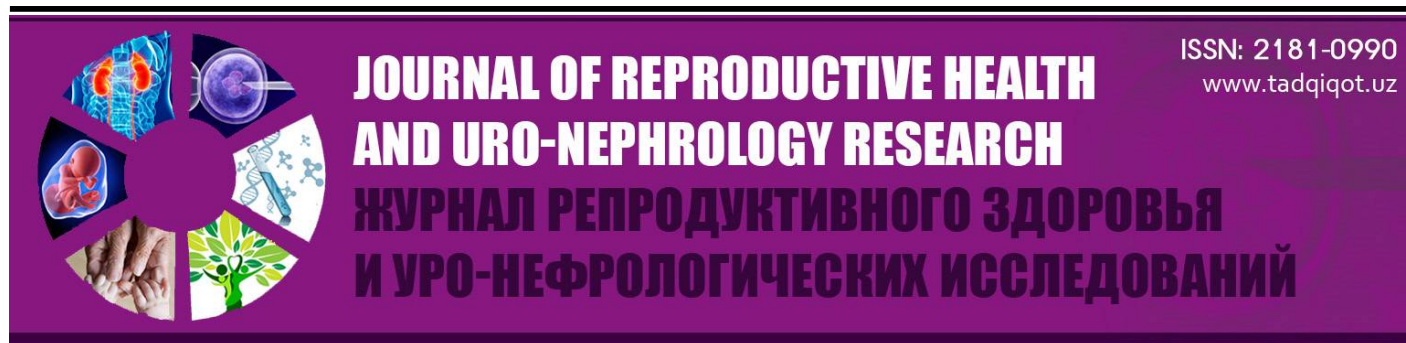
FH musbat va FH manfiy semirib ketgan guruhlar o'rtasidagi taqqoslaganda, insulin qarshiligi, giperandrogenizm, LG / FSG nisbati > 2 va giperinsulinizm parametrlari statistik ahamiyatga ega emas edi, ammo GTT buzilganligi nuqtai nazaridan ikkala guruh o'rtasida statistik jihatdan sezilarli farq bor edi.

FH-musbat semizlik va FH-manfiy semizlik guruhlarini bilan solishtirganda, faqat FG-musbat semizlik guruhida keng tarqalgan, ammo FG-musbat testosteron darajalariga ega bo'lgan GTT buzilgan GTTda statistik jihatdan sezilarli farq bor edi. Sutterlin va Steck (1995) tomonidan Germaniyada o'tkazilgan tadqiqotda, androgen ko'payishining etiologiyasini isbotlash uchun ohlik plazmasidagi insulin darajasini o'lchash tadqiqoti olib borilgan. Unga ko'ra: FH belgilari ijobiy bo'lgan ayollarda testosteron, insulin, LG / FSG va androstenedion darajasi yuqori bo'lgan. Ammo FG musbat bo'lmagan guruhda testosteron ko'proq oshdi. Bizning tadqiqotimizda giperinsulinizm bilan og'rikan barcha bemorlarda ham giperandrogenizm (100%) mavjud edi. Italiyada Falsetti va Eifthrriou (1996) tomonidan giperandrogenizm bilan bog'liq tuxumdonlar faoliyatini tartibga solishda insulin rolining ahamiyatini aniqlash uchun tadqiqot amalga oshirilgan.

Ushbu tadqiqotga ko'ra, normo-insulinemiya chidamliligi bo'lgan bemorlarda erkin testosteron, androstendion ioni darajasi, semirish va androgen simptomlarning tarqalishi sezilarli darajada yuqori bo'lgan, ammo GTT ikki guruh normoinsulinemiya va giperinsulinemiya o'rtasida farqlanmagan bo'lgan. Bizning tadqiqotimizda insulinga chidamli va giperinsulinemiya guruhlarida semizlik va androgenik alomatlar, hamda buzilgan GTTning tarqalishi yuqori bo'lgan, ammo ikki guruh o'rtasida testosteron darajasida farq yo'q edi. Diamamati (1999) tomonidan Gretsiyada oligomenoreya va girsutizmning bir yoki ikkita alomatlari bo'lgan TPKS bilan og'rikan bemorlarning gormonal holatini va bu alomatlari bo'lmagan guruhni aniqlash uchun o'tkazilgan tadqiqotdagi natijalar suyak massasi va qon bosimining yuqori bo'lishini ko'rsatdi. Guruhlar o'rtasida sezilarli farq yo'q edi, ammo girsutizm va oligomenoreya bilan og'rikan guruhda testosteron yuqori edi.

Hulosa. Bizning tadqiqotimizda testosteron darajasi girsutizm bo'lgan va bo'lmagan ikki guruh o'rtasida sezilarli darajada farq qilmadi. Tana vazni va qondagi insulin darajasi bilan gormonal buzilishlarning tafovutiga kelsak, semirish, ayniqsa FG musbat va insulin qarshiligi hamda giperinsulinizm bo'lgan semiz odamlar o'rtasida aniq bog'liqligi mavjud. Ultratovush tekshiruvi natijalariga ko'ra, holatlarning 18,7% anormal edi. Konvey (1989) tadqiqotida oddiy ayollarning 8-25% va tug'ilishni nazorat qilish tabletkalarini ichgan ayollarning 14% mazkur holatlarga duchor bo'lgan. Shunga o'xshash topilmalar TPKS bilan kasallangan ayollarda topilgan.

6. Frank . S. Polysystic ovary syndrome.// New Engl J Med. 2016, 333:853-854.
7. Jahafar S, Eden J.A, Waren P, Sepplam Ngvyen T.V. A twin study of polycystic ovary syndrome // Fertil-Steril, 1995,63:78-478.
8. Kinara I, Togasgi K, Kawakan s, Nakanoy, Takakora K, Mori T, Konish J, Polycystic ovaries : Implications of Diagnosis with MRI imaging // Radiology. 1996.201:549.
9. Leon S, Robert H. Glass, Nathan G.klse. Clinical gynecologic endocrinology infertility./ 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins 2018, 487-523.
10. Suterlin M, Steck T. Sensitivity of plasma insulin level in obese and non obese women with functional hyper androgenism. //Gyn-End.2017,9:34-44.
11. Wild RA, Alaupovic P, Parker IJ. Lipid and Apolipoprotein abnormalities in hirsute women and association with insulin resistance // Am J Obstet Gynecol. 1992,166:1191.



УДК 618.2 (07)

Umarov Zafar Mardanovich

Mustaqil izlanuvchi

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdammovna

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Suleymanova Nodira Jumaevna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

HOMILA CHANOG'I BILAN OLDINDA KELISHIDA INNOVATSION TEXNOLOGIYALAR AXAMIYATI

For citation: Umarov Zafar Mardanovich, Kattaxodjaeva Mahmuda Xamdammovna, Suleymanova Nodira Jumaevna, The importance of innovative technologies in breech presentation of the fetus, journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 3, issue 2. pp.

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6683630>**ANNOTATSIYA**

Tug'ruq paytida homila chanoği bilan oldinda joylashishida tug'ruqni olib borish dolzarb muammo bo'lib qolmoqda va barcha tug'ilishlarning 3-5% chastotasida sodir bo'ladi. Bugungi kunga kelib, statistik ma'lumotlarga ko'ra, homila chanoği bilan oldinda joylashishida kesar kesishning chastotasi 40 - 82%ni tashkil qiladi, bu esa homila chanoği bilan oldinda joylashishida kesar kesish o'tkazgan ayollar sonining ko'payishiga olib keldi. So'nggi yillar adabiyotida homila chanoği bilan oldinda joylashishida tug'ruqni olib borishning muqobil usullari haqida ma'lumotlar paydo bo'ldi. Ushbu maqolada homila chanoği bilan oldinda joylashishida tug'ruqni olib borishning turli usullarini taqqoslashda qiyosiy baholash natijalari muhokama qilingan.

Kalit suzlar: tabiiy yo'llar orqali tug'ruq, homila chanog'i bilan kelishi, infeksiya, psixonevrologik asoratlari

Умаров Зафар Марданович

Свободный соискатель

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Ташкент, Узбекистан.

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

Доктор медицинских наук, профессор

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Ташкент, Узбекистан.

Сулейманова Нодира Жумаевна

Кандидат медицинских наук, доцент

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Ташкент, Узбекистан.

ЗНАЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА**АННОТАЦИЯ**

Роды при ягодичном предлежании остаются актуальной проблемой во время родов и встречаются с частотой 3 - 5 % от всех родов. На сегодняшний день по статистике частота кесарева сечения при ВР составляет 40 - 82 %, что привело к увеличению числа женщин, имевших ранее кесарево сечение с соответствующими осложнениями. В литературе последних лет появились сообщения об альтернативных методах родоразрешения при ягодичном предлежании. В данной статье рассматриваются результаты сравнительной оценки различных методов родоразрешения при ягодичном предлежании.

Ключевые слова: роды через естественные родовые пути, тазовое предлежание, инфекции, психоневрологическая патология

Umarov Zafar Mardanovich

Free Applicant

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdamovna

Doctor of Medical Sciences, Professor

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

Suleymanova Nodira Jumaevna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

THE IMPORTANCE OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN BREECH PRESENTATION OF THE FETUS

ABSTRACT

Breech presentations remain as an urgent problem during delivery and occur with a frequency of 3 – 5 % of all births. Up today according to statistics the rate of caesarean delivery in BP accounts for 40 - 82 % and this has led to an increase in the number of women with prior cesarean delivery with corresponding complications. In recent literature there are reports about alternative methods of delivery in breech presentations. This article deals with the results of comparative evaluation of different methods of delivery in breech presentations.

Key words: natural childbirth, breech presentation, infections, neuropsychiatric pathology.

Muammoning dolzarbligi. Bugungi kunda qator olimlarning ta'kidlashi bo'yicha 5 % gacha homiladorlarda homila chanogi bilan oldinda joylashadi (HCHOK) va ularning fikricha bunday homiladorlik patologik xisoblanadi. Bunday fikrlarning sababi : ona va bola tarafidan homiladorlik davrida , ayniqsa tug'ruq jarayonida qator asoratlarni namoyon bo'lishi dir. Homila chanog'i oldinda kelganda tug'iladigan bolalarda perinatal o'lim va tug'ruq shikastlanishlari homila boshi bilan oldinda kelishiga nisbatan 3-5 barobar ko'p uchraydi. Kelgusida bu bolalarda ko'p xollarda qator psixo-nevrologik kasalliklar rivojlanadi – markaziy parezlar, epilepsiya, aqliy rivojlanishda orqada qolish va boshkalar (2, 4, 1,7).

Xozirgi vaqtda homila chanog'i oldinda kelganida uning uchun rejalashtirilgan tabiiy tugruq yullari orqali olib boriladigan tugruqqa nisbatan rejali kesar kesish amaliyoti optimal usul degan fikr mavjud.

Buning ustiga ko'pgina mualliflar homila chanog'i oldinda yotganida tugruqni tabiiy tug'ruq yo'llari orqali olib borishni umuman tavsiya etishmaydi (Collaris R.J., 2014y). SHuning uchun xam homila chanog'i oldinda yotganida tug'ruqni abdominal yul bilan yakunlash 60-70 % - ni tashkil etmoqda va 100 % -ga yakinlashmoqda. Ammo bunday yakunlar ayollarning bachadon chandi kasalligi va shu bilan bog'liq reproduktiv asoratlarning rivojlanishiga sabab bo'lmoqda. SHu vaqtgacha bajarilgan ilmiy izlanishlar HCHOKning asosan tug'ruq jarayonidagi bolaga ko'rsatadigan salbiy ta'siriga ko'proq urg'u berilgan (3,8). Ko'p olimlar homilaning noto'g'ri joylashishini korreksiya qilish usullarini taklif etishgan. Oxirgi o'n yilliklarda ma'lum bo'lgan usullar quyidagicha. Tashqi akusherlik burish muolajasi tushunchasi homiladorlik davrida homila ona chanog'ining kirish kesimiga nisbatan boshi emas, boshqa qismlari bilan joylashganida, qorin devori orqali maxsus muolaja yordamida uning boshiga burish ko'zda tutiladi. B.A. Arxangelskiy tomonidan 1974 yilda tadbiriq etilgan tashqi burish muolajasi homiladorlikning 34-36 haftalarida bajarilar edi. Ammo bu usulning qator kamchiliklari mavjud. Asosiysi- etilmagan muddatda rotatsiyaning bajarilishi muolajadan so'ng spontan tug'ruq boshlanishi, yoki asoratlarni rivojlanganda etilmagan chaqaloqning tug'ilishiga va uning tirik qolish imkoniyatlarining pasayishiga sabab bo'lishi mumkin.

Tadqiqot maqsadi. Homila chanog'i bilan oldinda kelgan homiladorlikda (HCHOK) akusherlik tashqi burish muolajasini 38-39 haftalik muddatda qo'llash va tabiiy tug'ruqlar sonining oshirish orqali perinatal natijalarini yaxshilash.

Material va usullar.

Prospektiv izlanishlarga 134 nafar homilasi chanog'i bilan oldinda joylashgan ayollar jalb qilindi. Bu homiladorlar Samarqand shaxri 1 va 2 sonli oilaviy poliklinikalarida va Payariq tumani QVP sida dispanser nazoratida bo'lib, 2 sonli Samarqand shaxar akusherlik kompleksida tug'rug'i sodir bo'lgan. Barchasi homiladorlikning 1 trimestrida nazoratga olingan, to'liq klinik-laborator tekshiruvlaridan o'tkazilgan. 74 nafar ayolga (55,2 %) 38-39 xaftalik muddatida homilaning

akusherlik boshiga tashqi burish muolajasi qo'llandi (asosiy gurux). 60 nafariga qarshi ko'rsatmalari bo'lgani uchun akusherlik amaliyoti qo'llanmadi (taqqoslash guruxi). Nazorat guruxi sifatida yoshi va pariteti mos keladigan homilasi boshi bilan oldinda joylashgan 30 nafar sog'lom xomilador olindi. Tadqiqotga kiritilmaganlar: HCHKda homilasida antenatal o'lim, rivojlanishida nuqsonlar, egiz homilaliklar, homiladorligi asorat bilan kechganlar, og'ir ekstragenital kasalliklari borlar xamda homila oldi suvi barvaqt ketgan homiladorlar. Izlanishda mamlakatimizda qabul qilingan standartlar bo'yicha tekshiruvlar qo'llandi: umumiy qon tahlili, biokimyoviy tekshiruvlar , koagulogramma va umumiy siydik tahlili an'anaviy usullar yordamida o'tkazildi. Qonning guruxi va rezus-omili xam barchada aniqlandi. Ultratovush tekshiruvi (UTT) yordamida jigar, buyrak, bachadonni va homilaning axvoli tashxislandi.

Izlanish natijalari.

Barcha prospektiv nazoratda bo'lgan homiladorlar yashash joyiga mansub homiladorlik bo'yicha dispanser nazoratiga birinchi trimestrdan olingan. Ularga qabul qilingan standartlar ga binoan klinik-laborator tekshiruvlari amalga oshirilgan: bachadon, xomila, ichki a'zolar UT tekshiruvlari, qon va peshob taxlillari, ko'rsatma bo'yicha - qin ajralmasining taxlili, 18-22 xaftalarida ona va bola skriningi viloyat skrining markazida amalga oshirildi. YUqorida ta'kidlaganimizdek homiladorlarning shi 18 dan 36gacha bo'lgan. 56% birinchi tug'uvchilar bo'lsa, 44% -qayta tug'uvchilar tashkil qildi.

Tekshirilgan guruxlarni solishtirma taxlili shuni ko'rsatadiki: barcha uch guruxdagi homiladorlarda turli xil ekstragenital kasalliklari surunkali xolatda mavjud (1 jadval). Ammo lekin, nazorat guruxiga nisbatan, asosiy va solishtirma guruxdagi homiladorlarda ichki a'zolar kasalliklari 4-5 va undan yuqori barobar ko'proqdir. Eng keng tarqalgan kasalliklardan- anemiya, peshob yo'llari va endokrin kasalliklari ekanligi ko'rinib turibti. Ammo shuni ta'kidlash lozimki, bu kasalliklar homiladorlik davrida davolangan va kompensatsiya fazasida bo'lgan. Infektsion kasalliklardan asosan ORVI va surunkali adneksit xolatlarini tekshirilganlarning anamnezida ko'proq uchragan. Asosiy (tashqi burish muolajasi o'tkazilgan) gurux patsientkalarida sorlishtirma guruxiga nisbatan asoratsiz kechgan xomiladorliklarni soni 25% ga ko'proq bo'lib, amaliyotni bajarishga imkoniyatlari oshgan. Misol uchun, bu guruxda ko'psuvlik yoki kamsuvlik holatlari mutlaqo kuzatilmagan. Homila tushishi va barvaqt tug'ruq xavfi, ikkinchi guruxda sezilarli darajada ko'p uchragan. Homiladorlik darvrida preeklampsiya, kamqonlik, URVI kabi xolatlar ikkala tekshirilgan guruxlarda deyarli farqlanmagan. Barcha homiladorlar nazorat davrida antianemik profilaktikasini olib, polivitamin-mineral komplekslarini muntazam ravishda qabul qilganlar xamda homilani tashqi burish muolajasiga tayyorlanib borganlar (klinik, UTT, laborator tekshiruvlari). Ammo 38-39 xaftalik muddatda yuqorida qayd etilgan 60 nafar homiladorda akusherlik tashqi burish muolajasiga qarshi ko'rsatmalar borligi aniqlangan.

Jadval 1. Prospektiv nazoratidagi homiladorlarning somatik anamnezi

	Homiladorlar n=164 4 (12 %)		
Somatik patologiyalar	1 gurux (n=74)	2 gurux (n=60)	Nazorat (30)
Surunkali temir tanqisligi kamqonligi	36 (48 %)**	31 (51 %)**	
Surunkali oshqozon-ichak kasalliklari(gastrit, kolit, duodenit)	13 (18 %)**	14 (23%)**	2 (4,5 %)
Surunkali peshob yo'llari kasalliklari(sistit, pielonefrit, tosh kasalligi)	17 (22,5 %)**	15 (25 %)**	3 (3 %)
Endokrin kasalliklari va semizlik	8 (11 %)**	9 (14,6%)**	1 (1 %)
Turli xil infeksiyon kasalliklar (ORVI, bronxit, pnevmoniyalar)	16 (22%)**	19 (31 %)**	4 (12 %)
Surunkali adneksit, endometrit	14 (19 %)**	13 (21,7 %)**	2 (7 %)

Izox: *r<0,05, ** r<0,001 - nazorat guruxiga nisbatan farq.

Tashqi burish amaliyotini bajarishga bo'lgan qarshi ko'rsatmalar orasida eng ko'p uchraganlari: homilani o'z o'qiga o'ralib qolishi (30%), vaznining kattaligi (32%), avvalgi tug'ruqlardan qolgan bachadon chandiqlari (26%), homila oldi suvlarining normaga nisbatan ko'p yoki kamligi xamda 25% xolatlarida barvaqt ketishi bo'ldi. Bu guruxdagi 42% (25 nafar) homiladorlarning tug'rug'i tabiiy tug'ruq yo'llari orqali sodir bo'ldi. 58% (35 nafar) da esa tug'ruq Kesarcha kesish amaliyoti bilan tugallandi.

Asosiy guruhga kiritilgan 74 nafar homiladorlarning to'liq tekshiruvi amalga oshirilgandan so'ng homilani akusherlik tashqi burish amaliyotiga qarshi ko'rsatmalar yo'qligini va muolajani bajarishga klinik sharoitlar borligini xisobga olgan xolda 38-39 xaftalik muddatlarida amalga oshirildi. Bulardan 31 nafari (41,9%) birinchi tug'uvchilar bo'lib, 43 nafari (59,1%) qayta tug'uvchilar edi. Qayta tug'uvchilarning aksariyati 2-3 tug'uvchilar bo'ldi. Guruxdagilarning o'rtacha yoshi 26, 3±1,4 tashkil qildi. Homiladorlar tug'ruq kompleksi homiladorlar patologiyasi bo'limiga gospitalizatsiya qilinganidan so'ng, to'liq klinik-laborator tekshiruvlaridan o'tkazilib, tashqi akusherlik burishga qarshi ko'rsatma yo'qligi va amaliyotni bajarishga

shart sharoitlar mavjudligi aniqlangandan so'ng homilador va oila a'zolariga muolaja xaqida to'liq informatsiya berilib (maqsad va texnikasi, bosqichlari va rivojlanishi mumkin bo'lgan asoratlari), habardor qilingan roziligi olindi. Takshqi burish muolajasi qabul qilingan halqaro standartlar bo'yicha tug'ruq bo'limida olib borildi, operatsiya xonaning tayyor xolatida, UTT nazorati ostida. Vena orqali tokolitik modda – betta adrenomimetik Ginepral 10 mkg (1 ampula 200,0 ml fiziologik eritmaga) 0,3 mkg/min tezligida yuborilib, tashqi burish amalga oshirildi. 74 nafar ayoldan 6 nafarida (8%) homila qayta chanog'iga aylanib olishi sababli 30 minut tanaffusdan so'ng tashqi burish qaytarildi va samarali bo'ldi. Tashqi burish muolajasidan so'ng xar 3-4 kunda tug'ruq boshlanguncha ambulator nazorat olib borildi. Akusherlik tashqi burish natijalari 2 jadvalda aksini topgan. SHuni ta'kidlash lozimki, muolaja vaqtida yoki undan so'ng yo'ldoshni barvaqt ko'chishi yoki homila oldi suvlarining barvaqt ketib qolishi xech kimda sodir bo'lmadi. SHunday qilib, 74 nafar homiladorlarning homilasining akusherlik tashqi burish muolajasi 60 nafari (80,9%) da samaradorli bo'lib, ularning tug'rug'i tabiiy yo'llar orqali homilani boshi bilan asoratsiz tug'ilishi bilan yakunlandi.

Jadval 2 Homilaning akusherlik tashqi burish muolajasi natijalari

natijalar	Akusherlik natijalari	
	Absolyut raqamlar	% xisobida
Ijobiy natija, boshi bilan tug'ruq	60	80,9
Manfiy natija, chanog'i bilan tug'ruq	14	19,17
Kesarcha kesish	4	5,4
Sovyanov usulini qo'llash	10	7,4
Umumiy soni	74	100%

Bulardan 12 nafari (16%) muolajadan so'ng 3 kun ichida tug'gan. Qolganlarida esa 39-40 xaftalik muddatda homilani boshi bilan oldinda kelishida tabiiy tug'ruq sodir bo'lgan. 14 nafar homiladorlarda muolajadan so'ng qayta chanog'iga burilib qolishi sodir bo'lgan va bu ayollar homilaning chanog'i bilan oldinda kelish holatida tug'ganlar. SHulardan 4 nafariga tug'ruq kuchlari sustligi va homilada gipoksiya xolati kuzatilganligi tufayli kesarcha kesish bilan tugallandi. Qolganlari esa tabiiy tug'ruq yo'llari orqali Sovyanov usulini qo'llagan xolda homilani chanog'i bilan tug'dilar. Boshi bilan tug'ilgan chaqaloqlarning vazni $3250,0 \pm 230,0$ g. tashkil etdi va ularning axvoli Apgar shkalasi bo'yicha 8-9 ballga baxolandi. Tug'ruq vaqtida va erta chilla davrida onalar tomonidan asoratlari qayd etilmadi. Barcha bu guruxdagi ayollar tug'ruqdan 4-5 kundan so'ng sog'lom chaqaloqlar bilan uyga chiqarildi. Asosiy guruxning 14 nafar homiladorida homilaning tashqi burish muolajasi manfiy natija berdi. Bularda muolajadan 4-7 kun so'ng homila qayta chanog'iga burilishi sodir bo'lib, tug'ruq boshlandi. SHulardan 4 nafarida ko'rsatma bo'yicha kesarcha kesish amaliyoti bajarildi, 10 nafari esa tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dilar. Bunda chaqaloqlar o'rtacha vazni $3158,0 \pm 225,0$ g. tashkil etdi. Apgar shkalasi bo'yicha 7 nafar chanog'i bilan tug'ilgan chaqaloqni axvoli 7-8 ball bilan baxolandi va qoniqarli deb topildi, qolganlari esa engil va o'rtacha darajali asfiksiya xolatida tug'ildi. Homilaning o'lik tug'ilish xolatlari

qayd etilmadi. Faqatgina 58% chanog'i bilan tug'ilgan chaqaloqlarning axvolini qoniqarli deb baxolangan (Apgar shkalasi bo'yicha 6-8 ball). Birontasi xam 9-10 ballga baxolanmagan. 6% o'lik tug'ilish sodir bo'lgan, bunda asosan chaqaloqlar tug'ruq jarayonida asfiksiya xolatiga uchragan. 36% chaqaloqlar og'ir va o'ta og'ir xolatda tug'ilib, reanimatsion chora tadbirlarga muxtoj bo'lganlar.

Xulosalar.

1. Homilaning chanog'i bilan oldinda kelishi dolzarb akusherlik muammosi bo'lib, yarmidan ko'p xolatlarda homilaning tashqi akusherlik burish muolajasining bajarishga shart-sharoitlar mavjud.

2. Ushbu amaliyotni 38-39 xaftalik muddatda bajarish mumkin. 80% xolatlarda bu muolaja samarali bo'lib, homilani boshi bilan tug'ilishiga yordam beradi.

3. Homilaning boshiga tashqi rotatsiyasi tug'ruq asoratlari oldini olish, chaqaloqlarning qoniqarli axvolda tug'ilishiga va onada tug'ruq asoratlarning keskin kamayishiga zamin yaratadi.

4. Etilgan muddatida kerakli shart-sharoitlarga bo'ysungan xolatda akusherlik tashqi burishni qo'llash alternativ usul bo'lib, zamonaviy amaliyotda qo'llanishi jarroxlik tug'ruqlar, perinatal kasalliklar va chaqaloqlar o'limi xamda onada tug'ruq asoratlarning sezilarli darajada kamayishiga va reproduktiv salomatlikni mustaxkamlashga yordam beradi

Adabiyotlar:

1. Abdullaeva M.E. Intaranatalnaya kardiokografiya v otsenke sostoyaniya ploda pri glavnom i tazovom predlejanii. //Byul-leten Federalnogo Sentra serdsa, krovi i endokrinologii. - 2010. - № 6. - S. 1.
2. Guinin I.V., Mayboroda O.V. Dorodovaya korreksiya tazovogo predlejaniya ploda putem narujnogo povorota na golovku //Mater. 3-go Ros. foruma «Mat i ditya». - M., 2011. - S. 46 - 47.
3. CHernuxa E.A., Puchko T.K. Vsex li jennin s tazovym predlejanijem ploda pri donoshennoy beremennosti sleduet rodorazreshat putem kesareva secheniya? //Akusherstvo i ginekologiya. - 2017. - № 2. - S. 8 - 14.
4. Broche D.E. et al. [Term-breech presentation: predictive factors of cesarean section for vaginal-birth failure] /D.E. Broche, R. Ramanah, A. Collin et al. //J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). - 2018. - Vol. 37, N 5. - P. 483 - 492.
5. Collaris R.J., Oei S.G. External cephalic version: a save procedure? A systematic review of version - related risk //Acta Obstet. Gynecol. Scand. - 2014. - Vol. 83. - P. 511 - 518.
6. Hartnack Tharin J.E., Rasmussen S., Krebs L. Consequences of the Term Breech Trial in Denmark //Acta Obstet. Gynecol. Scand. - 2011. - Vol. 90, N 7. - P. 767 - 771.
7. Hutton E.K. et al. The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: an international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies /E.K. Hutton, M.E. Hannah, S.J. Ross et al. //BJOG. - 2011. - Vol. 118, N 5. - P. 564 - 577.
8. Lawson G.W. Report of a breech cesarean section maternal death //Birth. - 2011. - Vol. 38, N 2. - P. 159 - 61.

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 2

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, 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 Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

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

Тел: (+998-94) 404-0000