

ISSN 2181-5674

PROBLEMS OF
BIOLOGY *and*
MEDICINE

БИОЛОГИЯ *ва*
ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ

2023, № 5 (148)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
Самаркандским отделением
Академии наук Республики Узбекистан
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ж.А. РИЗАЕВ

Редакционная коллегия:

*Н.Н. Абдуллаева, Д.Ш. Абдурахманов, Т.У. Арипова,
Т.А. Аскарлов, Ю.М. Ахмедов, А.С. Бабажанов,
С.А. Блинова, С.С. Давлатов, А.С. Даминов,
Ш.Х. Зиядуллаев, З.Б. Курбаниязов (зам. главного
редактора), К.Э. Рахманов (ответственный секретарь),
Б.Б. Негмаджанов, М.Р. Рустамов, Э.Н. Ташкенбаева,
Ш.Т. Уроков, Н.А. Ярмухамедова*

*Учредитель Самаркандский государственный
медицинский университет*

2023, № 5 (148)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75

Сайт

<http://pbim.uz/>

e-mail

pbim@pbim.uz

sammi-xirurgiya@yandex.ru

О журнале

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.

Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 219/5
от 22 декабря 2015 года реестром ВАК
при Кабинете Министров РУз
в раздел медицинских наук

Индексация журнала



Редакционный совет:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
М.М. Амонов	(Малайзия)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Б.А. Дусчанов	(Ургенч)
А.Ш. Иноятов	(Ташкент)
А.И. Икрамов	(Ташкент)
А.К. Иорданишвили	(Россия)
Б. Маматкулов	(Ташкент)
Ф.Г. Назиров	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
Ш.Ж. Тешаев	(Бухара)
А.М. Шамсиев	(Самарканд)
А.К. Шодмонов	(Ташкент)
Б.З. Хамдамов	(Бухара)
М.Х. Ходжибеков	(Ташкент)
Diego Lopes	(Италия)
Jung Young Paeng	(Корея)
Junichi Sakamoto	(Япония)
May Chen	(Китай)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
Sohei Kubo	(Япония)

Подписано в печать 25.10.2023

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 51,7

Заказ 113

Тираж 50 экз.

Отпечатано в типографии СамГМУ

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

Клинические исследования	Clinical studies
<p>Азизов Г.А. Коррекция нарушений микроциркуляции у больных с венозными трофическими язвами нижних конечностей</p>	<p>10 Azizov G.A. Correction of microcirculation disorders in patients with venous trophic ulcers of the lower limb</p>
<p>Атакулов Ж.О., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Байжигитов Н.И. Показания к колостомии у детей при болезни Гиршпрунга</p>	<p>14 Atakulov J.O., Yusupov Sh.A., Shamsiyev J.A., Bayjigitov N.I. Indications for colostomy in children with hirschsprung's disease</p>
<p>Атакулов Ж.О., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Шахриев А.К. Реконструктивно-пластические операции при уретроректальных свищах</p>	<p>17 Atakulov J.O., Shamsiyev J.A., Yusupov Sh.A., Shakhriev A.K. Reconstructive plastic surgery for urethrorectal fistulas</p>
<p>Ахтамов А., Жураев И.Ф., Ахтамов А.А. Сколиоз касаликлариди умуртқа поғонасининг кийшайиб ривожланишининг клиник манзарасини болалар ёшига кўра ўзига хос кузатилиши</p>	<p>22 Akhtamov A., Juraev I.G., Akhtamov A.A. Age-related features of clinical manifestation and development of spinal deformity in scoliotic disease</p>
<p>Бабажанов А.С., Саидов Ш.А., Саидмуродов К.Б. Яхши сифатли механик сарикликни хирургик даволашда дифференциал ёндашув</p>	<p>26 Babajanov A.S., Saidov Sh.A., Saidmurodov K.B. Differentiated approach in surgical treatment of benign obstructive jaundice</p>
<p>Бабарахимова С.Б. Ўсмирларда депрессив белгиларнинг хусусиятларини ўрганиш</p>	<p>31 Babarakhimova S.B. Study of features of depressive symptoms in adolescents</p>
<p>Бурибаев Д.Г., Туляганов Д.Б., Курбонов А.О., Джамалдинова Р.К. Стандартные лабораторные анализы крови, как возможный инструмент диагностики COVID-19</p>	<p>35 Buribaev D.G., Tulyaganov D.B., Kurbonov A.O., Djamaldinova R.K. Standard laboratory blood tests as a possible diagnostic tool for COVID-19</p>
<p>Валиев А.А., Хаитов К.Н. Роль полиморфного варианта гена TNF-α в развитии псориаза у детей</p>	<p>39 Valiev A.A., Khaitov K.N. The role of the polymorphic variant of the TNF-α gene in the development of psoriasis in children</p>
<p>Давлатов С.С., Хужамов О.Б. Совершенствование ненатяжной герниоаллопластики при паховых грыжах</p>	<p>44 Davlatov S.S., Khujamov O.B. Improvement of non-stretch hernioalloplasty for inguinal hernia</p>
<p>Даминов Ф.А. Особенности общей и местной предоперационной подготовки у обожженных пожилого и старческого возраста</p>	<p>49 Daminov F.A. Features of general and local preoperative preparation in elderly and senile burned patients</p>
<p>Даминов Ф.А. Выбор рациональных способов хирургического лечения при глубоких ожогах в пожилом и старческом возрасте</p>	<p>54 Daminov F.A. Choice of rational methods of surgical treatment for deep burns in the elderly and senile age</p>
<p>Джурабекова А.Т., Санакулова Д.А. Травмадан кейинги эпилепсияда беморларнинг комплекс диагностикаси</p>	<p>60 Djurabekova A.T., Sanakulova D.A. Complex diagnostics of patients with post-traumatic epilepsy</p>
<p>Ибадова Г.А., Максудова Л.М., Ташпулатова Г.А. Особенности течения острых диарей и постдиарейного синдрома у детей с кишечными паразитогами</p>	<p>64 Ibadova G.A., Maksudova L.M., Tashpulatova G.A. Features of the course of acute diarrhea and post-diarrheal syndrome in children with intestinal parasitosis</p>

<p><i>Ильслова А.Ж.</i> Сравнительный анализ физического развития дошкольников воспитывающихся в дошкольных образовательных организациях различных типов строения</p> <p><i>Иорданшвили А.К.</i> Опыт применения стволовых клеток в дентальной имплантологии</p> <p><i>Иорданшвили А.К., Хазратов А.И., Керимханов К.А.</i> Протетические поражения пародонта, их профилактика и лечение</p> <p><i>Исмаилов С.И., Ахмедов Ш.С.</i> Особенности векторных биомеханических изменений при птозах верхних век</p> <p><i>Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Якубов И.Й.</i> Диабетик остеоартропатияни эрта даврда даволаш усуллари ишлаб чиқиш</p> <p><i>Казакова Н.Н.</i> Аёлларда кечадиган остеопорознинг оғиз бўшлиғи аъзо ва тўқималарига таъсирини ўрганиш ва клиник баҳолаш</p> <p><i>Карабаев Дж.Ш., Шакиров Б.М., Мизамов Ф.О.</i> Оёқларида чуқур куйиши бўлган беморларни жаррохлик даволаш тактикаси</p> <p><i>Кодирова Ш.С.</i> Особенности течения психологического состояния у больных с сердечно - сосудистой патологией, перенесших COVID-19</p> <p><i>Кундузов О.Ш.</i> Свойства ротовой жидкости у преподавателей при стрессе</p> <p><i>Кундузов О.Ш., Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Ражабий М.А.</i> Особенности клинического течения хронического генерализованного пародонтита у специалистов на фоне стресса</p> <p><i>Курбаниязов З.Б., Зайниев А.Ф., Бабажанов А.С., Тухтаев Ж.К.</i> Обоснование методов комплексной дооперационной диагностики токсических форм зоба</p> <p><i>Курбаниязова В.Э.</i> Наиболее значимые аспекты прогнозирования состоятельности рубца на матке после операции кесарево сечения</p> <p><i>Лутфуллаев Ф.У., Фаизуллаев Д.Ш.</i> Ўткир ва сурункали йирингли синуситларни даволашни такомиллаштиришда нитроксидергик тизим кўрсаткичларининг аҳамияти</p>	<p>69</p> <p>74</p> <p>79</p> <p>86</p> <p>97</p> <p>101</p> <p>105</p> <p>108</p> <p>112</p> <p>116</p> <p>121</p> <p>125</p> <p>130</p>	<p><i>Ilyasova A.J.</i> Comparative analysis of the physical development of preschool children brought up in preschool educational organizations of various types of structure</p> <p><i>Iordanoshvili A.K.</i> Experience of stem cell usage in dental implantology</p> <p><i>Iordanishvili A.K., Khazratov A.I., Kerimkhanov K.A.</i> Prothetic periodontal lesions, their prevention and treatment</p> <p><i>Ismailov S.I., Akhmedov Sh.S.</i> Features of vector biomechanical changes in ptosis of the upper eyelids</p> <p><i>Ismailov U.S., Matmurotov K.J., Yakubov I.Y.</i> Development of treatment methods at an early stage diabetic osteoarthropathy</p> <p><i>Kazakova N.N.</i> Study and clinical evaluation of the impact of osteoporosis on the organs and tissues of the oral cavity in women</p> <p><i>Karabaev Dj.Sh., Shakirov B.M., Mizamov F.O.</i> Tactics of surgical treatment of patients with deep burns of the lower limb</p> <p><i>Kodirova Sh.S.</i> Features of the course of the psychological state in patients with cardiovascular pathology who underwent COVID-19</p> <p><i>Kunduzov O.Sh.</i> Properties of oral fluid in teachers under stress</p> <p><i>Kunduzov O.Sh., Rizaev J.A., Khazratov A.I., Rajabiy M.A.</i> Features of the clinical course of chronic generalized periodontitis in specialists on the background of stress</p> <p><i>Kurbaniyazov Z.B., Zainiev A.F., Babajanov A.S., Tukhtaev J.K.</i> Justification of methods for comprehensive preoperative diagnosis of toxic forms of goiter</p> <p><i>Kurbaniyazova V.E.</i> Prognostically significant criteria for the viability of the uterine scar in women undergoing cesarean section</p> <p><i>Lutfullaev G.U., Faizullaev D.Sh.</i> The importance of indicators of the nitroxidermic system in improving the treatment of acute and chronic suppressive sinusitis</p>
---	---	--

- Мадазимов М.М., Расулов Ж.Дж., Низамходжаев Ш.З.*
 Результаты пластики постожоговой рубцовой деформации лица и шеи свободным кожным трансплантатом
- Маматкулов К.М., Холхужаев Ф.И.*
 Тизза ости суяги букувчи пайлари ёки узун кичик болдир мушаги пайлари билан "All Inside" усулида олдинги хожсимон бойламни артроскопик тиклаш
- Матмуротов К.Ж., Рузमतов П.Ю., Саттаров И.С., Рузметов Б.А., Якубов И.Й.*
 Дифференцированная стратегия выполнения реконструктивных операций у больных синдромом диабетической стопы
- Матмуротов Қ.Ж., Исмаилов У.С., Якубов И.Й., Атажанов Т.Ш.*
 Диабетик панжа синдромида диабетик остеоартропатиянинг нейроишемик шаклининг ўткир босқичида даволаш усуллари ишлаб чиқиш
- Минуллин И.Р., Мамаризаев Д.Ю., Мамаризаева Н.З.*
 Клиническое течение при отдельных гистологических вариантах карциномы молочной железы
- Насимова Н.Р.*
 Оценка вариантов аллелей и генотипов полиморфизма RS9340799 в гене эстрогенового рецептора ESR1 между группами пациенток с пролапсом гениталий
- Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Бабажанов А.С., Цой А.О., Бекчанов Х.Н., Хаджибаев Ж.А., Бабажанов К.Б., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М.*
 Структурный анализ осложнений кардиодилатации у больных с ахалазией кардии
- Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Бабажанов А.С., Бекчанов Х.Н., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Бабажанов К.Б., Нигматуллин Э.И., Абдукаримов А.Д., Мадиев Ю.Р.*
 Результаты экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой в хирургическом лечении ахалазии кардии
- Нурматова Н.Ф., Хошимов А.А.*
 Болаларда сурункали каварчиқ кечишида ген полиморфизмининг хусусиятлари
- Орипова Ф.Ш.*
 Тухумдон эндометриомасини даволашда замонавий усулини қўллаш
- Пардаев С.Н., Орлов С.В., Наркулов М.С.*
 Применение биомеханической концепции при хирургическом лечении кифозов в грудном и поясничном отделах позвоночника
- Madazimov M.M., Rasulov J.Dj., Nizamkhodjaev Sh.Z.*
133 Results of plastic surgery of post-burn scar deformity of the face and neck with a free skin graft
- Mamatkulov K.M., Kholkhojaev F.I.*
142 Arthroscopic restoration of the anterior cruciate ligament using the "All Inside" method with popliteal flexor tendons or long fibular muscle tendon
- Matmurotov K.J., Ruzmatov P.Yu., Sattarov I.S., Ruzmetov B.A., Yakubov I.Yu.*
145 Differentiated strategy of performing reconstructive operations in patients with diabetic foot syndrome
- Matmurotov K.J., Ismailov U.S., Yakubov I.Yu., Atajanov T.Sh.*
151 Development of treatment methods for diabetic osteoarthropathy neuroisshemic form in diabetic paw syndrome
- Minullin I.R., Mamarizaev D.Yu., Mamarizaeva N.Z.*
156 Clinical course in certain histological variants of breast carcinoma
- Nasimova N.R.*
159 Evaluation of allele and genotype variants of RS9340799 polymorphism in the estrogen receptor gene ESR1 between groups of patients with genital prolapse
- Nizamkhodjaev Z.M., Ligai R.E., Babajanov A.S., Tsoi A.O., Bekchanov Kh.N., Khadjibaev J.A., Babajanov K.B., Abdugarimov A.D., Avalbaev J.M.*
165 Abstract structural analysis of complications of cardiodilation in patients with cardiac achalasia
- Nizamkhodjaev Z.M., Ligai R.E., Tsoi A.O., Babajanov A.S., Bekchanov Kh.N., Khadjibaev J.A., Omonov R.R., Babajanov K.B., Nigmatullin E.I., Abdugarimov A.D., Madiev Yu.R.*
171 Abstract results of extirpation of the esophagus with single-stage esophagoplasty in surgical treatment achalasia of the cardia
- Nurmatova N.F., Khoshimov A.A.*
178 Features of gene polymorphism during chronic urticaria in children
- Oripova F.Sh.*
183 Application of the modern method of treatment of ovarian endometrioma
- Pardaev S.N., Orlov S.V., Narkulov M.S.*
186 Application of the biomechanical concept in the surgical treatment of kyphosis in the thoracic and lumbar spine

<i>Рахимова Х.М.</i> Оилавий поликлинника шароитида беморлар орасида хавотир ва депрессиянинг тарқалишини баҳолаш	194	<i>Rakhimova H.M.</i> Assessment of anxiety and depression prevalence in ambulatory patients
<i>Рахматуллаева М.М.</i> Перспективы лечения и профилактики рецидивирующего бактериального вагиноза	197	<i>Rakhmatullayeva M.M.</i> Prospects for the treatment and prevention of recurrent bacterial vaginosis
<i>Рустамова Г.Р., Самиева Г.У., Джаббарова Н.Р.</i> Эффективность комбинированного лечения детей с хроническим тонзиллитом, аденоидитом на фоне вируса Эпштейна-Бара и цитомегаловирусной инфекции	202	<i>Rustamova G.R., Samieva G.U., Jabborova N.R.</i> Effectiveness of combined treatment of children with chronic tonsillitis, adenoiditis due to Epstein Bar virus and cytomegalovirus infection
<i>Саломова Н.Қ.</i> Қайталанган инсультда нутқ ва фикрлашнинг амалий аҳамияти	205	<i>Salomova N.K.</i> The practical significance of speech and thinking in repeated stroke
<i>Ўринов М.Б., Рахматова С.Н.</i> Сурункали юрак етишмовчилигида соматик статус ва когнитив бузилишларнинг ўзига хослиги	211	<i>Urinov M.B., Rakhmatova S.N.</i> Features of somatic status and cognitive impairments in chronic heart failure
<i>Хазратов А.И., Иорданишвили А.К., Ризаев Ж.А., Рустамова Д.А., Иногамов Ш.М.</i> Характеристика опухолей малых слюнных желез	214	<i>Khazratov A.I., Iordanishvili A.K., Rizaev J.A., Rustamova D.A., Inogamov Sh.M.</i> Characteristics of small salivary gland tumors
<i>Хайдарова Д.Д., Ташкенбаева Э.Н.</i> Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги фонида COVID-19нинг клиник кечиш хусусиятлари	219	<i>Khaydarova D.D., Tashkenbayeva E.N.</i> The clinical course of COVID-19 on the background chronic obstructive pulmonary disease
<i>Хамдамов Б.З., Давлатов С.С.</i> Способ улучшения показателей микроциркуляции на периферии нижних конечностей у больных с диабетической ангиопатией	222	<i>Khamdamov B.Z., Davlatov S.S.</i> Method for improving microcirculation indicators in the periphery of the lower limb in patients with diabetic angiopathy
<i>Хужамов О.Б., Давлатов С.С.</i> Новый способ предотвращения ущемления семенного канатика во время паховой герниопластики	227	<i>Khujamov O.B., Davlatov S.S.</i> A new method to prevent strengthening of the sperminal cord during inguinal hernioplasty
<i>Хамдамова Б.К., Қодиров У.А., Ваққосов И.Ш.</i> Умуртка поғонасининг дегенератив касалликлари ва уларнинг диагностикаси тўғрисидаги замонавий тушунчалар	230	<i>Khamdamova B.K., Kodirov U.A., Vakkosov I.Sh.</i> Modern concepts of degenerative diseases of the spine and their diagnosis
<i>Шавази Н.М., Алланазаров А.Б.</i> Состояние цитокинов при остром обструктивном бронхите у часто болеющих детей	235	<i>Shavazi N.M., Allanazarov A.B.</i> State of cytokines in acute obstructive bronchitis in frequently ill children
<i>Шавази Н.М., Алланазаров А.Б.</i> Тез-тез касал бўлган болаларда ўткир обструктив бронхит курсининг хусусиятлари	239	<i>Shavazi N.M., Allanazarov A.B.</i> Features of the course of acute obstructive bronchitis in frequently ill children
<i>Шарипова И.П., Садирова Ш.С., Рахимов Р.А., Юлдашова Г.Т., Шарипов С.М., Суяркулова Д.Т.</i> Результаты скрининга женщин на вирус папилломы человека	245	<i>Sharipova I.P., Sadirova Sh.S., Rakhimov R.A., Yuldashova G.T., Sharapov S.M., Suyarkulova D.T.</i> Results of screening of women for human papilloma virus
<i>Шербек У.А., Хайдарова Л.О., Абдурахманов Д.Ш.</i> Дифференцированный хирургический подход при вентральных грыжах у больных ожирением	251	<i>Sherbekov U.A., Khaidarova L.O., Abdurakhmanov D.Sh.</i> Differentiated surgical approach for ventral hernias in obesity patients

Шодиева Г.Р., Зиядуллаев Ш.Х., Камалов З.С.
Сравнительная характеристика сывороточных
уровней IL-17A и IL-10 у больных с циррозом
печени, вызванным HBV и HCV

259

Shodieva G.R., Ziyadullaev Sh.Kh., Kamalov Z.S.
Comparative characteristics of serum IL-17A and
IL-10 levels in patients with hepatic cirrhosis
caused by HBV and HCV

Шодикүлова Г.З., Очиллов У.У., Пулатов У.С.,
Тураев Б.Т.

263

Shodikulova G.Z., Ochilov U.U., Pulatov U.S.,
Turayev B.T.

Ревматоид артрит билан касалланган
беморларда сурункали оғриқ синдроми ва
хавотирли-депрессив бузилишлар

Chronic pain syndrome and anxiety-depressive
disorders in patients with rheumatoid arthritis

Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш.

267

Yuldashev Sh.S., Shodiev A.Sh.

Анализ оказания медицинской помощи по-
страдавшим с позвоночно-спинномозговой
травмой в Самаркандской области

Analysis of the provision of medical care to vic-
tims with spinal cord injury in the Samarkand
region

Юсупов А.М., Джурабекова А.Т.,
Гайбиев А.А., Келдиёров Б.Г.

275

Yusupov A.M., Djurabekova A.T., Gaibiev A.A.,
Keldiyorov B.H.

Болаларда бирламчи моносимптом тунги
энурезни даволашда транскраниал магнитли
стимуляцияни қўлланилиши

Application of transcranial magnetic stimulation
in the treatment of children with monosymptom
primary nocturnal enuresis

Юсупова З.К., Агабабян И.Р.

279

Yusupova Z.K., Agababiyev I.R.

Ортикча вазни одамларда артериал
гипертонияни назорат қилиш имкониятлари

Possibilities of arterial hypertension control in
overweight persons

Юсупова И.А., Оллаберганов М.И.

283

Yusupova I.A., Ollaberganov M.I.

Хоразм вилоятида чанок-сон бўғими соҳасида
ўтказилган жарроҳлик амалиётларининг
натижалари

Results of surgical treatment of the hip joint in
the Khorezm region

Янгиева Н.Р., Гиясова А.О.

286

Yangieva N.R., Giyasova A.O.

Диабетик макула шишини даволашда бўсага
ости микроимпульс лазер таъсирдан
фойдаланиш самарадорлигини баҳолаш

Evaluation of the effectiveness of the use of
subthreshold micropulse laser exposure in the
treatment of diabetic macular edema

Случай из практики

Case from practice

Хайитов У.Х., Бегнаева М.У.

289

Khayitov U.Kh., Begnaeva M.U.

Болаларда тушувчи чамбар ичак туғма
стенози

Congenital stenosis of the descending colon in
children

Экспериментальные исследования

Experimental studies

Ахмедов А.С., Орипов Ф.С., Деев Р.В.,
Слепов Ю.К.

293

Akhmedov A.S., Oripov F.S., Deev R.V.,
Slepov Yu.K.

Роль иммунной системы в регуляции процес-
са метаплазии при атрофическом гастрите

The role of the immune system in the regulation
of the process of metaplasia in atrophic gastritis

Блинова С.А., Юлдашева Н.Б., Хусанов Т.Б.

297

Blinova S.A., Yuldasheva N.B., Khusanov T.B.

Особенности строения нейроэпителиальных
телец в легких у кроликов

Structural features of neuroepithelial bodies in the
lungs of rabbits

Блинова С.А., Орипов Ф.С., Рахмонов З.М.,
Рахмонова Х.Н.

301

Blinova S.A., Oripov F.S., Rakhmonov Z.M.,
Rakhmonova H.N.

Морфофункциональные изменения печени и
ампулы Vater's сосочка после
экспериментальной холецистэктомии

Morphofunctional changes in the liver and
ampulla of Vater's papilla after experimental
cholecystectomy

Бобоев А.И., Орипов Ф.С.

305

Boboev A.I., Oripov F.S.

Экспериментал калькулёз холецистит
шароитида ит жигари паренхимаси ўт пуфаги
ён кисмининг морфологик ўзгаришлари

Morphological changes in the parenchymal part
of the liver parenchyma of a dog with
experimental calculosis cholecystitis

Ёдгоров И.Ф., Тешаев Ш.Ж.

309

Yodgorov I.F., Teshayev Sh.J.

Оқ каламушлар мойги ва унинг ортиғига
аспирин, парацетамол ва ибупрофеннинг
комбинирланган таъсири

Combined effects of aspirin, paracetamol and
ibuprofen on the testes and epididymis of albino
rats

*Йигиталиев С.Х., Байбеков И.М.,
Мардонов Ж.Н.*

Сканирующая электронная микроскопия проленовых сеток и тканей удаленных во время повторных малоинвазивных операций

Ким Т.А., Мавлянова З.Ф., Ким О.А.

Аллоксановый диабет у крыс на фоне субтоксических доз свинца

Турдиев М.Р., Махмудова Г.Ф.

Соғлом каламушлар талоғи ва унинг лимфоид тузилмаларининг ёшга боғлиқ қиёсий морфологик ва морфометрик кўрсаткичлари

Файзиллаева Г.И., Абдуллаева М.А.

Влияние COVID-19 на морфологическое состояние печени

Хамроев Х.Н., Хасанова Д.А.

Сравнительная характеристика морфометрических показателей печени

313

Yigitaliev S.Kh., Baibekov I.M., Mardonov J.N.
Scanning electron microscopy of prolene mesh and tissues removed during repeated minimally invasive surgery

317

Kim T.A., Mavlyanova Z.F., Kim O.A.
Alloxan diabetes in rats against the background of subtoxic doses of lead

323

Turdiyev M.R., Makhmudova G.F.
Age-related comparative morphological and morphometric parameters of the spleen of healthy rats and its lymphoid structures

329

Fayzillayeva G.I., Abdullaeva M.A.
Impact of COVID-19 on the morphological state of the liver

332

Khamroev Kh.N., Khasanova D.A.
Comparative characteristics of morphometric indicators of the liver

Обзор литературы

Review of the literature

Агабабян Л.Р., Эльмурадова Ч.А.

Большие акушерские синдромы – гестационный сахарный диабет

Арзиев И.А., Рустамов С.У., Нурмурзаев З.Н.

Применение методик навигационной хирургии в лечении больных острым холециститом

Бабажанов А.С., Саидов Ш.А.

Декомпрессивные вмешательства при механической желтухе доброкачественного генеза осложненной острым холангитом

Бахритдинова Ф.А., Нарзикулова К.И.,

Эгамбердиева М.Э., Бобоев С.А.

Обзор фиксированных комбинаций при лечении первичной открытоугольной глаукомы

Бозоров Э.Х., Темиров Ф.Н., Ходжиева М.Э.

Табиий радиация манбалари ва радиациянинг фожиали оқибатлари, ер радиацияси, радиобиологик жараёнлар мавзусидаги амалий дарсни «Кластер» усулида ўқитиш

Ботиров А.К., Абдуллажанов Б.Р.,

Эгамбердиев Б.А., Отакузиев А.З.,

Усмонов У.Д., Ботиров Ж.А.

Эпидемиология, современное состояние проблемы острого калькулезного холецистита и послеоперационного желчеистечения

*Бурибаев Д.Г., Туляганов Д.Б., Қурбонов А.О.,
Аслонов И.Н.*

COVID -19 пандемияси даврида ўткир корин жаррохлик касалликлариди шошилчинч тиббий ёрдам хизматини оптималлаштириш масалалари

Варданын К.К.

Озеленение городов, как фактор обеспечения здоровья населения

336

Agababyan L.R., Elmuradova Ch.A.
Large obstetric syndromes – gestational diabetes mellitus

340

Arziev I.A., Rustamov S.U., Nurmurzaev Z.N.
Application of navigation surgery techniques in the treatment of patients with acute cholecystitis

344

Babajanov A.S., Saidov Sh.A.
Decompressive interventions for obstructive jaundice of benign genesis complicated with acute cholangitis

349

*Bakhritdinova F.A., Narzikulova K.I.,
Egamberdieva M.E., Boboev S.A.*
Review of fixed combinations in the treatment of primary open-angle glaucoma

356

Bozorov E.Kh., Temirov F.N., Khodjiev M.E.
Natural sources of radiation and tragic consequences of radiation, earth radiation, teaching a practical lesson on the topic radiobiological processes in the “Cluster” method

362

*Botirov A.K., Abdullazhanov B.R.,
Egamberdiev B.A., Otakuziev A.Z.,
Usmonov U.D., Botirov J.A.*
Epidemiology, current state of the problem of acute calculous cholecystitis and postoperative biliary leakage

367

*Buribaev D.G., Tulyaganov D.B.,
Kurbonov A.O., Aslonov I.N.*
Issues of optimizing the provision of emergency medical care for acute abdominal surgical diseases during the COVID-19 pandemic

376

Vardanyan K.K.
City greening as a factor of ensuring population health

<p><i>Давлатов С.С.</i> Современные методы лечения больных синдромом диабетической стопы</p> <p><i>Закирова У.И., Содикова Н.Б.</i> Медико-социальное значение и распространенность бронхолегочных заболеваний у детей раннего возраста</p> <p><i>Зарипова С.О., Мирзоева М.Р., Келдиёрова З.Д.</i> Туғма ва перинатал инфекциялар</p> <p><i>Маҳамматқулов Х.Э.</i> Мактабгача таълим ташкилоти болаларининг рухий-эмоционал ҳолатини гигиеник баҳолаш</p> <p><i>Назирова Ф.Г., Махмудов У.М., Маткаримов Ш.У.</i> Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства в лечении послеоперационных ограниченных жидкостных скоплений в брюшной полости</p> <p><i>Низамходжаев Ш.З.</i> Экспандерная дермотензия при реконструкции дефектов кожи головы</p> <p><i>Ражабова Г.Ҳ., Ҳамидова Г.М., Джумаев К.Ш.</i> Метаболик синдром компонентларининг юрак ишемик касаллиги ривожланишидаги ўрни</p> <p><i>Рахматова С.Н., Аликулова Н.А.</i> Транзитор ишемик атака ва ишемик инсультлар учун хавф омилларини қиёсий ўрганиш</p> <p><i>Ризаев Ж.А., Киличев А.А., Олимжонов Ф.Ж.</i> Организация кардиореабилитации после кардиохирургических операций (аортокоронарное шунтирование)</p> <p><i>Туляганов Д.Б., Яров Ж.Б., Шукуров Б.И., Мустафоев А.Л., Гуломов Ф.К.</i> Минимально инвазивные методы временной декомпрессии толстой кишки при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии</p> <p><i>Хакимова С.З., Гулямова Г.А., Каримов А.М.</i> Новейшие тенденции в лечении и реабилитации пациентов, страдающих невропатией лицевого нерва</p> <p><i>Шопулотова З.А.</i> Современные взгляды на проблему хронического пиелонефрита и течение беременности</p>	<p>381</p> <p>386</p> <p>391</p> <p>395</p> <p>398</p> <p>404</p> <p>410</p> <p>414</p> <p>418</p> <p>424</p> <p>434</p> <p>440</p>	<p><i>Davlatov S.S.</i> Modern methods of treatment of patients with diabetic foot syndrome</p> <p><i>Zakirova U.I., Sodikova N.B.</i> Medical and social significance and prevalence of bronchopulmonary diseases in young children</p> <p><i>Zaripova S.O., Mirzoeva M.R., Keldiyorova Z.D.</i> Congenital and perinatal infections</p> <p><i>Makhammatkulov Kh.E.</i> Hygienic assessment of the psycho-emotional state of children of a preschool educational organization</p> <p><i>Nazirov F.G., Makhmudov U.M., Matkarimov Sh.U.</i> Percutaneous puncture-drainage interventions in the treatment of postoperative limited liquid accumulations in the abdominal cavity</p> <p><i>Nizamkhodjaev Sh.Z.</i> Expander dermatensia in reconstruction of scalp defects</p> <p><i>Rajabova G.H., Khamidova G.M., Djumaev K.Sh.</i> The role of metabolic syndrome components in the development of coronary heart disease</p> <p><i>Rakhmanova S.N., Alikulova N.A.</i> Comparative study of risk factors for the development of tia and ischemic strokes</p> <p><i>Rizaev J.A., Kilichev A.A., Olimjonova F.J.</i> Organization of cardiorehabilitation after cardiac surgery (coronary artery bypass surgery)</p> <p><i>Tulyaganov D.B., Yarov J.B., Shukurov B.I., Mustafoev A.L., Gulomov F.K.</i> Minimally invasive methods of temporary decompression of the colon in case of obstructive colonic obstruction of tumor etiology</p> <p><i>Khakimova S.Z., Gulyamova G.A., Karimov A.M.</i> Latest trends in treatment and rehabilitation of patients suffering with facial nerve neuropathy</p> <p><i>Shopulotova Z.A.</i> Modern views on the problem of chronic pyelonephritis and the course of pregnancy</p>
--	---	---

УДК: 616.718-002.44:615.281

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Азизов Гафур Абдурахимович

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

**ОЎҚЛАРДА ВЕНОЗ ТРОФИК ЯРАЛАР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ БУЗИЛИШИ КОРРЕКЦИЯСИ**

Азизов Гафур Абдурахимович

Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

CORRECTION OF MICROCIRCULATION DISORDERS IN PATIENTS WITH VENOUS TROPHIC ULCERS OF THE LOWER LIMB

Azizov Gafur Abdurakhimovich

Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: info@adti.uz

Резюме. Мақолада трофик яра билан асоратланган сурункали веноз этишмовчилиги бўлган 115 беморни текшириши ва даволаш натижалари ёритилган. Беморларда трофик яра билан асоратланган сурункали веноз этишмовчилигида микрогемо-лимфоциркуляция бузилиши аниқланган, бу вена ва лимфостаз кўринишида намоён бўлиши кузатишган. Беморларда анъанавий даволашда лимфотроп терапия услубларни қўлланишида микроциркуляция жараёнларини тез тиклайди, трофик ярани грануляциясини ва эпителизациясини тезлаштиради.

Калит сўзлар: трофик яра, лимфостаз, сурункали вена этишмовчилиги.

Abstract. The results of examination and treatment of 115 patients with chronic venous insufficiency of the lower extremities complicated by trophic ulcers are presented. In patients with chronic venous insufficiency of the lower extremities, there are significant violations of microhemo-lymphocirculation in the extremity in the form of venous and lymphostasis. The inclusion of lymphotropic therapy in traditional treatment quickly restores microcirculation, the timing of the clearing, granulation and epithelialization of trophic ulcers.

Key words: trophic ulcers, lymphostasis, chronic venous insufficiency.

Введение При хронической венозной недостаточности нижних конечностей в результате венозной гипертензии, в связи с нарушением оттока по магистральным сосудам, происходят значительные изменения всех звеньев микроциркуляции: сосудистого, лимфатического и тканевого [2, 4, 5, 10]. Нарушения доставки и утилизации белков, электролитов и кислорода приводят к расстройству питания клеток и дистрофическим изменениям тканей [6, 7, 9]. Микроциркуляторному руслу отводят основную роль в поддержании циркуляторного гомеостаза [1, 3] и в этом участвуют и лимфатические сосуды, являющиеся важным звеном функциональной и структурной организации микроциркуляторной системы. Таким

образом, в этих условиях значение лимфатической системы с ее дренирующей функцией в патогенезе заболевания чрезвычайно важно [8, 10].

Материал и методы исследования. Нами изучены результаты лечения 115 больного с трофическими язвами нижних конечностей в возрасте от 25 до 70 лет. Из них у 82 диагностирована посттромбофлебитическая болезнь, а у 33 - варикозная болезнь. Продолжительность ранее проводимого лечения составляла от нескольких месяцев до 15 лет и более. В связи с длительным, зачастую эмпирическим местным лечением трофических язв более чем у 50% больных имелась сенсбилизация к ранее применяемым антибиотикам и другим лекарственным препаратам и мазям.

При изучении микроциркуляции исследовали транскапиллярный обмен продуктов метаболизма-белков, электролитов и кислорода. Гистогематическую проницаемость оценивали по вено-венозному градиенту крови, взятой из локтевой вены и патологически измененной вены нижней конечности. Оценивали содержание капиллярного фильтра, потерю белка и нарушения электролитного баланса.

Уровень напряжения кислорода в ткани зависит от условий кровоснабжения и активности окислительно-восстановительных процессов. Напряжение кислорода в ткани оценивали методом чрескожной контактной полярографии, выполненной на аппарате ТСМ-2 радиометр (Дания) с контактным датчиком типа Кларка. При исследовании датчик устанавливали на среднюю треть медиальной поверхности голени или в области самой язвы.

Состояние микроциркуляторного русла определяли радионуклидным методом. О состоянии функционирующих капилляров судили по очищению тканей от введенного радиоактивного вещества. В качестве радионуклида использовали технефит, меченый технецием 99 Тс. Исследование выполняли на гамма камере МВ 9200 (Венгрия) с ЭВМ «Microsegans». Введение радионуклида производили в 1-й межпальцевый промежуток.

По методу лечения все больные были разделены на 2 группы: 1-ю группу (основную) составил 76 пациент, которым в комплексном лечении проводили лимфотропную терапию; во 2-ю группу (группу сравнения) вошли 39 больных,

которые получали традиционное лечение. Лимфотропную терапию выполняли через 1-й межпальцевый промежуток и через медиальную часть пяточной области. Для лимфотропной терапии использовали : лидазу, лазикс и гепарин. С целью иммуностимуляции использовали иммуномодулин (1 мл 0,01% раствора). В зависимости от тяжести процесса на курс лечения выполняли 7-11 сеансов лимфотропной терапии, при этом конечность бинтовали эластическим бинтом. У 19-ти больных с наличием дерматита, экземы и целлюлита дополнительно проводили лимфотропную антибиотикотерапию.

Результаты и обсуждение. Хорошие результаты лечения отмечены у 59 (78%) больных основной группы, у которых трофические язвы эпителизовались в течение 14 дней. У остальных больных размер трофической язвы уменьшился на 50%. В группе сравнения хорошие результаты достигнуты у 23 пациентов (60%).

Изучение транскапиллярного обмена у больных основной группы с посттромбофлебитическими трофическими язвами выявило существенные нарушения, характеризующиеся достоверным возрастанием количества капиллярного фильтра до $14,1 \pm 0,4$ мл, увеличением потери белка до $4,88 \pm 0,5\%$ и снижением содержания натрия в кровотоке до $136 \pm 0,5$ ммоль/л. У больных с варикозной болезнью, осложненной трофическими язвами, выявлено увеличение капиллярного фильтра до $8,12 \pm 0,31$ мл и повышение потери белка до $2,96 \pm 0,2\%$, а содержание натрия составило $138 \pm 0,7$ ммоль/л.

Таблица 1. Состояние транскапиллярной проницаемости у больных с хронической венозной недостаточностью осложненной трофическими язвами до и после лимфотропной терапии (n=48)

Клин. формы обсл.гр.	к-во кап. филт. (мл)		Потеря белка (%)		к-во натрия м.моль/л	
	До леч	После леч	До леч	После леч.	до леч	После леч.
Посттромбофлебитические трофические язвы	$14,1 \pm 0,4$	$6,8 \pm 0,4$ P<0,001	$4,88 \pm 0,5$	$3,1 \pm 0,7$ P<0,1	$136 \pm 0,5$	$144 \pm 0,3$ P<0,01
Варикозные трофические язвы	$8,12 \pm 0,31$	$5,2 \pm 0,8$ P<0,01	$2,96 \pm 0,24$	$2,24 \pm 0,15$ P<0,1	$138 \pm 0,7$	$145 \pm 0,35$ P<0,01
Контрольная группа. Здор.лиц (n=22)	$2,05 \pm 0,11$		$2,08 \pm 0,12$		$148 \pm 0,14$	

Таблица 2. Транскутанное напряжение кислорода в тканях у больных с варикозной и посттромбофлебитической болезнью осложненной трофическими язвами (n=52)

Клин. Формы обслед. гр.	Уров. ТсРО ₂ тк. мл.рт.ст.		ТсРО ₂ тк.при кис.наг. (%)		Кисл.емк.тканей мл.рт.ст.	
	Исход	посл. леч.	исход	посл. леч.	Исход	Посл.леч
Посттромбофлебитическая болезнь осложн. трофическими язвами	28- 46	36- 53	66- 73	84-85	16,2- 18,5	26-32
Варикозная болезнь осложн.троф.язвами	39-47	48-54	72-80	82-86	23-28	30-36
Контр.гр.зд.лиц (n=25)	57		90-95		53	

Таблица 3. Скорость лимфотока и интенсивность выведения РФП из тканевого депо у больных с посттромбофлебитическими и варикозными трофическими язвами (n=36)

Клинич. Форм обслед.гр.	Скорость лимфотока мм/мин		Интен.вывед.РФП из тканевого депо (%)	
	исходн.	После леч.	исходн.	После леч.
Варикозная болезнь осложненная трофическими язвами	8,2±1,4	10,6±0,8 P<0,01	12	17 P<0,01
Посттромбофлебитическая болезнь осложненная трофическими язвами	7,5±0,6	9,2±0,5 P<0,01	10	16 P<0,01
Контрольная группа здоровые лица (n=20)	14		24	

Все это свидетельствует о значительных нарушениях доставки и утилизации белков и электролитов, что в свою очередь указывает на глубокие изменения в тканях у данной группы больных.

После проведенного лечения отмечена постепенная нормализация показателей транскапиллярного обмена. Количество капиллярного фильтра у больных с посттромбофлебитическими трофическими язвами достоверно снизилось до 6,8±0,4 мл, у больных с варикозными трофическими язвами - до 5,2±0,8 мл, что более чем в 2 раза ниже аналогичных показателей до лечения. Также уменьшилась потеря белка - она равнялась соответственно 3,1±0,7% и 2,24±0,15%. Количество натрия у больных с посттромбофлебитическими трофическими язвами колебалось в пределах 144±0,3 ммоль/л, а у больных с варикозными трофическими язвами – 145±0,35 ммоль/л. У пациентов группы сравнения, которым проводили традиционное лечение, количество капиллярного фильтра и потеря белка увеличивались в среднем в 1,2 раза, а количество натрия существенно не менялось.

По мере прогрессирования расстройства микроциркуляции ухудшается трофическое обеспечение тканей, о чем свидетельствуют имеющиеся значительные нарушения доставки и утилизации в них кислорода. При исследовании уровня тканевого напряжения кислорода (ТсРО₂) у больных с посттромбофлебитическими язвами он снижался и варьировал в пределах от 28 до 46 мм рт ст (у здоровых - 57 мм рт ст). У больных с варикозными трофическими язвами 39-47мм.рт.ст.

Прирост уровня ТсРО₂ после кислородной нагрузки составлял у больных с посттромбофлебитическими язвами от 66 до 73% в группе с варикозными язвами 72-80 % (у здоровых - 94 - 95%). Кислородная емкость тканей снизилась соответственно 16,2 - 18,5 мм рт. ст. и 23-28мм.рт.ст. (у здоровых - 53 мм рт ст). Таким образом, по полученным данным тканевого напряжения кислорода можно сказать, что данная категория больных имеет выраженные нарушения окислительно-восстановительных процессов.

После проведенного лечения отмечено повышение напряжения кислорода в тканях у больных с посттромбофлебитическими язвами от 36 до 53 и у больных с варикозными язвами от 48 - 54 мм рт ст. Прирост уровня ТсРО₂ при кислородной нагрузке увеличивался в обеих группах и составляло 82- 86%, а кислородная емкость тканей составила соответственно 26-32 и 30 - 36 мм рт ст. У больных группы сравнения уровень чрескожного напряжения кислорода увеличивался до 48 мм рт ст. Уровень прироста его после кислородной нагрузки составил 78%. Кислородная емкость тканей составляла 30 мм рт ст.

Радионуклидная лимфосцинтиграфия у больных с посттромбофлебитическими трофическими язвами нижних конечностей выявила, что скорость лимфотока составила 7,5±0,6 мм/мин. На здоровой (контрольной) конечности скорость движения лимфы составила –14 мм/мин, У больных с варикозными трофическими язвами отмечено снижение скорости лимфооттока до 8,2±1,4 мм/мин. Интенсивность выведения радиофармакологического препарата (РФП) из тканевого депо у больных с венозными и посттромбофлебитическими трофическими язвами через 60 минут соответственно составляло 12% и 10%.

В группе сравнения здоровых лиц время реорбции РФП из тканевого депо в среднем составляло 24%. После проведенной лимфотропной терапии интенсивность выведения РФП за 1 час увеличивалась у больных основной группы в 1,5 раза, а у больных, которым проводили традиционное лечение - в 1,1 раза.

Заключение: У больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, осложненной трофическими язвами имеются значительные нарушения микрогемолимфоциркуляции в виде вено лимфостаза. Применение лимфотропной терапии у данной категории больных способствовало более быстрому восстановлению микроциркуляции, ликвидации интерстициального отека и воспаления. Происходит ускорение эпителизации трофических язв, что сокращает сроки пребывания больного в стационаре.

Литература:

1. Алиев С.А., Ибишов К.Г., Алиев Э.С. Некоторые аспекты патогенеза гемореологических и трофических нарушений и их фармакологическая коррекция у больных с хронической венозной недостаточностью. // Вестник хирургии. - 2008. - Т. 167. - № 2. - С. 39 - 43.
2. Богданец Л.И., Смирнова Е.С., Васильев И.М. Повышение эффективности лечения трофических язв венозного генеза. // Российский научно-практический тематический журнал. - 2014. - №1-2. - С. 16-21.
3. Богданец Л.И. Венозные трофические язвы. Возможности современной флебологии в решении старой проблемы. Русский медицинский журнал. 2010; 17: 1060—4.
4. Богомоллов М.С., Слободянюк В.В. Лечение трофических язв различной этиологии. Вестник хирургии им. И.И. Грекова 2013;172(5):34—40.
5. Лосев Р.З., Буров Ю.А., Микульская Е.Г., Якушева Е.А. Оценка состояния микроциркуляции у пожилых больных с трофическими венозными язвами // Ангиол. и сосудистая хирургия 2005. № 1. С. 65—74.
6. Оболенский В.Н., Родоман Г.В., Никитин В.Г., Карев М.А. Трофические язвы нижних конечностей - обзор проблемы. РМЖХирургия. Урология, 2009, 25: 1647.
7. Савельев В.С., Покровский А.В., Затевахин И.И., Кириенко А.И. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. Флебология. 2013; Т 7 № 2. - 47с.
8. Любарский М.С., Жуков В.В., Мустафаев Н.Р., Смагин М.А. Коррекция нарушений гемо-и лимфоциркуляции в ближайшем послеоперационном периоде у больных с трофическими язвами нижних конечностей на фоне посттромботической болезни. Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 1 – С. 19-22
9. 80 лекций по хирургии / Под ред. В. С. Савельева. — М.: «Литера», 2008. — 912с.
10. Junger M, Steins A, Hahn M, Hafner HM. Microcirculatory dysfunction in chronic venous insufficiency (CVI). Microcirc 2000;7:3–12.
11. Meaume S., Couilliet D., Vin F. Prognostic factors for venous ulcer healing in non-selected population of ambulatory patients // J Wound Care.-2005 Jan.-4(1).-P.31-4.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Азизов Г.А.

Резюме. Представлены результаты обследования и лечения 115 больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, осложненных трофическими язвами. У больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей имеются значительные нарушения микрогемолимфоциркуляции в конечности в виде вено-и лимфостаза. Включение лимфотропной терапии в традиционное лечение быстрее восстанавливает микроциркуляцию, сроки очищения, грануляции и эпителизации трофических язв.

Ключевые слова: трофические язвы, лимфостаз, хроническая венозная недостаточность.

ПОКАЗАНИЯ К КОЛОСТОМИИ У ДЕТЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА



Атакулов Жамшед Останакулович, Юсупов Шухрат Абдурасулович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Байжигитов Нусратилла Исрофилович

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИДА КОЛОСТОМИЯГА КЎРСАТМАЛАР

Атакулов Жамшед Останакулович, Юсупов Шухрат Абдурасулович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Байжигитов Нусратилла Исрофилович

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

INDICATIONS FOR COLOSTOMY IN CHILDREN WITH HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

Atakulov Jamshed Ostanakulovich, Yusupov Shukhrat Abdurasulovich, Shamsiyev Jamshid Azamatovich, Bayjigitov Nusratilla Isrofilovich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: shuchrat_66@mail.ru

Резюме. Уйбу тадқиқотнинг мақсади Гиршпрунг касаллигида колостомиядан кейинги натижалар ва прогностни яхшилашдир. Гиршпрунг билан оғриган беморларнинг 20 йил ичидаги касаллик тарихлари ўрганилди.

Калим сўзлар: колостомия, эвентрация, оқма, Гиршпрунг, аганглионар соҳа, радикал жарроҳлик.

Abstract. The purpose of this study is to improve outcomes and prognosis after colostomy in Hirschsprung's disease. The analysis of the treatment data of these patients for 20 years is considered.

Keywords: colostomy, eventration, fistula, Hirschsprung, aganglionic zone, radical surgery.

Актуальность проблемы. При болезни Гиршпрунга требуется уточнение показаний, методики, места наложения колостомы; не определены сроки закрытия колостомы, радикального лечения, реабилитации и адаптации больных.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 2002 по 2022 г. находилось 228 больных с болезнью Гиршпрунга, из них первичных оперированных в других лечебных учреждениях, 21. Среди больных было 18 носителей колостомы. В 14 случае больные поступили с колостомой, и в 4 она наложена нами при повторных операциях. Из поступивших с колостомами 8 она наложена как первый этап операции, 7-после осложнений радикальной операции. На восходящем отделе толстой кишки колостома была у 11 ребенка, на нисходящем у 6, на поперечной ободочной у 1 и сигмовидной кишке (в аганглионарной зоне) у 1. Петлевая стома была у 9, пристеночная у 2 больных.

Результаты исследования. Казалось бы, при наложении колостомы и при них вообще не должно возникать никаких дополнительных проблем, поскольку наложение колостомы, ее дальнейшее ведение и закрытие четко планируются. Однако в результате технических ошибок, отсутствия навыков ухода за колостомой и регуляции ее функции, нарушения режима питания в сочетании с отрицательным воздействием самой коло-

стомы больные поступали раздраженными, психически неуравновешенными, замкнутыми. У больных до годовалого возраста с правосторонними колостомами отмечались нарушения водно-электролитного и белкового обмена, поэтому к наложению колостомы детям раннего возраста нужно подходить осторожно. Во-первых, умелое и систематическое применение методов и средств консервативного лечения способно обеспечить регулярное опорожнение кишечника до выполнения радикальной операции. Во-вторых, следует учитывать, что новорожденные и дети грудного возраста плохо переносят колостому, как и вообще любой свищ по ходу пищеварительного тракта. Наконец, в-третьих, свищ создает проблемы чисто хирургического порядка, в частности затрудняется определение границы резекции кишки, ребенок лишается навыка дефекации, в связи с чем ухудшаются функциональные результаты лечения. Поэтому колостома у детей раннего возраста должна применяться по строгим показаниям (невозможность консервативного опорожнения кишечника, отрицательная реакция на клизмы), при этом необходимо накладывать концевую терминальную колостому ближе к аганглионарной зоне. Осложнения местного характера наблюдались в виде выпадения кишки через свищ (эвагинация), стриктуры колостомы, периколостомиче-

ской грыжи. Эвагинация кишки выявлена у 4 больных. Основная причина-наличие рядом со стомой нефиксированного подвижного участка кишки. Предрасполагающими факторами были повышение внутрибрюшного давления, усиление перистальтической деятельности кишечника. В одном случае через цекостому был эвагинирован весь илеоцекальный угол с червеобразным отростком. При подобном осложнении наряду с постоянно эвагинированным кишечником наблюдается мацерация и гиперемия кожи вокруг свища. Слизистая пролабированного кишечника часто кровоточит, на ней образуются язвы.

Стриктура колостомы может развиваться под кожей, на уровне кожи или апоневроза. У 2 больных стенозирующее кольцо располагалось на уровне кожи и возникло вследствие нагноения периколостомической раны с последующим ее рубцеванием, у 1 находилось в выведенной кишке над кожей, причиной оказалось наложение свища на аганглионарную зону. Периколостомическая грыжа отмечена у одного больного, причиной ее послужило недостаточное ушивание апоневроза вокруг выведенной кишки или слишком широкое его рассечение, нарушение иннервации в зоне формирования колостомы, нагноение периколостомической раны. Предрасполагающим фактором может быть повышение внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде. Все эти местные осложнения и неправильная техника наложения петлевой колостомы в виде подшивания к выведенной ободочной кишке париетальной брюшины, заднего листка апоневроза, потом мышц, апоневроза и кожи приводили к грубым сращениям, из которых очень трудно выделить петлю кишечника. Поэтому мы используем оригинальную методику, разработанную и апробированную в нашей клинике. Вкратце методика выглядит так: Небольшим разрезом в соответствии с выбранным уровнем наложения свища послойно вскрывают брюшную полость. В рану выводят петлю соответствующего отдела толстой кишки. В брыжейке, выведенной петли проделывают отверстие, через которое проводят стеклянную трубку для фиксации кишечной петли в подвешенном состоянии. Затем послойно редкими узловыми капроновыми швами подшивают брюшину, апоневроз и кожу к выведенной петле, мышцы не следует, так как они плотно прилегают к кишке. По окончании операции стеклянную трубку для страховки фиксируют резиновой трубкой в виде баранки, а выведенную кишку прикрывают стерильной салфеткой, густо покрытой мазью Вишневского. Одно из преимуществ этого метода заключается в том, что создается многослойный барьер для проникновения инфекции с передней брюшной стенки в брюшную полость. Просвет кишки вскрывают по истечении 18—24 ч, когда

происходит рыхлое склеивание стенки выведенной кишки с окружающими тканями. Трубка, на которой подвешена кишка, остается на 18-20 дней, затем ее удаляют. За это время двухствольная стома прочно срастается с тканями, края кишки вворачиваются, и стома не западает в сторону брюшной полости. Ни в одном из 23 случаев наложения колостомы по этой методике при повторных операциях по поводу болезни Гиршпрунга и аномалий аноректальной области мы не отметили каких-либо осложнений. Кроме того, при устранении кишечных свищей, наложенных по этой методике, не бывает технических трудностей, поскольку происходит послойное отделение кишечной стенки от тканей передней брюшной стенки без повреждения ее. Таким образом, анастомоз располагается внебрюшинно. Учитывая недолгосрочный характер колостомы при болезни Гиршпрунга, данную методику следует признать заслуживающей применения. У истощенных больных с нарушениями водно-электролитного и белкового обмена с целью предоперационной подготовки проводили коррекцию этих нарушений путем парентерального введения 10-процентной глюкозы с витаминами группы В и С, азотистых препаратов. Для восстановления белкового состава вливали цельную кровь, альбумин, протеин, плазму. Для энтерального питания использовали специализированные продукты (белковый низколактозный энпит). Регулировали ритмичность функционирования колостомы, что обеспечивалось четырехразовым питанием небольшими порциями. Больных более старшего возраста обучали правильному уходу за колостомами. Туалет колостомы состоит в регулярном обмывании ее слабым раствором марганцевокислого калия при помощи комочка ваты, обернутого в один слой марли. После мытья кожу следует обсушить и одевать калоприемник, крепящийся поясом. При отсутствии осложнений уход за колостомой несложен. Если колостома работает ритмично, нет дерматита в ее окружности, тщательно подобран калоприемник, пациент обычно не испытывает неудобств. Радикальную операцию у первичных больных производили методом Соавеленюшкина. У больных с правосторонней колостомой при вскрытии брюшной полости после длительного (более 6 месяцев) бездействия толстой кишки в слизистой оболочке обнаруживались атрофические изменения, обусловленные отсутствием функциональной нагрузки, наступала перестройка мышечных структур кишечной стенки, что вело к уменьшению кишки. Все это затрудняло определение границ резекции пораженного кишечника. Для уточнения уровня резекции кишки интраоперационно регистрировали биопотенциалы на различных участках кишки (аганглионарном, переходном и здоровом). Из-за этих

трудностей, по нашему мнению, следует накладывать технически наиболее простую петлевую колостому не более чем на 6 месяцев. Закрытие колостомы у этих больных производили во время второго этапа операции внебрюшинным доступом. Таким методом закрыто 7 колостом. Показанием к внебрюшинному закрытию служит свищевое отверстие кишки размером не более половины ее диаметра, отсутствие воспалительных явлений и осложнений, дистального отдела кишечника. При закрытии стом, других учреждений, отмечались технические трудности, связанные с грубыми сращениями вокруг колостомы, при которых трудно выделить петлю кишки. Поэтому мы использовали следующую методику закрытия колостомы:

По краю колостомического отверстия наносят очерчивающий разрез кожи и далее приводящий и отводящий концы кишки выделяют в едином конгломерате преимущественно тупо, до брюшины, которую не вскрывают. Край дефекта в кишечной ушивают в поперечном направлении двухрядным швом (кетгут, капрон). Кишку погружают под мышцы и ушивают мышцы, апоневроз и кожу послойно. У двух больных с петлевой колостомой, осложненной эвагинацией, которую не удалось вправить во время операции, пришлось применить внутрибрюшинный метод закрытия с резекцией илеоцекального угла и наложением анастомоза конец в конец. При левосторонних колостомах закрытие производили во время радикальной операции, в 3 случаях она резецирована вместе с аганглионарной зоной, а в 6 случаях при повторных низведениях пришлось оставить в ректальном канале ту часть кишки, на которой было ушито колостомическое отверстие, что создавало дополнительные трудности. Поэтому превентивную колостому правильнее накладывать справа, чтобы оставить ее после первого этапа операции, или как можно ближе к аганглионарной зоне в виде терминальной концевой стомы, чтобы не пришлось резецировать лишний участок кишки и закрывать стому.

Выводы. 1. К колостомии при болезни Гиршпрунга необходимо прибегать при невозможности консервативной терапии и шоковых реакциях на клизму. 2. У детей грудного возраста следует накладывать терминальную концевую колостому сразу выше суженной зоны, у детей старшего возраста двухствольную петлевую - на восходящий отдел толстой кишки. 3. Колостому необходимо накладывать не более чем на 6 месяцев.

Литература:

1. Атакулов Д.О., Зольников Э.И., Асадов Я. Причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения при болезни Гиршпрунга у детей // Клиническая хирургия, 1989., 56-59

2. Ионов А.Л., Щербакова О.В. Послеоперационные осложнения колоректальной хирургии детей. Российский вестник детской хирургии, Анестезиологии и реаниматологии. 2013; 4: 50-9.

3. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Атакулов Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Ташкент-2014. 135-176 стр

4. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Ташкент-2015. 135-176 стр

5. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Боймуратов Н.С., Тогаев И.У. Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга у детей // 2021 Детская хирургия 78-78 стр

6. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А. Результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей // Материалы Российского симпозиума детских хирургов с международным участием «Болезнь Гиршпрунга и нейроинтестинальная дисплазия у детей», 19 апреля 2018г., Москва, -с.58

7. Юсупов Ш.А., Сувонкулов У. Т., Юсупов Ш. Ш., Сатаев В. У. Прогнозирование и профилактика послеоперационных внутрибрюшных спаечных осложнений у детей Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. // 2021;185(1): 127-132.

8. Shamsieva L., Atakulov J. Diagnosis and surgical treatment of Hirschsprung's disease in children // Наука и образование сегодня 48-49 стр

9. Yusupov Sh., Shamsiev J., Davranov B.L., Makhmatkulov Kh Our experience in the treatment of hirschsprung's disease in children academia// May 2022 стр. 1296-1298

10. Divarci, E., & Ergun, O. General complications after surgery for anorectal malformations. Pediatric surgery international, 2020. 36(4), 431-445.

11. Trajanovska M., Taylor R. Long Term Outcome After Catto-Smith Surgery for Anorectal Malformation, Fecal Incontinence. Causes, and Outcome, 2014

12. Tiwari A, Naik D.C., Khanwalkar P.G., Sutrakar S.K. Histological study of neonatal bowel in anorectal malformations. Int J Anat Res. 2014;2:318-24. [Google Scholar]. 218 Tonii H. Olrado

ПОКАЗАНИЯ К КОЛОСТОМИИ У ДЕТЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Атакулов Ж.О., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Байжигитов Н.И.

Резюме. Цель данного исследования заключается в улучшение исходов и прогноза после наложения колостомы при болезни Гиршпрунга. Рассматривается анализ данных лечения этих пациентов за 20 лет.

Ключевые слова: колостома, эвентрация, свищ, Гиршпрунг, аганглионарная зона, радикальная операция.

РЕКОНСТРУКТИВНО- ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УРЕТРОРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩАХ



Атакулов Жамшед Останакулович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Юсупов Шухрат Абдурасулович, Шахриев Абдикадир Камалбаевич
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

УРЕТРОРЕКТАЛ ОҚМАЛАРДА РЕКОНСТРУКТИВ ПЛАСТИК ОПЕРАЦИЯЛАР

Атакулов Жамшед Останакулович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Юсупов Шухрат Абдурасулович, Шахриев Абдикадир Камалбаевич
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY FOR URETHRORECTAL FISTULAS

Atakulov Zhamshed Ostanakulovich, Shamsiev Zhamshid Azamatovich, Yusupov Shukhrat Abdurasulovich, Shakhriev Abdikadir Kamalbaevich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: shuchrat_66@mail.ru

Резюме. Ушбу тадқиқотнинг мақсади уретроректал оқмаларда реконструктив пластик операциялардан кейинги натижалар ва прогнозни яхшилашдир. Уретроректал оқмалар билан оғриган беморларнинг 10 йил ичидаги касаллик тарихлари ўрганилди.

Калим сўзлар: колостомия, эвентрация, оқма, Гиришпунг, аганглионар соҳа, радикал жарроҳлик.

Abstract. The purpose of this study is to improve outcomes and prognosis after reconstructive plastic surgery for urethral fistulas. The analysis of the treatment data of these patients for 10 years is considered.

Keywords: innervation, eventration, anorectal fistula, atresia, radical surgery.

Актуальность. Уретроректальные свищи у мальчиков как самостоятельный, изолированный порок развития встречается исключительно редко. Обычно они сочетаются с атрезией заднего прохода прямой кишки, а также возникают в результате повреждения мочеиспускательного канала во время операций в аноректальной зоне или являются следствием травмы промежности.

Результаты первичных операций не всегда оказываются благоприятными. Нередко свищ рецидивирует, и в этом случае задача хирурга значительно усложняется. При повторных вмешательствах больше вероятность неудачного исхода, в связи с чем эта проблема становится особенно актуальной.

Материалы и методы. За последние 10 лет мы наблюдали 39 детей в возрасте от 1 года до 14 лет с подобными уретроректальными свищами. В первые дни жизни больные были оперированы в других лечебных учреждениях по поводу атрезии заднего прохода и прямой кишки: 36 детям вы-

полнена промежностная проктопластика, 3 - брюшно-промежностная. У 27 детей свищ был врожденным (свищевая форма атрезии заднего прохода), у 12 он образовался после праптопластики вследствие ранения уретры.

Результаты исследования. У всех больных ранее производились попытки устранить свищи, причем некоторые были оперированы 1-2 раза, один ребенок перенес 4 операций,

Ведущим клиническим признаком уретроректальных свищей является выделение мочи из заднепроходного отверстия. В большинстве наблюдений при акте мочеиспускания моча равномерно выделяется из уретры и прямой кишки. У 6 детей моча выделялась только из заднего прохода, чтобы было обусловлено резкой деформацией мочеиспускательного канала или его полным пересечением. У 7 детей отмечалось выделение кала и газов по мочеиспускательному каналу. Большинство больных (35) страдали неудержанием мочи, что объяснялось

присоединившейся инфекцией мочевых путей, а также нарушением иннервации тазовых органов. Неудержание причиняет больному дополнительные страдания, постоянно поддерживая мацерацию кожи промежности, зуд в этой области; неприятный запах делает невозможным пребывание ребенка в коллективе.

В диагностике уретроректальных свищей важно не только констатировать наличие соустья, но и уточнить анатомический вариант свища, его локализацию и уровень расположения, составить представление о характере изменений со стороны мочеиспускательного канала и окружающих тканей; все это имеет большое значение при выборе метода операции. Наиболее информативными диагностическими приемами являются: осмотр прямой кишки зеркалами, цистоуретрография в 2 проекциях, цветная проба с метиленовым синим, зондирование. В последнее время мы стали широко применять обследование под наркозом. Под кетминовым наркозом в уретру вводят металлический катетер, а указательным пальцем, введенным в заднепроходное отверстие, находят конец катетера. Данный прием позволяет судить о высоте расположения свища, размерах и локализации его внутреннего отверстия, наличии инородных тел и т. д.

Отмечена следующая закономерность: свищи врожденного генеза, как правило, открываются в простатическую часть уретры или на границе с мембранозной и имеют более или менее выраженную длину, а при ятрогеном происхождении свищей уретра позреждается в ее мембранозной части и тесно прилегает к стенке кишки.

Следует подчеркнуть, что детальная диагностика может быть затруднена и любой из упомянутых выше диагностических приемов не может выявить отдельные нюансы. Например, среди наблюдавшихся нами больных у 6 только в ходе операции выявлены дополнительные парауретральные ходы (у 2), камни в мочевом пузыре (у 1), камни в дивертикуле уретры (у 1) и в парауретральной клетчатке (у 1). Поэтому хирург должен быть готов к подобным «неожиданностям» и обязательно производить обзорный рентгеновский снимок перед операцией.

Лечение уретроректальных свищей только оперативное. Сроки проведения повторного вмешательства в наших наблюдениях составляли от 6 мес до нескольких лет после предыдущей операции. Опасность вторичного инфицирования мочевых путей является прямым показанием к проведению операции в ранние сроки - через 5-6 мес после очередного вмешательства, когда свищ

окончательно сформировался и стихли воспалительные явления в окружающих тканях.

Оперативная коррекция рецидивных форм уретроректальных свищей чрезвычайно сложна, что объясняется малыми размерами операционного поля у детей, наличием рубцовых изменений окружающих тканей, достигающих порой хрящевой плотности. Рецидивные свищи по размерам, как правило, превосходят первоначальные. Поэтому при выборе метода операции необходим индивидуальный подход. В первую очередь должен быть решен вопрос о доступе. Он может быть промежностным и брюшно-промежностным.

Промежностный доступ мы применяли, когда свищ располагался в мембранозной части уретры или на границе с простатической, а также если раньше не было многократных попыток ликвидировать свищ аналогичным способом. Здесь большое значение имеет состояние передней промежности, так как значительная рубцовая деформация последней затрудняет чреспромежностную операцию, а в ряде случаев делает ее невозможной.

Основные моменты операции. На операционном столе вскрываем мочевой пузырь эпицистостомическим разрезом и проводим по мочеиспускательному каналу металлический катетер. Иногда целесообразно ввести 2 катетера: один в наружное отверстие уретры, второй - во внутреннее, данный прием помогает лучше определить расположение и степень деформации уретры, диастаз ее концов в случае резкой стриктуры полного пересечения, облегчает выделение свища и уретры из рубцов.

Дугообразным разрезом кожи промежности между седалищными буграми на 2-2,5 см выше анального отверстия обнажают место соустья и осторожно выделяют свищ со всех сторон. Этот этап операции является наиболее трудоемким и ответственным, поскольку приходится работать в рубцово-измененных тканях. Свищевой ход пересекают в поперечном направлении, после чего открывается дефект стенки кишки и мочеиспускательного канала. Под контролем введенного в прямую кишку пальца мобилизуют переднюю стенку кишки, чтобы удалось ушить дефект в ней двумя рядами погружных швов.

Пластику уретры осуществляют в зависимости от величины дефекта ее стенки, степени и протяженности рубцовых изменений. Встречающиеся варианты схематически можно объединить в 3 группы: 1) уретра пересечена полностью и с кишкой соединяется ее центральная часть, а конец периферической части облитерирован; 2) на месте соустья резко выражена стриктура уретры или обоих ее концов;

3) с кишкой спаяна задняя стенка уретры, и после разъединения образуется ее дефект разных размеров.

В первых двух случаях и в третьем, если дефект значительный и ушить его без натяжения не представляется возможным, производим пластику уретры по Хольцову. Если в третьем случае дефект оказывается незначительным, а стенка уретры изменена мало, мы ограничиваемся простым ушиванием дефекта в поперечном или косом направлении.

При всех вариантах перед наложением швов на уретру мы проводим по мочеиспускательному каналу в мочевого пузыря (или в обратном направлении) полиэтиленовую дренажную трубку N 12-14 по шкале Шарьера и оставляем ее в виде *à demeure* Обязательно накладываем эпицистостому.

Рану послойно ушивают наглухо с таким расчетом, чтобы между швами на мочеиспускательном канале и кишке была прослойка неизмененных тканей. Лучше всего использовать для этой цели мышечную прокладку. В послеоперационном периоде назначают антибиотики широкого спектра действия в течение 6-7 сут. Очень важно, чтобы исправно функционировала эпицистостома. Уретральную дренажную трубку удаляют на 7-8-е сутки, эпицистостоматическую - спустя 2-3 сут. После этого важно также создать максимальный покой ране промежности и оберегать ее от инфицирования. Ребенка лучше держать в постели с разведенными и подвешенными к перекладине ногами, подложив под ягодицы мягкий валик.

Брюшно-промежностный доступ в определенных ситуациях оказывается более щадящим, а в ряде случаев - единственно приемлемым. Показаниями к его применению служат: а) грубая рубцовая деформация промежности, исключающая возможность использования чреспромежностного доступа; б) сочетание уретроректального свища с рубцовой стриктурой заднего прохода и вторичным расширением толстой кишки (мегаколон); в) локализация свища в простатической части уретры. Брюшно-промежностную операцию мы выполняем в так называемом интравектальном варианте, который в последние десятилетия прочно укрепился в хирургии при аноректальных аномалиях у детей (А. И. Ле нюшкин, 1976; Romnaldi, 1960; Rehbein, 1959). Смысл данной операции применительно к уретроректальным свищам состоит в том, что на мочеиспускательном канале практически никаких манипуляций не производят с тяжесть вмешательства переносится на прямую кишку.

Основные моменты операции. Нижняя срединная лапаротомия. Мобилизуют сигмовидную кишку, и на 5-6 см выше переходной складки брюшины кишку пересекают. В целях антисептики обрабатывают раствором сулемы слизистую оболочку прямой кишки. Затем дистальный отрезок кишки демукозируют от уровня пересечения до уровня свища спереди и до слизисто-кожного перехода сзади. Иногда удается обойти место соустья со всех сторон, а иногда приходится производить встречную демукозацию от анального отверстия, одновременно устраняя его стриктуру. В любом случае надо стремиться к тому, чтобы четко визуально определялось соустье, а главная задача состоит в том, чтобы лишить свищ слизистой выстилки.

Все манипуляции выполняют строго под контролем введенного в уретру металлического катетера.

Обычно стенка мочеиспускательного канала близко соприкасается со стенкой кишки. После удаления слизистой оболочки с места соустья уретра чаще всего расправляется. По возможности на дефект накладывают 2-3 шва, захватывая стенку мышечного футляра прямой кишки.

Далее через мышечный футляр, оставшийся после демукозации (естественный аноректальный канал), выводят на промежность свободный конец мобилизированной толстой кишки. Последнюю резидируют за пределами анального отверстия, оставляя свободно висящую культю длиной 4-5 см. Край кожи в области анального кольца подшивают узловыми швами к серозной оболочке культи.

Операцию заканчивают наложением эпицистостомы, которая в послеоперационном периоде должна функционировать 16-18 дней. Свободно висящую культю кишки отсекают вторым этапом через 20-25 дней после первой операции. За указанный срок демукозированное место соустья и дефект в стенке уретры, плотно примыкающие к здоровой стенке низведенной толстой кишки, самостоятельно закрываются.

Кроме описанного выше типового варианта брюшно-промежностной операции, могут быть использованы и другие - в зависимости от ситуации. Так, у 2 детей нам пришлось отступить от типовой схемы, когда мы встретились с обширным щелевидным дефектом мембранозной части уретры протяженностью 3-3,5 см. Пришлось вначале со стороны промежности трансанально выкроить два лоскута из стенки кишки параллельно дефекту, мобилизовать их вместе с уретрой и ушив края лоскутов, закрыть дефект в мочеиспускательном канале.

Таблица 1. Результаты повторных операций при уретроректальных свищах у детей

Доступ и вид пластики уретры	Число больных	Результаты операции	
		Свищ устранен	Рецидив свища
Промежностный: пластика по Хольцову	6	6	0
Швы на дефект в стенке уретры	12	11	1
Брюшно-промежностный интраректальный: без ушивания дефекта в стенке уретры	11	10	1
С ушиванием дефекта пластинка	8	8	0
Лоскутами из стенки кишки	2	2	0
Всего	39	37	2

Затем произвели низведение толстой кишки с демукозацией оставшейся части прямой кишки. Низведенная толстая кишка прикрыла линию швов, а эпицистостомия и оставление свободно висящей культи кишки способствовали отведению мочи и кала от линии швов. Результаты выполненных операций приведены в таблице 1.

Как видно из представленных данных в таблице 1, в большинстве наблюдений получен благоприятный эффект. Лишь у 2 детей возник рецидив свища, что было обусловлено как локальными причинами (значительные размеры свищей, резкие рубцовые изменения тканей, натяжение в зоне наложения швов), так и дефектами послеоперационного ведения больного (раннее устранение эпицистостомы и неудовлетворительное ее функционирование). Оба ребенка оперированы нами повторно теми же методами, свищи устранены. Всего 39 детям выполнена 41 операция с хорошим благоприятным исходом.

В прежние годы мы несколько расширяли показания для брюшно-промежностных операций, но в последнее время все чаще отдаем предпочтение промежностному доступу. Опыт показал, что при отработанной технике можно надеяться на успех чреспромежностного доступа с пластикой уретры даже во 2-й или 3-й раз. В случае неудачи остается в резерве интраректальный брюшно-промежностный доступ. Однако при локализации свища в простатической части уретры целесообразнее сразу использовать интраректальную брюшно-промежностную проктопластику, ибо применяемая обычно в таких случаях пластика уретры по Соловову менее надежна при ней часто возникают рецидивы (Л. А. Кудрявцев и соавт., 1980).

Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 10 лет прослежены у 37 оперированных. У 15 детей отмечалось недержание мочи различной интенсивности и продолжительности. Если у 10 детей это явление было временными исчезло после лечения цистита, то 5 больных страдают постоянным недержанием, что связано с

нарушениями иннервации мочевого пузыря и его шейки. Причем у 3 из этих 5 больных отмечается нейрогенный мочевой пузырь. Тактика при нем и его лечение - особая проблема.

Выводы. Таким образом, залогом благоприятного исхода у детей является дифференцированный выбор метода операции, основанный на изучении анамнеза, выяснении деталей предшествовавшего вмешательства, обследовании больного, а также отработанная техника операции и создание оптимальных условий для заживления раны путем отведения мочи и кала в послеоперационном периоде.

Литература:

1. Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Суванкулов У.Т., Рахимов А.К. Причины осложнений при аноректальных аномалиях у детей // Актуальные вопросы, достижения и инновации. 25 января 2021 г. в г. Пенза с. 231-233
2. Атакулов Д. О. Состояние мочеполовой системы при аноректальных аномалиях у детей // Автореф. Дисс. кандидата мед. наук. М, 1983
3. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Тошкент-2015. 135-176 стр
4. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Тошкент-2015. 198-237 стр
5. Шамсиев А.М., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Суванкулов У.Т., Хирургическое лечение аноректальных пороков у детей // Хирургия детского возраста 2011 г. 40-43 стр
6. Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Атакулов Дж.О., Махмудов З.М. Характеристика поздних послеоперационных осложнений и рецидивов аноректальных мальформаций, развившихся после различных видов проктопластик. // Проблемы биологии и медицины №2 Том: 127 (2021)
7. Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Махмудов З.М. Характеристика поздних послеоперационных осложнений и рецидивов аноректальных пороков развития. // «Проблемы биологии и медицины» 2021, №2 (127), с.177-184.

8. Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Давранов Б.Л., Имамов Д.О., Ибрагимов О.А. Анализ причин наложения стом при врождённой кишечной непроходимости у новорождённых //2021 Детская хирургия 75-76
9. Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Сатаев В.У., Саидов М.С. Состояние нейрорецепторного аппарата прямой кишки после выполнения различных вариантов реаноректопластики // Проблемы биологии и медицины Узбекистан, СамМИ 2020. №2 (118) с.134-136
10. Юсупов Ш.А., Сувонкулов У. Т., Юсупов Ш. Ш., Сатаев В. У. Прогнозирование и профилактика послеоперационных внутрибрюшных спаечных осложнений у детей // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;185(1): 127–132. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-185-1-127-132
11. Юсупов Ш.А., Саидов М.С. Частота встречаемости аноректальных мальформации при антенатальной диагностике у детей Самарканда и Самаркандской области // Доктор ахборотномаси №2 (94) 2020й. Самарканд с.107-111
12. Юсупов Ш.А., Атакулов Ж.О., Орипов Ф.С., Жовлиев Б.Б., Рахматов А.К. Влияние токсических препаратов на развитие аномалий кишечника и перспективы их хирургического лечения // Вятский медицинский вестник Научно-практический журнал 2(70) 2021 стр.9-13
13. Atakulov J, Baymuradov N, Shakhriev A, Kodirov N Adaptation of patients who underwent surgery for hypospadias in childhood //中华劳动卫生职业病杂志2022年13月第40卷第13期 Chin J Ind Hyg Occup Dis
14. Marellis C, Ue Blauw J, Brunner H. Chromosomal anomalies in the etiology of anorectal malformations. // A review, Amv med. Genet Part A 2021;9999:1-13
15. Divarci, Ergun, D. General compliatons after surgery for anorectal malformations. // Pediatric surgery international, 2020. 36(4), 431-445
16. Shamsiyev A., Юсупов Ш.А., Shakhriev A., Djalolov D. The causes of postoperative intra-abdominal abscesses in children and ways of their prevention // The scientific heritage №48 (2020) с.5-9
17. Yusupov Sh, Atakulov J, Rakhimov A, Suvankulov U. COMPLICATIONS IN ANORECTAL MALFORMATIONS IN CHILDREN (CLINICAL OBSERVATION) // 2021 Проблемы науки 56-58 стр.
18. Amrishi Tiwari, D.C. Naik, P. G. Khanwalkar, S. K. Sutrarakar. Histological study of neonatal bowel in anorectal malformations. // Int J Anat Res 2014;2(2):318-24.
19. Ahemad, S., Abdul Muqtadir, A.M., Wanjari, S., & Vairagad, P. Early after posterior sagittalanorectoplasty outcomes for anorectal malformation. // International journal of scientific research. 2022 ;37(6):1232-
20. Bischoff A., Levitt M.A., Pena A. Update on the management of anorectal malformations // Pediatr. Surg. Int. 2013. Vol. 29, # 9. P. 899-904. doi: Anderson IM et al. Does posterosagittal 10.1007/s00383-013-3355-z.
21. Divarci, E., & Ergun, O. General complications after surgery for anorectal malformations. Pediatric surgery international, 2020. 36(4), 431-445. <https://doi.org/10.1007/s00383-020-04629-9>.
22. Trajanovska M., Taylor R. Long Term Outcome After Catto-Smith Surgery for Anorectal Malformation, Fecal Incontinence. Causes, and Outcome, // 2014 DOI:/ <http://dx.doi.org/10.5772/57072>
23. Tiwari A, Naik D.C., Khanwalkar P.G., Sutrarakar S.K. Histological study of neonatal bowel in anorectal malformations. // Int J Anat Res. 2014;2:318- 24. [Google Scholar]. 218 Tonii H. Olrado

РЕКОНСТРУКТИВНО- ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УРЕТРОРЕКТАЛЬНЫХ СВИЦАХ

Атакулов Ж.О., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Шахриев А.К.

Резюме. Цель данного исследования заключается в улучшение исходов и прогноза после реконструктивно – пластических операций при уроректальных свищах. Рассматривается анализ данных лечения этих пациентов за 10 лет.

Ключевые слова: иннервация, эквентрация, аноректальный свищ, атрезия, радикальная операция.

СКОЛИОЗ КАСАЛЛИКЛАРИДА УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ ҚИЙШАЙИБ РИВОЖЛАНИШИНИНГ КЛИНИК МАНЗАРАСИНИ БОЛАЛАР ЁШИГА КЎРА ЎЗИГА ХОС КУЗАТИЛИШИ



Ахтамов Аъзам, Жураев Илхом Гуломович, Ахтамов Азим Аъзамович
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Ахтамов Аъзам, Жураев Илхом Гуломович, Ахтамов Азим Аъзамович
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

AGE-RELATED FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATION AND DEVELOPMENT OF SPINAL DEFORMITY IN SCOLIOTIC DISEASE

Akhtamov Azam, Juraev Ilkhom Gulomovich, Akhtamov Azim Azamovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: azim_ahtamov@mail.ru

Резюме. Турли даража ва оғирликдаги сколиоз касаллиги билан умуртқалар қийшайишининг бошланғич белгилари кузатилган турли ёшдаги 31 бола текиширилган. Текиширишлар натижасида букрилик қийшайишининг ilk эрта белгилари асосан 10 ёшгача, яъни организм физиологик жиҳатдан бағоят ёшига етмасдан пайдо бўлиши кузатилди. Олинган маълумотлар умуртқалар қийшайишининг турли вариантларда табиий ривожланишини аниқлаш имконини берди. Олинган натижалар сколиоз касаллиги билан касалланган беморларда касалликнинг ривожланишини аниқлаш имкониятини беради.

Калит сўзлар: болалар сколиоз, умуртқалар қийшайиши, клиникаси, таъхислаш.

Abstract. 31 children with initial manifestations of spinal deformity were studied of varying degrees and severity of scoliotic disease. It has been established that the first clinical signs of spinal deformities appear at the age of no more than 10 years. those. before the beginning of the period of physiological maturation of the body. Analysis of the obtained data makes it possible to determine the proportions of various variants of the natural development of scoliotic spinal deformity. This makes it possible to predict the prospects for the development of pathology in patients with scoliosis.

Key words: children, scoliosis, spinal curvature, clinic, diagnosis.

Болалар ортопедиясининг назологик структурасида сколиоз оғир касалликлардан бири ҳисобланади. Чунки, мазкур касаллик ортопедик аломатлар йиғиндисининг асосийси-умуртқаларнинг ўзига хос қийшайиши билан характерланиб айнан болалик даврида клиник жиҳатдан намоён бўлади. Кўпгина муаллифларнинг маълумотларига кўра сколиозда умуртқаларнинг қийшайишини бошланғич белгиларининг клиник манзараси болаларда 5-7 ёшидан бошлаб кўзга ташланади [2,8].

Лекин касаллик аломатлари нисбатан эрта 3-6 ёшда ёки ўсмирлик даврига яқин 10-12 ёшда ҳам кузатилиши мумкин. Мазкур ҳолат касалликнинг ривожланиш босқичига кўра

беморларнинг ёшига нисбатан классификациялаш заруратини тўғдиради [3,4,5].

Чунки, суякларнинг ўсиш жараёни ва унинг етуқлиги тўғрисидаги маълумотлар асосида даволаш усуллари қўлланилади [1].

Илмий адабиётлардан маълумки, ўсиш жараёни умуртқаларнинг букриланиб қийшайишининг келгусидаги ривожланишига салбий таъсир этиши мумкин. Шунинг учун мазкур ортопедик хасталикнинг жадал ривожланиши бартараф этиб бўлмайдиган омиллардан ҳисобланади [1,2,3,9]. Лекин кўплаб клиник кузатувлар сколиоз касаллиги кузатилган беморларнинг физиологик ривожланиш даврида ёши ва бошланғич клиник манзарасидан қатъий назар умуртқаларнинг табиий ривожланишида

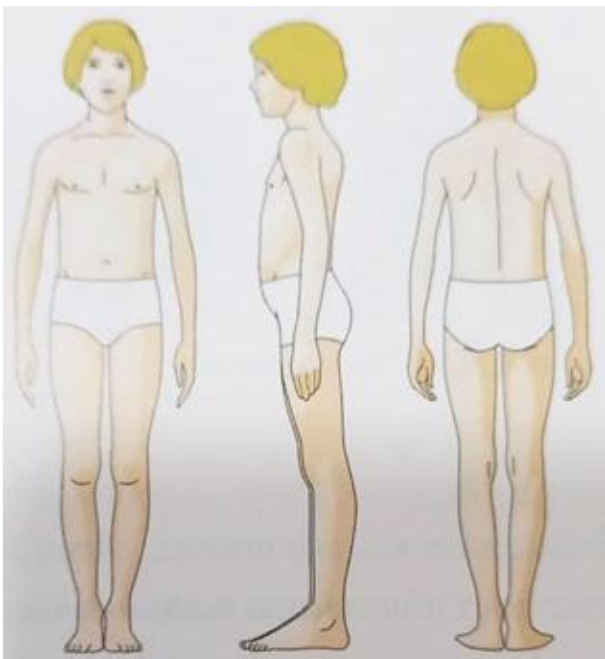
кийшайиш турли-туман вариантларда намоён бўлади [5,6,7].

Ишнинг мақсади: сколиоз касаллиги кузатилган беморларда умуртқаларнинг кийшайиш жараёнининг клиник белгиларини ёшга боғлиқ ҳолда ривожланишини баҳолаш ва аниқлаш.

Материал ва текшириш усуллари:

Текширув материаллари 2015-2022 йиллар давомида Республика травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарқанд филиали поликлиникасида амалга оширилди. Умуртқа поғонасининг турли даражадаги кийшайиши билан ортопедик текширувлардан ўтказилган 3-18 ёшдаги 31 беморнинг 22 таси (71,0%) қиз ва 9 таси (29,0%) ўғил болалар бўлиб (ўзаро нисбат 7:3). Беморларни клиник текширувлар билан бирга умуртқа поғонаси тўғри проекцияда, тик ва елкаси билан ётқизилган ҳолатда рентген тасвир қилиниб баҳоланди. Умуртқаларнинг кийшиқлик бурчаги Кобб усулида баҳоланди.

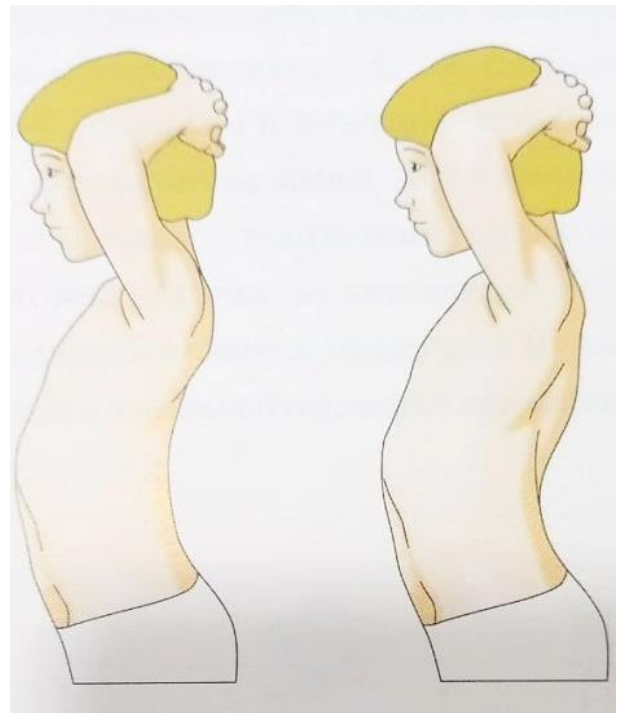
Клиник текширувда бемор олд томондан, ён ва орқа томондан қомати визуал баҳоланади. Сколиознинг бошланғич босқичида фронтал текисликда умуртқалар ўқининг ўткир қиррали ўсиқчаларга нисбатан кийшайишини аниқлаш қийин. Олд томондан қаралганда асосан бел учбурчагининг номутаносиблигини аниқлаш қийинчилик туғдирмайди (расм-1).



Расм 1. Клиник кўрикда бемор қоматининг олд, ёнбош ва орқа томондан кўриниши

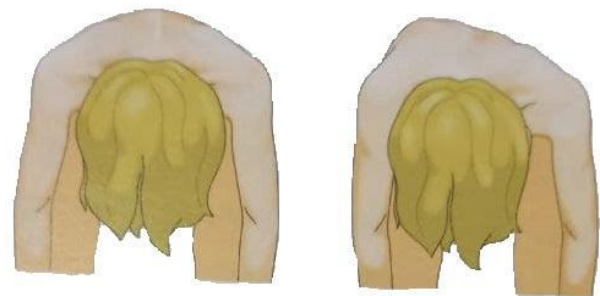
Бемор қоматини ён томондан сагитал текисликда умуртқа поғонасининг функционал ҳолатини баҳолаш мумкин. Бемор қоматини нисбатан бўшаштириб гавдани тик ҳолатда тутиб турганда кўкракнинг физиологик кифозини

кузатиш қийинчилик туғдирмайди. Шунингдек бемордан қўлларини кафтини бошининг энса қисмига қўйиб турганда қоматидаги кифотик ҳолатни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди (расм-2).



Расм 2. Физиологик кифозни ташхислашда бемор ҳолати

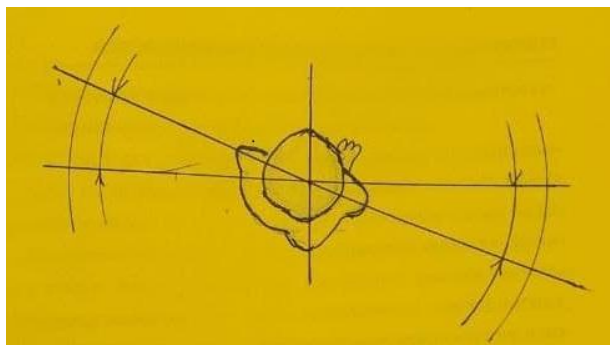
Умуртқа поғонасининг уч текисликда кийшайишда ротацион (бурама) компонентни аниқлаш мумкин. Бунинг учун бемор олд томонга қўлларини пастга туширган ҳолда энгашиб туради. Мазкур ҳолат Адамс усули (тести) деб юритилади ва кўкрак қафасининг орқа томонини муганосиблиги баҳоланади. Аниқланган номутаносиблик умуртқаларнинг қайси қисмига тўғри келишига қараб баҳоланади (расм-3).



Расм 3. Адамс усулида баҳолаш

Шунингдек визуал баҳолашда фронтал ўк бўйлаб чанок ва елка камарининг ўзаро муганосиблиги бемор гавдасининг торсия йўналиши билан баҳоланади. Амалиётда ортопедлар гавда торсиясига клиник нуқтаи назардан катта эътибор бермайдилар. Ҳолбуки гавда торсияси касаллиқнинг бошланғич даврида

муҳим аҳамиятга эга. Чунки, касаллик ривожланишида умуртқаларнинг патологик ротацияси (буралиши) кузатилади. Натижада гавда торсияси ўзгаради (расм-4).



Расм 4. Гавда торсияси (буралиши) ни баҳолаш усули

Болаларда Якуний босқичда боладан мустақил равишда коматини тўғри тутиб туриш сўралади. Бола коматини тўғри тутганда умуртқа поғонасининг барча қийшайишлари асосан тикланади. Мазкур усул комат бузилиши билан сколиозни фарқ қилиб ташхис қилиш усули ҳисобланади. Шунингдек, мазкур ҳолатни асослаш учун назорат сифатида бола қорни билан ётқизиблиб умуртқа поғонасини ёзувчи машқлар бажаради. Болада комат бузилиши кузатилса барча аломатлар йўқолади, сколиозда эса- йўқ, сақланиб қолади. Яъни ротацион компонент кузатилган умуртқалар соҳасида умуртқалараро мушаклар зўриқиши ҳисобига номутаносиблик кузатилади. Яъни Адамс тести кузатилади.

Рентгенологик текширув натижалари В.Д. Чаклин классификацияси бўйича баҳоланди. Рентген тасвирдан (бемор тик турган ҳолатда) асосий букрилик бурчаги тўғри йўналишда

фронтал текисликда Кобба бўйича I даражасида 10° ёки ундан кам ҳолат 17 беморда аниқланди. II даражаси (букрилик ёйининг бурчаги $11-25^\circ$) -7 беморда, III даражаси (букрилик ёйининг бурчаги $26-40^\circ$)- 5 беморда ва IV даражаси (41° ва кўп) 2 беморда кузатилди.

Текшириш натижалари: Сколиоз касаллиги аниқланган беморларда ёшига кўра тақсимланиб (жадвл-1) таҳлил қилинганда бирламчи мурожаат қилганлар орасида 11-12 ёшдаги беморларда касаллик энг кўп 12 нафар (38,7%) да аниқланган. Иккинчи ўринда 3-6 ёшдаги 9 нафар (29.0%) ва 13-14 ёшдаги 3 нафар (9.7%) бемор, учинчи ўринда 9-10 ёшдаги 3 нафар (9,7%) бемор, тўртинчи ўринда 7-8 ёшдаги 4 нафар (12,7%) бемор ташкил этган. Маълумотлардан кўриниб турибдики биринчи бор мурожаот қилган беморлар ўртасида 11-14 ёшдагилар 15 нафар (48.9%) бўлиб уларда физиологик ўсиш даври энг жадаллашган ва балоғат ёшига ўтиш даври билан характерланади. Балоғат ёшига етмаган 3-10 ёшдаги болалар 16 нафар (51.1%) ни ташкил этди.

Беморларнинг поликлиника-амбулатор карталар билан танишиб беморлар ота-онаси билан суҳбатлашганда касаллик тарихидан сколиотик қийшайишнинг бошланғич клиник белгилари пайдо бўлган ёшини аниқлаш имконияти бўлди. Аниқланган маълумотларга кўра касалликнинг эртанги илк белгилари беморларнинг аксарият қисмида шифохонага мурожаат қилмасдан олдин 3-12 ёшида кузатилган. Боланинг қайси ёшида комат мутаносиблигини бузилиб қолганлик белгилари пайдо бўлганлиги бемор ота-онаси билан суҳбатда аниқланган.

Жадвал 1. Бирламчи кўрикда сколиоз касаллигида аниқланган беморларнинг ёши, касаллик оғирлиги ва қийшайиш даражасига кўра тақсимланиши

Бирламчи кўрикда деформация оғирлик даражаси	Бемор сони	3-6 ёш	7-8 ёш	9-10 ёш	11-12 ёш	13-14 ёш	Абс. сони	Умумий сонига нисбати %
I (S- 10°)	абс.	6	2	1	7	1	17	54.8
	%	19.3	6.5	3.2	22.6	3.2		
II ($11-25^\circ$)	абс.	3	1	2	-	1	7	22.6
	%	9.6	3.2	6.5	-	3.2		
III ($26-40^\circ$)	абс.	-	1	-	4	-	5	16.1
	%	-	3.2	-	12.9	-		
IV (41° ва кўп)	абс.	-	-	-	1	1	2	6.5
	%	-	-	-	3.2	3.2		
Жами абс. сони		9	4	3	12	3	31	100
% ҳисобида		28.9	12.9	9.6	38.7	9.6	100	

Касалликнинг III даражаси 7-12 ёшдаги 5 беморда (16.1%) аниқланган.

Умуртқа поғонасининг оғир IV даражасидаги қийшайиши 2 нафар (6.5%) беморда аниқланган бўлиб, уларнинг аксарият қисми 11-14 ёшида аниқланган.

Касалликни эрта аниқлаш ва ташхислаш натижалари таҳлил қилинганда маълум бўлдики умуртқа поғонасининг сколиотик қийшайишининг илк белгилари қанча эрта ривожланса, беморнинг физиологик ўсиш даврида қийшайиш жараёни шунча агрессив яъни тез ривожланиб касаллик даражаси оғирлашади. Яъни касалликнинг илк белгилари 3-4 ёшда ривожланган бўлса, сколиотик қийшайишнинг IV даражаси 60-70% кузатилади. Агар касаллик аломатлари 11-13 ёшда ривожланса сколиотик деформациянинг IV даражаси кузатилмайди ва фақат 16-21% ҳолатларда касалликнинг III даражаси кузатилиш эҳтимоли бўлади.

Хулосалар:

1. Клиник ва рентгенологик кузатишлар умуртқаларнинг сколиотик қийшайишининг илк белгиларини пайдо бўлиши ва ривожланишини маълум миқдорда бемор ёшига боғлиқ эканлигини кўрсатди.

2. Умуртқа поғонасининг илк эрта белгилари асосан 10-11 ёшгача, яъни балоғат ёшига етмасдан ривожланиши кузатилди.

3. Касаллик аломатларининг пайдо бўлиш ва ривожланиш муддатларини аниқлаш беморларда келгусида умуртқаларнинг сколиотик қийшайишининг ривожланиш жараёнини олдиндан прогнозлаш имкониятини беради.

4. Касалликнинг клиник ва рентгенологик аломатларини эрта аниқлаш касалликни эрта даволашнинг асосий омили ҳисобланади. Бу ҳолат ўз навбатида касалликни оғирлашмасдан асоратлар улушини камайтиришга имконият яратади.

Адабиётлар:

1. Ахтамов А., Ахтамов А.А. Тошбеков А.Р. Идиопатик сколиозда умуртқа поғонасининг қийшайиши ривожланишини динамикада болалар ёшига кура ўзига хос клиник манзараси // Тиббиётда янги кун 6/44/2022-йил. Стр. 133-138.

2. Казмин А.И., Кон И.И., Беленкий В.Е. Сколиоз. –М., 1981. 436с.

3. Михайловский М.В., Фоличев Н.Г. Хирургия деформаций позвоночника- Новосибирск. 2002. 356 с.

4. Тесаков Д.К. Возрастная динамика рентгенологических характеристик активности костного роста таза и позвоночника больных идиопатическим сколиозом. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. 2011. N 1. Стр 60-67.

5. Тесаков Д.К. Возрастные особенности клинического проявления и динамика развития деформации позвоночника при идиопатическом сколиозе // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова 2010. N 2. Стр. 61-65.

6. Чаклин В.Д., Абальмасова Е.А. Сколиоз и кифозы.-М., 1973.

7. Шатохин В.Д., Колчин Д.В., Колесов В.В. Ранняя диагностика и консервативное лечение сколиоза у детей: Пособие для врачей.- Толянти. 2005. 292 с.

8. Wang Y., Zheng G., et al. Temporary use of shape memory spinal rod in the treatment of scoliosis // Eur. Spine J. -2011. -N 20. -P. 118-122.

9. Mok J.M., Cloyd J.M., et al. Reoperation after primary fusion for adult spinal deformity: rate, reason, and timing // Spine. 2009. -N 34(8). -P. 832-839.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКЕ ПРИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Ахтамов А., Жураев И.Г., Ахтамов А.А.

Резюме. Разной степени и тяжести сколиотической болезнью исследованы 31 детей с начальным проявлением деформации позвоночника. Установлено что первые клинические признаки, деформации позвоночника проявляются в возрасте не старше 10 лет. т.е. до начала периода физиологического созревания организма. Анализ полученных данных даёт возможность определить доли различных вариантов естественного развития сколиотической деформации позвоночника. Это даёт возможность прогнозировать перспективы развития патологии у больных с сколиозом.

Ключевые слова: дети, сколиоз, искривление позвоночника, клиника, диагностика.



Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич, Саидов Шухрат Абдунасимович, Саидмуродов Камол Ботирович Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич, Саидов Шухрат Абдунасимович, Саидмуродов Камол Ботирович Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

DIFFERENTIATED APPROACH IN SURGICAL TREATMENT OF BENIGN OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich, Saidov Shukhrat Abdunasimovich, Saidmurodov Kamol Botirovich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ўт-тош касаллигининг асорати сифатида юзага келган механик сариқлик билан даволанган 144 нафар беморларнинг даволаш натижалари кўрсатилган. Механик сариқликнинг омилли таҳлили шунга кўрсатдики, ўлим ҳолатларининг асосий сабаби бу жигар холангиоген абсцесси ва билиар сепсис ҳисобланади. Ўлим ҳолатлари (14,8%) ва йирингли-септик асоратлар (44,4%) асосан ўткир йирингли холангитни ўткир деструктив холецистит ва перитонит билан биргаликда кечилиши натижасида амалга оширилган шошилинч жарроҳлик амалиётидан кейин кузатилади. Механик сариқликни оғирлик даражаларини инобатга олган ҳолда дастлаб ўт йўлларида декомпрессив аралашувларни қўллаш холестаза ва йирингли захарланиш ҳолатларини тўхтатиш ҳамда радикал операцияларнинг натижаларини яхшилаш имконини беради. Бунда ўткир йирингли холангит билан касалланган 81,8% оғир аҳволдаги, 61,6% ўрта оғирликдаги ва 24,1% енгил даражадаги беморларга дианевтик ва эндоскопик трансдуоденал аралашувларни бажаришга эҳтиёж бўлди.

Калит сўзлар: Ўт тош касаллиги, механик сариқлик, хирургик тактика.

Abstract. The results of treatment of 144 patients with cholelithiasis complicated by obstructive jaundice are presented. Factor analysis of obstructive jaundice showed that the main cause of death was cholangiogenic liver abscess and biliary sepsis. Mortality (14.8%) and purulent-septic complications (44.4%) were observed mainly after emergency operations performed for acute purulent cholangitis in combination with acute destructive cholecystitis and peritonitis. Considering the severity of obstructive jaundice, the use of decompressive interventions on the biliary tract at the beginning makes it possible to stop cases of cholestasis and purulent intoxication and improve the results of radical operations. Diapneptic and endoscopic transduodenal interventions were required in 81.8% of patients with acute purulent cholangitis, 61.6% with moderate and 24.1% with mild cases.

Key words: cholelithiasis, obstructive jaundice, surgical tactics.

Механик сариқлик – ўт йўллари касалликларининг энг оғир ва ҳаёт учун хавф солувчи асоратларидан бири бўлиб, сафро оқшининг турғун бузилиши оқибатида келиб чиқадиган ўт йўллариининг ўткир ялиғланиши ҳисобланади. Сафро оқимининг бузилишига асосий сабаб бу ўт-тош касаллиги ҳисобланади. Ер юзида яшайдиган аҳолининг ҳар ўнинчиси ўт-тош касаллигидан азият чекади, холедохолитиаз унинг асорати сифатида 20-30% ҳолатларда учрайди (1,4).

Ўрганишлар натижаларига кўра ўт йўллари ўтказувчанлиги бузилган беморларнинг 11 - 60 % йирингли холангит билан касалланадилар. Ҳозирги кунга қадар сафро оқими бузилишига

олиб келадиган 30дан ортиқ сабаблар аниқланган. Аммо механик сариқликнинг асосий сабаби холедохолитиаз бўлиб, ўз навбатида у ўт -тош касаллигининг асоратлари орасида етакчи ўринни эгаллайди (2,3).

Яхши сифатли йирингли холангитни даволаш натижаларининг қониқарсизлиги, ушбу касалликни комплекс жарроҳлик усулида даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини мақбуллаштиришни тақозо этади. Каминвазив жарроҳлик амалиёти билан биргаликда дренаж орқали интрабилиар муолажаларни қўллаш билан ўт йўлларида бактериялар тарқалишини баргараф этиш, жигарда холангиоген абсцесслар ва септик ҳолатлар юзага келишини олдини олиш,

эндотоксемиянинг даражасини камайиши каби самарали натижаларга эришиш мумкин.

Тадқиқотнинг мақсади. Ўт-тош касаллиги оқибатида ривожланган яхши сифатли механик сариқликни жарроҳлик усулида комплекс даволашнинг тактик-техник жихатларини мақбуллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Материал ва методлар. Механик сариқлик билан даволанган 144 нафар беморларнинг даволаш натижалари кўрсатилган. Беморларнинг 91 нафари аёл (63,2%) ва 53 нафарини эркеклар (36,8%) ташкил этган, уларнинг ёши 33 дан 81 ёшгача бўлган. Ўртача ёш $53,2 \pm 6,2$ ёшни ташкил этган.

112 нафар (78%) беморларда ўт чиқариш тизими касалликларининг давомийлиги 5 йилдан кўп бўлган. 73,6%, яъни беморларнинг 3/4 қисми касаллик бошланишидан сўнг 3 суткадан ортиқ бўлган вақтдан кейин касалхонага ётқизилган. 3 суткагача давомийликдаги холангит 38 нафар (26,4%) беморларда, 3 суткадан 7 суткагача 78 нафар (54,2%) беморларда ва 7 суткадан кўпроқ давомийлик 38 нафар (26,4%) кузатувларда аниқланган.

Ўткир холангит хуружининг дастлабки кунларида беморларда ўнг қовурга ёйи ости ҳамда эпигастрал соҳадаги оғриқга шикоят қилишди (89,9%), шу билан бирга хуруждан кейин 4 кун, ёки ундан ортиқ вақт ўтишидан сўнг эса оғриқдан шикоят қилувчи беморлар сони анча камайган (67,3%), аммо холангитнинг йирингли – яллиғланишли асоратлари билан беморлар сонининг ортиши кузатилган (83,6%).

Ўткир йирингли холангит ўт-тош касаллигининг асорати сифатида холедохолитиаз ва сурункали тошли холецистит сабабли 82 нафар (56,9%) беморларда, ўткир тошли холецистит ва холедохолитиаз сабабли эса 62 нафар (43,1%) беморларда юза келган бўлиб, бунда ўткир деструктив холецистит 29 нафар беморларда перитонитнинг хар-хил турлари (7 ҳолатда тарқалган, 22 та маҳаллий) билан асоратланган.

97 нафар (67,4%) беморларда ҳамроҳ касалликлар аниқланиб, уларнинг 54 нафарида (32,7%) икки ва ундан ортиқ патологиялар тасдиқланган.

Ўткир йирингли холангитни ташхислаш клиник кўриниши (Шарко триадаси, Рейнолдс пентадаси), лаборатор ва инструментал текшириш усуллари (сонография, РПХГ, МРТ – холангиография) асосида бажарилди. Якуний ташхис ўт йўллари деворидаги ва сафро суюқлигининг ўзига хос ўзгаришларига қараб ҳамда сафро микрофлорасини аниқлаш орқали қўйилган.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Беморлар тадқиқот мақсади ва вазифаларига мос

ҳолда 2 киёсий гуруҳга бўлинган. Таққослаш гуруҳини 2000 – 2009 й. давомида ўт-тош касаллигининг асорати сифатида юзага келган ўткир йирингли холангит сабабли жарроҳлик амалиёти ўтказилган 61 нафар (42,4%) беморлар ташкил этди. Тадқиқотнинг асосий гуруҳини эса 2010 – 2021 йй. давомида, клиникада ишлаб чиқилган жарроҳлик усулида даволаш ўтказилган 83 нафар (57,6%) беморлар ташкил этди. Тадқиқотдаги иккала гуруҳлардаги беморлар ҳам ёши, ҳам клиник белгиларнинг ривожланганлиги ҳамда оғирлик даражаси бўйича ўхшаш бўлган.

Омиллар таҳлили шуни кўрсатадики, 2000–2009 йй. давомида ўткир йирингли холангит билан беморларнинг жарроҳлик даволаш натижаларини қониқарсиз бўлишининг асосий сабаблари жигар холангиоген абсцесслари ва билиар сепсис ривожланиши бўлган. Ўлим 8,2% ни ташкил этди (5 нафар бемор ўлди). Операциядан кейинги даврда турли хилдаги йирингли - септик асоратлар 15 нафар (24,6%) беморларда кузатилган. Барча 61 нафар амалиёт ўтказилган беморларда жарроҳлик аралашувлари холецистэктомия, холедохолитотомия, холедохни ташки дренажлаш ҳажмида бўлиб, кенг лапаротом кесим орқали ўтказилган амалиётлар 48 нафар (79%) беморларда, кичик кесим орқали эса 13 нафар (21%) беморларда бажарилган.

Бунда, холецистэктомия ва холедохолитотомия шошилишч кўрсатмалар бўйича (шифоҳонага ётқизилгандан сўнг 2 – 3 соат ичида) 29 нафар (47,5%) беморларда ўткир деструктив холецистит сабабли, уларнинг 12 нафарида ўткир деструктив холециститнинг перитонит билан асоратланганида ўтказилган. Шунингдек, 6 нафар беморда шошилишч кўрсатмалар бўйича амалиётлар магистрал ўт йўллари ўткир обструкцияси клиникаси мавжуд бўлганда бажарилган.

Кечиктирилган шошилишч кўрсатмалар (шифоҳонага ётқизилгандан кейинги 2-3 сутка ичида) билан жарроҳлик амалиётлари деструктив холецистит клиник белгилари бўлмаган ва умумий ўт йўли обструкцияси клиник белгилари ривожланиши устунлик қилган 32 нафар (56%) беморларда ўтказилган.

Бунда, энг кўп ўлим ҳолатлари ва йирингли -септик асоратлар (12,1% ва 33,3%) шошилишч амалиётлардан кейин, ўткир йирингли холангит ўткир деструктив холецистит ва перитонит (мос равишда 14,8% ва 44,4%) билан биргаликда кечганида кузатилган.

Асосий гуруҳдаги 2010-2021 йилларда ўт-тош касаллигининг асорати натижасида ривожланган ўткир йирингли холангит сабабли амалиёт ўтказилган 83 нафар беморларни даволаш Токио (2006) келишув конференциясида таклиф қилинган “Ўткир йирингли холангитнинг

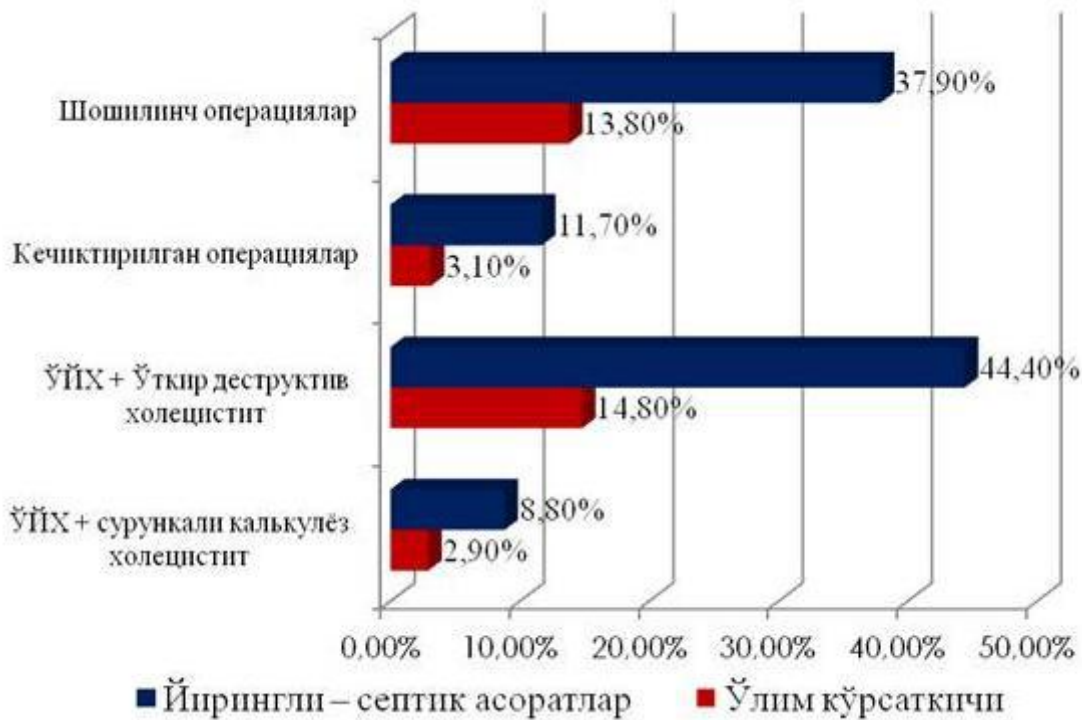
оғирлик даражалари таснифи” бўйича кўрсатилган мезонларни ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди. Ушбу мезонлардан келиб чиққан ҳолда ўткир йирингли холангитнинг энгил даражаси 54 (65%), ўрта оғир даражаси 18 (21,6%) ва оғир даражаси 11 (13,2%) нафар беморларда қайд этилган.

Ўткир йирингли холангит бўлган беморларда касалликнинг оғирлик даражасини белгиловчи мезонларни, шунингдек, ўткир деструктив холецистит ва перитонитнинг бор ёки йўқлигини ҳисобга олган ҳолда кам инвазив ва очик усулдаги жарроҳлик аралашувлари бажарилган (1 – расм).

Асосий гуруҳдаги ўткир йирингли холангитнинг ўрта оғир даражаси (n=18) ва оғир даражаси (n=11) бўлган беморларнинг 20 нафарида биринчи босқичда каминвазив

декомпрессив аралашувлар ўтказилди (1–жадвал).

Бунда, ўткир деструктив холецистит бўлган 9 нафар беморларда ўт пуфагини декомпрессия қилиш мақсадида ультратовуш назорати остида тери орқали жигар орқали микрохолецистостомия (ТЖМХС) бажарилган. Кейинчалик уларнинг 5 нафарида эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) ва назобилиар дренажлаш (НБД) ўтказилди. Қолган 4 нафар беморларда ТЖМХС ўткир йирингли холангитнинг клиникасини бартараф қилиш имконини берган. Ўткир холецистит клиник белгилари бўлмаган, ўткир йирингли холангит симптомлари юзага чиққан 11 нафар беморларда биринчи босқичда эндоскопик трансдуоденал аралашувлар – ЭПСТ билан литоэкстракция ва холедохни НБД бажарилган.



Расм 1. Такқослаш гуруҳида операция муддати ва холангит клиникасига кўра операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичи

Жадвал 1. Асосий гуруҳда механик сариқликнинг ўрта оғир ва оғир даражаси аниқланган беморларда ўтказилган жарроҳлик аралашувлари (n=29)

Ташхис	Амалиёт тури		Беморлар сони	
	Ўткир йирингли холангит ва ўткир деструктив холецистит	ТЖМХС, ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	2
ТЖМХС, ЭПСТ ва НБД →		МЛХЭ	3	
ТЖМХС →		МЛХЭ, холедохолитотомия	4	
Ўткир йирингли холангит, ўткир деструктив холецистит ва маҳаллий перитонит	Лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия. Қорин бўшлиғи санацияси		4	
Ўткир йирингли холангит, сурункали тошли холецистит	ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	11	16
	МЛХЭ, холедохолитотомия		5	

Жадвал 2. Асосий гуруҳда механик сариқлик енгил даражаси аниқланган беморларда бажарилган жарроҳлик аралашувлари (n=54)

Ташхис	Амалиёт тури		Беморлар сони	
Ўткир йирингли холангит ва ўткир деструктив холецистит	ТЖМХС, ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	6	9
	ТЖМХС, ЭПСТ ва НБД →	МЛХЭ	1	
	ТЖМХС →	МЛХЭ, холедохолитотомия	2	
Ўткир йирингли холангит, ўткир деструктив холецистит ва маҳаллий перитонит	Лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия ва қорин бўшлиғи санацияси		13	
Ўткир йирингли холангит, сурункали тошли холецистит	ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	3	32
	ЭПСТ ва НБД →	МЛХЭ	1	
	МЛХЭ, холедохолитотомия		28	

Иккинчи босқичда ушбу 20 нафар беморларга холецистэктомия – ЛХЭ – 13 нафарига, МЛХЭ – 7 нафарига бажарилди, бунда 4 та МЛХЭ холедохолитотомия билан бирга амалга оширилган.

Перитонит клиникаси бўлган 4 нафар беморда шошилиш кўрсатмалар бўйича лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия ва қорин бўшлиғи санацияси ўтказилган. ЭПСТ бажаришга муваффақиятсиз уринишлар сабабли ўткир йирингли холангит клиник белгилари кучайиб борган яна 5 нафар беморга кичик кесим орқали ХЭ холедохолитотомия билан биргаликда бажарилган.

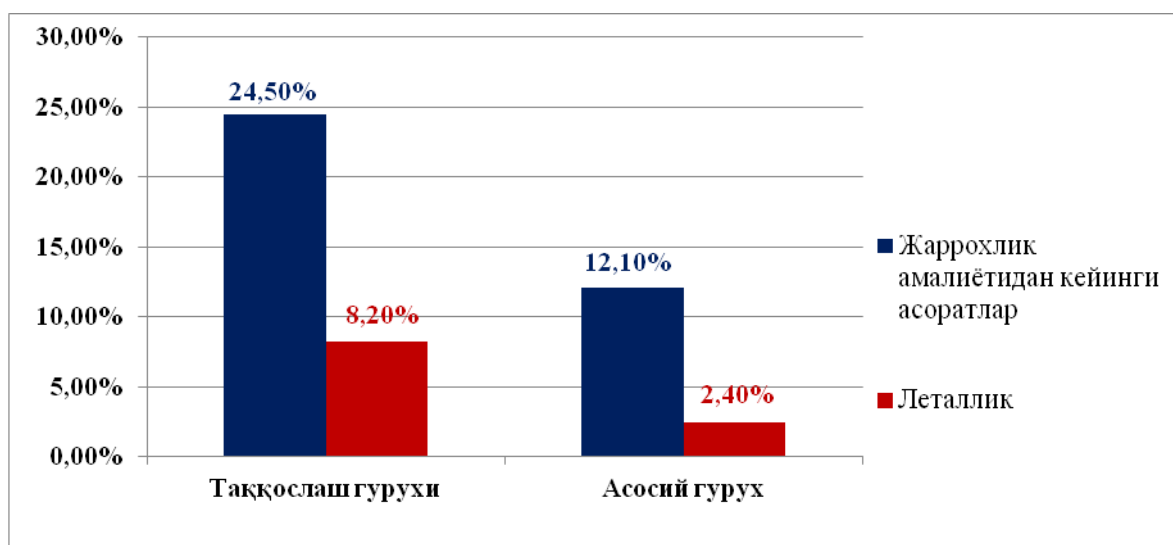
Шундай қилиб, икки босқичли жарроҳлик даволаш ўткир йирингли холангитнинг ўрта оғир даражаси билан 11 нафар (61,1%) ва оғир даражаси билан 9 нафар (81,8%) беморларда ўтказилган. Ўткир йирингли холангитнинг енгил даражасида икки босқичли жарроҳлик даволаш 13 (24,1) нафар беморда, бир босқичли радикал жарроҳлик операцияси 41 беморда ўтказилган (2 – жадвал).

Иккала тадқиқот гуруҳлардаги беморларда ўтказилган даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили баён этилган бўлиб, унда асосий текшириладиган гуруҳ беморларнинг ўлим даражасини кескин камайганлигини кўрсатган.

Таққослаш гуруҳидаги энг оғир асоратлардан жигар холангиоген абсцесси ва биллиар сепсис 4 нафар беморларда кузатилиб, уларнинг барчасида ўлим ҳолати билан якунланган.

Давом этувчи перитонит кузатувимиздаги 1 беморда нохуш оқибатга олиб келган. Операция қилинган 61 нафар барча таққослаш гуруҳидаги беморларда 5 та ўлим ҳолати кузатилиб, ўлим кўрсаткичи 8,2% ни ташкил этган.

Шунга эътибор қаратиш жоизки, асосий гуруҳда жарроҳлик амалиётидан кейинги 83 беморлардан 2 нафарига (2,4%) (1-операциядан кейинги панкреатит, 1-давомли перитонит) ўлим ҳолати содир бўлган. Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда жигарнинг холангиоген абсцесслари ва биллиар сепсис кузатилмаган.



Расм 2. Механик сариқлик билан иккала гуруҳлардаги беморларни комплекс жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари

Таққослаш гуруҳидаги жарроҳлик амалиётдан кейинги даврда йирингли- септик асоратлар 15 нафар (24,5%) беморларда қайд этилган.

Шу билан бирга, 2 (3,2%) беморда жигар ости соҳасида билома ривожланди ва улар контрапертурани реканализация қилиш орқали дренажланган. 5 (11,4%) нафар беморда жигар ости бўшлиққа ўрнатилган дренаж найчаларидан сафро оқиши кузатилган, 5 (8,2%) беморларда жигар ости ёки диафрагма ости абсцессларни очиш ва дренажлаш учун такрорий жарроҳлик амалиёти ўтказилган. Шунингдек, 2 (3,2%) беморларда холемик қорин ичи қон кетиши учун қайта амалиёт бажарилган. Жарроҳлик амалиётдан кейинги жароҳатнинг йиринглаши 12 (19,6%) беморда кузатилган.

Асосий тадқиқот гуруҳида 10 беморда амалиётдан кейинги асоратлар ривожланган, бу 12,1% ни ташкил этган. Шу билан бирга, 3 (3,6%) беморда жигар ости соҳасида билома ривожланган ва у УТТ назорати остида пункция ёрдамида тозаланган. 2 (2,4%) беморда ўт пуфагини жигар орқали пункция натижасида жигардан холемик қон кетиши кузатилди. 2 беморда ташки сафроли оқма кузатилган, 1 ҳолатда реллапароскопия вақтида ўт пуфаги чўлтоғига етишмовчилиги аниқланди ва унга қайтадан клипс қўйилди ҳамда яна 1 кузатувимизда ўт пуфагини ётоғидан қорин бўшлиғига сафро оқиши сабали ўт пуфаги ётоғи коагуляция қилиниб муаммо бартараф этилди. ЭПСТ кейин 1 нафар беморда дуоденал қон кетиши қайд этилди, қон кетиши тўхтатилди. 1 беморда диафрагма ости абсцесси ҳосил бўлган ва УТТ назорати остида такрорий пункция ёрдамида санация қилинган. Операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши 12 (19,6%) беморларда кузатилган (2–расм).

Шундай қилиб, ўт-тош касаллиги асорати сифатида ривожланган механик сарикликни жарроҳлик усулида комплекс даволашнинг тактик-техник жихатларини кам инвазив декомпрессив муолажаларни қўллаш ва ўт йўллари санациясини жорий қилиш билан мақбуллаштириш холангитни эрта бартараф этиш, жигар абсцесси пайдо бўлишини ва билиар сепсис ривожланишининг олдини олиш имконини берди. Йирингли – септик асоратларнинг 24,5% дан 12,1% гача, ўлим кўрсаткичининг 8,2% дан 2,4% гача камайишига эришилган.

Хулосалар:

1. Ўткир йирингли холангитнинг омилли тахлили шуни кўрсатдики, ўлим ҳолатларининг асосий сабаби бу жигар холангиоген абсцесси ва билиар сепсис ҳисобланади. Ўлим ҳолатлари (14,8%) ва йирингли-септик асоратлар (44,4%) асосан ўткир йирингли холангитни ўткир деструктив холецистит ва перитонит билан

биргаликда кечиши натижасида амалга оширилган шошилиш жарроҳлик амалиётдан кейин кузатилган.

2. Ўткир йирингли холангитни оғирлик даражаларини инобатга олган ҳолда дастлаб ўт йўлларида декомпрессив аралашувларни қўллаш холестаза ва йирингли захарланиш ҳолатларини тўхтатиш ҳамда радикал операцияларнинг натижаларини яхшилаш имконини беради. Бунда ўткир йирингли холангит билан касалланган 81,8% оғир аҳволдаги, 61,6% ўрта оғирликдаги ва 24,1% енгил даражадаги беморларга диапевтик ва эндоскопик трансдуоденал аралашувларни бажаришга эҳтиёж бўлди.

Адабиётлар:

1. Назиров Ф.Г., Акилов Х.А., Акбаров М.М. Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной холангитом и печеночной недостаточностью // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2011. №2. С. – 117-118.
2. Хаджибаев А.М. Малоинвазивные вмешательства при остром холецистите, осложнённом механической желтухой у больных пожилого и старческого возраста // *Вестник хирургии.* – 2017. – N 3. – С. 66-68.
3. Costi R. Diagnosis and management of choledocholithiasis in the golden age of imaging, endoscopy and laparoscopy // *World J Gastroenterol.* – 2014. – N 20(37). – P. 13382-13401.
4. Hungness E. Management of common bile duct stones / E. Hungness, N. Soper // *J Gastrointest Surg.* – 2016. – N 10. – P. 612–619.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Бабажанов А.С., Саидов Ш.А., Саидмуродов К.Б.

Резюме. Представлены результаты лечения 144 больных желчнокаменной болезнью осложненной механической желтухой. Факторный анализ механической желтухи показал, что основной причиной смерти был холангиогенный абсцесс печени и билиарный сепсис. Летальность (14,8%) и гнойно-септические осложнения (44,4%) наблюдались преимущественно после экстренных операций, выполненных по поводу острого гнойного холангита в сочетании с острым деструктивным холециститом и перитонитом. Учитывая степень тяжести механической желтухи, применение в начале декомпрессивные вмешательства на желчевыводящих путях позволяет купировать случаи холестаза и гнойной интоксикации и улучшить результаты радикальных операций. Диапевтические и эндоскопические трансдуоденальные вмешательства потребовались 81,8% больным с острым гнойным холангитом, 61,6% со среднетяжелым и 24,1% с легким течением.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, механическая желтуха, хирургическая тактика.



Babarakhimova Sayora Borievna

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

**ЎСМИРЛАРДА ДЕПРЕССИВ БЕЛГИЛАРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ**

Бабарахимова Сайёра Бориевна

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПОДРОСТКОВ

Бабарахимова Сайёра Бориевна

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

e-mail: sayorababaraximova2010@gmail.com

Резюме. Мақсад: даволаш ва олдини олиш чораларини оптималлаштириши учун ўсмирларда депрессия белгиларининг хусусиятларини ўрганиш. Материал ва методлар: Тошкент шаҳар клиник шифохонаси бўлимларида 15 ёшдан 17 ёшгача бўлган 111 нафар ўсмирлар руҳий тушкунлик белгилари билан кўриқдан ўтказилди. Депрессиянинг оғирлигини аниқлаш учун Цунг шкаласи ва характер акцентуациясини аниқлаш учун Личко сўровномаси ишлатилган. Натижалар: ўсмирларда депрессия белгиларининг хусусиятларини таҳлил қилиш касалликнинг клиник кўринишида психофаол моддаларни истеъмол қилиш тенденцияси, оилавий муносабатлардаги бузилишлар ва дисфорик реакциялар билан хулқ-атвор бузилишларининг устунлигини аниқлади. Хулоса: Шундай қилиб, ўсмирларда депрессия белгиларининг хусусиятларини ўрганиш шуни кўрсатдики, эпилептоид характерга эга бўлган ўсмирларда сезиларли хулқ-атвор бузилишлари билан дисфорик депрессиялар ва психоастеник характерли ўсмирларда таъвишли депрессиялар кўпинча балоғат ёшида шаклланади. Олинган натижалар депрессия белгилари ривожланишига мойил бўлган беморлар билан психотерапевтик ишнинг муҳим шахсий мақсадларини аниқлашга имкон беради.

Калит сўзлар: ўсмирлар; шахсий хусусиятлар; ҳиссий бузилишлар, депрессия.

Abstract. Purpose: to study the features of depressive symptoms in adolescents to optimize therapeutic and preventive measures. Material and methods: 111 adolescents aged 15 to 17 years, with the presence of depressive symptoms, were examined in the departments of the Clinical Hospital of the city of Tashkent. The Zung scale was used to determine the severity of depression and the Lichko questionnaire to establish character accentuation. Results: an analysis of the features of depressive symptoms in adolescents established the presence of a predominance of behavioral disorders in the clinical picture of the disease with a tendency to use psychoactive substances, disorders of intra-family relationships, and dysphoric reactions. Conclusion: Thus, the study of the features of depressive symptoms in adolescents found that dysphoric depression with significant behavioral disorders in persons with epileptoid character accentuation and anxiety depression in persons with psychasthenic character traits are most often formed during puberty. The results obtained will make it possible to identify important personal targets of psychotherapeutic work with patients prone to the development of depressive symptoms.

Keywords: adolescents; personal characteristics; emotional disorders; depression.

Introduction: The relevance of the problem of depressive behavioral disorders in children and adolescents is caused by the difficulties of timely verification of affective pathology, the expediency of correctly chosen pharmacotherapy and the difficulties in predicting these mental disorders [1]. In children and adolescents, depressive pathology, in contrast to the adult population, in rare cases, clinically occurs with the classic symptoms of the depressive triad -

lowering mood, slowing down thinking and motor activity [3]. Most often, the clinical picture of depression is atypical, characterized by the obliteration of the main symptoms, disguise as other diseases, and the predominance of somatovegetative disorders [2,4]. According to a number of authors, a psychiatrist consulted only 27% of children with a depressive onset of the disease during their first depression; general somatic specialists observed the rest

for a long time [9]. At the initial visit to a psychiatrist, a depressive state was found only in 23.6% of cases due to the lack of expression of affective disorders proper, the prevalence of complaints of behavioral disorders, including aggressiveness, school maladaptation, and computer addiction [8]. In the puberty period, there is an increase in depressive symptoms against the background of ideas of one's own inferiority and dysmorphophobic inclusions with a tendency to antisocial behavior. Which were not diagnosed in a timely manner due to the presence of an unhealthy microclimate in the family and the lack of mutual understanding between children and parents [5, 7, 10]. First, depressive states in adolescence and adolescence are associated with destructive forms of behavior, the extreme variant of which is suicidal behavior. Behavioral disorders and pathocharacterological reactions of protest and opposition, interpersonal conflicts with peers and teachers are specific features of pubertal depression [6, 11].

The purpose of the study: to study the methods of early psychodiagnostics of depressive states in adolescents, taking into account their personal characteristics, in order to optimize early psychoprophylaxis and psychocorrectional assistance.

Material and methods of the study: 111 adolescents aged up to 19 years inclusive, 78 boys and 33 girls (average age 16.96 ± 1.98 years) who were admitted for inpatient treatment in the adolescent departments of the City Clinical Psychiatric Hospital were chosen as the object for the study in the Tashkent city with the presence of depressive disorders. The clinical and psychopathological method was used to identify the leading psychopathological syndrome at the time of examination. All established diagnoses were based on the tenth revision criteria of the International Classification of Diseases (ICD-10). We determined the personality traits of adolescents using the Modified Pathocharacterological Diagnostic Questionnaire (MDPO Lichko A.E., Ivanov N.Ya. 2001). We identified depressive disorders using the Zung Depression Self-Assessment Scale (ZDRS) (L.I. Wasserman, O.Yu. Shchelkova, 1995).

Results and their discussion: at the initial stage of our study, we studied the features of clinical manifestations of depressive pathology in adolescents. According to the classification of child psychiatrist E.G. Eidemiller (2005), in adolescence, depressive symptoms are divided into adolescent depressive equivalents - delinquent, asthenopathic, anxious, hypochondriacal, which mask the typical classic triad of depression, are perceived as features of the puberty period and make diagnosis and treatment very difficult. In our study, all adolescents were divided into five groups depending on the prevalence of the leading symptom of depression - dysphoric, anxious, dysmorphophobic, asthenopathic

and masked. Dysphoric depression was clinically manifested by outbreaks of a melancholy-angry mood, conflict, aggression, rudeness towards adults, especially towards parents and close relatives against the background of a low psycho-emotional state. Such behavior provokes the formation of intra-family conflicts, deterioration of the microclimate in the family, punishment and beatings of the child for bad behavior, which ultimately contributes to running away from home and vagrancy, and leads the teenager to asocial companies. In the clinical manifestations of dysphoric depression, we have identified addictive forms of behavioral disorders: a tendency to aggression and physical violence, petty offenses, theft, running away from home and vagrancy, smoking, early alcoholization and episodic use of psychoactive substances.

In our study, dysphoric depression was verified more often (in 33 adolescents) than other types, and was mainly observed in boys with socialized conduct disorder. Adolescents with anxious depression against the background of low mood had a feeling of expectation of a danger of an uncertain nature, which formed an idea of an unfavorable development of events, adolescents were in a state of constant tension, in the grip of bad forebodings, they observed somatovegetative reactions, restlessness and restlessness, behavior that was inadequate to the real situation. Anxious depression was found in 30 teenagers of the surveyed group. Dysmorphophobic depression was observed only in 14 (12.61%) adolescent girls. The clinical picture of dysmorphophobic depression was dominated by complaints of a sense of inferiority, the presence of physical disabilities, inconsistency with the standards and standards of beauty, unlike anorexia nervosa, girls with dysmorphophobic depression did not seek to change themselves by following diets and restrictive eating behavior, but, on the contrary, were passive and dejected, they noted a feeling of low value, worthlessness, uselessness due to the presence of excess weight and flaws in appearance. Such states were accompanied by a decrease in appetite against the background of hypothyria and the appearance of rudimentary ideas of self-abasement. In the clinical picture of asthenopathic depression, the leading complaints were fatigue and weakness, loss of strength, decreased motor activity, poor tolerance for large crowds of people, inability to be in the company of peers and classmates, communication difficulties, inactivity, feelings of boredom and despondency. The presence of this symptomatology caused in a teenager a desire for loneliness, a feeling of inferiority, worthlessness, a violation of relationships with parents and relatives, a disorder in school adaptation and the formation of suicidal thoughts and intentions.

Table 1. Types of character accentuation and clinical form of depression

Types of depression	Type of character accentuation						
	hysterical	affective	epileptoid	Psychasthenic	Hyperthymic	Unstable	Total
	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %
Dysphoric	10/9.0	2/1.8	20/18.0 *	—	1/0.9	2/1.8	35/31.5
Anxious	3 /2.7	13/11.7	—	14/12.6 *	—	—	30/27.0
Asthenoapatic	6/5.4	1/0.9	—	4/3.6	—	3/2.7	14/12.6
Dysmorphic-phobic	13/11.7 *	—	—	1/0.9	—	-	14/12.6
Masked	3/2.7	1/0.9	—	5/4.5	6/5.4	3/2.7	18/16.2
Total	35/31.5	17/15.4	20/18.0	24 /21.6	7/6.3	8/7.2	111/100

Note: *significance of differences $p < 0.045$

The lowered background of mood in asthenopathic depression is incorrectly interpreted as apathy, most likely it is the paucity of manifestations of a decrease in mood. A variant of asthenopathic depression occurred in 14 adolescents who complained to a greater extent of weakness, tearfulness, rapid exhaustion and fatigue. In patients with masked depression, in the foreground there were complaints of a hypochondriacal nature of somatic symptoms, such adolescents aggravated with existing somatic diseases, against the background of low mood, lack of appetite, increased fatigue, refused to attend school classes and lessons, prepare homework, help around the house. The clinical picture of masked depression was also dominated by behavioral disorders in the form of refusing to eat, do household chores, lack of motivation for vigorous activity, playing sports or attending circles and various events, there was a violation of the adaptive abilities of adolescents in communication with peers and schoolteachers. Interpersonal relationships were limited to the circle of relatives and friends. Masked depression occurred in 20 patients of the study sample.

At the next stage of the study, with the help of MPDO, A.E.Lichko, we have identified the personality characteristics of adolescents in the form of character accentuations. Among them, 35 (31.5%) adolescents have a hysterical temperament, 17 (15.3%) have an affective temperament, 20 (18.1%) have an epileptoid type, 8 (7.2%) have an unstable personality type, psychasthenic - 24 (21.6%) and hyperthymic - 7 (6.3%) adolescents. No less interesting for the study was the study of the correlation between the clinical form of depression and the type of accentuation of the teenager's character. The distribution of adolescents with different types of character accentuation depending on the clinical form of depression is shown in Table 1.

A comparative analysis of the distribution of adolescents with different types of character accentuation, depending on the clinical form of depression, revealed a relative predominance of dysphoric depression in adolescents with epileptoid character accentuation (18.0%), however, statistically significant differences with adolescents with hysteroid accentua-

tion (9.0%, $p > 0.05$), affective (1.8%, $p > 0.05$), hyperthymic (0.9%, $p > 0.05$) and unstable (1.8%, $p > 0.05$) type of character accentuation according to this indicator was not found. Anxious depression was more often observed in adolescents with a psychasthenic personality (12.6%), although there were statistically significant differences with hysterical (2.7%; $p > 0.05$) and affective (11.7%, $p > 0.05$) warehouse identity was not found. Asthenopathic depression was more often observed in hysterical personalities (5.4%), however, significant differences with affective (0.9%; $p > 0.05$), psychasthenic (3.6%; $p > 0.05$) and unstable (2.7%; $p > 0.05$) no warehouse has been established. Dysmorphophobic depression occurred in 11.7% of adolescents with hysteroid accentuation of character; however, differences with psychasthenic personalities (0.9%; $p > 0.05$) on this basis did not have statistical significance. Hyperthymic (5.4%) individuals were relatively more likely to be diagnosed with hypochondriacal depression, but there were statistically significant differences with adolescents with hysteroid (2.7%, $p > 0.05$), affective (0.9%, $p > 0.05$), psychasthenic (4.5%, $p > 0.05$) and unstable (2.7%, $p > 0.05$) types of character accentuation was not revealed by this indicator. The correlation of the clinical form of depression with premorbid typological personality traits was quite strong ($C=0.71$, $p < 0.001$) and exceeded the correlation with the nosological affiliation of the depressive disorder.

Conclusions: thus, the study of the features of depressive symptoms in adolescents found that dysphoric depressions with significant behavioral disorders in persons with epileptoid accentuation of character and anxious depressions in persons with psychasthenic character traits are most often formed in the puberty period. The results obtained will allow us to identify important personal targets of psychotherapeutic work with patients prone to the development of depressive symptoms.

Literature:

1.Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Человеческий Фактор. Со-

циальный Психолог. 2020. – №1(39). – С.146-153. [Abdullaeva V.K., Suleymanov Sh.R., Sharipova F.K. Influence of family relationships in the formation of depressive and behavioral disorders in adolescents. Human Factor Social psychologist. 2020. – №1(39). – P.146-153. (In Russ)].

2. Мухторов Б.О. с соавторами. Влияние стилей родительского воспитания на формирование не-суицидального самоповреждающего поведения у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023. № 1 (23). С.80-85. [Mukhtorov B.O. et al. The influence of parenting styles on the formation of non-suicidal self-injurious behavior in adolescents // Mental health of children and adolescents. 2023. № 1 (23). S.80-85. (In Russ)].

3. Саттаров Т.Ф. с соавторами. Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у детей и подростков // Человеческий фактор Социальный психолог, №1(45), 2023; С. 348-353. [Sattarov T.F. et al. The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in children and adolescents // Human Factor Social Psychologist, No. 1 (45), 2023; P. 348-353. (In Russ)].

4. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Personal characteristics in adolescents with depressive disorders // New day in medicine. 2020. - No. 1 (29). - P.109-112.

5. Abdullaeva VK The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in adolescents / Sciences of Europe .VOL 1, No 37 (2019) pg. 7-8

6. Abdullaeva VK, Abbasova DS et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents // Annali d/ Italia (2020) VOL 1, No 7; pp 15-18 .

7. Abdullaeva VK, Babarakhimova SB Analisis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019.

8. Babarakhimova SB, Abdullaeva VK, Sulstonova KB, et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / Sciences of Europe. Vol 2, No 36 (2019) pp. 52-55

9. Babarakhimova SB, Abdullaeva VK, Abbasova DS., et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencie // Austria-science. Vol 1, No 24 (2019) pp. 16-18

10. Matveeva A.A., Sulstonova KB, Abbasova DS et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No. 5 pp. 24-27

11. Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents – Indian Journal of Forensic medicine & Toxicology. Vol 14, No 3(2020) pp.7258-7263

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПОДРОСТКОВ

Бабарахимова С.Б.

Резюме. Цель: изучить особенности депрессивной симптоматики у подростков для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий. Материал и методы: в отделениях Клинической больницы города Ташкента обследованы 111 подростков в возрасте от 15 до 17 лет, с наличием депрессивной симптоматики. Применялись шкала Цунга для определения степени тяжести депрессии и опросник Личко для установления акцентуации характера. Результаты: анализ особенностей депрессивной симптоматики у подростков установил наличие преобладания поведенческих нарушений в клинической картине заболевания со склонностью к употреблению психоактивных веществ, нарушениям внутрисемейных взаимоотношений, дисфорическим реакциям. Вывод: таким образом, проведенное исследование особенностей депрессивной симптоматики у подростков установило, что наиболее чаще в пубертатном периоде формируются дисфорические депрессии со значительными нарушениями поведения у лиц с эпилептоидной акцентуацией характера и тревожные депрессии у лиц с психастеническими чертами характера. Полученные результаты позволят выделить важные личностные мишени психотерапевтической работы с пациентами, склонными к развитию депрессивной симптоматики.

Ключевые слова: подростки; личностные особенности; эмоциональные нарушения, депрессия.

СТАНДАРТНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ АНАЛИЗЫ КРОВИ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ COVID-19



Бурибаев Дониёр Гапиржанович², Туляганов Даврон Бахтиёрович¹, Курбонов Азизбек Одилбекович², Джамалдинова Римма Камилевна¹

1 - Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Ташкентский областной филиал Республиканского центра скорой медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Ташкент

COVID-19 ДИАГНОСТИКАСИДА ЎТКАЗИЛАДИГАН СТАНДАРТ ЛАБОРАТОР ҚОН ТЕКШИРУВЛАРИ

Бурибаев Дониёр Гапиржанович², Туляганов Даврон Бахтиёрович¹, Курбонов Азизбек Одилбекович², Джамалдинова Римма Камилевна¹

1 – Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Республика тез тиббий ёрдам маркази Тошкент вилояти филиали, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

STANDARD LABORATORY BLOOD TESTS AS A POSSIBLE DIAGNOSTIC TOOL FOR COVID-19

Buribaev Doniyor Gapiirjanovich², Tulyaganov Davron Bakhtiyorovich¹, Kurbonov Azizbek Odilbekovich², Djamaldinova Rimma Kamilevna¹

1 - Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Tashkent regional branch of the Republican Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: buribayev74@inbox.ru

Резюме. Мақолада янги коронавирус инфекцияси бўлган беморларни даволаш учун ихтисослаштирилган кўп тармоқли юқумли касалликлар шифохонасида беморларга шошилиш жарроҳлик ёрдамини кўрсатиш таҳлил қилинади. Таққослаш даври сифатида COVID-19 шароитидан бошқа аналогик давр олинди. Оммавий касалланиш шароитида, айниқса ресурслар танқислиги ва тегишли инфратузилма мавжуд бўлмаганда, COVID-19 диагностикасининг стандарт усулларида фойдаланиш бир қатор чекловлар билан боғлиқ. Янги тез, арзон, оддий, асбобларсиз, аммо сезгир ва ўзига хос тестларни излаш ва ишлаб чиқиш долзарб вазифадир. Стандарт лаборатория қон маълумотлари кўрсаткичларига эътибор қаратган ҳолда, биз шундай хулосага келдикки, ўткир қорин бўшлиғи жарроҳлик патологияси COVID-19 фонида ривожланган беморлар клиник ҳолати бошқаларга нисбатан оғирроқ бўлиши, гемодинамиканинг бузилиши мавжудлиги, ўткир нафас этишмовчилиги (ЎНЕ), гипохром анемия, тромбоцитопения, енгил лейкоцитлар реакцияси ва тизимли яллиғланиш реакциясининг фаоллиги билан ажралиб туради.

Калит сўзлар: COVID-19, янги коронавирус инфекцияси, COVID-19 диагностикаси, тромбоз, SARS-CoV-2.

Abstract. The article is devoted to the analysis of the provision of emergency surgical care to patients of a multidisciplinary specialized infectious hospital, repurposed for the treatment of patients with a new coronavirus infection. As a comparison period, a similar period outside of work in the conditions of COVID-19 is taken. The use of standard COVID-19 diagnostic methods in conditions of mass morbidity, especially when resources are scarce and there is no appropriate infrastructure, is associated with a number of limitations. The search and development of new fast inexpensive, simple, non-selective, but no less sensitive and specific tests is an urgent task. Paying attention to the indicators of standard laboratory blood data, it was concluded that patients with acute abdominal surgical pathology developed against the background of COVID-19, upon admission, are characterized by a more severe clinical condition, impaired hemodynamics, the presence of signs of acute respiratory failure (ODN), hypochromic anemia, thrombocytopenia, lower severity of leukocyte reaction and greater the activity of a systemic inflammatory reaction.

Keywords COVID-19, New coronavirus infection, Diagnostics of COVID-19, Thrombosis, SARS-CoV-2.

Введение. Появление в XXI веке трёх новых патогенных для человека видов коронавируса вызывает серьёзные опасения. Эти РНК-

содержащие β-коронавирусы семейства Coronaviridae, среди которых особое внимание привлекли возбудитель ближневосточного респи-

ракторного синдрома (MERS) – MERS-CoV и источник тяжёлого острого респираторного синдрома (SARS) – SARS-CoV [1-2].

Одним из важнейших направлений стратегии борьбы с новой инфекцией стала необходимость массового лабораторного скрининга групп населения с высоким риском заражения. Она связана с определением роли и места различных диагностических платформ для осуществления скрининга, диагностики и мониторинга новых коронавирусных инфекций как традиционных, так и новых диагностических платформ с учётом их преимуществ и ограничений [7, 8, 9, 10].

Все существующие на данный момент типы специальных лабораторных тестов для диагностики COVID-19 можно разделить на две категории. Одни из них обнаруживают сам вирус (антигены или нуклеиновые кислоты), другие - выявляют иммунную реакцию организма человека на его присутствие (антитела классов IgM, IgG) [11, 12, 13].

Материалы и методы исследования: Настоящее исследование было ретроспективным, основанным на анализе историй болезней больных, госпитализированных с клиническими проявлениями острой абдоминальной патологии, развившейся на фоне COVID-19. Были проанализированы все истории болезней в отделениях и центрах экстренной медицинской помощи в Республике Узбекистан за период - с начала объявления пандемии (март 2020г) до июля 2022г включительно. Поиск историй болезней осуществлялся в архивах среди всех историй болезней больных, госпитализированных в хирургические отделения по принципу: предварительный диагноз (острая абдоминальная хирургическая патология) и фоновое заболевание - COVID-19. Диагноз COVID-19 верифицирован положительной ПЦР COVID-19 и/или обнаружением признаков интерстициальной пневмонии по данным визуализирующих методов исследования (МСКТ и рентгенографии грудной клетки). Во время госпитализации с положительным результатом ПЦР госпитализированы в стационар 87 больных, с отрицательным результатом - 13 больных. Таких историй болезней было выбрано - 100. Для сравнения были проанализированы также 100 историй болезней больных, поступивших с острой абдоминальной хирургической патологией без фоновой COVID-19 в период с декабря 2021 до августа 2022г включительно.

Результаты исследования: Лабораторные данные, полученные при поступлении в хирургическое отделение, позволили выявить следующие закономерности: в основной группе больных по сравнению с группой сравнения был достоверно снижен уровень гемоглобина периферической венозной крови ($p < 0,001$), при сопоставимой концентрации эритроцитов и уровне гематокрита

(табл.1). Это указывает на развитие гипохромной анемии у больных, у которых острая хирургическая патология развилась на фоне COVID-19. Патогенетически гипохромная анемия у больных COVID-19 может иметь перераспределительный характер: использование депо железа для синтеза воспалительных энзимов, или быть связанной с интерлейкин-индуцированной гиперэкспрессией гепсидина, связывающего ферропортин с нарушением транспорта железа из эритроцитов.

Концентрация тромбоцитов в периферической венозной крови у представителей основной группы был ниже, чем в группе сравнения, без достижения статистической значимости, хотя и оставался в пределах референтной нормы ($180-320 \cdot 10^9/\text{л}$). Причиной различий может быть избыточное потребление тромбоцитов вследствие эндотелиальной дисфункции и активации тромбоцитов с формированием внутрисосудистого тромбоза, что характерно для клинического течения COVID-19.

Концентрация лейкоцитов в обеих группах больных, включенных в исследование, была повышена относительно референтной нормы ($4-9 \cdot 10^9/\text{л}$), что связано с активацией неспецифического звена иммунитета, характерного для острого гнойного процесса. Этот факт подтверждался не только лимфоцитозом, но и сдвигом лейкоцитарной формулы влево и относительным лимфоцитозом (без статистической достоверности). В основной группе увеличение концентрации лейкоцитов было выражено достоверно меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$), что является характерным для COVID-19 явлением и связано в большей степени с абсолютной лимфопенией.

СОЭ было увеличено в обеих группах больных в большей степени у больных основной группы, отражая выраженное системное воспаление ($p < 0,05$). Биохимический анализ крови (табл.2) обнаружил повышение концентрации креатинина крови у представителей основной группы, что может быть связано с острым повреждением почек на фоне гемореологических нарушений, характерных для COVID-19 (достоверность различия с группой сравнения – $p < 0,001$).

Также в обеих группах больных было обнаружено повышение активности трансаминаз в сыворотке периферической крови, сопоставимо в обеих группах исследования.

Сравнение результатов коагулограммы в основной и контрольной группах (табл.3) выявило достоверно более низкий показатель протромбинового времени в основной группе ($p < 0,01$), а также формально связанные с ним более низкое значение протромбинового индекса и более высокое значение показателя международного нормализованного отношения (МНО) ($p < 0,05$).

Таблица 1. Общий анализ крови у больных, госпитализированных в связи с острой абдоминальной хирургической патологией в зависимости от наличия фоновой COVID-19

Показатель	Основная группа (n=100)	Группа сравнения (n=100)
Гемоглобин при поступлении, г/л	105,92±23,95	119,70±18,41***
Эритроциты, *10 ¹² /л	3,84±2,26	4,01±0,54
Гематокрит, %	36,90±7,82	29,00±1,41
Тромбоциты, *10 ⁹ /л	188,66±40,74	258,50±38,59
Лейкоциты, *10 ⁹ /л	10,56±5,75	18,90±3,19*
Моноциты, %	4,83±2,55	4,09±2,43
Лимфоциты, %	15,45±8,39	18,75±11,40
СОЭ, мм/ч	28,08±8,61	23,34±6,90*
сег/ядер, %	72,09±10,31	82,75±11,89

Примечание: * - достоверность различия между группами: один знак – p<0,05, три знака – p<0,001

Таблица 2. Биохимический анализ крови у больных, госпитализированных в связи с острой абдоминальной хирургической патологией в зависимости от наличия фоновой COVID-19

Показатель	Основная группа (n=100)	Группа сравнения (n=100)
Общий белок, г/л	66,37±8,29	60,48±11,29
Альбумин, г/л	33,92±6,17	35,40±3,73
Глюкоза, ммоль/л	6,37±3,66	6,23±1,96
Мочевина, ммоль/л	8,39±5,41	9,21±8,31
Креатинин, ммоль/л	111,19±7,27	43±1,41***
билирубин общ, ммоль/л	17,26±13,76	20,47±12,45
АЛТ, ед/л*ч	96,53±53,01	114,05±335,40
АСТ, ед/л*ч	100,05±52,47	95,01±193,62
диастаза крови, ед/л*ч	33,34±17,04	215,60±648,97

Примечание: * - достоверность различия между группами: три знака – p<0,001

Таблица 3. Коагулограмма у больных, госпитализированных по поводу острой абдоминальной хирургической патологии, в зависимости от наличия фоновой COVID-19

Показатель	Основная группа (n=100)	Группа сравнения (n=100)
ПТИ, %	79,69±13,11	88,15±18,58*
МНО, отн ед	1,23±0,19	1,07±0,15*
АЧТВ, сек	30,78±9,46	28,83±9,06
ПТВ, сек	25,58±5,59	14,12±4,91**
Фибриноген, г/л	6,76±0,67	4,18±0,54*

Примечание: * - достоверность различия между группами: один знак – p<0,05, три знака – p<0,001

Таблица 4. Сравнительная характеристика активности системного воспаления, внутрисосудистого тромбообразования и противoinфекционного ответа у больных основной группы

Показатель	Основная группа (n=100)	Контрольная группа (n=20)
СРБ, мг/л	62,90±8,52	4,97±0,17***
Д-димер, нг/мл	1427,05±67,49	377,85±6,54***
Прокальцитонин, нг/мл	1,22±0,30	0,34±0,01*
Ферритин, мкг/л	476,68±66,12	28,95±2,85***
SARS CO 2 IgG, ед	14,28±4,92	0,86±0,21***
SARS CO 2 IgM, ед	3,26±4,19	0,01±0,01***
Интерлейкин -6, пг/мл	30,29±50,36	5,83±0,12***

Примечание: * - достоверность различия между группами: один знак – p<0,05, три знака – p<0,001

Концентрация фибриногена в основной группе была достоверно выше, чем в группе сравнения, что является отражением активации системного воспаления, характерного для COVID-19.

Всем больным основной группы, учитывая патогенетические особенности COVID-19, была

проведена оценка активности системного воспаления, концентрация прокальцитонина, Д-димера и антител к SARS-CoV-2 IgG и М (табл.4). Результаты сравнивались с результатами, полученными в группе 20-ти здоровых добровольцев, не переносивших COVID-19 и не вакцинированных

COVID-19. Анализ подтвердил высокую активность системного воспаления, маркерами которого являлись не только СОЭ, концентрация лейкоцитов и фибриногена, но и концентрация СРБ, ферритина и интерлейкина-6. Также у больных, включенных в основную группу исследования была повышена концентрация Д-димера, являющаяся маркером внутрисосудистого тромбоза, и концентрация прокальцитонина - маркер противинфекционной защиты. В этой группе больных была высокая концентрация антител к вирусу COVID-19, характерная как для острой, так и для отдаленной фазы инфекции.

Заключение. Таким образом, эта ветвь исследования показала, что в условиях COVID-19 поступление больных с острой абдоминальной хирургической патологией в хирургические отделения отсрочено. Больные, у которых острая абдоминальная хирургическая патология развилась на фоне COVID-19 при поступлении характеризуются более тяжелым клиническим состоянием, нарушенной гемодинамикой, наличием признаков ОДН, гипохромной анемией, тромбоцитопенией, меньшей выраженностью лейкоцитарной реакции и большей активностью системной воспалительной реакции.

Литература:

1. Gorbalenya A.E., Baker S.C., Baric R.S., de Groot R.J., Drosten C., Gulyaeva A.A. et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. bioRxiv. 2020.
2. Ghebreyesus T.A., Swaminathan S. Scientists are sprinting to outpace the novel coronavirus. Lancet. 2020; 395(10226): 762-64. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30420-7.
3. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance (2020). Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance> (Accessed on September 11, 2020).
4. World Health Organization (WHO) official website. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200701-covid-19-sitrep-163.pdf?sfvrsn=c202f05b2> (accessed on September 2, 2020).
5. Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y., Liang W.H., Ou C.Q., He J.X. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N. Engl. J. Med. 2020; 382(18):1708-20. Doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
6. Chu D.K.W., Pan Y., Cheng S.M.S., Hui K.P.Y., Krishnan P., Liu Y. et al. Molecular Diagnosis of a Novel Coronavirus (2019-nCoV) Causing an Outbreak of Pneumonia. Clin. Chem. 2020; 66(4): 549–55. Doi: 10.1093/clinchem/hvaa029.
7. Ghebreyesus T.A., Swaminathan S. Scientists are sprinting to outpace the novel coronavirus. Lancet. 2020; 395(10226): 762-64.
8. Petrosillo N., Viceconte G., Ergonul O., Ippolito G., Petersen E. COVID-19, SARS and MERS: are they closely related? Clin. Microbiol. Infect. 2020; 26(6): 729–34.
9. Oliveira B.A., Oliveira L.C., Sabino E.C., Okay T.S. SARS-CoV-2 and the COVID-19 disease: a mini review on diagnostic methods. Rev. Inst. Med. Trop. Sao. Paulo. 2020; 62: e44.
10. Lu H., Stratton C.W., Tang Y.W. An Evolving Approach to the Laboratory Assessment of COVID-19. J. Med. Virol. 2020. Doi:10.1002/jmv.25954
11. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) COVID 19 (2020). Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china> Online: last update August 11, 2020
12. Patel R., Babady E., Theel E.S., Storch G.A., Pinsky B.A., George K. et al. Report from the American Society for Microbiology COVID-19. International Summit, 23 March 2020: Value of Diagnostic Testing for SARS-CoV-2/COVID-19. mBio. 2020; 11(2): e00722-20. Doi: 10.1128/mBio.00722-20.
13. Tang Y.W., Schmitz J.E., Persing D.H., Stratton C.W. Laboratory Diagnosis of COVID-19: Current Issues and Challenges. J. Clin. Microbiol. 2020; 58(6): e00512-20. Doi: 10.1128/JCM.00512-20.

СТАНДАРТНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ АНАЛИЗЫ КРОВИ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ COVID-19

Бурибаев Д.Г., Туляганов Д.Б., Курбонов А.О., Джамалдинова Р.К.

Резюме. Статья посвящена анализу оказания экстренной хирургической помощи пациентам многопрофильного специализированного инфекционного стационара, перепрофилированного для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией. В качестве периода сравнения взят аналогичный по срокам период вне работы в условиях COVID-19. Использование стандартных методов диагностики COVID-19 в условиях массовой заболеваемости, особенно при дефиците ресурсов и отсутствии соответствующей инфраструктуры связано с целым рядом ограничений. Поиск и разработка новых быстрых недорогих, простых, бесприборных, но не менее чувствительных и специфичных тестов является актуальной задачей. Обращая внимание к показателям стандартных лабораторных данных крови, пришли к выводу, что больные, у которых острая абдоминальная хирургическая патология развилась на фоне COVID-19, при поступлении характеризуются более тяжелым клиническим состоянием, нарушенной гемодинамикой, наличием признаков острой дыхательной недостаточности (ОДН), гипохромной анемией, тромбоцитопенией, меньшей выраженностью лейкоцитарной реакции и большей активностью системной воспалительной реакции.

Ключевые слова: COVID-19, новая коронавирусная инфекция, диагностика COVID-19, тромбоз, SARS-CoV-2.



Валиев Абдуазиз Абдусаматович, Хаитов Кахрамон Нажмитдинович
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

БОЛАЛАРДА ПСОРИАЗНИНГ РИВОЖЛАНИШИДА TNF- α ГЕНИ ПОЛИМОРФ ВАРИАНТИ

Валиев Абдуазиз Абдусаматович, Хаитов Кахрамон Нажмитдинович
Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

THE ROLE OF THE POLYMORPHIC VARIANT OF THE TNF- α GENE IN THE DEVELOPMENT OF PSORIASIS IN CHILDREN

Valiev Abduaziz Abdusamatovich, Khaitov Kakhramon Nazhmitdinovich
Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: aziz37g@gmail.com

Резюме. Тадқиқотнинг мақсади TNF- α генининг полиморф вариантнинг болаларда псориаз касаллиги ривожланишидаги ролини ўрганиш эди. 3 ёшдан 18 ёшгача бўлган псориазли 107 нафар бола текширилди. Барча беморлар ПЗР усули билан TNF- α генининг (rs1800629) 308G>A полиморфизмини генотиплашдан ўтказилди. Тадқиқот давомида текширилаётган беморлар гуруҳи ўртасида генотипларнинг тақсимланиши "G/A" гомозигот генотипи таркибининг камайиши ҳисобига "G/G" гетерозиготали генотип улушининг кўпайишини кўрсатди (79,5% га нисбатан 19,6%). Назорат гуруҳидаги "G/G" ва "G/A" генотипларининг тарқалиш частотаси мос равишда 86,2% ва 13,8% ни ташкил этди. Олинган маълумотлар шуни кўрсатдики, гетерозигот 308G/A генотипи (эҳтимол, 308A/A генотипи ҳам) мавжуд бўлганда, болаларда псориаз ривожланиш хавфи ортади, яъни бу полиморфизм ривожланиш хавфининг ортишининг генетик белгисидир. Касаллик, G/G генотипи эса ҳимоя функциясини бажаришига қодир. Шу билан бирга, rs1800629 полиморфизмлари TNF- α генининг транскрипциясига таъсир қилади ва таъсирда эътиборга олинishi керак бўлган псориаз касаллиги хавфи билан боғлиқ.

Калит сўзлар: болалар, псориаз, генотип, генотиплаш, ўсма некрози омили-алфа.

Abstract. The aim of the study was to study the role of the polymorphic variant of the TNF- α gene in the development of psoriasis in children. Were examined 107 children with psoriasis aged 3 to 18 years. All patients underwent genotyping of the 308G>A polymorphism of the TNF- α gene (rs1800629) by the PCR method. In the course of the study, the distribution of genotypes among the examined group of patients showed an increase in the proportion of the heterozygous genotype "G/G" due to a decrease in the content of the homozygous genotype "G/A" (79.5% vs. 19.6%, respectively). The distribution frequency of "G/G" and "G/A" genotypes in the control group was 86.2% and 13.8%, respectively. The data obtained showed that in the presence of the heterozygous 308G/A genotype (possibly also the 308A/A genotype), the risk of developing psoriasis in children increases, that is, this polymorphism is a genetic marker of an increased risk of developing the disease, while the G/G genotype is able to perform a protective function. . At the same time, rs1800629 polymorphisms affect the transcription of the TNF- α gene and are associated with the risk of psoriasis, which should be taken into account in the diagnosis.

Keywords: children, psoriasis, genotype, genotyping, tumor necrosis factor-alpha.

Актуальность. Псориаз является хроническим воспалительным заболеванием кожи, имеющее достаточно широкий спектр клинических проявлений [4]. В тоже время, ряд учёных характеризуют псориаз как органоспецифическое аутоиммунное заболевание, характеризующееся аберрантной пролиферацией и дифференцировкой кератиноцитов, что приводит к поражению кожи [1,9,14]. Аномальные иммунные реакции,

опосредованные Т-клетками и дендритными клетками [16], и повышенная продукция воспалительных цитокинов [15] были предложены в качестве основных механизмов патогенеза псориаза [2,11]. Появляющиеся данные свидетельствуют о том, что псориазические расстройства имеют наследственную основу [5,17]. Более того, многочисленные вариации генов связаны с риском заболевания, особенно в врожденных и адаптивных

иммунных реакциях и путях презентации антигена [3,8]. Тем не менее, растет консенсус в отношении критической роли кератиноцитов в патогенезе псориаза как в инициации, так и в сохранении болезни [7,18]. Фактически, функция кератиноцитов, которые в конечном итоге влияют на заболевание, зависит от различных факторов, таких как генетика, клеточная передача сигналов, клеточный метаболизм, антимикробные пептиды, цитокины и родственные рецепторы, некодирующие РНК, факторы транскрипции, стимулы окружающей среды и эпигеном [6,12]. TNF- α и IL-17 представляют собой два цитокина, которые управляют нарушением регуляции активности кератиноцитов, и их нацеливание очень эффективно у пациентов с псориазом, но неясно, действуют ли эти молекулы с другими воспалительными факторами [10,13,19]. Одновременно, TNF- α может играть существенную роль в развитии аутоиммунных воспалительных заболеваний. С другой стороны, интерес постепенно вызывают однонуклеотидные полиморфизмы генов (SNP) промотора TNF- α . Однако ассоциация SNP в TNF- α -308G/A при аутоиммунных заболеваниях, в частности при псориазе до конца не выяснен [6,10]. На данном фоне, несмотря на множество научных работ по изучению этиопатогенеза псориаза с генетической точки зрения, одним и нераскрытых аспектов остаётся изучение роли полиморфного варианта гена TNF- α в патогенезе псориаза.

Целью нашего исследования являлось изучение роли полиморфного варианта гена TNF- α в развитии псориаза у детей.

Материалы и методы.

Исследование проводилось у 107 больных детей псориазом в возрасте от 3 до 18 лет. Мальчиков было 48 (44,9%) и девочек – 59 (55,1%). Городских жителей было 43 (40,2%), сельских – 64 (59,8%). При этом, дети в возрасте от 3 лет до 5 лет составили 18 (16,8%), в возрасте 6-10 лет – 42 (39,3%) и в возрасте 11 лет и старше – 47 (43,9%) больных.

Методы исследования включали: сбор анамнестических данных, объективный осмотр больных, рутинные клинико-лабораторное исследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, копрология с обследованием на яйца глист), по показаниям для диагностирования сопутствующей патологии проводили биохимическое исследование крови и УЗИ внутренних органов. Перед началом лечения больные были консультированы смежными специалистами.

Из специфических методов исследования проводили определения цитокинов в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА). Исходя из первоначальной цели исследования всем пациентам проводили геноти-

пирование полиморфизма 308G>A гена TNF- α (rs1800629) осуществляли путем ПЦР на программируемых термоциклерах CG-1-96 «Corbett Research» (Австралия) и 2720 «Applied Biosystems» (США), с использованием тест-систем «MedLab» (Россия). При проведении генетических исследований в качестве группы сравнения использовался популяционный контроль, который был представлен образцами ДНК (n=80) условно-здоровых доноров (без каких-либо признаков заболеваний) из банка ДНК. При этом, нужные образцы ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови в соответствии с модифицированной методикой.

Полученные при исследовании данные подвергали статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2010, включая использование встроенных функций статистической обработки. Данных молекулярно-генетических исследований – оценку отклонения распределений генотипов изученных полиморфизмов ДНК от канонического распределения Харди-Вайнберга (ХВ) проводилась с помощью компьютерной программы анализа генетических данных “GenePop” (“Genetics of Population”). Статистически достоверными считали различия при значениях $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В настоящее время существует ряд достоверных сведений о роли фактора некроза опухоли альфа (TNF- α) в патогенезе и развитии псориаза [6,10,17]. Однако, исследование роли данного цитокина в развитии псориаза у детей в нашем регионе не проводилось. Существует несколько распространенных однонуклеотидных полиморфизмов в гене TNF- α , включая положения -238 (rs361525), -308 (rs1800629) и -857 (rs1799724). В этой связи изучение распределения полиморфизма 308G>A гена TNF- α (rs1800629) при псориазе у детей является актуальной проблемой в дерматологии. Нами была изучена патогенетическая значимость генотипических вариантов полиморфизма 308G>A гена TNF- α (rs1800629) в формировании псориаза у больных детей, проживающих в нашем регионе.

Всего нами исследованы 187 образцов ДНК. Из них с псориазом составили 107 больных детей и условно-здоровые доноры – 80 лиц. Результаты исследования показали, что как в основной группе, так и контрольной группе наблюдалось преобладание частоты нормального аллеля “G” с одновременным снижением частоты встречаемости функционально неполноценного аллеля “A”. Распространенность аллелей полиморфизма 308G>A гена TNF- α (rs1800629) в контрольной группе составила: A – 6,9% (11/160), G – 93,1% (149/160); в основной группе больных: A – 9,4% (20/214), G – 90,6% (194/214).

Таблица 1. Частота распределения аллелей и генотипов полиморфизма 308G>A гена TNF- α (rs1800629) в группах больных детей с псориазом и контроля

Группа	Частота аллелей				Частота распределения генотипов					
	G		A		G/G		G/A		A/A	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Основная группа больных n= 107* (214**)	194	90,6	20	9,4	85	79,5	21	19,6	1	0,9
Ограниченная форма n= 11* (22**)	19	86,4	3	13,6	8	72,7	2	18,2	1	9,1
Распространенная форма n=96* (192**)	175	91,1	17	8,9	77	80,2	19	19,8	0	0
Контрольная группа n=80* (160**)	149	93,1	11	6,9	69	86,2	11	13,8	-	0

Примечание: n*- число исследованных лиц и генотипов, n**- число исследованных аллелей

Таблица 2. Ожидаемые и наблюдаемые частоты распределения генотипов полиморфизма rs1800629 гена TNF- α по PХВ в группе больных детей псориазом

Генотипы	Частота генотипов		χ^2	P	df
	Наблюдаемая	Ожидаемая			
G/G	0,75	0,76	0,008	0,4	1
G/A	0,24	0,23	0,121		
A/A	0,01	0,01	0,431		
Всего	1,0	1,00	0,561		

Таблица 3. Ожидаемые и наблюдаемые частоты распределения генотипов полиморфизма rs1800629 гена TNF- α по PХВ в группе контроля

Генотипы	Частота генотипов		χ^2	P	df
	Наблюдаемая	Ожидаемая			
G/G	0,86	0,87	0,002	0,5	1
G/A	0,14	0,12	0,056		
A/A	0,00	0,01	0,378		
Всего	1,0	1,00	0,436		

Аналогичные данные были получены при изучении частоты распределения аллелей и генотипов полиморфизма 308G>A гена TNF- α (rs1800629) у больных детей с псориазом в зависимости от клинической формы заболевания. Следует отметить, что в зависимости от клинической формы псориаза частоты встречаемости нормального аллеля "G" и функционально неполноценного аллеля "A" особо не изменялись.

В распределении генотипов среди обследуемых группы (основной и контрольной) больных наблюдалось увеличение доли гетерозиготного генотипа "G/G" за счет уменьшения содержания гомозиготного генотипа "G/A" (79,5% против 19,6%, соответственно). Частота распределения "G/G" и "G/A" генотипов в контрольной группе составила 86,2% и 13,8%, соответственно (см. табл.1).

Анализ распределения частот генотипов полиморфизма rs1800629 и их соответствие популяционному равновесию PХВ (распределения Харди-Вайнберга, оценка отклонения распределений генотипов), проводили раздельно. Изучение популяционно-генетической характеристики исследуемого генетического маркера показало (см.табл.2), что в группе больных уровень на-

блюдаемой гетерозиготности ($H_0=0,24$) превышал теоретически ожидаемое значение ($H_e=0,23$) и обнаружены статистически значимые отклонения частот генотипов от PХВ ($\chi^2=0,121$; $p=0,4$), что может быть связано с предрасположенностью к заболеванию или особенностью генораспределения (гетерогенность) в выборке.

В контрольной группе, как и следовало ожидать, обнаружены статистически недостоверные отклонения частот генотипов от равновесия Харди-Вайнберга ($\chi^2=0,436$; $p=0,5$). Уровень ожидаемой и наблюдаемой гетерозиготности среди лиц группы контроля варьировал от $H_e=0,00$ до $H_0=0,86$, соответственно (см. табл.3).

Как известно, помимо генетической гетерогенности обследованной выборки, возможной причиной отклонения от PХВ является методическая ошибка тестирования и детекции данного полиморфизма. По поводу возможной ошибки тестирования, во всех случаях, чтобы исключения недостоверности, мы повторяли амплификацию и детекцию ложноположительных результатов. Как среди групп больных, так и контроля ожидаемую гетерозиготность превышает наблюдаемая гетерозиготность, о чем свидетельствует и полученное значение индекса фиксации Райта ($D=+0,04$ и

+0,08 соответственно). Показатели SE и SP данного генетического маркера среди исследованных групп соответствовали 0,24 и 0,86. Вычисленная прогностическая эффективность данного маркера составила AUC=0,55.

Полиморфизм TNF- α -308G/A демонстрирует повышенную транскрипцию генов. Аллель A (аллель TNF- α 2) лежит на расширенном гаплотипе HLA-A1-B8-DR3-DQ2 и, как было показано, является гораздо более сильным активатором транскрипции, который обеспечивает уровни транскрипции TNF- α в 6–7 раз выше, это связано с высокой продукцией TNF- α . Более того, полиморфизм промотора TNF- α (-308G/A) оказывает прямое влияние на регуляцию гена TNF- α (увеличение экспрессии TNF- α) и может быть ответственным за ассоциацию аллеля A с высоким фенотипом TNF- α и более тяжелым течением заболевания. болезни.

Для того чтобы оценить вклад генетического маркера 308G>A гена TNF- α в патогенез псориаза, мы провели сравнительный анализ частот встречаемости аллелей и генотипов в группе больных детей с различными клиническими формами псориаза и группе здорового контроля. Анализ распределения аллелей полиморфного варианта 308G>A гена TNF- α показал, что частоты распределения аллелей в группе больных детей статистически значимо отличаются от контрольной группы.

Частота встречаемости мутантного “A” и нормального “G” аллелей в основной и контрольной группах составила 9,4% против 90,6% и 6,9% против 93,1%, соответственно. Согласно рассчитанному коэффициенту соотношения шансов, носительство функционального неблагоприятного аллеля “A” полиморфизма 308G>A гена TNF- α в 2 раза достоверно увеличивает риск развития псориаза ($\chi^2=3,1$; P=0,07; OR=1,9; RR=1,7; 95%CI=0,92-3,89).

Следовательно, полиморфизм AG и аллель A TNF- α -308G/A могут выступать в качестве фактора риска возникновения псориаза, в частности, полиморфизм AG и аллель A TNF- α -308G/A (rs1800629) могут играть защитную роль. В выборке больных отмечено статистически достоверное увеличение частоты функционально неблагоприятного гетерозиготного генотипа 308G/A, на долю которого приходилось 19,6% по сравнению с контрольной группой, где частота данного генотипа достигала 13,7%. Согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития псориаза в основной группе при наличии данного генотипа достоверно увеличивается в 1,7 раза ($\chi^2=2,7$; P=0,1; OR=1,9; RR=1,7; 95%CI=0,87- 4,0).

Точно такие же данные были получены при изучении частоты распределения аллелей и генотипов полиморфизма 308G>A гена TNF- α

(rs1800629) у больных детей с псориазом в зависимости от клинической формы заболевания. Следует отметить, что у больных детей псориазом выявленный полиморфизм 308G>A гена TNF- α (rs1800629) во всех обследованных клинических формах псориаза был одинаковым. Следовательно, при изучении гена TNF- α -308 (rs1800629), увеличение аллеля A, а также генотипов AA и AG в контрольной группе по сравнению с группой больных, при этом аллель G и генотипы GG больше в группе больных, чем в контрольной, что указывает на то, что генотип GG является рискованным, а AA и AG — защитными.

Гомозиготный генотип 308G/G достоверно чаще встречался в контрольной группе (86,2%), тогда как в группе больных детей псориазом частота его составила 79,5% ($\chi^2=3,1$; P=0,08). Полученные данные показали, что полиморфизмы TNF- α -308G/A могут быть использованы в качестве потенциального биологического маркера для оценки прогноза псориаза у детей.

Заключение. Полученные данные показали, что при наличии гетерозиготного генотипа 308G/A (возможно и генотипа 308A/A) риск развития псориаза у детей возрастает, т.е. данный полиморфизм является генетическим маркером повышенного риска развития заболевания, тогда как генотип G/G способен выполнять протективную функцию. При этом, полиморфизмы rs1800629 влияет на транскрипцию гена TNF- α и связана с риском псориаза, что следует учитывать при диагностике.

Литература:

1. Ковалёва К.Д., Бисмилдина Г.С., Толегенкызы А., Качиева З.С. Исследование полиморфных вариантов генов-кандидатов псориаза // Вестник КазНМУ. 2021. - №1. – С. 202-207.
2. Немчанинова О.Б., Мальченко Е.Е., Максимов В.Н. Роль генетических полиморфизмов в развитии псориаза // Journal of Siberian Medical Sciences. 2015. - №4. - P.27.
3. Рихсиева Д.Д., Мун А.В. Влияние псориаза на иммунологический статус детей в разные возрастные периоды // НАУ. 2015. - №4-4 (9). – С. 93-96.
4. Романова А.Н., Спирина А.Р. Особенности псориаза и его отдельный клинический случай // The Scientific Heritage. 2021. - №72-2. – С.45-49.
5. Смольникова М.В., Барило А.А., Малинчик М.А., Смирнова С.В. Поиск генетических маркеров предрасположенности к псориазу и псориазическому артриту.// Медицинская иммунология. 2020. - Т. 22. - №5. – С. 925-932.
6. Соболев В. В., Чебышева С. Н., Геппе Н. А., Каткова К. В., Соболева А. Г., Корсунская И. М. Экспрессия гена TNF- α в иммунных клетках

больных псориазом и псориатическим артритом // *MC*. 2022. - №13. -С.6-10.

7. Соболев В.В., Соболева А.Г., Потекаев Н.Н., Мельниченко О.О., Корсунская И.М., Артемьева С.И. Анализ экспрессии гена PPAR γ при лечении псориаза // *MC*. 2021. - №8. -С.82-87.

8. Babaie F, Omraninava M, Gorabi AM, Khosrojerdi A, Aslani S, Yazdchi A, Torkamandi S, Mikaeili H, Sathyapalan T, Sahebkar A. Etiopathogenesis of Psoriasis from Genetic Perspective: An updated Review. *Curr Genomics*. 2022 Jul 5;23(3):163-174. doi: 10.2174/1389202923666220527111037.

9. Gao J., Shen X., Ko R., Huang C., Shen C. Cognitive process of psoriasis and its comorbidities: From epidemiology to genetics. *Front. Genet*. 2021;12: 735124. doi: 10.3389/fgene.2021.735124.

10. Gupta RK, Gracias DT, Figueroa DS, Miki H, Miller J, Fung K, Ay F, Burkly L, Croft M. TWEAK functions with TNF and IL-17 on keratinocytes and is a potential target for psoriasis therapy. *Sci Immunol*. 2021 Nov 19;6(65):eabi8823. doi: 10.1126/sciimmunol.abi8823.

11. Kocaaga A, Kocaaga M. Psoriasis: An Immunogenetic Perspective. *Glob Med Genet*. 2022 Jun 13;9(2):82-89. doi: 10.1055/s-0042-1743259.

12. Mahil S.K., Capon F., Barker J.N. Genetics of psoriasis. *Dermatol. Clin*. 2015;33(1):1–11. doi: 10.1016/j.det.2014.09.001.

13. Manils J, Webb LV, Howes A, Janzen J, Boeing S, Bowcock AM, Ley SC. CARD14E138A signalling in keratinocytes induces TNF-dependent skin and systemic inflammation. *Elife*. 2020 Jun 29;9:e56720. doi: 10.7554/eLife.56720.

14. Membrive Jiménez C, Pérez Ramírez C, Sánchez Martín A, Vieira Maroun S, Arias Santiago SA, Ramírez Tortosa MDC, Jiménez Morales A. Influence of Genetic Polymorphisms on Response to Biologics in Moderate-to-Severe Psoriasis. *J Pers Med*. 2021 Apr 12;11(4):293. doi: 10.3390/jpm11040293.

15. Robinson R.T. IL12R β 1: The cytokine receptor that we used to know. *Cytokine*. 2015;71(2):348–359. doi: 10.1016/j.cyto.2014.11.018.

16. Sundberg JP, Pratt CH, Silva KA, Kennedy VE, Qin W, Stearns TM, Frost J, Sundberg BA, Bowcock AM. Gain of function p.e138a alteration in Card14 leads to psoriasiform skin inflammation and implicates genetic modifiers in disease severity. *Experi-*

mental and Molecular Pathology. 2019;110:104286. doi: 10.1016/j.yexmp.2019.104286.

17. Wang M, Zhang S, Zheng G, Huang J, Songyang Z, Zhao X, Lin X. Gain-of-Function mutation of Card14 leads to spontaneous Psoriasis-like skin inflammation through enhanced keratinocyte response to IL-17A. *Immunity*. 2018;49:66–79. doi: 10.1016/j.immuni.2018.05.012.

18. Xu Q, Zheng X, Mao Y, Chen W, Chen S, Zhang H, Zhen Q, Li B, Yong L, Ge H, Yu Y, Zhang R, Cao L, Cheng H, Wang W, Sun L. Gene interaction analysis of psoriasis in Chinese Han population. *Mol Genet Genomic Med*. 2022 May;10(5):e1858. doi: 10.1002/mgg3.1858.

19. Zhou X., Chen Y., Cui L., Shi Y., Guo C. Advances in the pathogenesis of psoriasis: From keratinocyte perspective. *Cell Death Dis*. 2022;13(1):81. doi: 10.1038/s41419-022-04523-3.

РОЛЬ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА ГЕНА TNF- α В РАЗВИТИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Валиев А.А., Хаитов К.Н.

Резюме. Целью исследования являлось изучение роли полиморфного варианта гена TNF- α в развитии псориаза у детей. Были обследованы 107 детей псориазом в возрасте от 3 до 18 лет. Всем пациентам проводили генотипирование полиморфизма 308G>A гена TNF- α (rs1800629) ПЦР методом. В ходе исследования распределение генотипов среди обследуемых группы больных наблюдали увеличение доли гетерозиготного генотипа "G/G" за счет уменьшения содержания гомозиготного генотипа "G/A" (79,5% против 19,6%, соответственно). Частота распределения "G/G" и "G/A" генотипов в контрольной группе составила 86,2% и 13,8%, соответственно. Полученные данные показали, что при наличии гетерозиготного генотипа 308G/A (возможно и генотипа 308A/A) риск развития псориаза у детей возрастает, то есть, данный полиморфизм является генетическим маркером повышенного риска развития заболевания, тогда как генотип G/G способен выполнять протективную функцию. При этом, полиморфизмы rs1800629 влияет на транскрипцию гена TNF- α и связана с риском псориаза, что следует учитывать при диагностике.

Ключевые слова: дети, псориаз, генотип, генотипирование, фактор некроза опухоли-альфа.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ



Давлатов Салим Сулаймонович, Хужамов Олим Бахритдинович
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ЧОВ ЧУРРАЛАРИДА ТАРАНГЛАШМАГАН ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА УСУЛИНИ ЯХШИЛАШ

Давлатов Салим Сулаймонович, Хужамов Олим Бахритдинович
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

IMPROVEMENT OF NON-STRETCH HERNIOALLOPLASTY FOR INGUIN HERNIA

Davlatov Salim Sulaymonovich, Khujamov Olim Bakhriddinovich
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: pro.ilmiy@bsmi.uz

Резюме. Тадқиқотлар асосини чов чурраси туфайли герниоаллопластика бажарилган 85 нафар бемор ташиқил этди. Таклиф этилган усул эффективлигини ўрганиш мақсадида герниопластика бажарилган беморлар икки гуруҳга бўлиб натижалар таҳлил қилинди. Биринчи назорат гуруҳидаги 24 нафар беморларга Lichtenstein усулида герниоаллопластика, асосий гуруҳдаги 61 нафар беморга модификацияланган аллопластика усули бажарилди. Ишлаб чиқилган чов канали реконструкция усулида травматизациянинг камайиши ҳамда оператив аралашув вақти қисқартириб, амалиётга кенг қўллаш ола бўлади.

Калит сўзлар: чов чурраси, герниоаллопластика.

Abstract. The study included the results of surgical treatment of 85 patients who underwent hernioplasty for inguinal hernia. To study the effectiveness of the proposed method of inguinal hernia hernioplasty, the results of treatment in two groups were compared. For the first group, for control comparison, in 24 patients, hernioplasty was performed using the Lichtenstein method, in 61 patients, the developed method of inguinal hernia alloplasty was used. The presented technique for reconstructing the inguinal canal, aimed at reducing trauma and reducing the time of intervention, can be used in wide practice.

Key words: inguinal hernia, hernioalloplasty.

“Ненатяжная” методика паховой герниоаллопластики по Lichtenstein явила ряд очевидных преимуществ перед традиционными видами паховых грыжепластик. Операция занимает немного времени, проста в исполнении и вполне приемлема по себестоимости.

Однако, нередко паховая связка настолько бывает разволокненной, что навряд ли может быть надежным местом для фиксации протеза. Возникает необходимость в его дополнительной фиксации. Использование для этого связки Соорег, как рекомендуют многие авторы, лишь частично решает проблему, а методики Козлова с формированием искусственной паховой связки и Fletching с использованием «трехслойной сетки» сложны в техническом отношении.

Кроме того, соблюсти принцип «без натяжения» при методике Lichtenstein не всегда представляется возможным. Встречаемая слабость паховой связки заставляет для более прочной фиксации протеза прибегать к захвату в непрерывный шов и части апоневроза наружной косой мышцы живота. Кроме того, захватывание в шов связки Соорег смещает паховую связку книзу. Сшивание лоскутов апоневроза наружной косой мышцы живота, в результате, невозможно без натяжения. Возникающий в послеоперационном периоде хоть незначительный отек тканей приводит к еще большему натяжению передней стенки пахового канала. Неполное восстановление целостности передней стенки пахового канала с оставлением большого по размерам наружного пахового коль-

ца приводит к выпрямлению пахового канала и нарушению его клапанной функции.

Следует также отметить, что возникающая в результате операционной травмы и в ответ на протез, как инородное тело, экссудация может привести к скоплению жидкости в полости пахового канала, отеку семенного канатика и яичка. Применение различных видов дренажей освобождает от гематом и выпотной жидкости часто только подкожную клетчатку, в паховом же канале выпот при этом остается.

Ещё немаловажное значение имеет, что задняя стенка пахового канала укрепляется только за счет ослабленной поперечной фасции и сетчатого имплантата. Механическая нагрузка моментально ложится на трансплантат. Возникает необходимость применения плотных «тяжелых» сеток, т.к. применение облегченных и полурассасывающихся сеток при повышении внутрибрюшного давления ведет к отрыву или разрыву сетки и, как следствие, рецидиву грыжи. Но и трансплантаты, изготовленные из «тяжелого» полипропилена, сокращаются в размерах на 30% в течение года, что тоже способствует рецидиву. Также, заранее выкроенный трансплантат с отверстием для семенного канатика фиксируется к тканям с образованием складок, т.к. не учитывает индивидуальные особенности пахового промежутка. Кроме того, фиксация верхнего края трансплантата к поверхности внутренней косой мышцы живота приводит к ряду негативных последствий: к прорезыванию швов и миграции сетчатого имплантата из-за небольшой механической прочности мышечной ткани; к опасности ранения мышечных сосудов, а в условиях ранней нагрузки - к образованию межмышечных гематом, нагноению послеоперационной раны; к формированию грубого ригидного рубца на месте образованных складок.

В целом, описанные изменения показывают, что после имплантации синтетического протеза по методу Lichtenstein в тканях паховой области, возникают процессы, которые предрасполагают к развитию возможного рецидива грыжи.

Целью исследования является оптимизация ненатяжной герниопластики при паховых

грыж, путем внедрения нового способа аллопластики.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на результатах обследования и лечения больных с паховыми грыжами, которые оперированы в хирургическом отделении многопрофильной областной больницы г. Бухары в период с 2018 по 2023 гг. Для проспективного динамического активного исследования было отобрано 85 больных паховыми грыжами. Это были пациенты мужского пола с паховыми грыжами различного типа. Пациенты были оперированы как в плановом, так и в экстренном порядке, и в зависимости от выбора тактики лечения больные разделены на две группы. Первую группу, группу сравнения составили 24 (28,2%) больных с паховыми грыжами, которым осуществлялась герниоаллопластика по способу Lichtenstein. Вторую, основную группу составили 61 (71,8%) больных, которым выполнена паховая герниоаллопластика по модифицированному нами способу.

По типам грыж (классификация L.M. Nyhus) распределение в группах представлено в таблице 1. Общее число косых грыж у пациентов было 62 (72,9%). Количество грыж III A типа (прямые грыжи) – 18 (21,2%), рецидивные паховые грыжи обнаружены в 5 (5,9%) случаях. На основании проведенного статистического анализа по типу грыж в исследуемых группах можно считать однородными ($p_{\chi^2} > 0,05$).

Проанализированы результаты хирургического лечения 24 больных группы сравнения, которые оперированы по методу I.L.Lichtenstein. В ранний послеоперационный период серома послеоперационной раны возникла у 4 (16,7%) пациентов, которая ликвидирована пункционным методом. Острая задержка мочи наблюдалось у 1 (4,2%) пациента. 9 (37,5%) прооперированных больных по методу I.L.Lichtenstein, на момент выписки, указывали на чувство инородного тела в паховой области, из них паховая невралгия возникла у 3 (33,3%) пациентов.

Таблица 1. Распределение паховых грыж по классификации грыж L.M. Nyhus

Исследуемые группы		Типы грыж						Всего грыж
		I тип	II тип	III тип		IV тип		
				IIIА	IIIВ	IVА	IVВ	
Группа сравнения	по Lichtenstein	-	13	6	5	-	-	24
Основная группа	Модифицированная паховая герниоаллопластика	-	26	12	18	2	3	61
Всего		-	39	18	23	2	3	85
%		-	45,9	21,2	27,0	2,3	3,5	100

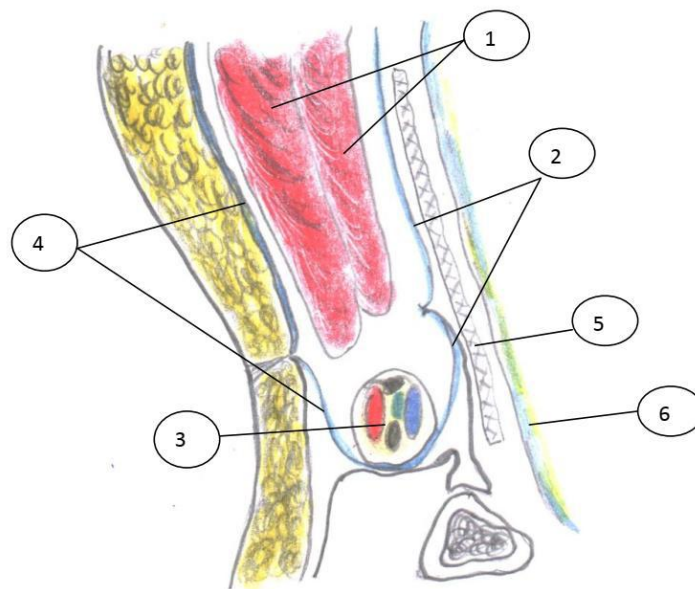


Рис. 1. Схема операции. 1 – внутренняя косая и поперечная мышца, 2 – поперечная фасция, 3 – семенной канатик, 4 – апоневроз наружной косой мышцы живота, 5 – аллотрансплантат (предбрюшинное расположение), 6 – брюшина

Количество осложнений преобладало у больных, которым был установлен «тяжелый» имплантат (25,0%), и за счет осложнений, связанных с раздражением нервов пахового участка (16,7%) (угловой критерий Фишера $\varphi < 0,01$).

Через 12 месяцев после операции удалось осмотреть 23 (93,5%) (из 24 больных в группе сравнения) оперированных, у 1 (4,3%) мужчины после операции по методу I.L.Lichtenstein пожилого возраста с доброкачественной гиперплазией простаты, прооперированного по поводу грыжи с дефектом 3 размера и паховым промежутком более 3 см, выявлен рецидив грыжи.

Учитывая все выше указанные недостатки и возможные осложнения в послеоперационном периоде нами разработана и внедрена в практику модифицированная паховая герниоаллопластика.

Задачей предлагаемого способа при разработке безопасного и эффективного способа оперативного лечения паховых грыж явилось укрепление задней стенок пахового канала путем предбрюшинной фиксации сетчатого имплантата, профилактика рецидивов и снижение послеоперационных осложнений, ранняя активизация и реабилитация больных.

Разработанную нами модифицированную паховую герниоаллопластику осуществляли следующим образом. После вскрытия пахового канала, взяв семенной канатик на держалку, констатировали тип паховой грыжи. Перед рассечением поперечной фасции с целью предотвращения повреждения стенки мочевого пузыря заполняли мочевой пузырь раствором фурацилина через уретральный катетер. Далее

рассекали поперечную фасцию и отслаивали брюшину. При свободной прямой паховой грыже грыжевой мешок не раскрываем, а содержимое не осматриваем. Отказ от ревизии содержимого грыжевого мешка значительно упрощает выполнение операции, сокращает ее время, позволяет избежать ятрогении. Для более широкой отслойки брюшины в предбрюшинное пространство вводили большую салфетку, что в дальнейшем добавляло удобства во время операции.

Удалив салфетку, в отверстие поперечной фасции вводили длинную браншу большого крючка Фарабефа. Далее прошивали нитями мышцы брюшной стенки и паховой связки в четырех точках. Первая точка располагалась латерально и выше на 2 см от глубокого пахового кольца на внутреннюю косую мышцу живота. Вторая точка – латерально на 2 см от глубокого пахового кольца на паховой связке.

После проведения нитей через указанные точки, подтягивая их, сетчатый имплантат размещали под проколами и фиксировали, прошивая ткани. Третья точка была расположена у наружного края прямой мышцы живота на уровне первой точки. Нить в третьей точке проводили через толщу апоневрозов широких мышц живота. Четвертая точка расположена в участке лобкового бугорка. В случаях, когда грыжевой дефект 3 размера и паховый промежуток больше 3 см, возникала потребность в дополнительной фиксации имплантата в 5 точке до паховой связки (посередине между 2-й и 4-й).

Подтягивая за нити, имплантат заводили в предбрюшинное место, пальцем расправляли его складки и фиксировали в указанных точках.

Отступив от нижнего края сетчатого имплантата 1,5-2 см, в области глубокого пахового кольца, последний фиксировали прошивкой полипропиленовой нитью, к паховой связке со стороны предбрюшинного пространства (рис. 1).

Предбрюшинная аллопластика пахового канала позволяет произвести укрепление задней стенки пахового канала с использованием сетчатого имплантата без натяжения тканей и без втягивания в рубцовый процесс анатомических структур пахового канатика. Заметили, что технически проще сетчатый имплантат было устанавливать через промежуток паха в проекции медиальной паховой ямки.

Результаты исследования. Уменьшение травматичности хирургического доступа с ранней активацией оперированных больных, возможность укрепления задней стенки пахового канала полипропиленовой сеткой с предбрюшинной фиксацией способствовали двукратному сокращению длительности послеоперационной лихорадки, т.е. выделение серомы сократилось с 16,7% до 1,6%.

После аллопластики изменения в паховом канале изучали с помощью УЗИ. В процессе исследования, с целью изучения составляющих тканей пахового канала, была измерена толщина прямой мышцы живота, внутренней косой и поперечной мышц живота, высота пахового промежутка в состоянии покоя и при напряжении (подъем ног на 15°) у больных, которым выполнена аллопластика грыжевого дефекта через 1 месяц после операции у 47 (77,0%) и 19 (79,2%) больных основной группы и в группе сравнения соответственно (табл. 2).

После аллопластики (через 1 месяц) во время ультрасонографии пахового участка хорошо прослеживается сетчатый имплантат позади семенного канатика независимо от того, выполнена ли пластика по методике I.L.Lichtenstein или предбрюшинной аллопластики в предложенной нами

модификации. Поперечную фасцию не всегда удается визуализировать.

При напряжении, независимо от вида аллопластики, отмечено достоверное ($p>0,05$) увеличение толщины прямой мышцы живота, внутренней косой и поперечной мышц живота, толщины пахового канала. Высота пахового промежутка незначительно уменьшалась ($p>0,05$). Это указывает, что изменения в паховой области у пациентов после аллопластики (по методике I.L.Lichtenstein или предбрюшинной аллопластике грыжевого дефекта в предлагаемой модификации) в покое и при нагрузке идентичны (табл. 2).

Таким образом, во время напряжения толщина пахового канала достоверно увеличивается, а это говорит, что указанные операции не нарушают комфортабельный механизм пахового канала для семенного канатика, что предотвращает возможное нарушение кровотока в семенном канатике и яичке.

Последнее изучали путём исследования пиковой систолической скорости кровотока в интратестикулярной артерии.

Датчик располагали на коже мошонки над яичком. Сканирование проводили в реальном времени в продольном и поперечном направлениях для установления изменений тестикулярного кровотока на стороне грыжи и на здоровой стороне.

Интратестикулярный кровоток изучили у 66 больных паховой грыжей. Данные, полученные из яичка на стороне без грыжи, принимали за контроль. Тестикулярный кровоток оценивали по пиковой систолической скорости, которую определяли внутри яичка в послеоперационный период (через 1 мес) Полученные данные свидетельствуют, что имело место незначительное снижение систолической пиковой скорости в интратестикулярных артериях после аллопластики грыжевого дефекта паховой грыжи ($p > 0,05$) относительно таковой в контроле.

Таблица 2. Размеры отдельных составляющих тканей пахового канала после аллопластики грыжевого дефекта паховой грыжи в состоянии покоя и при напряжении

Параметры	Вид пластики					
	Способ I.L. Lichtenstein (n=19)			Модифицированный способ паховой герниоаллопластики (n=47)		
	В состоянии покоя	При напряжении	p	В состоянии покоя	При напряжении	p
Толщина прямой мышцы живота над лоном (мм)	13,2±1,22	14,43±1,63	<0,05	12,98± 1,41	14,44± 1,77	<0,01
Толщина внутренней косой и поперечной мышц живота на 1 см выше паховой связки (мм)	11,65±2,32	13,31±2,44	<0,05	10,86± 1,53	12,31± 1,8	<0,01
Толщина пахового канала (мм)	12,58±1,25	13,95±1,23	<0,05	12,67± 1,02	13,66± 1,45	<0,05
Высота пахового промежутка (мм)	19,32±6,32	16,94±3,69	>0,05	20,12± 7,5	18,26± 5,84	>0,05

Выводы: Операция по методу I.L. Lichtenstein технически проста и доступна в исполнении, однако дает рецидив грыжи у 5,3% пациентов. Предбрюшинная аллопластика грыжевого дефекта в предлагаемой нами модификации является надежной альтернативой операции по методике I.L.Lichtenstein при лечении больных паховой грыжей средних и больших размеров, рецидивирующей паховую грыжу, что при правильном выполнении не дает рецидивов и имеет низкое количество осложнений характерны для аллопластики, которые не зависят от типа применяемого сетчатого имплантата.

Литература:

1. Адамян А.А., Федоров А.В., Гогия Б.Ш. К вопросу о классификации паховых грыж // Хирургия. 2007. № 11. С. 44–45.
2. Бекоев В.Д., Кринь В.А., Троянов А.А. и др. Рецидив паховой грыжи (проблема и пути возможного решения) // Хирургия. 2003. № 2. С. 45–47.
3. Борисов А.Е., Митин С.Е. Современные методы лечения паховых грыж // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2006. Т. 165. № 4. С. 20–22.
4. Мошкова Т.А., Васильев С.В., Олейник В.В. Оптимизация аллопластики паховых грыж // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2008. Сер. 11. Вып 2. С. 140-144.

5. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М.: Триада – X, 2003, с.46.

6. Шулутко А.М., Эль Саид А.Х., Данилов А.И., Мецатурян Р.М. Результаты пластики «без натяжения» по методике Лихтенштейна у больных с паховыми грыжами // Анналы хирургии. 2003. № 2. С. 74–77.

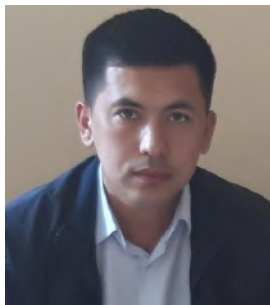
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Давлатов С.С., Хужамов О.Б.

Резюме. В основу исследования включены результаты хирургического лечения 85 пациентов, которым было выполнено герниоаллопластика по поводу паховой грыжи. Для изучения эффективности предлагаемого метода герниоаллопластики паховых грыж сравнивались результаты лечения в двух группах. К первой группе для контрольного сравнения у 24 больных герниоаллопластику произвели способом Lichtenstein, у 61 больному применялся разработанный метод аллопластики паховых грыж. Представленная техника реконструкции пахового канала, направленная на снижение травматичности и уменьшении времени вмешательства, может быть использована в широкой практике.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниоаллопластика.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕЙ И МЕСТНОЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ У ОБОЖЖЕННЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



Даминов Феруз Асадуллаевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА КУЙИШ КАСАЛЛИГИДА ОПЕРАЦИЯДАН ОЛДИНГИ ТАЙЁРГАРЛИКНИНГ УМУМИЙ ВА МАҲАЛЛИЙ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Даминов Феруз Асадуллаевич

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

FEATURES OF GENERAL AND LOCAL PREOPERATIVE PREPARATION IN ELDERLY AND SENILE BURNED PATIENTS

Daminov Feruz Asadullaevich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Куйиш касаллигига чалинган 522 нафар кекса ва қари ёшдаги беморларни ўрганиш натижалари келтирилган. Куйиш жароҳатларини физик омиллар ва кимёвий фаол препаратлар ёрдамида умумий ва маҳаллий даволашнинг комплекс усулини қўллаш куйган ярани тозалашни тезлаштиради ва тўқималарнинг зарур регенератив фаоллигини таъминлайди. Натижада, куйиш юзалари тезда мураккаб терапиянинг якуний босқичига тайёрланади - терини пластикаси, яқин ва узоқ муддатли реабилитацияда энг яхши натижаларни олишга эришилди.

Калит сўзлар: куйиш касаллиги, кекса ва қариллик ёши.

Abstract. The results of a survey of 522 elderly and senile patients with burn disease are presented. The use of a complex method of general and local treatment of burn wounds using physical factors and chemically active drugs accelerates the cleansing of a burn wound and ensures the necessary regenerative activity of tissues. As a result, burn surfaces are quickly prepared for the final stage of complex therapy - skin grafting, obtaining the best results in immediate and long-term rehabilitation.

Key words: burn disease, elderly and senile age.

Актуальность. Основным методом восстановления кожного покрова при глубоких ожогах является оперативное лечение с применением кожной пластики. Благоприятный исход оперативного лечения у пострадавших пожилого и старческого возраста во многом зависит от характера предоперационной подготовки, которая заключается в повышении иммунозащитных сил организма, а также процессов кроветворения и белкового обмена. Основой общеукрепляющего лечения является трансфузионная терапия, однако в процессе восполнения белкового дефицита большую роль играет питание обожженных, эффективность которого зависит от состояния системы пищеварения. Как известно, одним из проявлений воздействия ожоговой травмы на организм является нарушение деятельности желудочно-

кишечного тракта, которое заключается в снижении моторной и ферментативной функций пищеварительного тракта. Клинически эти нарушения проявлялись в потере аппетита, временами сочетающиеся с тошнотой, отрыжкой. Рвота наиболее часто отмечалась в период ожогового шока. Частота нарушений деятельности желудочно-кишечного тракта зависела от возраста пострадавших и наличия сопутствующих заболеваний.

Цель исследования. Изучить особенности общей и местной предоперационной подготовки у обожженных пожилого и старческого возраста.

Материалы исследования. В ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП в период 2000-2022 г.г. ожоговой болезнью лечились 522 пациентов пожилого и старческого возраста. Сроки поступления больных от момента

получения ожога варьировало от 6 часов до 25 дней.

Результаты исследования. В наших наблюдениях у 60 больных отмечался парез кишечника, обусловленный интоксикацией, нарушением водно-солевого обмена. В 20 случаях парез сочетался с динамической непроходимостью кишечника. Атония желудка в сочетании с парезом кишечника усугубляла тяжёлое состояние пострадавших. Частым запором с задержкой стула до 3-5 дней способствовало вынужденное положение больных в постели. Вздутие кишечника вследствие пареза и задержки газов затрудняло движение диафрагмы, что способствовало нарушению дыхания. Как известно, главнейшая дыхательная мышца обеспечивает 60% объём вентиляции. В связи с этим борьба с парезом кишечника (паранефральные блокады, внутривенное введение 10% раствора хлористого натрия, 0,05% раствор прозерина по 0,5-1,0, активизация больных) и его регулярное очищение у пострадавших старше 60 лет имеют важное значение.

У 9 больных с обширными глубокими ожогами и признаками ожогового истощения с целью улучшения белкового, углеводного и жирового обмена наряду с антибиотиками, переливаниями крови, белковых плазмозаменителей были применены глюкокортикоиды (преднизолон) в дозах 15-20 мг в сутки. Однако положительного эффекта от применения глюкокортикоидов в наших наблюдениях не получено. Напротив, у трех из девяти больных, получавших глюкокортикоиды, возникли осложнения, которые могли быть связаны с гормонотерапией. Так, двое пострадавших погибли от абсцедирующей пневмонии через две недели после начала гормонотерапии и у одного больного выявилась гипергликемия, которая исчезла после отмены преднизолона.

Лучший эффект давала терапия анаболическими гормонами (неробол, нероболлил). Они использовались нами у 70 больных в период токсемии и септикотоксемии. Неробол назначался по

15 мг в сутки, курс лечения продолжался от двух недель до 3-4 недели. Нероболлил вводился внутримышечно в виде масляного раствора по 25-50 мг один раз в неделю. Курс лечения составлял один месяц. Для сравнительного изучения влияния анаболических гормонов на показатели белка и белковых фракций в сыворотке крови, нами были взяты две группы больных с индексом Франка от 31 до 90. Контрольную группу составили 25 пострадавших, не получавших анаболических гормонов, вторую группу, в которой проводилась гормональная терапия, составили 23 пострадавших.

Данные сравнительного исследования свидетельствовали о положительном влиянии на белковый обмен гормонов анаболического ряда. Так, в контрольной группе больных, не получавших гормональной терапии, общий белок оставался на исходном уровне, составляя в среднем $59 \pm 1,5$ г/л, количество альбуминов при этом было снижено до $31 \pm 3,6\%$, а глобулины достигали $69 \pm 2,9\%$. В группе больных, которым вводились анаболические гормоны, показатели общего белка повысились до $65 \pm 1,3$ г/л, альбуминов до $43 \pm 3,5\%$, а глобулины снизились до $57 \pm 1,7\%$. Более выраженное снижение отмечено со стороны гамма-глобулиновой фракции белка, которая составляла $26 \pm 2,3\%$ против $40 \pm 2,6\%$ у пострадавших контрольной группы (табл. 1).

При лечении анаболическими гормонами нами не наблюдалось осложнений, за исключением двух больных, у которых имелись диспептические расстройства, быстро ликвидировавшиеся после отмены препаратов. Таким образом, применение анаболических гормонов с целью устранения гипо- и диспротеинемии у лиц пожилого и старческого возраста оказалось целесообразным.

Клиническая практика ведения пострадавших с обширной термической травмой в настоящее время характеризуется избирательностью к проведению трансфузионно-инфузионной терапии.

Таблица 1. Влияние анаболических гормонов на показатели общего белка и его фракций ($M \pm m$)

Исследуемые группы больных	Кол-во больных	Показатели общего белка и его фракций						
		Общий белок (г/л)	Альбумины (%)	Глобулины (%)	Глобулиновые фракции (%)			
					α_1	α_2	β	γ
Показатели белковых фракций у больных, не получавших анаболические гормоны	25	$59 \pm 1,5$	$31 \pm 3,6$	$69 \pm 2,9$	$7 \pm 0,2$	$12 \pm 0,5$	$10 \pm 0,3$	$40 \pm 2,5$
Показатели белковых фракций у больных, получавших анаболические гормоны	23 р	$65 \pm 1,3$ <0,03	$43 \pm 3,5$ <0,02	$57 \pm 1,7$ <0,001	$8 \pm 0,1$ <0,001	$12 \pm 0,2$ >0,5	$11 \pm 0,1$ <0,001	$26 \pm 2,3$ <0,001

Как известно, глубокие ожоги на больших площадях неминуемо приводят к развитию анемии у обожженных в связи с гибелью эритроцитов, нарушением эритропоза, постоянной потерей крови во время некрэктомий и перевязок.

Особенно большая кровопотеря сопровождает операции радикальной некрэктомии. Подсчитано, что при эксцизии скальпелем или дерматомом 1 см² ожогового струпа теряется 0,5-1 мл крови [5]. Если учесть, что 1% поверхности тела взрослого человека составляет около 170-180 см², то иссечение струпа на площади 10-15% п.т. может сопровождаться массивной кровопотерей в объёме 1500-2000 мл. Это сдерживает широкое распространение ранней радикальной некрэктомии или вынуждает применять особые меры по профилактике интраоперационной кровопотери (выполнение операций преимущественно на конечностях с предварительным наложением артериального жгута, использованием лазерной, ультразвуковой, электрокоагулирующей хирургической аппаратуры, гемостатических средств, наложением давящих повязок на раны и т.п.).

Для больных с обширными глубокими ожогами характерна также геморрагическая анемия, связанная с кровопотерей, систематически возникающей при многократных травматичных перевязках и операциях кожной пластики. Так, заметное, легко возникающее кровотечение из грануляций наблюдается при смене обычно присыхающих к ранам повязок, при активизации пациентов – поворотах в кровати, вставании и начале ходьбы, а при кожно-пластических операциях – из ран донорских участков. Лёгкость возникновения и длительность таких кровотечений, вероятно, свидетельствует о развитии у обожженных своеобразного геморрагического диатеза.

Наконец, у 15-20% тяжелообожженных возникают эрозии и язвы в желудке, кишечнике и пищеводе, нередко осложняющиеся острым, подострым или рецидивирующим кровотечением, что также приводит к геморрагической, обычно гипохромной железодефицитной анемии.

Все вышеизложенное со всей очевидностью диктует о необходимости проведения гемотрансфузий.

С другой стороны, всё возрастающая частота гемоинфекций, дефицит крови, гемотрансфузионные осложнения при переливании крови или эритроцитарной массы ставят врача перед сложным выбором: проводить профилактическое переливание или нет, в каком количестве и с какой частотой проводить лечебные гемотрансфузии. Таким образом, на данном этапе необходимо определить строгие показания к переливанию крови и её компонентов, ввести единые стандарты, и если излечение возможно без трансфузий, от них правильнее отказаться. Задачами трансфузионной

терапии являются профилактика и лечение анемии, дезинтоксикация, обеспечение потребностей в белке, восполнение энергетических затрат и нормализация нарушений водно-электролитного баланса. Раньше гемотрансфузии, традиционно, назначались с профилактической целью при нормальных цифрах гемоглобина (Hb) и гематокрита (Ht) у больных с ожогом III-IV степени более 10% поверхности тела. Переливание крови с лечебной целью проводилось у больных с первичной гемолитической анемией, пострадавшим с истощением, при выраженной интоксикации и генерализации инфекции, в предоперационном периоде при обширных некрэктомиях и аутодермопластиках, сопровождающихся значительной кровопотерей являлось основой общей комплексной подготовки больных к активному хирургическому лечению. В настоящее время накоплен значительный материал, позволивший по-новому взглянуть на трансфузионную терапию. Кардинально изменилась тактика ведения тяжелообожженных. Во многих клиниках и стационарах широко применяется ранняя некрэктомия, которая сопровождается массивной кровопотерей, используются фармакологические альтернативы гемотрансфузиям, раневые поверхности закрываются раневыми покрытиями и биологическими повязками.

В процессе развития и углубления исследований по повышению эффективности местного лечения нами было включено в комплекс терапевтических мероприятий и такое лечебное воздействие, как полупроводниковая лазеротерапия (у 75 больных). Механизм клинического эффекта полупроводниковой лазеротерапии заключается в биостимулирующем, антиангинальном и противоотечном действии. Улучшение кровоснабжения облучаемой области, нормализация трофики тканей приводит к ускорению регенеративных процессов, активизирует тканевой газообмен, быстро очищает ожоговые раны от некротических тканей. Единственным условием использования лазеротерапии является спонтанное отторжение или активное хирургическое удаление ожогового струпа.

Еще более перспективным является сочетанное использование полупроводниковой лазеротерапии и местного применения такого природного биологически активного препарата как прополис. В нашей практике нами были последовательно использованы (у 105 больных) различные поколения прополисных препаратов: начиная с 5-10% прополисной мази, коллитина и до иммобилизованного прополиса в виде полупункциональных салфеток «Колетекс» содержащий до 6,58 мг/см² прополиса. Данные салфетки представляют собой фермент бинарного действия иммобилизованной на текстильном материале. Пре-

парат разработан лабораторией технологического центра АН России.

Механизм действия вышеуказанных салфеток заключается в пролонгированном антимикробном эффекте, улучшении протекания репаративных процессов и ускорении лизиса некротических тканей.

Как показали клинические данные, сочетание полупроводниковой лазеротерапии и салфеток «Колетекс» позволило ускорить отторжение некротических тканей, быстрее подготовить рану к пластическому закрытию и улучшить последующие результаты произведенной аутодермопластики [2].

Одним из наиболее современных и перспективных методов местного лечения ожоговых ран является использование металлокомплексов, иммобилизованных на текстильном носителе (у 48 больных). В качестве металла могут быть использованы различные соединения цинка, серебра. Перечисленные металлокомплексы сочетают в себе как некротическое действие, так бактерицидное. Рациональное сочетание протеолитических ферментов трипсина, химотрипсина или коллитина, а также металлокомплексов, представляя собой своеобразный биологический скальпель, «расплавляет» некротические ткани путем активации плазмينا, оказывает противовоспалительное действие; в результате снижения активности пенициллиназии бактерий, разрушения фибриновой оболочки бактерий снижает резистентность гноеродной микрофлоры.

Более щадящим методом подготовки ран у 65 больных оказались этапные бескровные некрэктомии, осуществляемые во время перевязок по мере отторжения омертвевших тканей. Применение щадящих бескровных некрэктомией у этих больных дало возможность подготовить раны к кожной пластике в сроки от 25 до 34 дней с момента травмы. Такая тактика позволяет начать аутопластическое закрытие ран на одном из наиболее подготовленных участков при еще сохранившихся некротических тканях на других.

Как известно, отторжение некротических струпов происходит при развитии гнойного процесса в ранах, характер и выраженность которого зависят от реактивности организма и наличия в ране микрофлоры. Гнойно-воспалительный процесс, обусловленный развитием микрофлоры в ране, способствует отторжению омертвевших тканей, однако обильное гнойное отделяемое замедляет развитие грануляционного покрова, что затрудняет подготовку ран к оперативному лечению.

В связи с этим местная подготовка ран была направлена не только на удаление некротических струпов, но и на уменьшение обсемененности раневой поверхности патогенной микрофлорой.

В наших исследованиях, проведенных у 43 пострадавших старше 60 лет, из раневого отделяемого у 17 больных был выделен золотистый и у 11 больных гемолитический стафилококк, у 5 пострадавших имело место сочетание этих видов микрофлоры, у 6 пострадавших выделен протей и в 4 случаях синегнойная палочка. Для борьбы с микробной обсемененностью ожоговых ран, нами с успехом применялись повязки с 0,5% раствором азотно-кислого серебра, при этом отмечалось уменьшение гнойного отделяемого, особенно после двух-трех перевязок. Недостатком этого метода является болезненность при снятии повязок, вследствие их прилипания к ранам. Однако смазывание повязок раствором риваноля перед перевязкой уменьшало болезненность при снятии повязок.

По мере развития грануляционного покрова, уменьшения раневого отделяемого, активизации краевой эпителизации, применение повязок с водными растворами антисептиков ограничивалось из-за травматизации грануляций, что вело к образованию гематом. В этот период наиболее эффективными оказались повязки с 15% прополисовой мазью. Прополис обладает хорошими лечебными свойствами, обусловленными содержанием эфирных масел, воска, цветочной пыльцы каротина и других веществ. Перед кожной пластикой за один-два дня необходимо использовать повязки с водными антисептиками, так как маслянистая микроплёнка, образующаяся на ранах при наложении мазевых повязок, ухудшает условия приживления трансплантатов.

За последние годы с большим успехом при местной подготовке ран к аутопластике нами применялись аэрозольные препараты (тетразоль, винизоль, легропихт и другие), которые оказывают значительное противомикробное действие.

Подготовленность гранулирующих ран к пластическим операциям оценивалась на основании внешнего вида грануляционного покрова, данных цитологического и бактериологического исследования. Пригодные к кожной пластике грануляции должны быть красными, сочными, мелкозернистыми, умеренно кровотокающими при небольшом отделяемом из ран.

Не менее опасным осложнением у больных старше 60 лет являются пролежни, которые наиболее часто развиваются на участках тела с недостаточностью выраженной подкожно-жировой клетчаткой, подвергающихся длительному сдавливанию (область крестца, пяточные бугры, лопатки и т.д.).

Разработанная в ожоговой отделении система мероприятий, направленных на профилактику пролежней, включала в себя туалет кожных покровов, частую смену положения больного в постели, применение противопролежневых мат-

рацев, приспособлений, уменьшающих сдавливание мягких тканей (гипсовые лонгеты, резиновые круги и т.д.). За последние годы с целью профилактики пролежней стал широко применяться в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП предложенный нами перфорированный поролон, который представляет из себя лист поролона с нанесенными в шахматном порядке отверстиями диаметром 3-4 см и промежутками между ними 2-2,5 см. Этот лист толщиной 40-50 мм подкладывается через пеленку под сдавливаемыми участками тела. Применение этого метода у 47 пострадавших показало его высокую эффективность, о чем свидетельствовало резкое снижение числа пролежней (пролежни образовались лишь у 3 больных этой группы).

Выводы. Таким образом, комплексная патогенетическая терапия, направленная на повышение иммуно-защитных сил организма, профилактику часто возникающих осложнений (пневмонии, пролежни, тромбозы, острая сердечная и дыхательная недостаточность) и выбор наиболее рациональных методов подготовки ожоговых ран к кожной пластике позволяет не только предотвратить развитие необратимых изменений в органах и системах, сократить время до первой операции, но и уменьшить сроки лечения больных в стационаре.

Резюмируя вышеуказанное, необходимо еще раз отметить, что применение комплексной методики общего и местного лечения ожоговых ран с использованием физических факторов и химически активных препаратов ускоряет очищение ожоговой раны, обеспечивает необходимую регенеративную активность тканей. В результате этого ожоговые поверхности быстрее подготавливаются к завершающему этапу комплексной терапии - кожной пластике, с получением наилучших результатов в ближайшей и отдаленной реабилитации.

Литература:

1. Емельянова А. М. и др. Современные методы лечения гнойных и ожоговых ран //Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2020. – №. 1 (43). – С. 27-34.
2. Карабаев Б. Х. и др. Особенности течения и лечения ожогового сепсиса у лиц пожилого и старческого возраста //Современные аспекты лечения термической травмы. – 2016. – С. 42-43.
3. Рузибоев С. Оптимизация хирургического лечения глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном. – 2011.

4. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.
5. Ризаев Ж. А. и др. Персоналифицированная терапия генерализованного пародонтита на основе интегральной оценки клинико-лабораторных показателей // Журнал «Проблемы биологии и медицины». – 2021. – №. 3. – С. 120.
6. Фаязов А. Д. и др. Структура и частота осложнений ожоговой болезни у лиц старшей возрастной группы //Вестник экстренной медицины. – 2014. – №. 4. – С. 48-50.
7. Фаязов А. Д. и др. 20-летний опыт работы комбустиологической службы в системе экстренной медицины Республики Узбекистан // Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 4. – С. 57-65.
8. Хакимов Э. и др. Интенсивная терапия полиорганной недостаточности у тяжелообожженных //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 4 (104). – С. 115-119.
9. Abu-Sittah G. S., Chahine F. M., Janom H. Management of burns in the elderly //Annals of burns and fire disasters. – 2016. – Т. 29. – №. 4. – С. 249.
10. Liu Y. et al. Epidemiologic investigation of burns in the elderly in Sichuan Province //Burns. – 2013. – Т. 39. – №. 3. – С. 389-394.
11. Rizaev J. A., Rizaev E. A., Akhmadaliev N. N. Current view of the problem: A new approach to COVID-19 treatment //Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4. – С. 7341-7347.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕЙ И МЕСТНОЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ У ОБОЖЖЕННЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

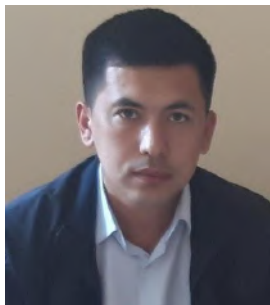
Даминов Ф.А.

Резюме. Представлены результаты обследования 522 больных пожилого и старческого возраста с ожоговой болезнью. Применение комплексной методики общего и местного лечения ожоговых ран с использованием физических факторов и химически активных препаратов ускоряет очищение ожоговой раны, обеспечивает необходимую регенеративную активность тканей. В результате этого ожоговые поверхности быстрее подготавливаются к завершающему этапу комплексной терапии - кожной пластике, с получением наилучших результатов в ближайшей и отдаленной реабилитации.

Ключевые слова: ожоговая болезнь, пожилой и старческий возраст.

УДК: 616.5 + 616.97(083.13)

ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ



Даминов Феруз Асадуллаевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЧУҚУР КУЙИШЛАРДА РАЦИОНАЛ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАҢЛАШ

Даминов Феруз Асадуллаевич

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

CHOICE OF RATIONAL METHODS OF SURGICAL TREATMENT FOR DEEP BURNS IN THE ELDERLY AND SENILE AGE

Daminov Feruz Asadullaevich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқот мақсади. Қари ва кекса ёшдаги беморларда чуқур куйишлар учун жарроҳлик даволашининг оқилона усули ишлаб чиқиши. Тадқиқот материаллари. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали куйиш бўлимида 2002-2022 й. 419 нафар қари ва кекса ёшдаги беморлар даволанди. Кўп босқичли эркин терини пластика қилиш операцияларининг муваффақиятли бажарилиши ва унинг натижалари донор жойларининг яраларини даволаш ҳолати ва вақти билан сезиларли даражада таъсир қилади ва улар, ўз навбатида, донор жойларининг локализациясига, терининг қалинлигига боғлиқ.

Калим сўзлар: куйиш касаллиги, кекса ва қари ёшдаги беморлар, (эрта жарроҳлик некрэктомия, аутодермопластика.

Abstract. Purpose of the study. a rational method of surgical treatment for deep burns in the elderly and senile. Research materials. In the burn department of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care in the period 2002-2022. 419 elderly and senile patients were treated for burn disease. The successful performance of multi-stage free skin plasty operations and its outcomes are significantly influenced by the condition and timing of wound healing of the donor sites, and they, in turn, depend on the localization of the donor sites, the thickness of the skin in these areas and the thickness of the cut grafts.

Key words: burn disease, elderly and senile age, early surgical necrectomy, autodermpoplasty.

Актуальность. Одной из наиболее сложных проблем комбустиологии является лечение больных с глубокими ожогами в пожилом и старческом возрасте. Это обусловлено возрастными изменениями и сопутствующими заболеваниями, а также неустойчивостью метаболических процессов, ослабленной сопротивляемостью и низкими компенсаторными возможностями стареющего организма, определяющими высокий процент летальности (от 24 до 63).

Неудовлетворительные результаты лечения пострадавших пожилого и старческого возраста в значительной мере связаны с тем, что до настоящего времени недостаточно разработаны показания к различным видам кожной пластики, техни-

ка, объём и сроки её выполнения с момента получения ожоговой травмы.

Основным методом восстановления кожного покрова при глубоких ожогах является оперативное лечение с применением кожной пластики.

Цель исследования. Разработать рациональный способ хирургического лечения при глубоких ожогах в пожилом и старческом возрасте.

Материалы исследований. Обследовано 419 пострадавших в возрасте от 60 до 92 лет с площадью глубоких ожогов от 2 до 25% поверхности тела. 65% из них были женщины, 35% - мужчины. Из сопутствующих заболеваний следует отметить большую частоту перенесенного ранее инфаркта миокарда (17%) и мозгового ин-

сульты (15,5%) у больных с глубокими ожогами, а сахарный диабет и алкоголизм встречались у 11% больных.

В работе использованы методы исследования содержания общего белка и белковых фракций, реологии крови и системы гемостаза, гематокрита, показателей межклеточного обмена (КОС, остаточная и промежуточная окисляемость, глутатион, молочная и пировиноградная кислоты, каталаза и карбоангидраза крови).

У 186 больных (из 419) с площадью глубокого ожога 2-15% нами была произведена ранняя некрэктомия в сроки от 7 до 15 дней после травмы. Кожная пластика выполнена непосредственно после удаления некротических струпов на площади до 5% поверхности тела у 116 и от 5 до 15% поверхности тела у 70 пострадавших, всего 201 пластик (от 500 до 850 см²).

Хорошее приживление кожных лоскутов было у 156 (83,9%) больных, частичная отслойка трансплантатов - у 25 (13,4%) и полный лизис пересаженных лоскутов - у 5 больных, у которых ранняя некрэктомия производилась на площади 10-15% поверхности тела, у них вследствие отторжения трансплантатов наступило ухудшение общего состояния. Несмотря на общеукрепляющую терапию, состояние пострадавших прогрессивно ухудшалось, через 10 дней у 2 больных наступил летальный исход. У 171 (91,9%) пострадавших операции выполнялись в один этап, у 15 (8,1%) - в два этапа, что было вызвано обильным кровотечением из раневой поверхности и недостаточно полным удалением некротических струпов. Второй этап операции производился на 6-7-й день после первого с удалением оставшихся некротических струпов. При этом хорошее приживление отмечено у 13 больных, у 2 пациентов наблюдалась частичная отслойка трансплантатов.

Из 233 больных с обширными глубокими ожогами 10-25% поверхности тела у 193 была произведена аутопластика кожи на гранулирующие раны со сплошными дерматомными лоскутами: в один этап - у 133, в два этапа - у 45 и в три этапа - у 55 (398 операций).

С целью увеличения площади закрываемых ран при обширных ожогах нами у 32 больных производилась аутоаллопластика кожи. Из них у 17 пострадавших был применен «марочный» способ и в 15 наблюдениях - кожная пластика по методу Моулем-Джексона.

Для повышения возможностей кожной пластики при ограниченных ресурсах кожи у 102 больных были использованы так называемые сетчатые трансплантаты. Этот метод применялся у больных с обширными ожогами и у пострадавших с ограниченными ожогами, протекавшими на фоне значительных нарушений сердечной деятельности и функции внешнего дыхания, а также у

ослабленных больных, имеющих различные осложнения (пролежни, пневмонии, гепатиты). При этом на первый план выступало сохранение жизни пострадавших, иногда в ущерб функциональным результатам. Предпочтение отдавалось сетчатым трансплантатам, полученным с коэффициентом увеличения 1:1,5, что способствовало более быстрой эпителизации ячеек трансплантатов.

Опытным путем доказано, что наиболее оптимальным вариантом являются коэффициенты пластики от 1:1 до 1:1,5. Растяжимость сетчатого трансплантата позволяет легко приспособлять его к неровностям поверхности тела. Краевая эпителизация у сетчатых трансплантатов с малыми ячейками начинается на 2-3-й день и заканчивается на 7-12-й день после операции пересадки кожи в зависимости от особенностей регенерации и коэффициента растяжения.

Восстановленный таким методом кожный покров в первое время остаётся плотным и спаянным с подлежащими тканями. Через 4-6 мес кожа становится эластичной, легко беретка в складку, в отдаленные сроки косметические результаты вполне удовлетворительные.

В наших наблюдениях из 398 аутопластик кожи на гранулирующие раны полное приживление трансплантатов отмечено в 287 (72,1%) наблюдениях, приживление 70% пересаженных лоскутов - в 92 (19%), полный лизис кожных лоскутов наступил лишь в 19 (6%) наблюдениях.

Таким образом, активное хирургическое лечение, заключающееся в многоэтапности пластических операций с возможно малыми интервалами между ними и преимущественным применением кожной пластики сетчатыми трансплантатами толщиной 0,2-0,3 мм, позволило у большинства пострадавших пожилого и старческого возраста восстановить кожный покров в сроки от 30-45 дней со дня травмы даже при глубоких ожогах до 20% поверхности тела.

Как показали исследования, удаление некротических струпов на площади более 5% поверхности тела приводило к значительному ухудшению состояния пострадавших, что связано с высокой травматичностью данных оперативных вмешательств у больных пожилого и старческого возраста, а также с низкими адаптационно-компенсаторными возможностями стареющего организма. Опыт показал, что с целью уменьшения травматичности ранней некрэктомии и обеспечения более надёжного гемостаза, эту операцию целесообразно производить в два этапа. Вначале иссекаются некротические ткани, а через 2-4 дня выполняется аутопластика. Эта тактика обеспечивает лучшие исходы операций.

Метод ранних эксцизий некротических тканей оказался целесообразным лишь у физически крепких больных, не имеющих выраженных на-

рушений со стороны сердечно-сосудистой и лёгочной систем, на площади не более 5% поверхности тела. Иссечение некротических струпов даже на столь ограниченной площади у пострадавших, с ожогами общей площадью более 10% поверхности тела, ухудшало общее состояние, что не только задерживало выполнение следующего этапа кожной пластики, но и создавало угрозу для жизни у этого контингента больных. Поэтому одним из важных моментов при оперативном лечении обожженных старше 60 лет является не столько раннее начало пластического закрытия ран, сколько сохранение защитных сил стареющего организма на возможно длительное время, что даёт возможность восстановить кожный покров до развития необратимых изменений в организме пострадавших.

Стремление уменьшить опасность развития осложнений и улучшить исходы лечения побудили нас сократить показания к ранней некрэктомии у лиц старше 60 лет и применять более щадящие методы удаления некротических тканей. Одним из них явились этапные бескровные некрэктомии, выполняемые по мере отторжения некротических стругов.

В наших наблюдениях метод щадящих некрэктомии применялся 223 раза у оперированных больных. Сроки подготовки ран к первой аутопластике составили от 17 до 25 дней с момента травмы. Однако у пострадавших пожилого и старческого возраста имела значение не только подготовка ран в более ранние сроки, но и время между последующими этапами кожной пластики. Уменьшение сроков между оперативными вмешательствами до 5-6 дней у этого контингента больных позволило не только сократить сроки лечения, но и предотвратить ряд осложнений, связанных с длительным существованием ран (так, пролежни развились лишь у 3 больных, ожоговое истощение у 4 пострадавших и сепсис у 2 больных).

Нами изучались больные с сопутствующими заболеваниями. Например, распространённость сахарного диабета среди взрослого населения в разных странах составляет 5,7% и в 2010 году количество взрослых больных достигло 300 миллионов. Ежегодно число вновь диагностируемых случаев составляет от 5 до 10% от общего числа больных. По данным Международного института диабета при таком темпе роста заболеваемости к 2190 году все население земного шара (9 млрд.) будет болеть СД.

Получение ожоговой травмы у таких больных рассматривается как интеркуррентный процесс, так как при этом имеется изменение метаболизма углеводов, белков, жиров, связанна нарушением продукции и/или утилизацией инсулина, что существенно сказывается на процессе заживления ран. Известно, что у больных с термиче-

скими поражениями имеется стойкая гипергликемия на фоне инсулинорезистентности. Гормональные изменения, происходящие в организме вслед за ожогом, приводят к более интенсивному всасыванию глюкозы у таких больных. В то же время эффективность инсулина в процессах транспортировки глюкозы в клетки снижена. Предполагается, что резистентность инсулина у ожоговых больных происходит из-за повышенной циркуляции катехоламинов и кортизола. Следствием «гормонального взрыва» у ожоговых больных является интенсификация процессов глюконеогенеза, гликогенолиза в печени, что еще больше повышает содержание глюкозы в сыворотке крови. Расстройства микроциркуляции и обменные нарушения не только осложняют течение ожогового воспаления, но и удлиняют обе фазы раневого процесса. Так, в фазу экссудации отмечается замедленная миграция лейкоцитов, а низкая активность нейтрофилов и макрофагов существенно замедляет формирование «сухого» струпа в ожоговой ране и очищение ее от тканевого детрита. В фазу пролиферации заметно снижена активность образования коллагеновых и эластических волокон, прорастание в область раны новых кровеносных сосудов. В ожоговом отделении СФ РНЦЭМП за период с 2000-2010 годы находились на стационарном лечении 35 больных (из них 19 человек составляли женщины, 16 мужчины) с ожогами IIIA, IIIB, IV степени. В 33 случаях больные получили ожог кипятком в быту, в 2-х – пламенем. Общая площадь поражения составила от 2 до 10% поверхности тела (средняя площадь поражения составила $8 \pm 0,5\%$ поверхности тела) с момента получения ожога и до оказания квалифицированной помощи составил в среднем 3 ± 1 дня.

Существует еще ряд факторов, оказывающих отрицательное влияние на заживление ран у пациентов с диабетом. Снижение вибрационной и болевой чувствительности и развитие дистальной полинейропатии делает больных сахарным диабетом слабочувствительными к боли при небольших по площади ожогах. Это приводит к позднему обращению к специалистам и раннему развитию инфекционных осложнений. Гнойная инфекция у этих больных очень часто приводит к переходу латентной формы течения диабета в тяжелую, трудно поддающуюся корректирующей терапии. Образуется «порочный круг». С появлением ожоговой раны у больных диабетом растет уровень сахара в крови, увеличивается глюкозурия, развивается кетоацидоз, что приводит к увеличению глубины поражения и нередко образованию хронического изъязвления.

Нами рассматривался только сахарный диабет 2 типа тяжелого течения.

Оперативное лечение (свободная кожная пластика расщепленным лоскутом) была проведена у 12 пациентов щадящая некрэктомия на 15-18 сутки после травмы. Приживление аутотрансплантатов наблюдалось лишь у 10 больных на 80-85%, у 2-х больных наступил лизис аутотрансплантата на 30-40%. И все же наилучшие результаты оказались у 9 пациентов, которым проводилась тщательно подобранная гипогликемическая терапия, назначались сосудистые препараты.

Таким образом, специфические расстройства обмена, нейропатия, ангиопатия малых сосудов конечностей, повышенная чувствительность к инфекции оказывает повреждающее воздействие на процессы регенерации ожоговых ран у больных сахарным диабетом. Однако, раннее обращение к специалистам, адекватное лечение основного заболевания и коррекция гипергликемии позволяют оптимизировать процесс заживления ожоговых ран и существенно снизить риск поздних осложнений у больных диабетом.

При ожогах нижних конечностей с варикозным расширением вен. Трудности лечения ожогов стоп у пациентов старше 60 лет заключается в том, что в этом возрасте отмечаются различные сопутствующие заболевания, такие как варикозное расширение вен нижних конечностей, хроническая лимфопатическая недостаточность, облитерирующий атеросклероз сосудов, деформирующий артрит-артроз суставов стоп и др.

Нами проведен анализ результатов лечения ожоговых ран с мазью на водорастворимой основе «левомеколь», «левосин» у 32 больных старше 70 лет с ожогами II-III-Б степени, площадью от 2 до 10% поверхности тела.

Больные были разделены на две группы: первая группа - больные с ожогами II-III-Б степени (14 человек, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей, ХВН II-III ст., получившие венотоники - флебодиа 600 мг по 1 табл x 1 раз в день).

Вторая группа - пациенты с ожогами III-Б степени (16 человек, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей ХВН II-III ст., не получивших венотоники во время лечения).

Больным I группы начинали местное лечение с мазью «левомеколь», «левосин» на 2-е сутки после получения ожоговой травмы. На ранах обычно имелся фибриновый налет, отмечалась

большая отечность стоп, покраснение по ходу вен голени. Назначили внутрь венотоники - флебодиа 600 мг по 1т. x 1 раз в день. перевязки проводились через день. На 4-5 сутки использования препарата флебодиа и мазей на водорастворимой основе отмечалось уменьшение отека стоп, исчезло покраснение по ходу вен голени. Эпителизация ран наблюдалась на 14-16-е сутки.

Больным II группы начинали лечение на 2-е сутки после ожоговой травмы с мазями на водорастворимой основе. На 10-13-е сутки отмечалось уменьшение отека стоп и голени. Заживление ран отмечалось на 20-25-е сутки.

Таким образом, местное лечение ожоговых ран с применением мазей на водорастворимой основе «левомеколь», «левосин» и применением венотоника флебодиа 600 мг у пациентов с ожоговыми травмами стоп и варикозной болезнью нижних конечностей и хронической лимфопатической недостаточностью нижних конечностей является одним из эффективных методов лечения такой категории больных.

Применение активного хирургического лечения разработанного в нашем ожоговом центре, одним из принципов которого является сокращение интервалов между этапами кожной пластики, позволило восстановить кожный покров у 158 из 419 оперированных в сравнительно короткие сроки, несмотря на то, что многие из них имели тяжелые ожоги, протекавшие на фоне сопутствующих заболеваний и возрастных изменений (табл. 1).

Как видно из представленной таблицы, сроки восстановления кожного покрова составили от 30-45 дней у 170 пострадавших, от 46-60 дней - у 249 больных.

Большое значение при лечении пострадавших с глубокими ожогами имеет правильный выбор метода кожной пластики. Особенно большое значение следует придавать толщине срезаемых трансплантатов, так как у пострадавших старше 60 лет кожные покровы атрофированы и истончены. В наших наблюдениях толщина срезаемых кожных лоскутов определялась не только возрастом больных, но и характером закрываемых ран и их локализаций. На лице и в области крупных суставов применялись более толстые (0,3-0,35 мм) трансплантаты, которые меньше подвержены вторичному сморщиванию.

Таблица 1. Влияние активного хирургического лечения на сроки восстановления кожного покрова

Площадь глубоких ожогов (%)	Кол-во больных со сроками лечения		Всего больных
	30-45 дней	46-60 дней	
До 10	158	-	158
11-19	12	231	243
20 и более	-	18	18
Всего	170	249	419

Таблица 2. Характер произведенных оперативных вмешательств в зависимости от площади ожоговых ран

Площадь ожоговых ран, %	Кол-во больных	Некротомия	Некрэктомия		Виды кожной пластики			Всего операций
			ранняя	Щадящая и Хим НЭ	Ауто-пластика	ауто- и аллопластика	Ампутация и экзартикуляция	
До 10	171	10	124	-	201	-	-	335
11-19	214	17	30	211	301	12	12	583
20 и более	34			32	97	32	-	161
Всего	419	27	154	243	599	44	12	1079

При лечении пострадавших с обширными ожогами имеется значительный дефицит донорских участков кожи. В этих случаях возникает необходимость в повторном срезании кожных лоскутов с одного и того же донорского места.

После закрытия ран в области суставов, с целью их фиксации, накладывались лёгкие съёмные гипсовые лонгеты. Характер произведенных оперативных вмешательств отражен в таблице 2.

Рассекать следует только сам струп на глубину 1,5-2 мм так. Чтобы не вызвать обильного кровотечения. Эту операцию, совершаемую в пределах нежизнеспособных и потерявших чувствительность тканей. Выполняют без анестезии. Поверхность струпа, предназначенную для рассечения, дезинфицируют спиртом или 5% йодной настойкой. Концом острого скальпеля наносят достаточно длинные разрезы вдоль оси конечности, туловища или шеи, лучше в шахматном порядке, параллельно друг к другу. При правильно выполненной операции кровотечения почти не бывает, края разрезов расходятся и напряжения тканей снимается.

Иссечение омертвевших тканей на всю глубину до поверхностной или даже глубокой фасции – более радикальный метод некрэктомии. Эту операцию выполняют с помощью обычных хирургических инструментов – ножницами или скальпелем. Некротизированную кожу желательнее удалить общим блоком. Можно предварительно нанести параллельные разрезы на всю глубину некротизированной кожи, а затем удалять эти пласты в виде лент вместе с большим и меньшим слоем подкожной жировой клетчатки.

При оперативном лечении у пострадавших старше 60 лет, имевших те или иные нарушения жизненно важных органов и систем (ПОН), даже ограниченные ожоги создавали угрозу жизни, поэтому на первом плане стоял вопрос об объеме кожнопластических операций.

Проведенные исследования показали целесообразность сдержанной тактики, применяемой у пострадавших этого возраста, которая заключалась в сокращении объема оперативных вмешательств, выборе щадящих методов обезболивания и наиболее рациональных способов кожной пла-

стики. Даже при хорошем состоянии грануляционного покрова и достаточных компенсаторных возможностях организма, площадь одномоментного закрытия ран не превышала 1100 см².

Тактика многоэтапных аутопластических замещений кожного покрова с определением объёма пластики в каждом отдельном случае, в зависимости от состояния пострадавших и подготовленности ожоговых ран, была наиболее рациональна у этого контингента больных.

При закрытии гранулирующих ран сплошными трансплантатами перевязка производилась на 2-3 день после кожной пластики, а применение сетчатых трансплантатов, обладающих хорошей дренажной способностью, позволяло отсрочить первую перевязку до 5-6 дней. Ранние перевязки травмировали ещё неокрепшие кожные лоскуты и ухудшали их васкуляризацию, что способствовало лизису пересаженных трансплантатов.

Наряду с задачей восстановления кожного покрова, не менее важной остаётся проблема лечения ран донорских участков, особенно у пострадавших пожилого и старческого возраста.

Для сравнительного изучения эффективности различных методов лечения ран донорских участков, нами у 147 больных были применены асептические повязки с антисептическими растворами с использованием лазера, у II пострадавших повязки с силиконом, у 9 больных - повязки с раствором цетилпиридиний хлорида в концентрации 1:2000, у 46 больных лечение ран осуществлялось с применением перфорированной плёнки из поливинилового спирта и у 34 обожжённых - повязок с другими лекарственными препаратами (альгилор, антибиотики и т.д.).

Лучшим оказался асептическая повязка с противовоспалительными препаратами и лазерным облучением, которая способствовало ускорению заживления донорских ран на 2-3 дня.

Выводы:

На успешное проведение операций многоэтапной свободной кожной пластики и её исходы существенное влияние оказывают состояние и сроки заживления ран донорских участков, а они, в свою очередь, зависят от локализации донор-

ских мест, толщины кожи на этих участках и толщины срезаемых трансплантатов.

Из 1855 ран нагноились 148 (8,0%). Из них среди больных I группы – 4,5%, II группы – 9,8%). При анализе факторов, влияющих на возникновение нагноения, установлено действие нескольких причин: срезание избыточно толстого лоскута, давления на рану в послеоперационном периоде и т.д. Чем больше количество комбиальных элементов (эпителиальных клеток придатков кожи и их выводных протоков) остается в глубине раны донорского места, тем она устойчивее к инфекциям.

Худшие результаты эпителизации донорских ран зафиксированы в старшей возрастной группе (более 75 лет). Это объясняется тем, что к старости наряду с понижением регенеративной потенции организма происходит истончение кожи за счет дермы и утолщение рогового слоя эпидермиса. Количество придатков резко уменьшается, появляется гиперкератоз фолликулов устьев сальных и потовых желез, склероз кожных сосудов. Задержку эпителизации ран донорских участков у пожилых больных можно объяснить изменениями кожи.

Заживление донорских ран (1855) оставшихся после забранного расщепленного кожного лоскута в среднем составило $15,7 \pm 0,5$ дня (I группа $13,5 \pm 0,5$, II группа $17,8 \pm 1,0$ дня).

Активное хирургическое лечение, заключающееся в многоэтапных аутопластик кожного покрова с возможно малыми интервалами между ними с использованными сетчатыми трансплантатами толщиной 0,2-0,3 мм при обширных глубоких ожогах у больных пожилого и старческого возраста является наиболее рациональной, что позволяет восстанавливать кожный покров в сроки от 30 до 45 дней после травмы

Литература:

1. Бойко В. В. и др. Возможности комбинированного лечения и профилактика осложнений при субфасциальных ожогах // Харківська хірургічна школа. – 2015. – №. 1. – С. 89-95.
2. Карабаев Б., Фаязов А. Наш опыт лечения ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Журнал вестник врача. – 2011. – Т. 1. – №. 01. – С. 110-114.

3. Карабаев Х. и др. Желудочно-кишечные кровотечения при ожоговой болезни // Журнал вестник врача. – 2013. – Т. 1. – №. 01. – С. 70-74.

4. Ризаев Ж.А. и др. Особенности течения пневмонии, ассоциированной с кариесом зубов, у детей // Тиббиёт ва спорт Medicine and Sport. – 2020. – С. 3.

5. Рузибоев С. Оптимизация хирургического лечения глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном. – 2011.

6. Фаязов А. Д., Ажиниязов Р. С. Особенности течения ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21. – №. 3. – С. 54-57.

7. de Sire A. et al. Sarcopenic dysphagia, malnutrition, and oral frailty in elderly: a comprehensive review // Nutrients. – 2022. – Т. 14. – №. 5. – С. 982.

8. Johnson I. P. Age-related neurodegenerative disease research needs aging models // Frontiers in aging neuroscience. – 2015. – Т. 7. – С. 168.

9. Keller S. M., Burns C. M. The aging nurse: Can employers accommodate age-related changes? // AAOHN Journal. – 2010. – Т. 58. – №. 10. – С. 437-446.

10. Reich A., Ständer S., Szepietowski J. C. Pruritus in the elderly // Clinics in dermatology. – 2011. – Т. 29. – №. 1. – С. 15-23.

ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Даминов Ф.А.

Резюме. Цель исследования. рациональный способ хирургического лечения при глубоких ожогах в пожилом и старческом возрасте. Материалы исследований. В ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП в период 2002-2022 г.г. ожоговой болезнью лечились 419 пациентов пожилого и старческого возраста. На успешное проведение операций многоэтапной свободной кожной пластики и её исходы существенное влияние оказывают состояние и сроки заживления ран донорских участков, а они, в свою очередь, зависят от локализации донорских мест, толщины кожи на этих участках и толщины срезаемых трансплантатов.

Ключевые слова: ожоговая болезнь, пожилой и старческий возраст, ранняя хирургическая некрэктомия, аутодермопластика.

ТРАВМАДАН КЕЙИНГИ ЭПИЛЕПСИЯДА БЕМОРЛАРНИНГ КОМПЛЕКС ДИАГНОСТИКАСИ



Джурабекова Азиза Тохировна, Санакулова Дилноза Абдуганиевна
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Джурабекова Азиза Тохировна, Санакулова Дилноза Абдуганиевна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

COMPLEX DIAGNOSTICS OF PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC EPILEPSY

Djurabekova Aziza Tokhirovna, Sanakulova Dilnoza Abduganievna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Эпилепсиянинг кўпгаб этиологик омиллари ичида травматик миё шикастланиши алоҳида рол ўйнайди. ПТЭ шаклланишининг табиати БМШ ва травмадан кейинги даврнинг давомийлигига боғлиқ. Бундан ташқари, ПТЭ шаклланишига экзоген ва эндоген даражадаги кўпгаб омиллар таъсир кўрсатади, ҳамда асосий БМШ касаллиги асосида ривожланадиган жараёнлар ва эпилептик хуруж фонидаги патологик жараённи кучайтиради. Олиб борилган изланишларда шу маълум бўлдики, травма натижасида келиб чиқадиган, туғруқ жараёнидаги травма (перинатал енцефалопатия) туфайли ривожланган эпилептик хуружларнинг табиати, болалик давридаги нейроинфекция (оғир ҳолатларда конвулсив синдром билан кечади), дисциркулятор энцефалопатия (кузатилган атрофик жараёнлар билан) сереброваскуляр ишемия ҳолатлари натижасида (ТИХ), дизметаболик касалликлар (метаболизм бузилиши ҳисобига келиб чиқадиган) – юқоридаги барча факторлар натижасида келиб чиқадиган ПТЭ хуружлари бир-бирдан фарқ қилади. Текиширувларда ПТЭ бўлган беморларда миёнинг биоэлектрик фаоллиги аниқ ва ёрқин бўлиши, ЭЭГ да миё яримшарлари орасидаги уланишда амплитуданинг юқори бўлиши бош миё марказлари ўртасидаги боғланишининг юқори эканлигини кўрсатади.

Калит сўзлар: травмадан кейинги эпилепсия, перинатал енцефалопатия, ЭЭГ, HADS, QOLIE – 31.

Abstract. In the context of numerous etiological factors of epilepsy, a special role is assigned to traumatic brain injury. The nature of the formation of PTE is affected by the severity of TBI and the duration of the post-traumatic period. In addition, the formation of PTE, is influenced by many factors of exogenous and endogenous levels, enriching both the course of the underlying TBI disease and the pathological process in the form epileptic seizure. The work studied the factors that come with trauma, the property which affected the nature of the epileptic seizure: aggravation during the period birth (perinatal encephalopathy in history); transferred neuroinfection in childhood (and in several cases, accompanied by convulsive syndrome; dyscirculatory encephalopathy (with existing cerebral atrophic process); consequence of acute cerebrovascular accident ischemic type (TIA); dysmetabolic disorder; As a result, seizures differ in patients with PTE, where the bioelectrical activity of the brain in patients with PTE, much brighter and expression, as well as information content on functional tests prediction, where the EEG shows an increase in interhemispheric leads, which indicates an increase in the intercentral connections of the brain.

Key words: Post-traumatic epilepsy, perinatal encephalopathy, EEG, HADS, QOLIE – 31.

Долзарблиги: Бир қатор тадқиқотларга кўра, дебют хуружнинг шаклланиши жароҳатдан кейинги дастлабки 5 йил ичида содир бўлади [3, 11]. Смелянов А. Й. (2010), посттравматик эпилепсиянинг (ПТЭ) пайдо бўлишининг "критик" даврига ишора қилади, кечиккан даври бу ходисани аниқроқ ёритиб беради ва бу маҳаллий шартли симптоматик эпилепсия ҳисобланиб, бу

касаллик патогенезининг асосий маҳаллий кортекс ва субкортикал тузилмалардаги макро - ва микро - структуравий ўзгаришлар, миё ярим кортексининг атрофияси, миё тузилмаларидаги кистик ўзгаришлар, кичик фокусли калсификация ҳисобланади [4, 12]. Шунга кўра, ПТЭ клиник вариантларининг хилма-хиллиги билан ажралиб туради, улардан энг катта фоизини марказлашган

ёки қисман хуружларнинг комбинацияси ташкил этади (55% дан ортиқ) (5, 8). Энг кўп ўрганилган травматик судурги механизмлари орасида суюклик-перкуссия ҳолатида шикастланиши ва кортикал тизим томонидан бошқариладиган системаларнинг зарарланиши ёки "weight-drop" деб номланган ҳолатда зарарланиши кенг тарқалган таъсир қилиш механизми ҳисобланади [6, 10]. Бошқа томондан, жараён яллиғланиш билан бошланади ва ундан кейин гематоенсефалитик тўсиқ ва глиал фаоллик ўтказувчанлигининг назорат қилинмаган ҳолатда ўсиши кузатилади (Принсе Д. А. ва бошқ 2012). Бу миядаги кўп даражали ўзгариш, эпилептик фокусни ва у интер-иктал ва иктал епиактивликни ҳосил қилади [3, 11]. Бундан ташқари, ПТЭ шаклланиши учун, экзоген ва эндоген даражадаги кўплаб омиллар таъсир қилади, БМШ касаллигида патологик жараёнлар эпилептик хуруж фониди ривожланади [4, 9]. Беморнинг ёши, ҳамроҳ сурункали касалликлари, ёмон одатлар, болалик даврида конвулсив синдром, оғир перинатал ҳолатлар, генетик хавф омиллари ва бошқалар нейронларнинг фон ёки "асосий" мойиллигининг дастлабки мавжудлиги мия эпилепсия фокусининг шаклланишига муҳим рол ўйнайдиган асосий факторлар ҳисобланади. Юқорида айтилганларнинг барчаси, ушбу тадқиқот учун шароитларни олдиндан белгилаб беради.

Тадқиқот мақсади. Посттравматик эпилепсия мавжуд беморларда психоневрологик ўзгаришларни таъсир етувчи факторлар фониди ривожланган хуружларни клинко-инструментал текширишларнинг долзарблилиги ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Травмадан кейинги эпилепсия билан касалланган асосий 1- гуруҳни ташкил етган 56та беморда (стационар 2021-2023 йиллар давомида МК СамДТУ неврология бўлимида даволанган) текширув ўтказилди. Ташхис учун асослар куйидагича: тасдиқланган хужжат (касалик тарихидан кўчирма), Самарқанд Шаҳар Шошилинич Тез Тиббий Ёрдам касалхонасининг нейрохирургия бўлимида даволанганлиги; КТ маълумотлари, амбулатория шароитида кузатув хужжатлари (жароҳат олган кундан бошлаб охириги 0-5 йил ичида). Беморларнинг умумий гуруҳидан 56 беморнинг намунаси олинган, жорий давр учун Самарқанд шаҳри бўйича шикастли мия жароҳати олганлар, 730 киши бўлиб, (сўров усули билан); бундан ташқари, беморлар тадқиқот мезонлар ва беморларнинг касаллик тарихи асосида киритилган фон омилнинг конвулсив синдромга мойиллиги, перинатал энсефалопатия шаклида перинатал бузилиш ёки қолдиқ энсефалопатия билан ташхисланган. 2- гуруҳ куйидаги беморлардан иборат эди: эпилептик касаллик (идиопатик эпилепсия 34%), гуруҳда жами 38 бемор мавжуд

бўлиб, уларнинг даволаниши текшириш пайтидаги ҳолатига боғлиқ еди (бу бўлимдаги стационар даволаниш, неврология ва амбулатория шароитида даволаниш).

3-гуруҳ бир хил ёшдаги ва жинсдаги соғлом шахслардан иборат. Ёши бўйича интервал 20 ёшдан 40 ёшгача, жинси бўйича катта фоиз эркак жинсига тўғри келади; 73,2%. Эпилептик хуружларни тақсимлаш учун тасниф ишлатилган (ЕЛАЕ, 1989).

Тадқиқотнинг биринчи босқичида (беморларни танлаш) рўйхатга олиш китоби, беморнинг ўзи ва қариндошлари ўртасида батафсил сўров ўтказиш билан карталар тўлдирилди. Келгуси йилда беморларнинг ахволини ҳар томонлама баҳолаш учун куйидаги стандарт усуллар амалга оширилди: неврологик текширув, инструментал усул ЭЭГ тадқиқотлари (кунлик ЭЭГ). Бундан ташқари, когнитив функцияларни ва ташвиш даражаси (депрессия)ни текшириш учун нейровизуал текширув, психоневрологик тестлар; якуний босқичда беморнинг "хаёт сифати"ни аниқлаш мажбурий еди. Барча маълумотлар индивидуал равишда қайта ишланган статистика дастурларининг стандарт тўплами Студенс мезонлари бўйича таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. Беморларни тадқиқ қилиш, тадқиқот гуруҳига киритилган омилларни аниқлаш эпилептик синдром БМШ нинг асосий касаллиги жараёнларини ва БМШ асоратини кучайтириши аниқланди. Бунинг учун анамнестик ишлатилган сўровнома (индивидуал мослаштириб тузилган) ва текширилган беморларни куйидаги гуруҳларга ажратди: 20 ёшгача (А) ва 30 ёшдан ошган гуруҳ (Б). А гуруҳ беморлари орасида, этиологик омиллар аниқланди: туғилиш давридаги паталогиялар (перинатал энсефалопатия тарихи); болаликдаги нейроинфекция (конвулсив синдром); бош мия шикастланиши. Б гуруҳда дискриркуляцион энсефалопатия (мавжуд бўлганлар билан мия атрофик жараёни); Ишемик типда бош мия кон айланишининг ўткир бузилишлари; дисметаболик бузилиш; мия ўсмаси; бош мия шикастланиши аниқланди. Кўриб турганингиздек, симптоматик эпилепсия билан бош мия шикастланиши етакчи ўринларда туриб, шу билан бирга шикастланишнинг энг кўп даври 20 йилдан 35 йилгача тўғри келади. Шундай қилиб, симптоматик эпилепсия шакллари орасида, травмадан кейинги эпилепсия 50% дан ортиқни эгаллайди. Касалликнинг тасдиқланган сабаблари орасида, перинатал ва болалик даврида ўтказилган паталогиялар ва нейроинфекциялар, яъни фон конвулсив синдромлар йетакчилик қилади. Кейинчалик беморларни текшириш фақат травмадан кейинги эпилепсия (ёши 18 дан 50 гача бўлган йиллар)мавжуд беморларда ўтказилди.

Гендер тақсимоти бўйича беморларни таҳлил қилиш натижаси эркакларнинг устунлигини (77,9%) курсатди. Биринчи эпилептик хуружларнинг ривожланиши олинган жароҳатнинг оғирлик даражасига боғлиқ бўлиб, эпилептик касалликнинг "чўққиси" эканлиги БМШ дан кейин тутқаноқлар биринчи йил охирида, иккинчи йил бошида содир бўлиши маълум бўлди (95,0%). Таснифга мувофиқ, БМШ олганлар беморлар турли даражадаги жароҳатларга эга эдилар; шундай қилиб, энгил даража 40%, ўртача оғир даража 31,3%; оғир даража (кўқаришлар жарроҳлик билан миянинг 29,7%) қайд етилган. Шикастланишни даражаси бўйича жароҳатни бошнинг бирон бир томонидаги аниқ локализацияни аниқлашнинг фойдаси йўқ эди, зероки, фронтотемпорал соҳада зарарланишнинг симптомлари аниқланган бўлсада. Эпилепсия таснифига кўра турлари, кўп ҳолларда умумий конвулсиялар дебют қилинди (85,5%); фокал изоляция қилинган эпилептизмлар фақат 3% ҳолларда кузатилган. Хуружлар бир марталик эпизодлардан барқарор эпизодларга шаклланиш хусусиятига эга бўлиб, тез-тез такрорланади ва куннинг маълум бир вақт оралиғига тўғри келади. Шундай қилиб, бир ой ичида биринчи марта пайдо бўлган хуружлар 25 %га етган, кейинги ойларида беморларнинг 70% дан ортиғида бу ҳолат кузатилган. Қисман эпилептизмлар сомато-мотор шаклида намоён бўлди ёки сомато-сезгир хужумлар когнитив бузилишларга сабаб бўлди. БМШ нинг зарарланиш ва оғирлик даражаси клиник ва неврологик аломатлар боғлиқ. Шунга кўра, беморларда ҳаракат бузилиши (62,2%), БМШ (Марказий) томонидан бузилишлар 43,3%). Патологик белгилар характерли бўлиб кўпгина ҳолларда орал автоматизм белгилари (37,5%); сезиларли даражада координация бузилиш белгилари (49,0%) аниқланди. Шунини таъкидлаш керакки, беморларда ва уларнинг қариндошларида депрессия ва прогрессив эпилептик тутилишларга қарамадан неврологик аломатлар (фокал) аниқланмади. Мия МРИ ёрдамида нейроимагинг текшируви, ПТЭ билан касалланган барча беморларда (86,9%) кистик-глиоз ўчоқлари шаклида битта ёки бир нечта ўзгаришлар аниқланди. Мия атрофияси белгилари 100% да қайд етилган бўлиб, гидросефалик белгилари параллел равишда қайд етилган (ассиметрик ёки носимметрик). МРИ такрорий ўтказилганда (баъзи ҳолларда), динамикада ўзгаришлар аниқланмади. Электроэнцефалографик тадқиқотлар натижаларини баҳолаш (ЭЭГ) барча беморларда (ўрганиш даврида 2 дан 5 мартагача), топилган ҳар бир инсонда маълум бир нақш, эпилептик фаоллик қайд етилган, ҳатто минтақавий фарқ бўлса ҳам(45,5%).

Маҳаллийлаштириш нуктаи назаридан, улар тез-тез учрайдиган ҳудуднинг жойларига тўғри келди жароҳатлар (фронтал, фронтотемпорал), 40% ҳолларда; патологик фаолият чапда аниқланган. Бир неча ҳолатларда "ойна ўчоғи" мавжуд эди, шикастланишнинг қарама-қарши марказига (16,2%) тўғри келади. Юқори амплитуда тета тўлқинлари – ва делта диапазони, 27% ҳолларда кузатилган. Бир нечта беморларнинг юборилган кундалик ЭЭГ мониторингини таҳлил қилиш, 15% ҳолларда тунги уйку пайтида эпилептизмнинг аниқ частотасини ақс этади. Мисол учун :1. Касал Шарипов Ф., 11 ёш. Шунини таъкидлаш керакки, ПТЭ билан оғриган беморлар психо-эмоционал жиҳатдан фарқ қилиб, улар беқарор, тажовузкор (спиртли ичимликлар истеъмол қилишга мойиллик), жанжалкаш, бошқаларга нисбатан норози, қобилиятли эмас. Бундан ташқари, текширилган беморларда анамнестик сўров давомида когнитив функциялар нуқсонлар қайд етилган. 36 беморда нейрпсихологик когнитив ҳолат баҳоланди. ММСЕ кўрсаткичлари қуйидагича эди: 10 беморда когнитив дисфункция, баллар кўрсаткичи 27,1±0,3; 21 беморда когнитив пасайиш аниқланди, балл кўрсаткичлари 25,1±1,0; когнитив кўрсаткичларнинг аниқ бузилишлари 5 беморда қайд етилган, 19,0±2,0. Агар клиник тоифадаги когнитив нуқсонни кўриб чиқсак, бу асосан хотира ва эътиборнинг пасайиши; секин фикрлаш даражаси; аниқ ўзгаришларга ега беморларда когнитив, ижтимоий нотўғри ишлашнинг бузилиши қайд етилган. Қариндошлар томонидан ҳиссий лабиллик ҳақида энг кўп учрайдиган шикастлар, беморлар ташвиш (депрессия) ни шифохона микёсида баҳолашди ҲАДС, бу эрда 7 беморда баллар бўйича норманинг бир варианты қайд этилган (7 тагача); 22 да беморлар (10 баллгача) – ташвиш (депрессия) нинг субклиник таърифи; 10 баллдан юқорилар ичида қолган 7 ҳолат-аниқ клиник ташвиш қайд етилди (депрессия). Шундай қилиб, тадқиқот маълумотлари асосида когнитив пасайиш даражасида этарлича юқори натижалар бузилишлар ва юқори даражадаги ташвиш ва депрессия даражаси аниқланди. Травмадан кейинги беморларда юқорида тавсифланган барча ўзгаришлар эпилепсия, ҳаёт сифатининг пасайиши ва когнитив ўзгаришларга сабаб бўлиши аниқланди.

Хулоса. Клиник ва неврологик синдромлар ва эпилепсиянинг табиати тутқаноқлар травмадан кейинги эпилепсия билан оғриган беморларда фарқ қилади ва идиопатик эпилепсия, миянинг биоэлектрик фаолияти ПТЭ билан оғриган беморлар, шунингдек, ахборот мазмуни анча ёрқинроқ ва равшан ЭЭГда ўсиш қайд етилган функционал прогнозлаш тестлари

интерхемисферик кўзгалишлар, бу миянинг марказлараро алоқаларининг кучайишни кўрсатади. 1) ПТЭ ривожланишининг асосий башоратчилари БМШ оғирлик даражасидир (ўртача ва оғир травма), давр давомийлиги (бошидан биринчи хуружлардан олдинги жароҳатлар), бошланиш қанчалик эрта бўлса, прогноз шунчалик ёмон бўлади; ва нима хуружларга мойил бўлган фон омили жуда муҳим емас (ичида перинатал бузилиш тарихи, нейроинфекция, ирсий мойиллик); беморнинг ёши; локализация шикастланишлар (темпоромедиобазал, фронтал ёки кўп фокусли) КТ тадқиқот усуллари, нейропсихиатрик ПТЭ билан касалланган беморларни даволашда комплекс ёндашиш зарур.

Адабиётлар:

1. Абдуллаева Н. Н., Вязикова Н. Ф., Шмырина К. В. Особенности эпилепсии у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // Доброхотовские чтения. – 2017. – С. 31-34.
2. Абдуллаева Н. Н., Ким О. А. Клинические особенности фокально обусловленной симптоматической височной эпилепсии у больных пожилого возраста // Доброхотовские чтения. – 2017. – С. 35-37.
3. Абдуллаева Н. Н. Новые возможности в терапии функциональных нарушений у больных с постинсультной эпилепсией // Уральский медицинский журнал. 2014. Т. 123, № 9. – 2014.
4. Джурабекова С.Т., Парманова А.М., Амонова З.К., Джурабекова А.Т. Влияние антиэпилептических препаратов на становление репродуктивной функции у детей и женщин // Журнал Неврологии и нейрохирургических исследований, Ташкент, 2022, № 3(2), с. 6-10
5. Илиев Р.Т., Достоева Б.С. Посттравматическая эпилепсия, Вестник КазНМУ, №2-2015, с. 385-386
6. Зайцев О.С., Гриненко О.А., Шагинян Г.Г. Ранние судорожные приступы и посттравматическая эпилепсия // Нейрохирургия и неврология Казахстана №4 (21), 2010, с. 20-24
7. Ризаев Ж. А., Хайдаров Н. К. Клиническое, эпидемиологическое и этиопатогенетическое исследование ишемического инсульта // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1.
8. Ризаев Ж. А. и др. Оценка функциональных изменений, формирующихся в зубочелюстной системе боксеров // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 270-274.

9. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии брукцеллезного генеза //Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.

10. Ризаев Ж. А., Агзамова С. С., Туляганов Н. А. Результаты ретроспективного анализа сочетанных травм средней зоны лица // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 2.

11. Amonova Z.K., Djurabekova A.T., Khamedova F.S. Epilepsy against the background of hypothalamic-pituitary system dysfunction from the perspective of gender differences // The current state of development of world science: characteristics and features, Lisbon, 2021, № 2, p. 94-98

12. Amonova Z.K., Djurabekova A.T., Shomuradova D.S., Mamurova M.M. Clinical and neurological hormonal features of hypotolamohypophysical system imbalance in patients with epilepsy // International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECS), Vol 14, Issue 03, 2022, p. 10071-10075

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Джурабекова А.Т., Санакулова Д.А.

Резюме. В разрезе многочисленных этиологических факторов эпилепсии, особую роль отводят черепно-мозговой травме. На характер формирования ПТЭ влияет тяжесть ЧМТ и длительность посттравматического периода. Кроме того, на формирование ПТЭ, оказывает влияние множество факторов экзогенного и эндогенного уровня, обогащающие как течение основного заболевания ЧМТ, так и патологический процесс в виде эпилептического приступа. В работе изучены факторы, пришедшие к травме, свойство которых повлияло на характер эпилептического приступа: отягощенность в период рождения (перинатальная энцефалопатия в анамнезе); перенесенная нейроинфекция в детстве (причем в нескольких случаях, сопровождавшаяся судорожным синдромом); дисциркуляторная энцефалопатия (с имеющимися церебральным атрофическим процессом); последствие острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу (ТИА); дисметаболическое нарушение; В итоге приступы отличаются у больных с ПТЭ, где биоэлектрическая активность головного мозга у больных ПТЭ, намного ярче и выражение, как и информативность по функциональным пробам прогнозирования, где на ЭЭГ отмечается рост межполушарных отведений, что свидетельствует об усилении межцентральных связей головного мозга.

Ключевые слова: Посттравматическая эпилепсия, перинатальная энцефалопатия, ЭЭГ, HADS, QOLIE – 31.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ДИАРЕЙ И ПОСТДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С КИШЕЧНЫМИ ПАРАЗИТОЗАМИ



Ибадова Гульнара Алиевна¹, Максудова Лайло Масхутовна¹, Ташпулатова Гузал Алиевна²

1 - Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Научно-исследовательский институт санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент

ИЧАК ПАРАЗИТОЗЛАРИ БИЛАН ОГРИГАН БОЛАЛАРДА ЎТКИР ДИАРЕЯ ВА ПОСТДИАРРЕАЛ СИНДРОМНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ибадова Гульнара Алиевна¹, Максудова Лайло Масхутовна¹, Ташпулатова Гузал Алиевна²

1 - Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент;

2 – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Санитария, гигиена ва касб касалликлари илмий-тадқиқот институти, Тошкент ш.

FEATURES OF THE COURSE OF ACUTE DIARRHEA AND POST-DIARRHEAL SYNDROME IN CHILDREN WITH INTESTINAL PARASITOSIS

Ibadova Gulnara Aliyeva¹, Maksudova Laylo Mashutovna¹, Tashpulatova Guzal Aliyeva²

1 - Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Research Institute of Sanitation, Hygiene and Occupational Diseases of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: prof.ibadova@mail.ru

Резюме. Клиник тадқиқотлар ўткир диарея билан огриган 168 бемор ва 3 ёшгача бўлган постдиарреал синдром ва бирга келадиган ичак паразитози бўлган 189 беморда ўтказилди. Тадқиқот натижаларига кўра, ичак паразитози билан бирга бўлган болаларда ўткир диарея ва диареядан кейинги синдромнинг намоён бўлиши узокроқ ва касалликнинг янада аниқ белгилари билан содир бўлиши аниқланди. Касалликнинг бошқа этиологик омиллари бўлмаганда ўткир диареяда бластотсистоз этиологик омил бўлиши мумкинлиги кўрсатилган. Кўпинча 3 ёшгача бўлган болаларда ўткир диарея, бластокистоз, гиардиасис ва энтеробиоз аниқланади.

Калим сўзлар: ўткир диарея, диареядан кейинги синдром, 3 ёшгача бўлган болалар, бирга келадиган ичак паразитози.

Abstract. Clinical studies were conducted on 168 patients with acute diarrhea and 189 patients with post-diarrheal syndrome and concomitant intestinal parasitosis under the age of 3 years. The results of the study established that in children with concomitant intestinal parasitosis, acute diarrhea and manifestations of post-diarrheal syndrome last longer and exhibit more pronounced disease symptoms. It has been shown that blastocystosis can be an etiological factor of acute diarrhea in the absence of other etiological factors of the disease. The most commonly identified parasites in children under 3 years with acute diarrhea are blastocystosis, giardiasis, and enterobiasis.

Keywords: acute diarrhea, post-diarrheal syndrome, children under 3 years, concomitant intestinal parasitosis.

Введение. Острые диарейные заболевания (ОДЗ) остаются актуальной проблемой инфекционной патологии в Узбекистане. Острые диареи (ОД) достаточно редко дают хронизацию инфекционного процесса. Основной проблемой после перенесенной ОД является развитие постдиарейного синдрома, характеризующегося рядом функциональных нарушений со стороны различных органов и систем организма [1; 3; 6 и др.]. Нарушения барьерно-защитной функции ЖКТ после перенесенной ОД обуславливают снижение не-

специфической защиты, приводящей к повышению восприимчивости организма ребенка к различным заболеваниям с увеличением числа часто болеющих детей [1; 2 и др.]. До настоящего времени практически не прилагалось усилий для выявления микст-инфекций – бактериальных и паразитарных и после выделения патогенных энтеробактерий обычно поиск этиологического фактора ОД прекращается. Хотя, объединенные с кишечными бактериальными инфекциями общими механизмами заражения кишечные паразитозы мо-

гут оказать негативное влияние на течение бактериальной инфекции из-за разнонаправленных протективных иммунологических реакций [4; 7; 8 и др.]. По мнению большинства исследователей, сопутствующие паразитозы приводят к значительным нарушениям системы иммунитета у детей, что может сказываться на характере и продолжительности основного заболевания, в том числе ОД и постдиарейного синдрома [4; 5; 8; и др.].

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения острых диарей и постдиарейного синдрома на фоне кишечных паразитозов у детей раннего возраста, оптимизировать подходы к терапии.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели были обследованы 168 больных ОД в возрасте до 3 лет, мальчиков среди заболевших было 99 (58,9%), девочек - 69 (41,1%). Средний возраст детей составил $1,14 \pm 0,25$ лет. Также, был проведен осмотр и разработаны амбулаторные карты 189 детей раннего возраста перенесших ОД в сроки от 3 до 6 мес. до момента обследования.

В процессе работы использованы следующие методы: клиническое обследование, бактериологический, серологический, паразитологический и статистический методы исследования.

Диагностику кишечных паразитозов проводили методом трехкратной копроскопии. Образцы стула собирали в консервант Турдыева. Образцы стула исследовали на кишечных простейших и гельминтов.

Результаты исследования. Для подтверждения диагноза ОДЗ были проведены клинико-

бактериологические и серологические (ИФА) исследования, по результатам которых выделено 13 штаммов патогенных энтеробактерий - 12 штаммов *S.typhimurium* и 1 штамм *Sh.flexneri 2a*, что составило соответственно 7,5 % и 0,6 % от общего количества исследованных образцов. В 49 (53,3%) случаях образцы фекалий оказались положительными на антиген ротавируса. В остальных 106 случаях (63,1%) этиологию ОДЗ определить не удалось. Однако, согласно имеющимся литературным данным ОДЗ могут быть инициированы кишечными паразитозами. С этой целью и для определения частоты выявления сопутствующих паразитозов были проведены паразитологические исследования (таблица 1).

Исходя из представленных данных, очевидно, что у обследованного контингента больных наблюдается значительная частота кишечных паразитозов - 78 случаев, что составляет 46,4%. В 11 (6,5%) случаях отмечена микст инвазия паразитами в различных комбинациях.

С 7-8 месяцев ребенок начинает активно познавать окружающий мир и появляется риск заражения кишечными паразитозами. Учитывая это, для изучения зараженности детей кишечными паразитозами все больные были разделены на 2 группы: дети до 8 месяцев 38 (48,7%) и с 8 мес. до 3-х лет - 40 (51,3%) больных. При сравнительном изучении зараженности больных острыми диареями кишечными паразитозами в различных возрастных группах, кишечные паразитозы были выявлены у детей до 8 месяцев в 34,2% случаях и у детей с 8 месяцев до 3-х лет – в 39,1% случаях (табл. 2).

Таблица 1. Результаты паразитологического обследования больных с ОДЗ (n=168)

Паразит	Абс.	%
<i>Giardia lamblia</i>	18	10,7
<i>Enterobius vermicularis</i>	29	17,3
<i>Ascaris lumbricoides</i>	-	-
<i>Hymenolepis nana</i>	-	-
<i>Blastocystis hominis</i> (высокая интенсивность инфекции (6-5 в поле зрения))	31	18,4
Всего больных с патогенными простейшими	49	29,2
Всего больных с гельминтами	29	17,3
Всего больных с патогенными паразитами	78	46,4

Таблица 2. Сравнительная частота выявления этиологической структуры сопутствующих паразитозов у детей различных возрастных групп (n=78)

Паразитозы	Дети до 8 месяцев (n=38)	С 8 мес. до 3 лет (n=40)	P
Энтеробиоз	$5,3 \pm 3,7\%$	$7,8 \pm 2,4\%$	$P > 0,05$
Лямблиоз	$2,6 \pm 2,6\%$	$5,5 \pm 1,9\%$	$P > 0,05$
Бластоцистоз	$31,6\% \pm 7,6\%$	$32,0 \pm 4,1\%$	$P > 0,05$

Таблица 3. Результаты клинического обследования больных ОД (n=168)

Показатели	С паразитами, n=78		Без паразитов, n= 90		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Поражение ЖКТ					
Гастроэнтеритическая	10	12,8±3,8	61	67,7±4,9	<0,001
Гастроэнтероколитическая	4	5,1±2,5	12	13,3±3,6	>0,05
Энтеритическая	18	23,1±4,8	9	10,0±3,2	<0,05
Энтероколитическая	8	10,3±3,5	6	6,7±2,7	>0,05
Среднетяжелое течение	39	50,0±5,7	88	97,8±1,6	<0,001
Сопутствующие заболевания					
Пневмония	1	1,3±1,3	4	4,4±2,2	>0,05
Анемия	36	46,2±5,7	14	15,6±3,9	<0,001
Рахит	12	15,4±4,1	14	15,6±3,9	>0,05
Гипотрофия	7	9,0±3,3	16	17,8±4,1	>0,05
Перинатальная энцефалопатия	1	1,3±1,3	2	2,2±1,6	>0,05
Паратрофия	1	1,3±1,3	1	1,1±1,1	>0,05
ОРВИ	3	3,8±2,2	6	6,7±2,7	>0,05
Острый бронхит	3	3,8±2,2	6	6,7±2,7	>0,05
Хронический тонзиллит	2	2,6±1,8	5	5,6±2,5	>0,05
Начало заболевания					
Острое	27	34,6±5,4	63	70,0±4,9	<0,001
Постепенное	12	15,4±4,1	25	27,7±4,8	>0,05
Лечение до поступления					
Не лечились	28	35,9±5,5	59	65,6±5,01	<0,001
Амбулаторное и в поликлинике	11	14,1±4,0	29	32,2±5,01	<0,01

Таблица 4. Результаты паразитологического исследования детей с ПДС (n=189)

Вид паразитов	Абс.	%
<i>Giardia lamblia</i>	18	9,5
<i>Enterobius vermicularis</i>	50	26,5
<i>Blastocystis hominis</i> (6-5 в поле зрения)	30	15,9
<i>Giardia lamblia</i> + <i>Enterobius vermicularis</i>	4	2,1
<i>Blastocystis hominis</i> + <i>Enterobius vermicularis</i>	8	4,2
Всего детей с патогенными простейшими	60	31,8
Всего больных с гельминтами	62	32,8
Всего больных с патогенными паразитами	110	58,2
Без паразитоза	79	41,8

Исходя из представленных данных наиболее часто у детей до 3х лет встречается бластоцистоз, энтеробиоз и лямблиоз диагностируются значительно реже ($P<0,05$). В то же время следует отметить, что у детей в сравниваемых возрастных группах частота выявленных паразитозов была идентичной ($P>0,05$). По нашему мнению высокая частота выявления кишечных паразитозов у детей в возрасте до 8 месяцев является следствием несоблюдения элементарных правил санитарии-гигиены со стороны родителей, ухаживающего персонала и проведение санитарно-просветительной работы является одним из важных моментов профилактики кишечных паразитозов у детей до 3-х лет.

Далее мы проанализировали особенности клинического течения и исходы ОД у 168 обследо-

ванных больных с ОД на фоне паразитозов и без них (табл. 3).

Средняя продолжительность пребывания больных в клинике составила $5,95 \pm 0,37$ дней, температура тела составила $37,8 \pm 0,28^{\circ}\text{C}^0$, частота стула - $5,9 \pm 0,46$ раз в сутки, продолжительность диареи до поступления - $6,58 \pm 0,9$ дней.

Было установлено, что у детей с сопутствующими паразитозами продолжительность клинических симптомов болезни (вздутие и боли в животе, тошнота, снижение аппетита и др.) была большей по сравнению с детьми, у которых ОД протекала без паразитозов, что составило в среднем $6,8 \pm 0,56$ и $4,6 \pm 0,34$ дней соответственно. У детей с паразитозами выявлялась большая частота диареи (в 1,4 раза) и чаще отмечались патологические примеси в стуле (слизь, лейкоциты и т.п.), преимущественное поражение тонкого кишечника

ка по типу энтерита, а также чаще отмечалась анемия. Особенно выраженными эти проявления были у детей с кишечными простейшими (лямблиоз и бластоцистоз) и микст паразитозами. В группе детей с ОД с сопутствующими паразитозами в 12 (15,4%) случаях отмечалось рецидивирующее течение ОД, в то время как в группе детей без паразитозов рецидив отмечен только в 1 (1,1%) случае.

По мнению большинства исследователей, сопутствующие паразитозы приводят к значительному нарушению системы иммунитета у детей, что может сказываться на характере и продолжительности основного заболевания, в том числе и ОД.

Следующим этапом работы явился анализ частоты различных постдиарейных проявлений у детей перенесших ОД в сроки от 3 до 6 месяцев на момент исследования. Был проведен осмотр и разработаны амбулаторные карты 189 детей раннего возраста перенесших ОД в сроки от 3 до 6 мес. до момента обследования. Мальчиков среди заболевших было 114 –60,3%, девочек –75–39,7%. Средний возраст больных составил $1,95 \pm 0,73$ лет. Все больные обследованы с учетом разработанных карт обследования, с исследованием на паразитарные заболевания.

С целью выявления частоты сопутствующих паразитозов у обследованных больных с ПДС проведено качественное паразитологическое обследование и исследование на кандидоз 189 ребенка (табл. 4).

Исходя из представленных данных, очевидно, что у обследованного контингента больных наблюдается значительная частота паразитозов - 110 случаев (58,2 %). При анализе видов паразитов выявлялись преимущественно кишечные паразиты: простейшие и гельминты.

Следующим этапом работы предусматривалось изучить характер проявления ПДС у детей с сопутствующими паразитозами и без них, а также оценить эффективность Анаферона детского в коррекции выявленных нарушений. С этой целью были обследованы 79 детей раннего возраста (до 3 лет) с острой диареей в анамнезе, перенесенной в сроки от 3 до 6 месяцев к моменту обследования. Мальчиков было 42 (53,1%), девочек - 37 (46,8%). Все дети по поводу ОД лечились в различных инфекционных стационарах г. Ташкента.

Было установлено, что независимо от этиологии перенесенной ОД у всех обследованных детей наблюдались те или иные проявления ПДС: патология ЖКТ была констатирована у 29 реконвалесцентов ОД (70,7%), постинфекционная ферментопатия – у 27 (65,8%) детей, дисбактериоз кишечника - у 26 (63,4%) детей, астеновегетативный синдром (А-В С) выявлен у 14 детей (34,1%), аллергические проявления обнаружены у 13

больных (31,7%), гиповитаминоз у 8 (19,5%), вторичное иммунодефицитное состояние (по показателям клеточного иммунитета) констатировано у всех 41 детей (100,0%).

У детей с ПДС сопутствующие паразитозы встречались в 72,8% случаев. Причем, в подавляющем большинстве – это кишечные гельминтозы (энтеробиоз) – 39,1% и простейшие 39,7 % в отличие от больных с ОД, у которых при аналогичной частоте выявления паразитозов (46,4%) простейшие паразиты встречаются чаще гельминтов (29,2% и 17,3% соответственно). Вероятнее всего у больных с острой диареей создаются условия, при которых кишечные гельминты элиминируются из организма с частым жидким стулом и не имеют возможности закрепиться на слизистой кишечника, в отличие от простейших. Кроме того, перенесенные ОДЗ приводят к различным изменениям со стороны желудочно-кишечного тракта и снижению иммунитета, создают условия для более быстрого заражения детского организма кишечными паразитами.

Как уже указывалось, дисбактериоз кишечника отмечался у всех реконвалесцентов, правда характер и степень дисбактериоза у больных значительно варьировала. При анализе результатов мы установили, что, в основном, у больных отмечалось снижение количества нормальной микрофлоры (бифидо-, коли-, лактобактерий). В 17 случаях (21,5%) отмечалось увеличение роста условно-патогенной микрофлоры (различных видов кишечной палочки, протей, клебсиеллы, в 2 случаях золотистого стафилококка, 1 случай появления стрептококковой флоры), в 47 образцах фекалий (59,5%) отмечалось увеличение грибов рода *Candida*.

В связи с вышеизложенным и с учетом того, что уровень местного иммунного ответа, определяющий состояние биоценоза кишечника, в значительной степени обуславливается состоянием общих факторов иммунной защиты, мы назначили 32 обследованным детям иммуномодулирующий препарат с индуцирующим действием на эндогенный интерферогенез – Анаферон-детский (по 1 таблетке 1 раз в день – 20-30 дней). Дети, не получившие Анаферон-детский послужили группой сравнения – 46 детей. После по окончании терапии мы сопоставили результаты исследования у детей, получивших и не получивших Анаферон - детский.

Было установлено, что, несмотря на непродолжительный период терапии (20-30 дней), у детей в лечебной группе отмечались в большинстве случаев значительные улучшения всех вышеуказанных показателей или четкая тенденция к положительной их динамике. До начала терапии Анафероном-детским у больных основной группы из 32 детей 1 степень дисбактериоза выявлялась у

10 детей (31,2%), 2 степень – у 15 детей (46,9%), 3 степень – у 7 детей (21,9%), в контрольной группе – у 14 (30,5%), 22 (46,8%) и 10 (21,7%) детей соответственно ($P > 0,05$).

У больных, получавших Анаферон-детский отмечались заметные улучшения со стороны желудочно-кишечного тракта, что проявлялось в уменьшении больных с тяжелой и среднетяжелой формой дисбактериоза и нормализацией кишечной микрофлоры у значительного числа больных. Так, у детей основной группы, всего в 1 (3,1%) случае выявлен дисбактериоз 3 степени, в 8 случаях (25%) – 2 степени, в 8 случаях (25%) – 1 степени и у 15 детей (46,9%) через 1 месяц лечения отмечена нормализация показателей кишечной микрофлоры, что было значительно лучше, чем аналогичные показатели у больных контрольной группы – 7 (15,2%), 17 (37%), 20 (43,5%) и 2 (4,3%) соответственно. Следует отметить, что описанные изменения наступали на фоне только терапии Анафероном-детским (в группе контроля никакой терапии не проводили), без коррекции дисбактериоза стандартными пребиотиками и пробиотиками.

Таким образом, назначение детям в период реконвалесценции после ОД иммуномодулятора Анаферона-детского способствует более быстрой нормализации проявлений дисбактериоза и восстановлению микробиоценоза.

Выводы:

1. Установлено, что у детей до 3 лет с ОД заболевание в 46,4% случаев протекает на фоне паразитозов (Protozoa – 29,2%, гельминтов – 17,3%).

2. В тех случаях, когда не удается выделить бактерии, вирусы и другие факторы, которые могут служить причиной инфекционной патологии желудочно-кишечного тракта, обнаружение *V. hominis*, может рассматриваться как основной этиологический фактор.

3. У детей с ОД и с сопутствующими паразитозами продолжительность клинических симптомов болезни была большей по сравнению с детьми, у которых ОД протекала без паразитозов и заболевание протекало преимущественно в энтеритической форме с большей частотой жидкого стула, патологических примесей в стуле.

4. У детей с ПДС сопутствующие паразитозы встречаются в 72,8% случаев. Причем, в подавляющем большинстве – это кишечные гельминтозы (энтеробиоз) – 39,1% и простейшие 39,7% в отличие от больных с ОД, у которых простейшие паразиты встречаются чаще гельминтов.

5. У детей перенесших ОД независимо от этиологии болезни в 100% случаев наблюдалось развитие тех или иных проявлений ПДС, среди которых в 100% регистрируются различные формы дисбактериоза кишечника.

6. Назначение детям в периоде реконвалесценции ОД иммуномодулятора Анаферона-детского способствует более быстрой нормализации проявлений дисбактериоза кишечника и восстановлению микробиоценоза.

Литература:

1. Атабекова Ш.Р., Ибадова Г.А. Постдиарейный синдром (обзор) / Проблемы биологии и медицины 2009, №3, с.8-9.
2. Бодня К.И. Диагностика та лікування паразитарних інвазій у дітей // Съезд гастроэнтерологов.– 2006.–№6.–С.64-67.
3. Губергриц Н.Б. Поджелудочная железа при инфекционных и паразитарных заболеваниях. / Лебедь. Донецк.-2008.–223 с
4. Дайтер А.Б., Ценева Г.Я., Семенович В.Н. и соавт. Длительность и тяжесть течения дизентерии у больных с сопутствующими инвазиями. // Сб. тезисов. –Л., 1979, С 140-144.
5. Кочетов А.М., Михайлов В.Я., Костерина Л.Д. и соавт. Клинико-морфологические особенности дизентерии в сочетании с глистно-протозойной инвазией. // Сб.тезисов.—ОМСК. 1981, С 37-42.
6. Махмудов О.С. Диарейные заболевания у детей. // Мед.Журнал Узбекистана.—2005, №3, С 8-10.
7. Погорельчук Т.Я., Олейник В.А., Бешко Н.И. и соавт. Паразитарные болезни в структуре острых кишечных заболеваниях. // Мед. паразитология. – 2003, №1, С 23-25.
8. Рахматов О.Б., С.И.Бабаходжаев. Клинико-лабораторные показатели больных острой дизентерией Григорьева-Шига на фоне сочетанного течения паразитозов. // Инфекция, иммунитет и фармакология. –2003, №1-2, С 91.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ДИАРЕЙ И ПОСТДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С КИШЕЧНЫМИ ПАРАЗИТОЗАМИ

Ибадова Г.А., Максудова Л.М., Таишпулатова Г.А.

Резюме. Клинические исследования проведены на 168 пациентах с острой диареей и 189 пациентах с постдиарейным синдромом и сопутствующим кишечным паразитозом в возрасте до 3 лет. По результатам исследования установлено, что у детей с сопутствующими кишечными паразитозами острые диареи и проявления постдиарейного синдрома протекают более продолжительно и с более выраженными симптомами болезни. Показано, что бластоцистоз может являться этиологическим фактором острой диареи при отсутствии других этиологических факторов заболевания. Наиболее часто у детей до 3 лет с острыми диареями выявляются бластоцистоз, лямблиоз и энтеробиоз.

Ключевые слова: острые диареи, постдиарейный синдром, дети до 3 лет, сопутствующий кишечный паразитоз.

УДК: 613.954.4

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СТРОЕНИЯ



Ильясова Айгуль Жусипбаевна

Научно-исследовательский институт санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент

ЌУРИЛИШИ ТУРЛИ ТИПДА БЎЛГАН МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ ТАШКИЛОТЛАРИДА ТАРБИЯЛАНАЁТГАН МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Ильясова Айгуль Жусипбаевна

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Санитария, гигиена ва касб касалликлари илмий-тадқиқот институти, Тошкент ш.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE PHYSICAL DEVELOPMENT OF PRESCHOOL CHILDREN BROUGHT UP IN PRESCHOOL EDUCATIONAL ORGANIZATIONS OF VARIOUS TYPES OF STRUCTURE

Ilyasova Aygul Jusipbaevna

Research Institute of Sanitation, Hygiene and Occupational Diseases of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: aygul.jusipbaevna@mail.ru

Резюме. Турли қурилиш материалларидан (ғишт, темир-бетон, металл конструкциялар) қурилган болалар таълим муассасаларида тарбияланган 4 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларнинг жисмоний ривожланиш динамикасини ўрганиш шуни кўрсатдики, яъни жисмоний ривожланишнинг энг қулай кўрсаткичлари ғишдан қурилган мактабгача таълим ташкилотларида тарбияланган болаларда кузатилган. Тадқиқот материаллари турли қурилиш материалларидан қурилган болалар боғчаларида болалар учун шароитларни оптималлаштириши бўйича тавсиялар асосини ташиқ қилади.

Калим сўзлар: мактабгача таълим ташкилотлари, қурилиш материаллари, болаларнинг жисмоний ривожланиши.

Abstract. Studies of the dynamics of the physical development of children from 4 to 6 years old, brought up in children's educational institutions built from various building materials (brick, reinforced concrete, metal structures) showed that the most favorable indicators of physical development were observed in children brought up in brick kindergartens. Research materials can form the basis of recommendations for optimizing the conditions for children in kindergartens built from various building materials.

Key words: preschool educational organizations, building materials, physical development of children.

Для формирования здоровой, развитой личности ребенка большое значение имеют условия их пребывания в детских образовательных организациях (ДОО), которые должны создавать благоприятные условия для гармоничного развития детей и формирования здорового образа жизни [2]. В последние годы широкое развитие получило модульное строительство детских образовательных организаций из металлоконструкций. Модульные

детские сады имеют ряд преимуществ, среди которых быстрота строительства, гибкость в планировании, экономичность, удобство в эксплуатации. Производство и сборка модулей также позволяет исключить загрязнение окружающей среды строительной пылью, что делает модульное строительство более экологически безопасным [1]. Модульные сооружения могут быть как временными, так и постоянными.

В литературе нет сведений о влиянии условий содержания детей в этих зданиях на их физическое развитие. Актуальность исследований обусловлена необходимостью оценки различий физического развития детей, воспитывающихся в зданиях различного типа (кирпич, железобетон, металлоконструкции).

Цель исследования. Оценить различия в физическом развитии детей, посещающих ДОО, построенных из различных строительных материалов.

Материалы и методы. Исследования проводились среди детей в возрасте от 4 до 6 лет, посещающих государственные дошкольные образовательные организации (ДОО). Объектами исследования стали ДОО, построенные из легких металлоконструкций, из железобетона и из кирпича. Всего было изучено 8 ДОО, включая 3 здания, построенных из легких металлоконструкций, 3 кирпичных и 2 железобетонных, размещенных в различных районах города Ташкента (Алмазарский, Шайхонтохурский район, а также в Сариосийском районе Сурхандарьинской области).

В исследовании приняли участие 474 дошкольника: 231 мальчика (48,7%) и 243 девочек (51,3%). Из них 39,9% детей, которые воспитывались в ДОО, построенных из кирпича, 34,2% - из железобетона и 25,9% - из легкой металлоконструкции.

Были проведены гигиенические, соматометрические, медико-статистические и аналитические методы исследования с использованием ростомера, сантиметровой ленты и медицинских весов.

Для измерения длины тела ребенка ставили босыми ногами на площадку ростомера, его тело было равномерно вытянуто, руки свободно спущены, колени разогнуты, пятки прижимаются вместе, а носки разведены в стороны. Голова должна быть в таком положении, чтобы нижний край глазницы и верхний край наружного слухового прохода находились на одной горизонтальной линии. Измеряемый ребенок

касается шкалы следующими точками: межлопаточной областью спины, ягодицами и пятками. Подвижная планка ростомера надавливает на голову до соприкосновения с верхушечной точкой.

Для измерения массы тела детей использовали напольные электронные медицинские весы (типа XY150E 160kg/10g) с точностью измерения до 10 граммов по методике [3].

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, (таблица 1) что мальчики 6-ти лет, воспитывающиеся в ДОО построенных из кирпича, имеют достоверно ($p<0,05$) большую длину тела, чем мальчики посещающие модульные и железобетонные детские сады: длина тела мальчиков, в кирпичных ДОО в среднем была равна $116,3\pm 0,69$ см, в железобетонных ДОО - $113,7\pm 1,12$ см, в модульных - $112,6\pm 1,23$ см.

Аналогичные данные получены при обследованных 6-ти летних девочек. Девочки, воспитывающиеся в ДОО из кирпича, имеют достоверно ($p<0,05$) большую длину тела, чем девочки, посещающие модульные детские сады: длина тела девочек в кирпичных ДОО в среднем была равна $114,7\pm 0,81$ см, в модульных - $111,9\pm 1,09$ см. Из таблицы 1 видно также, что в ДОО из кирпича от 4-х к 6-ти годам как мальчики, так и девочки вырастают лучше, чем дети пребывающие в ДОО из металлоконструкций и железобетона.

У дошкольников в возрасте 6 лет, посещавших в ДОО из кирпича, имела место достоверно ($p\leq 0,05$) большая длина туловища и длина верхней конечности по сравнению с дошкольниками из модульных и железобетонных детских садов (табл. 2).

В возрасте 4–6 лет годовой прирост длины тела у детей, воспитывающихся ДОО модульного типа среди девочек составил в среднем 6,45 см, а в детских садах, построенных из железобетона и кирпича – 6,65 и 7,8 см.

Таблица 1. Длина тела детей в возрасте 4- 6-и лет дошкольников (в см)

ДОО	Основная группа				Контрольная группа					
	металло-конструкция		железобетон		кирпич		t	P	t	P
возраст	M	$\pm m$	M	$\pm m$	M	$\pm m$	МК-К	МК-К	ЖБ-К	ЖБ-К
девочки										
4 года	99,0	1,18	98,9	0,75	99,1	0,94	0,05	-	0,11	-
5 лет	105,1	1,17	105,0	1,12	104,7	1,24	0,26	-	0,17	-
6 лет	111,9	1,09	112,3	0,93	114,7	0,81	2,01	*	1,93	-
мальчики										
4 года	102,0	0,51	102,8	0,72	101,0	0,79	1,07	-	1,73	-
5 лет	107,2	0,88	106,7	0,84	107,8	1,00	0,42	-	0,83	-
6 лет	112,6	1,23	113,7	1,12	116,3	0,69	2,64	*	2,00	*

Примечание: * — статистически значимые корреляции ($p\leq 0,05$)

Таблица 2. Показатели продольных размеров тела дошкольников (в см)

Показатели	Возраст	ДОО			р МК-К	р ЖБ-К
		металлоконструктор	железобетон	кирпич		
девочки						
Длина туловища	4 г.	32,0±0,74	31,7±0,32	31,8±0,39	-	-
	5 л.	33,8±0,49	32,5±0,61	33,1±0,83	-	-
	6 л.	35,1±0,43	34,2±0,43	36,1±0,34	-	***
Длина верхней конечности	4 г.	40,5±0,72	39,5±0,45	39,6±0,49	-	-
	5 л.	41,9±0,56	42,9±0,69	42,3±0,57	-	-
	6 л.	46,2±0,59	42,4±0,57	46,3±0,41	-	***
Длина нижней конечности	4 г.	47,5±1,17	48,3±0,47	46,4±0,81	-	*
	5 л.	51,0±0,72	52,2±0,69	51,2±0,76	-	-
	6 л.	54,9±0,92	57,4±0,62	56,8±0,57	-	-
мальчики						
Длина туловища	4 г.	32,3±0,37	32,2±0,44	32,4±0,60	-	-
	5 л.	34,7±0,46	33,5±0,32	34,8±0,44	*	-
	6 л.	35,3±0,75	35,1±0,61	37,5±0,30	*	**
Длина верхней конечности	4 г.	41,1±0,40	41,5±0,37	40,7±0,60	-	-
	5 л.	43,9±0,54	44,5±0,66	44,1±0,59	-	-
	6 л.	46,0±0,57	47,6±0,60	47,5±0,43	*	-
Длина нижней конечности	4 г.	49,7±0,33	49,7±0,53	47,4±0,66	**	*
	5 л.	50,4±0,71	52,2±0,54	51,9±0,70	-	-
	6 л.	55,1±0,89	56,2±0,64	56,5±0,53	-	-

Примечание: * — статистически значимые корреляции ($p \leq 0,05$); ** — статистически значимые корреляции ($p \leq 0,01$); *** — статистически значимые корреляции ($p \leq 0,001$)

Таблица 3. Годовой прирост длины тела дошкольников в возрасте от 4 до 6 лет

Группа	Основная				Контрольная	
	металлоконструкция		железобетон		кирпич	
возраст	длина тела средняя, см	прирост, см	длина тела средняя, см	прирост, см	длина тела средняя, см	прирост, см
девочки						
4 года	99,0	-	98,9	-	99,1	-
5 лет	105,1	6,1	105,0	6,0	104,7	5,6
6 лет	111,9	6,8	112,3	7,3	114,7	10,0
мальчики						
4 года	102,0	-	102,8	-	101,0	-
5 лет	107,2	5,2	106,7	3,9	107,8	6,8
6 лет	112,6	5,3	113,7	7,0	116,3	8,5

Среди мальчиков этот показатель составил 5,3, 5,4 и 6,7 см соответственно.

Годовой прирост длины тела у 6-ти летних мальчиков, которые воспитывались в ДОО, построенных из легких металлоконструкций, составил в среднем 5,25 см, в то время, как у других детей-дошкольников, которые посещают ДОО, построенные из железобетона, прирост составил 5,45 см, а в ДОО, построенных из кирпича, прирост составил 7,65 см (табл. 3).

Сравнительный анализ темпа общего прироста показал, что девочки в возрасте от 4 до 6 лет, посещавшие ДОО, построенные из кирпича, имели самый высокий показатель в развитии.

Результаты исследования показали, что девочки во всех группах демонстрировали более высокий темп развития по сравнению с мальчиками. Значительное преимущество в развитии было замечено исключительно у девочек, которые посещали ДОО, построенные из кирпича, по сравнению с остальными детьми (рис. 1).

Изучение массы тела у детей, воспитывающихся в ДОО, построенных из различных строительных материалов показало, что у девочек, воспитывающихся в ДОО построенных из кирпича и железобетона, средняя масса тела составляла 19,2±0,47 кг и 19,2±0,40 кг, а у воспитывающихся в ДОО модульного типа, этот показатель был ниже и составлял в среднем 18,9±0,64 кг.

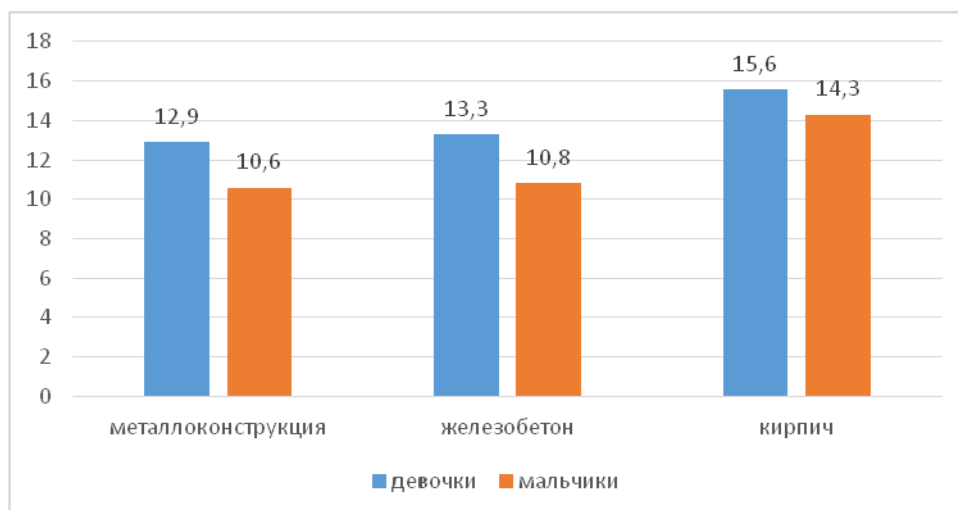


Рис. 1. Общий прирост длины тела от 4-х до 6-ти летних дошкольников

Таблица 4. Сравнение массы тела дошкольников в возрасте от 4 до 6 лет

Возраст	Основная группа				Контрольная группа					
	металлоконструкция		железобетон		кирпич		t	p	t	p
	M	±m	M	±m	M	±m				
девочки										
4 года	15,0	0,42	15,1	0,25	14,6	0,35	0,75	-	1,17	-
5 лет	16,9	0,50	16,4	0,60	15,8	0,47	1,61	-	0,80	-
6 лет	18,9	0,64	19,2	0,47	19,2	0,40	0,46	-	0,00	-
мальчики										
4 года	15,5	0,34	16,6	0,34	16,0	0,27	1,04	-	1,41	-
5 лет	16,9	0,34	16,8	0,43	17,8	0,45	1,51	-	1,56	-
6 лет	19,0	0,57	18,9	0,62	20,5	0,34	2,29	*	2,30	*

Примечание: * — статистически значимые корреляции ($p \leq 0,05$)

Среди мальчиков эта ситуация была обратной. Мальчики, воспитывающиеся в ДОО модульного и железобетонного типа, имели почти одинаковую массу тела, составляющую $19,0 \pm 0,57$ кг и $18,9 \pm 0,62$ кг соответственно, в то время как у мальчиков, воспитывающихся в ДОО кирпичного типа, масса тела была достоверно выше ($p < 0,05$) и составляла $20,5 \pm 0,34$ кг (табл. 4).

Сравнительный анализ прироста массы тела у детей в возрасте от 4 до 6 лет, показали, что между мальчиками и девочками в этом возрасте есть различия в показателях прироста массы тела. Среди мальчиков, которые воспитываются в ДОО, построенной из железобетона, общий прирост массы тела составил 2,3 кг. Этот результат является самым низким среди всех обследованных групп, что вероятно может свидетельствовать о неблагоприятных особенностях условий в пребывания в данном ДОО, которые влияют на физическое развитие мальчиков. В то же время, среди девочек этой же группы, прирост массы тела составил 4,6 кг. Таким образом, девочки показали более высокий прирост массы тела в данной группе, чем мальчики.

У мальчиков от 4 до 6 лет, воспитывающихся в ДОО из кирпича, прирост массы тела со-

ставлял 5,0 кг. Этот показатель является самым высоким среди всех групп. Такие результаты указывают на более благоприятные условия для физического развития мальчиков в данном типе ДОО, в то время как у мальчиков, которые посещали ДОО, построенных из металлоконструкций, прирост массы тела составил 3,4 кг. Этот показатель выше чем у мальчиков из группы, построенной из железобетона, но остается ниже, чем у девочек в этой же группе, где прирост составил 3,9 кг (рис. 2).

Таким образом, проведенные исследования показали, что физическое развитие детей, воспитывающихся в детских образовательных организациях, построенных с использованием кирпича, железобетона и металлоконструкций различно. Наиболее благоприятная динамика показателей физического развития детей (длина тела, вес, продольные размеры тела, годовой прирост тела) отличалась у детей, воспитывающихся в детских образовательных организациях, построенных из кирпича, а у детей, которые воспитывались в детских образовательных организациях, построенных из металлоконструкций и железобетона эти показатели были ниже.

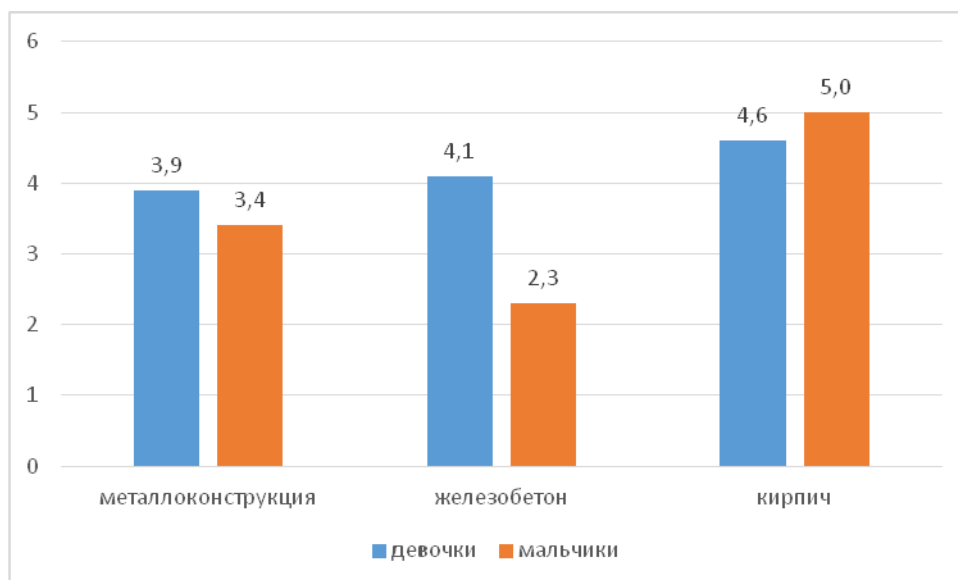


Рис. 2. Общий прирост масса тела от 4-х до 6-ти летних дошкольников

Материалы исследований указывают на необходимость разработки внедрения рекомендаций по оптимизации условий пребывания детей в детских образовательных организациях, построенных из металлоконструкций и железобетона.

Выводы:

1. Динамика физического развития детей от 4 до 6 лет, воспитывающихся в ДОО различного типа различна.

2. Наиболее благоприятные показатели физического развития получены у детей, воспитывающихся в ДОО из кирпича.

3. Самые низкие показатели прироста длины тела наблюдались у детей, воспитывающихся в ДОО из металлоконструкций.

4. Материалы исследований лягут в основу рекомендаций по оптимизации условий пребывания детей в ДОО.

Литература:

1. Быстрова Т.Ю., Сычева Е.Б. Принципы архитектурного моделирования адаптируемых объектов дошкольных образовательных организаций //Академический вестник Урал НИИ проект РААСН, no. 4 (31), 2016, pp. 49-52.

2. Кротова В.Ю. Педагогические условия формирования здорового образа жизни детей

старшего дошкольного возраста: Авторефер. дисс. ... канд. пед. наук. - Воронеж, 2018. - 24 с.

3. Камилова Р.Т. Унифицированная методика исследования и оценки физического развития детей и подростков. – Монография. Ташкент – 1996. 103 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СТРОЕНИЯ

Ильсоева А.Ж.

Резюме. Исследования динамики физического развития детей от 4 до 6 лет, воспитывающихся в детских образовательных организациях, построенных из различных строительных материалов (кирпич, железобетон, металлоконструкции) показали, что наиболее благоприятные показатели физического развития наблюдались у детей, воспитывающихся в дошкольных образовательных организациях из кирпича. Материалы исследований лягут в основу рекомендаций по оптимизации условий пребывания детей в детских садах, построенных из различных строительных материалов.

Ключевые слова: дошкольные образовательные организации, строительные материалы, физическое развитие детей.



Иорданишвили Андрей Константинович^{1,2}

1 - Санкт-Петербургский медико-социальный институт, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург;

2 - Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

ДЕНТАЛ ИМПЛАНТОЛОГИЯДА ЎЗАК ХУЖАЙРАЛАРНИ ҚЎЛЛАШ ТАЖРИБАСИ

Иорданишвили Андрей Константинович^{1,2}

1 – Санкт-Петербург тиббий – ижтимоий институти, Россия Федерацияси, Санкт-Петербург ш.;

2 – С.М. Киров номидаги ҳарбий – тиббий академия, Россия Федерацияси, Санкт-Петербург ш.

EXPERIENCE OF STEM CELL USAGE IN DENTAL IMPLANTOLOGY

Iordanoshevili Andrey Konstantinovich^{1,2}

1 - St. Petersburg Medical and Social Institute, Russian Federation, St. Petersburg;

2 - Military Medical Academy named after. S.M.Kirova, Russian Federation, St. Petersburg

e-mail: professoraki@mail.ru

Резюме. Муҳимлиги: Бугунги кунга қадар экспериментда ўтказилган тадқиқотларнинг аксарияти ўзак ҳужайралари ёрдамида регенератив терапия самарадорлиги ҳақидаги фаразни тасдиқлайди. Мақсад - даволаш самарадорлигини баҳолаш ва сурункали пери-имплантит курсини башорат қилиш учун дентал имплантологияда ўзак ҳужайраларидан фойдаланиш имкониятларини ўрганиш. Материаллар ва усуллар: Периферик қондаги ўзак ҳужайралари даражасидаги ўзгаришлар динамикасини ўрганиш учун техникадан фойдаланилди, бу даволаш самарадорлигини баҳолаш ва сурункали пери-имплантитни комплекс даволаш жараёнида башорат қилиш учун ишлатилган. 1-чи назорат гуруҳига 51 ёшдан 65 ёшгача бўлган 10 киши сунъий таянчларда (тиш имплантлари) протезлари бўлган, аммо уларда тиш имплантлари атрофидаги тўқималарда яллиғланиш ўзгаришлари белгилари йўқ эди. 2-асосий тадқиқот гуруҳига сурункали пери-имплантит билан оғриган 52 ёшдан 64 ёшгача бўлган 21 киши кирди. Натижалар: Сурункали периимплантитни муваффақиятли комплекс даволашда периферик қондаги ўзак ҳужайралари динамикаси қонуниятларга эга эканлиги ва касалликнинг кечилиш клиник кўринишига мос келиши кўрсатилди. Шубҳасиз, сурункали пери-имплантитни самарали даволашда ўзак ҳужайралари яллиғланиш жараёнини тўхтатиш ва суяк тўқимасини тиклашга қаратилган инсон танасининг компенсацион-адаптив реакциясини таъминлайди. Сурункали пери-имплантитни самарасиз даволаш билан ўзак ҳужайраларининг бундай реакцияси аниқланмади. Шунинг учун периферик қондаги ўзак ҳужайралар сонининг динамикасига асосланиб, сурункали пери-имплантит ва яллиғланишли суяк резорбцияси билан боғлиқ бошқа яллиғланиш жараёнларини уларни комплекс даволаш жараёнида олдиндан айтиш мумкин. Хулоса: Сурункали пери-имплантит билан оғриган беморларнинг периферик қонда ўзак ҳужайраларининг таркибини аниқлаш ва мониторинги ушбу касалликнинг клиник кечилишининг жиддий прогностик белгисидир.

Калит сўзлар: дентал имплант, сурункали периимплантит, шиллиқ қават, сунъий қўллаб-қувватланадиган протез, ўзак ҳужайра, сурункали периимплантитни даволаш самарадорлиги ва прогнози.

Abstract. Relevance: To date, the majority of studies performed in experiment confirm the hypothesis about the effectiveness of regenerative therapy with the use of stem cells. Objective: To study the possibility of stem cells application in dental implantology to evaluate the effectiveness of treatment and to predict the course of chronic peri-implantitis. Material and methods: The technique of studying the dynamics of stem cells level changes in peripheral blood was used to evaluate the effectiveness of treatment and to predict the course of chronic peri-implantitis in the process of complex therapy of this disease. The 1st control group included 10 people aged from 51 to 65 years who had dentures on artificial supports (dental implants), but they had no signs of inflammatory changes in the tissues surrounding the dental implants. The 2nd main study group consisted of 21 people aged 52 to 64 years who had chronic peri-implantitis. Results: It was shown that the dynamics of stem cells in peripheral blood in the process of successful complex treatment of chronic peri-implantitis has regularities and agreed with the clinical picture of the course of the disease. Obviously, stem cells in the course of effective therapy of chronic peri-implantitis provide compensatory-adaptive reaction of the human organism aimed at the suppression of the inflammatory process and regeneration of bone tissue in the lesion area. Such reaction of

stem cells at ineffective treatment of chronic peri-implantitis was not revealed. Therefore, based on the dynamics of stem cells quantity in peripheral blood it is possible to predict the course of chronic peri-implantitis and other inflammatory processes associated with inflammatory bone tissue resorption in the course of their complex treatment. Conclusion: Determination of the content and monitoring of stem cells in the peripheral blood of patients suffering from chronic peri-implantitis is a serious prognostic sign of the clinical course of this disease.

Key words: dental implant, chronic peri-implantitis, mucositis, denture on artificial support, stem cell, effectiveness of treatment and prediction of the course of chronic peri-implantitis.

Актуальность. Первоначальные источники для развития специализированных тканей в настоящее время получили обозначение как «стволовые клетки» [10, 14]. Считается, что стволовые клетки это экстраординарные клетки, которые обладают способностью к самоподдержанию и являются источниками для многих дифференцированных типов клеток. В зрелых тканях это соматические стволовые клетки, которые играют незаменимую роль в гомеостазе и восстановлении тканей. Наибольшими способностями превращаться во все типы тканей обладают эмбриональные стволовые клетки [15, 16]. Современная теория репаративного гистогенеза костной ткани также учитывает источники происхождения различных типов клеток, участвующих в заживлении костных дефектов [2, 4].

К настоящему времени большинство исследований, выполненных в эксперименте, подтверждают гипотезу об эффективности регенераторной терапии с применением стволовых клеток [1, 11]. Вместе с этим, мало внимания уделяется другим, не менее важным аспектам возможности применения стволовых клеток в практической медицине и стоматологии в частности. Недостаточно внимания уделяется применению стволовых клеток в дентальной имплантологии, так как утрата искусственных опор чаще всего происходит не столь за счет атрофии, сколько за счет воспалительной резорбции костной ткани челюстей, которая обусловлена хроническим периимплантитом [3, 8, 9].

Цель работы. Изучить возможность применения стволовых клеток в дентальной имплантологии для оценки эффективности лечения и прогнозирования течения хронического периимплантита.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 31 (4 мужчины и 27 женщин) пациентов в возрасте от 51 до 65 лет. В 1 контрольную группу вошли 10 (1 мужчина и 9 женщин) в возрасте от 51 до 65 лет, которые имели зубные протезы на искусственных опорах (дентальных имплантатах), но у них отсутствовали признаки воспалительных изменений в тканях окружающих дентальные имплантаты, то есть клинические симптомы мукозита и периимплантита. Во 2 основную группу исследования вошли 21 (3 мужчины и 18 женщин) пациентов в возрасте от 52 до 64 лет, которые страдали хроническим периимплантитом (ХПИ).

Методика изучения динамики изменения уровня стволовых клеток (СК) в периферической крови [13] была использована нами для оценки эффективности лечения и прогнозирования течения хронического периимплантита (ХПИ) в процессе комплексной терапии этого заболевания.

Важно подчеркнуть, что все пациенты, которые приняли участие в клинико-лабораторном исследовании (страдавшие и не страдавшие ХПИ), не зависимо от их пола и возраста, не имели тяжелой сопутствующей соматической патологии.

Пациентам 2 группы исследования лечение ХПИ осуществлялось с согласно ранее опубликованных рекомендаций и с применением фотодинамической терапии [6, 7].

Методика проведенного клинико-лабораторного исследования заключалась в том, что у всех пациентов исследовали уровень СК в периферической крови. У пациентов 1 группы исследование проводили однократно, а у пациентов 2 группы исследования, страдавших ХПИ, уровень СК в периферической крови определяли до начала лечения и на 15 сутки от начала общепринятой комплексной терапии.

Динамику количества СК оценивали по данным проточной цитометрии. Её выполняли на проточном цитометре FACScan фирмы «Becton Dickinson» с использованием тройной комбинации прямых моноклональных антител CD34FITC/CD38 PE/CD45 PerCP.

Достоверность различий средних величин независимых выборок подвергали оценке при помощи параметрического критерия Стьюдента при нормальном законе распределения и непараметрического критерия Манна-Уитни при отличии от нормального распределения показателей. Проверку на нормальность распределения оценивали при помощи критерия Шапиро-Уилкса. Для статистического сравнения долей с оценкой достоверности различий применяли критерий Пирсона χ^2 с учетом поправки Мантеля-Хэнзеля на правдоподобие. Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равным 0,05.

Исследование полностью соответствовало этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе проведенного клинико-лабораторного исследования установили, что у пациентов 1 группы исследования, которые успешно пользовались зубными протезами на искусственных опорах и у которых отсутствовали клинические признаки мукозита и перимплантита уровень СК в периферической составил «CD34+CD38-» составил $0,188 \pm 0,016\%$ (рис. 1).

При исследовании СК периферической крови у пациентов 2 группы, страдавших ХП до начала комплексной терапии отмечено, что их количество составило в первые сутки наблюдения «CD34+CD38-» $0,030 \pm 0,004\%$ ($p < 0,01$). Таким образом, было достоверно установлено, что при ХП в периферической крови существенно снижается содержание СК «CD34+CD38-», в сравнении с пациентами, которые имеют зубные протезы на искусственных опорах, но у которых отсутствуют воспалительный процесс в десне и костной ткани при наличии дентальных имплантатов.

Проводимое комплексное лечение ХП у пациентов 2 основной группы исследования, которое включало фотодинамическую терапию, в целом было весьма эффективно у 19 пациентов (группа 2А), а у 2 пациентов (группа 2Б) отмечено, что предпринимаемое комплексное лечение на 15 сутки успехом не увенчалось. При неэффективном лечении у пациентов сохранялись клинические признаки воспаления мягких тканей, окружающих дентальный имплантат, в основе которого, очевидно, лежало отсутствие купирования воспалительного процесса и необходимых регенераторных процессов в костной ткани в альвеолярных отростках (дуг) челюстей.

После проведения комплексной терапии ХП повторное лабораторное исследование показало, что у пациентов с при эффективным лечении ХП (2А основная группа исследования) уровень СК периферической крови на 15 сутки лечения составил «CD34+CD38-» $0,217 \pm 0,011\%$, что достоверно по сравнению с полученными показателями содержания указанных клеток в периферической крови до начала терапии ($p < 0,01$), а также отличалось от показателей содержания таких же клеток у пациентов 1 группы, являвшейся контрольной ($p < 0,05$). До начала комплексного лечения ХП значение СК в периферической крови у этой подгруппы пациентов составило $0,29 \pm 0,003\%$ (рис. 1).

У двух пациентов 2 группы исследования у которых проводимая комплексная терапия ХП успехом не увенчалась и они были отнесены к подгруппе Б (2Б основная группа исследования) повторное лабораторное исследование показало, что у этих пациентов при исходном уровне содержания СК в периферической крови равном $0,032 \pm 0,004\%$ уровень СК периферической крови на 15 сутки лечения составил «CD34+CD38-» $0,076 \pm 0,006\%$, что достоверно по сравнению с полученными показателями содержания указанных клеток в периферической крови до начала терапии ($p < 0,01$), а также отличалось от показателей содержания таких же клеток у пациентов 1 группы, являвшейся контрольной ($p < 0,01$). В тоже время, в этой подгруппе пациентов не отмечали существенного выброса СК «CD34+CD38-» в периферическую кровь, что достоверно подтверждалось сравнением содержания СК в периферической крови на 15 сутки лечения у пациентов 2 группы А и Б подгрупп ($p < 0,01$).

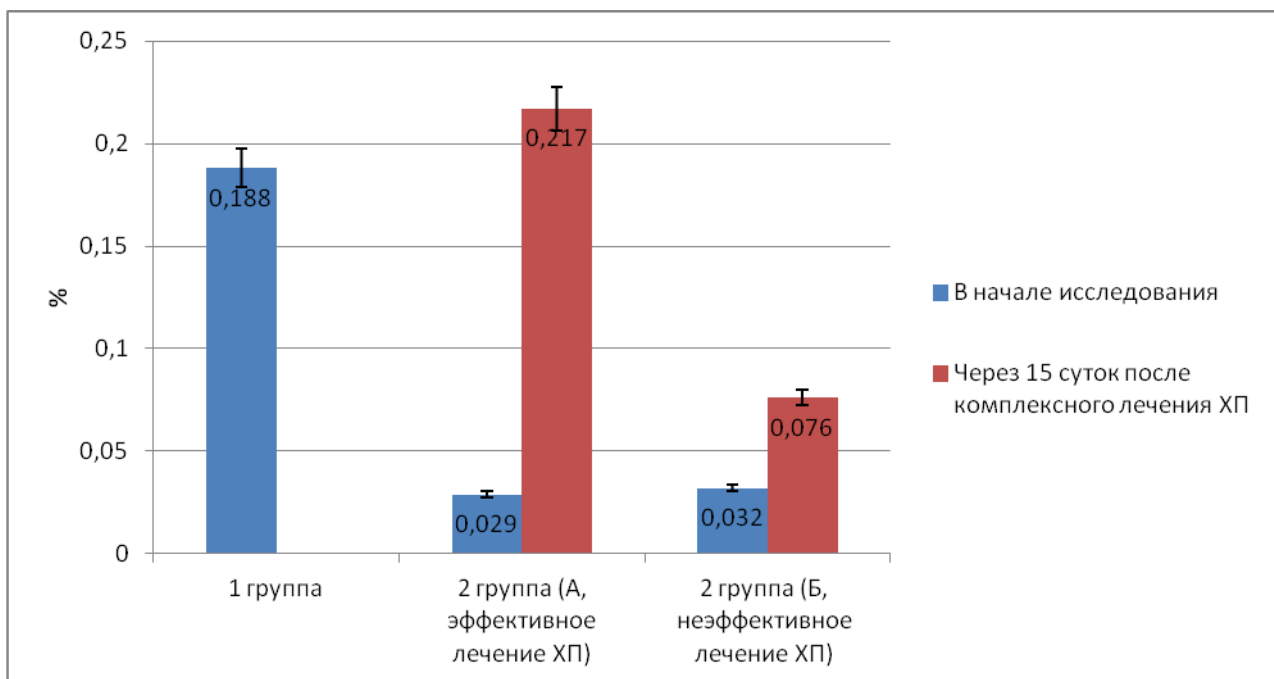


Рис. 1. Сведения об уровне стволовых клеток (СК) в периферической крови «CD34+CD38-» у пациентов исследуемых групп до и спустя 15 суток от начала комплексного лечения хронического перимплантита (ХП), (%)

Таким образом, у пациентов, страдающих ХП, который можно отнести к хроническим воспалительным процессам костной ткани челюстей, в периферической крови отмечено резкое уменьшение СК «CD34+CD38-». Отсутствие СК при ХП свидетельствует о том, что существующая зона повреждения костной ткани челюстей поглощает практически полностью весь пул СК выходящих из костного мозга в периферическую кровь, что согласуется с результатами ранее проведенных исследований при изучении хронического генерализованного пародонтита [12].

В ходе успешно проведенного комплексного лечения ХП с применением фотодинамической терапии, эффективность которой оценена клинически, зафиксирован выброс СК «CD34+CD38-» в периферическую кровь. Нами отмечен наибольший уровень СК «CD34+CD38-» на фоне комплексной общепринятой терапии ХПИТ к 15 суткам наблюдения за пациентами 2 Агруппы.

Сравнение полученных результатов с ранее опубликованными данными показывает, неодинаковый выброс СК «CD34+CD38-» при различных стоматологических воспалительных заболеваниях. Так, при ХП выброс СК в периферическую кровь был больше при хроническом генерализованном пародонтите [5].

Резюмируя вышеизложенное можно заключить, что содержание и мониторинг СК в периферической крови стоматологических пациентов, в том числе, страдающих ХП является серьезным прогностическим признаком клинического течения этого заболевания. Показано, что динамика СК в периферической крови в процессе успешного комплексного лечения ХП имеет закономерности и согласовалась с клинической картиной течения заболевания. Очевидно, СК при эффективной терапии ХП обеспечивают компенсаторно-приспособительную реакцию организма человека, направленную на купирование воспалительного процесса и регенерацию костной ткани в очаге поражения. Такой реакции СК при неэффективном лечении ХП не выявили. Поэтому на основании динамики количества СК в периферической крови можно прогнозировать течение ХП и других воспалительных процессов, сопряженных с воспалительной резорбцией костной ткани, в процессе их комплексного лечения.

Заключение. Результаты проведенного клинико-лабораторного исследования позволяют заключить, что определение содержания и мониторинг СК в периферической крови пациентов, страдающих ХП, является серьезным прогностическим признаком клинического течения этого заболевания. Поэтому целесообразно использование рассмотренной методики в клинической практике более широко, что в словных клинических случаях позволит объективизировать воз-

можности для эффективного лечения пациентов с ХП.

Литература:

1. Алферов Ж.И., Иорданишвили А.К. Роль Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы в развитии фундаментальных исследований // Материалы IV ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Декабрьские чтения по судебной медицине в РУДН: актуальные вопросы судебной медицины и общей патологии». М.: РУДН, 2020. С. 8-13.
2. Забежинский М.М., Музыкин М.И., Иорданишвили А.К., Васильева А.В. Системный остеопороз и патология костной ткани пародонта: патогенетические связи, статистические корреляции, значение для клинической практики // Российские биомедицинские исследования. 2021; 6(3): 27-35. ID: 47189862
3. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. М.: МЕДперс-информ, 2007. 248 с.
4. Иорданишвили А.К. Гериатрическая стоматология: рук-во. СПб.: Человек, 2019. 320 с. ID: 42819761
5. Иорданишвили А.К., Робустова Т.Г., Коровин Н.В., Смолянинов А.Б. Инновационный подход к прогнозированию течения и лечению воспалительной патологии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // Научный послы высшей школы – реальные достижения / под ред. О.А. Успенской, А.В. Кочубейник. Н.Новгород: Приволжский исследовательский медицинский университет, 2018. С. 806 – 808.
6. Кулаков А.А., Лосев Ф.Ф., Гветадзе Р.Ш. Зубная имплантация. М.: ООО МИА, 2006. 152 с.
7. Малышев М.Е., Швецов М.М., Иорданишвили А.К. Воспалительные осложнения дентальной имплантации и их лечение с применением фотодинамической терапии // Российский вестник дентальной имплантологии. 2022; 1-2(55-56):92-97.
8. Музыкин М.И., Иорданишвили А.К. Модель саногенеза постэкстракционной регенерации костной ткани челюстей // Экология человека. 2020;8: 40-48.DOI:10.33396/1728-0869-2020-8-40-48
9. Музыкин М.И., Иорданишвили А.К., Балин Д.В. Выживаемость скуловых и корневых дентальных имплантатов: пятилетнее наблюдение // Российский вестник дентальной имплантации. 2020;3-4(49-50): 60-69.ID: 46305984
- 10.Смолянинов А.Б. Клеточная медицина: концепция ее развития // клинич. Патофизиол. 2004; 1: 10-18.
- 11.Смолянинов А.Б., Булгин Д.В., Иорданишвили А.К. Клеточные технологии и регенеративная медицина // Клиническая стоматология: официаль-

- ная и интегративная: рук-во / под ред. проф. А.К. Иорданишвили. СПб.: СпецЛит, 2008. С. 99 – 109.
12. Смолянинов А.Б., Иорданишвили А.К., Макеев Б.Л. Способ лечения пародонтита. Патент на изобретение RU 2376022 С1 от 20.12.2009.
13. Смолянинов А.Б., Иорданишвили А.К., Макеев Б.Л. Способ лечения переимплантита в стоматологии. Патент на изобретение RU 2377998 С2 от 10.01.2010.
14. Dexter T.M. Stromal cell associated haemopoiesis // J. Cell Physiol. 1982. № 1. P. 87-94.
15. Friedenstein A.J., Gorska J.F., Kulagina N.N. fibroblast precursors in normal and irradiated mouse hematopoietic organs // Exp. Hematol. 1976. №4. P. 267-274.
16. Owen M. Marrow stromal stem cells // J. Cell. Sci. 1988. №10. P. 63-76.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

Иорданишвили А.К.

Резюме. Актуальность: К настоящему времени большинство исследований, выполненных в эксперименте, подтверждают гипотезу об эффективности регенераторной терапии с применением стволовых клеток. Цель – изучить возможность применения стволовых клеток в дентальной имплантологии для оценки эффективности лечения и прогнозирования течения хронического периимплантита. Материал и методы: Использована методика изучения динамики изменения уровня стволовых клеток в периферической крови, которая использована для оценки эффективности лечения и прогнозирования течения хронического

периимплантита в процессе комплексной терапии этого заболевания. В 1 контрольную группу вошли 10 человек в возрасте от 51 до 65 лет, которые имели зубные протезы на искусственных опорах (дентальных имплантатах), но у них отсутствовали признаки воспалительных изменений в тканях окружающих дентальные имплантаты. Во 2 основную группу исследования вошли 21 человек в возрасте от 52 до 64 лет, которые страдали хроническим периимплантитом. Результаты: Показано, что динамика стволовых клеток в периферической крови в процессе успешного комплексного лечения хронического периимплантита имеет закономерности и согласовалась с клинической картиной течения заболевания. Очевидно, стволовые клетки при эффективной терапии хронического периимплантита обеспечивают компенсаторно-приспособительную реакцию организма человека, направленную на купирование воспалительного процесса и регенерацию костной ткани в очаге поражения. Такой реакции стволовых клеток при неэффективном лечении хронического периимплантита не выявили. Поэтому на основании динамики количества стволовых клеток в периферической крови можно прогнозировать течение хронического периимплантита и других воспалительных процессов, сопряженных с воспалительной резорбцией костной ткани, в процессе их комплексного лечения. Заключение: Определение содержания и мониторинг стволовых в периферической крови пациентов, страдающих хроническим периимплантитом, является серьёзным прогностическим признаком клинического течения этого заболевания.

Ключевые слова: дентальный имплантат, хронический периимплантит, мукозит, зубной протез на искусственной опоре, стволовая клетка, эффективность лечения и прогнозирование течения хронического периимплантита.

ПРОТЕТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ



Иорданишвили Андрей Константинович^{1,2}, Хазратов Алишер Исамидинович³,
Керимханов Камиль Аличубанович²

1 - Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург;

2 - Санкт-Петербургский медико-социальный институт, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург;

3 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ПАРОДОНТНИНГ ПРОТЕТИК ЗАРАРЛАНИШИ, УЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОСИ

Иорданишвили Андрей Константинович^{1,2}, Хазратов Алишер Исамидинович³,
Керимханов Камиль Аличубанович²

1 - С.М. Киров номидаги ҳарбий – тиббий академия, Россия Федерацияси, Санкт-Петербург ш.;

2 – Санкт-Петербург тиббий – ижтимоий институти, Россия Федерацияси, Санкт-Петербург ш.;

3 – Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

PROTHETIC PERIODONTAL LESIONS, THEIR PREVENTION AND TREATMENT

Iordanishvili Andrey Konstantinovich^{1,2}, Khazratov Alisher Isamidinovich³,
Kerimkhanov Kamil Alichubanovich²

1 - Military Medical Academy named after. S.M.Kirova, Russian Federation, St. Petersburg;

2 - St. Petersburg Medical and Social Institute, Russian Federation, St. Petersburg;

3 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: alisherxazratov@mail.ru

Резюме. Долзарблиги: Периодонтнинг яллигланиш патологияси орасида протезли периодонтитни аниқлаш стоматологларнинг тиш протезлаш асоратларининг этиологияси ва ривожланиши ҳақидаги умумий қабул қилинган гояларини сезиларли даражада тўлдирди, айниқса беморлар қисман протезлардан фойдаланганда. Оғиз бўшлиғида протезлар мавжудлиги сабабли периодонтнинг яллигланиши жараёнларини олдини олиш ва йўқ қилиш усулларини такомиллаштириш бугунги кунда, айниқса олинаниган акрил протезлардан фойдаланидан одамларда долзарбдир. Бу, айниқса, кексалар ва қариялар учун тўғри келади, улар иқтисодий сабабларга кўра олинаниган акрил протезларга кўпроқ мос келади, чунки уларни давлат (шаҳар) стоматология муассасаларида минтақа бюджети ҳисобидан олишлари мумкин. Мақсад - қисман олинаниган акрил протезлардан фойдаланидан беморларда периодонтитнинг протезли зарарланишларини олдини олиш ва йўқ қилиш учун "Герпенокс" (Россия) гелидан фойдаланиш имкониятини баҳолаш. Материал ва усуллар: Иш жараёнида иккала жағида тишлари қисман йўқолган 76 нафар (18 нафар эркак ва 55 нафар аёл) кекса беморлар (61-74 ёш) текширилди ва улар 2 та тадқиқот гуруҳига бўлинган. 1-гуруҳ (30 киши) беморларига қисман олинаниган акрил протезлар ишлаб чиқарилди, улар бутун кузатув давомида уларни маҳкамлаш учун ёпиштирувчи воситаларни ишлатмасдан фойдаланганлар. Мослашув даврининг биринчи кунидан бошлаб тадқиқот гуруҳининг 2-чи (43 киши) беморларига Россияда ишлаб чиқарилган Герпенокс гелидан фойдаланиш сўралган. 9 ой давом этган клиник ва лаборатория тадқиқотида периодонтнинг протезланган зарарланишлари аниқланди ва туприкнинг микробларга қарши салоҳияти ҳам баҳоланди. Натижалар: олинаниган акрил қисман протезлардан фойдаланиш протез гингивит ва периодонтитнинг пайдо бўлишига ёрдам бериши аниқланди, бу уларни ишлаб чиқариш технологияси билан боғлиқ. Протезли периодонтит билан касалланишни нафақат протезларни ўз вақтида тўзатиш, балки Россиянинг "Герпенокс" гели ёрдамида ҳам камайтириш мумкин, унинг қўлланилиши протезли периодонтитнинг пайдо бўлишини 45,04% га камайтиришига имкон берди. Сақланган тишлар жойида тиш миқкидаги яллигланиш ўзгаришлари 34,03% га тенлиги аниқланди. Герпенокс гелини доимий равишда ишлатадиган одамларда туприкнинг микробларга қарши потенциални ўрганиш оғиз бўшлиғида тиш протезладан олдин эришилган иммунитет мувозанатини сақлаб қолиш имкониятини кўрсатди. Хулоса: Клиник ва лаборатория тадқиқотларининг олинган натижалари одамларда протез периодонтал зарарланишларни олдини олиш ва йўқ қилиш учун олинаниган протезларни кийиш дан олдин Россияда ишлаб чиқарилган жели

"Герпенокс" дан фойдаланишни тавсия қилиш имконини беради.

Калит сўзлар: яллиғланишли периодонтал касалликлар, протезли гингивит, протез периодонтит, олинадиган акрил протез, сўлак, тупурикнинг антимикробиял салоҳияти, микробларга қарши пептидлар, оғиз бўшлиғи гигиенаси, оғиз бўшлиғининг санитарияси, динамик кузатув, Герпенокс гели.

Abstract. Relevance: The identification of prosthetic periodontitis among inflammatory periodontal pathology has significantly supplemented the generally accepted ideas of dentists about the etiology and progression of complications of dental prosthetics, especially when patients use partial removable dentures. Improvement of methods of prophylaxis and elimination of inflammatory periodontal lesions caused by the presence of dental prosthetic structures in the oral cavity is actual nowadays, especially in people using removable acrylic dentures. This is especially true for elderly and senile people, who for economic reasons are more accessible removable acrylic dental prostheses, as they can get them in state (municipal) dental institutions at the expense of the regional budget. The aim is to evaluate the possibility of using the gel "Herpenox" (Russia) for the purposes of prevention and elimination of periodontal lesions in patients using partial removable acrylic dental prostheses. **Material and methods:** 76 (18 men and 55 women) elderly patients (61 - 74 years old) who had partial tooth loss on both jaws were examined and divided into 2 study groups. Patients in group 1 (30 patients) were fabricated partial removable acrylic dentures, which they used throughout their follow-up without the use of adhesive agents for their fixation. Patients in group 2 (43 people) of the study group were offered to use the Russian-made gel "Herpenox" from the first day of the adaptation period. During the clinical-laboratory study, which lasted for 9 months, the prosthetic periodontal lesions were detected and the antimicrobial potential of saliva was evaluated. **Results:** The use of partial removable acrylic dentures was found to contribute to the occurrence of prosthetic gingivitis and periodontitis due to the fabrication technology used. It is possible to reduce the frequency of occurrence of prosthetic periodontitis not only by timely correction of prostheses, but also by using the Russian gel "Herpenox", the use of which allowed to reduce the occurrence of prosthetic periodontitis by 45,04% and by 34,03% to reduce the occurrence of inflammatory changes of the gingiva in the area of preserved teeth. The study of antimicrobial potential of saliva in the persons who constantly applied the gel "Herpenox" showed the possibility of preserving the achieved immune balance in the oral cavity before dental prosthetics. **Conclusion:** The obtained results of clinical and laboratory research allow to recommend to use the Russian gel "Herpenox" for prevention and elimination of prosthetic periodontal lesions in people. Using removable dental prostheses.

Key words: inflammatory periodontal diseases, prosthetic gingivitis, prosthetic periodontitis, partial removable acrylic prosthesis, saliva, antimicrobial potential of saliva, antimicrobial peptides, oral hygiene, oral cavity sanitation, dynamic observation, gel "Herpenox".

Актуальность. Воспалительные заболевания пародонта одинаково часто встречаются во всех странах бывшего СССР, как в Российской Федерации (РФ), так и странах ближнего зарубежья [1, 2, 3]. На современном уровне развития медицины правильно считается, что в их возникновении повинными известны пародонтопатогены [4, 5]. В тоже время появляются научные публикации, расширяющие представление не только об инфекционной теории возникновения воспалительных поражений тканей пародонта, но и сосудисто-биохимической этиологии пародонтита [6], дальнейшее развитие которой происходит в наши дни [7].

Используемые сегодня врачами-стоматологами и пародонтологами алгоритмы оказания помощи людям, страдающим воспалительной патологией пародонта (гингивит, пародонтит) достаточно эффективны [8, 9]. В тоже время следует отметить, что основными причинами неудач комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта является не только редкое применение хирургических методов лечения, главным образом, при пародонтите, но также низкую подготовку специалистов. Не меньшее значение имеют дефекты в оказании медицинской помощи пародонтологическим пациентам, которые могут быть обусловлены как дефицитом ресурсов, так и невнимательным отношением к па-

циенту со стороны врача, а также неудовлетворительной индивидуальной гигиеной рта [10, 11].

В отношении настоящей публикации следует подчеркнуть, что у людей, пользующихся различными конструкциями зубных протезов, нередко наблюдаются случаи, при которых лечение возникших воспалительных процессов в мягких и твердых тканях пародонта не всегда эффективно. Это, как правило, обуславливается именно нахождением в полости рта зубопротезной конструкции или конструкций, а не только неудовлетворительным уровнем индивидуальной гигиены рта [12, 13, 14]. В связи с этим следует признать полезным предложение профессора В.Н. Трезубова и учеников его научной школы, которыми был выделен в самостоятельную нозологическую форму протетический пародонтит [15]. Авторами было показано, что особенностью этой патологии тканей пародонта является отсутствие выраженного эффекта от проведения комплексной терапии, а также представлены особенности клинической картины и течения этого заболевания, а также меры по его профилактике. В опубликованных работах было показано, что в предупреждении возникновения протетического пародонтита главная роль отводится не только поддержанию высокого уровня индивидуальной гигиены рта, но, главным образом, хорошему техническому выполнению зубного протеза [15]. Это существенно дополняет общепринятые сложившиеся представ-

ления врачей-стоматологов об этиологии и прогрессировании осложнений зубного протезирования. Необходимо также отметить, что по данной проблематике В.Н. Трезубовым, О.Н. Сапроновой, Л.Я. Кусевичким было сделано научное открытие «Явление образования протетического пародонтита у человека (клиническая форма пародонтитов)», зарегистрированное в реестре открытий Российской академии естествознания (РАЕН), свидетельство за номером 440 от 12.02.2008 (диплом № 350).

Поэтому нам представляется, что совершенствование методов профилактики и устранения воспалительных поражений пародонта, обусловленных наличием в полости рта зубопротезных конструкций весьма актуально в наши дни, особенно у людей, пользующихся съемными зубными протезами. Это относится к пациентам старших возрастных групп, так как именно люди пожилого и старческого возраста часто не могут позволить себе стоматологическую реабилитацию современными конструкциями зубных протезов на искусственных опорах (дентальных и скуловых имплантатах), а им доступные им съемные акриловые зубные протезы, которые они имеют возможность получить в стоматологических лечебно-профилактических учреждениях за счет средств бюджета регион, гораздо чаще могут обуславливать возникновение воспалительных поражений тканей пародонта [16, 17].

Цель работы. Оценить возможность применения геля «Герпенокс» (Россия) для целей профилактики и устранения протетических поражений пародонтита у пациентов, пользующихся частичными съемными акриловыми зубными протезами.

Материал и методы исследования. Было обследовано 76 (18 мужчин и 55 женщин) пациентов пожилого возраста (61 – 74 лет), которые имели частичную потерю зубов на обеих челюстях и были разделены на 2 группы исследования.

Пациентам 1 (30 чел., 11 мужчин и 19 женщин) группы были изготовлены частичные съемные акриловые протезы, которые они использовали на протяжении всего наблюдения за ними без использования адгезивных средств для их фиксации.

Пациенты 2 (43 чел., 7 мужчин и 36 женщин) групп исследования также имели частичную потерю зубов, им были изготовлены частичные съемные акриловые протезы. Пациентам этой группы исследования с первого дня адаптационного периода было предложено использовать гель российского производства «Герпенокс», который они применяли на протяжении всего периода исследования и укладывали перед установкой протезов на ткани протезного ложа на область пародонта

в области сохранившихся естественных зубов.

В ходе клинического исследования, которое продолжалось 9 месяцев и было начато после завершения у протезоносителей адаптационного периода, оценивали состояние тканей пародонта на предмет выявления патологических процессов, обусловленных использованием пациентами съемных зубных протезов. За весь период клинического наблюдения за пациентами проведено 3 контрольных осмотра: в конце 3, 6 и 9 месяцев пользования зубными протезами. При выявлении факторов, обуславливающих травму десны и тканей протезного ложа, их устраняли. Пациентов, не поддерживающих высокий уровень гигиены рта исключали их исследования.

Для оценки антимикробного потенциала слюны у пациентов 1 и 2 групп исследования был выбран для исследования ряд противомикробных пептидов, которые обычно связаны с полостью рта, что посчитали важным для объективизации клинического состояния тканей рта. Такое лабораторное исследование провели перед началом зубного протезирования и на 9 месяце пользования протезами. С помощью ИФА-наборов фирмы Nucult biotech (Нидерланды) оценили содержание в слюне противомикробных пептидов: кателицидина LL-37 и альфадефензинов 1-3 (HNP1-3) по общепринятой методике [9]. Для сравнения полученных лабораторных результатов, аналогичное лабораторное исследование было проведено 15 чел. (4 мужчины и 11 женщин), составивших контрольную группу, и у которых, на фоне частичной потери зубов, не были диагностированы воспалительная патология пародонта и слизистой оболочки полости рта, но мог иметь место дистрофический процесс в тканях пародонта (пародонтоз) или редуцированный пародонт.

Достоверность различий средних величин независимых выборок подвергали оценке при помощи параметрического критерия Стьюдента при нормальном законе распределения и непараметрического критерия Манна-Уитни при отличии от нормального распределения показателей. Проверку на нормальность распределения оценивали при помощи критерия Шапиро-Уилкса. Для статистического сравнения долей с оценкой достоверности различий применяли критерий Пирсона χ^2 с учетом поправки Мантеля-Хэнзеля на правдоподобие. Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равным 0,05.

Исследование полностью соответствовало этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинический осмотр полости рта пациентов обеих групп исследования показал, что в 1 группе, спустя 3 месяца от начала пользования съемными протезами, патология тканей пародонта не выявлялась лишь у 6 (20%) чел, а воспалительные изменения в виде гингивита и протетического пародонтита были диагностированы, соответственно, у 18 (60%) и 6 (20%) чел. (рис. 1). На 6 и 9 месяцах пользования протезами у пациентов 1 группы во всех случаях выявлялась воспалительная патология тканей пародонта. Среди заболеваний пародонта диагностировали протетиче-

ский гингивит или пародонтит, соответственно, через 6 месяцев у 17 (56,67%) чел. и 13 (43,33%) чел., а спустя 9 месяцев, соответственно, у 13 (43,33%) чел. и 17 (56,67%) чел. У пациентов 2 группы исследования, которые постоянно использовали новое отечественное средство для фиксации зубных протезов, спустя 3 месяца от начала пользования протезами протетический пародонтит был диагностирован лишь у 1 (2,33%) чел., а у 8 (18,6%) чел. было диагностировано воспаление и отек десны, который трактовали как протетический гингивит (рис. 2).

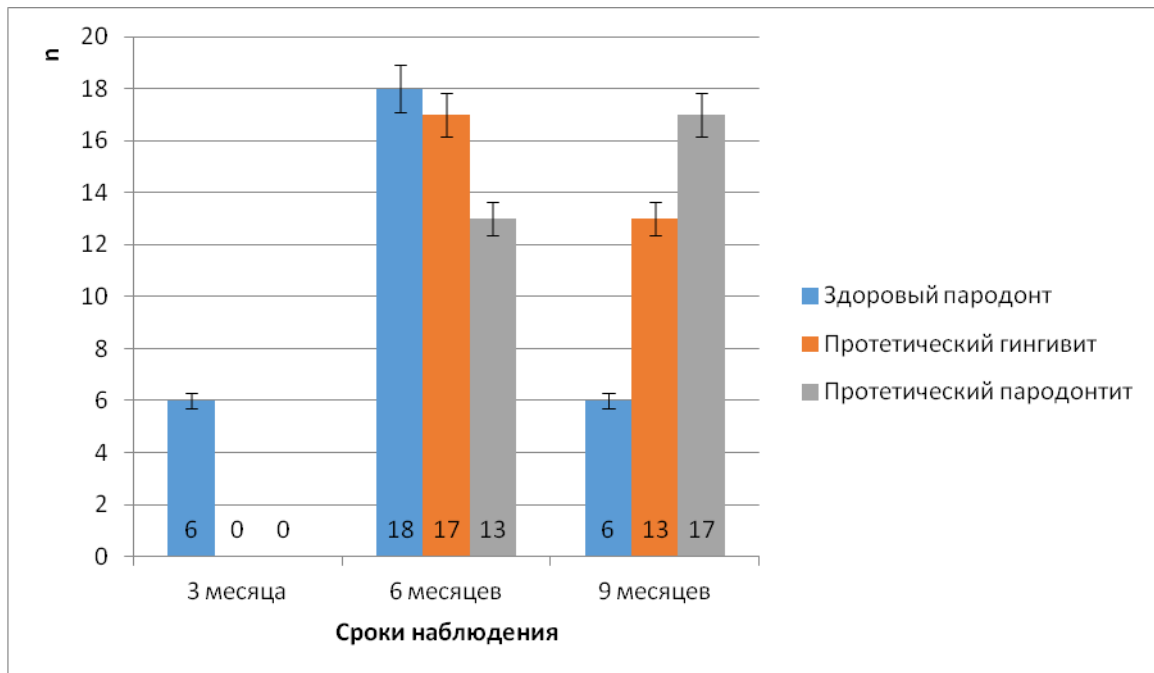


Рис. 1. Состояние тканей пародонта у пациентов 1 группы в процессе пользования съемными зубными протезами, (n)

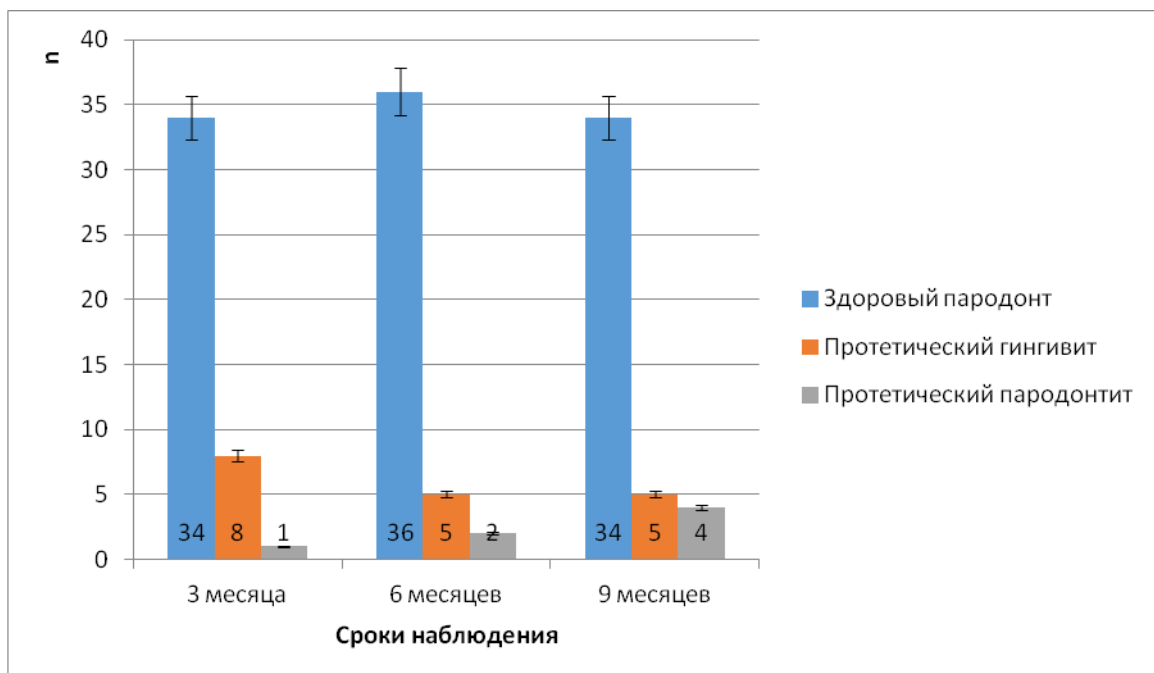


Рис. 2. Состояние тканей пародонта у пациентов 2 группы в процессе пользования съемными зубными протезами, (n)

Таблица 1. Концентрация противомикробных пептидов в слюне у пациентов разных групп в ходе исследования исследования, n (чел.)

Группы	Кателицидин LL-37 (нг/мл)	HNP 1-3 (нг/мл)
Контрольная n=15	31,5 (19,7; 42,4)	30,6 (19,9; 38,2)
1 группа до ортопедического лечения n=30	39,5 (30,5; 44,3)	32,2 (22,6; 41,3)
1 группа на 9 месяце пользования зубными протезами, n=30	52,6 (38,8; 69,7)*	18,5 (14,2; 21,7)*
2 группа до ортопедического лечения, n=43	41,3 (31,4; 41,6)	31,5 (22,6; 41,1)
2 группа на 9 месяце пользования зубными протезами, n=43	43,2 (32,5; 47,9)	30,2 (19,2; 34,4)

*- Примечание: $p < 0.05$ достоверно по сравнению с контрольной группой

На 6 и 9 месяцах пользования протезами у пациентов 2 группы воспалительной патологии пародонта выявлено не было, соответственно, у 36 (83,72%) чел. и 34 (79,07%) чел. Среди заболеваний пародонта у пациентов 2 группы протетический гингивит и протетический пародонтит диагностировались через 6 месяцев у 5 (11,63%) чел. и 2 (4,65%) чел., соответственно, а через 9 месяцев – у 5 (11,63%) чел. и 4 (9,30%) чел., соответственно. Это достоверно свидетельствует, что применение российского геля «Герпенокс» объективно способствовало устранению и профилактике протетического пародонтита и воспалительных процессов слизистой оболочки в области сохранившихся естественных зубов ($p \leq 0,01$).

Результаты лабораторного исследования по оценке антимикробного потенциала слюны у пациентов 1 и 2 групп показало, что до начала ортопедического лечения показатели кателицидина LL-37 и содержание альфа-дефензинов 1-3 (HNP 1-3) не имело отличий от цифровых значений аналогичных показателей, полученных в слюне у пациентов контрольной группы исследования ($p \geq 0,05$).

В конце 9 месяца пользования частичными съемными акриловыми зубными протезами у пациентов 2 группы исследования (табл. 3), которые постоянно использовали российский гель «Герпенокс», достоверных изменений содержания в слюне кателицидина LL-37 и альфа-дефензинов 1-3 (HNP 1-3) выявлено не было ($p \geq 0,05$), не смотря на то, что в конце наблюдения за пациентами у 4 (9,03%) чел. из этой группы клинически определялся протетический пародонтит, а у 5 (11,63%) чел. имели место гиперемия и отек десневых сосочков, который трактовали как протетический гингивит.

По завершению 9 месяца пользования съемными зубными протезами у пациентов 1 группы исследования, которые не применяли каких-либо средств для фиксации протезов, достоверно определялось повышение в слюне значений кателицидина LL-37 ($p \leq 0,05$) и снижение показателей альфа-дефензинов 1-3 (HNP 1-3), что соответствовало клинической картине, определяемой

во рту, так как на этот срок наблюдения воспалительная патология тканей пародонта имела место у всех пациентов, среди которой у 17 (56,67%) чел. был диагностирован протетический пародонтит, а у 13 (43,33%) – воспаление и отек десны (протетический гингивит).

Частая встречаемость воспалительных процессов пародонта протетического происхождения у пациентов 1 группы исследования обуславливала функциональную недостаточность секреторного иммунитета слизистых ротовой полости, что подтверждалось достоверной неблагоприятной динамикой содержания в слюне противомикробных пептидов нейтрофильного происхождения. Постоянное использование пациентами 2 группы исследования российского геля «Герпенокс» способствовало снижению воспаления и сохранению достигнутого перед зубным протезированием иммунного баланса в ротовой полости за счет проведенной санации, устранившей первопричины воспаления и основы биопленки дисбиотического микробиома.

Необходимо подчеркнуть, что в ранее проведенных исследованиях нами изучалась эффективность применения для аналогичных целей нового российского адгезивного крема Асепта Parodontal (АО «ВЕРТЕКС», г. Санкт-Петербург), который предназначен именно для фиксации съемных протезами. Эти исследования показали, что на протяжении адаптационного периода применение протезоносителями нового российского крема Асепта Parodontal способствовало к снижению уровня воспаления в ротовой полости и повышению мукозального иммунитета, о чем свидетельствовало увеличение синтеза sIgA, а также динамика показателей цитокинового статуса, полученных при исследовании ротовой жидкости [18]. При этом у протезоносителей, применявших указанный крем для фиксации зубных протезов, также отмечалось снижение выявляемости в материале, полученном из полости рта *Candida albicans*, как основного возбудителя, ассоциированного с протезным стоматитом [9] и лучшие показатели психического состояния организма [19, 20]. Настоящее исследование показало воз-

возможности использования для аналогичных целей российского геля «Герпенокс», главным образом, для профилактики и устранения протетических воспалительных поражений мягких и твердых тканей пародонта: протетического гингивита и протетического пародонтита. Эффективность применения российского геля «Герпенокс» не уступает специально созданным адгезивным средствам в целях исключительно профилактики воспалительных поражений тканей протезного ложа.

Заключение. Резюмируя вышеизложенное, следует заключить, что пользование частичными съемными акриловыми протезами способствует возникновению воспаления тканей десны в области сохранившихся зубов (протетический гингивит) с последующим прогрессированием и развитием протетического пародонтита. Используемая в наши дни в большинстве лечебно-профилактических стоматологических учреждениях технология изготовления съемных акриловых протезов, а также существующее отношение врачей стоматологов-ортопедов к возможности травмирования тканей рта частями съемных протезов, в нашем исследовании, главным образом, базисом протеза, не способны полностью исключить возникновение протетических поражений мягких и твердых тканей пародонта воспалительного характера (протетические гингивит и пародонтит). В тоже время, исследование показало возможность профилактики протетического пародонтита при использовании российского геля «Герпенокс», применение которого позволило на 9 месяц пользования протезами на 45,04% уменьшить появление протетического пародонтита и на 344,03% снизить встречаемость воспалительных изменений десны в области сохранившихся зубов, трактуемых нами как протетический гингивит. Кроме этого, изучение антимикробного потенциала слюны у людей, применявших российский гель «Герпенокс» при пользовании частичными съемными акриловыми протезами выявило возможность сохранения достигнутого перед зубным протезированием, за счет санации органов и тканей рта, иммунного баланса во рту. Таким образом, полученные результаты клинико-лабораторного исследования позволяют рекомендовать к использованию российский гель «Герпенокс» для профилактики и устранения протетических поражений мягких и твердых тканей пародонта у протезоносителей, пользующихся съемными акриловыми протезами.

Литература:

1. Агаева Н.А. Микробиологическая и иммунологическая характеристика пародонтитов и гингивитов с актиномикотической этиологией // *Фундаментальные исследования*. – 2010. – № 3. –

С. 7–17. Режим доступа <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=14931594&>

2. Комаров Ф.И., Шевченко Ю.Л., Иорданишвили А.К. Стоматологическое и соматическое здоровье долгожителей // *Экология и развитие общества*. – 2017. – № 1. С. 73–75.

3. Griffin S.O, Jones J.A, Brunson D., Griffin P.M, Bailey W.D. Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities // *American journal of public health*. – 2012. – Vol. 102(3). –P. 411–418. 10.2105/AJPH.2011.300362

4. Малышев М.Е., Керимханов К.А., Беделов Н.Н., Иорданишвили А.К. Микробиом полости рта как важный фактор благоприятного течения патологии органов желудочно-кишечного тракта // *University Therapeutic Journal*. – 2022. – № 4(S). – С. 76–77. eLIBRARY ID: 49793863

5. Иорданишвили А.К. Заболевания пародонта: учебник. СПб.: Человек, 2022. – 376 с. eLIBRARY ID: 49415180

6. Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. Издание 3-е дополненное. – М.: Издательство «Триада-Х», 2004. – 174 с.

7. Копытов А.А., Леонтьев В.К. Закономерные, эволюционно обусловленные морфологические изменения, предопределяющие заболевания пародонта // *Пародонтология*. – 2022. – Т. 27(1). – С. 13–19. <https://doi.org/10.33925/1683-359-2022-27-1-13-19>.

8. Иорданишвили А.К. Геронтостоматология: актуальные вопросы преподавания // *Cathedra-Кафедра*. – 2021. – № 76. – С. 50–51. eLIBRARY ID: 48219413

9. Малышев М.Е., Иорданишвили А.К., Мушегян П.А., Хабирова Т.Г. Состояние секреторного иммунитета полости рта у больных с Candida-ассоциированным протезным стоматитом // *Медицинская иммунология*. – 2021. – Т. 23(3). – С. 577–584. eLIBRARY ID: 47486924

10. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 248 с.

11. Oliveira M.C., Oliveira V.M., Vieira A.C., Rambob I. In vivo assessment of the effect of an adhesive for complete dentures on colonisation of Candida species // *Gerodontology*. – 2010. – V. 27. – P. 303–307. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00345.x>.

12. Иорданишвили А.К. Геронтостоматология: учебник. – СПб.: Человек, 2022. – 376 с. eLIBRARY ID: 49823927

13. Le Bars P., Kouadio A.A., Bandiaky O.N., Le Guéhennec L., de La Cochetière M.F. Host's Immunity and Candida Species Associated with Denture Stomatitis: A Narrative Review // *Microorganisms*. – 2022. – Jul. 16;10 (7):1437. doi: 10.3390/microorganisms10071437.

14. Kebschull M., Papapanou P.N. Periodontal microbial complexes associated with specific cell and tissue responses // J. Clin. Periodontol. – 2011. – V. 38 (11). – P. 17–27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2010.01668.x>
15. Трезубов В.Н., Сапронова О.Н., Кусевский Л.Я. Явление образования протетического пародонтита у человека (клиническая форма пародонтитов // Институт стоматологии. – 2008. – № 4(41). – С. 48–49. eLIBRARY ID: 14343964
16. Иорданишвили А.К. Оптимизация жевания как важный фактор профилактики возникновения и рецидивирования заболеваний органов пищеварительного тракта у пожилых и старых людей // University Therapeutic Journal. – 2022. – № 4(S). – С. 63–64. eLIBRARY ID: 49793856
17. Керимханов К.А., Бобинцев И.И., Иорданишвили А.К. Патологические и клинические аспекты стоматологической реабилитации при полной потере зубов // Человек и его здоровье. – 2022. – Т.25 (3). – С. 653–659. DOI:10.21626/vestnik/2022-2/08.
18. Керимханов К.А., Малышев М.Е., Иорданишвили А.К. Особенности микробиоты и мукозального иммунитета при пользовании съёмными зубными протезами // Институт стоматологии. – 2022. – № 1(94). – С. 25– 27. eLIBRARY ID: 48213665
19. Керимханов К.А., Иорданишвили А.К. Оценка психологического состояния пациентов в процессе адаптации к съёмным зубным протезам и пути ее оптимизации // Российский стоматологический журнал. – 2022. – Т.26 (4). – С.331–336. DOI:10.17816/1728-2802-2022-26-4-331-336.
20. Иорданишвили А.К. Утрата зубов как фактор возникновения и прогрессирования патологии желудочно-кишечного тракта // University Therapeutic Journal. – 2022. – № 4(S). – С. 60– 61. eLIBRARY ID: 49793854

ПРОТЕТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Иорданишвили А.К., Хазратов А.И., Керимханов К.А.

Резюме. Актуальность: Выделение среди воспалительной патологии пародонта протетического пародонтита существенно дополнило общепринятые сложившиеся представления врачей-стоматологов об этиологии и прогрессировании осложнений зубного протезирования, особенно при пользовании пациентами частичных съёмных зубных протезов. Совершенствование методов профилактики и устранения вос-

палительных поражений пародонта, обусловленных наличием в полости рта зубопротезных конструкций актуально в наши дни, особенно у людей, пользующихся съёмными акриловыми зубными протезами. Это особенно относится к людям пожилого и старческого возраста, которые по экономическим соображениям более доступны съёмные акриловые зубные протезы, так как они могут их получить в государственных (муниципальных) стоматологических учреждениях за счет средств бюджета региона. Цель – оценить возможность применения геля «Герпенокс» (Россия) для целей профилактики и устранения протетических поражений пародонтита у пациентов, пользующихся частичными съёмными акриловыми зубными протезами. **Материал и методы:** в ходе работы обследовано 76 (18 мужчин и 55 женщин) пациентов пожилого возраста (61 – 74 лет), которые имели частичную потерю зубов на обеих челюстях и были разделены на 2 группы исследования. Пациентам 1 (30 чел.) группы были изготовлены частичные съёмные акриловые протезы, которые они использовали на протяжении всего наблюдения за ними без использования адгезивных средств для их фиксации. Пациенты 2 (43 чел.) группы исследования с первого дня адаптационного периода было предложено использовать гель российского производства «Герпенокс». В ходе клинико-лабораторного исследования, которое продолжалось 9 месяцев выявляли протетические поражения пародонта, а также оценивали антимикробный потенциал слюны. **Результаты:** Установлено, что пользование частичными съёмными акриловыми протезами способствует возникновению протетического гингивита и пародонтита, что связано с используемой технологией их изготовления. Снизить частоту возникновения протетического пародонтита возможно не только своевременной коррекцией протезов, но и путем использования российского геля «Герпенокс», применение которого позволило на 45,04% уменьшить появление протетического пародонтита и на 34,03% снизить встречаемость воспалительных изменений десны в области сохранившихся зубов. Изучение антимикробного потенциала слюны у лиц, постоянно применявших гель «Герпенокс», показало возможность сохранения достигнутого перед зубным протезированием иммунного баланса в ротовой полости. **Заключение:** Полученные результаты клинико-лабораторного исследования позволяют рекомендовать к использованию российский гель «Герпенокс» для профилактики и устранения протетических поражений пародонта у людей. Пользующихся съёмными зубными протезами.

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, протетический гингивит, протетический пародонтит, частичный съёмный акриловый протез, слюна, антимикробный потенциал слюны, противомикробные пептиды, гигиена рта, санация полости рта, динамическое наблюдение, гель «Герпенокс».

ОСОБЕННОСТИ ВЕКТОРНЫХ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПТОЗАХ ВЕРХНИХ ВЕК



Исмаилов Сайдимурад Ибрагимович¹, Ахмедов Шавкат Садыкходжаевич²

1 - ГУ «Республиканский специализированный научно – практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 – Международный медицинский университет «Central Asian Medical University», Республика Узбекистан, г. Фергана

КЎЗ ЮҚОРИ ҚОВОҚЛАРИНИНГ ПТОЗИДАГИ ВЕКТОР, БИОМЕХАНИК ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Исмаилов Сайдимурад Ибрагимович¹, Ахмедов Шавкат Садыкходжаевич²

1 – ДМ «Академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий – амалий тиббиёт маркази», Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - «Central Asian Medical University» Халқаро тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Фарғона ш.

FEATURES OF VECTOR BIOMECHANICAL CHANGES IN PTOSIS OF THE UPPER EYELIDS

Ismailov Saidimurad Ibragimovich¹, Akhmedov Shavkat Sadykhodjaevich²

1 - State Institution “Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V. Vakhidov”, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 – International Medical University “Central Asian Medical University”, Republic of Uzbekistan, Fergana

e-mail: info@camuf.uz

Резюме. Мақолада турли хил птоз этиологияларида юқори кўз қовоғининг ҳаракатларида иштирок этадиган вектор кучларининг ўзгариши хусусиятларини ўрганиш келтирилган. 42 та (66 кўз) бемор таҳлил қилинган. Турли хил этиологияларнинг юқори кўз қовоқ птозини тузатишдаги асосий муаммоларидан бири бу қисқарган леватор мушакларининг кенгайиши ва тарзал пластинканинг статик қаршилиги бўлиб, бу аниқ латерал кучланиш ва чокларни кесиш натижасида лагофталмос ёки птозиснинг қайталанишига олиб келади. Бу жиҳатлар ҳар хил оғ'ирликдаги блефароптоз учун деярли ҳар қандай турдаги жарроҳлик амалиётига хосдир. Таҳлил натижаси шуни кўрсатдики, блефароптозни жарроҳлик ёъли билан тузатишнинг эстетик таъсири бевосита юқори кўз қовоғининг ҳаракатларида иштирок этадиган вектор кучларининг ҳолатини дастлабки хусусиятларига боғлиқ. Ўз навбатида, ушбу омилларни ҳисобга олмаган ҳолда ҳар қандай жарроҳлик усуллари 66,7% (66 кўздан 44 таси) қониқарсиз натижаларга олиб келади. Шунини таъкидлаш керакки, салбий оқибатларнинг такрорланувчанлиги касалликнинг этиологиясига боғлиқ эмас, хусусан, тугма птозда қониқарсиз натижалар 63,6% ни, касалликнинг орттирилган шаклларида эса 67,3% ни, эстетик блефаропластикада - 53,0% ни ташкил этди. Юқори кўз қовоқлари птозининг турли шаклларида, вектор кучларининг ўзгариши ва коррекция қилиш жарроҳлик амалиётидан со'нг тегишли вектор бузилишларининг хусусиятларини аниқлаш бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижаларига кўра, кўз қовоғининг птозини жарроҳлик ёъли билан тузатишда жарроҳ амал қилиши керак бўлган асосий тамойиллар ишлаб чиқилди.

Калит сўзлар: юқори қовоқ, птоз, вектор.

Abstract. The article presents a study of the features of changes in vector forces involved in the movements of the upper eyelid in ptosis of various etiologies. The analysis included 42 (66 pairs of eyes) patients. One of the main issues in the correction of ptosis of the upper eyelid of various etiologies is the problem of extensibility of the shortened levator muscle and static resistance of the tarsal plate, leading to lagophthalmos or relapse of ptosis due to pronounced lateral tension and cutting sutures. These aspects are typical for virtually any type of surgery for blepharoptosis of varying severity. The analysis showed that the aesthetic effect of surgical correction of blepharoptosis directly depends on the initial characteristics of the state of the vector forces involved in the movements of the upper eyelid. In turn, any surgical interventions that do not take these factors into account lead to unsatisfactory results in 66.7% (44 out of 66 eyes). It should be

noted that the frequency of negative outcomes did not depend on the etiology of the disease. In particular, with congenital ptosis, the proportion of unsatisfactory results was 63.6%, and with acquired forms of the disease - 67.3%, including cases with aesthetic blepharoplasty - 53.0%. The basic principles that should guide the surgeon during surgical correction of eyelid ptosis were developed based on the results of studies conducted to determine the characteristics of changes in vector forces in various forms of ptosis of the upper eyelids and corresponding vector disturbances after corrective operations.

Key words: *upper eyelids, ptosis, vector.*

Актуальность проблемы. Врожденный блефароптоз, обычно наблюдаемый у детей, требует оценки MRD1, экскурсии поднимающей мышцы, высоты складки века и исключения синдромов. Врожденный блефароптоз чаще всего обусловлен эмбриональной недостаточностью развития поднимающей мышцы. Хирургическое лечение обычно показано и обычно проводится примерно в возрасте от 4 до 5 лет [1]. Наиболее распространенным типом приобретенного блефароптоза является инволюционный или старческий птоз, это вызвано отделением или расхождением апоневроза леватора от предплюсны. При клиническом осмотре можно было бы ожидать в целом плохой функции леватора с ухудшением птоза при взгляде вниз и высокой складкой века. К счастью, эти пациенты, как правило, хорошо переносят хирургическое вмешательство. Хирургическое восстановление выполняется либо внутренним, либо наружным доступом. Существует несколько подходов к внутренней коррекции птоза. Резекция конъюнктивы мышцы Мюллера (MMCR) использует реакцию век на фенилэфрин, помещенный в верхний свод, чтобы определить степень необходимой резекции мышцы Мюллера и конъюнктивы. При таком внутреннем подходе литература предлагает благоприятные результаты с точки зрения симметрии и низкой частоты повторных операций [2]. По данным Харитоновой Н.Н. с соавт. в 15 из 63 прооперированных глаз (23,8%) в послеоперационном периоде наблюдался лагофтальм от 1 до 4 мм. Птоз часто сопровождается слабостью круговой мышцы глаза. Это характерно для врожденного птоза, сочетание птоза и слабости круговой мышцы характерно также и для системной патологии мышц, такой как миастения (мышечная слабость), глазная форма миопатии и др. Сравнение исследованных механических характеристик круговой мышцы при различных стадиях птоза по данным авторов показало, что тяжесть заболевания не оказывает на них значительного влияния, однако при врожденном птозе с возрастом отмечается тенденция к нарушению механических свойств этой мышцы, т.е. смыкательная сила мышцы с возрастом ослабевает [3]. Причиной развития послеоперационного лагофтальма является появление взаимно противоположных статических векторных сил после хирургической коррекции блефароптоза. Статическая составляющая сопротивления тарзальной пла-

стинки бывает при некоторых формах блефароптоза значительной [4]. Для преодоления этого сопротивления хирург вынужден производить резекцию как можно большей части мышцы леватора при резекционных технологиях. Такая тактика приводит к появлению значительных статических взаимно противоположных послеоперационных векторных сил при незначительном динамическом компоненте. Причём статическая составляющая подъёма верхнего века несоизмерима со смыкательной силой круговой мышцы глаза [5].

Как и при всех хирургических процедурах, особенно косметических, отбор пациентов имеет первостепенное значение. Необходимо собрать тщательный медицинский и хирургический анамнез, особенно если в анамнезе имеется заболевание щитовидной железы, тяжелая миастения или любое нарушение свертываемости крови. В анамнезе должны быть задокументированы предшествующие глазные патологии, такие как синдром сухого глаза, глаукома или другое воспалительное заболевание глаз. Важно знать о пациентах с рефракционной хирургией в анамнезе (например, лазерный кератомилез *in situ*; LASIK), поскольку эти люди более склонны к синдрому сухого глаза. Хирурги должны знать историю предыдущих травм лица, любых операций или использования нейромодуляторов или наполнителей мягких тканей [6]. Лагофтальм, или неспособность полностью закрыть глаза, является серьезным заболеванием, которое может привести к экспозиционному кератиту, язве роговицы, перфорации роговицы или даже к слепоте. Причины включают паралич круговой мышцы глаза, заболевания щитовидной железы, травмы и новообразования орбиты. В настоящее время для лечения лагофтальма очень распространена установка утяжеленного имплантата в верхнее веко [7]. Исторически сложилось так, что методы коррекции лагофтальма включали тарзорафию, утяжеление век, размещение пружины для век, удлинение мышцы, поднимающей верхнее веко, и хемоденервацию. За последние несколько лет было опубликовано несколько статей, посвященных использованию филлера на основе гиалуроновой кислоты при лечении паралитического лагофтальма. Это может быть наиболее полезным у пациентов, которые плохо подходят для хирургического вмешательства, и/или у тех пациентов, у которых ожидается улучшение функции лицевого нерва. Преимущества инъекционного филлера на основе гиалуроновой кислоты при лагоф-

тальме в целом заключаются в том, что он является минимально инвазивным, титруемым и обратимым [8]. В дополнение к риску серьезного повреждения глазного яблока и роговицы в результате воздействия, неправильное положение век может привести к значительному психологическому дистрессу. По этим причинам крайне важно, чтобы хирург знал о многофакторной, сложной природе этих нарушений. В целом, цель состоит в том, чтобы как можно лучше восстановить естественное анатомическое выравнивание века и снизить риск повреждения глазного яблока [9]. Двойная блефаропластика век является одной из самых популярных косметических операций на лице, выполняемых пациентам с азиатскими веками. Хотя большинство пациентов выбирают блефаропластику в косметических целях, а не по функциональным причинам, эти пациенты часто имеют сопутствующий блефароптоз от легкой до умеренной степени. Многие авторы предлагают одновременную блефаропластику двойного века и коррекцию птоза с использованием непрерывной безинцизионной техники с одним узлом [10].

Проведенный анализ литературных данных свидетельствует о том, что для решения столь актуальной проблемы необходимо разработать новые пути совершенствования методов хирургического лечения больных с приобретенным блефароптозом. Требуется разработка и систематизация дефектов верхнего века в соответствии с этиологическими факторами, а также применение дифференцированного подхода в выборе метода коррекции аномалии. Стандартные методы не всегда позволяют достичь максимального косметического и эстетического эффекта, что делает поиск новых методик коррекции блефароптоза крайне актуальным.

Материалы и методы исследования. В группу исследования для верификации особенностей изменений векторных сил, участвующих в движениях верхнего века, вошли 42 (66 глаз) больных. Возраст больных варьировал от 4 до 70 лет. Учитывая тот факт, что к нам обращались больные с блефароптозами как одного века, так и с птозами обеих век, считаем, что для большей объективности необходимо учитывать не количество прооперированных больных, а количество оперированных глаз.

В связи с широким распространением на сегодня эстетической блефаропластики в группу включены больные с сенильным блефароптозом с эстетической блефаропластикой - 30 (71,4%) случаев. Нейрогенный и посттравматический птоз был по 2 (4,8%) случая.

Заболевание обеих глаз было отмечено в 24 (57,1%) случаях, правого глаза - 13 (31%) и левого глаза - у 5 (11,9%).

Из местного статуса измеряется ширина глазной щели, функция леватора, роговичный

световой рефлекс (MRD), наличие и высота складки MCD). Все эти измерения производятся с помощью линейки. Далее определяется феномен Бела с целью выявления наличия или отсутствия мигательного рефлекса, определяется подвижность глазных яблок и подвижность бровей.

Степень птоза определяется по отношению ресничного края птозированного века к зрачку. 1 степень птоза - ресничный край опускается до 1/3 зрачка, 2 степень птоза - до 2/3 зрачка, 3 степень птоза - ниже 2/3 зрачка. Птоз 1 степени был в 47 (71,2%) случаях из 66 глаз, с птозом 2 степени оперировано 14 (21,2%) глаз, с 3 степенью - 5 (7,6%) глаз.

Всем больным производились общеклинические методы обследования, произведен сбор анамнеза, объективное обследование, лабораторные методы обследования (общий анализ крови, биохимические обследования крови, коагулограмма). Функция леватора века определялась по методу Берке. Больные по функции леватора века были разделены на 4 группы: 1) с отличной функцией леватора века (выше 12 мм); 2) с хорошей функцией леватора (8-12 мм); 3) с удовлетворительной функцией леватора (5-7 мм); 4) с неудовлетворительной функцией леватора (0-4 мм).

Обследование пациентов показало, что отличная функция леватора века была только в 2 (3,0%) случаях. Хорошая функция отмечена у 43 (65,2%) глаз, удовлетворительная функция определена у 17 (25,8%), неудовлетворительная выявлена у 4 (6,1%).

Результаты и обсуждение. Первично изучены векторные силы, участвующие в движениях верхнего века и их изменения при птозах различной этиологии. Любые движения в природе происходят согласно законам физики. Не являются исключением движения верхнего века. Движения верхнего века происходят в двух взаимно противоположных направлениях: а) движения, направленные вверх; б) движения, направленные вниз. Все эти движения можно определить с позиций биомеханических сил как векторные.

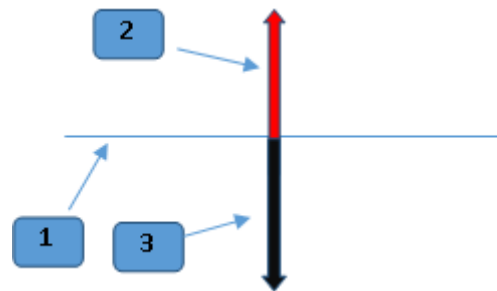
1. Векторные силы подъёма, направленные вверх, возникают при сокращении следующих мышц: а) *m. levator palpebrae superioris*-мышца, поднимающая верхнее веко. Это основная мышца, участвующая в подъёме века. Иннервация этой мышцы осуществляется за счёт 3 пары черепно-мозговых нервов-глазодвигательного нерва. б) *m. tarsalis superior*-верхняя тарзальная мышца (мышца Мюллера). Эта мышца находится позади верхней части тарзальной пластинки. Иннервация этой мышцы осуществляется за счёт симпатической нервной системы. в) *venter frontalis m. kvadriceps capitis*-лобное брюшко четырёхглавой мышцы головы, или лобная мышца. Эта мышца является дополнительной мышцей, участвующей

в подъёме верхнего века. Она действует опосредованно через круговую мышцу глаза, к которой вплетается волокнами в своей нижней части. Её действие хорошо заметно при широком раскрытии глаз. Иннервация этой мышцы осуществляется лобной ветвью 7 пары черепномозговых нервов. Подъёмная тяга мышц подъёма века меняется произвольно от полного отсутствия до 27-30 гр. (Оруджов Н.З.). Поэтому в норме векторные силы подъёма века всегда динамические.

2. Векторные силы, направленные на смыкание века – это: а) *m. orbicularis oculi*-круговая мышца глаза. Эта мышца делится на три порции. В основном, смыкание века осуществляется за счёт претарзальной порции мышцы. При смыкании пресептальной порции века оно зажмуривается, но влияние мышцы на смыкание более слабое чем претарзальной порции. Иннервация этой мышцы осуществляется за счёт скуловых и передневисочных ветвей лицевого нерва (Грищенко С.В.2007). Эта мышца меняет свою тягу в зависимости от желания и определяет динамическую часть вектора смыкания, направленного книзу. б) *Tarsus*-тарзальная пластинка представляет собой растянутый овал, имеющий определённую эластичность и жёсткость. За счёт эластичности мышца леватор века способна поднимать веко до определённого уровня, определяющего ширину глазной щели. При этом тарзальная пластинка не сопротивляется. После достижения определённого уровня сопротивление тарзальной пластинки резко увеличивается за счёт жёсткости. Жёсткость определяет форму нижнего края века и имеет определённое сопротивление к подъёму века. Сила этого сопротивления тем выше чем больше тяга кверху. Это сопротивление определяет статическую составляющую вектора, направленного книзу.

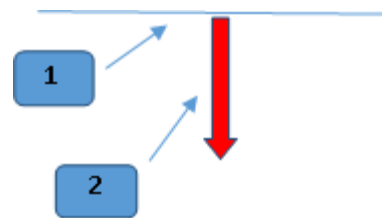
Таким образом, в движениях века участвуют две взаимно противоположные векторные силы: направленные кверху, которые в норме всегда являются динамическими за счёт мышц подъёма, и направленные книзу, которые можно разделить на динамические, которые определяются круговыми мышцами глаз и статические за счёт сопротивления тарзальной пластинки. Подъёмная тяга мышц, поднимающих веки, в основном должна быть равноценной сопротивлению тарзальной пластинки, т.к. при подъёме века круговая мышца глаза максимально расслабляется и динамическая составляющая, направленная книзу, приближается к нулю. В норме гравитационным вектором, направленным книзу за счёт тяжести века можно пренебречь. Таким образом, в норме вектор подъёма всегда динамический и при подъёме века соразмерен статическому вектору сопротивления тарзальной пластинки, направленного книзу (рис. 1). При смыкании глаз вектор подъёма приближа-

ется к нулю, усиливается динамическая составляющая вектора, направленного книзу, за счёт круговой мышцы глаза. Сопротивление тарзальной пластинки также уменьшается и также приближается к нулю (рис. 2). Все эти движения века синхронизированы.



1. Ресничный край века.
2. Динамическая составляющая подъёма века.
3. Статическое сопротивление тарзальной пластинки.

Рис. 1. Вектор подъёма века



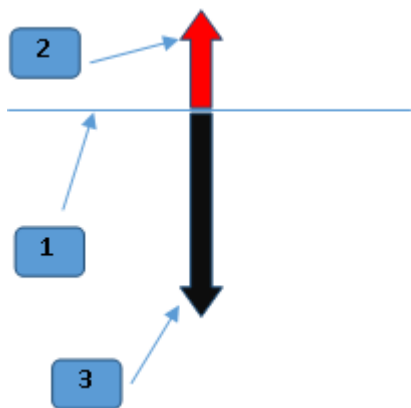
1. Ресничный край века.
2. Динамическая составляющая вектора смыкания.

Рис. 2. Вектор при смыкании глаз

При блефароптозах изменения векторных сил возможны в различных вариантах:

а) Уменьшение векторных сил подъёма при неизменных векторных силах, направленных книзу (рис. 3). При этих формах снижается или исчезает подъёмная тяга мышцы леватора. Такие изменения характерны для сенильного птоза (рис. 4-5), травматического птоза, миастении (рис. 6), некоторых формах врождённого птоза. Необходимо отметить, что больные с сенильными птозами век в основном попадают к пластическим хирургам, которые не оценивают эту патологию и выполняют этим больным обычную блефаропластику, никак не корректируя птоз век. Как правило, больным этой группы выполняют хирургическую коррекцию птоза в виде операций с созданием дубликатуры леватора, резекции мышцы Мюллера, резекции мышцы леватора века.

б) Следующим вариантом изменений векторных сил является усиление векторных сил, направленных книзу, при неизменных векторных силах подъёма (рис. 7).



1. Ресничный край верхнего века.
2. Динамические векторные силы подъёма века.
3. Статическое сопротивление тарзальной пластинки

Рис. 3. Уменьшение векторных сил подъёма при неизменённых векторных силах, направленных книзу

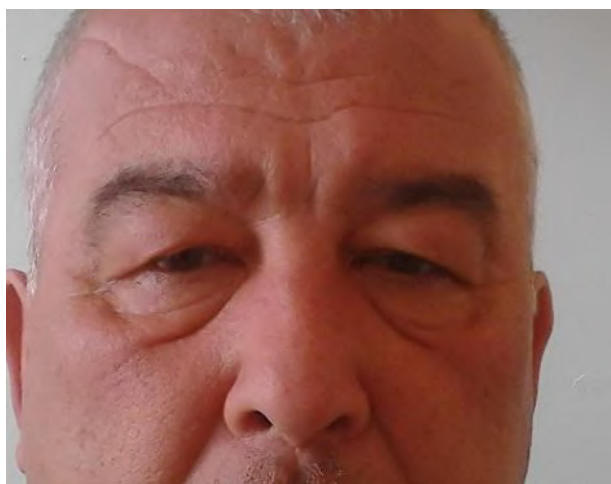


Рис. 4. Б-й: Тешабаев М. 1957 г.р. Д-з: Сенильный блефароптоз 1 степени

При этом причинами усиления этих векторных сил могут являться: усиление сопротивления тарзальной пластинки врождённого генеза, усиление ригидности мягких тканей претарзальной области воспалительного характера, опухоли верхнего века, добавляющие гравитационную составляющую в вектор, рубцовые процессы претарзальной области (рис. 8-9). Одной из причин блефароптоза может являться блефароспазм за счёт усиления тонуса круговой мышцы глаза. Блефароспазм лечится консервативно и его лечение является прерогативой невропатолога.

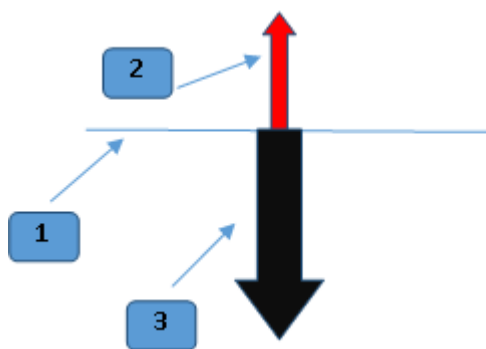
В эту категорию входят больные с врождёнными птозами век 3 степени, пальпебральный синдром (рис. 11-13). Именно эти больные на сегодня являются особенно проблемными для лечения. Практически все применяемые методики хирургической коррекции для таких больных неэффективны и осложняются высоким процентом рецидивов. Как правило этим больным выполняются подвесные технологии коррекции века.



Рис. 5. Б-я: Исмоилова Л. 1965 г.р. Д-з: Сенильный птоз левого верхнего века 1 степени



Рис. 6. Б-я: Усмонова М. 1984 г.р. Д-з: Миастения. Глазная форма



1. Ресничный край верхнего века.
2. Динамические векторные силы подъёма.
3. Векторные силы, направленные книзу.

Рис. 7. Усиление векторных сил, направленных книзу, при неизменённых векторных силах подъёма

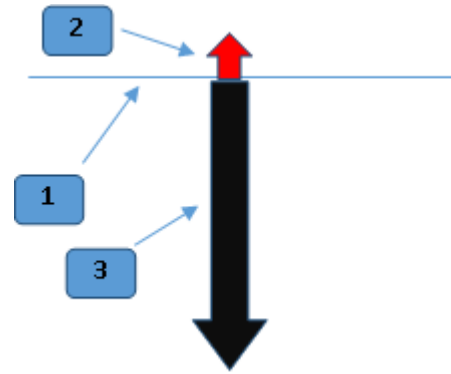
в) Уменьшение динамических векторных сил подъёма с одновременным усилением векторных сил, направленных книзу (рис. 10).

Таким образом, степень птоза верхнего века развивается из-за изменения соотношения двух факторов:

1) Степени ослабления подъёмной тяги леватора и снижения динамической векторной силы, направленной кверху.

2) Снижения эластичности и усиления ригидности тарзальной пластинки, появление факторов в виде рубцов, опухолей век, воспалительных инфильтратов, которые отсутствуют в норме, усиливающих статическую векторную составляющую, направленную книзу.

Изменения векторных сил после корригирующих операций птоза верхних век. Частота осложнений после корригирующих операций птоза верхнего века привела к появлению различных методик операций и их модификаций. На сегодняшний день исследования с целью улучшения результатов операций продолжают. Мы задались целью проанализировать все эти методики операций с позиций векторных сил, участвующих в движениях верхнего века и изменения векторных сил, возникающие после операций.



1. Ресничный край верхнего века.
2. Динамические векторные силы подъёма.
3. Векторные силы, направленные книзу.

Рис. 10. Уменьшение динамических векторных сил подъёма с одновременным усилением векторных сил, направленных книзу



Рис. 8. Б-й Дадабаев Ш. 1986 г.р. Д-з: Болезнь Реклинг-Хаузена. Нейрофиброма левого верхнего века. Птоз левого верхнего века 3 степени



Рис. 11. Больной: Абдукаримов Д. 1993г.р. Диагноз: Врождённый неосложнённый птоз правого верхнего века 3 степени



Рис. 9. Б-й: Парпиев У. 1972г.р. Д-з: Розацеа. Приобретённый птоз левого верхнего века 3 степени



Рис. 12. Больная: Мамурова Д. 2013г.р. Диагноз: Врождённый неосложнённый птоз левого верхнего века 3 степени



Рис. 13. Больной: Эгамбердиев М. 1993 г.р.
Диагноз: Врождённый двусторонний птоз
верхних век справа 3- степени, слева 2-степени.
Миопия

Все операции, которые используются по поводу птоза верхнего века, делятся на:

- Операции на мышце леваторе века и на тарзальной пластинке (с целью их укорочения) в различных модификациях.

- Операции с подвешиванием к лобной мышце в надбровной области в различных модификациях.

- Операции с прикреплением к верхней прямой мышце глаза.

- Трансконъюнктивальная резекция тарзальной мышцы.

Суть всех этих операций сводится к одному: Усилить вектор подъёма верхнего века. В различных методиках это достигается по-разному. Рассмотрим каждую группу методик по отдельности.

Операции на мышце леваторе века. Это наиболее часто применяемые на сегодняшний день методики. Они применяются в случае более или менее сохранённой функции леватора от отличной до удовлетворительной (высота подъёма леватора от 6-7 мм и выше). Суть этих операций сводится к укорочению леватора. За счёт этого усиливается вектор подъёма. Выше уже было отмечено, что уменьшение длины мышечного волокна приводит к снижению её растяжимости и при смыкании века мышца будет сопротивляться. Это значит, что к динамическому вектору подъёма добавится статический компонент, который будет тем выраженной, чем больше будет укорочение мышцы.

К этим операциям относятся: создание дубликатуры мышцы леватора в различных модификациях, резекция апоневроза мышцы леватора, субтотальная резекция леватора, резекция тарзальной пластинки, одномоментная резекция леватора и тарзальной пластинки с последующим наложением швов. Создание дубликатуры леватора века оправдано при птозах 1-2 степени, причинами которых является незначительное сниже-

ние тяги леватора при неизменённом сопротивлении тарзальной пластинки, что делает применение этой методики ограниченной. В таких случаях создание дубликатуры приводит к незначительному укорочению леватора. Риск развития лагофтальма при этом будет минимальным, т.к. растяжимость леватора снижается несущественно и статическая составляющая вектора подъёма будет незначительным. В функциональном отношении это наиболее физиологическая методика из всех существующих. Резекция леватора века укорачивая мышцу снижает её растяжимость. Степень растяжимости тем меньше, а значит упругость тем выше чем больше ширина резецируемого участка.

При врождённых птозах век для преодоления статического сопротивления изменённой тарзальной пластинки операторам приходится резецировать значительный участок мышцы леватора. Учитывая, что мышца леватор при этом изменена и изначально как правило имеет низкую растяжимость, её резекция значительно увеличивает статическую составляющую вектора подъёма и увеличивает риск развития осложнений.

При этом противоположно направленные статические силы действуют непосредственно на ушитую рану леватора века. В случае слабости ткани леватора швы могут прорезаться и возникает рецидив птоза. Чаще при резекционных методиках нарушается смыкание века, т.к. статическая составляющая вектора подъёма сопротивляется смыканию век. При врождённых птозах этому может способствовать и слабо развитая круговая мышца глаза. Это и является причиной послеоперационного лагофтальма.

Таким образом, при резекционных методиках наиболее вероятными осложнениями коррекции птоза являются рецидив птоза и лагофтальм. Операции, основанные на резекции части тарзальной пластинки, также способствуют подъёму века за счёт укорочения комплекса леватор века-тарзальная пластинка. При этом леватор века натягивается, что снижает её дальнейшую растяжимость и способствует лагофтальму. Также возникает определённая нагрузка на швы, что способствует прорезанию нитей и рецидиву птоза.

Операции с подвешиванием к лобной мышце в надбровной области в различных модификациях. В случае отсутствия сократительной способности леватора методики с резекцией леватора неэффективны. В таких случаях операторам приходится переходить на подвесные технологии. Тарзальная пластинка при этом подвешивается к лобной мышце в надбровной области опосредовано нитями или различными лентами. Лобная мышца или лобное брюшко четырёхглавой мышцы головы в надбровной области прикрепляется к надкостнице. Некоторая их часть

переплетается с волокнами круговой мышцы глаза. На этом участке лобная мышца имеет низкую растяжимость и способна противодействовать сопротивлению тарзальной пластинки. Однако непосредственное прикрепление мышцы к пластине невозможно, поэтому операторы прибегают к подвешиванию пластинки нитями или различными лентами. В результате в подъёме века участвует лобная мышца, а именно его малая растяжимость. При этом формируются следующие векторные силы: а) Векторная сила подъёма лобной мышцы, действующая на нить и опосредованно через нить на тарзальную пластинку. Этот вектор состоит из статической и динамической составляющей. Статическая составляющая зависит от степени растяжимости лобной мышцы на этом участке. Динамическая составляющая зависит от степени сократимости мышцы. Подъём века осуществляется за счёт статической составляющей лобной мышцы.

б) Статический вектор сопротивления тарзальной пластинки, направленный книзу. Этот вектор опосредованно через подвесной материал передаётся к месту прикрепления к лобной мышце и у места крепления подвесного материала к тарзальной пластинке. Поэтому на этих участках создаются очаги натяжения между тканями и подвесным материалом, которые приводят к несостоятельности и рецидиву птоза. Кроме этого, статические векторные силы, возникающие при подвесных технологиях, приводят к ригидности движений верхнего века и способствуют развитию лагофтальма.

Динамическая составляющая при этой методике также приводит к разрушению связей между нитью и тканями, постоянно расшатывая эти связи. Подшивание различных лент не всегда является прочным и также по данным статистики различных авторов со временем приводит к птозу.

Методика с подшиванием верхнего века к верхней прямой мышце глаза (операция Мотэ и её модификация-операция Берке). Преимуществом этой методики является непосредственное подшивание века к функционирующей мышце. Это полностью устраняет статическую составляющую вектора подъёма и устраняет такие осложнения, как лагофтальм и рецидив птоза. Векторы, действующие на веко, полностью становятся аналогичными векторным силам нормального века. Роль леватора века полностью выполняет прямая мышца глаза. При смыкании глаз вектор подъёма как в норме исчезает и веко закрывается за счёт усиления тонуса круговой мышцы глаза. Кроме того, движения верхнего века и глазного яблока после выполнения данной методики синхронны.

Однако данная методика не получила широкого распространения. Её недостатками явля-

ются- сложность выполнения операции, необходимость применения специального оборудования, проведение операций в специализированных учреждениях, возникновение диплопии и незначительный эффект.

Операции на мышце Мюллера являются более физиологичными по сравнению с такими операциями как резекции леватора или подвесные технологии, т.к. длина леватора века не укорачивается, а значит, векторные силы подъёма не усиливаются за счёт статической составляющей. Единственным недостатком этой методики является незначительное усиление вектора подъёма и невозможность её применения при птозах 2-3 степени. Таким образом, в офтальмохирургической практике наиболее широко применяются две группы методик операции: подвесные технологии и резекции леватора века в различных модификациях.

Эффективность корректирующих операций птоза верхних век без учета векторных взаимодействий мышечного аппарата. Хирургическая коррекция птоза верхних век относится к одной из самых частых операций. Однако, несмотря на большое число таких операций, их результаты могут зависеть от нескольких факторов. Прежде всего, это опыт хирурга, который в определенных случаях имеет принципиальное значение, особенно в случаях врожденного птоза, когда внешний эстетический эффект будет иметь второстепенное значение, так как на первый план выходит грамотная оценка состояния мышечного аппарата, правильная оценка которого позволит выбрать оптимальную технику коррекции блефароптоза. Если рассматривать основную часть пациентов, которые обращаются по поводу птоза верхних век к пластическому хирургу, то эта группа будет в основном состоять из контингента с проблемой эстетического характера, то есть с приобретенной патологией – сенильным блефароптозом. Стандартная эстетическая блефаропластика в этих ситуациях будет в большей степени успешной. Однако, пациенты с другой этиологией заболевания, составляют особую группу, так как недооценка многих факторов, повлиявших на степень тяжести птоза, в большинстве случаев приводит к развитию рецидива, что существенно увеличивает расходы и длительность полноценной реабилитации. Все это несомненно снижает качество жизни этой категории больных. В связи с этим мы решили привести некоторые результаты операций, которые выполнялись без учета векторных сил верхнего века, что в совокупности с приведенными выше результатами исследования позволит обозначить пути оптимизации технических аспектов хирургической коррекции как врожденного, так и приобретенного блефароптоза.

Таблица 1. Результаты пластики в группе сравнения

Нозология	Количество оперированных глаз		Хороший и удовлетворительный результат		Неудовлетворительный результат	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Врождённый осложнённый	11	16,7%	4	6,1%	7	10,6%
Нейрогенный	2	3,0%		0,0%	2	3,0%
Сенильный	51	77,3%	16	24,2%	35	53,0%
Посттравматический	2	3,0%	2	3,0%	0	0,0%
Итого:	66	100,0%	22	33,3%	44	66,7%



Рис. 14. Частота неудовлетворительных результатов в зависимости от исходной степени птоза

В данном аспекте больным группы сравнения были произведены операции с различными укорачивающими леватор века методиками, существующими на сегодня (создание дубликатуры леватора века, резекция леватора века, резекция тарзальной пластинки, одномоментная резекция леватора века и тарзальной пластинки). Учитывая большое распространение эстетической блефаропластики в эту группу также включены пациенты с сенильным блефароптозом, которым произведена данная операция.

Исходя из таблицы 1 видно, что в этой группе хорошего и удовлетворительного результата удалось добиться только в 22 (33,3%) случаях, тогда как процент неудовлетворительных результатов составил 66,7% (44 глаза).

Причём у одной больной (2 глаза) хорошая коррекция была достигнута обычной эстетической блефаропластикой, в 1 случае (1 глаз) хороший результат был достигнут после операции с резекцией леватора века и тарзальной пластинки, в 15 случаях хороший результат был достигнут при создании дубликатуры леватора века при сенильных блефароптозах 1 степени. Во всех остальных случаях хорошего результата добиться не удалось. Следует отметить, что так широко

распространённая эстетическая блефаропластика без учёта блефароптоза в основном не привела к коррекции сенильного птоза, хотя наложение П-образных швов на леватор века с созданием дубликатуры дали хороший результат. Резекция леватора века и тарзальной пластинки при врождённых птозах век из 11 случаев в 3 случаях дали хороший результат, в 1 случае дала удовлетворительный результат, в 7 случаях результат оказался неудовлетворительным.

Даже при исходной 1 степени птоза доля неудовлетворительных результатов составила 61,7% (у 29 из 47 глаз), при 2 степени этот показатель достиг 71,4% (у 10 из 14 глаз), а при 3 степени все результаты оказались негативными (у 5 из 5 глаз) (рис. 14).

Следует отметить, что в структуре причин неудовлетворительных результатов из 44 глаз на долю рецидива птоза пришлось 40 случаев, в остальных 4 случаях развился патологический лагофтальм.

Таким образом, эстетический эффект хирургической коррекции блефароптоза напрямую зависит от исходных особенностей состояния векторных сил, участвующих в движениях верхнего века, в свою очередь любые методики операций

без учета этих факторов в 66,7% (у 44 из 66 глаз) приводят к неудовлетворительным результатам, причем частота негативного исхода не зависела от этиологии заболевания, в частности, врожденного птоза (63,6% - 7 из 11 прооперированных глаз) и приобретенных форм заболеваний (67,3% - 37 из 55 прооперированных глаз), включая случаи с эстетической блефаропластикой (53,0% - 16 из 51 прооперированного глаза), а в зависимости от исходной тяжести птоза эти показатели также были высокими, составив – 61,7% (29 из 47 глаз) при 1 степени, 71,4% (10 из 14) – при 2 степени и 100% при 3 степени.

Заключение. Одним из основных вопросов коррекции птоза верхнего века различной этиологии остается проблема растяжимости укороченной мышцы леватора века и статическое сопротивление тарзальной пластинки, приводящим к лагофтальму или к рецидиву птоза из-за выраженного бокового натяжения и прорезания швов. Эти аспекты характерны фактически для любого типа операций при блефароптозе различной степени тяжести. На сегодняшний день наиболее часто выполняются операции на мышце леваторе века и на тарзальной пластинке (с целью их укорочения) в различных модификациях; операции с подвешиванием к лобной мышце в надбровной области в различных модификациях; операции с прикреплением к верхней прямой мышце глаза и трансконъюнктивальная резекция тарзальной мышцы.

Суть всех этих операций сводится к одному: Усилить вектор подъема верхнего века. В различных методиках это достигается по-разному. Анализ показал, что при операциях на мышце леваторе века и на тарзальной пластинке наиболее вероятными осложнениями коррекции птоза являются рецидив птоза и лагофтальм. Эти вмешательства, основанные на резекции части тарзальной пластинки, также способствуют подъему века за счёт укорочения комплекса леватор века-тарзальная пластинка. При этом леватор века натягивается, что снижает её дальнейшую растяжимость и способствует лагофтальму. Также возникает определённая нагрузка на швы, что способствует прорезанию нитей и рецидиву птоза.

При операциях с подвешиванием к лобной мышце в надбровной области динамическая составляющая также приводит к разрушению связей между нитью и тканями, постоянно расшатывая эти связи. Подшивание различных лент не всегда является прочным и также по данным статистики различных авторов со временем приводит к птозу.

Операция с прикреплением к верхней прямой мышце глаза не получила широкого распространения. Её недостатками являются сложность выполнения, необходимость применения специального оборудования, проведение операций в

специализированных учреждениях, возникновение диплопии и незначительный эффект.

Единственным недостатком трансконъюнктивальной резекции тарзальной мышцы является незначительное усиление вектора подъема и невозможность её применения при птозах 2-3 степени, что существенно ограничивает возможности её применения.

Проведенный анализ показал, что эстетический эффект хирургической коррекции блефароптоза напрямую зависит от исходных особенностей состояния векторных сил, участвующих в движениях верхнего века. В свою очередь любые методики операций без учета этих факторов в 66,7% (у 44 из 66 глаз) приводят к неудовлетворительным результатам.

Следует отметить, что частота негативного исхода не зависела от этиологии заболевания, в частности, при врожденном птозе доля неудовлетворительных результатов составила 63,6% (7 из 11 прооперированных глаз), а при приобретенных формах заболевания - 67,3% (37 из 55 прооперированных глаз), включая случаи с эстетической блефаропластикой - 53,0% (16 из 51 прооперированного глаза).

В зависимости от исходной тяжести птоза эти показатели также были высокими, составив – 61,7% (29 из 47 глаз) при 1 степени, 71,4% (10 из 14) – при 2 степени и 100% при 3 степени.

Исходя из результатов проведенных исследований по определению особенностей изменений векторных сил при различных формах птозов верхних век и соответствующих векторных нарушениях после корректирующих операций, были разработаны основные принципы, которыми должен руководствоваться оператор при хирургической коррекции птоза века:

- Операции должны быть малотравматичными и легковыполнимыми.

- Вектор подъема при корректирующих операциях должен в основном состоять из динамической составляющей при возможно минимальном статическом компоненте.

- Статический вектор сопротивления тарзальной пластинки должен быть снижен с целью облегчения подъема века.

- При снижении смыкательной функции века необходимо усилить его смыкательную силу и увеличить, таким образом, динамическую составляющую, направленную книзу.

Таким образом, с целью улучшения результатов хирургического лечения блефароптоза различной этиологии необходимо учитывать особенности исходных нарушений векторных сил, участвующих в движениях верхнего века, а также влияние на них технических аспектов корректирующих операций.

Литература:

1. Sakahara D, Imai K, Masuoka T et al. Long-term functional and aesthetic evaluation of using a single rhomboid-shaped fascial strip for severe congenital unilateral blepharoptosis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2018;71(11):1618–1624.
2. Liu CY, Chhadva P, Setabutr P. Blepharoptosis repair. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;26(04):221-226.
3. Харитоновна Н.Н., Горбачёв Д.С., Монгардт Т.А. «Тактика офтальмолога при лагофтальме после операции по поводу птоза», *Современные технологии в офтальмологии №3, 2019, «Фёдоровские чтения» 16 Всероссийская научно – практическая конференция с международным участием.* Стр.193-196.
4. Guthrie AJ, Kadakia P, Rosenberg J. Eyelid Malposition Repair: A Review of the Literature and Current Techniques. *Semin Plast Surg.* 2019 May;33(2):92-102. doi: 10.1055/s-0039-1685473.
5. Ахмедов Ш.С., Хамедов Ф.М., Нуриддинов А.С., «Биомеханические векторные изменения после корригирующих операций птоза верхнего века», *Интернаука, № 28 (157), 2020, стр. 26-28.*
6. Yang P, Ko AC, Kikkawa DO, Korn BS. Upper eyelid blepharoplasty: evaluation, treatment, and complication minimization. *Semin Plast Surg.* 2017;31(01):51–57..
7. Siah W F, Nagendran S, Tan P, Ali Ahmad S M, Litwin A S, Malhotra R. Late outcomes of gold weights and platinum chains for upper eyelid loading. *Br J Ophthalmol.* 2018;102(02):164–168.
8. Tan P, Kwong TQ, Malhotra R. Non-aesthetic indications for periocular hyaluronic acid filler treatment: a review. *Br J Ophthalmol.* 2018;102(06):725–735.
9. Bergstrom R, Czyz CN. Treasure Island, FL: StatPearls; 2018. Eyelid Reconstruction, Entropion.
10. Chen CY, Wu YH, Wu CJ, Hsu KF, Chou YY, Dun-Wei H, Chen SG. Modified Simultaneous Double Eyelid Blepharoplasty and Ptosis Correction With

a Single-Knot, Continuous, Nonincisional Technique. *J Craniofac Surg.* 2022 Nov-Dec 01;33(8):2499-2501. doi: 10.1097/SCS.00000000000008753.

ОСОБЕННОСТИ ВЕКТОРНЫХ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПТОЗАХ ВЕРХНИХ ВЕК

Исмаилов С.И., Ахмедов Ш.С.

Резюме. В статье приведено исследование особенностей изменений векторных сил, участвующих в движениях верхнего века, при птозах различной этиологии. В анализ включены 42 (66 глаз) больных. Одним из основных вопросов коррекции птоза верхнего века различной этиологии остается проблема растяжимости укороченной мышцы леватора века и статическое сопротивление тарзальной пластинки, приводящим к лагофтальму или к рецидиву птоза из-за выраженного бокового натяжения и прорезания швов. Эти аспекты характерны фактически для любого типа операций при блефароптозе различной степени тяжести. Проведенный анализ показал, что эстетический эффект хирургической коррекции блефароптоза напрямую зависит от исходных особенностей состояния векторных сил, участвующих в движениях верхнего века. В свою очередь любые методики операций без учета этих факторов в 66,7% (у 44 из 66 глаз) приводят к неудовлетворительным результатам. Следует отметить, что частота негативного исхода не зависела от этиологии заболевания, в частности, при врожденном птозе доля неудовлетворительных результатов составила 63,6%, а при приобретенных формах заболевания - 67,3%, включая случаи с эстетической блефаропластикой - 53,0%. Исходя из результатов проведенных исследований по определению особенностей изменений векторных сил при различных формах птозов верхних век и соответствующих векторных нарушениях после корригирующих операций, были разработаны основные принципы, которыми должен руководствоваться оператор при хирургической коррекции птоза века.

Ключевые слова: верхние веки, птоз, вектор.

ДИАБЕТИК ОСТЕОАРТРОПАТИЯНИ ЭРТА ДАВРДА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИКИШ



Исмаилов Уктам Сафаевич, Матмуротов Кувондик Жуманиёзович, Якубов Илѐсбек Йўлдошев
Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ НА РАННЕЙ СТАДИИ

Исмаилов Уктам Сафаевич, Матмуротов Кувондик Жуманиёзович, Якубов Илѐсбек Йўлдошев
Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

DEVELOPMENT OF TREATMENT METHODS AT AN EARLY STAGE DIABETIC OSTEOARTHROPATHY

Ismailov Uktam Safaevich, Matmurotov Kuvondik Jumaniyozovich, Yakubov Ilesbek Yuldoshevich
Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@tta.uz

Резюме. Биз диабетик панжа синдромида диабетик остеоартропатияси бўлган беморларда ўз вақтида тўғри таъхис қўйиши ва эрта даврларда даволаш орқали келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар яъни бу касалликда кузатиладиган эрта ногиронликни олди олинади. Бу ўз навбатида бу турдаги беморларда оёқнинг функционал ва таянч-ҳаракат функцияларини сақлаб қолинишини ва ўз навбатида ҳаёт сифатини яхшилашга сабабчи бўлади.

Калит сўзлар: Қандли диабет, диабетик панжа синдроми, диабетик остеоартропатия.

Abstract. We have taken the early disability observed in this disease, which is due to complications that can arise in patients with diabetic osteoarthropathy in diabetic paw syndrome through timely diagnosis and treatment at an early age. This in turn causes this type of patient to maintain functional and musculoskeletal functions of the foot and, in turn, to improve the quality of life.

Key words: diabetes mellitus, diabetic paw syndrome, diabetic osteoarthropathy.

Долзарблиги. Қандли диабет (диабет) ва унинг асоратларини даволаш замонавий тиббиётнинг долзарб йўналиши бўлиб қолмоқда [1,10]. Ўзбекистон Республикасида Қандли диабет билан касалланишнинг йиллик ўсиши 3-6% ни ташкил этади, бунда ҳар 12-15 йилда Қандли диабет билан касалланган беморлар сони икки баравар кўпаяди [2]. Қандли диабетнинг ривожланиши бир қатор оғир асоратларнинг ривожланиши билан бирга келади, улардан бири диабетик панжа синдроми (ДПС) [3,8]. ДПС нинг кам учрайдиган, аммо оғир шакли диабетик нейроостеоартропатия (ДНОАП) ёки диабетик панжа синдроми ҳисобланади [4,9]. ҚД билан оғриган беморларда ДНОАП тарқалиши 0,1 дан 7,5% гача [6]. 29% ҳолларда ДНОАП пастки экстремиталларнинг диабетик полиневропатиясини мураккаблаштиради [6]. ҚД статик-динамик хусусиятларининг бузилиши

билан оёқнинг аниқ деформацияси ДНОАПНИНГ табиий натижасидир, бу 60-70% ҳолларда кенг нуқсонларнинг пайдо бўлишига, оёқнинг юмшққ тўқималарига йирингли-некротик шикастланишнинг ривожланишига ва остеомиелитга олиб келади, бу охир-оқибат беморларнинг тузилишида ампутацияларнинг юқори частотасини келтириб чиқаради. ДНОАП да ўлим даражаси 30-35% ни ташкил қилади [5,11]. Ҳозирги вақтда суяк тузилмаларини барқарорлаштириш ва касалликнинг ўткир босқичида давом этаётган остеолиз жараёни фонида ҳам, ДНОАП нинг сурункали босқичида оёқнинг доимий анатомик ва функционал ўзгаришларини шакллантиришда ҳам оёқ деформациясини тузатишнинг жарроҳлик усулларини қўллаш муаммоси долзарбдир [7,12].

Тадқиқот мақсади. Диабетик остеоартропатияси бўлган беморларда эрта

даврларда реконструктив-оператив жарроҳлик аралашувларини оптималлаштириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2021-2023 йилларда Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникаси қошидаги қандли диабетнинг йирингли жарроҳлиги ва жарроҳлик асоратлари бўлимида даволанаётган 10 нафар Шарко остеоартропатияси билан оғриган беморларнинг касаллик тарихи таҳлил қилинди. Диабетик остеоартропатиясининг диагностикаси клиник ва рентгенологик тадқиқотлар натижаларига асосланади. Остеоартропатия ва остеомиелит ўртасидаги дифференциал диагностика жарроҳлик аралашувнинг усули ва ҳажми масаласини ҳал қилиш учун остеоартикуляр йўқ қилиш зонасидан суяк тўқималарининг намуналарини гистологик текшириш ёрдамида амалга оширилди. Беморларни даволашда остеосинтезни ташқи фиксация аппарати ёрдамида ёки фокал остеосинтез усулларида фойдаланган ҳолда оёқнинг ўзгарган бўғимларини артродез қилиш усули ишлатилган. Беморларни даволаш натижалари операция қилинган пайтдан бошлаб 5 ойдан 10 ойгача бўлган вақт оралиғида баҳоланди. Даволашни баҳолаш мезонлари рентгенологик текширув маълумотлари билан тасдиқланган бажарилган артродезнинг изчиллиги, оёқларда трофик яралар пайдо бўлишининг қайталанмаслиги, шунингдек пастки экстремитанинг таянч-ҳаракат функциясини тиклаш еди.

Натижа: Ўнта бемордан бирида Sanders таснифига кўра, оёқнинг ўрта қисмида суяк-бўғим деструкцияси зонаси локализацияси билан III турдаги зарарланиш мавжуд еди (расм. 1). Жарроҳлик аралашуви учун кўрсатмалар: -

Sanders томонидан оғир оёқ деформациясига учраган, ортопедик воситалар билан тузилмаган, пастки экстремитанинг таянч-ҳаракат қобилиятининг жиддий бузилиши билан кечадиган учта беморда ИВ турдаги зарарланиш ривожланиши; - ортопедик асбоблар билан тузилмаган оёқнинг аниқ деформацияси фонида такрорий трофик яралар (Сандерсга кўра III турдаги шикастланиш) бўлган битта беморда ривожланди.

Амалга оширилган жарроҳлик аралашувларнинг хусусиятлари. ДНОАП нинг сурункали фазаси фонида зарарланиш локализациясининг ИВ тури бўлган иккита беморга винтлар ва игналар ёрдамида оёқ болдир-панжа бўғими соҳасига артродез ўтказилди. Шу билан бирга, ушбу беморларнинг бирида операциядан 4 ой ўтгач, бошқасида 1 ой ўтгач, артродез етишмовчилиги аниқланди, бу еса такрорий операцияни талаб қилди. Иккала ҳолатда ҳам реартродез бурчак барқарорлиги ва винтлари бўлган пластинка билан ички фиксация билан амалга оширилади, бу еса оёқ болдир-панжа бўғимнинг барқарорлигига еришишга имкон берди. Операциядан кейинги даврда беморлар пастки экстремитани думалоқ гипс билан 12 ҳафта давомида иммобилизация қилинди.

56 ёшли беморда, зарарланиш зонасини локализация қилишининг IV тури билан, ДНОАП нинг ўткир фазаси фонида, Илизаров компрессион-деструкцион аппарати ва чап товон ва тарсал суяқларининг остеоотомияси билан ташқи фиксация билан оёқ болдир-панжа бўғимнинг артродези амалга оширилди (расм. 2). Даволаш жараёнида ушбу бемор пастки экстремитанинг таянч-ҳаракат функцияси сақланиб қолинди.



Расм 1. Бемор, 35 ёш, III турдаги суяк деструкцияси жойлашган соҳа кўрсатилган (Sanders бўйича)



Расм 2. Бемор, 56 ёш, жарроҳлик даволашдан кейинги ҳолат: а, б – чап оёқнинг кўриниши ва чап оёқ болдир-панжа бўғимнинг рентгенограммаси, операциядан 8 ҳафта сўнги ҳолат, Илизаров аппарати билан ташқи фиксация

Sanders таснифига кўра, зарарланиш зонасини локализация қилишнинг ИИИ тури бўлган 3, 35 ёшли бемор оёқнинг артродезини суяк автопластикаси, Ахиллес тендонининг бир лахзали пластмассаси билан металл игналар билан ички фиксация ва оёқнинг plantar юзасининг трофик ярасини олиб ташлаш билан даволанди. Операциядан кейинги даврда беморлар 3 ой давомида орқа гипс билан оёқлар иммобилизация қилинди. Жарроҳлик даволашдан кейин 4-12 ой давомида барча беморда артродез ишчи ҳолатда қолади, оёқларда трофик яралар кузатилмади, пастки экстремитанинг таянч-ҳаракат функцияси сақланиб қолади.

Муҳокама: Ҳозирги вақтда ДНОАП да оёқ деформациясини жарроҳлик йўли билан даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш учун аниқ ёндашувлар ишлаб чиқилмаган, деформацияни тузатиш ва оёқнинг анатомик тузилмаларини барқарорлаштиришнинг мақбул усуллари бўйича тавсиялар мавжуд эмас, бундан ташқари, бундай аралашувларни маҳаллий клиникаларда қўллаш тажрибаси кам. Оёқнинг пайдо бўлган деформациясини тузатишга қаратилган жарроҳлик аралашувларни амалга оширишнинг энг яхши шарти бу жараённинг сурункали босқичга ўтишидир. Бундай аралашувларнинг мақсади қўллаб-қувватлаш ва юриш функциясини бажариш учун зарур бўлган оёқнинг анатомик ва биомеханик хусусиятларини максимал даражада тиклашдир. Кўпгина муаллифларнинг фикрига кўра, касалликнинг ўткир босқичида жарроҳлик даволаш суяк-бўғимларни йўқ қилиш жараёнларининг ривожланиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли тавсия етилмайди.

Бирок, зарарланган бўғимнинг беқарорлигини оёқларни иммобилизация қилиш

орқали бартараф етишнинг иложи бўлмаган ҳолларда, жарроҳлик аралашувни амалга ошириш масаласи мақбул усул ҳисобланади. Ушбу ҳолат оёқнинг оғир деформацияси, оёқларнинг таянч-ҳаракат қобилиятининг аниқ бузилиши (айниқса, панжа-болдир бўғими соҳасида), прогрессив остеоарткуляар усул билан, оёқларнинг етарли даражада иммобилизацияси билан тўхтатиб бўлмайдиган ҳолатларда, шунингдек оёқда трофик бузилишлар пайдо бўлганда деформация пайдо бўлиши мумкин. 12 ой давомида консерватив даво суяк-бўғимларни зарарланиш жараёнини тўхтатишга имкон бермайди, бу еса охир-оқибат панжа-болдир бўғими бутунлай йўқ қилинишига ва оёқнинг таянч-ҳаракат қобилиятини йўқотишига олиб келади. Бундан ташқари, бемор такрорий трофик оёқ яраларининг асоратлари сифатида юзага келадиган оёқнинг юмшоқ тўқималарининг йирингли шикастланиши бир неча бор стационар даво олишга олиб келади.

Иккала ҳолатда ҳам, остеоинтез учун такрорий аралашувлар пайтида, товон ва тарсал суяқларини юзасида жойлашган бурчакли барқарорликка ега металл пластинка муваффақиятли натижа берди. Бундай ҳолда, тарсал бўғимларини артродез қилиш учун биз Илизаровнинг спикерларидан фойдаландик ва оёқнинг қисқаришини олдини олиш учун суяк автопластикаси кўшимча равишда амалга оширилди, бундан ташқари, Ахиллес тендонини пластмасса қилиш ва оёқнинг plantar юзасида яраларни нуқсонни олиб ташлаш амалга оширилди. Буларнинг барчаси охир-оқибат оёқнинг анатомик ва функционал хусусиятларини яхшилашга, мураккаб ортопедик поябзаллардан фойдаланишни рад етишга ва ушбу беморда операция пайтидан бошлаб 12 ойлик кузатув давомида оёқнинг plantar

юзасида трофик яралар пайдо бўлишининг так-
рорланмаслигига олиб келди.

Хулоса: ДНОАП да оёқ деформациясини жарроҳлик йўли билан даволаш усулини танлаш-
да касалликнинг босқичи, зарарланиш зонасининг
локализацияси ва тарқалиши, йирингли
яллиғланиш ўчоқлари ва трофик яралар мавжуд-
лиги, беморнинг соматик ҳолати каби омилларни
ҳисобга олиш керак. Оёқ деформациясини орто-
педик функциясини сақлаб қолишни баъзи усул-
ларини қўллаш масаласи ДПС да долзарб бўлиб
қолмоқда ва юқорида санаб ўтилган омилларни
ҳисобга олган ҳолда алоҳида кўриб чиқилиши
керак.

Адабиётлар:

1. Lowery NJ, Armstrong DG, Surgical management of Diabetic neuroarthropathy of the foot and ankle: Foot Ankle Int. 2020;
2. Алмен А.И. Современные аспекты этиологии и патогенеза синдрома диабетической стопы. Новости Хирургии. 2019;
3. Рундо БВ. Дифференцированная тактика закрытия послеоперационных дефектов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы. Новости Хирургии. 2019;
4. Павлюченко С.Б., Орлов И.Б. Современные подходы к хирургическому лечению нейроостеоартропатии. Ортопедия России. 2016;.
5. International Consensus on the Diabetic Foot. Group on the Diabetic Foot. Amsterdam; 2020.
6. Ergen S.K, Sanverdi M.U, Charcot foot in diabetes and an update on imaging. Diabet Foot Ankle. 2019;
7. Garcha D.N, Klau K.E Reconstruction of joint dislocations secondary to neuroarthropathy using a plantar plate. J Foot Ankle Surg. 2019.

8. Грекова НМ. Диабетическая стопа. Москва, Практ медицина; 2021.

9. Tomson T.U. Osteoarthropathy: An increased awareness of this condition may help in enabling an earlier diagnosis, instituting appropriate treatment, and preventing severe deformity and disability. 2020;
10. Springfield R, Engels G, Schrinner S, et al. German consensus on operative treatment of neuroarthropathy: Perspective by the task force of the German Association for Foot Surgery. Diabet Foot. 2018;
11. Rogers LC, Boulton AJ, Edmonds M, Van GH, et al. The Diabetic foot in diabetes. Diabetes Care. 2015;
12. Rogers L., Andros G, Burns PR. External fixation techniques for plastic and reconstructive surgery of the diabetic foot. Clin Podiatr Med Surg. 2020.

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ НА РАННЕЙ СТАДИИ

Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Якубов И.Й.

Резюме. Мы получали раннюю инвалидизацию, наблюдаемую при этом заболевании, которая обусловлена осложнениями, которые могут возникнуть у пациентов с диабетической остеоартропатией при синдроме диабетической стопы, благодаря своевременной диагностике и лечению в раннем возрасте. Это, в свою очередь, позволяет пациентам такого типа поддерживать функциональные и опорно-двигательные функции стопы и, в свою очередь, улучшать качество жизни.

Ключевые слова: сахарный диабет, синдром диабетической стопы, диабетическая остеоартропатия.

УДК: 616.71-007.234

АЁЛЛАРДА КЕЧАДИГАН ОСТЕОПОРОЗНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ АЪЗО ВА ТЎҚИМАЛАРИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ ВА КЛИНИК БАҲОЛАШ



Казакова Нозима Нодировна

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.



ИССЛЕДОВАНИЕ И КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОСТЕОПОРОЗА НА ОРГАНЫ И ТКАНИ ПОЛОСТИ РТА У ЖЕНЩИН

Казакова Нозима Нодировна

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

STUDY AND CLINICAL EVALUATION OF THE IMPACT OF OSTEOPOROSIS ON THE ORGANS AND TISSUES OF THE ORAL CAVITY IN WOMEN

Kazakova Nozima Nodirovna

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: info@bdti.uz

Резюме. Долзарблиги. Аёлларда кечадиган умумий остеопороз негиздаги аёлларда оғиз бўшлиғида яллиғланиш-деструктив касалликлар кенг тарқалганлиги, таъхислаш ва даволашда мураккаблиги билан алоҳида ўрин эгаллайди. Илмий манбаларда сўнги йигирма йил давомида ўтказилган тадқиқотлар остеопороз негиздаги беморларда оғиз бўшлиғи касалликлари 42% гача, турли синдромлар билан бирга эса бу касалликлар 80% гача кузатилиши қайд этилган. Тадқиқотнинг мақсади: Аёлларда кечадиган остеопорознинг оғиз бўшлиғи аъзо ва тўқималарига таъсирини клиник баҳолаш ва ўрганишдан иборат. Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тадқиқот даврида менопауза давридаги остеопороз негиздаги аёллар, Бухоро шаҳридаги “КАРМЕН ПЛЮС” тиббиёт маркази базасида 2020–2022 йилларда олиб борилган ва Бухоро шаҳар ва туман поликлиникаларида яшаш манзили бўйича “Д” ҳисобда бўлган, жами 382 нафар бемор аёллар текширилди. Натижалар ва таҳлиллар. Тадқиқотнинг мақсади ва шунда белгиланган вазифаларга мувофиқ тадқиқот ишида иштирок этаётган барча беморларда комплекс текширув олиб борилди, у анамнезнинг тўпланиши, оғиз бўшлиғи ва пародонт тўқималарининг клиник-рентгенологик ҳолатини, шунингдек пародонтал чўнтакларда микрофлоранинг сифат ва миқдор таркибини ўрганишни ўз ичига олди. Хулоса. Остеопороз билан касалланган аёлларда оғиз бўшлиғи аъзолари ва тўқималарига умумий остеопорознинг таъсири, аёлларда кариеснинг интенсивлиги ва тарқалиши, оғиз гигиенаси даражаси, пародонт тўқималарнинг ҳолати соғлом аёлларга қараганда бир неча баробар юқори эканлигини кўрсатади.

Калим сўзлар: остеопороз, стоматология, пародонт.

Abstract. Relevance. Inflammatory-destructive diseases of the oral cavity in women against the background of general osteoporosis in women occupy a special place due to the prevalence, complexity of diagnosis and treatment. In scientific sources, studies conducted over the past two decades show that up to 42% of oral diseases are observed in patients with osteoporosis, and up to 80% of these diseases are observed in combination with various syndromes. The purpose of the study: Clinical assessment and study of the effect of osteoporosis in women on the organs and tissues of the oral cavity. Material and methods. In total, 382 female patients with osteoporosis during menopause were examined during the study period, conducted in 2020-2022 on the basis of the CARMEN PLUS medical center in Bukhara and registered as “D” at the address of the city of residence in city and district clinics of Bukhara. Results and analysis. In accordance with the purpose of the study and the tasks defined in the work, all patients participating in the study underwent a comprehensive examination, which included the collection of anamnesis, the clinical and radiological state of the oral cavity and periodontal tissues, as well as the study of the quality and quantity of microflora in periodontal pockets. Conclusion. The effect of general osteoporosis on the organs and tissues of the oral cavity in women shows that the intensity and prevalence of caries in women, the level of oral hygiene, the condition of periodontal tissues is several times higher than in healthy women.

Keywords: osteoporosis, dentistry, parodont.

Пародонтнинг яллиғланиш касалликлари аҳоли орасида кенг тарқалган касаллик ҳисобланади ва тишларни эрта йўқотишнинг асосий сабаби саналади [3, 8, 10]. Пародонт касалликлари юзасидан стоматологик ёрдам сўраб мурожаат қилганларнинг 78,7% қисми аёллар ҳисобланади [4, 6, 7, 9], пародонт патологиясининг энг юқори тарқалганлиги организмда гормонал ўзгаришларда, шу жумладан менопауза даврида кузатилади [1, 2, 5]. Менопауза турли хил метаболик ўзгаришлар билан, шу жумладан суяк тўқимаси минерал зичлигининг камайиши, микротциркуляция бузилишлари, иммун статус ўзгариши билан тавсифланади, булар пародонтда яллиғланиш касалликларининг шаклланиши ва авж олишига шароит яратади [7, 9, 10]. Остеопения ва остеопороз – кўпинча менопауза билан бирга кечадиган касалликлар. Скелетнинг турли бўлимларида юзага келувчи остеопоротик ўзгаришлар тиш-жағ тизимида суяк тўқимасига таъсир қилади, пародонт касаллигининг ривожланиши ва авж олишига сабаб бўлади.

Шубҳасиз, менопауза давридаги аёлларда терапевтик тактикани танлаш ва пародонтитнинг кечувини прогноз қилиш масаласини суяк тўқимаси минерал зичлигида ўзгаришлар даражасини эътиборга олиб ҳал этиш зарур. Суяк минерал зичлигининг патологик камайишини кўп тарқалганлиги менопауза давридаги аёлларда пародонт касалликлари вужудга келган беморларни даволаш-диагностика қилиш алгоритмини оптималлаштириш долзарблигини аниқлаб беради.

Тадқиқотнинг мақсади: Аёлларда кечадиган остеопорознинг оғиз бўшлиғи аъзо ва тўқималарига таъсирини клиник баҳолаш ва ўрганишдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Тадқиқот давомида I-гуруҳ менопауза давридаги остеопороз негизидаги аёллар 44 нафар аёлдан ташкил топди. II-гуруҳ бемор аёллари менопауза давридаги остеопороз мавжуд бўлмаган 30 нафар аёлдан, III-гуруҳ постменопауза давридаги остеопороз негизидаги аёллар 41 нафар аёлдан ташкил топди, IV-гуруҳ постменопауза давридаги остеопороз мавжуд бўлмаган 35 нафар аёлдан ташкил топди. Назорат гуруҳи аёллари фертил ёшидаги доимий овулятор менструал циклга эга бўлган 32 нафар аёлдан ташкил топди.

Таққослаш гуруҳларини менопаузада бўлган, суяк тўқимаси минерал зичлиги нормал ҳолатдаги, ўрта ва оғир даражали пародонтити мавжуд 30 нафар бемор аёллар ва пародонтит мавжуд бўлмаган, фертил ёшдаги 30 нафар соғлом аёллардан иборат бўлди.

Пародонтнинг яллиғланиш касалликлари ва остеопения синдроми мавжуд барча беморларда клиник, лаборатор ва ускунавий тадқиқот усулларининг стандарт комплекси бажарилди. Дихроматик рентген абсорбциометрия ортопантомограмма усули, денситометрия текшириш усули билан суяк тўқимасининг минерал зичлигини таҳлили ўтказилди, оғиз суюқлигида суяк тўқимаси ремоделлашининг биокимёвий маркерлари ўрганилди, тиш-милк чўнтаги, микробиологик текшириш усуллари ўрганилди.

Натижалар ва таҳлиллар: Тадқиқот давомида бемор аёлларни шикоятлари тингланди ва объектив текширув ўтказилди. Менопауза давридаги остеопороз негизидаги аёлларда милкларда оғрик, милкдан қон кетиши, оғиздан ёқимсиз ҳид келиши бошқа тадқиқот гуруҳларига нисбатан кўпроқ учради. Постменопауза даврида остеопороз негизидаги аёлларда эса оғиз бўшлиғининг қуриши, бруксизм, тил ва лабларда оғрик, оғизда ёқимсиз таъм, тилда ачиш ҳисси, тилда оқ қараш I гуруҳга нисбатан 1.3 марта кўплиги аниқланди. Милкдан қон кетиши (25,7%) ва оғиз бўшлиғининг қуришига (17,1%) 2,7 марта кам шикоят қилишади (мос равишда 60%; 40%), (3.4-расм). Менопауза давридаги остеопороз негизидаги беморларда 17,1% аёллар оғиздан ёқимсиз ҳидга шикоят қилишди, бу менопауза давридаги остеопороз мавжуд бўлмаган беморларда (42,9%) қараганда 2,5 марта кўп, лекин назорат гуруҳидагидан (5,7%) 3 марта кўп. Постменопауза даврида бўлган аёлларда, уларнинг миқдори анча камроқ, назорат гуруҳидаги (5,7%) аёлларга қараганда, тилда оқ қараш 3 марта кўп қайд этилди (мос равишда 17,1%, 14,3%). Оғиз бўшлиғида ачиш ҳисси II-гуруҳда 5,7% аёлларда ва III- гуруҳда 2,9% аёлларда қайд этилди. Тадқиқот давомидаги текширилувчи аёллар клубга олингандан сўнг ўзларининг яшаш тарзлари ҳамда улардан анкета сўровномалари олинди. Анкеталаш жараёнида турли хилдаги шикоятлар келтирилди, умулаштирилди. Анкета натижалари 1-жадвалда келтирилган.

Оғиз бўшлиғи кўриқдан ўтказилганида эрозия каби тишнинг нокариоз шикастланишлари қайд этилди, улар I-гуруҳда 82,8% аёлда аниқланди. Понасимон нуқсонлар II -гуруҳда 17,1%, IV -гуруҳда 14,3% ва III-гуруҳда 62,8% аёлда кузатилди (3.5-расм). Тишларнинг патологик емирилиши I-гуруҳда 74,2%, II-гуруҳда 27,1% ва III-гуруҳда 34,2% аёлда аниқланди (17-расм), бироқ гуруҳлар ўртасида ишончли фарқ кузатилмади ($p > 0,05$).

Жадвал 1. Бемор аёлларнинг сўровнома натижалари

Бемор аёллар шикоятлари	Тадқиқот гуруҳлари				Назорат гуруҳи (n=32)
	Кузатув гуруҳлари				
	I-гуруҳ (n=44)	II-гуруҳ (n=30)	III-гуруҳ (n=41)	IV-гуруҳ (n=35)	
Оғиз бўшлиғининг куриши	19	10	25	21	6
Милкларда оғрик	41	16	38	21	3
Милклардан қон кетиши	42	21	41	24	12
Бруксизм	16	6	23	12	3
Оғиздан ёқимсиз ҳид келиши	31	21	28	27	12
Тил ва лабларда оғрик	27	11	32	16	-
Тилда оқ қараш	25	22	26	31	15
Оғизда ёқимсиз таъм	18	6	21	15	2
Оғиз бўшлиғида ачиш ҳисси	16	13	29	18	2

Жадвал 2. Тадқиқот гуруҳлари ўртасида КПУ индексини ўрганиш натижалари

КПУ	I-гуруҳ (n=44)	II-гуруҳ (n=30)	III-гуруҳ (n=41)	IV-гуруҳ (n=35)
Кариес интенсивлигининг жуда юқори даражаси	4.16±0,05*	3.85±0,05*	5.35±0,05*	4.85±0,05*

Изоҳ: Гуруҳлар ўртасида фарқлар ишончлилиги ($p > 0,05$)

Тишларнинг кариес билан шикастланиш интенсивлиги ўрганилганида, I-гуруҳда КПУ индексининг ўртача қиймати - 4.16±0,05 (кариес интенсивлигининг жуда юқори даражаси), II-гуруҳда КПУ – 3.85±0,05 (кариес интенсивлигининг жуда юқори даражаси), III-гуруҳда КПУ индекси – 5.35±0,05 (кариес интенсивлигининг юқори даражаси) ва IV-гуруҳда КПУ индекси – 4.85±0,05 (кариес интенсивлигининг юқори даражаси) бўлганлиги аниқланди.

Хулоса: Аёлларда умумий остеопорознинг оғиз бўшлиғи аъзо ва тўқималарига таъсири шуни кўрсатадики, аёлларда кариеснинг интенсивлиги ва тарқалиши, оғиз бўшлиғи гигиенаси даражаси ва периодонтал тўқималарнинг ҳолати соғлом аёлларга қараганда бир неча баравар юқори. Бу ушбу контингент аёлларида стоматологик ёрдамни ривожлантириш учун муҳим тўртки ҳисобланади.

Адабиётлар:

1. Состояние стоматологического статуса пациенток с постменопаузальным остеопорозом, получавших терапию бисфосфонатами / М. О. Сухо-руких, М. В. Козлова, В. С. Бабанин, Л. В. Ржевская // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2020. – № 3. – С. 38-43.
2. Сутаева, Т. Р. Состояние тканей пародонта у пациенток с риском развития остеопороза / Т. Р. Сутаева, И. М. Шапов, З. А. Капланова // Dental Forum. – 2015. – № 2. – С. 58-59.

3. Дмитриева, Л.А. Сравнительная оценка состояния минерального обмена у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом и системным остеопорозом / Л.А. Дмитриева, В.Г. Атруш-кевич // Маэстро стоматологии. - 2009. - №1 (33). - С.30-33.
4. Татарова, Н.А., Айрапетян М.С., Жигалова Е.В. Стартовая терапия климактерического синдрома переходного менопаузального периода // Российский медицинский журнал. Мать и дитя. - 2017. - №2. - С. 98-103.
5. Dutt, P. Oral health and menopause: a comprehensive review on current knowledge and associated dental management / P. Dutt, S. Chaudhary, P. Kumar // Ann Med Health Sci Res. - 2013. - Vol.3(3). - P.320-323.
6. Farzin, M., Taghva M., Baboie M. Comparison of temporomandibular disorders between menopausal and non-menopausal women // J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. – 2018. – Vol. 44(5). – P. 232–236.
7. NN.Kazakova. The specifics of the diagnosis of chronic catarrhal gingivitis in patients with rheumatism // Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation, 32(3). Web of science. 2021. – P. 22969-22978. ISSN 2651-4451/ e-ISSN 2651- 446X
8. Guiglia, R. Osteoporosis, jawbones and periodontal disease / R. Guiglia, O. Di-Fede, L. Lo-Russo et al. // Med Oral Patol Oral Cir Bucal.- 2013. - Vol.18, N1. - P.119-129.
9. Хамраева Д.Ш., &Казакова Н.Н. Болаларда кариес профилактикасининг замонавий усуллари//

Вестник врача. Самарканд. - 2021. - № 2. - С. 104-108.

10.Hadji, P. Rapid Onset and Sustained Efficacy (ROSE) study: results of a randomised, multicentre trial comparing the effect of zoledronic acid or alendronate on bone metabolism in postmenopausal women with low bone mass / P. Hadji, D. Gamberdinger, W. Spieler et al. // Osteoporos Int. - 2012. - Vol.23(2). - P.625-633.

ИССЛЕДОВАНИЕ И КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОСТЕОПОРОЗА НА ОРГАНЫ И ТКАНИ ПОЛОСТИ РТА У ЖЕНЩИН

Казакова Н.Н.

Резюме. Актуальность. Воспалительно-деструктивные заболевания полости рта у женщин на фоне общего остеопороза у женщин занимают особое место в связи с распространенностью, сложностью диагностики и лечения. В научных источниках исследования, проведенные за последние два десятилетия, показывают, что у больных остеопорозом наблюдается до 42% заболеваний полости рта, причем до 80% этих заболеваний

наблюдаются в сочетании с различными синдромами. Цель исследования: Клиническая оценка и изучение влияния остеопороза у женщин на органы и ткани полости рта. Материал и методы. Всего за период исследования обследовано 382 пациентки женского пола с остеопорозом в период менопаузы, проведенного в 2020-2022 годах на базе медицинского центра «КАРМЕН ПЛЮС» в г. Бухаре и зарегистрированного как «Д» по адресу г. проживание в городских и районных поликлиниках Бухары. Результаты и анализ. В соответствии с целью исследования и задачами, определенными в работе, всем пациентам, участвовавшим в исследовании, было проведено комплексное обследование, которое включало сбор анамнеза, клинико-рентгенологического состояния полости рта и тканей пародонта, а также исследование качества и количества микрофлоры в пародонтальных карманах. Заключение. Влияние общего остеопороза на органы и ткани полости рта у женщин показывает, что интенсивность и распространенность кариеса у женщин, уровень гигиены полости рта, состояние тканей пародонта в несколько раз выше, чем у здоровых женщин.

Ключевые слова: остеопороз, стоматология, пародонт.

ОЁҚЛАРИДА ЧУҚУР КУЙИШИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ



Карабаев Джамшидхон Шавкатович², Шакиров Бобир Магруфович², Мизамов Фуркат Очилович¹

1 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд;

2 – Республика шошилиш тез тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали,

Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Карабаев Джамшидхон Шавкатович², Шакиров Бобир Магруфович², Мизамов Фуркат Очилович¹

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DEEP BURNS OF THE LOWER LIMB

Karabaev Djamshidhon Shavkatovich², Shakirov Bobir Magrufovich², Mizamov Furkat Ochilovich¹

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: karaboevjamshid@gmail.com

Резюме. Куйиши касаллигида таянч-ҳаракат аппаратларининг зарарланиши ўзининг суръати, хилма хиллиги ва ўзига хослиги билан ажралиб туради. Ушбу патологиянинг энг оғир кўриниши оёқ бўғимларининг йирингли яллигланиши ҳисобланади. РШТЎИМ Самарқанд филиалининг куйиши бўлимида оёқларнинг чуқур куйиши билан бизнинг назоратимизда 43 бемор даволанди. Биз қўллаган усуллардан бири матосиз материалдан ташкил топган сурувчи хусусиятга эга таркиби трипсинли боғлама ва «ПАМ-ТЛ» лизоцим бўлди. Даволаш натижасида бўғимлар соҳасидаги куйиши юзаси комплекс терапиянинг приовард босқичи – тери пластикаси учун тезроқ тайёр бўлади. Ушбу ҳолат эса ўз навбатида оёқнинг бўғим соҳаларида яллигланиши риожланишининг олдини олиб куйишдан кейинги контрактура ва деформацияни камайишига олиб келди.

Калит сўзлар: куйиши, оёқлар, йирингли яллигланиши, даволаш.

Abstract. Lesions of the musculoskeletal system in burn disease differ in frequency, variety and specificity. The most severe type of this pathology is purulent inflammation of the joints of the lower extremities. We observed 43 patients with deep burns of the lower extremities who were treated in the burn department of the Samarkand branch of the RSCUMA, Samarkand, Uzbekistan. One of the methods we used was the use of bandages of absorbent non-woven material with trypsin and lysozyme "PAM-TL". As a result, the burn surfaces in the joint area are prepared faster for the final stage of complex therapy – skin plasty. This leads to the prevention of the development of inflammation in the joints of the lower extremities and a decrease in post-burn contractures and deformities.

Keywords: burns, lower extremities, purulent inflammation, treatment.

Кириш. Сўнги йилларда куйиш жароҳатлари таркибида беморларнинг чуқур куйишларини оғир кечишининг ўзига хос тенденцияси кузатилмоқда [1]. Кўпинча иссиқ нарсалар билан босилиш оқибатида чуқур куйишлар юзага келади. Бунда чуқур анатомик тузилмаларнинг (пайлар, бўғинлар, суяклар, кон томир ва нерв

тутамлари) куйиш жароҳатланиши кузатилади. Бундай ҳолатлар сандалдан куйиш ва электр токидан жароҳат олишда ҳам кузатилади [2,3]. Турли муаллифларнинг маълумотиغا кўра, куйишларнинг 10-18% фоизини субфацияли чуқур куйишлар ташкил қилади [4]. Бунинг оқибатида чуқур куйишли жароҳатлар натижасида бемор-

ларнинг ногиронлиги юқори бўлиб қолмоқда. Куйиш жароҳатларида таянч-ҳаракат тизимининг жароҳатланиши кўп учраши, хилма-хиллиги ва ўзига хослиги билан ажралиб туради. Куйиш жароҳатларининг энг кўп оғир кўринишларидан бири оёқ бўғимларининг йирингли яллиғланишидир. Йирингли артрит кечиши узоқ давом этиши ва куйиш касаллигининг оқибатларини оғирлаштиради ва аксарият ҳолларда, бу ҳолат анкилозга олиб келади. Бу ҳолатлар эса ўз навбатида беморлар иш фаолиятининг узоқ вақт пасайиши ёки бутунлай йўқолишига олиб келади.

Куйишни даволаш ва артритни олдини олиш учун мўлжалланган дори-дармонлар ва ярага қўйиладиган копламаларининг кўплигига қарамай, куйиш жароҳати жараёнининг барча босқичларида таъсир қиладиган, яраларни даволашга ёрдам берадиган ва кўпол чандиқ тўқималарининг шаклланишига тўсқинлик қиладиган универсал дори ҳозирги кунгача яратилмаган. Ушбу категориядаги беморларни замонавий даволаш жуда қиммат бўлиб, узоқ муддатни талаб қиладиган ва беморлар аҳволини яхшилашга қиммат дори-дармонлар талаб қиладиган [5,6].

Оёқларнинг чуқур куйиш ҳолатларида куйиш жароҳатини маҳаллий тайёрлаш ва иммобилизация қилинган ферментлар томонидан яраларнинг маҳаллий некролитик тайёргарлигининг тавсифи ҳақида ҳозирги вақтда адабиётларда маълумотлар жуда кам ёритилган [7-11].

Иммобилизация қилинган ферментлардан фойдаланиш замонавий комбустиологиянинг муҳим йўналишларидан биридир. Ферментлар ёрдамида йирингли-яллиғланиш жараёнида мақсадли протеолитик ферментлар ишлатиш, яллиғланишни ҳар қандай генезига таъсир қилиш, улардан фойдаланиш жуда муҳим ва истиқболли йўналишдир.

Тадқиқот усуллари ва материаллари. РШТЁИМ Самарқанд филиалининг комбустиология бўлимида 43 та беморлар бизнинг кузатувимизда бўлиб, ушбу беморлар оёқларида чуқур куйиш жароҳатлари билан даволанди. Тадқиқотнинг асосий гуруҳини оёқларида ШБ-IV даражали куйиш жароҳати бўлган ва тананинг умумий майдони 6 дан 17 фоизгача куйган 43 бемор ташкил этган бўлиб, уларнинг ёши 2 дан 64 ёшгача беморларни (17 аёл, 26 эркак) ташкил этди. Олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, беморларни аксарият қисмини оловдан куйиш жароҳатлари – беморларнинг умумий сонига нисбатан 57,79% (23 бемор), сандалда куйиш 17,53% (11 бемор), химик куйишлар – 11,69% (3 бемор), бошқа

куйишлар (электр токидан-куйишлар, битумдан куйишлари, қўл) – 7,14% (6 бемор) ташкил қилди.

Олинган натижалар ва муҳокамалар. Маълумки, бўғимларда чуқур куйиш билан оғриган беморларни комплекс даволаш тизимида тери-пластик жарроҳлиги муҳим ўрин тутди. Куйиш жароҳати ярасида некротик тўқималар парчаланиши патогенетик микрофлоранинг ривожланишига ва токсик моддаларнинг ажралишига ёрдам беради, бу ўз навбатида куйиш касаллиги ва бўғимларда артрит ривожланишини кучайтиради. Куйиш жароҳатида қорақўтирнинг узоқ муддатли мавжудлиги жароҳатда йирингли микрофлорани ривожланиши ва токсинларни доимий ишлаб чиқарилишига сабаб бўлиб куйиш касаллиги кечишини янада оғирлаштиради ва бўғимлар соҳасида артритларни келиб чиқишига сабаб бўлади. аутодермопластикани амалга оширишга тўсқинлик қиладиган. Чуқур куйиш жароҳати юзасида ўлик тўқималарни ўз-ўзидан ажралиб яранинг тоза бўлиши эса 4-6 ҳафтадагача давом этади.

Биз қўллаган усулда иммобилизация қилинган протеолитик фермент трипсин ва Мехидол "Протеокс-ТМ" дан фойдаландик. Бундай комбинация (16 беморда) некротик тўқималар ажралишини тезлаштиришга, куйиш жароҳатлари ярасини тезроқ тозаланиши ва яраларни жарроҳлик усулида ёпишга тезроқ тайёрлашга имкон беради. Биз қўллаган усуллардан бири трипсин ва "ПАМ-ТЛ" лизоцими билан шимдирилган тўқимасиз мато боғламалардан тўқимачилик воситасида иммобилизациядан фойдаланиш бўлди (27 беморда). Юқоридаги боғламалар ҳам некролитик, ҳам бактерицид таъсирига эга. Натижада, бўғимлар соҳасидаги куйиш юзалари комплекс терапиянинг якуний босқичига – тери пластикасига тезроқ тайёрланди.

Тери пластикаси терининг ресурси чегараланган вақтда 25 та беморлар бўғим соҳасига терининг пластик имкониятларини ошириш учун перфорация қилинмаган трансплант қўлланилди ва чуқур куйиш юзаси катта бўлган жароҳатланган 18 беморда перфорация қилиниб тўр шаклидаги трансплантат қўлланилди. Бунинг учун анъанавий усулда махсус дерматом ёрдамида тери олинган. Олинган тери қисмлари махсус тери перфоратори ёрдамида тешилган, бунинг натижасида тери кўриниши тўр шаклини олган. Ушбу усул юрак ва нафас фаолияти функциясининг сезиларли даражада бузилиши бўлган жароҳати юзаси катта ва чегараланган чуқур куйиш билан жароҳатланган беморларда қўлланилган. Олинган тери катталаштириш 1:1,5 коэффицентидан перфорация қилинган, тур шаклидаги тери қисмлари тери хужайраларининг

янада интенсив эпителизация бўлиш қобилиятини оширади.

Биз бир босқичда 34, икки босқичда 7, уч босқичда 2 беморларда яра юзасини ёпишга муваффақ бўлдик. Жами бўлиб 54 та тери аутодермопластикаси ўтказилди. Аутодермопластикадан кейин 2-чи куни биринчи боғламасини алмаштириш амалга оширилди, чунки узок муддатли боғлама алмаштирилмаса бу даврда инфекцияланган ярада тери трансплантатининг лизисига олиб келиши мумкин. Кейинги боғламаси ҳар куни ёки кунаро тўлиқ эпителизация бўлгунча алмаштириб турилади. Чуқур куйган 43 беморнинг 32 нафарига трансплант лизиси кузатилмади, стационар даволаниш муддати $26,5 \pm 3,3$ ётоқ кунини ташкил этди, 11 беморда қисман трансплант лизиси кузатилди, стационар даволаниш муддати $32,7 \pm 5,5$ ётоқ кунини ташкил этди.

Операциядан кейинги даврда трансплантант кўйилган жароҳат атрофи қирғоқларида келлоид чандиқлари ўсишини ва уларнинг остидаги бириктирувчи тўқималарнинг ортиқча ўсишини олдини олиш учун беморларга массаж ва физиотерапия машқлари, пирогенал терапия, шунингдек водород сульфидли ванналар билан даволанган ўтказилди.

Хулоса. Шундай қилиб, 10 йил давомида РШТЁИМ Самарқанд филиалининг комбустиология бўлимида оёқларнинг чуқур куйиш жароҳатларида ихтисослаштирилган даволанган жараёнларини амалиётда тадбиқ натижасида бўғимлар юзасида некротик тўқималар ажралишини тезлаштириш, бўғимларда яллиғланиш ривожланишининг олдини олиш, аутодермопластика операциясига тайёрлашда маълум ютуқларга эришилмоқда, пировард натижада куйишдан кейинги контрактуралар ва деформацияларнинг учраш суръатини камайишга олиб келди.

Адабиётлар:

1. Алексеев А.А., Бобровников А.Э. Стандарты местного консервативного лечения ожоговых ран // Скорая медицинская помощь. Мат. междунар. конф. «Актуальные проблемы термической травмы». Санкт-Петербург, 20–22 июня 2018 г. – №3. – С. 103–104.
2. Аминев А.В. Реабилитация детей с ограниченными дермальными и глубокими ожогами в области крупных суставов конечностей. // автореф. дисс. канд. мед. наук. – Нижний Новгород. 2015. С. 23.
3. Волощенко К.А., Акопян С.Р., Березенко Е.А. и др. Профилактика ранних осложнений при хирургическом лечении глубоких циркулярных ожогов конечностей // Нижегородский медицин-

ский журнал (Мат. VIII Всероссийской научно-практ. конф. с междунар. участием «Проблемы лечения тяжелой термической травмы», 22–24 сентября 2004 г., г. Н-Новгород). – 2004. – С. 143–144

4. Дмитриев Д.Г., Воробьев А.В., Вилков С.А. и др. Показания и противопоказания к ранним некрэктомиям у обожженных с одномоментной или отсроченной кожной пластикой. // Нижегородский медицинский журнал. Приложение «Проблемы лечения тяжелой термической травмы»: Материалы VIII Всероссийской конференции. – Нижний Новгород, 2004. С. 148.
5. Крылов К.М., Козулин Д.А., Крылов П.К. Структурный анализ контингента ожогового центра Санкт-Петербурга за 2001 год // Актуальные проблемы термической травмы. Тез. докл. междунар. конф. СПб 2012; 60–61.
6. Voccaro D., Chaouat M. et al. Retrospective analysis of photographic evaluation of burn depth // Burns. 2011. Vol. 37. №2. P. 69–73.
7. Shakirov B.M. Sandal burns and their treatment in children // J. Burn Care Rehabil. 2004; 25: 501–505.
8. Shakirov B.M. et al. Antibacterial therapy in a complex treatment and prophylaxis of infections complications in burn disease // International Journal of Research in Medical Science. Volume 3, Issue 2, 2021, Page No. 06–08.
9. Shakirov B.M. Surgical techniques used for correction of post burn contractures and deformities of the foot // J Clin Res Foot Ankle. 2021; 9(3): 307–312.
10. Hendon D.N. Total burn care // 5th edition, W.B. Saunders; 2017, p.860
11. Jeschke M, LP Kamolz, F Sjöberg, Handbook of burns. 2012, vol. 1: Acute burn care. p. 256

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Карабаев Дж.Ш., Шакиров Б.М., Мизамов Ф.О.

Резюме. Поражения опорно-двигательного аппарата при ожоговой болезни отличаются частотой, разнообразием и специфичностью. Наиболее тяжелым видом этой патологии являются гнойные воспаления суставов нижних конечностей. Под нашим наблюдением находились 43 больных с глубокими ожогами нижних конечностей, лечившихся в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан. Одной из примененных нами методик было использование повязок впитывающего нетканого материала с трипсином и лизоцимом «ПАМ-ТЛ». В результате этого ожоговые поверхности в области суставов быстрее подготавливаются к завершающему этапу комплексной терапии – кожной пластике. Это приводит к профилактике развития воспаления в области суставов нижних конечностей и снижению послеожоговых контрактур и деформаций.

Ключевые слова: ожоги, нижняя конечность, гнойное воспаление, лечение.



Кодирова Шахло Саломовна

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

COVID-19 ЎТКАЗГАН ЮРАК-ҚОН ТОМИР ПАТОЛОГИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ПСИХОЛОГИК ҲОЛАТ КУРСИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Кодирова Шахло Саломовна

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

FEATURES OF THE COURSE OF THE PSYCHOLOGICAL STATE IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY WHO UNDERWENT COVID-19

Kodirova Shakhlo Salomovna

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: shaxigiza@mail.ru

Резюме. Долзарблиги. Ковиднинг юракка салбий таъсирининг омилларидан бири бу инсон ўпкасининг таъсирчан шикастланишидир. Агар нафас олиш функцияси бузилган бўлса, қон кам кислородли бўлса, юрак барча органларни озиқлантириши учун интенсив ишлай бошлайди. Ҳаддан ташқари ортиқча юк юрак мушакларининг тез чарчашига олиб келади. Тадқиқотлар ишун кўрсатадики, COVID-19 билан касалланган беморларнинг ярмида апатия, ташвиш, депрессия ва астения шаклида турли даражадаги маълум психологик касалликлар мавжуд. Бундан ташқари, юрак-қон томир тизимининг сурункали касалликлари бўлган беморлар ва коронавирус инфекциясидан олдин мутлақо соғлом одамлар азобланади. Тадқиқот мақсади: COVID-19 билан касалланган юрак-қон томир касалликлари билан оғриган беморларнинг психологик ҳолатини ўрганиш. Материаллар ва тадқиқот усуллари. Республика ихтисослаштирилган шошилинч тиббий ёрдам илмий-тадқиқот марказининг Бухоро филиалида стационар даволанаётган 225 нафар беморни кўриқдан ўтказдик. COVID-19 барча беморларда лаборатория текширувлари орқали аниқланди. Танлов мезони коронавирус инфекциясидан олдин беморлар тарихида ҳеч қандай руҳий зўриқининг йўқлиги еди. Барча текширилган беморлар ёзма розилигидан кейин тадқиқотга киритилган. COVID-19 таъхиси полимераза занжирли реакцияси (ПЦР) тести ва/ёки кўкрак қафаси органларининг компьютер томографиясига мувофиқ қўйилди. Асосий тадқиқот усули хавотирлик ва депрессиянинг HADS шкаласи ёрдамида клиник ва психопатологик ҳисобланади.

Калим сўзлар: COVID-19, депрессия, ташвиш, юрак-қон томир патологияси, психологик касалликлар, психоген руҳий касалликлар.

Abstract. Relevance. One of the factors of the negative impact of covid on the heart is the impressive damage to the human lungs. If the respiratory function is impaired, the blood is low in oxygen, the heart begins to work intensively to nourish all organs. Excessive overload leads to rapid fatigue of the heart muscle. Studies show that half of patients with COVID-19 have certain psychological disorders of varying degrees in the form of apathy, anxiety, depression, and asthenia. In addition, patients with chronic diseases of the cardiovascular system and absolutely healthy people suffer before coronavirus infection. The purpose of the study: to study the psychological state of patients with cardiovascular diseases infected with COVID-19. Materials and research methods. We examined 225 patients undergoing inpatient treatment at the Bukhara branch of the Republican Specialized Research Center for emergency medicine. COVID-19 was detected in all patients through laboratory tests. The selection criterion was the absence of any mental strain in the history of patients before the coronavirus infection. All examined patients are included in the study after their written consent. The diagnosis of COVID-19 was made according to the polymerase chain reaction (PCR) test and/or computed tomography of the chest organs. The main research method is clinical and psychopathological, using the HADS scale of anxiety and depression.

Keywords: COVID-19, depression, anxiety, cardiovascular pathology, psychological disorders, psychogenic mental disorders.

Введение. Немалочисленные научные исследования последних лет свидетельствуют о том, что пандемия COVID-19 может вызвать ухудшение психического здоровья населения во всем мире. Данные эпидемиологических исследований показывают, что уже в настоящее время в населении различных регионов мира, охваченных пандемией COVID-19, отмечается рост показателей тревожно-депрессивных расстройств, суицидальной настроенности и фактов суицидального поведения. У больных, переболевших COVID-19, встречаются различные неврологические расстройства: от головной боли и нарушения чувствительности до депрессии. Головная боль, нарушение чувствительности, нарушения обоняния, нарушения вкуса, парезы, параличи, когнитивные нарушения разной степени выраженности, тревога и депрессия - практически у 99% пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию [1,2]. Неврологические проявления как последствия коронавируса лишь накапливаются с каждым месяцем. Кроме этих проблем, выделяют еще три группы возможных последствий COVID-19. Это кардиореспираторные нарушения, которые проявляются в гипоксии, нарушениях бронхиального клиренса, болях в грудной клетке и сердце, нарушении ритма, а также мышечно-скелетные нарушения и проблемы питания и метаболизма. Литературные данные свидетельствуют о том, что эти состояния опасны, отражают тяжесть заболевания, могут увеличить риск смерти и продлить время пребывания пациентов в больнице. Долгосрочные эффекты COVID-19 по понятным причинам еще не известны. Однако, по данным зарубежных исследований уже имеются данные о том, что у лиц, перенесших COVID-19 даже после практического выздоровления более 15% переболевших, испытывают хроническую усталость, перепады настроения, нарушения сна, концентрации внимания и памяти. Пандемия COVID-19, которую вызывает новый штамм коронавируса – SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus-2), стала настоящим вызовом для системы здравоохранения во всем мире. Несмотря на высокий тропизм вируса к органам дыхательной системы (пневмония, респираторный дистресс-синдром), очень быстро стало понятно, что поражение не ограничивается только легкими, а возникает риск обострения всех хронических заболеваний и развития полиорганной недостаточности, в частности, на более поздних стадиях поражается вся сердечно-сосудистая система с прямым и косвенным повреждением других зависимых от нее органов. Установлена тесная двусторонняя связь между COVID-19 и всеми сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) [5,6].

Цель исследования. Исследовать психологическое состояние больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших COVID-19

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 225 больных, находящихся на стационарном лечении в Бухарском филиале Республиканского специализированного научно-исследовательского центра экстренной помощи. У всех больных был идентифицирован лабораторными исследованиями COVID-19. Критерием отбора являлось отсутствие каких-либо психических расстройств в анамнезе пациентов до момента заболевания коронавирусной инфекцией. Все обследованные пациенты включались в исследование после их информированного письменного согласия. Диагноз COVID-19 был установлен по данным теста полимеразной цепной реакции (ПЦР) и/или компьютерной томографии органов грудной клетки. Основным методом исследования – клиничко-психопатологический с использованием психометрической Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS). Шкала содержит 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: А — «тревога» («anxiety») и D - «депрессия» («depression»). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность). Стандартные опросники данной шкалы больные заполняли самостоятельно, таким образом, полученные данные отражали субъективную оценку пациентами своего психического состояния. При интерпретации данных учитывался суммарный показатель по каждой подшкале (А и D), при этом использовались 3 области значений: 0-7баллов — норма; 8-10баллов — «субклинически выраженная тревога/депрессия»; 11баллов и выше — «клинически выраженная тревога/депрессия». Статистический анализ полученных в исследовании данных проводился с использованием электронной версии программы «Медицинская статистика» (MEDSTATISTIC). Для оценки статистической значимости результатов исследования применялся сравнительный анализ процентных долей в группах (анализ четырехпольных таблиц сопряженности) по критерию χ^2 - Хи-квадрат Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Проведенное клиничко-психопатологическое психометрическое исследование показало, что субклинические и клинические признаки тревожно-депрессивных расстройств в общей совокупности обследованных пациентов были выявлены у 175 больных, что составило 77,8% из которых явное преимущество составили пациенты с сопутствующими заболеваниями- сахарный диабет- 116 пациентов (66,3%), аритмии- 47 больных (26,8%), ПИКС- 12 больных (6,9%).

Таблица 1. Частота сердечно-сосудистых заболеваний среди пациентов, включённых в исследование

Диагноз	Число больных	%
Артериальная гипертензия	95	42,2
ИБС	62	27,6
ХСН	26	11,5
Фибрилляция предсердий	19	8,4
Инфаркт миокарда	15	6,8
Кардиомиопатия	5	2,2
Пороки сердца	3	1,3
Все пациенты	225	100

Таблица 2. Средние значения показателей общеклинического анализа крови

Показания общего анализа крови	Мужчины (n=114)	женщины (n=111)	p<
Гемоглобин г/л (M±σ)	111,8±9,4	89,1±5,6	0,005
Эритроциты 10*12/л (M±σ)	4,1±0,7	3,4±0,5	0,001
Лейкоциты 10*9/л (M±σ)	3,9±1,6	3,9±0,9	0,01
Тромбоциты 10*9/л (M±σ)	451±1,7	306,8±1,7	0,001
СОЭ (мм/с)	21,7±3,8	19,4±4,7	0,01

Таблица 3. Уровни тревожности у мужчин и женщин (баллы, m±σ)

Тревожность	Мужчины	Женщины
Личностная	40,87±0,9	47,3± 2,4
Реактивная	44,6±1,0	51,4±1,7

По гендерному составу сформированная когорта в целом была сбалансированной: 114 (50,6%) мужчин и 111 (49,4%) женщина. Диагноз COVID-19 был установлен по данным теста полимеразной цепной реакции (ПЦР) и/или компьютерной томографии органов грудной клетки у 91,3% пациентов, при этом признаки внутрибольничной пневмонии выявлены в 89,2% случаев.

Ниже представлена информация о количестве больных с двумя и более сердечно-сосудистыми патологиями из числа четырех наиболее часто встречающихся: артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), фибрилляции предсердий (ФП) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) (табл. 1).

В ходе исследования также оценивались особенности гематологических изменений у пациентов с COVID-19, а также их зависимость от тяжести их состояния при заражении и наличия осложнений.

Нами было проанализировано, что количество эритроцитов и лейкоцитов находится в одинаковом соотношении как у мужчин, так и у женщин. Было обнаружено, что количество тромбоцитов увеличилось в 1,4 раза по сравнению с мужчинами в отношении показателей женщин. С другой стороны, скорость оседания эритроцитов увеличился в одинаковой пропорции у представителей обоих полов. Было обнаружено, что эти различия оказывают более токсическое воздействие, чем эритроцитопоз, продуктов метаболизма вируса, и, как было установлено, связаны с ане-

мией, присутствующей на момент заражения (табл. 2).

Все больные прошли анкетирование по опроснику Спилбергера-Ханина, причём, при обследовании у пациентов обоих полов были обнаружены высокие уровни индивидуальной и реактивной тревожности. Этот показатель статистически значим и выявлен у женщин (табл. 3).

Объективный анализ по системе оценки теста Гамильтона показал ухудшение психоэмоционального статуса пациентов, перенесших COVID-19 у 75% и составил в среднем 12-14 баллов. Из них депрессивные состояния наблюдались у 52,7% женщин и 26,8% мужчин. Из них у 53,2% был незначительный депрессивный эпизод, а у 23,4% пациентов были серьезные депрессивные эпизоды.

Выводы. Депрессия может развиваться как психологическая реакция при COVID-19, где она проявляется в виде нарушения жизнедеятельности пациента (снижения качества жизни), а также побочных эффектов некоторых препаратов, входящих в комплексное лечение COVID-19. Согласно полученным данным, депрессия может негативно повлиять на развитие заболевания, поскольку приводит к нарушению деятельности сердечно-сосудистой системы, и развитию осложнений.

Литература:

1. Mosolov S.N. Aktual'nyye zadachi psikhiatricheskoy sluzhby v svyazi s pandemiyej

COVID-19 // Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rassstroystv. –2020. – № 2. – S. 1-7.

2. Sorokin M.YU., Kas'yanovYe.D., Rukavishnikov G.V., Makarevich O.V., Neznanov N.G., Lutova N.B., Mazo G.E. Psikhologicheskiye reaktivnyye naseleniya kak faktor adaptatsii k pandemii COVID-19 // Obozreniye psikhologii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. - 2020. - №2. - S. 87-94.

3. Leo Sher. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates // QJM: An International Journal of Medicine. - 2020. - Vol. 113, Issue 10, October. - Pp. 707–712.

4. Rebecca K. Webster, PhD; Louise E. Smith, PhD; Lisa Woodland, MSc; Prof Simon Wessely, FMedSci; Prof Neil Greenberg, FRCPsych; Gideon James Rubin, PhD. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence // Lancet. 2020. Mar 14;395(10227). Pp. 912-920. doi: 10.1016/S0140- 6736(20)30460-8.

5. Шляхто Е. В., Конради А. О., Арутюнов Г. П. [и др.] Руководство по диагностике и лечению болезней системы кровообращения в контексте пандемии COVID-19 // Российский кардиологический журнал. 2020. Т. 25, № 3. С. 1–20.

6. Guzik T. J., Mohiddin S. A., Dimarco A. [et al.]. COVID-19 and the cardiovascular system: implications for risk assessment, diagnosis, and treatment options // Cardiovascular Research. 2020. Vol. 116 (10). P. 1666–1687.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У
БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19**

Кодирова Ш.С.

Резюме. Актуальность. Одним из факторов неблагоприятного воздействия ковида на сердце является внушительное поражение легких человека. При нарушении дыхательной функции кровь плохо насыщается кислородом, сердце начинает работать в интенсивном режиме, чтобы обеспечить все органы питанием. Излишняя перегрузка приводит к стремительному утомлению сердечной мышцы. Как показывают исследования у половины больных, перенёсших COVID-19 выявляются те или иные психологические расстройства различной степени тяжести в виде апатии, тревоги, депрессии и астении. Причем страдают больные как с хроническими заболеваниями сердечно сосудистой системы, так и абсолютно здоровые до инфицирования коронавирусом люди. Цель исследования: исследовать психологическое состояние больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших COVID-19. Материалы и методы исследования. Нами обследованы 225 больных, находящихся на стационарном лечении в Бухарском филиале Республиканского специализированного научно-исследовательского центра экстренной помощи. У всех больных был идентифицирован лабораторными исследованиями COVID19. Критерием отбора являлось отсутствие каких-либо психических расстройств в анамнезе пациентов до момента заболевания коронавирусной инфекцией. Все обследованные пациенты включались в исследование после их информированного письменного согласия. Диагноз COVID-19 был установлен по данным теста полимеразной цепной реакции (ПЦР) и/или компьютерной томографии органов грудной клетки. Основным методом исследования – клинико-психопатологический с использованием психометрической Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS).

Ключевые слова: COVID-19, депрессия, тревога, сердечно-сосудистая патология, психологические расстройства, психогенные психические расстройства.



Кундузов Олимджан Шакирджанович

Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

СТРЕСС ФОНИДА ЎҚИТУВЧИЛАРДА ОҒИЗ СУЮҚЛИГИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Кундузов Олимджан Шакирджанович

Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

PROPERTIES OF ORAL FLUID IN TEACHERS UNDER STRESS

Kunduzov Olimdjan Shakirdjanovich

Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@tdsi.uz

Резюме. Мақолада касбий стресс фонида ўқитувчиларда сўлакнинг хусусиятлари ва оғиз бўшлигининг маҳаллий иммунитетни омиллари ўзгариши тарифланган.

Калим сўзлар: касбий стресс, сўлак, sIgA, IL-21, pH, сўлакнинг ёпишқоқлиги, сўлакнинг ажралиши тезлиги.

Abstract. The article describes changes in the properties of saliva and factors of local immunity of the oral cavity in teachers against the background of professional stress.

Key words: occupational stress, saliva, sIgA, IL-21, pH, saliva viscosity, salivation rate.

Слюна - уникальная биологическая жидкость, вырабатываемая различными слюнными железами. Она состоит примерно из 99% воды и 1% белка и солей [3]. Слюна имеет решающее значение для сохранения и поддержания здоровья полости рта, но ей уделяется мало внимания до тех пор, пока количество или качество не уменьшится [8]. Сложные паттерны реакции слюны во время психосоциального стресса отражаются увеличением общей концентрации белка в слюне и изменением уровня кортизола [6]. Вязкость представляет собой реологическое свойство сложной слюнной жидкости, связанное с содержанием в ней гликопротеинов. Вязкоупругие свойства необходимы для смазывания и увлажнения, что обеспечивает целостность слизистой оболочки [3]. Изменения слюноотделения часто сопровождают реакцию на стресс.

Материалы и методы исследования. В исследовании принял участие 131 учитель средних общеобразовательных школ и преподаватель СамГМУ с различными сроками трудового стажа.

После проведения тестирования для выявления признаков стресса (PSM-25) специалисты были распределены на подгруппы:

1. группа А1 (преподаватели СамГМУ без признаков стресса, 27 человек, 90 [69-113] баллов), возраст $37,15 \pm 3,4$;
2. группа А2 (преподаватели СамГМУ с умеренным уровнем стресса, 24 человека, 140,5 [102-157] баллов), возраст $38,01 \pm 2,9$;
3. группа Б1 (школьные учителя без признаков стресса, 28 человек, 87,5 [75-112] баллов), возраст $37,68 \pm 4,9$;
4. группа Б2 (школьные учителя с умеренным уровнем стресса, 26 человек, 133,5 [108-153] баллов), возраст $38,23 \pm 2,2$.

Подгруппы А1 и Б1 вошли в Группу 1, подгруппы А2 и Б2 – в Группу 2.

Из лиц без заболеваний пародонта и признаков стресса была организована контрольная 3 группа (26 человек), возраст $38,43 \pm 3,2$.

Определение концентрации sIgA в слюне и скорости секреции sIgA и скорости слюноотделения. Во избежание каких-либо физиологических факторов, которые могли бы повлиять на скорость слюноотделения и скорость секреции sIgA, образцы собирали в одно и то же время и в один и тот же день недели между 10:00 и 12:00. Пробы отбирали в покое, на занятиях. Образцы целевой нестимулированной слюны собирали по-

сле того, как люди дважды прополоскали рот водой. Участникам было предложено сплюнуть любую слюну, которую они произвели, в течение 5 минут в стерильные пробирки. Образцы слюны центрифугировали при 12 000 об/мин в течение 10 мин, а затем супернатанты хранили при -20°C до анализа. Скорость слюноотделения определяли в мл выделяемой слюны в минуту (мл/мин).

Концентрации SIgA в слюне определяли с использованием микротитрационных планшетов и тест-системы «Eurofins Technologies» в соответствии с инструкциями производителя. После покрытия первичными антителами и блокирования планшетов образцы слюны разводили в соотношении 1:1000 и инкубировали в течение одного часа при комнатной температуре. После промывки планшеты инкубировали с антителами, конъюгированными с пероксидазой IgA. Для определения концентрации SIgA в слюне (мкг/мл) значения поглощения при 450 нм наносили на график относительно стандартной кривой, полученной для серийных разведений известной концентрации очищенного человеческого IgA. Скорость секреции SIgA слюной выражали как количество SIgA, секретируемого в минуту (мкг/мин).

Определение концентрации IL-21 в слюне. Уровни IL-21 оценивали с помощью набора для твердофазного иммуноферментного анализа «ВГС-ДСМ» (ELISA). Инструкции производителя строго соблюдались при проведении анализа.

100 мкл стандартов и образцов добавляли в лунки титрационного микропланшета и инкубировали в течение 2 часов при комнатной температуре. Несвязанный антиген удаляли на этапе промывки. После этого лунки выдерживали в течение 2 ч со 100 мкл детектирующего антитела при комнатной температуре. Затем в каждую лунку добавляли по 100 мкл пероксидазы и выжидали 30 мин.

Лунки снова промывали и затем инкубировали с тетраметилбензидиновым субстратом в течение 20 мин. Затем добавляли 100 мкл стопраствора для остановки реакции и измеряли оптическую плотность при 450 нм в ридере для микропланшетов. Концентрацию IL-21 определяли как пг/мл.

Измерение скорости слюноотделения и рН. Собранную слюну сразу же измеряли по количеству, а рН измеряли в течение 30 минут с помощью рН-полосок (Enzymedica).

Вязкость слюны. Вязкость слюны определяли, пропуская слюну через трубку круглого сечения и измеряя скорость потока. Это было сделано с помощью вискозиметра Оствальда. Вязкость жидкости определяли путем сравнения с эталоном (водой).

Результаты исследования. Не было обнаружено существенной разницы в скорости слюноотделения, рН и вязкости между группами 1, 2 и 3 (табл. 1).

Таблица 1. Скорость слюноотделения, рН и вязкость слюны у преподавателей

Группа	M±m	P
Скорость слюноотделения		
Группа 1	0,55±0,01	0,043
Группа 2	0,61±0,04	0,027
Группа 3	0,57±0,02	0,066
рН		
Группа 1	7,14±0,68	0,063
Группа 2	6,67±0,56	0,064
Группа 3	7,23±0,54	0,056
Вязкость		
Группа 1	1,04±0,39	0,143
Группа 2	1,26±0,63	0,078
Группа 3	1,01±0,57	0,091

Таблица 2. Корреляция между стрессом и скоростью слюноотделения, рН, вязкостью у преподавателей

Параметр	Скорость слюноотделения	рН	Вязкость
Группа 1			
корреляция Пирсона	- 0,314	- 0,576**	0,507**
P	0,125	0,003	0,008
Группа 2			
корреляция Пирсона	- 0,752**	- 0,621**	0,415*
P	0,001	0,001	0,036

Примечание: *p=0,05, ** p=0,01

Таблица 3. Концентрация IL-21 в слюне при хроническом рабочем стрессе, хроническом пародонтите и у здоровых лиц

Группа	Уровень IL-21 в слюне, пг/мл, M±m	P
Хронический стресс	234,15±189,23	P <0,001
Хронический пародонтит	216,04±184,17	P <0,001
Здоровые лица	23,16±16,67	P <0,001

Среднее значение скорости слюноотделения для группы 1, 2 и 3 составляло 0,55±0,01, 0,61±0,04 и 0,57±0,02 мл/мин, соответственно, что указывает на то, что среднее значение этого показателя для в условиях стресса выше.

Среднее значение рН для группы 1, 2 и 3 составляло 7,14±0,68, 6,67±0,56 и 7,23±0,54, соответственно, что указывает на то, что среднее значение рН для в условиях стресса и при заболеваниях пародонта ниже.

Средняя вязкость для групп составила 1,04±0,39, 1,26±0,63 и 1,01±0,57 относит.ед., соответственно. У пациентов со стрессом средняя вязкость выше, чем без его наличия и без наличия заболеваний пародонта.

Корреляцию Пирсона оценивали в обеих группах. Была выявлена отрицательная корреляция между стрессом и скоростью слюноотделения, и рН и положительная между стрессом и вязкостью слюны. Снижение скорости слюноотделения при стрессе связано с усилением антихолинергической и симпатической активности, что приводит к снижению секреции слюны и увеличению секреции белков слюны [5, 8-9].

Снижение рН во время стресса связано с тем, что скорость слюноотделения снижается, что влияет на неорганическую составляющую слюны, особенно на снижение концентрации бикарбонатов и кальция и увеличение фосфатов [5, 7]. Повышение вязкости слюны при стрессе обусловлено повышением концентрации общего белка слюны за счет активации симпатической системы [1, 6].

Концентрация IL 21 в слюне. Уровень IL-21 в слюне был значительно выше в группе с хроническим стрессом и хроническим пародонтитом, чем в контроле (P <0,001). Клинические пародонтальные параметры положительно коррелировали с уровнями IL-21 в слюне.

Уровень IL-21 определяли количественно с помощью метода ELISA из образцов каждого участника из контрольной и исследуемой групп. Уровни IL-21 в слюне у контрольной группы варьировали от 16,0 до 87,0 пг/мл (в среднем 23,16 пг/мл). Уровни IL-21 в слюне составляли 34,0–814,0 пг/мл (в среднем 216,04 пг/мл) при хроническом пародонтите. Уровни IL-21 в слюне составляли 41,0–842,0 пг/мл (в среднем 234,15 пг/мл) при хроническом стрессе.

Также, клинические параметры хронического пародонтита и глубины зондирования (PPD)

оценивали на предмет корреляции с уровнем IL-21 в слюне. Было обнаружено, что существует значительная корреляция PPD с уровнем IL-21 в слюне ($r = -0,353$, $P = 0,018$). Таким образом, при хроническом стрессе у пациентов можно наблюдать 10-кратное превышение концентрации IL-21 в слюне, а известно, что несмотря на то, что различные микробы вызывают пародонтальные заболевания, было доказано, что преувеличенный и непропорциональный иммунный ответ хозяина также является причиной повреждения пародонта у пациентов. Адаптивный иммунный ответ возникает в основном за счет участия различных провоспалительных цитокинов, продуцируемых активированными Т-клетками в пораженных тканях пародонта [9].

В последние годы интерес сосредоточен на изучении цитокина IL-21 [2, 10-11]. Исследования показали, что активированные Т-клетки продуцируют IL-21, который обладает способностью действовать на несколько клеток иммунной системы, оказывая влияние на иммунитет к инфекциям [7]. Существует не так много исследований, проведенных для выяснения роли IL-21 при хроническом пародонтите.

Однако в большинстве из них в качестве клинического образца использовали жидкость десневой борозды и ткань пародонта. Текущее исследование было предназначено для оценки IL-21 в слюне пациентов с хроническим пародонтитом и хроническим стрессом и сравнения с таковыми у здоровых людей и определения его диагностической ценности при заболеваниях пародонта, ведь интерлейкин-21 представляет собой плеiotропный цитокин, в отношении которого хорошо задокументировано, что он способствует развитию клеток Th17, которые, как было показано, играют важную роль в патогенезе заболеваний пародонта [4].

Литература:

1. Ризаев Ж.А., Хазратов А.И. Макроскопическая картина слизистой оболочки полости рта у больных с онкологическими заболеваниями толстой кишки, Проблемы биологии и медицины, 5(122), 114-117, 2020
2. Ризаев Ж.А., Хазратов А.И. Состояние полости рта у больных раком толстой кишки, Актуальные проблемы современной медицины, 1.1(117), с.99, 2020

3. Khasanov I.I., Shomurodov K.E., Khazratov A.I. Clinical x-ray study of complications of dental implantation and sinuslifting in patients with maxillar sinusitis, Asian journal of pharmaceutical and biological research, 3(10), 2021
4. Khazratov A.I., Rizaev J.A., Lisnychuk N.Ye., Reimnazarova G.Dj., Kubaev A.S., Olimjonov K.J. Morphofunctional Characteristics Of The Oral Mucosa Of Experimental Rats In Experimental Carcinogenesis. European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 2(8), p.227-235, 2021
5. Rizaev, JA; Khazratov, AI Indicators of the microflora of the oral cavity in patients with colon cancer, Uzbek medical journal, 2(2) с.50-55,2020
6. Khazratov A.I., Rizaev J.A. Comparative assessment of the clinical picture of the oral mucosa in patients with colon cancer, Editor coordinator, p.754, 2021
7. Ризаев Ж.А., Ахтамов Ш.Д., Хазратов А.И., Камариддинзода М.К. Психозэмоциональное расстройство детей перед стоматологическом вмешательством, Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии 146-148, 2021
8. Марупова М.Х., Кубаев А.С., Хазратов А.И. Анализ окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Conferencea, 195-196, 2022
9. Rizaev J.A. Khazratov A.I., Furkatov Sh.F., Muxtorov A.A., Ziyadullaeva M.S. Clinical and radiological characteristics of periodontic interweaves in patients with chew recessional, European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 11, с.36-41, 2023
10. Rizaev J.A., Rustamova D.A., Khazratov A.I., Furkatov Sh. F. The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases, Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny) p.40-45, 2022
11. Хазратов А.И., Абдуллаев Т.З., Фуркатов Ш.Ф., Нарзиева Д.Б. Особенности течения туберкулёза у подростков, Pedagogical sciences and teaching methods, 2,19, p.87-94, 2023

СВОЙСТВА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ПРИ СТРЕССЕ

Кундузов О.Ш.

Резюме. В статье описываются изменения свойств слюны и факторов местного иммунитета полости рта у преподавателей на фоне профессионального стресса.

Ключевые слова: профессиональный стресс, слюна, sIgA, IL-21, pH, вязкость слюны, скорость слюноотделения.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У СПЕЦИАЛИСТОВ НА ФОНЕ СТРЕССА



Кундузов Олимджан Шакирджанович¹, Ризаев Жасур Алимжанович²,
Хазратов Алишер Исамиддинович², Ражабий Музайяна Азиз Кизи¹

1 - Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

СТРЕСС ФОНИДА МУТАХАССИСЛАРДА СУРУНКАЛИ УМУМИЙ ПЕРИОДОНТИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Кундузов Олимджан Шакирджанович¹, Ризаев Жасур Алимжанович²,
Хазратов Алишер Исамиддинович², Ражабий Музайяна Азиз Кизи¹

1 - Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS IN SPECIALISTS ON THE BACKGROUND OF STRESS

Kunduzov Olimdjan Shakirdjanovich¹, Rizaev Jasur Alimjanovich², Khazratov Alisher Isamiddinovich²,
Rajabiy Muzayana Aziz Kizi¹

1 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: alisherxazratov@mail.ru

Резюме. Адабиётда муҳим ҳаётий воқеа периодонтал соғлиққа таъсир қилиши мумкинми ёки бу сурункали стресс таъсири билан қандай боғлиқлиги ҳақида баъзи мунозаралар мавжуд. Стресс остида чўнтак чуқурлиги 5 мм дан ортиқ бўлган камида битта периодонтал жой билан 100 та клиник ҳолат қайд этилган. Мақолада ишдаги стресс фонида ўқитувчилар орасида сурункали умумий периодонтитнинг клиник кечишида аниқланган хусусиятлар тарифланган. Мақсад – иш зўриқишлари фонида ўқитувчилар ўртасида сурункали умумий периодонтитнинг клиник кечишидаги хусусиятларни аниқлаш. Материаллар ва методлар: тадқиқотда 131 та умумтаълим мактаблари ўқитувчилари ва СамДТУнинг турли даврдаги иш тажрибасига ега ўқитувчиси иштирок этди, улар 4 та кичик гуруҳга бўлиб ўрганилган. Натижалар: Дастлабки даражадаги сурункали УП стрессли одамларда кўпроқ учрайди ва таққослаш гуруҳидаги $52,1 \pm 6,74\%$ га нисбатан стрессли одамларда $61,4 \pm 6,64\%$ ни ташиқил этди ($p < 0,01$). Кузатув кичик гуруҳларида умумий периодонтитнинг тарқалиши тўғрисидаги маълумотларни баҳолашда шуни таъкидлаш керакки, бошланғич даражадаги сурункали УП кўпроқ А1 ва Б1 гуруҳларида аниқланган ва мос равишда $86,34 \pm 7,42\%$ ва $82,15 \pm 6,53\%$ ни ташиқил этган ($p > 0,05$). Кўриб чиқилган А1 ва Б1 кичик гуруҳларида тиш гўшидаги озриқлар кўп ҳолларда йўқ эди ($p < 0,001$) ва мос равишда $83,73 \pm 7,54\%$ ва $94,77 \pm 5,14\%$ ни ташиқил этди. Текширилаётган А2 ва Б2 кичик гуруҳларида бу параметр мос равишда $98,8 \pm 0,01\%$ ва $99,0 \pm 0,01\%$ ни ташиқил этди. Хулоса: Шундай қилиб, умумий периодонтит кечишининг объектив белгилари тўғрисидаги маълумотлар УП нинг стрессга, яъни унинг даражасига бевосита боғлиқлигини кўрсатади. Стресс даражаси қанчалик юқори бўлса, УП нинг объектив белгилари шунчалик аниқ бўлади.

Калим сўзлар: ишдаги стресс, умумий периодонтит (УП), периодонтал касаллик.

Abstract. Relevance: There is some debate in the literature about whether a major life event can affect periodontal health and how this correlates with the effects of chronic stress. 100 clinical cases have been reported with at least one periodontal site with a pocket depth of more than 5 mm under stress. The article describes the features identified in the clinical course of chronic generalized periodontitis among teachers against the background of work stress. Purpose - to identification of features in the clinical course of chronic generalized periodontitis among teachers against the background of work stress. Material and methods: the study involved 131 teachers of secondary schools and a teacher of SamSMU with different periods of work experience, which were divided into 4 subgroups. Results: chronic GP of initial

degree was more common in people with stress and amounted to $61.4 \pm 6.64\%$ in people with stress versus $52.1 \pm 6.74\%$ in the comparison group ($p < 0.01$). Assessing the data on the prevalence of generalized periodontitis in the subgroups of observation, it should be noted that chronic GP of the initial degree was more often determined in groups A1 and B1 and amounted to $86.34 \pm 7.42\%$ and $82.15 \pm 6.53\%$, respectively ($p > 0.05$). Pain in the gums in the examined A1 and B1 subgroups was absent in most cases ($p < 0.001$) and amounted to $83.73 \pm 7.54\%$ and $94.77 \pm 5.14\%$, respectively. While in the examined A2 and B2 subgroups, this parameter was $98.8 \pm 0.01\%$ and $99.0 \pm 0.01\%$, respectively. Conclusion: Thus, the data of objective symptoms of the course of generalized periodontitis indicate a direct dependence of the course of GP on stress, namely, on its level. The higher the stress level, the more pronounced the objective symptoms of GP.

Key words: work stress, generalized periodontitis (GP), periodontal disease.

В литературе ведутся споры о том, может ли серьезное жизненное событие повлиять на здоровье пародонта и как это соотносится с последствиями хронического стресса. Было зарегистрировано 100 клинических случаев, по крайней мере, с одним пародонтальным участком с глубиной кармана более 5 мм, и у лиц контрольной группы, у которых пародонтальные карманы не превышали 3 мм.

В большом перекрестном исследовании 1426 человек, регрессионный анализ показал, что финансовое напряжение было связано с большей потерей альвеолярной кости среди людей (с поправкой на возраст, пол и курение), которые, как считалось, имели неадекватное копинг-поведение (сильные эмоции) по сравнению с субъектами с финансовым напряжением и лучшими стратегиями совладания. Интересно, что испытуемые, испытывающие финансовые затруднения и обладающие хорошими навыками преодоления трудностей, имели не больше заболеваний пародонта, чем те, у кого не было финансовых затруднений. В исследовании 80 пациентов с хроническим пародонтитом лечились без хирургического вмешательства в течение двух лет. Это исследование показало, что у пациентов с защитным стилем совладающего поведения реакция на заживление была значительно нарушена, о чем свидетельствует более низкий уровень клинической привязанности. Эти исследования подтверждают концепцию о том, что способность человека справляться со стрессом важна для здоровья пародонта и улучшения результатов лечения пародонтита. В связи с этим представляет интерес изучение взаимосвязи между стрессом и хроническим генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы исследования. В исследовании принял участие 131 учитель средних общеобразовательных школ и преподаватель СамГМУ с различными сроками трудового стажа.

После проведения тестирования для выявления признаков стресса (PSM-25) специалисты были распределены на подгруппы:

1. группа А1 (преподаватели СамГМУ без признаков стресса, 27 человек, 90 [69-113] баллов), возраст $37,15 \pm 3,4$;

2. группа А2 (преподаватели СамГМУ с умеренным уровнем стресса, 24 человека, 140,5 [102-157] баллов), возраст $38,01 \pm 2,9$;

3. группа Б1 (школьные учителя без признаков стресса, 28 человек, 87,5 [75-112] баллов), возраст $37,68 \pm 4,9$;

4. группа Б2 (школьные учителя с умеренным уровнем стресса, 26 человек, 133,5 [108-153] баллов), возраст $38,23 \pm 2,2$.

Подгруппы А1 и Б1 вошли в Группу 1, подгруппы А2 и Б2 – в Группу 2.

Из лиц без заболеваний пародонта и признаков стресса была организована контрольная 3 группа (26 человек), возраст $38,43 \pm 3,2$.

Степень тяжести ГП определяли по данным анализа ортопантомограмм.

На ортопантомограмме этих пациентов наблюдали остеопороз межзубных перегородок в области их верхушек или на некотором расстоянии от них.

Также у пациентов отмечали деструктивные изменения в виде рассасывания костной ткани, очаговую резорбцию, а в участках, где есть нависающие края пломбы. - полное разрушение и исчезновение кортикальной пластинки альвеолярного отростка и разрушение его самого. Выявлено, что деструктивные изменения у центральных зубов чаще начинаются в области вершин перегородок, а в области моляров на уровне эмалево-цементной границы.

Следует также отметить, что рентгенологически мы наблюдали явления локализованной резорбции у пациентов, возникающей в участках с выраженными раздражающими факторами или там, где развивается узел травматической окклюзии. Это приводит к неравномерному уменьшению высоты альвеолярных перегородок. Такой тип резорбции определяется как горизонтальный.

Рассмотрев и проведя анализ всех ортопантомограмм сделали вывод, что пациенты имеют начальную и 1 степень заболевания хронического ГП.

Результаты исследования. Результаты исследования распространенности хронического генерализованного пародонтита начальной и I степени у преподавателей на фоне стресса представлены в таблице 1.

Хронический ГП начальной степени был более распространен у лиц со стрессом и составлял $61,4 \pm 6,64\%$ у лиц со стрессом против $52,1 \pm 6,74\%$ в группе сравнения ($p < 0,01$).

Таблица 1. Распределение генерализованного пародонтита по степени тяжести в группах наблюдения

Степень ГП	Лица с профессиональным стрессом	Лица без признаков стресса
	M±m, %	M±m, %
Начальная	61,4±6,64	52,1±6,74
I степень	38,6±6,54	47,9±6,56

Примечание: $p < 0,05$ - достоверность отличий показателей групп между собой по критерию Стьюдента

Таблица 2. Распределение генерализованного пародонтита по степени тяжести в подгруппах наблюдения

Степень ГП	Группа 1		Группа 2	
	A 1	B1	A2	B2
	M±m, %	M±m, %	M±m, %	M±m, %
Начальная степень	86,34±7,42	82,15±6,53	15,23±7,45	23,2±9,12
I степень	13,66±7,41	17,85±6,43	84,77±8,54	76,8±8,13

Примечание: $p < 0,001$ - достоверность отличий показателей степени ГП в подгруппах по критерию Стьюдента; $p < 0,001$ - достоверность отличий показателей A1 и B1 подгрупп между собой по критерию Стьюдента; $p < 0,001$ - достоверность отличий показателей A2 и B2 подгрупп между собой по критерию Стьюдента

Таблица 3. Частота клинических проявлений хронического ГП начальной и I степени у специалистов на фоне стресса

Группы	Кровоточивость десен		Болезненность в деснах		Гиперемия десен		Гнойное отделяемое		Пародонтальные карманы, мм		Патологическая подвижность		
	выражена	незначительна	+	-	выражена	незначительна	+	-	1-2	2-3	+	-	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Группа 1	A1	7,48 ±5,2	92,52 ±5,19	16,27 ±6,32	83,73 ±7,54	27,87 ±7,63	72,13 ±9,56	1,7 ±0,02	98,3 ±1,51	68,13 ±7,14	31,87 ±6,14	4,67 ±4,23	95,33 ±5,64
	B1	4,34 ±2,1	95,66 ±4,14	5,23 ±1,17	94,77 ±5,14	15,54 ±6,59	84,46 ±5,43	0,0 ±0,0	100 ±0,02	56,23 ±9,17	43,77 ±8,14	4,21 ±1,172	95,79 ±4,13
Группа 2	A2	93,45 ±7,1	6,55 ±6,14	98,8 ±0,01	1,2 ±0,01	87,23 ±9,5	12,77 ±4,21	41,76 ±14,59	58,24 ±12,33	12,1 ±4,13	87,9 ±5,13	27,63 ±13,48	72,37 ±11,24
	B2	94,56 ±6,2	5,44 ±1,25	99,0 ±0,01	1,0 ±0,01	86,3 ±6,32	13,7 ±3,43	36,4 ±11,32	63,6 ±13,3	7,13 ±5,43	92,87 ±6,24	30,13 ±12,13	69,87 ±14,54

Примечание: $p < 0,001$ - достоверность отличий показателей A1 и B1 подгруппы между собой по критерию Стьюдента; $p < 0,001$ - достоверность отличий показателей A2 и B2 подгруппы между собой по критерию Стьюдента

Оценивая данные распространенности генерализованного пародонтита в подгруппах наблюдения (табл. 2), следует отметить, что хронический ГП начальной степени чаще определялся в A1 и B1 группах и составлял 86,34 ±7,42% и 82,15 ±6,53% соответственно ($p > 0,05$). Таким образом, хронический ГП I степени в данных группах находился в значительно меньшем количестве ($p < 0,001$) преподавателей и составлял 13,66 ±7,41% в A1 подгруппе и 17,85 ±6,43% в B1 подгруппе. Что касается показателей A2 и B2 групп, то хронический ГП начальной степени выявлялся у 15,23±7,45% и 23,2±9,12% специалистов, соответственно ($p > 0,05$). Процент лиц с хроническим ГП I степени в данных подгруппах был значительно выше ($p < 0,001$) и составил 84,77±8,54% и 76,8±8,13% в A2 и B2 подгруппах соответственно.

Таким образом, хронический генерализованный пародонтит начальной степени выявлялся чаще у специалистов без признаков стресса, а I степени – при среднем уровне стресса.

Кровоточивость десен у преподавателей в A1 и B1 подгруппах была в большинстве случаев умеренной и составляла 92,52±5,19% и 95,66±4,14% ($p < 0,001$). Значительно меньшее количество лиц в данных подгруппах отмечали выраженную кровоточивость, которая соответствовала 7,48 ±5,21% в A1 и 4,34±2,12% в B1. Что касается подгрупп A2 и B2, то у них кровоточивость десен была в основном выраженной и составляла 93,45±7,11% и 94,56±6,23% соответственно ($p < 0,001$). Умеренная кровоточивость наблюдалась у 6,55±6,14% лиц A2 и 5,44±1,25% B2 подгрупп, соответственно.

Боль в деснах у обследованных А1 и Б1 подгрупп в большинстве случаев отсутствовала ($p < 0,001$) и составляла $83,73 \pm 7,54\%$ и $94,77 \pm 5,14\%$, соответственно. В то время как у обследованных А2 и Б2 подгрупп этот параметр составил $98,8 \pm 0,01\%$ и $99,0 \pm 0,01\%$, соответственно.

Незначительная гиперемия десен в А1 и Б1 подгруппах составляла $72,13 \pm 9,56\%$ и $83,33 \pm 7,77\%$, ($p < 0,001$). Выраженная гиперемия наблюдалась в большем количестве в А2 ($87,23 \pm 9,56\%$) и во Б2 ($86,3 \pm 6,32\%$) подгруппах, а незначительная гиперемия десен в данных подгруппах была значительно меньше и составляла $12,77 \pm 4,21\%$ в А2 и $13,7 \pm 3,43\%$ в Б2 подгруппах ($p < 0,001$). Присутствие гиперемии десен зависит от наличия стресса, чем выше его уровень, тем более выраженной является гиперемия десен.

Гноетечение из десен практически полностью отсутствовало в А1 и Б1 подгруппах ($p < 0,001$), а в А2 и Б2 подгруппах оно имело почти у половины обследованных, и составляло $41,76 \pm 14,59\%$ и $36,4 \pm 11,3\%$. Данный показатель также указывает на то, что при повышенном уровне стресса он более выражен ($p < 0,001$).

Пародонтальные карманы у большинства участников А1 ($68,13 \pm 7,14\%$) и Б1 ($56,23 \pm 9,17\%$) подгрупп были в пределах 1-2 мм. Следует также отметить, что в А2 подгруппе у $87,9 \pm 5,13\%$ учителей РPD в пределах 2-3 мм, а в Б2 - у $92,87 \pm 6,24\%$ ($p < 0,001$). Как видно из результатов исследования данного показателя, он зависит также от уровня стресса. Чем выше уровень стресса, тем больше глубина пародонтальных карманов.

Патологическая подвижность зубов присутствовала у $4,67 \pm 4,23\%$ в А1, $4,21 \pm 1,17\%$ в Б1, $27,63 \pm 13,48\%$ в А2 и $30,13 \pm 12,13\%$ в Б2 подгрупп, что было достоверно ниже по сравнению с количеством лиц, у которых присутствовала патологическая подвижность соответствующих групп ($p < 0,001$, $p < 0,05$). В большем количестве патологическая подвижность зубов при ГП начальной I степени отсутствовала. Следует также отметить, что патологическая подвижность наблюдается у большего количества обследованных лиц подгрупп, в которых уровень стресса был более высоким.

Выводы. Таким образом, данные объективных симптомов протекания генерализованного пародонтита указывают на прямую зависимость течения ГП от стресса, а именно от его уровня. Чем выше уровень стресса, тем более выражены объективные симптомы течения ГП.

Согласно показателям проведенных исследований параклинических индексов в группах наблюдения, отмечались существенно более высокие показатели у преподавателей с высоким

уровнем стресса по сравнению со студентами, у которых уровень стресса был ниже. Это указывало на то, что течение генерализованного пародонтита более агрессивно у лиц с высоким уровнем стресса.

Литература:

1. da Cunha BM, Wambier LM, da Rosa SV, Botelho-Filho CR, Rocha JS, Vettore MV, Gabardo MCL. Association between sense of coherence and oral clinical conditions in adults and the elderly: systematic review and meta-analysis. *Community Dent Health*. 2022 May 27;39(2):74-85. doi: 10.1922/CDH_00232daCunha12
2. de Almeida NKVL, de Brito DHS, Dos Santos TGFT, de Lavôr JR, da Silva MCPM, Rosenblatt A, Heimer MV. Sense of Coherence and Oral Health in Children and Adolescents: a Scoping Review. *Pediatr Dent*. 2023 Mar 15;45(2):92-98
3. Martínez M, Martín-Hernández D, Virto L, MacDowell KS, Montero E, González-Bris Á, Marín MJ, Ambrosio N, Herrera D, Leza JC, Sanz M, García-Bueno B, Figuero E. Periodontal diseases and depression: A pre-clinical in vivo study. *J Clin Periodontol*. 2021 Apr;48(4):503-527. doi: 10.1111/jcpe.13420
4. Ризаев Ж.А., Хазратов А.И. Макроскопическая картина слизистой оболочки полости рта у больных с онкологическими заболеваниями толстой кишки, *Проблемы биологии и медицины*, 5(122), 114-117, 2020
5. Ризаев Ж.А., Хазратов А.И. Состояние полости рта у больных раком толстой кишки, *Актуальные проблемы современной медицины*, 1.1(117), с.99, 2020
6. Khasanov I.I., Shomurodov K.E., Khazratov A.I. Clinical x-ray study of complications of dental implantation and sinuslifting in patients with maxillar sinusitis, *Asian journal of pharmaceutical and biological research*, 3(10), 2021
7. Khazratov A.I., Rizaev J.A., Lisnychuk N.Ye., Reimnazarova G.Dj., Kubaev A.S., Olimjonov K.J. Morphofunctional Characteristics Of The Oral Mucosa Of Experimental Rats In Experimental Carcinogenesis. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 2(8), p.227-235, 2021
8. Rizaev, JA; Khazratov, AI Indicators of the microflora of the oral cavity in patients with colon cancer, *Uzbek medical journal*, 2(2) с.50-55, 2020
9. Khazratov A.I., Rizaev J.A. Comparative assessment of the clinical picture of the oral mucosa in patients with colon cancer, Editor coordinator, p.754, 2021
10. Ризаев Ж.А., Ахтамов Ш.Д., Хазратов А.И., Камариддинзода М.К. Психоэмоциональное расстройство детей перед стоматологическом вмешательством, *Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии* 146-148, 2021

11. Марупова М.Х., Кубаев А.С., Хазратов А.И. Анализ окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Conferencea, 195-196, 2022

12. Rizaev J.A., Khazratov A.I., Furkatov Sh.F., Muxtorov A.A., Ziyadullaeva M.S. Clinical and radiological characteristics of periodontic interweaves in patients with chew recessional, European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 11, с.36-41, 2023

13. Rizaev J.A., Rustamova D.A., Khazratov A.I., Furkatov Sh. F. The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases, Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny) p.40-45, 2022

14. Хазратов А.И., Абдуллаев Т.З., Фуркатов Ш.Ф., Нарзиева Д.Б. Особенности течения туберкулёза у подростков, Pedagogical sciences and teaching methods, 2,19, p.87-94, 2023

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У СПЕЦИАЛИСТОВ НА ФОНЕ СТРЕССА

*Кундузов О.Ш., Ризаев Ж.А., Хазратов А.И.,
Ражабий М.А.*

Резюме. В литературе ведутся споры о том, может ли серьезное жизненное событие повлиять на здоровье пародонта и как это соотносится с последствиями хронического стресса. Было зарегистрирова-

но 100 клинических случаев, по крайней мере, с одним пародонтальным участком с глубиной кармана более 5 мм при стрессах. В статье описываются особенности, выявленные в клиническом течении хронического генерализованного пародонтита у преподавателей на фоне рабочего стресса. Цель – выявление особенностей в клиническом течении хронического генерализованного пародонтита у преподавателей на фоне рабочего стресса. Материал и методы: в исследовании принял участие 131 учитель средних общеобразовательных школ и преподаватель СамГМУ с различными сроками трудового стажа которые были подразделены на 4 под группы. Результаты: хронический ГП начальной степени был более распространен у лиц со стрессом и составлял $61,4 \pm 6,64\%$ у лиц со стрессом против $52,1 \pm 6,74\%$ в группе сравнения ($p < 0,01$). Оценивая данные распространенности генерализованного пародонтита в подгруппах наблюдения, следует отметить, что хронический ГП начальной степени чаще определялся в А1 и Б1 группах и составлял $86,34 \pm 7,42\%$ и $82,15 \pm 6,53\%$ соответственно ($p > 0,05$). Боль в деснах у обследованных А1 и Б1 подгрупп в большинстве случаев отсутствовала ($p < 0,001$) и составляла $83,73 \pm 7,54\%$ и $94,77 \pm 5,14\%$, соответственно. В то время как у обследованных А2 и Б2 подгрупп этот параметр составил $98,8 \pm 0,01\%$ и $99,0 \pm 0,01\%$, соответственно. Заключение: таким образом, данные объективных симптомов протекания генерализованного пародонтита указывают на прямую зависимость течения ГП от стресса, а именно от его уровня. Чем выше уровень стресса, тем более выражены объективные симптомы течения ГП.

Ключевые слова: рабочий стресс, генерализованный пародонтит (ГП), болезни пародонта.

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОЙ ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ТОКСИЧЕСКИХ ФОРМ ЗОБА



Курбаниязов Зафар Бабажанович, Зайниев Алишер Фаридунович, Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич, Тухтаев Жамшед Кодиркул угли
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БЎҚОҚ ТОКСИК ШАКЛЛАРИ ОПЕРАЦИЯДАН ОЛДИНГИ КОМПЛЕКС ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИ АСОСЛАШ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Зайниев Алишер Фаридунович, Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич, Тухтаев Жамшед Қодиркул ўғли
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

JUSTIFICATION OF METHODS FOR COMPREHENSIVE PRE-OPERATIVE DIAGNOSIS OF TOXIC FORMS OF GOITER

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Zainiev Alisher Faridunovich, Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich, Tukhtaev Jamshed Kodirkul ugli
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқотга бўқоқнинг токсик шакллари бўлган 112 беморни текшириши натижалари киритилган. Бўқоқнинг токсик шакллари операциядан олдинги комплекс диагностика усуллари ултратовуши ва компьютер томографияни ўз ичига олиши керак, бу қалқонсимон безнинг ўлчами, топографияси, эхоструктураси ва унда аниқланган патологик шаклланишлар тўғрисида инвазив бўлмаган ҳамда маҳаллий лимфа тугунлари ҳолати маълумотларини олиши имконини беради. Радионуклидларни сканерлаш автоном қалқонсимон тугунлар, токсик бўқоқнинг қайталаниши ва қалқонсимон безнинг атипик локализацияси учун кўрсатилади. Қалқонсимон без функциясини гормонал ўрганиши ТТГ, Т3, Т4 контценрациясини, қалқонсимон безни боғлайдиган глобулинни ва тироглобулинга антителоларнинг титрини аниқлашни ўз ичига олади.

Калим сўзлар: токсик бўқоқ, тадқиқот усуллари.

Abstract. The study included the results of an examination of 112 patients with toxic forms of goiter. Methods for complex preoperative diagnosis of toxic forms of goiter should include ultrasound and CT, which make it possible to non-invasively obtain information about the size, topography, echostructure of the thyroid gland and pathological formations detected in it, as well as to study the condition of the zones of regional lymphatic drainage. Radionuclide scanning is indicated for autonomous thyroid nodules, relapse of toxic goiter, and atypical localization of the thyroid gland. A hormonal study of thyroid function includes determining the concentration of TTH, T3, T4, thyroid binding globulin and the titer of antibodies to thyroglobulin.

Key words: toxic goiter, research methods.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, «в мире патологией щитовидной железы поражено более 750 млн человек, при этом среди заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) пациенты с диффузным и смешанным токсическим зобом занимают первое место». В связи с отсутствием тенденции к снижению числа больных и существованием эндемичных регионов, где показатель заболеваемости варьирует от 1,2 до 9,0 на 100 000 населения, заболева-

ния щитовидной железы продолжают оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой, и в том числе в Узбекистане, несмотря на многолетнюю борьбу с йододефицитом.

На современном этапе диагностика токсических форм зоба не представляет значительных трудностей, во многом благодаря появлению методов неинвазивной визуализации, информативность комплексного применения которых достигает 95-100%. Вместе с тем, отсутствие насто-

женности приводит к поздней диагностике и следовательно, увеличению осложненных форм заболевания.

Цель исследования. Оптимизация методов диагностики токсических форм заболеваний щитовидной железы.

Материал и методы исследования. В основу исследования включены результаты обследования 112 больных токсическими формами зоба, поступивших в хирургические отделения многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета и городской клинической больницы №1 в период с 2012 по 2021 гг.

Преобладали пациенты женского пола – 88 (78,6%), мужчины – 24 (21,4%). Пациенты были в возрасте от 21 до 65 лет.

Из 112 больных у 102 (91,1%) пациентов токсическая форма зоба была выявлена впервые, у 10 (8,9%) больных токсический зоб был рецидивным, из них у 8 больных рецидив был первичный. Из 10 больных 6 пациентов первую операцию перенесли в нашей клинике в различные годы. 4 в анамнезе перенесли струмэктомию в других стационарах. Послеоперационный рецидивный зоб выявлен в период до 5 лет у 7 больных и до 10 лет у 3. Необходимо отметить, что среди 10 больных рецидивным токсическим зобом, у 3 больных первично многоузловой нетоксический зоб базедофицировался в течении 3 лет, остальные 7 больных ранее оперировались по поводу диффузного токсического зоба.

Размеры степени увеличения щитовидной железы у больных с токсическими формами зоба оценивали по классификации О.В. Николаева на основании УЗИ и пальпации щитовидной железы, и при этом у 43 (38,4%) больных диагностирована токсическая форма зоба II-III степени, у 69 (61,6%) IV-V степени.

На основании физикальных критериев по классификации В.Г. Баранова оценивали степень тяжести тиреотоксикоза - легкая степень выявлена у 35 (31,2%), средняя у 52 (46,4%) и тяжелая степень у 25 (22,3%) больных.

По патоморфологической форме диффузно-токсический зоб выявлен у 50 (44,6%) больных, смешанный токсический зоб у 39 (34,8%), токсическая аденома у 13 (11,6%) и у 10 (8,9%) больных рецидивный токсический зоб.

Перед направлением на операцию больные длительное время наблюдались и получали консервативную терапию. До 1 года лечение проводилось 7 (6,2%), от 1 года до 3 лет 29 (25,9%), более 3 лет 76 (67,8%) больных.

Результаты исследования. Все больные с токсическими формами зоба были обследованы

по единой комплексной схеме, которая включала опрос и осмотр пациента, забор крови для лабораторного анализа и проведения инструментального исследования.

При опросе больных уточняли профессию, характер работы и место жительства, их жалобы, время их появления, наличие заболеваний щитовидной железы у родственников.

При осмотре обращали внимание на размеры и деформацию шеи (ее конфигурация), состояние глазных яблок, наличие или отсутствие тремора пальцев рук, состояние кожных покровов (сухость, влажность, отечность, пигментация).

Наличие смещающегося при глотании узлового образования в проекции ЩЖ той или иной плотности при отсутствии цитологических признаков неопластического роста позволяло думать об узловом зобе. В то же время наличие множественных образований в ЩЖ, признаки инфильтрации тканей на шее свидетельствовали о раке ЩЖ, что требовало тщательной дифференциальной диагностики.

Сбор анамнеза и физикальное обследование позволяло выявить офтальмопатию, нарушение функции щитовидной железы и степень ее увеличения.

Чаще всего больные с токсическими формами зоба предъявляли жалобы на наличие образования в области шеи (44,6%), тремор конечностей (63,4%), сердцебиение (56,2%), повышение АД (64,3%), похудание (48,2%) и изменения со стороны глаз.

Тяжесть состояния больных с патологией ЩЖ во многом определялась сопутствующими заболеваниями.

Ишемическая болезнь сердца (22,3%), гипертоническая болезнь (20,5%) и сахарный диабет (4,5%) существенно влияли на прогноз течения болезни. Среди больных с токсическим зобом, получавших анти тиреоидную терапию, отмечен высокий процент желчнокаменной болезни (25,0%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (16,9%), хронический панкреатит (13,4%), хронические заболевания толстого кишечника (14,3%). Ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы и зон регионарного лимфооттока выполнялось в режиме реального времени, т.е. в исходном и в различные сроки после операции (рис. 1).

УЗИ в диагностическом алгоритме обследования больных с тиреоидной патологией заняло ведущее место, позволяя неинвазивно получить достоверную информацию о размерах, топографии, экоструктуре ЩЖ и выявляемых в ней патологических образований, а также изучить состояние зон регионарного лимфооттока.

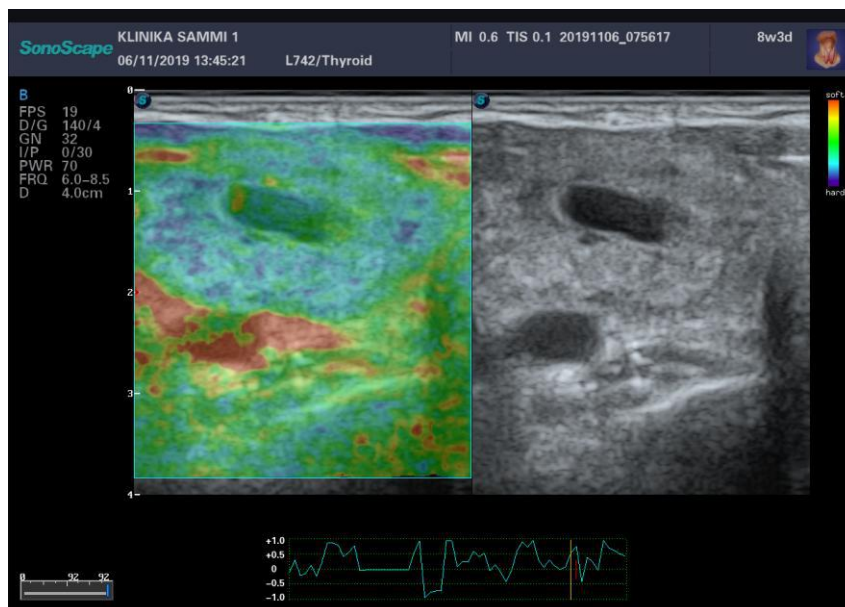


Рис. 1. УЗИ ЩЖ. В левой доле ЩЖ определяется узловое образование объемом до 20 см³

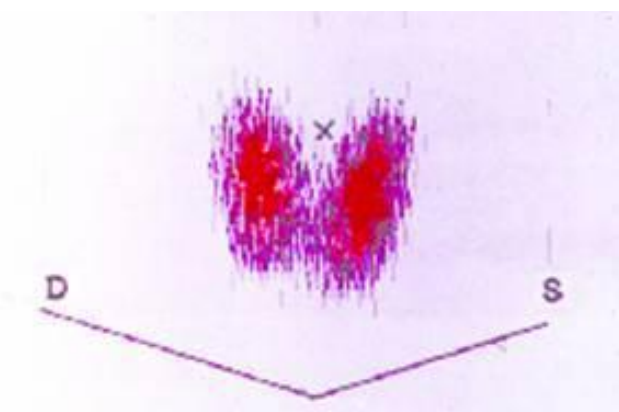


Рис. 2. Сканограмма ЩЖ. Диффузный токсический зоб

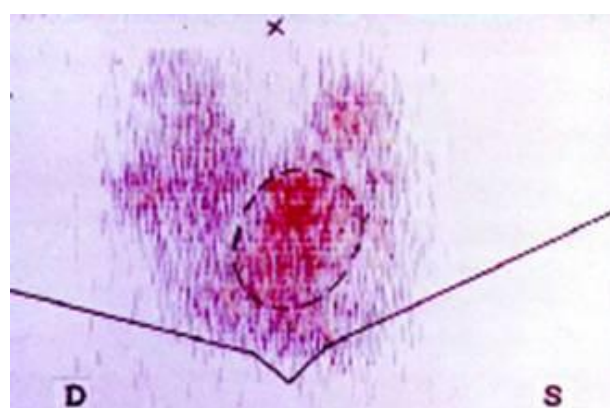


Рис. 3. Сканограмма ЩЖ. «Горячий узел» в левой доле ЩЖ. Токсическая аденома



Рис. 4. КТ ЩЖ. Многоузловой зоб



Рис. 5. КТ ЩЖ. Токсическая аденома IV степени

Ультразвуковое исследование выполнено у всех 112 больных, причем у 49 (43,7%) больных с образованиями в щитовидной железе проведена тонкоигольная пункционная биопсия. Пункцию проводили без дополнительной анестезии однора-

зовыми иглами для внутримышечных инъекций. Полученный при пункции материал исследовал врач-цитолог. Если при исследовании узла обнаруживали фолликулярные структуры, то ставили показания к выполнению скintiграфии.

Радионуклидное сканирование и сцинтиграфия было проведено 37 (33,0%) больным с помощью радионуклидов ^{131}I или $^{99\text{m}}\text{Tc}$. Исследование проводилось с помощью сканера или гамма-камеры (сцинтиграфия) и определяли размещение ЩЖ. Размеры, контуры распределения и интенсивность накопления радионуклидов указывало на диффузное или очаговое поражение ЩЖ, функциональную активность узловых образований. Минимальный размер узлового образования, обнаруженного на сканограмме, составляло 1 см.

Сканирование не является скрининговым методом и выполнялось по следующим показаниям: - автономный узел (узлы) ЩЖ (токсическая аденома, узловой или многоузловой токсический зоб); - рецидив зоба или тиреотоксикоза после операции на ЩЖ; - атипичная локализация тиреоидной ткани или аномалии развития ЩЖ (загрудинная зоб, дистопия ЩЖ, в том числе зоб корня языка, гемиагенезия или агенезия ЩЖ (рис. 2-3).

Компьютерная томография (КТ) ЩЖ была произведена 52 (46,4 %) больным. КТ проводили для дифференциальной диагностики образований щитовидной железы для исключения злокачественных опухолей, наличия первично множественного поражения ЩЖ, а также для решения тактических вопросов (определения показаний к методу струмэктомии в зависимости от стадии развития патологии, локализации, характера осложненной) (рис. 4,5).

Исследование гормональной функции щитовидной железы проведено у всех 112 больных. Для этого определяли концентрацию ТТГ, T_3 , T_4 , тиреосвязывающего глобулина и титра антител к тиреоглобулину. Повышение уровня ТТГ свидетельствовало в пользу гипотиреоза, а понижение в пользу тиреотоксикоза. Повышение показателей концентрации T_3 и T_4 подтверждало наличие тиреотоксикоза.

Выводы:

1. Методы дооперационной диагностики токсических форм зоба должны включать УЗИ и КТ, позволяющие неинвазивно получить информацию о размерах, топографии, экоструктуре ЩЖ и выявляемых в ней патологических образований, а также изучить состояние зон регионарного лимфооттока.

2. Радионуклидное сканирование показано про автономных узлах ЩЖ, рецидиве токсического зоба, атипичной локализации ЩЖ.

3. Гормональное исследование функции щитовидной железы включают определение концентрации ТТГ, T_3 , T_4 , тиреосвязывающего глобулина и титра антител к тиреоглобулину. Повышение уровня ТТГ свидетельствовало в пользу гипотиреоза, а понижение в пользу тиреотоксикоза. Повышение показателей

концентрации T_3 и T_4 подтверждало наличие тиреотоксикоза.

Литература:

1. Белоконев, В.И. Влияние техники выполнения операции на непосредственные результаты лечения больных с токсическими формами зоба / В.И. Белоконев, А.А. Старостина // Хирург. - 2018. - № 1. - С. 42-47.
2. Исмаилов, С.И. Качество жизни пациентов на фоне терапии тироксином и комбинацией тироксина и трийодтиронина после тотальной тиреоидэктомии вследствие болезни Грейвса / С.И. Исмаилов, А.М. Акбутаев, А.А. Элов // Международный эндокринологический журнал. - 2017. - Т. 61, № 5. - С. 52-55.
3. Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Зайниев А.Ф., Давлатов С.С. Факторный анализ рецидива узлового зоба у жителей, проживающих в йододефицитном регионе. // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. - 2019, - №3 (111). С. 58-62.
4. Ризаев Ж.А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // Журнал "Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.
5. Shin YW. et al. Diminished Quality of Life and Increased Brain Functional Connectivity. Patients with Hypothyroidism After Total Thyroidectomy // Thyroid. -2020. - Vol. 26, № 5. - P. 641-649.
6. Schneider D.F. et al. Thyroidectomy as primary treatment optimizes body mass index in patients with hyperthyroidism // Ann Surg Oncol. - 2021. - Vol. 21, № 7. - P. 2303-2309.

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОЙ ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ТОКСИЧЕСКИХ ФОРМ ЗОБА

*Курбаниязов З.Б., Зайниев А.Ф., Бабажанов А.С.,
Тухтаев Ж.К.*

Резюме. В основу исследования включены результаты обследования 112 больных токсическими формами зоба. Методы комплексной дооперационной диагностики токсических форм зоба должны включать УЗИ и КТ, позволяющие неинвазивно получить информацию о размерах, топографии, экоструктуре ЩЖ и выявляемых в ней патологических образований, а также изучить состояние зон регионарного лимфооттока. Радионуклидное сканирование показано про автономных узлах ЩЖ, рецидиве токсического зоба, атипичной локализации ЩЖ. Гормональное исследование функции щитовидной железы включает определение концентрации ТТГ, T_3 , T_4 , тиреосвязывающего глобулина и титра антител к тиреоглобулину.

Ключевые слова: токсический зоб, методы исследования.



Курбаниязова Венера Энверовна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КЕСАР КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИНИ ЎТКАЗГАН АЁЛЛАРДА БАЧАДОН ЧАНДИГИНИНГ ҲАЁТИЙЛИГИ АНИҚЛАШ УЧУН ПРОГНОСТИК ЖИҲАТДАН МУҲИМ МЕЗОН

Курбаниязова Венера Энверовна

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

PROGNOSTICALLY SIGNIFICANT CRITERIA FOR THE VIABILITY OF THE UTERINE SCAR IN WOMEN UNDERGOING CESAREAN SECTION

Kurbaniyazova Venera Enverovna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ўтказилган тадқиқотлар натижалари кесарсха кесишдан сўнг бачадонида чандиги бўлган 103 нафар ҳомиладорларда чандиқ "соз" ёки "носоз" лигининг муҳим клиник ва морфологик хусусиятлари мавжудлиги тўғрисида гувоҳлик беради. Асосий гуруҳдаги беморларнинг жарроҳлик амалиётидан кейинги чандиқ ҳолати клиник маълумотлар, объектив кўрик, УТТ ва доплерометрия ҳамда коллагеннинг XXVI типи миқдори асосида 43,9 % да соз деб, 56,06% носоз деб баҳоланди.

Калит сўзлар: Кесарча кесиш, бачадонда чандиқ, ҳомиладорлик.

Abstract. The results of the conducted studies 103 of the manufacturer testify to the presence of essential clinical and echographic, immunological and morphological features of the "wealthy" or "insolvent" scar on the uterus after the cesarean section. Based on clinical data, objective examination, ultrasound and Doppler measurements, as well as the amount of type XXVI collagen, in 43.9% of patients in the main group the condition after the surgical scar was assessed as satisfactory and in 56.06% of patients as insolvent.

Key words: cesarean section, uterine scar, pregnancy.

Частота интраоперационных осложнений при повторном кесаревом сечении составляет, по данным разных авторов, от 20,5 до 47,7 %, что превышает данный показатель при выполнении первого кесарева сечения в 5 раз (Малышева А. А. 2018 г.). Одним из возможных путей снижения частоты абдоминального родоразрешения является родоразрешение через естественные родовые пути после оперативных родов в анамнезе. По данным ВОЗ, многие женщины, прооперированные во время предыдущих родов, рожают безопасно и без всяких затруднений. Частота расхождения рубца, не сопровождаемая осложнениями матери и плода, не превышает 0,5 %. Разрывы матки с опасным для жизни кровотечением и осложнениями для плода не превышают 0,1 %. По данным В. И. Краснопольского и В. Е. Радзинского (2019), до 50–75 % женщин с рубцом на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте при отсутствии осложнений, приведших к первому кесареву сечению, и удовлетворительном

состоянии рубца могут родить естественным путем.

Операция кесарево сечение является самой распространенной в акушерстве. Частота кесарева сечения не имеет тенденции к снижению и составляет, по данным разных авторов, от 11 до 29 %, достигая 40 % и более в родовспомогательных учреждениях, являющихся коллекторами акушерской патологии (Алиева Э. Н., Кулбаева С. Н 2015г.). По мнению ряда авторов (8), рост частоты данной операции более 16 % существенно не повлиял на перинатальные показатели, но вместе с тем увеличил материнскую заболеваемость и смертность. Возрастающая частота кесарева сечения на современном этапе создала проблему ведения беременных с рубцом на матке и способов их родоразрешения. Свыше 30 % женщин, перенесших кесарево сечение, планируют повторную беременность и роды, которые в 60–90 % случаев завершаются повторной операцией из-за страха перед разрывом матки по рубцу

(Абдуразакова М. Д. 2017г.). В то же время материнская заболеваемость при повторной операции в 3–4 раза выше, чем при родах через естественные родовые пути. Таким образом, выбор предикторов состоятельности рубца и планирование родов через естественные родовые пути является весьма актуальным.

Цель исследования: определение значимые критерии по определению состояния рубца на матке после КС

Материал и методы исследования: Для достижения поставленной цели было проведено определение значимых клинико-анамнестических, инструментальных и морфологических критериев оценки состояния рубца на матке. В основу работы положен анализ результатов комплексного обследования 103 пациенток с одним рубцом на матке, которые обратились в родильном отделении многопрофильной клиники СамГМУ в период с 2020 по 2022 гг. По исходам родов все пациентки были разделены на подгруппы и обследованы в 4 подгруппах:

I группа - в нее вошли 66 женщин с клинически «состоятельным» рубцом на матке, поступивших в плановом порядке, они были разделены на 2 подгруппы по исходу родов:

В подгруппу IA вошли 42 беременных, родившие естественным путем после полного клинико-лабораторного обследования и согласия пациенток;

В подгруппу IB вошли 24 беременных с такими же показателями, но родившие путем кесарева сечения. У этих женщин роды могли произвестись через естественные родовые пути, при наличии рубца на матке, но по другим относительным показателям и по желанию женщин было произведено КС.

II группу составили 37 пациентов, поступивших по причине необходимости оказания неотложной медицинской помощи, и они были разделены на следующие 2 подгруппы:

В подгруппу II A вошли 13 женщин, поступивших в отделение во втором периоде родов и родившие естественным путем;

Подгруппу II Б составили 24 женщин с клиническими признаками несостоятельности рубца на матке, которым были проведено повторное КС.

Пациентки IB, II A и II Б подгрупп а также 5 пациенток IA подгруппы были объединены в основную группу, а 37 пациенток IA составили группу сравнения в зависимости от дальнейшей тактики ведения.

Критерии включения в исследование:

- письменное согласие пациентов;
- беременные с одним рубцом на матке после одного кесарева сечения в анамнезе
- срок беременности 37 недель и более на момент предыдущего кесарева сечения

Критерии исключения из исследования:

- пациентки с рубцами на матке после двух и более кесаревых сечений;
- использование разрезов Т- и J-типа на матке во время предыдущего кесарева сечения
- В анамнезе разрыв матки;
- первичные реконструктивные операции на матке, резекция угла матки, миомэктомия и другие гинекологические операции
- наличие другой тяжелой акушерской или экстрагенитальной патологии в стадии обострения.
- Онкологические заболевания различной локализации или группы высокого риска

В работе, наряду с общеклиническими методами исследования (оценка состояния гемостаза, общий анализ крови и мочи, мазок на флору), применялись специальные методы исследования, включающие:

- инструментальные методы (УЗИ, доплерометрия нижнего маточного сегмента)

- Лабораторные методы исследования (иммуноферментное обследование (ИФА) определения уровня коллагена 26-го типа). Женщины, которые были отобраны для попытки вагинальных родов, получали и подписывали информированное согласие после объяснения преимуществ и рисков. Важным фактором в отборе была положительная настройка женщин на попытку вагинальных родов. Роды велись в готовности к чрезвычайной ситуации и под постоянным КТГ-контролем. Следили за пульсом, температурой, частотой дыхания и уровнем артериального давления (мониторинг каждые 15 минут).

Все лабораторные исследования проводились в лабораторном отделении многопрофильной клиники СамГМУ, инструментальные методы – в радиологическом отделении, морфологическое исследование – проведены доцентом кафедры патологической анатомии Абдуллаевым Б.С. Коллаген XXVI типа определялся методом ИФА в частной клинике «МедСИ» во время беременности, через 3 и 6 месяцев после родов.

Вариационно-статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью программы «Statistica 6.0», определяя основные показатели вариации: средние значения (M), средние ошибки (m), стандартное отклонение (p). Достоверность полученных результатов определяли с помощью критерия Стьюдента. Разница между двумя средними значениями считается значимой, если p-параметр меньше 0,05. Уровень достоверности составлял не менее 95%.

Результаты исследования и их обсуждения: Информация о показаниях к первой операции КС, важная при оценке возможности родов естественным путем, среди которых преобладали два основных: аномалии родовой деятельности,

не поддающиеся медикаментозной коррекции (42,42% в основной группе и 43,24% в группе сравнения) и прогрессирующей внутриутробной гипоксией плода (28,78% и 24,32% соответственно).

При этом в послеоперационном периоде отмечена высокая частота различных осложнений – они выявлены у 16 (24,24%) женщин основной группы и у 4 (10,8%) женщин группы сравнения. Нарушение сократительной деятельности матки отмечено в 7,57% случаев в основной группе и в 5,4% случаев в группе сравнения, раневая инфекция выявлена в 6,06% и 5,4% случаев в основной группе. В группе сравнения эндометрит не выявлен, а в основной группе это осложнение выявлено в 10,6% случаев. Наши данные свидетельствуют о значительном проценте гнойно-септических послеродовых осложнений (12,62% от всех обследованных женщин обеих групп).

У 20% беременных основной группы отмечено снижение гемоглобина крови от нормы ($91,1 \pm 1,24$ г/л в среднем по группе). Низкий уровень лейкоцитов выявлен у 9,09% беременных основной группы (средний показатель по группе $5,89 \pm 1,31 \times 10^3/\text{мм}^3$). Это может быть связано с их плохим питанием и осложнениями во время беременности в виде рвоты беременных, наблюдающимися в начале беременности, поскольку организм не получал достаточного количества питательных веществ, микроэлементов и витаминов. Уровень коллагена XXVI типа определяли непрямым иммуноферментным анализом на полистироловых пластинках (ELISA-тест) по классическому методу. Выбор ИФА в качестве основного метода, использованного в нашей работе, обусловлен его удобством и относительной простотой проведения, высокой специфичностью и чувствительностью. В то же время этот метод отличается тем, что дает результат анализа очень быстро, т.е. в течение 2 часов.

Среди беременных по результатам определения генитального коллагена XXVI типа иммуноферментным анализом выявлено снижение экспрессии коллагена XXVI типа в основной группе, что приводит к повышению активности процессов разрушения тканей.

Сравнивая средние значения, мы обнаружили достоверную ($p = 0,01$) разницу между основ-

ной группой и группой сравнения после реабилитационных мероприятий. После первого КС средние показатели коллагена XXVI типа не различались в обеих группах в период повторной беременности, но после родов его показатель демонстрировал существенные изменения в двух группах. Так, в группе сравнения средняя концентрация коллагена XXVI типа составила $322,28 \pm 34,5$ нг/мл, при повторном обследовании через 3 месяца после родов отмечено достоверное снижение средней концентрации коллагена XXVI типа что составило $164,12 \pm 6,25$ нг/мл.

Средняя концентрация коллагена XXVI типа в основной группе во время беременности составила $328,22 \pm 17,5$ нг/мл, а через 3 месяца после родов - $363,1 \pm 48,4$ нг/мл. Этот показатель также показывает эффективность реабилитационных процедур. Полученные данные показывают, что XXVI тип коллагена можно принять в качестве предиктора выбора способа родоразрешения.

Таким образом, можно отметить улучшение концентрации коллагена XXVI типа у женщин, прошедших полный курс реабилитационных мероприятий после КС, что, в свою очередь, свидетельствует о лучшем восстановлении поврежденных половых органов, в том числе рубца.

У всех 103 женщин исследования были проведены на сроке 36–38 недель беременности, когда состояние рубца можно оценить наиболее достоверно. Установлено, что ткань в рубцовой зоне матки имеет меньшую эластичность, чем в других отделах матки, как в раннем послеоперационном периоде, так и через год после родов.

Толщина рубца 3,0–3,5 мм, отсутствие четкой деформации в области рубца на матке, его однородность, расположение кровотока и отсутствие плаценты в области нижний сегмент матки и рубца считались основными сонографическими критериями выбора способа родоразрешения и основными критериями оценки области рубца после операции КС.

По данным УЗИ у 29 (43,94%) женщин основной группы исследования и у 37 (100,0%) женщин группы сравнения на УЗИ характеризовалось наличие различных элементов, расположенных между полнокровными капиллярами и мелкокалиберными капиллярами, обозначающие «состоятельность» рубца на матке.

Таблица 1. Концентрация коллагена XXVI типа у беременных в группах исследования, ng/ml

Показатели	Основная группа (n=66)		Группа сравнения (n=37)		P
	Во время беременности	После реабилитации (спустя 3 мес после родов)	Во время беременности	спустя 3 мес после родов	
Среднее	$328,22 \pm 17,5^*$	$363,1 \pm 48,4$	$322,28 \pm 34,5^*$	$164,12 \pm 6,25$	<0,01
Максимальная	$495,0^*$	512,0	$492,0^*$	256,0	<0,01
Минимальная	$231,0^*$	243,0	$247,0^*$	120,0	<0,01

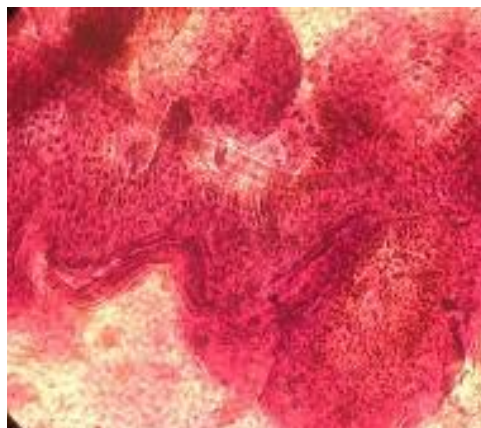
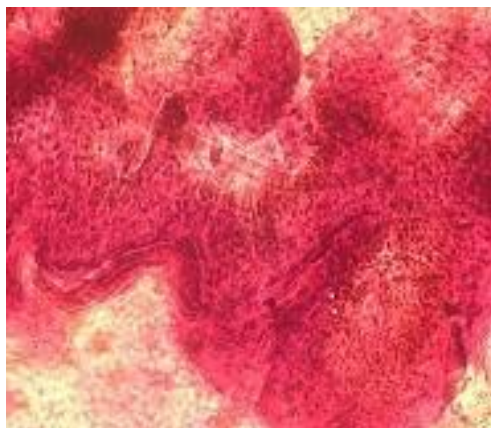


Рис. 1. В препаратах отмечены гиперкератоз и акантоз (краситель гематоксилин-эозин, х600), (Больная Ниёзова А.Б., 34 года, ПИР №1941)

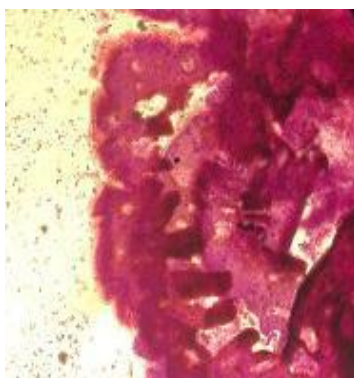
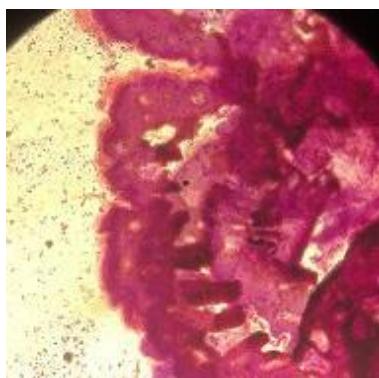


Рис. 2. Очаги большого склероза (Больная Ниёзова А.Б., 34 года, ПИР №1941)

У беременных с рубцом на матке после КС основными критериями несостоятельности рубца при УЗИ были деформация полости матки в области швов, наличие локальных складок и визуализация симптома «ниши» в области послеоперационного рубца.

У 37 (56,06%) женщин основной группы исследования и у 5 (13,51%) женщин группы сравнения имелись неполноценные рубцы на матке, характеризующиеся наличием атрофии и образованием тонкого фиброзного покрова, дефектом стенки матки в области рубца. Однако, несмотря на то что до 20% женщин диагностируются различные патологии, мы не можем сказать, что они напрямую связаны с состоянием рубца на матке или с КС в анамнезе из-за существенного отличия от статистической точки зрения.

Исходя из данных можно заключить что, основными критериями определения состояния рубца на матке является: клинические признаки, количество коллагена XXVI типа и данные УЗИ. На основе вариации этих критериев нами был разработан и применена ЭВМ-программа (ДГУ №25201 от 29.04.2023) (чувствительность - 83,8%, специфичность - 91%).

Таким образом, 24 из 37 женщин II группы с рубцом на матке были оперированы в экстренном порядке. Среди 24 женщин второй группы с риском разрыва матки отмечено, что у 7 из них (29,17%) во время КС отмечено крайнее истончение зоны рубца на матке.

Из 66 женщин I группы 24 перенесли КС, из них 1 женщине была проведена экстренная КС в связи с внезапным началом кровотечения из-за предлежания плаценты, а у 1 женщины - преждевременное отделение нормально расположенной плаценты как показание к срочному хирургическому вмешательству.

При морфологическом исследовании рубца на матке наблюдались изменения как в ткани миометрия, так и в сосудах. При окраске приготовленных препаратов красителями гематоксилином и эозином наблюдались участки гиперкератоза в МПОЭ (многослойный плоский ороговевающий эпителий), нарушение целостности и слоя МПОЭ, разделение поверхностных клеток, разрастание беспорядочно расположенных и базальных клеток отмечалась собственная пластинка - акантоз (рис. 1).

Собственная пластинка рубца матки под МПОЭ была набухшей, отмечалось расслоение волокон, их сдавление и образование крупных очагов склероза, состоящих из фиброцитов, миоцитов и коллагеновых волокон (мышечно-фиброзных рубцов) (рис. 2).

Эти данные показывают, что вышеупомянутые критерии и ЭВМ программа чувствительны, достоверны и помогают принять правильное решения.

Выводы: На основании клинических данных, объективного обследования, УЗИ и доплерометрии, а также количества коллагена XXVI

типа у 43,9% больных основной группы состоянием после операционного рубца оценен как состоятельный и 56,06% больных как несостоятельный.

Литература:

1. Абдуллаева Н. Н., Вязикова Н. Ф., Шмырина К. В. Особенности эпилепсии у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // Доброхотовские чтения. – 2017. – С. 31-34.
2. Абдуллаева Н. Н., Ким О. А. Клинические особенности фокально обусловленной симптоматической височной эпилепсии у больных пожилого возраста // Доброхотовские чтения. – 2017. – С. 35-37.
3. Атаева Ф., Закирова Н., Курбаниязова В. Современные подходы к лечению плацентарной недостаточности и синдрома задержки развития плода // Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 4, 1 (85). – С. 141-142.
4. Идельсон Г.Л. Доступность интерстициального коллагена в организме для циркулирующих в крови антител: Автореф. дис. . канд.биол.наук. М. -2008.
5. Ищенко А. И. и др. Несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения. Выбор метода хирургического вмешательства // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2018. – Т. 17. – №. 4. – С. 51-59 Коган О. М. и др. Алгоритм ведения пациенток с несостоятельностью послеоперационного рубца на матке после кесарева сечения // Клиническая практика. – 2018. – Т. 9. – №. 3.
6. Краснопольский В. И. и др. Кесарево сечение // М.: Медицина. – 2019. – Т. 3. - 20с.
7. Курбаниязова В. Э. Ранняя реабилитация женщин, перенесших кесарево сечение, и оптимизация ведения последующих родов // Достижения науки и образования. – 2020. – №. 2 (56). – С. 106-109.
8. Курбаниязова В. Э., Худоярова Д. Р. Реалии Времени. Реабилитация Женщин С Рубцом На Матке // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 23-1 (101). – С. 72-78.
9. Курбаниязова В. Э. clinical, echographic, morphological and immunological criteria for evaluating a well-founded scar on the uterus after cesarean section // Узбекский медицинский журнал. – 2021. – №. special 1.
10. Курбаниязова В. Э. Критерии оценки состоятельности послеоперационного рубца и реабилитация женщин, перенесших кесарево сечение // Перенесших Кесарево Сечение.
11. Ризаев Ж. А. и др. Психосоциальное поведение подростков в различных стоматологических процедурах // Science and Education. – 2023. – Т. 4. – №. 2. – С. 375-383.
12. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // Журнал " Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.
13. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.
14. Rizaev J. A., Rizaev E. A., Akhmadaliev N. N. Current View of the Problem: A New Approach to Covid-19 Treatment // Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4.
15. Rizaev J. A., Maeda H., Khramova N. V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // Annals of Cancer Research and Therapy. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 22-23.
16. Rizaev J. A. et al. The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases // Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny). – 2022. – Т. 25. – №. 4. – С. 40-45.
17. Enverovna K. V. Modern approaches to the management of pregnant women with uterine scars and delivery tactics in them // Science and innovation. – 2023. – Т. 2. – №. D4. – С. 154-160.
18. Enverovna K. V. Relationship of postoperative scar on the uterus and type ii collagen // Journal of biomedicine and practice. – 2023. – Т. 8. – №. 3.
19. Enverovna K. V. A modern approach to childbirth in women // Pedagogik islohotlar va ularning yechimlari. – 2023. – Т. 1. – №. 2. – С. 20-23.
20. Enverovna K. V. Histological analysis of the state of the scar after operational delivery // Asian Journal of Multidimensional Research. – 2022. – Т. 11. – №. 10. – С. 149-155.

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

Курбаниязова В.Э.

Резюме. По результатам проведенных исследований наличия существенных клинико-эхографических, иммунологических и морфологических особенностей «состоятельного» или «несостоятельного» рубца на матке после операции кесарева сечения 103 рожениц показал наиболее эффективный метод прогнозирования. На основании клинических данных, объективного обследования, УЗИ и доплерометрии, а также количества коллагена XXVI типа у 43,9% больных основной группы состояние после операционного рубца оценен как состоятельный и 56,06% больных как несостоятельный.

Ключевые слова: Кесарево сечение, рубец на матке, беременность.

УДК: 616.216-07-085

ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ СИНУСИТЛАРНИ ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШДА НИТРОКСИДЕРГИК ТИЗИМ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ



Лутфуллаев Гайрат Умруллаевич, Файзуллаев Дилшод Шодиевич
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НИТРОКСИДЕРМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В УЛУЧШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СУПРЕССИВНЫХ СИНУСИТОВ

Лутфуллаев Гайрат Умруллаевич, Файзуллаев Дилшод Шодиевич
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

THE IMPORTANCE OF INDICATORS OF THE NITROXIDERMIC SYSTEM IN IMPROVING THE TREATMENT OF ACUTE AND CHRONIC SUPPRESSIVE SINUSITIS

Lutfullaev Gairat Umrullaevich, Faizullaev Dilshod Shodievich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу мақолада ўткир ва сурункали йирингли синуситларни даволашнинг замонавий усуллари ва уларни такомиллаштиришда нитроксидергик тизимнинг ўзига хос аҳамияти ва жаҳон соғлиқни сақлаш тизимидаги энг муҳим ўрни келтирилди.

Калим сўзлар: ўткир синусит, сурункали синусит, бурундаги синус бўшлиқлар, этмоидит, фронтит, гемисинусит, полисинусит.

Abstract. This article presents modern methods of treating acute and chronic purulent sinusitis, as well as the special importance of the nitroxidergic system in their improvement and the most important place in the world health system.

Keywords: acute sinusitis, chronic sinusitis, sinus cavities, yethmoiditis, frontal sinusitis, hemisinusitis, polysinusitis.

Бутун жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти бугунги кунда жуда кенг тарқалган касалликларнинг рўйхатини келтириб ўтар экан, улар орасида инсонлар унча аҳамият қаратмайдиган, яъни оддий касаллик деб эътироф этадиган, бироқ даволамаса жуда кўплаб бошқа касалликларнинг юзага келтириши мумкин бўлган касалликларни келтирди. Улар орасида турли бактериологик ва вирусли касалликлар, жумладан юқори нафас йўлларидаги яллиғланиш касалликлари, грипп, талваса, қоқшол, ичак инфекцияси касалликлари, гелминтлар билан боғлиқ бўлган патологик ҳолатлар, қорин тифи, замбуруғли касалликлар киради. Шунингдек, томоқ, бурун, кулоқ аъзоларидаги турли салбий ҳолатлар, патологик ҳолатлар ҳам юқоридаги рўйхатнинг давоми ҳисобланади.

Айниқса, улар орасидан бугунги кунда кенг тарқалган, жуда кўплаб беморларнинг саломатлигига жиддий таъсир кўрсатаётган ўткир ва сурункали йирингли синусит касаллигидир. 2021-йил 27-сентябрда Америка Қўшма Штатларида ўтказилган “синуситларнинг этиологияси ва уларни даволашнинг замонавий-инновацион усул ва методлари” номли бутунжаҳон илмий-амалий конференцияда охириги беш йил ичида олиб борилган тадқиқотларнинг натижаси айтиб ўтилди. Бунга кўра сўнгги беш йил ичида сурункали ва ўткир йирингли касалликларнинг тарқалиши ва даволаниши улар натижасида келиб чиқадиган хавфли касалликларнинг рўйхати келтириб ўтилди. Қуйидаги жадвалда касалликнинг сўнгги 5-йил ичида ривожланиши кўрсатиб ўтилган.

Синуситнинг ривожланиши	Йиллар кесимида	Даволаш статистикаси	У сабабли келиб чиққан касалликлар	Юзага келган ўлим кўрсаткичлари
15%	2017	32%	21%	23%
37%	2019	23%	24%	20%
44%	2020	42%	46%	28%
67%	2021	54%	61%	12%

Юқоридаги жадвалдан кўриниб турибдики, синусит касаллигининг инсон ҳаёти учун нақадар хавфли эканлиги. Синусит қандай касаллиги ҳақида тиббий билимларимиз етарли бўлсагина, биз уни даволай оламиз, хўш, синусит қандай касаллик, унинг этиологияси, профилактикаси, даволаш усуллари ҳақида қисқача тўхталиб ўтамиз. Бу бир ёки бирқанча бурун бўшлиқларига таъсир қиладиган яллиғланиш жараёни ҳисобланиб барча ЛОР аъзолари хасталиклари орасида биринчи ўринни эгаллайди. Бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиши бўшлиқ ичидаги ажралмани табиий йўллар орқали чиқарилиши кийин бўлган вазиятга чиқарилади. Юқоридаги жараён буруннинг бир нечта бўшлиқларига бир вақтда тарқалса- полисинусит, бир томондаги бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланганда – гемисинусит, буруннинг барча ёндош бўшлиқлари яллиғланганда эса- пансинусит юзага келади. Синуситнинг ўткир ва сурункали турлари ажралиб туради ва тиббиётда энг кенг тарқалган турлари ҳам айни шулар саналади.

Синусит сабаб юзага келадиган белгилар:

Тананинг гипотермияси яъни тана ҳароратининг кескин тушиб кетиши,

Аллергик ринитнинг асоратлари,

Ўткир респиратор касалликлар,

Ўткир юқумли касалликлар,

Жароҳат ва бурун бўшлиғи операциялари,

Пулпит ва периодонтит,

Ринит ва фарингитнинг асоратлари,

Бурун шиллиқ қаватининг майда ўсмалари ва унга тегишли физиологик хусусиятлар. Синуситга хос белгилар қуйидагилардир:

Тумовнинг тўхтовсизлиги,

Баъзан нафас олишнинг қийинлашуви,

Баъзан бурун ва оғиздан нохуш ҳиднинг келиши,

Бош оғриши, айниқса ерталаб кучаядиган бош оғриши,

Кўзлар остида шишлар,

Юқори жағда кучли оғрик,

Бурундан йирингли оқимларнинг келиши,

Ўткир синусит кўп ҳолларда тумов, грипп, кизамиқ, захм, сил, ссарлатина каби юқумли касалликларнинг асорати сифатида ҳам ривожланиши бурун бўшлиғи ёт жисмлари, бурун ва ёндош бўшлиғидаги ҳар хил жароҳатлар ҳам уларнинг яллиғланишига сабаб бўлади. Сурункали синусит асосан бириктирувчи тўқимада пролифератсия жараёни, плазматик ҳужайралар инфил-

тратсияси, лимфотситлар ва яллиғланиш ўсмалари ва полиплари ҳосил бўлиши билан характерланади. Олим Б.С.Преображенский ва В.Т.Палчун бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланишининг қуйидаги таснифини келтириб ўтишди.

А. Экссудатив – 1. Катарал 2. серозли 3. Йирингли

В. Продуктив шакллари- 1. Полипозли 2. Девор олди гиперпластик

С. Алтератив шакл- 1. Атрофик 2. Некротик 3. Казеозли

Д. Аралаш шакл – йирингли полипозли ва кистозли-некротик

Е. Вазомотор ва аллергик синусит

Синусит касаллигининг юқоридаги икки хилдаги кўринишида беморларнинг ҳолати, клиник ўзгаришлар турлича бўлиши билан аҳамиятли ҳисобланади. Шунинг билан биргаллик даво чоралари ҳам тиббий билимлардан келиб чиққан ҳолда аввал беморнинг умумий ва айни дамдаги ҳолатини чуқур текширишдан бошланади. Албатта, клиник кечиши ва белгиларининг намоён бўлишида қараб беморларда касалликнинг кечиш муддати турлича бўлади. Агар юқори жағ соҳасида қаттиқ оғрикнинг пайдо бўлиши ва бошнинг ҳархил қисмида кучли оғрик кузатилиши мумкин. Нафас олиш доимига нисбатан қийинлашади. Ҳид билиш сезгиси сусайиб беморнинг умумий аҳоли кескинлашади. Айниқса бугун дунё ЛОР соҳасида яъни синусит ва унга ўхшаш касалликларни даволашнинг такомиллашувида нитроксидагермик тизимнинг аҳамияти жуда каттадир. Бу усулдан жуда кўплаб ривожланган давлатлардан хусусан, Ҳиндистон, Исроил, Америка, Буюк Британия, Германия, Шветсария кабилар энг олдинги қатордалар.

Ушбу мамлакатдаги врач-олимлар томонидан ушбу тизим ёрдамида синуситнинг турларини даволашнинг такомиллашувига оид тавсия ва кўрсатмалар бериб борилмоқда. Жумладан, республикамиздаги қатор клиникалар ва давлат касалхоналарида ушбу тавсияларга амал қилган ҳолда ва жаҳон тиббиёт бирлашмаси билан ҳамкорликда даволаш ишлари ва илмий-амалий тажрибалар ортирилмоқда. Ўзбекистон Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги томонидан олиб борилаётган қатор чоратадбирлар, юртбошимиз томонидан чиқарилаётган қатор фармон ва фармойишлар,

соҳа мутахассисларининг бераётган тавсиялари ва ушбу масалага жиддий ёндашаётганлари, ЛОР врачларнинг тинимсиз илмий изланишларининг самараси ўлароқ соҳада бирқанча ривожланиш ва юксалиш кузатилмоқда. Ўткир ва сурункали йирингли синуситларни даволашни такомиллаштиришда нитроксидергик тизим кўрсаткичларининг аҳамияти бугунги кунда жуда долзарб ва шу билан биргаликда Катта аҳамият касб етади десам муболаға бўлмайди. Хусусан, нитроксидергик тизимдан ўткир ва сурункали касалликларни даволашда одатий даво чораларидан анча қулай, осон, муҳим ва кенг жамоатчилик қўллаб-қувватлаши билан жуда аҳамиятлидир. Буни копгина олимлар тадқиқотида кўриш мумкин. Масалан Франкфурт олимлари нитроксидергик тизимдан ўткир ва сурункали касалликларни даволаш куннинг долзабр муаммоси ва ундан оқилона фойдаланиш еса ҳар бир соҳа ходимининг ўзига хос методи эканлигини таъкидлашган.

Бундан ташқари, Профессор, доктор Tomas Verse ҳам бу на қадар тўғри эканлигини ва 15-йиллик тажрибасида буни исботлагани ҳақида турли мақола ва монографияларида келтириб ўтган. Профессор Ганс Бербом 41-йиллик иш тажрибасига ега ва 70 мингдан ошиқ синусит билан оғриган беморларнинг тузалишида катта хисса қўшган жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг фахрий профессоридир ва у кўп йиллик илмий изланишларига биноан синуситнинг ўткир ва юқумли сурункали турларида бугун бутун дунё тиббиёти ескича даво усулларида кескин воз кечгани уни даволашнинг янгича инноватсион методлари аллақачон мавжудлиги ва касалликларни даволашни янада ривожлантиришда нитроксидергик тизимдан оқилона фойдаланиш зарурлигини айтиб ўтган ва ўзининг минглаб беморларида айнан шу ушулдан фойдаланиб юқори самарадорликка еришган.

Ўзбек олимларидан профессор Б.Т.Даминов, Амонов Ш.Е, Ҳасанов С.А, Н.Х.Воҳидов каби кўплаб олимлар ҳам буни ўзининг илмий ишларида тасдиқлашган. Ўткир синуситни даволаш антибактериал препаратлар билан умумий ёки маҳаллий терапияга асосланган ва бунга параллел равишда синуслар дрежланади, иммунитет мустаҳкамланади. Касалхонага ётқизиш беморнинг умумий аҳволини инобатга олган ҳолда амалга оширилади. модомики, касаллик енгил бўлса ёки ўртача бўлса у ҳолда маҳаллий шифокор назорати остида амалга оширилади. асгар беморнинг аҳволи оғир ёхуд ўта оғир бўлса, шифохонада оториноларингология бўлимида махсус врач-ЛОРлар томонидан даволанади. Даволаш албатта

шифокордан аниқ ва пухта егалланган билимлар, соҳадаги инноватсион даволаш усуллари ва бундан ташқари юқорида келтириб ўтилган нитроксидергик тизим кўрсаткичларидан ҳам кераклича фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Жаҳон тиббиётидаги ҳамкасбларимиз билан биргаликда амалга оширилаётган ушбу янгиликлар ва уларнинг амалиётдаги тасдиғи синусит билан оғриган беморларга қўлланган янгича даво шакллари ва уларнинг ижобий кўрсаткичи бугун бизни янада соҳамизни ривожлантириш учун катта мотиватсия бераётгани ҳеч кимга сир эмас.

Адабиётлар:

1. Азимов М., Ризаев Ж. А., Азимов А. М. К вопросу классификации одонтогенных воспалительных заболеваний //Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 278-282.
2. Ризаев Ж. А., Туляганов Н. А. Состояние верхнечелюстной пазухи у пациентов с переломами скулоорбитального комплекса: Обзор литературы //Advanced Ophthalmology. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 66-73.
3. Ризаев Ж. А., Агзамова С. С., Туляганов Н. А. Результаты ретроспективного анализа сочетанных травм средней зоны лица // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 2.
4. Фаттаева, Д. Р., Ризаев, Ж. А., Рахимова, Д. А., Холиков, А. А., & Худойкулов, А. С. (2021). Covid-19 асоратларини олдини олишдаги одонтоген гайморитни эрта ташхислаш ва даволашнинг афзалликлари. Биомедицина ва амалиёт журнали 2021й, 6, 18-25.
5. Фаттаева, Д. Р., Ризаев, Ж. А., Рахимова, Д. А., & Холиков, А. А. (2021). Clinical picture of sinusitis in patients after COVID-19 with chronic obstructive pulmonary disease. Узбекский медицинский журнал, 2(2).

ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НИТРОКСИДЕРМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В УЛУЧШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СУПРЕССИВНЫХ СИНУСИТОВ

Лутфуллаев Г.У., Файзуллаев Д.Ш.

Резюме. В данной статье представлены современные методы лечения острых и хронических гнойных синуситов, а также особое значение нитроксидергической системы в их совершенствовании и важнейшее место в мировой системе здравоохранения.

Ключевые слова: острый синусит, хронический синусит, полости носовых пазух, этмоидит, фронтит, гемисинусит, полисинусит.

УДК: 61:378378:001

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ПОСТОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЦА И ШЕИ СВОБОДНЫМ КОЖНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ



Мадазимов Мадамин Муминович¹, Расулов Жамшид Джурабаевич²,
Низамходжаев Шамсиддин Зайниддинович³

1 - Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан;

2 - ГУ «Республиканский специализированный научно – практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент;

3 - “Wara Hospital”, Государство Кувейт

ЮЗ ВА БЎЙИННИНГ КУЙИШДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚ ДЕФОРМАЦИЯСИНИ ЭРКИН ТЕРИ ТРАНСПЛАНТАТИ БИЛАН ПЛАСТИК ЖАРРОҲЛИК НАТИЖАЛАРИ

Мадазимов Мадамин Муминович¹, Расулов Жамшид Джурабаевич²,
Низамходжаев Шамсиддин Зайниддинович³

1 – Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.;

2 - ДМ «Академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий – амалий тиббиёт маркази», Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

3 - "Wara Hospital", Кувайт давлати

RESULTS OF PLASTIC SURGERY OF POST-BURN SCAR DEFORMITY OF THE FACE AND NECK WITH A FREE SKIN GRAFT

Madazimov Madamin Muminovich¹, Rasulov Jamshid Djurabayevich²,
Nizamkhodjaev Shamsiddin Zainiddinovich³

1 - Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

2 - State Institution " Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V.Vakhidov", Republic of Uzbekistan, Tashkent;

3 - “Wara Hospital”, State of Kuwait

e-mail: info@adti.uz

Резюме. Муаммонинг долзарблиги. Юз ва буйиннинг куйишдан кейинги чандиқларини пластика қилиш ва маҳаллий тўқималардан фойдалана олмаслик, тўлиқ қатламли эркин тери трансплантати билан пластика қилиш заруригини тақазо этади. Бу жиҳатдан тери қопламасининг битиши сифати масалалари долзарб бўлиб қолмоқда ва узоқ муддатда эса – эстетик ҳолатлар, шу жумладан гипертрофик чандиқлар, келоидлар, трансплантация қилинган терининг пигментациясидаги ўзгаришлар, шунингдек, энг ёмон асорат – трансплантатнинг тортилиши билан чандиқ деформациясининг қайталаниши ҳисобланади. Мақсад: тўлиқ қатламли эркин тери қопламаларини қўллаш орқали юз ва буйиннинг куйишдан кейинги чандиқ деформацияси бўлган беморларни жарроҳлик реабилитацияси натижаларини яхшилаш. Материаллар ва усуллар: қўлланиладиган пластик жарроҳлик усулларига кўра, 115 бемор икки гуруҳга бўлинган. Асосий гуруҳда-54 беморда юз ва буйиннинг куйишдан кейинги чандиқ деформациясини бартараф этишининг тавсия этилган усули амалга оширилди; таққослаш гуруҳида-61 бемор, анъанавий усуллар бўйича эркин тери трансплантати билан пластик жарроҳлик амалга оширилди. Натижалар: юз ва буйиннинг куйишдан кейинги чандиқларини тўлиқ қатламли эркин тери қопламаси билан жарроҳлик даволашининг такомиллаштирилган усули, кўчириб ўтказилган графт сифатининг яхшиланиши, унинг ортга тортилиши даражасини пасайтириши, шунингдек, қон томирлар шаклланишини стимуляция қилиши, қоплама остида суюқлик тўпланиши ҳавфини камайтириши билан тавсифланади. Босиб турувчи бандажини узоқ вақт кийиш бундан мустасно, бу одатда кўчириб ўтказилган тўқималарнинг янада физиологик жойлашишига ҳисса қўшади.

Калим сўзлар: буйин, юз, куйишдан кейинги чандиқ деформацияси, эркин тери трансплантати.

Abstract. The relevance of the problem. With plastic surgery of post-burn scarring of the face and neck and the inability to use local tissues, it becomes necessary to use plastic surgery with a full-layer free skin graft. In this aspect, the

issues of the quality of graft engraftment remain relevant, and in the long term – aesthetic moments, including the formation of hypertrophic scars, keloids, changes in pigmentation of the transplanted skin, as well as the most formidable complication - the retraction of the graft with a recurrence of scar deformation. Objective: to improve the results of surgical rehabilitation of patients with post-burn scar deformity of the face and neck by applying a free full-layer skin graft. Materials and methods: according to the applied plastic surgery methods, 115 patients were divided into two groups. In the main group – 54 patients, the proposed method of eliminating post-burn scar deformity of the face and neck was performed; in the comparison group - 61 patients, plastic surgery with a free skin graft was performed according to traditional methods. Results: an improved method of surgical treatment of post-burn scarring of the face and neck with a free full-layer skin flap, characterized by an improvement in the quality of the graft taken, by reducing the degree of its retraction, as well as stimulation of vascularization, reducing the risk of formation of subcutaneous fluid accumulations, excluding prolonged wearing of a pressure bandage, which generally contributes to a more physiological engraftment of transplanted tissues.

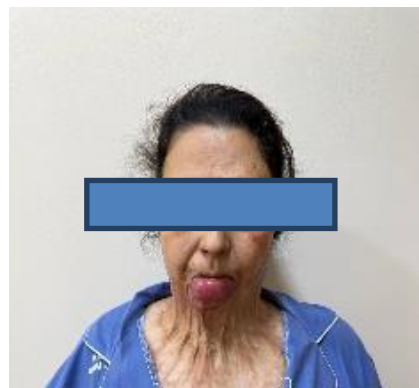
Key words: neck, face, post-burn scar deformity, free skin graft.

Актуальность проблемы. Послеожоговые контрактуры в области лица и шеи имеют многофакторное происхождение и их трудно предотвратить при обширных ожогах. Ожоги лица приводят к искажению анатомических ориентиров, вызывая эстетические, функциональные и психологические проблемы. Каждая субъединица лица уникальна по строению, поэтому хирургу необходимо скорректировать время операции и технику в зависимости от области и тяжести контрактуры. Контрактура одной единицы, особенно шеи и лба, может усилить контрактуру соседних субъединиц. Роль этих внешних воздействий необходимо учитывать при определении последовательности хирургических процедур. Хирург должен владеть всеми методами реконструктивной хирургии, от пересадки кожи до экспандеров тканей и микрохирургии, чтобы получить наилучшие результаты [1]. Хирургического вмешательства при послеожоговых контрактурах следует избегать во время активной фазы заживления и рубцевания (т.е. пока рубец еще незрелый и сильно васкуляризированный). Обычно это занимает около 1 года. Перед операцией по поводу контрактуры рубец должен созреть, стать мягким, эластичным и менее васкуляризированным. Высокососудистый рубец больше кровоточит во время операции и затрудняет достижение идеального гемостаза, что приводит к плохому приживлению трансплантата и приводит к рецидиву контрактуры.

Одним из радикальных методов пластики при ожогах этой области является экспандерная дермотензия. Расширение может быть расположено в непосредственном контакте с реконструируемой областью для выполнения локального предварительно расширенного лоскута или в другой зоне для выполнения регионарного предварительно расширенного лоскута, за которым следует местное или дистальное расширение для достижения предварительно расширенного полного кожного трансплантата [2]. Преимущество использования

здоровой кожи рядом с пораженными участками состоит в том, что она похожа с точки зрения пигментации, оволосения, толщины и текстуры. В свете этого скуловые, подбородочные или лабиальные кожные расширения считаются особенно подходящими для лечения периоральных поражений. Однако они могут быть причиной определенных последствий для донорского участка, таких как появление растяжек, потеря эластичности кожи или уменьшение густоты волос как на коже головы, так и в области бороды у мужчин. Лечение последствий ожогов или другой потери периоральных тканей является сложным из-за места их возникновения, функциональной важности, а также социальных и эстетических аспектов. Это подвижная область с вогнутыми и выпуклыми чертами и сложной мышечной структурой, деформация которой может проявляться при движении или только при расслаблении. Функциональными последствиями ожогов в этой области являются кожная ретракция и отсутствие кожи, что может привести к лабиальному вывороту, микростоме, образованию складок и последующей несостоятельности губ, а также невозможности открыть ротовое отверстие, что ставит под угрозу обеспечение гигиены полости рта и процедуры интубации. Результаты реконструкции верхней и нижней губ, а также век указывают на то, что эта техника сопряжена с риском эктропиона [3]. Главная проблема экспандерной дермотензии при обширности рубцового дефекта, занимающего почти всю голову или область шеи - это отсутствие субстрата – нормальной ткани для экспандерной дермотензии.

Кожные трансплантаты, дермальные заменители с трансплантатами и лоскуты доступны для покрытия пострелизинговой сырой области [4]. Трансплантаты помогают показать шейно-подбородочный угол и контур шеи. Тем не менее трансплантаты не податливы и сжимаются. В значительной степени использование дермальных заменителей дает лучшие результаты и может привести к зашипованию кожи, хотя для



Внешний вид до операции



Острая экспанерная дермотензия



Нанесение порошка Немобен на раневую поверхность после иссечения рубцовой ткани на шее



Вид после пластики



Облучение зоны пластики лазерным аппаратом «Согдиана»

Рис. 1. Пациентка Ж. Послеожоговая средне-боковая двусторонняя рубцовая деформация шеи. Контрактура шеи III ст. Выраженный косметический дефект. Пластика свободным кожным трансплантатом

Способ хирургического лечения постожоговой рубцовой деформации лица или шеи полнослойным кожным лоскутом, включал линейный горизонтальный разрез с иссечением рубцовой ткани, выполнение редрессации головы, устранение стягивающих рубцов по боковой поверхности шеи дополнительными разрезами, обработку раневой поверхности (реципиентской зоны), иссечение/забор свободного кожного лоскута для аутодермопластики, выполнение аутодермопластики, фиксацию свободно перемещенного кожного лоскута к мягким тканям реципиентской зоны, стандартную фиксацию головы, раневую поверхность реципиентской зоны обрабатывают нанесением порошкообразной композиции «НЕМОВЕН», в количестве 60 мг на каждые 4 см² обрабатываемой поверхности, и через 5-10 минут наносят шприцом аутоплазму, разведенную физиологическим раствором в соотношении 1:1, в количестве 10 мл на 10 см² поверхности, перед забором свободного кожного лоскута с паховой области выполняют острую дермотензию посредством имплантации под кожу латексного прямоугольного экспандера, объемом основания 40,5 см², в который нагнетают 300-400 мл стерильного физиологического раствора, после чего облучают потенциальный кожный лоскут лазерным аппаратом «Импульс-100» (Узбекистан) в инфракрасном спектре (с длиной волны 900 нм) с частотой 100 Гц, импульсной мощностью 80-100 Вт/в импульсе, в течение 10 минут на расстоянии 3 см от поверхности кожного лоскута в сканирующем режиме по всей его поверхности, иссечение полнослойного кожного лоскута проводят по краям экспандерного растяжения и производят его перфорирование инъекционной иглой по одному проколу на каждый 1 см², аутодермопластику выполняют с наложением фиксирующих узловых швов по краям раны на расстоянии 1,0 см друг от друга атравматическим монофиломентным нерасасывающимся шовным материалом 4/0, после чего аналогичными швами свободно перемещенный кожный лоскут дополнительно фиксируют к мягким тканям шеи в шахматном порядке без наложения давящей повязки по 1 шву на каждые 2,0 см², в раннем послеоперационном периоде проводят облучение через повязку зоны пластики лазерным аппаратом «Согдиана» (Узбекистан) в инфракрасном спектре (с длиной волны 890 нм) с частотой 1300 Гц, импульсной мощностью 5-7 Вт/в импульсе, в течение 2 минут прикладыванием к повязке в сканирующем режиме (по всей поверхности лоскута), 2 раза в день в течение 7-10 дней (рис. 1).

На данный способ получен патент на изобретение Министерства юстиции Республики Узбекистан №IAP 07436 от 31 мая 2023 года («Спо-

соб хирургического лечения постожоговой рубцовой деформации головы и шеи полнослойным кожным лоскутом»).

Все пациенты в обеих группах проходили стандартный комплекс предоперационного обследования. В послеоперационном периоде учитывались все варианты локальных осложнений, как в ближайший, так и в отдаленный период.

Результаты исследования. Принципиальным моментом при пластике СКТ является длительная фиксация давящей повязки, которая накладывается на 5 и более суток. То есть первая перевязка производится не ранее чем через 5 суток. В этой связи предложенный способ пластики СКТ позволил как исключить необходимость наложения давящей повязки, так и сократить сроки первичной изоляции трансплантированного кожного лоскута. В частности, после пластики в области лица в группе сравнения первичная перевязка была выполнена через $5,2 \pm 0,5$ суток, тогда как в основной группе через $3,3 \pm 0,5$ суток ($t=12,84$; $p<0,05$), после пластики в области шеи эти показатели составили $5,1 \pm 0,4$ суток против $3,1 \pm 0,3$ суток ($t=22,10$; $p<0,05$). Соответственно в целом у всех пациентов средние сроки ношения повязки составили $5,2 \pm 0,5$ суток против $3,2 \pm 0,4$ суток ($t=24,30$; $p<0,05$).

Для данного вида пластики были характерны следующие осложнения. Частичный некроз трансплантата после пластики в области лица развился у 2 (8,0%) пациентов в группе сравнения, в этих случаях некроз лоскута занимал около 20% от всей поверхности. В основной группе таких осложнений не было. Расхождение швов в зоне натяжения лоскута в группе сравнения отмечено у 2 (8,0%) пациентов, в основной группе у 1 (4,8%). Подлоскутное нагноение развилось у 1 (4,0%) пациента в группе сравнения. Типичным осложнением для пластики СКТ в группе сравнения было формирование подлоскутной гематомы, которая верифицировалась при УЗИ, ликвидация последней проводилась при помощи чрескожной пункции. В основной группе ввиду применения гемостатического средства таких осложнений не отмечалось. Всего в группе сравнения после пластики дефектов лица СКТ различные осложнения были отмечены у 5 (20,0%) пациентов, тогда как в основной группе только у 1 (4,8%). Соответственно без осложнений послеоперационный период протекал у 20 (80%) и 20 (95,2%) пациентов. По этому критерию ввиду малой численности групп достоверного отличия не получено ($\chi^2=2,337$; $df=1$; $p=0,127$).

После пластики в зоне шеи в группе сравнения было 7 (19,4%) пациентов с различными осложнениями, в основной группе – 2 (6,1%) ($\chi^2=2,719$; $df=1$; $p=0,100$).

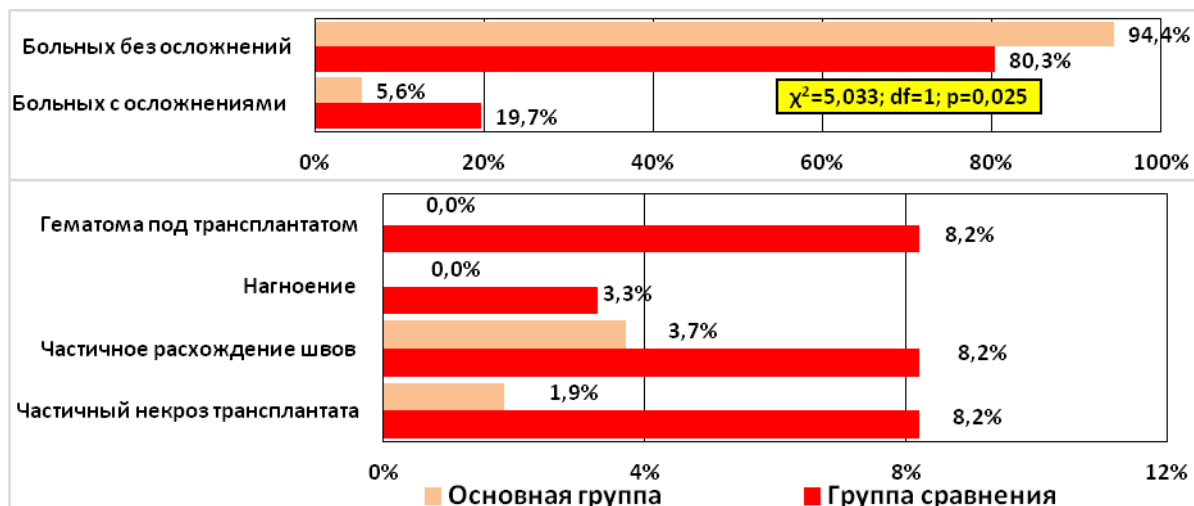


Рис. 2. Частота ближайших осложнений после пластики всех дефектов свободным кожным трансплантатом

Анализ частоты развития ближайших осложнений в целом по группам показал, что в группе сравнения всего было 12 (19,7%) с различными осложнениями, из которых частичный некроз трансплантата был у 5 (8,2%), в основной группе осложнения развились у 3 (5,6%) ($\chi^2=5,033$; $df=1$; $p=0,025$) (рис. 2).

Все случаи расхождения швов требовали наложение вторичных швов, что было выполнено у 5 (8,2%) пациентов в группе сравнения и у 2 (3,7%) в основной группе. Иссечение некротических тканей было выполнено у 5 (8,2%) и 1 (1,9%) пациентов соответственно. Чрескожная пункция гематомы под контролем УЗИ была произведена у 5 (8,2%) пациентов в группе сравнения. Всего в группе сравнения было выполнено 15 (24,6%) дополнительных вмешательств у 12 пациентов, а в основной группе только 3 (5,6%) ($\chi^2=7,861$; $df=1$; $p=0,006$).

Развитие различных осложнений повлияло и на среднюю продолжительность госпитального периода после операции. Так, в группе сравнения этот показатель по всем пациентам после СКП составил $11,6 \pm 1,6$ суток, тогда как в основной группе - $8,5 \pm 1,6$ суток ($t=10,17$; $p<0,05$).

Отдаленные осложнения и собственно результат пластики рубцовой деформации в области лица и шеи регистрировались при контрольных осмотрах на 3-12 месяц после операции. Следует отметить, что именно пластика СКТ относится к наиболее уязвимым по качеству заживления трансплантата методам. Мы учитывали все варианты отдаленных осложнений, даже ситуации с изменением пигментации трансплантата, что с одной стороны могло быть обусловлено разностью кожи в донорской и реципиентской зоне, а с другой качеством репаративных процессов, микроциркуляции и т.д. В обеих группах после СКП в области лица наиболее частым осложнением было гипо- или гиперпигментация трансплантата, час-

тота которой составила в группе сравнения 24% (у 6 из 25 пациентов) и в основной группе – 14,3% (у 3 из 21 пациента). Гипертрофические рубцы, которые как правило формировались в зоне расхождения швов, выявлены у 4 (16,0%) и 1 (4,8%) соответственно. Наиболее грозное осложнение – сморщивание трансплантата с рецидивом рубцовой деформации было отмечено в 2 (8,0%) случаях в группе сравнения. Всего в группе сравнения было 12 (48%) различных осложнений, а в основной группе – 4 (19,0%) ($\chi^2=4,217$; $df=1$; $p=0,041$).

После пластики в области шеи всего в группе сравнения было 15 (41,7%) различных осложнений, а в основной группе – 7 (21,2%) ($\chi^2=3,317$; $df=1$; $p=0,069$).

В целом среди всех пациентов с пластикой СКТ в группе сравнения было 27 (44,3%) различных осложнений, а в основной группе – 11 (20,4%) ($\chi^2=7,390$; $df=1$; $p=0,007$) (рис. 7.6). При этом сморщивание трансплантата было отмечено у 5 (8,2%) и 1 (1,9%) пациентов соответственно. Развитие именно этого осложнения требовало выполнения повторного полноценного хирургического устранения (рис. 3 и 4).

Соответственно развитию различных осложнений методы их устранения указаны в табл. 2. В случаях изменения пигментации, формирования гипертрофических рубцов пациенты направлялись к косметологам. В зависимости от пятен и времени года им выполнялись различные виды процедур, от отбеливающих масок и мезотерапии до лазерного пилинга. Всего аппаратная косметология была применена у 17 (27,9%) пациентов в группе сравнения и 7 (13,3%) в основной группе. В целом, хирургическое устранение осложнений после пластики рубцовых дефектов лица и шеи потребовалось 10 (16,4%) больным в группе сравнения и 4 (7,4%) в основной группе. Соответственно без осложнений было 34 (55,7%) и 43 (79,6%) пациента ($\chi^2=7,391$; $df=2$; $p=0,025$).

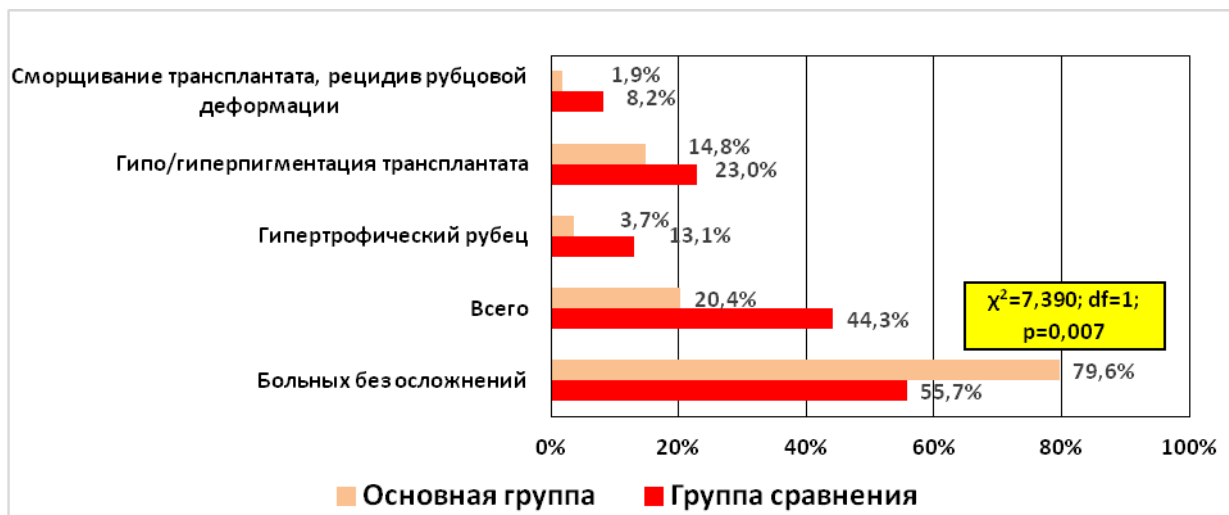


Рис. 3. Частота отдаленных осложнений после пластики всех дефектов свободным кожным трансплантатом



Рис. 4. Группа сравнения. Больная А. Последствие химического ожога (серная кислота). Обширная срединно-боковая двухсторонняя рубцовая деформация шеи. Контрактура III степени. Послеожоговый келоидоз лица, груди. Результат I этапа пластики шеи свободным полнослойным кожным трансплантатом – рецидив рубцовой деформации с развитием контрактуры II степени

Таблица 2. Варианты лечения отдаленных осложнений после пластики свободным кожным трансплантатом

Вид лечения осложнений	Группа сравнения		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Аппаратная косметология	17	27,9%	7	13,0%
Иссечение рубца	2	3,3%	3	5,6%
Повторная СКП	5	8,2%	1	1,9%
Вторично-корректирующая операция с использованием местной пластики	3	4,9%	0	0,0%
Всего	27	44,3%	11	20,4%

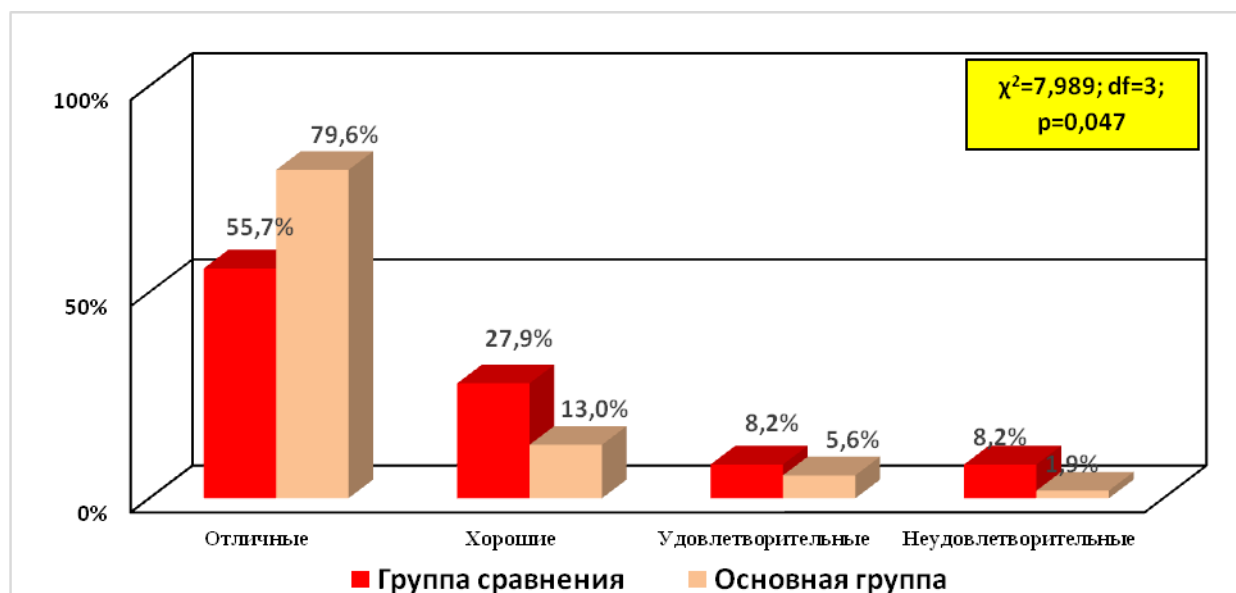


Рис. 5. Сводные отдаленные функциональные и эстетические результаты пластики дефектов лица и шеи свободным кожным трансплантатом

Оценка отдаленных результатов проводилась по следующим критериям.

Отличный результат – все случаи приживления лоскута без развития ближайших (влияющих на качество приживления) и отдаленных осложнений.

Хороший результат – случаи, когда имело место развитие эстетических осложнений, которые подвергались различным вариантам аппаратного косметологического лечения.

Удовлетворительный результат – случаи, когда пациентам с отдаленными осложнениями в виде частичной рубцовой деформации требовалось выполнение хирургического устранения в виде иссечения рубцов или вторично-корректирующих вмешательств.

Неудовлетворительный результат – ситуации, когда после пластики настал рецидив рубцовой деформации в области лица или шеи, требующий полноценной повторной операции по устранению дефекта.

После пластики СКТ в области лица отличный результат был получен у 13 (52%) пациентов в группе сравнения и 17 (81,0%) больных в основной группе. Хорошие результаты констатированы у 7 (28,0%) и 3 (14,3%) пациентов соответственно, удовлетворительные у 3 (12,0%) и 1 (4,8%) пациентов. Неудовлетворительный результат был отмечен у 2 (8,0%) пациентов в группе сравнения ($\chi^2=4,822; df=3; p=0,186$).

После пластики СКТ в области шеи отличный результат был получен у 21 (58,3%) пациентов в группе сравнения и 26 (78,8%) больных в основной группе. Хорошие результаты констатированы у 10 (27,8%) и 4 (12,1%) пациентов соответственно, удовлетворительные у 2 (5,6%) и 2 (6,1%) пациентов. Неудовлетворительный резуль-

тат был отмечен у 3 (8,3%) пациентов в группе сравнения и 1 (3,0%) в основной группе ($\chi^2=3,980; df=3; p=0,264$).

В целом среди всех пациентов после пластики СКТ в области лица и шеи отличный результат был получен у 34 (55,7%) пациентов в группе сравнения и 43 (79,6%) больных в основной группе. Хорошие результаты констатированы у 17 (27,9%) и 7 (13,0%) пациентов соответственно, удовлетворительные у 5 (8,2%) и 3 (5,6%) пациентов. Неудовлетворительный результат, потребовавший выполнение повторной полноценной пластики был отмечен у 5 (8,2%) пациентов в группе сравнения и 1 (1,9%) в основной группе ($\chi^2=7,989; df=3; p=0,047$) (рис. 5).

Следует отметить, что в данном исследовании ввиду первичного клинического внедрения новых способов пластики постожоговых рубцовых деформаций в области лица и шеи мы оценивали только один этап в комплексной программе хирургической реабилитации этой тяжелой группы пациентов. Около 35% больных ввиду распространенности процесса в общем переносили от 2 до 5 этапов пластики, включая и устранение рубцовых деформаций в других зонах (конечности, грудь и т.д.)

Таким образом, внедрение усовершенствованного способа забора полнослойного кожного трансплантата и пластики постожоговой рубцовой деформации в области лица и шеи позволило улучшить эстетический эффект операций.

Заключение. Усовершенствованный способ хирургического лечения постожоговой рубцовой деформации лица и шеи свободным полнослойным кожным лоскутом, характеризуется улучшением качества забранного трансплантата, за счет снижения степени его ретракции, а также

стимуляцией васкуляризации, снижением риска формирования подлоскутных жидкостных скоплений, исключением длительного ношения давящей повязки, что в целом способствует более физиологичному приживлению пересаженных тканей.

Применение предложенного способа забора полнослойного кожного трансплантата и пластики постожоговой рубцовой деформации в области лица и шеи за счет усиления локальных репаративных процессов, снижения риска развития натяжения лоскута с частичным расхождением швов или некрозом позволило снизить частоту ближайших послеоперационных осложнений с 19,7% до 5,6% ($\chi^2=5,033$; $df=1$; $p=0,025$) и отдаленных осложнений с 44,3% до 20,4% ($\chi^2=7,390$; $df=1$; $p=0,007$), соответственно сократить необходимость в применении аппаратной косметологии с 27,9% до 13,0% и повторного хирургического вмешательства с 16,4% до 7,4% ($\chi^2=7,391$; $df=2$; $p=0,025$).

Литература:

1. Sabban R, Serror K, Levy J, Chaouat M, Mimoun M, Voccaro D. Head and neck skin expansion: assessment of efficiency for the treatment of lesions in the lower half of the face. *Ann Burns Fire Disasters*. 2020 Mar 31;33(1):38-46.
2. McCullough MC, Roubard M, Wolfswinkel E, Fahradyan A, Magee W. Ectropion in facial tissue expansion in the pediatric population: incidence, risk factors, and treatment options. *Ann Plast Surg*. 2017;78(3):280–283.
3. Pradier JP, Duhamel P, Brachet M, Dantzer E, Vourey G, Bey E. Surgical strategy for neck burns and their sequelae. *Ann Chir Plast Esthet*. 2011;56:417–428.
4. Gaviria JL, Gómez-Ortega V. One-stage reconstruction of neck burns with single-layer dermal matrix. *Plast Aesthet Res*. 2018;5:35.
5. Ogawa R. Surgery for scar revision and reduction: From primary closure to flap surgery. *Burns Trauma* 2019;7:7.
6. Zan T, Li H, Huang X, Gao Y, Gu B, Pu LLQ, Xu X, Gu S, Khoong Y, Li Q. Augmentation of Perfora-

tor Flap Blood Supply with Sole or Combined Vascular Supercharge and Flap Prefabrication for Difficult Head and Neck Reconstruction. *Facial Plast Surg Aesthet Med*. 2020 Nov/Dec;22(6):441-448. doi: 10.1089/fpsam.2020.0040.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ПОСТОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЦА И ШЕИ СВОБОДНЫМ КОЖНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

Мадазимов М.М., Расулов Ж.Д., Низамходжаев Ш.З.

Резюме. Актуальность проблемы. При пластике постожоговой рубцовой деформации лица и шеи и невозможности использования местных тканей возникает необходимость применения пластики полнослойным свободным кожным трансплантатом. В данном аспекте актуальность сохраняют вопросы качества приживления лоскута, а в отдаленный период – эстетические моменты, включая формирование гипертрофических рубцов, келоидов, изменение пигментации трансплантированной кожи, а также самое грозное осложнение - ретракция трансплантата с рецидивом рубцовой деформации. Цель: улучшить результаты хирургической реабилитации пациентов с постожоговой рубцовой деформацией лица и шеи путем применения пересадки свободного полнослойного кожного трансплантата. Материалы и методы: согласно примененным методам пластики 115 пациентов были разделены на две группы. В основной группе – 54 пациентам был выполнен предложенный способ устранения постожоговой рубцовой деформацией лица и шеи; в группе сравнения – 61 пациент, пластика свободным кожным трансплантатом выполнялась по традиционным способам. Результаты: усовершенствованный способ хирургического лечения постожоговой рубцовой деформации лица и шеи свободным полнослойным кожным лоскутом, характеризуется улучшением качества забранного трансплантата, за счет снижения степени его ретракции, а также стимуляцией васкуляризации, снижением риска формирования подлоскутных жидкостных скоплений, исключением длительного ношения давящей повязки, что в целом способствует более физиологичному приживлению пересаженных тканей.

Ключевые слова: шея, лицо, постожоговая рубцовая деформация, свободный кожный трансплантат.

ARTHROSCOPIC RESTORATION OF THE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT USING THE "ALL INSIDE" METHOD WITH POPLITEAL FLEXOR TENDONS OR LONG FIBULAR MUSCLE TENDON



Mamatkulov Komiljon Mardonkulovich, Kholkhojaev Farrukh Ikromovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

ТИЗЗА ОСТИ СУЯГИ БУКУВЧИ ПАЙЛАРИ ЁКИ УЗУН КИЧИК БОЛДИР МУШАГИ ПАЙЛАРИ БИЛАН "ALL INSIDE" УСУЛИДА ОЛДИНГИ ХОЖСИМОН БОЙЛАМНИ АРТРОСКОПИК ТИКЛАШ

Маматкулов Комилжон Мардонкулович, Холхужаев Фаррух Икромович
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ МЕТОДОМ "ALL INSIDE" СУХОЖИЛИЯМИ СГИБАТЕЛЕЙ ПОДКОЛЕННОЙ КОСТИ ИЛИ СУХОЖИЛИЕМ ДЛИННОЙ МАЛОБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ

Маматкулов Комилжон Мардонкулович, Холхужаев Фаррух Икромович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

e-mail: komiljon65@mail.ru shohxolxujayev1989@gmail.com

Резюме. Ошиқ-болдир бўғими ва оёқ панжаси жароҳатлари таянч-ҳаракат тизимининг кенг тарқалган патологияси бўлиб, улар хорижий ва маҳаллий адабиётларда бу ҳақида кўп мартаба сўз юритилган мавзу ҳисобланади. Артроскопия бўғимларнинг жароҳатлари ва касалликлари учун мукамал диагностика имкониятларига эга минимал инвазив жаррохлик аралашувларни таклиф қилувчи юқори даражадаги тиббий технологияга айланди. Ушбу тадқиқот рентген, МРТ, МСКТ ва артроскопияни ўз ичига олган илгор тадқиқот усулларини қўллаш орқали ошиқ-болдир бўғими патологиясининг таъхисини яхшилашга қаратилган. Мақолада ҳар бир усулнинг диагностика имкониятлари кўриб чиқилиб, уларнинг ошиқ бўғимнинг синиши, остеоартрит, юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши ва сурункали ностабиллик каби турли касалликларини аниқлашдаги ўзига хос хусусияти ёритилган. Тадқиқот 16 беморда артроскопик аралашувларни ўз ичига олган бўлиб, улар микросинишлар, хондропластика, остеофитларни олиб ташлаш, импиджмент синдромини даволаш ва бойламларни қайта тиклаш каби даволаш чораларига қаратилган. Операциядан кейинги натижалар ошиқ-болдир бўғими функциясини аниқлаш шкаласи ёрдамида баҳоланди, бу функционаллик ва озғирни камайтиришда сезиларли яхшиланишни кўрсатди. Мақолада хулосага кўра, ошиқ бўғимидаги артроскопик аралашув технологик жиҳатдан илгор, минимал инвазив жараён бўлиб, реабилитацияни эрта босқичда бошлаш имконини беради, касалхонада қолиш муддатини қисқартиради ва очиқ жаррохлик амалиётларига нисбатан беморнинг тикланишини тезлаштиради.

Калит сўзлар: Ошиқ-болдир бўғими, оёқ панжаси жароҳатлари, таянч-ҳаракат тизими патологиялари, артроскопия, диагностика усуллари, рентген, МРТ, МСКТ, минимал инвазив аралашувлар, терапевтик тадбирлар, функционал баҳолаш, реабилитация, беморни тиклаш.

Abstract. Injuries to the ankle and ankle joint are common pathologies of the musculoskeletal system and are a topic that has been repeatedly discussed in the foreign and domestic literature. Arthroscopy has become an advanced medical technology offering minimally invasive surgical interventions with excellent diagnostic capabilities for joint injuries and diseases. The purpose of the study is to improve the diagnosis of ankle joint pathology through the use of advanced research methods, including radiography, MRI, MSCT and arthroscopy. The article discusses the diagnostic capabilities of each method and highlights their features in identifying various diseases, such as hip fractures, osteoarthritis, soft tissue injuries, and chronic instability. The study included arthroscopic procedures in 16 patients, focusing on treatment modalities such as microfracture, chondroplasty, osteophyte removal, treatment of impingement syndrome, and ligament reconstruction. Postoperative results were assessed using the ankle function scale, which showed significant improvement in functionality and reduction in pain. The article concludes that arthroscopic intervention on the hip joint is a technologically advanced, minimally invasive procedure that allows for early rehabilitation, shortening the length of hospital stay and speeding up the recovery of patients compared to open surgical interventions.

Key words: ankle joint, leg injuries, pathologies of the musculoskeletal system, arthroscopy, diagnostic methods, radiography, MRI, MSCT, minimally invasive interventions, therapeutic measures, functional assessment, rehabilitation,

Objective: The objective of this study was to establish a stable, reliable, minimally invasive surgical treatment using the "all inside" method for anterior cruciate ligament damage, utilizing the tendons of the gracilis, semitendinosus, and/or long fibular muscle with Ultrabutton Smith-Nephew. Injuries to the ligaments of the knee joint occupy the first place in frequency and account for 50 to 75% of all injuries to the knee joint area [1,3,8]. The main contingent of patients with anterior cruciate ligament (ACL) injuries are young people of working age, leading a physically active lifestyle, engaged in sports. Currently, the most optimal method of treating fresh and long-standing injuries of the ligamentous apparatus of the knee joint is operative [2,3,6].

The introduction of arthroscopic technologies and modern implants into a wide clinical practice currently allows us to offer the most effective methods of surgical treatment for knee joint instability, as well as to approach the treatment of such patients differentially, using different methods of surgical treatment depending on the requirements of patients for their future lifestyle [2,5]. Despite the successes achieved in recent decades in knee reconstructive surgery, currently from 15% to 25% of patients suffer from instability and (or) pain after reconstructive plastic surgery of the anterior cruciate ligament [1,4,7]. Subsequently, this inevitably leads to the development of osteoarthritis of the knee joint [4,9].

The purpose of the study. Stable, reliable minimally invasive surgical treatment for damage to the anterior cruciate ligament using the "all inside" method using the tendons of the thin and semi-tendon muscles and (or) the tendon of the long fibular muscle using Ultrabutton Smit-Nephew.

Materials and methods. This study was conducted at the Samarkand Branch of the Republican Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics, involving 190 patients with anterior cruciate ligament injuries from 2018 to 2020. The patients' age ranged from 18 to 42 years, including 170 men (89.4%) and 20 women (10.6%). All patients underwent arthroscopic restoration of the anterior cruciate ligament using the "all inside" method with the tendons of the gracilis, semitendinosus, and/or long fibular muscle. Preoperative planning involved assessing joint instability through clinical examinations and magnetic resonance imaging (MRI). Of the patients, 172 presented concomitant meniscal and lateral ligament injuries, while 18 had isolated ACL rupture. Autografts using the tendons of the gracilis and semitendinosus were employed in 185 patients, while the tendons of the long fibular muscle were used in 5 patients. Transplants were fixed using Ultrabutton Smith-Nephew on the femo-

ral canal and biodegradable Smith-Nephew implants on the tibial canal (Figure 1).

The advantages of this fixation technique are as follows:

1. When fixing the Ultra button, the femoral canal is created at the site of anatomical attachment of the anterior cruciate ligament.
2. A possible fracture of the lower wall of the canal in the femur is excluded, which sometimes occurs when fixing with interference screws.
3. The migration of the implant and getting into the joint cavities is excluded.
4. It is easy to perform, and also the fixation will be reliable.

The average length of the femoral canal during its formation from the medial port was 20 (+5) mm, the average length of the tibial canal was 50 ± 5 mm. The diameter of the femoral and tibial canals was 8.5 ± 1.0 mm. The average length of the graft from the tendons of the thin and semi-tendon muscles and (or) the tendon of the long fibular muscle was 105 ± 15 mm.



Figure 1. Ultra Button Smit-Nephew

Research results:

Studied in 190 patients on the Lysholm scale.
Excellent results – 71 (37,4%)
Good results - 109 (57,4%) and
Satisfactory – 10 (5,2%)

The results were evaluated based on the Lysholm scale, with 71 patients (37.4%) achieving excellent results, 109 patients (57.4%) attaining good results, and 10 patients (5.2%) reporting satisfactory outcomes. Within one year after surgery, 10 patients (5.2%) experienced mild stiffness and discomfort in the joint, which improved over time through rehabilitation programs involving physical therapy, physiotherapy, chondroprotective courses, and intra-articular injections of synovial fluid protectors.

Conclusions.

Autografts using the tendons of the popliteal hip flexors proved successful in restoring knee joint stability with damaged anterior ligaments, both in acute and chronic cases. This technique effectively minimizes complications, particularly issues related to stiffness and patellar pain. The presented experience highlights the importance of a differentiated approach to surgical treatment for various forms of knee

joint instability. The proposed "all inside" method offers relative simplicity, reproducibility, minimal intraoperative risk, maximum anatomical and functional restoration of the knee joint, and reliable fixation. This approach enables patients to return to their previous levels of physical activity in a shorter time span. The method is particularly relevant in modern times and should be considered for athletes and individuals leading active lifestyles.

Literature:

1. Azizov M.J., Irismetov M.E., Rasulov M.R. Способ хирургического лечения посттравматического привычного вывиха надколенника у спортсменов // Вісник ортопедії, травматології та протрузиванія (український науково – практичний журнал). - Київ, 2015. - №1. - С. 56-59.
2. Azizov M.J., Irismetov M.E., Rasulov M.R. Наш способ оперативного лечения привычного вывиха надколенника // Вопросы теоритической и клинической медицины. – Ереван, 2018. - №12. - С. 17-20.
3. Azizov M.J., Irismetov M.E., Ismatullayeva M.N., Rasulov M.R. Метод аутопластической операции при диспластическом вывихе надколенника // Материалы Междисциплинарной научно – практической конференции с международным участием (Лечение артрозов всё кроме замены сустава) 13-14 май. – Казань, 2016. - С. 6-8.
4. Irismetov M.E., Ismatullayeva M.N., Rasulov M.R. Хирургические методы лечения привычного вывиха надколенника и анализ результатов // Материалы научно-практической конференции травматологов – ортопедов Узбекистана (Актуальные вопросы травматологии и ортопедии). – Самарканд, 2014. - С. 298.
5. K Mamatkulov, et al Our experience of plastic surgery of the anterior cruciate ligament using the "all inside" method with the tendons of the popliteal flexors or the tendon of the long fibular muscle// POLISH JOURNAL OF SCIENCE Учредители: Громадська Організація" Фундація Економічних Ініціатив"= Общественная Организация" Фундация Экономических Инициатив. P42-44. Poland. 2022.
6. K Mamatkulov, et al Тизза қопқоғининг ностабиллигини артроскопия усули ёрдамида стабилизация қилиш// Журнал вестник врача. Volume1. Issue 2(99) p 56-59. Samarkand 2021.
7. Rizaev J. A., Maeda H., Khramova N. V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors //Annals of Cancer Research and Therapy. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 22-23.
8. Rizaev J. A., Rizaev E. A., Akhmadaliev N. N. Current View of the Problem: A New Approach to Covid-19 Treatment //Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4.

9. Rizaev J. A., Khaidarov N. K., Abdullaev S. Y. Current approach to the diagnosis and treatment of glossalgia (literature review) // World Bulletin of Public Health. – 2021. – Т. 4. – С. 96-98.
10. Fattaeva D. R., Rizaev J. A., Rakhimova D. A. Efficiency of Different Modes of Therapy for Higher Sinus after COVID-19 in Chronic Obstructive Pulmonary Disease // Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 6378–6383.
11. Kholkhudjayev F.I., Oripov F.S. Structural components of bones of the hip joint in different periods of life. International Journal of Pharmaceutical Research | Jan – Jun 2020 | Vol 12 | Supplementary Issue 1.

АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ МЕТОДОМ "ALL INSIDE" СУХОЖИЛИЯМИ СГИБАТЕЛЕЙ ПОДКОЛЕННОЙ КОСТИ ИЛИ СУХОЖИЛИЕМ ДЛИННОЙ МАЛОБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ

Маматкулов К.М., Холхужаев Ф.И.

Резюме. Травмы голеностопного сустава и голеностопного сустава являются распространенной патологией опорно-двигательного аппарата и представляют собой тему, неоднократно обсуждавшуюся в зарубежной и отечественной литературе. Артроскопия стала передовой медицинской технологией, предлагающей минимально инвазивные хирургические вмешательства с отличными диагностическими возможностями при травмах и заболеваниях суставов. Целью исследования является улучшение диагностики патологии голеностопного сустава за счет использования передовых методов исследования, в том числе рентгенографии, МРТ, МСКТ и артроскопии. В статье рассмотрены диагностические возможности каждого метода и выделены их особенности в выявлении различных заболеваний, таких как переломы бедра, остеоартроз, травмы мягких тканей, хроническая нестабильность. Исследование включало артроскопические вмешательства у 16 пациентов с упором на такие методы лечения, как микропереломы, хондропластика, удаление остеофитов, лечение импинджмент-синдрома и реконструкция связок. Послеоперационные результаты оценивали с помощью шкалы функции голеностопного сустава, которая показала значительное улучшение функциональности и уменьшение боли. В статье делается вывод, что артроскопическое вмешательство на тазобедренном суставе является технологичной малоинвазивной процедурой, позволяющей провести раннюю реабилитацию, сократить сроки пребывания в стационаре и ускорить выздоровление пациентов по сравнению с открытыми хирургическими вмешательствами.

Ключевые слова: голеностопный сустав, травмы ног, патологии опорно-двигательного аппарата, артроскопия, методы диагностики, рентгенография, МРТ, МСКТ, малоинвазивные вмешательства, лечебные мероприятия, функциональная оценка, реабилитация, восстановление пациентов.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ СТРАТЕГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ



Матмуротов Кувондик Жуманиёзович¹, Рузматов Полвонназир Юлдашевич²,
Саттаров Инаят Сапарбаевич¹, Рузметов Бахтиёр Абдураимович², Якубов Илёсбек Йулдошевич¹
1 - Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент;
2 - Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч

ДИАБЕТИК ПАНЖА СИНДРОМИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА РЕКОНСТРУКТИВ ОПЕРАЦИЯЛАРНИ БАЖАРИШДА ҚИЁСИЙ ЁНДАШУВ

Матмуротов Кувондик Жуманиёзович¹, Рузматов Полвонназир Юлдашевич²,
Саттаров Инаят Сапарбаевич¹, Рузметов Бахтиёр Абдураимович², Якубов Илёсбек Йулдошевич¹
1 – Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;
2 - Тошкент тиббиёт академияси Ургенч филиали, Ўзбекистон Республикаси, Ургенч ш.

DIFFERENTIATED STRATEGY OF PERFORMING RECONSTRUCTIVE OPERATIONS IN PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME

Matmurotov Kuvondik Jumaniyozovich¹, Ruzmatov Polvonnazir Yuldashevich²,
Sattarov Inayat Saparbaevich¹, Ruzmetov Bakhtiyor Abduraimovich², Yakubov Ilesbek Yuldoshevich¹
1 - Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent;
2 - Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Urgench

e-mail: inoyat31@gmail.com

Резюме. Ушбу тадқиқотда 2021-2022 йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг йирингли жарроҳлик бўлимида стационар шароитда даволанган 53 нафар беморнинг жарроҳлик даволаши натижалари таҳлил қилинди, беморлар оёқларида реконструктив-пластик операциялар такомиллаштирилган техника ёрдамида амалга оширилди (зарарлаган оёқда яранинг жойлашган жойга қараб). Оёқни зарарланган қисмини ҳисобга олган ҳолда дифференциал ёндашган ҳолда реконструктив-пластик операцияларини бажариши операциядан кейинги асоратларини келиб чиқишини камайтириб оёқни таянч ҳаракат фаолиятини сақлаб қолади.

Калит сўзлар: қандли диабет, реконструктив-пластик операция, йирингли некротик-яра, гангрена.

Abstract. This study analyzes the results of surgical treatment of 53 patients who received inpatient treatment in the department of purulent surgery of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy in 2021-2022, who underwent reconstructive plastic surgery on the foot with improved technique (depending on the localization of the wound defect and the affected part of the foot). Performing reconstructive plastic surgery of the foot using a differentiated approach, taking into account the affected part, will allow maintaining an adequate supporting foot with a minimum frequency of postoperative complications.

Keywords: diabetes mellitus, reconstructive plastic surgery, purulent necrotic wound, gangrene.

Актуальность. Сахарный диабет (СД) – одна из главных проблем здравоохранения 21 века. Число пациентов с диабетом неуклонно растет в течение последних трех десятилетий, и этот рост, вероятно, будет продолжаться в течение следующих десятилетий: с примерно 463 миллионов пациентов в возрасте от 18 до 99 лет в 2019 году до примерно 700 миллионов человек той же возрастной группы в 2045 году во всем мире [2, 11].

Проведённый анализ литературных данных показал, что вопросы совершенствования тактических аспектов хирургического лечения СДС далеки от своего решения. К сожалению, на сегодняшний день отсутствуют исследования, подробно отражающие алгоритм предоперационной подготовки и послеоперационного мониторинга у этой тяжелой категории больных, а также у пациентов с наличием неблагоприятных факторов прогноза. Высокие показатели повторных опера-

ций и частота послеоперационных осложнений связаны с неадекватностью выбора техники оперативного вмешательства в формировании адекватной стопы. Решающее значение при этом имеет адекватная оценка периферического артериального русла с сохранением целостности питательной артерии определенной зоны стопы, играющая важную роль в питании тканей стопы, и выбор вида оперативного способа в зависимости от пораженной части для формирования опороспособной стопы.

В связи с этим целью данного исследования явилось улучшение результатов лечения раневых дефектов при синдроме диабетической стопы за счет дифференцированного подхода операций на стопе.

Материал и методы исследования. В современной хирургии, несмотря на детальную разработку методики реконструктивно-пластических операций стопы на фоне СДС, риск развития послеоперационных осложнений в раннем периоде после вмешательства остается высоким, что заставляет искать новые способы техники выполнения этого оперативного вмешательства. Данное обстоятельство послужило побудительным мотивом для проведения специального научного исследования по созданию эффективной методики выполнения с профилактикой неблагоприятного течения послеоперационного периода у пациентов с гнойно-некротическим поражением стопы, перенесших реконструктивно-пластические операции.

Реабилитационный период у больных после выполнения реконструктивно-пластических операций представляет собой коррекцию функции

нарушений метаболизма, но является важным условием возвращения человека к социальной жизни. Способ выполнения реконструктивно-пластических операций определяется индивидуально, с учетом объема здоровых тканей, таким образом, чтобы максимально сохранить функцию стопы, создать максимальные условия для стабилизации биомеханики стопы, пригодную для ортопедического протезирования, предотвратить развитие послеоперационных трофических язв и других осложнений. В зависимости от того, как и когда будет реализован каждый из перечисленных этапов, в хирургической практике выделяют виды и техники выполнения реконструктивно-пластических операций. Для оперирующего хирурга важны решения сложных клинических ситуаций: показания к реконструктивно-пластическим операциям и особенности ведения послеоперационной раны в зависимости от локализации ее на стопе. Своевременное решение таких проблем с усовершенствованием нового дифференцированного способа оперативного вмешательства в зависимости от локализации раневого дефекта на стопе может привести к улучшению качества жизни пациентов данной категории.

В данном исследовании проанализированы результаты хирургического лечения 53 больных, которые получали стационарное лечение в отделении гнойной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2021-2022 гг., которым реконструктивно-пластические операции на стопе выполнялись усовершенствованной техникой (в зависимости от локализации раневого дефекта и пораженной части стопы).

Таблица 1. Характер поражения периферических артерий нижних конечностей в зависимости от формы СДС, абс. (%)

Пораженный артериальный сегмент	Форма СДС		Итого
	нейроишемическая	нейропатическая	
Бедренно-подколенный	1 (7,1)	4 (66,6)	5 (25,0)
Подколенно-тибио-перонеальный	3 (21,4)	1 (16,7)	4 (20,0)
Артерии голени	8 (57,1)	-	8 (40,0)
Бедренно-подколенный и артерии голени	2 (14,2)	1 (16,7)	3 (15,0)
Всего	14 (100)	6 (15,4)	20 (37,7)

Таблица 2. Характер первично-выполненных оперативных вмешательств пациентам в зависимости от формы СДС, абс. (%)

Операция	Форма СДС		Итого
	нейроишемическая	нейропатическая	
Ампутация пальца	2 (14,3)	3 (7,7)	5 (9,4)
Вскрытие флегмоны, некрэктомия	11 (78,6)	34 (87,2)	45 (85,0)
Ампутация стопы по Шарпу	1 (7,1)	2 (5,1)	3 (5,6)
Всего	14 (26,4)	39 (73,6)	53 (100)

Все пациенты перед госпитализацией прошли тщательное обследование для адекватного выбора хирургической тактики лечения, в том числе была получена полноценная информация о состоянии периферического артериального русла. Для этого были использованы неинвазивные методы исследования, такие как дуплексное исследование и мультиспиральная компьютерная ангиография артерий нижних конечностей. При этом у 20 (37,7%) больных выявлены поражения периферических артерий различной степени. Детальное изучение показало, что при нейроишемической форме артериальное поражение нижних конечностей имелось у всех 14 пациентов, при нейропатической – лишь у 6 (15,4%) из 39 больных (табл. 2).

При обнаружении у пациента явного сегментарного окклюзионно-стенотического процесса артерий нижних конечностей в первую очередь ставили задачу эндоваскулярной реваскуляризации. Для этого использовали баллонную ангиопластику, которая выполнена у 6 (42,8%) из 14 больных.

У пациентов с раневыми дефектами или гнойно-некротическими процессами на стопе в зависимости от локализации и характера поражения выполнялись различные хирургические вмешательства. Ведущее место среди них занимали вскрытие флегмоны и некрэктомии, осуществленные у 45 (85%) из 53 пациентов. Кроме того, произведены ампутации пальцев и ампутации стопы по Шарпу. По частоте выполнения и полученным данным мы не наблюдали статистических различий (табл. 2).

Аутодермопластика (расщепленная пересадка кожи) была произведена у 19 пациентов, резекция или удаление пораженной кости + мио-

пластика – у 27, кожно-суральная пластика – у 7. При выполнении оперативного вмешательства учитывали изменения биомеханики или ее коррекцию, состояние местных тканей и изменения структуры костной ткани стопы (рис. 1.).

Анализ полученных данных показал, что более половины операций (66,0%) было проведено на средней части стопы. Реже выполнялись реконструктивные операции в пяточной области (задняя часть) – у 13,2%. По поводу раневого дефекта или гнойно-некротического поражения дистальной части с поражением плюсневых костей хирургические вмешательства произведены у 20,8% случаев.

Исходя из усовершенствованной стратегии, реконструктивно-пластические операции на стопе были строго дифференцированы по частям стопы, в которой расположен раневой дефект. При этом в передней части стопы из этих операций преобладала аутодермопластика – 36,8%, в средней части – 14,8%. Из-за множества костей и суставов в средней части стопы при диабетической остеоартропатии за счет изменения биомеханики стопы наиболее часто поражается именно этот часть стопы. 35 (66,0%) наблюдаемых нами больных, т.е. большинство, были с поражением средней части стопы.

В средней части стопы производились комбинированные реконструктивно-пластические операции, но в большинстве случаев пришлось выполнить миопластику с резекцией или удалением пораженной кости (85,2%) (рис. 2).

Полученные результаты и их обсуждение. В практической хирургии поражение или локализация раневого дефекта в пяточной области (задняя часть стопы) всегда представляло особые трудности для лечения.



Рис. 1. Количество проведенных операций по частям стопы

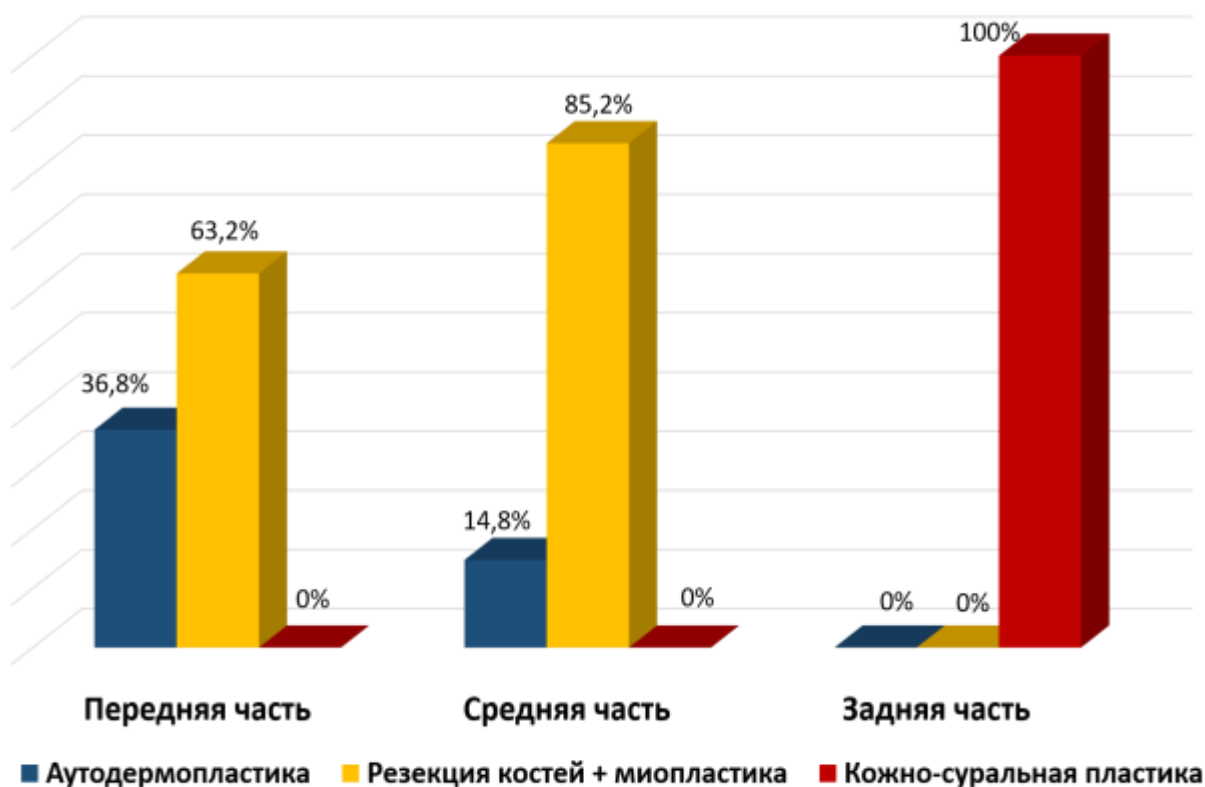


Рис. 2. Выполненные оперативные вмешательства по частям стопы

Во-первых, эта область не имеет свою питательную артерию, во-вторых, кожа и подкожная клетчатка здесь имеет значительную толщину, в-третьих, задняя часть стопы является основной зоной, которая координирует опорную функцию нижних конечностей.

Поэтому при выполнении хирургической обработки стопы у пациентов с гнойно-некротической раной на фоне СДС следует максимально сохранить местные мягкие ткани для вторичного закрытия раневого дефекта, особенно в пяточной области, так как эта зона наиболее склонна к вторичным нейротрофическим язвам. Учитывая указанные параметры, мы выбрали иную стратегию хирургического лечения, направленную на уменьшение послеоперационных осложнений и создание опороспособной стопы в плане коррекции измененной биомеханики.

Как видно из таблицы 3, гладкое послеоперационное течение или первичное заживление раны отмечалось у 48 (90,6%) больных. Благоприятные результаты чаще отмечались при нейропатической форме СДС (92,3%). Нагноение раны в

послеоперационном периоде наблюдалось у 4 (7,5%) больных, причем во всех случаях инфекционный процесс удалось купировать с помощью адекватного комплекса лечебных мероприятий. После выписки из стационара только у одного пациента была нейротрофическая язва на стопе в области послеоперационной раны. На наш взгляд, это состояние связано с лишней массой тела пациента. Пациенту было рекомендовано пользоваться ортопедической обувью для коррекции стопы и профилактики других осложнений.

Нередко в практической работе мы сталкиваемся с ишемией стопы на фоне СДС, которая часто приводит к повторным оперативным вмешательствам. Так, за последние три года с помощью разработанного дифференцированного способа реконструктивно-пластических операций в зависимости от пораженной части стопы, число больных с гнойным осложнением в нашей клинике уменьшилось до 9,4%, а послеоперационной летальности в момент анализа полученных данных не наблюдалось.

Таблица 3. Ближайшие результаты лечения у пациентов в зависимости от формы СДС, абс. (%)

Результат лечения	Форма СДС		Число больных абс. (%)
	нейроишемическая	нейропатическая	
Гладкое послеоперационное течение	12 (85,8)	36 (92,3)	48 (90,6)
Нагноение послеоперационной раны	1 (7,1)	3 (7,7)	4 (7,5)
Образование нейротрофической язвы	1 (7,1)	-	1 (1,9)
Всего	14 (26,4)	39 (73,6)	53 (100)

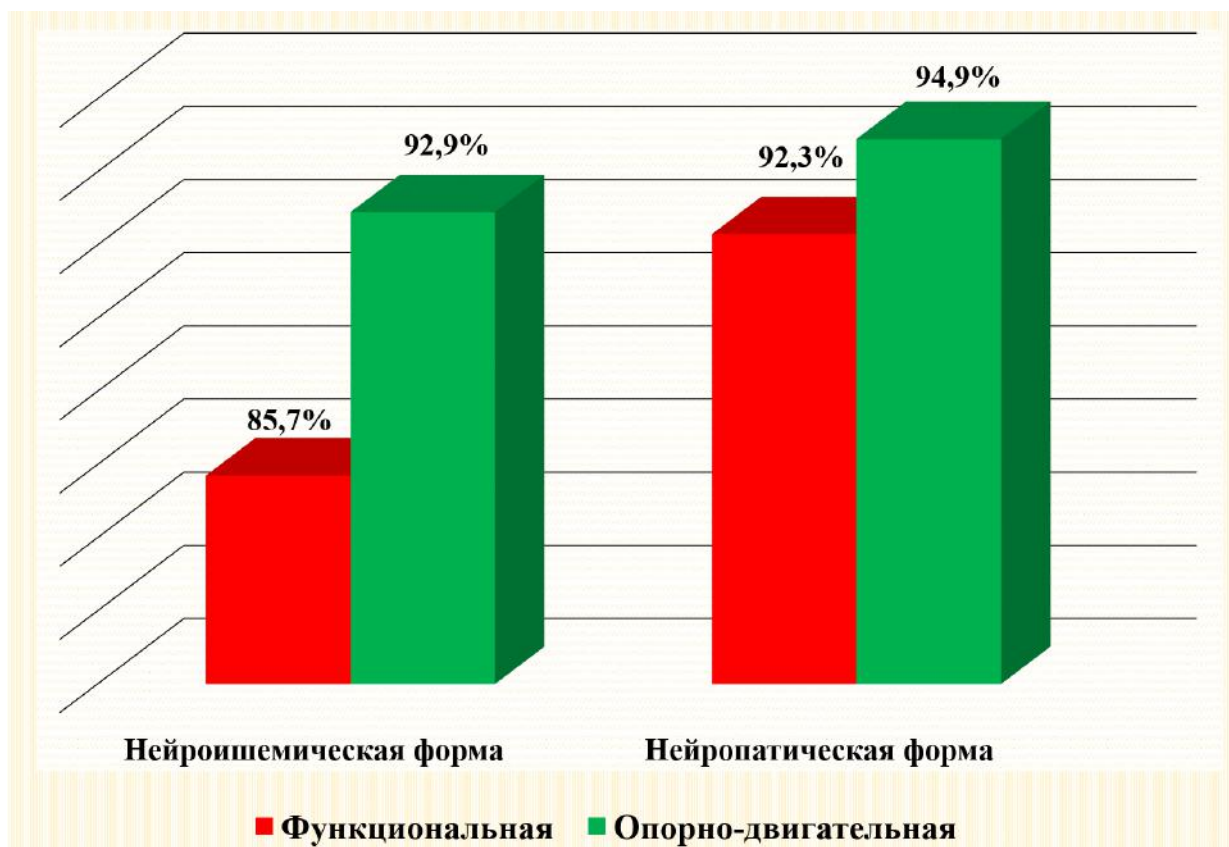


Рис. 3. Сохранность стопы у пациентов в зависимости от формы СДС

Адекватно выбранная стратегия и дифференцированный способ реконструктивно-пластических операций стопы у пациентов раневыми дефектами в зависимости от пораженной анатомической структуры стопы основной группы отличалась высокой эффективностью. Среди больных основной группы первичное заживление послеоперационной раны имело место у 48 (90,6%). У 4 (7,5%) пациентов в послеоперационном периоде развились поверхностное нагноение и воспаление в области раны. Даже при глубоком нагноении при условии, что оно локально и ограничено, а окружающие ткани кровоснабжаются удовлетворительно, можно рассчитывать на успех и добиться заживления раны только местной консервативной терапией.

С помощью адекватно выбранного дифференцированного хирургического способа у пациентов основной группы нам удалось повысить частоту сохранности стопы. Функциональная сохранность стопы при нейроишемической форме СДС составила 85,7%, при нейропатической – 92,3%. Опорно-двигательная сохранность при нейропатической форме СДС была на 2,0% выше, чем при нейроишемической (рис. 3).

Таким образом, нами усовершенствована техника выполнения реконструктивно-пластических операций. При этом строго учитывается локализация гнойно-некротического очага или раневого дефекта на стопе. Пациентам с выраженным гнойным процессом на стопе (влажная

гангрена) выполняли двухэтапную операцию: первым этапом осуществляли хирургическую санацию патологического очага с максимальным сохранением сомнительных тканей вокруг раны, второй этап был плановым, при этом выполняется реконструктивно-пластическая операция с учетом местных тканей и локализации раневого дефекта в части стопы. Время проведения второго этапа определялось индивидуально и в среднем составлял 7-10 дней. В случае критической ишемии мы старались сначала выполнить реваскуляризацию (баллонная ангиопластика) периферических артерий нижних конечностей, затем произвести санацию гнойно-некротического очага и последующем реконструктивную операцию.

Выполнение реконструктивно-пластических операций стопы с использованием дифференцированного подхода с учетом пораженной части позволит сохранить адекватную опороспособную стопу с минимальной частотой послеоперационных осложнений.

Выводы:

1. Ближайшие результаты (до 3 мес.) в группе сравнения (n=62) показали, что традиционный подход к реконструктивно-пластическим операциям у пациентов с СДС в 70,9% случаев ($p>0,05$) приводит к первичному заживлению послеоперационной раны. Гнойные осложнения в послеоперационном периоде встречались у 8,1% ($p>0,05$). Появление в ближайшие сроки нейротрофических язв на

оперированной стопе отмечалось в 21,0% случаев ($p>0,05$). При нейропатической форме СДС нейротрофические изменения встречались чаще, чем при нейроишемической – соответственно в 84,6 и 15,4%.

2. В этиопатогенезе нейротрофических язв на фоне СДС главную роль играет изменение биомеханики и опорной точки стопы за счет деструкции костей. Своевременная адекватная коррекция стопы с помощью оптимального способа реконструктивных оперативных вмешательств предотвращает возможные послеоперационные осложнения у пациентов с гнойно-некротическими поражениями стопы на фоне СДС.

3. Дифференцированная стратегия выполнения реконструктивно-пластических операций в зависимости от локализации дефекта стопы у пациентов основной группы ($n=53$) приводила к первичному заживлению в 90,6% случаев ($p>0,05$), что достоверно больше, чем у пациентов группы сравнения (70,9%). В данной группе пациентов в послеоперационном периоде отмечался низкий показатель появления нейропатической язвы – 1,9% (в группе сравнения 21,0%) ($p>0,05$).

Литература:

1. Алиева А.В., Акбаров З.С. Мембранные липиды и некоторые аспекты реализации эффекта инсулина на транспорт глюкозы при сахарном диабете // Мед. журн. Узбекистана. – 2017. – №5. – С. 95-98.
2. Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж., Саттаров И.С., Атажанов Т.Ш. Эффективность анатомических резекций костей голени при диабетической гангрене нижних конечностей // Мед. журн. Узбекистана. – 2018. – №6. – С. 38-42.
3. Галимов О.В. Значение неинвазивных методов исследования в ранней диагностике диабетических ангиопатий // Пробл. эндокринол. – 2015. – Т. 51, №1. – С. 28-30.
4. Ерошкин С.Н. Отдаленные результаты лечения пациентов с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы в зависимости от использования методов реваскуляризации // Новости хирургии. – 2013. – Т. 21, №4. – С. 62-70.
5. Кисляков В.А. Оценка компенсации ишемии в сберегающем лечении у пациентов с рецидивами гнойно-некротических поражений при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы // Хирург. – 2014. – №3. – С. 75-79.

6. Шкода М.В., Чур Н.Н., Кондратенко Г.Г. Критическая ишемия при синдроме диабетической стопы и методы ее лечения // Военная мед. – 2015. – №1 (34). – С. 63-66.
7. Fauzi A.A., Chung T.Y., Latif L.A. Risk factors of diabetic foot Charcot arthropathy: a case-control study at a Malaysian tertiary care centre // Singapore Med. J. – 2016. – Vol. 57, №4. – P. 198-203.
8. Morbi A.H., Shearman C.P. Topical Negative Pressure Therapy for Diabetic Foot Ulcers: Where Is the Evidence // Int. J. Low Extrem. Wounds. – 2016. – Vol. 15, №1. – P. 96.
9. Peled E., Peter-Riesch B. The Diabetic Foot: The Never-Ending Challenge // Endocrinol. Dev. – 2016. – Vol. 31. – P. 108-134.
10. Santema T.K., Poyck P.P., Ubbink D.T. Systematic review and meta-analysis of skin substitutes in the treatment of diabetic foot ulcers: Highlights of a Cochrane Systematic review // Wound Repair Regen. – 2016. – Vol. 6.
11. Waycaster C.R., Gilligan A.M., Motley T.A. Cost-effectiveness of Becaplermin Gel on Diabetic Foot Ulcer Healing: Changes in Wound Surface Area // J. Amer. Podiatr. Med. Assoc. – 2016. – Vol. 6.
12. Xu Z., Ran X. Diabetic foot care in China: challenges and strategy // Lancet Diabetes Endocrinol. – 2016. – Vol. 4, №4. – P. 297-298.
13. Zhang Z., Lv L. Effect of local insulin injection on wound vascularization in patients with diabetic foot ulcer // Exp. Ther. Med. – 2016. – Vol. 11, №2. – P. 397-402.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ СТРАТЕГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Матмуротов К.Ж., Рузматов П.Ю., Саттаров И.С.,
Рузматов Б.А., Якубов И.Й.*

Резюме. В данном исследовании проанализированы результаты хирургического лечения 53 больных, которые получали стационарное лечение в отделении гнойной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2021-2022 гг., которым реконструктивно-пластические операции на стопе выполнялись усовершенствованной техникой (в зависимости от локализации раневого дефекта и пораженной части стопы). Выполнение реконструктивно-пластических операций стопы с использованием дифференцированного подхода с учетом пораженной части позволит сохранить адекватную опороспособную стопу с минимальной частотой послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: сахарный диабет, реконструктивно-пластические операции, гнойно-некротическая рана, гангрена.

УДК: 615.125-006.1-120.2-045.12

ДИАБЕТИК ПАНЖА СИНДРОМИДА ДИАБЕТИК ОСТЕОАРТРОПАТИЯНИНГ НЕЙРОИШЕМИК ШАКЛИНИНГ ЎТКИР БОСҚИЧИДА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИКИШ



Матмуротов Қувондик Жуманиёзович, Исмаилов Уктам Сафаевич, Якубов Илёсбек Йўлдошевич, Атажанов Тулкинбек Шавкатович

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Матмуротов Кувондик Жуманиёзович, Исмаилов Уктам Сафаевич, Якубов Илёсбек Йўлдошевич, Атажанов Тулкинбек Шавкатович

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

DEVELOPMENT OF TREATMENT METHODS FOR DIABETIC OSTEOARTHROPATHY NEUROISHEMIC FORM IN DIABETIC PAW SYNDROME

Matmurotov Kuvondik Jumaniyozovich, Ismailov Uktam Safaevich, Yakubov Ilesbek Yuldoshevich, Atajanov Tulkinbek Shavkatovich

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@tta.uz

Резюме. Ушбу мақолада диабетик панжа синдромида диабетик остеоартропатияси бўлган беморларда нейропатик шаклининг ўткир фазасида адекват даволаш яъни оёқларнинг пастки экстрималрида баллонли ангиопластика амалиётини бажариш орқали кузатилиши мумкин бўлган асоратлар олдини олишга эришилади. Бунда биз ўткир фазадаги диабетик остеоартропатияда ўз вақтида қон оқимини тиклаш орқали трофик ярани муддатидан олдин битишига ва бу орқали бўлиши мумкин бўлган асоратларни олдини олган бўламиз.

Калим сўзлар: диабетик остеоартропатия, диабетик панжа, баллонли ангиопластика, нейроишемик ва нейропатик формали диабетик панжа синдроми.

Abstract. In this article, it is possible to prevent complications that can be observed when performing balloon angioplasty of the lower extremities of the legs in patients with diabetic osteoarthropathy in the acute phase of the neuropathic form. In this case, we will prevent premature healing of the trophic wound and possible complications by restoring blood flow in the acute phase of diabetic osteoarthropathy.

Key words: diabetic osteoarthropathy, diabetic paw, balloon angioplasty, diabetic paw syndrome with neuroischemic and neuropathic forms.

Кириш. Диабетик панжа синдроми (ДПС) периферик асаб тизимидаги патологик ўзгаришларни, артериал ва микросиркуляцион ётоқни ва остеоартропатия ходисаларини бирлаштиради, бу ярали некротик жараёнлар ва оёқ гангренасининг ривожланишига бевосита тахдид солади. Ҳар йили дунёда қандли диабет (ДМ) билан оғриган беморларнинг 2,2–5,9 фоизида ДПС нинг янги ҳолатлари аниқланади. ДПС турларидан бири диабетик остеоартропатия (ДОАП). [1, 12] Бу кўпинча неврологик етишмовчилик билан кечадиган бир ёки бир нечта бўғимларнинг оғриқсиз прогрессив ҳалокатли

артропатияси. ДОАП–бу КД нинг камдан-кам учрайдиган, аммо ўта оғир асоратлари бўлиб, бу оёқнинг суяк-лигаментли аппарати анатомик равишда йўқ қилинишига, оёқ деформацияларига ва ярали нуқсонларнинг ривожланишига олиб келади. Ушбу патологияга ўз вақтида даволанмаса, беморларда оғир ногиронлик ва ўз навбатида доимий ногирон бўлиши кузатилади [2, 3, 5].

Диабетик остеоартропатия (Шарко артропатияси, ДОАП) diabetes mellitus (DM) нинг кеч асоратларидан бири бўлиб, оғир диабетик нейропатия ва медиакалсиноз фонидида оёқ суяк

скелетининг асептик некрози билан кечади. ДАОП билан касалланиш барча КД ли беморлар орасида 1,5% дан диабетик нейропатия билан оғриган беморлар орасида 30% гача. КД билан оғриган беморларнинг умумий сони ортиб бораётганини ҳисобга олсак, ДАОП частотаси ҳам ортиб бормоқда. ДАОП-даги характерли ўзгаришлар юз йилдан кўпроқ вақт олдин тасвирланганига қарамай, ушбу патологиянинг тарқалиши, патогенези ва энг самарали даволаш тактикаси тўғрисида ҳали ҳам аниқ маълумотлар мавжуд эмас. [4,6]

ДАОП ривожланишида восита ва ҳиссий нейропатия, шикастланишлар, шу жумладан микро ёриқлар ва бўғимларнинг парчаланиши, шунингдек ситокин экспрессионининг кўпайиши билан кечадиган яллиғланиш реакцияси асосий рол ўйнайди. Жароҳатдан олдин остеопения тасдиқланган омил эмас. Қандай бўлмасин, ДАОП нинг ўткир босқичида суяк резорбцияси ва суяк шаклланиши жараёнларининг ажралиши аниқ. Оёқ-қўлларга юкни ушлаб турганда суякларни қайта тиклашнинг бу номутаносиблиги суяк тўқималарининг миқдори ва сифатининг ўзгаришига олиб келади, бу эса суяк кучининг пасайишига олиб келади. Баъзи тадқиқотчилар остеопениянинг мавжудлиги бўғимларнинг лигаментли аппарати бекарорлигини шакллантиришдан кўра кўпроқ ёриқлар ривожланишига мойил деб ҳисоблашади. [7,8]

Бир қатор тадқиқотчилар 1-тоифа диабет (КД1) билан оғриган беморларда остеопения билан касалланишнинг юқори даражаси ҳақидаги гипотезани илгари сурдилар ва тасдиқладилар, гарчи ДАОП ривожланиш частотаси 1-тоифа ва 2-тоифа диабет (КД2) учун бир хил бўлса. Шунингдек, баъзи тадқиқотлар КД1 билан оғриган беморларда femur бўйнида, хусусан, остеопениянинг тизимли намоён бўлишининг юқори даражасини кўрсатди. Бу факт ДАОП учун даволаш стратегиясини танлашда муҳим аҳамиятга эга. [9,10,11]

ДАОП билан оғриган беморларнинг пастки экстремиталарида қон оқимини ўрганиш ДАОП нинг ўткир босқичида унинг чизикли тезлигининг сезиларли даражада ошганлигини кўрсатди. ДАОП нинг сурункали босқичида қон оқимининг тезлиги ўткир босқичга қараганда паст бўлади, аммо назоратга нисбатан анча юқори. Ушбу маълумотларга асосланиб, ДАОП ни даволаш тактикасини танлашда вазоактив дориларни тайинлашдан қочиш керак.

Тадқиқот мақсади: Диабетик панжа синдромида диабетик остеоартропатиянинг нейроишемик шаклининг ўткир босқичида даволаш алгоритмини ишлаб чиқишдир.

Материаллар ва усуллар. Бизнинг ишимиз Тошкент тиббиёт Академияси кўп тармоқли

клиникасида йирингли жарроҳлик ва қандли диабетнинг жарроҳлик асоратлари кафедрасида ўрганилган. Ўткир фазали остеоартропатия билан оғриган 65 та беморни 2020 йилдан 2023 йилгача даволаш натижалари таҳлил қилинди. ДАОП билан оғриган беморларни тадқиқотга киритиш мезонлари: ёши 28 ёшдан 66 ёшгача. Остеоартропатия диагностикаси рентген ва гистологик тадқиқотлар натижаларига асосланилди. Нейропатия ташхиси оёқларнинг оғриқ, ҳарорат ва тебраниш сезгирлиги даражасининг пасайишини баҳолашга асосланган. Макроангиопатия тўпиқ бўғими ва оёқнинг dorsal артерияси даражасида пулсация бўлмаганда ташхис қўйилган. Бундай ҳолда, магистрал артерияларда қон оқимининг ўзгариши ултратовушли Доплерография ("Асусонх-500") натижалари билан аниқланди, баъзи ҳолларда мултиспирал компьютер томографияси (МСКТ) қилинди ва пастки экстремитал томирларининг селектив ангиографияси (Philips Аллура Хпер ФД20 қурилмаси).

Беморларнинг аксариятида (55 бемор – 85%) КД фониди периферик полиневропатия фониди пастки экстремиталларда асосий қон оқимини бузилмаган. Бироқ, 10 беморда (15%) Шарко остеоартропатиясининг ўткир босқичи СДСДПС нинг олдин ташхис қўйилган нейроишемик шакли фониди ривожланди. 10 та бемордан иборат ушбу гуруҳда ДПС нинг нейроишемик шаклини аниқлаш мобайнида анамнезида оёқ панжаси тўқималари некрозининг ривожланиши (остеоартропатиянинг ўткир босқичи ривожланишидан олдин) оёқ панжа-болдир бўғими ва оёқнинг dorsal артерияси даражасида пулс йўқлиги билан бирга кечаган. УЗДГ [7] натижасига кўра, бу даражада пулс тўлқини йўқлиги кузатилган. Ушбу гуруҳнинг беморлари тадқиқот объектига сифатида ўрганилди. Ушбу 10 та бемордан иборат гуруҳда КД нинг ўртача давомийлиги 15,6 йилни ташкил етди, уларнинг барчасида 2-тоифа диабет кузтилган, беморларнинг ўртача yoshi 65 ёшни ташкил етди (5 аёл ва 5 еркак).

Тадқиқот натижаси: Анамнезга кўра, ДАОП нинг ўткир босқичи билан касалхонага ётқизилган барча 10 та беморда юзаки femoral артериянинг мултифокал стенозлари, пастки оёқ артерияларида турли даражадаги коллатерал қон оқими билан tibial артерияларнинг окклюзияси ва субокклюзив зарарланиш аниқланди. Барча ҳолатларда оёқнинг пастки учдан бир қисмида tibial артерияларда пулс аниқланмайди. ДПС нинг нейроишемик шакли бўлган барча 10 та беморда Шарко оёғининг ўткир босқичи ривожланганлигига шубҳа улардаги остеоартропатиянинг клиник белгилари – ўткир шиш, оёқнинг қизариши ва деформациясининг

пайдо бўлишига асосланилди. Рентген текшируви маълумотлари кўра барча 10 та беморда суяк ва бўғимларнинг деструкцияси тасдиқлади: 5 таси тарсал-metatarsal бўғим соҳасида, 4 таси metatarsal суяклар даражасида, 1 та беморда тарсал бўғим шикастланган.

Шуни таъкидлаш керакки, ДПС нинг нейроишемик шакли бўлган беморларнинг гуруҳида қисқа вақт ичида остеоартропатиянинг ўткир босқичининг ривожланиши ва бу ўз навбатида трофик яранинг ривожланишини авж олишига олиб келади.

Остеоартропатиянинг клиник кўриниши намоён бўлгандан сўнг, барча 10 та бемор касалхонада пастки экстрималларнинг артерияларини такрорий ултратовуш текширувидан ўтказилди; ултратовуш маълумотларига асосан айтарли фарқ олинмади, фақат ён томонда пастки оёқ ва оёқнинг юмшоқ тўқималарининг ўртача шишиши мавжудлигидан ташқари оёқнинг distal қисмларида қон оқимини секинлаштирувчи зарарланиш аниқланди.

ДОАП нинг ўткир босқичи бўлган беморда оёқнинг пастки қисмида юзага келадиган

патологик жараёнларнинг батафсилроқ табиатини қуйидаги клиник мисол билан кўрсатиш мумкин: 65 ёшли бемор (жадвалда 6-сон), 2022 йилда Тошкент тиббиёт Академиясининг кўп тармоқли клиникасида қандли диабетнинг асоратлари йирингли жарроҳлик ва жарроҳлик бўлимига ётқизилган: "2-тоифа диабет, декомпенсация босқичи. Диабетик панжа синдроми, нейроишемик шакл. Бармоқларнинг гангрениси туфайли Шарп (2017) бўйича ўнг оёқ ампутациясидан кейинги ҳолат. Ўнг оёқнинг орқа поғонасининг флегмонаси." Беморни касалхонага ётқизиш пайтида ўнг оёқнинг рентгенографиясида суякда зарарланиш аниқланди.

Кузатувдаги беморда қабул қилинган куни операция ўтказилди, оёқ флегмонасини очиш, 2 ҳафталик даволаниш давомида оёқнинг шишиши ва гиперемияси аста-секин пасайиб борди, яра оқиши йўқолди, лаборатория параметрлари ва тана ҳарорати нормаллашди, яралар аста-секин грануляция тўқималари билан тўлдирилди.

Жадвал 1. ДПС нейроишемик шакли бўлган беморларда оёқ тўқималарининг шикастланишининг табиати ва пастки экстрималлар артерияларининг ҳолати

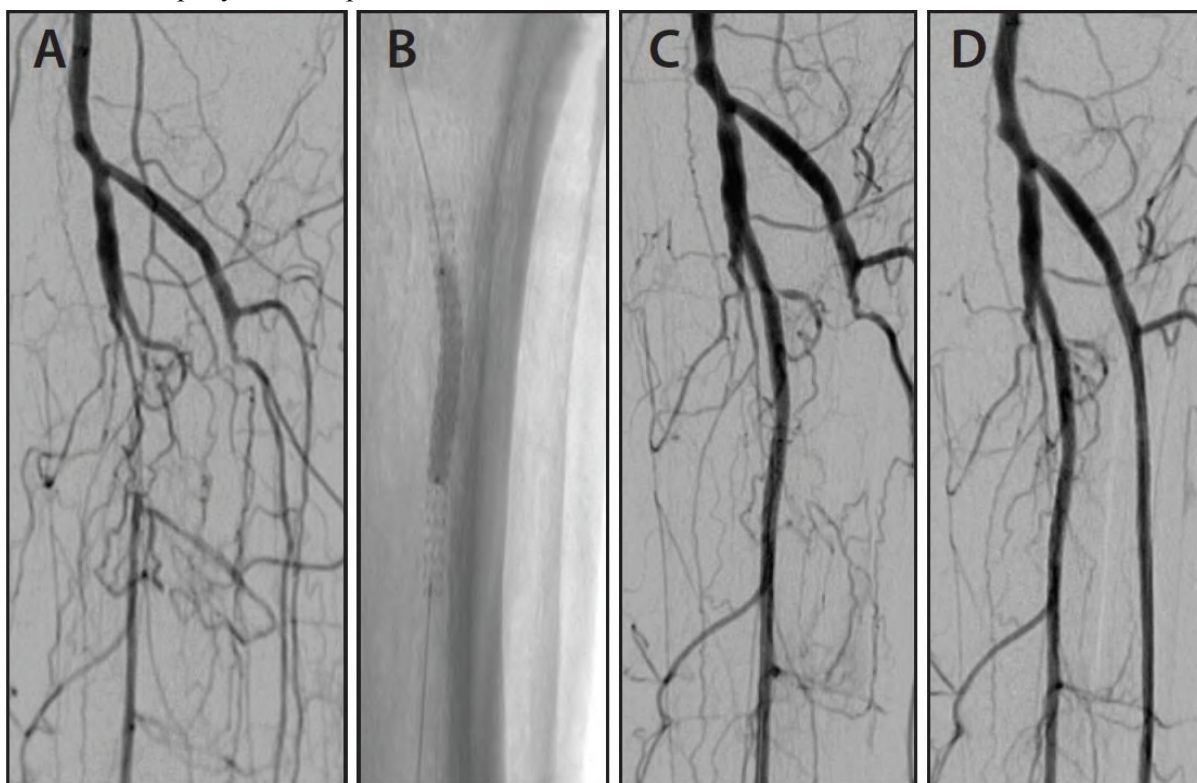
Бемор / ёши	Зарарланиш чуқурлиги(Wagner бўйича)	Зарарланиш характери/ қилинган жарроҳлик аралашуви	Артерияларнинг окклюзив-стенотик зарарланиш табиати (оёқ зарарланишининг ён томонида)
№1, 68 ёш	IV	оёқ бармоқларининг гангрениси / оёқнинг distal қисмини ампутация қилиш	стеноз (70%) УСА 2 , ҳам ТОА 3, tibial артерияларда коллатерал қон оқими
№2, 65 ёш	IV	оёқ бармоқларининг гангрениси / оёқ бармоқларининг ампутацияси	стеноз (70%) ЮСА 5 стеноз (<70%) ТОА ва ОлБА, ОрБА окклюзияси 4, стеноз (>70%) ОлБА 5
№3, 74 ёш	IV	оёқ бармоқларининг гангрениси / оёқ бармоқларининг ампутацияси	tibial артерияларнинг стенози (70%) стенози (<70%) ЮЁА, стеноз (<70%) УСА ва ТОА,
№4, 59 ёш	III	некротик флегмон / флегмонани очиш	болдирнинг мултифокал стенози (>70%)
№5, 61 ёш	III	некротик флегмона / флегмонани очиш	стеноз (<70%) ЮЁА, стеноз (<70%) УСА,
№6, 65 ёш	IV	оёқ бармоқларининг гангрениси / бармоқларнинг ампутацияси	стеноз (<70%) ЮЁА, стеноз (>70%) УСА ва ТОА,
№7, 55 ёш	IV	оёқ бармоқларининг гангрениси / оёқ бармоқларининг ампутацияси	стеноз (70%) ЮСА 5 стеноз (<70%) ТОА ва ОлБА, ОрБА окклюзияси 4, стеноз (>70%) ОлБА 5
№8, 54 ёш	III	оёқ бармоқларининг гангрениси / оёқнинг distal қисмини ампутация қилиш	болдирнинг мултифокал стенози (>70%)
№9, 68 ёш	III	оёқ бармоқларининг гангрениси / бармоқларнинг ампутацияси	стеноз (70%) УСА 2 , ҳам ТОА 3, tibial артерияларда коллатерал қон оқими
№10, 45 ёш	IV	некротик флегмона / флегмонани очиш	стеноз (70%) ЮСА 5 стеноз (<70%) ТОА ва ОлБА, ОрБА окклюзияси 4, стеноз (>70%) ОлБА 5



Расм. 1. Бемор, 65 ёш, ДПС, ўнг оёқ чултоги флегмонасини очгандан кейинги ҳолат. Ўнг оёқ чултогининг шиши, деформацияси ва гиперемияси, ўнг оёқнинг орқа қисмидаги грануляцион яра



Расм. 2. Бемор, 65 ёшда. Қабул қилинган пайтдан бошлаб 14 кундан кейин ўнг оёқ чултогининг рентгенограммаси—тарсал - metatarsal бўғим суяқларини зарарланиши



Расм 3. Бемор, 65 ёшда. Беморда болдир артерияларида баллонли ангиопластика амалиётидан кейинги натижалар

Бирок, даволаниш бошланганидан 14 кун ўтгач, бемор ўнг оёқ шишини, гиперемияни ва ўнг оёқ терисининг гипертермиясини кескин ошира бошлади (Расм. 1). Шу билан бирга, қисқа вақт ичида (2-3 кун) яраининг пастки қисмида грануляция тўқималарининг фаол шаклланиши қайд этилди. Ўнг оёқ грануляцион ярасини қайта кўриб чиқиш пайтида юмшоқ тўқималарда йирингли шиш аниқланмади.

Ўнг оёқнинг такрорий рентгенографияси ўтказилди, бунда ўнг оёқнинг чултогининг ўрта қисмида суяк-артикуляр зарарланиш зонаси аниқлади (расм.2).

Касалхонага ётқизишдан олдин ўтказилган пастки экстрималларнинг артерияларини ултратовуш текшируви хулосасига кўра, беморда юзаки femoral артерия (ЮСА) ва ўнг томонда олд tibial артерия (ОлБА) стенози, орқа tibial артерияда (ОрБА) коллатерал қон оқими бўлган. Артерияларнинг такрорий ултратовуш текшируви ўтказилди: ЮСА да arterial ўзгарган қон оқими, ЮСА нинг окклюзияси. Остеоартропатиянинг ўткир босқичида зараланиш пастки экстримал томирларнинг шикастланиш табиатини аниқлаштириш учун беморга пастки экстрималларнинг артерияларида МСКТ

ўтказилди. МСКТ натижаларига кўра, ўнг оёқ пастки асосий артерияларининг шикастланишининг табиати ва даражаси аниқ кўриниб турибди: ўнг юзаки femoral артериянинг ўрта учдан бир қисмида 40% гача торайиши, тиббио-перонеал магистрал 60% гача, posterior tibial артерияда контрастининг йўқлиги аниқланди.

Шуларга асосланган холда кузатувдаги беморларда остеоартропатиянинг нейроишемик шаклининг ўткир босқичида торайиш аниқланган артерия томирларида эндоскопик усулда баллонли ангиопластика амалиёти бажарилди. Бунда 10 та кузатувдаги беморлардан 7 тасида асосан болдир артерияларидаги торайишлар 3 тасида эса ЮСА артериясидаги торайишлар бартараф этилди.

Муҳокама. Бизнинг ишимиз шуни кўрсатадики, остеоартропатиянинг нейроишемик шаклининг ўткир босқичида магистрал қон томирларда торайиш бўлган холатларда ўз вақтида қилинган реконструктив операциялар бу касалликда кузатилиши мумкин бўлган асоратларни олдини олишига, нафақат бу касалликни сурункали шаклига ўтиб кетишини олдини олишга сабабчи бўлади. асосий қон оқими бузилган беморларда ҳам ривожланиши мумкин. Шу ўринда айтиб ўтишимиз керакки ДПС да остеоартропатиянинг нейроишемик шаклидаги магистрал томирлардаги гемодинамик ахамиятга эга бўлган стенозлар ДПС оғир асоратларига олиб келиши тасдиқланган.

Оёқ пастки экстрималларидаги томирларда кузатиладиган стенозлар бевосита ДПС да кузатиладиган турли хил нейроишемик фондаги яраларнинг боришига ва грануляцион тўқиманинг ривожланишига бевосита таъсир кўрсатади.

Бевосита шундан келиб чиққан холатда биз бажарган баллонли ангиопластика амалиёти ДПС нинг нейроишемик шаклида яраларинг тозаланиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади.

Хулоса: Шарко остеоартропатиясининг келиб чиқиши ва ривожланиш назариялари хозирги кунгача долзарблигича қолмоқда. ДАОП нинг нейроишемик шаклининг ўткир босқичида тўқималарда қон оқимининг яхшиланиши бевосита трофик ярани битишига ва асоратларнинг камайишига ижобий таъсир кўрсатади.

Адабиётлар:

1. Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю., Удовиченко О.В. Синдром диабетической стопы. Пособие для врачей. Москва, 2018.
2. Game F., Cavanagh P. The role of proinflammatory cytokines in the cause of neuro-

pathic osteoarthropathy (acute Charcot foot) in diabetes. Lancet 2015.

3. Актуальные вопросы патогенеза, диагностики и лечения поражений нижних конечностей у больных сахарным диабетом. Сборник лекций для врачей. Москва, 2019.

4. Ульянова И.Н., Анциферов М.Б. Минеральная плотность костной ткани у больных с диабетической остеоартропатией. Остеопороз и остеопатии, 2012,

5. Jones K.B., Saltzman C.L. Pattern of diabetic neuropathic arthropathy associated with the peripheral bone mineral density. J Bone Joint Surgery 2018.

6. Boulton AJV. Medical treatment of Charcot's arthropathy. Journal of the American Podiatric Medical Association Volume 92 Number 2013,

7. Галстян Г.Р. Применение иммобилизирующих разгрузочных повязок (методика Total Contact Cast) при лечении синдрома диабетической стопы. Методические рекомендации. Москва, 2015.

8. Галстян Г.Р., Анциферов М.Б. Современные иммобилизационные материалы в лечении синдрома диабетической стопы. Сахарный диабет, 2017.

9. Boulton T., et al. Response of Charcot arthropathy to contact casting: assessment by quantitative techniques. Diabetologia (2017).

10. Jirkovska A., et al. Intranasal Calcitonin in treatment of acute Charcot neuroosteoarthropathy: A randomized controlled trial. Diabetes Care, June, 2016;

11. Руководство по остеопорозу. Под ред. Беневоленской.-М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2019

12. Jude E.V. et al Bisphosphonates in treatment of Charcot neuroarthropathy: a double blind randomized controlled trial. Diabetologia 2019.

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Матмуротов К.Ж., Исмаилов У.С., Якубов И.Й.,
Атажанов Т.Ш.*

Резюме. В данной статье удаётся предотвратить осложнения, которые могут наблюдаться при выполнении баллонной ангиопластики нижних конечностей ног у больных диабетической остеоартропатией в острой фазе нейропатической формы. В этом случае мы предотвратим преждевременное заживление трофической раны и возможные осложнения за счет восстановления кровотока в острой фазе диабетической остеоартропатии.

Ключевые слова: диабетическая остеоартропатия, диабетическая лапа, баллонная ангиопластика, нейроишемическая и нейропатическая формы синдрома диабетической стопы.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ КАРЦИНОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Минуллин Иркин Рашидович, Мамаризаев Дилшод Юнусович, Мамаризаева Нафосат Зоҳиджон кизи Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КЎКРАК БЕЗИ КАРЦИНОМАСИНИНГ АЙРИМ ГИСТОЛОГИК ВАРИАНТЛАРИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ

Минуллин Иркин Рашидович, Мамаризаев Дилшод Юнусович, Мамаризаева Нафосат Зоҳиджон кизи Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

CLINICAL COURSE IN CERTAIN HISTOLOGICAL VARIANTS OF BREAST CARCINOMA

Minullin Irkin Rashidovich, Mamarizaev Dilshod Yunusovich, Mamarizaeva Nafosat Zohidjon kizi Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: shuchrat_66@mail.ru

Резюме. Мақолада кўкрак бези саратони билан касалланган 1650 беморнинг касаллик тарихи ва амбулатор карта ёзувларини ретроспектив таҳлил қилиш натижалари келтирилган. Юқори дифференциаланган ҳужайралари карцинидларга нисбатан паст даражадаги дифференциаланган ўсмаларда метастаз бериш қобилиятининг ошиши аниқланди. Шу билан бирга, кўкрак бези саратонида метастазларнинг морфологик жиҳатлари етарлича ўрганилмаган, бу масалага бағишланган тадқиқотлар кам.

Калит сўзлар: кўкрак бези саратони, ўсма, морфология, Педжет саратони, 5 йиллик омон қолиш даражаси.

Abstract. The article provides a retrospective analysis of the medical history and outpatient records of 1,650 patients with breast cancer. An increase in the ability to metastasize in low-differentiated tumors compared with more mature forms was found. At the same time, the morphological aspect of metastasis in breast cancer has not been studied enough, studies devoted to this issue are few.

Keywords: breast cancer, tumor, morphology, Paget's cancer, 5-year survival rate.

Актуальность: В многочисленных исследованиях отечественных и зарубежных авторов показано, что реализация процесса метастазирования зависит как от общих реакции организма, так и от биологических свойств опухолевой клетки. В литературе накоплены сведения, согласно которым о биологических свойствах опухолей можно судить на основании особенностей их морфологии. Так, при раке желудка, лёгких, щитовидной железы выявлена определенная зависимость между гистологической структурой опухоли, степенью её дифференцировки и способностью к метастазированию [1,2,3,4,9,10].

Установлено увеличение способности к метастазированию при низко дифференцированных опухолях по сравнению с более зрелыми формами. В тоже время морфологический аспект метастазирования при раке молочной железы изучен недостаточно, исследования, посвящённые этому

вопросу, немногочисленны. Д.Н.Мельников отмечает наибольшую частоту метастазирования при скирре (58%), солидном раке (44,5%). Наименьшая частота метастазирования была при внутрипротоковом раке (22%), аденокарциноме (36%), не было метастазов при раке Педжета [1,5,6,7,8].

Мы решили проследить клиническое течение отдельных гистологических вариантов опухолей (гистологическая классификация опухолей ВОЗ) а также провести параллели между гистологической структурой и характером метастазирования некоторых из этих опухолей регионарные лимфатические узлы.

Цель исследования: Определить прогноз выживаемости в зависимости от гистологического варианта рака молочной железы.

Материалы и методы: Для исследования были использованы личные наблюдения за боль-

ными, анализ историй болезни и амбулаторных карт больных, лечившихся в Самаркандском филиале РСНПМЦОиР с 2017 по 2022 г. за это время лечились 1650 больных первичным раком молочной железы.

Рак Педжета относительно редкое заболевание. По данным литературы, частота его составляет 1-25% от всех гистологических форм рака молочной железы.

В период с 2017 по 2022 г. Самаркандском филиале РСНПМЦОиР лечились 3% больных с болезнью Педжета. Самой молодой было 30 лет самой пожилой – 68 лет. Наибольшее число больных (30) отмечалось в возрасте 45-60 лет. У большинства больных (у 18) заболевание молочной железы началось с изменения соска в виде мокнутия, появления корочек белесоватого цвета, трещин, утолщенности. Длительность подобных изменений от 1,5 года до 10 лет. Больных лечил дерматолог по поводу “псориаза”, “экземы” и хирург по поводу “хронического воспаления соска”. После проведенного лечения у некоторой части больных наступило временное субъективное улучшение уменьшились зуд, жжение, чувство сдавливания соска, однако затем заболевание приобретало прежние клинические признаки. Появление в молочной железе опухолевидного образования (12 человек), выраженных изменений соска и ареолы (3), увеличение подмышечных лимфатических узлов (3) заставили больных обратиться к врачу.

Соблюдение клинических стандартов в ходе исследования. В процессе ведения больных использованы клинические стандарты, утвержденные МЗРУЗ на основании Постановления Президента РУз № 2866 от 4.04.17. Утверждены Приказом МЗ РУз №351 от 2017.29.06. [16]

Статистическая обработка результатов. Результаты наблюдения фиксировались в карте стационарного больного (истории болезни) и амбулаторной карте, откуда переносились в специальный электронный кодификатор, который далее подвергали статистическому анализу, применяя пакет стандартных компьютерных программ. Количественная обработка данных исследования была осуществлена в соответствии с общепринятыми принципами статистики [11, 12, 13]. При получении нулевых и 100%-ных долевых средних использовали таблицы для экспресс-расчетов стандартной ошибки и доверительных границ; о групповых различиях судили по t-критерию Стьюдента [14, 15].

Результаты и их обсуждение: В зависимости от стадии процесса при раке Педжета молочной железы больные распределялись так: I T_{1, 2} N₀M₀ у 6, IIa T₂N₀M₀ у 13, IIb, T₂N₁M₀-у 5, IIIa T₃N₀M₀ у 4, IIb, T_{1,2,3} N_{1,2} M₀ у 6.

Таким образом, у большинства больных выявлен местно-распространенный процессы (22 человек или 65%, - 1,2 а, 3а стадии).

При наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы применяли комбинированное и комплексное лечение. Пятилетняя выживаемость больных с местно-распространенными формами составила 71%, 10-летняя -40%. При наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы прогноз ухудшался: 5-летняя выживаемость составила 30%, больных живущих 10 лет и более не наблюдалось. При изолированном поражении соска 5-летняя выживаемость составила 100%, 10 лет и более прожили 62%.

Лобулярная карцинома отмечена у 10 больных. Средний возраст 50-60 лет средняя длительность заболевания от 1 года до 3 лет. Стоит отметить, что у 3 человек дольковый рак был находкой во время операции со срочный гистологическим исследованием, производимым по поводу локализованной мастопатии.

Характером заболевания (T_{2,3} N₀ M₀) было 8. У 3 была метастазы в подмышечные лимфатические узлы, причем у 2 множественные. Трехлетняя выживаемость отмечена у 5 больных у остальных длительность наблюдения не превышала 3 лет. Папиллярная карцинома выявлена у 9 больных. Возраст больных 45-60 лет, 3 больных были старше 70 лет. Средняя длительность заболевания не превышала 1 год. При клиническом обследовании больных опухоли имели бугристую поверхность и плотную консистенцию, у 2 больных были плотные увеличенные подмышечные лимфатические узлы. У 7 больных была I-IIa, T₂N₀M₀ стадия распространенности процесса, у 2-IIIb, T_{2,3} N_{1,2} M₀. Частота метастазирования составила 16,5%, сведения о 5-летней выживаемости имеются в отношении 2 больных, у остальных длительность наблюдения за больными продолжают.

Слизистый рак отмечен у 1% больных. Средний возраст больных 40-60 лет, самой пожилой больной было 74 лет. В большинстве наших наблюдений (8 из 14) заболевание протекало длительно от 2 до 6 лет, в среднем 2-3 года. Только у одной больной в этой группе имелись метастазы в подмышечные лимфатические узлы. При клиническом обследовании выявлена различные размеры опухоли диаметром 1,5-6см все они имели плотную консистенцию, бугристую поверхность, четкую у большинства больных границу, иногда были спаяны с кожей. У одной больной отмечались множественные метастазы в подмышечные лимфатические узлы, они имели вид ослизненного конгломерата.

Заключение: Больным в зависимости от стадии заболевания проводили оперативное, комбинированное и комплексное лечение. При анали-

зе выживаемости отмечено, что 4 больных с I-II а T₂N₀M₀ стадией заболевания прожили после радикального лечения 5 и более лет у остальных больных длительность наблюдения не превышала 1,5 лет. Таким образом, перечисленных особых гистологических вариантах карциномы отмечается невысокая способность к метастазированию, средняя частота метастазирования составила 28% что ниже, чем при других формах рака молочной железы: солидном раке (59%), скирр (55%), аденокарцинома (46%).

При местно распространенных формах рака Педжета отмечаются высокая 5 и 10 летняя выживаемость и отягощение прогноза при наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы или появлении опухолевого узла в молочной железе, что в целом не противоречит результатам наблюдений других авторов.

Выводы: 1. Наиболее частой гистологической формой (50%) была рак Педжета отличающийся медленным течением, высокой 3 и 5 летней выживаемостью больных при местно распространенных процессах.

2. Небольшое число наблюдений не позволяет высказаться определенно, но создается впечатление о невысокой способности к метастазированию некоторых форм рака молочной железы в регионарные лимфатические узлы(21%).

Литература:

1. И.В. Давыдовский И11 Общая патология человека / И.В. Давыдовский – М.:, 2012. – 612 с.
2. Corradini AG, et al. Which type of cancer is detected in breast screening programs? Review of the literature with focus on the most frequent histological features // Pathologica. 2021;113(2):85–94.
3. Desmedt Ch, et al. Transcriptomic and genomic features of invasive lobular breast cancer // Seminars in Cancer Biology. 2017;44:98–105.
4. Adachi Y, Ishiguro J, Kotani H et al. Comparison of clinical outcomes between luminal invasive ductal carcinoma and luminal invasive lobular carcinoma // BMC Cancer. 2016;16:248.
5. Chamalidou C, Fohlin H, Albertsson P et al. Survival patterns of invasive lobular and invasive ductal breast cancer in a large population-based cohort with two decades of follow up // Breast. 2021;59:294–300.
6. Lu K, Wang X, Zhang W et al. Clinicopathological and genomic features of breast mucinous carcinoma // Breast. 2020;53:130–137. doi:10.1016/j.breast.2020.07.010.
7. Sharma P. Biology and Management of Patients With Triple-Negative Breast Cancer // The Oncologist. 2016;21(Issue 9):1050–1062 doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0067
8. Zein DE, Hughes M, Kumar Sh et al. Metaplastic Carcinoma of the Breast Is More Aggressive Than Triple-negative Breast Cancer: A Study From a Sin-

gle Institution and Review of Literature // Clin Breast Cancer. 2017;17(5):382–391.

doi:10.1016/j.clbc.2017.04.009

9. Ignatov A, Eggemann H, Burger E, Ignatov T. Patterns of breast cancer relapse in accordance to biological subtype // J Cancer Res Clin Oncol. 2018;144(7):1347–1355. doi:10.1007/s00432-018-2644-2

10. Moossdorff M, Vane MLG, Van Nijnatten TJA et al. Conditional local recurrence risk: the effect of event-free years in different subtypes of breast cancer // Breast Cancer Res Treat. 2021;186(3):863–870. doi:10.1007/s10549-020-06040-3

11. Parkin D., Hakulinen T. Analysis of survival. In: Jensen O.M., Parkin D.M., MacLennan R., Muir C.S. and Skeet R.G. (eds) Cancer Registration, Principles and Methods. IARC Sci. Publ. №95. IARC Press, Lyon, 1991; pp 159–176.

12. Swaminathan R and Brenner H. Statistical methods for cancer survival analysis // IARC Scientific Publications volume 162, ISBN 978-92-832-2162-3, Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2011.

13. Siegel R., Naishadham D., Jemal A. Cancer Statistics, 2013 // CA Cancer J. Clin. - 2013; 63:11-30.

14. Ризаев Ж. А., Гайбуллаев Э. А., Гайбуллаева З. Х. Клинико-иммунологический статус у больных с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне применения иммуномодулятора алхадая // Медицинское образование сегодня. – 2020. – №. 3. – С. 39-51.

15. Ризаев Ж. А. и др. Персонализированная терапия генерализованного пародонтита на основе интегральной оценки клинико-лабораторных показателей // Журнал «Проблемы биологии и медицины. – 2021. – №. 3. – С. 120.

16. Сборник стандартов и клинических протоколов диагностики и лечения рака злокачественных новообразования / Коллектив составителей, под ред. проф., д.м.н. М.Н. Тилляшайхова. – Ташкент. - 2017. – 254с.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ КАРЦИНОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Минуллин И.Р., Мамаризаев Д.Ю., Мамаризаева Н.З.

Резюме. В статье представлены результаты ретроспективного анализа истории болезни и амбулаторных карт 1650 больных раком молочной железы. Установлено увеличение способности к метастазированию у низкодифференцированных опухолей по сравнению с высокодифференцированными карциномами. В то же время морфологические аспекты метастазов при раке молочной железы изучены недостаточно, исследований, посвященных этому вопросу, немного.

Ключевые слова: рак молочной железы, опухоль, морфология, рак Педжета, 5-летняя выживаемость.

УДК: 618.4-117.3.12

ОЦЕНКА ВАРИАНТОВ АЛЛЕЛЕЙ И ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА RS9340799 В ГЕНЕ ЭСТРОГЕНОВОГО РЕЦЕПТОРА ESR1 МЕЖДУ ГРУППАМИ ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ



Насимова Нигина Рустамовна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ГЕНИТАЛ ПРОЛАПСИ БОР БЕМОРЛАР ГУРУХЛАРИ ЎРТАСИДА RS 9340799 ESTROGEN РЕЦЕПТОРЛАРИ ГЕНИДА ESR 1 ПОЛИМОРФИЗМ АЛЛЕЛЛАРИ ВА ГЕНОТИПЛАРИНИНГ ВАРИАНТЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Насимова Нигина Рустамовна

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

EVALUATION OF ALLELE AND GENOTYPE VARIANTS OF RS9340799 POLYMORPHISM IN THE ESTROGEN RECEPTOR GENE ESR1 BETWEEN GROUPS OF PATIENTS WITH GENITAL PROLAPSE

Nasimova Nigina Rustamovna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: ms.rigina83@mail.ru

Резюме. Биз генитал пролапси аёллар орасида ESR 1 (rs9340799) эстроген рецепторлари полиморфик генининг пайдо бўлиши ва ҳиссаси хусусиятларини ўрганиб чиқдик. Ген стандар ПЦР ёрдамида ДНК намуналарини таҳлил қилиш орқали баҳоланди. Биз томонидан олинган тадқиқот натижалари esr9340799 эстроген рецепторлари генидаги ESR 1 полиморфизмининг мутант аллели а ва генотипи а/а оғир генитал пролапс хавфи ортиши билан боғлиқлигини ва патогенетик ҳисса қўшиадиган мустақил генетик белгилар сифатида қаралиши мумкинлигини аниқлашга имкон берди. касаллик, асосий генотип Г / Г эса касалликнинг оғир шаклга ўтишига тўсқинлик қилувчи ҳимоя белгисидир.

Калим сўзлар: генитал пролапси, эстроген рецепторлари, полиморфизм, ген, ESR 1 (rs9340799), частота, аллел, генотип, ташувчилар.

Abstract. We have studied the occurrence and contribution of the polymorphic estrogen receptor gene ESR1 (rs9340799) among women with genital prolapse. Gene evaluation was performed by analyzing DNA samples by standard PCR. Our results of the study allowed us to establish that the mutant A allele and the A/A genotype of the rs9340799 polymorphism in the estrogen receptor gene ESR1 are associated with an increased risk of developing a severe degree of genital prolapse and can be considered as independent genetic markers that have a pathogenetic contribution to the aggravation of the disease, while the main genotype G/G is a protective marker that prevents the transition of the disease into a severe form.

Key words: genital prolapse, estrogen receptor, polymorphism, gene, ESR1 (rs9340799), frequency, allele, genotype, carriers. Gene evaluation was performed by analyzing DNA samples by standard PCR.

Актуальность. Проллапс гениталий (ПГ) на сегодняшний день является весьма распространенной гинекологической патологией, при которой примерно 37% женщин за счет усугубления общего состояния и ухудшения качества жизни обращаются в медицинские учреждения для хирургического лечения [6, 10].

Известно, что, нормальная функция тазового дна поддерживается за счёт полноценного взаимодействия костей, мышц, связок и фасций

таза, а также их иннервации [1,4]. Различные их дефекты, возникающие под воздействием тех или иных факторов (возраст, менопауза, ожирение, генетический статус, вредные привычки, тяжелая физическая работа, гиподинамия, хронические запоры, патология соединительной ткани, наличие в анамнезе операций), несомненно служат основой для развития ПГ у женщин [3]. Между тем, не всегда имеется возможность определить точные патогенетические механизмы формирова-

ния этой сложной патологии, в основе которых лежат весьма до конца не ясные сложные процессы.

В этой связи, все большую заинтересованность современных исследователей привлекают более тонкие механизмы развития ПГ, где задействовано участие целого ряда полиморфных генов, нарушения регуляции которых приводят к структурным и количественным изменениям составляющих (коллагена, фибронектина, эластана и т.д.) тканей тазового дна [7, 8, 9].

Среди существующих научных данных о молекулярно-генетических факторах, в литературе, представлены результаты исследований, направленные на изучение вклада в развитие ПГ полиморфного гена рецепторов эстрогена (ESR1) [2]. Однако, наряду с исследованиями, доказывающие участие приведенных генетических вариантов полиморфизмов в патогенезе ПГ, встречаются и противоречивые данные относительно их влияния на развитие изменений в структуре и содержании составляющих тканей тазового дна, служащих основой для развития ПГ [5].

С учетом существующих спорных дискуссий в той области нам представилось весьма важным изучить наличие ассоциативной связи между полиморфным геном ESR1 (rs9340799) и риском формирования различных форм ПГ.

Материал и методы. Исследование проведено с участием 171 женщины (медиана возраста 25±68 лет) проживающих в республике Узбекистан. Среди всей выбранной когорты 84 женщины (1-я - основная группа пациенток) были с установленным диагнозом пролапс гениталий, верифицированным в результате обследования в родильном комплексе №3 и частной клинике «Доктор шифо бахт» (г. Самарканд) с 2018 по 2023 г.г. Оставшиеся 87 женщин были из числа здоровых (5-я группа здорового контроля). Основная группа женщин с пролапсом гениталий в зависимости

от степени тяжести разделены на три группы: 2-я (n=28) с легкой степенью тяжести, 3-я (n=39) со средней степенью тяжести и 4-я (n=17) с тяжелой степенью тяжестью заболевания в анамнезе, сопоставимого возраста и пола в общей группе пациентов РА.

Молекулярно-генетические исследования выполнены на базе лаборатории медицинской генетики республиканского специализированного научно-практического медицинского центра гематологии (Республика Узбекистан, Ташкент). В соответствии с общепринятой методикой из лейкоцитов крови производили выделение ДНК. При этом с помощью системы «Applied Biosystems» 2720 (США) проводился анализ (SNP-ПЦР) гена ESR1 (rs9340799) с применением тест-систем «Литех» (Россия). Математический анализ результатов был проведен с помощью программы «Open Epi 2009, Version 9.3».

Результаты и обсуждение. Изучая соответствие распределения наблюдаемых (H_o) генотипических частот (G/G, G/A и A/A) полиморфного гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) к их ожидаемым (H_e) частотам по равновесию Харди-Вайнберга (PXB) в группах пациенток с ПГ (n=84), нами обнаружены несколько отклонившееся от PXB ($p<0.05$). Это было связано с некоторым избытком в наблюдаемой частоте ослабленного мутантного генотипа A/A ($\chi^2=5.5$; $P=0.003$; $df=1$)

Оценивая характер распределения частот аллелей и генотипов по полиморфному гену эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) среди контрольных здоровых женщин (n=87) доли основного G и мутантного A аллеля определены в 90.2%/157 и 9.8%/17 случаях соответственно, при обнаружении носительства всеми тремя возможными вариантами генотипов G/G, G/A и A/A, соответственно в 82.8%/72; 14.9%/13 и 2.3%/2 случаях (табл. 1).

Таблица 1. Распределение частот вариантов аллелей и генотипов полиморфизма rs9340799 в гене эстрогенового рецептора ESR1 в группах пациенток с пролапсом гениталий и здоровых

Группа	Аллели				Генотипы					
	G		A		G/G		G/A		A/A	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-я - основная группа пациенток с ПГ, n=84	147	87.5	21	12.5	67	79.8	13	15.5	4	4.7
2-я группа пациенток с легкой степенью тяжести ПГ, n=28)	51	91.1	5	8.9	24	85.7	3	10.7	1	3.6
3-я группа пациенток со средней степенью тяжести ПГ, n=39	72	92.3	6	7.7	33	84.6	6	15.4	0	0.0
4-я группа пациенток с тяжелой степенью тяжести ПГ, n=17	24	70.6	10	29.4	10	58.8	4	23.5	3	17.7
5-я - группа здорового контроля, n=87	157	90.2	17	9.8	72	82.8	13	14.9	2	2.3

Таблица 2. Оценка различий в распределении частот вариантов аллелей и генотипов полиморфизма rs9340799 в гене эстрогенового рецептора ESR1 между основной группой пациенток с пролапсом гениталий и здоровых

Аллели и генотипы	Обследованные группы				χ^2	P	RR	95%CI	OR	95% CI
	1-я основная группа с ПГ		Контроль							
	n	%	n	%						
G	147	87.5	157	90.2	0.6	0.5	1.0	0.53-1.78	0.8	0.39 - 1.49
A	21	12.5	17	9.8	0.6	0.5	1.0	0.5 - 2.13	1.3	0.67 - 2.59
G/G	67	79.8	72	82.8	0.3	0.7	1.0	0.47-1.98	0.8	0.38 - 1.77
G/A	13	15.5	13	14.9	0.0	0.95	1.0	0.46-2.35	1.0	0.45 - 2.4
A/A	4	4.8	2	2.3	0.8	0.4	2.1	0.66-6.55	2.1	0.39 - 11.5

Между тем, в 1-й основной группе (n=84) женщин с ПГ по сравнению со здоровыми, частота основного G аллеля несколько снижалась с 90.2%/157 до 87.5%/147, а ослабленного A аллеля, наоборот повышалась с 9.8%/17 до 12.5%/21. Закономерно с аллельной частотой по сравнению со здоровыми доля основного генотипа G/G снижалась с 82.8%/72 до 79.8%/67, при повышении частот гетерозиготного (G/A: с 14.9%/13 до 15.5%/13) и мутантного (A/A: с 2.3%/2 до 4.7%/4) генотипов.

Далее нами оценены особенности распределения частот аллельных и генотипических вариантов полиморфизма гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) среди женщин с ПГ в зависимости от степени выраженности патологии. Так, по сравнению со здоровым контролем во 2-й группе пациенток с легкой степенью тяжести ПГ (n=28) частота основного аллеля G слегка увеличивалась до 91.1%/51 случаев при снижении ослабленной формы (A) до 8.9%/5. Соответственно с этими особенностями доля основного G/G увеличивалась до 85.7%/24, при снижении частоты гетерозиготного варианта (G/A) до 10.7%/3 и повышении доли ослабленной мутантной формы генотипа A/A до 3.6%/1.

Параллельно, анализ распределения аллельных и генотипических частот в 3-й группе женщин с ПГ со средней степенью тяжести (n=39) по сравнению со здоровой группой показал схожую картину наблюдаемой во 2-ой группе. В частности, обнаружено повышение долей основных аллеля G до 92.3%/72 и генотипа G/G до 82.8%/72, при одновременном снижении частоты ослабленного генотипа A до 7.7%/6 и повышении доли гетерозиготной формы генотипа G/A до 15.4%/6 случаев. Здесь же важно отметить, полное отсутствие случаев носительства ослабленным мутантным генотипов A/A среди женщин со средней степенью тяжести ПГ.

Изучая характер распределения частот аллелей и генотипов по полиморфизму гена эстро-

генового рецептора ESR1 (rs9340799) в 4-й группе пациенток с тяжелой степенью тяжести ПГ (n=17) по сравнению со здоровыми женщинами обнаружено заметное снижение частот основных аллеля G до 70.6%/24 против 90.2%/157 и генотипа G/G до 58.8%/10 против 82.8%/72 соответственно. Данная картина сопровождалась выраженным повышением частот ослабленной формы аллеля A до 29.4%/10 против 9.8%/17, гетерозиготного генотипа G/A до 23.5%/4 против 14.9%/13 и мутантного генотипа A/A до 17.7%/3 против 2.3%/2 (Таблица 1).

Сравнительные исследования между 1-й основной группой женщин с ПГ (n=84) и здоровыми (n=87), позволили определить отсутствие статистически значимых различий в частотах аллелей и генотипов по полиморфизму гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799).

Так, в основной группе женщин по сравнению со здоровыми ослабленный аллель A, незначимо повышался среди женщин с ПГ в 1.3 раз (12.5% против 9.8; $\chi^2=0.6$; P=0.5; OR=1.3; 95%CI: 0.67 – 2.59), основной генотип G/G снижался менее чем в единицу (79.8% против 82.8; $\chi^2=0.3$; P=0.7; OR=0.8; 95%CI: 0.38 – 1.77), увеличение гетерозиготного варианта генотипа G/A достигало единицы (15.5% против 14.9; $\chi^2<3.84$; P=0.95; OR=1.0; 95%CI: 0.45 – 2.4), а частота мутантного генотипа A/A хотя и увеличивалась в 2.1 раза (4.8% против 2.3; $\chi^2=0.8$; P=0.4; OR=2.1; 95%CI: 0.39 – 11.5), но за счет малого количества сравниваемых лиц оно не достигало значимого уровня (табл. 2).

Таким образом, сравнивая значимость различий в распределении полиморфного локуса гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) между основной 1-й группой пациенток с ПГ и здоровыми женщинами не выявлено его ассоциации с риском формирования пролапса гениталий ($\chi^2<3.84$; P>0.05).

Таблица 3. Оценка различий в распределении частот вариантов аллелей и генотипов полиморфизма rs9340799 в гене эстрогенового рецептора ESR1 между группами пациенток с пролапсом гениталий легкой степенью тяжести и здоровых

Аллели и генотипы	Обследованные группы				χ^2	P	RR	95%CI	OR	95% CI
	I степень ПГ		Контроль							
	n	%	n	%						
G	51	91.1	157	90.2	0.0	0.9	1.0	0.21 - 4.9	1.1	0.39 - 3.14
A	5	8.9	17	9.8	0.0	0.9	1.0	0.62-1.58	0.9	0.32 - 2.58
G/G	24	85.7	72	82.8	0.1	0.8	1.0	0.17 - 6.5	1.3	0.38 - 4.13
G/A	3	10.7	13	14.9	0.3	0.6	0.7	0.09-5.89	0.7	0.18 - 2.58
A/A	1	3.6	2	2.3	0.1	0.8	1.6	0.06-38.2	1.6	0.14 - 17.7

Таблица 4. Оценка различий в распределении частот вариантов аллелей и генотипов полиморфизма rs9340799 в гене эстрогенового рецептора ESR1 между группами пациенток с пролапсом гениталий средней степенью тяжести и здоровых

Аллели и генотипы	Обследованные группы				χ^2	P	RR	95%CI	OR	95% CI
	II степень ПГ		Контроль							
	n	%	n	%						
G	72	92.3	157	90.2	0.3	0.6	1.0	0.25-4.15	1.3	0.49 - 3.43
A	6	7.7	17	9.8	0.3	0.6	1.0	0.59-1.62	0.8	0.29 - 2.03
G/G	33	84.6	72	82.8	0.1	0.8	1.0	0.24 - 4.3	1.1	0.41 - 3.22
G/A	6	15.4	13	14.9	0.0	0.95	1.0	0.25-4.22	1.0	0.36 - 2.96

Таблица 5. Оценка различий в распределении частот вариантов аллелей и генотипов полиморфизма rs9340799 в гене эстрогенового рецептора ESR1 между группами пациенток с пролапсом гениталий с тяжелой степенью тяжести и здоровых

Аллели и генотипы	Обследованные группы				χ^2	P	RR	95%CI	OR	95% CI
	III степень ПГ		Контроль							
	n	%	n	%						
G	24	70.6	157	90.2	9.7	0.01	0.8	0.23 - 2.62	0.3	0.11 - 0.61
A	10	29.4	17	9.8	9.7	0.01	1.3	0.72 - 2.28	3.8	1.65 - 8.98
G/G	10	58.8	72	82.8	4.9	0.05	0.7	0.14 - 3.71	0.3	0.1 - 0.87
G/A	4	23.5	13	14.9	0.8	0.4	1.6	0.22-11.02	1.8	0.5 - 6.14
A/A	3	17.6	2	2.3	7.3	0.01	7.7	1.41 - 41.8	9.1	1.84-45.12

Оценивая степень различий в носительстве частот аллельных и генотипических вариантов полиморфного гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) во 2-й группе пациенток с легкой степенью тяжести ПГ (n=28) по сравнению к аналогичным в здоровой группе, также как и в основной группе, практически не обнаружено статистически достоверных значений. В группе пациенток частота аллеля А снижаясь до 8.9% против 9.8 среди здоровых различие оказалось менее единицы ($\chi^2 < 3.84$; P=0.9; OR=0.9; 95%CI: 0.32 – 2.58).

В различиях со стороны генотипов, среди которых во 2-ой группе женщин с ПГ основной вариант G/G увеличивался в 1.3 раза (85.7% против 82.8; $\chi^2 = 0.1$; P=0.8; OR=1.3; 95%CI: 0.38-4.13), гетерозиготный вариант G/A снижался менее чем

в единицу (10.7% против 14.9%; $\chi^2 = 0.3$; P=0.6; OR=0.7; 95%CI: 0.18 -2.58), а мутантный вариант A/A увеличивался в 1.6 раз (3.6% против 2.3%; $\chi^2 = 0.1$; P=0.8; OR=1.6; 95%CI: 0.14-17.7) статистически достоверный характер также не обнаружен (табл. 3).

Таким образом, сравнительная оценка различий в носительстве аллельных ($\chi^2 < 3.84$; P>0.05) и генотипических ($\chi^2 < 3.84$; P>0.05) вариантов полиморфного гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) во 2-й группе пациенток с легкой степенью тяжести ПГ и среди женщин здоровой группы показала отсутствие их статистической достоверности, что не позволяет определять исследованный ген в качестве самостоятельного генетического маркера способного повышать риск формирования ПГ легкой степени тяжести.

Оценивая степень значимости различий в частотах аллелей и генотипов полиморфного гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) в 3-й группе пациенток с ПГ со средней степенью тяжести (n=39) по сравнению со здоровыми женщинами (n=87) вновь не выявлен статистически достоверный характер различий в частотах аллелей и генотипов (табл. 4).

Доказательством отсутствия статистически значимых различий является снижение частоты ослабленного аллеля А менее чем в единицу (7.7% против 9.8%; $\chi^2=0.3$; P=0.6; OR=0.8; 95% CI: 0.29-2.03), увеличение частоты основного генотипа G/G в 1.1 (84.6% против 82.8%; $\chi^2=0.1$; P=0.8; OR=1.1; 95% CI: 0.41-3.22) и G/A в единицу (15.4% против 14.9%; $\chi^2<3.84$; P=0.95; OR=1.0; 95% CI: 0.36-2.96).

Отсутствие различий статистически достоверного характера в распределении аллелей ($\chi^2<3.84$; P>0.05) и генотипов ($\chi^2<3.84$; P>0.05) полиморфного гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) в 3-й группе пациенток со средней степенью тяжести ПГ по сравнению со здоровыми свидетельствует об отсутствии самостоятельного их вклада в формировании пролапса гениталий средней степени тяжести.

Совсем иная картина получена при сравнительном анализе аллелей и генотипов полиморфного гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) между группами женщин с ПГ тяжелой степени (n=17) и здоровыми (n=87) (Таблица 5).

Высокая степень статистической достоверности различий выявлена в частотах ослабленных вариантов аллеля (А) и генотипа (А/А), которые в 4-ой группе женщин увеличивались в 3.8 (29.4% против 9.8%; $\chi^2=9.7$; P=0.01; OR=3.8; 95% CI: 1.65-8.98) и 9.1 раза (17.6% против 2.3%; $\chi^2=7.3$; P=0.01; OR=9.1; 95% CI: 1.84-45.12) соответственно.

Между тем, различия в частотах основного G/G (58.8% против 82.8%; $\chi^2=4.9$; P=0.05; OR=0.3; 95% CI: 0.1-0.87) и гетерозиготного G/A (23.5% против 14.9%; $\chi^2=0.8$; P=0.4; OR=1.8; 95% CI: 0.5-6.14) генотипов статистически достоверного уровня не достигали.

Таким образом, статистический анализ различий в носительстве аллелей и генотипов полиморфизма гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) между группами пациенток с пролапсом гениталий с тяжелой степенью тяжести и здоровых обнаружил наличие статистически достоверных различий в частотах ослабленного аллеля А и генотипа А/А, которые повышают вероятный риск развития тяжелой степени ПГ в 3.8 ($\chi^2=9.7$; P=0.01) и 9.1 ($\chi^2=7.3$; P=0.01) раза соответственно. Следовательно полиморфизм гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) можно рассматривать

в качестве самостоятельного генетического маркера способствующего развитию тяжелой формы пролапса гениталий.

Далее нами проведен статистический анализ установленных различий в частотах аллельных и генотипических вариантов полиморфизма гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) между женщинами с легкой, средней и тяжелой степенями тяжести ПГ.

В ходе оценки значимости различий в частотах аллелей и генотипов полиморфизма гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) в группах женщин с легкой и средней степенями тяжести ПГ мы не смогли установить их статистически достоверный характер ни для аллельных (для А аллеля – 8.9% против 7.7%; $\chi^2=0.1$; P=0.8; OR=1.2; 95% CI: 0.34-4.06) ни для генотипических вариантов (для генотипа G/G – 85.7% против 84.6%; $\chi^2<3.84$; P=0.95; OR=1.1; 95% CI: 0.28-4.29; для генотипа G/A – 10.7% против 15.4%; $\chi^2=0.3$; P=0.6; OR=0.7; 95% CI: 0.15-2.88).

Однако, подобный анализ между женщинами с легкой и тяжелой степенями тяжести ПГ позволил установить весьма достоверные различия в распределении мутантного аллеля А, при носительстве которого риск развития тяжелой степени ПГ увеличивался в 4.3 раза (8.9% против 29.4%; $\chi^2=6.4$; P=0.03; OR=4.3; 95% CI: 1.38-13.05. Помимо этого, среди носителей основного генотипа G/G за счет его протективного действия риск развития тяжелой формы ПГ статистически достоверно снижался в 4.2 раза (85.7% против 58.8%; $\chi^2=4.1$; P=0.05; OR=4.2; 95% CI: 1.05-16.73).

Наряду с этими особенностями среди носителей гетерозиготным G/A (10.7% против 23.5%; $\chi^2=1.3$; P=0.3; OR=0.4; 95% CI: 0.08-1.94) и ослабленным мутантным А/А генотипами не наблюдалось статистически достоверных различий (3.6% против 17.6%; $\chi^2=2.6$; P=0.2; OR=0.2; 95% CI: 0.02-1.47) в связи с малым количеством носителей данными генотипами в исследованных группах.

Похожая картина наблюдалась и при сравнении различий в частотах аллелей и генотипов полиморфизма гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) между женщинами со средней и тяжелой степенями тяжести. Так, обнаружено, что мутантный аллель А статистически достоверно может увеличивать риск развития тяжелой степени ПГ в 5.0 раза (7.7% против 29.4%; $\chi^2=9.1$; P=0.01; OR=5.0; 95% CI: 1.76-14.21, тогда как основной генотип G/G статистически значимо может снижать риск развития тяжелой формы ПГ в 3.9 раз (84.6% против 58.8%; $\chi^2=4.4$; P=0.05; OR=3.9; 95% CI: 1.1-13.53). Вместе с тем, в отношении гетерозиготного генотипам G/A (10.7% против 23.5%; $\chi^2=1.3$; P=0.3; OR=0.4; 95% CI: 0.08-1.94) не установлено статистически значимых

различий между исследованными группами женщин со средней и тяжелой степенями тяжести ПГ.

Заключение. Многосторонний анализ, по изучению особенностей распределения и уровня различий в распределении частот аллелей и генотипов полиморфизма rs9340799 в гене эстрогенового рецептора ESR1 среди женщин с различными формами пролапса гениталий при несостоятельности тазового дна и здоровыми, позволил установить наличие статистически достоверного повышения риска развития тяжелой формы заболевания среди носителей ослабленными мутантными аллелем А и генотипом А/А. В частности, по сравнению со здоровыми женщинами среди носителей аллеля А и генотипа А/А риск развития тяжелой формы ПГ статистически достоверно повышается в 3.8 ($\chi^2=9.7$; $P=0.01$) и 9.1 ($\chi^2=7.3$; $P=0.01$) раза соответственно, тогда как по сравнению с женщинами с легкой и средней степенями тяжести ПГ у носительниц аллелем А риск развития тяжелой степени статистически достоверно повышается в 4.3 ($\chi^2=6.4$; $P=0.03$) и в 5.0 ($\chi^2=9.1$; $P=0.01$) раз соответственно, при том, что среди носительниц основного генотипа G/G, напротив за счет его протективного действия риск перехода в тяжелую степень при легкой и средней степенях тяжести статистически значимо снижается в 4.2 раза ($\chi^2=4.1$; $P=0.05$) и 3.9 (84.6% против 58.8%; $\chi^2=4.4$; $P=0.05$).

Следовательно, из этого можно заключить, что мутантные аллель А и генотип А/А полиморфизма rs9340799 в гене эстрогенового рецептора ESR1 ассоциируются с повышенным риском формирования тяжелой степени пролапса гениталий и их можно рассматривать как самостоятельные генетические маркеры имеющие патогенетический вклад в утяжелении течения заболевания, тогда как основной генотип G/G является протективным маркером, препятствующим переходу заболевание в тяжелую форму.

Литература:

1. Akin Y, Young M, Elmussareh M, Charalampogiannis N, Gözen AS. The novel and minimally invasive treatment modalities for female pelvic floor muscle dysfunction; beyond the traditional. *Balkan Med J.* 2018;35:358–66.
2. Allen-Brady K, Chua JWF, Cuffolo R, Koch M, Sorrentino F, Cartwright R. Systematic review and meta-analysis of genetic association studies of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2022;33:67–82.
3. Deng Z-M, Dai F-F, Yuan M-Q, Yang D-Y, Zheng Y-J, Cheng Y-X. Advances in molecular mechanisms of pelvic organ prolapse (Review). *Exp Ther Med.* 2021;22:1009.
4. Huang L, Zhao Z, Wen J, Ling W, Miao Y, Wu J. Cellular senescence: a pathogenic mechanism of pelvic organ prolapse (Review). *Mol Med Rep.* 2020;22:2155–62.
5. Isali I, Abdeldayem J., El-Nashar S. Gene expression in urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a review of literature // *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology.* – 2020. – Т. 32. – №. 6. – С. 441-448.
6. Jokhio AH, Rizvi RM, MacArthur C. Prevalence of pelvic organ prolapse in women, associated factors and impact on quality of life in rural Pakistan: population-based study. *BMC Womens Health.* 2020;20:1–8.
7. Marcu RD, Mischianu DLD, Iorga L, Diaconu CC, Surcel M, Munteanu AN, et al. Oxidative stress: a possible trigger for pelvic organ prolapse. *J Immunol Res.* 2020;2020:3791934.
8. Nakad B. et al. Estrogen receptor and laminin genetic polymorphism among women with pelvic organ prolapse // *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology.* – 2017. – Т. 56. – №. 6. – С. 750-754.
9. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n71.
10. Santoso BI, Fauziah NR. Prevalence and characteristics of pelvic floor dysfunction in a tertiary care center in Indonesia. *Indones J Obstet Gynecol.* 2017;168

ОЦЕНКА ВАРИАНТОВ АЛЛЕЛЕЙ И ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА RS9340799 В ГЕНЕ ЭСТРОГЕНОВОГО РЕЦЕПТОРА ESR1 МЕЖДУ ГРУППАМИ ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

Насимова Н.Р.

Резюме. Нами изучены особенности встречаемости и вклад полиморфного гена эстрогенового рецептора ESR1 (rs9340799) среди женщин с пролапсом гениталий. Оценка гена производилась с помощью анализа образцов ДНК посредством стандартной ПЦР. Полученные нами результаты исследования позволили установить, что мутантные аллель А и генотип А/А полиморфизма rs9340799 в гене эстрогенового рецептора ESR1 ассоциируются с повышенным риском формирования тяжелой степени пролапса гениталий и их можно рассматривать как самостоятельные генетические маркеры имеющие патогенетический вклад в утяжелении течения заболевания, тогда как основной генотип G/G является протективным маркером, препятствующим переходу заболевание в тяжелую форму.

Ключевые слова: пролапс гениталий, эстрогеновый рецептор, полиморфизм, ген, ESR1 (rs9340799), частота, аллель, генотип, носительства.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ



Низамходжаев Зайниддин Махаматович¹, Лигаи Руслан Ефимович¹,
Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич², Цой Алексей Олегович¹, Бекчанов Хусан Нуруллаевич¹,
Хаджибаев Жамшид Абдуазимович¹, Бабажанов Кудрат Бахтиярович¹,
Абдукаримов Абдурашид Дилшод угли¹, Авалбаев Жахонгир Махмуд угли¹

1 - ГУ «Республиканский специализированный научно – практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КАРДИЯ АХАЛАЗИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА КАРДИОДИЛАТАЦИЯ АСОРАТЛАРИНИНГ СТРУКТУРАВИЙ ТАҲЛИЛИ

Низамходжаев Зайниддин Махаматович¹, Лигаи Руслан Ефимович¹,
Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич², Цой Алексей Олегович¹, Бекчанов Хусан Нуруллаевич¹,
Хаджибаев Жамшид Абдуазимович¹, Бабажанов Кудрат Бахтиярович¹,
Абдукаримов Абдурашид Дилшод ўгли¹, Авалбаев Жахонгир Махмуд ўгли¹

1 – ДМ «Академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий – амалий тиббиёт маркази», Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ABSTRACT STRUCTURAL ANALYSIS OF COMPLICATIONS OF CARDIODILATION IN PATIENTS WITH CARDIAC ACHALASIA

Nizamkhodjaev Zainiddin Mahamatovich¹, Ligai Ruslan Efimovich¹, Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich²,
Tsoi Alexey Olegovich¹, Bekchanov Khusan Nurullaevich¹, Khadjibaev Jamshid Abduazimovich¹,
Babajanov Kudrat Bakhtiyarovich¹, Abdulkarimov Abdurashid Dilshod ugli¹,
Avalbaev Jakhongir Mahmud ugli¹

1 - State Institution " Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V.Vakhidov", Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада қизилўнгачнинг нерв-мушак касалликлари билан оғриган беморларни даст интенсивликдаги лазер нурланишидан ва ўзимиз ишлаб чиқилган кардиодилаторнинг фойдали моделидан биргаликда фойдаланиши тажрибаси келтирилган. Клиник материаллар икки гуруҳга бўлинган. Таққослаш гуруҳида фақат пневматик кардиодилациядан фойдаланилган, асосий гуруҳда эса даст интенсивликдаги лазер нурланиши ва дилаторнинг янги фойдали модели комбинацияси ишлатилган. Муаллифлар томонидан асоратларнинг умумий сони таҳлил қилинган, шунингдек, таққослаш гуруҳларида асоратларнинг тизимли таҳлилини ўтказилган.

Калит сўзлар: қизилўнгачнинг нерв-мушак касалликлари, кардия ахалазияси, кардиоспазм, лазер терапияси, пневматик кардиодилация, кардиодилациянинг асоратлари.

Abstract. The article presents the experience of treating patients with neuromuscular diseases of the esophagus with the combined use of low-intensity laser radiation and our own developed utility model of a cardiodylator. Clinical material was divided into two groups. In the comparison group, only pneumatic cardiodylation was used, and in the main group, a combination of low-intensity laser radiation and a new utility model of a dilator was used. The authors analyzed the total number of complications, and also conducted a structural analysis of complications in the comparison groups.

Key words: neuromuscular diseases of the esophagus, achalasia cardia, cardiospasm, laser therapy, pneumatic cardiodylation, complications of cardiodylation.

Актуальность. Впервые, пневматический кардиодилататор для лечения нейромышечных заболеваний пищевода, был разработан в 50-е годы прошлого столетия, а в Советском Союзе широко стал применяться лишь с 1964г, модификацией, разработанной в том же году О.Д.Федоровой и Г.М. Мельник. [1,2,5]. Несмотря на то, что пневматический кардиодилататор имеет более полувековую историю на постсоветском пространстве, методика остается актуальной и по сей день. Спустя более полвека, устройство пневматического кардиодилататора, особо не претерпела конструктивных изменений. Суть пневматической кардиодилатации заключается в насильственном расширении НПС, что сопряжено с травматизацией слизистой, мышечной оболочки, а также питающих сосудов. Учитывая, что давление нагнетаемое в пищеводно-желудочную манжетку увеличивается от сеанса к сеансу, риск развития осложнений, таких как кровотечение, выраженный болевой синдром, рефлюкс-эзофагит и перфорация пищевода, увеличивается соответственно с каждым последующим сеансом [3,4]. Оценка эффективности кардиодилатации неоднозначна. Результаты кардиодилатации оцениваются многими авторами по-разному. По мнению D. Katzka, T. Vanuytsel и M. Vela, перфорация стенки пищевода при дилатации наблюдается в 1-8%, а кровотечение из глубоких дефектов слизистой в 2-5%, а многократные курсы дилатирования могут привести к развитию интерстициального фиброза, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), травматического дивертикула [1,2,6]. Следует уделить особое внимание тому факту, что в литературе отсутствуют исследования, направленные на уменьшение этих осложнений.

Суммируя вышеизложенное, следует отметить, что проблема профилактики осложнений миниинвазивных методов лечения ахалазии кардии в настоящее время полностью не решены.

Цель исследования: изучить влияние инфракрасного импульсного лазерного излучения и усовершенствованной модели кардиодилататора как методы профилактики осложнений кардиодилатации у больных с нейромышечными заболеваниями пищевода.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» располагает опытом лечения 813 больных с нейромышечными заболеваниями пищевода находившихся на лечение в период с 2010 по 2022гг. Стандартное распределение больных по полу и возрасту согласно классификации ВОЗ, представлено в таблице 1.

Как следует из таблицы, женщин было 454, что составило 55,8%, а мужчин 359, что составило 44,1%. Как известно, нейромышечными заболеваниями пищевода (НМЗП), в большей степени, страдают люди молодого и среднего возраста, т.е. наиболее трудоспособная часть населения. Так, количество больных молодого и среднего возраста составило 717 больных и составило 88,2%, что говорит о большой социальной значимости изучаемой проблемы.

Для установки диагноза, а также определения стадии заболевания согласно классификации Петровского Б.В., достаточно было эндоскопического и рентгенконтрастного исследования. Распределение больных в зависимости от стадии заболевания, а также эндоскопическая и рентгенологическая картина представлены на рисунке 1.

На наш взгляд, вне зависимости от стадии заболевания, лечение НМЗП следует начинать с кардиодилатации.

С 2020 г в отделении хирургии пищевода и желудка, при лечении больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии, при выполнении кардиодилатации, последняя дополнялась лазеротерапией с помощью полупроводникового лазерного аппарата «Импульс-100». На данную методику лечения нейромышечных заболеваний пищевода получен патент АИС РУз, на полезную модель FAP 82352 «Способ лечения кардиоспазма».

В 2015 г в отделении хирургии пищевода и желудка разработана и внедрена в клиническую практику полезная модель пневматического кардиодилататора (FAP 01357), а также оригинальная методика проведения кардиодилатации у больных с III и IV стадиями заболевания (IAP 06163), на что получен патент АИС РУз.

Клинический материал был разделен на две группы с учетом применения новых разработок при миниинвазивном лечении НМЗП.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Пол	< 19 лет	19-44 лет	45-59 лет	60-75 лет	> 75 лет	Всего
Мужчины	31	200	84	40	4	359(44,1%)
Женщины	25	247	130	51	1	454(55,8%)
Всего	56 (6,8%)	447 (55%)	214 (26,3%)	91 (11,2%)	5 (0,6%)	813(100%)

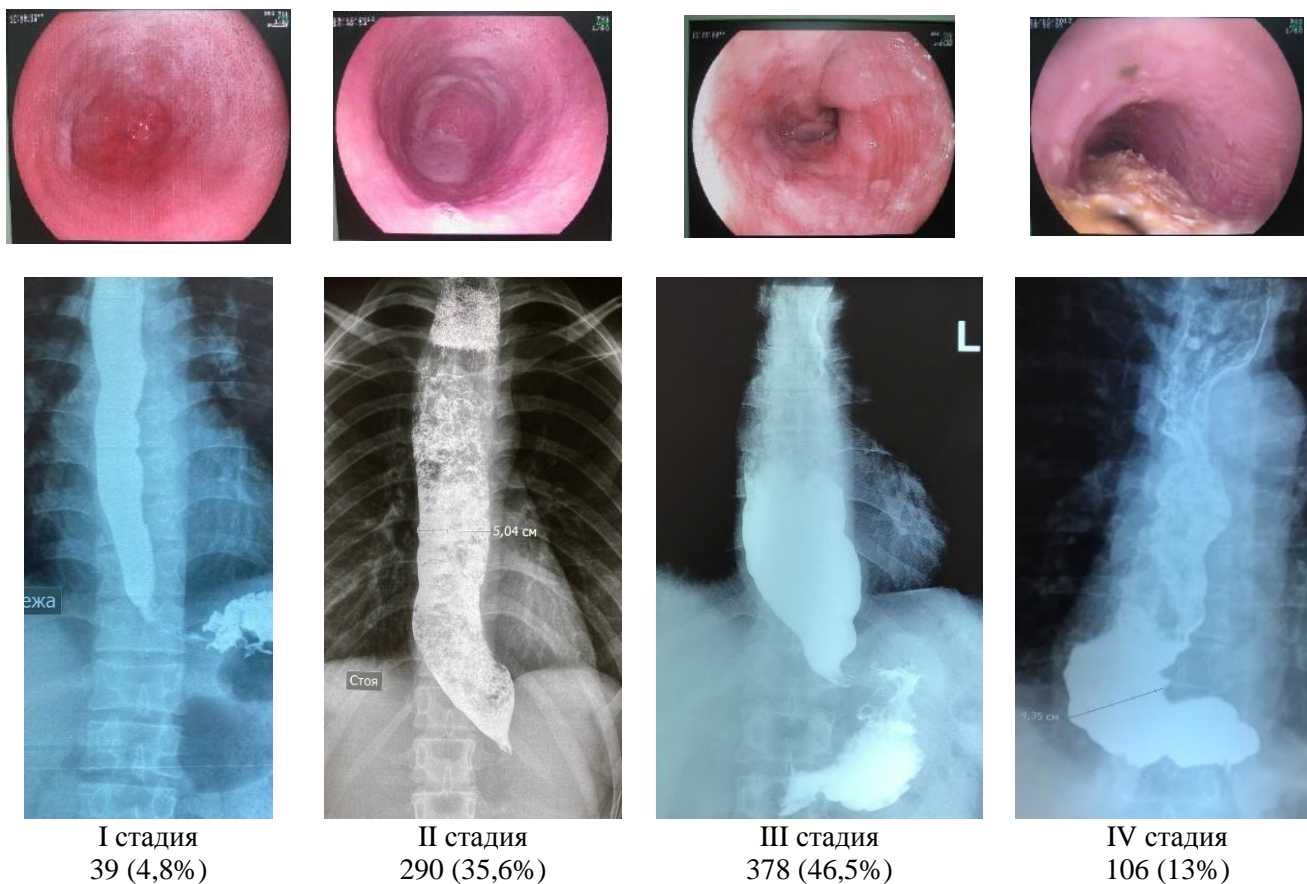


Рис. 1. Стадии заболевания по Петровскому Б.В.

Таблица 2. Распределение по стадиям заболевания

	I	II	III	IV	
ГС	24 (5,2%)	179 (39,1%)	204 (44,6%)	50 (10,9%)	457 (100%)
ОГ	15 (4,2%)	111 (31,1%)	174 (48,8%)	56 (17,7%)	356 (100%)
ИТОГО:	39 (4,8%)	290 (35,6%)	378 (46,5%)	106 (13%)	813(100%)

Группу сравнения составили 457 больных, получавших лечение в период с 2010 по 2016гг, которым в качестве лечения произведена только кардиодилатация.

Основную группу составили 356 больных, получавших лечение в период с 2017 по 2022гг, у которых кардиодилатация дополнялась комбинированным применением лазеротерапии, а при III и IV стадиях проводилась кардиодилатация усовершенствованной моделью пневматического кардиодилатора с применением новой оригинальной методики его проведения.

Распределение больных в зависимости от стадии заболевания, с учетом разделения на группы, представлено в таблице 2.

Как следует из таблицы, в группе сравнения больных с I стадией было 24(5,2%) больных, со II стадией 179(39,1%) больных, с III стадией 204(44,6%) больных и с IV стадией 50(10,9%)

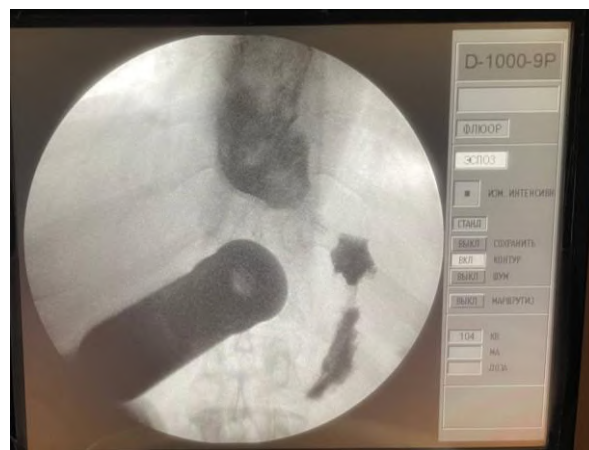
больных. В основной же группе, больных с I стадией было 15(4,2%) больных, со II стадией 111(31,1%) больных, с III стадией 174(48,8%) больных и с IV стадией 56 больных, что составило 17,7%.

Методика лазеротерапии проводилась нами до-, непосредственно перед кардиодилатацией и после манипуляции.

Лазерное облучение проводилось через эпигастральную область сразу под мечевидным отростком с ориентацией тубуса излучателя в сторону анатомической локализации кардии желудка (рис.2). Облучение ведется с импульсной мощностью 100Вт и частотой 100Гц. Через указанную точку облучение ведется в течение 2 мин в начале лечения в последующем доза лазерного облучения возрастает до 4 мин. Во время сеанса облучения больной находится в положении лежа на спине в расслабленном состоянии.

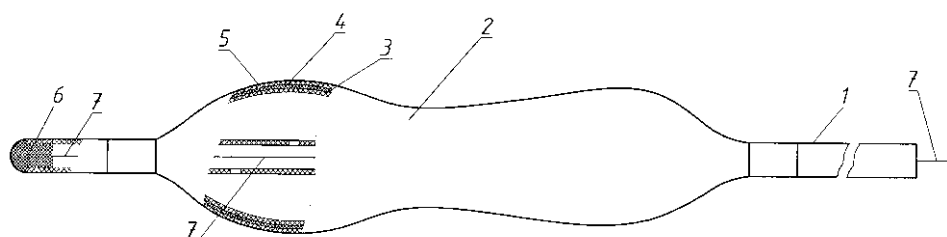


Лазерный аппарат «Импульс-100»



Расположение тубуса излучателя

Рис. 2. Лазерный аппарат и методика проведения



Пневматический кардиодилататор содержит зонд 1 в виде трубки из силикона, канал которой служит для подвода воздуха, и соединенный с ней расширяющийся многослойный баллон 2 гантелевидной формы, внутренний 3 и наружный 5 слой которого выполнены из силикона, а средний армирующий слой 4 выполнен из плотной синтетической ткани (нейлона). Конец зонда 1 закрыт рентгеноконтрастной меткой 6 в виде пробки. Кардиодилататор оснащен металлической струной 7 для размещения в канале для подвода воздуха. Один конец струны 7 упирается в рентгеноконтрастную метку 6, а другой - выходит за пределы зонда 1.

Рис. 3. Полезная модель «Пневматический кардиодилататор»

Таблица 3. Распределение больных по общему числу осложнений

	ГС (N=457)	ОГ(N=356)	ИТОГО (N=813).
Без осложнений	365 (80%)	320(90%)	685(84,2%)
Осложнения	92 (20%)	36(10%)	128(15,7%)
	P=0.257 и для без осложнений и <0,001 для осложнений		

Таблица 4. Распределение больных по характеру осложнений

Характер осложнений	ГС (N=457)	ОГ (N=356)	Достоверность	%
Кровотечение	54(11,8%)	12(3,3%)	P<0,001	66(25,6%)
Рефлюкс	76(16,8%)	19(5,3%)	P<0,001	95(37%)
Непроникающее повреждение	25(5,4%)	4(1,1%)	P=0.002	29(11,2%)
Ятрогенное повреждение	-	3(0,8%)	P=0.051	3(1,1%)
Выраженный болевой синдром, не купирующийся ненаркотическими анальгетиками	50(11%)	14(4%)	P<0,001	64(25%)
	205(44,8%)	52(14,3%)	P<0,001	257(100%)

Разработанная **полезная модель пневматического кардиодилататора**, представляет из себя зонд в виде трубки из силикона, канал которой служит для подвода воздуха, и соединенный с ней расширяющийся многослойный баллон гантелевидной формы, внутренний и наружный слой которого выполнены из силикона, а средний армирующий слой выполнен из плотной синтетической ткани, при этом конец зонда закрыт рентгеноконтрастной меткой в виде пробки, оснащен металлической струной для размещения в канале для подвода воздуха, при этом один конец струны упирается в рентгеноконтрастную метку, а другой - выходит за пределы зонда (рис. 3).

Подтягивание кнаружи и проведение металлической струны до конца кардиодилататора – изменяемая жесткость рабочей поверхности, дает возможность провести и правильно установить гантелеобразный баллон в кардиоэзофагеальный переход, учитывая патологические изменения пищевода указанные ранее. На разработанный кардиодилататор получен патент на полезную модель Агентства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан FAP № 01357 «Пневматический кардиодилататор».

Результаты и обсуждение. После проведенных курсов дилатации, у 685(84,2%) осложнений не наблюдалось, а 128 больных, что составило 15,7% имели место различные осложнения. Распределение больных по общему числу осложнений представлено в таблице 3.

Как следует из таблицы, в группе сравнения, число больных у которых осложнений не наблюдалось составило 365(80%) больных, а различные осложнения наблюдались у 92 больных, что составило 20%.

В основной группе, благодаря внедренным технологиям и собственным разработкам, количество больных у которых осложнений не наблюдалось, увеличилось до 90%, а количество осложнений достоверно сократилось до 10%.

При структурном анализе осложнений, нами были диагностированы следующие виды: наиболее частым осложнением был рефлюкс эзофагит, который наблюдался у 95(37%) больных,

вторым по числу являлось кровотечение из зоны кардии, которое диагностировано у 66(25,6%) больных, выраженный болевой синдром не купирующийся ненаркотическими анальгетиками отмечен у 64(25%) больных, не проникающее повреждение пищевода диагностировано у 29(11,2%) больных и ятрогенное повреждение пищевода наступило у 3(1,1%) больных. Несоответствие фактического числа осложнений к количеству больных, у которых они развились, обусловлено тем, что у одного больного могло встречаться несколько видов осложнений. Структурный анализ наступивших осложнений представлен в таблице 4.

Как показал структурный анализ осложнений в сравниваемых группах, в основной группе, благодаря внедренным технологиям и собственным разработкам, удалось достоверно снизить число практически всех осложнений в два и более раза. Так, в основной группе число кровотечений наблюдалось у 12(3,3%) больных, в то время как в группе сравнения этот показатель составил 54(11,8%) больных. Рефлюкс эзофагит в группе сравнения наблюдался у 76(16,8%) больных, а в основной группе снизился до 19 и составил 5,3%. Непроникающие повреждения пищевода в группе сравнения отмечены у 25(5,4%) больных, в то время как в основной группе этот показатель сократился до 4 больных и составил 1,1%. Ятрогенное повреждение пищевода наблюдалось только у 3 больных основной группы и составил 0,8%. Выраженный болевой синдром не купирующийся ненаркотическими анальгетиками в группе сравнения имел место у 50(11%) больных, в основной группе этот показатель сократился до 14 больных и составил 4%.

Выводы: Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комбинации с новой моделью кардиодилататора позволила достоверно снизить общее число осложнений с 20% до 10%.

При структурном анализе осложнений, благодаря новым технологиям и собственным разработкам, также достигнуто достоверное снижение практически всех видов осложнений с 44,8% до 14,3%.

Литература:

1. Евсютина, Ю.В. Ахалазия кардии: современные представления об этиологии, патогенезе, клинической картине и диагностике / Ю.В. Евсютина, О.А. Сторонова, А.С. Трухманов, В.Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2014. - №6. - С. 4-12.
2. Жижин Н.К., Колбас Ю.Ю., Кузнецов Е.В. Использование лазеров в хирургии / Н.К.Жижин, Ю.Ю.Колбас, Е.В.Кузнецов // Лазерная медицина. - 2020. - том 14 № 3. – С. 282-291.
3. Карпов, О.Э. Эндоскопические технологии в диагностике и лечении ахалазии кардии / О.Э. Карпов, П.С. Ветшев, И.В. Васильев, А.С. Маады, К.И. Алексеев, А.С. Осипов // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2016. - Т. 1, № 11. - С. 30-36.
4. Низамходжаев З.М. Кардиоспазм и ахалазия кардии: Современные аспекты тактики лечения / З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигай, Д.Б. Шагазатов, А.О. Цой, Э.И. Нигматуллин // Хирургия Узбекистана 2018 №1, стр. 46-50
5. Черноусов А.Ф. Комплексное лечение больных с ахалазией кардии и кардиоспазмом с учётом психосоматических расстройств / Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Ромасенко Л.В. и др. // Клиническая медицина. - 2018. - Том 96, № 5
6. Arora, Z. Achalasia: current therapeutic options / Z. Arora, P.N. Thota, M.R. Sanaka // The Adv Chronic Dis. - 2017. - Jun; 8(6-7) - P. 101-108. | doi: 10.1177/2040622317710010.
7. Crespín, O.M. The relationship between manometric subtype and outcomes of surgical treat-

ment for patients with achalasia: achalasia: manometric subtypes / O.M. Crespín, R.P. Tatum, K. Xiao, A.V. Martin, S. Khandelwal, C.A. Pellegrini, B.K. Oelschlager // Surg Endosc. - 2017. - Apr 27. doi: 10.1007/s00464-017-5570-5

8. Do Hoon Kim. The long-term outcome of balloon dilation versus botulinum toxin injection in patients with primary achalasia / Do Hoon Kim, Hwoon-Yong Jung // Korean J Intern Med. - 2014. - Nov; 29(6). - P. 727-729. Published online 2014 Oct 31. doi: 10.3904/kjim.2014.29.6.727.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Бабажанов А.С.,
Цой А.О., Бекчанов Х.Н., Хаджибаев Ж.А.,
Бабажанов К.Б., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М.*

Резюме. В статье представлен опыт лечения больных с нейромышечными заболеваниями пищевода с комбинированным применением низкоинтенсивного лазерного излучения и собственной, разработанной полезной моделью кардиодилататора. Клинический материал был разделен на две группы. В группе сравнения была применена только пневматическая кардиодилатация, а в основной группе применялась комбинация низкоинтенсивного лазерного излучения и новой полезной модели дилататора. Авторами проанализированы как общее число осложнений, а также проведен структурный анализ осложнений в группах сравнения.

Ключевые слова: нейромышечные заболевания пищевода, ахалазия кардии, кардиоспазм, лазеротерапия, пневматическая кардиодилатация, осложнения кардиодилатации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ



Низамходжаев Зайниддин Махаматович¹, Лигай Руслан Ефимович¹, Цой Алексей Олегович¹,
Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич², Бекчанов Хусан Нуруллаевич¹,
Хаджибаев Жамшид Абдуазимович¹, Омонов Расул Рахманович¹, Бабажанов Кудрат Бахтиярович¹,
Нигматуллин Эльнар Ильдарович¹, Абдукаримов Абдурашид Дилшод угли¹, Мадиев Ю.Р.¹

1 - ГУ «Республиканский специализированный научно – практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КАРДИЯ АХАЛАЗИЯСИ ХИРУРГИК ДАВОСИДА БИР ВАҚТНИНГ ЎЗИДА ЭЗОФАГОПЛАСТИКА БИЛАН ҚИЗИЛЎНГАЧ ЭКСТИРПАЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИ

Низамходжаев Зайниддин Махаматович¹, Лигай Руслан Ефимович¹, Цой Алексей Олегович¹,
Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич², Бекчанов Хусан Нуруллаевич¹,
Хаджибаев Жамшид Абдуазимович¹, Омонов Расул Рахманович¹, Бабажанов Кудрат Бахтиярович¹,
Нигматуллин Эльнар Ильдарович¹, Абдукаримов Абдурашид Дилшод ўғли¹, Мадиев Ю.Р.¹

1 – ДМ «Академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий – амалий тиббиёт маркази», Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ABSTRACT RESULTS OF EXTIRPATION OF THE ESOPHAGUS WITH SINGLE-STAGE ESOPHAGOPLASTY IN SURGICAL TREATMENT ACHALASIA OF THE CARDIA

Nizamkhodjaev Zainiddin Makhmatovich¹, Ligai Ruslan Efimovich¹, Tsoi Alexey Olegovich¹,
Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich², Bekchanov Khusan Nurullaevich¹,
Khadjibaev Jamshid Abduazimovich¹, Omonov Rasul Rakhmanovich¹, Babajanov Kudrat Bakhtiyarovich¹,
Nigmatullin Elnar Ildarovich¹, Abdugarimov Abdurashid Dilshod ugli¹, Madiev Yu.R.¹

1 - State Institution " Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V.Vakhidov", Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада бир вақтда эзофагопластика билан 32 та қизилўнгахч экстирпация қилиш амалиёти келтирилган. Муаллифлар ушбу турдаги аралашувни амалга оширишда техник қийинчиликларни таъкидлаб ўтадилар. Муаллифлар, шунингдек, уни амалга оширишни осонлаштирадиган ва жарроҳлик ва наркоз вақтини қисқартирадиган ўзларининг техник усулларини тақдим этдилар. Операция вақтидаги ва операциядан кейинги асоратларнинг табиати таҳлил қилинди. Мақолада операциядан кейинги турли вақтларда узоқ муддатли натижалар ҳам келтирилган.

Калит сўзлар: Қизилўнгахчининг нерв-мушак касалликлари, қизилўнгахчини экстирпация қилиш, гастропластика, операция вақтидаги асоратлар, операциядан кейинги асоратлар.

Abstract. The article presents the experience of performing 32 esophageal extirpations with simultaneous esophagoplasty. The authors describe the technical difficulties when performing this type of intervention. The authors also presented their own technical techniques that facilitate its implementation and reduce the time of surgery and anesthesia. The nature of both intraoperative and postoperative complications was analyzed. The article also presents long-term results at various times after the operation.

Key words: Neuromuscular diseases of the esophagus, extirpation of the esophagus, gastroplasty, intraoperative complications, postoperative complications.

Актуальность. Оперативное лечение до настоящего времени остается довольно распро-

страненным методом лечения кардиоспазма. К настоящему времени известно более 60 вариантов

операций, что лишний раз подтверждает неудовлетворенность хирургов результатами лечения [2,5,7].

Все предложенные и существующие методы хирургического лечения можно разделить на несколько групп. Учитывая тот факт, что менялись представления о природе кардиоспазма и ахалазии кардии на протяжении долгого времени, некоторые виды операций утратили свою значимость ввиду нецелесообразности и необоснованности их выполнения [3,4,8].

Вопросы целесообразности экстирпации пищевода в хирургическом лечении больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии до сих пор нельзя считать полностью решенными. При этом не во всех клиниках приветствуется данный вариант операции, т.к. считается достаточно сложным и травматичным для лечения доброкачественного заболевания пищевода. Сторонники ЭП аргументируют свой выбор одним главным преимуществом – полностью удаляется патологически измененный орган (пищевод) [1,6,10]. Однако все же большинство авторов остаются сторонниками эзофагокардиомиотомии, при этом с каждым годом предлагаются новые модификации. Считаем необ-

ходимым повторить, что все многочисленные модификации операции Геллера направлены только на устранение симптома – дисфагии и носят симптоматический характер. В связи с этим на наш взгляд необходимо дифференцировано подходить к двум принципиально различным вмешательствам: экстирпации и эзофагокардиомиотомии. Экстирпация пищевода остается одной из сложнейших операций в торако-абдоминальной хирургии. Однако мы считаем абсолютно показанным данный вариант операции у пациентов с IV стадией, когда ПД неэффективна или невозможна. Несмотря на травматичность ЭП, при хорошем исходе значительно улучшается качество жизни пациентов.

Цель исследования: Оценить эффективность экстирпации пищевода у больных с III-IV стадией ахалазии кардии.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» располагает опытом лечения 813 больных с нейромускульными заболеваниями пищевода находившихся на лечение в период с 2010 по 2022гг. Стандартное распределение больных по полу и возрасту согласно классификации ВОЗ, представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Пол	< 19 лет	19-44 лет	45-59 лет	60-75 лет	> 75 лет	Всего
Мужчины	31	200	84	40	4	359 (44,1%)
Женщины	25	247	130	51	1	454 (55,8%)
Всего	56 (6,8%)	447 (55%)	214 (26,3%)	91 (11,2%)	5 (0,6%)	813(100%)



Рис. 1. Мультиклайсная компьютерная томография

Таблица 2. Распределение оперированных больных в зависимости от стадии

	III	IVa	IVb	
ЭП с ГП	3(100%)	10(91%)	15(83,3%)	28(87,5%)
ЭП с КП	-	1(9%)	3(16,7%)	4(12,5%)
Итого:	3(9,4%)	11(34,4%)	18(56,2%)	32(100%)

Как следует из таблицы, женщин было 454, что составило 55,8%, а мужчин 359, что составило 44,1%. Как известно, нейромышечными заболеваниями пищевода (НМЗП), в большей степени, страдают люди молодого и среднего возраста, т.е. наиболее трудоспособная часть населения. Так, количество больных молодого и среднего возраста составило 717 больных и составило 88,2%, что говорит о большой социальной значимости изучаемой проблемы.

Для установки диагноза, а также определения стадии заболевания согласно классификации Петровского Б.В., достаточно было эндоскопического и рентгенконтрастного исследования. При эндоскопическом исследовании оценивались состояние слизистой пищевода, наличие эзофагостаза и проходимости кардиального жома.

Рентгенконтрастное исследование при данной патологии является более значимым, так как контрастное исследование позволяет оценить степень эктазии пищевода, наличие S-образной деформации, наличие и количество патологических колен, перистальтическую активность, а также проходимость кардиального жома. Следует отметить, что стадия заболевания выставляется на основании именно рентгенконтрастного исследования. При диагностике нейромышечных заболеваний пищевода нельзя ориентироваться только на данные одного исследования. Эндоскопическое и рентгенконтрастное исследования являются взаимодополняющими друг друга. С развитием возможностей компьютерной томографии, последняя все чаще находит свое применение, особенно у больных с IV стадией (рис. 1).

После проведенного комплексного обследования, I стадия установлена – у 39(4,8%), II стадия – у 290(35,6%), III стадия – у 378(46,5%) и IV стадия – у 106(13%) пациентов.

Всем 813 больным были проведены миниинвазивные методы лечения, однако у части больных они оказались невозможными или неэффективными. При этом у 32 больных, что составило 4%, выставлены показания к экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой.

Оперативному лечению подвергнуты пациенты с III, IVa и IVb стадиями заболевания. Из 32 оперированных больных, с III стадией было 3(9,4%) больных, с IVa стадией – 11(34,4%) больных и с IVb стадией – 18(56,2%) больных. Распределение больных в зависимости от стадии заболевания и произведенных операций представлено в таблице 2.

Экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой выполнена у 28(87,5%) больных и в 4(12,5%) случаях в качестве трансплантата использована толстая кишка, так как в анамнезе имели место операции на желудке и использовать последний в качестве трансплантата не представлялось возможным.

Показания к операции были следующими: невозможность проведения миниинвазивных вмешательств у 15 больных, что составило 46,9% и неэффективность миниинвазивных вмешательств у 17 больных, что составило 53,1%. Распределение больных по показаниям к оперативному лечению представлено в таблице 3.

В отделении хирургии пищевода и желудка в 2001г., был разработан и внедрен в клиническую практику новый способ формирования гастротрансплантата (рис. 2), на который получен патент на изобретение Агентства интеллектуальной собственности Республики Узбекистан № IAP 03872 «Новый способ формирования гастротрансплантата при эзофагопластике».

С накоплением опыта и внедрением в практику новых технологий, несколько изменились взгляды на некоторые этапы операции и технические приемы. На этапе накопления опыта экстирпации пищевода, во время мобилизации грудного отдела пищевода в средостении при возникновении гемодинамических нарушений, обусловленных компрессией сердца крючком, операционная бригада полностью останавливала работу до восстановления нормальной работы сердца и гемодинамической стабильности. После «отмашки» анестезиолога, что хирург может продолжить работу, компрессия сердца возобновлялась так как без тракции крючка работа в средостении невозможна.

Таблица 3. Показания к оперативному лечению

Показания к операции	Экстирпация пищевода		Всего
	гастропластика	колопластика	
Невозможность миниинвазивных методов лечения	15 (53,6%)	-	15 (46,9%)
Неэффективность миниинвазивных методов лечения	13 (46,4%)	4 (100%)	17 (53,1%)
Всего	28 (87,5%)	4 (12,5%)	32 (100%)

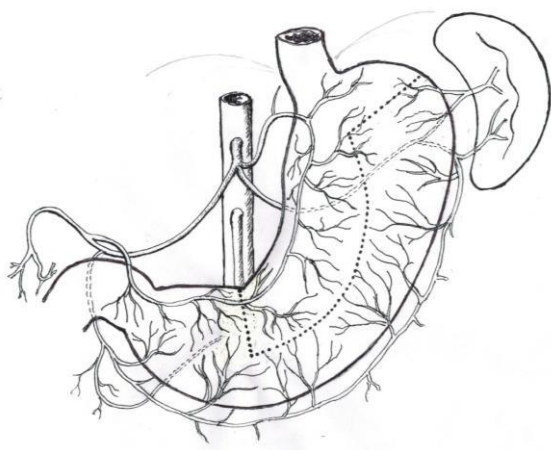
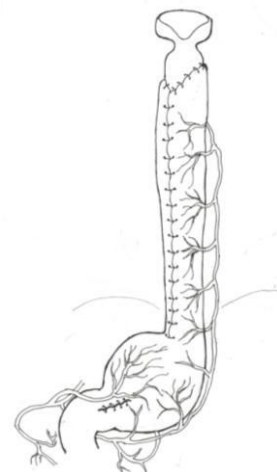


Схема выкраивания гастротрансплантата из большой кривизны желудка



Сформированный гастротрансплантат

Рис. 2. Схема формирования гастротрансплантата



УКЛ-60



Covidien GIA



Рис. 3. Формирование гастротрансплантата с применением сшивающих аппаратов

Это вновь приводило к гемодинамическим нарушениям и новой паузе операции. Такие паузы могут быть различной продолжительности и значительно удлиняют время операции и наркоза. В настоящее время, при возникновении гемодинамических нарушений, пока анестезиолог борется с ними, операционная бригада приступает к осуществлению другого этапа операции – формированию трансплантата. Возникающие гемодинамические нарушения ограничивают работу хирурга в средостении, однако не препятствуют работе в брюшной полости. За счет этих пауз, к моменту полной мобилизации абдоминального и грудного отделов пищевода, также почти полностью завершается формирование трансплантата. Одновременное выполнение резекционного и реконструктивно-восстановительного этапов операции сокращает время операции в среднем на 1-2 часа, что положительно сказывается на результатах.

Внедрение в хирургическую практику линейных, сшивающих аппаратов, осуществляющих одновременное рассечение ткани и клипирование рассеченных краев тремя рядами скоб с обеих

сторон, также значительно сокращает время при формировании трансплантата (рис. 3).

Применяемые ранее сшивающие аппараты УКЛ-40/60 не позволяли ускорить этот этап операции поскольку выполняют только функцию сшивания. Также сокращает время формирования трансплантата применение современного шовного материала. Скорость наложения узловых швов в сравнении с непрерывным атравматическим швом несопоставима. Применение сшивающе-режущих аппаратов и наложение непрерывного атравматического шва при формировании гастротрансплантата в среднем на 30-40 минут.

Помимо времени наложения швов, свойства современного рассасывающегося атравматического шовного материала позволили уменьшить количество специфических осложнений со стороны искусственного пищевода и пищеводно-желудочного/кишечного соустья.

По мере накопления опыта, в отделении велась работа, направленная на сокращение числа несостоятельности швов пищеводных анастомозов. Если раньше, при мобилизации шейного от-

дела пищевода, последний выделялся по всей своей окружности для удобства работы – это приводило к увеличению числа повреждения возвратных нервов и нарушения кровоснабжения в зоне анастомоза. Ишемия в зоне анастомоза и есть основная причина несостоятельности анастомоза в послеоперационном периоде. В 2009г в отделении хирургии пищевода и желудка разработан собственный, оригинальный способ формирования пищеводного соустья. В настоящее время при мобилизации шейного отдела пищевода, мобилизуется только передняя и левая стенка пищевода. Мобилизация только двух стенок шейного отдела пищевода достаточно для наложения анастомоза. При этом, сохраняется большая часть питающих сосудов, а также сокращается число повреждений возвратного нерва и тем более обоих его ветвей.

Результаты и обсуждение. Интраоперационные осложнения, возникающие во время мобилизации пищевода обусловлены близостью окружающих соседних органов к пищеводу. При IV стадии ахалазии кардии, вследствие длительно существующего эзофагостаза, неизбежно развивается вторичный застойный эзофагит внутри просвета, а снаружи периезофагит. Именно хронический воспалительный процесс стенок расширенного пищевода обуславливает сращения между пищеводом и прилегающими органами и тканями на различных уровнях. При этом во время мобилизации пищевода возрастает риск ятрогенного повреждения как прилегающих структур с сосудов, так и самого пищевода.

При анализе интраоперационных осложнений, нами установлено что у 14 больных, операции проходили без технических сложностей и ин-

траоперационных осложнений не наблюдалось, что составило 43,7%. У 18 больных имели место различные интраоперационные осложнения, что составило 56,3%. Характер интраоперационных осложнений представлен в таблице 4.

Как следует из таблицы 4, повреждение селезенки имело место у 1(3,1%) больного, кровотечение из средостения у 2(6,2%) больных, повреждение медиастинальной плевры у 10(31,2%) больных, повреждение трахеи и бронхов у 1(3,1%) больного, повреждение возвратного нерва у 4(12,5%) больных и интраоперационное вскрытие просвета пищевода у 2(6,2%) больных.

Несмотря на достаточную травматичность реконструктивных операций на пищеводе, у определенной категории больных удается избежать развития любых осложнений. Если у пациента после экстирпации пищевода развилось хоть одно осложнение, даже не приведшее к каким-либо грозным последствиям, мы такого больного относили к группе – с осложнениями.

При анализе послеоперационных осложнений, нами установлено, что из 32 больных, перенесших экстирпацию пищевода, у 23 больных послеоперационный период протекал без осложнений, что составило 72%. У 9 больных, что составило 28%, имели место различные осложнения, структурный анализ которых представлен в таблице 5.

Среди послеоперационных осложнений были диагностированы следующие: специфические осложнения наблюдались у 3(9,3%) больных, бронхо-легочные осложнения у 4(12,5%) больных, гнойно-воспалительные у 1(3,1%) больного и кровотечение, также у 1(3,1%) больного.

Таблица 4. Характер интраоперационных осложнений при экстирпации пищевода

Характер интраоперационных осложнений	ЭП с ГП/КП
Без осложнений	14 (43,7%)
Повреждение селезенки	1 (3,1%)
Кровотечение из средостения	2 (6,2%)
Повреждение медиастинальной плевры	10 (31,2%)
Повреждение трахеи	1 (3,1%)
Повреждение возвратного нерва	4 (12,5%)
Интраоперационное вскрытие просвета пищевода	2 (6,2%)
Итого:	32 (100%)

Таблица 5. Характер послеоперационных осложнений при экстирпации пищевода

Характер послеоперационных осложнений	Всего
Без осложнений	23 (72%)
Специфические осложнения	3 (9,3%)
Бронхо-легочные осложнения	4 (12,5%)
Гнойно-воспалительные осложнения	1 (3,1%)
Кровотечение	1 (3,1%)
Итого:	32 (100%)



Рис. 4. Эндоскопическая и рентгенологическая картина пищеводного анастомоза

Таблица 6. Отдаленные результаты экстирпации пищевода

Характер послеоперационных осложнений	Всего
Без осложнений	29 (90,6%)
РСПА	3 (9,4%)
Итого:	32 (100%)

Для оценки отдаленных результатов, пациенты приглашались на контрольное обследование в сроки 3, 6 месяцев и 1 год после операции. Всем больным проводились эндоскопическое, рентген-контрастное исследование (рис.4), при которых проводилась оценка проходимости анастомоза, наличие или отсутствие рубцового сужения, состояние гастро/колотрансплантата, его проходимость, перистальтическую активность, наличие или отсутствие патологической извитости, а также эвакуацию из трансплантата. Также проводился опрос для оценки качества жизни после перенесенной операции.

После проведения обследования, из 32 больных, перенесших экстирпацию пищевода с одномоментной пластикой пищевода, у 29 больных никаких патологических изменений со стороны анастомозов и трансплантата не выявлено, что составило 90,6%. У 3 больных, что составило 9,4%, диагностировано рубцовое сужение пищеводного анастомоза. Анализ отдаленных результатов представлен в таблице 6.

Во всех 3 случаях, рубцовое сужение анастомоза наступило у больных перенесших гастропластику. У 2 больных через 6 месяцев после операции и у 1 через год. Причиной для повторного обращения послужил рецидив дисфагии. В качестве лечения, во всех 3 случаях проведен курс бужирования по струне-проводнику. У всех больных достигнут хороших клинический результат, подтвержденный как субъективно, т.е. явления дисфагии полностью разрешились, так и при объективном контроле (эндоскопически и при рентгенконтрастном исследовании).

Выводы. Экстирпация пищевода не смотря на свою многолетнюю историю, остается единственным радикальным хирургическим вмешатель-

ством не только при опухолях, но и при доброкачественных заболеваниях пищевода. Пищевод имеет сложное топографо-анатомическое расположение, что обуславливает сложность и травматичность этой операции. Анатомические особенности, технические трудности, связанные с ними, а также возможные интраоперационные осложнения обусловленные первыми двумя факторами делают эту операцию крайне непривлекательной для оперирующих хирургов и не находят широкого применения в клиниках. Плюс ко всему, учитывая объем вмешательства и операционную травму, экстирпация пищевода с эзофагопластикой является инвалидизирующей. Это обстоятельство провоцирует больных отказываться от операции несмотря на дисфагию, неэффективность/невозможность миниинвазивных вмешательств и плохое качество жизни.

Литература:

1. Верещако Р.И. Поздние осложнения субтотальной и тотальной эзофагопластики и методы их устранения // Украшсыш медичний часопис. - 2008. - № 4 (66). - С.121-125.
2. Годжелло ЭА. Оперативная эндоскопия доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 2002. - 41 с.
3. Джафаров Ч. М., Джафаров Э. Ч., Керимов М. М. и др. Эзофагопластика желудочной трубкой // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2008. - № 5. -С. 47-51.
4. Макаров А.В., Гетьман В.Г., Кеенофонтов С.С. Шейный анастомоз при колоэзофагопластики: оптимизация формирования, профилактика осложнений // Госпитальна хирургия.-2005. № 2. - С. 42-46.

5. Мирзалиев И.А. Непосредственные результаты экстирпации пищевода с пластикой желудка у больных с доброкачественными заболеваниями пищевода: Автореф. дис. канд. мед. наук.-М., 2006.-26 с.
6. Плаксин С.А., Саблин Е.Е., Артмеладзе Р.А. Использование сшивающих аппаратов при эзофагогастро- и эзофагоэюнопластике // Медицинская наука и образование Урала. - 2008. - №3. -с.25-27.
7. Слывко Л.В. Сравнительная оценка способов формирования пищеводно-кишечных анастомозов: Автореф. дис. канд. мед. наук. Астрахань, 2004.-23 с
8. Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Янгиев Б.А. Способ формирования искусственного пищевода из желудка // Клінічна хірургія. - 2002. - № 5-6. - С. 27-28.
9. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Домрачев С.А. и др. Выбор метода эзофагопластики при доброкачественных заболеваниях пищевода // Анналы хирургии. -1998-№1.-С. 48-51.
10. Egan J. V., Baron T.H., Adler D.G. et al. Standards of Practice Committee: Esophageal dilatation // Gastrointest. Endosc. 2006. - V. 63. - P. 755-760.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О.,
Бабажанов А.С., Бекчанов Х.Н., Хаджибаев Ж.А.,
Омонов Р.Р., Бабажанов К.Б., Нигматуллин Э.И.,
Абдукаримов А.Д., Мадиев Ю.Р.*

Резюме. В статье представлен опыт выполнения 32 экстирпаций пищевода с одномоментной эзофапластикой. Авторами описаны технические сложности при выполнении данного вида вмешательства. Также авторами представлены собственные технические приемы, облегчающие ее выполнение и сокращающие время операции и наркоза. Проанализирован характер как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений. Также в статье представлены отдаленные результаты в различные сроки после перенесенной операции.

Ключевые слова: Нейромышечные заболевания пищевода, экстирпация пищевода, гастропластика, интраоперационные осложнения, послеоперационные осложнения.

УДК: 616.2.(082)

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ҚАВАРЧИҚ КЕЧИШИДА ГЕН ПОЛИМОРФИЗМИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ



Нурматова Наргиза Фатхуллаевна, Хошимов Аброржон Анваржонович
Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ В ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

Нурматова Наргиза Фатхуллаевна, Хошимов Аброржон Анваржонович
Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

FEATURES OF GENE POLYMORPHISM DURING CHRONIC URTICARIA IN CHILDREN

Nurmatoeva Nargiza Fatullayevna, Khoshimov Abrorjon Anvarzhonovich
Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@tta.uz

Резюме. Сурункали аутоиммун қаварчиқ билан касалланган 25та бемор бола ва сурункали идиопатик қаварчиқ билан касалланган 24 нафар бола текширилди. IL-4, IL-10 ва IL-17A нинг зардобдаги таркиби ва IL-4, IL-10, IL-17A генларининг полиморфизми аниқланди. Беморларда ўрганилган полиморфизмларнинг генетик вариантларига қараб IL-4 кўрсаткичларини ўрганишида фарқ бўлмади. IL-10 нинг гиперпродукцияси IL-10 генотиби (G-1082A) билан алоқаси бўлмаган сурункали идиопатик қаварчиқ билан оғриган беморларда аниқланди. IL-17A даражасининг ошиши сурункали аутоиммун қаварчиқ бўлган болаларда исботланган, улар назорат гуруҳига нисбатан гомозиготали AA ташувчиси ва сурункали идиопатик қаварчиқ гуруҳига нисбатан гетерозиготали GA ташувчиси билан боғлиқ эди. Цитокин генларининг полиморфизмидаги аниқланган фарқлар қаварчиқ шаклланишининг молекуляр генетик асосларини ўрганишига ёрдам беради ва ушбу беморларни даволаш усулини танлашда ишлатилиши мумкин.

Калит сўзлар: сурункали қаварчиқ, полиморфизм, генлар, болалар.

Abstract. Examination of 25 children with chronic autoimmune urticaria and 24 children with chronic idiopathic urticaria. The contents of IL-4, IL-10 and IL-17A in serum and polymorphism of IL-4, IL-10, IL-17A genes were determined. There was no difference in the study of IL-4 indicators depending on the genetic variants of the studied polymorphisms in patients. Hyperproduction of IL-10 was revealed in patients with chronic idiopathic urticaria, which had no relationship with the IL-10 genotype (G-1082A). Increased IL-17A levels were proved in children with chronic autoimmune urticaria, which were associated with homozygous AA carrier compared to the control group and heterozygous GA carrier compared to the group with chronic idiopathic urticaria. The revealed differences in the polymorphism of cytokine genes contribute to the study of the molecular genetic basis of urticaria formation and can be used when choosing a treatment method for these patients.

Keywords: chronic urticaria, polymorphism, genes, children.

Кўп йиллар давомида қаварчиқ касаллиги болалар алергологиясида энг долзарб, аммо энг кам ўрганилган муаммолардан бири бўлиб келган. Ушбу касаллик турли мутахассисликлар шифокорларининг - педиатрлар, иммунологлар, алергологлар, дерматологлар, инфекционистлар фаолиятита кенг жалб этилган. Қаварчиқ касаллигининг тарқалиши етарлича даражада ўрганилмаган. Адабиётга кўра, қаварчиқ билан умумий инсон аҳолисининг 15 дан 25% гача касалланади [2, 3, 17, 20]. Болалардаги алергик

патология таркибида қаварчиқ атопик дерматит ва бронхиал астмадан кейин учинчи ўринда туради. Болалар орасида унинг тарқалиши 2,0 дан 6,7 % гачани ташкил қилади [1, 2, 5, 6, 7, 10, 13, 18, 19].

Ҳозирги вақтда қаварчиқ - бу пуфакчалар (тери сатҳидан кўтарилган ва тахминан 24 соатдан кейин йўқ бўлиб кетадиган юзаки элементлари) ва/ёки ингибевротик шиш (терининг ва шиллик пардаларнинг чуқур қатламларининг шишиши) шаклланиши билан

тавсифланган гетероген нозологик гуруҳ ҳисобланади. [1, 2]

Касалликнинг кенг тарқалган, узок муддатли ва доимий кечиши, анъанавий даволанишга қаршилик ҳолати сурункали каварчиқ (СК) билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатининг жиддий пасайишига олиб келади [5, 4,11, 12].

СК нинг барча шакллари орасида сурункали аутоиммун каварчиқ (САҚ) ва сурункали идиопатик каварчиқ (СИҚ) таъхис қўйиш ва даволаш энг қийин бўлиб қолмоқда. САҚ ларнинг тарқалиши 30 дан 50% гача [7, 10], СИҚ нинг тарқалиши ҳам тахминан 50% [8, 14, 15, 16] ҳисобланади. Касалликнинг ушбу шакллари ўрганиш учун жуда кўп ишлар қилинганга қарамай, СК патогенезида кам ўрганилган жиҳатлардан бири энг муҳим цитокинларнинг генетик полиморфизмининг ўрни бўлиб қолмоқда. Маълумки, цитокин генларидаги мутациялар жиддий иммунитет бузилишларига олиб келиши мумкин. Одамларда бундай мутациялар жуда кам учрайди, бу химоя реакцияларини амалга оширишда цитокинларнинг ҳал қилувчи ролини кўрсатиши мумкин. Шунга қарамай, улар томонидан кодланган оксилларнинг функцияларини бутунлай ўчириб қўядиган мутациялардан фарқли ўларок, тегишли генларнинг ишлашида миқдорий ўзгаришларга олиб келадиган ягона нуклеотид полиморфизми (Single nucleotide polymorphism – SNP) алмаштиришлари билан боғлиқ цитокин генларининг функционал полиморфизмини аниқлаш бўйича тобора кўпроқ маълумотлар тўпланмоқда. Муҳим ўзгарувчанликка эга бўлган цитокинлар турли хил аллергик касалликларга чалинган беморларда биокимёвий маҳсулотлар синтезидаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган битта нуклеотидли полиморфизмларнинг мавжудлиги билан тавсифланади. Сўнгги тадқиқотлар IL-4, IL-10 ва IL-17 САҚ ва СИҚ патогенезида энг муҳим эканлигини исботлади [1, 9]. Юқоридаги ишларда цитокинларнинг миқдорий ўқишларининг СК нинг у ёки бу шаклини шакллантириш билан боғлиқлиги кўриб чиқилди. Бирок, биз учун мавжуд бўлган адабиётларда ушбу цитокинлар генларининг полиморфизм ассоциациясини СК нинг у ёки бу шакли билан таҳлил қилиш бўйича ишлар топилмади.

Юқоридагилар билан боғлиқ ҳолда, **ишнинг мақсади** САҚ ва СИҚ билан оғриган бемор болаларда қон зардобидаги IL-4, IL-10 ва IL-17A цитокинларининг таркибини, қон ҳужайралари томонидан спонтан ва индукция қилинган ишлаб чиқаришни ва уларнинг цитокинлар генларининг IL-4 (C-589T), IL-10 (G-

1082a), IL-17A (G-197A) полиморфизми билан боғлиқлигини қиёсий ўрганиш ҳисобланади.

Материаллар ва текширув усуллари. СК билан оғриган 5 ёшдан 18 ёшгача бўлган 49 нафар бемор болалар текширилди, улардан 25 нафар беморга САҚ, 24 та беморга СИҚ таъхиси қўйилган. САҚ ва СИҚ диагностикаси анамнез маълумотлари, касалликнинг клиник кўринишлари, касалликнинг давомийлиги, бирга келадиган касалликлар маълумотларини таҳлил қилиш, шунингдек аутозардоб тестининг ижобий натижалари асосида дастлабки текширув босқичида ўрнатилди. Тери синамаси диаметри 7 мм ва ундан кўп бўлганда САҚ нинг диагностик мезони бўлади. СИҚ билан оғриган бемор болаларда аутозардоб синамаси манфий бўлди. Шунингдек, биз САҚ ва СИҚ гуруҳлари билан боланинг жинси ва ёши бўйича таққосланадиган 5 ёшдан 18 ёшгача бўлган 15 нафар соғлом болаларни назорат гуруҳида кўриб чиқдик. IL-4, IL-10, IL-17a нинг қон зардобидаги ва супернатантдаги концентрацияси барча ўрганилган гуруҳлар учун «Вектор-Бест» реагентлари билан иммунофермент таҳлили орқали аниқланди. Молекуляр генетик тадқиқот ҳам ўтказилди. IL-4 (C-589T), IL-10 (G-1082A), IL-17A (G-197A) генларининг полиморфизми таҳлил қилинди. Барча тадқиқотлар Тошкент тиббиёт Академиясининг кўп тармоқли клиникаси ва Республика ихтисослаштирилган аллергология марказида ўтказилди. Ўрганилган цитокин маркерларининг генотиплари нормал гомозигота, гетерозигота ва мутант зиготага тўғри келди. IL-4, IL-10, IL-17a генларининг полиморфизмларини ўрганиш учун материал периферик қон лейкоцитларидан ажратилган инсон геномик ДНК ҳисобланади. Тадқиқот учун қон эрталаб оч коринга, тирсак венанинг венепунктураси орқали олинган. Веноз қон EDTA ўз ичига олган вакуум пробиркаларида тўпланган. ДНКни ажратиш учун “Литех” МЧЖ (Москва, Россия) компаниясининг “ДНК-Экспресс-қон” реактиви ишлатилган. Амплификацияни «DT-lite» («ДНК-технология») реал вақт режимида полимераза занжири реакцияси орқали “СНП-express” (“Литех” НПФ МЧЖ) инсон геномидаги полиморфизмларни аниқлаш учун синов тизимлари ёрдамида амалга оширилди.

Ген полиморфизмларининг пайдо бўлиш частотасини аниқлаш нисбий частоталар билан ифодаланади. Худди шу намунадаги иккита ўртача намунани таққослашда Вилкоксон мезони, гуруҳларни бир-бири билан таққослашда Манн-Уитни мезони ишлатилган. Кўрсаткичлар median – ме, пастки ва юқори кватиллар шаклида тақдим этилади (Қ25; Қ75). Ўзаро боғлиқ бўлмаган гуруҳларни сифат кўрсаткичлари бўйича таққослаш (беморлар ва соғлом шахслар гуруҳларида, шунингдек беморлар гуруҳлари

ўртасида молекуляр генетик кўрсаткичларнинг частоталарини жуфт таққослаш) икки томонлама мезон ёрдамида амалга оширилди. Уюшмаларнинг кучи 95% ишонч оралиғи билан коэффициентлар нисбати (ёки) кўрсаткич кийматларида баҳоланди.

Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш "Статистика 6.0" амалий дастурлари ёрдамида амалга оширилди. Фарқлар $p < 0,05$ да статистик жиҳатдан аҳамиятли ҳисобланади.

Олинган натижалар. Текширув натижалари шуни кўрсатдики, (1-жадвал), қон зардобидаги IL-4 даражаси САҚ билан оғриган беморлар гуруҳида ҳам, СИҚ ($p < 0,05$) билан оғриган беморлар гуруҳида ҳам назорат гуруҳининг ўхшаш кўрсаткичларига қараганда анча паст эди. Бу эса иккала гуруҳда ҳам атопик механизм йўқлигини кўрсатиши мумкин. Бироқ, ўрганилган гуруҳларда бу кўрсаткичда ҳам қон зардобида, ҳам қон хужайралари томонидан ўз-ўзидан ва индукция қилинган ишлаб чиқаришда сезиларли фарқлар аниқланмади. Қон зардобидаги IL-10 даражасининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, САҚ ва назорат гуруҳи бўлган беморларда сезиларли фарқлар йўқ эди, аммо СИҚ билан оғриган беморлар гуруҳида бу кўрсаткич 19,3 пг/мл ни ташкил этди [0,8-78,9], бу назорат гуруҳига нисбатан анча юқори кўрсаткич бўлиб, бу ерда бу кўрсаткич назорат гуруҳига нисбатан анча юқори – 1,0 эди [0-3,4] (Манн-Уитни мезони, $p = 0,00001$). Бундан ташқари, САҚ ва СИҚ гуруҳларидаги IL-10 кўрсаткичларини таққослашда СИҚ билан оғриган беморларда ҳам бу кўрсаткичнинг сезиларли ўсиши кузатилди (Манн-Уитни мезони, $p = 0,000032$). Бундан ташқари, СИҚ билан оғриган беморларда ва қон хужайралари томонидан ўз-ўзидан ишлаб

чиқаришда САҚ билан оғриган бемор болаларнинг кўрсаткичлари билан солиштирилганда IL-10 ўсиши аниқланди. Маълумки, IL-10 Tr1 бошқарув хужайрасининг асосий маҳсулоти бўлиб, периферияга иммун жавобни шаклланишига ёрдам беради. Ушбу цитокиннинг назорат гуруҳига нисбатан ҳам, САҚ билан оғриган беморлар гуруҳига нисбатан кўпайиши ушбу цитокиннинг СИҚ патогенезида иштирок этишини кўрсатиши мумкин. СИҚ билан оғриган беморларда ўз-ўзидан IL-17 ишлаб чиқариш даражасини ўрганаётганда, бу кўрсаткичнинг ошиши қайд этилди, бу назорат гуруҳи натижалари билан солиштирилганда 58,3 пг/мл [45,0–98,1] (Манн-Уитни мезони, $p = 0,00001$).

ҲАС ва ҲИС билан оғриган беморлар ўртасида иммун тизими хужайралари томонидан ўз-ўзидан ва индукцияланган IL-17 ишлаб чиқариш натижаларини солиштирилганда, САҚ билан оғриган беморларда ҳам бу кўрсаткич сезиларли даражада ошганлигини кўриш мумкин (Wilcoxon test, $p = 0,035$). Аутоиммун касалликлар патогенезида Th17 лимфоцитлар популяциясининг асосий ролини ҳисобга олган ҳолда, IL-17 нинг кўпайиши САҚ билан оғриган беморларда етакчи аутоиммун механизмни кўрсатиши мумкин деб тахмин қилиш мумкин. Молекуляр генетик тадқиқотлар маълумотлари шуни кўрсатдики, САҚ ва СИҚ билан оғриган беморларда IL-4 полиморфизм аллели С (С-589Т) нинг ташилиши назорат гуруҳи кўрсаткичларидан сезиларли фарқ қилмаган (2-жадвал). Гуруҳларда ва IL-10 аллели G (G-1082a) ни ўрганишда генотипларда сезиларли фарқлар топилмади. IL-17 генотипларининг (G-197A) частоталарини қиёсий ўрганиш қуйидаги тақсимотни кўрсатди.

Жадвал 1. Сурункали каварчиқ оғриган бемор болалар ва назорат гуруҳидаги болалар билан IL-4, IL -10, IL -17a ишлаб чиқариш кўрсаткичлари.

Кўрсаткичлар	САҚ билан оғриган бемор болалар (n=25)	СИҚ билан оғриган бемор болалар (n=24)	Назорат гуруҳи (n=15)
IL-4 зард., пг/мл	0,39 (0-0,72)*	0 (0-0)**	4,6 (0,21-5,0)
IL-4 сп, пг/мл	0,8 (0,2-3,2)	2,8 (1,2-3,4)	0,1 (0-0,5)
IL-4 инд, пг/мл	1,8 (0,5-4,7)	3,6 (0,9-6,8)	1,0 (0,7-3,2)
IL-10 зард., пг/мл	0 (0-3,0)***	19,3 (0,8-78,9)**	1,0 (0-3,4)
IL-10 сп, пг/мл	9,75 (0-11,1)***	19,5 (10,0-31,1)	11,3 (6,05-17,9)
IL-10 инд, пг/мл	10,1 (4,2-19)	15,1 (6,5-25,2)**	8,85 (0,7-21,25)
IL-17 зард., пг/мл	0 (0-0)	0 (0-0,8)	0 (0-1,0)
IL-17 сп, пг/мл	58,3 (45,0-98,3)*	11,3 (3,0-18,1)***	5,4 (0-22,0)
IL-17 инд, пг/мл	95,55 (62,6-105,0)*	15,55 (2,6-25,0)***	6,1 (0-22,5)

Изоҳ. * - САҚ ва назорат гуруҳи бўлган беморлар ўртасидаги статистик жиҳатдан муҳим фарқлар;

** - СИҚ ва назорат гуруҳи бўлган беморлар ўртасидаги статистик жиҳатдан муҳим фарқлар;

*** - САҚ ва СИҚ билан оғриган беморларда статистик жиҳатдан муҳим фарқлар.

Ишлатилган қисқартмалар: зард. - қон зардобида цитокинларни аниқлаш; сп. - цитокинларнинг иммун тизимининг хужайралари томонидан ўз-ўзидан ишлаб чиқарилиши; инд. - иммунитет тизимининг хужайралари томонидан цитокинларни индукция қилинган ишлаб чиқариш

Шундай қилиб, шуни таъкидлаш керакки, IL-17 (197GG) генотип соғлом одамларга нисбатан СИҚ билан оғриган беморларда статистик жиҳатдан камроқ тарқалган (OR = 0,219 (0,069-0,680) p= 0,005). IL-17 генотиپига (197GA) кўра, назорат гуруҳига нисбатан СИҚ билан оғриган беморларда сезиларли ўсиш (OR = 3,219 (1,102 - 9,564) p=0,029) олинган. Бундан ташқари, СИҚ билан оғриган беморларда IL-197A генининг г полиморфизм аллелининг (17 G/A) гетерозиготли ташилиши ҳам САҚ гуруҳига нисбатан анча юқори эди (OR = 0,319 (0,124-0,812) p=0,012). Ил-197A генининг полиморфизм (17 A/A) мутант зиготасига кўра, назорат гуруҳи (OR = 7,250 (0,863-159,805) p=0,046 билан солиштириганда САҚ билан оғриган беморларда сезиларли ўсиш аниқланди.

Шундай қилиб, САҚ ва СИҚ билан оғриган беморларда ўрганилган полиморфизмларнинг генетик вариантларига қараб IL-4 кўрсаткичларини ўрганишда фарқлар топилмади. СИҚ билан оғриган беморларда IL-10 нинг энг аниқ гиперпродукцияси ва IL-10 генотиби (G-1082A) бўйича молекуляр генетик тадқиқотлар маълумотлари билан корреляциянинг йўқлиги биз ўрганмаган бошқа аллелнинг патогенезида мумкин бўлган ўрнини кўрсатади. Бирок, САҚ билан оғриган беморларда IL-17A даражасининг кўтариллиши назорат гуруҳига нисбатан гомозиготали AA ташувчиси ва СИҚ гуруҳига нисбатан гетерозиготли GA ташувчиси билан боғлиқлиги исботланди. САҚ ва СИҚ таркибидаги цитокин генларининг полиморфизмидаги аниқланган фарқлар СҚ шаклланишининг молекуляр генетик асосларини ўрганишга ёрдам беради ва ушбу беморларни даволаш усулини танлашда фойдаланиш мумкин.

Адабиётлар:

1. А.В. Кудрявцева, К.А. Нескородова. Крапивница у детей: патогенетические механизмы и возможности современной терапии // Фармакотерапия в дерматовенерологии, №2, 2017. С.73-82
2. Баранова Н.И., Коженкова С.В., Ашина Л.А. Роль цитокинов в патогенезе хронической крапивницы // Цитокины и воспаление, 2014. Т. 13, № 1. С. 11-15. [Baranova N.I., Kozhenkova S.V., Ashchina L.A. Role of cytokines in pathogenesis of chronic urticaria. Tsitokiny i vospalenie = Cytokines and Inflammation, 2014, Vol. 13, no. 1, pp. 11-15. (In Russ.)]
3. Борзова Е.Ю. Новые аспекты патогенеза хронической крапивницы // Российский аллергологический журнал, 2012. № 5. С. 3-9. [Borzova E.Yu. New aspects of pathogenesis of chronic urticaria. Rossiyskiy allergologicheskiy

- zhurnal = Russian Allergology Journal, 2012, no. 5, pp. 3-9. (In Russ.)]
4. Данилычева И.В. Лечение крапивницы off-label // Российский аллергологический журнал, 2012. № 6. С. 15-23. [Danilycheva I.V., Pecherey I.O. Treatment of urticarial off-label. Rossiyskiy allergologicheskiy zhurnal = Russian Allergology Journal, 2012, no. 6, pp. 15-23. (In Russ.)]
 5. Колхир П.В. Крапивница и ангиоотек. М.: Практическая медицина, 2012. 364 с. [Kolkhir P.V. Urticaria and angioedema]. Moscow: Practice Medicine, 2012. 364 p.
 6. Синельникова Н.А., Калинина Н.М., Савенкова Н.Д. Хроническая крапивница в детском возрасте. Формы хронической крапивницы у детей. Дифференциальная диагностика (часть II) // Медицинская иммунология, 2013. Т. 15, № 4. С. 313-324. [Sinelnikova N.A., Kalinina N.M., Savenkova N.D. Chronic urticaria in childhood. Chronic urticaria forms in children. Differential diagnostics (part II). Meditsinskaya immunologiya = Medicine Immunology (Russia), 2013, Vol. 15, no. 4. pp. 313-324. (In Russ.)]
 7. ФХ Ирсалиева, НД Дустбабаева, ЗС Камалов... - Полиморфизм IL17A rs2275913 и особенности иммунологических показателей у больных персистирующим аллергическим ринитом при проведении аллерген-специфической терапии. Российский иммунологический журнал, 2020. Том 23, № 4 (2020) 449-460.
 8. Balabolkin I. I. Krapivnitsa i angionevroticheskie oteki u detej. Pediatriya. Zhurnal im. Speranskogo. 2009; 87 (2): 110-115. [Балаболкин И.И. Крапивница и ангионевротические отеки у детей. Педиатрия. Журнал им. Сперанского. 2009; 87 (2): 110-115.]
 9. Choi S.H., Baek H. S. Approaches to the diagnosis and management of chronic urticaria in children. Korean J Pediatr 2015; 58 (5): 159- 164.
 10. Church M, Kolkhir P, Metz M, et al. The role and relevance of mast cells in urticaria // Immunological reviews.- 2018.- Т. 282.- No. 1.- С. 232-247.
 11. Ferrante G., Scavone V., Muscia M. C., Adrignola E., Corsello G., Passalacqua G., La Grutta S. The care pathway for children with urticaria, angioedema, mastocytosis. World Allergy Organ J 2015; 8 (1): 2-5.
 12. FK Irsaliev, ND Dustbabaeva, ZS Kamalov... - IL17A rs2275913 polymorphism and features of immunological parameters in patients with persistent allergic rhinitis during allergen-specific immunotherapy. Russian Journal of Immunology, Том 23, № 4 (2020) 449-460 <https://www.rusimmun.ru/jour/article/view/935>
 13. Goh C.L., Tan K.T. Chronic autoimmune urticaria: where we stand? Indian J. Dermatol., 2009, Vol. 54, no. 3, pp. 269-274.

14. Kaplan A.P., Greaves M. Pathogenesis of chronic urticaria. Clin. Exp. Allergy, 2009, Vol. 39, no. 6, pp. 777-787.

15. ND Dustbabaeva, F Kh Irsaliyeva, NF Nurmatova, VF Baybekova, NP Aydarova, Kh S Akhmedov. // IL17A rs2275913 gene polymorphism in Uzbek ethnic group and its linkage with development of allergic rhinitis. Russian Journal of Immunology, , Том 23, № 4 (2020) 443-448. https://www.rusimmun.ru/jour/article/view/934?locale=en_US

16. O'Garra, A., Vieira P.L., Goldfeld A.E. IL-10-producing and naturally occurring CD4+ Tregs: limiting collateral damage. Journal of Clinical Investigation, 2004, Vol. 114, is. 10, pp. 1372-1378.

17. Schmetzer O, Lakin E, Topal FA, et al. IL-24 is a common and specific autoantigen of IgE in patients with chronic spontaneous urticaria // Journal of Allergy and Clinical Immunology.- 2018.- Т. 142.- No. 3.- С. 876–882.

18. Silva PM, Costa AC, Mendes A, et al. Long-term efficacy of omalizumab in seven patients with treatment-resistant chronic spontaneous urticaria. Allergol Immunopathol (Madr) 2015; 43: 168–73.

19. Zuberbier T, Aberer W, Asero R/ et al. The EAACI/ GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. Allergy. 2018 Jul; 73 (7): 1393–1414

20. Zuberbier T. A Summary of the New International EAACI/GA²LEN/EDF/WAO Guidelines in Urticaria. W. Allergy Org. J., 2012, no. 5, pp. 1-5.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ В ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

Нурматова Н.Ф., Хошимов А.А.

Резюме. *Обследовано 25 детей, больных с хронической аутоиммунной крапивницей и 24 детей, больных с хронической идиопатической крапивницей. Определены содержания IL-4, IL-10 и IL-17A в сыворотке и полиморфизм генов IL-4, IL-10, IL-17A. Не выявлено различия при изучении показателей IL-4 в зависимости от генетических вариантов изучаемых полиморфизмов у больных. Выявлено гиперпродукция IL-10 у больных хронической идиопатической крапивницей, которое не имело взаимосвязи с генотипом IL-10 (G-1082A). Доказано повышенные показатели IL-17A у детей с хронической аутоиммунной крапивницей, которые ассоциировались с гомозиготным носительством AA по сравнению с контрольной группой и гетерозиготным носительством GA по сравнению с группой хронической идиопатической крапивницей. Выявленные различия полиморфизма генов цитокинов вносят вклад в изучение молекулярно-генетических основ формирования крапивницы и могут быть использованы при выборе метода лечения данных пациентов.*

Ключевые слова: *хроническая крапивница, полиморфизм, гены, дети.*



Орипова Феруза Шопулатовна

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОМЫ ЯИЧНИКА

Орипова Феруза Шопулатовна

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

APPLICATION OF THE MODERN METHOD OF TREATMENT OF OVARIAN ENDOMETRIOMA

Oripova Feruza Shopulatovna

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: buxtiilmiybulim@mail.ru

Резюме. Эндометриозни ўрганиш тарихи 150 йилдан коўпроқ вақт олдин бошланган, аммо ҳозирги кунга қадар касалликнинг моҳияти этарлича ўрганилмаган, гормон терапиясини тайинлаш кўпинча узоқ муддатли терапевтик таъсирни таъминламайди ва асосий омиллардан бири. ҳал қилинмаган муаммолар - касалликнинг қайталанишининг пайдо бўлиши. Бутун дунёда тухумдон эндометриози (ТЭ) катта кечикиш билан таъхисланади. Тадқиқот мақсади. Тухумдон эндометриомаси учун комбинацияланган иммунокоррекция терапиясидан фойдаланган ҳолда янги даволаш усулини ишлаб чиқиш. Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тухумдон эндометриомаси бор 100 нафар аёл ва 24 ёшдан 49 ёшгача бўлган шартли соғлом аёллар билан 30 нафар бемор бор эди. Натижалар ва таҳлиллари. Тухумдон эндометриомаси билан оғриган аёлларда анамнездан психо-эмоционал бузилишлар (9,2%), умумий заифлик, чарчоқ, меҳнат қобилиятининг пасайиши (15,3%).

Калит сўзлар. Ташиқи генитал эндометриоз, такрорланиш, хавф омиллари, диеногест, масс-спектрометрия.

Abstract. The history of the study of endometriosis began more than 150 years ago, but to this day the essence of the disease has not been studied enough, the appointment of hormone therapy often does not provide a long-term therapeutic effect, and one of the main unresolved problems is the occurrence of a relapse of the disease. Worldwide, external genital endometriosis (EGE) is diagnosed with great delay. Purpose of the study. To study the clinical and immunogenetic features of the development of ovaric endometriosis to justify a differentiated approach to its treatment. Materials and research methods. There were 100 women with ovarian endometrioma and 30 patients with conditionally healthy women aged 24 to 49 years. Results and analysis. From the anamnesis in women with ovarian endometrioma, there were psycho-emotional disorders (9.2%), general weakness, fatigue, decreased ability to work (15.3%).

Keywords. External genital endometriosis, recurrence, risk factors, dienogest, mass spectrometry.

Тухумдон эндометриози (ТЭ) генитал эндометриознинг энг кенг тарқалган шаклларида биридир [1]. Тухумдон эндометриозининг турли шакллари орасида алоҳида ўрин эгаллашининг бир қанча сабаблари бор. Тухумдон эндометриози каттиқ оғриқлар, ҳайз даврининг бузилиши ва бепуштлик каби турли хил клиник кўринишлари билан кечади [2]. Шунинг учун уни ўз вақтида таъхислаш ва даволаш муҳим вазифаларидан бири ҳисобланади.

Эндометриома-бу эндометриознинг оғриқли жараёни натижасида ҳосил бўлган киста шакли. Улар қуюқ жигаранг эндометриал суюқлик билан тўлдирилган ва баъзан "шоколад

кисталари"деб аталади. Эндометритнинг мавжудлиги эндометриознинг янада оғир босқичини кўрсатади [3]. Ушбу кисталар эндометриознинг мавжудлиги туфайли ҳосил бўлади, бу ҳолат эндометриумга ўхшаш тўқима (бачадоннинг ички қатлами) бачадондан ташқарида ўсади [4].

Тухумдон эндометриоид (ТЭ) кисталарининг белгилари фарқ қилиши мумкин. Баъзи аёллар ҳеч қандай аломатларга дуч келмаслиги мумкин, бошқалари эса қуйидаги аломатларга дуч келиши мумкин: қориннинг пастки қисмида оғриқ, оғриқли ҳайз кўриш, жинсий алоқа пайтида оғриқ, ҳайз кўришдан

олдин кўкрак безларининг шишиши, ҳайз пайтида дефекация пайтида оғрик [5].

ТЭ турли ёш гуруҳларида пайдо бўлиши мумкин, лекин кўпинча репродуктив ёшдаги аёлларда, одатда 25 ёшдан 40 ёшгача ташхис қилинади. Бироқ, эндометриоз, менопаузадан кейин, ўсмирлар ва аёлларда кузатилиши мумкин [6].

Тадқиқотнинг мақсади. Тухумдон эндометриомаси учун комбинацияланган иммунокоррекция терапиясидан фойдаланган ҳолда янги даволаш усулини ишлаб чиқиш.

Материаллар ва усуллари. Тадқиқот Ўзбекистон Республикаси Фанлар Академияси инсон иммунологияси ва геномикаси институтининг репродуктив Иммунология лабораториясида 2021 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда ўтказилди.

Тадқиқотда, 22 ёшдан 45 ёшгача бўлган тухумдон эндометриози ташхиси қўйилган 66 та аёлда тадқиқот ўтказилган. Текширилган аёлларнинг ўртача ёши 30 ± 40 ёш. Иммунологик тадқиқотларнинг назорат гуруҳи 30 шартли соғлом аёлдан иборат еди.

ТЭ ривожланиш босқичига кўра, беморлар 2 гуруҳга бўлинган: 1-гуруҳ эндометриознинг I-II босқичи бўлган 32 аёлдан, 2-гуруҳ ТЭнинг III босқичи бўлган 34 аёлдан иборат бўлиб, улар даволанишига қараб 2 кичик гуруҳларга бўлинган. Қон зардобиди (IL-2, IL-6) интерлейкинлар ва қон томир эндотелиал ўсиш омили - А (VEGF-A) концентрациясини АО «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия) синов тест-тизимлари ёрдамида аниқланди.

Имунокоррекция даво мақсадида ронколейкин ва деринат дори воситаларидан

фойдаланилган. ТЭ билан касалланган аёлларни иммунокорректорлар ва гормонал дори воситалари билан биргаликда даво чоралари амалга оширилди:

–1-гуруҳ аёллари прогестоген-диеногест гормон дориларни қабул қилган (қунига 2 мг дозадан, доимий равишда 6 ой давомида).

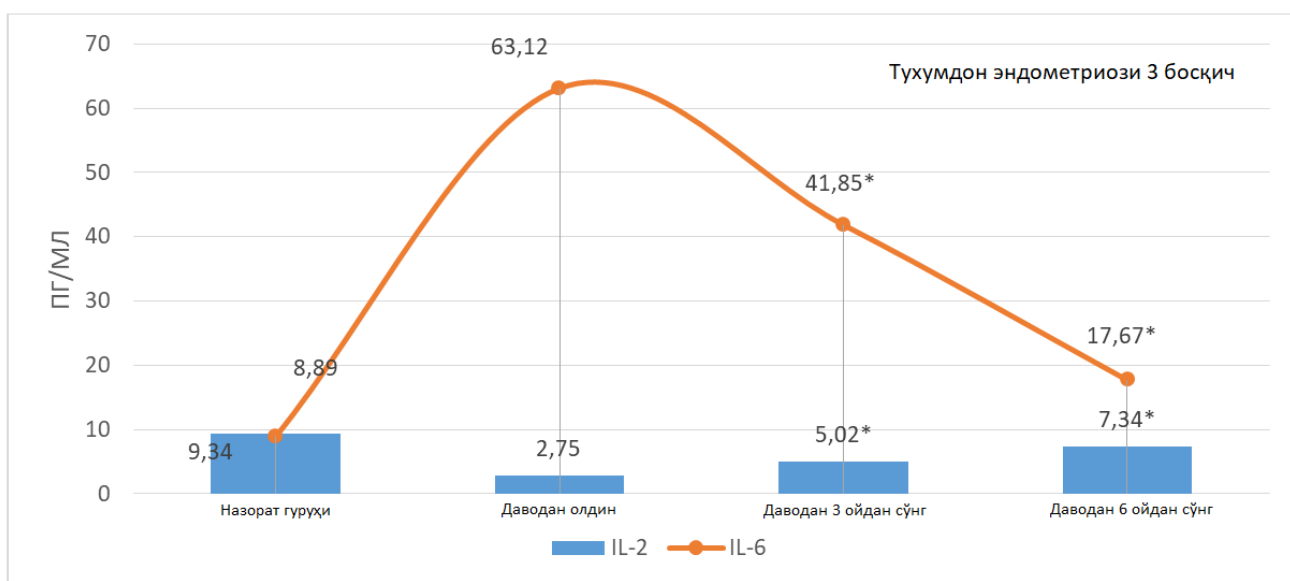
–2-гуруҳ аёллари диеногест (қунига қунига 2 мг дозада, доимий равишда 6 ой давомида) ва иммунокоррекция қилувчи Деринат препарати (5 мл 15 мг / мл еритма 48 соатдан кейин, даволаш курси 10 та инъекция) билан даволланган.

Олинган маълумотларни статистик қайта ишлаш "Statistica 6.0" компьютер дастури ёрдамида амалга оширилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. ТЭ билан касалланган 1-гуруҳ аёлларнинг танланган даволаш усулининг самардорлигини баҳолаш учун ўрганилган цитокинлар даражасидаги ўзгаришларни таҳлил қилдик (расм 1).

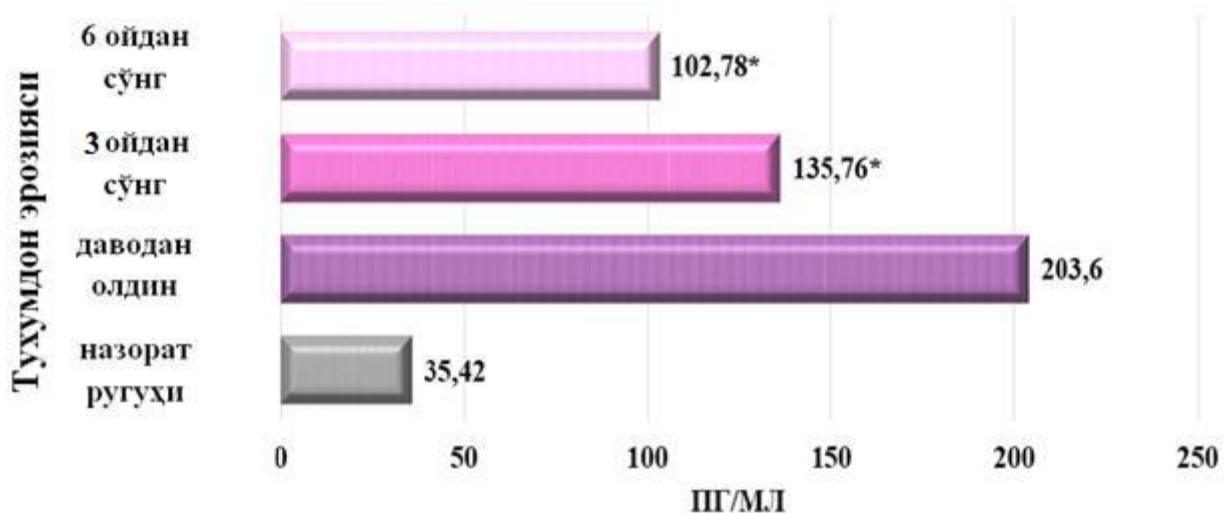
Ушбу гуруҳдаги аёлларда IL-6 миқдори сезиларли даражада камайганлиги аниқланди. Шундай қилиб, ўрганилган яллиғланишга қарши цитокин даражаси 3 ойдан кейин $41,85 \pm 2,86$ ПГ/мл гача ($p < 0,001$) ва 6 ойдан кейин $17,67 \pm 0,95$ ПГ/мл гача ($p < 0,001$) ўртача $63,12 \pm 1,12$ ПГ/мл гача камайган (расм 2).

Олинган натижалар танланган даво режасининг юқори таъсирини кўрсатди ва бу эндометриал тўқималарнинг ўсишини ва касаллик аломатларини камайтиришга ёрдам берганлиги билан оқланди. Иммуномодуляторлардан фойдаланиш самарали даволанишига ёрдам берди, шу билан цитокин ҳолатига ижобий таъсир кўрсатди.



Расм 1. 1- гуруҳ аёлларнинг қон зардобиди IL -2 ва IL -6 миқдорининг динамикаси.

Изоҳ: * - ушбу гуруҳнинг дастлабки маълумотларига нисбатан сезиларли даражада (* - $P < 0,05 - 0,001$)



Расм 2. ТЭнинг 3-босқичи бўлган аёлларда кон зардобда VEGF-A динамикаси.

Изоҳ: * - ушбу гуруҳнинг дастлабки маълумотларига нисбатан сезиларли даражада (* - $P < 0,05$ - 0,001)

Хулоса. Тухумдон эндометриози билан касалланган аёлларда иммун тизимининг фаолиятини яхшилаш мақсадида комбинацияланган даво режасидан сўнг цитокин ҳолати ўрганилди ва даволанишдан олдин 1- ва 2-босқичли аёллар гуруҳларида IL-2 таркибининг сезиларли даражада камайиши кузатилганлиги аниқланган эди. Гормонал монотерапиядан сўнг, ЕД 1-2 босқичи бўлган аёллар гуруҳида цитокин ҳолатининг ижобий динамикаси аниқланди. 3 ва 1-кичик гуруҳларнинг 2-босқичи бўлган аёллар гуруҳларида комбинацияланган терапия қўлланилгандан сўнг, гормон терапиясининг иммуномодуляторлар билан комбинацияси цитокин ҳолатининг яхшиланишига ва касаллик белгиларининг пасайишига олиб келганлиги исботланди.

Адабиётлар:

1. Адамян, Л.В. Эндометриозы / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. – Москва: Медицина, 2006. – 416 с.
2. Андреева, Е.Н. Генитальный эндометриоз: пути решения проблемы в XXI веке / Е.Н. Андреева, Е.Ф. Гаврилова // Вестник репродуктивного здоровья. – 2011. – № 6. – С. 3–10.
3. Артымук Н.В., Данилова Л.Н., Червов В.О., и др. Сравнительная оценка комбинированного лечения пациенток, страдающих эндометриозом и бесплодием, с применением агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона и диеногеста. Проблемы репродукции. 2017;23(2):61-5
4. Артымук Н.В., Зотова О.А., Шакирова Е.А., и др. Эффективность комбинированного лечения

эндометриом яичников. Эндоскопическая хирургия. 2019;25(2):35-9

5. Баранов, С.В. Эндометриоз как проблема современной генетики / С.В. Баранов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – № 1. – С.71–78.

6. Бурлев, А.А. Проллиферативная и ангиогенная активность эндометриоидных кист яичника / А.А. Бурлев // Проблемы репродукции. – 2016. – № 3. – С.91–100.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОМЫ ЯИЧНИКА

Орипова Ф.Ш.

Резюме. История изучения эндометриоза началась больше 150 лет назад, однако по сей день сущность заболевания изучена недостаточно, назначение гормональной терапии зачастую не обеспечивает длительного лечебного эффекта, а одной из основных нерешенных проблем остается возникновение рецидива болезни. Цель исследования. Разработать и применить персонализированный метод лечения с использованием комбинированной иммунокорректирующей терапии при эндометриоме яичников. Материалы и методы исследования. явились 100 женщин с эндометриомой яичника и 30 больных условно здоровых женщин в возрасте от 24 до 49 лет. Результаты и анализ. Из анамнеза у женщин с эндометриомой яичника, встречались психоэмоциональные нарушения (9,2%), общая слабость, повышенная утомляемость, снижение трудоспособности (15,3%).

Ключевые слова. Наружный генитальный эндометриоз, рецидив, факторы риска, диеногест, масс-спектрометрия.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИФОЗОВ В ГРУДНОМ И ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛАХ ПОЗВОНОЧНИКА



Пардаев Саидкосим Наркулович¹, Орлов Сергей Васильевич², Наркулов Максуджон Саидкосимович³
1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г.Самарканд;
2 - Клиника «21 Век», Российская Федерация, г. Санкт-Петербург;
3 - Самаркандский филиал Республиканского научно-практического центра травматологии и ортопедии, Республика Узбекистан, г.Самарканд

КЎКРАК ВА БЕЛ УМУРТҚАСИДА КИФОЗНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШДА БИОМЕХАНИК КОНЦЕПЦИЯНИ ҚЎЛЛАШ

Пардаев Саидкосим Наркулович¹, Орлов Сергей Васильевич², Наркулов Максуджон Саидкосимович³
1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;
2 - “21-Аср” клиникаси, Россия Федерация, Санкт-Петербург ш.;
3 - Республика травматология ва ортопедия илмий-амалий марказининг Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

APPLICATION OF THE BIOMECHANICAL CONCEPT IN THE SURGICAL TREATMENT OF KYPHOSIS IN THE THORACIC AND LUMBAR SPINE

Pardaev Saidkosim Narkulovich¹, Orlov Sergey Vasilevich², Narkulov Maksudjon Saidkosimovich³
1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
2 - Clinic “21st Century”, Russian Federation, St. Petersburg;
3 - Samarkand branch of the Republican Scientific and Practical Center of Traumatology and Orthopedics, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: said-03-30@mail.ru

Резюме. Кўкрак ва бел умуртқасида кифозни жарроҳлик даволашда биомеханик концепцияни қўллаш. Математик моделиштириш ёрдамида тананинг 30 даражадан юқори ханжар бурчаги билан умуртқаларнинг кифотик деформациясини жарроҳлик йўли билан тузатиш зарурати асосланди. Кифотик травмадан кейинги ўмуртқа деформацияларни амалий жарроҳликда математик моделиштиришдан фойдаланишнинг клиник мисоллари келтирилган. Стабилизация усулларини танлаш моделиштириш тажрибаси билан аниқланди.

Калим сўзлар: кифоз, vertebra, моделиштириш, ўмуртқа термомядровий, барқарорлик.

Abstract. Application of the biomechanical concept in the surgical treatment of kyphosis in the thoracic and lumbar spine. With the help of mathematical modeling, the necessity of surgical correction of kyphotic deformity of the vertebrae with a wedge angle of the body of more than 30 degrees was substantiated. Clinical examples of the use of mathematical modeling in practical surgery of kyphotic post-traumatic spinal deformities are given. The choice of stabilization methods was determined by modeling expertise.

Key words: kyphosis, vertebra, modeling, spinal fusion, stability.

Кифотические деформации позвоночного столба является актуальной и сложной проблемой современной ортопедии в связи с высоким распространением этой патологии в популяции и тяжелыми неврологическими и соматическими осложнениями значительно ухудшающими качество жизни пациентов, а также высокой инвалидизацией населения [12,15]. Среди причин вызывающих кифотические деформации

позвоночника у взрослых наиболее частой причиной являются травматические повреждения [5], как правило переломы типа А, воспалительные заболевания – спондилит, новообразования разрушающие тела позвонков, врожденную патологию. Так по данным Jacob M., Vichowski [3], ежегодно в США наблюдается не менее 160 000 переломов позвоночника и не менее 17 000 из них сопровождаются

повреждением спинного мозга. Большая часть переломов позвонков сопровождается их клиновидной деформацией тел с дальнейшим развитием спинального стеноза и неврологических осложнений.

Изменение геометрических параметров тел позвонков приводят к нарушениям важных характеристик устойчивости позвоночного столба. При наличии клиновидного позвонка в грудном и поясничном отделах позвоночного столба формируется локальный кифоз, что приводит к развитию локальной неустойчивости на уровне позвоночно-двигательного сегмента, а также к грубому нарушению сагиттального баланса позвоночного столба в целом [10,11,14,15,16].

Для моделирования биомеханических нарушений возникающих при клиновидности тела позвонка мы применили математическую модель трехпозвоночного комплекса, разработанную в БФУ им.И. Канта в 2006 г. [2].

Клиновидная деформация тела позвонка возникает вследствие воздействия на тело позвонка избыточных аксиальных нагрузок при высокоэнергетической травме, или при низкоэнергетической травме на фоне снижения прочности тел позвонков при остеопорозе, а также при аномалиях развития тел позвонков или как исход деструкции тел позвонков при специфических и неспецифических спондилитах, новообразованиях [5,6].

Таким образом, причинами клиновидной деформации тела позвонка могут быть как травма (действующий момент силы превышающий предел прочности губчатой кости), так и процессы разрушающие структуру губчатой кости, приводящие к уменьшению модуля Юнга опорных элементов (остеопороз, опухоли, остеомиелит).

Влияние степени клиновидной деформации позвонка на развитие вторичного стеноза позвоночного канала при вертикальных нагрузках изучалось при помощи математического моделирования.

За основу модели был принят принцип стабильности позвоночного столба изложенный L.Rene [12], где стабильность позвоночника представлена в вертикальной, горизонтальной и аксиальной плоскостях (ротация), что обеспечивается телами позвонков с дугоотростчатými суставами, которые связаны между собой упруго-демпфирующими элементами (межпозвоночные диски, мышечно-связочный аппарат).

Учитывались следующие параметры трехпозвоночного комплекса [1,2]:

1. Механическая система является диссипативной.

2. Распределение нагрузок соответствует трехстолбовой концепции F. Denis [4].

3. Предел прочности тел позвонков и упруго-демпфирующих элементов, а также их упругая деформация и плотность считались условно установленными по данным работы [4].

4. Изменение геометрических характеристик трехпозвоночного комплекса соответствовало типичным типам статико-динамических нарушений стабильности позвоночника [5, 6].

Расчетная схема фрагмента позвоночника человека, состоящая из трех позвонков с клиновидным средним позвонком и стабилизирующими конструкциями представлена на рис.1:

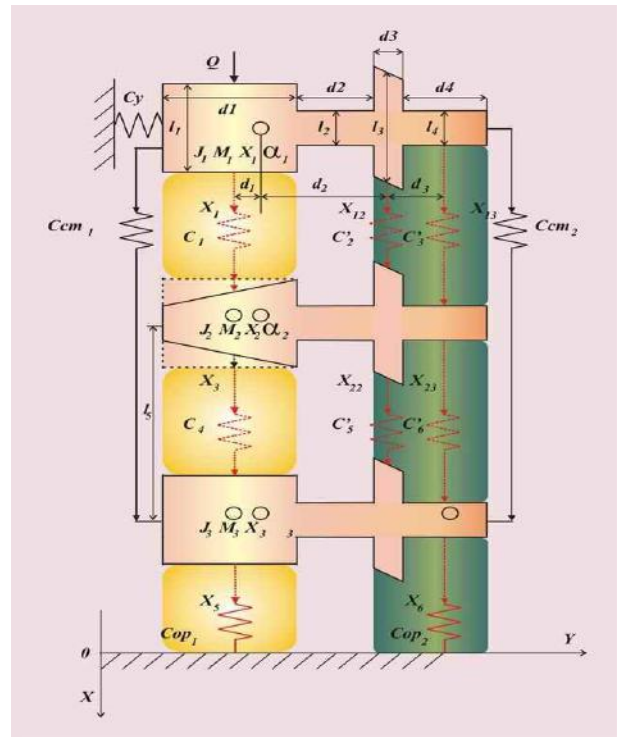


Рис. 1. Расчетная схема трехпозвоночного комплекса человека с вариантом клиновидной деформации среднего позвонка и двумя стабилизирующими конструкциями (для передних и заднего опорных комплексов)

где J_i , M_i , X_i – момент инерции, масса, координата i -го позвонка ($i = 1, 2, 3$);

$C_{стj}$ – коэффициенты жесткости j -й стабилизирующей пластины ($j = 1, 2$);

$C_{опj}$ – коэффициенты жесткости j -й опоры ($j = 1, 2$);

$d_1=25$ мм; $d_2=20$ мм; $d_3=5$ мм; $d_4=30$ мм;

$d_1=8.5$ мм; $d_2=26.5$ мм; $d_3=17$ мм;

$l_1=32$ мм; $l_2=10$ мм; $l_3=25$ мм; $l_4=10$ мм; $l_5=50$ мм;

$m_1 = m_2 = m_3 = 0.1$ кг; $J_1 = J_2 = J_3 = 35$ кгмм²; $Y_{ц} = 17.2$ мм; $S = 13.25$ см².

Координаты $X_{ц}$ и $Y_{ц}$ центра тяжести и момента инерции J плоского позвонка определяются формулами:

$$X_y = \frac{\sum_{i=1}^4 X_i \cdot Y_i}{\sum_{i=1}^4 Y_i}; Y_y = \frac{\sum_{i=1}^4 X_i \cdot Y_i}{\sum_{i=1}^4 X_i}; J = 2 \cdot \gamma \cdot \int_0^X \int_0^Y (X^2 + Y^2) \cdot dX \cdot dY. (1)$$

где индекс i определяет число элементарных фигур, составляющих плоский позвоночник; γ – удельная поверхностная масса позвонка, кг/мм².

Таблица 1. Предел прочности, упругая деформация и коэффициенты жесткости различных участков позвоночника

N	Наименование комплексов	Предел прочности, кг/см ²	Упругая деформация X, мм	Коэффициенты жесткости C, н/мм
1	Шейный отдел	120-170	4-5.2	$(2.3 - 5.52) \cdot 10^3$
2	Грудной отдел	190	5.3	$4.66 \cdot 10^3$
3	Поясничный отдел	420	5-8.5	$(6.4-11) \cdot 10^3$
4	Целая грудная клетка	240	33	944.4

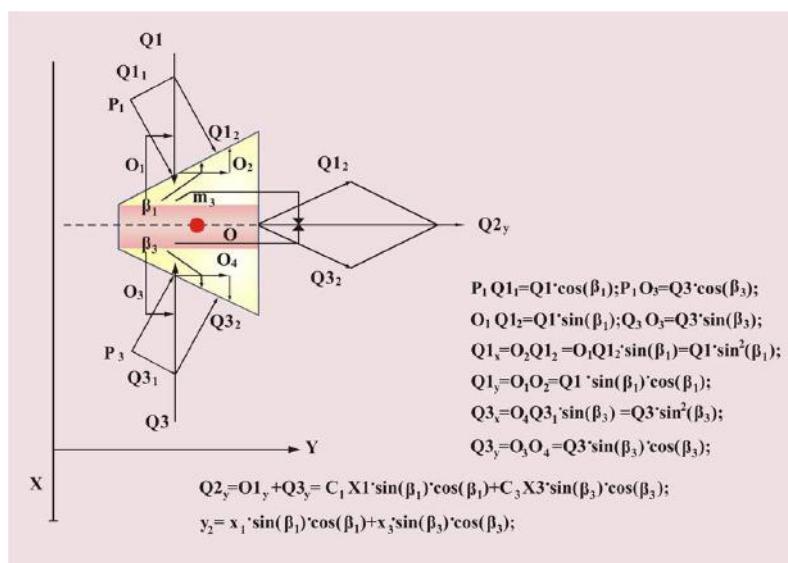


Рис. 2. Распределение сил действующих на средний клиновидно измененный позвонок

Предел прочности, упругая деформация и коэффициенты жесткости различных участков позвоночника по А.П. Громову [4], приведены в табл. 1.

При помощи моделирование было рассчитано смещение клиновидно позвонка в полость позвоночного канала при вертикальной нагрузке. Расчётная схема сил действующих на клиновидное тело позвонка представлена на рис. 2.

Использование данных моделирования показало, что при угле деформации тела позвонка от 25 градусов и выше, суммирующая сила при вертикальной нагрузке перемещает его в сторону позвоночного канала, что неизбежно приводит к вторичному стенозу. Степень и сила смещения увеличивается по мере увеличения угла клиновидной деформации. Если перелом позвонка является компрессионно-оскольчатый, то любые вертикальные нагрузки приводят к смещению отломков в полость позвоночного канала и сдавлению дурального мешка и спинного мозга.

Данные теоретические расчеты являются обоснованием необходимости хирургического лечения кифотических деформаций тел позвонков с углами превышающими 25 - 30 градусов.

Таким образом, по данным математического моделирования, все переломы позвонков, сопровождаемые клиновидными деформациями тел с углом деформации выше 30 град. необходимо относить к нестабильным. Степень нестабильности тем выше, чем больше угол клиновидной деформации тела позвонка. Хирургическое лечение подобных повреждений должно быть направлено на устранение клиновидной деформации тела позвонка и укрепление опорных колонн.

Так при компрессионных переломах (тип А по Magerl с соавт. 1994г.) требуется устранение клиновидной деформации с одновременным укреплением передней опорной колонны, что достигается передним корпородезоматозоматозом, дополняемым фиксирующей пластиной.



Рис. 3-4. Многооскольчатый перелом тела L2 с его клиновидной деформацией 40 град. (тип А 3.2.1. по Magerl с соавт. 1994г.). Разрушены передний и средний столбы. Задние отделы тела внедряются в позвоночный канал, вызывая его стеноз более 50% (МРТ)

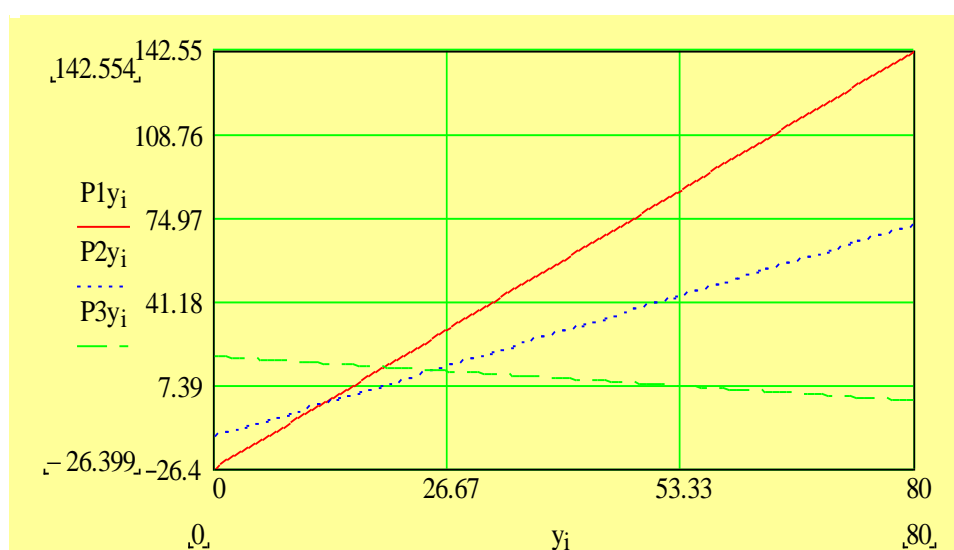


Рис. 5. Распределение нагрузок по опорным колоннам (столбам) по данным модели. Многооскольчатый перелом тела L2 с его клиновидной деформацией (тип А 3.2.1. по Magerl с соавт. 1994г.). Вертикальные линии – соответственно 1,2,3 - «столбы». По оси абсцисс – нагрузка в кг/см.кв., ось ординат – длина в мм. Аномальное распределение нагрузки. Первая опорная колонна разрушена. Основная нагрузка на 2 и 3 столбы

На рисунках 3-4 представлены нестабильный перелом типа А и вариант его хирургического лечения.

На рисунках 8 представлены (миелография) нестабильный перелом типа В с кифотической деформацией 34 град. и вариант его хирургического лечения.

На рисунках 10 (миелограмма) представлены перелом типа Вс кифотической деформацией 40 град. и вариант его хирургического лечения с применением транспедикулярной фиксации, переднего корпородезаутокосты и передней фиксирующей пластины.

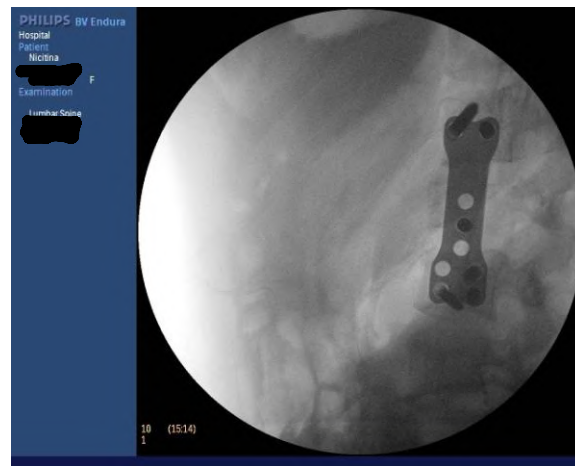
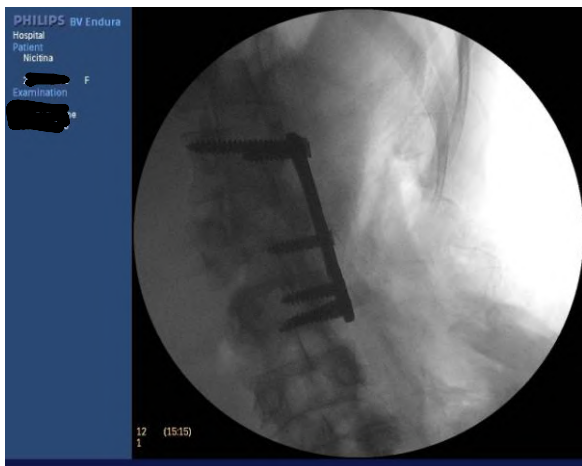


Рис. 6. Многооскольчатый перелом тела L2 с его клиновидной деформацией (тип А 3.2.1. по Magerl с соавт. 1994г.). Оперативное лечение – передняя декомпрессия дурального мешка, восстановление передней опорной колонны – корпородез с фиксирующей титановой пластиной. Математическое моделирование данной ситуации показало распределение нагрузок на опорные столбы близко к норме

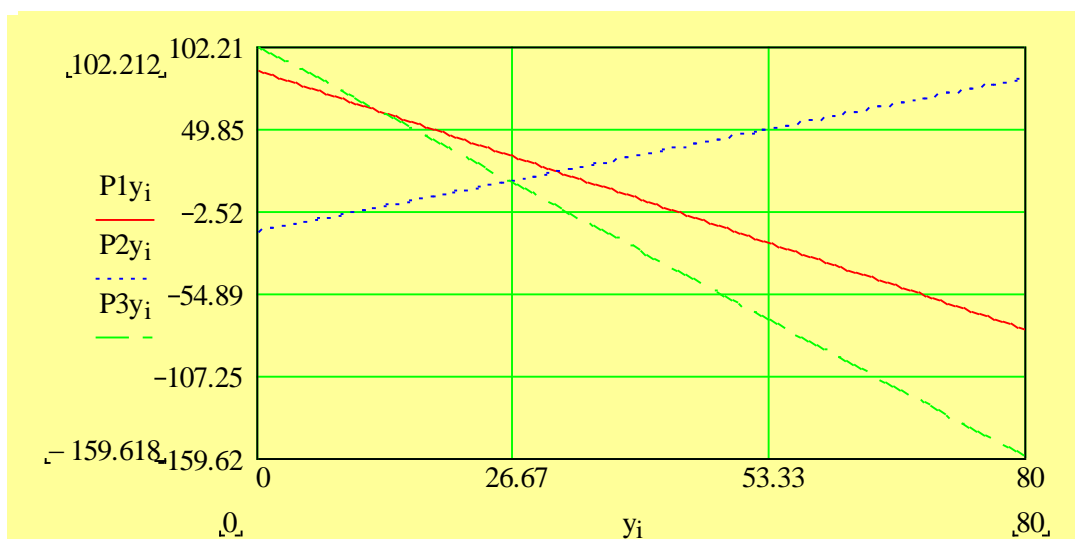


Рис. 7. Распределение нагрузок по опорным колоннам (столбам) по данным модели после операции переднего корпородеза аутокостью и титановой пластиной. По оси абсцисс – нагрузка в кг/см.кв., ось ординат – длина в мм. Распределение нагрузки ближе к физиологическому, но все же отличается от него. Имеется неправильное распределение нагрузки в смежных позвонках

Метод математического моделирования для обоснования хирургического лечения кифотических деформаций травматического генеза позвоночника был применен при выборе методов оперативного лечения у 100 пациентов с нестабильными повреждениями позвоночника, которые были оперированы Республиканской ортопедической больнице г. Самарканда Республика Узбекистан в период с 2006 по 2022 гг.. Всего были оперированы 100 пациентов с кифотическими деформациями травматического генеза. Данные представлены в таблице 2.

Средний возраст оперированных был 35,9 лет, при этом лиц мужского пола было 57, женщин 43. С повреждением в шейном отделе позвоночника – 23, грудной отдел 24, поясничный отдел 53 пострадавших. Изучение ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения позво-

лили сделать следующие предварительные выводы.

1. Посттравматические кифозы предпочтительнее оперировать в ранний период для избежания прогрессирования деформации с развитием вторичного стеноза позвоночного канала. Клиновидные позвонки с углами более 30 градусов требуют хирургического лечения.

2. Выбор хирургического лечения кифотических деформаций травматической этиологии позвоночника зависит от уровня поражения, типа нестабильности, степени кифоза позвоночного канала.

3. Для шейного отдела позвоночника:

- При повреждении переднего опорного комплекса с кифозом более 25 град. – передняя декомпрессия и корпородез с восстановлением высоты тела позвонка и шейного лордоза.

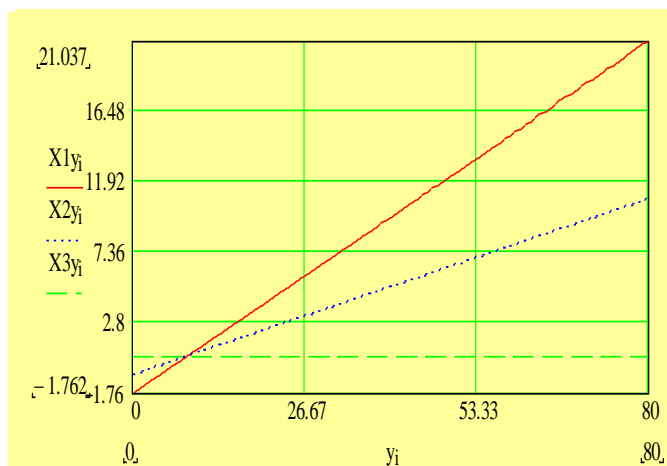


Рис. 8. Сгибательно-люксационный перелом тела Th12 (тип В 1.2.3. по Magerl с соавт. 1994г.[7]. Кифотическая деформация 34 град. Разрушены передний и средний столбы задний столбы. Задние отделы тела внедряются в позвоночный канал вызывая его стеноз более 50% (миелограмма). Распределение нагрузок по опорным колоннам (столбам) по данным модели. Аномальное распределение нагрузки. Первая опорная колонна разрушена. Основная нагрузка на 2 и 3 столбы

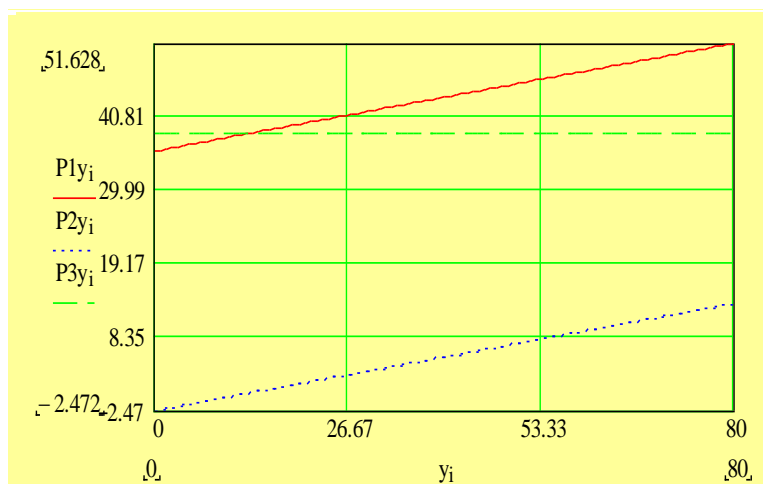


Рис. 9. Сгибательно-люксационный перелом тела Th12 (тип В 1.2.3. по Magerl с соавт. 1994г.[7]. Восстановление опорных структур. Выполнены передний корпородезаутокостью и установлена бисегментарная транспедикулярная системой. Математическое моделирование данной ситуации показало некоторую перегрузку заднего опорного комплекса и недогрузку переднего



Рис. 10. Сгибательно-люксационный перелом тела L2 (тип В 1.2.3. по Magerl с соавт. 1994г.[7]. Разрушены передний и средний столбы задний столбы. Задние отделы тела внедряются в позвоночный канал вызывая его стеноз и сдавление дурального мешка

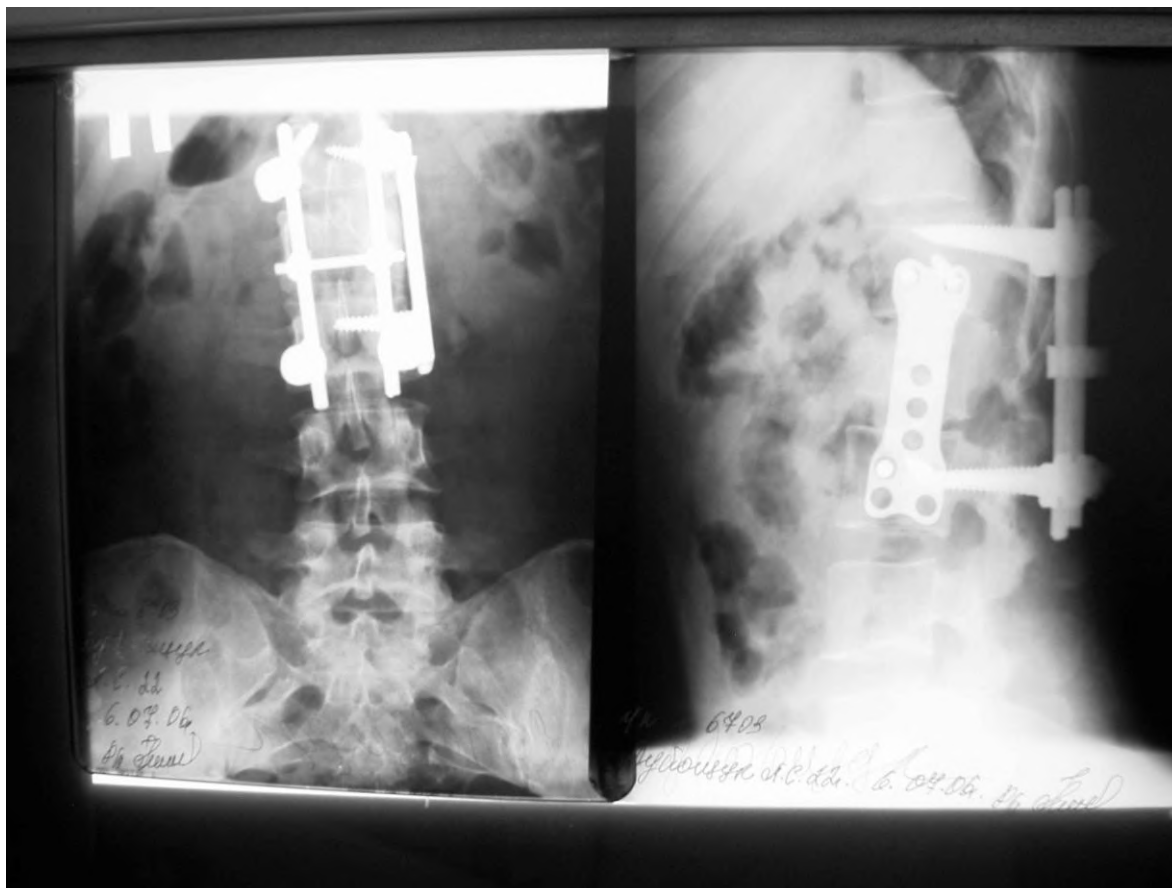


Рис. 11. Сгибательно-люксационный перелом тела L2 (тип В 1.2.3. по Magerl с соавт. 1994г.[7]). Выполнены передний корпородезаутокоэтомия и фиксирующей передней пластиной, установлена бисегментарная транспедикулярная система

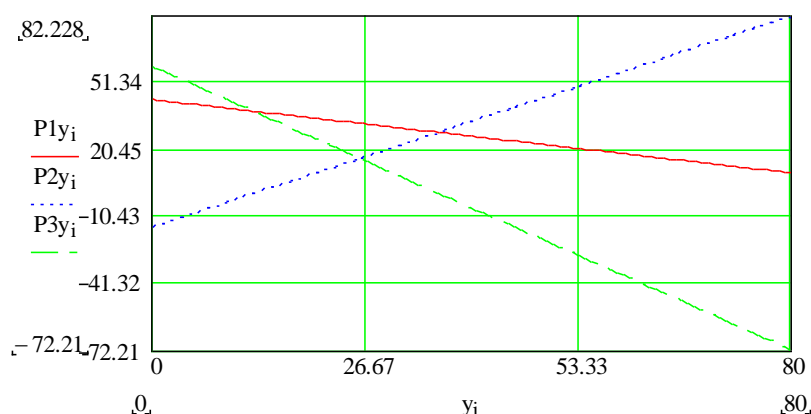


Рис. 12. Распределение нагрузок по опорным колоннам (столбам) по данным модели после операции переднего корпородезаутокоэтомия и титановой пластиной и бисегментарной транспедикулярной фиксации. По оси абсцисс – нагрузка в кг/см.кв., ось ординат – длина в мм. Распределение нагрузки ближе к физиологическому, но все же отличается от него. Основное распределение нагрузки в смежных позвонках

- При сохранении целостности опорных комплексов и отсутствии сдавления спинного мозга и незначительной клиновидности (менее 15 град.) достаточным будет длительная жесткая иммобилизация шейного отдела позвоночника известными методами (ортез, гало-аппарат).

4. В грудно-поясничном отделе :

- При повреждение переднего опорного комплекса и кифозе до 25 град. (компрессионные

переломы АО(1993) типа А и В достаточным решением является транспедикулярная моно или бисегментарная стабилизация.

- При повреждение переднего и среднего опорных комплексов (оскольчатые переломы по АО(1993))с кифозом более 30 град. оптимальным решением является передняя и задняя жесткая стабилизация.

Таблица 2. Распределение оперированных больных скифотическими деформациями травматической этиологии по отделам позвоночного столба в г. Самарканде и г. Навои (n = 100), p<0,05

Отделы позвоночного столба	Пол				Всего	
	Мужчины		Женщины			
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Шейный	18	18	5	5	23	23
Грудной	11	11	13	13	24	24
Поясничный	28	28	25	25	53	53
Всего	57	57	43	43	100	100%

• При повреждение всех трех опорных комплексов с кифозом более 30 град. (переломовывихи по АО(1993)). Тип А (сгибательно-ротационные) - оптимальным решением является передняя и задняя стабилизация.

Литература:

1. Громов А.П. Биомеханика травмы. М.Медицина 1979. с.179 –210.
2. Орлов С.В., Бобарыкин Н.Д., Латышев К.С. Математическая модель стабильности трехпозвонкового комплекса Журнал РАН, Математическое моделирование 2006г., том 18, № 10 с. 55-70.
3. M. Bukowski and all. / The Spine Journal Volume 8, Issue 4, July–August 2008, Pages 666-677/Surgical management of posttraumatic thoracolumbar kyphosis
4. Denis F.: Spinal instability as defined by the three column spine on ceptin acute spinal trauma. Clin. Orthop. 189:65, 1984.
5. De Gendt EEA, et al, Oner FC. Global Spine J. 2021 Oct;11(8):1266-1280. Epub 2020 Dec 7. PMID: 33280414 /The Current Status of Spinal Posttraumatic Deformity: A Systematic Review.
6. Yoshihiro Katsuura,* James Michael Osborn/ J Orthop. 2016 Dec; 13(4): 383–388. Published online 2016 Jul 21.
7. Carl Wirth, Ludwig Zichner. Orthopädie und Orthopädische Chirurgie. Wirbelsäule, Thorax. 2004 Georg Thieme Verlag. s.437-444.
8. Fergusson R., Tencer A., Woodard P., Allen A., Biomechanical comparison of spinal fracture models and the stabilizing effects of posterior instrumentations. Spine 13:453, 1988.
9. Knop C, et al. Unfallchirurg. 1997 Aug;100(8):630-9. Review. German./ Fractures of the thoracolumbar spine. Late results of dorsal instrumentation and its consequences
10. Li S, et al. Medicine (Baltimore). 2017 Dec;96(49):e8770. Clinical outcome and surgical strategies for late post-traumatic kyphosis after failed thoracolumbar fracture operation: Case report and literature review.
11. Ruf M, Pitzen T, Nennstiel I, Volkheimer D, Drumm J, Püschel K, Wilke HJ. Eur Spine J. 2022 Jan;31(1):28-36. The effect of posterior compression of the facet joints for initial stability and sagittal pro-

file in the treatment of thoracolumbar fractures: a biomechanical study.

12. Reno Louis Surgery of the Spine. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1983 s. 55-58.

13. Steib JP, Charles YP, Aoui M./ Eur Spine J. 2010 Mar;19 Suppl 1(Suppl 1):S66-8. doi: 10.1007/s00586-009-1119-1. Epub 2009 Aug 11. PMID: 19669804 /In situ contouring technique in the treatment of thoracolumbar fractures.

14. Thomas R. Naher, William Tallman Felmlly, Michael O'Brien, Thoracic and Lumbar Fractures: Diagnosis and Management.. Spinal Surgery vol.2 J.B. Lippincott Company Philadelphia 1991. s. 857 – 910.

15. Ulrich A. Wagner Untermitarbeit von Ottmar Schmitt, Hans-Martin Schmidt, Thomas Wallny. Atlas der Pedikelschraubenimplantate. 1998 Georg Thieme Verlag Stuttgart s.1-2.

16. Ulmar B, Erhart S, Unger S, Weise K, Schmoelz W. Eur Spine J. 2012 Mar;21(3):546-53. Biomechanical analysis of a new expandable vertebral body replacement combined with a new polyaxial antero-lateral plate and/or pedicle screws and rods.

17. Wang Q, Tang C, Wang G, Li G, Zhong D, Wang S, Ma F. J Orthop Surg Res. 2023 Feb 21;18(1):124. / Treatment of rigid post-traumatic thoracolumbar kyphosis by a novel technique of spinal joints release

ПРИМЕНЕНИЕ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИФОЗОВ В ГРУДНОМ И ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛАХ ПОЗВОНОЧНИКА

Пардаев С.Н., Орлов С.В., Наркулов М.С.

Резюме. Применение биомеханической концепции при хирургическом лечении кифозов в грудном и поясничном отделах позвоночника. При помощи математического моделирования, проведено обоснование необходимости хирургической коррекции кифотической деформации позвонков с углом клиновидности тела более 30 градусов. Приведены клинические примеры использования математического моделирования в практической хирургии кифотических посттравматических деформаций позвоночника. Выбор методов стабилизации определяется по экспертизе моделирования.

Ключевые слова: кифоз, позвонок, моделирование, спондилодез, стабильность.

УДК: 616-05

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА БЕМОРЛАР ОРАСИДА ХАВОТИР ВА ДЕПРЕССИЯНИНГ ТАРҚАЛИШИНИ БАҲОЛАШ



Рахимова Хидоят Мамарасуловна

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Рахимова Хидоят Мамарасуловна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ASSESSMENT OF ANXIETY AND DEPRESSION PREVALENCE IN AMBULATORY PATIENTS

Rakhimova Xidoyat Mamarasulovna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: rakhimova-sammi@mail.ru

Резюме. Ушбу мақолада оилавий поликлиникага мурожаат қилган беморларда хавотир ва депрессия пайдо бўлиш частотаси баҳоланади. Ўртача кўрсаткичларнинг миёрий даражасини сақлаб турганда, оилавий поликлиникага мурожаат қилганларнинг катта қисмда ушбу муаммолар мавжудлигини аниқланди. Беморларда хавотир ва депрессив касалликларнинг ривожланиши учун хавф омиллари аниқланди.

Калит сўзлар: хавотир, депрессия, ҳаёт сифати, поликлиника.

Abstract. The article gives an estimate of the incidence of anxiety and depression in patients in an outpatient department. While maintaining the normal level of indicators on average, the significant number of people applying for admission to the polyclinic demonstrated the presence of these problems. Risk factors were identified for the development of anxiety and depressive disorders in patients.

Key words: depression, anxiety, quality of life, outpatient department.

Долзарблиги. Турли касалликларга чалинган беморларнинг юқори даражадаги соғлом турмуш тарзини сақлаш замонавий тиббиётнинг асосий муаммоларидан бирidir. Сурункали касалликларга чалинган беморларни даволашда бу муаммо айниқса қийин, чунки улар кўпинча сезиларли оғриқ синдроми, функционал бузилишлар ва ижтимоий мослашувнинг пасайиши билан бирга келади. Буларнинг барчаси биргаликда деярли ҳар доим ташхис қўйилмаган ва шунга мос равишда даволанмаган ушбу беморларда хавотир ва депрессиянинг тез-тез ривожланишига олиб келади. Сурункали касаллик билан касалланган беморларга кўпинча психологик ёрдам кўрсатишда етарли вақт ва маҳорат йўқлиги сабабли хавотир бузилишини сифатли ташхислай олмайдиган ва даволанишни бошлай олмайдиган туман шифокорларига дуч келишлари муаммони янада кучайтиради. Шу билан бирга, Ўзбекистонда ва бошқа давлатларда олиб борилаётган ишлар шуни кўрсатадики ушбу ҳолат ижтимоий аҳамиятга эга

касалликлар ўртасида энг кўп тарқалган ҳолат эканлигиданг далолат беради. Масалан, артериал гипертония ва юрак қон томир касалликлари билан касалланган беморларда депрессия ва хавотирнинг кўрсатилди [2, 3, 10]. Сурункали обструктив ўпка касаллиги билан оғриган беморларни ўрганаётганда, касалликнинг ривожланиши билан хавотир ва депрессия частотаси 5 баробар ортади ва касалликнинг оғир ва ўртача оғир касалликнинг ривожланиши билан бевосита боғлиқдир [8]. XX асрнинг эпидемиялари ҳисобланган - гепатит С ва ОИВ – ташвиш ва депрессия даражасининг ошиши билан бирга бўлиши кутилган эди, ҳатто сурункали бўлган одатий бош оғриғи ҳам 17% ҳолларда ташвиш ривожланишига олиб келди ва депрессия – 21% да [5, 6, 7, 9, 11]. Шундай қилиб, ташвиш ва депрессиянинг ривожланиши кўпинча ижтимоий аҳамиятга эга бўлиб ва кенг тарқалган касалликларга ҳамроҳ бўлади, бундай касалликлар энг кўп оилавий шифокор

амалиётида учрайди ва улар оилавий шифокорга мурожаат қилади, уларга оилавий шифокор ёрдам кўрсатади.

Тадқиқотнинг мақсади: Оилавий поликлиника шароитида хавотир ва депрессиянинг тарқалиши уни оғирлик даражасини баҳолаш, ҳамда юзага келиши мумкин бўлган хавф омилларини таҳлил қилишдир.

Материаллар ва методлар. Тадқиқотлар Самарканд шаҳридаги 3-сон поликлиникада ўтказилди. Текширишларнинг барчаси 3-сон оилавий поликлиникага оилавий шифокор кўригига мурожаат қилган касаллардан иборат эди, текшириш даврида касаларларнинг жинси ва ёши фарқланмаган. Кунига мурожаат беморларнинг ўртача сони тахминан 350 кишини ташкил этишини ҳисобга олсак, беморларни саралаш бир кун ичида амалга оширилди. Барча сараланган беморлардан иккита анкетани тўлдириш сўралган – HADS ташвиш ва депрессия сўровномаси ва CES-D ташвиш сўровномаси, (касалхонадаги ташвиш ва депрессия шкаласи (HADS) 1983 йилда икки муаллиф (Зигмонд А. S. ва Снайтх Р. P.) томонидан умумий тиббий амалиётда депрессия ва ташвиш белгиларининг оғирлигини аниқлаш ва баҳолаш мақсадида ишлаб чиқилган) [1, 12]. Анкеталарни баҳолашда куйидаги қийматлар ишлатилган: HADS сўровномасида 0 дан 7 гача бўлган баллар сони нормага тўғри келди, яъни хавотир ва депрессиянинг ишончли ифодаланган белгиларининг йўқлиги, 8 дан 10 баллгача – субклиник тарзда ифодаланган хавотир/депрессия, 11 баллдан ортиқ – клиник ифодаланган хавотир/ депрессия. CES-D сўровномасига кўра, 0 дан 17 баллгача бўлган қиймат нормага тўғри келди, 18 дан 26 баллгача – энгил депрессия, 27-30 балл – ўртача депрессия, 31 балл ва ундан юқори – оғир депрессия.

Статистик маълумотларни қайта ишлаш Statistica 10.0 дастури (StatSoft Inc. USA) параметрик статистика усуллари ёрдамида. Олинган натижалар стандарт оғиш қийматини кўрсатадиган ўртача қиймат шаклида тақдим этилади. Пирсон каэффиценти миқдорий хусусиятларнинг ўзаро боғлиқлигини тавсифлаш учун ишлатилган. Сифат кўрсаткичларидаги фарқларнинг аҳамиятини аниқлаш учун χ^2 мувофиқлик мезонини Yates тузатиши билан ҳисоблаш ва баҳолаш амалга оширилди, натижалар $p < 0,05$ қийматида статистик жиҳатдан ишончли деб тан олинди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокама қилиш. HADS шкаласи бўйича хавотир ва депрессиянинг ўртача қиймати мос равишда 4,7(3,1) ва 5,6(3,5) ни ташкил этди ва CES-D. Шундай қилиб, ишлатилган тарозиларнинг ҳеч бири ўртача депрессия ёки хавотирни

аниқламади. CES-D шкаласи бўйича депрессиянинг ўртача қиймати 14(7,5) ни ташкил этиб, бироқ HADS шкаласи бўйича хавотир мавжудлигини кўрсатган беморлар сони умумий 28% ва CES-D шкаласи бўйича – 25%. Улар орасида HADS шкаласи бўйича беморларнинг 19 фоизиди ва CES-D шкаласи бўйича беморларнинг 17 фоизиди энгил депрессия, CES-D шкаласи бўйича ўртача депрессия – 2% ҳолларда ва оғир депрессия – 6% ҳолларда мавжуд эди. Хавотир пайдо бўлиш частотаси бироз пастроқ эди ва 19% ни ташкил этди, шундан 16% субклиник тарзда ифодаланган ташвиш ва 3% клиник ифодаланган ташвиш эди. Хавотир ва депрессия мавжудлигига таъсир қилган омиллар орасида аёл жинси ҳам бор эди – χ^2 иккала шкалада депрессия учун 5,68-7,85 еди (коэффициентлар нисбати =1,85-3,24) ва беморларнинг ёшининг ошиши – Пирсон каэффиценти ўрганилган шкалада 0,71-0,75 эди. Шундай қилиб, тадқиқотда олинган хавотир ва депрессиянинг ўртача ўртача қийматига қарамай, олиб борилган ишлар одатдаги клиник амалиётда иккала бузилишнинг юқори тарқалишини кўрсатди. Олинган натижалар илгари ўтказилган натижалар билан ўзаро боғлиқ. Аммо, агар биз бошқа ишлардан фарқли ўларок, нафақат сурункали, балки ўткир касалликлар (масалан, ўткир респиратор вирусли инфекциялар) билан келган барча беморлар билан суҳбатлашганимизни ҳисобга олсак, олинган рақамлар жуда муҳим кўринади. Афсуски, бизнинг ишимиз беморларни даволанишни келтириб чиқарган касалликлар билан фарқ қилмади, аммо фақат сурункали касалликларга чалинган беморларни ҳисобга олсак, хавотир ва депрессия ҳолатлари кўпаяди деб тахмин қилиш мумкин. Бундан ташқари, хавотир ва депрессия белгиларининг ривожланиши нуктаи назаридан энг "оғир" касалликларни ўрганиш ҳам қизик. Бу келажакда ҳаёт сифатининг пасайиши билан "тахдид" қилинган беморлар гуруҳларини аниқлашга, уларга ўз вақтида ташхис қўйишга ва даволанишни буюришга ёрдам беради. Хавотир ва депрессия белгилари бўлган беморларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимланиши ҳам кутулган эди [4].

Хулосалар:

1. Оилавий шифокор беморларни қабул қилишда хавотир ва депрессия шкалаларидан фойдаланиши ушбу симптомлар билан оғриган беморларнинг катта сонини аниқлаши мумкин экан.

2. Аёл жинси хавотир ва депрессия белгиларининг ривожланиши учун жуда катта хавф омили эканлиги ва беморлар ёшининг катталашиб бориши миқдорий жиҳатдан депрессиянинг оғирлиги билан боғлиқ экан.

Адабиётлар:

1. Рахимова Хидоят Мамарасуловна, Хакимова Лейла Рафиковна, Аблакулова Муниса Хамрокуловна, Абдухамидова Дилшода Халимовна Современные аспекты по улучшению качества ведения больных с патологией эндокринных органов в условиях первичного звена медицинской помощи // Достижения науки и образования. 2019г.
2. Адрющенко А.В. Сравнительная оценка шкал CAS-D, BDI и HADS в диагностике депрессий общемедицинской практики / А.В. Адрющенко, М.Д. Дробижев, А.В. Добровольский // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2003. – №5. – С. 11-18.
3. Вологодина И.А. Качество жизни и тревожно-депрессивные нарушения у больных пожилого возраста с фибрилляцией предсердий / И.В. Вологодина, Б.А. Минько, М.П. Крылова, Е.Г. Порошина // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни. – 2016. – № 27-28. – С. 20-24.
4. Ибатов А.Д. Тревожные расстройства и качество жизни больных ишемической болезнью сердца // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни. – 2013. – №21-22. – С. 18-22.
5. Altemus M. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives / M. Altemus, N. Sarvaiya, C.N. Epperson // Front Neuroendocrinol. – 2014. – Vol.35(3). – P. 320-330.
6. Navines R. Depressive and anxiety disorders in chronic hepatitis C patients: reliability and validity of the Patient Health Questionnaire / R. Navines, P. Castellvi, J. Moreno-Espana // J Affect Disord. – 2012. – Vol.138 (3). – P. 343-351.
7. Lampl C. Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project / C. Lampl, H. Thomas, C. Tassorelli // The Journal of Headache and Pain. – 2016. – Vol.17:59.
8. Kemppainen J.K. Anxiety symptoms in HIV-infected individuals / J.K. Kemppainen, S. MacKain, D. Reyes // J Assoc Nurses AIDS. – 2013. – Vol.24. – P. 29-39.
9. Montserrat-Capdevila J. Overview of the Impact of Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease / J. Montserrat-Capdevila, P. Godoy, J.R. Marshal // Lung. – 2017. – Vol.195 (1). – P. 77-85.
10. Pompili M. Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine: a selective overview including personality traits and suicide risk / M. Pompili, D.Di Cosimo, M. Innamorati // J Headache Pain. – 2009. – Vol.10. – P. 283-290.
11. Tsartsalis D. The impact of depression and cardiophobia on quality of life in patients with essential hypertension / D. Tsartsalis, E. Dragioti, K. Kontoangelos // Psychiatriki. – 2016. – Vol.27 (3). – P. 192-203.
12. Miller E.R. The ongoing impacts of hepatitis c-a systematic narrative review of the literature / E.R. Miller, S. McNally, J. Wallace // BMC Public Health. – 2012. – Vol.12.
13. Zigmond A.S. The Hospital Anxiety and Depression Scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psych. Scan. – 1983. – Vol.67 (6). – P. 361-370.
14. Сулайманова Н.Э, Рахимова Х.М. БТСЁ муасасалаи учун артериал гипертония ва кандли диабет касаллиги буйича мослаштирилган клиник протоколларни УАШ фаолиятига тадбик этиш. Проблемы биологии и медицины. Ежеквартальный международный научный журнал (90) 2016г 3-4 ноября. №3.1
14. Kholboev S.B., Rakhimova H.M., Sulayemanova N.E. The State of the Intestinal Microflora and Assessment of the Health State among People with Impaired Glucose Tolerance. Annals of R.S.C.B., ISSN:1583-6258, Vol. 25, Issue 1, 2021, Pages. 163 - 176 Received 15 December 2020; Accepted 05 January 2021.
15. Rakhimova.H.M., Sulayemanova N.E. Recommendations for the prevention of coronavirus infection among the population aged 60 years and older. Zh: Cardiorespiratory research. Quarterly scientific and practical journal. Issue No. 1. 2020.page 85.
16. Sulayemanova N.E., Rakhimova H.M., Yuldashova N.E. Features of the appointment of drugs for elderly patients. J. Cardiorespiratory Research Special Issue 2, 2021, pp. 113-118.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Рахимова Х.М.

Резюме. В статье дана оценка частоты встречаемости тревоги и депрессии у пациентов в условиях амбулаторного отделения. При сохранении нормального уровня показателей в среднем, значительное число обратившихся на приём в поликлинику продемонстрировало наличие данных проблем. Были выявлены факторы риска для развития у пациентов тревожных и депрессивных расстройств.

Ключевые слова: тревога, депрессия, качество жизни, поликлиника.

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА



Рахматуллаева Махфуза Мубиновна

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ҚАЙТАЛАНУВЧИ БАКТЕРИАЛ ВАГИНОЗНИ ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ ИСТИҚБОЛЛАРИ

Рахматуллаева Махфуза Мубиновна

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

PROSPECTS FOR THE TREATMENT AND PREVENTION OF RECURRENT BACTERIAL VAGINOSIS

Rakhmatullayeva Makhfuzha Mubinovna

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: mahfuzar@inbox.ru

Резюме. Долзарблиги. Қайталанувчи бактериял вагиноз аёлларнинг репродуктив саломатлигига жиддий таъсир қиладди, шунинг учун уни самарали даволаш ва олдини олиш масалалари долзарб ҳисобланади. Мақсад: қайталанувчи бактериял вагинозни даволаш ва олдини олишда лактоферринни қўллаш самарадорлигини аниқлаш. Материал ва услублар. Тадқиқотга 60 нафар бактериял вагиноз билан касалланган ва 26 нафар деярли соғлом аёллар жалб этилди. Текишириладиган гуруҳларда клиник-анамнестик маълумотлар, қин микрофлорасининг микроскопик ва микробиологик тавсифи, қин ажралмаларида IL-6, IL-8, TNF α ва IL-10 цитокинлари ҳамда C-реактив оқсил, прокальцитонин, комплементнинг C3 компоненти ва лактоферрин миқдори таҳлил қилинди. Бактериял вагиноз қайталанишига мойил хавф гуруҳларида лактоферринни пробиотиклар билан бирга қўллаш яқка ҳолда пробиотикларни қўллаган гуруҳга қараганда қин микрофлораси таркибида шартли-патоген микроорганизмларнинг ишончли камайиши ва маҳаллий иммунобиологик кўрсаткичларнинг соғлом аёллар гуруҳи кўрсаткичларига мутаношиблигини кўрсатди. Хулоса. Лактоферрин қин микрофлораси таркибига ижобий таъсири билан бирга маҳаллий носпецифик ҳимояни кучайтириши хусусияти туфайли қайталанувчи бактериял вагинозни даволаш ва олдини олишда яхши самара берди.

Калим сўзлар: бактериял вагиноз, лактоферрин, пробиотиклар, пребиотиклар.

Abstract. Relevance. Recurrent BV seriously affects the reproductive health of women, and therefore the issues of effective treatment and prevention of it become particularly relevant. Purpose of the study is to determine the effectiveness of lactoferrin use in the treatment and prevention of recurrent bacterial vaginosis. Material and methods. The study included 60 women with bacterial vaginosis and 26 practically healthy women. The analysis of clinical and anamnestic data, microscopic and microbiological characteristics of the vaginal smear, the content of cytokines IL-6, IL-8, TNF α , IL-10 and C-reactive protein, procalcitonin, C3 complement component and lactoferrin in the vaginal discharge was carried out. The use of lactoferrin with probiotics in the risk groups of bacterial vaginosis recurrence led to a significant decrease in the content of opportunistic microorganisms compared with the group using only probiotics, and the content of local immunobiological indicators was comparable with the control data. Conclusions. Due to the positive effect on the composition of the vaginal microflora, as well as the strengthening of local nonspecific protection, lactoferrin has shown a reliable effect in the treatment and prevention of recurrent bacterial vaginosis.

Key words: bacterial vaginosis, lactoferrin, probiotics, prebiotics.

Введение. Бактериальный вагиноз (БВ) является наиболее частой причиной вагинального дискомфорта у женщин и характеризуется аномальной микробиотой влагалища с обеднением лактобактерий и преобладанием анаэробных мик-

роорганизмов, преимущественно Gardnerella vaginalis и Atorobium vaginae. Хотя антибиотики представляют собой эффективный терапевтический вариант в краткосрочной перспективе, рецидивирующие инфекции по-прежнему остаются

серьезной проблемой. Кроме того, существует несколько недостатков, связанных с терапией антибиотиками, включая суперинфекции патогенными микроорганизмами, чувствительность лактобактерий к клиндамицину и повышенную лекарственную устойчивость анаэробных бактерий [1]. По этим причинам необходимо искать альтернативные терапевтические агенты.

Пробиотики, преимущественно различные штаммы *Lactobacillus*, эффективны в профилактике и терапии дисбиоза влагалища. Гинекологические пробиотики должны содержать строго определенный бактериальный штамм с подтвержденной активностью, обладать способностью адгезии к вагинальному эпителию и антагонистическим действием по отношению к возбудителям, колонизировать желудочно-кишечный тракт [2]. Пробиотики лишь временно колонизируют эпителий половых путей, изменяя состав локальной микросреды на неудобную для роста патогенов среду, способствующую восстановлению правильной микробиоты и элиминации инфекции [2]. Колонизации пробиотиков также препятствует сексуальная активность (вагинальный половой акт и наличие спермы) [3]. Эндogenous факторами, препятствующими колонизации пробиотических штаммов, являются резидентные симбиотические штаммы и компоненты местной иммунной системы, определяющие в конечном итоге количественный и качественный состав микробиоты организма [3]. Для повышения их эффективности целесообразно обогащать пробиотики другими веществами с пребиотическими свойствами, в том числе лактоферрином.

Пребиотическим свойством обладает лактоферрин (ЛФ) – мультипотенциальный гликопротеин, присутствующий в молоке, циркулирующей в секреторной жидкостях слизистых оболочек. Эндogenous ЛФ, относящийся к семейству трансферринов, продуцируется и обнаруживается в специфических (вторичных) гранулах нейтрофилов и высвобождается во время активации и дегрануляции нейтрофилов. Лактоферрин обладает бактериостатическими и бактерицидными свойствами, способными к защите от инфекций путем связывания железа, необходимого для размножения бактерий [5]. Противомикробное действие лактоферрина опосредовано также внутренней иммуномодулирующей и нарушением цитоплазматической мембраны клеток мишеней. Лактоферрин проявляет ингибирующее действие на индуцированную липополисахаридами выработку провоспалительных цитокинов (фактор некроза опухоли- α , интерлейкин (IL)-1 β , IL-6 и IL-8) и вызывает активацию потребности-кВ в моноцитарных клетках [6]. Сообщалось о повышенной функции лактоферрина, таких как активация нейтрофилов и макрофагов, регуляция дифференцировки и функции лимфоцитов, активация клеток киллеров, контроль окислительного повреждения

[4]. Кроме того, лактоферрин проявляет синергетический эффект с иммуноглобулином А, лизоцимом, антибиотиками и лекарственными средствами, что вызывает повышенную эрадикацию возбудителя [6].

Эффективность экзогенно вводимого ЛФ подтверждена многочисленными испытаниями *in vitro* на животных моделях и в исследованиях человека. ЛФ, применяемый в виде пероральных и интравагинальных препаратов, благотворно изменил экосистему половых путей за счет элиминации патогенных микроорганизмов и увеличения популяции лактобактерий. Pino A, et al. [10] продемонстрировали, что вагинальное введение лактоферрина в дозе 200 мг в виде пессариев приводило к нормализации микробиоты влагалища с увеличением числа лактобактерий. Otsuki K, et al. [9] выявлено, что у женщин с репродуктивными потерями и рефрактерным БВ введение лактоферрина может улучшить микробиоту влагалища, предотвратить как воспаление шейки матки, так и инфицированные роды. Sessa R, et al. [11] показано, что интравагинальное введение лактоферрина является эффективным в отношении бессимптомной *Chlamydia trachomatis* во время беременности. В исследованиях Miranda M, et al. [8] показано, что женщины, получавшие лактоферрин по 300 мг вагинально в таблетках ежедневно в течение 21 дня имели значительно более низкую частоту преждевременных родов <37 недель (25,0 по сравнению с 44,6%; $p=0,02$), более низкий средний гестационный возраст при родах (37,7 \pm 3,2 по сравнению с 35,9 \pm 4,1 недели; $p=0,01$), и более низкую частоту госпитализаций по поводу угрозы преждевременных родов (45,0 против 70,8%; $p=0,04$).

Цель исследования: определить эффективность использования лактоферрина в лечении и профилактике рецидивирующего бактериального вагиноза.

Материал и методы исследования. В исследование включены 60 женщин с БВ (основная группа – 1-группа ($n=38$) с выраженным анаэробным дисбиозом и 2-группа ($n=32$) с выраженным смешанным дисбиозом). Группу контроля составили 26 практически здоровых женщин с нормоценозом влагалища. Проводили анализ клинических данных и микроскопических характеристик влагалищного мазка. Количественную и качественную оценку микрофлоры влагалища осуществляли методом ПЦР с использованием тест-системы Фемофлор-16. Концентрации цитокинов IL-6, IL-8, TNF α и IL-10 и белков острой фазы воспаления С-реактивного белка (СРБ), прокальцитонина (ПКТ), С3 компонента комплемента (СС3) и лактоферрина (ЛФ) в отделяемом влагалища определены методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием соответствующих тест-наборов. Полученные нами при исследовании данные подверг-

лись статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003, включая использование встроенных функций статистической обработки. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Группы исследования не отличались по возрасту, паритету, соматическим заболеваниям. рН влагалищных выделений составил $6,2 \pm 0,03$ в основной группе, $4,1 \pm 0,07$ в группе контроля ($p < 0,001$).

Исследование лабораторных критериев БВ показало присутствие признаков дисбиоза у женщин основной группы в отличие от контрольной. При микроскопии влагалищных мазков выявлено угнетение лейкоцитарной реакции, большое число эпителиальных клеток, присутствие «ключевых клеток», массивное число полиморфной микрофлоры. При исследовании микробиоты влагалища с применением Фемофлор-16 в 63,3% случаях выявлен выраженный анаэробный дисбиоз и в 36,7% – выраженный аэробно-анаэробный дисбиоз. В отличие от доминантного содержания лактобактерий в контрольной группе, в основной группе выявлено их сниженное количество – $3,92 \pm 0,22$ Ig ГЭ/мл. Наиболее часто выявляемой группой микроорганизмов была *Gardnerella vaginalis/Prevotella bivia/Porphyromonas* ($p < 0,001$). Частота встречаемости *Atopobium vaginae*, обли-

гатно-анаэробных микроорганизмов *Sneathia/Leptotrichia/Fusobacterium*, *Megasphaera/Veillonella/Dialister*, *Lachnobacterium/Clostridium* была статистически значимо выше относительно контрольной группы ($p < 0,05$). Выявлено статистически значимое повышение концентрации всех изученных иммунобиологических показателей во влагалищном отделе ($p < 0,001$).

Была применена двухэтапная терапия БВ: местно метронидазол при анаэробном дисбиозе и хлоргексидин при смешанном дисбиозе, на втором этапе лечения – пробиотики или препарат аскорбиновой кислоты.

Через 3 месяца после лечения в единичных случаях во всех группах появились жалобы и симптомы, характерные для БВ. При оценке характера нарушений микрофлоры влагалища получены результаты, указывающие на выраженный анаэробный (2 (5,3%) – в 1-группе) и аэробно-анаэробный (6 (18,7%) – во 2-группе) (рис.1), что совпадало с рецидивами БВ.

Локальная концентрация цитокинов в 1-группе достигла целевых значений контрольной группы, тогда как во 2-группе уровни IL-6 и IL-10 были достоверно высокими относительно контрольных показателей ($58,28 \pm 10,12$ и $37,39 \pm 6,33$ пг/мл против $33,01 \pm 6,70$ и $22,72 \pm 3,29$ пг/мл соответственно) ($p < 0,05$).

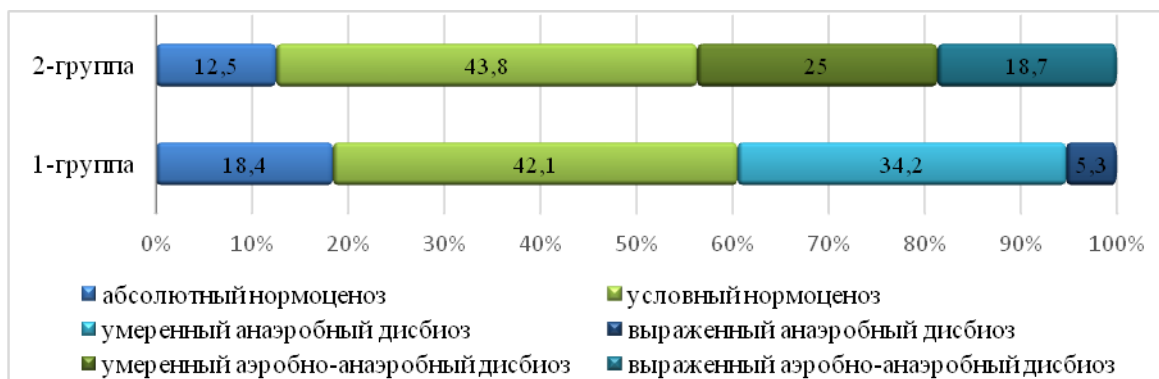


Рис. 1. Оценка микробиоты влагалища через 3 месяца после лечения (в %)

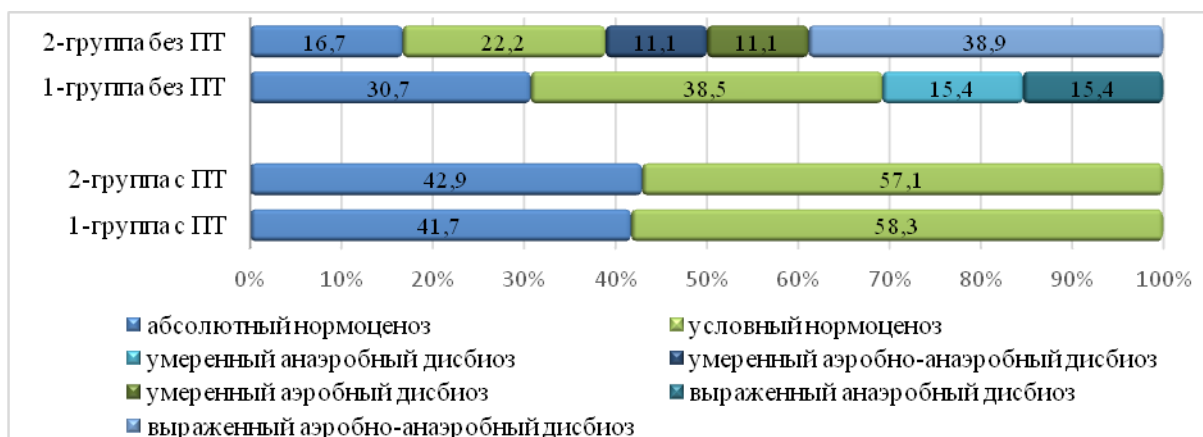


Рис. 2. Оценка микробиоты влагалища через 6 месяцев после лечения (в %)

Содержание ССЗ, СРБ и ПКТ во 2-группе также достоверно отличалась от контрольных данных ($50,38 \pm 8,35$ нг/мл, $11,15 \pm 3,13$ мг/л и $0,35 \pm 0,12$ нг/мл против $68,88 \pm 2,61$ нг/мл, $3,83 \pm 0,88$ мг/л и $0,08 \pm 0,04$ нг/мл соответственно) ($p < 0,05$). Данное состояние было обусловлено как с вновь выявленными случаями рецидива, так и исходно полимикробным характером смешанного дисбиоза во 2-группе

В случаях рецидива БВ была применена противорецидивная терапия. Противорецидивная терапия также применялась и в случаях с умеренным дисбиозом, при наличии жалоб на обильные выделения из половых путей, поскольку данный вид дисбиоза создает предпосылки для более глубоких нарушений микробиоты влагалища с переходом в БВ. В 1-группе были использованы пробиотики вагинально 10 дней (12 женщин – 1-группа с ПТ), во 2-группе – наряду с вагинальным введением пробиотиков лактоферрин перорально в течение месяца (14 женщин – 2-группа с ПТ). Остальные 26 женщин в 1-группе и 18 женщин во 2-группе составили группу наблюдения (1- и 2-группы без ПТ соответственно).

Отдаленная эффективность лечения была оценена через 3 месяца после проведенной противорецидивной терапии. В группах женщин, применявших противорецидивную терапию микробиота влагалища во всех случаях соответствовала абсолютному и условному нормоценозу (рис. 2). В группах женщин, не получавших противорецидивную терапию выявлены случаи выраженного и умеренного дисбиозов.

Как видно из рис. 2 частота абсолютного и умеренного нормоценозов в группах женщин, получавших лактоферрин с пробиотиками и только пробиотики была практически одинаковой. Но сравнительный анализ состава микрофлоры влагалища показал отличия по содержанию некоторых групп микроорганизмов в сравниваемых группах. Так, при использовании лактоферрина содержание облигатных анаэробов, аэробных ($p = 0,027$) и комменсальных ($p < 0,05$) микроорганизмов было значительно ниже относительно группы женщин, применявших только пробиотики.

Концентрация иммунобиологических показателей во всех случаях в группах женщин, получавших противорецидивную терапию соответствовала показателям контрольной группы. В группах женщин, не получавших противорецидивные меры выявлены разносторонние колебания уровня цитокинов. Содержание белков острой фазы воспаления в 1-группе без ПТ достоверных отличий от контроля не имело. Во 2-группе без ПТ выявлено повышение уровня СРБ и ПКТ, и низкий уровень ССЗ и ЛФ ($p < 0,05$).

Проведенный нами вариант лечения можно обосновывать и тем, что пероральное введение про/пребиотиков, дает дополнительную пользу в виде профилактики рецидивирующих инфекций половых путей, поскольку бактерии и грибы, колонизирующие толстую кишку, представляют собой основной резервуар урогенитальных инфекций. Пероральное применение не только более удобно для пациенток, но и дает другие положительные эффекты, такие как регуляция иммунного ответа в кишечнике и половых путях, что может иметь долгосрочное преимущество в предотвращении рецидива инфекции [12]. ЛФ может действовать локально на слизистую оболочку кишечника и находящиеся в ней иммунные клетки, включая пейеровы бляшки [4]. Активированные лимфоциты переселяются на слизистые оболочки других органов, повышая их иммунитет (интегральная слизистая резистентность). ЛФ может также активировать различные кишечные клетки (как иммунокомпетентные, так и некомпетентные) для производства иммунологических медиаторов, таких как цитокины, хемокины и нейротрансмиттеры, которые распределяются по всем органам и демонстрируют системные эффекты перорально вводимого ЛФ [13]. Недавние результаты *in vivo* показали, что ЛФ при пероральном введении оказывает системное действие изменяя экспрессию нескольких генов, включая IL-1 β , TNF α , TNF β и рецепторы лейкоцитов CD40L, CD80, IL-5R. Изменения были сравнимы с таковыми при внутривенном введении ЛФ [7]. Таким образом, пероральное введение лактоферрина оказывая системную эффективность может улучшить и микросреду влагалища.

Заключение. Применение лактоферрина при бактериальном вагинозе позитивно влияет на состав микрофлоры влагалища и усиливает местную неспецифическую резистентность. Протективная способность лактоферрина, обладающего как пребиотическими, так и иммуномодулирующими свойствами представляет его альтернативным вариантом лечения и профилактики рецидивирующего бактериального вагиноза.

Литература:

1. Савичева А.М., Тапильская Н.И., Крысанова А.А. и др. Отдаленные результаты двухэтапного лечения бактериального вагиноза с применением антисептиков и пробиотиков // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2021. – №9(4). – С.19–28.
2. Ших Е.В. Клинико-фармакологические аспекты применения пероральных препаратов лактобактерий в лечении вагинальных дисбиозов // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2021. – Т.9, №2. – С.82–91.

3. Antonio M.A., Meyn L.A., Murray P.J. et al. Vaginal colonization by probiotic *Lactobacillus crispatus* CTV-05 is decreased by sexual activity and endogenous *Lactobacilli* // *J. Infect. Dis.* – 2009. – №199. – P.1506–1513.
4. Arciniega-Martínez I.M., Campos-Rodríguez R., Drago-Serrano M.E. et al. Modulatory effects of oral bovine lactoferrin on the IgA response at inductor and effector sites of distal small intestine from BALB/c mice // *Arch. Immunol. Ther. Exp.* – 2016. – №64. – P.57–63.
5. Drago-Serrano M.E., Campos-Rodríguez R., Carrero J.C. et al. Lactoferrin and peptide-derivatives: antimicrobial agents with potential use in nonspecific immunity modulation // *Curr. Pharm. Des.* – 2018. – №24. – P.1067–1078.
6. Gruden S., Ulrih N.P. Diverse mechanisms of antimicrobial activities of lactoferrins, lactoferricins, and other lactoferrin-derived peptides // *Int. J. Mol. Sci.* – 2021. – №22. – P.11264.
7. Kruzel M.L., Olszewska P., Pazdrak B. et al. New insights into the systemic effects of oral lactoferrin: transcriptome profiling // *Biochem. Cell Biol.* – 2021. – №99. – P.47–53.
8. Miranda M, Saccone G, Ammendola A, et al. Vaginal lactoferrin in prevention of preterm birth in women with bacterial vaginosis // *J Matern Fetal Neonatal Med.* – 2021. – №34(22). – P.3704-3708.
9. Otsuki K, Imai N. Effects of lactoferrin in 6 patients with refractory bacterial vaginosis // *Biochem Cell Biol.* – 2017. – №95. – P.31–33.
10. Pino A, Giunta G, Randazzo CL, et al. Bacterial biota of women with bacterial vaginosis treated with lactoferrin: an open prospective randomized trial // *Microb Ecol Health Dis.* – 2017. – №28(1357417). – P.1-11
11. Sessa R, Di Pietro M, Filardo S, et al. Effect of bovine lactoferrin on *Chlamydia trachomatis* infection and inflammation // *Biochem Cell Biol.* – 2017. – №95. – P.34-40.
12. Szachta P., Gałęcka M., Bartnicka A. Biodiversity of vaginal microbiota. The role of gynecological probiotics in maintaining the balance of vaginal ecosystem // *Forum Zak.* – 2015. – №6. – P.139–143.
13. Wang B., Timilsena Y.P., Blanch E., Adhikari B. Lactoferrin: Structure, function, denaturation and digestion // *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.* – 2019. – №59. – P.580–596.

**ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БАКТЕРИАЛЬНОГО
ВАГИНОЗА**

Рахматуллаева М.М.

Резюме. Актуальность. Рецидивирующий БВ серьезно влияет на репродуктивное здоровье женщин, в связи с чем вопросы эффективного лечения и профилактики его приобретают особую актуальность. Цель исследования: определить эффективность использования лактоферрина в лечении и профилактике рецидивирующего бактериального вагиноза. Материал и методы. В исследование включены 60 женщин с бактериальным вагинозом и 26 практически здоровых женщин. Проведен анализ клинико-анамнестических данных, микроскопических и микробиологических характеристик влагалищного мазка, содержания цитокинов IL-6, IL-8, TNF α , IL-10 и C-реактивного белка, прокальцитонина, С3 компонента комплемента и лактоферрина в отделяемом влагалища. Применение лактоферрина с пробиотиками в группах риска рецидива бактериального вагиноза привело к достоверному снижению содержания условно-патогенных микроорганизмов по сравнению с группой, применявших только пробиотики, а содержание локальных иммунологических показателей было сопоставимым с контрольными данными. Заключение. Благодаря позитивному влиянию на состав микрофлоры влагалища, а также усилению местной неспецифической защиты лактоферрин проявил надежный эффект в лечении и профилактике рецидивирующего бактериального вагиноза.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, лактоферрин, пробиотики, пребиотики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ, АДЕНОИДИТОМ НА ФОНЕ ВИРУСА ЭПШТЕЙНА-БАРА И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ



Рустамова Гулноза Рустамовна, Самиева Гулноза Уткировна, Джаббарова Насиба Рахимовна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЭПШТЕЙН-БАР ВИРУСИ ВА ЦИТОМЕГАЛОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ ФОНИДА КЕЧУВЧИ СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ, АДЕНОИДИТ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА КОМБИНИРЛАНГАН ДАВОНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Рустамова Гулноза Рустамовна, Самиева Гулноза Уткировна, Жабборова Насиба Рахимовна
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

EFFECTIVENESS OF COMBINED TREATMENT OF CHILDREN WITH CHRONIC TONSILLITIS, ADENOIDITIS DUE TO EBSTEIN BAR VIRUS AND CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

Rustamova Gulnoza Rustamovna, Samieva Gulnoza Utkirovna, Jabborova Nasiba Rahimovna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Сурункали тонзиллит отоларингология ва педиатриядо долзарб муаммо бўлиб, баъзи муаллифларнинг фикрига кўра 74% ни ташиқил қилади. Хорижий ва маҳаллий адабиётларни таҳлил қилиш болаларда сурункали тонзиллит ва аденоидит ривожланишида вирусли инфекцияларнинг муҳим ролини кўрсатди [1,3].

Калит сўзлар: сурункали тонзиллит, аденоидит, цитомегаловирус инфекцияси, Эпштейн-Барр вируси, Гроприносин.

Abstract. Chronic tonsillitis is a pressing problem in otolaryngology and pediatrics and accounts for 74% according to some authors. An analysis of foreign and domestic literature has shown the important role of viral infections in the development of chronic tonsillitis and adenoiditis in children [1,3].

Key words: chronic tonsillitis, adenoiditis, cytomegalovirus infection, Epstein Barr virus, Groprinosin.

Развитие микробиологического исследования, помогло изучить что в структуре патогенов хронического тонзиллита наиболее часто обнаруживаются возбудители как стрептококки, стафилококки, пневмококки, гемофильная палочка, моракселла, аденовирусы, вирус Эпштейна Барра, вирус герпеса, разные анаэробы, атипичная микрофлора как микоплазмы, хламидии и в меньшей доле грибы [2,4,6]. XXI век, век развития молекулярной биологии. Исходя из этого на сегодняшний день большой интерес представляет исследования одноклеточных полиморфизмов. Данные исследования проводятся с целью выяснения мультифакториального генеза хронического тонзиллита [5,8,9].

Материалы и методы исследования. Объектом исследования стали 182 детей из них 116 больных с хроническим тонзиллитом (субкомпенсированная и компенсированная форма), 76 больных аденоидитом, в возрасте от 4 до 14 лет, из перечисленного контингента ретроспективный анализ историй болезни

(амбулаторных карт) 36 больных детей с хроническим тонзиллитом и 30 аденоидитом аналогичного возраста. Исследование больных проводилось стационарно и амбулаторно на базе многопрофильной клиники СамГМУ в отделении оториноларингологии и детского отделения. Об инфицированности возбудителями ЦМВИ, ВЭБ судили по результатам иммуноферментного анализа (ИФА). Больные были распределены на несколько групп. Данные контрольных групп были взяты из ретроспективного анализа историй болезни. Контрольная группа (I) дети с хроническим тонзиллитом получала стандартную терапию. Контрольная группа (II) дети с ХА получала стандартную терапию, основная группа (III-ХТ) дети с хроническим тонзиллитом наряду со стандартной терапией получала в качестве противовирусной терапии противовирусный препарат Гроприносин. Основная группа (IV-ХА) дети с хроническим аденоидитом наряду со стандартной терапией получала в препарат Гроприносин назначали детям – в суточной дозе из расчета 50 мг/кг массы тела за 3–4 приема на

протяжении 5–7 дней затем, детям старше 7 лет Виферон 500000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в сутки через 12 ч ежедневно в течение 5 суток. детям до 7 лет Виферон 500000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в сутки через 12 ч ежедневно в течение 5 суток, после 5 дневного перерыва больным было назначено повторный курс Гроприносина и Виферона по указанной выше схеме. Эффективность терапии оценивали по динамике и темпу регресса клинической симптоматики и лабораторных показателей.

Результаты исследования. В нашем исследовании мы провели сравнение с больными, которые получали противовирусную терапию с больными с ХТ и ХА, которые не получали противовирусную терапию. В зависимости от проведенного лечения обследованные больные больные распределены на группы. Данные контрольных групп были взяты из ретроспективного анализа историй болезни. Контрольная группа (I) n=36 дети с хроническим тонзиллитом получала стандартную терапию. Контрольная группа (II) n=30 дети с ХА получала стандартную терапию, Основная группа (III-ХТ) n=116, учитывая наличие ЦМВИ и ВЭБ больным наряду со стандартной терапией было назначено в качестве противовирусной терапии Гроприносин Назначали детям – в суточной дозе из расчета 50 мг/кг массы тела за 3–4 приема на протяжении 5–7 дней затем, детям старше 7 лет Виферон 500000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в сутки через 12 ч ежедневно в течение 5 суток. детям до 7 лет Виферон 500000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в сутки через 12 ч ежедневно в течение 5 суток, после 5 дневного перерыва больным было назначено повторный курс Гроприносина и Виферона по указанной выше схеме. Основная группа (IV-ХА) n=76 дети с хроническим аденоидитом наряду со стандартной терапией получала в качестве противовирусной терапии Виферон и

иммуномодулирующей терапии Гроприносин. Эффективность терапии оценивали в динамике по клиническим признакам лабораторным показателям во время обострения болезни проводился один раз в шесть месяцев в течение одного года. В исследовании проводился анализ эффективности комбинированной терапии в сравнении со стандартной терапией. Регрессия клинических признаков больных с хроническим тонзиллитом ассоциированных с ЦМВИ, ВЭБ в зависимости от вида лечения (I-группа стандартное лечение, II-группа комбинированное лечение). Использование противовирусного препарата Гроприносин с иммуномодулирующим препаратом Виферон при хроническом тонзиллите ассоциированного ЦМВИ и ВЭБ достоверно снизило количество дней таких жалоб, как боли при глотании ($6,3 \pm 0,25$; $3,21 \pm 0,7$ соответ.), сухость и дискомфорт в горле ($5,7 \pm 0,33$; $3,21 \pm 0,7$ соответ.), быстрая утомляемость ($3,21 \pm 0,7$; $7,3 \pm 0,87$ соответ), головная боль ($5,1 \pm 0,54$; $3,12 \pm 0,68$ соответ.), повышение температуры тела ($4,6 \pm 0,89$; $2,13 \pm 0,66$ соответ.), объективно: уменьшение увеличения регионарных лимфатических узлов ($12,2 \pm 1,74$; $9,74 \pm 1,25$ соответ.), болезненность регионарных лимфатических узлов ($5,5 \pm 0,244$; $4,32 \pm 0,77$ соответ) (табл. 1). Фарингоскопическая картина после проведения комбинированной терапии позволила констатировать отсутствие признака Гизе на 4 сутки при комбинированной терапии в то время как при стандартной этот признак держался в течение 6 суток. (табл.2.). Признак Преображенского и Зака также исчез на 1-2 дня раньше у детей с комбинированной терапией. Все показатели были достоверно значимыми. После использования противовирусных и иммуномодулирующих препаратов у детей с тонзиллитом при I степени уменьшение размера миндалин ($6,12 \pm 0,32$; $5,05 \pm 0,24$ соответ.), при II степени ($7,01 \pm 0,54$; $3,03 \pm 0,12$ соответст.).

Таблица 1. Регрессия клинических признаков больных с хроническим тонзиллитом ассоциированных с ЦМВИ, ВЭБ в зависимости от вида лечения

Клинические признаки	I-группа Стандартное лечение (дни)	II-группа Комбинированное лечение (дни)	P
Боли при глотании	$6,3 \pm 0,25$	$3,21 \pm 0,7$	$p < 0,05^*$
Сухость и дискомфорт в горле	$5,7 \pm 0,33$	$3,2 \pm 0,4$	$p < 0,05^*$
Быстрая утомляемость	$10,4 \pm 1,05$	$7,3 \pm 0,87$	$p < 0,05^*$
Головная боль	$5,1 \pm 0,54$	$3,12 \pm 0,68$	$p < 0,05^*$
Повышение температуры тела	$4,6 \pm 0,89$	$2,13 \pm 0,66$	$p < 0,05^*$
Уменьшение увеличения регионарных лимфатических узлов	$12,2 \pm 1,74$	$9,74 \pm 1,25$	$p > 0,05$
Болезненность регионарных лимфатических узлов	$5,5 \pm 0,24$	$4,32 \pm 0,77$	$p > 0,05$

Примечание: P - достоверность различий

Таблица 2. Регрессия фарингоскопических признаков больных с хроническим тонзиллитом ассоциированных с вирусом ЦМВИ и Эпштейна-Барра в стадии обострения в зависимости от вида лечения

Фарингоскопические признаки	Стандартное лечение(дни)	комбинированное лечение(дни)	p<0.05
Признак Гизе	6.27±0.65	4.11±0.65	p<0.05*
Признак Преображенского	6.68±1.07	5.23±0.25	p>0.05
Признак Зака	5.13±0.56	5.07±0.13	p>0.05
Уменьшение размера миндалин I степени	6.12±0.32	5.05±0.24	p<0.05*
Уменьшение размера миндалин II степени	7.01±0.54	5.01±0.67	p<0.05*
Повышение температуры тела	5.31±0.42	3.03±0.12	p<0.05*

Примечание: Р - достоверность различий.

Повышение температуры тела на 2 дня раньше нормализовалась в группе с комбинированной терапией.

Выводы. Таким образом, назначение комбинированной терапии позволило в кратчайшие сроки уменьшить выраженность жалоб, нормализовать фарингоскопическую картину, уменьшить размер миндалин. Эффективность проведенной противовирусной терапии у детей с хроническим тонзиллитом и аденоидитом ассоциированным ЦМВИ и ВЭБ доказана урежением длительности и частоты обострений, регрессией клинических проявлений.

Литература:

1. Азнабаева Л.М., и др. Лизоцим слюны и антилизоцимная активность микроорганизмов — представителей биотопа миндалин больных хроническим тонзиллитом. *Российский иммунологический журнал*. 2017;11(2):238-240.
2. Аксенова А.В. и др. Постстрептококковые заболевания в клинической практике. *Вестник оториноларингологии*. 2016;2:39-43.
3. Абдувакилов Ж. У., Ризаев Ж. А. Особенности течения воспалительных заболеваний пародонта при метаболическом синдроме // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 353-355.
4. Кувандиков Г. Б. и др. (2020). "Проблемы достоверности результатов лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем". // *In Europeanresearch: innovationinscience, educationandtechnology* (pp. 79-82).
5. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2–диметилгидразина на организм в целом // *Биология*. – 2020. – Т. 1. – С. 116.
6. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // *Достижения науки и образования*. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.

7. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.

8. Ризаев Ж. А., Нурмаматова К. Ч., Тухтаров Б. Э. Организация лечебно-профилактической помощи при аллергических заболеваниях у детей // *ББК*. – Т. 51. – С. 113.

9. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // *Журнал "Медицина и инновации"*. – 2021. – №. 1. – С. 28-31.

10. Kudratova Z. E., Normurodov S. Etiological structure of acute obstructive bronchitis in children at the present stage - *Thematics Journal of Microbiology*, 2023. P.3-12.

11. Kudratova Z. E., Tuychiyeva S. K. Atipik mikroflora etiologiyali o'tkir obstruktiv bronxitlar etiopatogenezing zamonaviy jixatlari. *Research Focus*, 2023, B. 589-593.

12. Kudratova Z. E., Karimova L. A. Age-related features of the respiratory system. *Research Focus*, Том 2, P. 586-588.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ, АДЕНОИДИТОМ НА ФОНЕ ВИРУСА ЭБШТЕЙНА БАРА И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Рустамова Г.Р., Самиева Г.У., Джаббаровва Н.Р.

Резюме. Хронический тонзиллит (ХТ) является актуальной проблемой отоларингологии и педиатрии и составляет 74 % по данным некоторых авторов. Анализ зарубежной и отечественной литературы показал немаловажную роль вирусных инфекций в развитии хронического тонзиллита и аденоидита у детей [1,3].

Ключевые слова: хронический тонзиллит, аденоидит, цитомегаловирусная инфекция, вирус Эпштейна Барра, Гроприносин.



Саломова Нилуфар Қаҳҳоровна

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.



ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕЧИ И МЫШЛЕНИЯ ПРИ ПОВТОРНОМ ИНСУЛЬТЕ

Саломова Нилуфар Қаҳҳоровна

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

THE PRACTICAL SIGNIFICANCE OF SPEECH AND THINKING IN REPEATED STROKE

Salomova Nilufar Kahharovna

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: nurullosayfullaev4@gmail.com

Резюме. Тадқиқотда 108 та бемордан 67 тасида яъни 62,03% да спонтан ва диалитик нутқ бузилиши кузатилиб, 41 нафар аёл бемордан, 22 нафарида 20,37% беморларда учраб, эркакларда бу кўрсаткич 67 нафар бемордан 45 нафарида 41,66% қайта ишемик инсульт билан касалланган беморларда спонтан ва диалитик, яъни беморнинг саволларга жавоб беришига қийналишига, берилган саволларга жавоб бера олмасликка қийналиши кузатилиб, бу кўрсаткич аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ кузатилган.

Калит сўзлар: инсульт, нутқ реабилитацияси.

Abstract. In the study, spontaneous and dialectical speech disorders were observed in 62.03% of 108 patients in 67 patients, out of 41 female patients, 20.37% in 22 patients, and in men this indicator was observed in 45 out of 67 patients, 41.66% in patients with ischemic stroke spontaneously and dialectically, that is, the patient experienced difficulties with answers to questions, inability to answer questions

Keywords: stroke, speech, rehabilitation.

Клиник ва нейропсихологик текширувларда беморларни даволанишнинг 1-5 суткаларида тадқиқот одатда ҳар 20-30 дақиқа давомида ўтказилди. Тадқиқот қоидаларига риоя қилган ҳолда энг оддий, аммо етарли бўлган усуллар ишлатилди. Стандартлаштирилган нутқни аниқлайдиган, нейропсихологик методика (СНМ) дан 16 та кичик субтест натижалари ўрганилиб, бузилишларининг хусусиятлари ва ифодаланган клиник ҳолатни барқарорлаштиришдан кейинги даврда турли латерализация (ўнг ва чап ярим шарлар) билан оғриган беморларда, нутқни белгилловчи клиник белгиларнинг регрессияси билан таққосланди.

Тадқиқотда 108 та бемордан 67 тасида, яъни 62,03% да спонтан ва диалитик нутқ бузилиши кузатилган. 41 нафар аёл бемордан, 22 нафарида (20,37%) учраб, эркакларда бу кўрсаткич 67 нафар бемордан 45 нафарида (41,66%), қайта ишемик билан касалланган беморларда спонтан ва диалитик, яъни беморнинг саволларга жавоб беришнинг қийналиши, берилган саволларга

жавоб бера олмаслик кузатилиб, бу кўрсаткич аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ учради.

Автоматлаштирилган нутқ 108 нафар бемордан 40 нафарида 37,03%да учраб, шундан 12та (11,11%) қайта ишемик инсульт билан касалланган аёлларда кузатилган. Қайта ишемик инсульт билан касалланган эркакларнинг 67 нафаридан 28 нафарида (25,92%) кузатилган. Бунда ҳам аёлларга нисбатан эркакларда икки баробар кўп эканлиги аниқланган. Автоматлаштирилган нутқда беморлар гапларга ёки берилган саволларга “ха”, “йўқ” деб жавоб бериш ўрнига бош силкиш, инкор этиш, имо-ишораларини бажарадилар.

Бадиий нутқ Қайта ишемик инсульт ўтказган 108 нафар бемордан 57 нафарида (52,77%), Яъни аёлларнинг 28 нафарида (25,92%), эркакларнинг 67 нафаридан 29 нафарида (26,85%) бадиий нутқ талаффузи бузилган, бунда ҳам аёлларга нисбатан эркакларда икки баробар кўп эканлиги кузатилган.



Расм 1. Бирламчи ишемик инсулытда аёл ва эркакларда нутқ бузилишининг учраш частотаси(%)



Расм 2. Қайталанган ишемик инсулытда аёл ва эркакларда нутқ бузилишининг учраш частотаси(%)

Сўзларни такрорлаш қайта ишемик инсулыт билан касалланган 108 нафар бемордан 20 нафариди (18,51%), шундан аёлларнинг 3 нафариди (2,77%) да, эркакларнинг 67 нафаридан 17 нафариди (15,74%) сўзларни такрорлаш бузилган бўлиб, беморлар ҳаттоки айтилган сўзларни айтишга қийналадилар. Бунда ҳам аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ учраши кузатилган.

Оддий сўзларни такрорлаш 108 нафар бемордан 12 нафариди 11,11% шундан аёлларда 1 нафар 0,92%, эркаклардан 67 нафар бемордан 11 нафариди яъни 10,18%да учраган.

Тинглаб айтишда Қайта ишемик инсулыт билан касалланган беморлардан 108 нафар бемордан 15 нафариди (13,88%), шундан аёлларда 1 нафариди 0,92%, эркакларда 14 нафар 12,96% ташкил этиб, аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ учраган.

Нутқ юмшоқлигида Қайта ишемик инсулыт билан касалланган беморлардан 108

нафар бемордан 60 нафариди (55,55%) ташкил этиб, шундан аёлларда 9 нафар (8,33%), эркакларда эса 51 нафариди (47,22%) ни ташкил этиб, аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ учраган.

Нутқ темпида 108 нафар беморда 60 нафариди (55,55%) аёлларда 12 нафариди (11,11%), эркакларда эса 48 нафариди (44,44%) ташкил этиб, бу кўрсаткич ҳам аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ учраган.

Оҳангдор нутқ 108 нафар бемордан 79 нафариди 73,14%да учраб аёлларда 31 нафариди (28,7%) эркакларда 48 нафариди (44,44%)да учраган. Оҳангдор нутқ бузилиши кузатилган.

Тушунарли табиий нутқ 108 нафар бемордан 14 тасида 12,96%да учраб шундан қайта ишемик инсулыт билан касалланган аёлларда 3 нафариди (2,77%)да эркакларда эса 11 нафариди (10,18%) да тушунарли табиий нутқ бузилиши кузатилган.

Нутқ чизигини сақлаб қолиш 108 нафар бемордан 58 нафарида (53,7%)да, шундан 19 нафар аёлларда (17,59%),39 нафар эркакларда (36,11%) ни ташкил этиб нутқ чизигининг сақлаб қолиниши бузилган.

Автоматик ҳисоблаш жараёни 108 нафар бемордан 60 нафарида (55,55%)да кузатилиб, шундан аёлларда 13 таси (12,03%) ни эркакларда 47 нафарида (43,51%) автоматик ҳисоблаш жараёни бузилган.

Орал праксис бузилишида 108 нафар бемордан 60 тасида (55,55%) да, аёлларда 7 нафарида (6,48%), эркакларда 53 нафарида (49,07%) кузатилган.

Яқин инсонлар чехрасини таниш 108 нафар бемордан 48 нафарида (44,44%), шундан аёлларда 11 нафарида (10,18%), эркакларда 37 нафарида (34,26%) учраб, ўз қариндошларини, хаттоки ўз фарзандларини таний олмаслик, уларнинг исмларини эслай олмаслик ҳолатлари кузатилган.

Бегона инсонларни аниқлаш 108 нафар бемордан 61 нафарида (56,48%) учраб, шундан

аёлларда 19 нафарида (17,59%), эркакларда 42 нафар беморда (38,88%) ҳолларда кузатилган.

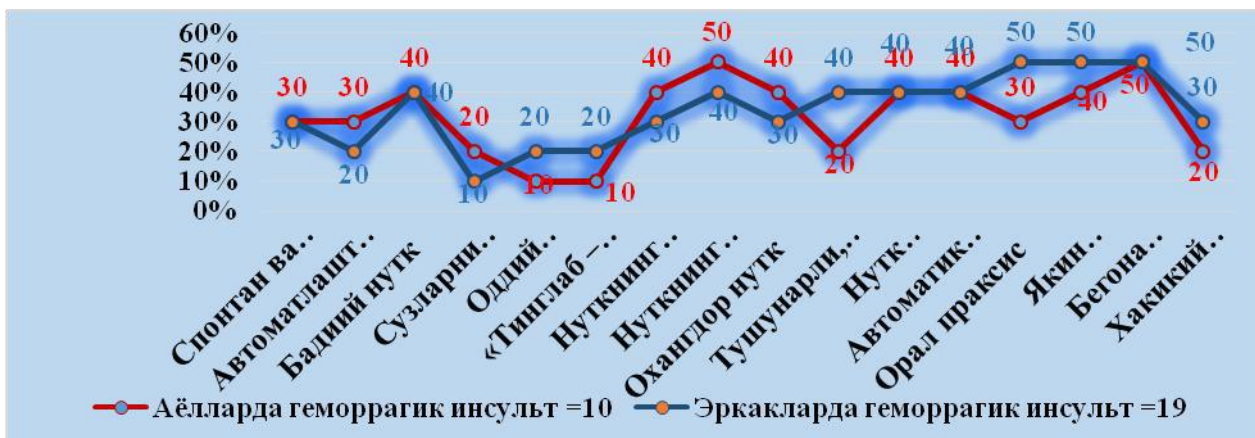
Ҳақиқий маконга йўналиш нутқи 108 нафар бемордан 15 тасида учраб (13,88%), шундан аёлларда 6 нафар беморда (5,55%), эркакларда 9 нафар (8,335%) ни ташкил этган.

Қайта геморрагик инсульт билан касалланган беморларда спонтан ва диалитик нутқ 29 нафар бемордан 14 тасида 48,27%, шундан аёлларда 3 нафарида 10,34%да, эркакларда 11 нафарида 11,93%да кузатилган.

Автоматлаштирилган нутқ 29 нафар беморлардан 13 нафарида 44,82%да, шундан аёлларда 5 нафарида 17,24% да, эркакларда 8 нафар 27,58%да учраган.

Бадий нутқ 29 нафар бемордан 18 нафар беморларда 62,06%да, шундан аёлларда 6 нафарида 20,68% ни, эркакларда 12 нафар беморларда 41,38%да учраган.

Сўзларни такрорлашда 29 нафар беморлардан 8 нафар беморда 27,58%да учради, шундан аёлларда 2 нафар беморда 6,89%, эркакларда 6 нафар беморда 20,69%да кузатилган.



Расм 3. Бирламчи геморрагик инсультда аёл ва эркакларда нутқ бузилишининг учраш частотаси(%да)



Расм 4. Қайта геморрагик инсультда аёл ва эркакларда нутқ бузилишининг учраш частотаси(%да)



Расм 5. Реабилитациядан кейинги натижалар ишемик инсультда

Оддий сўзларни такрорлаш 29 нафар беморларда 8 нафар беморда 27,58%да, шундан аёлларда 1 нафарида 3,44%да, эркакларда 7 нафарида 24,13% да кузатирилган.

Тинглаб-айтиш хотира тестини бажариш 29 нафар беморлардан 7 нафар беморларда кузатирилиб 24,13% ни ташкил қилди, шундан аёлларда 1 нафар беморда 3,44% ни, эркакларда 6 нафар беморда 20,68% да кузатирилган.

Нутқнинг юмшоқлиги 29 нафар беморлардан 19 нафар беморда 65,51%ни ташкил этиб, шундан аёлларда 8 нафарида 27,58% ни, эркакларда 11 нафар 37,93%да кузатирилган.

Нутқ темпида 29 нафар беморлардан 17 нафарида 58,62%да кузатирилди, шундан аёлларда 9 нафарида 31,03%да, эркакларда 8 нафар беморда 27,58%да кузатирилган.

Оҳангдор нутқ бузилиши 29 нафар беморлардан 13 нафар беморларда кузатирилиб 44,82% ни ташкил қилди, шундан аёлларда 5 нафар беморда 17,24% ни, эркакларда 8 нафар беморда 27,58% да кузатирилган.

Тушунарли табиий нутқ бузилиши 29 нафар беморлардан 14 нафар беморларда кузатирилиб 48,27% ни ташкил қилди, шундан аёлларда 3 нафар беморда 10,34% ни, эркакларда 11 нафар беморда 37,93% да кузатирилган.

Нутқ чизиғини сақлаб қолишнинг бузилиши 29 нафар беморлардан 19 нафар беморларда кузатирилиб 65,51% ни ташкил қилди, шундан аёлларда 7 нафар беморда 24,13%ни, эркакларда 12 нафар беморда 41,38% да кузатирилган.

Автоматик ҳисоблаш жараёнининг бузилиши 29 нафар беморлардан 19 нафар беморларда кузатирилиб 65,51%ни ташкил қилди,

шундан аёлларда 7нафар беморда 24,13% ни, эркакларда 12 нафар беморда 41,38%да кузатирилган.

Орал праксиснинг бузилиши 29 нафар беморлардан 18 нафар беморларда кузатирилиб 62,06% ни ташкил қилди,шундан аёлларда 5 нафар беморда17,24% ни,эркакларда 13 нафар беморда 44,82% да кузатирилган.

Яқин инсонлар чехрасини танишнинг бузилиши 29 нафар беморлардан 23 нафар беморларда кузатирилиб 79,31% ни ташкил қилди, шундан аёлларда 8 нафар беморда 27,58% ни, эркакларда15 нафар беморда 51,72% да кузатирилган.

Бегона инсонларни танишнинг бузилиши 29 нафар беморлардан 23 нафар беморларда кузатирилиб 79,31% ни ташкил қилди, шундан аёлларда 9 нафар беморда 31,03% ни, эркакларда14 нафар беморда 48,27% да кузатирилган.

Ҳақиқий мақонга йўналишнинг бузилиши 29 нафар беморлардан 12 нафар беморларда кузатирилиб 41,38%ни ташкил қилди, шундан аёлларда 3 нафар беморда 10,34% ни, эркакларда 9 нафар беморда 31,03% да кузатирилган.

Беморнинг нутқи тўғрисида маълумотлар суҳбат чоғида ёки махсус текширишлар орқали аниқланади. Нутқни оддий ва мураккаб сўзларни такрорлатиб туриб ҳам текшириш мумкин. Нутқ бузилишлари нейропсихологик тестлар ёрдамида ҳам аниқланади. Нутқнинг қуйидаги бузилишлари хулоса ўрнида қайд қилинади: афферент мотор афазия, эфферент мотор афазия, сенсор афазия, акустик-мнестик афазия, амнестик афазия, семантик афазия, динамик афазия, соқовлик,

дудукланиш, дизартрия, дислалия. Асосий ва назорат гуруҳларининг кузатувларини таққослашда беморларда қайталанган инсултларнинг баъзи хусусиятлари аниқланди. Ёш ошиши билан асосий гуруҳда қайталанган ишемики инсулт беморларнинг нисбати ошди. Бирламчи ва қайталанган инсултнинг патогенетиккичик турлари таркибида фарқ бор эди: бирламчи инсултлар орасида атеротромботик субтип биринчи бўлса қайталанганда- кардиоэмболик устунлик қилди ($p < 0,05$). Шунингдек, қайталанган инсултда мия фалокатлари орасида лакунар инсултларнинг юқори ўзига хослигига эътибор қаратиш лозим. Бирламчи ва қайталанган марказнинг локализациясини қиёсий таҳлил қилишда статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланмади ($p > 0,05$), барча ёш гуруҳларида ярим шарлар инсултлари устунлик қилди. Қайталанган инсултнинг клиник кечишининг айрим хусусиятлари аниқланди. Юқоридаги асосий гуруҳда NIHSH миқёсидаги аниқ ва критик неврологик камчиликларга эга бўлган кузатувлар кўп кузатилган. Қайталанган инсултда ёш неврологик етишмовчиликнинг чуқурлигига таъсир қилади ($p < 0,05$). Ишемик инсултнинг хавф омиллари геморрагик билан солиштирганда анча барқарор эканлиги аниқланди. Кардиоэмболик, атеротромботик ва лакунар инсултларнинг ўзаро алмашинуви ушбу патогенетик кичик гуруҳлар учун бир қатор хавф омилларининг умумийлигини кўрсатади. Клиник кўринишга кўра, қайталанган атеротромботик инсултлар кардиоэмболик турдан оғирлик бўйича кам эмас эди. Беморларнинг мутлак кўпчилигида лакунар инсултлар енгил шаклда давом этган. Шуниси эътиборга лойиқки, геморрагик инсултлар жуда енгил кечди. Марказнинг турли локализацияси билан инсултларни клиник йўналишини таққослашда, бир ярим шарда асосий ва қайталанган ишемик инсултни бошдан кечирган беморларда энг кўп неврологик нуқсон кузатилди ва ўнг ярим шарнинг инсултлар чап ярим шардан оғирроқ кечди ($p < 0,05$). Беморларнинг ушбу тоифаси ҳам аниқ когнитив бузилишлар билан тавсифланади. Латерализация ўзгариши билан статистик жиҳатдан ишончли тарзда қайталанган инсултлар камроқ неврологик танқисликка олиб келган ($p < 0,05$).

Хулоса шуки, 137 беморда қайталанган инсулт учун хавф омиллари ва уларда реабилитация даврининг хусусиятлари ўрганилди. 5 йил давомида қайталанган инсултни бошдан кечирган 137 нафар бемор асосий гуруҳни ташкил этди. Назорат гуруҳи 5 йил олдин битта инсултни бошдан кечирган 40 бемордан иборат. Реанимация ва неврология бўлими шароитида

кузатилган. Беморларнинг аҳволи шкала усуллари ёрдамида тасвирланган. Неврологик ҳолат NIHSH (Миллий соғлиқни сақлаш институтлари инсулт шкаласи), кундалик фаолият - Бартел индекси, интеллектуал ва мнестик касалликлар – MMSE шкаласи бўйича, Ранкин шкаласи функционал ногиронлик даражаси - бўйича баҳоланди. Неврология бўлимида барча беморлар инсултнинг ўткир даврини бошқариш учун тиббий ва иқтисодий стандартларга мувофиқ терапия олдилар. Бирламчи ва иккиламчи патологик учоғнинг локализацияси, ҳажми ва табиати КТ, МРТ ва лаборатория усулларини ўтказиш орқали баҳоланди ва гемостаз, липид метаболизми ва қон биокимёвий таркиби ҳолатини ишончли баҳолаш имконини берган. Неврология бўлими базасида реабилитация даволаш асосий гуруҳ беморлар томонидан қабул қилинди. Реабилитация даволаш муддати 40 кун. Қабул қилиш вақтида неврологик етишмовчиликнинг тузилишини ҳисобга олган ҳолда реабилитация тadbирлари ўтказилди. Электр стимуляцияси, фототерапия, балнеотерапия, машқлар терапияси, акупунктур, логопедияни тузатиш, нейропсихолог билан сеанслар қўлланилди. Неврологик етишмовчиликнинг оғирлиги NIHSH, Ранкин, Ривермид, Бартел шкаласи ёрдамида қабул қилиш ва жавоб бериш кунда баҳоланди. Тадқиқот натижалари вариацион статистика ёрдамида шахсий компютерда қайта ишланган. Тадқиқотимизда қайта инсултлар ривожланиш эҳтимоли ёшга қараб ортди, цереброваскуляр патологиянинг тахминан 80 % и 45-59 ёшдаги беморларда ривожланди. 45-59 ёшдаги беморларда ўткир цереброваскуляр касалликлар муаммоси аҳолининг ўртача умр кўриш давомийлигининг ошиши фонида долзарб бўлиб бормоқда: 2025 йилга келиб дунёда 60 ёшдан ошган одамларнинг кутилаётган сони 1,2 миллиардга етади. Ўз вақтида ва малакали профилактика чораларисиз, қайталанган цереброваскуляр касалликлар тахминан 9 мартага ошади. 45-59 ёшдагилар орасида қайталанган инсултнинг юқори тарқалиши ушбу ҳолат учун хавф омилларини тўлиқ ўрганиш зарурлигини тақозо этади. Ўткир бош миёда қон айланишининг бузилиши учун хавф омилларини ўрганишга кўплаб тадқиқотлар бағишланган, аммо қайта инсултлар хақида адабиётда ҳали ҳам етарли маълумот йўқ. Қайталанган инсултга бундан ташқари, 45-59 ёшдаги одамларда кўпинча патологик шароитлар комбинацияси мавжуд бўлиб, улар нафақат бирга қўшилибгина қолмай, балки бир-бирини кучайтиради, натижада қон айланиши бузилишига олиб келади. Соматик касалликларга чалинган 45-59 ёшдаги беморларда қайталанган ёки қайта бош миёда қон

айланишининг бузилиши учун энг муҳим хавф омилларини аниқлаш ушбу тадқиқотнинг мақсадларидан биридир. 45-59 ёшдаги одамларда инсультнинг кечиши, зарарланган мия тўқималарида содир бўладиган биокимёвий реакциялар ҳам бир қатор хусусиятлар билан тавсифланади. Ёш ўтган сари марказий асаб тизимида бир қатор функционал бузилишларнинг тўпланишини келтириб чиқаради, бу мия қон айланишининг кейинги декомпенсациясига олиб келади. Иммуни тизимидаги ёшга боғлиқ ўзгаришлар яллиғланишга қарши реакцияларга ўтишни аниқлайди.

Адабиётлар:

1. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С., Кашина Е.М. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Восстановление двигательных, речевых, когнитивных функций // Трудный пациент. – 2012. – Т. 10, № 11. – С. 22–27.
2. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Реабилитация постинсультных больных // Медицинский совет. – 2013. – № 4. – С.92–98.
3. Левин О.С., Боголепова А.Н. Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2020, т. 120, № 11, с. 99-107.
4. Саломова Н.К. Особенности течения и клинико-патогенетическая характеристика первичных и повторных инсультов //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. 2021.-С. 249-253. (14.00.00.№).
5. Саломова Н. К., Рахматова С.Н. Қайта такрорланувчи ишемик ва геморагик инсультли беморларни эрта реабилитация қилишни оптималлаштириш // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. 2021й. 71-76 бет,(14.00.13. №14.).
6. Salomova N.K // Risk factors for recurrent stroke// Polish journal of science N52(2022). 33-35.
7. Salomova N.Q //The practical significance of speech and thinking in repeated stroke// ScienceAsia 48 (2022): 945-949.
8. Nilufar Qahhorovna Salomova //The practical significance of speech and thinking in repeated stroke // scienceasia 48 (2022): 945-949.
9. Саломова Н.К //Факторы риска цереброваскулярных заболеваний и полезное свойство унаби при профилактике//.Oriental renaissance: innovative, educational, natural and social sciences scientific journal volume 2, issue 2 issn 2181-1784 february 2022. 811-817.
10. Features of the course of febrile seizures in children. // Asian Journal of Pharmaceutical and Biological Research. 2021. -P. 4-6.

11. Gaffarova V.F. Clinic-eeg correlation somatogenous of conditioned febrile seizures in children. // International Journal of Human Computing Studies.2021. –P.114-116.

12. Gaffarova V.F. Characteristics of seizures children.// International journal of conference series on education and social sciences.Turkey 2021. –P. 22-23.

13.Рахматова Д.И. Нетрадиционные методы терапии невротии лицевого нерва на разных этапах развития заболевания // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2019. - №2 (107). - С. 180-183

14.Рахматова Д.И. Особенности клинического течения невротии лицевого нерва коморбидного с соматической патологией // Тиббиётда янги кун. – Бухара, 2019. - №3(27). - С. 222-226.

15.Рахматова Д.И. Оптимизация прогнозирования осложнений нейротии лицевого нерва по результатам электронейромиографии // Неврология. – Ташкент, 2019. - №4(80). - С. 21-24.

16.Рахматова Д.И. Оптимизация терапии тяжёлых форм невротии лицевого нерва // Тиббиётда янги кун. – Бухара, 2020. - №1(29). - С. 351-354.

17.Давронова Х.З. Эффекты сахарного диабета 2 типа при острой и хронической цереброваскулярной патологии их прогноз при сочетанной патологии. // INNOVATIVE ACHIEVEMENTS IN SCIENCE &, International scientific-online conference,. ISSN 2515-8260 Volume 07, Issue 07, 2021. – С. 49-55.

18.Davronova Hilola Zavkiddinovna. Features of the Course of Cognitive Dysfunction in Patients with Type II Diabetes Mellitus. // American Journal of Science and Learning for Development. ISSN 2835-2157 Volume 2 | No 3 | March -2023/-P.53 t-55.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕЧИ И МЫШЛЕНИЯ ПРИ ПОВТОРНОМ ИНСУЛЬТЕ

Саломова Н.К.

Резюме. В исследовании спонтанные и диалектические нарушения речи наблюдались у 62,03% из 108 пациентов у 67 пациентов, из 41 пациента женского пола, 20,37% у 22 пациентов, а у мужчин этот показатель наблюдался у 45 из 67 пациентов, 41,66% у пациентов с ишемическим инсультом спонтанно и диалектические, то есть, пациент испытывал трудности с ответами на вопросы, неспособность ответить на вопросы

Ключевые слова: инсульт, речь, реабилитация.

УДК: 616.831-005.8:616.12-008.331.1

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА СОМАТИК СТАТУС ВА КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАРНИГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ



Ўринов Мусо Болтаевич, Рахматова Санобар Низамовна
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Уринов Мусо Болтаевич, Рахматова Санобар Низамовна
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

FEATURES OF SOMATIC STATUS AND COGNITIVE IMPAIRMENTS IN CHRONIC HEART FAILURE

Urinov Muso Boltaevich, Rakhmatova Sanobar Nizamovna
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: sanobarnevro76@gmail.com

Резюме. Сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларда когнитив бузилишларнинг клиникаси, патогенези, текшируви таҳлилларини такомиллаштириши ва уларнинг адекват даво чораларини тадбиқ қилиш натижалари олинган. сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларда когнитив бузилишнинг патогенетик механизмлари, шунингдек церебрал гемодинамиканинг артериал ва веноз қисми билан ўзаро боғлиқлиги аниқланди.

Калит сўзлар: СЮЕ, Когнитив бузилишлар, артериал ва веноз етишмовчилик.

Abstract. The results of improving the analysis of the clinic, pathogenesis, examination of cognitive impairment in patients with chronic heart failure and their adequate therapeutic measures have been obtained. pathogenetic mechanisms of cognitive impairment in patients with chronic heart failure, as well as correlations of cerebral hemodynamics with arterial and venous insufficiency were revealed.

Key words: CHF, cognitive disorders, arterial and venous insufficiency.

Юрак етишмовчилиги оғирлик даражасининг когнитив бузилишлар намоён бўлиш кўрсаткичларига таъсири тўғрисида аниқ бир тўхтама келинган маълумотлар берилмаган. Бир гуруҳ тадқиқотчилар сурункали юрак етишмовчилиги ва когнитив бузилишлар орасидаги ўзаро боғлиқликни аниқ ва равшан қилиб таҳлил қилишган [1], бошқа гуруҳ тадқиқотчилари эса бу боғлиқликни инкор қилишган [2]. Сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларда когнитив бузилишлар ривожланиш механизмлари тўлиқ ўрганилмаган бўлиб, илгари когнитив бузилишлар этиологияси цереброваскуляр эмболиялар ҳисобланса, ҳозирги кунда унинг асосий сабаби бош миянинг гипоперфузиясидир. Баъзи муаллифлар бош мияда қон оқимининг пасайиши сабаби юрак қисқаришидан отилиб чиқувчи қон миқдорининг пасайиши билан боғлиқлигини таъкидлашади [3]. Бошқалар эса изоляцияланган чап қоринча дисфункцияси бош

мия гипоперфузиясига олиб келувчи асосий гемодинамик омил сифатида кўриб чиқишни таклиф қилишади. Бир қатор тадқиқотчилар ушбу тоифадаги беморларда артериал гипоперфузиянинг муҳим роли борлигини таъкидлашади [4]. Ультратовуш доплерография натижаларига кўра сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларда бош мия артерияларининг вазодилатация фаолиятининг бузилганлиги аниқланди. Кўпгина ҳолларда бундай бузилишларнинг чап қоринча қисқариш фракцияларининг пасайиши билан боғлиқлиги кузатилди. Сурункали юрак етишмовчилигига хос бўлган периферик вазоконстрикция бошқа органларда периферик қон томирлар қаршилигининг ошишига олиб келади. Сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларда нейрнопсихологик тестлар натижалари ва бош мия қон оқимининг ўзгариш натижалари бир бирига зиддир. Бундай келишмовчиликлар асосан

сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларнинг гетерогенлиги билан боғлиқ. Текширишларда беморларнинг ёши, маълумоти, жинси, касаллик этиологияси, касаллик оғирлик даражаси, чап қоринча дисфункцияси тури, ёндош касалликлар муҳим аҳамиятга эга. Келтирилган маълумотлар шуни кўрсатадики, юрак кон томир касалликларини келтириб чиқарувчи хавф омилларининг кўплиги, ёндош касалликларининг хар хил бўлиши улар натижасида келиб чикувчи когнитив бузилишлар патофизиологиясини ўрганишни қийинлаштиради.

Адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра, бош мия тўқимаси гипоперфузиясига келтириб чиқарувчи хавф омилларига сурункали юрак касалликларидан ташқари артериал гипертензия, кон томирлар атеросклерози, қандли диабет касаллиги ва бошқа сабаб бўла олади. Тадқиқотда II ва III гуруҳ беморларида 90% кон томир атеросклерози ва қандли диабет касаллиги 11,3% ва 16,7% да аниқланган. Текширувлар натижасида СЮЕ бўлган беморларда касаллик оғирлик даражасининг ошиб бориши билан клиник-неврологик белгиларнинг намоён бўлиш даражаси ошиб бориши кузатилган. СЮЕ бўлган I гуруҳ беморларида тарқоқ неврологик симптоматика кузатилган. Мучаларда пай рефлексларининг енгил симметрик тарзда кучайиши 19,5%, патологик қафт рефлекслари 61%, Ромберг ҳолатида бироз нотурғун бўлиши 33% кузатилган. СЮЕ оғирлик даражасининг ошиб бориши билан клиник текширувларда ўчоқли неврологик симптоматика кучайиб бориши кузатилган. II гуруҳ беморларида пирамид, кохлеовестибуляр синдром, координатор бузилишлар кузатилиб, атаксик синдромни шакллантирган. Пирамида синдроми орал автоматизм рефлекси кўринишида 81% намоён бўлиб, конвергенциянинг пасайиши 63%, анизорефлексия 77%, патологик қафт рефлекслари 65% ҳолларда учраган. Координатор бузилишлар 45% кузатилиб, Ромберг ҳолатида 50% нотурғун бўлиб, 2% ҳолатда йиқилиш ҳолати кузатилган. Атаксия синдроми 23% беморларда аниқланган. СЮЕ бўлган III гуруҳ беморларида неврологик танқислик даражаси ошганлиги-псевдобульбар синдром 52%, конвергенциянинг пасайиши 82%, анизорефлексия 94%, атаксик синдром 23%, Ромберг ҳолатида 67% нотурғун бўлиб, 12,3% ҳолатда йиқилиш кузатилган.

Беморлар клиник-неврологик таҳлил натижалари СЮЕ да церебрал гемодинамиканинг ўзгариши ва унинг СЮЕ оғирлик даражасининг ошиши билан церебрал дисциркуляциянинг кучайиши билан намоён бўлади. Натижаларига кўра, СЮЕ бўлган 116 нафар беморнинг 22 нафарида (18,8%) енгил когнитив бузилишлар мезонларига жавоб берадиган ўзгаришлар

кузатилган. Шунингдек, 34(29,5%) беморда ўрта когнитив бузилишлар талабларига жавоб берадиган белгилар аниқланган. Скрининг нейропсихологик тест натижаларига кўра, субъектларда деменция белгилари топилмади. СЮЕ билан касалланган беморларда муайян когнитив функцияларнинг бузилиш ҳолатларини таҳлил қилиш асосан кенгайтирилган нейропсихологик текширув натижасида олинган когнитив бузилишларни тавсифловчи асосий кўрсаткичларга мувофиқ амалга оширилди. Скрининг шкалалар ёрдамида когнитив функцияларни баҳолашда СЮЕ бўлган асосий гуруҳдаги беморлар ва назорат гуруҳидаги беморлар билан таққослаганда барча ўлчовларда FAV шкаласида сезиларли фарқ билан 13 паст натижаларни кўрсатди, бу пешона бўлаги дисфункцияси борлигини намоён қилади. Кенгайтирилган нейропсихологик синамалар ёрдамида когнитив функциялар натижаларини баҳолаганда назорат гуруҳи беморларига нисбатан СЮЕ бўлган беморларда мантикий (ВХШ4), операцион (ВХШ5) ва визуал (ВХШ6) хотира кўрсаткичлари анча пастлиги намоён бўлган. Горбовнинг "қизил-қора жадвал" синамаси бўйича диққатни алмаштириш вақтининг (ДАВ) ошиши, "тескари ҳисоблаш" услубида ўнликдаги хато, бирликдаги хато миқдорининг, шунингдек Лурия тестида 10 сўзни биринчи такрорлашдан сўнг (ЎСАМ1) айтиб берилган сўзлар сонининг камайганлиги, 10 та сўзни тўлиқ айтиш учун персеверациялар сонининг кўпайишини аниқланган.

СЮЕ бўлган асосий гуруҳ беморларни кенгайтирилган нейропсихологик текширув натижаларини таҳлил қилишда 50(43%) та беморда хотира пасайиши, 84(72%) беморда эътибор бузилиши, 79(68,8%) беморда ижро функциялари бузилганлиги, 54(47%) ахборотни қайта ишлаш тезлигининг пасайиши кўринишидаги нейродинамик бузилишлар аниқланган. "Орқага ҳисоблаш" усули бўйича 13 нафар (11,1%) гача, Горбовнинг "қизилқора жадвал" усули – 39 нафар (33,6%) беморда нормадан оғиш ҳолати кузатилган. СЮЕ бўлган беморларда турли хил хотира турларининг пасайиши аниқланган: қисқа муддатли хотира- 58 нафар (50,3%) беморда, мантикий хотира – 26 нафар(22,5%) беморда, оператив хотира - 19 нафар (16%) беморда, визуал хотира - 10 нафар (8,9%) беморда, ассоциатив хотира - 15нафар (13,2%) беморда кузатилган. СЮЕ бўлган беморларда турли хил хотира турларининг пасайиши аниқланди: қисқа муддатли хотира- 58(50,3%) беморда, мантикий хотира - 26(22,5%) беморда, оператив хотира - 19 (16%) беморда, визуал хотира - 10(8,9%) беморда, ассоциатив хотира - 15(13,2%) беморда кузатилди. Спирман

корреляцион таҳлилни ўтказишда диққат, хотира, ижро функциялари бузилиши ўртасидаги боғлиқлик аниқланмаган. Маълумки, СЮЕ клиник кўринишининг асосини ташкил этадиган кардиологик белгилар ва когнитив бузилишлар билан бирга, СЮЕ бўлган беморларда ҳиссий соҳада ўзгаришлар ривожланади ва ривожланиб боради, булар асосан астеник ва хавотир-депрессив ўзгаришлардир. СЮЕ бўлган беморлар 25 нафар (21.5%) депрессия белгилари, реактив хавотир 12 нафар (10.3%), шахсий хавотир 5 нафар (5.17%), астения белгилар 32 нафар (27.6%) беморларда кузатилиб, шулардан 4 нафар (3.4%) беморларда ўртача астения белгилари кузатилган. Назорат гуруҳи беморларида 4 нафар (18.1%) энгил астения кузатилиб, юқори депрессия, юқори хавотир белгилари аниқланмаган. Асосий гуруҳ ва назорат гуруҳ беморлари солиштирилганда улар орасида астения статистик аҳамиятли даражада юқори бўлганлиги кузатилган. Шахсий хавотир ва реактив хавотирнинг статистик аҳамиятли даражада юқори бўлганлиги кузатилган. СЮЕ бўлган беморларни назорат гуруҳи билан таққослаганда, олиб борилган синамалар натижасига кўра депрессия, хавотир, астения кўпроқ намоён бўлиши ва унинг даражаси юрак етишмовчилиги оғирлик даражаси билан боғлиқлиги аниқланган. СЮЕ бўлиши астения ва шахсий хавотирнинг юқори даражаси билан ўзаро боғлиқ. СЮЕда ФС нинг юқори бўлиши астеник ҳолат шкаласида баллнинг ошиши билан бирга кечиб, сурункали юрак етишмовчилигида структур ўзгаришлар ва клиник белгилар оғирлик даражаси билан мос равишда ўзгаради. СЮЕ бўлган беморларда астения даражасининг баландлиги уларда нейропсихологик синамаларни ўтказишда қийинчиликларни туғдиради. Шунинг учун бундай беморларга юқори сезгир нейропсихологик синамаларни ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Адабиётлар:

1. O. Donnell M. et al. //Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study// 2016 Elsevier Ltd. All rights reserved.
2. Masume Shojaei1 , Parvaneh Shamsipour Dehkordi2 , Matin Mootabadi3*//The Mediation Role of Physical Activity Level on Quality of Working Life and Memory Self-Efficacy Beliefs in Staff with Different Circadian Rhythms/ Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology Vol. 1, No. 2, p. 55-64 Autumn 2018 - Winter 2019
3. Raymond L C Vogels, Philip Scheltens, Jutta M Schroeder-Tanka, Henry C Weinstein //Cognitive impairment in heart failure: a systematic review of the literature// 2007 May;9(5):440-9.doi: 10.1016/j.ejheart.2006.11.001.
4. А.Н. Боголепова, О.С. Левин //Когнитивная реабилитация пациентов с очаговым поражением головного мозга// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2020, т. 120, № 4, с. 115-122 <https://doi.org/10.17116/jnevro2020120041115>
5. Hawkins MA, Gathright EC, Gunstad J, //The MoCA and MMSE as screeners for cognitive impairment in a heart failure population: a study with comprehensive neuropsychological testing// 2014
6. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С., Кашина Е.М. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Восстановление двигательных, речевых, когнитивных функций // Трудный пациент. – 2012. – Т. 10, № 11. – С. 22–27.
7. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Реабилитация постинсультных больных // Медицинский совет. – 2013. – № 4. – С.92–98.
8. Левин О.С., Боголепова А.Н. Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2020, т. 120, № 11, с. 99-107.
9. Саломова Н.К. Особенности течения и клиничко-патогенетическая характеристика первичных и повторных инсультов //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. 2021.-С. 249-253. (14.00.00.№).
10. Саломова Н. К., Рахматова С.Н. Қайта такрорланувчи ишемик ва геморрагик инсультли беморларни эрта реабилитация қилишни оптималлаштириш // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. 2021й. 71-76 бет,(14.00.13. №14.).
11. Salomova N.K // Risk factors for recurrent stroke// Polish journal of science N52(2022). 33-35.
12. Salomova N.Q //The practical significance of speech and thinking in repeated stroke// ScienceAsia 48 (2022): 945-949.

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Уринов М.Б., Рахматова С.Н.

Резюме. Получены результаты совершенствования анализа клиники, патогенеза, обследования когнитивных нарушений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и проведения им адекватных лечебных мероприятий. выявлены патогенетические механизмы когнитивных нарушений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, а также корреляции церебральной гемодинамики с артериальной и венозной недостаточности.

Ключевые слова: ХСН, когнитивные расстройства, артериальная и венозная недостаточность.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛЕЙ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



Хазратов Алишер Исамиддинович¹, Иорданишвили Андрей Константинович^{2,3},
Ризаев Жасур Алимжанович¹, Рустамова Дилдора Абдумаликовна⁴,
Иногамов Шерзод Мухаммадисахович⁵

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Санкт-Петербургский медико-социальный институт, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург;

3 - Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург;

4 - Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

5 - Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

КИЧИК СЎЛАК БЕЗЛАРИНИНГ ЎСМАЛАРИНИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Хазратов Алишер Исамиддинович¹, Иорданишвили Андрей Константинович^{2,3},
Ризаев Жасур Алимжанович¹, Рустамова Дилдора Абдумаликовна⁴,
Иногамов Шерзод Мухаммадисахович⁵

1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 – Санкт-Петербург тиббий – ижтимоий институти, Россия Федерацияси, Санкт-Петербург ш.;

3 – С.М. Киров номидаги ҳарбий – тиббий академия, Россия Федерацияси, Санкт-Петербург ш.;

4 - Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

5 - Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

CHARACTERISTICS OF SMALL SALIVARY GLAND TUMORS

Khazratov Alisher Isamiddinovich¹, Iordanishvili Andrey Konstantinovich^{2,3}, Rizaev Jasur Alimjanovich¹,
Rustamova Dildora Abdumalikovna⁴, Inogamov Sherzod Muhammadisakhovich⁵

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - St. Petersburg Medical and Social Institute, Russian Federation, St. Petersburg;

3 - Military Medical Academy named after. S.M.Kirova, Russian Federation, St. Petersburg;

4 - Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

5 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: alisherxazratov@mail.ru

Резюме. Долзарблиги: Сўнги пайтларда кичик сўлак безлари ўсмаларига етарлича эътибор берилмаяпти, бу эса ушбу патологик жараёнларни эрта таъхислаш ва малакали даволаш тактикасини таъминлаш зарурати туфайли амалий қизиқиш уйғотмоқда. Катталардаги сўлак безлари касалликларининг тарқалиши таҳлили мавжуд бўлишига қарамай, кичик тўприк безлари неоплазмаларининг пайдо бўлиши хусусиятлари ва хусусиятлари ўрганилмаган. Мақсад - катталардаги кичик сўлак безлари ўсмаларининг хусусиятларини тақдим этиши. Материал ва усуллар: Иш давомида кичик сўлак безлари ўсма касалликлари билан касалланган 36 нафар (9 нафар эркак ва 27 нафар аёл) беморлар текширилди. Биз кичик сўлак безлари ўсмаларининг ёшга боғлиқ бўлган ҳолатларини, шунингдек уларнинг хусусиятларини ўрганиб чиқилди. Натижалар: Кичик сўлак безлари ўсма касалликлари асосан ўрта ва кекса ёшдаги одамларда (86,11%), яхши (52,77%) ва ёмон сифатли (47,23%) ўсмалари деярли бир хил даражада тарқалганлиги аниқланди. Аёлларда кичик сўлак безларининг неоплазмалари эркакларникига қараганда 3 баробар тез-тез таъхис қилинади. Кичик сўлак безларининг ёмон сифатли неоплазмалари билан касалланган беморларнинг аксариятида улар ривожланишининг нисбатан эрта босқичида, яъни I ёки II клиник босқичда (82,35%) аниқланиши ижобийдир. Хулоса: Кичкина сўлак безларининг ёмон сифатли ўсмаларининг тез-тез пайдо бўлиши, амбулатория тиши шифокори қабулида онкологик хушёрликнинг муҳимлигини яна бир бор тасдиқлайди, айниқса орофарингеал ҳудуднинг неоплазмаларини биргалликда даволаш беморлар учун оғриқли бўлган "қуруқ оғиз" синдромига олиб келади ва даволаш қийин саналади.

Калим сўзлар: катталар, сўлак, ўсмалар, кичик сўлак безлари, жарроҳлик даволаш, комбинацияланган даволаш, оғиз бўйлиги, оғиз бўйлиги ва тилнинг шиллиқ қавати, динамик кузатиши.

Abstract. Relevance: Recently insufficient attention has been paid to small salivary gland tumors, which is of practical interest because of the need to ensure early diagnosis and competent treatment of these pathological processes. Despite the fact that there is an analysis of the occurrence of salivary gland diseases in adults, the peculiarities of occurrence and characterization of small salivary gland neoplasms have not been investigated. **Objective -** To present the characteristics of small salivary gland tumors in adults. **Material and methods:** 36 (9 males and 27 females) patients with small salivary gland tumors were examined. The age occurrence of small salivary gland tumors and their characterization were studied. **Results:** Small salivary gland tumors were found to affect predominantly middle-aged and elderly people (86.11%), with almost equal incidence of benign (52.77%) and malignant (47.23%) neoplasms. In women, small salivary gland neoplasms are diagnosed 3 times more often than in men. It is positive that in the vast majority of patients suffering from malignant neoplasms of minor salivary glands they are detected at a relatively early stage of their development, namely in clinical stage I or II (82.35%). **Conclusion:** The frequent occurrence of malignant neoplasms of minor salivary glands once again confirms the importance of oncologic vigilance at outpatient dental appointments, especially since the combined treatment of oropharyngeal neoplasms leads to the syndrome of "dry mouth", which is painful for patients and poorly treatable.

Keywords: adults, salivology, tumors, small salivary glands, surgical treatment, combined treatment, oral cavity, mucous membrane of the oral cavity and tongue. dynamic observation.

Актуальность. Опухоли слюнных желез, среди новообразований головы и шеи, встречаются часто [1, 2]. Наиболее поражены новообразованиями большие слюнные железы, особенно околоушные железы [3, 4]. В тоже время подавляющее количество случаев поражения больших слюнных желез новообразованиями заканчивается благоприятно для пациентов, так как встречаются чаще доброкачественные новообразования, главным образом плеоморфная аденома или смешанная опухоль [5-7].

Степень злокачественности и клинических проявлений опухолей слюнных желез крайне варьирует и зависит в значительной мере от гистологического строения. Обычно при злокачественных опухолях околоушной железы метастазирование во внутренние органы происходит обычно в случае распространенного характера новообразований, в то время как при раке подчелюстной слюнной железы метастазирование наступает значительно раньше, чем при раке околоушной железы [8, 9].

За последнее время недостаточно внимания уделялось опухолям малых слюнных желез, что представляет собой практический интерес из-за необходимости обеспечения ранней диагностики и грамотной тактики лечения этих патологических процессов. Не смотря на то, что имеется анализ встречаемости заболеваний слюнных желез у взрослых людей [10, 11], не исследованы особенности встречаемости и характеристика новообразований малых слюнных желез.

Цель работы. Представить характеристику опухолей малых слюнных желез у взрослого человека.

Материал и методы исследования. Было обследовано 36 (9 мужчин и 27 женщин) пациентов, которые страдали опухолями малых слюнных желез. В ходе настоящего исследования изучали возрастную встречаемость опухолей малых слюнных желез, а также их характеристику.

Достоверность различий средних величин независимых выборок подвергали оценке при помощи параметрического критерия Стьюдента при нормальном законе распределения и непараметрического критерия Манна-Уитни при отличии от нормального распределения показателей. Проверку на нормальность распределения оценивали при помощи критерия Шапиро-Уилкса. Для статистического сравнения долей с оценкой достоверности различий применяли критерий Пирсона χ^2 с учетом поправки Мантеля-Хэнзеля на правдоподобие. Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равным 0,05.

Исследование полностью соответствовало этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе проведенного исследования установили, что опухоли малых слюнных желез встречались чаще у женщин (75%), чем у мужчин (25%), при этом наиболее часто страдали новообразованиями слюнных желез люди среднего (19 (52,78%) чел.) и пожилого (12 (33,33%) чел.) возраста, в то время как у людей молодого и старческого возраста эта патология встречалась значительно реже ($p < 0,001$), соответственно, у 1 (2,78%) и 4 (11,11%) чел. (рис. 1). Чаще опухолевым процессом поражались малые слюнные железы, расположенные на твердом небе (21 (58,33%) чел.), альвеолярном отростке верхней челюсти (9 (25%) чел.), мягком небе (3 (8,33%) чел.), языке (2 (5,56%) чел.), а также в области переходной складки верхней челюсти (1 (2,78%) чел.). В области нижней челюсти образований малых слюнных желез нами выявлено не было (рис. 2).

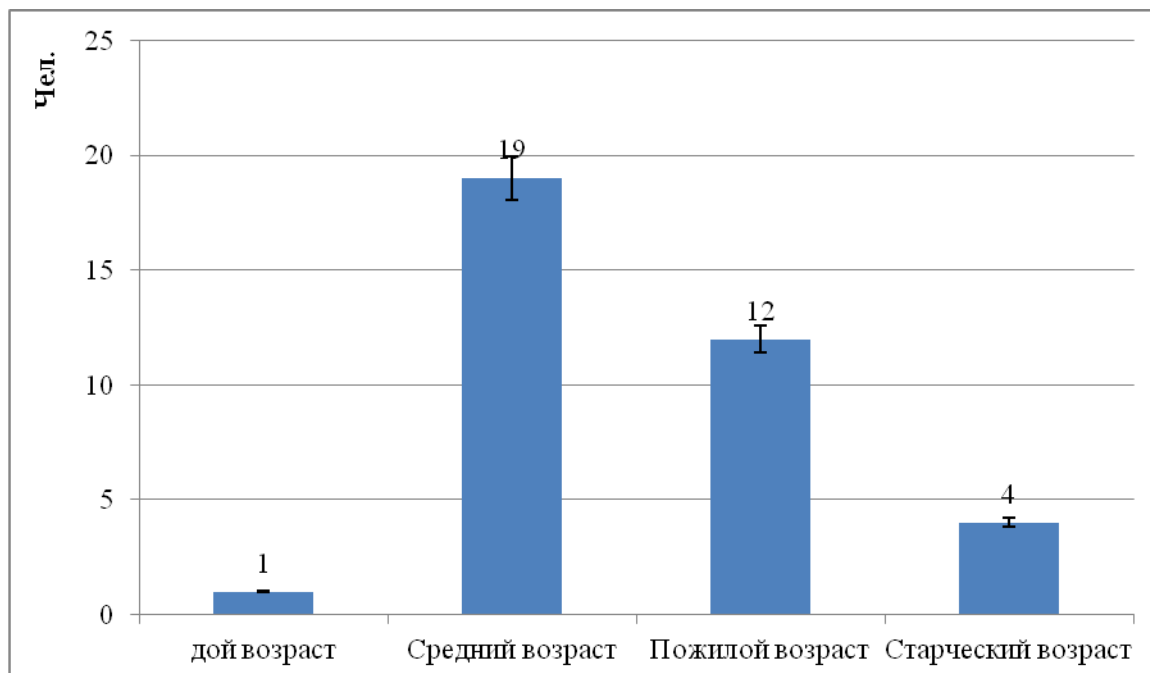


Рис. 1. Гендерная (а) и возрастная (б) характеристика встречаемости новообразований малых слюнных желез, (n)

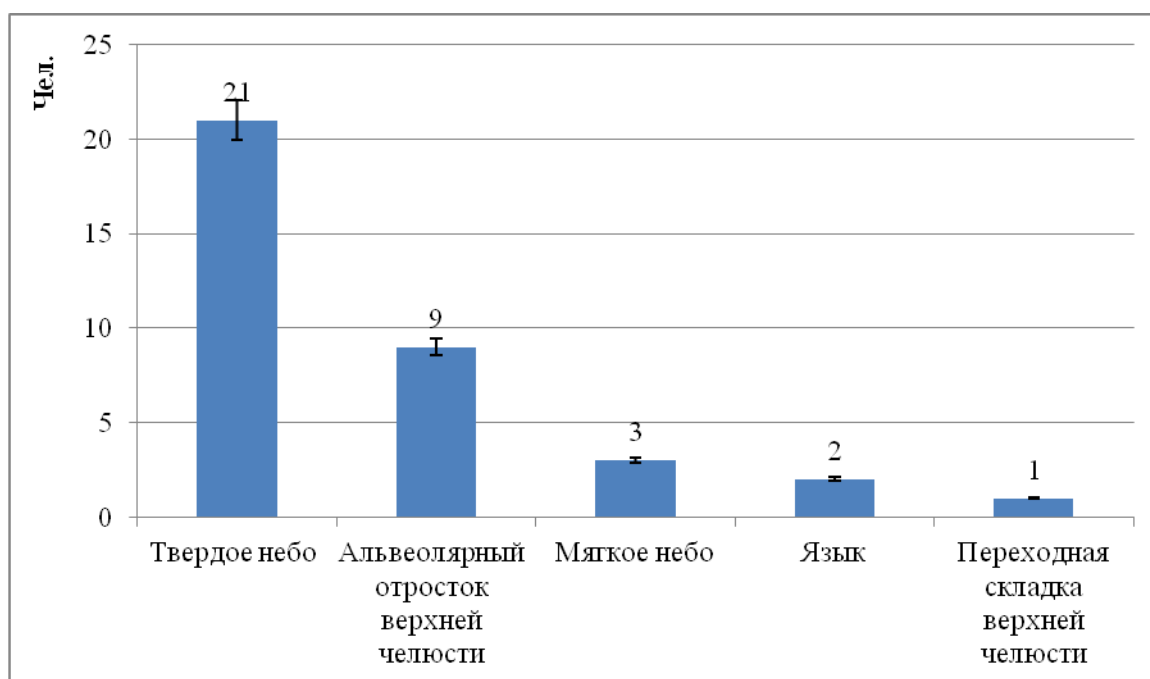


Рис. 2. Особенности локализации опухолей малых слюнных желез, (n)

Опухоли малых слюнных желез обычно располагались в толще слизистой оболочки полости рта или языка и по своей гистологической структуре были идентичны опухолям больших слюнных желез. Доброкачественные опухоли малых слюнных желез были установлены у 19 (52,77%), злокачественные – у 17 (47,23%) чел. (рис. 3). Из доброкачественных новообразований чаще всего выявлялась плеоморфная аденома (17 (89,47%) чел.), реже – мономорфные аденомы (2

(10,53%) чел.). Среди злокачественных образований чаще диагностировали аденокистозную карциному (цилиндрому) – у 13 (74,37%) чел.) или мукоэпидермоидную опухоль (4 (23,53%) чел.), которая также, как известно, обнаруживает инфильтративный рост [9].

Все пациенты, получившие оперативное пособие после оказания им хирургической помощи были поставлены под диспансерное наблюдение у врача-онколога.

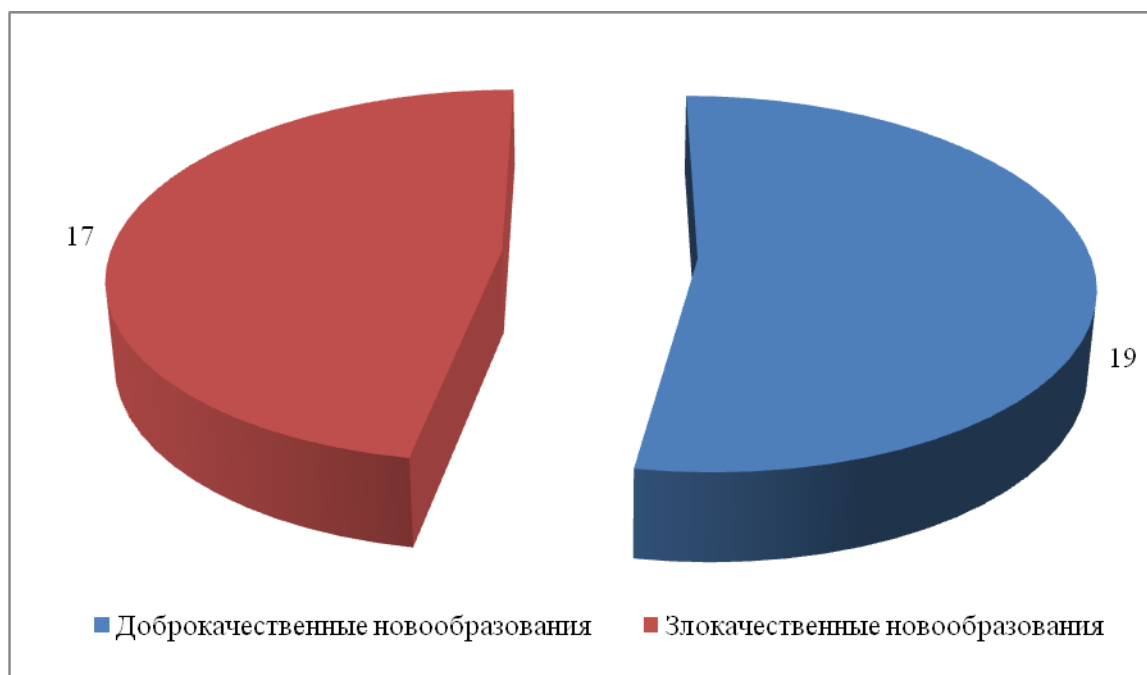


Рис. 3. Характеристика опухолей малых слюнных желез у пациентов, (n)

Следует отметить, что у большинства пациентов (14 (82,35%) чел.) злокачественные новообразования малых слюнных желез были диагностированы в I ($T_1N_0M_0$; $T_2N_0M_0$) или II ($T_1N_1M_0$; $T_2N_1M_0$) клинической стадии заболевания. У 3 (17,65%) пациентов была диагностирована III ($T_3N_1M_0$) стадия заболевания. Наличие регионарных метастазов служило поводом для дополнительных хирургических вмешательств и лучевой терапии.

Заключение. Резюмируя вышеизложенное, следует заключить, что опухоли малых слюнных желез поражают преимущественно людей среднего и пожилого возраста (86,11%), при этом, практически одинаково часто встречаются доброкачественные (52,77%) и злокачественные (47,23%) новообразования. У женщин новообразования малых слюнных желез диагностируются в 3 раза чаще, чем у мужчин. Положительно, что у подавляющего большинства пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями малых слюнных желез они выявляются сравнительно на ранней стадии своего развития, а именно в I или II клинической стадии (82,35%). При этом, частая встречаемость злокачественных новообразований малых слюнных желез еще раз подтверждает важность онкологической настороженности на амбулаторном стоматологическом приеме, тем более, что комбинированное лечение новообразований орофарингеальной зоны приводит к синдрому «сухого рта», что мучительно для пациентов и плохо поддается лечению [12-14].

Литература:

1. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В. Заболевание слюнных желез в различном возрасте и их

особенности // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2014. – № 3 (45). – С. 85 – 89.

2. Комаров Ф.И., Шевченко Ю.Л., Иорданишвили А.К. Стоматологическое и соматическое здоровье долгожителей // Экология и развитие общества. – 2017. – № 1. С. 73–75.

3. Самсонов В.В., Иорданишвили А.К., Солдатов Л.Н., Лобейко В.В., Рыжак Г.А. Актуальные вопросы геронтостоматологии в России на современном этапе // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 3 – С. 540 – 543.

4. Лобейко В.В., Иорданишвили А.К., Батманов М.И., Морозов М.А. Опухоли слюнных желез у взрослых людей разных возрастных групп // Институт стоматологии. – 2014. – № 1 (62). – С. 81– 83.

5. Griffin S.O, Jones J.A, Brunson D., Griffin P.M, Bailey W.D. Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities// American journal of public health. – 2012. – Vol. 102(3). –P. 411–418. 10.2105/AJPH.2011.300362

6. Иорданишвили А.К. Геронтостоматология: учебник.– СПб.:Человек, 2022. – 376 с. eLIBRARYID: 49823927

7. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Поленс А.А., Жмудь М.В. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желез // Пародонтология. – 2012. – № 2 (63). – С. 71–75.

8. Иорданишвили А.К., Филиппова Е.В., Либих Д.А., Лобейко В.В. Оптимизация лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, возникших в результате комбинированного лечения злокачественных опухолей орофарингеальной зоны у людей старших

возрастных групп // Биомедицинский журнал Медлайн.ру. – 2013. – Т.13, ст. 89. – С. 1054 – 1065.

9. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. 416 с.

10. Лобейко В.В., Иорданишвили А.К. Характеристика диагностических и лечебных мероприятий среди взрослых людей разного возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез // Курский науч. – практич. вестн. «Человек и его здоровье». – 2014. – № 1. – С. 81 – 84.

11. Лобейко В.В. Возрастные особенности патологии слюнных желёз // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2014. – Т. 28, № 24(195). – С. 254 – 260.

12. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Максютя Д.А. Лечение воспалительных и реактивно-дистрофических заболеваний слюнных желёз.– СПб.: Изд-во «Человек», 2014. – 52 с.

13. Лобейко В.В., Иорданишвили А.К. Лучевые сиаденопатии у пожилых и старых людей и их лечение // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2014. – № 1 (45). – С. 75 – 79.

14. Gendreau L., Loewy Z.G. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. Journal of prosthodontics: official journal of the American College of Prosthodontists. 2011;20(4):251–260. Epub 2011/04/06. 10.1111/j.1532-849X.2011.00698.x

ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛЕЙ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

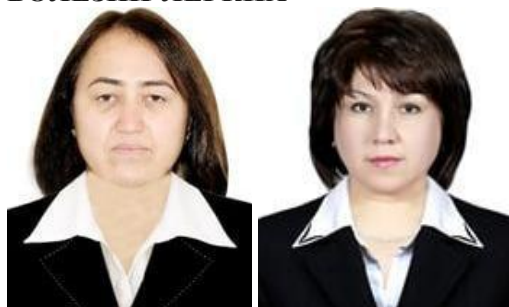
Хазратов А.И., Иорданишвили А.К., Ризаев Ж.А., Рустамова Д.А., Иногамов Ш.М.

Резюме. Актуальность: За последнее время недостаточно внимания уделялось опухолям малых

слюнных желез, что представляет собой практический интерес из-за необходимости обеспечения ранней диагностики и грамотной тактики лечения этих патологических процессов. Не смотря на то, что имеется анализ встречаемости заболеваний слюнных желез у взрослых людей, не исследованы особенности встречаемости и характеристика новообразований малых слюнных желез. Цель – Представить характеристику опухолей малых слюнных желез у взрослого человека. Материал и методы: В ходе работы обследовано 36 (9 мужчин и 27 женщин) пациентов, которые страдали опухолями малых слюнных желез. Изучали возрастную встречаемость опухолей малых слюнных желез, а также их характеристику. Результаты: Установлено, что опухоли малых слюнных желез поражают преимущественно людей среднего и пожилого возраста (86,11%), при этом, практически одинаково часто встречаются доброкачественные (52,77%) и злокачественные (47,23%) новообразования. У женщин новообразования малых слюнных желез диагностируются в 3 раза чаще, чем у мужчин. Положительно, что у подавляющего большинства пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями малых слюнных желез они выявляются сравнительно на ранней стадии своего развития, а именно в I или II клинической стадии (82,35%). Заключение: Частая встречаемость злокачественных новообразований малых слюнных желез еще раз подтверждает важность онкологической настороженности на амбулаторном стоматологическом приеме, тем более что комбинированное лечения новообразований oroфарингеальной зоны приводит к синдрому «сухого рта», что мучительно для пациентов и плохо поддается лечению.

Ключевые слова: взрослые люди, саливалолия, опухоли, малые слюнные железы, хирургическое лечение, комбинированное лечение, полость рта, слизистая оболочка полости рта и языка. динамическое наблюдение.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ COVID-19 НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ



Хайдарова Дилрабо Давроновна, Ташкенбаева Элеонора Негматовна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ФОНИДА COVID-19НИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Хайдарова Дилрабо Давроновна, Ташкенбаева Элеонора Негматовна
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

THE CLINICAL COURSE OF COVID-19 ON THE BACKGROUND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Khaydarova Dilrabo Davranovna, Tashkenbayeva Eleonora Negmatovna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) муаммосининг долзарблиги, касалликнинг кенг тарқалганлиги, ўлим даражасининг юқорилиги ва беморларни даволаш билан боғлиқ юқори иқтисодий харажатлар туфайлидир. Ушбу касалликда яллигланишнинг ривожланиши ва унинг оқибати, асосан иммун тизимининг ҳолати билан белгиланади. Иммун тизимининг ҳолатидаги нуқсонлар ўпкада яллигланиш жараёнининг давом этишига ёрдам беради, касалликнинг кучайишининг кенг тарқалган сабаби бўлиб, даволаш самарадорлигини камайтиради. ЎСОК нинг оғирлигига қараб, беморларда шифохонадан ташқари зотилжамми (COVID-19 зотилжамми)нинг ривожланиш хавфини ошади, бу кўпинча касалликнинг чўзилишига ва ноҳуш оқибатларнинг келиб чиқиши билан тавсифланади. Бу ўз навбатида беморларда Ўсокнинг такрорий кучайишига ва олимга олиб келиши мумкин.

Калит сўзлар: COVID-19, упканинг урункали обструктив касаллиги, зотилжам, коронавирус.

Abstract. The urgency of the problem of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is due to the widespread prevalence of the disease, high mortality rate, large economic costs associated with the treatment of patients. The development of inflammation in this disease and its prognosis are largely determined by the state of the immune system. Defects in the state of the immune system contribute to the persistence of the inflammatory process in the lungs, are a frequent cause of exacerbations of the disease, reduce the effectiveness of therapy [2]. As the severity of COPD increases, the risk of community-acquired pneumonia (COVID-19 with pneumonia) increases in patients, which is characterized by a prolonged course and is often associated with an unfavorable prognosis [3]. In turn, the transferred pneumonia in patients is a predictor of repeated exacerbations of COPD and fatal outcomes.

Key words: COVID-19, impending chronic obstructive pulmonary disease, zotilzham, coronavirus

Введение: Появление нового штамма коронавируса в декабре 2019 г. в китайском городе Ухань (провинция Хубэй), его дальнейшее быстрое распространение по миру и формирование пандемии COVID-19, официально объявленной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) 11.03.20, явились глобальным вызовом для мирового здравоохранения. Коронавирус, получивший 11.02.20 наименование SARS-CoV-2, попадает в организм человека через рецепторы ангиотензин превращающего фермента 2-го типа (АПФ-2) и может поражать альвеолярные клетки 2-го типа, предопределяя диффузное альвеолярное повреж-

дение легких, клинически проявляющееся как вирусная двусторонняя пневмония и острый респираторный дистресс-синдром. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается одной из ведущих причин снижения качества и продолжительности жизни, являясь нерешенной в настоящий момент медико-социальной проблемой, актуальность которой с годами растет. Учитывая, что и ХОБЛ, и COVID-19 вызывают потенциально тяжелое поражение легких, важным представляется изучение влияния инфицирования SARS-CoV-2 на течение, осложнения и исходы ХОБЛ, а также воздействия пандемии на организацию ме-

дицинской помощи хроническим пульмонологическим пациентам. Наличие схожих аспектов в патогенезе COVID-19 и ХОБЛ позволяет рассмотреть ряд препаратов базисной терапии ХОБЛ в качестве возможного средства лечения новой коронавирусной инфекции.

Цель исследования – изучить особенности клинической картины хронической обструктивной болезнью легких при ее сочетании с Covid-19

Материал и методы. Работа была проведена у больных госпитализированных в период 2020 и 2021 годах в отделениях Самаркандского городского специализированного центра по борьбе с Covid-19 у 221 пациента, получавшем лечение в условиях стационара, у которых был ХОБЛ с COVID-19 группа-А, ХОБЛ без COVID-19 группа-Б и у здоровых. Из 94 пациентов в группе А у 45% был диагностирован ДН II, а у 55% - ДН III. Группа Б состояла из 91 пациента, средний возраст которых составлял $64,1 \pm 1,2$ года. Из них 53% составляли мужчины и 47% - женщины. Их средний возраст составил $64,8 \pm 1,2$ года. Всем пациентам в группах было проведено комплексное обследование, которое включало: сбор анамнеза, физикальный осмотр, пульсоксиметрия, измерение АД и веса, клинический анализ крови, коагулограмму с Д-димером, осуществляли рентгенографию грудной клетки и КТ. Клиническое исследование проводилось на основе следующих критериев и включало: жалобы пациентов и анамнез жизни продолжительность и факторы риска ХОБЛ, продолжительность лихорадки общие признаки катаральных симптомов и всех клинических признаков Covid-19 клиническое развитие и вспышка во время болезни а также сопутствующие заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка анамнеза жизни и заболевания была проведена при госпитализации больных. Анализ динамики лечения проводили с помощью клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования. Анализировали данные рентгенографии органов грудной клетки, пульсоксиметрии, оценивали функцию внешнего дыхания (ФВД). Оценку прогноза заболевания и выбора места лечения пациентов с ХОБЛ+COVID-19 проводили в соответствии со шкалой CRB-65 [3]. При анализе клинических данных у больных рассчитывали в баллах индекс коморбидности Charlson [5], выраженность одышки оценивали по шкале MRS (Modified British Medical Research Council) [4], расчет кумулятивного индекса (КИ) в баллах проводили с использованием шкалы выраженности основных симптомов ХОБЛ [9]. В период нахождения в стационаре больные получали стандартное лечение, включавшее ингаляционные бронхолитики, антибактериальные препа-

раты, глюкокортикоиды (по показаниям), оксигенотерапию, симптоматические средства. При анализе клинической картины заболевания у больных, включенных в исследование, были выявлены различные сопутствующие заболевания (ИБС, гипертоническая болезнь, цереброваскулярные заболевания, сахарный диабет и др.). При этом индекс коморбидности Charlson у больных с ХОБЛ+Covid-19 был выше, чем у больных с ХОБЛ ($p < 0,05$). Нарушения функции легких у больных с ХОБЛ+COVID-19 были более выраженными. У них значения форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) составили $(43,5 \pm 3,1)\%$ и $(26,1 \pm 2,5)\%$ соответственно, у больных с обострением ХОБЛ эти показатели были выше и составили $(56,7 \pm 2,5)\%$ и $(36,3 \pm 1,6)\%$ соответственно ($p < 0,05$). Клинически это проявлялось различной степенью выраженности одышки. Ее интенсивность по шкале mMRS оказалась выше у больных второй группы, чем у больных первой группы ($p < 0,05$). Развитие дыхательной недостаточности у больных, включенных в исследование, сопровождалось нарушениями оксигенации крови. Показатели SpO₂ у больных с ХОБЛ+COVID-19 и ХОБЛ по сравнению со здоровыми были снижены [соответственно $(89,1 \pm 2,1)\%$ и $(91,5 \pm 2,8)\%$ или $(97,6 \pm 1,4)\%$; $p < 0,05$]. Достоверных отличий этого параметра между группами больных выявлено не было ($p > 0,05$).

В нашем наблюдении среди пациентов основной группы в остром периоде COVID-19 было госпитализировано 24,5%, а среди пациентов группы сравнения 15,3%. В основной группе пациенты госпитализировались через $4,8 \pm 0,4$ дней от начала клинических проявлений болезни, а в группе сравнения через $5,7 \pm 0,2$ дней. Длительность госпитализации составила $15,6 \pm 0,6$ дней в основной группе наблюдения и $12,9 \pm 0,3$ дней в группе сравнения. При анализе частоты госпитализации не была получена статистически значимая разница по группам. Однако сроки и продолжительность госпитализации в основной группе были выше и отличались статистически значимо. Пациенты преимущественно указывали на внезапность возникновения клинических симптомов данного заболевания. Иногда отмечался продромальный период с явлениями общего неспецифического недомогания. Весьма типично в клинической картине наличие лихорадки. В основной группе пациентов она отмечалась у 80,6%, у 17,3% гипертермии не отмечено и у 2% заболевание протекало с гипотермией. При этом среди лихорадящих пациентов в основной группе чаще всего цифры достигали фебрильных значений – 37,6%, субфебрильная температура была у 27,6% пациентов и у 15,3% она достигала гектических

цифр. Длительность лихорадочного периода колебалась от 1 до 30 дней и чаще всего составляла 7-14 дней.

Одной из отличительных особенностей COVID-19 является развитие различных обонятельных нарушений – дизосмии в виде anosмии, паросмии, гипосмии и, особенно мучительной, какосмии. Также отмечались нарушения вкуса: агевзия, парагевзия. Клинические проявления снижения обонятельной функции принципиально отличаются от подобных наблюдаемых симптомов при других острых респираторных инфекциях. При этом часто расстройства обоняния и вкуса наблюдались даже без заложенности носа и явлений ринита. В нашем исследовании такой симптом как anosмия в основной группе пациентов встречался у 58,1% пациентов. В группе сравнения anosмия возникла в 50,5% пациентов. В среднем он появлялся на 5-6 сутки, а нарушения обоняния сохранялись от 3 до 120 дней. У некоторых пациентов спустя год после перенесенного COVID-19 обонятельная функция не восстановилась. Таким образом, в настоящем наблюдении anosмия достоверно чаще встречалась в группе А, у которых в анамнезе с ХОБЛ.

Выводы: Таким образом, необходимость поиска новых терапевтических решений продиктована отрицательными результатами текущих клинических исследований эффективности применения ряда препаратов у больных COVID-19. Перспективным представляется изучение терапевтического воздействия на коронавирус SARS-CoV-2 препаратов базовой терапии ХОБЛ с доказанным противовоспалительным действием на бронхолегочную систему. У пациентов с ХОБЛ+COVID-19 наблюдаются более высокие интенсивность респираторных симптомов, значения индекса коморбидности и уровня СРП в крови, более низкие спирометрические параметры по сравнению с показателями больных с обострением ХОБЛ. У больных с ХОБЛ+COVID-19 по сравнению с больными ХОБЛ снижена Т-хелперная и Т-супрессорная клеточная активность, повышен уровень В-лимфоцитов.

Литература:

1. Ташкенбаева, Э. Н., Мухиддинов, А. И., & Тогаева, Б. М. (2019). Особенности клинического течения бронхиальной астмы у лиц молодого возраста. *Том-iii*, 359.

2. Мухиддинов, А. И., Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф., Алиева, А., Хошимов, Д., & Орипов, С. (2014). Левофлоксацин в комплексной терапии больных с обострением хронической обструктивной болезни легких. *В молодежь и медицинская наука в XXI веке* (pp. 229-229).

3. Ташкенбаева, Э. Н., Мухиддинов, А. И., Хайдарова, Д. Д., Тогаева, Б. М., & Абдиева, Г. А. (2022). Covid-19 билан касалланганда юрак қон томир асоратлари ривожланиши хавфи билан артериал гипертензиянинг ривожланиши ва клиник кечишининг узига хос хусусиятлари. *Журнал биомедицины и практики*, 7(4).

4. Мухиддинов, А. И., Ташкенбаева, Э. Н., Абдиева, Г. А., Хайдарова, Д. Д., & Тогаева, Б. М. (2022). covid-19 билан оғриган беморларда гипертония касаллиги ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг коморбидлигида клиник кечишининг ўзига хослиги ва замонавий диагностикаси. *Журнал биомедицины и практики*, 7(4).

5. Мухиддинов, А. И., Ташкенбаева, Э. Н., Хайдарова, Д. Д., Абдиева, Г. А., & Тогаева, Б. М. Клиникая характеристика прогрессирования артериальной гипертонии с риском сердечно сосудистных осложнений при COVID-19. *Polish Science Journal*, (1), 34.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ COVID-19 НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Хайдарова Д.Д., Ташкенбаева Э.Н.

Резюме. Актуальность проблемы хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) обусловлена широкой распространенностью заболевания, высоким уровнем смертности, большими экономическими затратами, связанными с лечением больных. Развитие воспаления при этом заболевании и его прогноз во многом определяются состоянием иммунной системы. Дефекты в состоянии иммунной системы способствуют персистенции воспалительного процесса в легких, являются частой причиной обострений заболевания, снижают эффективность проводимой терапии [2]. По мере нарастания тяжести ХОБЛ у больных повышается риск развития внебольничной пневмонии (COVID-19 с пневмонией), которая характеризуется затяжным течением и часто ассоциируется с неблагоприятным прогнозом [3]. В свою очередь, перенесенная пневмония у больных является предиктором повторных обострений ХОБЛ и летальных исходов.

Ключевые слова: COVID-19, хроническая обструктивная болезнь легких, пневмония, коронавирус.

СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ НА ПЕРИФЕРИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИЕЙ



Хамдамов Бахтиёр Зарифович, Давлатов Салим Сулаймонович
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ДИАБЕТИК АНГИОПАТИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ОЁҚЛАР ПЕРИФЕРИЯСИДА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЯХШИЛАШ УСУЛИ

Хамдамов Бахтиёр Зарифович, Давлатов Салим Сулаймонович
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

METHOD FOR IMPROVING MICROCIRCULATION INDICATORS IN THE PERIPHERY OF THE LOWER LIMB IN PATIENTS WITH DIABETIC ANGIOPATHY

Khamdamov Bakhtiyor Zarifovich, Davlatov Salim Sulaymonovich
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: pro.ilmiy@bsmi.uz

Резюме. Тадқиқот ишида диабетик оёқ синдроми билан касалланган 322 нафар беморни комплекс текшириши ва даволаш натижалари таҳлил қилинган. Барча беморлар икки гуруҳга бўлинади: асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳи. Асосий гуруҳни 137 (42,5%) бемор, таққослаш гуруҳини эса 185 (57,4%) бемор ташкил этди. Асосий гуруҳ беморлари, стандарт консерватив терапиядан ташқари, «БарваФлекс» фотон матрицали нурланиш ёрдамида электромагнит нурланиш билан тизза чуқурчаси майдонига контакт таъсири бажарилди. «БарваФлекс» фотон матрицали нурланишдан фойдаланган ҳолда электромагнит нурланиш таъсири базал қон оқими ни сезиларли даражада оширади ва микроциркуляциядаги қон томирлардаги захира ҳажмини оширади.

Калит сўзлар: оёқлар диабетик ангиопатияси, электромагнит нурланиш, «БарваФлекс».

Abstract. The work analyzes the results of a comprehensive examination and treatment of 322 patients with diabetic foot syndrome. All patients are divided into two groups: the main group and the comparison group. The main group consisted of 137 (42.5%) patients, and the comparison group - 185 (57.4%) patients. Patients of the main group, in addition to standard conservative therapy, received contact exposure to the area of the popliteal fossa with electromagnetic radiation using a BarvaFlex photon matrix emitter. Exposure to electromagnetic radiation using the Barva-Flex photon matrix emitter significantly increases basal blood flow and increases the reserve capacity of the microcirculatory bed.

Key words: diabetic angiopathy of the lower extremities, electromagnetic radiation, BarvaFlex.

Актуальность. Проблема возникновения и лечения гнойно-некротических осложнений у пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС) далека от решения и, несмотря на успехи современной медицины, содержит большое количество нерешенных вопросов как теоретического, так и практического характера. При лечении диабетической ангиопатии нижних конечностей основное внимание уделяется восстановлению кровотока и недостаточное – устранению микроциркуляторных нарушений [8, 10, 11]. Существующие методы консервативных и физиотерапевтических методов лечения зачастую малоэффективны и носят вспомогательный характер. Слабо изучено со-

стояние нутритивного кровотока и динамика внутритканевого напряжения кислорода в условиях критической ишемии [2, 9]. Существует много нерешенных вопросов о роли системной воспалительной реакции и ее влиянии на течение ишемии конечности [4, 7]. Практически нет данных о влиянии на микроциркуляторное русло формирующихся в условиях системного воспаления лейкоцитарнотромбоцитарных конгломератов крови, а существующие работы фрагментарны, противоречивы и трактуются неоднозначно [1, 5]. Недостаточно освещены особенности местной воспалительной реакции, а также течения раневой инфекции в условиях тканевой ишемии. До на-

стоящего времени не выработан четкий алгоритм лечения гнойно-некротических осложнений у пациентов с диабетической ангиопатией нижних конечностей [3, 6]. Учитывая нерешенность указанных проблем, predeterminedены цели и задачи по изучению местного влияния электромагнитных излучений на течение раневого процесса.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения больных с диабетической ангиопатией нижних конечностей за счет улучшения показателей микроциркуляции на периферии нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. В работе проанализированы результаты комплексного обследования и лечения 322 больных синдромом диабетической стопы (СДС), находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра в период с 2017 по 2023 годы. Среди больных отмечено преобладание мужчин 221 (68,6%), женщин было 101 (31,4%). Средний возраст больных составлял $62,5 \pm 13,2$ лет. Длительность заболевания сахарным диабетом составила $15,13 \pm 5,64$ г.

При определении степени поражения тканей стопы использована классификация E. Wagner (1979 г.). Пациентам выполняли ультразвуковую доплерографию и цветное дуплексное картирование сосудов нижних конечностей, рентгенографию стопы. Лабораторно контролировали состояние углеводного обмена. Заживления ран оценивали по данным лазерной доплеровской флоуметрии.

Все пациенты разделены на две группы: основную и группу сравнения. Основную группу составили 137 (42,5%) больных, а группу сравнения 185 (57,4%) пациентов. Обе группы были сравнимы по гендерному признаку, возрасту, степени трофических изменений. Пациенты обеих групп получали традиционное лечение: суточную коррекцию уровня глюкозы с постоянным лабораторным контролем, метаболические препараты (препараты α -липоевой кислоты, витамины группы В), дезагреганты, ангиотропные препараты, перевязки с адгезивными повязками, антибактериальную терапию корректировали с учетом выделенной микрофлоры и ее чувствительности к антимикробным препаратам.

Пациентам основной группы, в дополнение к стандартной консервативной терапии, проводилось контактное воздействие на область подколенных ямок электромагнитным излучением фотонным матричным излучателем «БарваФлекс» (рис. 1). На этот способ получен патент на изобретение Агентством интеллектуальной собственности Республики Узбекистан (№ IAP 07441 19.05.2023).



Рис. 1. Фотонный матричный излучатель Коробова «Барва-Флекс/СИК»

Поставленная задача решена тем, что в способе лечения диабетической ангиопатии, включающем воздействие магнитным полем, воздействие магнитным полем включает электромагнитное излучение фотонным матричным излучателем «Барва-Флекс» с 24 светодиодными излучателями, с длинами волн в диапазоне 600-570 нм, в импульсном режиме (суммарной импульсной мощностью 120 Вт в импульсе), воздействие осуществляют контактно, на область подколенных ямок, медиальную поверхность голеностопных суставов, икроножные мышцы, болевые точки в области стоп по 2-3 мин на одно поле, до 20 мин на процедуру, на курс 10-12 ежедневных процедур. При этом воздействие электромагнитным излучением фотонным матричным излучателем «БарваФлекс» проводят на фоне сахароснижающей терапии с достижением индивидуальных для каждого пациента целевых значений гликозилированного гемоглобина.

Фотонные матрицы имеют гибкое основание, которое позволяет матрицам повторять форму той части тела человека, к которой они прикладываются. Фотонные матрицы «Барва-Флекс» с 24 светодиодными излучателями представляют собой пластину 1 с двумя проушинами 2 и 3, позволяющими фиксировать матрицу на теле пациента с помощью эластичных ремней. Матрица изготавливается из гипоаллергенной медицинской резины и не вызывает раздражения кожных покровов. Электропитание источников света осуществляется от электросети (220 В, 50 Гц) через адаптер 8, к которому матрица подключается с помощью кабеля 5 с разъемом 6. Воздействие оказывается электромагнитным излучением с длинами волн в диапазоне 600-570 нм на область подколенных ямок, медиальную поверхность голеностопных суставов, икроножные мышцы, болевые точки в области стоп по 2-3 минуты на одно поле. Процедура длится 20 минут. Курс составляет 10 ежедневных процедур. Способ обеспечивает улучшение кровообращения, уменьшение выраженности болевого синдрома, отечности

и дискомфорта, и изменения окраски кожных покровов за счет применения магнитнолазерного воздействия. Конструктивные особенности и технические характеристики фотонно-магнитных матриц Коробова А. - Коробова В. «Барва-Флекс».

Конструктивно фотонно-магнитные матрицы выполнены в виде двух самостоятельных матриц - фотонной и магнитной, что позволяет использовать их как отдельно, так и вместе. Отличительной особенностью фотонных матриц является то, что они имеют гибкое основание. Это позволяет матрицам повторять форму той части тела человека, к которой они прикладываются, что обеспечивает максимально эффективную передачу излучения источников света без потерь на отражение на границе воздух - кожа человека.

Базовый вариант матрицы, схематически изображенный на рисунке 2, содержит 24 источника света (лазерных либо светодиодных), расположенных эквидистантно в 4 ряда по 6 источников света в каждом ряду. В специальных модификациях источники света расположены в три ряда по восемь в каждом ряду, либо в два ряда по 12 в каждом ряду.

Фотонные матрицы «Барва-Флекс» представляют собой пластину (1) с двумя проушинами (2 и 3), позволяющими фиксировать матрицу на теле пациента с помощью эластичных ремней.

Матрица изготавливается из гипоаллергенной медицинской резины и не вызывает раздражения кожных покровов. Электропитание источников света осуществляется от электросети (220 В, 50 Гц) через адаптер (8), к которому матрица подключается с помощью кабеля 5 с разъемом 6.

При необходимости сочетанного воздействия света и постоянного магнитного поля на фотонную матрицу устанавливается магнитная матрица 7. Магнитная матрица также имеет гибкое основание, изготовленное из гипоаллергенной

медицинской резины. Кольцевые постоянные магниты геометрически расположены так же, как и источники света в фотонной матрице. Внутренний диаметр кольцевых магнитов имеет размер, позволяющий устанавливать магнитную матрицу для пищевых продуктов соответствующих размеров, которые одеваются на матрицу. В случае загрязнения поверхность матрицы может быть обработана раствором стирального порошка и продезинфицирована 70% раствором этилового спирта.

Результаты и их обсуждение. Изучение показателей локального кожного кровотока проведено с помощью доплеровской флоуметрии, которая была проведена 126 (91,9%) пациентам основной группы, и 165 (89,2%) больным группы сравнения. Флоуметрию выполняли до и после лечения. В состоянии покоя определяли базальный кровоток (ПМисх.) и оценивали реакцию на окклюзионную пробу. При оценке результатов окклюзионной пробы применяли показатель резерва микроциркуляции (РМ), рассчитываемый как отношение максимального постокклюзионного показателя микроциркуляции (ПМмакс.) к показателю ПМисх. до окклюзии. Также оценивали Тмакс. – время необходимое для достижения ПМмакс. У пациентов обеих групп до лечения отмечено достоверное снижение значения ПМ при измерении базального кровотока на стопе: $0,72 \pm 0,24$ пф. ед. – в основной группе и $0,75 \pm 0,62$ пф. ед. – в группе сравнения. Снятые на ишемизированной стопе ЛДФ-граммы были монофазными и низкоамплитудными. Характерной особенностью оказалось отсутствие изменения значения ПМ в ответ на окклюзионную пробу. Разложение ЛДФ-грамм на составляющие их гармоники с помощью вейвлет-анализа показало отсутствие амплитуд микроциркуляторных ритмов. Окклюзионная проба выявила значительное снижение РМ в обеих группах ($86,3 \pm 13,6\%$ – в основной и $79,4 \pm 21,5\%$ – в группе сравнения, при норме $246,7 \pm 28,3\%$), удлинение Тмакс.

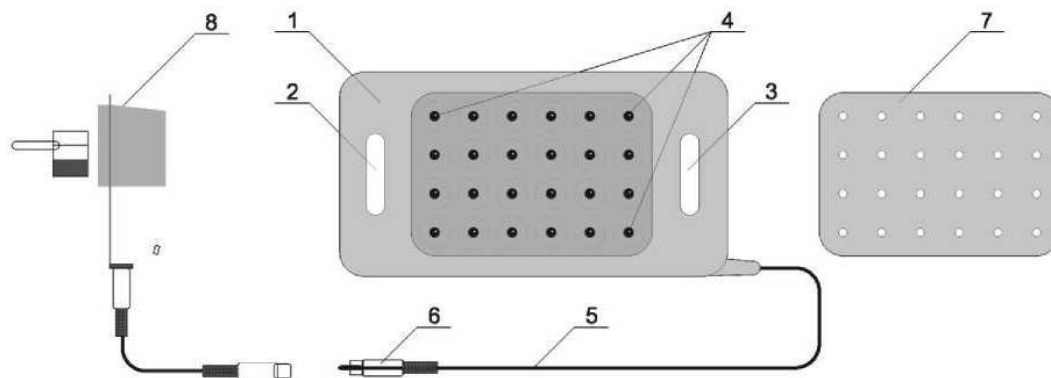


Рис. 2. Схема фотонной и магнитной матриц «Барва-Флекс» (описание в тексте)

До $182,6 \pm 34,5$ и $176,8 \pm 27,3$ с соответственно. Выполненная прямая реваскуляризация привела к кратковременной венозной гипертензии, явления которой значительно уменьшились у пациентов, проведенных контактное воздействие электромагнитным излучением фотонным матричным излучателем «БарваФлекс». Анализ ЛДФ-грамм после лечения свидетельствовал об улучшении тканевого кровотока у пациентов обеих групп, однако выраженность его отличалась. Так, в основной группе отмечен рост базального кровотока (ПМисх. составил $1,84 \pm 0,67$ пф.ед.) с увеличением ПМмакс. до $34,8 \pm 0,27$ пф. ед. (рост 78,5%), сократилось время достижения максимального прироста кровотока (Тмакс. приблизилось к уровню $28,4 \pm 6,3$ с) и увеличился резерв микроциркуляции (РМ вырос до $207,8 \pm 72,1\%$). На фоне лечения воздействием электромагнитным излучением фотонным матричным излучателем «БарваФлекс» отмечено появление амплитуд активных микроциркуляторных ритмов (эндотелиального, нейрогенного и миогенного) и амплитуд пассивных ритмов (дыхательного и сердечного). Данные изменения свидетельствуют о положительном влиянии электромагнитных излучений при его местном применении. У пациентов группы сравнения отмечена менее выраженная положительная динамика. Базальный кровоток к концу лечения составил $1,24 \pm 0,17$ пф. ед., Тмакс. сократилось до $86,3 \pm 31,7$ с, а рост резерва микроциркуляции определялся на уровне $141 \pm 45,3\%$. При этом рост ПМмакс. отмечен до $15,4 \pm 0,63$ пф. ед., что составило 51,3%. В таблице 1 представлены изменения показателей микроциркуляции. Анализ данных показал, что прирост ПМмакс. в основной группе составил 27,2% по отношению к группе сравнения, показатели в которой не достигли значений нормы. Положительное влияние электро-

магнитных излучений подтверждено снижением времени достижения максимального постокклюзионного кровотока (ПМмакс. в основной группе достигался на 57,9 с быстрее, чем в группе сравнения), а рост резерва кровотока составил 66,2% ($p \leq 0,05$). Улучшение показателей функционирования микроциркуляторного русла сопровождалось увеличением внутритканевого напряжения кислорода на фоне снижения напряженности системного воспаления (табл. 1).

Появление у больных основной группы амплитуд микроциркуляторных ритмов было особенно выражено в спектре активных ритмов. У пациентов группы сравнения вовремя постокклюзионной гипертермии преобладала амплитуда нейрогенного ритма. Указанные изменения объясняются мембраностабилизирующим эффектом электромагнитных излучений, что позволяет снизить эндотелиальную дисфункцию, вызывая восстановление симпатической регуляции кровотока. Преобладание нейрогенного компонента у больных группы сравнения свидетельствует о сохраняющемся повышенном сбросе через микрососуды с нейрогенной регуляцией, существенную долю которых представляет артериоловеноулярные шунты.

Несмотря на проводимую терапию, практически не было отмечено улучшения микроциркуляции у 12 (9,5%) пациентов основной и 43 (26,1%) группы сравнения. Резкое снижение базального кровотока, отсутствие прироста тканевой перфузии, истощение резервных возможностей микроциркуляторного русла сохранялись на протяжении лечения и свидетельствовали о глубокой дисфункции тканевого кровотока.

В конечном итоге все эти пациенты перенесли «высокую» ампутацию конечности.

Таблица 1. Основные функциональные показатели микроциркуляции до и после лечения больных исследуемых групп

Показатели	Основная группа (n=126)		Группа сравнения (n=165)		Контроль показателей
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Базальный кровоток (ПМисх., пф. ед.)	$0,72 \pm 0,24$	$1,84 \pm 0,67^*$	$0,75 \pm 0,62$	$1,24 \pm 0,17$	$1,76 \pm 0,32$
Максимальный постокклюзионный кровоток (ПМмакс.)	$7,5 \pm 1,37$	$34,8 \pm 0,27^*$	$7,9 \pm 0,47$	$15,4 \pm 0,63$	$21,7 \pm 0,92$
Резерв микроциркуляции, %	$86,3 \pm 13,6$	$257,8 \pm 72,1^*$	$79,4 \pm 21,5$	$141,7 \pm 45,3$	$246,7 \pm 28,3$
Время достижения максимального постокклюзионного кровотока, сек	$182,6 \pm 34,5$	$28,4 \pm 6,9^*$	$176,8 \pm 27,3$	$86,4 \pm 31,7^*$	$17,5 \pm 5,2$

Примечание: * ($p < 0,05$)- для основной группы (после лечения)

Выводы:

1. Способ лечения диабетической ангиопатии, включающий физическое воздействие на область поражения, физическим воздействием является электромагнитное излучение фотонным матричным излучателем «Барва-Флекс» с 24 светодиодными излучателями, с длинами волн в диапазоне 600-570 нм, в импульсном режиме (суммарной импульсной мощностью 120 Вт в импульсе), которое осуществляют контактно, на область подколенных ямок, медиальную поверхность голеностопных суставов, икроножные мышцы, болевые точки в области стоп по 2-3 мин на одно поле, до 20 мин на процедуру, на курс 10-12 ежедневных процедур.

2. Воздействие электромагнитным излучением фотонным матричным излучателем «Барва-Флекс» достоверно увеличивает базальный кровоток и повышает резервные возможности микроциркуляторного русла.

Литература:

1. Баринов, Э.Ф. Механизмы тромбоцитарно-лейкоцитарных взаимодействий в норме и при патологии. Обзор / Э.Ф. Баринов [и др.] // Архив клінічної та експериментальної медицини. – 2014. – Т. 23, № 2. – С. 202–209.
2. Зудин, А.М. Эпидемиологические аспекты хронической критической ишемии нижних конечностей / А.М. Зудин, М.А. Засорина, М.А. Орлова // Хирургия. – 2014. – № 10. – С. 78–82.
3. Сазонов, А.Б. Прогнозирование исхода артериальных реконструкций методом перфузионной роликовой дебитометрии у пациентов пожилого и старческого возраста / Г.Г.Хубулава, А.Б.Сазонов, Ф.Ф.Агаев, К.В.Китачев, К.Л.Козлов // Успехи геронтологии. - 2011. - № 2. - С.265-267.
4. Сорока, В.В. Роль синдрома системной воспалительной реакции в прогнозировании клинических исходов у больных с критической ишемией нижних конечностей / В.В. Сорока [и др.] // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2006. – № 4. – С. 40–44.
5. Хамдамов Б. З., Тешаев Ш. Ж., Хамдамов И. Б. Усовершенствованный способ ампутации на уровне голени при тяжелых формах синдрома диабетической стопы //Оперативная хирургия и клиническая анатомия (Пироговский научный журнал). – 2020. – Т. 4. – №. 2. – С. 37-40.
6. Хамдамов Б. З., Хамдамов А. Б., Джунаидова А. Х. Совершенствование методов лечения синдрома диабетической стопы с критической ише-

мией нижних конечностей (анализ серии из 330 наблюдений) //Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2020. – №. 2. – С. 10-19.

7. Хамдамов Б. З., Тешаев О. Р., Мардонов Ж. Н. Пути профилактики послеоперационных осложнений при лечении синдрома диабетической стопы //Журнал теоретической и клинической медицины. – 2015. – №. 2. – С. 48-50.

8. Хубулава, Г.Г. Значение и роль рентгенэндоваскулярных методов в диагностике и лечении генерализованного атеросклероза у пациентов пожилого и старческого возраста / Г.Г.Хубулава, К.Л.Козлов, Е.В.Седова, В.Н.Кравчук, С.С.Михайлов, А.Н.Шишкевич, И.Б.Олексюк // Клиническая геронтология. - 2014. - № 5. - С.35-40

9. Hammes H. P. Pathophysiological mechanisms of diabetic angiopathy //Journal of Diabetes and its Complications. – 2003. – Т. 17. – №. 2. – С. 16-19.

10. Foster J. et al. Individual responses to heat stress: implications for hyperthermia and physical work capacity //Frontiers in physiology. – 2020. – Т. 11. – С. 541483.

11. Solun M. N., Liaifer A. I. Acupuncture in the treatment of diabetic angiopathy of the lower extremities //Problemy Endokrinologii. – 1991. – Т. 37. – №. 4. – С. 20-23.

СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ НА ПЕРИФЕРИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИЕЙ

Хамдамов Б.З., Давлатов С.С.

Резюме. В работе проанализированы результаты комплексного обследования и лечения 322 больных синдромом диабетической стопы. Все пациенты разделены на две группы: основную и группу сравнения. Основную группу составили 137 (42,5%) больных, а группу сравнения 185 (57,4%) пациентов. Пациентам основной группы, в дополнение к стандартной консервативной терапии, проводилось контактное воздействие на область подколенных ямок электромагнитным излучением фотонным матричным излучателем «БарваФлекс». Воздействие электромагнитным излучением фотонным матричным излучателем «Барва-Флекс» достоверно увеличивает базальный кровоток и повышает резервные возможности микроциркуляторного русла.

Ключевые слова: диабетическая ангиопатия нижних конечностей, электромагнитные излучения, «БарваФлекс».

НОВЫЙ СПОСОБ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ УЩЕМЛЕНИЯ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ВО ВРЕМЯ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ



Хужамов Олим Бахритдинович, Давлатов Салим Сулаймонович
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ЧОВ ЧУРРАЛАРИ ТУФАЙЛИ ГЕРНИОПЛАСТИКА АМАЛИЁТИ ДАВОМИДА УРУҒ ТИЗИМЧАСИНИ ҚИСИЛИШИНИ ОЛДИНИ ОЛАДИГАН ЯНГИ УСУЛ

Хужамов Олим Бахритдинович, Давлатов Салим Сулаймонович
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

A NEW METHOD TO PREVENT STRENGTHENING OF THE SPERMENAL CORD DURING ININGUINAL HERNIOPLASTY

Khujamov Olim Bakhritdinovich, Davlatov Salim Sulaymonovich
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: pro.ilmiy@bsmi.uz

Резюме. Мақолада чов чурраси туфайли герниопластика вақтида уруғ тизимчаси қисилишини олдини оладиган янги жарроҳлик асбоби тўғрисида маълумотлар келтирилган. Бу асбобни қўллашдан сўнг операциядан кейинги эрта даврда асоратлар 16,1%дан 4,8%гача камайган, яъни мойяда қон айланишининг бузилиши билан боғлиқ бўлган ёрғоқ шиши, мойя истисқоси, инфилтрат, мойя атрофияси каби асоратлар кузатилмаган.

Калим сўзлар: чов чурраси, жарроҳлик асбоби.

Abstract. The article describes the developed new surgical instrument that prevents infringement of the spermatic cord, which made it possible to reduce complications in the early postoperative period from 16.1 to 4.8%, by leveling such complications as scrotal edema, testicular dropsy, testicular infiltration and atrophy, which are associated with a violation testicular blood supply.

Key words: inguinal hernia, surgical instrument.

Актуальность. Паховые грыжи входят в число самых распространенных хирургических заболеваний. Операции по поводу паховых грыж занимают первое место по частоте среди плановых хирургических вмешательств [6].

Еще в конце XIX века были определены основные принципы хирургического лечения паховых грыж. Классический способ паховой герниопластики по Bassini послужил основой для различных вариантов паховых аутогерниопластик. Некоторые из них получили широкое распространение в хирургической практике.

Однако, при традиционных натяжных и ненапряжных методов паховой герниопластики в раннем послеоперационном периоде нередко наблюдаются такие осложнения как, отек мошонки, водянка яичка, инфилтрат и атрофия яичка, которые связаны с нарушением кровоснабжения яичка.

Целью исследования является явилось разработать хирургический инструмент, позво-

ляющий предотвращению ущемления семенного канатика во время паховой герниопластики.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на результатах обследования и лечения больных с паховыми грыжами, которые оперированы в хирургическом отделении многопрофильной областной больницы г. Бухары в период с 2018 по 2023 гг. Для проспективного динамического активного исследования было отобрано 196 больных паховыми грыжами. Это были пациенты мужского пола с паховыми грыжами различного типа. Новизна исследования было направлено на оптимизацию хирургического лечения больных паховыми грыжами, к уменьшению неудовлетворительных результатов в раннем послеоперационном периоде и основной прерогативой исследования было сохранить фертильность мужчин репродуктивного возраста, тем самым улучшить качество жизни.

Таблица 1. Распределение паховых грыж по классификации грыж L.M. Nyhus

Исследуемые группы		Типы грыж						Всего грыж
		I тип	II тип	III тип		IV тип		
				IIIА	IIIВ	IVА	IVВ	
Группа сравнения	по Жирар-Спасокукоцкому-Кимбаровскому	15	3	-	-	-	-	18
	по Постемпскому		21	13	15	1	1	51
	герниоаллопластика		13	6	5	-	-	24
Основная группа	по Постемпскому		19	12	9	1	1	42
	герниоаллопластика		26	12	18	2	3	61
Всего		15	82	43	47	4	5	196
%		7,6	41,8	21,9	23,9	2,0	2,5	100

В связи, с чем в нашем исследовании не были пациенты женского пола.

Пациенты были оперированы как в плановом, так и в экстренном порядке, и в зависимости от выбора тактики лечения больные разделены на две группы. Первую группу, группу сравнения составили 93 (47,4%) больных с паховыми грыжами, которым произведена герниопластика традиционными способами. Вторую, основную группу составили 103 (52,6%) больных, которым выполнена паховая герниопластика с применением разработанного хирургического инструмента предотвращающего ущемления семенного канатика.

По типам грыж (классификация L.M. Nyhus) распределение в группах представлено в таблице 1. Общее число косых грыж у пациентов было 149 (76,0%). Количество грыж III А типа (прямые грыжи) – 43 (21,9 %), рецидивные паховые грыжи обнаружены в 9 (4,6%) случаях. На основании проведенного статистического анализа по типу грыж в исследуемых группах можно считать однородными ($p_{\chi^2} > 0,05$).

Неудовлетворительные результаты в раннем послеоперационном периоде наблюдаемых у больных в группе сравнения такие как, отек мошонки (1,96%), водянка яичка (1,96%), инфильтрат (1,96%) и атрофия яичка (3,3%), которые связаны с нарушением кровоснабжения яичка побудило нас к поиску новых технических аспектов решения этих проблем. В связи с чем с целью предотвращения ущемления семенного канатика в области глубокого пахового кольца нами разработан специальный инструмент, предохраняющий стеснения элементов семенного канатика между плотными тканями апоневроза.

Предлагаемый хирургический инструмент содержит две шарнирно соединенные бранши с кольцами, замок типа кремальеры на одном конце, тупо изогнутую под углом 120° по меньшей мере относительно одной плоскости рабочую часть на другом конце, снабженную двумя смыкающимися - контейнерами, которые при смыкании приобретают трубчатую форму через просвет

которого без травматизации насквозь может проходить семенной канатик. Хирургический инструмент удерживает элементы семенного канатика до брюшины глубже глубокого пахового кольца. Пластика пахового канала ушивается в направлении с медиальной в латеральную сторону до притыка трубчатой части инструмента, тем самым семенной канатик предохранялся от ущемления между тканями апоневроза (рис. 1).



Рис. 1. Предлагаемый хирургический инструмент, предотвращающий ущемления семенного канатика во время паховой герниопластики

Результаты исследования. Результаты хирургического лечения больных паховыми грыжами в основной группе оценивались по следующим показателям: наличие интраоперационных осложнений, течение послеоперационного периода, наличие или отсутствие отека мошонки, нагноения послеоперационной раны, сохранение нормального кровоснабжения яичка по данным УЗИ доплерографии, время пребывания больных в стационаре (койко-день), сохранение половой функции и рецидивов паховой грыжи.

Совершенствование выбора тактики хирургического лечения больных паховыми грыжами, техники выполнения грыжесечения с применением специального инструмента во избежание ущемления семенного канатика и нарушения кровоснабжения яичка положительно отразились на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов.

Таблица 2. Непосредственные результаты хирургического лечения больных паховой грыжей

Осложнения		Группа сравнения (n=93)		Основная группа (n=103)	
		абс.	%	абс.	%
В области послеоперационной раны	Нагноение раны	1	1,1	-	-
	Инфильтрат	1	1,1	-	-
	Отек мошонки	2	2,1	-	-
	Водянка яичка	1	1,1	-	-
	Гематома послеоперационного участка	1	1,1	2	1,9
	Серома послеоперационной раны	4	4,3	1	0,97
Другие	Острая задержка мочи	4	4,3	2	1,9
	Инфекция мочеполовых путей	1	1,1	-	-
Всего осложнений:		15	16,1	5	4,8
Всего больных:		9	9,7	3	2,9

Так, по сравнению с 2018-2020 гг. в связи с использованием УЗИ доплерографии интраоперационно не встречались такие осложнения, как отек мошонки, водянка яичка, т.е. не было осложнений с нарушением кровоснабжения яичка. Осложнения в раннем послеоперационном периоде снизились от 16,1 до 4,8% (табл. 2).

Выводы. Таким образом, совершенствование технических аспектов за счет применения разработанного хирургического инструмента предотвращающий ущемления семенного канатика позволил снизить осложнения в раннем послеоперационном периоде с 16,1 до 4,8%, путем нивелирования таких осложнений как отек мошонки, водянка яичка, инфильтрат и атрофия яичка, которые связаны с нарушением кровоснабжения яичка.

Литература:

1. Адамян А.А., Федоров А.В., Гогия Б.Ш. К вопросу о классификации паховых грыж // Хирургия. 2007. № 11. С. 44–45.
2. Бекоев В.Д., Кринь В.А., Троянов А.А. и др. Рецидив паховой грыжи (проблема и пути возможного решения) // Хирургия. 2003. № 2. С. 45–47.
3. Борисов А.Е., Митин С.Е. Современные методы лечения паховых грыж // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2006. Т. 165. № 4. С. 20–22.
4. Курбаниязов З. Б. и др. Усовершенствованный метод ненатяжной герниопластики при паховых грыжах // Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковльчука. – 2017. – №. 1. – С. 71-74.

5. Мошкова Т.А., Васильев С.В., Олейник В.В. Оптимизация аллопластики паховых грыж // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2008. Сер. 11. Вып 2. С. 140-144.

6. Петрушко С.И., Назарьянц Ю.А., Винник Ю.С., Кочетова Л.В., Пахомова Р.А., Василена Е.С., Карапетян Г.Э. Современный способ лечения паховых грыж // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6.

7. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М.: Триада – Х, 2003, с.46.

8. Шулуто А.М., Эль Саид А.Х., Данилов А.И., Мецатурян Р.М. Результаты пластики «без натяжения» по методике Лихтенштейна у больных с паховыми грыжами // Анналы хирургии. 2003. № 2. С. 74–77.

НОВЫЙ СПОСОБ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ УЩЕМЛЕНИЯ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ВО ВРЕМЯ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Хужамов О.Б., Давлатов С.С.

Резюме. В статье описывается разработанный новый хирургический инструмент, предотвращающий ущемления семенного канатика, который позволил снизить осложнения в раннем послеоперационном периоде с 16,1 до 4,8%, путем нивелирования таких осложнений как отек мошонки, водянка яичка, инфильтрат и атрофия яичка, которые связаны с нарушением кровоснабжения яичка.

Ключевые слова: паховая грыжа, хирургический инструмент.

УДК: 616.711-007.1-073.75

УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ ДЕГЕНЕРАТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ Тўғрисидаги замонавий тушунчалар



Хамдамова Бахора Комилжоновна, Қодиров Умид Арзикулович, Ваққосов Илхом Шукурович Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА И ИХ ДИАГНОСТИКЕ

Хамдамова Бахора Комилжоновна, Кодиров Умид Арзикулович, Ваққосов Илхом Шукурович Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

MODERN CONCEPTS OF DEGENERATIVE DISEASES OF THE SPINE AND THEIR DIAGNOSIS

Khamdamova Bakhora Komiljonovna, Kodirov Umid Arzikulovich, Vakkosov Ilkhom Shukurovich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Орқа мия дегенератив касалликлари вақт ўтиши билан ривожланган каскадли жараён эканлиги кўрсатилган. Клиник куринишлар мураккаб ўзгаришлар, жумладан, остеохондроз, спондилоз, остеоартрит туфайли юзага келади, улар купинча тузма мойиллик билан кучаяди. Диагностик тадқиқотлар ушбу ўзгаришларни аниқлашга қаратилган. Даволаш тактикасини танлаш учун илдизнинг сиқилишини аниқлаш айниқса муҳимдир. Шунинг учун МРТ танлов усули ҳисобланади.

Калит сузлар: умуртқа поғонасининг дегенератив касалликлари, диск чурраси, магнит-резонанс томография.

Abstract. Degenerative diseases of the spinal cord have been shown to be a cascading process that develops over time. Clinical manifestations are caused by complex changes, including osteochondrosis, spondylosis, osteoarthritis, which are often aggravated by congenital predisposition. Diagnostic studies are aimed at identifying these changes. It is especially important to determine the compression of the root to choose treatment tactics. Therefore, MRT is the modality of choice.

Key words: degenerative diseases of the spine, disc herniation, magnetic resonance imaging.

Долзарблиги: Орқа мия дегенератив касалликларининг патогенези ва клиник куринишларнинг ривожланиш босқичи масалалари муҳокама қилиш ва натижаларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот мақсади: Орқа мия дегенератив касалликларининг патогенези ва клиник куринишларнинг ривожланиш босқичи масалалари муҳокама қилиш ва натижаларини таҳлил қилиш.

Материаллар ва усуллар: Бутун дунёда умуртқа поғонасининг дегенератив касалликларининг клиник куринишлари ногиронликнинг асосий сабабларидан биридир. Умуртқа танаси орасида умуртқаларо дисклар жойлашган булиб, улар пулпоз ядро ва фиброз ҳалқадан иборат. Пулпоз ядро протеогликанлардан, шу жумладан узун гиалесфоник занжирлардан иборат.

Улар, уз навбатида, гидрофилик ён занжирларга эга. Диск орқа томонда қалинроқ. Дискнинг васкулиризацияси 8-10 ёшда юқолади ва кейин у қушни суяк илигидан диффузия билан озикланади. Дискдаги метаболит жараёнлар жуда секин бўлади.

Ҳаётнинг учинчи ун йиллигидан бошлаб дискда мураккаб биокимёвий жараёнлар бошланади: креатин сульфат ва хондроитин сульфат нисбати ортади, хондроитинлар орасида нисбат ҳам хондроитин-4-сульфат фойдасига ўзгаради. Синтез камаяди ва протеогликанлар ва коллаген булмаган оксилларнинг концентрацияси камаяди. Мукополисахаридларнинг деполимеризацияси сув юкотилишига олиб келади. Дискни кислород билан таминлаш озуқа моддалари ёмонлашади ва метаболит маҳсулотлар, аксинча, тўланади. Интервертебрал дискнинг аста-секин сувсизланиши

мавжуд. Пулпоз ядроси коллагенни тўплайди ва унинг ўрнини толали тўқима эгаллайди. Диск ўзининг эластиклигини юқотади. Протеогликанларнинг йўқ қилиниши билан пулпоз ядронинг периферик қисмида бўшлиқлар пайдо бўлади. Ядро фиброз халқа ичига кира бошлайди. Пулпоз ядросида босимнинг юқолиши газларнинг, асосан, азотнинг тупланишига олиб келади, бу ҳодиса "вакуум феномени" деб аталади. Ушбу белги купинча КТда ва вақти-вақти билан МРТда куринади. Шу билан бирга, дегенератив жараён фиброз халқага тасир қилади. Диск дегенерациясида нотугри овқатланиш муҳим рол уйнайди. Билвосита, бу диффузияга асосланган МРТда коэффициентининг пасайиши билан далолат беради. Ушбу тенденция ёшга аниқ боғлиқдир. Жараён дискнинг орқа қисмидан бошланади, сўнгра бутун дискга тарқалади, пулпоз ядронинг чегараси ва толали халқа учиради. 30 ёшдан сунг пулпоз ядросида толали туқималар пайдо бўлади. Сагиттал МРТда у ядро марказида охириги пластинкага параллел булган чизикка ўхшайди. Бу хусусият ёшга боғлиқ табиий ўзгариш сифатида қабул қилинади. Диск баландлигининг пасайиши нафақат унинг насли даражасига, балки дискдаги юкга ҳам боғлиқ. Остеохондроз кўпинча дискга улашган худудларда дегенератив ўзгаришлар билан бирга келади. М.Т. Моклич ва бошқалар бу ўзгаришларнинг 3 турини ажратиб курсатадилар. 1-тоифа Т1 га боғлиқ томограммаларда сигнал интенсивлигининг пасайишига ухшайди, Т2 га боғлиқ бўлганларда эса кучаяди ва ўзгартирилган худудларда контрастнинг кучайиши қайд этилади. Бундай ўзгаришлар тахминан 4% ҳолларда содир бўлади ва кон томирларининг кучайиши билан толали тўқималарни акс эттиради. 2 тоифа 16% ҳолларда кузатилади ва Т1 ва Т2 га боғлиқ бўлган томограммаларда сигнал интенсивлигининг ортиши майдонига ўхшайди. Шубҳасиз, бу суяк илигининг ёғли дегенерациясини акс эттиради. 3 тоифа Т1 ва Т2 га боғлиқ томограммаларда сигнал интенсивлигининг пасайиши сифатида кузатилиши мумкин. Суяк илигидан характерли

сигналнинг йўқлиги унинг фибросклеротик туқималар билан алмаштирилишини акс эттиради.

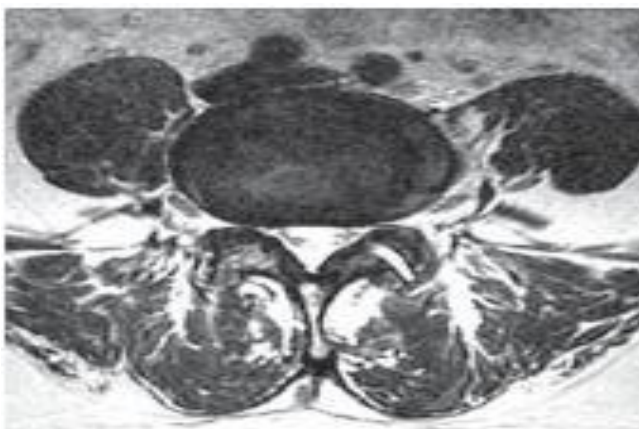
Фиброз халқа периферик толаларининг дегенерацияси уларнинг кортикал суяк тўқимаси билан алоқасининг заифлашишига, бўшлиқларнинг пайдо булишига ва дискнинг олдинги силжишига олиб келади. Бу периферик толаларнинг сўнгги пластинка билан туташган жойида кучланишни келтириб чиқаради ва остеофитларнинг шаклланишига олиб келади. Дастлаб, улар горизонтал текисликда ҳосил бўлади, лекин улар орқа узун бойлам томонидан бу йўналишда ушлаб турилади. Остеофитлар 50 ёшдан ошган одамларнинг 60-80% да рентгенологик усулда аниқланади

Артрознинг кейинги ривожланиши остеоартрит шаклланишига олиб келади (1-расм). Остеоартрит 60 ёшдан ошган барча одамларда мавжуд.

Остеоартрит ён чунтакнинг пасайишига олиб келади (одатда бел даражасида 5 мм). Синовиал бугим суюқлиги бугим капсуласидаги ёриқлар орқали чиқиб, киста ҳосил қилиши мумкин. Синовиал кисталар пайдо булиши учун одатий жой L4 дискининг даражаси ҳисобланади. КТда синовиал киста гипо- ёки гипердензия бўлиб, унинг деворида калсификатсиялар булиши мумкин. МРТда синовиал киста гипо- ёки бироз гиперинтенсивдир (2-расм). Базида киста катта ҳажмга этади ва илдизни сиқиб кўяди.

2-босқичдаги дегенератив жараёнлар дисклар баландлигининг янада пасайиши, чурра шаклланиши ва фасет бугимларининг артрози шаклида намоён бўлади. Клиник жиҳатдан бу босқич огрик ва радикуляр синдром шаклида энг аниқ намоён бўлади.

Артикуляр аппаратларнинг дегенерацияси бойламларнинг заифлашишига ва уларнинг классификациясига олиб келади. Дегенератив жараённинг яна бир муҳим компоненти вертебра жисмларининг сирпаниши яъни спондилолистездир.



Расм 1. Остеоартроз. Т2 МРТ



Расм 2. Синовиал киста. Т2 МРТ



Расм 3. Дегенератив ретролистез. Сагиттал T2 МРТ



Расм 4. Бўйин қисмида тор орқа мия канали. Сагиттал T2 МРТ



Расм 5. Кўкрак умуртқасидаги чурралаи дисклар: а - сагиттал T2 га боғлиқ МРТ; б - аксианал T2 га боғлиқ МРТ

Этиологияга кўра, у туғма (диспластик), спондилолитик (дегенератив, травматик, патологик (яллиғланиш, ўсимта) ва ятрогеник (операциядан кейинги) бўлиши мумкин. Дегенератив спондилолистез остеоартрит билан боғлиқ. Бу этиологиялардан фарқли уларок, дегенератив ретролистез ҳам мавжуд (3-расм).

Листез даражаси ҳар доим кичикдир. Спондилолистезнинг 15-20% гача бўлган ҳолатлари туғма ҳисобланади. Одатда бу фасет буғимларининг иккиламчи дегенерацияси билан артикуляр жараёнларнинг дисплазиясидир. Орқа миядаги дегенератив ўзгаришлар мажмуаси орқа мия каналининг торайиши (4-расм) ёки латерал чуқурча спондилозига олиб келиши мумкин.

Орқа мия каналининг ўлчови кўрсаткичлари куйидагича:

- бўйин қисмида 17-18 мм (10-13 мм кам бўлганда стеноз);
- кўкрак қисмида 12-14 мм (ўлчов 12 мм дан кам бўлса ва клиник белгилар мавжуд бўлса стеноз ҳисобланади);
- бел соҳасида 15-27 мм (ўлчов 12 мм дан кам бўлса ва клиник белгилар мавжуд бўлса стеноз ҳисобланади).

Орқа мия каналининг анатомик торлигидан ташқари, эгилиш ва кенгайиш шароитида латерал

рентгенограммаларда аниқ кўринадиган "динамик" торликни ҳисобга олиш керак. Кенгайиш орқа мия канали ва латерал чўнтақларининг тахминан 11% га торайишига олиб келади ва бекарорлик янада торайиши ва характерли аломатлар пайдо бўлишига олиб келади.

Ушбу дегенератив ўзгаришлар мажмуаси вертебра сегментларида ҳаракатчанликнинг пасайишига олиб келади, аммо доимий мушаклар кучланиши мавжуд ва сколиоз шаклланади. Клиник кўринишлар ҳам кўп жиҳатдан чурранинг умуртқа поғонасига таъсирига боғлиқ.

Кўпинча орқа чурралар умуртқа поғонасида кузатилади, уларнинг 90% L 4-5 ва L5-S1 даражаларида локализация қилинади. Бу пастки вертебра сегментлари энг катта юкга эга булган соҳаларидир. Бўйин соҳасидаги чурраларнинг частотаси белга қараганда деярли 10 барабар камроқ. Энг тез-тез тасирланиш ҳолатлари С6 ва С6-7 қисмига тўғри келади. Кўкрак соҳасида чурра билан касалланиш барча даражаларнинг 1% дан камини ташкил қилади (5-расм). Бу асосан вертебра сегментларининг паст ҳаракатчанлиги билан боғлиқ.

Чиқиб кетиш даражасига кўра, чурранинг куйидаги турлари ажратилади.

1. Чиқиб кетиш (буртиб чиқиш) – толали ҳалқанинг ёрилишсиз кучсизлигидан дискнинг буртиб чиқиши, маҳаллий (кундаланг текисликда дискнинг орқа контурининг 50% гача) ва тарқоқ булиши мумкин. Протрузияни тулиқ маънода чурра деб ҳисоблаш мумкин эмас, чунки у кўпинча мослашувчан хусусиятга эга, масалан, спондилолистез билан.

2. Пролапс (чурраси) - пулпоз ядросининг чиқиши билан толали ҳалқанинг ёрилиши.

3. Экструзия (экструзия) - орқа узун бойламнинг ёрилиши билан пролапс.

Радиацион диагностиканинг асосий вазифалари куйидагилардан иборат:

- орқа мия каналининг ҳолатини баҳолаш, яъни спондилоз, диск чурраси намоёнларини аниқлаш;

- илдиз ёки орқа мия сиқилишини урганиш;

- илдиз ва унинг атрофидаги туқималарнинг махсус шароитларини аниқлаш: неврит, арахноидит, эпидурит.

Патологик дискларни ташхислаш усуллари:

1. МРТ танлаш усули ҳисобланади.

2. КТ МРТ юқлигида, суяк стенози билан, спондилолиз ва спондилозга шубҳа билан (айниқса, кексаларда) курсатилади.

3. Дискография: Унинг роли куп марта қайта куриб чиқилган. Энди бу асосий диагностика усули эмас, дискоген оғриқ турини тасдиқлаш учун жуда камдан-кам қўлланилади.

4. Миелография ва КТ миелографияси илдиз сиқилишини тасдиқлаш учун кам ишлатилади.

МРТ нисбатан кам қарши кўрсатма ва чекловларга эга. Ягона мутлақ қарши кўрсатма - беморда суний юрак стимулятори мавжудлиги. Қийинчиликлар оғир кластрофобия, шунингдек, беморнинг ортиқча вазни билан юзага келади. Дегенератив жараён ва чуррани баҳолаш учун стандарт сагиттал ва аксиал (дисклар орқали) T2 га боғлиқ томограммалар етарли ҳисобланади. T1 га боғлиқ томограммалар, қоида тариқасида, чуррали дисклар ҳақида янги маълумот бермайди. Бироқ, улар дифференциал диагностика учун фойдалидир. Сунгги йилларда МРТнинг бир неча янги усуллари таклиф қилинди. Динамик (кинетик) МРТ техник жиҳатдан мураккаб ва текшириш вақтини сезиларли даражада узайтиради, шу билан бирга унинг натижаларининг даволаш тактикасини танлашга таъсири аниқ эмас.

Нейрография - периферик нервларни, асосан, елка ва бел чигалларни кўриш учун мулжалланган махсус МРТ усули. У градиент T1га боғлиқ томограммалардан ва сигнални бостириш ва кейинги 3Д реконструкция қилиш билан T2 га боғлиқ томограммалардан иборат. Градиент импульслар кетма-кетлигидаги акс-садонинг кечикишини ултратовуш (секунднинг ундан бир

қисмига) камайтираш қисқа бушашиш вақтига эга булган тузилмаларни - бойламларни яхшироқ тасаввур қилиш имконини беради.

Даволаш тактикасини танлаш асосан илдиз сиқилишининг мавжудлиги ёки йўқлигига боғлиқ. МРТга КТ да илдизларнинг сиқилиши белгиларининг силжиши, купинча шиш - чегараларнинг кенгайиши ва йўқ қилиниши, базада эпидурал венанинг кенгайиши ҳисобланади. Стандарт МРТ ва КТ, айниқса ён чунтақда илдиз сиқилиши мавжудлигини кам баҳолайди. Юқори майдонларда МРТ паст майдонларга қараганда бир мунча яхши натижалар беради, аммо улар ананавий рентген пиелографиясидан сезиларли даражада пастроқдир. МРТда контраст одатда ишлатилмайди. Бироқ, малумки, диск чурраларида илдиз контрасти деярли 40% ҳолларда кузатилади.

Адабиётлар:

1. Абдувакилов Ж. У., Ризаев Ж. А. Особенности течения воспалительных заболеваний пародонта при метаболическом синдроме // Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 353-355.

2. Ахмедова Д.А., Хақимова С.З., Джурабекова А.Т. "Особенности постинсультной депрессии в раннем и позднем восстановительном периодах" Инновационная наука, но. 6-2, 2015, пп. 224-227. Баринов А.Н., Махинов К.А., Шчербонослова Т.А. Дори воситаларининг креатсионизм призмаси орқали эволюцияси. Самарали фармакотерапия. - 2016. - Но 36. - Б. 6–12

3. Буриева Д.М., Хақимова С.З., Джурабекова А.Т. "Сравнительное изучение функции поддержания вертикальной позы у здоровых лиц и больных с паркинсонизмом" Инновационная наука, но. 6-2, 2015, пп. 232-236.

4. Хақимова С. З., Хамдамова Б. К., Кодиров У. О. Сравнительная корреляция маркеров воспалительного метаморфизма в периферической крови при дорсопатиях различного генеза // Узбек жоурнал оф сасе репортс. – 2022. – Т. 2. – №. 2. – С. 12-18.

5. Гафаров Р.Р. и др. "Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа – первая линия терапии эректильной дисфункции" Достижения науки и образования, но. 5 (59), 2020, pp. 103-108.

6. Дадашева М.Н., Разилова А.В., Болдин А.В. Турли хил этиологияларнинг оғриқ синдромида декскетопрофенни амалий қўллаш имкониятлари. Қийин бемор. - 2018. - Т. 16. - 10-сон. – Б. 32–36.

7. Данилов А.В. Аралаш оғриқ. Патологический механизмлар - клиник амалиётга таъсири. Оғриқ синдромларининг аралаш турларини ташхислаш ва даволашга ёндашувлар. - 2014. - Но 0. - Б. 10–

8. Дривотинов Б.В., Полякова Т.Д., Панкова М.Д. (2005) Орқа мия остеохондрозининг неврологик кўринишларида жисмоний реабилитация // Прос. нафақа. - Минск - 211 п.

9. Качалина О.В. Дисменорея ва пременструел синдромни амбулатория шароитида даволаш - замонавий имкониятлар. Қийин бемор. - 2015. - Т. 13. - Но 1-2. - 12-18-бетлар.
10. Коржавина В.Б., Данилов А.Б. Оғрик синдромларини даволашнинг янги имкониятлари ва истикболлари. кўкрак саратони. - 2010. - Но 0. - С. 31-35
11. Комплексная реабилитация больных с поясничными спондилогенными радикулопатиями. Самиев А.С., Мавлянова З.Ф. Science and education ISSN 2181-0842 Volume 4, ISSU 2. 2023. Pp.453-461.
12. Клиническая роль нейробруцеллеза среди больных хронической радикулопатией. Хакимова С.З., Мамурова И.Н., Самиев А.С. Academy 2019. 29-228
13. Мусаев У. Ю., Ризаев Ж. А., Шомурадов К. Э. Новые взгляды на проблему стигм дизэмбриогенеза зубочелюстной и лицевой системы с позиции их формирования в инвалидизации населения // Stomatologiya. - 2017. - №. 3. - С. 9-12.
14. Ниёзов Г.К. и др. "Клинико-неврологические особенности ДСП с эпилепсией и без эпилепсии" Достижения науки и образования, но. 13 (54), 2019, pp. 50-52.
15. Реабилитация больных, перенёсших оперативное вмешательство на позвоночнике. Самибаев Р.М. Самиев А. С. 2008 Рецензируемый научно-практический журнал «Неврологии». 3-39 стр.199 Ташкент
16. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. - 2019. - №. 4 (1). - С. 338-342.
17. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. - 2022. - №. 1 (81). - С. 75-79.
18. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза //Uzbek journal of case reports. - 2022. - Т. 2. - №. 3. - С. 18-25.
19. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход //Журнал" Медицина и инновации". - 2021. - №. 1. - С. 28-31.
20. Самибаев, Р. и др. (2016). Реабилитационный потенциал спастической мышцы при ишемическом инсульте: диагностика, тактика терапии. Журнал вестник врача, 1(2), 30-31.
21. Самиев А.С., Жабборов И. Хомиладор аёлларда кечадиган бел сохаси дегенератив спондилоген радикулопатияларида комплекс даволаш. Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol. 7, issue 5, pp.192-196.
22. Хамдамова Б. К., Хакимова С. З., Кодиров У. А. Особенности невроаскулярного состояния позвоночника при дорсопатиях у больных с сахарным диабетом //журнал биомедицины и практики. - 2022. - т. 7. - №. 6.
23. Хакимова С. З., и др. Особенности клинико-неврологических результатов обследования больных с дорсопатиями ревматического генеза //журнал биомедицины и практики. - 2022. - т. 7. - №. 1.
24. Хакимова С. З., и др. Изучение двигательной функции у больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза //инструменты, механизмы и технологии современного инновационного развития. - 2022. - с. 243-251.
25. Хакимова С.З., Атоходжаева Д.А. (2020). Асаб тизими шикастланганда бруселлэз билан оғриган беморларнинг оғрик синдромининг хусусиятлари. Тиббий-хуқуқий янгиланиш, октябр-декабр, жилд. 20, № 4.
26. Электромиографическое исследование при радикулопатиях Самиев А.С. Мирджурев Э.М. Самибаев Р. М. 2008. Рецензируемый научно-практический журнал «Неврологии» Том 3-39. Ст. 233. Ташкент.
27. British Medical Journal Volume-3, No 2 39 Optimization of rehabilitation measures for lumbar spondylogenic radiculopathies. Samiev A.S., Mavlyanova Z. F.
28. Gaskell H, Kattalardagi o'tkir operatsiyadan keyingi og'riqlar uchun bitta dozali og'iz ketoprofen yoki deksketoprofen. Cochrane ma'lumotlar bazasi tizimi Rev. 2017 yil 25 may;5: CD007355.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА И ИХ ДИАГНОСТИКЕ

Хамдамова Б.К., Кодиров У.А., Вакосов И.Ш.

Резюме. Было показано, что дегенеративные заболевания позвоночника представляют собой каскадный процесс, который развивается с течением времени. Клинические проявления обусловлены сложными изменениями, в том числе остеохондрозом, спондилезом, остеоартрозом, которые нередко усугубляются врожденной предрасположенностью. Диагностические исследования направлены на выявление этих изменений. Особенно важно определить компрессию корня для выбора лечебной тактики. Поэтому МРТ является методом выбора.

Ключевые слова: дегенеративные заболевания позвоночника, грыжи дисков, магнитно-резонансная томография.

СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ



Шавази Нурали Мамедович, Алланазаров Алишер Боймуратович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ТЕЗ-ТЕЗ КАСАЛ БЎЛГАН БОЛАЛАРДАГИ ЎТКИР ОБСТРУКТИВ БРОНХИТДА ЦИТОКИНЛАРНИНГ ҲОЛАТИ

Шавази Нурали Мамедович, Алланазаров Алишер Боймуратович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

STATE OF CYTOKINES IN ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN FREQUENTLY ILL CHILDREN

Shavazi Nurali Mamedovich, Allanazarov Alisher Boymuratovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: shavazinurali@mail.ru alisherpediatr@mail.ru

Резюме. Ўткир обструктив бронхит болаларда нафас олиш тизимининг энг кенг тарқалган ва оғир касалликларидан бири бўлиб қолмоқда [8]. Иммуниет ҳолатининг патогенетик ролини тушуниш, цитокинлар АОДа касалликнинг ривожланиш механизларини чуқурроқ тушунишга, ФИСда касалликни таъхислаш ва даволашнинг самарали стратегияларини ишлаб чиқишга ёрдам беради. Илмий тадқиқотнинг асосий йўналиши ривожланиш механизларини ўрганиш, клиник кечили хусусиятларини аниқлаш, тез-тез касал бўлган болаларда ўткир обструктив бронхитда иммуниет ҳолати, цитокинларнинг ролини баҳолаш, патогенетик усулларни ишлаб чиқишдан иборат. даволаш ва профилактика чоралари. Мамлакатимизда болалар ўртасидаги соматик касалликлар, айниқса, бронхопұлмонер патологияни эрта таъхислаш ва олдини олиш борасида кенг қўламли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда.

Калим сўзлар: обструктив бронхит, цитокинлар, иммуниет, тез-тез касал болалар.

Abstract. Acute obstructive bronchitis remains one of the most common and severe diseases of the respiratory system in children [8]. Understanding the pathogenetic role of the immune status, cytokines can contribute to a deeper understanding of the mechanisms of disease development in AOD, to develop effective strategies for diagnosing and treating the disease in FIC. The main direction of scientific research is the study of the mechanisms of development, the establishment of the features of the clinical course, the assessment of the role of the immune status, cytokines in acute obstructive bronchitis in frequently ill children, to develop pathogenetic methods of treatment and preventive measures. In our country, large-scale measures are being taken for the early diagnosis and prevention of somatic diseases among children, especially bronchopulmonary pathology.

Key words: obstructive bronchitis, cytokines, immunity, frequently ill children.

Актуальность. В педиатрической практике, одним из современных диагностических маркеров группы «часто болеющие дети» является состояние показателей местного и системного иммунитета, про- и противовоспалительных цитокинов, однако их роль в развитии формирования патологического процесса носит лишь ориентировочный характер. Известно, что частые респираторные заболевания у детей, в том числе и острый обструктивный бронхит, приводит к срыву компенсаторно-адаптивных механизмов, к дефектам клеточного и

гуморального звеньев иммунного статуса с развитием хронических рецидивирующих инфекций [1,3,9].

При частых вирусных инфекциях у детей, происходит снижение защитной функции респираторного тракта, при котором персистенция вируса в эпителии, происходит его пролиферацию; при аллергических реакциях слизистой оболочки респираторного тракта, возникающие метаболиты воспаления индуцируют выработку медиаторов воспаления; при изменениях в иммунной системе происходит формирование цито-

токсических антител в подслизистом слое бронхиального дерева, что в конечном итоге приводят к обструктивному синдрому.

Ряд авторов указывают на важность определения цитокинового профиля у пациентов с обструктивным бронхитом, считая, что выраженный воспалительный процесс в респираторном тракте возникает ввиду дисбаланса цитокинов [2,4,10]. Изучение роли цитокинов при заболеваниях и в настоящее время сохраняет актуальность [7]. Цитокины это гликолизированные полипептиды, регулирующие иммунный ответ. По биологической активности цитокины подразделяются на регулирующие гуморальный, клеточный иммунитет, развитие аллергических реакций или иммуносупрессивный ответ [5,8]. Цитокины обладают функцией регуляции воспаления, что является очень важным в патогенезе обструктивного бронхита.

Цель научного исследования: Изучить состояние цитокинов при остром обструктивном бронхите у часто болеющих детей.

Материал и методы исследования. Для установления взаимосвязи с показателями цитокинового профиля проведено обследование 120 с острым обструктивным бронхитом разделённых на 2 группы: I группа- 40 больных острым обструктивным бронхитом из группы «эпизодически болеющие дети»

II группа -80 больных с острым обструктивным бронхитом из группы «часто болеющие дети»

Результаты исследования. Как известно интерлейкины играют ключевую роль в различных биологических процессах, включая активацию, дифференцировку и пролиферацию иммунных клеток, а также регуляцию адаптивного и врожденного иммунитета и воспалительных процессов в организме. При исследовании показателей цитокинов, у больных ООБ I и II группами, выявлена значительная разница практически по всем изученным показателям по отношению к здоровых детей (табл. 1).

У больных с ООБ у ЭБД, происходят значимые увеличение эндогенной продукции как противовоспалительных: IL-1 в 4,8 раза, IL-4 в 2,6

раз, IL-10 в 2,2 раза, так и провоспалительных цитокинов IL-6 в 1,1 раза, IL-8 в 1,9 раз и TNF- α 1,2 раза в сравнении с нормативными показателями ($P<0,01$, $P<0,001$). Повышение цитокинов являются следствием воздействия инфекционных факторов, вызывающих развитие ООБ, баланс которых определяет особенности течения и прогноз заболевания.

Повышение уровня IL-1 в I группе, учитывая его роль в воспалительных реакциях, приводит к отеку и сужению дыхательных путей, наблюдаемое при обструктивном бронхите у детей.

IL-4 продуцируемый Т-лимфоцитами и базофилами, повышенный уровень, которого, активирует синтез IgE, тем самым способствует усилению аллергических реакций в бронхах при ООБ у детей.

При ООБ у ЭБД, умеренное повышение концентрации IL-6 в крови, подтверждает наличие воспалительного и инфекционного процессов в дыхательных путях, избыточное количество которого, может вызвать усиление воспалительного ответа и обострение симптомов заболевания.

При ООБ у ЭБД уровень IL-8 повысился до $19,85 \pm 0,73$ пг/мл, в ответ на воспалительный процесс в дыхательных путях, активируя нейтрофилы, выполняющих весомую роль в защите организма от и свидетельствует о преобладании клеточной фазы иммунного ответа над гуморальным. При гиперактивации нейтрофилов существует вероятность усиления патологических воспалительных процессов с последующим повреждением тканей легких.

При ООБ у ЭБД, повышение уровня IL-10, может свидетельствовать о борьбе организма уменьшить интенсивность воспалительного процесса.

При ООБ у детей, повышенный уровень TNF- α , являясь одним из факторов врожденной иммунного ответа организма, реагирует на внедрение инфекционного фактора, подавляет рост и развитие внутриклеточных микроорганизмов, в дальнейшем оказывая иммунорегуляторное воздействие, свидетельствует об активации иммунной системы и воспалительного процесса [6].

Таблица 1. Показатели цитокинов у больных с ООБ при поступлении ($M \pm m$).

Показатели	норма	I группа	II группа	P_1	P_2	P_3
IL-1 β , пг/мл	$6,23 \pm 0,32$	$29,85 \pm 1,00$	$22,25 \pm 0,42$	$<0,001$	$<0,001$	$<0,001$
IL-4, пг/мл	$4,85 \pm 0,32$	$12,60 \pm 0,24$	$9,60 \pm 0,18$	$<0,001$	$<0,001$	$<0,001$
IL-6, пг/мл	$17,27 \pm 0,73$	$19,62 \pm 0,54$	$22,95 \pm 0,39$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,001$
IL-8, пг/мл	$10,34 \pm 0,37$	$19,85 \pm 0,73$	$23,25 \pm 0,40$	$<0,001$	$<0,001$	$<0,001$
IL-10, пг/мл	$10,34 \pm 0,57$	$22,80 \pm 0,57$	$33,12 \pm 0,70$	$<0,001$	$<0,001$	$<0,001$
TNF- α , пг/мл	$24,81 \pm 1,03$	$28,58 \pm 1,08$	$32,16 \pm 0,70$	$<0,001$	$<0,01$	$<0,01$

Примечание: P_1 – достоверность различий между нормативными значениями и ООБ ЭБД, P_2 – нормативными значениями и ООБ ЧБД, P_3 – между ООБ ЭБД и ООБ ЧБД

В группе ЧБД при развитии ООБ в крови наблюдались повышенные уровни цитокинов, при этом определялось превышение концентрации IL-1 в 3,6 раз, IL-4 в 2,0 раз, IL-6 в 1,3 раза, IL-8 в 2,2 раз, IL-10 в 3,2 раза и TNF- α в 1,3 раза по отношению к нормативным значениям ($P < 0,01$, $P < 0,001$) и уменьшение IL-1 в 0,7 раз, IL-4 в 0,8 раз, превышение IL-6 в 1,2 раза, IL-8 в 1,2 раза, IL-10 в 1,5 раз и TNF- α в 1,1 раз по отношению к больным ООБ из ЭБД ($P < 0,01$, $P < 0,001$), позволяет сделать предположение, что данный дисбаланс является особенностями проявления поражения легких при заболевании у данной группы больных.

IL-1 являясь важнейшим медиатором воспалительного и иммунного процесса, участвуя в активации Т- и В-лимфоцитов, а высокий уровень наблюдаемые при ООБ у ЧБД детей ($22,25 \pm 0,42$ пг/мл), способствуют к усугублению воспалительных процессов дыхательных путей и тяжело-му течению заболевания.

Снижение уровней IL-4 у детей II группы ($9,60 \pm 0,18$ пг/мл), в сравнении с больными I группы ($12,60 \pm 0,24$ пг/мл, $P < 0,001$), свидетельствуют о менее выраженных аллергических процессах, наблюдаемых при ООБ у ЧБД детей.

Увеличение уровня IL-6 до $22,95 \pm 0,39$ пг/мл, при ООБ у ЧБД, указывает на напряженность резервных возможностей иммунного реагирования, что способствует стимуляции продукции других противо- и провоспалительных цитокинов, в том числе IL-10, TNF- α и может способствовать регуляции воспалительных процессов при заболевании.

Повышенный уровень IL-8 у ЧБД с ООБ ($23,25 \pm 0,40$ пг/мл), как по отношению к норме ($P < 0,001$) и больным ЭБД ($P < 0,01$), привлекая нейтрофилы к очагу воспаления, является частью системных защитных иммунологических реакций, могут вызывая повреждение тканей и усугублять обструкцию дыхательных путей.

Более высокий уровень IL-10 - $33,12 \pm 0,70$ пг/мл, определяемый при ООБ у ЧБД в сравнении контрольной группы, наряду с положительным противовоспалительными эффектами (подавление выработки провоспалительных цитокинов, способствуя разрешению воспаления), может участвовать в подавлении активации иммунных клеток, с последующими негативными последствиями, приводящими к осложненному и продолжительному течению заболевания.

Содержание в сыворотке крови TNF- α , ответственного за ранние цитокиновые реакции и непосредственно за противовирусную защиту организма, было статистически значимо выше у ЧБД с ООБ - $32,16 \pm 0,70$ пг/мл, в сравнении с детьми контрольной группы ($P < 0,01$), тем самым

реагируя на воспалительных процессы и вовлечение иммунной системы в патогенез заболевания.

Исследования показали, что интерлейкины играют важную роль в патогенезе ООБ у детей, уровень которых может служить маркером тяжести заболевания. Изучение динамики интерлейкинов, необходимо для разработки новых методов диагностики и лечения ООБ у детей из группы ЧБД.

Выявлено, что иммунологическими маркерами ООБ могут явиться высокие значения исследованных интерлейкинов противовоспалительного (IL-1 в 4,8 раза, IL-4 в 2,6 раз, IL-10 в 2,2 раза) и провоспалительного (IL-6 в 1,1 раза, IL-8 в 1,9 раз и TNF- α в 1,2 раза) классов, в сравнении с нормативными показателями ($P < 0,01$, $P < 0,001$), что указывает на их значимость в патогенетических механизмах воспалительного процесса и угнетении механизмов иммунного статуса при БОС.

Выводы. Исследование показало, что цитокины являются одними из ключевых медиаторов патогенеза, регулируют набор и активацию иммунных клеток и воспалительные процессы в дыхательных путях. Понимание роли цитокинов при обструктивном бронхите у детей, может дать представление о механизмах, особенностях течения, потенциальных диагностических и терапевтических мероприятиях заболевании.

Литература:

1. Алланазаров А.Б. Особенности клинического течения острого обструктивного бронхита у часто болеющих детей. "Journal of cardiorespiratory research" №1 2023. Стр. 43-45. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н. Состояние здоровья детей в современной России. Социальная педиатрия. 2-е издание, дополненное. М.: Династия. 2020; 21
3. Зинина Е.П., Царенко С.В., Логунов Д.Ю., Тухватулин А.И., Бабаянц А.В., Аврамов А.А. Роль провоспалительных и противовоспалительных цитокинов при бактериальной пневмонии. Обзор литературы. Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2021;1:77-89.
4. Заплатников А.Л., Коровина Н.А., Таточенко В.К., Эрдес С.И. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика: Пособие для врачей. М.: РМАПО, 2002: 73
5. Касохов Т.Б., Цораева З.А. Роль иммунной системы в развитии бронхиальной астмы у детей, проживающих в зоне экологического неблагополучия, и методы лечения // Современные проблемы науки и образования, 2016. № 3. С. 1–7
6. Намазова Л.С. Патогенетические основы

дифференцированного лечения бронхиальной астмы у детей: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2000

7. Хаитов, Р.М. Иммунология / Р.М. Хаитов; научное редактирование А.Л. Ковальчук. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 496 с

8. Шавази Н.М., Алланазаров А.Б., Атаева М.С., Гайбуллаев Ж.Ш. Клинико-иммунологические особенности бронхообструктив синдрома у детей раннего и дошкольного возраста. Проблемы биологии и медицины. 2022 №1 (134). Стр. 89-92/ <http://doi.org/10.38096/2181-5674.2022.1>

9. Castro-Rodriguez J.A. Risk factors for X-ray pneumonia in the first year of life and its relation to wheezing a longitudinal study in a socioeconomic disadvantaged population / J.A. Castror Rodriguez., J. Mallol // Allergol Immunopathol. 2008. Vol. 1. P. 3–8.].

10. Lukianenko N., Kens O., Nurgaliyeva Z., Toguzbayeva D., Sakhipov M. Finding a molecular genetic marker for the incidence of recurrent episodes of acute obstructive bronchitis in children // Journal of Medicine and Life. – 2021. – Т. 14. – №. 5. – С. 695

СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Шавази Н.М., Алланазаров А.Б.

Резюме. Острый обструктивный бронхит остается одним из распространенных и тяжело протекающих заболеваний дыхательной системы у детей [8]. Понимание патогенетической роли иммунного статуса, цитокинов могут способствовать более глубокому пониманию механизмов развития заболевания при ООБ, для разработки эффективных стратегий диагностики и лечения заболевания у ЧБД. Основным направлением научных исследований является изучение механизмов развития, установление особенностей клинического течения, оценки роли иммунного статуса, цитокинов при остром обструктивном бронхите у часто болеющих детей, для разработки патогенетических методов лечения и профилактических мероприятий. В нашей стране выполняются широкомасштабные мероприятия по ранней диагностике и профилактике соматических заболеваний среди детей, особенно бронхолёгочной патологии.

Ключевые слова: обструктивный бронхит, цитокины, иммунитет, часто болеющие дети.

УДК: 616.24-008.47

ТЕЗ-ТЕЗ КАСАЛ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ЎТКИР ОБСТРУКТИВ БРОНХИТ КУРСИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ



Шавази Нурали Мамедович, Алланазаров Алишер Боймуратович
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Шавази Нурали Мамедович, Алланазаров Алишер Боймуратович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

FEATURES OF THE COURSE OF ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN FREQUENTLY ILL CHILDREN

Shavazi Nurali Mamedovich, Allanzarov Alisher Boymuratovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: shavazinurali@mail.ru alisherpediatr@mail.ru

Резюме. Нафас олиши касалликларининг асосий нозологик шаклларида бири ўткир бронхит бўлиб, унинг частотаси 1000 болага 70 дан 220 тагача, бронхиал обструксия синдроми 5 дан 40% гача ўзгариб туради, бу ушбу муаммонинг долзарблигини кўрсатади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, 5 ёшгача бўлган болалар ўлимнинг юқумли сабабларининг 15% гача нафас олиши органлари касалликлари. Педиатрик популяцияда нафас олиши касалликларининг энг юқори даражаси "тез-тез касал бўлган болалар" гуруҳида қайд этилган. Ўз вақтида ташхис қўйиш, обструктив бронхит курсини башорат қилиш, кўпинча терапевтик ва профилактика чораларини режаслаштиришида қийинчиликларга олиб келади, айниқса тез-тез касал бўлган болаларда, бу борада касалликни ташхислашнинг энг муҳим мезонларини аниқлаш керак. ФИСда обструктив бронхитнинг шаклланиши учун муҳим хавф омилларини аниқлаш учун боланинг танасига таъсир қилувчи ва касалликнинг ривожланишига таъсир қилувчи ташиқи ва ички омилларнинг ҳар томонлама таҳлили ўтказилди.

Калит сўзлар: тарих, клиник кўрсаткичлар, обструктив бронхит, тез-тез касал болалар.

Abstract. One of the main nosological forms of respiratory diseases is acute bronchitis, the frequency of which is from 70 to 220 cases per 1000 children, in which the bronchial obstruction syndrome varies from 5 to 40%, which indicates the relevance of this problem. According to the World Health Organization, respiratory diseases account for up to 15% of the infectious causes of death in children under 5 years of age. In the pediatric population, the highest level of respiratory morbidity is recorded among the group of "frequently ill children". Timely diagnosis, prediction of the course of obstructive bronchitis, often causes difficulty in planning therapeutic and preventive measures, especially in frequently ill children, in this regard, it is necessary to determine the most important criteria for diagnosing the disease. To establish significant risk factors for the formation of obstructive bronchitis in FIC, a comprehensive analysis of external and internal factors affecting the child's body and influencing the development of the disease was carried out.

Key words: history, clinical indicators, obstructive bronchitis, frequently ill children.

Долзарблиги. Кўпгина тадқиқотларга қарамай, ўткир обструктив бронхит муаммоси, айниқса "тез-тез касал бўладиган болалар" гуруҳидан, ўз вақтида ташхис қўйиш қийинлиги, касалликнинг клиник ва лаборатория кўринишининг ўзига хос хусусиятлари билан боғлиқ бўлган муаммо ҳал қилинмаган.

Болаликда ўткир обструктив бронхитнинг тарқалиши 100 минг болага 4,5-7,5 минг ҳолатга етади, касаллик кўпинча "тез-тез касал бўладиган

болалар" диспансер гуруҳига хос бўлган чўзилувчан, тўлқинли ёки қайталанувчи хусусият билан кечади.

Анамнестик маълумотларнинг хусусиятларини, клиник симптомларни, иммунитет ҳолатини ва ситокин профили кўрсаткичларини ҳисобга олган ҳолда муаммони етарли даражада билмаслик "тез-тез касал бўладиган болаларда" ўткир обструктив бронхитнинг диагностик ва терапевтик

тактикасини такомиллаштириш бўйича кейинги тадқиқотлар зарурлигини кўрсатади, уларнинг ечими касалликнинг кечиши ва оқибатига кескин таъсир қилиши мумкин.

Шу муносабат билан "тез-тез касал бўладиган болалар" да ўткир обструктив бронхитнинг клиник кечиш хусусиятларини, хужайрали ва гуморал иммунитетнинг ҳолатини, ситокинларни аниқлаш долзарб ва муҳим аҳамиятга эга, сўнгра ресидивлар частотасини ва касалликнинг оғирлигини камайтириш учун даволашнинг патогенетик усулларини ишлаб чиқиш.

Илмий тадқиқот мақсади: Тез-тез касал бўладиган болаларда ўткир обструктив бронхитнинг кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Клиник белгиларнинг диагностик аҳамиятини, иммунитет ҳолати ва ситокин профили кўрсаткичлари билан боғлиқлигини аниқлаш учун ўткир обструктив бронхит билан оғриган 120 нафар бемор текширилиб, 2 гуруҳга бўлинди: I гуруҳ (назорат) "эпизодик касал бўладиган болалар" гуруҳидан ўткир обструктив бронхит билан оғриган 40 нафар бемор II гуруҳ (асосий) "тез-тез касал бўладиган болалар" гуруҳидан ўткир обструктив бронхит билан о-риган 80 нафар бемор.

Жадвал 1. Болалардаги ўткир обструктив бронхитда анамнестик маълумотларнинг частотасини кийёсий таҳлил қилиш

Кўрсаткич	Аниқлаш частотаси (%)		ОР	χ ²	Р	ДИ мин	ДИ мах
	II гуруҳ	I гуруҳ					
Гестасия муддати							
31-37 ҳафта	11,3	10,0	1,14	0,04	0,835	0,33	3,96
38-41 ҳафта	78,8	72,5	1,41	0,58	0,445	0,58	3,38
42 ҳафта ва ундан кўп	10,0	17,5	0,52	1,37	0,242	0,18	1,57
Ёши							
1-3 ёшгача	58,8	62,5	0,85	0,16	0,693	0,39	1,86
4-5 ёш	28,8	30,0	0,94	0,02	0,887	0,41	2,16
6 ва > ёш	12,5	7,5	1,76	0,69	0,41	0,46	6,80
жинси							
Ўғил болалар	57,5	55,0	1,11	0,07	0,794	0,52	2,38
Қиз болалар	42,5	45,0	0,90	0,07	0,794	0,42	1,94
1 ёшгача озиклантириш							
Табиий	10,0	30,0	0,26	7,68	0,006	0,10	0,70
Аралш	13,8	25,0	0,48	2,34	0,126	0,18	1,25
Сунъий	76,3	45,0	3,92	11,58	0,001	1,75	8,80
1 йил ичида респираторли инфекцияларнинг такрорланиш частотаси.							
4 марта	13,8	40,0	0,24	10,54	0,001	0,10	0,59
5 марта	38,8	37,5	1,05	0,02	0,894	0,48	2,31
6 марта ва ундан кўп	47,5	22,5	3,12	7,00	0,008	1,32	7,38
БОСнинг биринчи эпизодининг манифестасиядаги ёши.							
1 ёшгача	72,5	35,0	4,90	15,63	0,000	2,17	11,05
1-3 ёшгача	21,3	47,5	0,30	8,75	0,003	0,13	0,68
3 ёшдан катта	6,3	17,5	0,31	3,75	0,053	0,09	1,06
Йилига БОС частотаси							
1 марта ва ундан кам	7,5	20,0	0,32	4,04	0,044	0,10	1,01
2 марта	10,0	30,0	0,26	7,68	0,006	0,10	0,70
3 марта	30,0	30,0	1,00	0,00	1,000	0,44	2,29
4 марта ва ундан кўп	52,5	20,0	4,42	11,59	0,001	1,81	10,77
Аллергологик анамнез							
озик-овқат аллергияси	28,8	32,5	0,84	0,18	0,673	0,37	1,90
дори аллергияси	11,3	10,0	1,14	0,04	0,835	0,33	3,96
Уртикар тошма ва Квинке шиши	3,8	5,0	0,74	0,10	0,747	0,12	4,62
Ижтимоий ва яшаш шароитлари							
Болалар боғчаси ва ясли	72,5	30,0	6,15	19,82	0,000	2,67	14,19

Изоҳ: ОР, χ², Р - фарқларнинг ишончлилиги, ДИ мин ва ДИ мах - гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти

Жадвал 2. Болалардаги ўткир обструктив бронхитда клиник кўринишларнинг частотасини қиёсий таҳлил қилиш

Кўрсаткич	Аниқлаш частотаси (%)		ОР	χ^2	Р	ДИ мин	ДИ мах
	II гуруҳ	I гуруҳ					
касалликнинг бошланиши							
Ўткир	71,3	42,5	3,35	9,32	0,002	1,52	7,40
Аста секинлик билан	28,8	57,5	0,30	9,32	0,002	0,14	0,66
Касалликнинг қайси куни обструкция содир бўлган							
1 кун	71,3	42,5	3,35	9,32	0,002	1,52	7,40
2-3 кунлари	28,8	57,5	0,30	9,32	0,002	0,14	0,66
Аҳволи							
Ўртача оғирликда	28,8	37,5	0,67	0,94	0,331	0,30	1,50
Оғир	71,3	62,5	1,49	0,94	0,331	0,67	3,32
Тана ҳарорати							
<37,0 ⁰ С	35,0	27,5	1,42	0,68	0,408	0,62	3,26
37,1-37,9 ⁰ С	20,0	42,5	0,34	6,77	0,009	0,15	0,78
38,0-39,0 ⁰ С	23,8	17,5	1,47	0,61	0,433	0,56	3,85
> 39,0 ⁰ С	21,3	12,5	1,89	1,36	0,243	0,64	5,56
Йўтал							
Қурук	58,8	72,5	0,54	2,17	0,141	0,24	1,23
Нам	41,3	27,5	1,85	2,17	0,141	0,81	4,22
Балғам							
Жуда кам	58,8	42,5	1,93	2,83	0,093	0,89	4,16
Кўп	41,3	57,5	0,52	2,83	0,093	0,24	1,12
Ўпкада перкуссияда							
Ўпка товуши	15,0	35,0	0,33	6,28	0,012	0,13	0,80
Қутичасимон	85,0	65,0	3,05	6,28	0,012	1,25	7,46
Ўпкада аускултасияда							
Қаттиқ нафас	88,8	87,5	1,13	0,04	0,841	0,35	3,62
Сусайган нафас	11,3	12,5	0,89	0,04	0,841	0,28	2,85
Ўпкада хириллашлар							
Крепитирланувчи	2,5	2,5	1,00	0,00	1,000	0,09	11,37
Қурук	57,5	45,0	1,65	1,67	0,196	0,77	3,55
Нам	40,0	52,5	0,60	1,69	0,194	0,28	1,30
Нафас етишмовчилиги							
HE 0 дар.	2,5	7,5	0,32	1,67	0,196	0,05	1,97
HE 1 дар.	8,8	50,0	0,10	26,02	0,000	0,04	0,26
HE 2 дар..	77,5	40,0	5,17	16,48	0,000	2,27	11,75
HE 3 дар.	11,3	2,5	4,94	2,67	0,012	0,60	40,48

Бронхо-обструктив синдромнинг ривожланишига сабаб болган омилларни аниқлаш учун беморлар ва уларнинг ота-оналари тадқиқот гуруҳларида оиланинг соғлиғи ҳолатини ва боланинг анте-, постнатал ва биринчи йилларида ривожланиш хусусиятларини тавсифловчи генеалогик, биологик ва ижтимоий анамнези, преморбид ва оилавий фони таҳлили отказилди. Асосий ва назорат гуруҳларидаги беморларнинг тиббий хужжатларини ретроспектив таҳлил қилиш маълумотларига асосланиб, биз БОСнинг клиник хусусиятларини таҳлил қилдик. Маълумотлар клиник текширув ва ота-оналарни сороқ қилишда аниқланди. Бронхиал обструкциянинг дастлабки белгиларининг пайдо бўлиш ёши (йўтал, нафас қисилиши, хириллаш),

уларнинг пайдо бўлиш частотаси, уларнинг пайдо бўлишининг клиник хусусиятлари ва ҳолатлари бошқа кўрсаткичларда кўрсатилган.

Болаларда ЎОБ кечиш хусусиятларини тавсифловчи беморларда анамнестик маълумотларнинг пайдо бўлиш частотасининг аҳамиятини аниқлаш ихтиёрий жадваллар ёрдамида таҳлил қилинди (жадвал 1).

Ўрганилаётган кўрсаткичларнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, Гестасия муддати бўйича ТТКББда ЎОБ билан оғриган беморларнинг туғилиш даражаси ЭКББдаги ЎОБ билан оғриган беморлардагидан деярли фарқ қилмайди (ОР = 0,52 = 1,41; χ^2 = 0,04 - 1,37).

II гуруҳ болалари касалланишининг асосий улуши 1 ёшгача (58,8%), I гуруҳдаги беморларга

нисбатан (62,5%) кузатилди, бу ёш оралиғида сезиларли ахамиятга эга эмаслигини кўрсатди. Гуруҳларда гендер фарқи аниқланмади, ўғил болалар ҳам, қизлар ҳам тенг даражада касалликка чалинди.

Тақдим этилган маълумотларга кўра, ҳисобланган кўрсаткичлар шаклланишда сунъий озиклантиришнинг диагностик қийматини тасдиқлайди – ТТКББ гуруҳида 76,3% ва ЭКББ гуруҳида 45,0% (ОР=3,92; СІ=1,75-8,80; $\chi^2=11,58$; $p=0,001$). Эрта сунъий озиклантириш турли касалликлар, шу жумладан чақалоқларда ўткир респиратор вирусли инфекциялар хавфини оширади, шу жумладан ўсаётган болаларда иммунологик реактивликни шакллантиришга овқатланишнинг таъсирини ҳисобга олиш лозимлигини кўрсатади. Аксинча, табиий озиклантириш, кўшимча озик-овқат маҳсулотларини ўз вақтида киритиш ЎОБ ривожланишига нисбатан химоя омили бўлиб хизмат қилади, бунда ТТКББ гуруҳида ЭКББ гуруҳига нисбатан частотаси 10,0% ва 30,0% ни ташкил этди, аралаш овқатлантиришда 13,8% ва 25,0% мос равишда диагностик ахамиятга эга эмаслиги аниқланди.

ЎОБ билан оғриган болаларда анамнестик ва ижтимоий маълумотларнинг ривожланиш частотасининг қиёсий таҳлили (2-жадвал) шуни кўрсатадики, респиратор инфекцияларнинг 1 йил ичида такрорланиш частотаси ТТКББ диагностикаси учун энг муҳим мезонлардан бири бўлиб, нафас олиш касалликларининг кечиши ва прогнозига аниқ таъсир қилади. ТТКББда ЎОБнинг муҳим мезони нафас олиш аёллари инфекциясининг йилига 6 ёки ундан кўп марта такрорланиш частотаси - 47,5% ҳолларда, I гуруҳ беморларига нисбатан - 22,5% (ОР = 3,12; СІ = 1,32-7,38; $\chi^2 = 7,00$; $p = 0,008$) бўлишидир.

Статистик таҳлил билан тасдиқланган ТТКББ да ЎОБ диагностик мезонларидан бири I ёшгача бўлган болада БОС клиник белгиларининг бошланиши бўлиб, ТТКББ гуруҳида 72,5%, ЭКББ гуруҳида 35,0% (ОР=4,90; СІ=2,17-11,05; $\chi^2=15,63$; $p=0,001$) ташкил этди. БОСнинг биринчи эпизодининг намоён бўлишининг бошқа ўрганилган вақтинчалик градацияларининг частоталарини таққослаш ўрганилаётган болалар гуруҳларида сезиларли фарқ аниқланмади.

Шунингдек, ЎОБ клиник кечишининг хусусиятлари бронхиал обструкциянинг йилига 4 марта ёки ундан кўп ТТКББда сезиларли даражада кўпроқ бўлиб - 50,0%, ЭКББ болаларга нисбатан - 20,0% (ОР=4,42; СІ=1,81-10,77; $\chi^2=11,59$; $p=11,59$; $p=0,001$) йилида 3 марта ва ундан кам касалланишига қарамай сезиларли фарқ кузатилмади.

ЎОБ билан бўлган ТТКББ гуруҳида

аллергия намоёнларини кузатиш частотаси озик-овқат учун 28,8%, дори воситалари учун 11,3% ва ўткир уртикар тошма, Квинске шиши шаклида аллергия реакцияларнинг оғир шакллари учун 3,8% ташкил этди, ЭКББ билан бўлган беморларга нисбатан мос равишда 32,5%, 10,0% ва 5,5% бўлиб статистик жиҳатдан фарқ қилмади.

Ижтимоий ва турмуш омили орасида ТТКББда ЎОБнинг ўзига хос хусусияти сифатида мактабгача таълим муассасаларига ташриф буюриш муҳим рол ўйнайди - 72,5%, ЭКББ гуруҳидаги болаларга нисбатан - 30,0% (ОР=6,15; СІ=2,67-14,19; $\chi^2=19,82$; $p=0,001$;) ва алоҳида хонанинг йўқлиги -66,3% ва 72,5% (ОР=0,74; СІ=0,32-1,72; $\chi^2=0,48$; $p=0,488$).

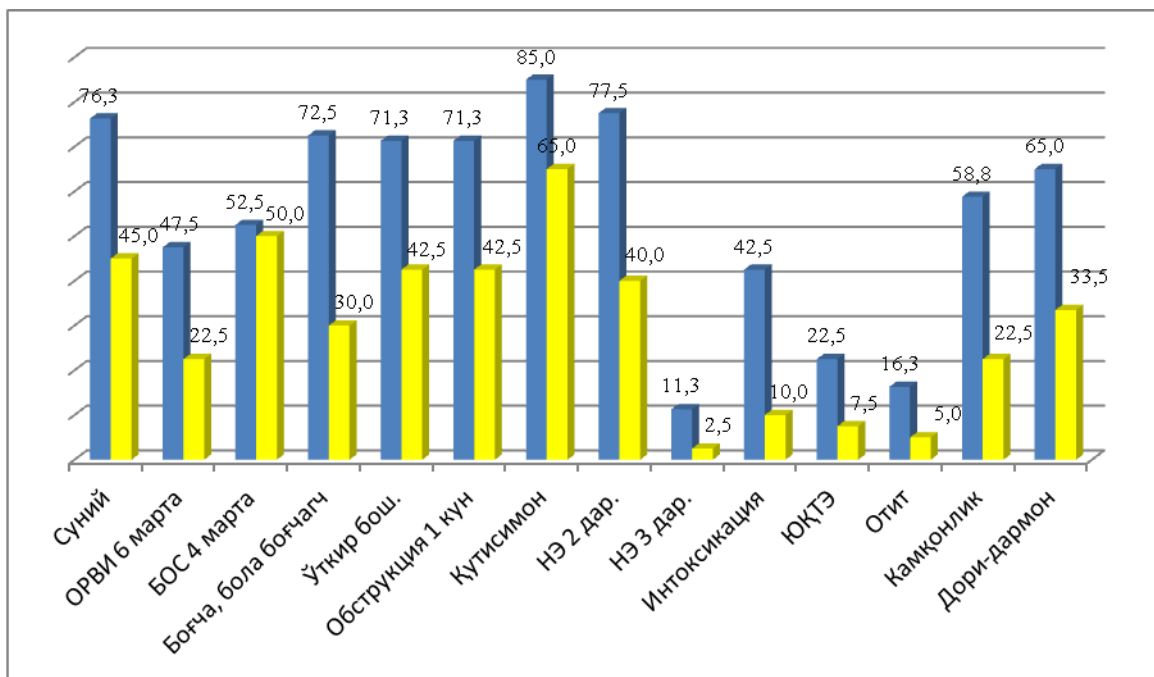
ТТКББда ЎОБ ривожланиши билан касалликнинг клиник белгиларининг ўткир ривожланиш частотаси - 71,3% ҳолларда, ЭКББ билан солиштириганда сезиларли қиймат билан тавсифланади - 42,5% (ОР = 3,35; СІ = 1,52-7,40; $\chi^2 = 9,32$; $p = 0,002$), уларда касалликнинг аста-секинлик билан ривожланиши тез-тез учради - 57,5% ҳолларда. ТТКББда ЎОБ учун касалликнинг 2-3-кунларида обструкция ривожланиши билан солиштириганда касалликнинг 1-куни обструктив синдромнинг ривожланиши (ОР=3,35; СІ=1,52-7,40; $\chi^2=9,32$; $p=0,002$) муҳим ахамиятга эга эди.

Болаларда БОСнинг ривожланиши болалар аҳволининг ёмонлашишига олиб келди, аҳволи ўртача оғирликда, шунингдек, оғир, ТТКББ гуруҳидаги болаларда (28,8% ва 71,3%) ва ЭКББ гуруҳида (37,5% ва 62,5%) намоён бўлди, аммо паст кўрсаткичлар бу диагностика белгиларининг моҳиятини пастлигини кўрсатди.

Гипертермия частотасининг 38,0-39,0^oС ва > 39,0^o С оралиғида бироз ошиши ТТКББ гуруҳидаги ЎОБ (23,8% ва 21,3%) ва ЭКББ (17,5% ва 12,5%) билан солиштириганда гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқларга эга бўлмади.

ТТКББ гуруҳида ЎОБ билан кўпроқ куруқ йўтал (58,8%), I гуруҳда (72,5%), шунингдек, ажратиши қийин бўлган кам балғам - 41,3%, I гуруҳда - 57,5% бир-биридан сезиларли даражада фарқ қилмади.

ЎОБ билан оғриган болаларда физикал маълумотларни таҳлил қилишда, ТТКББ ўпка товушини қутичасимон товушини аниқлаш эҳтимоли сезиларли даражада юқори бўлиб - 85,0% ҳолларда, I гуруҳга нисбатан (ОР = 3,05; СІ = 1,25-7,46; $\chi^2 = 6,28$; $p = 0,012$), аускултасияда қаттиқ нафас эшитилиши ҳар иккала гуруҳда ҳам сезиларли даражада фарқ қилмади 88,8% ва 87,5% ва кўп ҳолларда гуруҳларда ўпкада хириллаш хусусиятлари: крепитасия - 2,5% ва 2,5%, куруқ хириллашлар 57,5% ва 45,0% ва нам хириллашлар- 40,0% ва 52,5% кузатилди.



Изоҳ: – I гуруҳ (n=40), – II гуруҳ (n=80)

Расм 1. Беморларда ўткир обструктив бронхитда анамнестик маълумотлар ва клиник кўринишларнинг частотасининг диагностик қиймати (%)

БОС ривожланиши билан НЕ даражасининг ифодаланиши ТТКББ гуруҳидаги ЎОБда кўпроқ характерли бўлиб, уларда кўпроқ 2-даражали НЕ (75,5%) ва 3-даражали НЕ (11,3%) кузатилди ва сезиларли фарқ билан намоён бўлди ($OR=5,17$; $CI=2,27-11,75$; $\chi^2=16,48$; $p=0,001$ ва $OR=4,94$; $CI=0,60-40,48$; $\chi^2=2,67$; $p=0,012$), ЭКББ гуруҳи билан солиштирганда (40,0%, 2,5%, 7,5% ва 50,0%) касалликни намоён бўлмаслиги (12,43%) ёки кучли бўлмаган хансираш (47,5%) мос равишда кузатилди.

ТТКББда ЎОБда анамнестик, клиник ва лаборатория параметрларининг хусусиятларининг аниқ тасвири 1-расмда кўрсатилган.

1-расмда кўрсатилганидек, анамнестик маълумотларнинг частотасини таҳлил қилиш ТТКББ болалар гуруҳида ўткир обструктив бронхитнинг муҳим хусусиятларини аниқлаш имконини берди: эрта суний озиклантириш ($OR=3,92$; $CI=1,75-8,80$; $\chi^2=11,58$; $p=0,001$); респиратор инфекциянинг 1 йил ичида 6 ёки ундан кўп марта такрорланиши ($OR=3,12$; $CI=1,32-7,38$; $\chi^2=7,00$; $p=0,008$); йилига 4 марта ва ундан ортиқ бронхиал обструкция ривожланиши ($OR=4,42$; $CI=1,81-10,77$; $\chi^2=11,59$; $p=0,001$); мактабгача таълим муассасаларига қатнаши ($OR=6,15$; $CI=2,67-14,19$; $\chi^2=19,82$; $p=0,001$); клиник симптомларнинг ўткир ривожланиши ($OR=3,35$; $CI=1,52-7,40$; $\chi^2=9,32$; $p=0,002$); касалликнинг 1-кунда обструктив синдромнинг ривожланиши ($OR=3,35$; $CI=1,52-7,40$; $\chi^2=9,32$; $p=0,002$); онанинг ҳомиладорлик даврида дори воситаларини қабул қилишини (65,0%, $OR=3,45$; $CI=1,56-7,65$; $\chi^2=9,70$; $p=0,001$) ва улар касаллик

диагностикаси учун қўшимча мезон сифатида тавсия этилди.

Хулоса. Ушбу мойилликка олиб келувчи хавф омилларни тушуниш ва аниқлаш ТТКББда ЎОБ ривожланишининг юқори хавфи бўлган болаларни аниқлашга ёрдам беради, бу касалликнинг частотаси ва оғирлигини камайтириш учун зарур ва диагностик терапевтик чораларни ўз вақтида қабул қилиш имконини беради.

Адабиётлар:

1. Абольян Л. В., Иванова Е. С. Исследование информированности медицинских работников по вопросам поддержки грудного вскармливания //профилактика 2015. – С. 17a-17b..
2. Алланазаров А.Б., Мамаризаев М.К., Абдукодирова Ш.Б. Факторы риска развития острого бронхообструктивного у часто болеющих детей по данным РНЦЭМП Самарканд филиала. Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. Специальный выпуск. Том -I. Тошкент – 2023. Стр. 47-48. <https://www.sammu.uz/uz/article/2001/download>
3. Геппе Н.А., Мелешкина А.В., Чебышева С.Н., Велювецкая М.Д. Приоритеты в тактике ведения детей с бронхиальной обструкцией на фоне острой респираторной вирусной инфекции: что нового? Доктор.Ру. 2021; 20(3): 6–10..
4. Зайцев А. А. Острый бронхит: клинические рекомендации //Медицинский совет. – 2020. – №. 17. – С. 27-32.;
5. Заплатников А. Л., Гирина А. А., Локшина Э. Э., Леписева И. В., Майкова И. Д., Кузнецова О. А., Дубовец Н. Ф. Часто болеющие дети: все ли

решено? //Медицинский совет. – 2018. – №. 17. – С. 206-214

6. Иванова НА. Рецидивирующая обструкция бронхов и бронхиальная астма у детей первых пяти лет жизни. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016;61(5):64–69.;

7. Ю.Л. Мизерницкий // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. – Москва: ИД «Медпрактика-М», 2018. – Вып.18. – С. 108-119. ISBN 978-5-98803-380-386;

8. Казумян М.А., Василенок А.В., 2018; 37–43;

9. Ibragimova M. F. Diagnostic criteria for pneumonia of atypical etiology in children //British Medical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 5.

10. Bai L, Su X, Zhao D, et al. Exposure to traffic-related air pollution and acute bronchitis in children: season and age as modifiers. J Epidemiol Community Health. 2018;72(5):426-433. doi:10.1136/jech-2017-209948].

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Шавази Н.М., Алланазаров А.Б.

Резюме. Одной из основных нозологических форм респираторных заболеваний являются острые бронхиты, частота которых составляет от 70 до 220 случаев на 1000 детей, при которых синдром бронхиальной обструкции варьирует от 5 до 40 %, что свидетельствует о актуальности данной проблемы. По данным Всемирной организации здравоохранения заболевания органов дыхания составляют до 15% инфекционных причин смерти детей в возрасте до 5 лет. В педиатрической популяции наиболее высокий уровень респираторной заболеваемости регистрируется среди группы «часто болеющих детей». Своевременная диагностика, прогнозирование течения обструктивного бронхита, нередко вызывает затруднение для планирования лечебных и профилактических мероприятий особенно у часто болеющих детей, в этой связи необходимо определение важнейших критериев диагностики заболевания. Для установления значимых факторов риска формирования обструктивного бронхита у ЧБД, проведен комплексный анализ внешних и внутренних факторов, воздействующих на организм ребенка и оказывающих влияние на развитие заболевания.

Ключевые слова: анамнез, клинические показатели, обструктивный бронхит, часто болеющие дети.

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ЖЕНЩИН НА ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА



Шарипова Ирода Пулатовна, Садирова Шахло Сабировна, Рахимов Равшан Абдуллаевич, Юлдашова Гулжахон Тойировна, Шарапов Саид Махмудханович, Суяркулова Дилдора Толибжоновна
Научно-исследовательский институт вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, Республика Узбекистан, г. Ташкент

АЁЛЛАРНИ ОДАМ ПАПИЛЛОМАСИ ВИРУСИГА СКРИНИНГ ҚИЛИШ НАТИЖАЛАРИ

Шарипова Ирода Пулатовна, Садирова Шахло Сабировна, Рахимов Равшан Абдуллаевич, Юлдашова Гулжахон Тойировна, Шарапов Саид Махмудханович, Суяркулова Дилдора Толибжоновна
Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази Вирусология илмий-тадқиқот институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

RESULTS OF SCREENING OF WOMEN FOR HUMAN PAPILLOMA VIRUS

Sharipova Iroda Pulatovna, Sadirova Shakhlo Sabirovna, Rakhimov Ravshan Abdullaevich, Yuldashova Gulzhakhon Toirovna, Sharapov Said Makhmudkhanovich, Suyarkulova Dildora Tolibjonovna
Research Institute of Virology of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Epidemiology, Microbiology, Infectious and Parasitic Diseases, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: irodash71@mail.ru

Резюме. Ўзбекистоннинг 3 та вилоятида яшовчи 44258 нафар тугилиш ёшидаги аёллар ОПВ нинг 14 та генотиби (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68) мавжудлиги бўйича скринингдан ўтказилди. 14 та генотипдаги ОПВ аёлларнинг 8,5 фоизда аниқланган. ОПВ инфекциясининг энг юқори даражаси 20-29 ёшдаги ёш аёлларда (12,3%) ва 50 ёшдан ошган кекса аёлларда (9,7%) аниқланган. Юқтирилган аёлларнинг 75,4 фоизда ОПВ нинг 1 та генотиби, қолган 24,6 фоизда эса бир нечта (2-7) ОПВ генотиплари билан коинфекция аниқланган. Ҳомиладар бўлмаган аёлларда ОПВни аниқлаш частотаси сезиларли даражада юқори бўлган ва ҳомиладорлик тарихи бўлган аёлларда ОПВ инфекцияси паст бўлган. Ҳомиладорлик сонининг кўпайиши билан ОПВ инфекцияси даражаси камайди. Бу ОПВ инфекциясининг аёлларнинг репродуктив тизимига салбий таъсири билан боғлиқ деб тахмин қилинади.

Калит сўзлар: скрининг, одам папиллома вируси, бачадон бўйни саратони.

Abstract. 44,258 women of childbearing age living in 3 regions of Uzbekistan were screened for the presence of 14 genotypes (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68.) of HPV. HPV of all 14 genotypes were detected in 8.5% of women. The highest level of HPV infection was found in young women aged 20-29 years (12.3%) and in older women over 50 years (9.7%). In 75.4% of infected women, 1 HPV genotype was detected, and in the remaining 24.6%, co-infection with several (2-7) HPV genotypes was detected. The frequency of HPV detection was significantly higher in non-pregnant women, and in women with a history of pregnancy, the level of HPV infection was lower. As the number of pregnancies increased, the HPV infection rate decreased. It is assumed that this is due to the negative impact of HPV infection on the reproductive system of women.

Key words: screening, human papillomavirus, cervical cancer.

Введение. Последние годы отмечается рост злокачественных новообразований у женщин, особенно рака шейки матки (РШМ). В мире выявили высокую распространенность ВПЧ, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Рак шейки матки, в настоящее время, занимает второе место среди злокачественных новообразований репродуктивной системы у женщин

во всем мире; по оценкам, в 2020 г. произошло 604 000 новых случаев заболевания и 342 000 случая смерти от него. Порядка 90% новых случаев заболевания и смерти в 2020 г. имело место в странах с низким и средним уровнем дохода [3, 9]. Ежегодно РШМ диагностируется у 1660 женщин Узбекистана. В структуре онкологической заболеваемости рак шейки матки занимает 2-е

место после рака молочной железы, показатель составляет 8,4 на 100 тысяч женщин. Каждый год в стране от РШМ погибает в среднем 585 женщин [6, 7, 8].

Основным этиологическим фактором развития РШМ является инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ) [1, 2, 4, 5]. Опыт развитых стран показывает, что хорошо спланированные программы систематического скрининга с высоким охватом населения могут, статистически значимо, снизить число новых случаев заболевания и смертность от РШМ.

Представляет научный и практический интерес изучение уровня и закономерностей распространенности в Узбекистане ВПЧ у женщин фертильного возраста.

Цель исследования: проведение скрининга женщин фертильного возраста, на наличие генотипов ВПЧ и определение факторов риска.

Методы исследования. При проведении настоящего скрининга в целевую группу, при условии добровольного участия, были включены 44258 женщин в возрасте старше 20 лет, проживающие в г. Ташкенте, Андижанской и Самаркандской областях (мегаполис и 2 региона с высокой плотностью населения). У женщин, согласившихся на обследование проводился опрос на наличие в анамнезе вероятных факторов, способных влиять на уровень распространения ВПЧ. Однако, в опросе согласились участвовать 42963 женщины. Затем у всех женщин проводился забор цервикальных мазков. Мазки доставляли в референс-лабораторию Научно-исследовательского института вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Мазки исследовали на наличие генетических маркеров вируса папилломы человека (ВПЧ) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с

применением тест системы “АмлиСенс” “ДНК Сорб АМ” (Россия). В процессе исследования определяли наличие в мазках 14 типов ВПЧ (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68).

Результаты исследования. Всего для исследования в 3 регионах Узбекистана было отобрано 44258 женщин. Основная часть составили женщины зрелого возраста 30-39 лет и 40-49 лет ($p > 0,5$). Пожилых женщин и женщин младше 30 лет было только 6,9% от общего количества ($p < 0,001$).

У всех опрошенных женщин были взяты мазки из цервикального канала и обследованы методом ПЦР на наличие инфицирования ВПЧ (табл. 1).

Наиболее высокий уровень пораженности ВПЧ женщин фертильного возраста оказался в Андижанской области ($p < 0,001$). В г. Ташкенте уровень пораженности ВПЧ был немного ниже, чем в Андижанской области, но разница была статистически не достоверной ($p > 0,5$). А вот в Самаркандской области уровень инфицированности женщин был существенно ниже ($p < 0,001$).

Наиболее высокий уровень инфицированности ВПЧ был выявлен у молодых женщин в возрасте 20-29 лет и у пожилых женщин старше 50 лет (табл. 2).

У 3766 инфицированных ВПЧ, в сумме было выявлено 4979 штаммов 14 типов ВПЧ. В среднем это составило по 1,3 штамма разных типов ВПЧ на 1 инфицированную женщину.

Анализ генотипов выявленных штаммов ВПЧ, показал, что из всех женщин, у которых были обнаружены ВПЧ, у 75,4% было выявлено по 1 типу вируса (табл. 3).

А у остальных 24,6% было выявлено сочетанное инфицирование несколькими типами ВПЧ (от 2 до 7). Это свидетельствует о том, что в условиях многообразия циркулирующих типов ВПЧ, высока вероятность повторных заражений другими типами вирусов.

Таблица 1. Частота выявления ВПЧ в отдельных регионах Узбекистана

	Регион	Обследовано женщин	Выявлено с ВПЧ	%
1	г. Ташкент	26796	2367	8,8±0,2
2	Андижан. обл.	9836	901	9,2±0,3
3	Самарканд. обл.	7626	498	6,5±0,3
	Итого	44258	3766	8,5±0,1

Таблица 2. Частота выявления ВПЧ у женщин разных возрастных групп

	Возрастная группа	Обследовано женщин	Выявлено с ВПЧ	%
1	20-29 г.	870	107	12,3±0,2
2	30-39 л.	22778	1999	8,8±0,3
3	40-49 л.	18464	1452	7,9±0,2
4	50 л. и старше	2146	208	9,7±0,6
	Итого	44258	3766	8,5±0,1

Таблица 3. Частота выявления моно и сочетанных типов ВПЧ

Выявлено с ВПЧ+	Количество выявленных сочетаний типов ВПЧ						
	1	2	3	4	5	6	7
3766	2840	716	157	37	12	3	1
100,0%	75,4%	19,0	4,2	1,0	0,3	0,07	0,03

Анализ удельного веса выявленных циркулирующих типов ВПЧ показал их неравномерность (рис. 1).

Практически у всех женщин, инфицированных ВПЧ, были обнаружены все 14 генотипов (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68), относящихся к генотипам высокого онкогенного риска [4, 8]. Среди них доминировал ($p < 0,001$) генотип ВПЧ 16 ($23,4 \pm 0,6\%$). Вирусы со средним уровнем распространения (ВПЧ 18, 31, 39, 51, 52, 56, 66 и 68 генотипов) составили в сумме $57,1 \pm 0,7$. Вирусы относительно низкого уровня распространения (ВПЧ 33, 35, 45, 58 и 59 генотипов) составили в сумме $19,5 \pm 0,6$.

Сравнительный анализ соотношения генотипов ВПЧ в обследованных регионах выявил лишь некоторые отличия. Если генотип 16 доминировал во всех 3-х регионах, то второй по распространенности, во многих странах, генотип 18 доминировал только в одной, Андижанской области. Других значительных отличий уровня и соотношения генотипов по регионам, выявлено не было (рис. 2).

По результатам опроса женщин, согласившихся участвовать в опросе и данным их лабораторного обследования, устанавливали наличие связи некоторых факторов с уровнем распространенности ВПЧ.

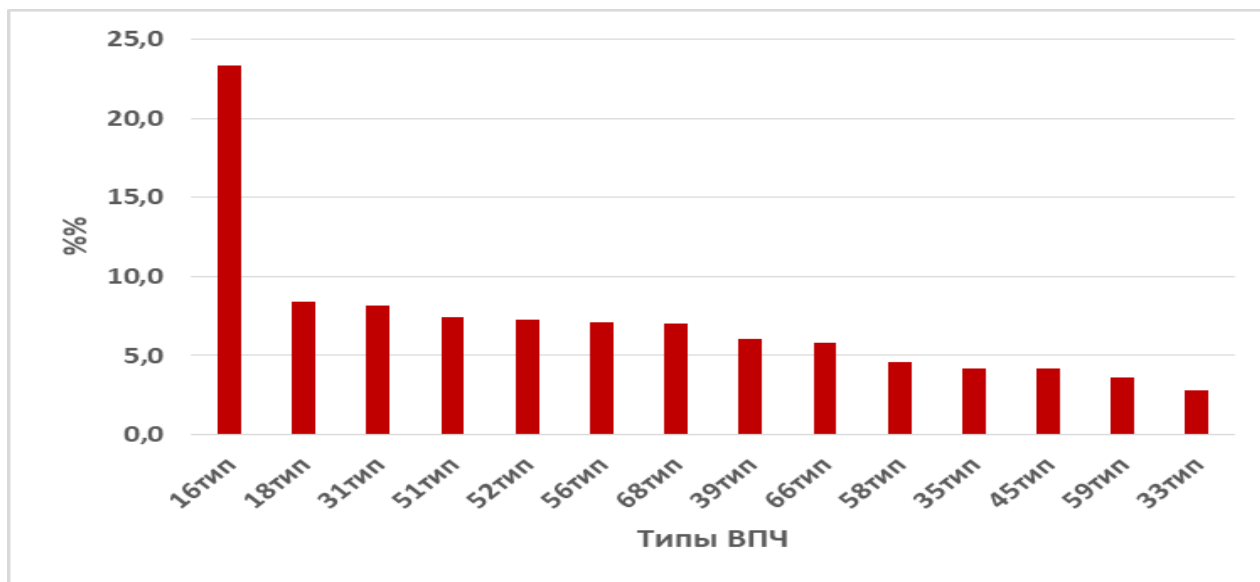


Рис. 1. Спектр и частота генотипов ВПЧ, выявленных у женщин

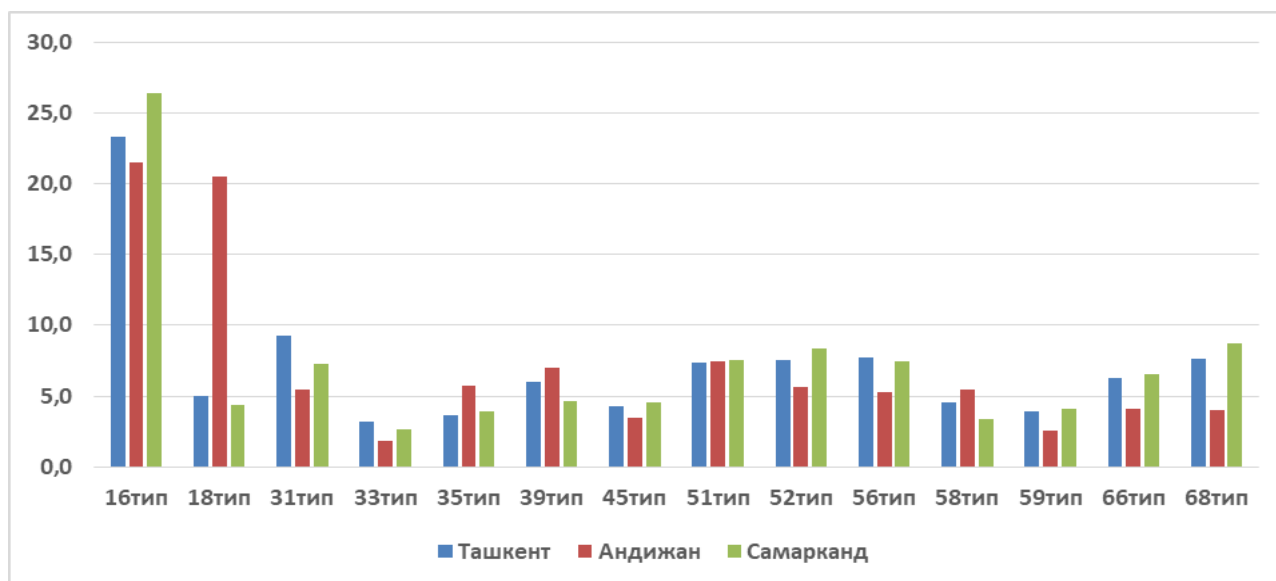


Рис. 2. Соотношение генотипов ВПЧ в обследованных регионах

Таблица 4. Стаж половой жизни и частота выявления ВПЧ

Срок половой жизни	Обследовано женщин	Из них ВПЧ+	%
До 20 лет	23767	2031	8,5±0,2
От 21 до 30 л.	18537	1569	8,4±0,2
Свыше 31-42г.	659	80	12,1± 1,3
Всего	42963	3680	8,5±0,1

Таблица 5. Семейное положение и частота выявления ВПЧ

Семейный статус	Обследовано женщин	Из них ВПЧ+	%
Не замужем	611	60	9,8±1,5
Замужем	39408	3218	8,2±0,1
Сожительствует	901	108	12,0±1,1
В разводе	2043	294	14,4±0,8
Всего	42963	3680	8,5±0,1

Таблица 6. Применение контрацептивов и частота выявления ВПЧ

Использование контрацептивов		Обследовано женщин	Из них ВПЧ+	%
Нет		25968	2252	8,7±0,2
Да	Внутриматочные	12615	1005	8,0±0,2
	Презервативы	2818	254	9,0±0,5
	Гормональные	1562	169	10,8±0,8
	Всего	16995	1428	8,4±0,2

При сравнительном анализе срока половой жизни женщин и частоты выявления ВПЧ была выявлена достоверная прямая сильная корреляционная связь ($r=0,88$) повышения уровня пораженности ВПЧ, с увеличением срока половой жизни обследованных женщин (табл. 4).

При исследовании семейного образа жизни женщин и результатов их обследования достоверных различий уровня инфицированности ВПЧ, женщин с различным статусом семейного положения (кроме разведенных) не было выявлено (табл. 5).

Только у женщин, находящихся в разводе, уровень выявления ВПЧ, оказался заметно выше, чем у остальных женщин, возможно это связано с тем, что у этой категории женщин могло быть больше половых партнеров.

Проводился анализ возможности влияния фактора применения контрацептивов и их видов на уровень распространенности ВПЧ у женщин (табл. 6).

Однако достоверных различий ($p>0,5$) частоты выявления ВПЧ ни в зависимости от их применения, ни от их вида, выявлено не было. Только у женщин, использовавших гормональные контрацептивы, частота обнаружений ВПЧ была выше ($p<0,5$), чем у женщин, вообще не использовавших контрацептивы или использовавших внутриматочные контрацептивы.

При сравнительном анализе количества беременностей и их исходов с частотой выявления ВПЧ были получены интересные данные (табл. 7).

Частота выявления ВПЧ оказалась достоверно выше ($p<0,001$) у не беременных женщин, по сравнению с женщинами, имевшими в анамнезе беременности. В данном случае беременность как-бы сыграла роль фактора, снижающего риск инфицирования ВПЧ. Выявлена обратная сильная корреляционная связь количества беременностей и частотой выявления ВПЧ ($r=-0,98$). С увеличением количества беременностей, уровень инфицированности ВПЧ снижался. В отношении аборт и выкидышей была выявлена обратная закономерность. Уровень инфицированности ВПЧ возрастал с увеличением в анамнезе количества абортов ($r=1,00$) или выкидышей ($r=0,72$).

А в отношении абортов и выкидышей была выявлена обратная закономерность. Уровень инфицированности ВПЧ возрастал с увеличением в анамнезе количества абортов ($r=1,00$) или выкидышей ($r=0,72$).

Обсуждение. Выявление маркеров ВПЧ у 8,5 % женщин фертильного возраста достоверно показал, что Узбекистан относится к странам с умеренным уровнем распространения ВПЧ [8]. Наиболее высокий уровень инфицирования (12,3%) был выявлен у самой молодой категории женщин 20-29 лет, что свидетельствует о наличии у них факторов высокого риска инфицирования ВПЧ.

При обследовании женщин, был выявлен весь спектр из 14 генотипов ВПЧ высокого онкогенного риска, представленный в использованной диагностической тест-системе.

Таблица 7. Количество беременностей, их исходов и частота выявления ВПЧ

Семейный статус	Обследовано женщин	Из них ВПЧ+	%
Наличие беременностей			
Да	41390	3459	8,3±0,1
Нет	1573	221	14,0±0,9
Всего	42963	3680	8,5±0,1
Количество беременностей			
1	3781	481	12,7±0,5
2	12182	1106	9,1±0,3
3	17695	1303	7,4±0,2
4 и более	7657	539	7,0±0,3
Всего	41315	3429	8,3±0,1
Количество выкидышей			
1	7002	469	6,7±0,3
2	1920	203	10,6±0,7
3	894	86	9,6±1,0
4 и более	397	39	9,8±1,5
Всего	9913	797	8,0±0,3
Количество аборт			
1	10683	796	7,5±0,3
2	4406	399	9,1±0,4
3	1695	171	10,1±0,7
4 и более	1013	100	9,9±0,9
Всего	17797	1466	8,2±0,2

При таком многообразии циркулирующих в регионе генотипов ВПЧ, у каждой 4-й женщины было выявлено инфицирование не одним, а сразу несколькими (2-7) генотипами ВПЧ. Из всех генотипов в основном доминировал 16 генотип, а в одной из областей еще и 18 генотип. Применяемые 2-х валентные вакцины содержат антигены наиболее распространенных во многих странах 16 и 18 генотипов. В Узбекистане, среднем удельный вес 16 и 18 генотипов, среди всех выявленных ВПЧ составил 31,8%, что достаточно много. Но, 68,2% составили остальные 12 генотипов ВПЧ. Это является основанием для рассмотрения вопроса применения вакцин с более высокой валентностью.

Результаты сравнительного анализа сроков половой жизни женщин и частоты выявления ВПЧ, показали, что заражение женщин начинается уже с началом половой жизни, и возрастает с увеличением продолжительности половых отношений.

Сам статус семейной жизни, вероятно, не является показателем влияния на распространенность ВПЧ, поскольку не отражает вариантов половых отношений опрошенных женщин. Вероятно, женщины, находящиеся в состоянии развода или сожительствующие с мужчинами без брака, могут иметь больше половых связей, по сравнению с замужними и еще не замужними женщинами, что повлияло на некоторую разницу в уровне инфицирования ВПЧ этих категорий женщин.

Не было установлено значения половых актов без применения контрацептивов или применения различных видов контрацептивов в распространении ВПЧ. По результатам анализа, возможно только предположить, что гормональные препараты негативно повлияли на состояние иммунитета женщин, что способствовало более частому инфицированию ВПЧ.

Причина, разницы в уровне инфицированности ВПЧ не беременных и беременных женщин, снижения уровня инфицированности ВПЧ с увеличением количества беременностей и количества выкидышей, по нашему мнению, заключается в возможном патологическом воздействии ВПЧ на репродуктивную систему женщин [10, 11]. Поэтому инфицирование ВПЧ могло явиться причиной бесплодия и спровоцировать выкидыши у обследованных женщин. То есть эти факторы являлись не причиной, а следствием инфицирования ВПЧ.

Выявленное возрастание уровня инфицированности ВПЧ с увеличением количества аборт и выкидышей, с одной стороны также могло быть спровоцировано ВПЧ инфекцией, а с другой стороны могло быть следствием назокомиального инфицирования при проведении медицинских процедур [12].

Выводы.

1. По уровню выявления ВПЧ среди женщин фертильного возраста (8,5%) Узбекистан относится к странам с умеренным уровнем распространения ВПЧ.

2. В Узбекистане среди женщин фертильного возраста выявлена циркуляция 14 генотипов ВПЧ высокого онкогенного риска, что в 24,6% обусловило микст заражение несколькими (2-7) генотипами ВПЧ.

3. В этих условиях, для вакцинации населения предпочтительно применять поливалентные вакцины против ВПЧ.

4. Факторами, способствующими распространению ВПЧ, длительный период половой жизни и половые отношения вне брака.

5. Вероятно, инфицирование ВПЧ способствует формированию бесплодия у женщин и может являться причиной выкидышей у беременных женщин.

Литература:

1. Добровольская Д. А., Байрамова Г. Р., Асатурова А. В., Теврюкова Н. С. Прогностическая значимость биомаркеров вируса папилломы человека в дифференциальной диагностике плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки. *Акушерство и гинекология*. 2022.-№6.-С. 20-25.
2. Пантеева Я.И., Артамонов Р.П. Роль вируса папилломы человека в развитии рака шейки матки // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2019. Т. 9. № 9. С. 374-375.
3. Тилляшайхов М.Н., Ибрагимов Ш.Н., Джанглич С.М. Онкологическая служба Республики Узбекистан: анализ заболеваемости и смертности // *Онкологический журнал*.- 2021.-Т.15.- 2(58).- С.74-80.
4. Anantharaman D, Abedi-Ardekani B, Beachler DC, Gheit T, Olshan AF, Wisniewski K, et al. (2018). "Geographic heterogeneity in the prevalence of human papillomavirus in head and neck cancer". *International Journal of Cancer*. 140 (9): 1968–1975. doi:10.1002/ijc.30608.
5. Approaches for triaging women who test positive for human papillomavirus in cervical cancer screening. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019 May 29;5(5):e72. doi: 10.2196/mhealth.6697.
6. Chen G., Zheng P., Gao L., Zhao J., Wang Y, Qin W. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus in women with cervical cancer or cervical intraepithelial neoplasia in Henan province, central China. *J. Med. Virol*. 2020; 92(12): 3743-9. <https://dx.doi.org/10.1002/jmv.25670>.
7. Gearhart P. A. Human Papillomavirus Guidelines. MBBS, 2020, MD. Medscape.com.

8. Satanova A.R., Kaidarova D.R., Kukubassov E.K., Bolatbekova R.O., Kaldybekov D.B., Bertleuov O.O. The global prevalence of human papillomavirus causing cervical cancer: a literature review // *Oncology and radiology of Kazakhstan*. 2022.-N3 (65).-P. 42-46. DOI: 10.52532/2663-4864-2022-3-65-42-46.

9. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71:209–49. doi:10.3322/caac.21660.

10. Jeršovienė V., Živilė Gudlevičienė Ž., Rimienė J., Butkauskas D. Human Papillomavirus and Infertility // *Medicina*. 2019 Jul 15;55(7):377. doi: 10.3390/medicina55070377.

11. Krasnopolsky V.I., Zarochentseva N.V., Krasnopolskaya K.V., Bashankaeva Y.N., Kuzmicheva V.S. Papillomavirus infection and reproduction // *Annals of the russian academy of medical sciences*. Vol 75, No 3 (2020). P: 189-195. <https://doi.org/10.15690/vramn1332>.

12. Csángó P. A., Skuland J., Nilsen A., Pedersen B.S., Jagars G. Papillomavirus infection among abortion applicants and patients at a sexually transmitted disease clinic // *Sex Transm Dis* . 1992 May-Jun;19(3):149-53. PMID: 1326130

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ЖЕНЩИН НА ВПЧ

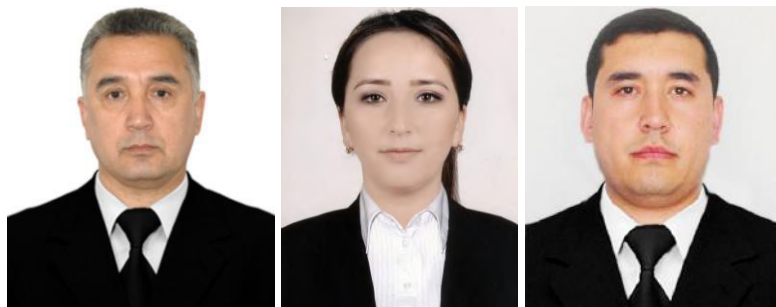
Шарипова И.П., Садирова Ш.С., Рахимов Р.А., Юлдашова Г.Т., Шарипов С.М., Суяркулова Д.Т.

Резюме. 44 258 женщин репродуктивного возраста, проживающих в 3 регионах Узбекистана, обследованы на наличие 14 генотипов ВПЧ (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68). ВПЧ 14 генотипов выявлена у 8,5% женщин. Самый высокий уровень инфицирования ВПЧ выявлен у молодых женщин 20–29 лет (12,3%) и пожилых женщин старше 50 лет (9,7%). У 75,4% инфицированных женщин выявлен 1 генотип ВПЧ, а у остальных 24,6% выявлена коинфекция несколькими (2-7) генотипами ВПЧ. Частота выявления ВПЧ была значительно выше у небеременных женщин, а частота инфицирования ВПЧ была ниже у женщин с беременностью в анамнезе. По мере увеличения числа беременностей уровень заражения ВПЧ снижается. Предполагается, что это связано с негативным влиянием инфекции ВПЧ на репродуктивную систему женщин.

Ключевые слова: скрининг, вирус папилломы человека, рак шейки матки.

УДК: 616-007.43–092:613.25(048)

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ



Шербек Улугбек Ахрарович, Хайдарова Лайло Олимджонзода, Абдурахманов Диёр Шукуриллаевич Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ВЕНТРАЛ ЧУРРАСИ БОР СЕМИЗЛИК БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШТИРИЛГАН ЖАРРОҲЛИК ЁНДАШУВИ

Шербек Улугбек Ахрарович, Хайдарова Лайло Олимджонзода, Абдурахманов Диёр Шукуриллаевич Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

DIFFERENTIATED SURGICAL APPROACH FOR VENTAL HERNIAS IN OBESITY PATIENTS

Sherbekov Ulugbek Akhrarovich, Khaidarova Laylo Olimdjonzoda, Abdurakhmanov Diyor Shukurillaevich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқотнинг мақсади – Жарроҳликни тактик ва техник жиҳатларни такомиллаштириши орқали герниопластика усулини танлашни оптималлаштириши ва семизлиги бўлган беморларда вентрал чурраларни даволаш сифатини ошириши. Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тадқиқот Самарқанд давлат тиббиёт университети 1-клиникаси хирургия бўлимида 2012-2021-йилларда жарроҳлик бўлимида вентрал чурра билан оғриган 121 нафар беморни клиник-лаборатор текширувларига асосланган. Тадқиқот натижалари. Яхшиланган пневмобандаждан фойдаланиш вентрал чурра ва семизлиги бўлган беморларни операциядан олдинги тайёргарлик сифатини сезиларли даражада яхшилашга, герниопластикадан кейин қорин ичи босимнинг гипертензиясини ривожланиш хавфини камайтиришга, беморнинг аҳволини эртарақ яхшилашга ва шунга мос равишда, операциядан кейинги қорин бўшлигидан ташқари асоратларни 7,4% дан 4,5% гача камайтиришга қаратилди. Хулоса. Семизлиги бор беморларда вентрал чуррани жарроҳлик йўли билан даволашни такомиллаштирилган тактик ва техник жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда тавсия этилган алгоритмни қўллаш операциядан кейинги асоратларнинг умумий частотасини 14,8% дан 8,9% гача ($p=0,045$) камайтириши имконини берди. шу жумладан яра асоратлари 11,1% дан 4,5% гача, шунингдек, ҳар хил турдаги герниопластика ва абдоминопластикадан кейин жарроҳлик даволаш ва реабилитация даврларининг давомийлигини сезиларли даражада қисқартиради.

Калим сўзлар: Вентрал чурралар, семизлик, қорин бўшлиги гипертензияси, герниопластика, абдоминопластика.

Abstract. The aim of the study is to improve the quality of treatment of ventral hernias in patients with obesity by improving the tactical and technical aspects and optimizing the choice of hernioplasty method. Materials and research methods. The study is based on a clinical and laboratory examination of 121 patients with ventral hernias who were operated on in the surgical department of the 1st clinic of the Samarkand State Medical University for the period from 2012 to 2021. Research results. The use of an improved pneumatic bandage allowed to significantly improve the quality of pre-operative preparation of patients with ventral hernia and morbid obesity, reduce the risk of developing intra-abdominal hypertension after hernioplasty, achieve an improvement in the patient's condition at an earlier date and, accordingly, reduce the incidence of postoperative extra-abdominal complications from 7.4% to 4.5%. Conclusions. The application of the proposed algorithm, taking into account the improved tactical and technical aspects of surgical treatment of ventral hernias in patients with morbid obesity, made it possible to reduce the overall incidence of postoperative complications from 14.8% to 8.9% ($p=0.045$), including wound complications from 11.1% to 4.5%, as well as significantly reduce the duration of surgical treatment and rehabilitation periods after various types of hernioplasty and abdominoplasty.

Key words: Ventral hernias, morbid obesity, intra-abdominal hypertension, hernioplasty, abdominoplasty.

Введение. В мировой практике в настоящее время практически во всех развитых странах имеется тенденция к увеличению числа людей с из-

быточной массой тела и ожирением. Увеличивается количество пациентов с сопутствующими

ожирению заболеваниями, в том числе с вентральными грыжами.

Одним из причин возникновения вентральных грыж является наличие ожирения. Пациенты, имеющие ожирение разной степени, составляют от 50 до 70% всех больных вентральными грыжами, у 34% - морбидное ожирение. Ожирение, с одной стороны, приводит к формированию грыжи, с другой – прогрессирует при ее появлении, т.е. ожирение как этиологический фактор в появлении или рецидивных вентральных грыж признается неоспоримо. Частота возникновения рецидивов после герниопластики составляет 3-13%, а при морбидном ожирении достигает 28%.

Одной из значимых проблем лечения больших и гигантских вентральных грыж, кроме технических аспектов, является повышение внутрибрюшного давления (ВБД), которое приводит к развитию синдрома внутрибрюшной гипертензии, дыхательной и сердечной недостаточности, что значительно ухудшает течение раннего послеоперационного периода, с высокой частотой летальности.

Значительный процент неудовлетворительных исходов, отсутствие выбора оптимального способа лечения, побуждают на дальнейшие изыскания в этой области. Вышеизложенное диктует необходимость разработки и внедрения в практику оптимальных подходов к хирургическому лечению вентральных грыж у больных морбидным ожирением, особенно в плане подготовительного этапа с оценкой резервных возможностей организма.

Целью исследования является улучшение качества лечения вентральных грыж у больных ожирением путем совершенствования тактико-технических аспектов и оптимизации выбора способа герниопластики.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 121 больного с вентральными грыжами, которые оперированы в хирургическом отделении 1-й клиники Самаркандского государственного медицинского университета за период с 2012 по 2021 год. Все пациенты были оперированы в плановом порядке. В зависимости от выбора тактики лечения больные были разделены на две группы. Первую группу, группу сравнения составили 54 больных, которым герниопластика осуществлялась с применением полипропиленового протеза. Вторую группу, основную группу составили 67 больных, которым герниопластика осуществлялась с применением полипропиленового протеза в сочетании с ДЛЭ.

Всем больным проводили антропометрию с выявлением массы тела. У всех пациентов имелось морбидное ожирение - алиментарная, обу-

словленная особенностями пищевого поведения, в сочетании с низкой физической активностью. Избыточную массу тела оценивали по классификации предложенной экспертами ВОЗ.

Пациентов по степеням птоза передней брюшной стенки распределяли по классификации А. Matarasso (1989 г.). Минимальный и средний птоз (I-II степень) отмечено у 34 и 42 больных с ожирением III-IV степени соответственно. Умеренный и выраженный птоз (III-IV степень) отмечено у 20 и 25 больных ожирением III-IV степени.

Из 121 больного у 90 (74,4%) больных были сопутствующие заболевания. Из них 49 больных имели 1 сопутствующую патологию, 29 больных – 2 и 12 – 3 сопутствующих заболеваний. Среди сопутствующих патологий часто встречались сердечно-сосудистые заболевания в 83,4% случаев, патология дыхательной системы у 22 (10,1%) больных, варикозная болезнь нижних конечностей у 29 (13,4%) больных и сахарный диабет у 12 (5,5%) больных.

Предоперационная подготовка к операции осуществлялась с участием кардиолога и пульмонолога. Изучали следующие показатели внешнего дыхания по общепринятым методикам: пробу Штанге, частоту дыхания, дыхательный объем, минутный объем дыхания, жизненную емкость легких, максимальную вентиляцию легких.

У 46 (68,6%) пациентов основной группы с наличием вентральных грыж на предоперационном этапе мы проводили тренировочную адаптацию к повышению внутрибрюшного давления с помощью применения усовершенствованного пневматического пояса-бандажа.

Накануне предстоящей операции пациентам проводилась, гигиеническая обработка передней брюшной стенки. Непосредственно перед операцией проводили разметку кожи.

Пациентам первой группы сравнения выполнялась герниопластика местными тканями и герниопластика с помощью полипропиленового протеза (рис. 1).

В основной группе выбор оптимальной герниопластики был более дифференцированным. Для этого была разработана количественная оценка факторов риска рецидива послеоперационных грыж.

Разработанная программа на основании клинической и компьютерной герниоабдонометрии анатомо-функционального состояния брюшной стенки у обследованных больных, а также с учетом размера грыжевых ворот, возраста, функционального состояния системы дыхания, пищеварительной и мочевыделительной систем, физической нагрузки, ожирения позволяет оптимизировать выбор тактики лечения вентральных грыж у больных ожирением (табл. 1)



Рис. 1. Распределение больных в группе сравнения по виду герниопластики

Таблица 1. Балльная система показаний к использованию разных способов пластики

№	Факторы риска	Количественная характеристика	Баллы
1	Состояние брюшной стенки по данным УЗИ, КТ.	Норма	0
		Слабость легкой степени	1
		Слабость тяжелой степени	2
2	Размеры грыжевых ворот	До 5 см	0
		6-10 см	1
		11-15 см	2
		Более 15 см	3
3	Абдоминоптоз	I степени	0
		II степени	1
		III степени	2
		IV степени	3
4	Возраст	25-44 лет	0
		45-59 лет	1
		60-74 лет	2
		75-90 лет	3
5	Функциональное состояние дыхательной системы	Нарушений нет	0
		Периодическое затруднение дыхание	1
		Хроническая дыхательная недостаточность	2
6	Функциональное состояние пищеварительной системы	Нарушений нет	0
		Периодические запоры	1
		Постоянные запоры	2
7	Функциональное состояние мочевыделительной системы	Нарушений нет	0
		Периодическое затруднение	1
		Постоянные затруднения мочеотделения	2
8	Выраженность спаечного процесса	Нет спаечного процесса	0
		Спайки между грыжевым мешком	1
		Спайки брюшной полости	2

Эти факторы, которые влияют на результаты лечения, были оценены по балльной шкале. Больные основной группы по результатам программы были разделены на 3 подгруппы.

Пациентам 1-й подгруппы с суммарным количеством набранных баллов до 5 (табл. 1), а также при диаметре грыжевых ворот менее 5 см по данным компьютерной герниоабдонометрии

(рис. 2) выполняли имплантацию эндопротеза «onlay» с ушиванием дефекта (рис. 3). Эту группу составило 24 (35,8%) пациентов, у которых, как правило, имелись небольшие дефекты. В связи с имеющегося ожирения и абдоминоптоза все больные в этой подгруппе подверглись абдоминопластике.

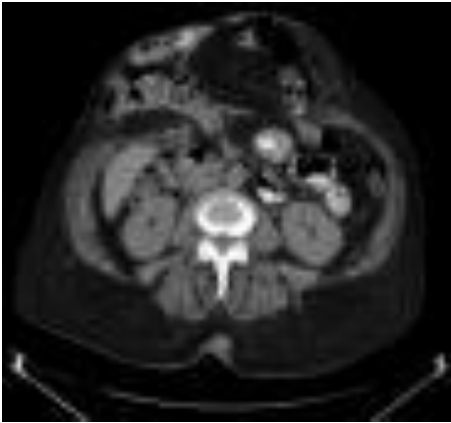


Рис. 2. КТГА больной П. 59 лет, №ИБ 3754/296



Рис. 3. Имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием дефекта



Рис. 4. КТГА больной Р. 49 лет, №ИБ 2965/268



Рис. 5. Имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта



Во 2-й подгруппе с количеством баллов от 6 до 10 с учетом данных КТГА о диаметре грыжевых ворот до 10 см (рис. 4) и с учетом риска натяжения тканей, конституциональных особенностей, влияющих на течение послеоперационного периода мы выполняли ненатяжную пластику. С целью увеличения объема брюшной полости, для предупреждения развития САК, после отграничения брюшной полости лоскутом грыжевого мешка, пластика передней брюшной стенки выполнялась наложением сетки на апоневроз без его ушивания (рис. 5). Фиксацию эндопротеза осуществляли П-образными швами. Эти швы до закрытия брюшной полости лоскутом грыжевого мешка были заранее наложены, которые захватывают все слои мышечно-апоневротической стенки до брюшины.

Немаловажным инновационным решением было предпринято 12 (17,9%) больным в 3-й подгруппе основной группы больных. У этих больных с размерами грыжевого дефекта более 10 см по данным КТГА была выполнена комбинированная ненатяжная герниопластика «onlay + sublay», т.е. один имплантат размещали позади мышечно – апоневротического слоя после отгра-

ничения брюшной полости лоскутом грыжевого мешка, второй имплантат размещали над апоневрозом.

После отграничения брюшной полости брюшиной выкраивали имплантат, размер которого по периметру на 3 см больше размеров грыжевого дефекта, далее заранее прошивали края сетчатого имплантата П-образными швами.

Мы хотели бы обратить внимание на данный технический аспект: предварительное прошивание имплантата значительно упрощает технику его фиксации.

Далее эндопротез размещали по типу «sublay», ранее наложенные П-образные швы проводили через все слои над апоневрозом и к этим швам фиксировали второй эндопротез размещенной «onlay».

Также накладывали узловые швы между эндопротезами создавая искусственную «белую линию» живота. Особое значение этого метода является анатомическая и физиологическая реконструкция передней брюшной стенки, а также белой линии живота. Использование этого метода в клинике дал хороший анатомический и функциональный результат.

Таблица 2. Виды герниопластики в основной группе

Подгруппы	Вид операции	Количество	%
Натяжные способы пластики			
1-я подгруппа	Имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием дефекта + ДЛЭ	24	35,8
Ненатяжные способы			
2-я подгруппа	Имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта + ДЛЭ	18	26,9
3-я подгруппа	Имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» эндопротеза без ушивания дефекта + ДЛЭ	12	17,9
4-я подгруппа	Имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» без ушивания дефекта с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez + ДЛЭ	13	19,4
	Всего	67	100



Рис. 6. Алгоритм выбора способа герниопластики

В 4-й подгруппе больных с абдоминоптозом III-IV степени и количеством баллов от 16 до 20 также имелся высокий риск натяжения тканей и повышения ВБД, при этом существенным фактором, удерживающим от выполнения только ненатяжной аллопластики, было чрезмерное натяжение тканей при ушивании и высокая вероятность прорезывания швов в послеоперационном периоде. В таких случаях мы применили ненатяжную аллопластику с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez (1990 г.) (табл. 2).

В целом, совершенствование технических аспектов в основной группе позволило: за счет прошивания имплантата заранее П-образными швами упростилась техника хода операции; а за счет комбинированной фиксации имплантатов в

отдаленном послеоперационном периоде позволило случаи рецидива свести к нулю.

В основной группе всем больным после завершения пластики передней брюшной стенки выполняли дерматолипидэктомию (ДЛЭ).

Непосредственно перед операцией выполняли «разметку» кожи. Кожную зону, подлежащую удалению, которая окаймляет грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку определяли при положении пациента стоя.

На основе сравнительного анализа эффективности предложенных тактико-технических аспектов при вентральных грыжах у больных ожирением был разработан алгоритм предоперационной подготовки и выбора способа герниопластики (рис. 6).

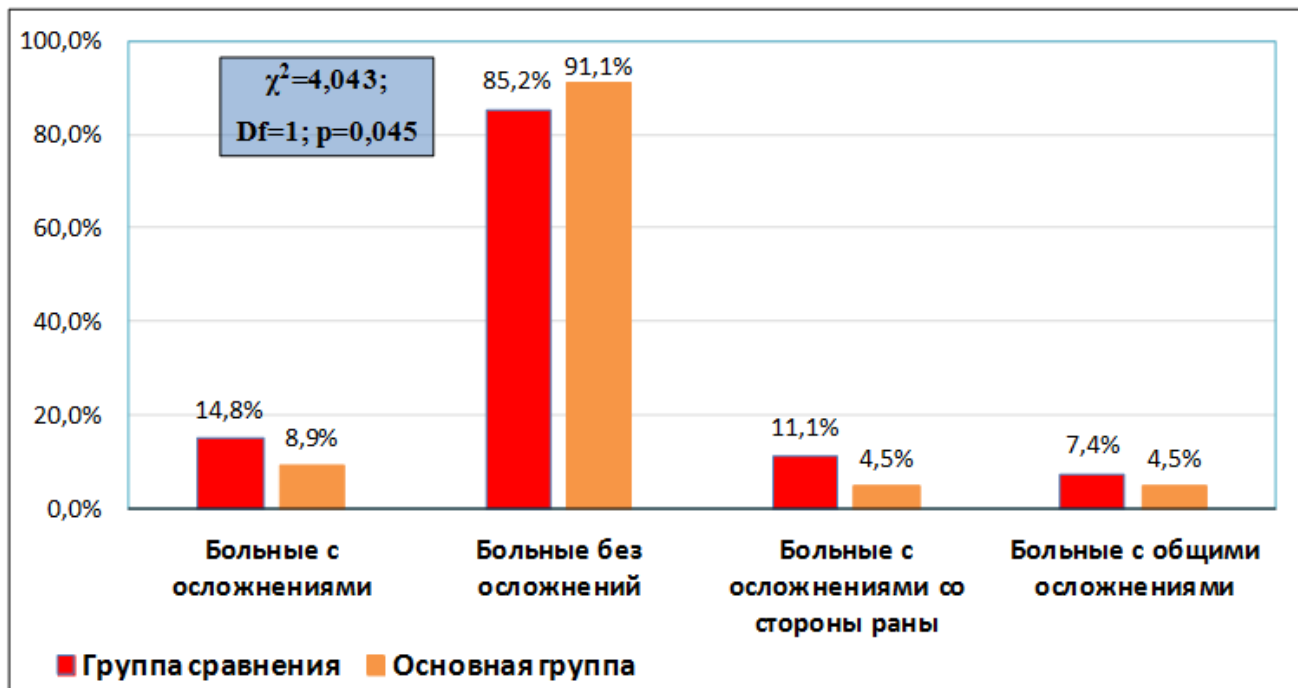


Рис. 7. Распределение больных по частоте осложнений после герниопластики

Результаты исследования. Совершенствование выбора тактики хирургического лечения вентральных грыж, техники выполнения хирургического вмешательства и другие новшества, разработанные и внедренные в рамках данного исследования, не могли не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов.

У 119 (98,4%) пациентов после операции сохранялась нормальная функция ЖКТ, лишь у 2 (1,6%) больных (по одному пациенту в группах исследования) отмечался парез кишечника и у 1 (0,8%) пациента из группы сравнения отмечали задержку мочи, купированный медикаментозно.

Бронхолегочные осложнения отмечены в 3 (2,5%) случаях. Развитие САК (компаратмент) произошло у 1 (1,8%) пациента группы сравнения, больному потребовалась длительная ИВЛ с тренировкой дыхания, которое было успешно пролечено консервативно. Сердечно-сосудистые осложнения наблюдались у 2 (1,6%) пациентов. Как дыхательные, так и сердечно-сосудистые осложнения также были связаны с абдоминальной компрессией за счет герниопластики больших вентральных грыж. Среди раневых осложнений послеоперационные гематомы отмечены в 2 (3,7%) и 1 (1,2%) случаев соответственно, серомы у 2 (3,7%) и 1 (1,5%) больных, лимфорей у 3 (2,5%) больных, в 2 и 1 случае в группе сравнения и в основной группах соответственно, нагноение раны у 1 (1,8%) больного в группе сравнения и некроз края кожного лоскута в 2 (3,7%) и 1 (1,5%) случаях.

Следует отметить, что в среднем на одного больного группы сравнения приходилось 2-3 ос-

ложнения в виде сочетания бронхо-легочных или (и) сердечно-сосудистых с раневыми осложнениями. В целом в группе сравнения было 8 (14,8% из 54) больных с различными осложнениями, из которых у 6 (11,1%) отмечены раневые осложнения и у 4 (7,4%) – общие внеабдоминальные осложнения (рис. 7).

В основной группе было 6 (8,9% из 67) больных с различными осложнениями, у 3 (4,5%) – раневые и ещё у 3 (4,5%) - общие. По сравнительному признаку по количеству осложнений получено достоверное улучшение в основной группе (Критерий $\chi^2=4,043$; $Df=1$; $p=0,045$).

На этапах лечения, в динамике измеряли уровень внутрибрюшного давления. Исходя из полученных данных, были выявлены закономерные изменения показателей внутрибрюшного давления в сторону их повышения на этапах операции, связанные с погружением грыжевого содержимого и герниопластикой, о чем было сказано ранее.

Проанализированы отдаленные результаты у 98 (76,8%) из 121 оперированных больных ожирением по поводу вентральной грыжи (табл. 5.3). Для оценки отдаленных результатов больные подвергались тщательному анкетированию, амбулаторному и стационарному обследованию. Отдаленные результаты изучались в сроки от 1 года до 5 лет. При этом судьбу 37 (92,5%) больных в группе сравнения и 42 (79,2%) в основной группе удалось проследить в сроки более 3-х лет, достаточных для окончательного формирования клинически значимого рецидива заболевания.

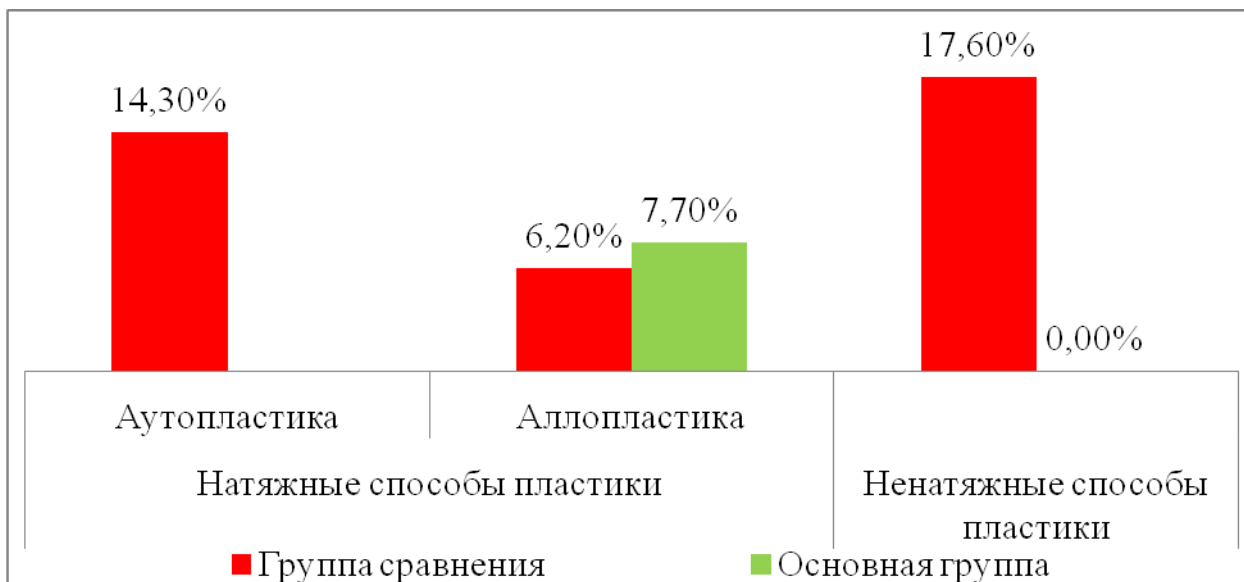


Рис. 8. Частота рецидива вентральной грыжи после герниопластики

В целом, усовершенствованный способ профилактики и лечения вентральных грыж у больных ожирением за счет имплантации эндопротеза комбинированным способом «onlay + sublay» без ушивания дефекта и с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez позволил нивелировать случай рецидива с 12,5% в группе сравнения до 1,9% в основной группе (рис. 8).

При динамическом наблюдении больных группы сравнения с ожирением показатели массы тела существенных изменений не претерпели. Однако дополнение герниопластики с абдоминопластикой положительно сказалось на дальнейших жизненных перспективах, поскольку именно абдоминальный тип распределения жировой ткани, в наибольшей степени ассоциирующийся с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа, претерпевает существенные изменения.

У всех больных, которым выполнены абдоминопластики, получен отличный эстетический эффект, больные избавились от кожно-подкожной складки, живот стал плоским, натянутым, линия шва проходит по линии соединяющая остистые отростки подвздошной кости и практически не видна. Все больные остались довольными полученным эстетическим результатом.

В аспекте функционального эффекта, благодаря оптимальной схеме предоперационной подготовки, выполнения абдоминопластики, отмечалось улучшение показателей внешнего дыхания, а осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы минимизировались. Показатели спирограммы в сравнении до операции и после операции улучшились, т.е. отмечалось стабильное увеличение дыхательного объема и жизненной емкости легких у всех больных.

В исследуемых группах исходно у 70 больных (57,8%) имелась артериальная гипертензия различной степени. При динамическом наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде у больных группы сравнения отмечено сохранение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более тяжелые степени артериальной гипертензии. У больных основной группы отмечено снижение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более легкие степени артериальной гипертензии.

Выводы:

1. Применение усовершенствованного пневмобандажа позволило достоверно улучшить качество предоперационной подготовки больных с вентральной грыжей и морбидным ожирением, снизить риск развития внутрибрюшной гипертензии после герниопластики, достигнуть улучшения состояния пациента в более ранние сроки и соответственно сократить частоту послеоперационных внеабдоминальных осложнений с 7,4% до 4,5%.

2. Совершенствование технических аспектов позволило: за счет прошивания имплантата заранее П-образными швами упростилась техника хода операции; а за счет комбинированной фиксации имплантатов в отдаленном послеоперационном периоде позволило случаи рецидива свести к нулю;

3. Применение предложенного алгоритма с учетом усовершенствованных тактико-технических аспектов хирургического лечения вентральных грыж у больных ожирением позволило снизить общую частоту послеоперационных осложнений с 14,8% до 8,9% ($p=0,045$), в том числе раневых с 11,1% до 4,5%, а также достоверно сократить продолжительность оперативного лечения и периоды реабилитации после различных вариантов гернио- и абдоминопластики.

Литература:

1. Abdurakhmanov D. S., Rakhmanov Q. E., Davlatov S. S. Criteria for choosing surgical treatment of patients with ventral hernias and obesity // Electronic innovation bulletin. – 2021. – №. 7. – С. 57-67.
2. Abduraxmanov D. S. et al. Tensioned hernioplasty and abdominoplasty in patients with morbid obesity // Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 88-98.
3. Akhmedov B. A. et al. Advanced long-tension hernioalloplasty method for inguinal hernia // Volgamedscience. – 2021. – С. 335-336.
4. Mardonov B. A., Sherbekov U. A., Vohidov J. J. Современные подходы к лечению пациентов с вентральными грыжами симультанными патологиями // Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – Т. 17. – №. 3.
5. Абдурахманов Д., Рахманов К., Давлатов С. Тактико-технические аспекты хирургических вмешательств при грыжах живота и сочетанной абдоминальной патологии // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 11-16.
6. Абдурахманов Д., Усаров Ш., Рахманов К. Критерии выбора хирургического лечения больных с вентральными грыжами и ожирением // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 17-22.
7. Бабажанов А. С. и др. Критерии выбора герниоалло-и абдоминопластики по результатам герниоабдонометрии // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
8. Курбаниязов З. Б., Шербек У. А., Мардонов Б. А. Обоснование симультанных операций при грыжах живота по результатам исследования «стрессовых» гормонов // Re-health journal. – 2021. – №. 2 (10). – С. 247-255.
9. Курбаниязов З. Б., Шербек У. А., Мардонов Б. А. Периоперационная динамика «стрессовых» гормонов при симультанных операциях у больных с грыжами живота // Sciences of Europe. – 2021. – №. 70-2. – С. 26-33.
10. Махмудов С. Б., Бабажанов А. С., Абдурахманов Д. Ш. Критерии выбора пластики у больных послеоперационными вентральными грыжами и

абдоминоптозом // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 40-45.

11. Махмудов С. Б., Бабажанов А. С., Абдурахманов Д. Ш. Особенности гернио абдоминопластики у больных с послеоперационной вентральной грыжей и абдоминоптозом // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 46-53.

12. Юлдашов П. А. и др. Клиническая эффективность эндовидеохирургической герниопластики при вентральных грыжах // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 3.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Шербек У.А., Хайдарова Л.О., Абдурахманов Д.Ш.

Резюме. Целью исследования является улучшение качества лечения вентральных грыж у больных ожирением путем совершенствования тактико-технических аспектов и оптимизации выбора способа герниопластики. Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 121 больного с вентральными грыжами, которые оперированы в хирургическом отделении 1-й клиники Самаркандского государственного медицинского университета за период с 2012 по 2021 год. Результаты исследования. Применение усовершенствованного пневмобандажа позволило достоверно улучшить качество предоперационной подготовки больных с вентральной грыжей и ожирением, снизить риск развития внутрибрюшной гипертензии после герниопластики, достигнуть улучшения состояния пациента в более ранние сроки и соответственно сократить частоту послеоперационных внеабдоминальных осложнений с 7,4% до 4,5%. Выводы. Применение предложенного алгоритма с учетом усовершенствованных тактико-технических аспектов хирургического лечения вентральных грыж у больных ожирением позволило снизить общую частоту послеоперационных осложнений с 14,8% до 8,9% ($p=0,045$), в том числе ранних с 11,1% до 4,5%, а также достоверно сократить продолжительность оперативного лечения и периоды реабилитации после различных вариантов гернио- и абдоминопластики.

Ключевые слова: Вентральные грыжи, морбидное ожирение, внутрибрюшной гипертензии, герниопластика, абдоминопластика.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЫВОРОТОЧНЫХ УРОВНЕЙ IL-17A И IL-10 У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННЫМ HBV И HCV



Шодиева Гульзода Рабимкуловна¹, Зиядуллаев Шухрат Худойбердиевич¹,
Камалов Зайниддин Сайфиддинович²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, г. Ташкент

HBV VA HCV ЭТИОЛОГИЯЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР ЗАРДОБИДА IL-17A VA IL-10 МИҚДОРНИНГ ҚИЁСИЙ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Шодиева Гульзода Рабимкуловна¹, Зиядуллаев Шухрат Худойбердиевич¹,
Камалов Зайниддин Сайфиддинович²

1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 – ЎзР ФА одам иммунологияси ва геномикаси институти, Тошкент ш.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF SERUM IL-17A AND IL-10 LEVELS IN PATIENTS WITH HEPATIC CIRRHOSIS CAUSED BY HBV AND HCV

Shodieva Gulzoda Rabimkulovna¹, Ziyadullaev Shukhrat Khudoiberdievich¹,
Kamalov Zainiddin Sayfiddinovich²

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Institute of Human Immunology and Genomics of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: Gulzoda.shodiyeva@mail.ru

Резюме. Гепатит В (HBV) ва гепатит С (HCV) билан касалланиш Бутун жаҳон соғлиқни сақлашда жиддий муаммолардан бири бўлиб, жигар циррози ва жигар ракига олиб келади ва ҳар йили миллиондан ортиқ кишининг ўлимига сабабчи бўлади. Сурункали гепатитларда жигарнинг зарарланиши, яллигланишнинг даражаси, виремия даражаси ва вирус генотипига боғлиқдир. Ушбу жараёнларда иммун тизим активлиги муҳим аҳамиятга эга. Мақсад: Жигар циррози билан ҳасталанганларда қон зардобиди про-(IL-17A) концентратсиясини ва яллигланишга қарши (IL-10) медиаторлари иммунологик ўзгаришларини аниқлаш. Материал ва услублар: Жигар циррози билан ҳасталанган 72 беморнинг қон зардобиди текширилди. Контрол гуруҳда 28 та соғлом киши қатнашди. Қон зардобиди ИЛ-17А миқдори иммунофермент усулида, ЗАО “ЦИТОКИН” (Россия, Санкт-Петербург) тест-тизимиди аниқланди. Натижа: Жигар циррозининг оғир шакллари, ҳамда сурункали HBV VA HCV инфекциясиясининг авж олишига узвий боғлиқ ҳолда IL-17A и IL-10 гиперэкспрессияланади.

Калит сўзлар: жигар циррози, вирусли гепатит, цитокинлар, зардоб, дисбаланс.

Abstract. Hepatitis B (HBV) and Hepatitis C (HCV) are significant global public health burdens associated with liver cirrhosis, liver cancer and are responsible for over a million deaths yearly. According to modern ideas, liver damage in chronic hepatitis depends on the intensity of inflammatory processes, the level of viremia and the genotype of the virus, while the activity of the immune system plays a leading role. Objective: study of serum concentration of pro- (IL-17A) and anti-inflammatory (IL-10) mediators of immune response in CPU. Material and methods: Serum of 72 patients with CPU. The control group consisted of 28 practically healthy persons of similar age. Serum IL-17A concentration was determined by solid-phase enzyme immunoassay using CYTOKINE CJSC test systems (Russia, Saint Petersburg). Results: Results suggest that IL-17A and IL-10 overexpression are strongly associated with the progression of chronic HBV and HCV infection and therefore severe liver cirrhosis.

Keywords: cirrhosis, viral hepatitis, cytokines, serum, imbalance.

Актуальность. Определение цитокинового статуса при хронических заболеваниях печени имеет важное значение для определения прогноза,

так как уровень цитокинов отражает интенсивность регенераторных процессов в печени и прогрессирование болезни [7]. В процессах регуля-

ции фиброгенеза играют роль большое количество цитокинов [3,8] и потенциально могут служить биомаркерами фиброза печени. Продолжительный синтез цитокинов может стать инициатором прогрессирования патологического процесса в печени [2,6]. При взаимодействии HCV и HBV-инфекций с иммунной системой активируются как адаптивные гуморальные реакции с образованием вирусспецифических антител, так и Т-клеточные реакции с участием цитокинов. При этом ведущим фактором развития хронических вирусных гепатитов HBV, HCV является недостаточная продукция цитокинов и/или снижение чувствительности к ним вирусов и клеток организма, который, возможно, обусловлен влиянием аллельных вариантов полиморфизма генов цитокинов [11].

Материал и методы исследования. В настоящее исследование были включены 72 пациента установленным диагнозом цирроз печени, вызванным вирусными гепатитами (HBV=40 и HCV=32). Группу контроля составили 28 практически здоровых лиц, аналогичного возраста.

Иммунологические исследования у обследуемых женщин и мужчин проводились в лабора-

тории иммунорегуляции Института иммунологии и геномики человека АН РУз.

Концентрацию интерлейкина-17А (ИЛ-17/IL-17) и интерлейкина-10 (ИЛ-10/IL-10) в сыворотке периферической крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем ЗАО «ЦИТОКИН» (Россия, Санкт-Петербург).

Результаты и их обсуждения. Проведенные иммунологические исследования по определению сывороточного содержания IL-17А и IL-10 у пациентов с ЦП показали достоверно повышенные значения, которые приведены ниже в таблице 1 и в таблице 2.

Клетки Th17 представляют собой подтип провоспалительных клеток. Формирование, развитие и функция клеток Th17 отличаются от клеток Th1 и Th2 [10]. Интерлейкин 17 (IL-17) представляет собой новое семейство цитокинов, состоящее из шести членов семейства (называемых от IL-17А до IL-17F), которые кодируются отдельными генами. IL-17А был охарактеризован как главный эффекторный цитокин, который секретируется клетками Th17 [12,16]. IL-17А играет двойную роль в иммунных реакциях на инфекцию.

Таблица 1. Сывороточное содержание IL-17А у обследованных больных с ЦП

Показатель	M±m, пг/мл	Me [Q1; Q3]	Min, пг/мл	Max, пг/мл
Контрольная группа, n=28				
IL-17А	17,59±1,35	17,45 [12,12; 23,60]	5,9	31,4
с ЦП при HBV, n=40				
IL-17А	114,56±6,10***	106,50 [80,92; 152,85]	56,9	183,2
с ЦП при HCV, n=32				
IL-17А	96,61±3,53***	96,75 [82,52; 110,35]	59,8	137,3

Примечание: * - достоверно по сравнению с данными контрольной группы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001). Me – медиана, Q1(перцентиль) –25%, Q3 (перцентиль) – 75%

Таблица 2. Сывороточное содержание IL-10 у обследованных больных с ЦП

Показатель	M±m, пг/мл	Me [Q1; Q3]	Min, пг/мл	Max, пг/мл
Контрольная группа, n=28				
IL-10	11,28±0,46	10,70 [9,47; 13,12]	7,7	17,1
с ЦП при HBV, n=40				
IL-10	43,74±1,54***	41,9 [35,85; 51,55]	28,7	59,9
с ЦП при HCV, n=32				
IL-10	37,05±1,34***	37,25 [31,15; 42,0]	21,9	49,1

Примечание: * - достоверно по сравнению с данными контрольной группы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001). Me – медиана, Q1(перцентиль) –25%, Q3 (перцентиль) – 75%

Первая роль приносит пользу хозяину в борьбе с инфекцией [13,14]; однако он также связан с негативными эффектами, такими как аутоиммунные и др. связанные с иммунитетом расстройства [15].

В исследованиях GeDetal (2008) было выявлено, что почти все типы клеток печени экспрессируют рецептор IL-17 (IL-17R), включая билиарные эпителиальные клетки, гепатоциты, клетки Купфера, билиарные эпителиальные клетки и синусоидальные эндотелиальные клетки печени [9].

Как видно из таблицы 1, сывороточная концентрация IL-17A в данной выборке пациентов была достоверно повышенная. Анализ полученных данных установил, что уровень изученного провоспалительного медиатора иммунного ответа в группе с HBV был повышен в 6,5 раз со средним значением $114,56 \pm 6,10$ пг/мл, с индивидуальным размахом от 56,9 до 183,2 пг/мл, по сравнению с показателями контрольной группы $17,59 \pm 1,35$ пг/мл ($P < 0,001$).

Кроме того, анализ полученных данных, выявил достоверно повышенные значения почти 5,5 раз в группе пациентов с HCV. Так сывороточный уровень IL-17A в группе пациентов с ЦП при HCV в среднем составил $96,61 \pm 3,53$ пг/мл, с индивидуальным размахом в пределах от 59,8 до 137,8 пг/мл, тогда как в группе контроля данный показатель составил $17,59 \pm 1,35$ пг/мл ($P < 0,001$).

Как известно, вирусы способны модулировать иммунный ответ хозяина, что приводит к развитию вторичного иммунодефицита, проявляющегося дисбалансом иммунологических функций. При персистентных вирусных инфекциях иммунный ответ оказывается достаточно сильным для развития аутоиммунных осложнений и недостаточным для элиминации вируса. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что гиперэкспрессия IL-17A вероятно тесно связана с прогрессированием хронической инфекции HBV и HCV и, следовательно, тяжелым проявлением цирроза печени. Согласно литературным данным, с которыми согласуются наши результаты, высокий уровень IL-17A в сыворотке крови указывает на тяжесть повреждения печени и фиброз, что является неблагоприятным предиктором [17].

Согласно литературным данным IL-10, важный противовоспалительный цитокин, играет иммунодепрессивную роль в фиброгенезе. Полученные нами результаты, приведенные в Табл. 2. свидетельствуют о неадекватном иммунном ответе, указывающим на хронизацию и фиброгенез.

IL-10 ингибирует различные иммунные функции, такие как презентация антигена, продукция цитокинов, активация макрофагов и пролиферация антиген-специфических Т-клеток [3]. Основные продуценты некоторые типы регуля-

торных Т-клеток, цитотоксические Т-лимфоциты, В1-лимфоциты, моноциты/макрофаги, дендритные и тучные клетки. Согласно функциональной активности, IL-10 ингибирует активацию Th1 и функциональную активность цитотоксических клеток, а также стимулирует продукцию коллагена звездчатыми клетками печени, что является одним из ключевых событий в развитии фиброза/цирроза печеночной паренхимы [7].

Анализ концентрации изученного противовоспалительного IL-10 в группе пациентов с ЦП при HBV определил достоверно повышенное значение в 3,8 раза, со средним показателем $43,74 \pm 1,54$ пг/мл, с индивидуальным размахом от 28,70 до 59,90 пг/мл, тогда как в контрольной группе данный показатель составил $11,28 \pm 0,46$ пг/мл ($P < 0,001$).

Также, оценка сывороточного уровня IL-10 установила, что в группе пациентов с HCV синтез изученного противовоспалительного цитокина был выше контрольных значений почти в 3,3 раза. Так, сывороточная концентрация IL-10 в группе больных в среднем составила $37,05 \pm 1,34$ пг/мл, с индивидуальным диапазоном от 21,9 до 49,1 пг/мл, против контрольных значений $11,28 \pm 0,46$ пг/мл ($P < 0,001$).

Наши результаты позволяют предположить, что вероятно его повышенное содержание IL-10 у больных с циррозом печени связано с действием иммуносупрессорных механизмов, потому как, исход инфекции определяется сбалансированностью Th режима функционирования иммунной системы с целью элиминации вирусинфицированных клеток путем запуска апоптоза. Недостаточная активность иммунной системы, а также ее неадекватность (преобладание антиапоптозных факторов, иммунная девиация в сторону Th2-лимфоцитов и др.) способствуют неполному уничтожению инфицированных клеток с персистенцией возбудителя, снижением гистологической активности гепатита, хронизацией процесса, повышением риска формирования цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциномы

Таким образом, в группах пациентов с циррозом печени, вызванным HBV и HCV наблюдается дисбаланс иммунной системы, при котором регистрируется одновременное возрастание продукции цитокинов в Th17/Th2 системе. Цитокины играют важную роль в патогенезе ЦП, детерминируя тяжесть заболевания, развитие печеночных и внепеченочных осложнений. Анализ результатов цитокинового статуса в нашем исследовании ещё раз указывает на то, что вирусы способны модулировать иммунный ответ хозяина, приводящий к развитию вторичного иммунодефицита, проявляющегося дисбалансом иммунологических функций с выраженной гиперсекрецией IL-17A и IL-10.

Выводы:

1. У больных с ЦП регистрируется одновременное возрастание продукции цитокинов в Th17/Th2 системе.

2. Установлено достоверное повышение сывороточной концентрации IL-17A в группе пациентов с ЦП при HBV в 6,5 раза и 5,5 раза в группе пациентов с ЦП при HCV.

3. Выявлено достоверно повышенное значение IL-10 в группе пациентов с ЦП при HBV в 3,8 и в группе пациентов с ЦП при HCV 3,3 раза в сыворотке крови.

Литература:

1. Vito-Peter, B., et al. (2023) Seroprevalence and Associated Risk Factors of Hepatitis B and C among Inmates of Port Harcourt Maximum Security Custodial Centre. *Advances in Infectious Diseases*, **13**, 159-182.
2. Мамаев С.Н. Лукина Е.А., Шульпекова Ю.О. Механизмы иммунного «ускользания» при хроническом гепатите С // Рос.журн.гастроэнтерол.,гепатол.,колопроктол. – 2002 - №2. – с.55-60
3. Abmad A., Abmad R. Understanding the mechanism of hepatic fibrosis and potential therapeutic approaches. *Saudi. J. Gastroenterol.* 2012; 18: 155-167.
4. Chen C.J., Yang H.I., Su J., Jen C.L., You S.L., Lu S.N., Huang G.T., Iloeje U.H., REVEAL-HBV Study Group. Risk of hepatocellular carcinoma across a biological gradient of serum hepatitis B virus DNA level. *JAMA*, 2006, Vol. 295, № 1, pp. 65-73.
5. Chen Ji., Wang Y., Wu J., Wang G.Q. Down-regulation of PD-1 expression on lymphocytes in chronic hepatitis B patients with pegylated interferon α -2b treatment and the correlation with cytokines. *J. Hepatology*. 2010; 52 (1): 239-240
6. Dooley James, Lok Anna S.F., Garcia-Tsao Guadalupe, Pinzani Massimo, eds. *Sherlock's Diseases of the Liver and Biliary System*, 13th Edition. Hoboken, NJ: Wiley. - 2018. – 816 p.
7. Farci P., Wollenberg K., Diaz G. et al. Profibrogenic chemokines and viral evolution predict rapid progression of hepatitis C to cirrhosis. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 2012; 109: 14562-14567
8. Friedman S.L. Liver fibrosis in 2012: Convergent pathways that cause hepatic fibrosis in NASH. *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology*. 2013; 10: 71-72
9. Ge D, You Z. Expression of interleukin-17RC protein in normal human tissues. *Int Arch Med*. 2008;1:19. doi: 10.1186/1755-7682-1-19. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
10. Harrington LE, Hatton RD, Mangan PR, Turner H, Murphy TL, Murphy KM, Weaver CT. Interleukin 17-producing CD4+ effector T cells develop via a lineage distinct from the T helper type 1 and 2 lineages. *Nat Immunol*. 2005; 6:1123–1132.

11. Rabimkulovna S. G., Erkinovna K. Z. Virus etiologiyali jigar sirrozining klinik xususiyatlari //IQRO. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 123-125.

12. Шодиева Г. Р. Роль Цитокинов у больных циррозом печени вирусной этиологии //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 10-4 (88). – С. 104-106.

13. Rabimkulovna S. G. Value of ultrasonic elastometry in diagnosis of chronic liver diseases. – 2022.

14. Hunter C.A., Reiner S.L. Cytokines and T cells in host defense // *Curr. Opin. Immunol.* – 2000. – N 12. – P. 413-418

15. Ivanov II, McKenzie BS, Zhou L, Tadokoro CE, Lepelley A, Lafaille JJ, Cua DJ, Littman DR. The orphan nuclear receptor ROR γ directs the differentiation program of proinflammatory IL-17+ T helper cells. *Cell*. 2006;126:1121–1133.

16. Marques JM, Rial A, Munoz N, Pellay FX, Van Maele L, Leger H, Camou T, Sirard JC, Benecke A, Chabalgoity JA (2012) Protection against *Streptococcus pneumoniae* serotype 1 acute infection shows a signature of Th17- and IFN-gamma-mediated immunity. *Immunobiology* 217:420–429

17. Marwaha AK, Leung NJ, McMurchy AN, Levings MK (2012) TH17 cells in autoimmunity and immunodeficiency: protective or pathogenic? *Front Immunol* 3:129 PubMed Central PubMed Google Scholar

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЫВОРОТОЧНЫХ УРОВНЕЙ IL-17A И IL-10 У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННЫМ HBV И HCV

Шодиева Г.Р., Зиядуллаев Ш.Х., Камалов З.С.

Резюме. Гепатит В (HBV) и гепатит С (HCV) представляют собой серьезное глобальное бремя для общественного здравоохранения, связанное с циррозом печени и раком печени и ежегодно уносят более миллиона жизней. Согласно современным представлениям, повреждение печени при хронических гепатитах зависит от интенсивности воспалительных процессов, уровня виремии и генотипа вируса, при этом ведущую роль играет активность иммунной системы. Цель: изучение сывороточной концентрации про- (IL-17A) и противовоспалительного (IL-10) медиаторов иммунного ответа при ЦП. Материал и методы: Сыворотка крови 72 пациентов с ЦП. Контрольную группу составили 28 практически здоровых лиц аналогичного возраста. Концентрацию IL-17A в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем ЗАО «ЦИТОКИН» (Россия, Санкт-Петербург). Результаты: результаты свидетельствуют о том, что гиперэкспрессия IL-17A и IL-10 тесно связана с прогрессированием хронической инфекции HBV и HCV и, следовательно, тяжелым проявлением цирроза печени.

Ключевые слова: цирроз печени, вирусный гепатит, цитокины, сыворотка, дисбаланс.

УДК: 616.72-002.772

РЕВМАТОИД АРТРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ ОҒРИҚ СИНДРОМИ ВА ХАВОТИРЛИ-ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАР



Шодидулова Гуландом Зикрияевна, Очилов Улуғбек Усмонович, Пулатов Улуғбек Сунатович,
Тўраев Бобир Темирпулатович
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Шодидулова Гуландом Зикрияевна, Очилов Улуғбек Усмонович, Пулатов Улуғбек Сунатович,
Тураев Бобир Темирпулатович
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

CHRONIC PAIN SYNDROME AND ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Shodikulova Gulandom Zikriyayevna, Ochilov Ulugbek Usmonovich, Pulatov Ulugbek Sunatovich,
Turayev Bobir Temirpulatovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ревматоид артритнинг энг характерли кўринишларидан бири бу сурункали оғриқ синдроми бўлиб, унинг хусусиятлари ва хавотирли-депрессив бузилишларнинг мавжудлиги билан алоқаси етарли даражада ўрганилмаган. Тадқиқот натижасида аниқланишича, ревматоид артрит билан оғриган беморлар оғриқнинг юқори интенсивлиги билан ажралиб туради ва бу беморларнинг соғлигининг умумий ҳолатини баҳолаш билан ўзаро боғлиқ бўлиб, ревматоид артрит фаолиятининг объектив кўрсаткичларига боғлиқ эмаслигини кўрсатади. Тадқиқотда Ван-Корффнинг сурункали оғриқ ва депрессия даражаси ўртасида сезиларли корреляциялар аниқланди.

Калит сўзлар: сурункали оғриқ синдроми, хавотирли-депрессив бузилишлар, ревматоид артрит.

Abstract. One of the most common manifestations of rheumatoid arthritis is chronic pain syndrome, the features of which and the relationship with the presence of anxiety and depressive disorders have not been sufficiently studied so far. As a result of the study it was found that patients with rheumatoid arthritis have a high intensity of pain syndrome, which correlates with the assessment of the general health status of patients and significantly influences the objective indicators of rheumatoid arthritis activity. The study revealed a significant correlation between the Von Korff scale of chronic pain and depression.

Key words: chronic pain syndrome, anxiety and depressive disorders, rheumatoid arthritis.

Ревматоид артрит - этиологияси номаълум бўлган аутоиммун ревматик касаллик бўлиб, сурункали эрозив артрит (синовит) ва ички органларнинг тизимли яллиғланиши билан тавсифланади [6,13,16]. Ревматоид артритнинг энг характерли кўринишларидан бири бу патологик жараённинг дастлабки босқичларида пайдо бўлган сурункали оғриқ синдроми беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштиради ва ижтимоий бузилишларни келтириб чиқаради ҳамда психологик муаммолар, ижтимоий чекловларга олиб келади [2,3,10,17].

Ревматоид артритни даволашдаги муваффақиятга қарамай, оғриқни бошқариш ревматоид артрит бўлган беморлар учун муҳим аҳамиятга эга ва сурункали оғриқ синдроми беморларнинг 70% да қайд этилади [8,11,19]. Кўпгина ҳолларда, ревматоид артритда сурункали оғриқ синдроми аралаш характерга эга ва кўпинча мушаклар-скелет (ноцицептив), нейропатик ва психоген оғриқларнинг комбинацияси кўринишида намоён бўлади [1,7,12,18]. Оғриқ синдроми бу ҳолда асаб тизимининг тўқималари ёки тузилмалари зарарланишини акс эттирувчи аломатдан

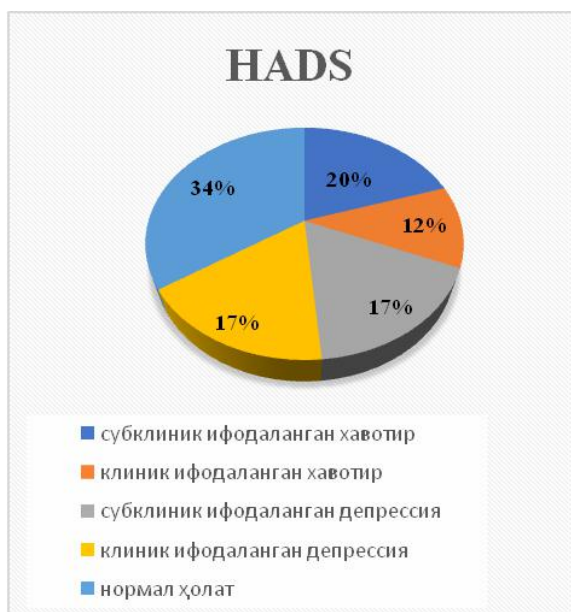
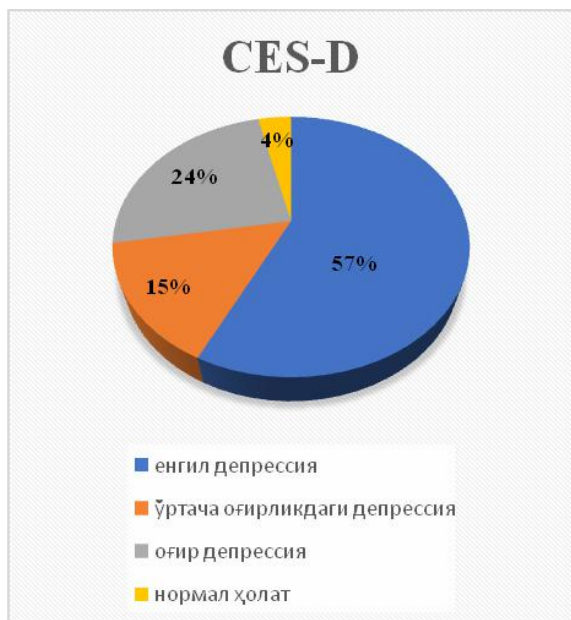
касалликнинг мустақил шаклига ("оғриқли-касаллик") айланади, унинг патогенези ноцицептив нейронларнинг қўзғалувчанлигини ошириш механизмларини ўз ичига олади [5,7,14]. Сурункали оғриқли ревматоид артрит бўлган беморлар орасида психоэмоционал бузилишларнинг тарқалиши 30% дан 87% гачани ташкил қилиш тўғрисидаги маълумот мавжуд. [4,9,15]. Сурункали оғриқ синдроми касалликнинг ривожланишини сезиларли даражада кучайтиради, беморларнинг ҳаёт сифатининг ёмонлашувининг сабабларидан бири бўлади, адаптация қобилияти ва ижтимоий фаолиятни сезиларли даражада бузади, даволаниш самарадорлигини камайтиради ва хавотирли-депрессив бузилишлар пайдо бўлишини кучайтиради.

Тадқиқотнинг мақсади: Ревматоид артрит касаллигида сурункали оғриқ синдроми хусусиятларини аниқлаш ва унинг хавотирли-депрессив бузилишлар мавжудлиги билан боғлиқлигини баҳолаш.

Материаллар ва услублар: Тадқиқот мақсадида Самарқанд шаҳар шифохонаси кардиоревматология бўлимида 100 нафар бемор текширилди. Беморларнинг ўртача ёши $58,8 \pm 9,4$ ёшни, ревматоид артритнинг ўртача давомийлиги $6,8 \pm 7,4$ йилни ташкил этди. Сурункали оғриқ синдроми 1 йилгача давом этган эрта ревматоид артрит беморларнинг 32% да қайд этилган. Беморлар 97% ҳолларда асосий дорилар билан даволанишган, улардан 76% метотрексат билан даволанган бўлиб, ўртача дозаси $9,4 \pm 5,7$ мг ташкил қилган. Текширув вақтида глюкокортикостероидларни 37,6% беморлар қабул қилдилар, ўртача дозаси $4,1 \pm 6,7$ мг тенг. Беморларнинг 71,3% стероид бўлмаган яллиғланишга қарши воситалардан доимий фойдаланишга муҳтож бўлганлар эди. Касаллик фаоллигини ва оғирлигини баҳолаш учун DAS28 EULAR (Европанинг ревматизмга қарши лигаси) тавсияларига мувофиқ ҳисоблаб чиқилган бўлиб $DAS28 = 0,56*\sqrt{(ОБС28)} + 0,28*\sqrt{(ШБС28)} + 0,70*\ln(\text{ЭЧТ}) + 0,014*СУХ$, бу ерда ОБС28 - мумкин бўлган 28 та оғриқли бўғимларнинг сони (кафтнинг ички қисми - 10, кафтнинг ташқи қисми - 10, билак - 2, тирсак - 2, елка - 2, тизза - 2); ШБС28 - бу мумкин бўлган 28 та шишган бўғимларнинг сони. Индексни баҳолаш усули: $DAS28 \leq 3,2$ қиймати ревматоид артрит фаоллигининг минимал даражасига тўғри келса, $3,2 < DAS28 \leq 5,1$ - ўртача, $DAS28 > 5,1$ - юқори даражасига тўғри келади. Сурункали оғриқ синдроми активлигини баҳолаш учун биз визуал аналог шкаласи, Ван Корфф сўровномаларини (оғриқ синдромининг интенсивлиги, ижтимоий нотўғри мослашув даражаси,

сурункали оғриқ даражасини баҳолаш билан) ва Мак Гилл анкетасини ишлатдик (McGill Pain Questionnaire). DN4 сўровномаси (нейропатик оғриқ диагностикаси анкетаси) нейропатик оғриқнинг оғирлигини аниқлаш учун ишлатилган. Функционал гуруҳ соғлиқни сақлашни баҳолаш бўйича сўровнома (HAQ) ва функционал индекс (FDI) ёрдамида баҳоланди. Психоэмоционал бузилишларни баҳолаш ва аниқлаш учун махсус психологик тестлар ва сўровномалар ишлатилган: яъни касалхонада ташвишланиш ва депрессия ўлчови (Hospital Anxiety and Depression Scale — NADS) ва Бек депрессия шкаласи. Статистик қайта ишлаш Statistica 6.0 дастурида тавсифловчи статистика, параметрсиз ва корреляцион таҳлил усуллари ёрдамида амалга оширилди.

Натижалар ва муҳокамалар: Ван Корфф сўровномасига кўра, кўпчилик беморлардаги оғриқ характери 2-синфга тўғри келади: юқори интенсивлик, мослашолмасликнинг ўртача даражаси ва енгил ишга яроқсизлик (2-5 кун) билан ажралиб туради. Мак-Гилл томонидан ўтказилган оғриқ сўровномасига кўра, беморларнинг 71% мўтадил ва оғир оғриқларни, 18% беморлар юқори даражадаги оғриқларни бошдан кечирдилар. DN4 сўровномасига мувофиқ оғриқнинг нейропатик компоненти беморларнинг 42% да аниқланди. Клиник текширув натижасида бир неча беморда юқори серонегатив ревматоид артрит фониди (анамнезнинг давомийлиги 5 ой) юқори фаоллик билан иккинчи даражали фибромиалгия аниқланди (DAS28 5.47). Фибромиалгияга хос бўлган 18 оғриқли нуқтани пальпация қилиш соҳасидаги маҳаллий оғриқ, ишлатилган барча сўровномалар бўйича кучли оғриқ борлиги, шунингдек, ушбу аломатларнинг уйқусизлик фониди доимий хавотир ҳисси билан комбинацияси аниқланди. Хавотирли-депрессив касалликларнинг хусусиятлари 1-расмда келтирилган CES-D сўровномасига кўра, беморларнинг 30 фоизиди депрессив бузилишлар аниқланган, уларнинг аксарияти енгил депрессияга учраган; ўртача ва оғир депрессия билан оғриган беморлар жуда кам тарқалган. Бек тестига кўра, беморлар 36% ҳолларда депрессияни бошдан кечирган, уларнинг 2/3 қисмида енгил депрессия бўлган, 1/3 қисми енгил-ўртача ва ўртача-оғир депрессия билан оғриган. HADS хавотир ва депрессия касалхона шкаласига кўра, беморларда 57% ҳолларда депрессия аниқланди: субклиник хавотир ва депрессия 20% ва 17% беморларда, клиник жиҳатдан аниқ бўлган хавотир ва депрессия беморларнинг 12% ва 17% да шунга мос равишда кузатилиб, абатта бу психотерапевт консультациясини талаб қилади (1-расм).



Расм 1. Хавотирли-депрессив касалликларнинг хусусиятлари

Яллиғланиш фаоллигининг оғриқ интенсивлигига кўшган ҳиссасини баҳолаш учун биз DAS28 ва унинг таркибий қисмлари ўртасидаги муносабатни турли хил сўровномаларга мувофиқ оғриқ хусусиятларига баҳоладик. DAS28 нинг оғриқ синдромининг турли параметрлари билан ўзаро боғлиқлиги аниқланди. Шу муносабат билан DAS28 нинг турли хил таркибий қисмлари ва оғриқ синдроми параметрлари ўртасидаги боғлиқлик таҳлил қилинди. Оғриқнинг оғирлиги объектив маълумотлар кўра оғриқли бўғинлар сони, шишган бўғимларнинг сони ва эритроцитларнинг чўкиш тезлиги билан боғлиқ эмаслиги аниқланди. Шу билан бирга, бемор томонидан субъектив равишда баҳоланган DAS28 компоненти, Мак-Гилл сўровномасининг ($r=0,36$), сурункали оғриқ ($p=0,44$), корреляцион таҳлил NADS шкаласи бўйича Мак-Гилл ва Ван Корфф анкеталари кўрсаткичлари ва ташвиш даражаси ($r=0,26$ $p=0,01$) ва депрессия ($r=0,28$) ўртасидаги тўғридан-тўғри боғлиқликни аниқлади, анкета CES-D ($r=0,4$), Бек шкаласи ($r=0,3$). Хавотирли-депрессив бузилишларга чалинган беморларда НАQ сўровномасида функционал фаоллик кўрсаткичи юқори бўлганлиги қайд этилди.

Хулоса: Ревматоид артрит билан оғриган беморлар юқори оғриқ интенсивлиги, ўртача ижтимоий мослашувчанлик даражаси ва ногиронликнинг енгил даражаси билан ажралиб туради. Бу эса эритроцитларнинг чўкиш тезлиги бузилишларини субъектив баҳолаш билан ўзаро боғлиқ ва ревматоид артрит фаолиятининг объектив кўрсаткичларига сезиларли даражада боғлиқ эмас. Оғриқ ва хавотирли-депрессив бузилишларнинг фаоллик кўрсаткичлари билан чамбарчас боғлиқлиги аниқланди. Ван Корффнинг сурункали оғриқ ва депрессия даражаси ўртасида сезиларли корреляциялар аниқланди.

Адабиётлар:

1. Aletaha D, Blüml S. Therapeutic implications of autoantibodies in rheumatoid arthritis. *RMD Open*. 2016 May 17;2(1):e000009. doi: 10.1136/rmdopen-2014-000.
2. Ben-Hadj-Mohamed M., Khelil S., Ben Dbibis M., Khelifi L., Chahed H., Ferchichi S., Bouajina E., Miled A. Hepatic Proteins and Inflammatory Markers in Rheumatoid Arthritis Patients. *Iran J Public Health*. 2017 Aug; 46 (8):1071–1078.
3. Bianchi G, Caporali R, Todoerti M, Mattana P. Methotrexate and rheumatoid arthritis: current evidence regarding subcutaneous versus oral routes of administration. *Adv Ther*. 2016;33(3):369–378.
4. Karimovich, S. D. ., & Zikriyayevna, S. G. . . (2021). Clinical Course In Upper Gastrointestinal Patients With Connective Tissue Dysplasia Syndrome. *The American Journal of Medical Sciences*

- and Pharmaceutical Research, 3(02), 135–139. <https://doi.org/10.37547/TAJMSPR/Volume03Issue02-20>
5. Branco JC, Barcelos A, de Araújo FP, et al. Utilization of subcutaneous methotrexate in rheumatoid arthritis patients after failure or intolerance to oral methotrexate: a Multicenter Cohort Study. *Adv Ther.* 2016;33(1):46–57.
6. Shodikulova Gulandom Zikriyayevna, Xasanov Oybek G'ofirovich, & Aripov Shakar Maxmudovich. (2022). Cardiac arrhythmias in patients cirrhosis of the liver. *Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development*, 4, 415–421. Retrieved from <https://www.sjird.journalspark.org/index.php/sjird/article/view/144>
7. Zikriyayevna, S.G., & Sunatovich, P.U. (2020). Peripheral Blood System Status of Rheumatoid Arthritis Patients Depending on Haptoglobin Polymorphism. *American Journal of Medicine and Medical Sciences*, 10, 351-353.
8. Хасанов , О. ., & Бектемирова , Ш. . (2022). Клинико-морфологический параллелизм хеликобактер-ассоциированных гастродуоденальных заболеваний на фоне жировой болезни печени (НАЖБП). *Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences*, 2(11), 58–62.
9. Шодикулова, Г., & Пулатов, У. (2014). Диагностика и лечение дисфункции эндотелия у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (2 (78), 69–73.
10. Gulandom Zikriyayevna Shodikulova, Ulugbek Sunatovich Pulatov, Madina Mukhtorovna Ergashova, Zarangis Kamolovna Tairova, Tulkin Tolmasovich Atoev. (2021). The Correlation among Osteoporosis, Calcium-Phosphore Metabolism and Clinical Symptoms of Main Disease in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 4185–4190.
11. Морозова О.Г., Ярошевский А.А. Нейропатическая боль: взгляд невролога // *Медицина неотложных состояний. Избранные клинические лекции*. Т. 4. 2-е изд., испр. и доп. Донецк: Заславский А.Ю., 2012. С. 347–365
12. Тураев Б. Т., Очиллов У. У., Алкаров Р. Б. Socio-demographic characteristics of somatized depression // *Новый день в медицине*. – 2020. – №. 2. – С. 231-233.
13. Shodikulova G. Z., Pulatov U. S. Efficiency evaluation of treatments patients with rheumatoid arthritis by dependence of clinic course and genetic polymorphism of haptoglobins // *Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi*. – 2020. – №. 1. – С. 175-178.
14. Oybek Hasanov Gafurovich, Rakhmonova Mokhigul Shodikulovna, Tokhirjonova Aziza Tokhirjon qizi, & Sangirova Fotima Abdurakhmon kizi. (2022). Clinical And Morphological Parallels Between Helicobacter-Associated Gastroduodenal Disease and Fatty Liver Disease (FLD) (Literature Review). *Eurasian Medical Research Periodical*, 8, 106–109. Retrieved from <https://www.geniusjournals.org/index.php/emrp/article/view/1526>
15. Choy E, Aletaha D, Behrens F, Finckh A, Gomez-Reino J, Gottenberg JE, Schuch F, Rubbert-Roth A. Monotherapy with biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2016 Aug 21. pii: kew271.
16. Пулатов Улугбек Суннатович, & Суюнов Асрор Фарходович. (2023). Полиморфизм гаптоглобина у больных с ревматоидным артритом. "Conference on Universal Science Research 2023", 1(2), 120–123. Retrieved from <http://universalpublishings.com/index.php/cusr/article/view/159>
17. Тураев Б. Т., Хаятов Р. Б. Апатия в структуре депрессии позднего возраста // *Молодежь и медицинская наука в XXI веке*. – 2019. – С. 293-293.
18. Rizaev J.A., Ahrorova M.Sh., Kubaev A.S., Hazratov A.I.; „Morphological Changes in the Oral Mucous Membrane in Patients with COVID-19, *American Journal of Medicine and Medical Sciences*, 12, 5, 466-470, 2022
19. Rizaev Alimjanovich, Jasur; Shavkatovna, Akhrorova Malika; Saidolimovich, Kubaev Aziz; Isamidinovich, Khazratov Alisher; Clinical and immunological aspects of the relationship of the oral cavity and COVID-19, *Thematics Journal of Education*, 7, 2, 2022

**ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У
БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

*Шодикулова Г.З., Очиллов У.У., Пулатов У.С.,
Тураев Б.Т.*

Резюме. Одним из наиболее характерных проявлений ревматоидного артрита является хронический болевой синдром, особенности которого и взаимосвязь с наличием тревожно-депрессивных расстройств до сих пор недостаточно изучено. В результате исследования установлено, что больные ревматоидным артритом отличаются высокой интенсивностью болевого синдрома, что коррелирует с оценкой общего состояния здоровья больных и существенно влияет на объективные показатели активности ревматоидного артрита. Исследование выявило значительную корреляцию между шкалой Ван Корфа хронической боли и депрессии.

Ключевые слова: хронический болевой синдром, тревожно-депрессивные расстройства, ревматоидный артрит.

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ



Юлдашев Шавкидин Сайпиевич¹, Шодиев Амиркул Шодиевич²

1 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ВА ОРҚА МИЯ ШИКАСТЛАНГАН БЕМОРЛАРГА ТИББИЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШ ҲОЛАТИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Юлдашев Шавкидин Сайпиевич¹, Шодиев Амиркул Шодиевич²

1 - Республика шошилинич тез тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

ANALYSIS OF THE PROVISION OF MEDICAL CARE TO VICTIMS WITH SPINAL CORD INJURY IN THE SAMARKAND REGION

YuldashevShavkidin Saypiyevich¹, ShodievAmirkul Shodievich²

1 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: amirkul.shodiyev@sammi.uz

Резюме. Долзарблиги. Умуртқа поғонаси ва орқа мия шикастланишлари умумий шикастланишлар орасида учинчи уринни эгаллайди ва уларнинг асоратлари купинча ногиронлик ва ўлим ҳолатларига олиб келиши билан характерланади. Тадқиқот мақсади. Самарканд вилоятида умуртқа поғонаси ва орқа мия шикастланган беморларга тиббий ёрдам курсатиши ҳолатини таҳлил қилиши. Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2015-2019 йилларда Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг Самарканд филиали (РШТЎИМСФ), Республика травматология ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази Самарканд филиали (РТОИАТМ СФ) ва туман тиббиёт бирлашмаларига (ТТБ) умуртқа поғонаси ва орқа мия шикастланиши (УПОМШ) туфайли шифохоналарга ётқизилган 122 нафар беморларнинг касаллик тарихлари (№003/У) таҳлил қилинди. Тадқиқот натижалари. УПОМШ туфайли травмадан кейинги 6 соат ичида шифохоналарга 34 (29,5%) нафар бемор ётқизилган (n=122). Тиббий хужжатлар таҳлили, травмадан кейинги 2 кун давомида стационарларга 77 (72%) нафар, 3 кундан сунг эса 30 нафар 28% бемор ётқизилганлигини курсатди (n=107). 15 нафар беморнинг госпитализация вақти аниқ булмаганлиги сабабли таҳлилга киритилмади. Транспортировка қилинган беморларнинг 90 (73,8%) нафари тез тиббий ёрдам машинасида, 26 (21,3%) нафари йўловчи машиналарда ва 6 (4,9%) нафари санитар авиация хизмати орқали шифохоналарга олиб келинган (n=122). Шифохоналарга ётқизилган 110 нафар бемор дастлабки 1 соат ичида тор мутахассислар (хирург, травматолог, нейрохирург, невролог) томонидан қурилган, бу умумий ётқизилган беморларнинг 91% ташиқил этади (n=122). Рентгенологик текширишлар шифохонага ётқизилган биринчи кунда 77 (63,1%) нафар, иккинчи кунда 11 (9%) нафар ва учинчи кунда 8 (6,5%) нафар беморга утказилган. 26 (21,3%) нафар беморга эса рентгенологик текширишлар турли сабабларга юқорида курсатилган даврларда кура утказилмаган. Компьютер томография (КТ) 46 (37,7%) нафар беморга шифохонга ётқизилган куни, 26 (21,3%) нафарга эса 2 куни утказилган. 50 (40,9%) нафар беморга эса КТ утказилмаган. Бу ҳолат асосан КТ аппарати мавжуд булмаган ТТБларда қайд қилинган. Тиббий ёрдам курсатиши даражаси таҳлили беморларнинг шифохоналарга ётқизилган ва жавоб берилган вақтдаги ASIA/IMSOP шкаласи бўйича неврологик ҳолати, даволаш натижалари (жавоб берилди/вафот этди) ва уларнинг функционал ҳолати курсаткичлари асосида утказилди. Беморларда қул оёқларнинг тулик паралич ва чанок аъзолари фаолиятининг бузилиши билан кечадиган (Ава В тип) чуқур неврологик узгаришлар РШТЎИМСФ да 36,2%, РТОИАТМ СФ да 51,5% ва ТТБ ларда 35,4% ни ташиқил қилди. D типга оид неврологик узгаришлар эса РШТЎИМСФ да -26 (44,8%), РТОИАТМ СФ да - 13 нафар (39,3%) ва ТТБ да - 10 (32,5%) нафар беморда аниқланган. ASIA/IMSOP шкаласи

бўйича А тунга оид беморлар шифохоналарга ётқизилган вақтда 41 (33,6%) нафарни ташкил қилган бўлса, утказилган даволаш муолажааларидан сунг ва шифохонадан жавоб бериш вақтида бу курсатгич 37 (30,3%)ни ташкил қилди, яъни 3,3% га камайган. С тундаги беморлар сони ҳам 23 дан 9,0 нафарга, яъни 18,8% дан 7,4% га камайган. Хирургик даволаш усуллари 89 (73%) нафар беморга утказилган, қолган 33 (27%) нафар беморга эса консерватив даволаш муолажаалари утказилган. Хирургик фаоллик РТОИАТМ СФ да 87,9% (n=33), РШТЁИМ СФ да 72,4% (n=58) ва ТТБ да 58% (n=31) ни ташкил қилган. УПОМШ ва унинг асосатлар итутафайли РШТЁИМ СФ да 3 (5,2%), РТОИАТМ СФ да 4 (12,1%) ва ТТБ 8 (25,8%) нафар бемор вафот этган. Хулоса. Шундай қилиб, утказилган тахлил УПОМШ беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам асосан вилоятнинг иккита йирик тиббийёт муасасасида – РШТЁИМ СФ ва РТОИАТМ СФ да амалга оширилишини курсатди.

Калим сўзлар: умуртқа поғонаси, орқа мия, шикастланиш.

Abstract. Relevance. Spine and spinal cord injuries are the third most common injuries, and their complications are often characterized by disability and death. **Aim.** Analysis of medical care for patients with spinal cord and spinal cord injuries in the Samarkand region. **Material and methods research.** In 2015-2019, the Samarkand Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine (SB RSCEM), the Samarkand Branch of the Republican Traumatology and Orthopedic Scientific Applied Medical Center (SBRTAOSAMC), and district medical associations (DMA) were hospitalized due to spinal cord and spinal cord injuries (SPASCI) in 2015-2019. Medical histories of hospitalized patients (№003/U) were analyzed. **Research results.** 34 (29,5%) patients (n=122) were admitted to hospitals within 6 hours after trauma by ambulance. 90 (73,8%) of the transported patients were transported by ambulance, 26 (21,3%) by ambulances, and 6 (4,9%) by air ambulance service (n=122). Analysis of medical records showed that 77 (72%) patients were admitted to inpatients within 2 days after trauma, and 30 (28%) patients after 3 days (n=107). 110 patients brought to hospitals were treated by narrow specialists (surgeon, traumatologist, neurosurgeon, neurologist) within the first hour, which is 91% of the total number of patients (n=122). X-ray examinations were performed on 77 (63,1%) patients on the first day of hospitalization, 11 (9%) on the second day, and 8 (6,5%) on the third day. 26 (21,3%) patients were not selected for X-ray examinations for various reasons. Computed tomography (CT) was performed on 46 (37,7%) patients on the 1st day after trauma, and on 26 (21,3%) patients on the 2nd day. CT was not performed on 50 (40,9%) patients. This situation was noted mainly in DMAs where CT equipment was not available. Level of care analysis was performed based on ASIA/IMSOP neurologic status, treatment outcomes (response/death), and functional status indicators at the time of hospitalization and response. Deep neurological changes (type A and V) in patients with total paralysis of gray legs and dysfunction of groin organs were 36,2% in SB RSCEM, 51,5% in SBRTAOSAMC, and 35,4% in DMAs. Neurological changes related to type D were detected in 26 (44,8%) SB RSCEM patients, 13 (39,3%) SBRTAOSAMC patients, and 10 (32,5%) DMA patients. Out of the treatments provided to the patients, type A patients accounted for 41 (33,6%) patients during hospitalization, while this rate decreased to 37 (30,3%) during discharge from the hospital, i.e. decreased by 3,3%. The number of type C patients decreased from 23 to 9,0, i.e. from 18,8% to 7,4%. Surgical treatment was given to 89 (73,0%) patients, and conservative treatment procedures were given to the remaining 33 (27,0%) patients. The surgical activity was 87,9% (n=33) in SBRTAOSAMC, 72,4% (n=58) in SB RSCEM, and 58% (n=31) in DMA. Due to SPASCI and its complications, SB RSCEM 3 (5,2%), SBRTAOSAMC 4 (12,1%), and DMA 8 (25,8%) patients died. **Summary.** Thus, the analysis showed that the provision of specialized medical care to SPASCI patients is mainly carried out in two large medical institutions of the region - SB RSCEM and SBRTAOSAMC.

Keywords: spine, spinal cord, injury.

Актуальность проблемы. Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) характеризуется механическим повреждением позвоночника и спинного мозга (спинномозговых нервов, его сосудов и оболочек). ПСМТ по структуре травматизма занимает третье место [5,8].

Закрывающаяся ПСМТ составляет от 3 до 5% [1,2]. ПСМТ более 80% случаев наблюдаются у взрослых в возрасте 17-45 лет. Мужчин составляют от 62,5 до 76,5% от всех пострадавших [7,9].

Повреждающее воздействие первичной травмы позвоночника и спинного мозга опасно и нередко необратимо. Также часто встречается вторичное повреждение спинного мозга в результате неправильного обращения с пострадавшим на догоспитальном этапе при оказании им медицинской помощи. Поэтому, важнейшей задачей догоспитального этапа, является не повредить спинной мозг и ухудшить общее состояние пострадавшего с ПСМТ и своевременно транспор-

тировать его на стационар, где оказывается адекватное лечение [4,11,12,14].

Причиной наиболее распространенных ошибок на догоспитальном этапе является неправильная оценка состояния пострадавшего с ПСМТ вследствие бессознательного или неадекватного (алкогольного опьянения) состояния и т.д. Поэтому, пока полностью не проведено тщательное клиническое и рентгенологическое исследование, пострадавших этих категорий необходимо считать пострадавшими, имеющими нестабильную травму позвоночника [3, 7, 13].

Для улучшения результатов лечения и предупреждения возможных последствий ПСМТ необходимо совершенствовать методы оказания медицинской помощи на месте травмы, осуществлять адекватной эвакуации пострадавших в специализированные центры областного или республиканского уровня. Научно доказано, что своевременная транспортировка пострадавших с

ПСМТ в специализированные центры, значительно снижает количество осложнений и летальности, а также улучшает исходы проведенного лечения (6,10).

Когда пострадавший с ПСМТ поступает в стационар, очень многое зависит от квалификации специалистов лечебного учреждения, быстроты правильного и квалифицированного оказания медицинской помощи.

Цель исследования. Анализировать на основании медицинских документов оказания медицинской помощи пострадавшим с позвоночно-спинномозговой травмой в Самаркандской области.

Материал и методы исследования. Нами были проанализированы медицинские карты стационарного больного (форма №003/У) 122 пострадавших с ПСМТ, которые были госпитализированы в СФ РНЦЭМП, СФ РНЦТО и районные медицинские объединения (РМО) в период 2015-2019 годы. Всем больным, кроме тщательного клинико-неврологического обследования, проводились (в зависимости от существующих возможностей лечебных учреждений) рентгенологическое, компьютерное и магнитно-резонансное исследования (КТ, МРТ), а также, были изучены проведенные развернутые анализы крови, мочи и иногда ликвора.

Анализ полученных результатов. Анализ результатов уровня оказания медицинской помощи проводилось с учетом определения уровня неврологического состояния по шкале ASIA/IMSOP при поступлении и выписке (или смерти) больного, критерий исхода (выписан./умер) и функциональный исход в зависимости от срока поступления больных в стационар.

В таблице 1 представлен тип повреждения спинного мозга (ASIA/IMSOP) у пострадавших с ПСМТ при поступлении на разные стационары. Из таблицы 1 следует, что доля пострадавших с серьезными неврологическими дефицитами, проявляющимся полным параличом и нарушением функции тазовых органов (тип А и В) во всех лечебных учреждениях довольно высока и составляет 36,2% в СФ РНЦЭМП, 51,5% - в СФ РНЦТО и 35,4% - в РМО.

В СФ РНЦЭМП отмечено наибольшее число больных с типом повреждения D, т.е. 26 (44,8%) пострадавших (парапарез с умеренным ограничением двигательных функций или движения ниже уровня поражения с сохранением основных мышц более 3 баллов).

С типом повреждения D в СФ РНЦТО находились 13 (39,3%) и в РМО - 10 (32,5%) больных.

Таблица 1. Распределение больных по типу повреждения спинного мозга при поступлении в стационары области

Типы повреждений	СФРНЦЭМП n-58		СФРНЦТО n-33		РМО n-31		Итого n=122	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
ASIA/IMSOP								
Тип А	17	29,3	14	42,4	10	32,5	41	33,6
Тип В	4	6,9	3	9	1	3,2	8	6,5
Тип С	11	18,9	3	9	9	29	23	18,8
Тип D	26	44,8	13	39,3	10	32,5	49	40,2
Тип E	-	-	-	-	1	3,2	1	0,8
Всего	58	100	33	100	31	100	122	100

Таблица 2. Распределение больных по степени повреждения спинного мозга (ASIA/IMSOP) при выписке из стационара

Учреждение Тип повреждения	СФ РНЦЭМП		СФ РНЦТО		РМО		Итого	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
Тип А	15	12,3	13	10	9	7,4	37	30,3
Тип В	4	3,3	3	2,4	1	0,8	8	6,5
Тип С	5	4,1	3	2,4	1	0,8	9	7,4
Тип D	27	22,1	6	4,9	9	7,4	42	34,4
Тип E	7	5,7	8	6,5	11	9,1	26	21,3
Всего	58	47,5	33	27	31	25,5	122	100

Таблица 3. Итоговые данные о функциональных результатах лечения по шкале ASIA/IMSOP

Этап	Тип А		Тип В		Тип С		Тип D		Тип E	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
При поступлении	41	33,6	8	6,5	23	18,8	49	40,2	1	0,8
При выписке	37	30,3	8	6,5	9	7,4	42	34,4	26	21,3

Таблица 4. Исходы лечения больных с позвоночно-спинномозговыми травмами в разных лечебных учреждениях

Учреждение	СФРНЦЭМП n=58		СФРНПЦТО n=33		РМО n=31		Итого n=122	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Выписаны	55	94,8	29	87,9	23	74,1	107	87,7
Умерли	3	5,2	4	12,1	8	25,8	15	12,3

Таблица 5. Сроки поступления больных с ПСМТ в различные лечебные учреждения

Виды стационаров	Сроки поступления пострадавших с ПСМТ			Всего
	до 6 часов	От 7ч до 2 суток	Более 3 суток	
СФ РНЦЭМП	9 (15,8%)	25 (43,9%)	23 (40,4%)	57 (100%)
СФ РНПЦТО	12 (52,2%)	7 (30,4%)	4 (17,4%)	13 (100%)
РМО	15 (55,6%)	9 (33,3%)	3 (11,1%)	27 (100%)
Итого	36 (33,6%)	41 (38,3%)	30 (28,0%)	107 (100%)

В таблице 2 представлены данные о структуре распределения пострадавших по типу повреждения спинного мозга (ASIA/IMSOP) при выписке из стационара (с учетом случаев с летальным исходом).

При анализе функциональных исходов лечения отчетливо видно, что значительно увеличилась доля больных в группе Е (полное излечение) - 26 (21,3%) больных. У больных с самым тяжёлым неврологическим дефицитом (тип А и В) отмечены самые незначительные изменения в положительную сторону, из 49 (40,1%) пострадавших в следующий функциональный класс перешел только 4 пострадавших.

Основные изменения произошли в группах больных с типами повреждения соответствующими классами С, D и E по классификации ASIA/IMSOP. Для большей наглядности итоговые данные о функциональных результатах лечения сгруппированы в таблице 3.

Из таблицы 3 видно, что при поступлении количество больных, относящихся к группе тип А составляло 41 (33,6%), при выписки они уменьшились до 37 (30,3%). Количество больных с типом С при выписки уменьшились с 23 до 9,0. т.е., с 18,8% до 7,4%.

В таблице 4 отражён общий исход лечения больных с позвоночно-спинномозговыми травмами в разных лечебных учреждениях.

Из 122 больных выписаны из стационара для продолжения лечения 107 (87,7%) пострадавших. В СФ РНЦЭМП доля выписанных боль-

ных составила 94,8%, в СФРНПЦТО - 87,9% и в РМО - 74,1%.

Из-за тяжести ПСМТ всех локализации (шейной, грудной, поясничной) и их осложнений умерли - 15 (12,3%) пострадавших.

В СФ РНЦЭМП умерло 3 пострадавших, в СФРНПЦТО - 4 и в РМО - 8, что составило 5,2%, 12,1% и 25,8% от числа пролеченных в каждом лечебном учреждении соответственно.

Высокие цифры летальности в РМО (25,8%) объясняется отсутствием специалистов-нейрохирургов и необходимого медицинского оборудования для диагностики и лечения больных с ПСМТ. Таким образом, общая летальность больных с ПСМТ в Самаркандской области в этом периоде составила 12,3%.

Для анализа сроков поступления больных с ПСМТ от различных лечебных учреждений в специализированные медицинские учреждения больные были разделены на три группы, за исключением больных с неизвестным временем срока поступления (15 больных) (табл. 5).

Из таблицы 5 видно, что первые 6 часов от момента травмы поступило 36 (33,6%) (n=107) пострадавших с ПСМТ, причём большая часть пострадавших поступили в РМО и СФРНПЦТО (в общей сложности 27 из 36 человек).

В СФРНЦЭМП большинство пострадавших поступили более 7 часов от момента травмы (48 из 57 человек, что составило 84,2%), а также достаточно большое количество пострадавших - 23 (40,4%) поступили более 3 суток после ПСМТ.

Таблица 6. Зависимость исходов лечения от сроков поступления в специализированные лечебные учреждения (абс.число и %)

Время поступления	Исход лечения		Всего
	Умер в стационаре	Выписан	
До 6 часов	8 (22,2%)	28 (77,8%)	36 (100%)
От 7 часов до 2 суток	4 (9,8%)	37 (90,2%)	41 (100%)
Более 3 суток	3 (10,0%)	27 (90,0%)	30 (100%)
Итого	15 (14,0%)	92 (86,0%)	107 (100%)

Таблица 7. Функциональный исход у пострадавших с ПСМТ при выписке (ASIA) в зависимости от времени доставки в стационар (абс. числа и %)

Время доставки	Функциональный исход (ASIA/IMSOP)					Всего
	А	В	С	Д	Е	
До 6 часов	10 (27,8%)	1 (2,8%)	3 (8,3%)	8 (22,2%)	14 (38,9%)	36 (100%)
От 7 часов до 2 суток	14 (34,1%)	4 (9,8%)	5 (12,2%)	8 (19,5%)	10 (24,4%)	41 (100%)
Более 3 суток	3 (10,0%)	3 (10,0%)	1 (3,3%)	7 (23,3%)	16 (53,3%)	30 (100%)
Итого	27 (25,2%)	8 (7,5%)	9 (8,4%)	23 (21,5%)	40 (37,4%)	107 (100%)

Таблица 8. Сроки поступления пострадавших с ПСМТ в различные лечебные учреждения (с момента получения травмы)

Учреждение Время	СФРНЦЭМП		СФРНЦТО		РМО		Итого	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
0-1 час	0	0	6	4,9	2	1,6	8	6,5
1-3 часа	6	9,0	4	3	11	9,1	21	17,2
4-6 часов	3	2,4	2	1,6	2	1,6	7	5,8
7-24 часа	13	10,8	5	4,1	7	5,8	25	20,5
1-2 суток	12	9,8	2	1,6	2	1,6	16	31,1
3-6 суток	6	4,9	2	1,6	0	0	8	6,5
>7 суток	17	13,9	2	1,6	3	2,4	22	18,0
Не указано	1	0,8	10	8,2	4	3,3	15	12,3
Всего	58	51,6%	33	26,6%	31	25,4	122	100

СФ РНЦЭМП и РМО области принимали большую часть пострадавших в остром периоде ПСМТ и имели возможность оказать помощь больным ещё до развития необратимых изменений в спинном мозге. СФ РНЦТО в основном принимали больных в раннем периоде ПСМТ.

При исследовании зависимости исхода лечения от времени срока поступления в стационар пострадавшие были разделены на три группы (табл. 6), при этом были исключены пострадавшие с неясным временем срока поступления (n=15).

Анализ медицинских документов показал, что в течение 2 суток в стационары области поступили 77 (72%) пострадавших, а после 3 суток 30 пострадавших, что составило 28% (от n=107).

15 пострадавших, поступивших в стационар в тяжелом состоянии и грубыми неврологическими нарушениями (тип А и В) в дальнейшем скончались, что составило 11,2% от всех поступивших (n=107). Из них, в течение 6 часов после госпитализации умерли 8 (22,2%) больных, в срок от 7 часов до 2 суток - 4 (9,8%) и более 3 суток - 3 (10%) больных (табл. 6).

Нами было изучено качество оказания медицинской помощи пострадавшим (по данным выписки) путём выявления зависимости от времени получения ПСМТ и госпитализации больного в стационар.

С этой целью в качестве критерия был избран тип повреждения спинного мозга по классификации ASIA/IMSOP при выписке больного из стационара.

Пострадавшие были разделены на три группы по временному интервалу, за исключением больных с неизвестным временем поступления в клинику (табл. 7).

Полученные результаты функциональных исходов пострадавших с ПСМТ показали, что 29 из 35 выписанных из стационара больной с выраженным неврологическим дефицитом (тип А и В по шкале ASIA/IMSOP) поступили в стационар в течение 2 суток от момента травмы, что составило 27,1% от всех поступивших (n=107).

Таким образом, по данным нашего исследования результат функционального исхода на момент выписки больного из стационара (ASIA/IMSOP) не зависел от времени с момента ПСМТ до доставки пострадавшего в стационар.

Как известно, качество проводимого лечения пострадавших с ПСМТ зависит от своевременного установления правильного диагноза, основанного углубленного неврологического осмотра с учетом результатов проведенных современных дополнительных методов (МСКТ, МРТ) исследования.

При анализе медицинской документации выявлено в 22 (35,3%) случаях несвоевременного установления диагноза ПСМТ. Из них 18 случаев зарегистрировано в РМО, что составило 81,8% от всех неустановленных диагнозов (n=22) и по 2 случая в СФ РНЦЭМП и СФ РНЦТО, что составило по 9,1% (n=22).

Во всех лечебных учреждениях у 8 (6,6%) больных причиной задержки своевременного установления клинического диагноза при ПСМТ

было связано с состоянием алкогольного опьянения пострадавших (n=122). В 9 (7,4%) случаях причины несвоевременного установления диагноза выяснить не удалось.

В таблице 8 отражены данные о времени поступления пострадавших с ПСМТ от момента травмы в разные лечебные учреждения области.

Из таблицы 8 видно, что первые 3 часа поступило только 29 (23,8%) пострадавших, из них 16 (55,2%) поступили в СФ РНЦТО и СФ РНЦЭМП и только 13 (44,8%) - в РМО.

В течение первых 6 часов от момента получения ПСМТ в медицинские учреждения области поступило 36 (29,5%) пострадавших (от n=122).

Большая часть пострадавших с ПСМТ были направлены в стационар врачами скорой медицинской помощи и из стационаров РМО (60 и 46 пострадавших соответственно).

Транспортировка пострадавших осуществлена в 90 (73,8%) случаях бригадой скорой медицинской помощи, 26 (21,3%) пострадавших с попутными машинами и в 6 (4,9%) случаях больные были доставлены по линии санитарной авиации (от n=122).

При поступлении в стационар 110 пострадавших были осмотрены смежными специалистами (хирург, травматолог, нейрохирург, невролог) в течение 1 часа, что составило 91% от всех госпитализированных (n=122).

Рентгенологическое исследование было проведено в 1-е сутки 77 (63,1%) пострадавшим ПСМТ, в течение 2 суток - 11 (9%) и более 3 суток 8 (6,5%) пострадавшим. 26 (21,3%) пострадавшим рентгенологическое обследование в течение этого периода по различным причинам не было проведено.

Отмечены проблемы в проведении рентгенологического исследования в РМО в связи с отсутствием переносных рентгеновских аппаратов.

Компьютерная томография (КТ) была выполнена 46 (37,7%) пострадавшим с ПСМТ в течение 1 суток, 26 (21,3%) пострадавшим - от 2 суток и более, а 50 (40,9%) пострадавшим КТ не проводилась. КТ не была проведена тем пострадавшим, которые находились в РМО, не имеющих КТ аппаратов.

Хирургическому лечению подверглась 89 (73%) пострадавших с ПСМТ, а консервативному - 33 (27%).

Характер и объем оперативных вмешательств (рис.1) свидетельствуют, что доля оперированных в СФ РНЦЭМП и СФ РНЦТО составляют 79,7% от всех оперированных больных (n=89).

Больным были проведены декомпрессивные, декомпрессивно-стабилизирующие, стабилизирующие операции и устанавливались скелетные вытяжения.

В СФ РНЦЭМП оперировано 42, в СФ РНЦТО - 29 и в РМО - 18 пострадавших с ПСМТ, что составляло 47,2%, 37,1% и 15,7% соответственно (от n=89). Из всех операций, проведенные в РМО декомпрессивно-стабилизирующие операции составляли 3 (21,4%), скелетное вытяжение - 10 (71,4%), декомпрессивные операции - 1 (7,2%) (n=18).

Нужно отметить, что в течение 24 часов после травмы в СФ РНЦЭМП прооперировано 60,7% пострадавших (причем, в течение 12 часов - 33,3%), после 72 часов - 17,8%. В СФ РНЦТО в течение 24 часов 16,6% пострадавшим проводилось оперативное лечение, а после 72 часов - 52,3%.

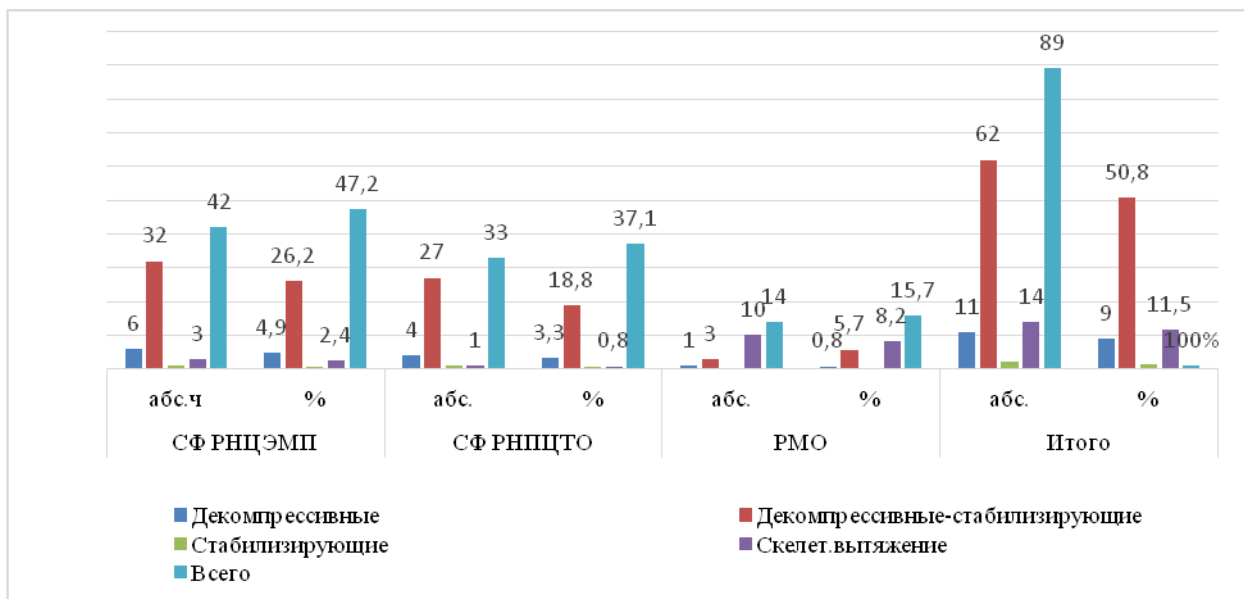


Рис. 1. Распределение больных по характеру оперативных вмешательств и по лечебным учреждениям области

Следует отметить, что во всех РМО отмечалось низкое качество послеоперационного рентгенологического обследования. Единичным пострадавшим с ПСМТ выполнялась контрольная рентгенография поврежденного участка позвоночника. Не имеется КТ обследования больных в послеоперационном периоде, которое позволяло бы точно оценить степени декомпрессии спинного мозга. Следует отметить, что в историях болезни пострадавших лечащими врачами описывались в основном угрожающие жизни осложнения ПСМТ (сепсис, пневмония, желудочно-кишечные кровотечения). Нами было отмечено только в 5 историях болезни, в которых были описаны наличие пролежни у больных (n=5). В историях болезни больных наличие желудочно-кишечного кровотечения описано в 10 случаях (3 - в СФ РНЦЭМП, 3 - в СФ РНПЦТО и 4 - в РМО). В остальных историях болезни больных имеются данные о наличии уроинфекции и пневмонии (по 6 больных). Послеоперационные осложнения зарегистрированы в историях болезни у 9 (7,4%) больных с ПСМТ. Из них 7 (5,7%) случаев описаны углубления неврологического статуса в послеоперационном периоде (4 - в СФ РНЦЭМП и 3 - в СФ РНПЦТО). Общехирургические оперативные вмешательства (лапаротомия, торакоцентез, остеосинтез трубчатых костей и т.д.) в разные сроки после травмы проведены 38 (31,1%) больным с сочетанными ПСМТ. Из 89 больных с ПСМТ, в СФ РНЦЭМП оперировано 42 (47,2%), в СФ РНПЦТО - 29 (32,5%) и в РМО - 18 (20,2%) больных. Практически все операции в РМО на позвоночнике были проведены специалистами - нейрохирургами СФ РНЦЭМП и вертебрологами СФ РНПЦТО. Хирургическая активность в СФ РНПЦТО составила 87,9% (n=33), в СФ РНЦЭМП она равнялась 72,4% (n=58) и в РМО - 58% (n=31).

В СФ РНЦЭМП пострадавшие оперировались в более ранние сроки (в течение 24 часов - 60,7%), чем в СФ РНПЦТО (в этом периоде - 16,6%). Анализ характера проведенных оперативных вмешательств у больных с ПСМТ в разных медицинских учреждениях показал, что более современными методами операций на всех отделах позвоночника владеют специалисты СФ РНЦЭМП и СФ РНПЦТО. Во всех РМО отмечено низкое качество послеоперационного рентгенологического обследования. В послеоперационном периоде динамическое КТ обследование в основном проводится в СФ РНЦЭМП, значительно меньше в СФ РНПЦТО.

Заключение. Таким образом, специализированная медицинская помощь пострадавшим с ПСМТ в Самаркандской области в основном проводится в двух крупных медицинских учреждениях - в СФ РНЦЭМП и СФ РНПЦТО. СФ РНЦЭМП принимает большую часть пострадавших в ост-

ром периоде ПСМТ, и имеют возможность оказать помощь больным ещё до развития необратимых изменений в спинном мозге. СФ РНПЦТО в основном принимает больных в раннем периоде ПСМТ. В обоих лечебных учреждениях специалисты - нейрохирурги (вертебрологи) владеют современными методами операций на всех отделах позвоночника. Транспортировка пострадавших с ПСМТ осуществляется бригадой скорой медицинской помощи или по линии службы санитарной авиации, и нередко пострадавшие с места травмы доставляются попутными транспортом.

Имеются существенные проблемы в РМО при проведении рентгенологического и КТ исследования больных с ПСМТ, в связи с отсутствием переносных рентгенологических аппаратов и КТ.

Литература:

1. Андреева Т.М., Огрызко Е.В. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России /под ред. акад. РАН С.П.Миронова. М. Телер, 2017; 131 с.
2. Аликов З.Ю. Совершенствование организации и содержания специализированной медицинской помощи пострадавшим с позвоночно-спинномозговой травмой в условиях мегаполиса. Автореф. к.м.н. Москва. -2018. -31с.
3. Глазков Р.В. Комплексная оценка тяжести повреждений позвоночника и спинного мозга. Автореф. дисс. к.м.н. Москва. 2017. 32с.
4. Грин А.А. хирургическое лечение пациентов с множественной позвоночно-спинномозговой травмой на грудном и поясничном отделе уровнях (обзор литературы). Нейрохирургия. 2018. Том № 20. №1.с.64-75.
5. Дулаев А.К. Эффективность централизованной системы оказания специализированной медицинской помощи при острой позвоночно-спинномозговой травме в современном мегаполисе. //Хирургия позвоночника. - 2019. - Т.16, № 1. - С. 8-15.
6. Кривенко С.Н., и др. Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе и прогноз исходов при сочетанных повреждениях, компонентом которых является позвоночно-спинномозговая травма //Гений ортопедии. Журнал клинической и экспериментальной ортопедии им. Г.А. Илизарова № 3, 2015 г. 2015. № 3. С. 22-25.
7. Лобзин С.В., и др. Острая позвоночно-спинномозговая травма в Санкт Петербурге: Эпидемиологические данные, частота, гендерные и возрастные особенности. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И.Мечникова. 2019.-Т.1. - №2. -с. 27-34.

8. Махкамов К.Э., Исраилов Д.У., Кузибаев Ж.М. Оказание медицинской помощи больным с позвоночно-спинномозговой травмой в системе экстренной медицинской помощи. Вестник экстренной медицины. Ташкент. 2011. №1. С.28-32
9. Толкачев В.С., и др. эпидемиология травм позвоночника и спинного мозга. Саратовский научно-медицинский журнал. 2018. 14 (3). С.592-595.
10. Хакимова С. З., Ахмадеева Л. Р. Маркеры дисфункции эндотелия в дистальных сосудах больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза //Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 26-30.
11. Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш. Анализ состояния осложненных повреждений позвоночника в Самаркандской области. Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021, №1(125). С.108-112.
12. Hood N. Spinal immobilisation in pre-hospital and emergency care: a systematic review of the literature //Australas. Emerg.Nurs.J. - 2015. - Vol. 18, № 3. - P. 118-137.
13. Yuldashev S. S., et al To Questions of surgical tactics in damages of the thoracic and lumbar parts of the spine //european journal of molecular & clinical medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 03. – С. 2020.
14. Yuldashev S. S., et al Endolumbal nootropic-ozone therapy in complex treatment of patients with complicated spinal injury in acute period //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 03. – С. 2020.

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш.

Резюме. Актуальность проблемы. Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) – механическое повреждение позвоночника и спинного мозга (его корешков) занимает 3 место среди травм опорно-двигательного аппарата, в связи возникающими осложнениями и последствиями. Цель исследования. Анализировать на основании медицинских документов оказания медицинской помощи пострадавшим с позвоночно-спинномозговой травмой в Самаркандской области. Материал и методы исследования. Нами были проанализированы медицинские карты стационарного больного (форма №003/У) 122 пострадавших с ПСМТ, которые были госпитализированы в СФ РНЦЭМП, СФ РНЦЦТО и районные медицинские объединения (РМО) в период 2015-2019 годы. Результаты исследования. В течении 6 часов после ПСМТ госпитализированы 34 (29,5%) пострадавших с ПСМТ (n=122). Транспортировка пострадавших осуществлена в 90 (73,8%) случаях бригадой скорой медицинской помощи, 26 (21,3%) пострадавших с попутными машинами и в 6 (4,9%) случаях больные были доставлены по линии санитарной авиации (от n=122). Анализ медицинских доку-

ментов показал, что в течение 2 суток после ПСМТ в стационары были госпитализированы 77 (72%) пострадавших, а после 3 суток - 30 (28%) пострадавших (n=107). При поступлении в стационар 110 пострадавших были осмотрены смежными специалистами (хирург, травматолог, нейрохирург, невролог) в течение 1 часа, что составило 91% от всех госпитализированных (n=122). Рентгенологическое исследование было проведено в 1-е сутки 77 (63,1%) пострадавшим ПСМТ, в течение 2 суток - 11 (9%) и более 3 суток 8 (6,5%) пострадавшим. 26 (21,3%) пострадавшим рентгенологическое обследование в течение этого периода по различным причинам не было проведено. Отмечены проблемы в проведении рентгенологического исследования в РМО из-за отсутствия переносного рентгеновского аппарата. Компьютерная томография (КТ) была выполнена 46 (37,7%) пострадавшим с ПСМТ в течение 1 суток, 26 (21,3%) пострадавшим - от 2 суток и более, а 50 (40,9%) пострадавшим КТ не проводилась. КТ не была проведена тем пострадавшим, которые находились в РМО, не имеющих КТ аппаратов. Анализ результатов уровня оказания медицинской помощи проводился с учетом определения уровня неврологического состояния по шкале ASIA/IMSOP при поступлении и выписке (или смерти) больного, критерий исхода (выписан./умер) и функциональный исход в зависимости от срока поступления больных в стационар. Пострадавших с серьезными неврологическими дефицитами, проявляющимся полным параличом и нарушением функции тазовых органов (тип А и В) во всех лечебных учреждениях довольно высока и составляет 36,2% в СФ РНЦЭМП, 51,5% - в СФ РНЦЦТО и 35,4% - в РМО. В СФ РНЦЭМП отмечено наибольшее число больных с типом повреждения D - 26 (44,8%) пострадавших (парализованы с умеренным ограничением двигательных функций или движения ниже уровня поражения с сохранением основных мышц более 3 баллов). Это показатель был в СФ РНЦЦТО - 13 больных (39,3%) и в РМО - 10 (32,5%) больных. При поступлении количество больных, относящихся к группе тип А составляло 41 (33,6%), а при выписки они уменьшились до 37 (30,3%). Количество больных с типом С при выписки уменьшились с 23 до 9,0 т.е. с 18,8% до 7,4%. Хирургическому лечению подверглась 89 (73%) пострадавших с ПСМТ, а консервативному - 33 (27%). Характер и объем оперативных вмешательств свидетельствуют, что доля оперированных в СФ РНЦЭМП и СФ РНЦЦТО составляют 79,7% от всех оперированных больных (n=89). Хирургическая активность в СФ РНЦЦТО составила 87,9% (n=33), в СФ РНЦЭМП она равнялась 72,4% (n=58) и в РМО - 58% (n=31). Из-за тяжести ПСМТ всех локализации (шейной, грудной, поясничной) и их осложнений умерли - 15 (12,3%) пострадавших. В СФ РНЦЭМП умерло 3 пострадавших, в СФ РНЦЦТО - 4 и в РМО - 8, что составило 5,2%, 12,1% и 25,8% от числа пролеченных в каждом лечебном учреждении соответственно. Заключение. Таким образом, специализированная медицинская помощь пострадавшим с ПСМТ в Самаркандской области в основном проводится в двух крупных медицинских учреждениях - в СФ РНЦЭМП и СФ РНЦЦТО.

Ключевые слова. Позвоночник, спинной мозг, повреждение.

БОЛАЛАРДА БИРЛАМЧИ МОНОСИМПТОМ ТУНГИ ЭНУРЕЗНИ ДАВОЛАШДА ТРАНСКРАНИАЛ МАГНИТЛИ СТИМУЛЯЦИЯНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ



Юсупов Алимардон Мирза угли, Джурабекова Азиза Тахировна, Гайбиев Акмалжон Ахмаджонович, Келдиёров Бекзод Герой ўғли
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С МОНОСИМПТОМНЫМ ПЕРВИЧНЫМ НОЧНЫМ ЭНУРЕЗОМ

Юсупов Алимардон Мирза угли, Джурабекова Азиза Тахировна, Гайбиев Акмалжон Ахмаджонович, Келдиёров Бекзод Герой угли
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

APPLICATION OF TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH MONOSYMPTOM PRIMARY NOCAL ENURESIS

Yusupov Alimardon Mirza ugli, Djurabekova Aziza Takhirivna, Gaibiev Akmalzhon Akhmadzhonovich, Keldiyorov Bekzod Heroi ugli
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тунги энурез бу сийдик ажратилишнинг назоратини бузилиши бўлиб, боланинг уйқусида ихтиёрсиз сийдик ажратиши билан ифодаланади. Ушбу касаллик 4 - 15 ёшлиларда 2,3-30 % учраб, болаларнинг ҳар 3-4 тасининг бирида кузатилиши ушбу ҳолатнинг долзарблигини таъкидлайди. Бугунги кунга келиб тунги энурез болалар орасида кенг тарқалиб, боланинг фақатгина соғлиғигагина эмас, балки болада руҳий бузилишлар билан бирга боланинг соғлом жамиятда ўз ўрнини эгаллашда ижтимоий тўсиқлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Калит сўзлар: болалар, тунги энурез, таъхислаш, даволаш, транскраниал магнитостимуляция.

Abstract. Nocturnal enuresis is a violation of urination control, which is expressed by the involuntary urination of a child during sleep. This disease occurs in 2.3-30% of children aged 4-15 and is observed in every 3-4 children, which emphasizes the relevance of this condition. Today, nocturnal enuresis is widespread among children and not only harms the health of the child, but is also considered one of the social obstacles for the child to take his place in a healthy society, along with mental disorders in the child.

Key words: children, nocturnal enuresis, diagnosis, treatment, transcranial magnetic stimulation.

Болалар энурези – ноорганик табиат бўлиб, таъриф бўйича тез-тез такрорланувчи беихтиёр сийиб қўйишдир, тез-тез кечаси (уйку пайтида) боланинг сийиш жараёнини назорат қилиш қобилиятини ривожлантирадиган давр асосан 5 ёшдан катта бўлган болаларда мавжуддир.

Тунги энурез сўзининг ўзи ўз номи билан фақат тунги вақтда сийдик тута олмаслигини билдиради

Бирламчи тунги энурез (БТЭ) бўлса, бунинг маъноси шундаки, бола бу муаммодан дастлаб эрта болалик давридан азоб чекади (яъни дастлаб сийиш устидан назорат йўқ еди). Бундан ташқари сийдик тута олмаслиқнинг кундузги белгилари бўлмаса моносимптоматик сўз қўшилади. Шун-

дай қилиб, болаларда бирламчи моносимптоматик тунги энурез (МПТЭ) ташхиси шаклланади (1, 5, 9). Афсуски ҳалигача болаларда МПТЭ асосий ягона аниқловчи этиологик омил ҳам мавжуд эмас, бу касалликни дори-дармон ва дори бўлмаган турли хил терапия усуллари орқали касалликни даволаш учу шарт-шароитларни яратади.

Кўп факторли МПТЭ касаллиги турли назарияларни ўз ичига олади, уларнинг ҳар бири далиллар базасига ега. Оилавий омил (генетик ёки ирсий мойиллик), кўплаб тадқиқотчилар томонидан тасдиқланган ва қўллаб-қувватланган (Норгард Ж.П. ет ал., 2020); агар оила омил бўлмаса, ижтимоий келиб чиқиши масаласи кўтарилади

(оилада стрессли вазият). Сўнги йилларда психологик омилнинг ўзи қайта кўриб чиқилди, бу унинг сабаби эмас, балки энурезнинг натижаси эканлиги исботланган. (Ван Ж. ет ал., 2019). Антидиуретик гормоннинг секрецияси, бу ерда кечалари вазопрессиннинг кўтарилиши кечиктирилади, сийдик чиқаришни камайтиришга хисса қўшади, сийдикни ушлаб туриш учун қовуқ механизми тўлиқ аниқланмаган, шунинг учун у баҳсли бўлиб қолмоқда. ва ниҳоят, тунги уйқуни бузулиш жараёни, биринчидан, ухлаб қолиш қийин бўлган болалар, уйқу пайтида аниқ мотор фаоллиги бўлган болалар, жуда қаттиқ ухлашади, сийиш пайтида уйғонмайдилар.

Иккинчидан, уйқу бузулиши одатий ҳолдир, ёки энурез уйқу бузулишига олиб келади (2, 6, 8). Ташхис қўйишда энг қийин нарса диагностика усуллари танлашдир; болалар органик патологияни истисно қилиш учун лаборатория, физиологик усулларнинг анча узоқ босқичдан ўтади, сўнгра касалликнинг моносимптоматиклиги ва устуворлигини тасдиқлаш учун зарур бўлган босқичдан ўтади. (3, 7, 11). Бундан ташқари, даволаш баъзан ижобий, аммо вақтинчалик таъсир кўрсатади. (4, 10, ТуллуСК. ет ал., 2020, БжоркстромГ ет ал., 2021). Шунинг учун ҳар қандай даволаш муолажалари дастлабки ташхисга асосланган бўлиши керак, чунки турли хил тадқиқотлар натижалари қарама-қарши бўлиши мумкин ва ҳар бир беморда сийиб қўйиш учун сабаб механизми бўлиши мумкин.

Тадқиқот мақсади. Болаларда моносимптоматик бирламчи тунги энурези бўлган болаларда уйқу бузулишининг хусусиятларини ўрганиш, терапияда транскраниал магнит стимуляциядан фойдаланишни баҳолаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тадқиқот объекти ЖССТнинг анча йиллик таснифига кўра 5 ёшдан 10 ёшгача бўлган болалар эди. Текширувнинг дастлабки босқичида асосий мезон уйқу пайтида сийиб қўйиш эди, бу етакчи (ягона шикоят). Тадқиқотга қўшилиш мезонига мувофиқ барча болалар органик энурезни истисно қилиш учун дастлабки текширувдан ва лаборатория ва инструментал текширувдан ўтказилди (170 боладан 39 нафар бола танлаб олинди), ИССС мезонларига (2016) ва МКБ-10 таснифига мувофиқ, болаларда моносимптоматик бирламчи тунги энурез (МПТЭ) ташхиси ўрнатилди. 39 та боладан, 29 таси ўғил бола ва 10 таси қиз бола (илмий тадқиқотнинг манбаларига кўра бу касаллик кўпинча ўғил болаларда учраши мос келади) (4, 8, 12). Ота-оналар сўровномани тўлдиришди (бу йерда вазият батафсил тавсифланган, масалан, бола қайси вақт ва ёшда сийиб қўйишдан азият чекиши, ҳафтада "хўл" ва "куруқ" кечалар сони, оилада ким бундан азият чеккан? патология, перинатал даврнинг анамнезига ва уйқу бузулишига

алоҳида аҳамият берилди, жорий давр учун); ота-оналар кейинги текшириш учун ёзма розилик бердилар. Таққослаш гуруҳи 20 нафар (бир хил ёшдаги), соғлом, сийиб қўядиган болалардан иборат еди. Болаларни асосий кузатиш босқичидаги тадқиқот усули полисомнография (ПСГ) ни ўрганиш еди. Ушбу усул икки марта, даволашдан олдин ва кейин амалга оширилди. Даволаш икки йўналишда амалга оширилди, 19 нафар болалардан иборат А-кичик гуруҳ 4 ой давомида Пантогам (қунига 0,75-3 г) олди; Б-кичик гуруҳи Пантогам ва транскраниал магнит стимуляция (ТМС) билан комбинацияланган терапияни ҳар бир сеансдан 10 кунлик икки курс олди. Клиник самарадорликни баҳолаш терапия охирида (4 ойдан кейин) иккала кичик гуруҳда ҳам ўтказилди. Статистик ишлов бериш индивидуал компютерда стандарт оғишлар ва корреляция муносабатларига кўра амалга оширилди (Манн - Ухитней Спепарман), бу ерда $p < 0,06$.

Тадқиқот натижаси. Шундай қилиб, сўровда МПТЭ-39 болалари ва 20 нафар соғлом болалари бор еди. Асосий гуруҳ (АГ) болаларнинг асосий шикояти тунда сийиб қўйиш еди. АГ да бўлган болаларда ирсий мойиллик (насл тарихига кўра) 31% да аниқланган (2 болада, иккала ота-она ҳам болаликда шу касаллик билан касалланган). Акушерлик тарихида АГ ҳомиладорликнинг ноқулай кечиши 33,3%, таққослаш гуруҳида 9% (бу кўпсувлилик, камқонлик, хомила тушиш хавфи, гистоз); 6 та ҳолатда АГ болаларида кесарча кесиш билан туғиш аниқланган). Моисева жадвалидан фойдаланиб (2013), касалликнинг оғирлик даражаси аниқланди ва ИССС мезонларидан фойдаланиб, "хўл" кечалар сони бўйича аниқланди: энгил даража (1-10 баллдан 3 "хўл" кечагача) 12 бола, ўрта (11-20 балл, 4 "хўл" кечагача) - 17 бола, оғир (21 балл, >4 нам кеча) 10 бола. А кичик гуруҳидаги даволанишдан сўнг - дори терапиясини олган болаларда сийиш бузулиши дастлабки кўрсаткичлардан статистик жиҳатдан сезиларли даражада паст еди, лекин бу, асосан, энгил даражадаги бузулишлари бўлган беморларга тегишли, бу ерда $p < 0,2$ қийматига тўғри келди). Яхшироқ ўзгаришларнинг энг аниқ динамикаси Б кичик гуруҳидаги беморларда аниқланди (комбинацияланган терапия), кўрсаткичлар нафақат энгил, балки ўртача ва оғир ҳолатларда ҳам самарали бўлди, бу ерда $p < 0,001$. Болалардаги тунги энурезнинг ўзига хос хусусияти сийиш истаги, қаттиқ уйқу билан уйғониш қобилияти емаслиги билан тавсифланади. Уйқу бузулишининг бу ходисаси нашрларда кенг муҳокама қилинади (13, 9, 5), ота-оналарнинг ўзлари ТЭ билан оғриган боланинг уйқусининг ўзига хос хусусиятини ухлаб қолиш қийинлиги, уйқу пайтида безовталиқ, уйғониш қийинлиги билан қаттиқ уйқу, очиқ оғиз билан ухлаш, хуррак отиш (апное), бруксизм,

кундузги уйқучанлик. Тадқиқот муаллифи Алексопулос (2021), текширилган болаларнинг умумий сонидан 5 ёшдан ошган ТЭ ли болаларни ўрганиб, хуррак отиш (апное) билан оғриган болалар 8% ни ташкил қилади., хуррак отишсиз 2%. Ванг Р. (2022) томонидан обструктив уйқу апне синдроми билан оғриган ТЭ бўлган болаларнинг ПСГ маълумотларини ўрганиб чиққан тадқиқот натижаси шуни кўрсатдики, барча белгиларнинг қайси бири (хуррак отиш, апное, очик уйқу билан ухлаш ва бошқалар), фақат тунги энурез деярли 50% ни ташкил етадиган сезиларли тахмин кийматга ега. Шу билан бирга, Гоовин С. (2022) томонидан ПСГни ўрганиш бўйича бошқа тадқиқотда ПСГ параметрлари қайд етилган, бу болаларда ТЭ бўлса уйқу пайтида нафас олишнинг бузилишуларнинг йўқлигидан кўра. ПСГ МПТЭ бўлган болаларда ташхис қўйиш учун танланган усул еди. АГ болаларининг умумий сонидан , ТЭ билан оғриган болалар, уйқу пайтида нафас олиш бузилиши ўртача 34% ни ташкил етди. АГ (МПТЭ билан) ва соғлом (назоратдаги гуруҳ) НГ бўлган болаларда ПСГ натижаларини таҳлил қилиш АГ ($6,1 \pm 0,5$ соат) ва НГ ($7 \pm 0,3$ соат) бўлган болаларда уйқу давомийлигининг пасайишини кўрсатди, бу ерда $p > 0,05$. Бундан ташқари, 1, 2, 3 босқичларида фарқлар мавжуд еди, шунинг учун АГ 10 ± 4 да 1-босқич давомийлиги, НГ 15 ± 5 , бу ерда $p = 0,3$; АГ да 3-босқичнинг давомийлиги $94,5 \pm 10$, НГ да $118,9 \pm 25$, бу ерда $p = 0,2$. Агар биз ТЭ билан ўрганиган болаларни нафас олиш касалликлари бўлган ва бўлмаган беморлар ўртасида таққосласак, кейин тез уйқу фазаси индикатив бўлиб, бу ерда хуррак отиш бўлган АГдаги болаларда у $55,6 \pm 6$ минут, НГ бўлган болаларда еса 84 ± 10 минутни ташкил қилади. ($p < 0,05$). Ҳисоб-китобларда уйқу самардорлиги индексидан фойдаланган ҳолда, натижада фоиз фарқи мавжуд, шунинг учун болаларда АГда индекс $84 \pm 3\%$, болаларда КГ $89 \pm 3\%$ ($p < 0,06$). Шундай қилиб, ПСГ кўрсаткичлари МПТЭ билан оғриган болаларда ўзгаришларни аниқлади, яъни сийиб қўйишнинг етиологик омилларидан бири бу уйқунинг бузилиши бўлиб, у уйқу давомийлигининг қисқариши, чуқур уйқу босқичининг кўпайиши, вегетатив кўринишлар билан бирга келади, уйқу босқичларида нафас етишмовчилигининг кучайиши реакцияси шаклида, айниқса 3-босқич (секин тўлқинли уйқу), дори терапияси ва комбинацияланган терапиядан фойдаланиш иккала кичик гуруҳда ҳам таъсир кўрсатди, аммо комбинацияланган терапия билан енг яхши натижаларга еришилди. (Пантогам ва ТМС). ТМС нинг таъсири мия ярим шарларининг нерв хужайраларига, мия ярим шарларининг тўқималарида хужайраларо ўзаро таъсирни (алоқа) яхшилаш учун магнит қисқа муддатли импульсларга қаратилган. Комбинацияланган те-

рапиядан сўнг, АГ бўлган болаларда "хўл" кечаларнинг қисқариши ажойиб ўзгариш бўлди. Болаларда уйқу сифати ҳам яхшиланди, уйқунинг давомийлиги ошди, болалар тез ва завқ билан ухлаб қолишди, уйқу пайтида сийиш ташвишлари камайди, ота-оналар болаларнинг хурраксиз "жимликда" ухлашларини таъкидладилар. Олинган натижаларни таҳлил қилиш уйқунинг клиник белгилари ўртасида ижобий боғлиқлик мавжудлигини аниқлади, яъни (хуррак отиш) бу ерда $p = 0,37$, очик оғиз билан ухлаш $p = 0,46$, уйқу пайтида безовталик, бу ерда $p = 0,45$, бруксизм, $p = 0,4$, кечаси сийиб қўйиш билан.

Бу корреляция энурезли болаларда тўлақонли соғлом уйқу муҳимлигини кўрсатади, шунинг учун зонал уйқу функциясини яхшилайдиган терапияни тўғри танлаш тунда сийдикни ушлаб туришни назорат қилиш марказларига таъсир қилади деб тахмин қилиш мантиқан тўғри. Бундан ташқари, нафас олиш касалликлари индекси индивидуал ТСГ далиллари билан қайд етилган, шунинг учун юқори индекс киймати болаларда умумий уйқу давомийлиги кўрсаткичлари билан бевосита боғлиқ, бу ерда $p = -0,4$, тез уйқу фазасининг давомийлиги ўртасидаги муносабатлар, ва комбинацияланган шаклдаги терапевтик усулларнинг сифати. Тез уйқу фазасида миянинг кучли фаоллашиши ерта болаликдан марказий асаб тизимининг шаклланишида муҳим аҳамиятга ега бўлиб, боланинг марказий асаб тизимининг стимуляцияга боғлиқ ривожланишини таъминлайди. Шунинг учун, ётоқда сийиб қўйиш билан оғриган болалардаги вазият, чуқур уйқу даражасининг ўзгариши (ПСГ аниқлайди) ухлаб қолиш қийинлишуви, кундузги уйқучанлик, шафқациз доира пайдо бўлиши билан боғлиқ. Шундай қилиб, МПТЭ билан оғриган болалар ривожланишда муҳим патогенетик боғланишга ега, бу уйқу бузилишининг умумий тузилишига қўшимча равишда (ухлаб қолиш қийинлиги, кундузги уйқучанлик), нафас олиш бузилишининг клиник белгиларидан ташқари, нормал уйқуни кучайтиради ва уйқуга таъсир қилади. энурезнинг қаршилиги (хуррак отиш) муҳим аҳамиятга ега./апное, очик оғиз билан ухлаш, бруксизм, уйқучанлик). Полисомнографик тадқиқот текширилган МПТЭ билан касалланган болаларда маълум бир нақшни аниқлади, уйқу давомийлигининг ўзи қисқариши, чуқур уйқу даражасининг бузилиши, айниқса 3-босқич, тез уйқу фазаси давомийлигининг пасайиши. Комбинацияланган терапия, дори-дармонлар (пантогам) ва транскраниал магнит стимуляция сеансларидан фойдаланиш уйқу сифатини яхшилаш шаклида клиник кўринишнинг яхшиланишига олиб келди ва тунги сийиб қўйиш кўрсаткичларига таъсир самардорлиги ўзгарди. муҳим бўлиб чиқди.

Адабиётлар:

1. Зоркин С.Н. Моносимптомный энурез у детей // "Эффективная фармакотерапия. Педиатрия", 2012, №3, с. 26-32
2. Артюхина С.В., Маслова О.И., Зоркин С.Н. Способ лечения ночного недержания мочи среднетяжелой и тяжелой форм // патент RU2002102188А, <https://patents.google.com/patent/RU2197234C1/ru>
3. Глушкина А.Р. Транскраниальная микрополяризация головного мозга в комплексной реабилитации детей дошкольного возраста с синдромом гиперактивности с дефицитом внимания // <https://cortexmed.ru/articles/nauchnye-stati/transkranialnaya-mikropolyarizatsiya-golovnogo-mozga-v-kompleksnoy-reabilitatsii-detey-doshkolnogo-v/>
4. Yun-Mo Gu, Jung Eun Kwon, Gimin Lee, Su Jeong Lee, Hyo Rim Suh, Soyoon Min, Da Eun Roh, Tae Kyoung Jo, Hee Sun Baek, Suk Jin Hong, Hyeun Seo, Min Hyun Cho Sleep problems and daytime sleepiness in children with nocturnal enuresis // Child Kidney Dis. 2016; №20 (2): 50-56. doi: <https://doi.org/10.3339/jkspn.2016.20.2.50>
5. Студеникин В.М. Проблема ночного энуреза у детей: обзор литературы (2012–2013) // Лечащий врач, 2013. -N 5.-С.50-53
6. Джанумова Г.М., Будкевич А.В., Иванов Л.Б. Педиатрический тенотен в терапии детского ночного энуреза. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010; № 2(4): с. 71-75. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2010-121>
7. Летифов Г.М., Бойко Н.В., Летинова Н.Г. Психосоматические коморбидные состояния при энурезе у детей. // Рос вестн перинатол и педиатр 2020; 65:(1): 30–36. DOI: 10.21508/1027–4065–2020–65–1–30–36
8. Скоромец А.П., Гузева В.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению энуреза у детей // проект, 33 с.
9. Гусева Н.Б., Никитин С.С., Корсунский А.А., Колодяжная А.В., Хлебутина Н.С., Яцык С.П.

- Особенности лечения детей с энурезом и ночной полиурией. // Педиатрия. 2019; 98 (5): 56–61.
10. von Gontard A, Schaumburg H, Hollmann E, Eiberg H, Rittig S. The genetics of enuresis: a review. // J Urol. 2001;166(6):2438-2443. doi:10.1097/00005392-200112000-00117
 11. Yusupov A.M., Djurabekova A.T., Utaganova G.Kh., Savronov J.S. Risk Factors, Clinical and Neurological Parameters and Optimization of the Treatment of Children with Enuresis // American Journal of Medicine and Medical Sciences, Vol. 12 No. 3, 2022, pp. 258-261. doi: 10.5923/j.ajmms.20221203.05.
 12. Yusupov A.M., Jurabekova A.T., Isanova S.T. Modern approach to the treatment of enuresis in children. // Academic Research in Educational Sciences, 2022, № 3(10), p. 629–634.
 13. Застело Е.С. Эффективность комбинированной терапии первичного полисимптомного энуреза у детей // Дис. ... к.м.н., Нижний, 2015. 152 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С МОНОСИМПТОМНЫМ ПЕРВИЧНЫМ НОЧНЫМ ЭНУРЕЗОМ

Юсупов А.М., Джурабекова А.Т., Гайбиев А.А.,
Келдиёров Б.Г.

Резюме. Ночной энурез – это нарушение контроля над мочеиспусканием, которое выражается произвольным мочеиспусканием ребенка во время сна. Это заболевание встречается у 2,3-30% детей 4-15 лет и наблюдается у каждого 3-4 ребенка, что подчеркивает актуальность данного состояния. На сегодняшний день ночной энурез широко распространен среди детей и не только наносит вред здоровью ребенка, но и считается одним из социальных препятствий для занятия ребенком своего места в здоровом обществе наряду с психическими расстройствами у ребенка.

Ключевые слова: дети, ночной энурез, диагностика, лечение, транскраниальная магнитная стимуляция.

ОРТИҚЧА ВАЗНЛИ ОДАМЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ ИМКОНИАТЛАРИ



Юсупова Зумрад Кадамбоевна, Агабабян Ирина Рубеновна
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Юсупова Зумрад Кадамбоевна, Агабабян Ирина Рубеновна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

POSSIBILITIES OF ARTERIAL HYPERTENSION CONTROL IN OVERWEIGHT PERSONS

Yusupova Zumrad Kadamboyevna, Agababayan Irina Rubenovna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: zumradyusupova0916@gmail.com, irina.agababayan17@mail.com

Резюме. Гипертония касаллигини даволашдаги олиб борилаётган кўпгина изланишлар ва муваффақиятларга қарамай, қон босимни кўтарилиши ва унинг асоратлари тиббий ва ижтимоий–иқтисодий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда, чунки ушбу беморларнинг ногиронлигининг ошиши ва ишлаш қobiliятининг пасайишига олиб келади. Назоратсиз артериал гипертензияни назорат остида ушлаб туриши ва уни асоратларининг ривожланиши олдини олиш ҳозирги кунда бутун ЖССТ нинг долзарб муаммоларидан бўлиб қолмоқда.

Калит сўзлар: Гипертония касаллиги, назоратсиз, ортиқча вазн, артериал қон босим.

Abstract. Despite numerous studies and advances in the treatment of arterial hypertension, arterial hypertension and its complications remain one of the medical and socio-economic problems, as they lead to an increase in disability and a decrease in the working capacity of these patients. Keeping uncontrolled arterial hypertension under control and preventing the development of its complications is currently one of the urgent problems of the entire WHO.

Key words: Hypertension, uncontrolled, overweight, blood pressure.

Ҳозирги вақтда артериал гипертензия (АГ) инсоннинг энг кенг тарқалган юкумли бўлмаган касалликларидан биридир [1,3]. Россияда гипертензия билан касалланиш даражаси бошқа мамлакатларга нисбатан энг юқори кўрсаткичларни ташкил қилади. Россия Федерациясида эркакларнинг тахминан 36,6 фоизи ва аёлларнинг 42,9 фоизи артериал қон босими (АҚБ) кўтарилган. Охирги 15 йилда Россияда гипертензия билан касалланиш сезиларли даражада ўзгармади, аммо шу билан бирга беморларнинг касалликнинг мавжудлиги тўғрисида хабардорлиги сезиларли даражада ошди: эркакларда 37,1% дан 75% гача, аёлларда - 58,9% дан 80, 3% гача [4,6].

Агар даволанганларнинг 100 фоизи ҳақида гапирадиган бўлсак, уларнинг 50 фоизи мунтазам равишда даволанган, қолганлари эса вақти-вақти билан даволанган. Бундан ташқари, артериал

гипертензиянинг бундай кечиши аҳолисининг даромад даражасидан қатъи назар, барча мамлакатлар учун хосдир [1,5,7].

Шу муносабат билан, антигипертензив терапия самарадорлигини ва унга риоя қилишни яхшилайдиган ёндашувларни клиник амалиётга кенгроқ киритиш муҳим кўринади. 2020 йил август ойининг охирида мутахассисларнинг яқдил бўлган фикрлари эълон қилинди, у бир таблеткада 2 ёки ундан ортиқ антигипертензив воситаларни ўз ичига олган комбинацияланган антигипертензив дориларни кенгроқ қўллаш тактикасини амалга ошириш ёндашувларига бағишланган [5,7,9]. Мазкур мақолаларда бундай дори-дармонларни клиник амалиётга кенгроқ жорий этиш йўлидаги тўсиқларни бартараф этиш ёндашувлари муҳокама қилинади.

Шундай қилиб, гипертензияни адекват даволаш ва қон босимини самарали назорат

килиш муаммоси ҳозирги вақтда жуда долзарб бўлиб қолмоқда. Ушбу муаммони ҳал қилиш учун назоратсиз гипертензиянинг мумкин бўлган сабабларини, уларнинг тарқалиши ва прогностик аҳамиятини ҳар томонлама ташхислаш ва баҳолаш, шунингдек, қон босимини назорат қилиш қобилиятини пасайтиришнинг мумкин бўлган патогенетик механизмларини ва уларни бартараф этиш усулларини ўрнатиш керак. Аввало, резистент ва псевдорезистент гипертензия, назоратсиз гипертензия, рефрактер гипертензия каби ҳолатларни фарқлаш мезонларини ишлаб чиқиш керак.

Ишнинг мақсади: Ортиқча тана вазнга эга бўлган одамларда қон босимининг самарали пасайишини баҳолаш.

Материаллар ва усуллар Тадқиқотда Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Самарканд филиалида артериал гипертензия бўлимида даволанаётган назоратсиз артериал гипертензия билан оғриган 80 нафар бемор иштирок этди. Назорат қилинмаган гипертензиянинг клиник корреляциясини қиёсий таҳлил қилиш ва баҳолаш учун барча беморлар 2 гурусим.уст.а бўлинган: 1-гуруҳ - назоратсиз артериал гипертензия билан оғриган 40 бемор; 2-гуруҳ - бирламчи назорат остида артериал гипертензия бўлган 40 бемор.

Тадқиқотга қўшилиш мезонлари қуйидагилардан иборат эди: АГ I- II даражали, охири ойда медикаментоз терапияда назорат бўлмаганлиги, ортиқча вазн, 40 ёшдан ошган беморлар.

Тадқиқотга қуйидаги касаллиги бўлганлар киритилмаган: аритмия ва ўтказувчанлик бузилиши фонида гипертензия, туғма ёки орттирилган юрак нуқсонлари, турли яллиғланишли юрак яллиғланиш касалликлари (эндокардит, миокардит, перикардит), декомпенсацияланган СЮЕ (ФС III- IV) билан оғриган, охири уч ой давомида коронар синдром, оғир ўпка, жигар патологияси, оғир буйрак етишмовчилиги билан оғриган беморлар.

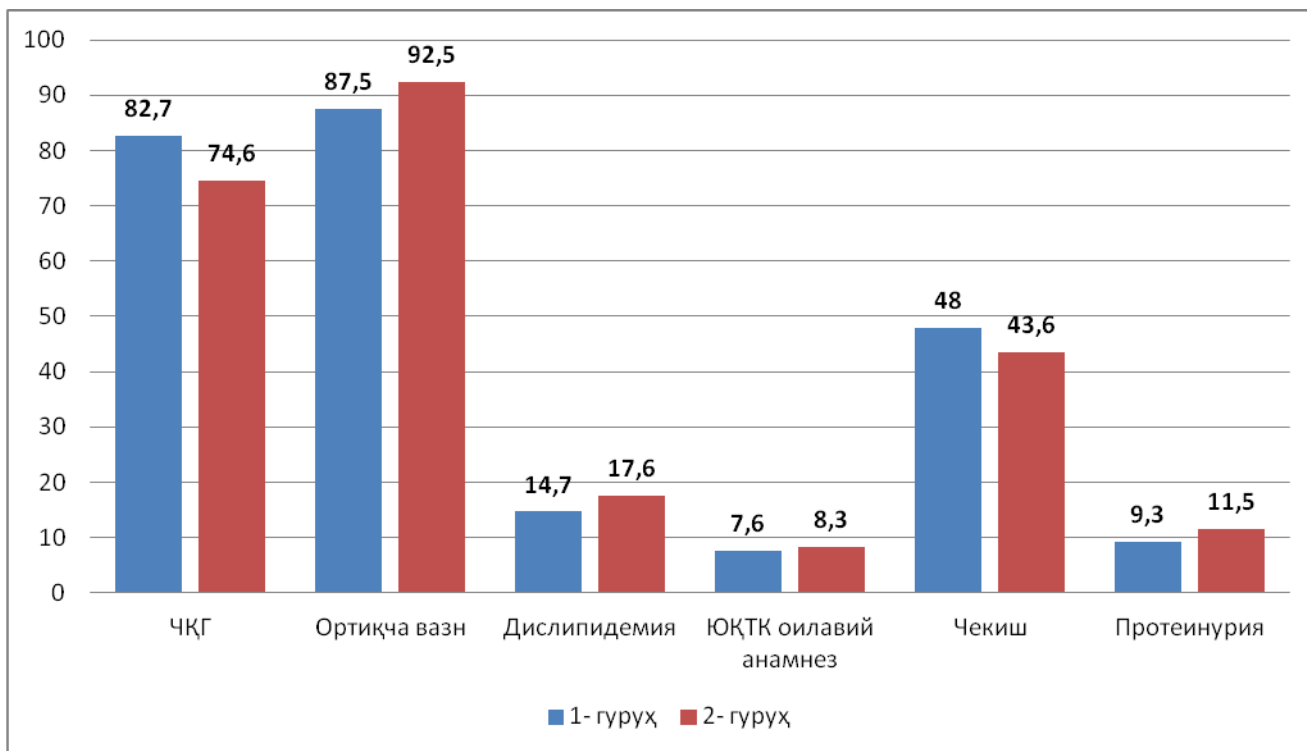
1-жадвалда беморларнинг табиати, уларнинг қон босимини назорат қилишига қараб тадқиқотлар кўрсатилган. Назоратсиз артериал қон босими бўлган беморлар назорат остида бўлганларга қараганда анча катта эди. Назоратсиз АГ гуруҳида ўртача ёш 58,7 + 15,1 йил бўлса, АҚБ назорат остида бўлган гуруҳда 55 + 14,6 йил эди. Бундан ташқари, назоратсиз қон босимининг тарқалиши ёшга қараб доимий равишда ошиб бормоқда. Тарқалиши 40 ёшгача бўлган гуруҳдаги 9,3% дан 60 ёшдан ошганларда 43,6% гача кўтарилди.

Тадқиқотда қатнашиш учун розилик имзолангандан сўнг, барча беморлар анамнез маълумотларини тўплаш, антропометрия ёрдамида физик текширув, ТВИ аниқлаш, бир ўлчовли (М), икки ўлчовли (В) ва Допплер (Д) стандарт эхокардиографик текширувни ўз ичига олган кенг қамровли текширувдан ўтказилди.

Натижалар ва унинг муҳокамаси. Биринчи текширувда қон босими ўртача 166,2 / 98,4 мм сим.уст., юрак уриш тезлиги (ЮКС) - 84,5 зарба / мин. АГнинг давомийлиги ўртача 9,7 йилни ташкил этди.

Жадвал 1. Назоратсиз ва назоратли артериал гипертензияси бўлган беморлар характеристикаси

Кўрсаткичлар	Назоратсиз АГ бор беморлар (n=40)		Назоратли АГ бор беморлар (n=40)	
	Сони	%	Сони	%
Эркаклар	22	55	21	52,5
Аёллар	18	45	19	47,5
Ёши				
< 40	3	7,5	2	5
40-49 ёш	11	27,5	21	52,5
50-59 ёш	20	50	10	25
> 60	6	15	7	17,5
ТВИ				
< 25	5	12,5	3	7,5
25-30	31	77,5	35	87,5
30-35	4	10	2	5
АГ даражаси				
140-159/90-99	8	20	11	27,5
160-179/100-109	25	62,5	20	50
> 180/110	7	17,5	9	22,5
ЮИК	18	45	24	60
ҚД 2 анамнезда	16	40	18	45
Анемия	15	37,5	6	15



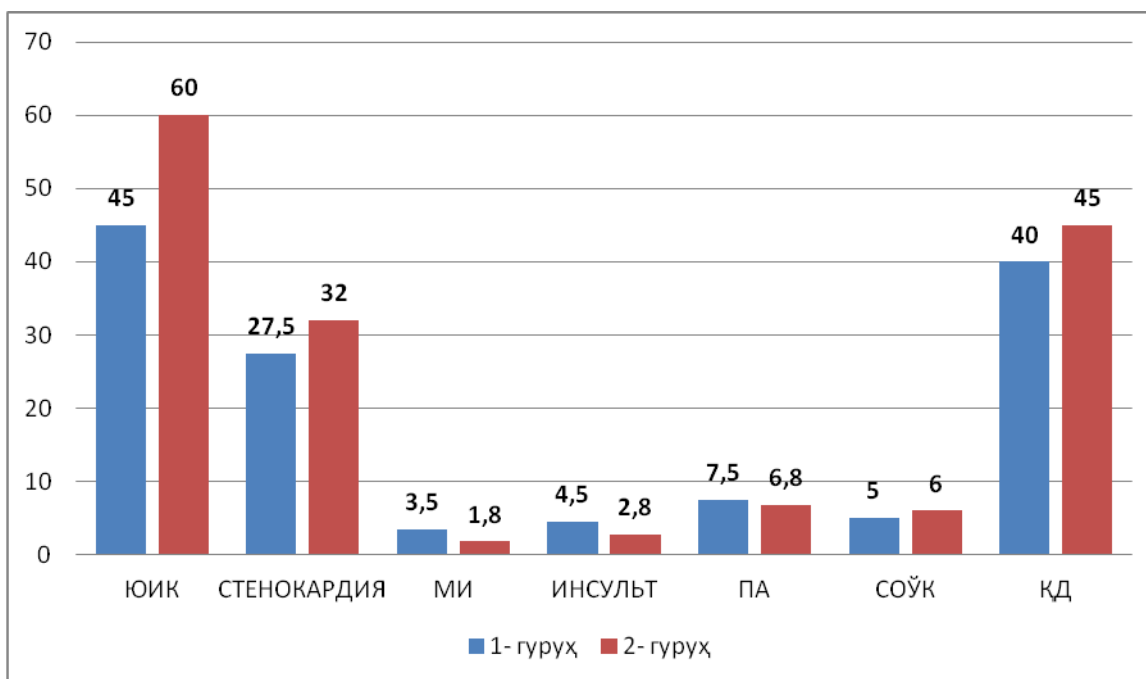
Расм 1. Тадқиқотга киритилган беморларда органларнинг шикастланиши ва хавф омиллари учраш частотаси. ЧҚГ - чап қоринча гипертрофияси; ЮҚТК - юрак-қон томир касалликлари

Гипертензия (ЮИК, цереброваскуляр касаллик, ҚД) ва бирга келадиган касалликлар билан боғлиқ юрак-қон томир касалликлари учун хавф омилларининг частотаси шаклда кўрсатилган (расм 1 ва 2).

Барча беморларнинг 1% даволанмаган, биринчи марта текширишга келган, битта дори билан антигипертензив терапия олган – 24%; иккита дори - 39%; учта дори - 28% ва 3 дан ортиқ - 8%.

Антигипертензив самарадорлик.

Беморларнинг 14% да периндоприл/амлодипиннинг бошланғич дозаси 5/5 мг; 41% - 10/5 мг; 30% да - 5/10 мг ва 15% да - 10/10 мг. Кейинги кўрик вақтида (1 ойдан кегин) 12% ҳолларда препарат дозаси оширилди, 10% ҳолатда препарат дозаси пасайтирилди, беморларнинг қолган 78% да препарат дозаси ўзгаришсиз қолди.



Расм 2. Тадқиқотга киритилган беморларда мавжуд йўлдош касалликлар учраш частотаси. ЮИК - юрак ишемик касаллиги; МИ - миокард инфаркти; СОЎК - сурункали обструктив ўпка касаллиги; ҚД - қандли диабет; ПА - периферик атеросклероз

Беморларни Престозек-комбига ўтказгандан сўнг, иккаласида ҳам тез ва сезиларли пасайиш қайд этилди; Иккинчи ташрифдан бошлаб СисАБ ва ДиасАБ. Қон босимининг энг аниқ пасайиши базал қон босими 180 мм Сим.уст. дан юқори бўлган беморлар гуруҳида қайд этилган. - 52/21 мм Сим.уст. даражасида 4-чи ташриф билан. асл нусхадан.

Қон босимининг мақсадли даражасига эришиш мезонига мувофиқ даволашнинг 3-ойига қадар антихипертензив самарадорлик <140/90 мм Сим.уст.. жами 79% ни ташкил этди; қон босими > 180 мм Сим.уст. бўлган беморларда - 56%%. Қон босимининг пасайиши билан бир вақтнинг ўзида гуруҳда юрак уриш тезлиги ўртача 74,7 дан 69 зарбагача секинлашди.

Қон босимини пасайтириш нуқтаи назаридан беморларни периндоприл / амлодипиннинг белгиланган комбинациясига ўтказиш эркаклар ва аёлларда, 60 ёшдан катта ва ёш беморларда, коронар артерия касаллиги бўлган ва бўлмаган, қандли диабет билан касалланган ва бўлмаган беморларда тенг даражада самарали бўлган. метаболик синдром, изоляция қилинган систолик гипертензия билан.

Периндоприлнинг амлодипин билан қаттиқ комбинациясининг қон босимини пасайтиришда самарадорлигини баҳолаш катта амалий аҳамиятга эга. Ушбу комбинациянинг муҳим афзаллиги, кучли антихипертензив таъсирга қўшимча равишда, гипертензия билан оғриган беморларда асоратларни олдини олиш ва ҳатто ўлимни камайтириш учун клиник тадқиқотларда далилдир.

Бизнинг тадқиқотимиз натижалари, ААФ ингибитори ва кальций антагонистининг қўлланиладиган собит комбинацияси юрак-қон томир асоратлари частотасининг пасайишини кўрсатди.

Хулоса. Бирлаштирилган иккита АГП дан фойдаланиш билан боғлиқ

бир-бирини тўлдирувчи таъсирга эга бўлган дори-дармонлар синфлари учун у гипертензия билан оғриган беморларнинг кўпчилигини даволаш учун биринчи даражали терапиянинг "олтин стандарти" ҳисобланади.

Адабиётлар:

1. Абидова Д.Э., и др. Структура сердечно-сосудистой патологии на догоспитальном и стационарных этапах (фрагмент исследования РОКСИМ-УЗ). Кардиология 2016; 1-2: 42-47.
2. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза //Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.

3. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.

4. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.

5. Cunha V., et al. The use of single-pill combinations as first-line treatment for hypertension: translating guidelines into clinical practice. J Hypertens 2020 Aug 21.

6. Fine L.J., et al. Trends in Blood Pressure Control Among US Adults With Hypertension, 1999-2000 to 2017-2018. JAMA 2020;324:1190-1200.

7. Rizaev J. A., Khaidarov N. K., Abdullaev S. Y. Current approach to the diagnosis and treatment of glossalgia (literature review) //World Bulletin of Public Health. – 2021. – Т. 4. – С. 96-98.

8. Rizaev J. A., Rizaev E. A., Akhmadaliev N. N. Current View of the Problem: A New Approach to Covid-19 Treatment // Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4.

9. Rizaev J. A., Maeda H., Khramova N. V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors //Annals of Cancer Research and Therapy. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 22-23.

10. Willams B, Mancina G. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021-104

ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Юсупова З.К., Агабабян И.Р.

Резюме. Несмотря на многочисленные исследования и успехи в лечении артериальной гипертензии, артериальная гипертензия остается убийцей номер один в мире и ее осложнения являются одной из медицинских и социально-экономических проблем, так как приводят к повышению инвалидизации и снижению трудоспособности этих больных. Удержание под контролем особенно неконтролируемую артериальную гипертензию и предотвращение развития ее осложнений в настоящее время является одной из актуальных проблем кардиологов и врачей первичного звена.

Ключевые слова: Гипертоническая болезнь, неконтролируемая, избыточный вес, артериальное давление.



Юсупова Интизор Аминбаевна, Оллаберганов Мардон Исмаилович
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Ўзбекистон Республикаси, Урганч ш.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Юсупова Интизор Аминбаевна, Оллаберганов Мардон Исмаилович
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г.Ургенч

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE HIP JOINT IN THE KHOREZM REGION

Yusupova Intizor Aminbaevna, Ollaberganov Mardon Ismailovich

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Urgench

e-mail: intizoryusupova1997@mail.ru

Резюме. Сон суяги бўйин қисмидан синишлари асосан катта ёшдаги одамларда учрайди. Суякларнинг ушбу турдаги синишларида ёшга боғлиқ бўлган остеопороз ҳолати ҳам аҳамиятга эга. Бу турдаги синишларда иммобилизацияни аҳамияти катта, лекин иммобилизация билан бирга беморларни эртaroқ юриб кетишлари ҳам катта аҳамиятга эга. Ишнинг мақсади РИТОИАТМ Хоразм филиалида чаноқ-сон бўғимининг ҳар хил шикастланишларини жарроҳлик усли билан даволаш натижалари ўрганилган. Филиалда бирламчи эндопротезлашдан кейинги 32 нафар беморнинг даволаши натижалари ўрганилган. Шулардан 20 нафари аёллар (62,5%), 12 нафари эркеклар (37,5%) бўлган. Барча беморлар жароҳатдан кейинги 20 кундан 3 ойгача бўлган муддатда касалхонага госпитализация қилинган. Яранинг бирламчи битиши 29 нафар (90,6%) беморда кузатилган, 3 нафар беморда (9,3%) яра иккиламчи битган.

Калим сўзлар: эндопротез, сон суяги бўйин қисми, сохта бўғим.

Abstract. Hip neck fractures occur most often in elderly and senile people. The fracture is also facilitated by concomitant osteoporosis, which is observed at this age. The purpose of surgical treatment of patients with femoral fractures is early immobilization; therefore, in the practice of modern medical institutions, methods are used that contribute not only to early fixation, but also to the load on the limb. The aim of the study is to study the results of surgical treatment of patients with various types of hip joint injuries in the Department of Orthopedics of the Khorezm branch of the RSPMC of Traumatology and Orthopedics. The results of primary hip endoprosthesis were studied in 32 patients: 20 women (62.5%), 12 men (37.5%). All patients were admitted to the clinic within 20 days to 3 months after the injury. Wound healing by primary tension was observed in 29 patients (90.6%). In 3 patients (9.3%), the wound healed by secondary tension. Femoral neck fractures were detected in 10 (31.2%) patients, 22 (68.7%) patients with a false hip joint. In the group with hip fractures, 10 patients (53.2%) had positive results. In the group of patients - 20 (47.6%) with false joints, excellent results were noted in 16 (80%) patients. Satisfactory results were observed in 4 (20%) patients. Endoprosthesis of large joints of the lower extremities, in particular the hip joint, is one of the most common orthopedic operations. Every year there is an increase in the need for such interventions. The number of patients requiring endoprosthesis is characterized by an increase in age and the number of concomitant diseases. To obtain optimal treatment results, it is necessary to avoid a long delay in surgery after indications for joint endoprosthesis.

Key words: endoprosthesis, hip neck, false joint.

Кириш. Сон суяги бўйин қисмидан синиши ва суяк бўлақларининг силжиши, шунингдек, суяк бўлақларининг қоқилган ва вальгусловчи синишлар одатда остеосинтез усули ёрдамида даволанилади [14, 15, 18]. Сон суяги бошчасида кон айланишининг кескин бузилиши ушбу даволаш усулининг асосий камчилиги ҳисобланади. Субкапитал синишларда жарроҳлик амалиётидан кейин беморлар тўғри ва тўлақонли парвариш қилингандан кейин ҳам 20% ва ундан кўп ҳолларда сон суяги бошчасининг асептик

некрози кузатилган. Шунинг учун суякларнинг бундай синишларида остеосинтез усули билан даволаш мунозарали бўлиб қолмоқда [12, 13, 19].

Сон суяги бўйин қисмидан синишлари кўпинча қарияларда ва катта ёшдаги беморларда кузатилади. Ёшга боғлиқ остеопороз ҳолати ушбу турдаги синишларда катта аҳамиятга эга ҳисобланади [6, 11, 12]. Бундай беморлар жароҳатдан кейинги биринчи ой давомида пневмония, тромбоемболия, юрак-қон томир етишмовчилиги оқибатида вафот этмаса,

кейинчалик қолган умри давомида сон суяги бўйин қисмининг сохта бўғими юзага келади ва ўз яқинларининг ёрдамига муҳтож бўлган ҳолда ҳаёт кечиришади [2, 5, 16, 17].

Ҳозирги кунда сон суяги бўйин қисмидан синишида ва сохта бўғимида кўпинча цементли ва цементсиз фиксацияланувчи тотал эндопротезлаш амалиёти қўлланилмоқда [1, 10].

Ишнинг мақсади. Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази (РИТОИАТМ) Хоразм филиалида чаноқ-сон бўғимини ҳар хил жароҳатларидан кейин жарроҳлик усули билан даволанган беморлардаги натижаларни ўрганиш.

Тадқиқот усуллари. Чаноқ-сон бўғимини бирламчи тотал эндопротезлаш амалиёти ўтказилган 32 нафар беморлар ўрганилди. Шундан 20 нафари (62,5%) аёллар, 12 нафари (37,5%) эркаклар. Барча беморлар жароҳатдан кейин 20 кундан 3 ойгача бўлган муддатда касалхонага госпитализация қилинган.

Ушбу мақолада ҳар хил этиологияли коксартроз касаллиги туфайли жарроҳлик усулида даволанган беморларнинг натижалари киритилмаган.

Барча беморлар РИТОИАТМ Хоразм филиалида 2021 йил август ойидан 2022 йил октябрь ойигача бўлган муддатларда сон суяги бўйинчасининг синиши ёки сохта бўғими ташхиси билан жарроҳлик усулида даволанган. Беморларнинг ёши 50 дан 72 ёшгача бўлди. Беморлар сони сон суяги бўйин қисмининг синиши ташхиси билан 10 нафар (31,2%), сон суяги бўйин қисмининг сохта бўғими ташхиси билан 22 нафарни (68,7%) ни ташкил қилди.

Тадқиқот натижалари. Жарроҳлик амалиётидан кейин 29 нафар (90,6%) беморларда жароҳатнинг бирламчи битиши, 3 нафар (9,3%) беморда эса жароҳатнинг иккиламчи битиши кузатилди. Барча беморларга жарроҳлик амалиётидан кейинги 1-кундан бошлаб ўтиришига рухсат берилди. Ўпкада димланиш ҳолатининг олдини олиш мақсадида барча беморлар нафас гимнастикасини бажариб боришди. Жарроҳлик амалиёти амалга оширилган пастки мучалга бўлган юклама 1 ой давомида босқичма-босқич амалга оширилди. Тадқиқот ўтказилган 32 нафар беморларнинг натижалари 1 йилдан 3 йилгача бўлган давр давомида ўрганилди.

Юрак-қон томир тизими касалликлари, жумладан, гипертония ва атеросклероз билан касалланган кекса ёшдаги беморлар алоҳида гуруҳга ажратилди. Ушбу тоифадаги беморларда асосий касалликни оғирлаштирувчи ҳамроҳ касалликлар, яъни остеоартроз, остеоартрит каби патологиялар ҳам кузатилди.

Сон суяги бўйин қисми синган беморлар гуруҳидан 10 нафарида (53,2%) ижобий натижа кузатилди. Сон суяги бўйин қисмининг сохта бўғими мавжуд беморлар гуруҳидаги 20 нафар (47,6%) беморнинг 16 нафарида (80%) натижалар ижобий бўлди. 4 нафарида (20%) эса қониқарли натижаларга эришилди. Жарроҳлик амалиётидан кейинги жароҳатнинг йиринглаш ҳолатлари кузатилмади. Беморларнинг узоқ вақт давомида ётоқ режимда бўлганликлари уларнинг жарроҳлик амалиётидан кейинги тикланиш жараёнларига салбий таъсир кўрсатди. Оғир ҳамроҳ касалликлар, ёши, юрак-қон томир касалликларининг мавжудлиги бор бўлган 4 нафар беморда жарроҳлик амалиётидан кейинги тикланиш даври нисбатан узоқроқ вақт давом қилди. Барча беморлар умумий аҳволи қониқарли ҳолатда касалхонадан амбулатор даволанишга юборилди.

Тадқиқот ўтказилган орхирги 3 йил давомида беморларда ўлим ҳолатлари кузатилмади.

Беморларга жарроҳлик амалиётидан кейинги 3-4 кунларда қўлтиқ таёк ёрдамида юришга рухсат берилди ва 1 ой давомида босқичма-босқич тўлиқ юриб кетишларига эришилди.

Ушбу тадқиқот натижаларини ижобий деб баҳолаймиз. Кузатув даврида қайта жарроҳлик амалиётлари ва ўлим ҳолати кузатилмади. Барча беморлар умумий анестезия остида жарроҳлик амалиётлари ўтказилди. Беморларда ўтказилган жарроҳлик амалиётининг натижалари Харрис шкаласи бўйича баҳоланди. Беморларда аъло ва яхши натижалар кузатилди, қониқарли натижа эса кузатилмади.

Чаноқ-сон бўғимини эндопротезлашда асосан Германияда ишлаб чиқарилган ZIMMER ва Хитойда ишлаб чиқарилган IRENE эндопротезларидан фойдаланилди.

Хулоса. Пастки мучалларнинг йирик бўғимларини эндопротезлаш, жумладан чаноқ-сон бўғимини эндопротезлаш травматология ва ортопедиядаги жарроҳлик амалиётлари орасида энг кўп амалга оширилаётган амалиёт тури ҳисобланади. Ҳозирги кунда ушбу амалиёт турига бўлган талабнинг ошиб бориши кузатилмоқда. Йирик бўғимларни эндопротезлаш амалиётига бўлган талабнинг ошиб боришини инсонларнинг ўртача умр кўриш ёшининг ошиб бориши ҳамда ҳамроҳ касалликларнинг кўпайиб бораётганлиги билан изохлаш мумкин. Жарроҳлик амалиётидан кейин оптимал натижаларга эришиш учун операцияга кўрсатмалар аниқланган заҳоти даволашни амалга ошириш тавсия қилинади. Чаноқ-сон бўғимини эндопротезлаш амалиётига янги даволаш усуллари киритишда нафақат даволашнинг даражаси ва нархи, балки

саломатлиги билан боғлиқ бўлган ҳаёт сифатини яхшилашга қаратиш лозим.

Адабиётлар:

1. Абельцев В.П. Хирургическое лечение диспластического коксартроза. – М.: Медицина, 2008. – 218 с.
2. Аврунин А.С., и др. Биоритмические характеристики возрастной структуры контингента пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости // Ортопедия, травматология и протезирование. 2006. №2. С.60-64.
3. Азизов М.Ж. Наш опыт эндопротезирования при переломах и ложных суставах шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста // Ортопедия, травматология и протезирование. 2013. №1. С. 16-19.
4. Ахтямов И.Ф., Соколовский О.А. Хирургическое лечение дисплазии тазобедренного сустава. – Казань, 2008. – 371 с.
5. Белинов Н.В., Богомолов Н.И., Ермаков В.С., Намоконов Е.В. Закрытый компрессионный остеосинтез при переломах шейки бедренной кости способом авторов. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 2005. № 1. С. 16–18.
6. Дунай О.Г. и др. Сравнительная характеристика эффективности различных методик лечения медиальных переломов шейки бедренной кости // Травма. 2004. №3. С.253-255.
7. Лазарев А.Ф. и др. Политенфасцикулярный остеосинтез при переломах шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, 1999. № 1. С. 21–26.
8. Лазарев А.Ф., Си др. Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. 2004. №1.
9. Марин И.М., Страцун В.В. Фиксация ножки эндопротеза Мура-ЦИТО кортикальным костным аллотрансплантатом // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 1997. № 1. С. 57–58.
10. Мурзабеков И.А. Исходы лечения медиальных переломов шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста при разных методах остеосинтеза // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. 2006. № 3. С. 22-26.
11. Оллаберганов М.И., Рузибаев Р.Ю. Влияние резекции желудка на возникновение остеопороза // Проблемы биологии и медицины. – 2021. №4. Том. 129. – С. 239-244.
12. Оллаберганов М.И., Рузибаев Р.Ю. Профилактика и лечение остеопороза // Проблемы биологии и медицины. – 2021. №5. Том. 130. – С. 236-242.
13. Прохоренко В.М. Первичное и ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава. –

Новосибирск: Новосибирский НИИТО, 2007. – 345 с.

14. Федосеев А.В., Литвинов А.А., Филоненко П.С. Выбор метода оперативного лечения и реабилитация больных с медиальными переломами шейки бедренной кости // Паллиативная медицина и реабилитация. С. 19–21.
15. Шигарев В.М., Тимофеев В.Н. Эволюция лечения переломов шейки бедренной кости // Гений ортопедии. 2007. № 3. С. 75–77.
16. Юсупова И.А. Хирургическое лечение посттравматической кокцигодии // Проблемы биологии и медицины. – 2021. №6. Том. 132. – С. 158-160.
17. Юсупова И.А. Хирургическое лечение травм тазобедренного сустава. // Журнал клинической и теоретической медицины. –2021. №6. –С. 48-50.
18. Heetveld M. J., et al. Internal fixation for displaced fractures of the femoral neck. Does bonedensity affect clinical outcome. // Journal Bone Joint Surgery. 2005. Vol. 87B. № 3. P. 367–373.
19. Lu-Yao G.L., et al. Outcomes after displaced fractures of the femoral neck. A metaanalysis of one hundred and six published reports // Journal Bone Joint Surgery. 1994. Vol 76-A, P. 15-25.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Юсупова И.А., Оллаберганов М.И.

Резюме. Переломы шейки бедра происходят чаще всего у людей пожилого и старческого возраста. Перелому также способствует сопутствующий остеопороз, который наблюдается в этом возрасте. Целью хирургического лечения больных с переломами бедренной кости является ранняя иммобилизация, поэтому в практике современных лечебных учреждений применяются методы, способствующие не только ранней фиксации, но и нагрузки на конечность. Целью исследования является изучение результатов хирургического лечения больных с различными видами поврежденных тазобедренного сустава в отделении ортопедии Хорезмского филиала РСНПМЦ травматологии и ортопедии. **Материал и методы:** Изучены результаты первичного эндопротезирования тазобедренного сустава у 32 больных: 20 женщин (62,5%), 12 мужчин (37,5%). Все пациенты были госпитализированы в клинику в сроки от 20 дней до 3 месяцев после травмы. **Результаты:** Заживление раны первичным натяжением отмечено у 29 больных (90,6%). У 3 пациентов (9,3%) рана зажила вторичным натяжением. Переломы шейки бедренной кости выявлены у 10 (31,2 %) больных, 22 (68,7%) больных - с ложным суставом шейки бедра. В группе с переломами шейки бедра – у 10 больных (53,2%) отмечены положительные результаты. В группе больных - 20 (47,6%) с ложными суставами отмечены отличные результаты у 16 (80%) больных. У 4 (20%) больных наблюдались удовлетворительные результаты.

Ключевые слова: эндопротез, шейка бедра, ложный сустав.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF SUBTHRESHOLD MICROPULSE LASER EXPOSURE IN THE TREATMENT OF DIABETIC MACULAR EDEMA



Yangieva Nodira Rakhimovna¹, Giyasova Akida Orifkhonovna^{1,2}

1 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - "SIHAT KO'Z" LTD Joint Venture, Republic of Uzbekistan, Tashkent

ДИАБЕТИК МАКУЛА ШИШИНИ ДАВОЛАШДА БЎСАГА ОСТИ МИКРОИМПУЛС ЛАЗЕР ТАЪСИРИДАН ФОЙДАЛАНИШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Янгиева Нодира Рахимовна¹, Гиясова Акида Орифхоновна^{1,2}

1 - Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - ҚК МЧЖ "СИНАТ КО'З", Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СУБПОРОГОВОГО МИКРОИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА

Янгиева Нодира Рахимовна¹, Гиясова Акида Орифхоновна^{1,2}

1 - Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - СП ООО «СИНАТ КО'З», Республика Узбекистан, г. Ташкент

e-mail: yangiyeva.nodira.1968@gmail.com, aqida355@gmail.com

Резюме. Диабетик макула шиши (ДМШ) қандли диабет (ҚД) билан оғриган беморларда кўриш бузилишининг энг кенг тарқалган сабабидир ва диабетик ретинопатиянинг ҳар қандай босқичида пайдо бўлиши мумкин. Қандли диабетнинг кўз ичи асоратларини ўз вақтида даволанмаса, кўриш органининг визуал функцияларининг қайтариб бўлмайдиган даражада бузилишлари кузатилади. Бўсага ости микроимпульс лазер таъсири (БОМИЛТ) 577нм энг самарали, зарарсиз ва энг муҳими ДМШ ни даволашда қатъий параметрлар ва протоколлар ёрдамида клиник шароитда қўлланилиши мумкин бўлган даволаш усули. Ушбу тадқиқотда 12 ой ичида илгари даволанмаган ДМШ ли кўзларида 577 нм микроимпульс лазерли таъсирлашнинг визуал ва анатомик натижаларини ўрганиб чиқилди.

Калит сўзлар: диабетик макула шиши, бўсага ости микроимпульсли лазер билан даволаш, оптико когерент томография.

Abstract. Diabetic macular edema (DME) is the most common cause of visual impairment in patients with diabetes mellitus (DM) and can occur at any stage of diabetic retinopathy. The prognosis of the visual functions of the organ of vision is unfavorable, in the absence of timely treatment of intraocular complications of DM. Subthreshold micropulse laser exposure (SMPLLE) 577nm is a safe and reproducible method for the treatment of DME, which can be applied in real clinical conditions using fixed parameters and protocols. This study examined the visual and anatomical results of 577 nm micropulse laser photocoagulation in previously untreated DME eyes at 12 months.

Keywords: diabetic macular edema, subthreshold micropulse laser exposure, optical coherence tomography.

Introduction. Diabetic retinopathy (DR) is the most common complication of diabetes mellitus (DM). The complications of progressive DR include macular edema, which largely leads to visual impairment. [3,8,11-13], while the patient needs outside help and possibly reaches disability [1,6]. The global incidence of this disease remains high and approximately 130 million people in the world suffer from diabetes. Data from the World Health Organization show that by 2025 the number of patients suffering from diabetes may reach 350 million people [7].

Macular edema occurs in 10-15% of patients with type 2 diabetes. Diabetic macular edema (DME) is the most common cause of visual impairment in patients with diabetes and can occur at any stage of diabetic retinopathy and is observed in the proliferative stage in 70% of cases. The prognosis of the visual functions of the organ of vision is unfavorable, in the absence of timely treatment of intraocular complications of DM [5]. According to the results of Figueira J. and others, in patients with type 2 DM, the detection of DME increases depending on the duration of diabetes from 3% for

the first time 5 years from the onset of the disease, to 28% with a history of diabetes for more than 20 years [4]. In patients with type 2 DM, the incidence of DME is higher (27.15%) than with type 1 DM (11.84%) [5].

In 1968, Meyer Schwickerath and Schott published an article describing the positive results of laser treatment for diabetic retinopathy. According to their method, coagulates were applied to the retina in the form of a "lattice" [10]

Different approaches to the treatment of diabetic retinopathy using lasers led to the start of the ETDRS (Early Treatment of Diabetic Retinopathy Study). The use of threshold laser coagulation has its limitations and disadvantages: with a slight edema in the central zone, laser coagulation will be rough, and with significant edema, laser coagulation will be less effective. The possibility of multiple laser coagulation of the foveal zone is also excluded, and repeated sessions are possible only after at least 4-6 months after the first procedure [9].

In 1990, Pankratov invented a new method of laser coagulation in which laser energy was delivered in short pulses or "micropulses" instead of a continuous wave [10]. Friberg and Karatza first reported the clinical use of the 810 nm diode micropulse laser for diabetic macular edema in 1997 [6]. In 2000, a clinical study was launched using a new approach to laser treatment of fundus diseases. Using a diode laser with a wavelength of 810 nm in the micropulse mode, DME was treated for the first time in order to avoid any damage to the retina [1].

Subthreshold micropulse laser exposure (SMPLE) allows to achieve resorption of macular edema, stabilizes and improves the functions of the organ of vision [2]. SMPLE is the most effective, harmless [1,7] and, most importantly, the SMPLE procedure can be performed multiple times in the treatment of DME. The selective effect of SMPLE improves the pumping function of retinal pigment epithelium cells, which in turn leads to the production of antivasoproliferative factors [9].

Thus, the standard continuous laser has been an effective option for decades despite its collateral damage to the retina. Despite the slow spread, the potential of the subthreshold micropulse laser is also gaining recognition.

Purpose. To describe the visual and anatomical results of micropulse laser photocoagulation at 577 nm in previously untreated DME eyes at 12 months.

Methods. The clinical study was conducted at the eye clinic "SIHAT KO`Z" and was a 12-month prospective follow-up. Comparison of morphofunctional parameters of the central retina was based on the analysis of 36 patients (42 eyes) with DME against the background of non-proliferative diabetic retinopathy. The age of the

patients ranged from 48 to 66 years. There were 21 women, 15 men. The values of intraocular pressure according to pneumotometry varied from 11.0 to 20.0 mm Hg. Art.

Before and after treatment, a comprehensive ophthalmological examination was performed, including the maximum correctable visual acuity (BCVA) and retinal thickness in the central fovea, which was determined using optical coherence tomography (OCT). Parameters were assessed before treatment and 1, 3, 6 and 12 months after treatment. The criterion for exclusion from this study was the presence of cataracts that reduce vision.

The mean value of BCVA before treatment in the examined patients was 0.53 ± 0.09 . According to OCT data, the thickness of the retina in the center of the fovea was $398.4 \pm 18.1 \mu\text{m}$ on average.

SMPLE was performed on an Easyret diode laser device (Quantel medical, France) with a wavelength of 577 nm in a micropulse mode with a power of 200–400 mW, a spot size of 100 μm , and a pulse burst duration of 200 ms with a duty cycle of 5%. Individual testing of pulse power was performed outside the vascular arcade, with power titrated from 50 mW to a 1st degree burn according to the classification of F. L'Esperance (1983). SMPLE was then performed continuously on the macular region using the same spot size, reducing the laser power to half the power of the test burn. The number of spots varied depending on the length of the DMA.

Results and discussion. An analysis of the clinical and functional results of the treatment of patients showed that the average maximally corrected visual acuity gradually increased during the observation period, a statistically significant change was observed 6 and 12 months after the operation.

In particular, there was a positive trend in the increase in the average BCVA with a simultaneous decrease in the thickness of the retina by the follow-up period of 3 months. However, by the 6th month there was a deterioration in both indicators. The mean retinal thickness slightly increased 1 month after the start of treatment, after which it gradually (statistically significant, $p < 0.01$) decreased during the entire follow-up period.

BCVA indicators one month after SMPLE was 0.72 ± 0.05 ($p < 0.01$), after 3 months 0.68 ± 0.03 ($p < 0.01$), after 6 months 0.65 ± 0.02 ($p < 0.05$), after 12 months 0.64 ± 0.03 ($p < 0.05$).

The average retinal thickness steadily decreased during the entire observation period ($p < 0.05$) and. Resorption of the intraretinal fluid was expressed in a decrease or complete disappearance of edema in the outer layers of the retina and a decrease in the thickness of the neuroepithelium. Accordingly, OCT data also changed for all groups. Thus, the OCT values one month after the SMPLE session were $296.4 \pm 14.6 \mu\text{m}$ ($p < 0.01$), after 3 months 290.8 ± 18.8

μm ($p < 0.05$), after 6 months $285.3 \pm 20.7 \mu\text{m}$ ($p < 0.05$), after 12 months $286.5 \pm 17.9 \mu\text{m}$ ($p < 0.05$). We did not find any pigmentary changes in fundus photographs or radial OCT scans.

Micropulse radiation with a wavelength of 577 nm in the treatment of "flat" DME showed its effectiveness, as well as safety during repeated treatment sessions, which was expressed in an increase in visual acuity and light sensitivity of the retina, as well as a decrease in the height of macular edema. Threshold laser coagulation reduces the leakage of fluid from the retinal vessels and provides long-term stabilization of the pathological process, but at the same time reduces the functional result due to irreversible damage to the neurosensory layer of the retina. So, in the framework of the study, this indicator turned out to be lower than in the main one, which can be explained both by the stimulating neuroprotective effect of SMPLE and the absence of laser-induced damage to the structure. Unlike suprathreshold, subthreshold laser mode is a non-damaging procedure. According to the selected duty cycle, the laser remains on only 5% of the time, thus generating less heat with consequent less retinal damage than continuous photocoagulation.

Thus, the use of the developed SMPLE protocol, in our opinion, is more preferable in the treatment of patients with "flat" DME from the standpoint of both safety and efficacy, since it allows not only to achieve a positive anatomical result, but also a more stable increase in the functional state of the retina.

Conclusions. Subthreshold micropulse laser therapy with a wavelength of 577 nm in the treatment of DME is an effective and safe treatment option, as it improves visual acuity and thickness of the macula at a follow-up period of 12 months in patients who did not receive treatment for DME.

Literature:

1. Bobykin E.V. Modern approaches to the treatment of diabetic macular edema. Ophthalmosurgery. 2019. No. 1. P. 67-76. [In Russ.].
2. Distefano L.N., et al. Combination of Anti-VEGF and Laser Photocoagulation for Diabetic Macular Edema: A Review. J. Ophthalmol. 2017;2407037.
3. Doga A.V., et al. Comparative study of the effectiveness and safety of the technology of combined laser exposure and traditional laser coagulation in the treatment of diabetic macular edema. Diabetes. 2017;20(1):68-74. [In Russ.].
4. Figueira J., et al. Prospective randomized controlled trial comparing sub-threshold micropulse diode laser photocoagulation and conventional green laser for clinically significant diabetic macular oedema. Br. J. Ophthalmol, 2009, vol. 93, pp. 1341–1314.

5. Fokin V. P., et al. Analysis of the effectiveness of a combined treatment method for diabetic macular edema. Vestnik NSU. Series: Biology, clinical medicine. 2011. Vol. 9. Issue. 4. S. 43-47. [In Russ.].
6. Friberg TR, et al. The treatment of macular disease using a micropulsed and continuous wave 810-nm diode laser. Ophthalmology 1997; 2030–2038.
7. Ibragimova, R. R. Promising directions of pathogenetic treatment of diabetic retinopathy and diabetic macular edema // Medical Bulletin of Bashkortostan. - 2020. - T. 15, No. 4 (88). - pp. 108-112. [In Russ.].
8. Kirilyuk, M. L. et al. Pathogenesis of diabetic retinopathy: a review of the literature // International Journal of Endocrinology. - 2019. - V. 15, No. 7. - S. 567-575. [In Russ.].
9. Moisseiev E, et al. Subthreshold micropulse laser reduces anti-VEGF injection burden in patients with diabetic macular edema. Eur J Ophthalmol. 2018;28:68–73.
10. Pankratov MM. Pulsed delivery of laser energy in experimental thermal retinal photocoagulation. Proc Soc Photo Opt Instrum Eng. 1990;1202:205–13.
11. Schmidt-Erfurth U. et al. Guidelines for the management of diabetic macular edema by the European Society of Retina Specialists (EURETINA). Ophthalmologica. 2017;237(4): 185-222.
12. Shaya F.T., Aljawadi M. Diabetic retinopathy. Clin Ophthalmol. 2007;1(3); 259-265.
13. Vorontsova T.N. Possibilities of using a diode laser in diseases of the retina in children. Ophthalmological records. 2008. No. 1. S. 24-28. [In Russ.].

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СУБПОРОВОГО МИКРОИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА

Янгиева Н.Р., Гиясова А.О.

Резюме. Диабетический макулярный отек (ДМО) является самой частой причиной понижения зрения у пациентов с сахарным диабетом (СД) и может возникнуть на любой стадии диабетической ретинопатии. Прогноз зрительных функций органа зрения неблагоприятен, при отсутствии своевременного лечения внутриглазных осложнений СД. Субпороговое микроимпульсное лазерное воздействие (СМИЛВ) 577 нм является безопасным и воспроизводимым методом лечения ДМО, который можно применять в реальных клинических условиях с использованием фиксированных параметров и протоколов. В данной исследовании изучали визуальные и анатомические результаты микроимпульсной лазерной фотокоагуляции с длиной волны 577 нм в глазах, ранее не получавших лечения при ДМО через 12 месяцев.

Ключевые слова: диабетический макулярный отек, субпороговое микроимпульсное лазерное воздействие, оптическая когерентная томография.

УДК: 616-053.2-07-08-09(075.8)

БОЛАЛАРДА ТУШУВЧИ ЧАМБАР ИЧАК ТУГМА СТЕНОЗИ

Хайитов Улугбек Хужакулович, Бегнаева Мухиба Усмоновна
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ВРОЖДЕННЫЙ СТЕНОЗ НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Хайитов Улугбек Хужакулович, Бегнаева Мухиба Усмоновна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

CONGENITAL STENOSIS OF THE DESCENDING COLON IN CHILDREN

Khayitov Ulugbek Khujakulovich, Begnaeva Mukhiba Usmonovna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: d.khayitov74@mail.ru

Резюме. Долзарблиги. Йўгон ичак жумладан тушувчи чамбар ичак тугма стенози болаларда меъда- ичак тракти нўқсонли ривожланишлари ичида кам учраши билан характерланади. Бу касаллик диагностикаси ва дифференциал диагностикаси болалар хирургияси амалиётида мураккаблигини билан ажралиб туради. Тадқиқот мақсади. Болаларда йўгон ичак тугма стенози диагностикаси ва даволаш усулларини такомиллаштириши. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот объекти бўлиб 2018 йилдан 2023 йилгача йўгон ичак тугма стенози билан даволанган беморлар хизмат қилди. Тадқиқот натижалари. Тушувчи чамбар ичак тугма стенози таъхиси қўйилгандан сўнг беморга умумий аҳволини ҳисобга олган ҳолда колостома шакллантириши операцияси бажарилди ва кейинчалик лапаротомия тушувчи чамбар ичак стенози резекцияси ва учма-уч анастомоз шакллантириши операцияси ўтказилди. Катамнезда ўтказилган текиширишларда анастомоз ҳолати ва бемор умумий аҳволи қониқарли эканлиги қайд этилди. Хулосалар. Йўгон ичак тугма стенозига ўз вақтида таъхис қўйиши ва даволаш етарлича эътибор ва синчковликни талаб қилади. Чақалоқлик давридан бошланган касалликка хос бўлган белгилар қорин доимо дам бўлиши, қорин ҳажмини катта бўлиши, ахлат қилишидаги муаммолар, қусиши, ўсиши ва ривожланишдан орқада қолиши каби ҳолатларда албатта болалар хирургии кўриги ва йўгон ичак нўқсонли ривожланишларини инкор этиши масаласи биринчи ўринга чиқиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Калит сўзлар: йўгон ичак тугма стенози, ирригография, колоноскопия, стенозни бартараф қилиши.

Abstract. Introduction. Congenital stenosis of the colon and the descending colon is a rare form of congenital gastrointestinal defect. This disease diagnosis and differential diagnosis is characterized by complexity in the practice of pediatric surgery. Objective. Improving the diagnosis and treatment of intestinal congenital stenosis in children. Material and methods. The study population was patients treated for colon intestinal stenosis between 2018 and 2023. Results. After diagnosing descending colon stenosis, colostoma formation surgery was performed on the patient, considering his general condition. Afterward, laparotomy-causing chrysanthemum stenosis resection and kissing anastomosis formation surgery were performed. A catamnesis study noted that the state of anastomosis and the patient's overall condition were satisfactory. Conclusion. Timely diagnosis and treatment of congenital stenosis of the colon require careful attention. In such situations, typical symptoms for this condition are meteorism, vomiting, defecation problems, and slow growth and development in the neonatal period. Pediatric surgeons should carefully investigate the abovementioned symptoms to rule out congenital colon stenosis in children.

Keywords: congenital stenosis of colon, irrigography, colonoscopy, elimination of stenosis.

Долзарблиги. Тушувчи чамбар ичак стенози болаларда меъда- ичак тракти нўқсонли ривожланишлари ичида кам фоизни ташкил қилади. Тушувчи чамбар ичак стенози мавзусидаги мақолалар сони етарлича миқдорга

эга эмас. Бу касаллик диагностикаси ва дифференциал диагностикаси болалар хирургияси амалиётида мураккаблигини билан ажралиб туради. Касаллик клиникасида унинг белгилари чақалоқлик давридан бошланади, кўп ҳолларда

бундай тоифадаги беморлар педиатр ва гастроэнтерологлар назоратида целаксия, муковидоз, ичаклар сурилиш бузилиши каби шунга ўхшаш касалликлар ташхислар билан узоқ вақт давомида самарасиз даволанади. Йўғон ичак туғма торайишларини эрта ташхислаш сепсис, ичак перфорацияси ва ичак тутилиши туфайли келиб чиқадиган ўлимни камайтириши мумкин [6-9]. Тадқиқотларда контрастли текширишлардан тизимли фойдаланиш жаррохлик аралашувни талаб қиладиган ташхис қўйилган туғма торайишлар сонидан 2 баравар кўпайиши аниқланди [3,11]. Шубҳасиз, рентген контрастли текширув қанча эрта ўтказилса, касалликка ташхис қўйиш эҳтимоли шунча кўпроқ бўлади [1,5]. Контрастли ирригография ва йўғон ичак эндоскопик текширишлари йўғон ичак туғма торайишларини эрта ташхисотида етакчи ўринни эгалайди. Бундай йўғон ичак аномалиялари одатда операцияни талаб қилади, бу анъанавий равишда лапаротомия билан амалга оширилади [7,10]. Касаллик эрта аниқланганда бемор умумий ахволи радикал операцияни ўтказишга монелик қилганда дастлаб колостома шакллантириш ва кейин радикал операцияни бажариш мақсадга мувофиқ бўлади [2,4].

Тадқиқот мақсади. Болаларда йўғон ичак туғма стенози диагностикаси ва даволаш усулларини такомиллаштириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот объекти бўлиб, 2018-2023 йиллар мобайнида Самарқанд вилояти кўптармокли тиббиёт маркази хирургия булимида йўғон ичак туғма стенози ташхиси билан даволанган 11 нафар (4 ўғил ва 7 нафар қиз бола) бемор болалар хизмат қилди. Бемор болалар ёши 2 ойликдан 3 ёшгачани ташкил этди. Беморларда клиник, инструментал (УТТ, контрастли ирригография, электрокардиография, эндоскопия, эхо-

кардиография), лаборатор (қон клиник таҳлили, қон биохимияси, капrogramма ва ҳ.к.) текширишлар ўтказилди.

Клиник мисол. Самарқанд вилоят болалар кўп тармокли тиббиёт маркази хирургия булимига 29.11.2020 йил куни Хасанова С. 3 ойлик (Манзили: Қашқадарё вилояти, Яккабоғ тумани) онаси сўзидан қусишга, қорин ҳажми катталигига, ахлат қилмасликка, ўсиш ва ривожланишдан орқада қолишга каби шикоятлар билан мурожаат қилди ва бемор Гиршпрунг касаллиги? ташхис билан ётқизилди. Анамнездан туғилгандан буён касал. Онаси касаллигини ҳомиладорлик вақтида грипп инфекцияси билан оғриши ва токсикоз билан боғлайди. Бемор маҳаллий шифохонада, Тошкент шаҳридаги клиникаларда целаксия ва ичакларда сурилиш бузилиш ташхиси билан бир неча марта даволанган.

Бемор шифохонага ётқизилган вақтда умумий ахволи оғир. Тери ва тери ости ёғ қавати ривожланиши суст. Тана вазни 3550 гр (туғилгандаги вазни 3100 гр), вазн дефецити 1750 гр (33%). Контрастли ирригографияда (30.11.2020 йил) контраст 30 -40 мл юборилгандан сунг контраст тушувчи чамбар ичак проксимал қисмига ўтмади (1-а,б расм). Шундан сўнг контрастли гастроэнтерографияда 24 соатдан сўнг контраст тушувчи чамбар ичак проксимал қисмида тўхтаб қолганлиги ва кўндаланг чамбар ичак дилатацияси аниқланди (2-расм). Диагнозга аниқлик киритиш мақсадида беморда колоноскопия ўтказилди. Бунда тушувчи чамбар ичак проксимал қисмида торайиш аниқланди (3-расм).

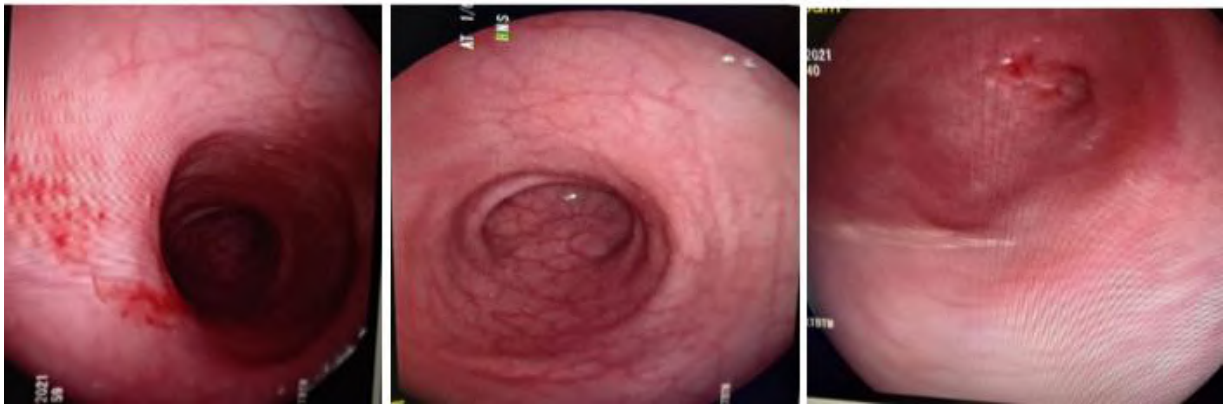
Беморга “Тушувчи чамбар ичак туғма стенози. Юрак туғма нуксони. Қоринчалараро тўсиқ дефекти (7 мм). Оксил энергетик етишмаслиги 3-даражаси. Камқонлик 2-даражаси” ташхиси чиқарилди.



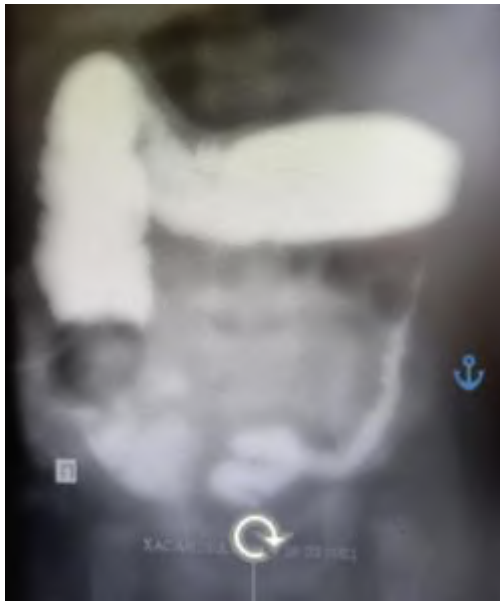
Расм 1 (а,б). Контрастли ирригография (олд ва ён проекцияда)



Расм 2. Контрастли гастроэнтерография (24 соатдан кейин)



Расм 3. Колоноскопия. Тушувчи чамбар ичак проксимал қисмида торайиш аниқланади



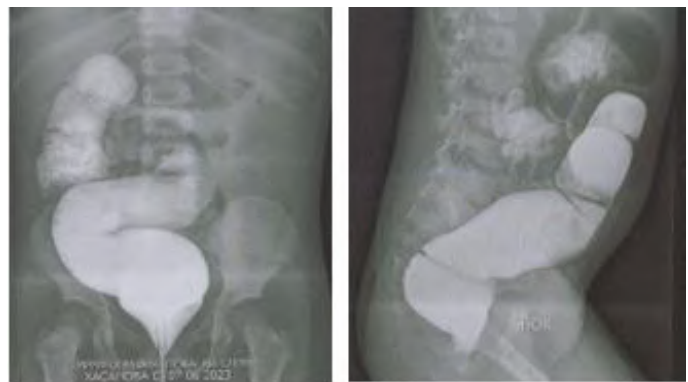
Расм 4. Колостома орқали контрастли текшириш

Бемор умумий ахволи оғирлигини ва хамроҳ касалликларини ҳисобга олган ҳолда умумий огриксизлантириш остида “Ўнг ёнбош соҳасидан колостома шакллантириш” операцияси ўтказилди.

Операциядан кейин давр силлиқ ўтди. Бемор колостома парвариши яшаш жойида давом эттирилиши учун уйига жавоб берилди. Бемор 18.04.2021 йил куни қайта марказга ётқизилди. Беморда колостома орқали рентген контрастли текширишда кўндаланг чамбар ичак дилатацияси ва тушувчи чамбар ичак проксимал қисмида контраст ўтмаганлиги аниқланади (4-расм). Беморга 23.04.2021 йил «Лапаротомия. Тушувчи чамбар ичак стенози резекцияси. Учма-уч десендо-десендо анастомоз шакллантириш» операцияси ўтказилди. Операция вақтида тушувчи чамбар ичак проксимал қисмидаги 5 см масофада стеноз аниқланди ва у бартараф этилди (5-расм).



Расм 5. Макропрепарат (тушувчи чамбар ичак торайган қисми)



Расм 6. Контрастли ирригография (олд ва ён проекцияда)

Қорин ўнг ёнбош соҳасидаги колостома қолдирилди. 2 ойдан сўнг беморда колостомани бартараф қилиш операция ўтказилди. Операциядан кейинги вақт силлиқ ўтди. Бемор коникарли ахволда уйига жавоб берилди.

Бемор 2 йилдан сўнг қайта мурожаат қилиб келди, кўрикда умумий ахволи коникарли, ахлат қилишида муаммолар йўқ. Беморда 17.06.2023 йил куни ўтказилган контрастли ирригографияда

анастомоз соҳаси қоникарли, торайиш аниқланмайди (6-расм).

Хулоса. Ўғон ичак туғма стенози болаларда меъда-ичак тракти нўксонли ривожланишлари ичида кам фоиғни ташкил қилади ва уни ўз вақтида ташхис қўйиш ва даволаш етарилча эътибор ва синчковликни талаб қилади. Касаллик клиник манзараси, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси

болалар хирургияси амалиётида мураккаблигини билан ажралиб туради. Чакалоқлик давридан бошланган касалликка хос бўлган белгилар қорин доимо дам бўлиши, қорин ҳажмини катта бўлиши, ахлат қилишдаги муаммолар, қусиш, ўсиш ва ривожланишдан орқада қолиш каби ҳолатларда албатта болалар хирургии кўриги ва йўғон ичак нуқсонли ривожланишларини инкор этиш масаласи биринчи ўринга чиқиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Адабиётлар:

1. Бельмер С. В. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей: методическое пособие для врачей. С. В. Бельмер, А. И. Хавкин, Д. В. Печуров. «Ремдер» 2016; 120
2. Морозов Д.А., Пименова Е.С., Попова М.В., Окулов Е.А., Рыжов Е.А., Россаус П.А., Морозова О.Л., Самоделкин Ф.Ю. Постнекротический субтотальный стеноз толстой кишки //Российский вестник 2013, том III, №2 25-30 стр.
3. Хавкин А. И., Файзуллина Р. А., Бельмер С. В. и др. Диагностика и тактика ведения детей с функциональными запорами (Рекомендации общества детских гастроэнтерологов). Вопр. практич. педиатр. 2014; 5: 62–76
4. Benninga M. A., Voskuijl W. P., Taminiu J. A. J. M. Childhood constipation: is there new light in the tunnel? J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004;39:448–64.
5. Marston A., Pheils M.T., Thomas M.L., Morson B.C. Ischemic colitis // Gut. 1966. № 7. P. 1–15.
6. Mugie S. M., Benninga M. A., Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2011; 25:3–18.
7. Specia S., Giusti I., Rieder F., Latella G. Cellular and molecular mechanisms of intestinal fibrosis // World J. Gastroenterol. 2012. Vol. 18, № 28. P. 3635–3661.
11. Tabbers M. M., Boluyt N., Berger M. Y., Benninga M. A. Constipation in children. BMJ Clin Evid 2010;4: 303.
8. Tabbers M. M., Boluyt N., Berger M. Y., Benninga M. A. Clinical practice: diagnosis and treatment of functional constipation. Eur J Pediatr 2011;170: 955–63.
9. Renfrew D.L., Smith W.L., Pringle K.C. Per anal balloon dilatation of a post-necrotizing enterocolitis

stricture of the sigmoid colon // Pediatr. Radiol. 1986. Vol. 16, № 4. P. 320–321.

10. Rothenberg SS. Laparoscopic segmental intestinal resection. Semin Pediatr Surg. 2002;11:211–216.

11. Van der Plas R. N., Benninga M. A., Taminiu J. A., Buller H. A. Treatment of defaecation problems in children: the role of education, demystification and toilet training. Eur J Pediatr 1997;156: 689–92.

ВРОЖДЕННЫЙ СТЕНОЗ НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Хайитов У.Х., Бегнаева М.У.

Резюме. Актуальность. Врожденный стеноз толстой кишки, в частности нисходящей части ободочной кишки, характеризуется низкой частотой встречаемости, у детей с врожденной патологией желудочно-кишечного тракта. Диагностика и дифференциальный диагноз этого заболевания характеризуется своей сложностью в практике детского хирурга. Цель исследования. Совершенствовать методы диагностики и лечения врожденного стеноза толстой кишки у детей. Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили пациенты, получавшие лечение с врожденным стенозом толстой кишки в период с 2018 по 2023 год. Результаты исследований. После постановки диагноза “врожденный стеноз нисходящего отдела толстой кишки” пациентам была выполнена операция по формированию колостомы с учетом его общего состояния, а позже лапаротомией выполнена резекция стеноза нисходящего отдела толстой кишки с наложением анастомоза конец-конец. При катанестическом обследовании были отмечены удовлетворительные результаты проведенного лечения, что подтверждалось хорошим самочувствием детей и функционированием анастомоза. Выводы. Своевременная диагностика и лечение врожденного стеноза толстой кишки требуют к себе достаточного внимания и компетентности. Клиническая картина, диагностика и дифференциальный диагноз заболевания характеризуются его сложностью в практике детского хирурга. В младенчестве, при развитии клинической симптоматики, характерной для данного заболевания, детям безусловно нужен осмотр детского хирурга, чтобы исключить пороки развития толстой кишки.

Ключевые слова: врожденный стеноз толстой кишки, ирригография, колоноскопия, устранение стеноза.

УДК: 616.33-002.2-085.33]-076.5

РОЛЬ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В РЕГУЛЯЦИИ ПРОЦЕССА МЕТАПЛАЗИИ ПРИ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ



Ахмедов Амед Суюнович¹, Орипов Фирдавс Суратович¹, Деев Роман Вадимович², Слепов Юрий Константинович²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2 - Северо-Западный государственный медицинский университет, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

АТРОФИК ГАСТРИТДА МЕТАПЛАЗИЯ ЖАРАЁНИНИ БОШҚАРИШДА ИММУН ТИЗИМИНИНГ РОЛИ

Ахмедов Амед Суюнович¹, Орипов Фирдавс Суратович¹, Деев Роман Вадимович², Слепов Юрий Константинович²

1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш. ;
2 - Шимоли-Ғарбий давлат тиббиёт университети, Россия Федерацияси, Санкт-Петербург ш.

THE ROLE OF THE IMMUNE SYSTEM IN THE REGULATION OF THE PROCESS OF METAPLASIA IN ATROPHIC GASTRITIS

Akhmedov Amed Suyunovich¹, Oripov Firdavs Suratovich¹, Deev Roman Vadimovich², Slepov Yuriy Konstantinovich²

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
2 - North-Western State Medical University, Russian Federation, St. Petersburg

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу мақолада ошқозонда топилган SPEM (антиспазмодик полипептид-экспрессив метаплазия; MUC6+, TTF2+; псевдопилорик) ва ичак метаплазияси (MUC2+, TTF3+) турларининг атрофия ва метаплазия жараёнлари баҳоланади. *Helicobacter pylori* нинг роли, ошқозон шиллиқ қавати эпителийсининг метаплазиясига ёрдам берувчи патогенлиги таҳлил қилинди. Шунингдек, экзоген омилнинг вирулентлиги ва охири хостнинг ирсий мойиллигининг комбинацияси сурункали яллиғланишининг янада оғир кечишига ва шунга мос равишда тўқималарнинг тезроқ хавфли ўсишига олиб келиши тахмин қилинган. Макрофаглар томонидан M2 фенотипини ўзлаштиришни рағбатлантирадиган IL-13 ва IL-33 нинг аҳамияти кўрсатилди ва ошқозон ва IL-1 генотиплари малигнизацияси ривожланиш хавфи ўртасида боғлиқлик ўрнатилди. Молекуляр механизмнинг замонавий концепцияларига ва бу жараённинг иммун назоратига алоҳида эътибор берилди.

Калит сўзлар: метаплазия, атрофия, гастрит, эпителий, иммунитет.

Abstract. This article evaluates the processes of atrophy and metaplasia of the types: SPEM (antispasmodic polypeptide-expressing metaplasia; MUC6+, TTF2+; pseudopiloric) and intestinal metaplasia (MUC2+, TTF3+) found in the stomach. The role of *Helicobacter pylori*, its pathogenicity contributing to metaplasia of the epithelium of the gastric mucosa has been analyzed. It has also been estimated that the combination of the virulence of the exogenous factor and the genetic susceptibility of the final host leads to a more severe course of chronic inflammation and, accordingly, to a more rapid malignancy of the tissue. The value of IL-13 and IL-33, stimulating the acquisition of the M2 phenotype by macrophages, was shown, and the association of the risk of gastric malignancy with interleukin-1 genotypes was also established. Special attention is paid to modern concepts of the molecular mechanism and immune control of this process.

Key words: metaplasia, atrophy, gastritis, epithelium, immunity.

Введение. Один из наиболее тревожных типов хронического гастрита является атрофический гастрит, при котором происходит утрата же-

лудочных желез с замещением их фиброзной тканью или метаплазированным эпителием, вследствие чего истончается слизистая оболочка желудка

и уменьшается выработка соляной кислоты, что приводит к нарушению переваривания пищи [1]. На начальных этапах данного заболевания происходит повреждение фундального отдела желудка, после нарушается продукция соляной кислоты и пепсиногена, а соответственно и фермента пепсина, обеспечивающее желудочное переваривание [2]. Возникновение и прогрессирующее развитие атрофического гастрита вызвано экзогенными и эндогенными факторами [3]. Экзогенные факторы - это наличие *Helicobacter pylori*, а также радиационное облучение. Что касается эндогенных факторов, то это нарушение метаболизма, различные эндокринные дисфункции. Как было сказано ранее значимым фактором развития считаются инфекция *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) и аутоиммунный гастрит, непосредственно связанный с выработкой антител к собственным париетальным клеткам [4]. У людей с данной патологией *H. Pylori* обнаруживают у 75 %.

Если атрофический гастрит протекает бессимптомно, чаще всего данную патологию обнаруживают только после проведения гистологического исследования [5].

Все известно, что озлакоачествление желудка не развивается на фоне неизменённой слизистой желудка - ему предшествуют изменения, называемые предраковыми, к которым и относится атрофический гастрит. Длительное течение этой болезни способствует появлению клеток, характерных для тонкого кишечника, вместо желудочных, а избыточное разрастание клеток слизистой провоцирует развитие опухоли.

До конца остается не ясной и роль иммунной системы, как одного из основных звеньев поддержания постоянства организма, в регуляции реактивных изменений, происходящих в тканях слизистой оболочки желудка.

Цель работы. Целью данной работы явилось изучение роли иммунной системы в регуляции процесса метаплазии при атрофическом гастрите.

Материалы и методы. В патологоанатомическом отделении клиники им. Петра Великого Северо-Западного Государственного Медицинского Университета были взяты биоптаты слизистой оболочки антрального отдела и тела, а так же кровь у 12 больных, из них 8 с хроническим атрофическим гастритом инфицированных *H.pylori* и контрольная группа состоящих из 4 практически здоровых людей сопоставимых по возрасту и полу с группой сравнения и с основной группой. Первичная диагностика включала в себя определение антител к *H.pylori* при помощи набора Вектор Бест D-2154(Россия). Измерение проводилось на иммуноферментном анализаторе Huma Reader HS (Германия). Вторичная диагностика включала

в себя эндоскопическое исследование пищевода, желудка при помощи видеоэндоскопического аппарата Mindray, модель ES-1354 (Китай). Было визуально изучено морфофункциональные изменения слизистой оболочки таких как воспаление, атрофия, эрозия. В соответствии с задачами исследования всем больным проводили гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка. Биоптаты были зафиксированы в формалине (10% нейтральный), по общепринятой методике после спиртовой фиксации заливали в парафин. При помощи гистологических микроскопов Nikon ECLIPSE E-200 при 400 - кратном увеличении в гистологических срезах определяли степень обсеменения *H.pylori*, инфильтрации полиморфно ядерными лейкоцитами, а также наличие атрофии и кишечной метаплазии.

Результаты и их обсуждение. У пациентов с атрофическим гастритом при обследовании сыворотки крови при помощи наборов ИФА была увеличена концентрация IL-13 и IL-33, приводящая к приобретению макрофагами фенотипа M2. При гистологическом исследовании биоптатов, были обнаружены изменения поверхностного однослойного столбчатого эпителия и продукция слизи бокаловидными клетками, (Рис.1 и 2), при определении типа и стадии кишечной метаплазии согласно системе OLGA, было обнаружена умеренная и не полная метаплазия (Рис.3 и 4).

Иммунная система играет существенную роль в регуляции процесса метаплазии при атрофическом гастрите. Метаплазия представляет собой приспособительную реакцию эпителиальных клеток желудка на хроническое воспаление и повреждение слизистой оболочки. Атрофический гастрит характеризуется уменьшением числа и функциональной активности париетальных клеток, что приводит к снижению выработки соляной кислоты и внутреннего фактора Кастла. Иммунная система в данном контексте влияет на процесс метаплазии через активацию различных иммунных клеток и высвобождение медиаторов воспаления. Хронический воспалительный ответ привлекает внимание различных цитокинов, воспалительных молекул и факторов роста, которые могут оказывать воздействие на эпителиальные клетки желудка, способствуя их трансформации и дифференциации.

Иммунные клетки, такие как лимфоциты и макрофаги, активируются в ответ на присутствие инфекции или других вредных агентов в слизистой оболочке желудка. Эти клетки, в свою очередь, выделяют цитокины и факторы роста, которые влияют на пролиферацию и дифференцировку эпителиальных клеток, способствуя развитию метаплазии.

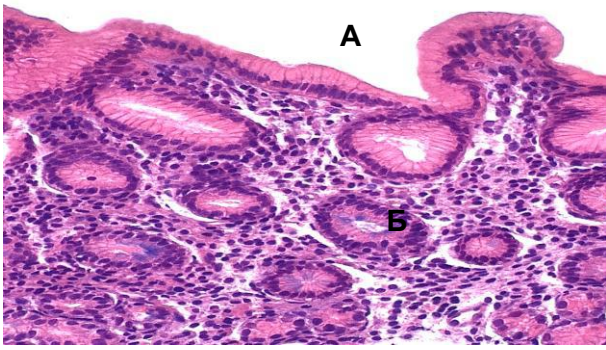


Рис. 1. Фрагмент слизистой оболочки тела желудка, участок эпителия с неполной кишечной метаплазией: А – поверхностный однослойный столбчатый эпителий; Б – продукция слизи бокаловидными клетками. Окраска: гематоксилин и эозин, докраска альциановым синим. Ув. $\times 200$



Рис. 2. Фрагмент слизистой оболочки тела желудка, участок эпителия с неполной кишечной метаплазией: А – поверхностный однослойный столбчатый эпителий; Б – продукция слизи бокаловидными клетками. Окраска: гематоксилин и эозин, докраска альциановым синим. Ув. $\times 400$

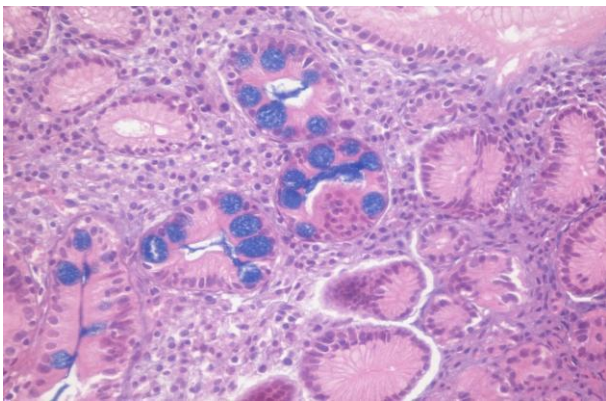


Рис. 3. Фрагмент слизистой оболочки антрума желудка, участок эпителия с неполной кишечной метаплазией: Окраска: гематоксилин и эозин, докраска альциановым синим. Ув. $\times 400$

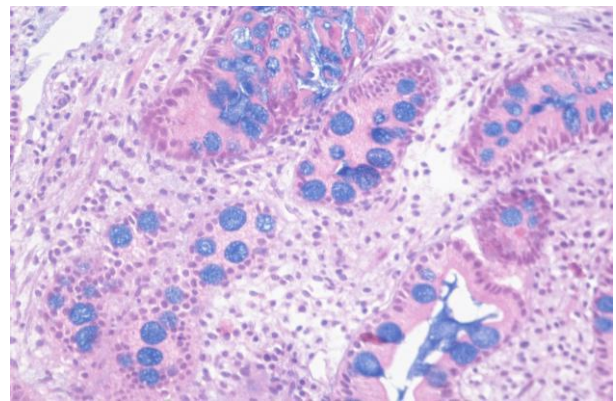


Рис. 4. Фрагмент слизистой оболочки тела желудка, участок эпителия с неполной кишечной метаплазией: Окраска: гематоксилин и эозин, докраска альциановым синим. Ув. $\times 400$

Таким образом, иммунная система играет ключевую роль в регуляции процесса метаплазии при атрофическом гастрите через активацию различных иммунных клеток и медиаторов воспаления. Понимание механизмов, участвующих в этом процессе, может способствовать разработке новых подходов к лечению и предотвращению прогрессирования атрофического гастрита и связанных с ним осложнений. Понимание молекулярных механизмов, связанных с взаимодействием между иммунной системой и эпителием желудка, имеет большое значение для разработки новых подходов к лечению и профилактике атрофического гастрита и связанных с ним осложнений, включая рак желудка.

Дополнительные исследования в области иммунологии, гастроэнтерологии и молекулярной биологии могут помочь выявить новые терапевтические мишени для предотвращения метаплазии и возможно предотвращения развития рака желудка у пациентов с атрофическим гастритом.

Кроме того, раннее выявление и лечение атрофического гастрита могут быть важными шагами в предотвращении развития серьезных осложнений и улучшении прогноза заболевания.

Заключение. Метаплазия на сегодняшний день, как приспособляющийся процесс, привлекает огромное количество исследователей поскольку причиной этому является его озлокачествление и потенциальная обратимость. Поэтому взгляды исследователей больше всего обращены к молекулярному уровню изучения в отличие от тканевого [2,6]. Но все внутриклеточные процессы являются результатом не только реализации генетической программы. Сложные межклеточные взаимодействия оказывают прямое (межклеточные контакты) и опосредованное (через цитокины и факторы роста) действия, регулирующие функцию и потенции клеток, что обуславливает необходимость оценки этой фундаментальной проблемы с позиции эпигенетических механизмов развития.

Литература:

1. Деев Р.В., Индейкин Ф.А. Метаплазия: динамика взглядов // Гены и клетки. - 2021. - Vol. 16. - № 4. - P. 29–41.
2. Gutierrez-Gonzalez L., Graham T.A., Rodriguez-Justo M. et al. The clonal origins of dysplasia from intestinal metaplasia in the human stomach // Gastroenterology. - 2011. - Vol. 140. - № 4. - P. 1251–1260.
3. Деев Р.В., Анисимова С.А. Реактивность клеток и тканей: учебное пособие. - СПб.: ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова. - СПб., 2020. 4. Пальцев М. А., Аничков Н. М. Патологическая анатомия: учебник. В 2 т. - М.: Медицина, 2005.
4. Goldenring J.R., Mills J.C. Cellular Plasticity, Reprogramming, and Regeneration: Metaplasia in the Stomach and Beyond // Gastroenterology. - 2022. - Vol. 162. - № 2. - P. 415–430.
6. Virchow R. Ueber Metaplasie - Vortrag, gehalten auf dem internationalen medicinischen Congress in Kopenhagen. Arch. für Pathol // Anat. und Physiol. und für Klin. Med. - 1884. - Vol. 97. - № 3. - P. 410–30
7. Гриневич В.Б., Успенский Ю.П., Захарченко М.М. Helicobacter pylori в составе целостной симбионтной эндозкоcosистемы человека: проблемы и решения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2004. -№1. - С.31.
8. Лосик Е.А., Серова А.Г., Лапина Т.Л., Ивашкин В.Т. Серологические маркеры атрофии у пациентов с аутоиммунным гастритом. // Российский журнал Гастроэнтерологии,

Гепатологии, Колопроктологии.– Приложение №46 – Материалы XXI Объединенной Российской Гастроэнтерологической Недели. – 2015. - Т.25. - № 5. – С. 25

РОЛЬ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В РЕГУЛЯЦИИ ПРОЦЕССА МЕТАПЛАЗИИ ПРИ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

Ахмедов А.С., Орипов Ф.С., Деев Р.В., Слепов Ю.К.

Резюме. В данной статье оценены процессы атрофии и метаплазии типов: SPEM (спазмолитический полипептид-экспрессирующая метаплазия; MUC6+, TTF2+; псевдопилорическая) и кишечной метаплазии (MUC2+, TTF3+), обнаруженных в желудке. Проанализирована роль Helicobacter pylori, ее патогенность, способствующая метаплазии эпителия слизистой оболочки желудка. Также оценено, что сочетание вирулентности экзогенного фактора и генетической восприимчивости окончательного хозяина приводит к более тяжелому течению хронического воспаления и соответственно к более быстрому озлакоцествлению ткани. Показано значение IL-13 и IL-33, стимулирующих приобретение макрофагами фенотипа M2, а также установлена связь риска развития озлакоцествления желудка с генотипами интерлейкина-1. О современных представлениях молекулярного механизма и иммунном контроле этого процесса уделено отдельное внимание.

Ключевые слова: метаплазия, атрофия, гастрит, эпителий, иммунитет.



Блинова Софья Анатольевна, Юлдашева Нилуфар Бахтияровна, Хусанов Темурбек Бобуржонович Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚУЁНЛАР ЎПКАСИДАГИ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛ ТАНАЧАЛАР ТУЗИЛИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Блинова Софья Анатольевна, Юлдашева Нилуфар Бахтияровна, Хусанов Темурбек Бобуржонович Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

STRUCTURAL FEATURES OF NEUROEPITHELIAL BODIES IN THE LUNGS OF RABBITS

Blinova Sofya Anatolyevna, Yuldasheva Nilufar Bakhtiyarovna, Khusanov Temurbek Boburzhonovich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: sofiya2709@mail.ru

Резюме. 1 кундан 180 кунлик 45 та қуёнлар ўпкасининг нейроэпителиал таначалари морфофункционал асосий хусусиятлари ўрганилди. Ҳайвонлар ўпкаси фиксация ва парафинли зичлаштиришдан кейин гематоксилин-эозин, Ван-Гизон бўйича пикрофуксин билан, Вейгерт бўйича резорцин-фуксин билан бўялди ва Гримелиус ва Массон-Гамперля методи бўйича импрегнация қилинди. Электрон микроскопда текишириш, В.Н.Швалёв ва Н.Н.Жучкова методи бўйича люминесцент-гистохимик текишириш, М.Карновский ва Л.Рутс методи бўйича ацетилхолинэстеразани гистохимиявий текиширишлар ўтказилди. Аниқландики, қуёнларнинг нейроэпителиал таначалари гистохимиявий таркиби кўзга яққол ташланади. Бунга ацетилхолинэстеразасининг ижобий реакцияси, аргентаффин реакциясининг мусбатлиги, флюоресценциянинг интенсификацияси, аргирофиллик даражада юқори эканлиги аниқланди. Қуёнлар ўпкасидаги нейроэпителиал таначаларнинг гистохимик хусусиятлари ҳужайралар электрон доначалар маркази юқори даражадаги электрон зичлиги корреляцион боғлиқлиги мавжуд. Адрено- ва холинергик толалардан ташқари эндокрин тузилмалар нерв толалари билан ўзаро зич боғланиши аниқланди. Бизга маълум бўлишича, қуёнларнинг нейроэпителиал таначалари морфофункционал тузилиши ўпка тўқимасидаги АПУД системасининг турли хил патологик жараёнларни ўрганишга имкон беради.

Калит сўзлар: ўпка, қуёнлар, нейроэпителиал таначалар, АПУД системаси.

Abstract. The morphofunctional features of neuroepithelial bodies in the lungs of 45 rabbits aged from 1 to 180 days were studied. After fixation and embedding in paraffin, the lungs of animals were stained with hematoxylin and eosin, picrofuchsin according to Van Gieson, resorcinol-fuchsin according to Weigert, and impregnated according to the Grimelius and Masson-Gamperl method. A histochemical study of acetylcholinesterase was carried out according to the method of M. Karnovsky and L. Roots, a luminescent histochemical study according to the method of V.N. Shvalev and N.N. Zhuchkova and an electron microscopic study. It has been established that neuroepithelial bodies in rabbits are characterized by distinct histochemical properties. These include a high degree of argyrophilia, intense fluorescence, the presence of an argentaffin reaction, and a positive reaction to acetylcholinesterase. The histochemical properties of lung NETs in rabbits directly correlate with the high electron density of the core of endocrine cell granules. A close interaction between endocrine structures and nerve fibers, including adrenergic and cholinergic fibers, has been discovered. The morphofunctional properties of neuroepithelial bodies in rabbits that we have identified allow us to recommend these animals for studying the APUD system of the lungs when modeling various pathological processes.

Key words: lungs, rabbits, neuroepithelial bodies, APUD system.

В состав АПУД-системы легких помимо апудоцитов входят также нейроэпителиальные тельца (НЭТ). НЭТ представляют собой уникальные образования, которые встречаются только в дыхательной системе. Они представляют иннервированные группы нейроэндокринных клеток. В

настоящее время компоненты АПУД-системы называют нейроэндокринными, так как в них происходит экспрессия генами как нейронных, так и эндокринных клеточных фенотипов [10]. При хронических воспалительных заболеваниях происходит гиперплазия апудоцитов и НЭТ [2, 3,

5, 6]. В последние годы проводятся интенсивные исследования нейроэндокринных клеток АПУД-системы легких при многих физиологических и патологических состояниях органа [4, 7, 11]. Многие исследования посвящены строению НЭТ в возрастном аспекте у людей. Установлено, что клетки НЭТ образуют ниши для стволовых клеток легких. Особенности строения НЭТ у экспериментальных животных известны в меньшей степени. Между тем существуют филогенетические различия строения легких, несомненно, что и регуляторные структуры у них будут различаться.

Цель исследования: выявить морфофункциональные особенности НЭТ в легких у кроликов.

Материал и методы. Гистологическому исследованию подвергнуты легкие у 45 кроликов с 1 по 180 дни после рождения. Животные выведены из опыта под этаминал-натриевым наркозом путем перерезки брюшной части аорты. Исследования проводили в соответствии с биоэтическими правилами работы с лабораторными животными, принятыми в Республике Узбекистан. Фиксация проведена в жидкости Буэна, заливка в парафин выполнена по общепринятой методике. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, резорцин-фуксином по

Вейгерту. Для выявления эндокринных клеток срезы применена аргирофильная реакция Гримелиуса и аргентафинная реакция Массона-Гамперля. Ацетилхолинэстеразу выявляли по методу М.Карновского и Л.Рутс. Флюорогенные моноамины НЭТ определяли люминесцентно-гистохимическим методом с применением глиоксиловой кислоты на замороженных срезах, полученных в криостате (Швалёв В.Н. и Жучкова Н.Н.). Электронномикроскопическое исследование выполнено после фиксации материала в 2,5% растворе глутаральдегида и постфиксации в 1% растворе четырехоксида осмия.

Результаты исследования и их обсуждение. НЭТ в легких определены у кроликов всех возрастов, но чаще в более раннем возрасте. Их образуют клетки треугольной или цилиндрической формы, базальная часть клеток массивная, а апикальная узкая. При окраске гематоксилином и эозином НЭТ отличаются от соседних эпителиоцитов интенсивно окрашенной цитоплазмой клеток (рис.1).

Очень часто НЭТ обнаруживаются на бифуркациях внутрилегочных бронхов, здесь они имеют наибольшие размеры и обращены в стороны обеих ветвей воздухоносных путей.

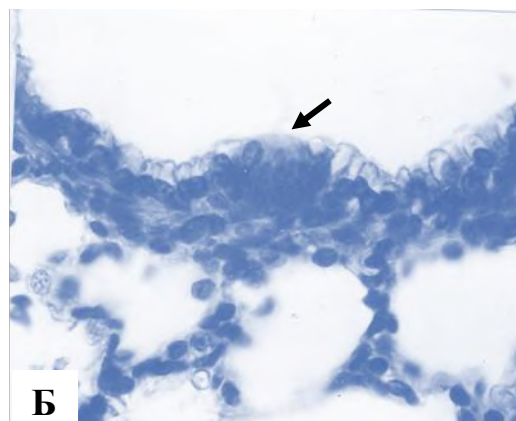


Рис. 1. НЭТ при импрегнации азотнокислым серебром по методу Гримелиуса (А), то же НЭТ на соседнем срезе после окраски гематоксилином и эозином (Б). Об.40, ок.10

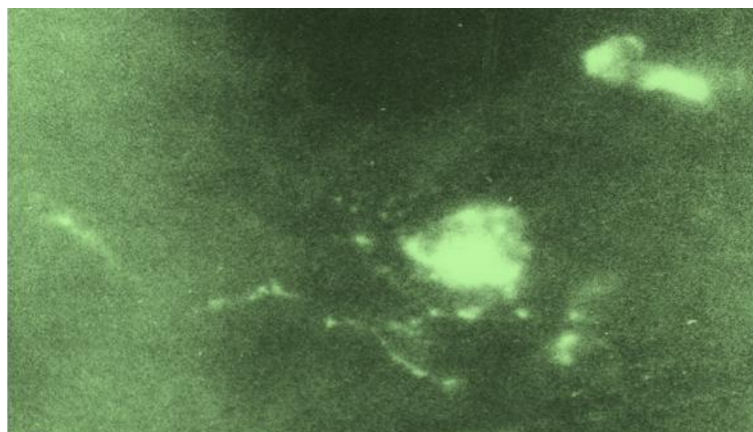


Рис. 2. Проникновение адренергических нервных волокон вглубь НЭТ. Инкубация в 2% растворе глиоксиловой кислоты. Об.40, гомаль 3

В респираторном отделе НЭТ округлой или слегка уплощенной формы и выступают в просвет альвеол.

В некоторых случаях после импрегнации наблюдается проникновение нервных терминалей в НЭТ.

Элементы эндокринного аппарата легких у кроликов обладают слабой или умеренной аргентаффинной реакцией, которая обнаруживается преимущественно в базальных частях крупных НЭТ.

Апудоциты и НЭТ легких у кроликов содержат высокий уровень моноаминов, благодаря чему они светятся желтым цветом после инкубации в растворе глиоксиловой кислоты. Микрофлюориметрический анализ показал наличие серотонина и катехоламинов в эндокринном аппарате легких кроликов. Около оснований апудоцитов и НЭТ обнаруживаются терминалы адренергических нервных волокон с характерным изумрудно-зеленым свечением. Адренергические нервные волокна в легких кроликов могут проходить транзитом или образовывать разветвленные терминалы вблизи эндокринных структур. Часто наблюдаются тесные взаимоотношения между нервными волокнами и НЭТ (рис. 2).

В некоторых случаях в апудоцитах и НЭТ наблюдаются процессы дегрануляции, при этом в непосредственной близости от них располагаются гранулы такого же цвета и интенсивности свечения, которое характерно для флюоресцирующего материала в цитоплазме. Дегрануляция обычно происходит через базальную поверхность клеток. В НЭТ явление дегрануляции проявляется интенсивнее, чем в апудоцитах. Благодаря способности эндокринных структур к дегрануляции между ними и нервами может легко устанавливаться функциональная связь.

Импрегнация срезов, предварительно инкубированных в глиоксиловой кислоте, по методу Гримелиуса, показала, что все люминесцирующие структуры являются аргирофильными. При сопоставлении результатов обеих методик наблюдается точное их совпадение. В то же время в некоторых случаях в непосредственной близости от НЭТ выявляются нервные терминалы и без флюорогенных свойств.

К другим особенностям эндокринного аппарата легких кроликов относится то, что апудоциты и НЭТ дают положительную реакцию на ацетилхолинэстеразу, также как подходящие к ним холинергические нервные волокна. В ультраструктурном отношении в составе НЭТ определяются темные и светлые клетки. Цилиндрические клетки НЭТ достигают просвета бронха, на апикальной поверхности имеются микроворсинки. В цитоплазме находятся круглые митохондрии и короткие цистерны эндоплазматической

сети. Многочисленные эндокринные гранулы располагаются преимущественно в базальной части цитоплазмы. Форма гранул овальная. Центральная часть гранул имеет высокую электронную плотность, она окружена узким светлым ободком и мембраной.

Современные методы клеточной и молекулярной биологии выявили сложную функциональную роль НЭТ. На ранних стадиях развития легких они необходимы для роста и дифференцировки легкого плода. Во время родов выполняют хеморецепторную функцию в бронхах, участвуя в неонатальной адаптации. Богатая афферентная и эфферентная иннервация НЭТ обеспечивает согласованную деятельность легких и дыхательной мускулатуры. Постнатально клетки НЭТ являются поставщиками ниши стволовых клеток легких, что важно для регенерации эпителия дыхательных путей и канцерогенеза легких. Не исключена роль НЭТ в патогенезе заболеваний легких у детей, которая включает врожденные легочные нарушения, бронхолегочную дисплазию, нарушения респираторного контроля, нейроэндокринную гиперплазию детского возраста, муковисцидоз, бронхиальную астму и легочную гипертензию [8, 9]. Выявленные нами морфофункциональные свойства НЭТ у кроликов позволяют рекомендовать этих животных при моделировании патологических процессов, связанных с нейроэндокринными нарушениями.

Выводы. 1. НЭТ у кроликов характеризуются отчетливо выраженными гистохимическими свойствами. К ним относится высокая степень аргирофилии, интенсивная флюоресценция НЭТ, наличие аргентаффинной реакции, положительная реакция на ацетилхолинэстеразу.

2. Отчетливо выраженные гистохимические свойства НЭТ легких у кроликов прямо коррелируют с высокой электронной плотностью сердцевины эндокринных гранул клеток.

3. Обнаружено тесное взаимодействие эндокринных структур с нервными волокнами, в том числе с адрен- и холинергическими.

Литература:

1. Блинова С.А., Хамидова Ф.М. Эндокринные структуры легких в онтогенезе у детей с пневмонией // Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований. 2020; 2:47-49.
2. Хамидова Ф.М., Блинова С.А., Исмоилов Ж.М. Динамика изменений иммунных и эндокринных структур легких при экспериментальной пневмонии // Журнал биомедицины и практики. 2020; SI-2:717-721.
3. Adriaansen D., Brouns I., Van Genechten J., Timmermans, J.P. Functional morphology of pulmonary neuroepithelial bodies: extremely complex air-

way receptors // Anat Rec A Discov Mol Cell Evol Biol. 2003;270 (1):25-40.

4. Barrios J., Kho A.T., Aven L. et al. Pulmonary Neuroendocrine Cells Secrete γ -Aminobutyric Acid to Induce Goblet Cell Hyperplasia in Primate Models // Am J Respir Cell Mol Biol. 2019;60(6):687-694.
5. Blinova S. A., Khamidova F.M., Ismailov J.M. The state of the immune and regulatory structures of the bronchial mucosa in pulmonary pathology in children // Reviewed Journal. EPRA International Journal of Socio-Economic and Environmental Outlook (SEEO).2020;7(2):21-23.
6. Blinova S.A., Khamidova F.M., Urakov K.N. Endocrine structures of the lungs in ontogenesis and in children with pneumonia // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. 2020; 2(9):19-22.
7. Branchfield, K., Nantie, L., Verheyden, J.M. et al. Pulmonary neuroendocrine cells function as airway sensors to control lung immune response // Science. 2016; 351(6274):P. 707-10.
8. Cutz E. Hyperplasia of pulmonary neuroendocrine cells in infancy and childhood // Semin Diagn Pathol. 2015;32(6):420-37.
9. Cutz E., Perrin D.G., Pan J. et al. Pulmonary neuroendocrine cells and neuroepithelial bodies in sudden infant death syndrome: potential markers of airway chemoreceptor dysfunction // Pediatr Dev Pathol. 2007;10(2):P.106-16.
10. Pan J., Park T.J., Cutz E., Yeger H. Immunohistochemical characterization of the chemosensory pulmonary neuroepithelial bodies in the naked mole rat reveals a unique adaptive phenotype. PLoS One. 2014;9(11):e112623.
11. Sui P., Wiesner D.L., Xu J. et al. Pulmonary neu-

roendocrine cells amplify allergic asthma responses // Science.2018;8:360(6393)

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ТЕЛЕЦ В ЛЕГКИХ У КРОЛИКОВ

Блинова С.А., Юлдашева Н.Б., Хусанов Т.Б.

Резюме. Изучены морфофункциональные особенности нейроэпителиальных телец в легких у 45 кроликов в возрасте от 1 до 180 дней. Легкие животных после фиксации и заливки в парафин окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, резорцин-фуксином по Вейгерту, импрегнировали по методу Гримелиуса и Массона-Гамперля. Проводили гистохимическое исследование ацетилхолинэстеразы по методу М.Карновского и Л.Рутс, люминесцентно-гистохимическое исследование по методу В.Н.Швалёва и Н.Н.Жучковой и электронномикроскопическое исследование. Установлено, что нейроэпителиальные тельца у кроликов характеризуются отчетливо выраженными гистохимическими свойствами. К ним относится высокая степень аргирофилии, интенсивная флюоресценция, наличие аргентаффинной реакции, положительная реакция на ацетилхолинэстеразу. Гистохимические свойства НЭТ легких у кроликов прямо коррелируют с высокой электронной плотностью сердцевинки эндокринных гранул клеток. Обнаружено тесное взаимодействие эндокринных структур с нервными волокнами, в том числе с адрен- и холинергическими. Выявленные нами морфофункциональные свойства нейроэпителиальных телец у кроликов позволяют рекомендовать этих животных для изучения АПУД-системы легких при моделировании различных патологических процессов.

Ключевые слова: легкие, кролики, нейроэпителиальные тельца, АПУД-система.

УДК: 612.357.3-611.367

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ И АМПУЛЫ ФАТЕРОВА СОСОЧКА ПОСЛЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ



Блинова Софья Анатольевна, Орипов Фирдавс Суръатович, Рахмонов Зафар Мамадиевич,
Рахмонова Хабиба Нуруллаевна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН СЎНГ ЖИГАР ВА ФАТЕР СЎРҒИЧИ АМПУЛАСИДА МОРФОФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР

Блинова Софья Анатольевна, Орипов Фирдавс Суръатович, Рахмонов Зафаржон Мамадиевич,
Рахмонова Хабиба Нуруллаевна
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

MORPHOFUNCTIONAL CHANGES IN THE LIVER AND AMPULA OF VATER'S PAPILLA AFTER EXPERIMENTAL CHOLECYSTECTOMY

Blinova Sofya Anatolyevna, Oripov Firdavs Suratovich, Rakhmonov Zafar Mamadievich,
Rakhmonova Habiba Nurullaevna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: sofiya2709@mail.ru

Резюме. Холецистэктомиядан сўнг жигар тузилмалари ва Фатер сўргичи ампуласининг ҳолатини аниқлаш учун 6 нафар қуёнда тажриба ўтказилди. Экспериментал холецистэктомиядан сўнг назоратда бўлган қуёнлар билан солиштирилганда жигарда ва Фатер сўргичи ампуласида гистологик ўзгаришлар кузатилади. Жигар гепатоцитларида дистрофик жараёнлар, гепатоцитлар ораллигидаги ўт каналчаларининг кенгайиши қайд этилади. Бўлаклараро ўт йўллари шиллиқ қаватининг эпителийси дистрофик ўзгарган хужайралардан иборат бўлиб, шу ўринда перидуктал иши ҳам кузатилади. Гемодинамик ўзгаришлар, лимфостаз аниқланади. Фатер сўргичи ампуласида морфологик жиҳатдан мушак пардасининг спазми кузатилади, шиллиқ қаватнинг бурмалари ҳам текислашади. Фатер сўргичи ампуласи тузилишининг қайд этилган хусусиятлари холецистэктомиядан кейинги ҳолатда унинг сфинктер-клапан аппарати қайта шаклланганлигини кўрсатади. Жигар ва Фатер сўргичи ампуласида аниқланган ўзгаришлар постхолецистэктомия синдромининг кўплаб белгиларига асос бўлиши мумкин.

Калит сўзлар: холецистэктомия, постхолецистэктомия синдроми, жигар, Фатер сўргичи ампуласи.

Abstract. In order to identify the state of the liver structures and ampulla of Vater's papilla after cholecystectomy, the experiment was performed in 6 rabbits. Compared with the control, after experimental cholecystectomy, histological changes are observed in the liver and in the ampulla of the papilla of Vater. In the liver, dystrophic processes in hepatocytes and expansion of intralobular bile canaliculi are observed. In the interlobular bile ducts, the epithelium of their mucous membrane consists of dystrophically changed cells, and periductal edema is also observed. Hemodynamic disturbances and lymphostasis are detected. In the ampulla of Vater's papilla, a spasm of the muscular membrane is morphologically recognized, and smoothing of the folds of the mucous membrane also occurs. The noted structural features of the ampulla of the papilla of Vater indicate a restructuring of its sphincter-valve apparatus in conditions after cholecystectomy. The identified changes in the liver and ampulla of Vater's papilla may cause many signs of postcholecystectomy syndrome.

Key words: cholecystectomy, postcholecystectomy syndrome, liver, ampulla of Vater's papilla.

Профилактика и лечение заболеваний печени и желчевыводящих путей до настоящего времени остаются актуальной проблемой современной медицины. Наблюдается возрастание частоты желчнокаменной болезни и связанное с этим увеличение количества оперативных вмешательств в

этой зоне. Холецистэктомия, по данным некоторых авторов, занимает второе место после аппендэктомии. Несмотря на применение новых технологий лечения, процент осложнений ее в виде постхолецистэктомического синдрома значительно высок. После холецистэктомии 48% больных

предъявляют жалобы на боль и диспепсию. Постхолецистэктомический синдром рассматривается как дисфункция сфинктера Одди, он установлен у 15,2% больных [4, 8, 9]. Многие авторы считают, что одним из проявлений постхолецистэктомического синдрома является дисфункция сфинктера Одди [2, 10]. Наряду с этим после холецистэктомии у больных выявляется нарушение желчеобразования и желчевыделения [5, 11], что свидетельствует о патологии печени. Отмеченные клиницистами симптомы нашли свое морфологическое обоснование при исследовании нами печени и ампулы фатерова сосочка после экспериментальной холецистэктомии.

Цель исследования: выявить изменения структур печени и ампулы фатерова сосочка после экспериментальной холецистэктомии.

Материал и методы. Холецистэктомия выполнена у 6 кроликов. Наркоз вызван путем внутривенного введения 5% раствора этилкетона натрия. Разрез проводили по белой линии живота. Пузырный проток разрезан между двумя лигатурами, наложенными на него. После удаления желчного пузыря к культю пузырного протока привязывали сальник. Рана ушита послойно. Послеоперационный период у всех животных протекал гладко. Забой проводили под этилкетон-натриевым наркозом через 14-21 день после операции. Контролем служили 3 кролика, подвергнутые «ложной операции», которым проводили все этапы операции, кроме удаления желчного пузыря, а также 3 интактных животных. Гистологическая обработка материала и заливка фиксированного материала в парафин проведена по общепринятой схеме. Применена окраска гематоксилином и эозином, по методам Ван Гизона, Маллори, импрегнация азотнокислым серебром по методу Гримелиуса.

Результаты и обсуждение. Через 14-21 суток после операции у кроликов после холецистэк-

томии макроскопически отмечается расширение общего желчного и печеночных протоков. На гистологических препаратах печени обнаружены изменения структур портального тракта: междольковых сосудов и желчных протоков: определяется полнокровие междольковой вены, стаз крови в ней. В междольковой артерии происходит нарушение правильной ориентации эндотелиоцитов, некоторые из них приобретают наклонное направление. Кроме того, определяется периваскулярный и перидуктальный отек, расширение лимфатических капилляров и лимфостаз. Отсутствие клеток воспаления свидетельствует о том, что отек вокруг структур портального тракта вызван именно нарушением гемодинамики, вследствие повреждения сосудов в нем (рис. 1).

Отмечается нарушение структуры эпителиоцитов протоков, их ядра пикноморфны, цитоплазма вакуолизирована, что является признаком гидропической дистрофии (рис. 2).

После холецистэктомии также определяются выраженные изменения структуры гепатоцитов. Те из них, которые расположены на периферии классической печеночной дольки могут быть увеличены в размерах, чрезмерно вакуолизированы, и даже разрушены. В некоторых случаях дистрофические изменения гепатоцитов захватывают большую часть печеночных долек. По-видимому, выявленные изменения гепатоцитов могут быть вызваны застоем желчи во внутривенных желчных капиллярах, что приводит к уменьшению размеров гепатоцитов и, следовательно, к истончению печеночных балок. Наличие таких балок на периферии печеночных долек не типично для нормы. О реконструкции печеночных балок данной локализации свидетельствует также появление большого числа звездчатых макрофагов (клеток Купфера) в составе эндотелия внутривенных кровеносных капилляров.

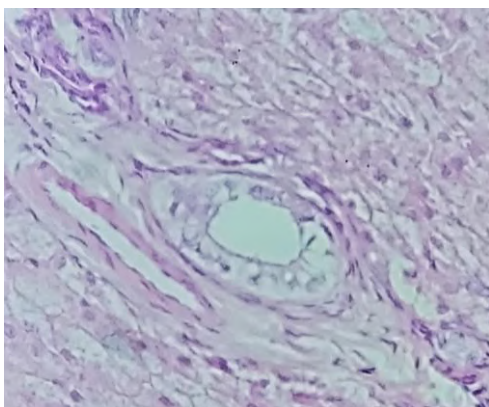


Рис. 1. Перидуктальный и периваскулярный отек в портальном тракте, лимфостаз. Окраска гематоксилином и эозином. Об.40, ок.10

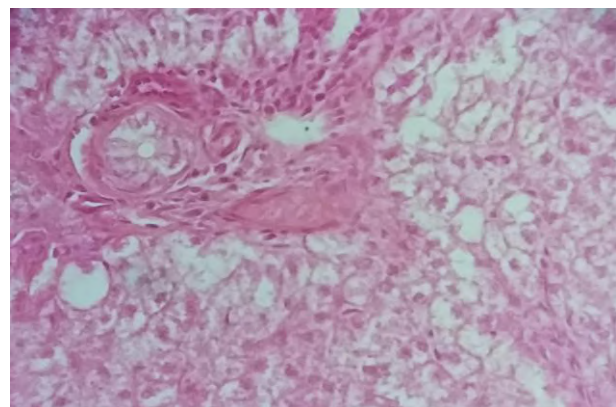


Рис. 2. Дистрофические изменения эпителиоцитов протока и гепатоцитов. Окраска гематоксилином и эозином. Об.40, ок.10

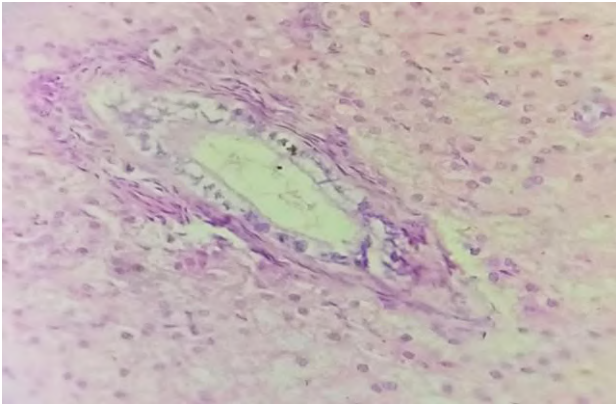


Рис. 3. Дистрофические изменения слизистой оболочки и утолщение мышечной оболочки крупного внутрипеченочного протока. Окраска гематоксилином и эозином. Об.40, ок.10

Дистрофические изменения эпителиоцитов наблюдаются в стенках всех внутрипеченочных протоков, как малого, так среднего диаметра и крупных. В крупных внутрипеченочных протоках помимо изменения эпителия слизистой оболочки наблюдается утолщение мышечной оболочки (рис. 3).

В печени животных после холецистэктомии наблюдается расширение внутридольковых желчных канальцев, расположенных между гепатоцитами. В норме они на препаратах не определяются.

Исследование ампулы фатерова сосочка показало, что ее мышечная оболочка спазмирована. Мышечные клетки приобретают волнистый ход, утолщены и находятся на некотором расстоянии друг от друга. Слизистая оболочка ампулы имеет легкую складчатость, однако внутреннее пространство расширено за счет уменьшения размера складок. Складки теряют свое разветвленное состояние, короткие, общий рельеф внутренней поверхности ампулы оказывается сглаженным (рис.4).

Проведенное исследование показало, что после экспериментальной холецистэктомии наблюдаются дистрофические изменения гепатоцитов, расширение внутридольковых желчных канальцев и междольковых желчных протоков. Некоторые клиницисты считают, что проявления постхолецистэктомического синдрома в значительной степени обусловлены теми изменениями в области терминального отдела общего желчного потока, которые не были диагностированы во время выполнения операции, а также наличием сопутствующих заболеваний органов желудочно-кишечного тракта [3]. Однако наши экспериментальные данные указывают на то, что удаление желчного пузыря приводит к выраженным изменениям морфофункционального состояния как печени, так и желчевыводящих путей, изменениям

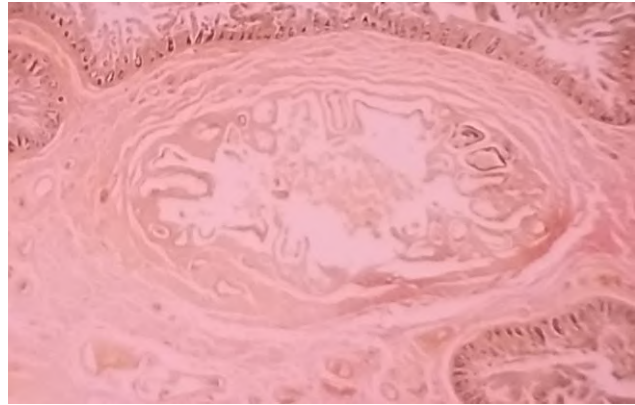


Рис. 4. Спазм мышечной оболочки, расширенная полость ампулы фатерова сосочка, сглаженный рельеф ее слизистой оболочки. Импрегнация по Гримелиусу. Об.4, ок.10

моторики сфинктерного аппарата ампулы фатерова сосочка, а также к гемодинамическим нарушениям в системе портального тракта. Отмеченные явления сохраняются длительное время после холецистэктомии. Установлено, что даже спустя 10 и более лет после исчезновения резервуарно-накопительной функции желчного пузыря нарастает дисфункция сфинктера Одди, коррелируя с развитием патологии желудочно-кишечного тракта в отдаленном периоде [7]. Эти данные клиницистов подтверждаются результатами наших исследований. В настоящее время прогресс в лечении постхолецистэктомического синдрома будет достигнут путем улучшения моторно-эвакуаторных функций билиарного тракта после холецистэктомии у пациентов с желчнокаменной болезнью [6, 12]. Успешное лечение больных с постхолецистэктомическим синдромом с различными клиническими проявлениями в немалой степени зависит от правильного понимания клиницистами вопросов морфофункциональных процессов желчеобразования и желчевыделения в условиях отсутствия желчного пузыря [1].

Таким образом, после экспериментальной холецистэктомии наблюдаются изменения как со стороны печени, так и ампулы фатерова сосочка. В печени отмечаются дистрофические изменения гепатоцитов, расширение внутридольковых желчных канальцев. Выраженные изменения претерпевают междольковые желчные протоки, эпителий их слизистой оболочки состоит из дистрофически измененных клеток, также наблюдается перидуктальный отек. Наблюдаются гемодинамические нарушения, лимфостаз. В ампуле фатерова сосочка наблюдается морфология спазма мышечной оболочки, происходит также перестройка складок слизистой оболочки. Отмеченные особенности строения ампулы фатерова сосочка свидетельствуют о перестройке ее сфинктерно-

клапанного аппарата. Выявленные изменения могут обуславливать многие признаки постхолецистэктомического синдрома.

Литература:

1. Быстровская Е.В. Постхолецистэктомический синдром: патогенетические и терапевтические аспекты проблемы // Медицинский совет. - 2012. - №2. - С. 83-87.
2. Винник Ю.С., Чикишева И.В., Давыдов В.В. и др. Особенности постхолецистэктомического синдрома при разных вариантах холецистэктомии и возможные пути коррекции // Сибирский медицинский журнал. – 2004. – С.24 – 26.
3. Ковалев А.И., Соколов А.А., Аккуратова А.Ю. Постхолецистэктомический синдром: причины и тактика хирургического лечения // Новости хирургии. - 2011.-Т. 19, №1. С. 16-21.
4. Минушкин О.Н., Гусева Л.В., Бурдина Е.Г. и др. Больные после удаления желчного пузыря всегда ли это постхолецистэктомический синдром? // Медицинский совет. 2016. - №14, - С.122-128.
5. Митушева Э.И., Сайфутдинов Р.Г., Шаймарданов Р.Ш., Бадретдинова А.Р. Изменения в органах гепатопанкреатобилиарной системы и качество жизни пациентов после холецистэктомии // Казанский медицинский журнал, 2015. - Т. 96, №3.- С.348-353.
6. Самсонов А.А., Плотникова Е.Ю., Рубан А.П., Багмет А.Д., Ульяновская Е.В. Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, что дальше? // Медицинский совет. 2014. - №4. - С. 50-54.
7. Ступин В.А., Хоконов А.М., Басарболиева Ж.В., Хоконов М.А. Влияние холецистэктомии на функцию сфинктера Одди // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). - 2015.- №9(53). - С. 91-110.
8. Циммерман Я.С. Постхолецистэктомический синдром, его сущность, клинические проявления, диагностика и лечение // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017. - Вып.144, № 8.- С. 4-11.
9. Carraro A., Mazloun D.E., Bihl F. Health-related quality of life outcomes after cholecystectomy. World J Gastroenterol. 2011 Dec 7;17(45):4945-51.

10. Mahfouz M.E.M., Altowairqi A.D.M., Alghamdi H.Y. et al. Prevalence and Factors Associated With Post-Cholecystectomy Syndrome in Saudi Arabia. Cureus. 2022 Dec 22;14(12): e32827.

11. Oripov F., Blinova S., Dekhkanov T., Davlatov S. Development Of Immune Structures Of The Leaning Intestine Of Rabbits In Early Postnatal Ontogenesis. International Journal of Pharmaceutical Research | Jan - Mar 2021 | Vol 13 | Issue 1. P. 299-301.

12. Rice C.P., Vaishnavi K.B., Chao C., et al. Operative complications and economic outcomes of cholecystectomy for acute cholecystitis. World J Gastroenterol. 2019 Dec 28;25(48):6916-6927.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ И АМПУЛЫ ФАТЕРОВА СОСОЧКА ПОСЛЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Блинова С.А., Оripов Ф.С., Рахмонов З.М.,
Рахмонова Х.Н.*

Резюме. С целью выявить состояние структур печени и ампулы фатерова сосочка после холецистэктомии эксперимент выполнен у 6 кроликов. По сравнению с контролем после экспериментальной холецистэктомии наблюдаются гистологические изменения в печени и в ампуле фатерова сосочка. В печени отмечаются дистрофические процессы в гепатоцитах, расширение внутридольковых желчных канальцев. В междольковых желчных протоках эпителий их слизистой оболочки состоит из дистрофически измененных клеток, также наблюдается перидуктальный отек. Обнаруживаются гемодинамические нарушения, лимфостаз. В ампуле фатерова сосочка морфологически распознаётся спазм мышечной оболочки, происходит также сглаживание складок слизистой оболочки. Отмеченные особенности строения ампулы фатерова сосочка свидетельствуют о перестройке ее сфинктерно-клапанного аппарата в условиях после холецистэктомии. Выявленные изменения в печени и ампуле фатерова сосочка могут обуславливать многие признаки постхолецистэктомического синдрома.

Ключевые слова: холецистэктомия, постхолецистэктомический синдром, печень, ампула фатерова сосочка.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ КАЛЬКУЛЁЗ ХОЛЕЦИСТИТ ШАРОИТИДА ИТ ЖИГАРИ ПАРЕНХИМАСИ ЎТ ПУФАГИ ЁН ҚИСМИНИНГ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ



Бобоев Аскар Ибодуллаевич², Орипов Фирдавс Суръатович¹

1 – Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

2 – Абу Али ибн Сино номидаги Сиёб жамоат саломатлиги техникуми, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОКОЛОПУЗЫРНОЙ ЧАСТИ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ СОБАКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Бобоев Аскар Ибодуллаевич², Орипов Фирдавс Суръатович¹

1 – Сиабский техникум общественного здоровья имени Абу Али ибн Сино, Республика Узбекистан, г. Самарқанд;

2 – Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд.

MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE PARENCHYMAL PART OF THE LIVER PARENCHYMA OF A DOG WITH EXPERIMENTAL CALCULOUS CHOLECYSTITIS

Boboev Askar Ibodullaevich², Oripov Firdavs Suratovich¹

1 – Siyab College of Public Health named after Abu Ali ibn Sino, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 – Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand.

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ҳозирги замон ривожланиб бораётган тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири бу жигар ва ўт чиқарув йўллари тизими аъзоларининг касалликлари ҳисобланади. Гепатобилиар тизим аъзолари турли патологик ҳолатларининг аҳоли ўртасида ёшариб бораётганлиги, ҳамда бундай патологик жараёнлар натижасида жигардаги патоморфологик ўзгаришларни ўрганиш кўплаб тадқиқотчиларнинг эътиборини тортади. Тажриба ҳайвонларида тажриба йўли билан калькулёз холецистит модели чақирилиб, жигар тўқимасининг ўт пуфаги девори ёни қисмининг морфологик ва морфометрик ўзгаришлари ўрганилди. Тажриба гуруҳи ҳайвонлар жигарининг ўт пуфагига бириккан соҳасида гепатоцитларда дистрофик ўзгаришлар ва морфометрик кўрсаткичларининг назорат гуруҳига нисбатан сезиларли ва ишонarli фарқлари аниқланди. Бу ҳолат ўт халтаси девори ён соҳаси жигар паренхимаси хужайраларида экспериментал калькулёз холециститга жавобан кузатиладиган реакция деб ҳисоблаш мумкин.

Калим сузлар: морфология, гепатоцитлар, жигар, тажриба ҳайвонлари, калькулёз холецистит.

Abstract. Currently, one of the urgent problems of modern medicine is diseases of the biliary system and liver. The rejuvenation of various pathological conditions of the organs of the hepatobiliary system among people, and the observed pathomorphological changes in the liver, are of interest among scientific researchers. We have studied the morphological and morphometric changes in the perivesical part of the liver tissue in experimental animals when modeling calculous cholecystitis. Significant changes in morphometric data on dystrophic changes in the morphology of the liver were found in animals of the experimental group. This condition can be taken as a reaction of the perivesical parenchyma of the liver to experimental calculous cholecystitis.

Key words: morphology, hepatocytes, liver, Laboratory animals, calculous cholecystitis.

Долзарблиги. Аҳоли орасида гепатобилиар тизим аъзолари турли патологик ҳолатларининг ортиб бораётганлиги, ҳамда бундай патологик жараёнлар натижасида жигардаги патоморфологик ўзгаришларни ўрганиш кўплаб олимларнинг эътиборини тортади. Бир гуруҳ олимлар (10) лаборатория ҳайвонларига “Мет”

препарати ёрдамида гипергомоцистеинемия ва ёруғлик десинхроноз (6) моделларини чақириб жигар морфологиясини, сурункали тошсиз холециститда жигарнинг функционал ҳолати ва моддалар алмашинувининг бузилишини (7), бошқа бир гуруҳ олимлар экспериментал дислипидемияда жигар тўқимасидаги морфологик

ўзгаришларни (4), ўпка стволи стенозида жигарда қон айланиши декомпенсациясининг морфологиясини (8), овқатланиш тарзи турлича бўлган ҳайвонлар жигарининг морфологияси ва айрим морфометрик кўрсаткичларини (1) ва стресс ҳолатида жигарининг морфологиясини (3) ўрганганлар.

Материал ва тадқиқот усуллари.

Материал сифатида итларнинг жигари ўт пуфаги девори ён қисми олинди. Ҳайвонлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди. Биринчи гуруҳни назорат гуруҳи ва иккинчи гуруҳни тажриба гуруҳи ҳайвонлари ташкил қилиб, уларда экспериментал калькулёз холецистит модели чақирилди. Назорат гуруҳи ҳайвонларида наркоз остида жарроҳлик йўли билан қорин бўшлиғи очилиб яна қайтадан тикиб қўйилди. Назорат ва тажриба гуруҳи ҳайвонлари виварийнинг бир хил шароитида боқилди. Жарроҳлик операциясидан 30-кун ўтказ нархоз остида жонсизлантириб, ҳайвонлар қон томирини кесиб (қорин аортасини) қон чиқариш йўли билан эвтаназия қилинди. Ўлдирилган ҳайвонлардан олинган жигар материали 12% формалинда фиксация қилиниб гистопрепаратлар тайёрлаш учун парафинларга қуйилди. Микротом ёрдамида 10-12 мкм қалинликдаги кесмалар олинди.

Тадқиқот натижалари. Итларнинг жигари ҳам бошқа сүтэмизувчилар жигари сингари олти қиррали бўлакчалардан ташкил топган. Булакчалар гепатоцитлардан иборат жигар пластинкалари ва булакчалар ичи қон томирлари, ҳамда ўт йўлларида иборат. Гепатоцитлар икки қатор бўлиб бир-бири билан десмасоммалар ёрдамида бирикиб тўсинлар яъни жигар пластинкаларини ҳосил қилади. Тадқиқотларимиз натижасида олинган назорат ва тажриба гуруҳи ҳайвонлари жигар гепатоцитларининг ядро-цитоплазматик кўрсаткичларининг морфометрик маълумотлари, морфологик ўзгаришлари уларнинг бир-биридан сезиларли ва ишонарли

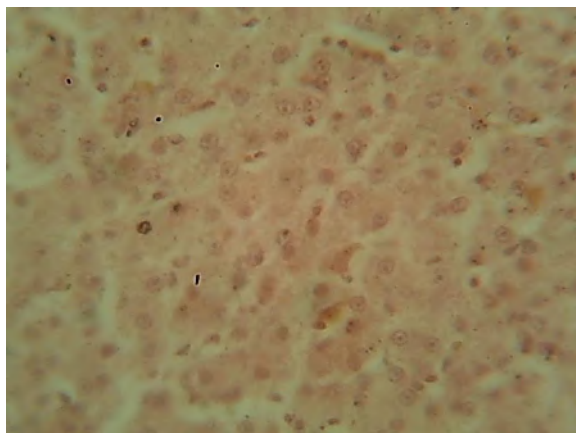
фарқи мавжудлигини кўрсатиб берди. Итлар жигарининг ўт пуфагига бириккан соҳаси паренхимасидаги гепатоцитлар морфометрик текширишдан ўтказилганда назорат гуруҳи ҳайвонлари гепатоцитлари ядросининг ўртача ҳажми $5,19 \pm 0,15$ (нисбий кўрсаткичда) ни ташкил қилган бўлса, тажриба гуруҳи ҳайвонларида бу кўрсаткич $4,24 \pm 0,09$ га тенг бўлди. Цитоплазмасининг умумий ўртача ҳажми назорат гуруҳида $20,25 \pm 0,41$ га тенг бўлиб, тажриба гуруҳи ҳайвонларида бу кўрсаткич $35,94 \pm 0,68$ ни ташкил қилди. Ядро ҳажмининг цитоплазма ҳажмига нисбати назорат гуруҳида $0,26 \pm 0,01$ ни тажриба гуруҳида эса бу кўрсаткич $0,12 \pm 0,00$ га тенг бўлиб, назорат гуруҳидаги ҳайвонларининг шундай кўрсаткичидан тахминан 2,1 баравар кичик эканлиги аниқланди (расм 1).

Назорат гуруҳи ҳайвонлари жигари гепатоцитларининг цитоплазмаси тўқроқ ранга бўялган, донаторлик яхши ривожланган бўлиб, тажриба гуруҳи ҳайвонлари жигари гепатоцитларида цитоплазмаси вакуолашган ва оч рангда эканлиги кузатилади. Бу уларда бошланган дистрофик ўзгаришлар тўғрисида далолат беради (расм 2).

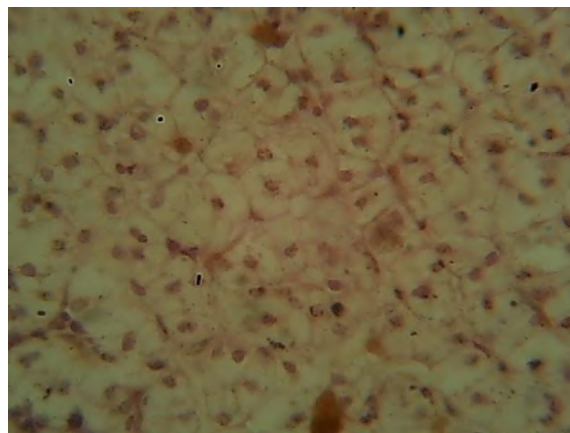
Жигарда гепатоцитларнинг икки ядроллари кўп учрайди. Икки ядролли гепатоцитларнинг бир яроиларга нисбати, яъни миқдори жигар паренхимасининг функционал фаоллигини белгиловчи ҳолат ҳисобланади. Назорат ва тажриба гуруҳи итлари жигар паренхимасида икки ядролли гепатоцитлар улуши текшириб кўрилганда, назорат гуруҳидаги итларда икки ядролли гепатоцитлар улуши тахминан 19% ни ташкил қилган бўлса, тажриба гуруҳидаги ҳайвонларда бу кўрсаткич анча пасайган бўлиб тахминан 6,5%ни ташкил қилди. Тадқиқотимиз жараёнида бир ва икки ядролли гепатоцитларнинг ядро-цитоплазматик нисбатини аниқладик.



Расм 1. Итлар жигари гепатоцитларининг ядро-цитоплазматик нисбати кўрсаткичлари

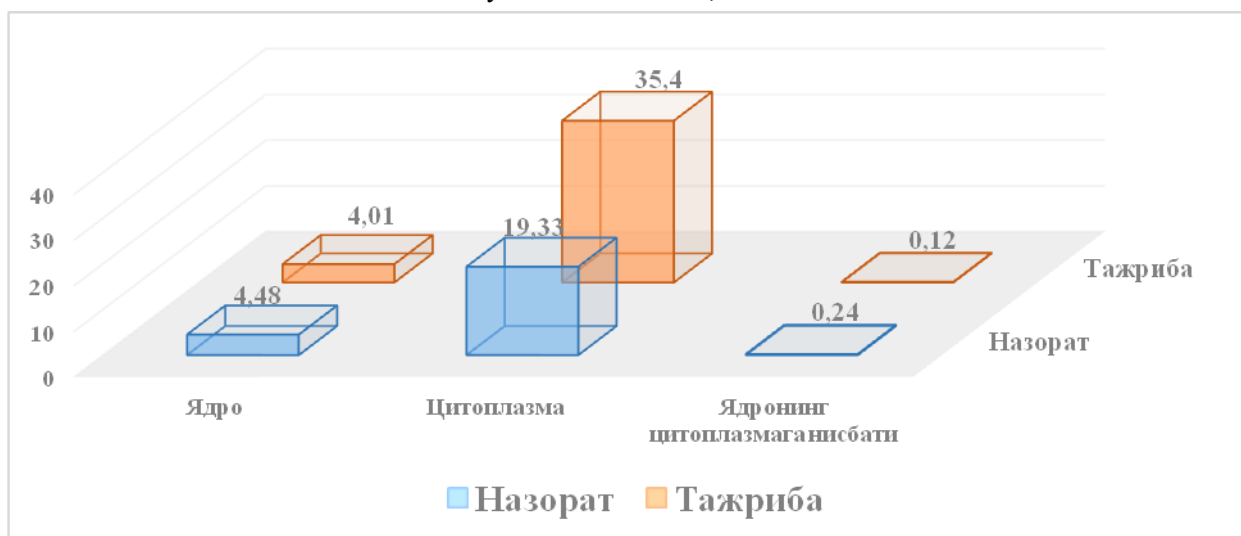


А

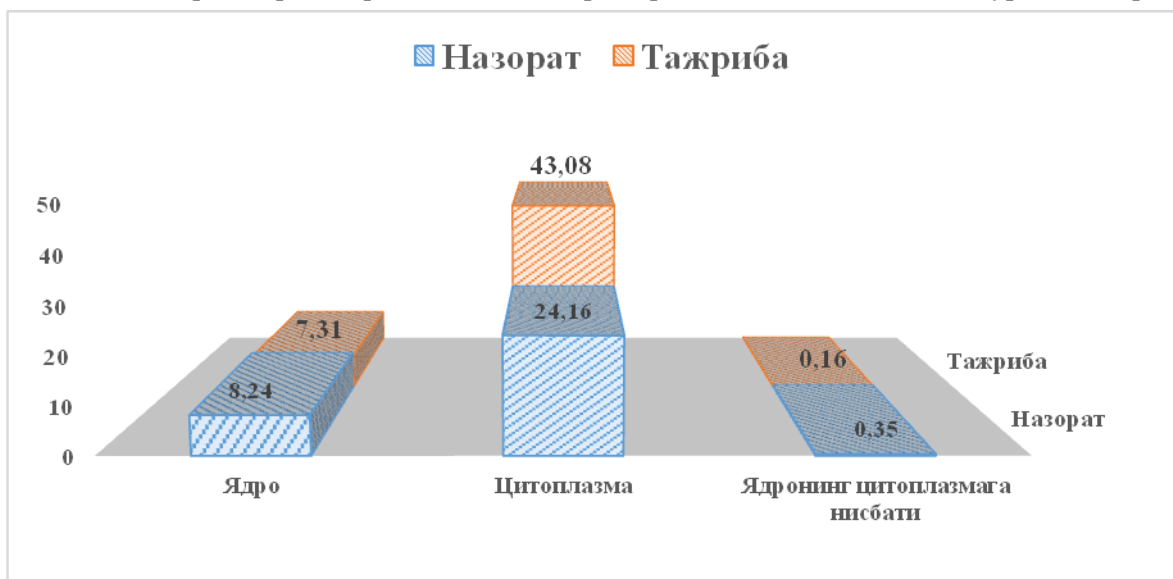


Б

Расм 2. Ит жигари гепатоцитлари тузилиши. А назорат гуруҳи. Б тажриба гуруҳи.
Бўялиши Г-Э. Ок.7, об.40



Расм 3. Итлар жигари 1 ядролу гепатоцитлари ядро-цитоплазматик нисбат кўрсаткичлари



Расм 4. Итлар жигари 2 ядролу гепатоцитлари ядро-цитоплазматик нисбат кўрсаткичлари

Бир ядролу гепатоцитларнинг ядросининг умумий ўртача ҳажми назорат гуруҳидаги итларда $4,48 \pm 0,09$ ни ташкил қилган бўлса, тажриба гуруҳи ҳайвонларида $4,01 \pm 0,07$ га тенг бўлди.

Уларда цитоплазмасининг умумий ўртача ҳажми назорат гуруҳида $19,33 \pm 0,36$ ни ташкил

қилиб, тажриба гуруҳи ҳайвонларида $35,40 \pm 0,68$ га тенг бўлди. Ядронинг цитоплазмага нисбати назорат гуруҳида ўртача $0,24 \pm 0,01$ ни, тажриба гуруҳида эса $0,12 \pm 0,00$ ни ташкил қилди.

Ушбу кўрсаткич назорат гуруҳи ҳайвонларида, тажриба гуруҳи ҳайвонларига

нисбатан ишонарли юкори (2 баравар) бўлиб функционал фаоллигини билдиради. (расм 3).

Икки ядроли гепатоцитлар ядросининг умумий ўртача ҳажми назорат гуруҳидаги итларда $8,24 \pm 0,39$ ни ташкил қилган бўлса, тажриба гуруҳи ҳайвонларида $7,31 \pm 0,40$ ниташкил қилди. Уларнинг цитоплазмасини умумий ўртача ҳажми назорат гуруҳида $24,16 \pm 1,35$ га тенг бўлиб, тажриба гуруҳи ҳайвонларида $43,08 \pm 3,31$ ни ташкил қилди. Икки ядроли гепатоцитларда ядронинг цитоплазмага нисбати назорат гуруҳида $0,35 \pm 0,02$ ни, тажриба гуруҳида эса $0,16 \pm 0,02$ ни ташкил қилган бўлиб назорат гуруҳига нисбатан сезиларли даражада (2,15 баравар) паст кўрсаткичга эга эканлиги аниқланди (расм 4).

Хулоса. Тажриба гуруҳи ҳайвонларида экспериментал калькулёз холецистит натижасида жигарнинг ўт пуфагига бириккан соҳасида гепатоцитларнинг морфологиясида ва морфометрик кўрсаткичларида назорат гуруҳига нисбатан сезиларли ва ишонарли ўзгаришлар кузатилади. Бу ҳолат ўт халтаси девори ён соҳаси жигар паренхимаси хужайраларида экспериментал калькулёз холециститга нисбатан жавобан кузатиладиган реакция деб ҳисоблаш мумкин.

Адабиётлар:

1. Азизова М.А., Морфология и некоторые морфометрические параметры печени лабораторных животных с различным характером питания // «Наука молодых» (Eruditio Juvenium) 2016г. С.6-13.
2. Бартенева Ю.Ю. Морфология печени евразийской рыси //Иппология и ветеринария №1 (3) 2012г. С.100-102.
3. Белых А.Е., и др. Морфология печени крыс в условиях острого эмоционально-болевого стресса на фоне введения дельта-сон индуцирующего пептида // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". № 4. 2016. С.59-66.
4. Бивалькевич Н.В., Караман Ю.К. Морфологические изменения ткани печени при экспериментальной дислипидемии // Бюллетень со рамн, том 30, № 1, 2010 Г. С.48-52.
5. Дворяковская Г.М., и др. Сравнительный анализ данных ультразвукового и морфологического исследований печени при хронических гепатитах у детей // Ультразвуковая и функциональная диагностика № 1, 2005г. С.39-48.
6. Злобина О.В., и др. Морфологические изменения в печени лабораторных животных при световом десинхронозе // Вестник новых медицинских технологий, электронный журнал №5, 2018г. С.245-249.
7. Кнышова В.В., Шейкина А.И. Функциональное состояние печени и

метаболические нарушения при хроническом некалькулезном холецистите // Здоровье. Медицинская экология. Наука №4-5 (39-40), 2009г. С.74-78.

8. Куликов С.В. Морфология декомпенсации кровообращения в печени при стенозе легочного ствола // Казанский медицинский журнал, № 2, том 88, 2007 г. С.165-168.

9. Наволокин Н.А., Полуконова Н.В., Маслякова Г.Н., Бучарская А.Б., Дурнова Н.А. Морфология внутренних органов и опухоли лабораторных крыс с перевитым раком печени РС-1 при пероральном введении флавоноидсодержащих экстрактов аврана лекарственного (*Gratiola officinalis* L.) и кукурузы антоциановой (*Zea mays* L.) // Саратовский научно-медицинский журнал. Т. 9, № 2, 2013. С.213-220.

10.Новгородская Я.И., Кравчук Р.И., Островская О.Б., Курбат М.Н. Морфологические изменения в печени крыс при гипергомоцистеинемии // Гепатология и гастроэнтерология № 1, 2019г. С.93-98.

11.Скуратов А.Г. Тетрахлорметановая модель гепатита и цирроза печени у крыс // Гастроэнтерология №9, 2012г. С.37-40.

12.Сурков А.Н., Потапов А.С., Лозоватор А.Л., Туманова Е.Л. Особенности морфологических изменений печени у детей с гликогеновой болезнью // Вопросы современной педиатрии, том 12, № 6, 2013г. С.24-28.

13.Хомерики С.Г. Патогенетические механизмы и морфологические проявления лекарственных поражений печени // Гастроэнтерология №6, 2011г. С.11-21.

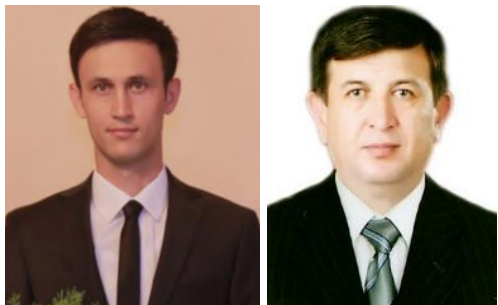
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОКОЛОПУЗЫРНОЙ ЧАСТИ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ СОБАКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Бобоев А.И., Орипов Ф.С.

Резюме. В настоящее время одним из актуальных проблем современной медицины является заболевание органов желчевыделительной системы и печени. Омоложение различных патологических состояний органов гепатобилиарной системы среди людей, и наблюдаемые при этом патоморфологические изменения в печени вызывает интерес среди научных исследователей. Нами было изучены морфологические и морфометрические изменения околопузырной части ткани печени у экспериментальных животных при моделирование калькулёзного холецистита. Были обнаружены достоверные изменения морфометрических данных о дистрофические изменения морфологии печени у животных экспериментальной группы. Это состояние можно принять как реакция околопузырной паренхимы печени на экспериментальный калькулёзный холецистит.

Ключевые слова: морфология, гепатоциты, печень, Лабораторные животные, калькулёзный холецистит.

ОҚ КАЛАМУШЛАР МОЯГИ ВА УНИНГ ОРТИФИГА АСПИРИН, ПАРАЦЕТАМОЛ ВА ИБУПРОФЕННИНГ КОМБИНИРЛАНГАН ТАЪСИРИ



Ёдгоров Иброхим Фахриддинович, Тешаев Шухрат Жумаевич
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

КОМБИНИРОВАННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ АСПИРИНА, ПАРАЦЕТАМОЛА И ИБУПРОФЕНА НА СЕМЕННИКИ И ИХ ПРИДАТКИ БЕЛЫХ КРЫС

Ёдгоров Иброхим Фахриддинович, Тешаев Шухрат Жумаевич
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

COMBINED EFFECTS OF ASPIRIN, PARACETAMOL AND IBUPROFEN ON THE TESTES AND EPIDIDYMISS OF ALBINO RATS

Yodgorov Ibrokhim Fakhriddinovich, Teshayev Shukhrat Jumayevich
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: ibroxim_yodgorov@mail.ru

Резюме. Долзарблиги. Асетаминофен/парацетамол, ацетилсалицил кислотаси/аспирин ва ибупрофен каби ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари бутун дунё бўйлаб энг кўп ишлатиладиган фармацевтика бирикмалари саналади. Сўнги йилларда ушбу дорилар таъсири салбий эндокрин ва репродуктив оқибатларга олиб келиши мумкинлигини кўрсатадиган далиллар кўпаймоқда. Мақсад. Каламушларнинг мояги ва эпидидимисига аспирин+парацетамол+ибупрофен таъсирини ўрганиш. Тадқиқот усуллари. Тажриба 100 та оқ зотсиз эркак каламушларда ўтказилди. Тажриба гуруҳига эмперик йўл билан ҳисобланган миқдорда дори воситалари 10 кун давомида юборилди. Хулоса. Ушбу тадқиқотда ҳам уруғдон эгри бугри каналчаларида сперматогенез жараёнини кескин издан чиқиши, каналча ички бўшлиғида базал мембранага яқин жойлашган 1 ва 2 тартибли сперматоцитларнинг хажмий катталашишгани, Сертоли хужайраларининг хажман қисман катталашишгани ва редукцияга учраган сперматоген хужайраларни фагоцитозланган ўчоқлари аниқланди. Сперматоген хужайраларнинг 3 ва 4 босқичи ва етук сперматозоидларнинг сон ва хажм жиҳатдан камайганлиги аниқланди.

Калим сўзлар: уруғдонлар, сперматогенез, парацетамол, аспирин, ибупрофен.

Abstract. Acetaminophen/paracetamol, acetylsalicylic acid/aspirin and ibuprofen are among the most commonly used pharmaceutical compounds worldwide. In recent years, there has been a growing body of evidence showing that exposure to NSAIDs can cause negative endocrine and reproductive effects. Purpose: to investigate the effects of aspirin + paracetamol + ibuprofen on the testes and appendages of rats. Research methods. The experiment was carried out on 100 outbred male rats. The experimental group was administered empirically calculated amounts of drugs for 10 days. Conclusion. In this study, there is a sharp disruption of the process of spermatogenesis in the convoluted tubules of the testis, an increase in the size of spermatocytes of the 1st and 2nd order, located near the basement membrane in the inner cavity of the tubule. A partial increase in the size of Sertoli cells and foci of phagocytosed spermatogenic cells was found. A decrease in the number and size of spermatogenic cells of the 3rd and 4th stages, as well as mature spermatozoa, was found.

Key words: testicles, spermatogenesis, paracetamol, aspirin, ibuprofen.

Тадқиқот долзарблиги. Ҳозирги кунда бутун дунёда эркакларнинг репродуктив саломатлиги ёмонлашиб бораётганлиги катта ташвиш туғдирмоқда [3,4,9-12]. Эркакларнинг насл қолдириши ва умумий саломатлиги андрогенларга, шунингдек, асосан моякнинг Лейдиг ва Сертоли хужайралари томонидан ишлаб чиқариладиган бошқа биологик фаол

моддаларга боғлиқ [2]. Бу моддалар уруғдонлардан ташқари кўплаб соматик аъзолар фаолиятига таъсир кўрсатади, жумладан, мушак массасига анаболик таъсир кўрсатади ва когнитив функцияга ҳам таъсир қилади.

Асетаминофен/парацетамол, ацетилсалицил кислотаси/аспирин ва ибупрофен каби ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари бутун дунё

бўйлаб энг кўп ишлатиладиган фармацевтика бирикмалари саналади [5-8]. Сўнгги йилларда ушбу дорилар таъсири перинатал давр давомида салбий эндокрин ва репродуктив оқибатларга олиб келиши мумкинлигини кўрсатадиган далиллар кўпаймоқда. Бундан ташқари, ушбу дорилар ва уларнинг метаболитлари атроф-муҳитга кириб боради ва кўпинча оқава сувларда, ер усти сувларида ва энг муҳими, ичимлик сувида бўлиши мумкин [1]. Уларнинг атроф-муҳитдаги концентрацияси терапевтик дозалардан анча паст бўлса-да, бу паст дозалар ҳам секин-аста йиғилиб салбий таъсирини кўрсатади. Хусусан, улар жинсий хужайраларга таъсир қилиши мумкин, натижада сперматозоидлар фаоллиги пасайиши ва насл қолдириш функцияси бузилиши мумкин.

Тадқиқотнинг мақсади: тажрибада каламушларнинг мояги ва эпидидимисига аспири+парацетамол+ибупрофен таъсирини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари: Тадқиқот Бухоро давлат тиббиёт институти ва Тошкент Тиббиёт Академиясининг илмий тадқиқот лабораторияларида 2022-2023 йилларда ўтказилди. Тадқиқотда бир нечта яллиғланишга қарши дори воситаларининг таъсири ўрганилди. Ушбу мақолада фақат бир гуруҳдаги натижаларни келтириб ўтатимиз.

Тажрибани ўтказиш учун меъёрий виварий шароитларида сақланилган 3 ойлик 50 та оқ зотсиз эркак каламушлар танлаб олинди (бундан ташқари назорат гуруҳи ҳам мавжуд эди). Улар тажриба ўтказилишидан олдин 2 ҳафталик карантинга олинди ва турли соматик, юқумли касалликлар истисно қилингандан сўнг бошқа хоналарга ўтказилди. Каламушлар 12 соатлик ёруғлик режимида сақланилиб, кунлик етарлича сув ва 3 марталик озуқа билан таъминланди. Полипрагмазияни ўрганиш учун каламушларга қуйидаги дори воситалари берилди: парацетамол 94,1 мг/кг + аспирин 31,3 мг/кг + ибупрофен 37,6 мг/кг

Ушбу дори воситалари ҳар бир тажриба гуруҳига 10 кун давомида эритма ҳолида зонд орқали ошқозон ичига юборилди. Назорат гуруҳига эса дори воситалари ўрнига 0,5 мл дистилланган сув ошқозон ичига юборилди.

Тажриба тугаган пайтда каламушлар, оч коринга, энгил эфир (хлороформ) наркози остида жонсизлантирилди. Морфологик текширувлар учун уруғдонлар ажратиб олинди, оғирлиги ўлчанганидан сўнг 10% ли нейтрал формалин эритмасида фиксация қилинди, сўнгра концентрацияси ошиб боровчи спиртларда сувсизлантирилди ва парафинга қуйилди. Микротомда қалинлиги 5-7 мкм бўлган кесмалар тайёрланиб, ксилолда депарафинизация қилинди ва

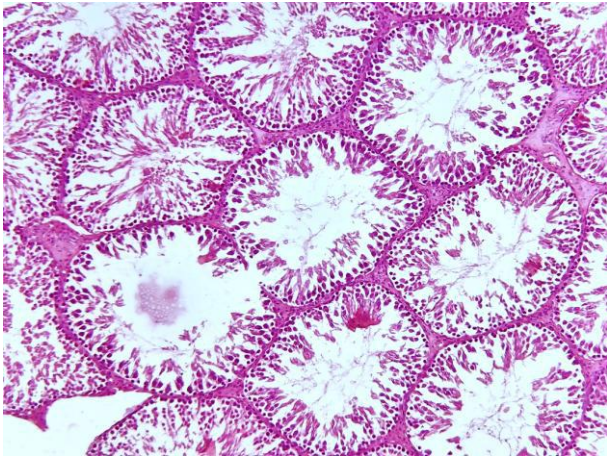
гематоксилин ва эозин бўёғи билан бўялди, морфологик усуллар ёрдамида ўрганилди.

Тадқиқот материалларига параметрик ва нопараметрик таҳлил усулларидадан фойдаланган ҳолда статистик ишлов берилди.

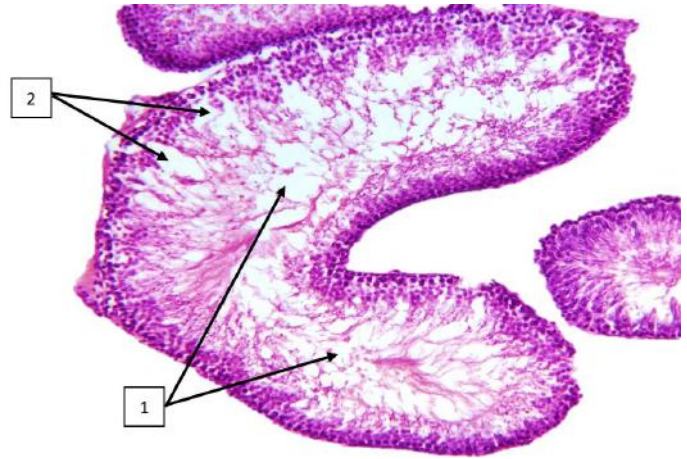
Тадқиқот натижалари. Ушбу тажриба гуруҳида тажриба шароитида каламушларга оғиз орқали берилган яллиғланишга қарши ностероид препаратлар аспири+парацетамол+ибупрофен таъсирида меъёрий хужайралар томонидан ишлаб чиқариладиган флогоген омилларнинг кескин тормозланиши ва 3 та НЯҚП ларни бир вақтда қўллашлик бир бирини потенциаллаб, токсик таъсирларни намоён қилди. Интерстициал хужайралардан бўлган Лейдиг хужайраларини интерлейкин-1 ишлаб чиқариш хусусиятини кескин камайиши В типдаги сперматогонийларни пролиферацияси ва табақланишини кескин камайишига олиб келди.

Аспирин+парацетамол+ибупрофен таъсири оқибатида простагландинлар ва меъёрида синтезланадиган циклооксигеназа-1 ва циклооксигеназа-2 ларнинг кескин камайиши, бевосита стимулланадиган Лейдиг ва Сертоли хужайралари орасида “қайта боғланиш” издан чиқиб, сперматогенез жараёнини кескин кечикиши яъни Сертоли хужайралари томонидан ишлаб чиқарадиган биологик фаол моддалардан: инсулинсимон ўсиш омилли ИФГ, FGF, TGF- α , TGF- β таъсирида митоз ва мейоз жараёнларини секинлашиши, ёки кескин орқада қолиши юзага келди. Бу фаол моддаларнинг синтези бузилиши, аксарият сперматогенезни издан чиқаришини ва най бўшлиғидаги хужайраларнинг кескин камайиши юзага келди. Клиник морфологик жиҳатдан эгри бугри каналчаларда мультифокал яланғочланиш вужудга келади. Х1 ва 2 тартибли спрематозитларнинг хажман катталаниши ва кейинги босқичдаги хужайраларнинг кескин камайиши юзага келиб, гипоспермия, азоспермия баъзида аспермия ҳолатлари вужудга келди. Микроскопик жиҳатдан хужайраларнинг дедифференцияланишини, апоптоз (дастуранган хужайра ўлими), сперматогоний хужайраларини сперматозоидларга транс дифференциалланишини ҳар хил босқичларига етиб келмади ва охир оқибатда, етук хужайралар (сперматозоид) такомил топиши тормозланди. Албатта, қайта таъкидлаш лозимки, ушбу жараённи тўлиқ ривожланиши, таъсирловчи омилларнинг давомийлиги, токсик моддаларни концентрациясига боғлиқ бўлиб, турлича намоён бўлади.

Каналча бўшлиқлари аксарият таркибида оксилларга бой бўлган пушти гомоген тўрсимон тузилмалар аниқланди (1-расмга қаранг). Бу кўриниш, таркибий жиҳатдан етилган уруғ хужайраларни кескин камайганлигини билдиради.



Расм 1. Тажриба гуруҳидаги каламушлар. Каналча бўшлиғида сперматоген хужайралар кескин камайган (1), 1 ва 2 тартибли сперматоцитлар хажман катталашган, каналча бўшлиғида етилмаган хужайралар кескин камайган. Бўёқ Г.Э. Ўлчами 10x10



Расм 2. Тажриба гуруҳидаги каламушлар. Каналча бўшлиғида сперматоген хужайралар кескин камайган (1), 1 ва 2 тартибли сперматоцитлар хажман катталашган, ораликларида кистоз кенгайган ўчоқлар аниқланади. Бўёқ Г.Э. Ўлчами 10x10

Аксарият, периферияга яқин жойлашган каналчалар бўшлиғида сперматоген хужайраларнинг сон ва хажм жиҳатдан камайганлиги, йиғувчи каналчалар таркибида хужайраларга жуда кам бўлган суюқ эякулят излари аниқланди (2-расмга қаранг).

Интерстициал тўқимада қон томирларнинг нотекис тўлақонлиги ва оралик тўқима хужайралари: Лейдиг хужайралари, фибробластлар ва гистиоцитларнинг массив бир хил тарзда сон жиҳатдан камайганлиги ва оралик шишларнинг ривожланганлиги аниқланди (2-расмга қаранг). Бу ўзгаришлар ностреоид яллиғланишга қарши препаратларни 10 кун ишлатилганида юзага келадиган токсик таъсири ҳам ҳисобланади. Патогенетик жиҳатдан, НЯҚП ларни кескин қўлланиши, гематогистоген тўсиқ ўтказувчанлигини издан чиқариб, бевосита лабил бўлган сперматоген хужайраларнинг муддатдан олдин апаптозга (дастурланган ўлим) учрашини стимуллади ва гиперцеллюлярлик манзараси ва хужайравий пейзаж кўринишини кескин издан чиқариши билан характерланади.

Хулоса. Тажриба гуруҳида аспири+парацетамол+ибупрофен доривор препаратларини 10 сутка давомида каламушларга per os киритилгандан кейинги морфологик ўзгаришларини куйидагича келтириб ўтамиз. Уруғдон эгри бугри каналчаларида сперматогенез жараёнини кескин издан чиқиши, каналча ички бўшлиғида базал мембранага яқин жойлашган 1 ва 2 тартибли сперматоцитларнинг хажмий катталашганлиги, Сертоли хужайраларининг хажман қисман катталашганлиги ва редукцияга учраган сперматоген хужайраларни фагоцитозланган ўчоқлари аниқланди. Сперматоген хужайраларнинг 3 ва 4 босқичи ва етук сперматозоидларнинг сон ва хажм жиҳатдан

камайганлиги аниқланди. Эгри бугри найчалар бўшлиқларидаги гиперцеллюлярлик манзарасини кескин камайганлиги, радиар жойлашган сперматоген хужайралар оралиғда кистоз кенгайган ўчоқларнинг кўпайганлиги ва йиғувчи эгри бугри каналчалар бўшлиғида етилган хужайралардан ташкил топган эякулянтнинг камайганлиги аниқланди. Шу билан бирга каналчалар бўшлиғидаги эякулянтни ҳаракатини вужудга келтирувчи миоид хужайраларнинг гипертрофияланганлиги ҳисобига каналчалар шаклан овалсимон ва тор бўшлиқли кўринишга келганлиги аниқланди. Клиник морфологик жиҳатдан уруғдоннинг хажмий кичрайганлиги аниқланиши керак эди, лекин эгри бугри каналчалар оралиғда юзага келган оралик шиш ҳисобига ушбу ўзгаришлар аниқланмайди. Уруғдон ортиғи каналчалари бўшлиғида юкоридаги ўзгаришларга тўғри пропорционал равишда эякулянтнинг камайиши секретор хужайраларни гипертрофияси ва холдан тойишига олиб келади. Бу ўзгаришлар морфологик жиҳатдан, уруғдон ортиғи таркибидаги эякулянтнинг хажм жиҳатдан камайганлиги хужайравий таркибида етилган спрематозоидларнинг сон жиҳатдан камайганлиги билан характерланди. Эякулянт таркибида етилган хужайраларнинг сон жиҳатдан камлиги ва секретор эпителий хужайралари томонидан ишлаб чирилган суюқликни кўп бўлиши ва қовушқоқлигини юқори бўлиши гематоксилинли бўёқда тўқ бинафша рангда бўяланлиги билан асосланди. Устига устак, оз миқдорда шакланган спрематозоидларнинг сон ва хажм жиҳатдан камлиги киприкли эпителий юзаларида контактларнинг кам бўлиши ва эякулянтнинг димланиши билан давом этишини исботлайди. Демак, тажриба гуруҳи каламушлари уруғдони ва

уруғдон ортиги таркибдаги эякулянтнинг камлиги назорат гуруҳга нисбатан яққол ривожланганлиги, НЯҚВ ларни комбинацияланган препаратларини узоқ вақт давомида истъеъмол қилишликка қарши кўрсатма эканлигини клиник фармацевтик нуқтаи назардан исботлайди.

Адабиётлар:

1. Boizet-Bonhoure B, Déjardin S, Rossitto M, Poulat F, Philibert P. Using Experimental Models to Decipher the Effects of Acetaminophen and NSAIDs on Reproductive Development and Health. *Front Toxicol.* 2022 Mar 8;4:835360. doi: 10.3389/ftox.2022.835360.
2. Bonde JP, et al. The epidemiologic evidence linking prenatal and postnatal exposure to endocrine disrupting chemicals with male reproductive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2016;23:104–125.
3. Baymuradov, R. R. (2020). Teshaeв Sh. J. Morphological parameters of rat testes in normal and under the influence of chronic radiation disease. *American Journal of Medicine and Medical Sciences.*– 2020.-10 (1)–Р, 9-12.
4. Баймурадов, Р. Р. (2021). Морфофункциональное состояние семенников при остром и хроническом радиационного облучении (обзор литературы). *Биология и интегративная медицина,* (4 (51)), 4-23.
5. Jégou B. Paracetamol-induced endocrine disruption in human fetal testes. *Nat Rev Endocrinol.* 2015;11:453–454.
6. Kristensen DM, Desdoits-Lethimonier C, Mackey AL, Dalgaard MD, De Masi F, Munkbøl CH, Styrihave B, Antignac JP, Le Bizec B, Platel C, Hay-Schmidt A, Jensen TK, Lesné L, Mazaud-Guittot S, Kristiansen K, Brunak S, Kjaer M, Juul A, Jégou B. Ibuprofen alters human testicular physiology to produce a state of compensated hypogonadism. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2018 Jan 23;115(4):E715-E724. doi: 10.1073/pnas.1715035115.
7. Kristensen DM, et al. Analgesic use - prevalence, biomonitoring and endocrine and reproductive effects. *Nat Rev Endocrinol.* 2016;12:381–393.
8. Skakkebaek NE, et al. Male reproductive disorders and fertility trends: Influences of environment and genetic susceptibility. *Physiol Rev.* 2016;96:55–97.
9. Teshaeв, S. J., & Baymuradov, R. R. (2021, January). Characteristics of the anatomical parameters of

the testes of white outbred rats in normal conditions and under chronic irradiation. In *Archive of Conferences* (pp. 61-62).

10. Тешаев, Ш. Ж., & Баймурадов, Р. Р. (2020). Морфологические параметры семенников 90-дневных крыс в норме и при воздействии биостимулятора на фоне радиационного облучения. *Оперативная хирургия и клиническая анатомия (Пироговский научный журнал),* 4(2), 22-26.
11. Teshaeв, S. J., Baymuradov, R. R., Khamidova, N. K., & Khasanova, D. A. (2020). Morphological parameters rat testes in normal conditions, with the background of chronic radiating disease and under the influence of an antiseptic stimulator. *International Journal of Pharmaceutical Research,* 12(3), 4898-4904
12. Yodgorov I.F., The effect of aspirin and paracetamol on the testes and epididymis of the white outbred rats // *New Day in Medicine* 5(55)2023105-111

КОМБИНИРОВАННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ АСПИРИНА, ПАРАЦЕТАМОЛА И ИБУПРОФЕНА НА СЕМЕННИКИ И ИХ ПРИДАТКИ БЕЛЫХ КРЫС

Ёдгоров И.Ф., Тешаев Ш.Ж.

Резюме. Ацетаминофен/парацетамол, ацетилсалициловая кислота/ аспирин и ибупрофен, являются одними из наиболее часто используемых фармацевтических соединений во всем мире. В последние годы появляется все больше данных, показывающих, что воздействие НПВС может вызвать негативные эндокринные и репродуктивные последствия. Цель: исследовать воздействия аспирина+парацетамола+ибупрофена на семенники и придатки крыс. Методы исследования. Эксперимент проведен на 100 беспородных крысах-самцах. Опытной группе вводили эмпирически рассчитанные количества препаратов в течение 10 дней. Заключение. В данном исследовании отмечается резкий срыв процесса сперматогенеза в извитых канальцах яичка, увеличение размеров сперматоцитов 1-го и 2-го порядка, расположенных вблизи базальной мембраны во внутренней полости канальца. Обнаружено частичное увеличение размеров клеток Сертоли и очагов фагоцитированных сперматогенных клеток. Обнаружено уменьшение количества и размеров сперматогенных клеток 3-й и 4-й стадий, а также зрелых сперматозоидов.

Ключевые слова: яички, сперматогенез, парацетамол, аспирин, ибупрофен.

СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ПРОЛЕНОВЫХ СЕТОК И ТКАНЕЙ УДАЛЕННЫХ ВО ВРЕМЯ ПОВТОРНЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ



Йигиталиев Сардор Хусанбаевич¹, Байбеков Искандер Мухамедович²,
Мардонов Жамшид Нормуротович²

1 – Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 – ГУ «Республиканский специализированный научно – практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент

ТАКРОРЛАНГАН МИНИНВАЗИВ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАР ВАҚТИДА ОЛИНГАН ПРОЛЕН ТЎР ВА ТЎҚИМАЛАРНИНГ СКАНИРЛОВЧИ ЭЛЕКТРОН МИКРОСКОПИЯСИ

Йигиталиев Сардор Хусанбаевич¹, Байбеков Искандер Мухамедович²,
Мардонов Жамшид Нормуротович²

1 – Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - ДМ «Академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий – амалий тиббиёт маркази», Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

SCANNING ELECTRON MICROSCOPY OF PROLENE MESH AND TISSUES REMOVED DURING REPEATED MINIMALLY INVASIVE SURGERY

Yigitaliyev Sardor Khusanbaevich¹, Baibekov Iskander Mukhamedovich², Mardonov Jamshid Normurotovich²

1 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 – State Institution “Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V. Vakhidov”, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: md.jamshidbek@gmail.com

Резюме. Долзарблиги: Герниопластикада турли хил биомослашувчан тўрлардан фойдаланиш чурраларнинг такрорланиши даражасини сезиларли даражада камайтирди. Бу соҳада пролен тўрлари энг кўп ишлатилади. Бироқ, уларнинг имплантацияси бир қатор муаммоларни келтириб чиқарди. Буларга қуйидагилар кирди: миграция ва деградация, протез кисталарининг шаклланиши; чурранинг такрорланиши шаклланиши билан тўрнинг ажраллиши. Ушбу асоратларнинг аксарияти жарроҳлик техникаси билан боғлиқ.

Калит сўзлар: хирургия, проленли тўрлар, СЭМ, герниопластика, морфология.

Abstract. Relevance: The use of various biocompatible prostheses in hernioplasty significantly reduced the recurrence rate. Prolene meshes are most commonly used. However, their implantation has given rise to a number of problems. These include: migration and degradation, formation of prosthesis cysts; detachment of the mesh with the formation of a recurrence of the hernia. Most of these complications are related to the surgical technique.

Keywords: surgery, prolene mesh, SEM, hernioplasty, morphology.

В современной хирургии при применение в герниопластике различных биосовместимых протезов значительно снизило уровень рецидивов [5, 7, 8,12, 14].

Наиболее часто используются проленовые сетки. Однако их имплантация породила ряд проблем. К ним относятся: миграция и деградация, образование кист протеза; отрыв сетки с образованием рецидива грыжи. Большая часть этих осложнений связана с техникой хирургического пособия [1,2,5, 8,13].

Серьезные осложнения, такие как рецидив, хроническая или персистирующая боль, а также инфекция, в том числе с образованием свища, случаются редко. Однако в значительной части таких осложнений хирург вынужден удалить сетку.

Достоинства и недостатки различных видов протезов рассмотрены в работе Федорова И.В. с соавт. (2004) [6].

Егиев В.Н. и соавт. (2004) [3,4] установили, что соединительная ткань прорастает ячейки

трансплантата способствуя его более надежной фиксации.

Изучение взаимодействия сеток с тканями при герниопластике крайне немногочисленны. Морфологические же исследования с использованием сканирующей электронной микроскопии отсутствуют.

Данное обстоятельство определило цель настоящего исследования: с помощью сканирующей электронной микроскопии изучить ткани и их взаимодействие с проленовой сеткой, удалённой во время повторной операции.

Материал и методы исследования. С 2003 по 2022 гг. в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В Вахидова» проведено более 2000 герниопластика с использованием проленовых сеток.

В 40 случаях произведены повторные операции у пациентов с рецидивом грыжи. В 16 случаях с образованием кожно-протезных свищей.

С помощью СЭМ выполнено 14 исследований полученного операционного материала (образцы тканей прилегающих к протезам, сами протезы, кожно-протезные свищи).

Для сканирующей электронной микроскопии - СЭМ удалённый материал после фиксации в 2,5% растворе глутарового альдегида на фосфатном буфере и дофиксации 1% растворе четырёхоксида осмия на том же буфере, подвергали обезвоживанию в спирте-ацетоне, затем высушивали методом критической точки в аппарате НСР-2 и напыляли золотом в аппарате ИВ-2. Фотографирование производили с помощью цифровой фотокамеры Canon с экрана монитора микроскопа Hitachi S-405.

Обработка фотографий проводилась применением прикладных программ Windows Professional.

Результаты и обсуждение. СЭМ является наиболее объективным методом морфологического исследования трёхмерной структуры.

Нами впервые с помощью СЭМ изучены морфологические особенности тканей, удалённых во время повторных операций, и характер их взаимодействия с ранее имплантированными сетками.

На поверхности нитей удалённых сеток определяются, как неклочные структуры, которые располагаются в виде сплошной плёнки, так и клетки, располагающиеся поодиночке и группами (рис. 1 - 4).

Во всех нитях, изученных с помощью, СЭМ и фрагментах сеток, выявляются дефекты. Они имеют различную форму и глубину. Встречаются дефекты в виде надрывов, трещин и углублений различного размера, вероятно результат механического воздействия при лечении кожно-протезных свищей (рис. 1-6). Как правило, именно в месте расположения указанных дефектов имеется скопление фибрина и клеточных элементов (рис.1-7).

Надрывы, трещины и щели нитей могут быть очень глубокими. Они заполняются фибрином и круглоклеточными элементами, преимущественно лимфоцитами. Среди клеток крови выявляются и микроорганизмы (рис 4). На поверхностях нитей встречаются крупные клетки с неровной поверхностью, представляющие собой макрофаги (рис. 6), а также клетки инородных тел (рис. 7).

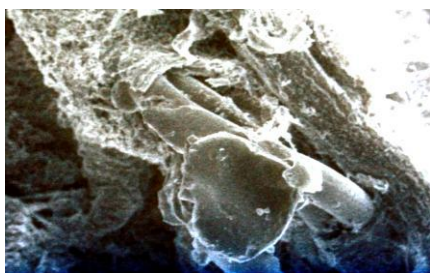


Рис. 1. Многочисленные дефекты на поверхности нити. СЭМ x 200.

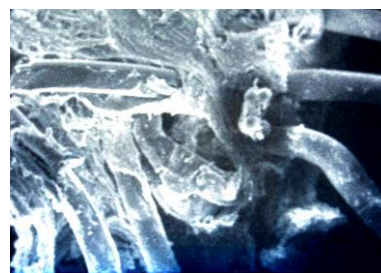


Рис. 2. Многочисленные дефекты разной формы на поверхности нити. СЭМ x 200.



Рис. 3. Многочисленные дефекты разной формы на поверхности нити. СЭМ x 200.

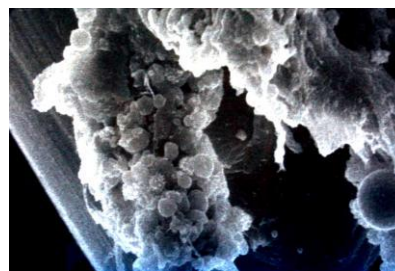


Рис. 4. Скопления клеток на поверхности нити. СЭМ x 1000.

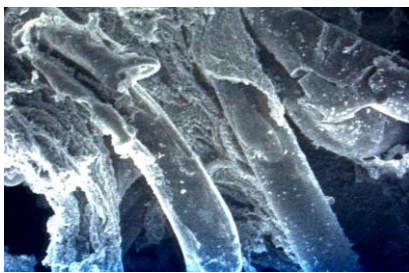


Рис. 5. Многочисленные глубокие повреждения разной формы на поверхности нити, отдельные дискретные образования. СЭМ x 200.

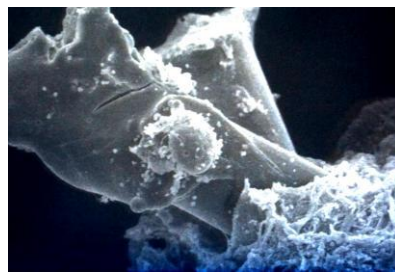


Рис. 6. Крупная клетка (макрофаг) на дефектной поверхности нити. СЭМ x400.

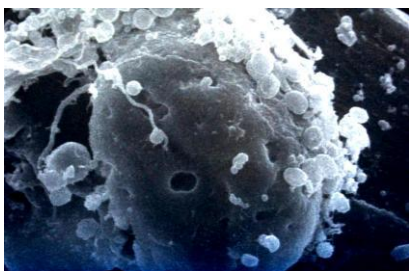


Рис. 7. Крупная клетка (гигантская клетка инородных тел) на дефектной поверхности нити. СЭМ x1000.

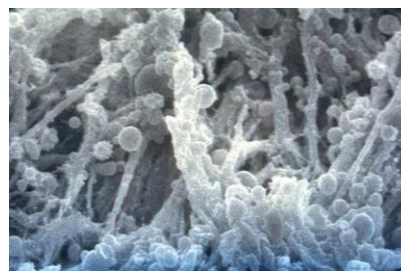


Рис. 8. Структуры грибов (мицелии и гифы) на дефектной поверхности нити. СЭМ x1000.

В одном случае СЭМ выявила на поверхности сеток грибы, которые представляют собой нити (мицелий) и скопления округлых образований - зародышевые элементы (рис. 8).

Проведенными ранее исследованиями с помощью СЭМ разных типов сеток, хирургических нитей и других синтетических материалов, используемых в хирургии, показано, что нередко на их поверхностях имеются различные дефекты. В области этих дефектов отмечаются скопления клеток воспалительного инфильтрата, фибрина [1,2].

В зонах повреждений поверхности имеет место скопление микроорганизмов и фибрина [1,2].

При использовании проленовых сеток отмечается инфицирование ран и отторжение сеток до 8% [7-8 -9-11]. Среди микроорганизмов, обнаруженных при инфицировании сетки, встречаются: золотистый стафилококк, стрептококки, грамотрицательные микроорганизмы (чаще энтеробактерии) и анаэробные бактерии.

Нередко при длительном существовании кожно-протезных свищей сетки инфицируются грибами, чаще кандиды или микобактериями [8,11].

Наши исследования, выполненные с помощью, СЭМ, показывают, что нарушения целостности сеток отмечаются при лигатурных и кожно-протезных свищах, обусловленных механическим повреждением и воздействием лекарственных препаратов.

Именно в зонах повреждений чаще всего концентрируются клетки воспалительного ин-

фильтрата, включая макрофаги и гигантские клетки инородных тел. СЭМ показала, что дефекты на поверхности сеток носят разнообразный характер. Это свидетельствует о вторичном инфицировании протезов и необходимости их удаления.

Выводы:

1. Практически на всех сетках, удалённых во время повторных герниопластик, определяются различные дефекты нитей.

2. На поверхностях нитей концентрируются плёночные или дискретные структуры – клетки и микроорганизмы, в том числе грибы.

3. Причиной образования дефектов сеток являются осложнения герниопластики, а именно длительно существующие кожно-протезные свищи.

Литература:

1. Байбеков И.М., Каракозов П.Е., Мардонов Ж.Н. и др. "Влияние фотолучений на раны, микроциркуляцию и шовный материал". Изд. «LAP». Германия. 2020.
2. Байбеков И.М., Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р. Влияние лазеров на тканевую реакцию при имплантации проленового эндопротеза в условиях инфицирования. - Лазерная медицина, том 12, вып. 2., 2008. с.45-49
3. Егиев В.Н., Чижов Д.В., Авакян В.А. и др. Особенности диагностической и лечебной тактики при лечении рецидивной послеоперационной вентральной грыжи после «ненатяжной» герниопластики // Герниология. 2004. N 2. С. 38–40.

4. Егиев В.Н., Шурыгин С.Н., Наумова Н.П., Сватковский М.В. Изучение тканевой реакции и изменения иммунитета на имплантацию различных синтетических протезов в хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж // Герниология. 2004. N 1. С. 28–30.
5. Мардонов Ж.Н. // «Влияние медицинских диодных облучателей на заживление хирургических ран мягких тканей»: Монография // ООО «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI», Ташкент - 2023.- 142 стр.
6. Федоров И.В., Чугунов А.Н. Протезы в хирургии грыж: столетняя эволюция // Герниология. 2004. N 2. С. 45–52.
7. Druart M.L. et al. Repair of abdominal wall defects by intraperitoneal implantation of polytetrafluoroethylene (Teflon®) mesh. In: Bendavid R. et. al. (eds). Abdominal wall hernias: principles and management. New York, Springer-Verlag 2001; 262-265.
8. M. E. Falagas^{1,2} and S. K. Kasiakou¹ Mesh-related infections after hernia repair surgery. Clinical Microbiology and Infection, Volume 11 Number 1, January 2005. 2004 Copyright by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, CMI, 11, 3–8
9. Goring H, Waldner H, Emmerling P, Abele-Horn M. Chronic fistulating wound infection after Lichtenstein repair of inguinal hernia, caused by a small colony variant 2 of Staphylococcus aureus. Der Chirurg 2001; 72: 441–443.
10. Klosterhalfen B, Hermanns B, Rosch R, Junge K. Biological response to mesh. Eur Surg 2003; 35: 16–20.
11. Nolla-Salas J, Torres-Rodriguez JM, Grau S et al. Successful treatment with liposomal amphotericin B of an intraabdominal abscess due to Candida norvegensis associated with a Gore-Tex mesh infection. Scand J Infect Dis 2000; 32: 560–562.
12. Soler M., Verhaeghe P.J., Stoppa R. Polyester (Dacron®) mesh. In: Bendavid R. et.al. (eds). Abdominal wall hernias: principles and management. New York, Springer-Verlag 2001; 266-271.
13. Vrijland W.W., Jeekel J. Prosthetic mesh repair should be used for any defect in abdominal wall. Cur Med Res Opin 2003; 19: 1: 1-3.
14. Yahchouchy-Chouillard E. et al. Incisional hernias. I. Related risk factors. Dig surg 2003; 20: 1: 3-9.

**СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ
МИКРОСКОПИЯ ПРОЛЕНОВЫХ СЕТОК И
ТКАНЕЙ УДАЛЕННЫХ ВО ВРЕМЯ ПОВТОРНЫХ
МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ**

Йигиталиев С.Х., Байбеков И.М., Мардонов Ж.Н.

***Резюме.** Применение в герниопластике различных биосовместимых протезов значительно снизило уровень рецидивов. Наиболее часто используются проленовые сетки. Однако их имплантация породила ряд проблем. К ним относятся: миграция и деградация, образование кист протеза; отрыв сетки с образованием рецидива грыжи. Большая часть этих осложнений связана с техникой хирургического пособия.*

***Ключевые слова:** хирургия, проленовая сетка, СЭМ, герниопластика, морфология.*



Ким Татьяна Александровна¹, Мавлянова Зилола Фархадовна², Ким Ольга Анатольевна²

1 - Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Республика Казахстан, г. Алматы;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚЎРҒОШИННИНГ СУБТОКСИК ДОЗАЛАРИ ТАЪСИРИДА КАЛАМУШЛАРДА АЛЛОКСАН ДИАБЕТИ

Ким Татьяна Александровна¹, Мавлянова Зилола Фархадовна², Ким Ольга Анатольевна²

1 – С.Д. Асфендияров номидаги Қозоқ Миллий тиббиёт университети,

Қозоғистон Республикаси, Алматы ш.;

2 – Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ALLOXAN DIABETES IN RATS AGAINST THE BACKGROUND OF SUBTOXIC DOSES OF LEAD

Kim Tat'yana Aleksandrovna¹, Mavlyanova Zilola Farkhadovna², Kim Olga Anatolevna²

1 - Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Republic of Kazakhstan, Almaty;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@kaznmu.kz, info@sammu.uz

Резюме. Олинган натижаларга кўра, қўрғошиннинг субтоксик дозалари таъсирида каламушларда аллоксан диабетининг энгил кечиши патогенезига кўра, аллоксанни юбориш вақтида супероксид дисмутаза фаоллигининг ошиши билан боглиқ бўлиши мумкин. Липидларнинг пероксидатланиши ва антиоксидант ҳимоя жараёнлари ўртасидаги динамик мувозанат, афтидан, ошқозон ости беги β -ҳужайраларини аллоксаннинг зарарли таъсиридан маълум даражада ҳимоя қилишни таъминлади.

Калим сўзлар: аллоксан диабет, оксидловчи стресс, липид пероксидацияси, антиоксидант тизим, эркин радикаллар, гипоинсулинемия.

Abstract. Easier for alloxan diabetes in rats against the effects of subtoxic doses of lead in pathogenesis may be associated with increased activity of SOD at the time of injection of alloxan. Dynamic equilibrium between the processes of lipid peroxidation and AOS provided, seems to be some protection to β -cells from the damaging action of alloxan.

Key words: alloxanic diabetes, oxidative stress, lipid peroxidation, free radicals, antioxidant protection.

Введение. В течение последних лет проблема сахарного диабета является одной из самых изучаемых в научной и практической медицине, что связано с высокой распространенностью данной патологии [1]. Несмотря, на выдающиеся исследования в области изучения указанной патологии перед диабетологической службой и наукой в целом остается много нерешенных вопросов. Так, не уделяется должного внимания исследованию влияния соединений тяжелых металлов на развитие сахарного диабета. Имеющаяся информация по поводу влияния тяжелых металлов и их соединений на инкреторную функцию поджелудочной железы носит противоречивый характер [2,3].

Цель исследования. Выявить влияние субтоксических доз ацетата свинца на инкреторную функцию поджелудочной железы.

Материалы и методы исследования. В качестве объекта исследования использовано 80 самцов беспородных белых крыс с массой тела 250-280 г. Содержание, уход за животными и вы-

ведение из эксперимента осуществляли в соответствии с приказом МЗ РК от 25 июля 2007 № 442 «Об утверждении правил проведения доклинических исследований, медико-биологических экспериментов и клинических испытаний в Республике Казахстан». Животных содержали на стандартном рационе вивария при свободном доступе к воде и пище. Для проведения эксперимента были сформированы следующие группы: 1 группа – крысы, в течение 30 суток получавшие per os 1% раствор ацетата свинца - группа «свинец» (n=33); 2 группа – крысы с аллоксановым диабетом на фоне воздействия свинца – группа «свинец+аллоксан» (n=18); 3 группа – интактные крысы, в течение 30 суток получавшие per os 0,9% раствор NaCl - группа «интактные» (n=47); 4 группа – аллоксановый диабет у интактных крыс – группа «интактные+аллоксан» (контроль) (n=32). Интоксикацию ацетатом свинца моделировали путем ежедневного (кроме воскресения) введения 1% раствора ацетата свинца в дозе 15 мг/кг массы тела. Экс-

периментальный аллоксановый диабет (ЭАД) моделировали путем однократного подкожного введения 5% водного раствора аллоксана (Реахим) в дозе 15 мг на 100 г массы тела после 48 часового голодания [4,5]. Животных выводили из эксперимента на 3 и на 14 сутки после введения аллоксана путем декапитации под эфирным наркозом.

У животных всех экспериментальных групп изучались уровни глюкозы и кетоновых тел в крови натошак (глюкометр Optium фирмы «MediSense» с набором тест полосок), иммунореактивного инсулина (ИРИ) в сыворотке крови радиоиммунологическим методом. Для изучения процессов пероксидного окисления липидов (ПОЛ) и состояния антиоксидантной системы (АОС) готовили гомогенат из клеток печени по и изучали активность супероксиддисмутазы (СОД) по методу В.П. Верболович, активность каталазы по методу М.А. Королюк [6]. Активность окислительного метаболизма в мембранах гепатоцитов определяли по содержанию диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА), методом Е.И. Львовской, И.А. Волегородского, С.Е. Шемякова [7]. Концентрацию свинца в крови крыс определяли на 30 сутки затравки методом атомно-эмиссионной спектроскопии с индуктивно связанной плазмой.

Результаты и обсуждение. Содержание свинца в крови у крыс на 30 сутки затравки составило 213% от содержания свинца у интактных животных ($0,81 \pm 0,02$ мг/л против $0,38 \pm 0,01$ мг/л ($p \leq 0,001$), что примерно соответствует содержанию этого металла в крови рабочих, связанных с производством свинца, механизаторов, водителей, а также людей, проживающих на территориях промышленных заводов [8]. Наблюдая за изменениями внешнего вида крыс, находившихся в течение 30 суток под влиянием свинца, мы заметили, что к концу первой недели эксперимента у этих животных уменьшилось количество поедаемого корма, у некоторых крыс была диарея. На второй неделе указанные явления купировались, и в дальнейшем животные группы «свинец» не отличались поведенческими реакциями и состоянием шерстяного покрова от интактных крыс, что возможно, связано с адаптацией к токсическому

действию металла. Гибели за весь период затравки не было, что также подтверждает приспособление животных к этой дозе свинца. Источником информации о том, как функционирует эндокринная железа в условиях влияния на неё патогенных факторов, является концентрация гормонов в крови. Основным клинико-лабораторным методом оценки состояния инкреторной функции поджелудочной железы является определение ИРИ в сыворотке крови, данные исследования приведены в таблице 1. По данным таблицы 1, содержание ИРИ и глюкозы в крови у крыс со свинцовой интоксикацией на 30 сутки опыта заметно не отличалось от интактных животных. Нарушение СРО обычно предшествует появлению морфологических, клинических и других симптомов повреждения, и во многих случаях является причиной их развития [9]. В таблице 2 представлены сведения о влиянии свинца на пероксидное окисление липидов (ПОЛ) и систему антиоксидантной защиты (АОЗ) в печени крыс. Исследования показали, что в печени у животных группы «свинец» наблюдалось увеличение содержания МДА на 13% по сравнению интактными животными и тенденция к повышению содержания ДК. Повышение содержания МДА в указанной группе доказывает активацию процессов ПОЛ. В ответ на активацию ПОЛ увеличилась ферментативная активность СОД у крыс в группы «свинец» на 8% по отношению к интактным животными. Активность каталазы имела лишь тенденцию к увеличению. Активация СОД, инициируемая повышенным содержанием свободных радикалов, в результате воздействия субтоксических доз ацетата свинца, может свидетельствовать об интенсификации механизмов адаптации гепатоцитов. Известно, что в условиях патологии развивается дисбаланс между про- и антиоксидантными факторами, проявляющийся развитием так называемого «окислительного» стресса [10, 11], характеризующегося преобладанием прооксидантов над антиоксидантами [12,13]. Соотношения прооксидантов к антиоксидантной защите - коэффициент Кпол/аоз, отражает сбалансированность работы системы ПОЛ-АОЗ.

Таблица 1. Влияние свинца на содержание ИРИ и глюкозы в крови у крыс ($M \pm m$)

Показатели	Группы животных	
	интактные (30 суток)	свинец (30 суток)
Глюкоза крови (ммоль/л)	$3,5 \pm 0,5$	$4,2 \pm 0,8$ *
ИРИ (мкЕД/мл)	$3,1 \pm 0,4$	$2,9 \pm 0,4$ *

Таблица 2. Показатели ПОЛ и АОЗ на 30 сутки влияния свинца ($M \pm m$)

Группы животных	ДК мкмоль/мл	МДА мкмоль/мл	СОД (Е/мл/мин)	КАТ (кат/л)
интактные	$0,8 \pm 0,05$	$0,8 \pm 0,04$	$8,36 \pm 0,1$	$678 \pm 1,2$
свинец	$0,9 \pm 0,03$	$0,9 \pm 0,03$ *	$9,0 \pm 0,2$ ▼	$682 \pm 1,9$

Примечание: * - статистически значимые отличия от интактных животных ($p \leq 0,05$), ▼ - ($p \leq 0,01$)

В нашем случае, определение Кпол/аоз, показало, что у крыс группы «свинец» данный показатель увеличился до 1,1, что превысило границы принятой нами нормы (у интактных животных Кпол/аоз = 1) на 10%, и свидетельствовало о незначительном сдвиге в сторону прооксидантов. Вместе с тем, проведенный корреляционный анализ выявил положительную функциональную связь между изменениями показателей процессов ПОЛ и антиоксидантами $r = + 1$, что в свою очередь указывало на то, что в ответ на увеличение продуктов пероксидации липидов повышается и антиоксидантная защита. И так, у крыс группы «свинец» выраженной разбалансировки в системе ПОЛ-АОЗ не наблюдалось. По-видимому, у животных группы «свинец» сформировалось новое соотношение прооксидантных и антиоксидантных факторов, способствующее адаптации к новым условиям существования, так как, не смотря на влияние свинца, крысы имели уровни ИРИ и глюкозы, не отличающиеся от интактных животных. После введения аллоксана у животных группы «интактные+аллоксан» (контроль) и крыс, предварительно находившихся под воздействием ацетата свинца «свинец+аллоксан» (опыт) развилась острая форма сахарного диабета, которая характеризовалась стойкой гипергликемией, снижением аппетита, полидипсией и увеличением диуреза. Согласно результатам проведенного исследования, на третьи сутки после введения аллоксана гипергликемия более 6,1 ммоль/л имела место у крыс опытной группы в $67 \pm 11,1\%$, в то время как у контрольных животных – в $95 \pm 4,9\%$ случаев, т.е. у крыс опытной группы ЭАД развился на 28,4% меньше, чем в контроле. Таким образом, чувствительность к диабетогенному действию

аллоксана у крыс опытной группы была ниже, чем у животных контрольной группы. В литературе мы не встречали данных, характеризующих чувствительность клеток поджелудочной железы к действию аллоксана в условиях воздействия тяжелых металлов. В нашем эксперименте на третьи сутки после введения аллоксана в опытной группе уровень кетоновых тел в крови был несколько меньше, чем в контрольной группе, но значимых отличий в данных показателях между группами не было. На 14 сутки отмечалась тенденция к уменьшению содержания кетоновых тел в опытной группе. Нами установлено, что на третьи сутки после введения аллоксана содержание глюкозы в крови у группы опыта увеличилось на 293%, в то время как в группе контроля – на 523% по сравнению с соответствующими исходными показателями (табл. 2). В таблице 3 представлены данные исследования. На 14-е сутки течения ЭАД отмечалось снижение содержания глюкозы в крови у животных в обеих группах, но в опытной группе средний уровень глюкозы составил 190% от исходного состояния, между тем, как в контроле - 417%. При сравнении уровней гипергликемии в группах контроля и опыта можно заключить, что содержание глюкозы в крови у крыс опытной группы и на 3, и на 14 сутки течения ЭАД было достоверно меньше, чем в контрольной группе в соответствующие сроки. Так, на третьи сутки после введения аллоксана содержание глюкозы крови в опытной группе составило 76% от контроля, на 14 сутки – 67%. В ответ на введение аллоксана, на 3 сутки содержание ИРИ в контрольно и опытной группах имело тенденцию к снижению, (табл.3).

Таблица 3 Содержание ИРИ и глюкозы у крыс с ЭАД в условиях воздействия ацетата свинца ($M \pm m$)

Показатели	Группы животных			
	интактные+аллоксан		свинец+аллоксан	
	сроки наблюдения			
	3 сутки	14 сутки	3 сутки	14 сутки
Глюкоза крови (ммоль/л)	$21,8 \pm 1,4^*$	$18,1 \pm 1,2^*$	$16,5 \pm 1,5^* \blacktriangledown$	$12,2 \pm 1,6^* \blacktriangledown$
ИРИ (мкЕД/мл)	$1,9 \pm 0,6$	$1,1 \pm 0,2^*$	$2,3 \pm 0,4$	$2,7 \pm 0,3 \blacktriangledown$

Примечание: * - статистически значимые отличия по сравнению с соответствующими исходными данными (табл. 2); \blacktriangledown – от группы контроля ($p < 0,01$)

Таблица 4. Распределение крыс по группам в зависимости от степени выраженности гипергликемии ($M \pm m$)

Группы животных	на 3 сутки		на 14 сутки	
	кол-во крыс (%) с уровнем глюкозы 6,1- 14,0 ммоль/л	кол-во крыс (%) с уровнем глюкозы от 14,1 ммоль/л и больше	кол-во крыс (%) с уровнем глюкозы 6,1- 14,0 ммоль/л	кол-во крыс (%) с уровнем глюкозы от 14,1 ммоль/л и больше
интактные+аллоксан	$17 \pm 5,7$	$83 \pm 5,7$	$33 \pm 6,3$	$67 \pm 6,3$
свинец+аллоксан	$54 \pm 8,9 \blacktriangledown$	$46 \pm 8,9 \blacktriangledown$	$75 \pm 7,0 \blacktriangledown$	$25 \pm 7,0 \blacktriangledown$

Примечание: \blacktriangledown – статистически значимые отличия от контрольной группы в соответствующие сроки ($\leq 0,001$)

Таблица 5. Показатели ПОЛ и АОЗ в печени крыс с аллоксановым диабетом (M±m)

Группы животных	ДК мкмоль/мл	МДА мкмоль/мл	СОД (Е/мл/мин)	Каталаза (кат/л)
интактные+аллоксан 3сутки (контроль)	1,11±0,04* p≤0,001	1,05±0,02* p≤0,001	12,5±0,2* p≤0,001	756,2±3,5* p≤0,001
свинец+аллоксан 3 суток (опыт)	1,1±0,05* p≤0,001	1,01±0,01* p≤0,001	13,4±0,4* ▼ p≤0,001, p≤0,05	720,2±5,4* ▼ p≤0,001, p≤0,001
интактные+аллоксан 14 суток (контроль)	1,04±0,02* p≤0,001	1,2±0,01* ■ p≤0,001	10,14±0,2* ■ p≤0,001	692,7±5,7* ■ p≤0,001
свинец+аллоксан 14 суток (опыт)	1,01±0,01* p≤0,001	1,2±0,01* ■ p≤0,001	10,42±0,5* ■ p≤0,001	698±3,7* ■ p≤0,001

Примечание: * - статистически значимые отличия по сравнению с соответствующими исходными данными, представленными в таблице 3; ▼ - от контрольной группы в соответствующие сроки; ■ - по сравнению с соответствующими данными 3 суток (p≤0,001)

На 14 сутки уровень ИРИ у крыс с диабетом на фоне воздействия свинца (опыт) был больше в 2,5 раза, чем у крыс с диабетом без свинцовой интоксикации (контроль). Отсутствие выраженных изменений уровня ИРИ в опытной группе в отличие от контроля может свидетельствовать о пониженной чувствительности β-клеток островков Лангерганса к диабетогенному действию аллоксана.

Таким образом, аллоксановый диабет у крыс, предварительно получавших ацетат свинца в течение 30 суток в дозе 15 мг/кг массы тела, по показателям ИРИ и гипергликемии характеризовался более легким течением, по сравнению с контролем.

Для детального анализа степени тяжести сахарного диабета мы распределили животных по группам в зависимости от степени гипергликемии, руководствуясь клиническими критериями тяжести диабета [14]. Первую группу (легкая и средняя степень тяжести диабета) составили животные с гипергликемией от 6,1 до 14,0 ммоль/л, ко второй группе были отнесены крысы с гипергликемией превышающей 14,1 ммоль/л (диабет тяжелой формы). Данные представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4, крысы опытной группы с уровнем глюкозы от 6,1 до 14,0 ммоль/л на третьи сутки после введения аллоксана было в 3 раза больше, а на 14 сутки - больше в 2,3 раза, чем в контрольной группе. Крыс с гипергликемией более 14,1 ммоль/л на третьи сутки в опытной группе было меньше в 1,8 раза, а на 14 сутки - в 2,7 раза по сравнению с животными контрольной группы. Подтверждением этих данных, являлась тесная положительная корреляционная зависимость между уровнем гликемии и количеством крыс с тяжелым течением диабета в опытной группе коэффициент корреляции соответствовал $r = 0,96$ ($p < 0,001$), в контроле $r = 0,84$ ($p < 0,001$).

Итак, наличие в опытной группе большего количества крыс с гипергликемией, не превы-

шающей 14,0 ммоль/л (легкое и средней степени тяжести течение диабета) как на 3, так и на 14 сутки течения ЭАД в отличие от контроля, подтверждает более легкое течение болезни у этих животных.

Для выяснения патогенеза повышенной резистентности β-инсулоцитов к повреждающему действию аллоксана в условиях воздействия субтоксических доз свинца нами были изучены некоторые показатели ПОЛ и элементов АОЗ в динамике течения ЭАД на 3 и 14 сутки. Результаты исследования представлены в таблице 5.

На третьи сутки после введения аллоксана в печени крыс опытной и контрольной групп наблюдалась активация процессов ПОЛ. Так, в опытной группе содержание ДК и МДА увеличилось на 22% и 12% соответственно, в то время как в контроле уровень ДК возрос на 39%, а МДА - на 31% по сравнению с соответствующими исходными показателями (табл. 5).

Активность СОД на третьи сутки после введения аллоксана в опытной группе выросла на 49%, в контроле на 50% по сравнению с соответствующими исходными данными, т.е. примерно одинаково. Однако в опытной группе она была выше, чем в контроле и составила 107% от соответствующего показателя. Активность каталазы у крыс обеих групп также увеличилась, но в группе опыта она была на 5% меньше по сравнению с контрольной группой.

При оценке состояния системы ПОЛ-АОЗ в группе контрольных крыс мы отметили, что введение аллоксана привело к активации СРО, в результате усилились процессы ПОЛ, что выражалось в накоплении ДК и МДА, а также вызвало параллельную активацию, в основном СОД, и несколько меньшую активность каталазы. При этом коэффициент сбалансированности функционирования системы ПОЛ-АОЗ был равен 1,1, т.е. на 10% превышал таковое значение у интактных крыс.

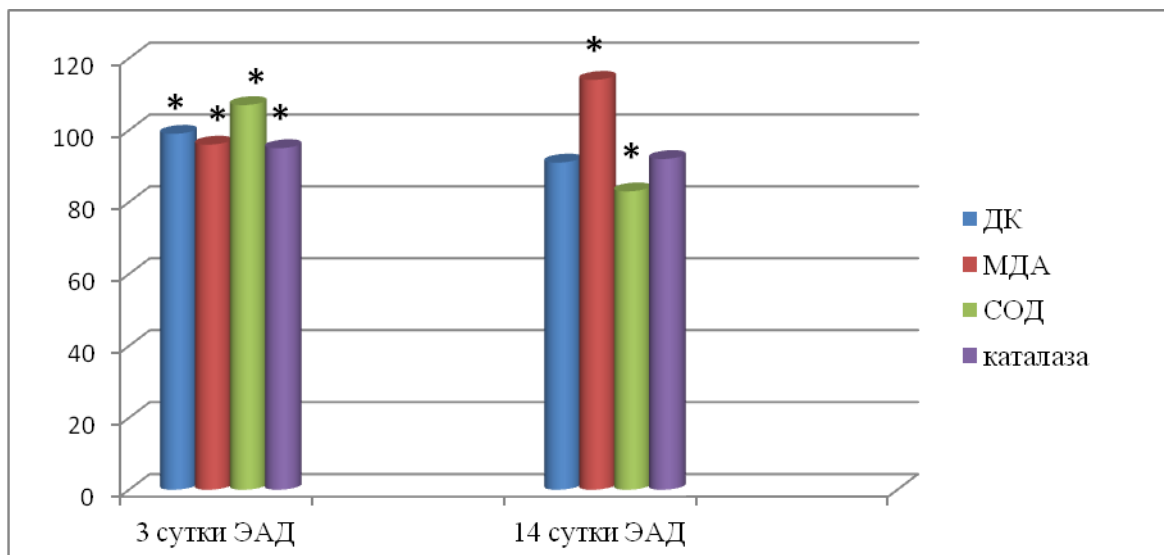


Рис. 1. Показатели системы ПОЛ-АОЗ в печени у крыс с ЭАД на фоне свинцовой интоксикации (за 100% приняты показатели крыс с ЭАД без воздействия свинца)

Вместе с тем, была установлена обратная функциональная зависимость между ДК, МДА к СОД и каталазе $r = -1$, свидетельствующая об активации процессов СРО. Итак, у животных группы контроля на третьи сутки после введения аллоксана наблюдалась некоторая разбалансировка в системе ПОЛ-АОЗ.

Оценивая состояние баланса системы ПОЛ-АОЗ в опытной группе, мы обнаружили, что на 3 сутки после введения аллоксана продолжалось дальнейшее накопление токсичных продуктов ПОЛ - ДК и МДА, по сравнению с показателями на конец затравки, но уже на фоне более высокой активности ферментов АОЗ, в основном СОД, коэффициент $K_{пол/аоз}$ в этих условиях в отличие от контроля был равен 1, т.е. не отличался от нормы. Наряду с этим, проведенный корреляционный анализ выявил тесную положительную связь между показателями процессов перекисидации липидов и антиоксидантной защиты $r = +1$, также свидетельствующую о наличии баланса в системе ПОЛ-АОЗ у опытных животных. Итак, у крыс опытной группы на третьи сутки после введения аллоксана наблюдалось равновесие системы ПОЛ-АОЗ.

Кроме того, снижение значения коэффициента сбалансированности системы ПОЛ-АОЗ по сравнению с таковым показателем на 30 сутки затравки ($K_{пол/аоз} = 1,1$) указывает на то, что аллоксан мы вводили крысам на фоне предварительной адаптации клеток к токсическому действию свинца, так как ферментативное звено АОЗ клетки, представленное СОД и каталазой, на введение второго патогенного фактора, сумело адекватно отреагировать и в какой-то мере погасить развитие СРО, вызванное аллоксаном.

На 14 сутки течения ЭАД содержание ДК у крыс опытной, и контрольной групп имело общую тенденцию к снижению по сравнению с третьими сутками, но оставалось выше, чем в ис-

ходном состоянии (табл. 5). По данным некоторых авторов, уровень диеновых конъюгатов не зависит от тяжести заболевания и степени компенсации углеводного обмена, но коррелирует с выраженностью сосудистой патологии у больных сахарным диабетом.

Уровень МДА, наоборот, вырос, в опытной группе содержание МДА увеличилось на 19%, а в контроле – на 14% по сравнению с соответствующими данными третьих суток.

На фоне повышения процессов перекисидации липидов ферментативная активность антиоксидантов на 14 сутки эксперимента напротив, снизилась в обеих исследуемых группах. В группе опыта активность СОД и каталазы уменьшились на 22% и 3%, в контроле – на 19% и 9% соответственно, однако указанные показатели остались повышенными по сравнению с соответствующими исходными данными.

В результате на 14 сутки течения ЭАД у крыс опытной и контрольной групп наблюдалась разбалансировка в системе ПОЛ-АОЗ, проявляющаяся продолжающимся накоплением токсичных продуктов ПОЛ на фоне выраженного дефицита ферментативного звена АОЗ (рис. 1).

Это в свою очередь привело к увеличению значений коэффициента сбалансированности: в опытной группе он стал равен $K_{пол/аоз} = 2,7$, в контроле $K_{пол/аоз} = 3,5$, что превысило норму на 170%, и 250% соответственно. Корреляционный анализ, проведенный в обеих экспериментальных группах, выявил тесную отрицательную зависимость между уровнем ПОЛ и АОЗ. Так, в группе «свинец+аллоксан» (опыт) коэффициент корреляции был равен $r = -0,95$ ($p < 0,001$), в группе «интактные+аллоксан» (контроль) $r = -1$.

Заключение. Все перечисленное свидетельствует о развитии в обеих группах окислительного стресса под влиянием аллоксана, т.е. смещению баланса в сторону избыточной генера-

ции свободных радикалов при выраженном дефиците антиоксидантов, и как следствие, срыву адаптационных механизмов у этих животных. При этом у животных с ЭАД на фоне свинцовой интоксикации дисбаланс в системе ПОЛ-АОЗ был менее выраженным, чем у крыс с аллоксановым диабетом без воздействия свинца.

Интерпретация приведенных выше результатов показала, что обнаруженное нами более легкое течение аллоксанового диабета у крыс на фоне воздействия субтоксических доз свинца, по патогенезу может быть связано с увеличенной активностью СОД в момент введения аллоксана, что обеспечило сохранение баланса в системе ПОЛ-АОЗ у этих животных по сравнению с контрольными животными. Динамическое равновесие между процессами ПОЛ и АОЗ обеспечило, по-видимому, определенную защиту β -клеток поджелудочной железы от повреждающего действия аллоксана.

Литература:

1. Балаболкин М.И. Диабетология. - М., 2000.
2. Козинец Г.И., Высоцкий В.В. Экология – здоровье – качество жизни нации // Терапевтический архив. – 2020. – Т. 29. - №1. – С. 74-77.
3. Величковский Б.Т. О патогенетическом направлении изучения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения // Вестник Российской АМН. – 2021. - №3. – С. 3-8.
4. Баранов В.Г. Экспериментальный сахарный диабет. Ленинград: «Наука», 1983. – 240 с.
5. Трефилов Г.В. О развитии диабета у белых крыс при введении различных доз аллоксана. Ученые западного Ярославского педогогического института, 1971. – вып. 91. – С. 81-83.
6. Королюк М. А., Иванова Л.И., Майорова И.Г. Метод определения активности каталазы // Лаб. дело. - 1988. - № 1. – С. 16-19.
7. Львовска Е. И., Волегородский И.А, Шемяков С.Е. Спектрофотометрическое определение конечных продуктов перекисного окисления липидов // Вопросы мед. химии. - 1991. - Т. 37, № 4. - С.334 -336.
8. Ревич Б.А.. Свинец в биосубстратах жителей промышленных городов // Гигиена и санитария. 1999. - №4. – С.28-33.
9. Любченко П.Н. и соавт. Некоторые новые данные о состоянии углеводного обмена при хронической свинцовой интоксикации // Терапевтический архив. – 1979.- Т. 51, №11. – С.86-9
10. Величковский Б.Т. Свободнорадикальное окисление как звено срочной и долговременной адаптации организма к факторам окружающей среды // Вестник Российской АМН 2019. - №6. – С.45-52.
11. Волчегородский И.А., Цейликман В.Э. и др. Влияние анксиогенного стресса на чувствительность к глюкокортикоидам, толерантность к глюкозе и устойчивость к действию аллоксана у крыс // Проблемы эндокринологии. – 2020. – Т.48. - №6. – С. 41-48.
12. Балаболкин М.И., Креминская В.М., Клебанова Е.М. Роль оксидативного стресса в патогенезе диабетической нейропатии и возможность ее коррекции препаратами α - липоевой кислоты // Проблемы эндокринологии. – 2022. – Т.52. - №3. – С. 22-33.
13. Геворкян Д.М., Мхитарян Л.В., Семерджян Л.В. Роль антиоксидантов в патогенезе аллоксанового диабета // Сборник научных трудов, Ереванский медицинский институт. Ереван, 1982.
14. Древаль А.В. Сахарный диабет и другие эндокринопатии поджелудочной железы (часть 1) // Российский медицинский журнал. 2021. - №3. – С.25-30.
15. Худойкулова Ф. В. и др. The structure, age features, and functions of hormones //pedagog. – 2023. – Т. 6. – №. 1. – С. 681-688.
16. Абдусаломова М. А., Мавлянова З. Ф., Ким О. А. Орқа мия ва умуртка поғонасининг бўйин кисмининг туғруқ жароҳатлари билан беморларнинг диагностикасида электронейромиографиянинг ўрни //журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
17. Ergashevna S. N. et al. Treatment of obesity disease modern objectives // pedagog. – 2023. – Т. 6. – №. 1. – С. 672-680.
18. Елистратова Е. А., Шарапова И. А., Павлова Л. А. Социальная ценность здоровья //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2016. – Т. 6. – №. 5. – С. 555-555.

АЛЛОКСАНОВЫЙ ДИАБЕТ У КРЫС НА ФОНЕ СУБТОКСИЧЕСКИХ ДОЗ СВИНЦА

Ким Т.А., Мавлянова З.Ф., Ким О.А.

Резюме. Согласно полученным результатам, более легкое течение аллоксанового диабета у крыс на фоне воздействия субтоксических доз свинца, по патогенезу может быть связано с увеличенной активностью супероксиддисмутазы в момент введения аллоксана. Динамическое равновесие между процессами перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты обеспечило, по-видимому, определенную защиту β -клеток поджелудочной железы от повреждающего действия аллоксана.

Ключевые слова: аллоксановый диабет, окислительный стресс пероксидное окисление липидов, антиоксидантная система, свободные радикалы, гипoinsулинемия.



Турдиев Машраб Рустамович, Махмудова Гулжамол Фазлиддиновна
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ВОЗРАСТНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЛЕЗЕНКИ И ЕЕ ЛИМФОИДНЫХ СТРУКТУР ЗДОРОВЫХ КРЫС

Турдиев Машраб Рустамович, Махмудова Гулжамол Фазлиддиновна
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

AGE-RELATED COMPARATIVE MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE SPLEEN OF HEALTHY RATS AND ITS LYMPHOID STRUCTURES

Turdiyev Mashrab Rustamovich, Makhmudova Guljamol Fazliddinovna
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: guljamol9219@gmail.com

Резюме. Янги туғилган каламушларнинг талоғи функционал етук эмас, лимфатик тугунчалар тўлиқ шакланмаган, уларда барча соҳаларни фарқлаш қийин, кўпайиш марказлари аниқланмайди. Олти ойлик давргача талоқ энг юқори иммун фаолликка эга бўлиб, кўпайиш марказига эга лимфатик тугунчалар миқдорининг кўплиги, уларда ва периаартериал лимфатик муфталарда лимфоцитлар сонининг юқорилиги билан намоён бўлади. Тўққиз ойлик даврдан бошлаб талоқда бириктирувчи тўқима элементлари миқдорининг ошиши, лимфатик тугунчаларда кўпайиш марказларини, периаартериал лимфатик муфталар ва кўпайиш марказларига эга бўлмаган лимфатик тугунчаларда лимфоцитлар умумий сонининг камайиши билан таснифланувчи инволютив ўзгаришлар кузатилади.

Калим сўзлар: Талоқ, иммунитет, лимфатик тугунчалар, ретикуляр тўқима, пулпа.

Abstract. The spleen of newborn rats is functionally immature, the lymph nodes are not fully formed, it is difficult to distinguish all areas in them, and the centers of reproduction are not identified. Until the six-month period, the spleen has the highest immune activity, manifested by an abundance of lymph nodes with a reproduction center, a large number of lymphocytes in them and in the periarterial lymphatic couplings. Starting from the nine-month period, involutional changes are observed, which are classified by an increase in the number of connective tissue elements in the spleen, a decrease in the total number of lymphocytes in lymph nodes that do not have reproductive centers, periarterial lymphatic connections and reproductive centers.

Keywords: spleen, immunity, lymph nodes, reticular tissue, pulp.

Тадқиқотнинг долзарблиги. Талоқ кориннинг чап гипохондрия минтақасида ошқозон туби ва диафрагма ўртасида жойлашган. Одамларда унинг узунлиги тахминан 12 см, кенлиги 7 см ва қалинлиги 3 см ва оғирлиги 150-250 г атрофида талоқ артерияси, талоқ венаси, ефферент лимфа томирлари ва талоқ нерв плексуси капсуладаги тушувчи ҳудуд бўлган хилус орқали ўтади [1, 2, 3].

Одамларда талоқ эмбрионал ривожланишнинг 5-6 ҳафтасида дорсал ичак тутқичдан шаклланади. Аввалига талоқ бирламчи кон томирлар ва мезенхимал хужайралар

йиғиндисидан иборат бўлади. Кейинчалик хужайраларнинг бир қисми ўзак хужайралардан тузилган ретикуляр тўқимага табақаланади.

Туғилиш вақтида талоқ гистогенези тугалланмаган бўлади. Ретикуляр хужайралардан иборат трабекулалар ва капсула бўшашган, бирламчи лимфатик тугунчалар сони кам, иккиламчи тугунчалар эса мавжуд бўлмайди [Steiniger B.S., 2015].

Янги туғилган чақалоқлар талоғи лимфатик тугунчаларида кўпайиш марказлари бўлмайди. Улар 1-ёш охирига келиб шаклланади. Кейин

лимфатик тугунчалар миқдори ортади ва 10 ёшда максимал даражага етади.

Талок нафақат ўз иммунитет хужайраларидан самарали фойдаланадиган, балки тананинг иммунитет хужайраларини иммунитетни кузатиш ва бошқа муҳим органларни, шу жумладан юрак, буйрак ва мияни химоя қилиш учун сафарбар қиладиган органдир [4, 5, 6, 7,17,21]. Талок функцияларида муҳим рол ўйнайдиган хужайралар макрофаглар, моноцитлар, табиий киллер (ТК) хужайралари ва В - ва Т хужайралари. Талок жисмоний шикастланишга, инфекцияларга ва турли хил иммунологик ҳолатларга, шу жумладан саратонга мойил. Талок катталаниши ёки спленомегалия анемия, инфекциялар, яллиғланиш, саратон, метаболик касалликлар ва жигар касалликлари туфайли юзага келиши мумкин. Талок тўртта муҳим тузилишга эга, яъни, капсула, қизил пулпа (ҚП), оқ пулпа (ОП) ва маргинал зона (МЗ) ҳар бир ҳудуд ўзига хос морфологик тузилмани кўрсатади ва ўзига хос физиологик функцияларда иштирок этади. Капсулада зич бириктирувчи тўқималар, эластик ва силлиқ мушак толалари ва талок нерв плексусидан иборат симпатик нерв толалари мавжуд. ҚП таркибиде тромбоцитларга бой қон билан тўлдирилган кўплаб синуслар мавжуд. Талокда бир нечта ҚП ўзига хос функцияларни, шу жумладан қонни филтрлаш, антигенни стимуляция ва В ва Т хужайраларининг кўпайиши ва турли хил хусусиятларга эга антитаналарни ишлаб чиқариш вазифасини бажаради. Муҳим иммунологик фаолият ва хужайра ҳаракати ва турли хил иммунитет хужайралари ўртасида ўзаро аълоқа содир бўлади. ПАЛМ ва фолликуллар билан чегарадош маргинал зона (МЗ) кам лимфоцитларга эга, аммо кўплаб макрофаглар ва антиген ишлаб чикувчи хужайралар (АИЧ) дан иборат. В хужайралари иммунологик фаоллаштириш антигенни учрашув натижасида МЗга боради [9,13,22]. МЗ даги кўплаб лимфоцитлар тегишли Т - ва В соҳаларига кўчиб ўтади. МЗ талокдаги бошқа соҳаларга қараганда қон антигенларининг энг юқори концентрациясини ўз ичига олади, чунки талокдаги артериал қон МЗ га бўшатилади. Маргинал зона В хужайралари соматик гипермутация, клонал кенгайиш [10,15,20] ва В хужайраларининг ижобий танловини [11,14,16] кўрсатади.

Талок антигенга, яллиғланиш жараёнига ва турли патоген омилларга умумлаштирилган иммун жавобни ҳосил қилади, бу организмнинг иммун гомеостазини, шунингдек мослашувчанликни зарур даражасини таъминлайди [23, 24].

Организмда қон оқими бузилганда талок катталашади ва баъзи тадқиқотчиларнинг

фикрига кўра, депо вазифасини бажариб, кўп миқдордаги қонни тўплаши мумкин. Қисқариши ҳисобига талок, ўзида йиғилган қонни томир оқимига чиқаради, натижада унинг ҳажми кичраяди, қондаги эритроцитлар миқдори ортади.

Тадқиқотнинг мақсади. Оқ каламушлар талоғининг постнатал онтогенездаги меъёрий морфологик ва морфометрик кўрсаткичларини ўрганиш.

Материал ва методлар. Талокдаги морфологик ва морфометрик кўрсаткичларни ўрганиш учун Бухоро Давлат тиббиёт институти вивариумининг стационар шароитида 10 дона янги туғилган, 3, 6, 9, 12 ойликкача бўлган ок рандомизацияланган каламушларда тажриба олиб борилди. Ҳайвонларнинг барча тажрибалари экспериментал ва бошқа илмий мақсадларда ишлатиладиган умуртқали ҳайвонларни химоя қилиш бўйича Европа Конвенциясининг халқаро тамойилларига мувофиқ, шунингдек "экспериментал ҳайвонлардан фойдаланган ҳолда ишларни бажариш қоидалари"га мувофиқ амалга оширилади.

Тадқиқот объекти экспериментал ҳайвонларнинг талоғининг турли қисмларидан олинган гистологик материал бўлади. Тадқиқотда микро препаратларни гематоксилин-еозин билан бўяш, Ван Гизонга кўра микро препаратларни бўяш, умумий қон тести, Стрелков жадвалларидан фойдаланган ҳолда вариацион статистика усули каби методлардан фойдаланилди.

Натижалар. Тадқиқотда аниқландики, янги туғилган ҳайвонларнинг вазни 4,2 г дан 5,6 г гача бўлиб, ўртача $5,16 \pm 0,14$ г ни ташкил қилди. Талокнинг мутлақ вазни 0,02- 0,03 г бўлиб, ўртача $0,032 \pm 0,002$ г га тенг. Вазн индекси 0,535% дан 0,684% гача бўлиб, ўртача $0,607 \pm 0,02\%$ ни ташкил қилди.

Янги туғилган оқ каламушлар талоғи узунлиги 5,2 мм дан 8,3 мм гача бўлиб, ўртача - $7,2 \pm 0,22$ мм ни ташкил қилди. Талок кенглиги 1,4- 2,7 мм бўлиб, ўртача - $2,2 \pm 0,16$ мм га тенг. Талок кенглиги 0,8 мм дан 1,5 мм гача бўлиб, ўртача - $1,2 \pm 0,11$ мм ни ташкил қилди.

Оқ пульпа нисбий майдони 14,5 дан 20,1% гача бўлиб, ўртача - $17,26 \pm 0,64\%$ ни ташкил қилди. Бириктирувчи тўқима элементларининг нисбий майдони 5,2% - 6,6% бўлиб, ўртача - $5,74 \pm 0,16\%$ га тенг (талок кесмасининг умумий майдонига нисбатан).

ПАЛМ диаметри 91,2 мкм дан 107,2 мкм гача бўлиб, ўртача - $101,2 \pm 2,05$ мкм ни ташкил қилди. ЛТ диаметри 216,4 - 252,2 мкм бўлиб, ўртача - $232,76 \pm 3,65$ мкм га тенг. Лимфатик тугунчалар умумий сонининг учдан бир қисмида мантия ва чегара соҳаларини аниқлаш мумкин.

Мантия соҳасининг кенглиги 26,4 мкм дан 38,3 мкм гача бўлиб, ўртача - $36,28 \pm 1,07$ мкм ни ташкил қилди. Чегара соҳасининг кенглиги 56,3 - 69,7 мкм бўлиб, ўртача - $65,32 \pm 1,45$ мкм га тенг. Периартериал соҳанинг кенглиги 38,6 мкм дан 46,4 мкм гача бўлиб, ўртача - $43,16 \pm 1,06$ мкм ни ташкил қилди.

Янги туғилган оқ каламушлар талоғи оқ пульпаси турли хил етилиш босқичидаги лимфоцитлардан ташкил топган.

Уч ойлик даврдаги оқ каламушлар талоғи тўлиқ шаклланган. 3 ойлик даврдаги хайвонлар танаси вазни 90 г дан 130 г гача бўлиб, ўртача - $104,16 \pm 3,68$ г ни ташкил қилди. Талокнинг мутлак вазни 0,3 - 0,7 г бўлиб, ўртача - $0,42 \pm 0,037$ г га тенг. Вазн индекси 0,333% дан 0,551% гача бўлиб, ўртача - $0,45 \pm 0,02\%$ ни ташкил қилди. Янги туғилган оқ каламушлар кўрсаткичлари билан таққосланганда, хайвонлар вазни 22,04 марта, аъзо мутлак вазни эса 14,25 марта ошди.

Талок узунлиги 21,4 дан 29,2 мм гача бўлиб, ўртача - $24,78 \pm 0,63$ мм ни ташкил қилди. Ўсиш суръати янги туғилган оқ каламушларга нисбатан - 262,0% га тенг. Талок кенглиги 4,6-6,4 мм бўлиб, ўртача - $5,84 \pm 0,26$ мм ни ташкил қилди. Ўсиш суръати янги туғилган оқ каламушларга нисбатан - 177,2% га тенг. Талок қалинлиги 1,8 мм дан 3,9 мм гача бўлиб, ўртача - $2,82 \pm 0,19$ мм ни ташкил қилди. Ўсиш суръати янги туғилган оқ каламушларга нисбатан - 133,3% га тенг.

3 ойлик даврдаги соғлом оқ каламушлар гистологик препаратларида аъзо паренхимаси кизил ва оқ пульпасининг бир - биридан аниқ ажралиб туриши кузатилди.

Оқ пульпа нисбий майдони 18,8% дан 26,2% гача бўлиб, ўртача - $22,2 \pm 0,59\%$ ни ташкил қилди (расм 3.1.3). Янги туғилган оқ каламушлар билан таққосланганда, оқ пульпа нисбий майдони 28,4% га ошди. Бириктирувчи тўқима элементлари нисбий майдони 5,0% дан 6,1% гача бўлиб, ўртача - $5,42 \pm 0,1\%$ ни ташкил қилди (талок кесмасининг умумий майдонига нисбатан)

Талок оқ пульпасида периартериал лимфатик муфтлар ва лимфатик тугунчаларни аниқ фарқлаш мумкин. ПАЛМ диаметри 112,6 мкм дан 139,6 мкм гача бўлиб, ўртача - $132,14 \pm 1,56$ мкм ни ташкил қилди. Ўсиш суръати янги туғилган оқ каламушларга нисбатан - 30,9% га тенг. Лимфатик тугунчалар диаметри, янги туғилган каламушлар билан таққосланганда, 92% га ошди ва 341,8 мкм дан 476,05 мкм гача бўлиб, ўртача - $456,05 \pm 13,27$ мкм ни ташкил қилди. Бирламчи ва иккиламчи ЛТ ларнинг процент нисбати мос ҳолда 32% и 68% га тенг. Иккиламчи ЛТ ларда шаклланган кўпайиш марказлари аниқланди. КМ лари диаметри 92,6 мкм дан 167,8 мкм гача бўлиб, ўртача - $147,8 \pm 6,73$ мкм ни ташкил қилди. ЛТ йирик ва базилари бир-бири

билан кўшилиб кетган. Талок лимфатик тугунчалари асосан айлана, овал ва чўзинчок шаклга эга.

Кўпгина ҳолатларда ЛТ ларда функционал соҳалар аниқ фарқланади. Мантия соҳанинг кенглиги 37,7 мкм дан 49,45 мкм гача бўлиб, ўртача - $45,32 \pm 0,89$ мкм ни ташкил қилди. Чегара соҳанинг кенглиги 70,3 мкм - 84,7 мкм бўлиб, ўртача - $75,14 \pm 1,32$ мкм га тенг. Периартериал соҳанинг кенглиги 81,9 мкм дан 89,4 мкм гача бўлиб, ўртача - $85,04 \pm 0,69$ мкм ни ташкил қилди. Мантия, чегара ва периартериал соҳаларнинг кенглиги, янги туғилган каламушлар билан таққосланганда, мос ҳолда 28,45%, 20% ва 90,6% га ошди.

Тадқиқотда аниқланишича, кўпайиш марказига эга бўлмаган ЛТ лардаги лимфоцитлар умумий сони 42-53 та бўлиб, ўртача - $45,3 \pm 1,01$ та хужайрани ташкил қилди.

6 ойлик даврдаги оқ каламушлар вазни 188 г дан 240 г гача бўлиб, ўртача - $221,2 \pm 5,4$ г ни ташкил қилди. Талокнинг мутлак вазни 0,6 - 0,9 г бўлиб, ўртача - $0,89 \pm 0,032$ г га тенг. Вазн индекси 0,315% дан 0,405% гача бўлиб, ўртача - $0,348 \pm 0,01\%$ ни ташкил қилди. 3 ойлик даврдаги каламушлар билан таққосланганда, хайвонлар тана вазни 1,95 марта, аъзо мутлак вазни эса 1,52 марта ошди.

Талок узунлиги 24,4 мм дан 35,7 мм гача бўлиб, ўртача - $31,76 \pm 1,0$ мм ни ташкил қилди. Ўсиш суръати уч ойлик оқ каламушларга нисбатан - 18,6% га тенг. Талок кенглиги 4,9-7,8 мм бўлиб, ўртача - $6,34 \pm 0,03$ мм ни ташкил қилди. Ўсиш суръати уч ойлик оқ каламушларга нисбатан - 6,73% га тенг. Талок қалинлиги 2,4 мм дан 4,4 мм гача бўлиб, ўртача - $3,12 \pm 0,19$ мм ни ташкил қилди. Ўсиш суръати уч ойлик оқ каламушларга нисбатан - 6,86% га тенг.

Назорат гуруҳидаги 6 ойлик даврдаги оқ каламушларда талок оқ пульпаси нисбий майдони 16,2 дан 24,6% гача бўлиб, ўртача - $20,54 \pm 0,69\%$ ни ташкил қилди. 3 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, оқ пульпа нисбий майдони 8,1% га камайди. Бириктирувчи тўқима элементлари нисбий майдони 5,6% дан 6,8% гача бўлиб, ўртача - $6,21 \pm 0,12\%$ ни ташкил қилди (талок кесмасининг умумий майдонига нисбатан).

ПАЛМ диаметри 118,2 мкм дан 141,6 мкм гача бўлиб, ўртача - $126,22 \pm 1,55$ мкм ни ташкил қилди. Ўсиш суръати уч ойлик оқ каламушларга нисбатан - 3,1% га тенг. Лимфатик тугунчалар диаметри 380,8 дан 477,05 мкм гача бўлиб, ўртача - $410,96 \pm 10,44$ мкм ни ташкил қилди. Бирламчи ва иккиламчи ЛТларнинг процент нисбати мос ҳолда 34% и 66% га тенг. Кўпайиш марказлари диаметри 132,4 мкм дан 147,7 мкм гача бўлиб, ўртача - $135,08 \pm 2,53$ мкм ни ташкил қилди. ЛТ лар

ва КМ ларининг диаметри, 3 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, мос ҳолда 9,7% ва 9,42% га камайди. ЛТ лар айлана, овал ва чўзинчоқ шаклга эга.

Талоқ ЛТ лари мантия соҳасининг кенглиги 40,5 мкм дан 50,4 мкм гача бўлиб, ўртача $44,56 \pm 1,06$ мкм ни ташкил қилди. Чегара соҳанинг кенглиги 75,5 - 86,2 мкм бўлиб, ўртача - $80,72 \pm 1,26$ мкм га тенг. Периартериал соҳанинг кенглиги 84,9 мкм дан 94,7 мкм гача бўлиб, ўртача - $89,42 \pm 1,06$ мкм ни ташкил қилди. Мантия, чегара ва периартериал соҳаларнинг кенглиги, 3 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, мос ҳолда 2,74%, 4,64% ва 5,15% га ошди.

Тадқиқотда аниқланишича, кўпайиш марказига эга бўлмаган ЛТ лардаги лимфоцитларнинг умумий сони 53-61 та бўлиб, ўртача - $57,2 \pm 0,97$ та ҳужайрани ташкил қилди. Кўпайиш марказига эга бўлмаган ЛТ лардаги лимфоцитларнинг умумий сони, 3 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, 21,0% га ошди.

Периартериал лимфатик муфтлардаги лимфоцитлар умумий сони 56-61 та бўлиб, ўртача - $58,4 \pm 0,76$ та ҳужайрани ташкил қилди. Периартериал лимфатик муфтлардаги лимфоцитлар умумий сони, 3 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, 22,7% га ошди.

9 ойлик даврдаги лаборатор хайвонларнинг вазни 220 г дан 280 г гача бўлиб, ўртача - $246,33 \pm 5,52$ г ни ташкил қилди. Талоқнинг мутлақ вазни 0,7- 1,0 г бўлиб, ўртача - $0,78 \pm 0,028$ г га тенг. Вазн индекси 0,302% дан 0,370% гача бўлиб, ўртача - $0,317 \pm 0,01\%$ ни ташкил қилди. 6 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, хайвонлар вазни 1,16 марта, аъзо мутлақ вазни 1,06 марта ошди.

Талоқ узунлиги 30,3 мм дан 37,4 мм гача бўлиб, ўртача - $34,21 \pm 0,74$ мм ни ташкил қилди. Ўсиш суръати олти ойлик оқ каламушларга нисбатан - 7,7% га тенг. Талоқ кенглиги 5,1 - 7,8 мм бўлиб, ўртача - $6,52 \pm 0,26$ мм ни ташкил қилди. Ўсиш суръати олти ойлик оқ каламушларга нисбатан - 2,84% га тенг. Талоқ қалинлиги 2,5 мм дан 4,4 мм гача бўлиб, ўртача - $3,21 \pm 0,17$ мм ни ташкил қилди. Ўсиш суръати олти ойлик оқ каламушларга нисбатан - 2,8% га тенг.

9 ойлик даврдаги соғлом оқ каламушларда оқ пульпа нисбий майдони 18,1% дан 22,4% гача бўлиб, ўртача - $20,14 \pm 0,42\%$ ни ташкил қилди. 6 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, оқ пульпа нисбий майдони 2,2% га камайди. Бириктирувчи тўқима элементларининг нисбий майдони 5,7% - 6,6% бўлиб, ўртача - $6,23 \pm 0,1\%$ га тенг (талоқ кесмасининг умумий майдонига нисбатан).

ПАЛМ диаметри 133,2 мкм дан 142,3 мкм гача бўлиб, ўртача - $136,72 \pm 0,93$ мкм ни ташкил қилди. Ўсиш суръати олти ойлик оқ каламушларга нисбатан - 1,1% га тенг. Лимфатик тугунчалар диаметри 378,7 мкм дан 447,3 мкм гача бўлиб, ўртача - $413,84 \pm 6,31$ мкм ни ташкил қилди. Бирламчи ва иккиламчи ЛТ ларнинг процент нисбати мос ҳолда 35% и 65% га тенг. Кўпайиш марказлари диаметри 114,4 мкм дан 142,8 мкм гача бўлиб, ўртача - $117,62 \pm 2,52$ мкм ни ташкил қилди. ЛТ ва КМ ларининг диаметри, 6 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, мос ҳолда 1,47% ва 5,85% га камайди. ЛТ лар айлана, овал ва чўзинчоқ шаклга эга.

Талоқ ЛТ лари мантия соҳаси кенглиги 38,4 мкм дан 49,9 мкм гача бўлиб, ўртача - $44,77 \pm 1,06$ мкм ни ташкил қилди. Чегара соҳанинг кенглиги 70,1 - 82,4 мкм бўлиб, ўртача - $77,34 \pm 1,13$ мкм га тенг. Периартериал соҳанинг кенглиги 78,7 мкм дан 92,8 мкм гача бўлиб, ўртача - $84,97 \pm 1,29$ мкм ни ташкил қилди (расм 3.1.7). Мантия, чегара ва периартериал соҳалар кенглиги, 6 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, мос ҳолда 4,0%, 5,74% ва 5,24% га камайди.

Тадқиқотда аниқландики, кўпайиш марказига эга бўлмаган ЛТ лардаги лимфоцитларнинг умумий сони 49-56 та бўлиб, ўртача - $52,2 \pm 0,74$ та ҳужайрани ташкил қилди. 6 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, ЛТ лардаги лимфоцитларнинг умумий сони 9,6% га камайди.

Периартериал лимфатик муфтлардаги лимфоцитларнинг умумий сони 56-65 та бўлиб, ўртача - $61,3 \pm 0,83$ та ҳужайрани ташкил қилди. 6 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, ПАЛМ даги лимфоцитларнинг умумий сони 3,2% га ошди.

Назорат гуруҳидаги 12 ойлик даврдаги оқ каламушлар вазни 260 дан 320 г гача, ўртача - $282,44 \pm 6,48$ г ни ташкил қилди. Аъзо мутлақ вазни 0,8 - 1,1 г бўлиб, ўртача - $0,88 \pm 0,03$ г га тенг. Вазн индекси 0,288% дан 0,354% гача бўлиб, ўртача - $0,325 \pm 0,01\%$ ни ташкил қилди. 9 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, хайвонлар вазни 1,1 марта, аъзо мутлақ вазни эса 1,1 марта ошди.

Талоқ узунлиги 34,4 мм дан 43,7 мм гача бўлиб, ўртача - $36,57 \pm 0,89$ мм ни ташкил қилди. Талоқ кенглиги 5,3-8,2 мм бўлиб, ўртача - $6,56 \pm 0,31$ мм га тенг. Талоқ қалинлиги 2,7 мм дан 4,5 мм гача бўлиб, ўртача - $3,23 \pm 0,20$ мм ни ташкил қилди. Талоқнинг чизиқли ўлчамлари: узунлиги, кенглиги ва қалинлиги, тўққиз ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, мос ҳолда 6,7%, 0,61% ва 0,62% га ошди.

12 ойлик даврдаги соғлом оқ каламушларда оқ пульпа нисбий майдони 16,2% дан 21,8% гача

бўлиб, ўртача $-18,44 \pm 0,49\%$ ни ташкил қилди. 9 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, оқ пульпа нисбий майдони $8,64\%$ га камайди. Бириктирувчи тўқима элементлари нисбий майдони $5,8\%$ $-6,8\%$ бўлиб, ўртача $-6,38 \pm 0,11\%$ га тенг (талоқ кесмасининг умумий майдонига нисбатан).

ПАЛМ диаметри 131,4 дан 141,8 мкм гача бўлиб, ўртача $-136,56 \pm 1,23$ мкм ни ташкил қилди. Лимфатик тугунчалар диаметри 370,7 мкм дан 437,3 мкм гача бўлиб, ўртача $-408,98 \pm 7,19$ мкм ни ташкил қилди. Бирламчи ва иккиламчи ЛТ ларнинг процент нисбати мос ҳолда 49% и 50% га тенг. КМ ларини фарқлаш қийин. Кўпайиш марказларининг диаметри 110,2 мкм дан 132,7 мкм гача бўлиб, ўртача $120,12 \pm 2,43$ мкм ни ташкил қилди. ПАЛМ, ЛТ ва КМ ларининг диаметрлари, тўққиз ойлик оқ каламушлар билан таққосланганда, мос ҳолда $0,85\%$, $1,68\%$ ва $6,23\%$ га камайди. Оқ пульпа ЛТ лари овал ва чўзинчок шаклга эга.

Талоқ ЛТ лари мантия соҳасининг кенглиги 35,4 мкм дан 47,7 мкм гача бўлиб, ўртача $-41,32 \pm 1,12$ мкм ни ташкил қилди. Чегара соҳанинг кенглиги 68,4 $-76,7$ мкм бўлиб, ўртача $-72,42 \pm 0,89$ мкм га тенг. Периартериал соҳанинг кенглиги 74,8 мкм дан 84,7 мкм гача бўлиб, ўртача $-79,98 \pm 1,06$ мкм ни ташкил қилди (расм 3.1.8). Мантия, чегара ва периартериал соҳаларнинг кенглиги, 9 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, мос ҳолда $8,32\%$, $5,27\%$ и $6,24\%$ га камайди.

Тадқиқотда аниқландики, кўпайиш марказига эга бўлмаган ЛТ лардаги лимфоцитларнинг умумий сони 47-53 та бўлиб, ўртача $-50,3 \pm 0,65$ та хужайрани ташкил қилди. 9 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, ЛТ лардаги лимфоцитларнинг умумий сони $3,6\%$ га камайди.

Периартериал лимфатик муфтлардаги лимфоцитларнинг умумий сони 53-61 та, ўртача $-55,8 \pm 0,86$ та хужайрани ташкил қилди. 9 ойлик даврдаги оқ каламушлар билан таққосланганда, ПАЛМ даги лимфоцитларнинг умумий сони $4,2\%$ га камайди.

Тадқиқот натижалари таҳлили шуни кўрсатдики, янги туғилган оқ каламушлар танаси ва аъзо мутлақ вазнининг энг юқори ўсиш суръати 3 ойлик даврда учраб, мос ҳолда $-22,14$ ва $16,24$ марта, энг ками эса 12 ойлик даврда учраб, мос ҳолда $-1,1$ и $1,15$ марта ошиши кузатилди.

Талоқ узунлиги, кенглиги ва қалинлигининг ўсиш суръати 3 ойлик даврда энг юқори бўлиб, мос ҳолда $262,0\%$, $180,2\%$ ва $143,3\%$ ни, 12 ойлик даврда эса энг кам бўлиб, мос ҳолда $6,79\%$, $0,61\%$ ва $0,62\%$ ни ташкил қилди.

Янги туғилган оқ каламушларда талоқ оқ пульпаси нисбий майдони $17,16 \pm 0,64\%$ бўлиб, кейинги ёшларда кўпайиб борди ва 6 ойлик даврда энг юқори $22,2 \pm 0,49\%$, 6 ойлик даврдан кейин камайиб борди ва 12 ойлик даврда $18,54 \pm 0,98\%$ қийматга эга бўлди.

Кўшувчи тўқима элементлари нисбий майдони янги туғилган оқ каламушларда $5,84 \pm 0,14\%$ га тенг бўлиб, ушбу кўрсаткич 3 ойлик даврдаги хайвонларда нисбатан кам ($5,42 \pm 0,1\%$), 12 ойлик даврда эса кўп ($6,48 \pm 0,1\%$) эканлиги аниқланди.

ПАЛМ диаметри янги туғилган оқ каламушларда $101,2 \pm 2,05$ мкм бўлиб, ушбу кўрсаткичнинг энг юқори қиймати 9 ойлик даврда ($138,72 \pm 0,93$ мкм) кузатилди. 12 ойлик даврда камайди ва $136,56 \pm 1,23$ мкм ни ташкил қилди.

ЛТ лар диаметри 3 ойлик даврда $1,92$ марта ошди ва $467,05 \pm 13,27$ мкм ни ташкил қилди. 3 ойлик даврдан кейин аста-секин камайиб бориб, 12 ойлик даврда $407,98 \pm 7,29$ мкм қийматга эга бўлди. Янги туғилган оқ каламушлар талоғи гистологик препаратларида кўпайиш марказлари аниқланмади, ушбу кўрсаткичнинг энг кўп қиймати 3 ойлик даврда ($147,8 \pm 6,83$ мкм), энг ками эса 12 ойлик даврда кузатилди ($120,02 \pm 2,43$ мкм).

Мантия, чегара, периартериал соҳалар кенглигининг энг юқори қиймати 6 ойлик даврда учраб, мос ҳолда $-46,56 \pm 1,06$ мкм, $80,72 \pm 1,36$ мкм, $89,42 \pm 1,06$ мкм га, 6 ойлик даврдан кейин камайиб бориб, 12 ойлик даврда мос ҳолда $-41,32 \pm 1,22$ мкм, $72,62 \pm 0,89$ мкм, $79,98 \pm 1,06$ мкм га тенглиги аниқланди.

Кўпайиш марказига эга бўлмаган ЛТ лардаги лимфоцитларнинг умумий сони 6 ойлик даврда, ПАЛМ да эса 9 ойлик даврда юқори бўлиб, мос ҳолда $-57,2 \pm 0,87$ ва $60,3 \pm 0,83$ та хужайрани ташкил қилди. 3 ойлик даврда эса ушбу кўрсаткич энг паст қийматга эга бўлди. (мос ҳолда $-47,3 \pm 1,01$ ва $46,2 \pm 1,1$ та хужайра).

Хулоса. Янги туғилган каламушларнинг талоғи функционал етук эмас, лимфатик тугунчалар тўлиқ шакланмаган, уларда барча соҳаларни фарқлаш қийин, кўпайиш марказлари аниқланмайди. Олти ойлик давргача талоқ энг юқори иммун фаолликка эга бўлиб, кўпайиш марказига эга лимфатик тугунчалар микдорининг кўплиги, уларда ва периартериал лимфатик муфтларда лимфоцитлар сонининг юқорилиги билан намоён бўлади. Тўққиз ойлик даврдан бошлаб талоқда бириктирувчи тўқима элементлари микдорининг ошиши, лимфатик тугунчаларда кўпайиш марказларини, периартериал лимфатик муфтлар ва кўпайиш марказларига эга бўлмаган лимфатик тугунчаларда лимфоцитлар умумий сонининг

камайиши билан таснифланувчи инволютив ўзгаришлар кузатилади.

Адабиётлар:

1. Бобрышева И.В. Морфологическая реактивность селезенки крыс различных возрастных периодов при иммуносупрессии // Journal of Siberian Medical Sciences. 2015. №6.
2. Злобина О.В., Иванов А.Н., Каретникова А.Ю., Терехина Е.С., Шляпников Н.В., Труфанова Ю.Ю., Бугаева И.О. Обратимость морфологических изменений в селезенке под влиянием интенсивной световой депривации // Саратовский научно-медицинский журнал. 2020. №2.
3. Кашенко С. А., Бобрышева И. В. Особенности гистологического строения белой пульпы селезенки крыс в разные периоды постнатального онтогенеза в условиях экспериментальной иммуносупрессии // Журнал ГрГМУ. 2014. №1 (45).
4. Кашенко С. А., Золотаревская М. В. Органометрические показатели селезенки белых крыс после введения им циклофосфана и имунофана // СМБ. 2010. №1.
5. Макаренко Е.С. Анализ некоторых морфологических изменений селезенки возрастных кошек в макро- и микроскопическом аспекте // МНИЖ. 2017. №7-2 (61).
6. Турдиев М.Р. Постнатал онтогенезда оқ каламушлар талоғининг морфологик ўзгаришлари. Тиббиётда янги кун. 3 (41) 2022. 185-189 бетлар
7. Турдиев М.Р., Г.Ф. Махмудова. Морфофункциональные изменения, происходящие в селезенке в результате действия внешних и внутренних факторов// Тиббиётда янги кун» №11(49), 2022, 466-474.
8. Турдиев М.Р. Морфологические изменения селезенки белых крыс в постнатальном онтогенезе // Новый День Медицины 2022; 3(41):165-168
9. Турдиев М.Р. Морфофункциональные изменения тимуса при влиянии Факторов различного генеза/ Тиббиётда янги кун 3 (53) 2023. 44-49 бетлар
10. Turdiev M.R. Morphological and morphometric parameters of lymphoid Structures of the Spleen of white rats in Postnatal ontogenesis in Dynamics of Age. European multidisciplinary journal of modern science. Volume 4, 2022, P-319-326
11. Turdiyev M. R Morphometric Indicators of Morphological Structures of the White Rats Spleen in Postnatal Ontogenesis. International Interdisciplinary Research Journal Volume 2 Issue 5, Year 2023 ISSN: 2835-3013. P-576-580
12. Turdiev M. R. Morphofunctional Changes in Lymphoid Structures of the Spleen of White Rats in Postnatal Ontogenesis in the Dynamics of Age. International Interdisciplinary Research Journal Volume 2 Issue 5, Year 2023 ISSN: 2835-3013. P-144-148
13. Turdiev M.R., Sokhibova Z.R. Morphometric characteristics of the Spleen of white rats in normal and in chronic Radiation Disease The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, Volume 3(02), 2021, P-146-154
14. G. F., M. ., & F. Sh., X. . (2022). Pathomorphological Changes Occurring in the Spleen as a Result of External and Internal Factors. International journal of health systems and medical sciences, 1(5), 132–137.
15. Fazliddinova, M. G. . (2023). Oncopsychology of Patients with Breast Cancer after Treatment. Scholastic: Journal of Natural and Medical Education, 2(2), 111–116.
16. Makhmudova G.F. Age-related clinical, anatomical and morphological features of malignant tumors of the cervix// Journal of science and technology//2021.-P.-475-480
17. Guljamol Fazliddinonvna Makhmudova, Adkhambek Uyunovich Nurboboyev. Treatment of mechanical jaundice via the modern way// Scientific progress, 2021.-№6.-P.530-537
18. Nurboboyev A.U., Makhmudova G.F. Miniinvasive approach in the complex treatment of tumor and stone etiology of mechanical jaundice// International journal on Orange technology// Vol 3. Issue 9. Sep.2021.-P. 85-90

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ВОЗРАСТНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЛЕЗЕНКИ И ЕЕ ЛИМФОИДНЫХ СТРУКТУР ЗДОРОВЫХ КРЫС

Турдиев М.Р., Махмудова Г.Ф.

Резюме. Селезенка новорожденных крыс функционально незрелая, лимфатические узелки сформированы не полностью, в них трудно различить все участки, центры размножения не выявляются. До шестимесячного периода селезенка обладает наивысшей иммунной активностью, проявляющейся обилием лимфатических узелков с центром размножения, большим количеством лимфоцитов в них и в периартериальных лимфатических муфтах. Начиная с девятимесячного периода наблюдаются инволюционные изменения, которые классифицируются по увеличению количества соединительнотканых элементов в селезенке, уменьшению общего количества лимфоцитов в лимфатических узелках, не имеющих репродуктивных центров, периартериальных лимфатических соединениях и репродуктивных центрах.

Ключевые слова: селезенка, иммунитет, лимфатические узлы, ретикулярная ткань, пульпа.



Файзиллаева Гулнара Ибрагимовна, Абдуллаева Муслима Ахатовна
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

COVID-19 НИНГ ЖИГАР МОРФОЛОГИК ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИ

Файзиллаева Гулнара Ибрагимовна, Абдуллаева Муслима Ахатовна
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

IMPACT OF COVID-19 ON THE MORPHOLOGICAL STATE OF THE LIVER

Fayzillayeva Gulnora Ibragimovna, Abdullaeva Muslima Akhatovna
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: info@bdti.uz

Резюме. Долзарблиги. COVID-19 пандемияси бутун бўйича тез тарқалиб, соғлиқни сақлаш тизими учун чақириқ бўлиб келди. У глобал миқёсда ушбу касалликнинг тарқалиши, юқори даражада юқумлилиги ва тезлик билан мутацияларга учраши туфайли юқори ўлим кўрсаткичлари кузатилиши билан ифодаланади. Тадқиқот мақсади. Постковид синдроми мавжуд беморлар жигарига морфологик жиҳатдан баҳо бериш. Тадқиқот натижалари. Фиброскан (ультратовушли эластография) ўтказилганда, у ковиддан кейинги синдром кузатилган беморларда барча ҳолатларда жигар синусоидларида кенгайиши, иши ва веноз тўлишиши, перипортал фиброз ва портал йўллар лимфоид инфильтрациясини кузатиш мумкин. Хулоса. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолатда жигар тўқимасида унинг қаттиқлашиши, ёғли дистрофия шаклидаги ўзгаришни кузатиш мумкин.

Калим сўзлар: постковид синдроми, коронавирус инфекцияси, жигар, патология.

Abstract. Relevance. The COVID-19 pandemic has rapidly spread throughout the world, challenging healthcare systems. The spread of this disease on a global scale is due to its high contagiousness and tendency to rapid mutations, which could lead to high mortality. Purpose of the study. To assess the morphological state of the liver in patients with post-Covid syndrome. Materials and methods of research. The materials and research methods included 100 patients with post-Covid syndrome and 30 experimental animals in which liver morphology was studied. Research results. When conducting a fibroscan (ultrasound elastography) in patients with post-Covid syndrome, dilation of the sinusoids, edema and venous congestion, moderate periportal fibrosis and lymphoid infiltration of the portal tracts were observed in all cases. Conclusion. Based on the above, we can say that the study revealed changes in liver tissue in the form of compaction and fatty degeneration in patients with post-Covid syndrome.

Key words: post-Covid syndrome, coronavirus infection, liver, pathology.

Актуальность. Пандемия COVID-19 быстро распространилась по всему миру, став вызовом для системы здравоохранения [1,5,9]. Распространение в глобальных масштабах данной болезни обуславливается её высокой контагиозностью и склонностью к быстрым мутациям, что могло привести к высокой смертности [2,4,8,10]. Постковидный синдром или затяжной синдром возникающий в следствии перенесенной коронавирусной инфекции комплекс симптомов возникающий от 12 недель или более до года после выздоровления пациента в виде осложнений в том или ином органе [3,6,7]. Зачастую эти осложнения возникают в тех органах в которых имеются наибольшее количество рецепторов

ACE². На первом месте это естественно легкие а затем, печень и сердце.

Цель исследования. Оценить морфологическое состояние печени у пациентов с постковидным синдромом.

Материалы и методы исследования. Материалами и методами исследования явились 100 пациентов с постковидным синдромом и 30 экспериментальных животных у которых изучали морфологию печени. Для данной цели были отобраны 30 крыс 3 месячного возраста которые соответствует жизни человека от 30 до 50 лет. Так как внутренние органы беспородных крыс соответствует почти всем органам человека морфологическая оценка

печени данных животных позволить оценить в сравнительном аспекте. Иммуногистохимические анализы окрашивания срезов проведены с помощью инструкциями набора (ZSGB-BIO, Пекин, Китай, SP-9001). Срезы тканей депарафинизировали ксилолом и регидратировали в этаноле. Активность эндогенной пероксидазы блокировали инкубацией срезов в 0,3% перекиси водорода в метаноле в течение 30 минут. После нанесения блокирующего буфера (Zymed Laboratories, Inc., Сан-Диего, США) срезы тканей инкубировали с первичными антителами при 4°C в течение ночи. Предметные стекла инкубировали с биотинилированным вторичным антителом против кроличьего звена (Beijing Zhong Shan Golden Bridge Biotechnology Co., Ltd. Пекин, Китай) в течение 30 минут. Затем срезы инкубировали с тетрагидрохлоридом 3,3-диаминобензидина (DAB) (Beijing Zhong Shan Golden Bridge Biotechnology Co., Ltd. Пекин, Китай) в течение 10 минут и контрастно окрашивали гематоксилином Майера.

В общей сложности 150 полей на крысу (три поля на срез, пять срезов на крысу, 200-кратное увеличение для анализа изображения) были случайным образом выбраны и проанализированы.

Интенсивность положительного окрашивания рассчитывали как отношение площади окрашивания к оцениваемому общему полю.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении фиброскана (ультразвуковой эластографии) у пациентов с постковидным синдромом отмечали во всех случаях наблюдали расширение синусоидов, отек и венозное полнокровие, умеренный перипортальный фиброз и лимфоидную инфильтрацию портальных трактов. В 20 случаях (75%) наблюдали фиброз перипортальной зоны, уплотнение некоторых участков печени. При микроскопии определили у крыс рассеянную крупнокапельную и мелкокапельную жировую дистрофию, в 14 случаях (47,3%) отмечали центрлобулярные некрозы, внутриклеточное скопление бурого пигмента липофусцина (рис. 1).

В поле зрения при морфометрическом исследовании количество гепатоцитов варьировало от 30 до 77, из них двуядерные гепатоциты составили в среднем составило 4, общая площадь гепатоцита колебалась в пределах от 157 до 218,1 мкм², а площадь ядра – от 12,3 до 19 мкм², ядерно-цитоплазматическое соотношение было равно 0,09.

По результатам исследования выявлено, что: отек, венозное полнокровие, лимфоцитарная

инфильтрация портальных трактов. Данные повреждения печени могут являться следствием прямого действия COVID-19, гипоксии или же быть связаны с лекарственным повреждением печени. Данные заболевания выступают главными причинами альтерации печени у пациентов с COVID-19. В результате обработки данных было выявлено что, площадь ядра гепатоцитов двухъядерного типа было шире, чем в группе контроля. Это означает компенсаторную реакцию печени на повреждающий фактор-вируса коронавирусной инфекции.

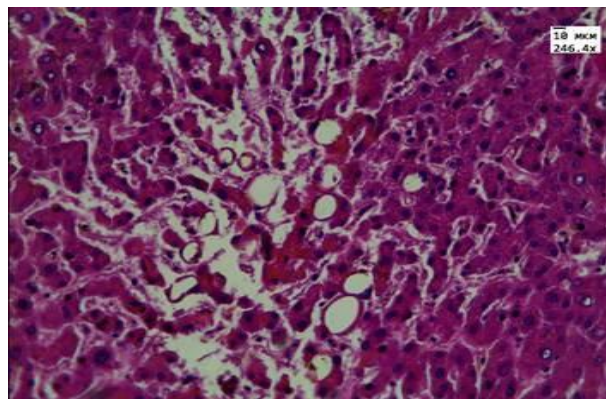


Рис. 1. Окраска: гематоксилин-эозином. Увеличение в 200 раз. Рассеянная крупнокапельная и мелкокапельная жировая дистрофия центрлобулярный некроз, внутриклеточное скопление бурого пигмента липофусцина

При пристальном изучении морфологической структуры беспородных крыс трехмесячного возраста было констатировано, как развивается и меняется структура печеночной ткани и клетки позволяет понять, как совершенствовалась структура печени в ходе эволюции. Выявлены особенности адаптивных реакций, приобретаемых гепатоцитами разных классов животных для максимизации их многочисленных функций в рамках существующей структуры органов. Показано, что приспособления, обнаруживаемые у низших животных, в норме встречаются и у более высокоорганизованных животных и что одни и те же приспособления, выработанные гепатоцитами в ходе филогенеза, используются в ответ на различные воздействия на организм.

Заключение. Исходя из вышеизложенного можно сказать что, в результате исследования было выявлено, изменение печеночной ткани в виде уплотнения и жировой дистрофии у пациентов с постковидным синдромом. С морфометрической точки зрения данное положение было подтверждено у экспериментальных животных так как, не было возможности изучать на живых людях.

Литература:

- 1.Ивкова, А. Н. Фиброз печени: от теории к практике / А. Н. Ивкова, И. Г. Никитин, Г. И. Сторожаков // Лечебное дело. – 2013. – № 1. – С. 60-70.
- 2.Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ашурова Н.Г. Влияние магний дефицитного состояния и дисбаланса стероидных гормонов жизнедеятельности организма женщины. Тиббиётда янги кун. 2019 3-27. Стр. 14-17
3. Файзиллаева Г.И. Диагностические критерии воздействия коронавируса инфекции на печень. Журнал кардиореспираторных исследований Том 1.1. 2023. С.144-148.
- 4.Трухан, Д. И. Лекарственные поражения печени: актуальные вопросы диагностики и лечения / Д. И. Трухан, А. Л. Мазуров // Медицинский совет. – 2016. – № 5. – С. 70-73.
- 5.Цыркунов В.М. [и др.] Клиническая цитология печени: звездчатые клетки Ито// Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2016. – № 4(56). – С. 90-99.
- 6.A. Tailor [et al.] The chemical, genetic and immunological basis of idiosyncratic drug-induced liver injury // Hum. Exp. Toxicol. – 2015. – Vol. 34, № 12. – P. 1310- 1317.
- 7.Abdullaeva M.A., Kosimova D.S. Evaluation of the quality of life of patients with cirrhosis after surgical prevention of bleeding from varicose veins of the esophagus// International journal for innovative engineering and management research 2020, 9(11), 185-189 Hindustan
- 8.Ge PS, Runyon BA. Treatment of patients with cirrhosis. N Engl J Med 2016; 375: 767–77.
- 9.Tuksanova D.I. Osobnosti sostoyanie parametrov gomeostaza i kardiogemodinamiki u zhenshchin s

fiziologicheskim techeniem beremennosti// Novyj den' mediciny. - 2019. - №1(25). - S. 159-163.
10.Scheuer, P. J. Classification of chronic viral hepatitis: a need for reassessment / P. J. Scheuer // Journal of Hepatology. – 2021. – Vol. 13 (3). – P. 372-374.

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ

Файзиллаева Г.И., Абдуллаева М.А.

Резюме. Актуальность. Пандемия COVID-19 быстро распространилась по всему миру, став вызовом для системы здравоохранения. Распространение в глобальных масштабах данной болезни обуславливается её высокой контагиозностью и склонностью к быстрым мутациям, что могло привести к высокой смертности. Цель исследования. Оценить морфологическое состояние печени у пациентов с постковидным синдромом. Материалы и методы исследования. Материалами и методами исследованиями явились 100 пациентов с постковидным синдромом и 30 экспериментальных животных у которых изучали морфологию печени. Результаты исследования. При проведении фиброскана (ультразвуковой эластографии) у пациентов с постковидным синдромом отмечали во всех случаях наблюдали расширение синусоидов, отек и венозное полнокровие, умеренный перипортальный фиброз и лимфоидную инфильтрацию портальных трактов. Заключение. Исходя из вышеизложенного можно сказать что, в результате исследования было выявлено, изменение печеночной ткани в виде уплотнения и жировой дистрофии у пациентов с постковидным синдромом.

Ключевые слова: постковидный синдром, коронавирусная инфекция, печень, патология.



Хамроев Худойшукур Нутфиллоевич, Хасанова Дилноза Ахроровна
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ЖИГАР МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Хамроев Худойшукур Нутфиллоевич, Хасанова Дилноза Ахроровна
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF MORPHOMETRIC INDICATORS OF THE LIVER

Khamroev Khudoysbukur Nutfillioevich, Khasanova Dilnoza Akhrorovna
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Баъзи ҳолларда, ички органлардаги морфологик ўзгаришлар асосида, ҳар бири ўлимга олиб келиши мумкин бўлган танага бир нечта таъсирларнинг бир вақтнинг ўзида таъсири билан ўлимнинг бевосита сабабини дифференциал таххислаш усуллари ишлаб чиқилган. Тиббиёт ривожланишининг ҳозирги босқичида касалликларни биологик моделлаштириш илмий билишининг энг муҳим усулига айланиб бормоқда, бу эса лаборатория ҳайвонларида инсон касалликларининг пайдо бўлиши ва ривожланиш механизларини энг муносиб тарзда акс эттирадиган бундай тажриба моделларини яратишни талаб қилади, шунингдек, тикланиш механизлари. Лаборатория ҳайвонларининг биологияси ҳақида батафсил маълумотсиз бундай тажрибаларни ўрнатишни тасаввур қилиб бўлмайди, бу моделлаштириш тажрибасининг энг муҳим қисми бўлиб, ҳозирги кунгача яхши тушунилмаган. Биз лаборатория каламушларида жигарнинг ёшига боғлиқ гистологик, морфологик хусусиятларини ўрганиш вазифасини қўйдик.

Калим сўзлар: жигар, гепатоцитлар.

Abstract. In some cases, on the basis of morphological changes in internal organs, methods have been developed for differential diagnosis of the immediate cause of death with the simultaneous influence of several influences on the body, each of which could be fatal. Setting up such experiments is unthinkable without a detailed knowledge of the biology of laboratory animals, which, being the most important part of the modeling experiment, remain poorly understood to date. We set the task to study the age-related histological features of the liver of outbred laboratory rats.

Key words: liver, hepatocytes.

Введение. В некоторых случаях на основе морфологических изменений внутренних органов разработаны методы дифференциальной диагностики непосредственной причины смерти при одновременном влиянии на организм нескольких воздействий, каждое из которых могло явиться летальным [1,3, 7]. Однако, при этом из виду упускается, что внешние факторы экстремальной силы свое потенциальное танатогенное воздействие могли начать не одновременно, а в определенной заранее неизвестной последовательности с неизвестным временным интервалом между началом действия каждого из стрессоров [1,5]. В связи с этим актуальным является изучение динамики морфологических изменений высоко реактогенных органов при моно воздействии внешних факторов различной силы. А динамика ультраструктурных изменений печени при общей гипотермии остается недостаточно изученной, несмотря на то, что именно печень является главным органом нескратительного термогенеза. На современном

этапе развития медицины биологическое моделирование болезней становится важнейшим методом научного познания, что обуславливает необходимость создания на лабораторных животных таких экспериментальных моделей, которые наиболее адекватно отражали бы механизмы возникновения и развития заболеваний человека, а также механизмы восстановления. За последние десятилетия ученые, все больше и больше, уделяют времени поиску структурных изменений внутренних органов под влиянием внешних экстремальных воздействий, в том числе алкогольной интоксикации и общего переохлаждения.

Анализ литературы показывает, что имеющиеся сведения о структурно-функциональном состоянии печени лабораторных крыс отрывочны [5, 6,7]. На основании изложенного мы поставили задачу изучить возрастные гистологические особенности печени беспородных лабораторных крыс.

Материал и методы. Вид исследования открытое, контролируемое.

В экспериментальных исследованиях были использованы 239 белых половозрелых беспородных крыс, массой 180–280 г, обоего пола, без внешних признаков заболевания, прошедших 14-дневный карантин в условиях вивария. Животные содержались в стандартных условиях. Питание животных состояло из стандартного пищевого рациона. Все животные были разделены на 3 группы. Все экспериментальные исследования были рассмотрены, обсуждены и одобрены биоэтическим комитетом МЗ РУз и полностью соответствовать условиям Европейской конвенции по защите позвоночных, используемых для экспериментальных исследований (Страсбург, 1986 г). Проведение морфологических исследований, фиксация полученных результатов в журналах, статистическая обработка полученных результатов и описание их в виде отчета проведенных исследований.

Экспериментальные исследования проводились в 2 этапа: первый этап – изучение морфологических и морфометрических параметров печени новорожденных крысят, в 3-х, 6 и 9-месячном возрасте. Второй этап – изучение морфологических и морфометрических параметров печени 3, 6, 9 месячных крыс после хронической алкогольной интоксикации, проведение забоя животных гуманным методом (под эфирным наркозом) и проведение гистологических исследований, фиксация полученных результатов в журналах, статистическая обработка полученных результатов и описание их в виде отчета проведенных исследований.

1) Изучение анатомических параметров печени (толщины капсулы, коркового слоя) а также составных частей гепатоцита (диаметра сосудов, триады печени) крыс на протяжении раннего и позднего постнатального онтогенеза

2) Сопоставление динамики изменений анатомических параметров печени крыс при хронической алкогольной интоксикации в зависимости от возраста.

3) Исследование морфометрических параметров микрососудов печени в норме и при хронической алкогольной интоксикации

В экспериментах были использованы следующие группы крыс с соответствующими весовыми показателями:

1. новорожденные-5-7 грамм
2. 3-месячные – 100-120 грамм
3. 6-месячные – 200-220 грамм
4. 9-месячные – 300-310 грамм

Содержание животных и все манипуляции с ними соответствовали международным нормам и

правилам по работе с позвоночными лабораторными животными.

Лабораторных животных будут содержать в специальных клетках, установленных на стеллажах. На клетке подопытных животных будет указано общее количество белых беспородных крыс, содержащихся в клетке, дата начала опыта и фамилия исследователя, ответственного за его постановку.

Уборка помещения вивария будет проводиться ежедневно в утренние часы работы, связанные с уборкой клеток и помещения вивария, произведенной в специальной одежде.

При подготовке и проведении экспериментальных исследований будут учтены правила содержания и кормления лабораторных животных, имеющее большое значение. Нарушение режима и рациона питания, не соблюдение гигиенических мероприятий при кормлении, способствующие ослаблению организма животных и повышению восприимчивости их к различным инфекционным и соматическим заболеваниям. Возникновение последних в течение опыта может привести к искажению результатов исследования и, следовательно, к неправильным заключениям.

Полученные результаты. Классическое строение печени 3-месячных чистопородных крыс контрольной группы представляет собой долю печени, т. е. шестиугольную призму, на периферии которой расположены сосуды, приносящие печеночные кровеносные сосуды к доле печени, в том числе междольковая вена (VII тип), междольковая артерия (VII тип) и междольковый желчный проток. Венозные вены и артериолы перекачивают кровь в синусоидальные капилляры. Во внутренней части доли гепатоциты образуют доли печени в два ряда, гепатоциты располагаются радиально по направлению к центральной вене. Одна поверхность гепатоцитов вливается в синусоидальное пространство, а другая поверхность обращена друг к другу, образуя желчный проток, синусоидальный капилляр образован клетками эндотелиоцитов, находящимися в одном слое, отличие состоит в том, что клетки эндотелиоцитов соединены друг с другом, но не имеют базального слоя. Между эндотелиоцитом и гепатоцитом образуется щель Диссе. Звездчатые клетки Купфера и клетки Ито располагаются в синусоидальной полости, а в центре доли видна центральная вена.

Кровь изливается в синусоидальную полость или синусоидальный капилляр из ароартерии и вены, расположенных на периферии доли печени, а затем впадает в центральные венозные сосуды и собирается.

Таблица 1. Морфометрические показатели чистопородных крыс контрольной группы

№		3 месяца	6 месяцев	9 месяцев
1	Диаметр пузырьков мкм	36,3±1,8	37,2±1,9	38,21±
2	Диаметр вставочной артерии мкм	40,1±2,3	43,3±2,6	43,7±1,9
3	Диаметр междольковых желчных протоков мкм	15,1±1,2	17,1±2,3	17,9±1,7
4	Синусоидальный капиллярный зазор мкм	11±1,7	12,6±2,3	12,9±1,3
5	Поверхность гепатоцитов	487,2±11,6	495,9±9,7	496,3±10,5
	Ядерная поверхность	58,91±1,88	59,7±2,1	59,9±3,4
7	Цитоплазматическая поверхность	428,29±1,6	436,2±1,3	436,4±1,5
8	Соотношение ядро/цитоплазма %	13,8±0,07	13,7±1,1	13,7±0,08
9	Отношение стромы/паренхимы %	18	19	19,5

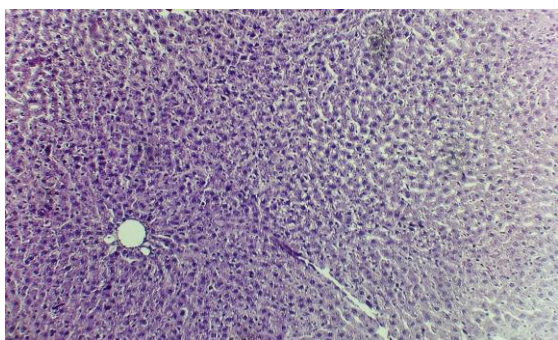


Рис. 1. Морфологическое строение печени. краска G-E. примерно 4x10 ок

1. Гепатоциты вокруг центральной вены. Расширение синусоидов от периферии к центральной вене.
2. Клетки гепатоцитов (ядра мелкие округлые, окрашены гиперхромом, цитоплазма окрашена эозинофилами).
3. Пространство в перисинусоидальной области (Диссе), клетки Купфера.
4. Расширение канала Хеппинга (Геринга) (холангиолы)

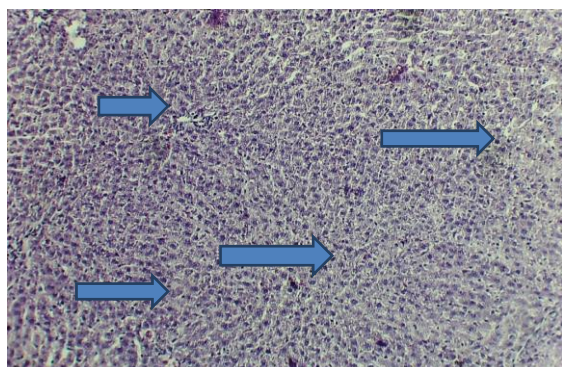


Рис. 2. Морфологическое строение печени. Краска Ван Гизон. примерно 4x10 ок

1. Стенка центральной вены редко выстлана тонким коллагеном (розового цвета).
2. Синусоиды, направленные от периферии к центральной вене.
3. Клетки гепатоцитов (мелкое округлое ядро окрашено в темный цвет, цитоплазма окрашена в желтый цвет).
4. Очень тонкие коллагеновые волокна вокруг синусоидов

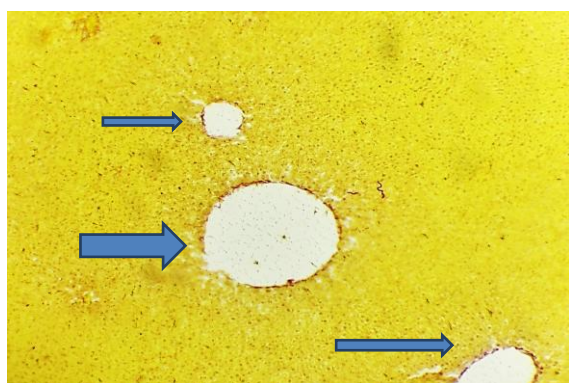


Рис. 3. Морфологическое строение печени. Краска G-E. об 4x10 ок

1. Клетки гепатоцитов (ядро более крупное, округлое, окрашено гиперхромом, цитоплазма окрашена эозинофилами).
2. Расширение пространства в перисинусоидальной области (Диссе), клетки Купфера.
3. Ямочные клетки (лимфоциты) в перисинусоидальной области

При исследовании срезов печени в 6-месячной контрольной группе диаметр вен $37,2 \pm 1,9$ мкм, артерии $43,3 \pm 2,6$ мкм, желчного протока $17,1 \pm 2,3$ мкм, форма срезов арто-триада, синусоидальное капиллярное пространство $12,6 \pm 2,3$ мкм, гепатоциты крупные, с круглыми базофильными ядрами, количество окрашенных гиперхро-

мом ядер в основном одноядерные и небольшое количество двух- и многоядерных гепатоцитов, поверхность гепатоцитов $495,9 \pm 9,7$, из них поверхность ядра $59,7 \pm 2,1$, поверхность цитоплазмы $436,2 \pm 1,6$, отношение ядра к цитоплазме $13,7 \pm 1,1\%$ и отношение стромы к паренхиме 19% . При исследовании срезов печени в 9-месячной

контрольной группе диаметр артериовенозной вены составил $38,21 \pm 1,1$ мкм, диаметр артериовенозной артерии - $43,7 \pm 1,9$ мкм, диаметр артериовенозной трубки - $17,9 \pm 1,7$ мкм, располагалась аротриада и формировалась аротриада, синусоидальное капиллярное пространство $12,9 \pm 1,3$ мкм, гепатоциты крупные, с округлыми базофильными ядрами, большая часть числа окрашенных гиперхромом ядер одноядерные, небольшое количество гепатоциты двух- и многоядерные, поверхность гепатоцитов $496,3 \pm 10,3$, из них ядерная $59,9 \pm 3,4$, количество цитоплазмы $436,4 \pm 1,5$, ядерно-цитоплазматическое отношение $13,7 \pm 0,08$ %. А отношение стромы к паренхиме составляет $19,5\%$. Микроскопически печень 3-месячных крыс характеризуется дольчатым строением. Гепатоциты долек в подавляющем большинстве случаев имеют многогранную форму. Границы клеток трудно обнаружить, а цитоплазма содержит крупные гранулы. Диаметр гепатоцитов $13,53 \pm 0,35$ мкм. Печеночные клетки располагаются неправильными рядами, расходящимися от периферии дольки к центральной вене. Ядра гепатоцитов округлые. Они имеют хорошо выраженную кариолемму и содержат хорошо видимые ядрышки и глыбки хроматина. Диаметр ядер $7,37 \pm 0,29$ мкм.

Среди печеночных клеток различают двуядерные, диаметр которых достигает $23,4$ мкм, и трехядерные, диаметром до $25,74$ мкм. Между рядами гепатоцитов находятся синусоиды, в которых в значительном количестве находятся клетки крови. Изнутри синусоиды выстланы эндотелием с овально-удлиненными гиперхромными ядрами. Средний диаметр синусоидов составляет $7,41 \pm 0,39$ мкм. Синусоиды впадают в центральные вены, внутренняя поверхность которых выстлана эндотелием с овально-удлиненными и палочковидными ядрами, густо окрашенными гематоксилином. Общее строение печени годовалых крыс сходно с таковым у 3-месячных животных. Диаметр гепатоцитов достоверно не отличается от диаметра гепатоцитов в предыдущей возрастной группе и составляет $13,4 \pm 0,31$ мкм, однако в большинстве случаев границы клеток более выражены. Выраженной разницы в диаметре ядер гепатоцитов нет. Этот показатель у годовалых животных составляет $7,18 \pm 0,18$ мкм. Но нередко обнаруживаются клетки печени, ядра которых не имеют четких контуров.

Также достоверно не различается средний диаметр синусоидов ($7,49 \pm 0,34$ мкм), который у годовалых крыс характеризуется заметно меньшим кровенаполнением. Контуров синусоидов становятся более четкими за счет большей выраженности границ окружающих их гепатоцитов. Междольковые соединительнотканые прослойки встречаются реже, чем в печени предыдущей возрастной группы.

Выводы. Печень белых крыс с возрастом претерпевает заметные морфологические изменения. Видно, что морфометрические параметры белых крыс контрольной группы относительно выше при сравнении морфометрических параметров (диаметр вен, диаметр артерий, диаметр синусоидального капилляра и диаметр центральной вены).

Литература:

- 1 Беляев Н.Н. Морфологические особенности печени новорожденных человека и лабораторных животных // Научные известия (Казахский медицинский институт). - Алма-Ата: 1962. - № 19. - С. 222 - 225.
- 2 Зайцев Т.И. Гистологическое исследование печени линейных, нелинейных и гнотобиотических крыс: автореферат дисс.канд. мед. наук. - М.: 1975. - 24 с.
- 3 Клечиков В.З., Павлова И.П. Цитофотометрический анализ ферментативной активности тироцитов и гистологического строения щитовидной железы лабораторных животных. // Труды Ленинградского научного общества патологоанатомов. - 1974. - Т. 15. - С. 245-246.
- 4 Мыжанова Г.Р. Быков В.Л. Зональные особенности строения щитовидной железы крыс. // Труды Крымского медицинского института. - 1983. - Т. 100.- С. 98-101.
- 5 Плинер Л.И. Ледовская С.М. Морфологические изменения щитовидной железы крыс в разные фазы эстрального цикла. // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. - 1975. - Т. 69. - Т. 8. - С. 86-89.
- 6 Кребс Х.А. Физиологическая роль алкогольдегидрогеназы печени. Х.А. Кребс, Дж.Р. Перкинс Биохим. Ж. - 1970. - Вып. 118. - С. 635-644.
- 7 Пурохит В. Роль железа при алкогольной болезни печени: введение и резюме симпозиума / В. Пурохит, Д. Руссо, М. Салин Алкоголь. - 2003. - Вып. 30(2). - С. 93-97.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Хамроев Х.Н., Хасанова Д.А.

Резюме. В некоторых случаях на основе морфологических изменений внутренних органов разработаны методы дифференциальной диагностики непосредственной причины смерти при одновременном влиянии на организм нескольких воздействий, каждое из которых могло явиться летальным. Постановка таких экспериментов немыслима без детального знания биологии лабораторных животных, которая, являясь важнейшей частью модельного эксперимента, до настоящего времени остается малоизученной. Мы поставили задачу изучить возрастные гистологические особенности печени беспородных лабораторных крыс.

Ключевые слова: печень, гепатоциты.

УДК: 618.2

БОЛЬШИЕ АКУШЕРСКИЕ СИНДРОМЫ – GESTАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Агабабян Лариса Рубеновна, Эльмурадова Чарос Ахмеджановна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

KATTA AKUSHERLIK SINDROMLARI-GESTACION QANDLI DIABET

Агабабян Лариса Рубеновна, Эльмурадова Чарос Ахмеджановна
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

LARGE OBSTETRIC SYNDROMES – GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Agababiyan Larisa Rubenovna, Elmuradova Charos Ahmedzhanovna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Асосий акушерлик синдромлари, яъни ерта туғилиши, ҳомила мембраналарининг ерта ёрилиши, ҳомила ўлими, преэклампси ва интраутерин ривожланишининг кечикиши. Гестацион қандли диабет она ва ҳомилада қисқа ва узоқ муддатли асоратлар билан боғлиқ. Таниқли асоратлар онада 2-типуфа диабет, ҳомиланинг тез ўсиши ва полигидрамниоз ривожланиши хавфининг ошиши ҳисобланади.

Калит сўзлар: гестацион қандли диабет, асосий акушерлик синдромлари, асоратлар.

Abstract. Major obstetric syndromes, namely premature birth, premature rupture of fetal membranes, fetal death, preeclampsia and intrauterine development delay. Gestational diabetes mellitus is associated with short- and long-term complications in the mother and fetus. Well-known complications are an increased risk of developing type 2 diabetes in the mother, accelerated fetal growth and polyhydramnios.

Key words: gestational diabetes mellitus, major obstetric syndromes, complications.

Большие акушерские синдромы (БАС), а именно преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, гибель плода, преэклампсия и задержка внутриутробного развития (СОРП), являются осложнениями более 15% беременностей, подвергая мать и плод высокому риску неблагоприятных исходов беременности. Эти осложнения беременности могут быть причиной как краткосрочных, так и долгосрочных последствий для здоровья. Термин “Большие Акушерские Синдромы” был введен Роберто Ромеро в 2009 году (Romero R. Prenatal medicine: the child is the father of the man. 1996. J Matern Fetal Neonatal Med. 2009;22:636–9), чтобы переосмыслить концепцию акушерских заболеваний, определив состояния со следующими плохими характеристиками: (1) множественная этиология, (2) длительный доклинический период, (3) адаптивный характер, (4) вовлечение плода и (5) результат сложных взаимодействий между геномом матери, плода и окружающей средой [24,25].

Гестационный сахарный диабет: заслуживает ли он упоминания среди больших акушерских синдромов?

Представляет интерес концепция патологического состояния, которое неблагоприятно взаимодействует с системой “мать-плод”, инициируя субклиническую патологию, которая прогрессирует до клинических проявлений, как предложил Roberto Romero, она была предложена также для гестационного сахарного диабета (ГСД).

Плацента представляет собой связующее звено между матерью и плодом, и в первом триместре материнская адаптация, опосредованная плацентой, обеспечивает преимущественное снабжение плаценты и плода питательными веществами. Это достигается за счет метаболического состояния, которое характеризуется относительным повышением резистентности к инсулину и анаболизмом, что связано с повышением уровня хорионического гонадотропина человека и плацентарного

лактогена человека. Это принципиальное изменение в метаболическом усвоении питательных веществ приводит к повышению уровня глюкозы после приема пищи и увеличению утилизации глюкозы плацентой, способствуя быстрому снижению уровня глюкозы натощак, сопровождающемуся повышением содержания свободных жирных кислот [2,3,10]. Несмотря на компенсаторное усиление реакции β -клеток поджелудочной железы и секреции инсулина, противоположные эффекты плацентарных гормонов, кортизола и прогестерона на метаболизм остаются прогрессирующими и преобладающими таким образом, чтобы поддержание питания плаценты/плода преобладало за счет контроля гликемии у матери. Признание того, что беременность является диабетогенным состоянием, основано на этих метаболических изменениях, которые могут превышать порог, ускоряющий развитие явного гестационного диабета [14], который рассматривается как метаболическое заболевание, при котором материнская предрасположенность и плацентарные факторы приводят к прогрессирующему нарушению толерантности к глюкозе, что приводит к вторичным последствиям для матери и плода, обычно проявляющиеся в третьем триместре. Гестационный сахарный диабет связан с краткосрочными и долгосрочными осложнениями у матери и плода. Хорошо известными осложнениями являются повышенный риск развития диабета 2 типа у матери, ускоренный рост плода и многоводие. Менее распространенными, но не менее важными являются неблагоприятные исходы для плода, такие, как его гибель, осложнения в родах, связанные с макросомией, и метаболические нарушения у новорожденных. Поздние метаболические осложнения у потомства связаны с эндотелиальной/сосудистой дисфункцией, которая впоследствии может привести к ожирению, гипертонической болезни, сахарному диабету 2 типа и метаболическому синдрому.

По крайней мере, некоторые из этих осложнений могут быть связаны с отклонениями в структуре или функции плаценты, вызванными метаболической средой матери, страдающей диабетом (Gabbay-Benziv и Baschat 2015).

Диагностические и терапевтические рекомендации по поводу ГСД основаны на данных о краткосрочных рисках, связанных с ГСД, для потомства (например, в 3,5 раза более высокий риск макросомии, повышенный риск дистонии плечевого сустава и гипогликемии) и повышенных рисках для матери (например, кесарево сечение, многоводие, индуцированная

беременностью гипертензия и преэклампсия) (Cabero Roura и Hod 2015).

В дополнение к этим клиническим соображениям следует проанализировать плацентарные эффекты нарушения метаболизма глюкозы у женщин с ГСД, хотя взаимосвязь между степенью контроля гликемии и изменениями в плаценте остается неясной. В то время как некоторые исследования подтверждают концепцию о том, что степень повреждения пропорциональна степени гипергликемии, другие показали, что даже при жестком контроле гликемии все еще существуют гистологические различия в диабетических плацентах по сравнению с недиабетическими. Макроскопически диабетическая плацента характеризуется увеличенными размерами и весом, что приводит к увеличению соотношения массы плаценты и плода [14]. В результате вышеуказанных механизмов диабетическая плацента подвергается воздействию противоположных стимулов ускорения роста, опосредованного глюкозой, и нарушенного развития сосудов с повышенным риском локальных ишемических изменений, а также несоответствия, которое может предрасполагать плод к нарушению газообмена и обмена питательных веществ [13].

При гестационном сахарном диабете значения уровня глюкозы лучше всего описывать как непрерывную переменную, и риск для плода возрастает в прямой зависимости от уровня повышения показателей материнской гликемии. Предпочтительным методом достижения контроля гликемии у женщин с ГСД является изменение образа жизни, включающее изменение рациона питания, а также физические упражнения [5,6,10]. Хотя до 50% женщин с ГСД также нуждаются в фармацевтическом вмешательстве, врачи должны решить вопрос о том, сколько времени следует отвести на изменение образа жизни для снижения уровня глюкозы у матери, прежде чем начинать прием лекарств. Несвоевременное фармакологическое вмешательство может увеличить риски для здоровья плода. Соответственно, имеются рекомендации начинать фармакологическую терапию через 2 недели после безуспешного результата мероприятий по изменению образа жизни или в случаях поздней диагностики ГСД в качестве терапии первой линии могут быть использованы пероральные гипогликемические средства, особенно глибурид и, возможно, метформин, учитывая их уровень безопасности и эффективности (Borengasser SJ, Lau F, Kang P, et al. Maternal obesity during gestation impairs fatty acid oxidation and mitochondrial SIRT3 expression in rat offspring at weaning. PLoS One. 2011;6:e24068).

Беременность у женщин с диабетом протекает сложно, несмотря на улучшение диагностики по контролю уровня глюкозы. Повышенный риск материнских, внутриутробных и перинатальных осложнений наблюдается у женщин с СД1 и СД2 по сравнению с женщинами с ГСД.

Уход за беременными женщинами с ранее существовавшим диабетом начинается еще до зачатия с консультирования и наблюдения многопрофильной командой, включающей терапевта, практикующую медсестру и акушера, предпочтительно в одном месте. Дородовое ведение направлено на “оптимальный” контроль уровня глюкозы, поскольку достижение нормогликемии, к сожалению, невозможно. Тяжелая гипогликемия у матери является частым осложнением в течение первого триместра беременности с худшим исходом в случае СД 2 типа по сравнению с СД 1 типа из-за более высокой частоты метаболического синдрома у матери.

У женщин с СД2 осложнения беременности встречаются чаще, чем у женщин с СД1, за исключением макросомии плода. Повышенная частота макросомии плода из-за увеличения веса матери требует продолжительной оценки темпов роста плода. Метаболический синдром матери, включая ожирение, также приводит к более высокой частоте гипертонической болезни во время беременности и преждевременным родам. Сроки и способ родоразрешения зависят от темпов роста плода и контроля уровня глюкозы у матери [8].

Осложнения беременности, включая выкидыш, мертворождение, гипертонивные расстройства, ГСД, преждевременные роды и СЗРП, - все это связано с повышенным риском развития СД2 в будущем, госпитализации и смерти из-за сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний. Эта связь в значительной степени связана с генетической предрасположенностью и общими патофизиологическими механизмами и изменениями. Кроме того, было показано, что риск осложнений повышен у женщин с рецидивирующими или множественными осложнениями текущей беременности. Лежащие в основе изменений структуры и функции сердца утолщение стенки сосудов, интимы, и образование атеросклеротических бляшек у этих женщин являются изменениями, которые могут быть индикаторами включения этих женщин в группу высокого риска [9]. Осведомленность об этой взаимосвязи позволила бы выявить женщин из группы высокого риска и принять профилактические меры для уменьшения частоты этих осложнений и снизить дальнейшее развитие метаболических и сердечно-сосудистых заболеваний во всем мире. Выявление женщин из

группы высокого риска и осуществление профилактических мер может оказать положительное влияние как на будущую беременность, так и на здоровье матери в долгосрочной перспективе [2,6,9].

В заключение следует представить ведущие гипотезы, которые заложили основу для современных исследований в области медицины матери и плода: гипотеза Фрейнкеля, гипотеза Педерсена (гиперинсулинемия плода) и гипотеза Баркера (электронное программирование и импринтинг внутриутробного плода). Эти гипотезы и текущие исследования демонстрируют тесную взаимосвязь между М (материнским) и F (фетальным) компонентами. Хронические заболевания матери (такие как диабет, ожирение и гипертония) предрасполагают женщин к осложнениям беременности; они оказывают серьезное влияние на плод и, благодаря механизму внутриутробного программирования, несут значительный риск долгосрочной заболеваемости для потомства и матери. Цикл уязвимости к НИЗ повторяется с нарастающим накоплением риска в последующих поколениях. Основная модель прерывания порочного круга НИЗ основана на гипотезе Николаидеса («перевернуть «диагностическую пирамиду», заложив в ее основание качественный ранний пренатальный скрининг первого триместра гестации»): раннее прогнозирование позволяет лучше предотвращать нарушения беременности.

Выявление и обеспечение надлежащего ухода за женщинами с ГСД может оказать существенное влияние на здоровье населения.

Учитывая всё вышперечисленное, а именно плацентарные и клинические последствия, потенциально влияющие на беременность, гестационный сахарный диабет может быть с полным основанием включен в число состояний, названных большими акушерскими синдромами [13].

Литература:

1. Бицадзе В.О., Макацария А.Д., Хизроева Д.Х., и др. Тромбофилия как важнейшее звено патогенеза осложнений беременности // Практическая медицина. — 2012. — № 5 (60). — С. 22–29.
2. Кудрявцева Е.В., Ковалев В.В., Баранов И.И., Угаров И.В. Прогнозирование развития больших акушерских синдромов на основании мультилокусного генетического анализа: результаты ретроспективного сравнительного когортного исследования. Вестник РАМН. 2021;76(3):244–253.
3. Кудрявцева Е.В., и др. Оценка роли некоторых генов-кандидатов в патофизиологии больших акушерских синдромов // Вестник Уральской медицинской академической науки. — 2019. — № 16 (4). — С. 432–449.
4. Макацария А.Д., и др. Беременность и гомозиготные и сочетанные формы тромбофилии у пациенток с тромботическим и акушерским отяго-

- щенным анамнезом // Тромбоз, гемостаз и реология. — 2016. — № 67 (S3). — С. 269–270.
5. Тезиков Ю.А., и др. Методология профилактики больших акушерских синдромов//Здоровье женщины, №6(132)/2018. ISSN 1992-5921, стр. 25-33
6. Хромьлев А.В., Макацария А.Д. Ожирение, метаболический синдром и тромбофилия // Акушерство и гинекология. — 2017. — № 10. — С. 27–33
7. ACOG American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 197: Inherited Thrombophilias in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018;132(1):e18–e34.
8. Cabero Roura L, Hod M. Identification, prevention, and monitoring of the “great obstetrical syndromes”. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015;29:145–9.
9. Caywer CR, et al. Hyperglycemia impairs cytotrophoblast function via stress signaling. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211:541.e1–8
10. Dessi A, Marincola FC, Fanos V. Metabolomics and the great obstetrical syndromes – GDM, PET, and IUGR. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015;29:156–64.
11. Fang Q, Jiang Y, Liu Z, et al. Systematic review and meta-analysis of the associations between maternal methyltetrahydrofolate reductase polymorphisms and preterm delivery. *J Obstet Gynaecol Res.* 2018;44(4):663–667.
12. Fattouni C, Mando C, Palmas F, et al. Preliminary metabolomics analysis of placenta in maternal obesity. *Placenta.* 2018;61:89–95.
13. Gabbay-Benziv R, Baschat AA. Gestational diabetes as one of the “great obstetrical syndromes”—the maternal, placental, and fetal dialog. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015;29:150–5.
14. Gauster M, et al. The placenta and gestational diabetes mellitus. *Curr Diab Rep.* 2012;12:16–23.
15. Giannkou K, Evangelou E, Papatheodorou SI. Genetic and nongenetic risk factors for pre-eclampsia: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018;51(6):720–730.
16. Kim C. Maternal outcomes and follow-up after gestational diabetes mellitus. *Diabet Med.* 2014;31:292–301.
17. Mando C, Anelli GM, Novielli C, et al. Impact of obesity and hyperglycemia on placental mitochondria. *Oxid Med Cell Longev.* 2018;2018:2378189.
18. Mastrolia SA, Mazor M, Loverro G, et al. Placental vascular pathology and increased thrombin generation as mechanisms of disease in obstetrical syndromes. *Perr J.* 2014;18(2):e653.
19. Mastrolia SA, Mazor M, Holberg G, et al. The physiologic anticoagulant and anti-inflammatory role of heparins and their utility in the prevention of pregnancy complications. *Thromb Haemost.* 2015;113(6):1236–1246.
20. Montgomery MK, Turner N. Mitochondrial dysfunction and insulin resistance: an update. *Endocr Connect.* 2015;4:R1–15.
21. Mrizak I, et al. Inflammation and impaired endothelium-dependant vasodilatation in non obese women with gestational diabetes mellitus: preliminary results. *Lipids Health Dis.* 2013;12:93.
22. Myatt L, Maloyan A. Obesity and placental function. *Semin Reprod Med.* 2016;34:42–9
23. Perez N, et al. Systematic review and meta-analysis of genetic association studies in idiopathic recurrent spontaneous abortion. *Fertil Steril.* 2017;107(1):150–159.
24. Rizaev J. A., Khazratov A. I., Iordanishvili A. K. Morphofunctional characteristics of the mucous membrane of the masticatory apparatus in experimental carcinogenesis // *Russian Journal of Dentistry.* — 2021. — Т. 25. — №. 3. — С. 225-231.
25. Rizaev J. A., Maeda H., Khranova N. V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // *Annals of Cancer Research and Therapy.* — 2019. — Т. 27. — №. 1. — С. 22-23.
26. Rizaev J. A. et al. The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases // *Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny).* — 2022. — Т. 25. — №. 4. — С. 40-45.
27. Solt I. The human microbiome and the great obstetrical syndromes: a new frontier in maternal-fetal medicine. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015;29:165–75.
28. Strauss JF, et al. Spontaneous preterm birth: advances toward the discovery of genetic predisposition. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(3):294–314.
29. Wang BJ, et al. Association between SNPs in genes involved in folate metabolism and preterm birth risk. *Genet Mol Res.* 2015;14(1):850–859.

БОЛЬШИЕ АКУШЕРСКИЕ СИНДРОМЫ – ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Агабабян Л.Р., Эльмурадова Ч.А.

Резюме. Большие акушерские синдромы (БАС), а именно преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, гибель плода, преэклампсия и задержка внутриутробного развития (СОП). Гестационный сахарный диабет связан с краткосрочными и долгосрочными осложнениями у матери и плода. Хорошо известными осложнениями являются повышенный риск развития диабета 2 типа у матери, ускоренный рост плода и многоводие.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет, большие акушерские синдромы, осложнения.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИК НАВИГАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ



Арзиев Исмоил Алиевич, Рустамов Сардор Улугбек угли, Нурмурзаев Зафар Нарбай угли
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА НАВИГАЦИОН ХИРУРГИЯ УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ

Арзиев Исмоил Алиевич, Рустамов Сардор Улугбек угли, Нурмурзаев Зафар Нарбай ўгли
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

APPLICATION OF NAVIGATION SURGERY TECHNIQUES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

Arziev Ismoil Alievich, Rustamov Sardor Ulugbek ugli, Nurmurzaev Zafar Narbay ugli
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ўт тош касаллиги мураккаб шаклларининг клиник хусусиятларини, ўткир деструктив холецистит муаммосининг моҳиятини ва диапевтик декомпрессия усулларининг юқори даволаш - диагностика самарадорлигини очиб берадиган адабиётлар кўриб чиқилди. Операцион - анестезиологик хавфи юқори бўлган беморларда ўткир холециститда кам инвазив ва декомпрессия аралашув усулларига кўрсатмалар ҳамда ягона консенсус йўқлиги қайд этилган.

Калим сўзлар: Ўткир холецистит, навигация жарроҳлиги, операцион – анестезиологик хавф.

Abstract. A review of the literature is presented, revealing the clinical features of complicated forms of cholelithiasis, the essence of the problem of acute destructive cholecystitis and the high therapeutic and diagnostic effectiveness of diapeutic decompression techniques. It is noted that there is no consensus on the indications for use and the method of minimally invasive decompression intervention for acute cholecystitis in patients with high surgical and anesthetic risk.

Key words: Acute cholecystitis, navigation surgery, surgical and anesthetic risk.

Одним из наиболее распространённых и достоверных методов диагностики заболеваний желчного пузыря является ультразвуковое исследование (УЗИ). Принцип работы диагностических ультразвуковых приборов заключается в следующем: объект подвергают воздействию направленного ультразвукового луча и регистрируют эхосигналы, отраженные от границы двух сред с различной акустической плотностью [14]. Простота, безопасность, возможность обследования большого неограниченного числа раз независимо от тяжести его состояния делает УЗИ незаменимым в диагностике острого холецистита. Первое сообщение об использовании сонографии в выявлении заболеваний желчного пузыря появилось в 1950 г. [5]. Эхоэмиотика острого холецистита при желчекаменной болезни хорошо разработана и базируется на выявлении изменений структуры стенки

желчного пузыря, его размеров, внутренней среды, паравезикальных тканей, выявлении реакции лимфатической системы в виде локального лимфаденита.

Преимущество метода УЗИ в его неинвазивности, простоте и отсутствии противопоказаний. Использование УЗИ в клинике острого холецистита поставило диагностику этого заболевания на качественно новый уровень, позволило не только констатировать факт наличия холецистолитиаза, но и оценивать характер патологических изменений в желчном пузыре и панкреатобилиарной зоне. Ряд отечественных и зарубежных авторов оценивают достоверность УЗИ в диагностике острого холецистита в 95,4-99,6% [3,14].

К наиболее типичным ультразвуковым признакам острого холецистита относят: увеличение размеров желчного пузыря (более 10 см в длину и

4 см в ширину), утолщение стенок (свыше 3 мм), удвоение и нечёткость контуров его стенок, наличие в просвете гиперэхогенной взвеси и фиксированных в шейке конкрементов, признаки острых перевезикальных изменений (в печени и окружающих тканях) [5]. Разработка методов диагностики форм воспаления желчного пузыря и достоверных критериев в дооперационной оценке морфологических изменений в стенке желчного пузыря, окружающих его тканей и желчных протоков стали разрешающими в проблеме выбора лечебной тактики и метода хирургического пособия [4,7,14].

Сонография органов панкреато-билиарной зоны при остром холецистите является необходимым и достаточным методом объективной диагностики этой патологии. Вместе с тем, фактором, существенно затрудняющим трактовку выявляемых эхосимптомов, является отсутствие общепринятой ультразвуковой классификации острого холецистита, что негативно сказывается на принятии лечебно-тактических решений [5].

При анализе литературы выявляются две тенденции в описании ультразвуковой семиотики ОХ. Первая – это попытка поставить в прямое соответствие выявляемым ультразвуковым признакам конкретную морфологическую форму воспаления желчного пузыря. Например, указывается, что «двойной контур» стенки желчного пузыря является симптомом, характерным для флегмонозного холецистита [3]; «гепатизация» его просвета считается признаком эмпиемы [5]. Надёжным симптомом деструкции считают удвоение контуров стенки желчного пузыря, её утолщение. При выявлении этого симптома гангренозный холецистит обнаруживают в 38% [5]. Традиционным является также дифференцировка морфологических форм ОХ по сонографически измеряемой толщине стенки желчного пузыря. Многие авторы полагают, что при толщине стенки 6 мм имеет место деструктивная форма холецистита. При этом информативность УЗИ в определении различных форм острого холецистита оценивается в 93,1-98,4 % [15]. В последнее время пристальное внимание уделяется выявлению признаков острого воспаления непосредственно в стенке желчного пузыря, индикатором чего считают гиперваскуляризацию стенки, а также регистрируемое с помощью цветной и спектральной доплерографии увеличение скорости кровотока по ее сосудам. Однако данные об эффективности этой методики требуют дальнейшего изучения.

Вторая тенденция – попытка уйти от конкретизации морфологии в сторону синдромной диагностики, что более важно клинически, поскольку предполагает конкретные однозначно определяемые лечебные мероприятия и их срок.

Многими отечественными исследователями высоко оценивается классификация В.М. Буянова и соавт. [5], предлагающая выделение 4 эхосиндромов (классов) острого холецистита:

1. Острый холецистит без деструкции стенки.
2. Острый деструктивный холецистит без внепузырных осложнений.
3. Острый деструктивный холецистит с перевезикальным инфильтратом, абсцессом.
4. Острый деструктивный холецистит с перитонитом.

Данная классификация в достаточной степени отражает клиническую значимость ЭХО-симптомов ОХ и позволяет создавать обоснованные тактические схемы и алгоритмы лечения пациентов [5]. В некоторой степени классификация В.М. Буянова соответствует клинической классификации Б.А. Королева и Д.Л. Пиковского [10]. Так I класс ОХ без деструкции стенки ЖП соответствует острому простому холециститу, а II и III классы соответствуют острому обтурационному холециститу с вариантами водянки и/или эмпиемы. Руководствуясь приведенной классификацией С.В. Иванов и соавт. [5] приняли активную тактику ведения больных старше 60 лет. Авторы всем больным ОХ старше 60 лет выполняли чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию под сонографическим наведением.

Разрешающим фактором, ликвидирующим интравезикальную гипертензию и сам субстрат гнойного воспаления, может стать пункция с последующей аспирацией содержимого и дренированием желчного пузыря при остром обтурационном холецистите [1,2,17].

Малоинвазивные манипуляции под ультразвуковым контролем в литературе обозначаются терминами ультразвуковая диалевтика или навигационная хирургия. Навигационная пункционная хирургия под контролем УЗИ – новое направление в малоинвазивной хирургии, позволяющее излечивать некоторые заболевания органов брюшной полости без рассечения покровов. При остром холецистите применяются декомпрессивные вмешательства под контролем УЗИ или при лапароскопии. Впервые об успешном применении чрескожной чреспеченочной микрохолецистостомии под сонографическим наведением (ЧЧМХС) сообщили М. Makuuchi и соавт. в 1998 году, в нашей стране стали классическими работы Ш.И. Каримова и его школы [6,13,16].

Используемые методики чрескожной пункции желчного пузыря (ЖП) основываются на соблюдении двух правил [5]: 1) пункционный канал должен проходить через ткань печени; 2) пункция стенки ЖП должна производиться в ее внебрюшинной части со стороны ложа ЖП. Соблюдение

этих условий необходимо для исключения подтекания желчи из отверстия в стенке ЖП.

Более эффективным и, менее опасным вмешательством по сравнению с пункцией желчного пузыря под контролем лапароскопии стала микрохолецистостомия под контролем УЗИ. Преимущество микрохолецистостомии перед однократной санационной пункцией желчного пузыря состоят в следующем:

1. Постоянно функционирующий дренаж желчного пузыря позволяет добиться стихания острого воспалительного процесса даже в тех случаях, когда однократная пункция, включая внутрисполостное введение антибиотиков, оказывается неэффективной.

2. Наличие катетера в желчном пузыре позволяет контролировать содержимое желчного пузыря в различные сроки после вмешательства, оценивая тем самым динамику явлений острого воспаления желчного пузыря.

3. Введение контрастного вещества по микрохолецистостоме и последующее рентгеновское исследование позволяют выявить наличие холелитиаза и, при необходимости, определить причину механической желтухи.

4. Микрохолецистостома может быть использована для подведения в полость желчного пузыря литолитических препаратов с последующим удалением через дренаж продуктов растворения желчных конкрементов [9].

В то же время ультразвуковые манипуляции значительно легче переносятся тяжелыми больными, менее травматичны и требуют для своего выполнения меньше времени, что в ряде случаев позволяет применять их у нетранспортабельных больных прямо в палате.

В.Г. Ившин с соавт. [6] полагают, что диагностическая ценность данной операции чрезвычайно высока и позволяет построить дальнейшую программу обследования и лечения пациента не опасаясь за прогрессирование воспалительного процесса в желчном пузыре и/или нарастания желтухи (при наличии таковой), т.к. микрохолецистостома позволяет длительно и адекватно декомпрессировать желчный пузырь и через него весь желчный тракт.

В настоящее время во многих клиниках выполняются различные варианты диаплевтических операций. Так, Р.Б. Мумладзе [2] сообщает о том, что на базе хирургических отделений Городской клинической больницы им. С. П. Боткина (Москва) ежегодно проводится более 700 подобных операций, которые стали методом выбора в лечении целого ряда экстренных заболеваний органов брюшной полости.

С целью декомпрессии желчного пузыря используются три методики: одномоментная пункционная санация (ОПС), катетеризация по

методике Сельдингера и ЧЧМХС по методике стилет-катетера. Сегодня в декомпрессивных операциях предпочтение отдается чрескожной чреспеченочной микрохолецистостомии под ультразвуковым наведением. При относительной простоте и малой инвазивности ЧЧМХС у 94% больных удается быстро купировать воспалительно-деструктивные изменения в желчном пузыре.

Существуют методики применения специальных пункционных датчиков и насадок, позволяющих виртуально моделировать направление и глубину предполагаемой чрескожной пункции; но существуют и методики навигационных вмешательств способом «свободной руки». Некоторые хирурги утверждают, что выполнение манипуляций методом «свободной руки» является наиболее мобильным и позволяющим на любом этапе менять траекторию движения иглы в необходимом направлении [5].

Санационные методики, применяемые под эхоsonoграфическим контролем, позволяют отказаться от необходимости экстренной операции и получить возможность предоперационной подготовки. Разрыв патогенетического звена внепузырных осложнений, прогрессирования деструкции стенки желчного пузыря и развития перитонита посредством микрохолецистостомии создаёт возможность коррекции сопутствующей патологии. Всё это способствует выполнению холецистэктомии в плановом порядке. Таким образом, многие хирурги считают целесообразным включение навигационных диаплевтических методик в алгоритм этапного хирургического лечения больных ОХ.

Учитывая высокую лечебно-диагностическую эффективность, а также очевидные преимущества диаплевтических декомпрессивных методик, становится очевидной перспективность их использования именно у пациентов старших возрастных групп. Однако четкого единого мнения о показаниях к использованию, а также способу миниинвазивного декомпрессионного вмешательства в настоящее время нет. Так, ряд авторов считает достаточным применения пункционных методов; предлагаются различные методики облитерации желчного пузыря. Отмечается и скептическое отношение хирургов к данным методикам с указанием на высокую частоту рецидивов заболевания и снижением качества жизни больных. Таким образом, роль и место навигационной хирургии ОХ у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском недостаточно освещены в литературе и требуют дальнейшего изучения.

Литература:

1. Брискин Б.С., Ламидзе О.В., Гудков А.Н. Острый холецистит у пожилых // Неотложная хирур-

гия: матер. пленума проблемной комиссии. Москва – Пятигорск, 2005. С. 22-25.

2. Выбор тактики и метода хирургического лечения у больных с острым калькулезным холециститом / Р.Б. Мумладзе [и др.] // *Анналы хирургии*. 2010. № 6. С. 50-56.

3. Желчно-каменная болезнь / С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулутко, М.И. Прудков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 178 с.

4. Затевахин И.И. Цициашвили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. Острый холецистит: диагностика и лечение // *Вестн. РГМУ*. 2000. № 3. С. 21-26.

5. Иванов С.В., Охотников О.И. Место УЗИ-диагностики в хирургической тактике при остром холецистите: метод. разработки. Курск: КГМУ, 1998. Режим доступа: <http://surgery1.kursknet.ru/texts/sonogr.htm>

6. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. Тула: Гриф и К, 2000. 312 с.

7. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. М.: Видар-М, 2004. 199.

8. Каримов, Ш.И., Хакимов, М.Ш., Адылходжаев, А.А., Рахманов, С.У., Хасанов, В.Р. Лечение осложнений чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периапулярными опухолями // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2018. – Т. 20. – № 3. – С. 68-74.

9. Клинико-экспериментальное обоснование способов мукоклазии желчного пузыря при лечении холецистостомированных больных / П.М. Назаренко [и др.] // *Вестн. экспериментальной и клинической хирургии*. 2010. Т. 3, № 1. С. 35-43.

10. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М.: Медицина, 1990. 240 с.

11. Ризаев Ж. А., Нурмаматова К. Ч., Тухтаров Б. Э. Организация лечебно-профилактической по-

мощи при аллергических заболеваниях у детей // *ББК*. – Т. 51. – С. 113.

12. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // *Достижения науки и образования*. – 2022. – № 1 (81). – С. 75-79.

13. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2019. – № 4 (1). – С. 338-342.

14. Minimally invasive treatment of cholelithiasis in the elderly / N. Gulla [et al.] // *Minerva Chir*. 2001. Vol. 56 (3). P. 223-228.

15. Percutaneous cholecystostomy is an effective treatment option for acute calculous cholecystitis: a 10-year experience / J. Kirkegard, T. Horn, S.D. Christensen [et al.] // *Scand. J. Surg*. 2015. URL: <http://sjs.sagepub.com/content/early/2015/01/07/1457496914564107.long>

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИК НАВИГАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Арзиев И.А., Рустамов С.У., Нурмурзаев З.Н.

Резюме. Представлен обзор литературы, раскрывающий особенности клиники осложненных форм желчнокаменной болезни, суть проблемы острого деструктивного холецистита и высокой лечебно-диагностической эффективности диапневтических декомпрессионных методик. При этом отмечено, что нет единого мнения о показаниях к использованию а также способу миниинвазивного декомпрессионного вмешательства при остром холецистите у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Ключевые слова: Острый холецистит, навигационная хирургия, операционно-анестезиологический риск.

ДЕКОМПРЕССИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ



Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич, Саидов Шухрат Абдунасимович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎТКИР ХОЛАНГИТ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЯХШИ СИФАТЛИ МЕХАНИК САРИҚЛИКДА ДЕКОМПРЕССИВ АРАЛАШУВЛАР

Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич, Саидов Шухрат Абдунасимович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

DECOMPRESSIVE INTERVENTIONS FOR OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF BENIGN GENESIS COMPLICATED WITH ACUTE CHOLANGITIS

Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich, Saidov Shukhrat Abdunasimovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада яхши сифатли механик сариқликни даволашга бағишланган замонавий адабиётларнинг шарҳи келтирилган..

Калит сўзлар: ўтқир холангит, механик сариқлик, ўт йўллари декомпрессияси.

Abstract. The article provides a review of modern literature on the treatment of obstructive jaundice of benign origin.

Key words: acute cholangitis, obstructive jaundice, decompression of the biliary tract.

За более чем два века изучения механической желтухи доброкачественного генеза осложненной острым холангитом как самостоятельной нозологической единицы, вопрос хирургического лечения всегда оставался основным в определении тактики ведения пациентов. Взгляды хирургов менялись параллельно с развитием медицинской науки и хирургических технологий. Самые ранние упоминания о положительном влиянии декомпрессии желчных путей на исход холангита принадлежат С.П. Федорову. (1913). Долгое время (до 80 х годов двадцатого столетия) неотложные вмешательства при холангите были открытыми, сопряженными со значительной хирургической травмой, поэтому. Непосредственные результаты лечения значительный период времени оставались 38 неудовлетворительными [2]. С появлением эндоскопических и антеградных методов декомпрессии билиарного тракта, ситуация существенно изменилась.

Все пациенты с подозрением на острый холангит потенциально требуют выполнения дренирования желчных протоков. Самый неоднознач-

ный вопрос выполнения декомпрессивных вмешательств, это, конечно, сроки и методы их проведения. Так, некоторые авторы сообщают, что у больных, кто отвечает на консервативную терапию, вмешательство может быть отложено до 72 часов. Приблизительно 10-15% пациентов не в состоянии в течение 12-24 часов ответить положительно на проводимое лечение или их состояние ухудшается после начальной медикаментозной терапии и тогда они нуждаются в срочной желчной декомпрессии. Задержка выполнения декомпрессивных мероприятий в этой ситуации увеличивает шанс неблагоприятного результата исхода заболевания [14,18].

В Токийских рекомендациях 2018 года (TG18) по лечению острого холангита также было сделано несколько уточнений, касающихся временных рамок лечения больных. Так, рекомендуется оценивать состояние пациента при вероятном диагнозе острого холангита каждые 6-12 часов, а оценка по критериям степени тяжести холангита должна проводиться в течение 24 часов после постановки диагноза и повторяться в тече-

ние следующих 24-48 часов [13,15]. Эти уточнения безусловно направлены на оптимальный выбор сроков и объемов первичных вмешательств. Так, для пациентов с легким холангитом (Grade I), показаны декомпрессивные вмешательства, если в течение 24 часов не наблюдается ответа на консервативное лечение. При холангите средней степени тяжести (Grade II) рекомендуется производить неотложные операции вместе с началом консервативной терапии. Также обоснована необходимость экстренной билиарной декомпрессии у больных с холангитом тяжелой степени (Grade III), причем с одновременным началом интенсивной терапии в условиях ОРИТ. Подчеркивается что, если в 39 лечебном учреждении первичная неотложная декомпрессия желчевыводящих путей не может быть выполнена из-за отсутствия технической возможности или квалифицированного персонала, необходимо в экстренном порядке организовать перевод пациента в специализированный стационар. Таким образом, целесообразно принимать координационные меры по маршрутизации больных с подозрением на острый холангит в клинические центры с доступными возможностями экстренных билиарных вмешательств.

Безусловно, основное значение в результатах лечения острых холангитов принадлежит этапному хирургическому лечению. При этом выбор метода дренирования желчевыводящих протоков должен быть обусловлен оценкой уровня и характера билиарного блока, степени тяжести состояния пациента и выраженности коморбидной патологии. Каждый способ имеет свои преимущества и недостатки, а также свой спектр осложнений.

Ведущее значение в настоящее время принадлежит различным вариантам эндоскопических декомпрессивных вмешательств. Самая распространенная операция для устранения билиарного блока – эндоскопическая папиллосфинктеротомия. В период с 1985 по 1991 год эта операция буквально произвела «переворот» в лечении осложнений ЖКБ. Существенно сократились сроки госпитального лечения, число открытых вмешательств, количество послеоперационных осложнений и летальности. Однако, несмотря на более чем полувековой опыт применения, даже в специализированных центрах не удается добиться снижения уровня послеоперационных осложнений после ЭПСТ ниже 8,4-10% [4,8].

Согласно последним исследованиям, оптимально для декомпрессии желчных путей при остром холангите использовать назобилиарное дренирование или стентирование желчных протоков [11,16].

Во время ЭПСТ производится рассечение большого дуоденального сосочка, что само собой является условием для произвольного отхождения

мелких конкрементов и сладжа. При помощи корзинок Dormia выполняют литоэкстракцию. При невозможности произвести извлечение камня ввиду большого его размера, обычно прибегают к механической литотрипсии. Реже используется лазерная, ударно-волновая литотрипсия. Указанные манипуляции являются самыми распространенными в лечении холедохолитиаза, как причины острого холангита. Вместе с тем выполнение эндоскопических оперативных вмешательств становится довольно непростой задачей при так называемых «трудных» формах холедохолитиаза, к которым относят крупный размер, звездчатую форму и внутривнутрипеченочное расположение конкрементов, нарушения анатомических соотношений в гепатопанкреатобилиарной зоне, холецистохоледохеальные свищи и другие [1,9]. Некоторые авторы рекомендуют к сложному холедохолитиазу относить еще и случаи затруднительной постановки диагноза холедохолитиаза. Ретроградные вмешательства в перечисленных обстоятельствах могут осложниться острым панкреатитом, перфорацией общего желчного протока или двенадцатиперстной кишки, вклиниванием инструментов, а также отрывом их частей [5]. Одновременно, существуют работы, подтверждающие безопасность выполнения эндоскопических литоэкстракций в «трудных» случаях при выполнении комплекса приемов и модификации хирургической техники. Становится очевидным, что возможности ретроградных вмешательств при остром холангите доброкачественной этиологии требуют переоценки в потенциально опасных случаях с обоснованием использования операций, сопряженных с меньшим периоперационным риском. Тем не менее, анализу ограничений использования ретроградных вмешательств и поиску альтернативных хирургических вариантов в литературе уделено недостаточное внимание.

Конкурируют по значимости с ретроградными чрескожные чреспеченочные операции. Наиболее часто используют вмешательства через правую долю печени. При этом пункцию внутривнутрипеченочных (сегментарных или субсегментарных) желчных протоков выполняют иглой Хиба. При дистальном уровне билиарного блока на первом этапе манипуляцию в большинстве ситуаций заканчивают наружным желчеотведением. При проксимальном уровне билиарного блока предпочтительным считается супрапапиллярное наружное дренирование одним или несколькими дренажами в зависимости от степени разобщения долевых, секторальных или сегментарных протоков (рекомендуется использовать от 1 до 5 дренажей 8–8,5 Fr) [6,9]. Наружный дренаж при дистальном уровне билиарного блока оставляют, если не удастся реканализировать стриктуру. При проксимальном же уровне билиарного

блока наружновнутреннее дренирование через БДС достоверно более часто приводит к гемобилии, чем стандартное наружное или наружновнутреннее супрапапиллярное дренирование [10]. Несмотря на то что ЧЧХС является минимально инвазивным способом желчеотведения, она связана с риском развития определенных осложнений, о которых нужно помнить при подготовке к выполнению манипуляции. Знание всего диапазона возможных осложнений, принятие профилактических мер по их предотвращению, а также своевременная диагностика позволяют уменьшить тяжесть последствий этих осложнений. В мировой литературе наиболее грозными осложнениями, связанными непосредственно с манипуляцией, названы геморрагические – от 0,8 до 9%. Это обусловлено в первую очередь тем, что в большинстве клиник доступ в протоки осуществляют только под рентгеноскопическим контролем. Применение же УЗИ для осуществления доступа даже в нерасширенные желчные протоки позволяет существенно облегчить выполнение манипуляции и уменьшить риск развития осложнений [10]. Анализ представленных результатов показал, что геморрагические осложнения в основном были обусловлены коагулопатией вследствие печеночной недостаточности на фоне продолжительной желтухи. Среди осложнений, связанных с дренажом, наиболее частым является его дислокация. Как правило, это относится к наружному дренированию и вызвано несколькими факторами. Во-первых, малое расстояние от точки “входа” в проток до стриктуры, что чаще наблюдается при проксимальном уровне блока. Профилактикой может быть пункция более проксимальных отделов билиарного тракта (сегментарных или субсегментарных). Во-вторых, двигательная активность пациента, что также может привести к смещению дренажа. По-видимому, в течение нескольких суток после дренирования следует рекомендовать больным избегать резких изменений положения тела и придерживаться постельного режима. Наружновнутренние дренажи, как транспапиллярные, так и супрапапиллярные, смещаются реже, поскольку они более плотно фиксированы в области стриктуры. В целом общая доля больных с дислокацией дренажа составляет 3,3–22,6% [3,7].

A. Weber и соавт. (2017), показали, что наружновнутреннее дренирование не является дополнительным фактором риска развития осложнений ЧЧХС. Высокая частота гнойных осложнений холангита при таком виде дренирования связана с возможным нарушением пассажа по двенадцатиперстной кишке у пациентов с опухолевым поражением головки поджелудочной железы, что увеличивает риск контаминации желчи [10]. В последние годы показания к транспапиллярной ус-

тановке дренажа существенно ограничились. Если избежать такого способа дренирования невозможно, очевидно, следует проводить постоянную терапию прокинетиками.

Считается, что при дистальном уровне блока на первом этапе лечения предпочтительным является наружное дренирование, если есть трудности или невозможно осуществить эндоскопический доступ. В последующем чрескожный доступ может быть использован для антеградного стентирования опухолевой стриктуры или технологии “рандеву”. Кроме того, наружный дренаж уменьшает риск несостоятельности БДА при выполнении последующего радикального хирургического вмешательства. Прогрессирование холангита, как осложнение ЧЧХС при проксимальном уровне блока развивается, как правило, вследствие попадания контрастного препарата в плохо дренируемые сегменты печени при их частичном разобщении. Прогрессирующий холангит, а также медленное уменьшение уровня билирубина являются поводом для установки дополнительных дренажей. Соответственно, чем выше уровень стриктуры по Bismuth–Corlette, тем больше вероятность развития инфекционных осложнений и необходимости дренирования долей, сегментов, секторов и формирующихся при дислокации дренажей ограниченных жидкостных скоплений (желчи, гноя). Считается принципиальной при проксимальном уровне блока установка супрапапиллярных наружновнутренних дренажей. Это позволяет существенно уменьшить риск холангита, панкреатита и дислокации дренажа при сохраненной функции сфинктера Одди. Попадание желчи в плевральную полость (билоторакс) как осложнение ЧЧХС при правостороннем доступе в желчные протоки не является редкостью, согласно данным литературы. Осложнение обусловлено проведением пункции через край плеврального синуса. Поэтому при низком расположении синуса для доступа необходимо отдавать предпочтение V и VI сегментам, а при пункции VII или VIII сегментарных протоков иглу следует проводить “снизу вверх” перпендикулярно стенке протока, что уменьшает риск развития этого осложнения. В послеоперационном периоде требуется активный ультразвуковой контроль объема жидкости в правой плевральной полости и при необходимости дренирование под контролем УЗИ. Парадренажные инфекции мягких тканей связаны с бужированием пункционного канала в условиях инфицированной желчи. Чаще всего это происходит после предварительных попыток эндоскопической билиарной декомпрессии, которые способствуют развитию анаэробного холангита. В таких ситуациях необходим тщательный ежедневный контроль состояния кожи вокруг дренажа и своевременные дренирующие вмешательства.

Таким образом, ЧЧХС является высокоэффективным методом билиарной декомпрессии при остром холангите, независимо от причины и уровня блока. Однако, общее число осложнений ЧЧХС зависит от уровня билиарного блока: чем выше блок, тем больше осложнений. Большинство своевременно выявленных осложнений может быть устранено малотравматичными вмешательствами. В качестве способа антеградного желчеотведения предпочтение следует отдавать супрапапиллярному наружновнутреннему либо наружному дренированию при проксимальном блоке и исключительно наружному дренированию при дистальном (в качестве первого этапа). От транспапиллярного дренирования следует воздержаться для уменьшения числа осложнений.

Интересны данные недавних исследований Iqbal U и соавт., которые показали значимость ранней (экстренной) декомпрессии желчевыводящих путей при остром холангите [12]. Однако, следует отметить, что экстренной декомпрессией авторы считали процедуры, выполненные в период до двух суток, поэтому, за критический был взят временной интервал в 48 часов от поступления пациентов. Оценивалось влияние экстренного декомпрессивного вмешательства на 30-дневную летальность. Несмотря на неоднородность групп пациентов, обращается внимание на достоверное снижение риска неблагоприятного исхода в группе пациентов с экстренной декомпрессией билиарного тракта в отличие от неотложного вмешательства (позднее 48 часов). Ряд авторов придерживаются мнения, что малоинвазивные процедуры во всех группах пациентов с острым холангитом должны быть выполнены в течение 24 часов. Так M. Tan, O.V. Schaffalitzky de Muckadell с соавт. (2018) сообщают о существенном снижении продолжительности госпитального периода лечения в группах пациентов, которые подверглись декомпрессивным эндоскопическим вмешательствам в период до суток от момента поступления [17]. К тому же, в ряде работ показано, что задержка выполнения оперативного лечения, направленного на устранение нарушения оттока желчи более 24-48 часов способствует увеличению средней общей стоимости лечения больных, увеличивает частоту повторной госпитализации в течение 30 суток после выписки и способствует увеличению нагрузки на медицинские организации [12,17].

Затрагивая тему декомпрессивных вмешательств у больных с острым холангитом, нельзя не рассмотреть вопрос влияние темпа желчной декомпрессии на исход лечения. Ряд авторов указывает на необходимость длительного контролируемого оттока желчи для профилактики острой печеночной недостаточности в послеоперационном периоде. Показаны лучшие результаты лече-

ния пациентов при дозированной декомпрессии с применением назобилиарного дренирования в сравнении с неконтролируемым стремительным желчеоттоком при стентировании общего желчного протока.

Литература:

1. Алексеев, Н. А. Интраоперационная антеградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия в лечении осложнённой желчнокаменной болезни. / Н. А. Алексеев, А. И. Баранов, Ю. В. Снигирев // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2015. – Т. 55, № 4. – С. 21-26.
2. Алиев, Р. К. Непреднамеренные травмы желчевыводящих протоков: пути профилактики и лечения / Р. К. Алиев [и др.] // Вестник Российской Военно-Медицинской Академии. – 2021. – Т. 75, № 3. – С. 55-60.
3. Альперович, Б. И. Руководство по хирургии желчных путей / Б. И. Альперович [и др.] ; под ред. Э. И. Гальперина, П. С. Ветшева. - 2-е изд. - Москва : Видар-М, 2009. - 559 с.
4. Ахаладзе, Г. Г. Клинические стадии острого гнойного холангита / Г. Г. Ахаладзе, Н. Ф. Сузовлев, Г. Р. Сакеварашвили [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 1997.- Т.2.- С.103-109.
5. Бебуришвили, А. Г. Эндоскопические транспапиллярные методы диагностики и лечения у больных механической желтухой, осложненной острым холангитом / А. Г. Бебуришвили, Е. Н. Зюбина, В. В. Мандриков [и др.] // Вестник ВолгГМУ. – 2010. Т. 35, №3. – С. 39-42.
6. Земсков, В. С. Классификация форм холангита / В.С. Земсков, М. Е. Шор-Чудновский, А. Ф. Макеев // Клиническая хирургия. – 1986. - №9. – С. 17-20.
7. Котив, Б. Н. Современная тактика лечения острого холангита и билиарного сепсиса / Б. Н. Котив, И. И. Дзидзава, А. Н. Бельских [и др.] // Журнал неотложная хирургия им. И.И. Джанелидзе. - 2021. - № S2. – С.38-39.
8. Охотников, О. И. Транспапиллярные миниинвазивные вмешательства при холедохолитиазе / О. И. Охотников, С. Н. Григорьев, М. В. Яковлева // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16. - №1. – С. 58-62.
9. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход //Журнал " Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.
10. Рузбойзода, К. Р. Диагностика и хирургическая тактика при гепатолитиазе / К. Р. Рузбойзода, М. К. Гулзода, Б. И. Сафаров // Вестник Национального медико-хирургического

Центра Им. Н.И. Пирогова. 2021. – Т. 16, № 4. – С. 46-50.

11.Святненко, А. В. Антеградная декомпрессия билиарного тракта у больных острым холангитом в многопрофильном стационаре скорой помощи / А. В. Святненко, Г. В. Мартынова, А. В. Осипов [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2018. – Т. 13, № 2. – С. 58-61

12.Федоров, В. Э. Тактика ведения больных с осложнениями желчекаменной болезни, проявляющимися механической желтухой в зависимости от ее стадии / В. Э. Федоров, Б. С. Харитонов, А. Д. Асланов [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2020. - Т.15, № 3-2. – С. 42-50.

13.Цвиркун, В. В. «Резолюция пленума правления ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ «Минимально инвазивные технологии в лечении механической желтухи» 29-30 апреля 2019 года, Ереван, Армения» / В. В. Цвиркун, И. М. Буриев, В. П. Глабай, П. С. Ветшев, А. В. Андреев // Анналы хирургической гепатологии. - 2019. - №2(24). - С. 124-127.

14.Arezzo, A. Laparoendoscopic rendezvous reduces perioperative morbidity and risk of pancreatitis. / A.

Arezzo, N. Vettoreto, F. Famiglietti [et al.] // Surgical Endoscop. – 2012. - Vol.27. - P. 1055 - 1060.

15.Arrivé, L. Magnetic resonance cholangiography: Current an future perspectives. / L. Arrivé, M. Hodoul, A. Arbache [et al.] // Clinic and research in hepatology and gastroenterology. – 2015. – Vol. 39-6, P. 659-64.

16.Ayantunde, A. A. Gallstone Ileus: Diagnosis and Management. / A. A. Ayantunde, A. Agrawal // World Journal of Surgery, 2007. – Vol. 31. – P. 1294-1299.

17.Beltrán, M. A. Mirizzi syndrome and gallstone ileus: An unusual presentation of gallstone disease / M. A. Beltrán, A. Csendes // Journal of Gastrointestinal Surgery. – 2007. – Vol. 9. – P. 686-689.

18.Beoy J. H. Acute cholangitis. / J. H. Beoy, L. W. Way // Ann Surg. – 1980. – Vol. 191. – P. 264–270

**ДЕКОМПРЕССИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА
ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ**

Бабажанов А.С., Саидов Ш.А.

Резюме. В статье приведен обзор современной литературы посвященной лечению механической желтухи доброкачественного генеза.

Ключевые слова: острый холангит, механическая желтуха, декомпрессия желчевыводящих путей.

ОБЗОР ФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ



Бахритдинова Фазилат Арифовна¹, Нарзикулова Кумрижон Исломовна¹,

Эгамбердиева Машхура Эгамбердиевна², Бобоев Саидавзал Абдурахмонович²

1 – Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БИРЛАМЧИ ОЧИҚ БУРЧАКЛИ ГЛАУКОМАНИ ДАВОЛАШДА ФИКСАЦИЯЛАНГАН КОМБИНАЦИЯЛАРНИ КЎРИБ ЧИҚИШ

Бахритдинова Фазилат Арифовна¹, Нарзикулова Кумрижон Исломовна¹,

Эгамбердиева Машхура Эгамбердиевна², Бобоев Саидавзал Абдурахмонович²

1 – Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

REVIEW OF FIXED COMBINATIONS IN THE TREATMENT OF PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Bakhritdinova Fazilat Arifovna¹, Narzikulova Kumrijon Islomovna¹,

Egamberdieva Mashkhura Egamberdievna², Boboev Saidavzal Abdurakhmonovich²

1 - Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: mashkhura.egamberdiyeva@mail.ru

Резюме. Глаукомани даволашда бирламчи терапия маҳаллий дори терапияси ҳисобланади. Глаукома билан оғриган кўплаб беморлар кўз ички босимини етарли даражада назорат қилишлари учун бир нечта дори-дармонлар керак бўлади. Кўз ички босимини назорат қилиш учун бир нечта дори-дармонларни талаб қиладиган беморлар учун фиксацияланган комбинациялар қулайлик, самарадорлик ва хавфсизликни таъминлайди. Ушбу мақола офтальмогипотензив дориларининг замонавий фиксацияланган комбинацияларидан фойдаланишнинг роли, самарадорлиги, таъсир механизми ва кўрсаткичларини умумлаштиради. Мақолада кундалик клиник амалиётда фиксацияланган комбинацияларни буюришнинг афзалликлари ва камчиликлари кўрсатилган.

Калит сўзлар: глаукома; даволаш; дорилар.

Abstract. The main therapy in the treatment of glaucoma is local drug therapy. Many patients with glaucoma will need several medications to adequately control the internal pressure in the eye. For patients who require multiple medications to control internal eye pressure, fixed combinations provide comfort, efficacy and safety. This article summarizes the role, effectiveness, mechanism of action and indicators of the use of modern fixed combinations of ophthalmic antihypertensive drugs. The article shows the advantages and disadvantages of prescribing fixed combinations in everyday clinical practice.

Key words: glaucoma; treatment; medications.

Начало медикаментозной терапии впервые диагностированной глаукомы обычно желательно начинать с одного антиглаукомного препарата [1]. Местная медикаментозная терапия остается терапией первой линии в лечении глаукомы, но продолжительная монотерапия часто не позволяет контролировать внутриглазное давление (ВГД). Начальная монотерапия не позволяет контролировать ВГД в течение первых двух лет лечения

примерно у 50% пациентов с глаукомой [2], и часто для достижения адекватного контроля ВГД требуется более одного препарата. Если начальная терапия кажется неэффективной или монотерапия первого выбора хорошо переносится и эффективно снижает ВГД, но не приводит к достижению целевого давления, к схеме терапии добавляют дополнительный препарат [3,4,5]. Недавние исследования, такие как исследование лече-

ния глаукомы при нормальном напряжении, совместное исследование начального лечения глаукомы и исследование лечения глазной гипертензии, демонстрируют, что для достижения целевого ВГД часто необходимо использовать несколько препаратов [6,7]. Пациентам часто назначают несколько препаратов из разных классов, снижающие ВГД, включая α -агонисты, ингибиторы карбоангидразы (ИКА), аналоги простагландинов и β -блокаторы, чтобы поддерживать контроль ВГД. Был ряд опасений по поводу использования нескольких флаконов лекарств от глаукомы, таких как повышенная токсичность офтальмологических консервантов в нескольких препаратах, соблюдение режима лечения, затраты и эффекты вымывания [7, 8]. Сложные режимы дозирования явно связаны с несоблюдением режима медикаментозной терапии. Эффект вымывания зависит не только от повышенного обновления слезной жидкости, но и от добавления второй глазной капли в течение короткого периода времени. При использовании более чем одного флакона у пациентов не всегда есть достаточно времени для всасывания в глаза их первого препарата до введения второго препарата [9]. Кроме того, исследование Робина и Коверта показало, что пациенты, принимающие одновременно два препарата, часто пропускают прием одного препарата через несколько дней. Низкая приверженность назначенной длительной терапии глаукомы ухудшает результаты лечения [10,11]. Неадекватное соблюдение режима лечения значительно снижает эффективность лекарств, это часто приводит к обострению или недостаточному снижению ВГД и увеличивает стоимость медицинской помощи. Консерванты, особенно хлорид бензалкония (БАК), токсичен для глаз имеет побочные эффекты, такие как воспаление конъюнктивы, точечная кератопатия или синдром сухого глаза [8, 12]. Эти опасения подтолкнули к поиску лекарств от глаукомы, которые будут хорошо работать, если их собрать в одном флаконе.

Сочетание двух препаратов в одном флаконе может улучшить соблюдение режима лечения за счет сокращения времени, необходимого для введения капель, частоты использования и общего количества флаконов [11, 13]. Кроме того, использование одного флакона, а не двух, значительно снижает неудобство выдачи рецептов и снижает ежедневную стоимость терапии [14]. Для пациентов, которым необходимы многодозовые режимы для контроля ВГД, фиксированные комбинации удобны, эффективны и безопасны. Фиксированные комбинации препаратов от глаукомы позволяют сократить количество флаконов и количество капель в день. Они также обеспечивают более короткое время для закапывания капель и потенциально большую эффективность за счет

устранения эффекта вымывания. Экономия затрат и времени может повысить соответствие требованиям. Закапывание двух препаратов в одной капле снижает количество консервантов, что может улучшить переносимость и возможные хирургические результаты у пациентов, которым требуются фильтрационные процедуры [13].

Основным ограничением фиксированной комбинированной терапии является то, что дозировка сопутствующего лекарства не может быть предупреждена в сопутствующем продукте. Например, режим фиксированного комбинированного препарата, принимаемого два раза в день, может содержать слишком мало или слишком много одного препарата для данного пациента. Утренняя доза может быть не идеальной для аналога простагландина, который, по-видимому, оказывает более выраженное влияние на ВГД при приеме вечером. Наоборот, β -адреноблокаторы мало влияют на выработку жидкости во время сна, и в идеале их следует принимать утром. Фиксированные комбинированные препараты могут вызвать проблемы, если у пациента аллергия на какой-либо компонент фиксированной комбинации, и возникают трудности с определением того, какой компонент вызывает аллергию.

Фиксированная комбинация часто включает тимолол, β -адренергический антагонист, который эффективно снижает продукцию водянистой влаги и обычно хорошо переносится. В течение многих лет они были доминирующими препаратами, используемыми при лечении глаукомы [15,16]. Когда мы решаем начать терапию глаукомы, большое значение имеет соблюдение режима лечения. По мере роста сложности лечебного режима вероятность приверженности к терапии падает [7]. Важным фактором в поддержании адекватного контроля ВГД является приверженность пациента назначенному лечению. Исследования показывают, что около 50% пациентов с глаукомой не соблюдают инструкции по дозированию, а удобство является важным фактором, способствующим приверженности пациентов [17]. Упрощение режима дозирования приводит к повышению приверженности пациентов, однако побочные эффекты могут отрицательно сказываться на ней. Бета-блокаторы, такие как тимолол, принимаемые два раза в день, могут вызывать побочные эффекты со стороны сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, эндокринной системы и легких [15]. Таким образом, фиксированная комбинированная терапия простагландином/тимололом один раз в сутки может иметь важные преимущества по сравнению с многодозовыми режимами.

Аналоги простагландинов, другой класс сильнодействующих глазных гипотензивных веществ, снижают ВГД за счет усиления увеоскле-

рального оттока водянистой влаги [18, 19]. Многие исследования показали, что простагландин, вводимый один раз в сутки, эффективно снижает ВГД у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) и офтальмогипертензией (ГТ) [20-23].

Дополняющие друг друга механизмы действия аналога простагландина и β -адреноблокатора, вероятно, проявляют аддитивное снижение ВГД в комбинации по сравнению с эффектами каждого отдельного препарата [24-28].

Латанопрост/тимолол первой фиксированной комбинацией аналога простагландина и β -блокаторов на рынке была фиксированная комбинация 0,005% латанопроста и 0,5% тимолола. Многочисленные исследования показали большую эффективность в снижении ВГД по сравнению с отдельными компонентами. Среднесуточное снижение ВГД по сравнению с исходным составило 33,5% и было достигнуто у 73,5% пациентов. Фиксированная комбинация латанопрост/тимолол позволила достичь среднего снижения ВГД на исходном уровне -9,4 мм рт.ст. [29, 30]. Фиксированная комбинация латанопроста и тимолола эффективна для контроля ВГД у пациентов с ПОУГ и ГТТ, которые плохо переносят многократные капли для достижения целевого ВГД. Применение фиксированной комбинации латанопрост/тимолол снижает воздействие офтальмологических консервантов по сравнению (меньше БАК) с одновременным введением нескольких капель. Латанопрост/тимолол показан пациентам с ПОУГ и ОГТ из-за меньшего количества побочных эффектов, лучшей комплаентности и переносимости. Упрощение режима до одного раза в день улучшает профиль побочных эффектов.

Травопрост/тимолол травопрост 0,004% / тимолол 0,5% представляет собой фиксированную комбинированную терапию второй линии, используемую, если лечение травопростом или тимололом в качестве монотерапии не позволяет достичь целевого ВГД, и может заменить сопутствующее введение нефиксированной комбинации в качестве дополнительной терапии. Клинические исследования показали, что фиксированная комбинация травопроста и тимолола обеспечивает среднее исходное снижение ВГД на 32-38% [27, 31].

Недавнее исследование сравнило эффективность и безопасность фиксированной комбинации травопроста и тимолола с фиксированной комбинацией дорзоламида и тимолола и показало, что среднее снижение по сравнению с исходным уровнем составило -8,96 мм рт.ст. для фиксированной комбинации травопрост/тимолол и -8,07 мм рт.ст. для фиксированной комбинации дорзоламид/тимолол с наибольшей разницей -1,07 мм

рт.ст. в пользу фиксированной комбинации травопрост/тимолол. Среднее процентное снижение суточного ВГД составило 36,28% при применении фиксированной комбинации травопрост/тимолол и 35,66% при применении фиксированной комбинации дорзоламид/тимолол [32].

Травопрост/тимолол — единственная фиксированная комбинация без БАК (травопрост/тимолол «без БАК»). Содержит офтальмологический консервант Поликвад, который оказывает значительно меньшее токсическое воздействие на поверхность глаза. Фиксированная комбинация травопроста и тимолола эффективна для контроля ВГД у пациентов с ПОУГ и ГТТ, которые плохо переносят многократные капли для достижения целевого ВГД. Использование фиксированной комбинации травопрост/тимолол должно быть идеальным для пациентов, у которых развилось заболевание глазной поверхности из-за токсичности ВАК. Травопрост/тимолол показан пациентам с ПОУГ и ОГТ из-за меньшего количества побочных эффектов, лучшей комплаентности и переносимости. Упрощение дозирования один раз в день улучшает профиль побочных эффектов. Фиксированная комбинация травопрост/тимолол относится к числу противоглаукомных препаратов с наибольшей эффективностью в снижении ВГД, а в некоторых случаях может использоваться в качестве начальной монотерапии. Фиксированную комбинацию травопрост/тимолол удобно принимать один раз в день утром.

Биматопрост/тимолол биматопрост 0,03% / тимолол 0,5% представляет собой новую фиксированную комбинацию второй линии, если лечение биматопростом или тимололом в качестве монотерапии не приводит к достижению целевого давления, может заменить сопутствующее введение нефиксированной комбинации в качестве дополнительной терапии. Многие клинические исследования показали, что среднее снижение ВГД по сравнению с исходным уровнем составило 35% [24, 33, 34]. Фиксированная комбинация биматопроста и тимолола эффективна для контроля ВГД у пациентов с ПОУГ и ОГТ, которые плохо переносят многократные капли для достижения целевого ВГД. Применение биматопроста/тимолола должно снизить воздействие офтальмологических консервантов по сравнению с одновременным применением нескольких капель [35, 36, 37]. Биматопрост/тимолол показан пациентам с ПОУГ и ОГТ из-за меньшего количества побочных эффектов, лучшей комплаентности и переносимости. Упрощение схемы до однократной суточной дозы улучшает профиль побочных эффектов. Биматопрост/тимолол является наиболее эффективным противоглаукомным препаратом с наибольшей эффективностью в снижении

ВГД и в некоторых случаях может использоваться в качестве начальной монотерапии. Фиксированная комбинация биматопрост/тимолол хорошо переносится и безопасна. Используется один раз в день, утром.

Дорзоламид/тимолол дорзоламид является местным ингибитором карбоангидразы, который снижает продукцию водянистой влаги, и его часто назначают в качестве дополнительной терапии к тимололу для дополнительного снижения ВГД. В контролируемых клинических исследованиях дорзоламид показал дополнительное снижение ВГД при использовании в качестве дополнительной терапии к тимололу независимо от того, какой из двух препаратов использовался в качестве начальной терапии [38]. Дорзоламид 2% / тимолол 0,5% представляет собой фиксированный комбинированный препарат с удобным режимом дозирования для пациентов, которым требуется несколько препаратов. Фиксированная комбинация дорзоламида и тимолола, принимаемая два раза в день, аналогичным образом снижает ВГД в большей степени, чем любой из ее компонентов по отдельности, и было обнаружено, что ее эффективность сравнима с одновременным введением двух препаратов [39]. Фиксированная комбинация дорзоламида/тимолола высокоэффективна в снижении ВГД на 34,4–34,6% в качестве начальной терапии у пациентов с ПОУГ и ОГТ [40]. Его назначают два раза в день.

Бринзоламид/тимолол фиксированная комбинация бринзоламид 1%/тимолол 0,5% является новейшей фиксированной комбинацией β -блокаторов и ИКА. Клинические испытания показали, что фиксированная комбинация бринзоламида/тимолола обеспечивает клинически значимое снижение ВГД по сравнению с исходным уровнем, не уступающее таковому при применении фиксированной комбинации дорзоламида/тимолола. Снижение ВГД по сравнению с исходным уровнем составило 28,4–34,9% в группе бринзоламида/тимолола по сравнению с 29,2–33,9% в группе дорзоламида/тимолола [41]. Преимущество фиксированной комбинации бринзоламида/тимолола заключается в более высоком профиле безопасности и переносимости. Пациенты с ПОУГ и ОГТ предпочитают фиксированную комбинацию бринзоламида/тимолола фиксированной комбинации дорзоламид/тимолол. Это, вероятно, связано с различиями в рецептуре, в частности, с различиями в рН и буферной системе между двумя продуктами [42, 43]. Более сильное предпочтение пациентом большего комфорта бринзоламида/тимолола может привести к лучшему соблюдению терапевтического режима. Применение бринзоламида/тимолола должно снизить воздействие офтальмологических консервантов по сравнению с одновременным применением

нескольких капель. Бринзоламид/тимолол показан пациентам с ПОУГ и ОГТ из-за меньшего количества побочных эффектов, лучшей комплаентности и переносимости. Из-за высокой переносимости и комфорта фиксированная комбинация бринзоламида/тимолола является препаратом выбора для пациентов, получающих лечение дорзоламидом/тимололом, у которых развилась непереносимость и побочные эффекты, и их следует перевести на новый препарат. Его назначают два раза в день.

Бримонидин/тимолол фиксированная комбинация бримонидин 2%/тимолол 0,5% представляет собой комбинацию α -агониста и β -блокатора. Механизм снижения ВГД дополняет друг друга, несмотря на то, что оба компонента вызывают снижение ВГД за счет снижения выработки водянистой влаги различными путями действия. Бримонидин также частично увеличивает увеосклеральный отток водянистой влаги. Эффективность снижения ВГД колебалась от 28 до 33,6 % [44, 45]. Клинические исследования показали, что фиксированная комбинация бримонидин/тимолол более эффективна в снижении ВГД, чем любой из ее компонентов по отдельности, и было обнаружено, что ее эффективность сопоставима с одновременным применением этих двух препаратов [46, 47]. Упрощенный режим дозирования может улучшить соблюдение режима лечения. По сравнению с фиксированной комбинацией дорзоламида/тимолола, клинические исследования показали аналогичную эффективность в снижении ВГД, но фиксированная комбинация бримонидин/тимолол показала лучшую переносимость [47, 48, 49]. У пациентов, получающих комбинированную лекарственную терапию, включая простагландины, замена дорзоламида/тимолола бримонидином/тимололом может помочь достичь более низкого ВГД на 2 мм рт.ст., с меньшим количеством лекарств [50]. Он используется два раза в день.

Бринзоламид/бримонидин новейшей фиксированной комбинацией на рынке является бринзоламид/бримонидин, содержащий ИКА – бринзоламид 1% и агонист α -2 – бримонидин 2%, и это единственный вариант фиксированной комбинации, который не зависит от β -блокатора для снижения ВГД. Его механизм действия отличается от других лекарств с фиксированными лекарственными средствами. Каждый компонент работает по-своему, чтобы снизить повышенное внутриглазное давление; бринзоламид снижает продукцию водянистой влаги, а бримонидин уменьшает продукцию водянистой влаги и увеличивает увеосклеральный отток. В недавних исследованиях офтальмологическая суспензия бринзоламид/бримонидин приводила к большему снижению ВГД (16,7–20,5 мм рт.ст.), чем бринзоламид (19,8–21,4 мм рт.ст.) или бримонидин (18–22,5 мм

рт.ст.). Суспензия бринзоламид/бримонидин обеспечивает снижение ВГД в среднем на 21,4–34,9 %, что выше, чем у любого из ее компонентов в отдельности (16,9–22,6 % для бринзоламида; 14,3–25,8 % для бримонидина). У пациентов, получавших бринзоламид/бримонидин, наблюдалось снижение ВГД в среднем на 5,4–8,8 мм рт.ст. по сравнению с исходным уровнем [51, 52]. Его вводят три раза в день.

Заключение. У пациентов с ПОУГ и ОГТ фиксированная комбинированная терапия имеет преимущества по сравнению с сопутствующей терапией с точки зрения удобства, стоимости и возможной приверженности лечению и эффективности. Комбинированная терапия не рекомендуется в качестве лечения первой линии. Однако в некоторых случаях, таких как запущенная глаукома и/или очень высокое ВГД, требуемое снижение ВГД может превышать диапазон их эффективности при использовании в качестве монотерапии. Таким образом, фиксированная комбинация может использоваться в качестве терапии первой линии. Если комбинированная терапия не может в достаточной степени снизить ВГД, можно либо заменить второй препарат, либо добавить третий препарат к фиксированной комбинации. Фиксированная комбинация с добавлением третьего препарата считается максимальной медикаментозной терапией, и на этом этапе следует рассмотреть возможность лазерной или инцизионной хирургии.

Литература:

1. Бахритдинова Ф.А., Агзамова С.С., Каримов У.Р. Оценка эффективности комплексной терапии пациентов с первичной открытоугольной глаукомой // Научный журнал «Глаукома». – Россия, 2011. - №3, С. 10-12. (14.00.08, №42)
2. Юсупов, А. Ю., Салиев, М. С., Закирова, З. И., & Василенко, А. В. (1988). Некоторые особенности клинических проявлений глаукомы с относительно низким офтальмотонусом и различным уровнем артериального давления. *Вестник офтальмологии*, 104(5), 6-8.
3. Юсупов, А. А., Кадилова, А. М., Бабаев, С. А., Очилова, Н. Н., Косимов, Р. Э., & Салахиддинова, Ф. О. Криопексия в комплексной терапии больных с неоваскулярной болящей глаукомой. // *Российский общенациональный офтальмологический форум*, (2015). 1, 196-198.
4. Европейское общество глаукомы. Терминология и рекомендации по глаукоме. 4-е изд. Савона, Италия: PubliComm; 2014.
5. Бабич Н., Андрейич В., Милькович А., Чанаданович В., Баришич С. Дополнительная терапия бринзоламидом у пациентов, получающих лечение травопростом. *Мед Прегл*. 2011 г.; 64(5-

- 6):310-4. [DOI: 10.2298/MPNS1106310B][PMID: 21789924]
6. Lichter PR, Musch DC, Gillespie BW, Guire KE, Janz NK, Wren PA, et al. Промежуточные клинические результаты в совместном исследовании начального лечения глаукомы, сравнивающие начальное лечение, рандомизированное с медикаментами или хирургическим вмешательством. *Офтальмология*. 2001 г.; 108:1943-53. [DOI: 10.1016/S0161-6420(01)00873-9] [PMID: 11713061]
7. Мухамадиев, Р. О., Рахимова, Л. Д., Кадилова, А. М., & Хамидова, Ф. М. хар хил кўз касалликларида кўз ёшлари кристаллографияси // *междисциплинарный подход по заболеваниям органов головы и шеи*, 123.
8. Goto Y, Ibaraki N, Miyake K. Повреждение эпителиальных клеток хрусталика человека и стимуляция их секреции химических медиаторов хлоридом бензалкония, а не латанопростом и тимололом. *Арка Офтальмол*. 2003 г.; 121:835-9. [DOI: 10.1001/архофт.121.6.835] [PMID: 12796255]
9. Фа Бахритдинова, СШ Миррахимова, КИ Нарзикулова, ЖО Сафаров, Оптимизация лечения синдрома сухого глаза при аллергических конъюнктивитах, *Офтальмол. журн* 2, 30-35 3 2020
10. Робин А.Л., Коверт Д. Влияет ли дополнительная терапия глаукомы на приверженность к начальной основной терапии? *Офтальмология*. 2005; 112:863-8. [DOI: 10.1016/j.opht.2004.12.026] [PMID: 15878067]
11. Бахритдинова Ф.А., Нарзикулова К.И., Миррахимова С.Ш., Динамика цитологических показателей конъюнктивы в процессе комплексного лечения ожогов глаз с использованием низкоинтенсивного инфракрасного лазерного излучения ОБА Журнал «Глаз». Москва 21 (№3), 7-11
12. Noecker RJ, Herrgters LA, Anwaruddin R. Изменения роговицы и конъюнктивы, вызванные широко используемыми препаратами от глаукомы. *Роговица*. 2004 г.; 23:490-6. [DOI: 10.1097/01.icc.0000116526.57227.82] [PMID: 15220734]
13. Бобоев, С. А., Кадилова, А. М., Исмоилов, Ж. Ж., Косимов, Р. Э., & Бобоев, С. С. Опыт транссклеральной лазерной фотокоагуляции цилиарного тела у больных с неоваскулярной глаукомой // *In VOLGAMEDSCIENCE* (2021). (pp. 430-432).
14. Куроедов А.В., Рожко Ю.И., Каримов У.Р., и соавт. Оптимизация лечебно-диагностического процесса у пациентов с ПОУГ.// *Офтальмологический журнал*. - Украина, 2013.- №1(03), - С.41-67. (14.00.08, №99).
15. Циммерманн Т.Дж., Кауфман Х.Е. Тимолол. Бета-адреноблокатор для лечения глаукомы. *Арка Офтальмол*. 1977 год; Кейси.. 95:601-4. [DOI:

- 10.1001/archophth.1977.04450040067008] [PMID: 322648]
16. Рафузе П. Адrenoблокаторы. Вышел: Моррисон Дж. К., Поллак И. П. Наука и практика глаукомы. Нью-Йорк – Штутгарт: Тиме; 2003. с.376.
17. Патель С.К., Спэт Г.Л. Приверженность пациентов к назначению глазных капель при глаукоме. Офтальмология Хирург. 1995 год; 26:233-6. [PMID: 7651690]
18. Вайнреб Р.Н., Торис С.Б., Габельт Б.А., Линдси Д.Д., Кауфман П.Л. Влияние простагландинов на пути оттока водянистой влаги. Сурв Офтальмол. 2002 г.; 47 (Приложение 1): S53-64. [DOI: 10.1016/S0039-6257(02)00306-5] [PMID: 12204701]
19. Лоулор Д., Торис С.Б., Камрас С.Б. Аналоги простагландинов. Вышел: Моррисон Дж. К., Поллак И. П. Наука и практика глаукомы. Нью-Йорк – Штутгарт, Тиме; 2003. с.391.
20. Голдберг И., Куна-Ваз Дж., Якобсен Дж. Э., Нордманн Дж. Ф., Трост Э., Салливан К. Е.; Международная исследовательская группа по травопросту. Сравнение местного применения травопроста в каплях один раз в день и 0,5% тимолола два раза в день у пациентов с открытоугольной глаукомой или внутриглазной гипертензией. J Глаукома. 2001 г.; 10:414-22. [DOI: 10.1097/00061198-200110000-00010] [PMID: 11711841]
21. Нетланд П.А., Лэндри Т., Салливан Э.К., Эндрю Р., Сильвер Л., Вайнер А. и др.; Группа изучения травопроста. Сравнение травопроста с латанопростом и тимололом у пациентов с открытоугольной глаукомой или офтальмогипертензией. Am J Офтальмол. 2001 г.; 4:472-84. [DOI: 10.1016/S0002-9394(01)01177-1] [PMID: 11589866]
22. Бахритдинова Ф. А., Миррахимова С. Ш., Каримов У. Р., Кхера А. Сравнительная оценка эффективности фиксированных комбинированных гипотензивных препаратов для лечения первичной открытоугольной глаукомы // Российский офтальмологический журнал. – Москва, 2016. – №4. – С. 5-11 (14.00.00; №128).
23. Бабич Н., Чанаданович В., Жикич З. Сравнение эффективности и безопасности травопроста и тимолола на суточной кривой. Азиатский журнал офтальмологии. 2008 г.; 10:215-20.
24. Хоммер А; Ganfort Investigators Group I. Двойное замаскированное рандомизированное параллельное сравнение фиксированной комбинации биматопроста 0,03%/тимолола 0,5% с нефиксированной комбинацией у пациентов с глаукомой или глазной гипертензией. Eur J Офтальмол. 2007 г.; 17:53-62. [PMID: 17294383]
25. Дистельхорст М., Ларссон Л.И.; Европейская исследовательская группа по фиксированной комбинации латанопроста. 12-недельное исследование, в котором сравнивали фиксированную комбинацию латанопроста и тимолола с одновременным применением отдельных компонентов у пациентов с открытым углом глаукома и глазная гипертензия. Бр Дж Офтальмол. 2004 г.; 88:199-203.
26. Hughes VA, et al. Трехмесячное многоцентровое двойное слепое исследование безопасности и эффективности офтальмологического раствора травопроста 0,004%/тимолола 0,5% по сравнению с 0,004% офтальмологическим раствором травопроста и 0,5% тимолола, вводимых одновременно, у пациентов с открытоугольной глаукомой или глазной гипертензией. J Глаукома. 2005 г.; 14:392-9.
27. Шуман Дж.С., и др. Эффективность и безопасность фиксированной комбинации травопроста 0,004%/тимолола 0,5% офтальмологического раствора Офтальмол. 2005 г.; 140:242-50.
28. Varnebey NS, et al. Безопасность и эффективность фиксированного комбинированного офтальмологического раствора травопрост 0,004%/тимолол 0,5%. Am J Офтальмол. 2005 г.; 140:1-7.
29. Хиггинботэм Э.Дж., и др. Исследовательская группа США по фиксированным комбинациям. Фиксированная комбинация латанопроста и тимолола в сравнении с отдельными компонентами при первичной открытоугольной глаукоме и глазной гипертензии: рандомизированное двойное слепое исследование. Арка Офтальмол. 2010 г.; 128(2):165-72.
30. Каримов У.Р., Современные комбинированные офтальмогипотензивные препараты в лечении первичной открытоугольной глаукомы (обзор литературы) // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2010. - №6,- С.69-73. (14.00.00, №8)
31. Теус М.А., и соавт. Эффективность и безопасность травопроста/тимолола по сравнению с дорзоламидом/тимололом у пациентов с открытоугольной глаукомой или внутриглазной гипертензией. Клин Офтальмол. 2009 г.; 3:629-36.
32. Бахритдинова Ф.А., и др. Клинико функциональная оценка эффективности местного препарата Латосопт при первичной открытоугольной глаукоме // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2010. - №6,- С.9-11. (14.00.00, №8)
33. Брандт Дж. Д., и др. для группы исследователей Ганфорта. Трехмесячное рандомизированное исследование, в котором сравнивали фиксированную комбинацию биматопрост/тимолол с монотерапией биматопростом или тимололом у пациентов с глаукомой или офтальмогипертензией. Материалы 6-го Международного симпозиума по глаукоме; 28-31 марта 2007 г. ; Афины, Греция: Кенес; стр.154.
34. Konstas AGP, et al. Суточный контроль внутриглазного давления с помощью биматопроста и

- фиксированной комбинации биматопрост/тимолол, назначаемой утром или вечером при эксфолиативной глаукоме. Бр Дж Офтальмол. 2010 г.; 94:209-13.
35. van der Valk R, et al. Эффекты снижения внутриглазного давления всех широко используемых препаратов от глаукомы: метаанализ рандомизированных клинических испытаний. Офтальмология. 2005 г.; 112:1177-85.
36. Stewart WC, et al. Метаанализ 24-часовых исследований внутриглазного давления, оценивающих эффективность лекарства от глаукомы
41. Manni G, et al. Безопасность и эффективность фиксированной комбинации бринзоламид 1%/тимолол 0,5% по сравнению с дорзолаамидом 2%/тимолол 0,5% у пациентов с открытоугольной глаукомой или глазной гипертензией. J Глаукома. 2009 г.; 18 (4): 293-300.
42. Волд С.Д., и др. Однонедельное исследование комфорта фиксированной комбинации бринзоламида 1%/тимолол 0,5% офтальмологическая суспензия два раза в день по сравнению с двухразовым приемом дорзоламида 2%/тимолола 0,5%. офтальмологический раствор у пациентов с открытоугольной глаукомой или глазной гипертензией. J Ocul Pharmacol Ther. 2008 г.; 24(6):601-6.
43. Мундорф Т.К., и др. Группа по изучению предпочтений бринзоламида/тимолола. Сравнение предпочтений пациентов с Азаргой (фиксированная комбинация бринзоламида/тимолола) и Косоптом (фиксированная комбинация дорзоламида/тимолола) у пациентов с открытоугольной глаукомой или глазной гипертензией. Клин Офтальмол. 2008 г.; 2(3):623-8.
44. Cheng JW, et al. Эффекты снижения внутриглазного давления обычно используемых фиксированных комбинированных препаратов с тимололом: системный обзор и метаанализ. PloS Один. 2012 г.; 7(9):e45079.
45. Бахритдинова Ф.А., Каримов У.Р., Намазов А., Оценка эффективности, переносимости и безопасности нового фиксированного комбинированного препарата Бримоптик при первичной открытоугольной глаукоме. // Российский офтальмологический журнал. – Россия, 2013. № 42, С. 9-13. (14.00.08, №128)
46. Гони Ф.Дж.; Исследовательская группа по фиксированной комбинации бримонидин/тимолол. 12-недельное исследование, сравнивающее фиксированную комбинацию бримонидина и тимолола при одновременном применении отдельных компонентов у пациентов с глаукомой и офтальмогипертензией. Eur J Офтальмол. 2005 г.; 15(5):581-90. [PMID: 16167288]
47. Фрэмpton Дж. Э. Местный бримонидин 0,2%/тимолол 0,5% офтальмологический раствор: при глаукоме и глазной гипертензии. Наркотики Старение. 2006 г.; 23(9):753-61. [PMID: 17020399]
48. Гарсия-Фейхоо Х., и др. Сравнение глазного гипотензивного действия фиксированной комбинации бримонидин/тимолол и дорзолаамид/тимолол. Surg Med Res Opin. 2010 г.; 26(7):1599-606.
49. Гулкилик Г., Оба Э., Одабаси М. Сравнение фиксированной комбинации бримонидин/тимолол и дорзолаамид/тимолол у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой. Инт офтальмол. 2011 г.; 31(6):447-51.
50. Nguyen QH, Earl M. Фиксированная комбинация бримонидин/тимолол в качестве дополнительной терапии к аналогу простагландина: 3-месячное открытое заместительное исследование у пациентов с глаукомой. J Ocul Pharmacol Ther. 2009 г.; 25(6):541-4.
51. Нгуен К.Х., и др. Фаза 3 рандомизированного 3-месячного исследования с продолжающимся 3-месячным продлением безопасности фиксированной комбинации бринзоламида 1%/бримонидина 0,2%. J Ocul Pharmacol Ther. 2013; 29(3):290-7.
52. Уитсон Дж.Т., и др. Шестимесячные результаты рандомизированного исследования фазы III фиксированной комбинации бринзоламида 1% + бримонидина 0,2% по сравнению с монотерапией бринзолаамидом или бримонидином при глаукоме или глазной гипертензии. Клин Офтальмол. 2013; 7:1053-60.

ОБЗОР ФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

*Бахритдинова Ф.А., Нарзикулова К.И.,
Эгамбердиева М.Э., Бобоев С.А.*

Резюме. *Терапией первой линии в лечении глаукомы является местная медикаментозная терапия. Многим пациентам с глаукомой требуется несколько препаратов для адекватного контроля внутриглазного давления. Для пациентов, нуждающихся в нескольких препаратах для контроля внутриглазного давления, фиксированные комбинации обеспечивают удобство, эффективность и безопасность. В этом обзоре обобщены роль, эффективность, механизм действия и показания к применению современных фиксированных комбинаций препаратов от глаукомы. В обзоре показаны преимущества и недостатки назначения фиксированной комбинации в повседневной клинической практике.*

Ключевые слова: *глаукома; лечение; лекарства.*

ТАБИЙ РАДИАЦИЯ МАНБАЛАРИ ВА РАДИАЦИЯНИНГ ФОЖИАЛИ ОҚИБАТЛАРИ, ЕР РАДИАЦИЯСИ, РАДИОБИОЛОГИК ЖАРАЁНЛАР МАВЗУСИДАГИ АМАЛИЙ ДАРСНИ «КЛАСТЕР» УСУЛИДА ЎҚИТИШ



Бозоров Эркин Ходжиевич^{1,2}, Темиров Фазлиддин Нуриддинович³, Ходжиева Мохларойим Эркин кизи⁴
1 - Ўзбекистон Республикаси Фанлар Академияси Ядро физика институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;
2 - Ўзбекистон Миллий университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;
3 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;
4 - Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ПРИРОДНЫЕ ИСТОЧНИКИ РАДИАЦИИ И ТРАГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РАДИАЦИИ, РАДИАЦИЯ ЗЕМЛИ, ПРЕПОДАВАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ РАДИОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В «КЛАСТЕРНОМ» МЕТОДЕ

Бозоров Эркин Ходжиевич^{1,2}, Темиров Фазлиддин Нуриддинович³, Ходжиев Мохларойим Эркин кизи⁴
1 - Институт ядерной физики АН РУз, Республика Узбекистан, г. Ташкент;
2 - Национальный университет Узбекистана, Республика Узбекистан, г. Ташкент;
3 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
4 - Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

NATURAL SOURCES OF RADIATION AND TRAGIC CONSEQUENCES OF RADIATION, EARTH RADIATION, TEACHING A PRACTICAL LESSON ON THE TOPIC RADIOBIOLOGICAL PROCESSES IN THE "CLUSTER" METHOD

Bozorov Erkin Khodjievich^{1,2}, Temirov Fazliddin Nuriddinovich³, Khodjiev Mokhlaroyim Erkin kizi⁴
1 - Institute of Nuclear Physics of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan, Tashkent;
2 - National University of Uzbekistan, Republic of Uzbekistan, Tashkent;
3 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
4 - Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: erkinbozorov789@gmail.ru

Резюме. Ушбу усул Самарқанд давлат тиббиёт университети талабаларига “Табий Радиациянинг манбалари. Ер радиацияси. Радиобиологик жараёнлар” мавзусини педагогик технологиялар “Кластер” усулида ўқитиш мавзуси юзасида эркин фикрлаш, очиқ тафаккур қилиш, ўйлаш ва радиоактив нурланишлар ва ядровий портлашлар ҳақидаги шахсий фикрларни бемалол баён этиши учун билим ва кўникмалар ҳосил бўлишига шароит яратилишига ёрдам беради. Ушбу амалий дарсни ўтиши учун СамДТУ тиббий биология факультети иккинчи курс талабалари чун икки соат ажратилган.

Калит сўзи: Табий радиация, “Кластер”, радиобиология, дидактив материаллар, Ионловчи нурланишлар.

Abstract. This method is used to teach the students of Samarkand State Medical University "Sources of Natural Radiation". Earth radiation. Help to create conditions for the formation of knowledge and skills for free thinking, open thinking, thinking and freely expressing personal thoughts about radioactive radiation and nuclear explosions on the topic of teaching radiobiological processes" using pedagogic technologies in the "cluster" method. will give. Two hours have been allotted to the second-year students of the faculty of medical biology of SamDTU to pass this practical lesson.

Key words: Natural radiation, "Cluster", radiobiology, didactic materials, Ionizing radiations.

Қириш. “Кластер” усули турли ғоялар ўртасида алоқалар ўрнатиш тўғрисида фикрлаш ва тафаккуур ҳосил қилиш имкониятини берувчи тузилмани аниқлашни ва яратишни талаб этади. Бу усул аниқ объектга йўналтирилмаган фикрлаш ва тафаккур қилиш шакли ҳисобланади. Ундан фойдаланиш инсон мияси фаолиятининг фаол

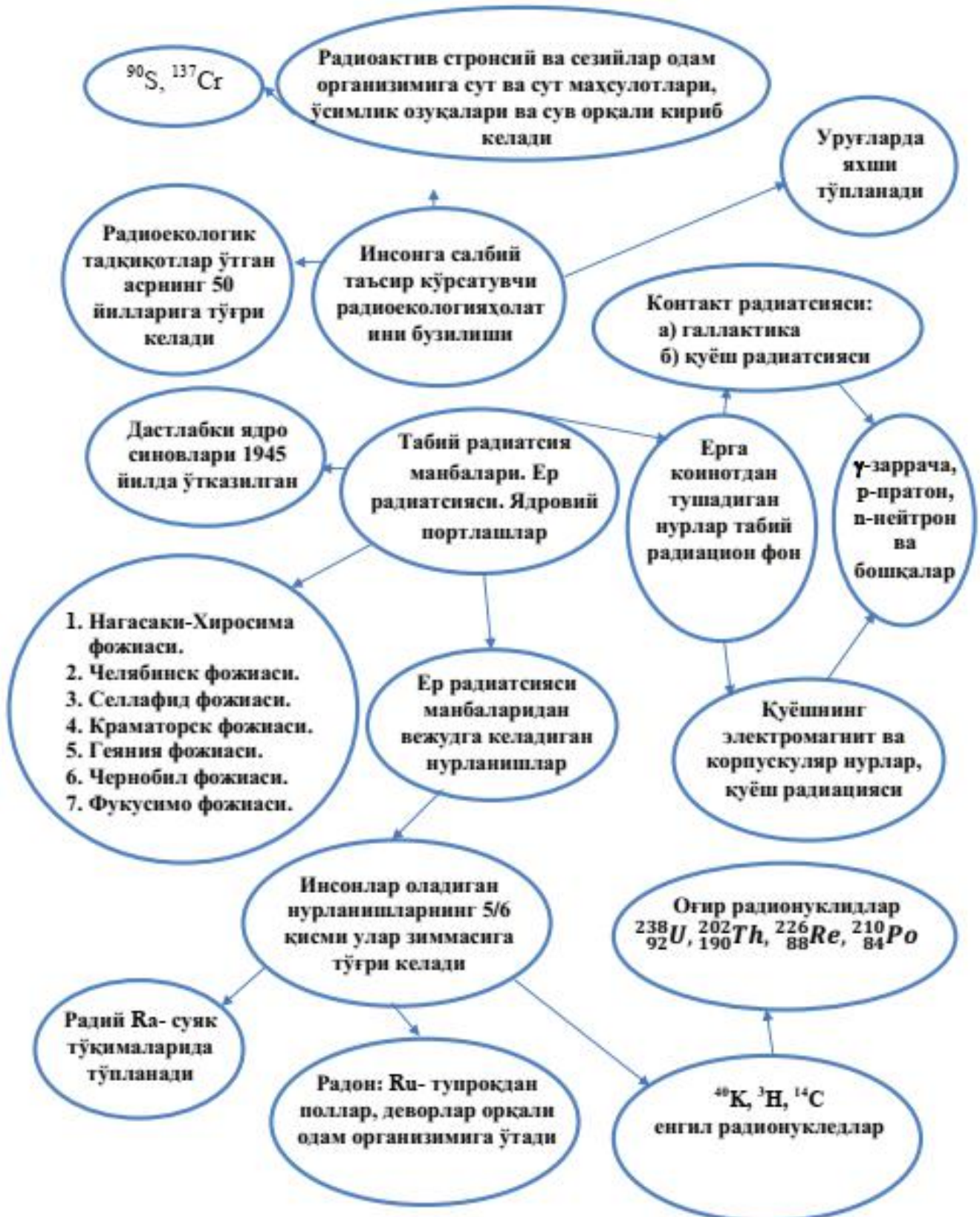
ишлаш тамойили билан боғлиқ равишда амалга ошади [2,3].

“Табий радиация манбалари. Ер радиацияси. Радиобиологик жараёнлар мавзусини кластер усулида ўқитиш” талабалар томонидан чуқур ҳамда пухта ўзлаштириб, билим ва кўникмалар ҳосил бўлганига қадар фикрлаш фаолиятининг бир маромда бўлишини

таъминлашга хизмат қилади. “Кластер” усулидан гуруҳ талабалари билан якка тартибда ёки кичик гуруҳлар асосида ташкил этиладиган машғулотлар жараёнида фойдаланиш мумкин. Гуруҳ асосида ташкил этилаётган машғулотларда ушбу усул гуруҳ аъзолари томонидан

билдириляётган фикр ва ғояларнинг мажмуи тарзида намоён бўлади [4]. Бу эса гуруҳнинг ҳар бир аъзоси томонидан илгари суриляётган ғояларни уйғунлаштириш ҳамда улар ўртасидаги алоқаларни топа олиш имкониятини яратади.

Кластер шакли



Кичик гуруҳлар асосида ташкил этилган машғулотларда, гуруҳлардаги ҳар бир талабанинг фикри шакиллантирилади, ҳар бир илгари сўрилаётган ғоя уйғунлаштирилади. Мазкур усулдан фойдаланишда қуйидаги шартларга риоя қилиш талаб этилади:

а) нимани уйлаган бўлсангиз, шуни кўғозга ёзинг. Фикрингизни аниқ муоммоларга йўналтирманг ва улар тўғрисида ўйлаб ўтирмай, уларни шунчаки ёза беринг;

б) белгиланган вақт ниҳоясига етмагунча ёзишдан тўхтаманг. Агар маълум муддат бирор бир ғояни ўйлай олмасангиз, у ҳолда қоғозга бирор нарсанинг расмини чиза бошланг. Бу ҳаркатни янги ғоя туғулгунга қадар давом эттиринг.

в) ёзувунгизнинг имло хатосига ва тинич белгиларни қўйилишига, сўзларнинг боғланишига ёки бошқа жиҳатларига эътибор берманг;

г) муайян тушунча доирасида имкон қадар кўпроқ янги ғояларни илгари суриш ҳамда мазкур ғоялар ўртасидаги ўзаро алоқадорлик ва боғлиқликни кўрсатишга ҳаракат қилинг. Ғоялар йиғиндисининг сифати ва улар ўртасидаги алоқаларни кўрсатишни чекламанг.

Мавзуга тайёрланиш учун дидактив материаллар матни. Радиобиология ионлантирувчи нурларнинг организм ва унинг популяциясига кўрсатадиган таъсирини текширувчи илм соҳаси бўлиб, унинг мақсади, организмда ионловчи радиация таъсиридан содир бўладиган ўзгаришлар ва ўша ўзгаришлар асосида ётган механизмлар ҳамда қонуниятларни очиб, организмни ионловчи радиациянинг зарарли, ҳатто ҳалокатли таъсирини олдини олиш ҳамда химоя қилиш йўллари ишлаб чиқишдан иборат. Радиобиология экспериментал фан бўлиб, у тадқиқот натижаларининг миқдорий ифодаланишини талаб қилади. Радиобиологиянинг ўзига хослиги ҳужайрадаги ҳар қандай молекула ва структуралар билан соф статистик принцип асосида таъсирлашувчи радиацион омилнинг ўзигагина хос махсуслигидан келиб чиқиб, тадқиқотларнинг биологик ташкилланганликнинг молекуляр даражасидан тортиб, популяциягача бўлган барча табақаларда ўтказилишини зарурият қилиб кўяди. [5,6]

Радиобиологиянинг қайд этиб ўтилган ўзига хосликлари, уни илм соҳаси сифатида ўрганиш учун зарур бўлган ёндашишлар характерини белгилайди. У радиацион омилнинг физикавий табиати билан шартланадиган, нурланиш таъсирининг хилма-хил намоёнликлари ичидан, ҳар бир ҳолатда кўрилаётган реакциянинг оқибати учун маъсул критик звенони ажратишга интилишдан иборат бўлиши лозим. Радиобиология у ёки бу даражада биофизика ва

биологиянинг барча соҳалари билан алоқада бўлиб, бундай ҳол унинг текшириш объектлари характерини билан тақазо этилади. Унинг тадқиқот объектлари-макромолекулалар, вируслар, содда ва кўп ҳужайрали организмлар, тўқима ва органлар култураси, ўсимлик ҳайвон ва одам организми ҳамда биоценозлардир.

«Радиацион фожеалар» тарихи [7,8]. Радиобиология ва радиобиофизиканинг ривожланиш тарихида радиацион нурланишнинг физик хоссалари ва биологик таъсир механизмини ўрганиш йўналишида илмий тадқиқотлар амалга оширилиши ва радиацион нурланиш манбаларидан фойдаланиш, сақлаш, ташиш бўйича амалий тавсиялар ишлаб чиқилишига тасодифий юз берган ва онгли равишда юзага келтирилган – «радиацион фожеалар» сезиларли даражада туртки берган. Радиацион нурланиш кашф қилинишининг дастлабки даврларида ушбу нурланиш тўрининг одам организмга ўлимга олиб келувчи даражада салбий таъсирга эгалиги ҳақида батафсил маълумотларга эга бўлмаслик оқибатида кўплаб ачинарли йўқотишларга йўл қўйилган. «Нью-Жерси» фожеаси. 1902 йилда $^{226}_{88}\text{Ra}$ радиоактив изотопидан нур таркатувчи бўёқлар ишлаб чиқариш технологияси ишлаб чиқилган. 1905 йилдан бошлаб, ушбу радиоактив бўёқлар ҳатто, янги йил арчасини безатишда ишлатилувчи ўйинчоқлар ишлаб чиқарилишида ҳам фойдаланила бошланган. 1920 йилда Америкада «US Radium» компанияси томонидан конвеер усулида $^{226}_{88}\text{Ra}$ радиоактив изотопи асосида радиацион бўёқ ишлаб чиқариш йўлга қўйилган ва ўз-ўзидан нур таркатувчи бу бўёқ – «Undark» (қоронғи эмас) деб номланган. Дастлаб, ҳарбий қуролларнинг нишонга олиш қисми бўялган ушбу бўёқ билан кейинчалик уйларда хонадонларнинг тартиб рақами, болалар ўйинчоқлари, соатлар ва бошқа кўплаб маиший турмушда ишлатилувчи буюмлар бўялиши амалга оширилган.

«Нагасаки-Хиросима» фожеаси/ 06.06.1945 йилда АҚШ ҳарбий ҳаво кучларига қарашли, V–29 «Enola Gay» бомбардимончи самолёти Хиросима шаҳрига конструкцияси таркибида 64 кг уран изотопига эга «Кичкинтой» деб номланган атом бомбаси ташланган ва Ер юзасидан ~576–600 метр баландликда, ~1,6 км радиусда ~13000–18000 тонна тротил эквивалентида портлаш юз берган. Оқибатда ~74000 дан ортиқ киши ҳаётдан кўз юмган, ~60000 дан ортиқ одам радиацион нурланиш касаллигига учраган, Хиросима шаҳрида жойлашган деярли ~90% бино ва иншоотлар (~51000 та объект) вайрон қилинган, 1,5 йил давомида ~140 000 киши оламдан ўтган. «Нагасаки-Хиросима» фожеаси инсоният

тарихида илм-фан ютуқларидан бирининг ҳалокатли оқибати сифатида тавсифланади.

Челябинск фожеаси. 29.09.1957 йилда Челябинск вилоятида «Мауак» ядро ёқилғиси чиқиндиларини қайта ишлаш ва сақлаш кимё комбинатида портлаш юз берган ва оқибатда, ~20 000 000 Кюри қийматида радиацион нурланиш ташқи атроф-муҳитга тарқалган («Киштимҳалокати») ва бу ҳудудда истиқомат қилувчи 124 000 дар ортиқ аҳоли радиацион нурланиш таъсири ҳавфи остида қолган.

«Селлафилд» фожеаси. 1957 йилда Уиндскейле ҳудудида жойлашган «Sellafild» атом комплексида рўй берган ҳалокат 5-даражали шкала асосида баҳоланган. Селлафилд атом мажмуси Ирландия дарёси қирғоғида, Сеассале шаҳри яқинида жойлашган бўлиб, 1951 йилда ишга туширилган. 1957 йилда ядро реакторида юз берган.

Ҳалокат натижасида атроф-муҳитга ~20 000 Кюри радиация тарқалган. «SL-1» фожеаси. «SL-1» ядро реактори АКШнинг Айдахо штати ҳудудида, Айдахо-Фоллз шаҳридан 65 км узоқлик масофасида чўл ҳудудида жойлашган бўлиб, 03.01.1961 йилда ядро реакторида ҳавфсизлик техникаси қоидалари бузилиши сабабли, портлаш юз берган ва натижада 3 киши вафот этган, атроф-муҳитга катта миқдорда радиацион нурланиш манбаси тарқалган. «SL-1» фожеаси дунё миқёсида атом реакторларидан фойдаланишда унинг функциясини бошқаришнинг нисбатан такомиллашган тизимини ишлаб чиқилишига сабаб бўлган.

«Краматорск» фожеаси. 1980 йилда Украина ҳудудида жойлашган Каранск қурилиш материаллари қазиб олиш ҳудудида таркибида сезиларли миқдорда радиоактив изотоп мавжуд бўлган капсула йўқолган. 1989 йилда бу капсула Краматорск шаҳрида 1980 йилда қурилган уйлардан бирининг бетон қоришмасидан тайёрланган деворлари орасидан топилган. Қайд қилинишича, ушбу хонадонда истиқомат қилган оила аъзолари (4 та болақай ва 2 та вояга этган киши) радиацион нурланиш касаллиги оқибатида вафот этган ва 17 киши кучли радиация таъсирида бир умрга ногиронга айланган.

«Гояния» фожеаси. 1987 йилда Бразилияда (Гояния ш.) жойлашган радиотерапия қурилмасидан $^{137}_{55}\text{Cs}$ изотопи мавжуд таркибий қисм ўғирланган ва кейин, аҳлатхона қутисига ташланган, ушбу ҳудудда истиқомат қилувчи кишилардан бири бу жойдан кўкмир нурланиш тарқатувчи кукунни қизиқиб, йиғиб уйига олиб кетган ва уни қариндошларига тарқатган, оқибатда ҳудудда 5-даражадаги радиацион нурланиш тарқалиши қайд қилинган. 2 ҳафтадан кейин радиоактив изотоп қолдиқлари йиғиб олиниб, шаҳар ташқарисига кўмиб ташланган.

Гояния фожеаси оқибатида 245 киши радиацион нурланиш олган ва улардан 4 киши кучли нурланиш касаллигидан оламдан ўтган. Гояния шаҳрида рўй берган ушбу ҳодиса таъсирида МАГАТЕ томонидан тиббий ва бошқа амалий мақсадларда фойдаланилувчи радиоактив манбалардан фойдаланиш бўйича қатъий талаб ва қоидалар ишлаб чиқилган.

08.11.1895-йилда Германиялик физик, Вурсбург университети профессори Вилгелм Конрад Рентген кечқурун уйга қайтишдан олдин, тажриба лабораториясида электр чирғини ўчиради ва қоронғуликда ўчиришни унутиб қолдирган катод трубкасида чиқаётган номаълум нурланишга (X-нурланиш) кўзи тушади ва тасодифий ҳолатда рентген нурланишини кашф қилади. В.Рентген нурланиш йўлини беркитувчи кўлининг суяқлари тасвири фотопластинкага тушиб қолганлигини қайд қилади ва X-нурланиш ҳақидаги тадқиқотлари натижасини илмий мақола шаклида 28.12.1895 йилда тақдим этади. Инсон фаолиятининг салбий томонларидан бири атроф муҳитнинг радиоэкология ҳолатининг бузилиши саналади. Экотизимларнинг радиоактив моддалар билан зарарланишини яшаш муҳитининг алоҳида организмлар каби, популяциялар ва уларнинг ҳамжамиятларига ҳам таъсир қила оладиган янги абиотик омил сифатида баҳолаш мумкин. Ионловчи нурлар мўтагаен ва эволюцион омил саналади, шу сабабли уларнинг ҳаётнинг барча кўринишларига таъсири масаласи ҳозирги замон табиатшунослиги муаммолари ўртасида муҳим ўрин тутаяди.

Ионловчи нурланишлар ўтган асрнинг 30-йилларидаёқ муҳим экологик омил сифатида эътироф этилган. Бироқ радиобиологик тадқиқотларнинг ривожланиши 50-йилларга тўғри келади. Бу даврда антропоген фаолият (биринчи навбатда, ядро синовлари) табиий радиация фонининг ўзгаришига олиб келди.

Организмларнинг радионуклидларни тўплаш қобиляти концентратсиялаш коэффициентида ифодаланади.

Ерда яшовчи организмларда уларнинг ўлчами ортгани сари концентрация коэффициенти камайиш қонунияти кузатилади. Курукликдаги ўсимликлар радионуклидларни озуқа эритмасига нисбатан 10-10 концентрация коэффициенти билан тўплайди. Сув ўтларида бу коэффициент 7×10^{-10} га тенг; сув ҳайвонлари-филтрлар радионуклидларни янада кўп тўплайди.

Организмда тўпланган радионуклид активлиги икки марта камаядиган давр биологик ярим емирилиш даври деб юритилади. Организм ўзида тўпланган радионуклиднинг ярмидан биологик чиқариш ва радионуклид парчаланиши туфайли холи бўладиган давр яримемирилиш эффектив даври деб юритилади. Табиий радиация

фонини Ерга коинотдан тушадиган нурлар (коинот радиацияси) ва тупроқ жинслари, қурилиш материаллари ва озиқ-овқатлар таркибида мавжуд радиоактив элементлар (Ер радиацияси) ташкил этади.

Радиациянинг табиий манбалари одамга ички ва ташқи йўллар билан таъсир эта олади. Ташқи манбалар орасида коинот радиацияси ва тупроқ ҳамда қурилиш материалларидаги радиация алоҳида ўрин тутати. Ички манбалардан ҳаво, сув, озиқ-овқат маҳсулотлари эътиборга молик. Коинот радиацияси икки хил: галактика ва қуёш радиациясидан иборат. Ерга етиб келадиган коинот нурлари ядро зарралар оқими бўлиб, бирламчи космик нурланиш саналади. $U\alpha$ - протонлар, бошқа атомлар ядроларини ўз ичига олади. Юқори қувватли (10 нинг 2 1 даражасигача эВ) галактик нурлар қуёш системасидан ташқаридан, ўртача қувватли (≤ 10 нинг 10 даражаси) қуёш фаоллиги билан боғлиқ космик нурлар фаркланади. Космик зарраларнинг атмосфера атомлари билан ўзаро таъсирдан радионуклидлар ҳосил қиладиган иккиламчи космик нурланиш юзага келади.

Қуёш радиацияси – қуёшнинг электромагнит ва корпускуляр нурлари. Портлаш вақтида қуёш кўринадиган, инфрақизил, ултрабинафша ва рентген спектридаги нурлар таратади. Ҳар бир портлаш одамга таъсир этади. Айниқса магнит майдони силкинишлари бемор одамларга кучли таъсир кўрсатади. А.Л.Чижевский қуёш фаоллигининг тирик организмларга таъсирини ўрганиб, қуёш фаоллиги ўзгариши билан қурқликдаги организмлар реакцияси характери ўртасидаги боғлиқликни аниқлаган. Космик нурланишга реактив самолёт учувчи ва йўловчилари дуч келади. Масалан, АҚШ дан Европага трансатлантик парвоз $-0,05$ мЭв дозали космик нурланишнинг организмга қўшимча таъсири билан кечади. Ер радиацияси манбалари одам табиий радиация ҳисобига дуч келадиган нурланишнинг катта қисмини ташкил қилади. Аҳоли оладиган йиллик ўртача нурланишнинг $5/6$ қисми улар зиммасига тўғри келади. Таркибида радиоактив элементлар бўлган, сайёрамиз шаклланиш ва ривожланиш даврида юзага келган тоғ жинслари атроф муҳитга табиий радиоактив моддаларнинг асосий манбаси саналади. Ўсимликларнинг радиоактив моддаларни тўплашига қатор омиллар таъсир этади. Майда дисперцияли тупроқда уларни ўзлаштириш йирик дисперцияли тупроқдагидан камроқ интенсивлик билан кечади. Тупроққа озуқа моддалари киритилганда, ўсимликларга радионуклидлар кириши камаяди, қолаверса, нам тупроқда тўпланиш коэффициенти қуруқ тупроқдагидан камроқ бўлади.

Яратадиган активлик катталигига кўра радиоизотоплар орасида калий изотопи асосий ўрин тутати. У организмнинг ҳаёти фаолияти учун зурур бўлган калий норадиоактив изотоплари билан бирга ўзлаштирилади. Ошқозон-ичак тракти орқали тушганда радиоактив калий одамнинг нурланишига катта ҳисса қўшади. Катта ёшли 70 кг вазли одам организмда калий миқдори 130 гр (0,19%) ни ташкил қилади. айниқса скелет мускулатура, нерв тўқималари, юрак, жигар ва ўт копи калийга бой саналади.

Радий асосан суяк тўқималарида тўпланади. Қўрғошиннинг асосий қисми скелетда жамдланган. Одам ўпкасига суткасига ҳаво билан 0,0007 Бк Rb, кунига бир пачка сигарет чекадиган одам ўпкасига 0,07 Бк Pd келиб тушади.

Радон изотоплари орасида энг ҳавфлиси ^{222}Rn нурлагичи саналади. Радон тупроқдан пойдевор ва пол орқали ўтиб, ёки қурилиш материалларидан ажралиб, ёпиқ, шамоллатилмайдиган хоналарда тўпланади. Полларда тирқишлар ва вентиляция кучсиз бўлса, ўпкага индивидуал дозалар ҳавфли тус олиши мумкин (1000Бер/йил). Одатда, табиий радионуклидлар гранит тоғ жинсларида кўп бўлади. Оҳаксимон ва кум жинсларида радиоактивлик пастроқ. Радоннинг атмосфера остига тушиш тезлиги тупроқ ҳолати, намлиги, ҳароратига боғлиқ, қор қоплаганда эса у камаяди. Баҳоргача сақланган 50 см қалинликдаги қор ёз даврида табиий γ -нурлагичлар шакллантирадиган Ер радиациясини 80% га экранлайди. Радиациянинг суъний манбалари. Радиациянинг суъний манбаларига ядро синовлари, тиббиёт диагностика ва даволаш аппаратураси, радиоактив чиқиндилар ва атом электр станциялари киради. Дастлабки ядро синовлари 1945 йилда ўтказилган. 1054-1958 ва 1961-1962 йилларда энг кучли синовлар амалга оширилган. 1960 йил 13 феввалида сахардаги синовлардан 4 сутка кейин радиоактив ёгинлар Қримга этиб келган. 1955 йил 7 мартда Невададаги портлашдан кейин радиоактив парчаланиш маҳсулотлар Санкт-Петербургда топилган.

Тиббиёт рентген нурлари кашф қилинганидан бери рентген ташхислаш методларини ишлаб чиқишда энг катта ютуқ компьютер томографияси бўлди, у оддий методларга қараганда нурланишни бир неча марта камайтириш имконини беради [9]. Радиоизотоп тиббиёт кенг тарқалмоқда. Одам организмга киритиладиган радиоизотоплар ёрдамида опухоллокализатсия ўрни ва ўлчамлари аниқланади ёки аъзо функцияси текширилади. Нур терапиясидан зарарли опухолларни даволашда фойдаланилади. Нурланишнинг бошқа манбаларига иссиқлик электр станцияларида

кўмирни ёкиш; фосфат қопламлари; истеъмол моллари (радиоалюминесцент, электрон приборлар, рангли телевизорлар ва бошқалар); космик техника материаллари, чекиш ва бошқаларни киритиш мумкин. Гарчичекиш инсоннинг ўзига боғлиқ бўлсада, чекиш радиоактив таъсирлар орасида етакчилардан бири эканини айтмоқчимиз. Бугунги кунда нурланишнинг кичик дозалари биологик ролига турлича қарашлар мавжуд. Улардан биринчисига радиацион-гигиеник қарашга кўра, ҳар қандай кичик дозага ҳам маълум даражада зарарли эффект тўғри келади, яъни нурланишнинг биологик таъсири «доза-эффект» чизиқли боғлиқлик билан ифодаланиши мумкин. Бу нуқтаи назар тобора консерватив бўлиб, унинг кичик дозаларга нисбатан тўғрилиги ёки нотўғрилиги ҳақида аниқ илмий далиллар ҳали мавжуд эмас. Иккинчи нуқтаи назар дастлабкисига қарама-қарши: табиий радиация фони бутун тирикликнинг нормал ривожланиши учун мажбурийдир. Радиацион гормезис (тирик организмнинг нормал ривожланиши учун кичик дозадаги нурланиш зарур деган қоида) устида мунозара қилиб келинади. Табиий фон нурланиш дозалари камайтирилганда, тирик организмлар ўсиши заифлашиш ва тормозланишга олиб келган тажриба натижалари маълум. Учинчи нуқтаи назарга кўра, ионловчи нурланишнинг тирик организмларга таъсир оstonаси мавжуд бўлиб, ундан паст нурланиш зарарли таъсир кўрсатмайди. Аҳоли яшаш жойларида йўл қўйилган нурланиш дозаси йилига 5 мЭв (ёки йилига 0,5 бер). Меҳнат фаолияти нурланиш манбалари билан бевосита боғлиқ кишилар учун бу доза баландроқ - 50 мЭв (ёки йилига 5 бер) бўлади.

1896 йилда А.Беккерел томонидан уран ($^{238}_{92}\text{U}$) элементининг радиоактивлик хоссаси (α -, β - ва γ -нурланиш) аниқланган ва бу кашфиёт табиий радиоактивлик ҳодисасининг ўрганилиши тарихининг бошланиши ҳисобланади. 1867–1934 йилларда радиоактив – $^{226}_{88}\text{Rd}$ ва $^{209}_{84}\text{Po}$ элементларини кашф қилишган. Мария Склодовская-Кюри Пиер Кюри билан биргаликда радий ($^{226}_{88}\text{Rd}$) ва полоний ($^{209}_{84}\text{Po}$) радиоактив элементларини кашф қилган (1998). 1934 йилда Ирен Кюри ва Фредерик ЖолиоКюри томонидан ядро реаксияси давомида $^{30}_{15}\text{P}$ изотопи аниқланди.

Адабиётлар:

1. СамДТУ мт.самму.уз платформаси.
2. Ш.С. Хушматов, А.Т. Эсимбетов, Г.С. Бегдуллаева. Радиобиология. Тошкент, 2016.
3. Ремизов А.Н., Максина А.Г., Потапенко А.Я. Медицинская и биологическая физика, Дрофа, 2003.

4. М.Х.Жалилов, Ш.Н.Худойкулова. “Биологическое действие постоянного тока” Эурасиан Жоурнал оф Медисал анд Натурал Ссиенсес. 2022 2(5), 205–210.
5. Ergashev A.J. Organization of pedagogical experimental work and analysis of its results in teaching the science of nuclear technologies in higher education institutions. Eurasian Journal of Learning and Academic Teaching – USA. -2023 y. P. 23-28.
6. А.Д.Доника, С.В.Поройский Учебно-методическое пособие «Основы радиобиологии» Волгоград – 2010
7. M.I. Bozorboyev, G.G. Rajabova, G.A. Bekmurodova, N.A. Fayziyeva, M.B. Norbutayeva “Umumiy va tibbiy radiobiologiya”. Toshkent 2018 yil. 270 bet.
8. Remizov A.N. Tibbiy va biologik fizika. Toshkent. Ibn-Sino nashriyoti, 2006.
9. Jalilov M.X. J.X.Xamroyev. M.N.Axrorov. “Rentgen nurlari. Ionlashtiruvchi nurlanishlarning moddalarga ta'siri”ni o'rganish mavzusini modul tizimida o'qitish. Xalqaro o'quv-uslubiy anjuman to'plami. “Oliy tibbiy ta'lim tizimi islohotlari: markaziy osiyoda ta'lim “XAB” ni tashkil etish yo'lida” Toshkent 2022y. 140-143b.
10. Ergashev A.J. Atom reaktorlarning turlari va ularning radiatsion xavfsizligini innovatsion texnologiyalar asosida o'qitish metodikasi. Qaraqolpog'istonda fan va ta'lim jurnali QMU.-2022 y.-№ 7 - B. 212-216. (13.00.00. № 25).
11. Bozorov E. X. Ergashev A.J. “Pentgen nurlarining tibbiyotda ahamiyati” ni o'rganish mavzusini modul tizimida o'qitish. Fizika, matematika va informatika ilmiy-uslubiy jurnal - Toshkent – 2022. -B. 87-93 (13.00.00.№ 2).

ПРИРОДНЫЕ ИСТОЧНИКИ РАДИАЦИИ И ТРАГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РАДИАЦИИ, РАДИАЦИЯ ЗЕМЛИ, ПРЕПОДАВАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ РАДИОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В «КЛАСТЕРНОМ» МЕТОДЕ

Бозоров Э.Х., Телиров Ф.Н., Хожиева М.Э.

Резюме. Данная методика используется для обучения студентов Самаркандского государственного медицинского университета «Источники естественного излучения». Излучение Земли. Помочь создать условия для формирования знаний и умений свободного мышления, непредвзятого мышления, мышления и свободного выражения личных мыслей о радиоактивных излучениях и ядерных взрывах по теме «Обучение радиобиологическим процессам» с использованием педагогических технологий в «кластерном» методе. На прохождение данного практического занятия студентам второго курса медико-биологического факультета СамГМУ отведено два часа.

Ключевые слова: Естественная радиация, «Кластер», радиобиология, дидактические материалы, Ионизирующие излучения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ



Ботиров Акрамжон Кодиралиевич, Абдуллажанов Бахром Рустамжанович, Эгамбердиев Бобир Алишерович, Отакузиев Ахмадилло Зокирович, Усмонов Умиджон Донакузиевич, Ботиров Жахонгир Акрамжон угли
Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ЎТКИР ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ ВА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ САФРО ОҚИШИ МУАММОСИНИНГ ҲОЗИРГИ ҲОЛАТИ

Ботиров Акрамжон Кодиралиевич, Абдуллажанов Бахром Рустамжанович, Эгамбердиев Бобир Алишерович, Отакузиев Ахмадилло Зокирович, Усмонов Умиджон Донакузиевич, Ботиров Жахонгир Акрамжон ўғли
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

EPIDEMIOLOGY, CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS AND POSTOPERATIVE BILLELEAGING

Botirov Akramjon Kodiralievich, Abdullazhanov Bakhrom Rustamzhanovich, Egamberdiev Bobir Alisherovich, Otakuziev Akhmadillo Zokirovich, Usmonov Umidjon Donakuzievich, Botirov Jahongir Akramjon ugli
Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: info@adti.uz

Резюме. Дунёда ҳар йили ўт тоши бўйича 2,5 миллиондан ортиқ жарроҳлик ишлари амалга оширилади, бу операциядан кейинги ўлимнинг 0,9 дан 14,6% гача юқори даражаси билан бирга келади, бу нарса асосан семиз одамлар орасида юз беради [14; 29]. 0,53-6,3% оралигида бўлган операциядан кейинги сафро оқиши муаммоси, беморларнинг 17-48 фоизига кеч таъхис ва кечиктирилган такрорий жарроҳлик аралашуви туфайли жуда долзарб бўлиб қолди. Кўп мартали релапаротомия билан ўлим даражаси 20,9-37,2% гача ошади. [12;16;18;38]. Муаллифларнинг хулосасига кўра, қилинган кўп наирларда ўткир тошли холецистит учун сафро оқишини жарроҳлик йўли билан даволаш фақат асоратлар ва ўлим кўрсаткичларини ўз ичига олади, аммо уларни тузатиш усулларининг батафсил таҳлили таъминламайди. Шунингдек, видеоендоскопик тузатиш усулларига тегишли эътибор берилмаган, техника ва жарроҳлик тактикаси масалалари тўлиқ ўрганилмаган, бу эса яна кейинги тадқиқотларни талаб қилади.

Калит сўзлар: холелитияз ўт тоши касаллиги; ўткир холецистит; сафро оқиши; холецистектомия; ўт пуфаги; лапароскопик холецистектомия; семизлик.

Abstract. More than 2.5 million surgical interventions for cholelithiasis are performed annually in the world, which is accompanied by high postoperative mortality - 0.9 to 14.6%, among which are predominantly obese people [14; 29]. The problem of postoperative bile leakage, which ranges from 0.53-6.3%, has become extremely relevant, due to late diagnosis and delayed re-surgical intervention in 17-48% of patients. Mortality with multiple relaparotomy increases to 20.9-37.2% [12;16;18;38]. The authors conclude that the surgical treatment of bile leakage for ACC in most publications contains only a statement of complications and mortality, but does not provide a detailed analysis of the methods for their correction. Also, due attention has not been paid to video endoscopic methods of correction, and the issues of technique and surgical tactics have not been fully studied, which requires further research.

Key words: cholelithiasis; acute cholecystitis; bile leakage; cholecystectomy; gallbladder; laparoscopic cholecystectomy; obesity.

В настоящее время желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдает более 10% населения планеты [21]. У каждого четвертого жителя планеты в возрасте от 60 до 70 лет обнаруживаются камни в

желчном пузыре, а после 70 лет – у каждого третьего [26].

По данным ВОЗ на сегодняшний день, ЖКБ среди различных заболеваний желчевыводящей системы занимает 50-65% [39]. Так, в США ЖКБ

страдают около 20 млн. человек, а в России, около 15 млн [20;36]. Данным заболеванием женщины страдают в 4 раза чаще мужчин. При этом, число больных увеличивается вдвое каждые 10 лет, что связано с изменениями условий жизни, рациона питания, улучшением диагностики (в частности УЗИ), растущей популярности медицинского обслуживания и других факторов [20].

ЖКБ занимает третье место в общей структуре заболеваний после сердечно сосудистых заболеваний и сахарного диабета [20]. Среди пациентов с urgentными абдоминальными заболеваниями ОХ занимает второе место (24,4%) после острого аппендицита (26,4%), а операции на желчном пузыре - холецистэктомии (ХЭ) – среди urgentных вмешательств составляют 25,3% (при аппендэктомии - 42,5%) [24].

Примерно в 90% наблюдений ОХ развивается на фоне ЖКБ, а в 10% – при отсутствии камней в желчном пузыре (ЖП). Как следствие, растет и число операций по поводу ЖКБ и ее осложнений [33]. Сегодня эти показатели находятся на отметке около 2,5 млн в год и намного превышают число всех других абдоминальных вмешательств [14;17].

В недавнем прошлом летальность при хирургическом лечении ОХ достигала 4-6%, а в старших возрастных группах - 10-26% [16]. На сегодня, летальность после ХЭ колеблется в пределах от 0,45 до 6% в зависимости от сложности холецистита [34]. По данным мировой литературы, ОХ даёт сопровождается высокой послеоперационной летальностью - 0,9 до 14,6%, которая у больных старше 60 лет достигает 20-23%, среди которых преимущественно лица с ожирением [29].

По некоторым данным хирургическая активность при ОХ достигает до 62,7%, при снижении послеоперационной летальности до 1,2% [23]. В настоящее время «золотым» стандартом в лечении ЖКБ является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [36]. В экономически развитых странах удельный вес ЛХЭ в общей структуре ХЭ составляет 85-95% [30]. Тем не менее, в лечении ОХ остается много нерешенных проблем [16].

Камни ЖП у 20% симптомных пациентов проявляются клинической картиной острого калькулезного холецистита (ОКХ). По данным третьего Национального исследования состояния здоровья и питания населения, 6,3 млн мужчин и 14,2 млн женщин в возрасте от 20 до 74 лет в США имели заболевания, сопровождающиеся холецистолитиазом. Среди пациентов с ОКХ, выписанных домой без операции, рецидив симптомов проявляется желчной коликой в 70% случаев, в то время как обструкция желчевыводящих путей возникает у 24% из них, а панкреатит - в 6% случаев [34].

Основной причиной возникновения острого воспаления и некробиотических процессов в стенке ЖП является повышение внутрипузырного давления до 200-300 мм вод. ст. Как правило (90-95%), оно возникает из-за нарушения оттока желчи из ЖП и воспалительного экссудата в результате обтурации камнем, комочком слизи, желчным сладжем и др. [20].

Тревожным является факт рост числа больных с ЖКБ на фоне ожирения. Так, по данным (ВОЗ), избыточную массу тела к концу XX века имели около 30% жителей нашей планеты, т.е. около 1,7 млрд. человек. В связи с неуклонным ростом числа больных с избыточным весом среди взрослого населения, ВОЗ признала ожирение новой хронической неинфекционной «эпидемией», которая создает растущую проблему для здоровья последующего поколения [22].

Высокая частота летальности после экстренных операций по поводу ОХ, наряду с другими факторами, связано с недостаточным вниманием вопросам ожирения. Так как ожирение является основной причиной ряда серьезных терапевтических заболеваний и связанную с этим, летальности [8].

Несмотря на широкое распространение миниинвазивных способов ХЭ, частота послеоперационных осложнений остается стабильной и составляет 1,5-16,8% [12]. В связи с этим, проблема осложнений послеоперационного периода получила новый виток актуальности [6;31].

В настоящее время частота желчеистечения в структуре послеоперационных осложнений диагностируется в 0,53-6,3% случаев. После ХЭ желчеистечением считается выделение по дренажу более 20 мл желчи в течении суток, на протяжении дней. Незначительное желчевыделение (менее 20 мл), которое прекращается на 2-3 сутки, к анализируемому осложнению не относится [18;38]. Этот показатель увеличивается при использовании лапароскопической техники для удаления ЖП, а также в случаях конверсии, когда возникают трудности и осложнения во время хирургического вмешательства [12;18]. После открытой ХЭ утечка желчи наблюдается в 5-15% случаев, после ХЭ из мини-доступа, в 3,6%, после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), в 2-5% случаев [27].

Быстров С.А. и Жуков Б.Н. [6] для диагностики послеоперационного желчеистечения учитывали суточное выделение желчи по дренажу, а также данные УЗИ. Morgenstern L. C. et al. [35] выделили 3 степени послеоперационного желчеистечения. Причины развития послеоперационного желчеистечения многообразны [15]. При этом, его причинами являются несостоятельность культи пузырного протока, ходы Люшка, выпадение дре-

нажа из общего желчного протока или же их ятрогенные повреждения [7].

Курбаниязов З.Б. с соавт. [13] отмечают, что после ТХЭ желчеистечение наблюдается в 1,7 и 1,2 раза чаще, чем после МХЭ и ЛХЭ соответственно.

Байжаркинова А.Б. [4] отмечает, что внедрение в клиническую практику ЛХЭ привело к увеличению числа осложнений. Но по мере накопления опыта количество осложнений заметно уменьшается, однако, к сожалению, полностью их избежать не удается.

Давлатов С.С. с соавт. [7] проанализированы результаты хирургического лечения 2268 пациентов, перенесших ХЭ в период 2010-2019 гг. Различные осложнения в раннем послеоперационном периоде были отмечены у 5,8% пациентов. Авторы пришли к заключению, что при желчеистечении 2–3 степени показано повторное вмешательство.

Использование ЭРХПГ является ведущим методом диагностики желчеистечения, которая позволяет выработать рациональную хирургическую тактику. При его безуспешности, показаны лапароскопия (лапаротомия) и устранение источника желчеистечения [7].

В Америке и Англии до 50% хирургов за свою профессиональную карьеру отмечают от 1 до 2 случаев повреждений внепеченочных желчных протоков при выполнении ХЭ [32]. Несмотря на большое количество публикаций, общепринятая тактика лечения отсутствует, а отдаленные результаты остаются не всегда удовлетворительными [37]. Наличие страховочного дренажа в подпеченочном пространстве способствует ранней диагностике и профилактике билиарного перитонита [9].

Курбаниязов З.Б. с соавт. [13] у больных с желчеистечением после ХЭ значительно улучшили результаты лечения, где осложнения в ближайшем послеоперационном периоде составили 8,1%, летальность не наблюдалась.

Ряд хирургов наиболее частым источником желчеистечения считают добавочные печеночно-пузырные протоки ложа ЖП, несостоятельная культя пузырного протока и повреждение магистральных ЖПр [10].

Запоздалая диагностика внутрибрюшных послеоперационных осложнений связана со стертой клинической симптоматикой, что часто является поводом для проведения консервативной терапии и неоправданной потере времени [16].

Арзиев И.А. с соавт. [1] отмечают, что оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения больных желчным перитонитом с использованием пункционных методов, лапароскопии и трансдуоденальных эндоскопических вмешательств позволило снизить частоту

послеоперационных осложнений до 16,3% и летальность – до 4,1% (в группе сравнения -33,3% и 6,1%, соответственно).

Хворостов Е.Д. с соавт. [28] сообщают, что консервативная терапия, малоинвазивные эндоскопические, пункционные под контролем ультрасонографии методы и релапароскопия были эффективными у 52 (86,7%) больных.

Сингаевский А.Б. с соавт. [25] отмечают, что несмотря на прогресс и успехи современной хирургии, послеоперационный перитонит в 41,7-78,3% случаев вызывает сепсис и способствует повышению летальности до 60% и более. Вследствие, 16-25% пациентам выполняют «запоздалые» реоперации, а 0,6-17% пациентам «напрасные» реоперации. Летальность при этом достигает 29-64%.

Насимов А.М. с соавт. [19] совершенствованием лечебно - диагностической тактики авторы добились снижения частоты осложнений в ближайшем послеоперационном периоде до 8,1%, летальность не наблюдалась (в группе сравнения - 17,8%, летальность - 3,6%).

Ранние осложнения после операций на ЖПр в большинстве наблюдений возникают у лиц трудоспособного возраста, способствуя их длительной инвалидизации [2]. При этом, нарушения гомеостаза настолько велико, что в большинстве наблюдений они являются факторами, определяющими исход заболевания [3].

Несмотря на прогресс и успехи современной хирургии, 16–25% пациентам выполняют «запоздалые» реоперации, а 0,6–17% пациентам «напрасные» реоперации. При этом, летальность достигает 29–64% [12]. В связи с этим, разработка и внедрение в клиническую практику усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов, способствующих раннему распознаванию послеоперационного желчеистечения, а также принятия своевременных лечебных мероприятий, заслуживают самого пристального внимания. Резервом улучшения хирургического лечения послеоперационных осложнений является лапароскопия [5;27].

Важно заострить внимание на то обстоятельство, что поздняя диагностика и запоздалое повторное хирургическое вмешательство отмечаются у 17-48% пациентов. Летальность при многократных релапаротомиях возрастает до 20,9-37,2%. Количество нераспознанных интраабдоминальных послеоперационных осложнений достигает 17,8-29,7%, а в 0,6-17% наблюдений релапаротомии выполняются необоснованно [12;16]. Однако, во многих случаях можно выполнить релапароскопию, которая по своим возможностям не уступает лапаротомии [7;9;28].

Таким образом, хирургическое лечение желчеистечения по поводу ОКХ в большинство

публикаций содержит лишь констатацию осложнений и летальности, но не дает подробного анализа методов их коррекции. Также не уделено должного внимания видеоэндоскопическим методам коррекции, а также не до конца изучены вопросы техники и хирургической тактики, что требует проведения дальнейших исследований.

Литература:

1. Арзиев И.А. Хирургическое лечение желчного перитонита как осложнение острого деструктивного холецистита //Журнал проблемы биологии и медицины. -2022. Т.7. -№5.
2. Аскерханов Г.Р., Гусейнов А.Г., Загиров У.З. и др. Программная релапаротомия при перитоните //Хирургия. -2000. -№8. -С. 20-23.
3. Бажанов Е.А. Компьютерная томография в диагностике абсцессов брюшной полости //Тез. докл. XI Всесоюз. съезда рентгенологов и радиологов. -Таллин, 1984. -С. 98-99.
4. Байжаркинова А.Б. Хирургические аспекты осложнений при ЛХЭ и ТХЭ //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 12-1. – С. 86-89.
5. Бокиев Ф.Б., Рашидов Ф.Ш., Рахмонов Д.А., Амонов Ш.Ш. Наш опыт 4360 лапароскопических холецистэктомий при желчнокаменной болезни //Вестник Авиценны. 2020. -Т.22. №4. –с.572-578.
6. Быстров С.А., Жуков Б.Н. //Хирургическая тактика при желчеистечении после миниинвазивной холецистэктомии //Медицинский альманах. 2012. -№1-С.90-93.
7. Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Тактика ведения больных желчеистечением после холецистэктомии //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 13 (97).
8. Дедов И.И., Шестакова М.В., Мельниченко Г.А. и др. Междисциплинарные клинические рекомендации «Лечение ожирения и коморбидных заболеваний» //Ожирение и метаболизм. -2021. -Т. 18. -№1. -С. 5-99.
9. Красильников Д.М., Миргасимова Д.М, Абдульянов А.В. и др. //Осложнения при лапароскопической холецистэктомии //Практическая медицина. 2016.-№4. -С.110-113.
11. Кригер А.Г., Шуркалин Б.К., Глушков П.С., Андрейцев И.Л. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений //Хирургия. 2003. № 8. С. 19-23.
12. Кузин Н.М, Дадвани С.С., Ветшев П.С. и др. //Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия: сравнение непосредственных результатов //Хирургия. -2006. -Т.2. -С.25-27.
13. Куликовский В.Ф., Ярош А.Л., Карпачев А.А. и др. Желчеистечение после холецистэктомии. опыт применения малоинвазивных методов лечения //Журнал Хирургия им. Н.И. Пирогова. -2018. -№4. –С.36-40.
14. Курбаниязов ЗБ, Арзиев ИА, Баратов МБ, Аскараров ПА, Давлатов СС. Послеоперационное желчеистечение и желчный перитонит в хирургическом лечении желчнокаменной болезни //Проблемы биологии и медицины, 2022. №2. – с.60-64.
15. Курбонов К.М., Даминова Н.М., Махмадов Ф.И. Диагностика и лечение послеоперационного желчеистечения. Анналы хирургической гепатологии. 2015; 20(4):90-94.
16. Лебедев Н.В., Попов В.С., Климов А.Е., Сванадзе Г.Т. Сравнительная оценка систем прогноза исхода вторичного перитонита //Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова 2021, №2 с. 27-31. DOI:10.17116/hirurgia 202102127. (Scopus).
17. Луцевич О.Э. Острый холецистит: Камо грядяши? Опыт 13000 операций одной клиники. МХЖ. -2021. 2 (76). –С.18-26.
18. Мишалов В.Г., Бондарев Р.В., Кондакова Е.Ю. и др. Особенности хирургического лечения хронического калькулезного холецистита у больных с ожирением и птозом передней брюшной стенки после ранее перенесенных операций на органах верхнего этажа брюшной полости. Хирургия Украины. -2016. №4. С.24-29.
19. Назыров Ф. Г. и др. Повреждение aberrантных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии //Вестник экстренной медицины. – 2019. – Т. 12. – №. 5. –С. 11 –15.
20. Насимов А.М., Курбаниязов З.Б., Сулаймонов С.У. Тактико-технические аспекты хирургической коррекции повреждений желчных протоков после холецистэктомии //Сунги таддикотлар назарияси. 2021. С. 209-217.
21. Натрошвили А.Г., Шулуто А.М., Байчоров Э.Х. и др. Дооперационная диагностика холедохолитиаза: возможность и перспективы //Мед. Вестник северного Кавказа. -2021. -т.16. -№1. – с.1-5.
22. Никитин И.Г., Волнухин А.В. Желчнокаменная болезнь: Эпидемиологические данные, ключевые аспекты патогенеза и коморбидности, актуальные терапевтические мишени //РМЖ. «Медицинские обозрения» 2020., №5, С. 290-296.
23. Ожирение принимает масштабы эпидемии: ВОЗ советует Европе жёсткую «диету». <https://eadaaily.com/ru/news/2022/05/03/ozhirenie-prinimaet-masshtaby-epidemii-voz-sovetuet-evrope-zhestkuyu-dietu>.
24. Ревившвили А.Ш., Оловянный В.Е., Сажин В.П., Захарова М.А., и др. Хирургическая помощь в Российской Федерации. -М., 2020. -132 с.
25. Ревившвили А.Ш., Федоров А.В., Сажин В.П., Оловянный В.Е. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019; (3): 88-97.
26. Сингаевский А.Б., Луговой А.Л., Ярцева Е.А., Гребцов Ю.В., Агишев И.А. Эндовидеохирурги-

ческие санации брюшной полости при перитоните: технические и тактические аспекты. Вестник НМХЦ им. Н.И. Пирогова. 2019;14(4):90-95.

27. Турбин М.В., Черкасов М.Ф., Дяттерев О.Л. и др. Опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии при осложненных формах острого холецистита // Ростов-на-Дону, 2017.

28. Хаджибаев А. М. и др. Роль эндобилиарных вмешательств в лечении желчеистечений после холецистэктомий // Вестник экстренной медицины. – 2019. – Т. 12. – №. 6.

29. Хворостов Е.Д., Гринёв Р.Н., Бычков С.А., Цивенко А.И., Шевченко Е.В. Стандартизация подходов к применению малоинвазивных методов в лечении желчеистечения после лапароскопических холецистэктомий // Актуальные проблемы медицины. -2018. –Выпуск 1. –с.12-15.

30. Хохлачева Н.А., Сергеева Н.Н., Вахрушев Я.М. Возрастные и гендерные особенности развития желчнокаменной болезни. Архив внутренней медицины. -2016. Т.6, №1 (27). С.34-39.

31. Agarwal N. Endoscopic management of postoperative bileleaks // Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. - 2006. -Vol.5. -№2. -P.273-277.

32. Angel-Mercado M., Chan C., Orozco H. Et al. Bile duct injuries related to misplacement of "T tubes" // Ann-Hepatol. 2006 Jan-Mar; 5(1): 44-8.

33. Connor S, Garden OJ. Bile duct injury in the era of laparoscopic cholecystectomy. British Journal of Surgery. 2006; 93:158-168.

34. Csikesz N., Ricciardi R., Tseng JF. Shah SA. Current status of surgical management of acute cholecystitis in the United States. World J Surg. 2008 Oct; 32(10): 2230-2236.

35. de Mestral C., Rotstein O.D., Laupacis A. et al. Comparative operative outcomes of early and delayed cholecystectomy for acute cholecystitis: a population-based propensity score analysis // Ann. Surg. – 2014. – P.259.

36. Morgenstern L., Berci G., Pasternac E.N. Bile leakage after biliary tract surgery // Surg. Endosc. 1993. - N.7 - P.432-438.

37. Ravindra N., Tejaswini V.U., Prasad S. Et al. Predicting difficult laparoscopic cholecystectomy based on clinicoradiological assessment // Journal of Clinical and Diagnostic Research. – 2015. – P.9-12.

38. Seon Ung Yun, Koog Cheon, Chan Sup Shim, Tae Yoon Lee, Hyung Min Yu, Hyun Ah Chung, Se Woong Kwon, Taek Gun Jeong, Sang Hee An, Gyung Won Jeong and Ji Wan Kim. The outcome of endoscopic management of bile leakage after hepatobiliary surgery. Korean J Intern Med. 2017; 32:79-84.

39. Veerank N., Togale M.D. Validation of a scoring system to predict difficult laparoscopic cholecystectomy: a one-year cross-sectional study // J. West Afr. Coll Surg. – 2018. – №8(1). – P. 23-39.

40. World Population Review (англ.). worldpopulationreview.com. // Дата обращения: 1 ноября 2019. Архивировано 1 ноября 2019 года.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ

Ботиров А.К., Абдуллажанов Б.Р., Эгамбердиев Б.А., Отакузиев А.З., Усмонов У.Д., Ботиров Ж.А.

Резюме. Ежегодно в мире выполняется более 2,5 млн оперативных вмешательств по поводу желчнокаменной болезни, которая сопровождается высокой послеоперационной летальностью - 0,9 до 14,6%, среди которых преимущественно лица с ожирением [14; 29]. Чрезвычайную актуальность приобрела проблема послеоперационного желчеистечения, которая колеблется в пределах 0,53-6,3%, что обусловлено поздней диагностикой и запоздалым повторным хирургическим вмешательством у 17-48% пациентов. Летальность при многократных релапаротомиях возрастает до 20,9-37,2% [12;16;18;38]. Авторы заключают, что хирургическое лечение желчеистечения по поводу ОКХ в большинстве публикаций содержит лишь констатацию осложнений и летальности, но не дает подробного анализа методов их коррекции. Также не уделено должного внимания видеондоскопическим методам коррекции, а также не до конца изучены вопросы техники и хирургической тактики, что требует проведения дальнейших исследований.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; острый холецистит; желчеистечение; холецистэктомия; желчный пузырь; лапароскопическая холецистэктомия; ожирение.

COVID-19 ПАНДЕМИЯСИ ДАВРИДА ЎТКИР ҚОРИН ЖАРРОХЛИК КАСАЛЛИКЛАРИДА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ХИЗМАТИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ МАСАЛАЛАРИ



Бурибаев Дониёр Гапиржанович², Туляганов Даврон Бахтиёрович¹, Курбонов Азизбек Одилбекович², Аслонов Ильхом Нуриллаевич³

1 – Республика шошилишч тиббий ёрдам илмий маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Республика тез тиббий ёрдам маркази Тошкент вилояти филиали, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

3 - Республика тез тиббий ёрдам маркази Тошкент шаҳри филиали, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Бурибаев Дониёр Гапиржанович², Туляганов Даврон Бахтиёрович¹, Курбонов Азизбек Одилбекович², Аслонов Ильхом Нуриллаевич³

1 - Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Ташкентский областной филиал Республиканского центра скорой медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

3 - Ташкентский городской филиал Республиканского центра скорой медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ISSUES OF OPTIMIZING THE PROVISION OF EMERGENCY MEDICAL CARE FOR ACUTE ABDOMINAL SURGICAL DISEASES DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Buribaev Donyor Gapirjanovich², Tulyaganov Davron Bakhtiyorovich¹, Kurbonov Azizbek Odilbekovich², Aslonov Ikhom Nurillaevich³

1 - Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Tashkent regional branch of the Republican Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

3 - Tashkent city branch of the Republican Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: buribayev74@inbox.ru

Резюме. 2020-йил декабри SARS-CoV-2 вируси (коронавирус 2 оғир ўткир респиратор синдром) келтириб чиқарадиган янги респиратор касаллик тарқалишининг бошланиши ҳисобланади. 2020 йил феврал ойидан бошлаб ЖССТ ушбу касалликка расман COVID-19 номини берди. Касаллик тарқалишини чеклаш ва карантин чораларини кўриши бўйича глобал саъй-ҳаракатларга қарамай, инфекция пандемия деб эълон қилинди. 2020-йилнинг март ойи охирига келиб, 750 мингдан ортиқ касаллик ва 36 мингдан ортиқ ўлим ҳолати қайд этилган. SARS-CoV-2 жуда юқувчан бўлиб, тарқалиш ҳаводаги томчилар ва алоқа йўллари орқали содир бўлади.

Калит сўзлар: COVID-19.

Abstract. December 2020 is considered the start of the spread of a new respiratory disease caused by the SARS-CoV-2 virus (severe acute respiratory syndrome 2 coronavirus). Since February 2020, the disease has been officially named COVID-19 by WHO. In spite of global efforts to limit the spread of the disease and quarantine measures, the infection has been recognized as a pandemic. By the end of March 2020, more than 750 thousand cases and more than 36 thousand deaths were registered. SARS-CoV-2 is characterized by high transmissibility, while the spread occurs by airborne droplets and contact routes.

Keywords COVID-19.

SARS-CoV-2 вируси (коронавируснинг оғир ўткир респиратор синдроми 2) келтириб чиқарадиган янги респиратор касаллик тарқалишининг бошланиши 2020 йил декабрь ойи деб ҳисобланади. 2020 йил феврал ойидан бошлаб касаллик расмий равишда COVID-19 деб эълон қилинган. Касаллик тарқалишини чеклаш ва карантин чораларини кўриш бўйича глобал саъй-ҳаракатларга қарамай, инфекция пандемия сифатида тан олинди. 2020 йилнинг март ойи охирига келиб, 750 мингдан ортиқ ҳолат ва 36 мингдан ортиқ ўлим қайд этилган [54]. SARS-CoV-2 юқори юқувчанлиги билан ажралиб туради, ҳаво-томчи ва контакт орқали юқади [48].

Ўта оғир, критик ҳолатдаги беморларга килород билан вентилиацион ёрдам ва интенсив терапия бўлимларига ётқизилиши керак, бу эса соғлиқни сақлаш тизимида ортиқча юктамалар ҳосил бўлишига олиб келди. ЖССТ ва касалликларни назорат қилиш ва олдини олиш марказлари юқори ҳавфли ҳудудлардан чекиниш ва инфекцияланган беморлар билан контактда бўлишдан ўзларини асрашларини тавсия қилади [53]. Бироқ, кўп ҳолатларда инфекцияланган одамлар инфекциянинг потенциал манбалари бўла туриб, уларда касалликнинг клиник белгилари аниқланмайди [8, 25, 28].

Индивидуал ҳимоя чоралари тавсия қилинади: қўлларни тез-тез ювиш, антисептиклардан фойдаланиш, шахсий ҳимоя воситалари, шу жумладан ниқоблар, кўлқоплар, кўзойнақлардан фойдаланиш. Кўпгина жарроҳлик бўлимлари, шу жумладан операция хоналари кўшимча интенсив терапия бўлимларига айлантйрилди. Режали ва онкологик бўлмаган жарроҳлик амалиётлари маълум бир муддатга қолдирилди. Тиббиёт ва парамедик ходимлар юқумли касалликлар бўлимларига ўтказилди. Пандемия умуман соғлиқни сақлаш тизимини ва жарроҳлик ёрдами тизимини, хусусан, янги эпидемиологик шароитларда қайта ташкил этишнинг янги стандартлари ва алгоритмларини жорий этишни талаб қилди. Бироқ, пандемияда ўткир травма ёки "ўткир корин" каби кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларда ҳаракат қилишнинг ягона аниқ алгоритмлари ишлаб чиқилмаган.

COVID-19 пандемияси даврида соғлиқни сақлаш раҳбарлари шошилич тиббий ёрдам хизматларини конверсияси муаммолари, шу жумладан тез ёрдам ва реанимация бўлимларида юқумли беморларни парвариш қилиш ва шу билан бирга ходимлар, юқумли бўлмаган беморлар ва касалхонада ички инфекция хавфини минималлаштириш муаммосига дуч келишди. Шошилич тиббий ёрдамга муҳтож бўлган беморни қабул

қилаётган жарроҳ, жарроҳлик амалиёти ўтказиладиган хоналар чекланганлигини (кўп операцион хоналар COVID-19 интенсив терапия бўлимларига айлантйрилганлиги сабабли), шахсий ҳимоя воситаларининг, трансфузион ресурсларининг чекланганлиги ва операция вақтида инфекциянинг тарқалиш хавфини ҳисобга олиши керак.

Жарроҳлик аралашувини режалаштиришда жарроҳ ҳисобга олиши керак бўлган асосий ҳал қилувчи омил бу хавфсизлик ва профилактика чораларидир. Шу мақсадда қуйидаги муаммоларнинг ечимини ҳал қилиш учун: 1) операция хонасига вирусларнинг кириб келишини минималлаштириш; 2) ускуналарнинг вирусли зарралар билан ифлосланиш хавфини камайтириш; 3) операция хонасида ўтказиладиган вақтни минималлаштириш; 4) шошилич жарроҳлик патологияси билан мурожаат қилган беморларни касалхонага ётқизиш жараёнини максимал даражада қисқартириш.

Ўткир корин оғриғи билан мурожаат қилган бемор тўлиқ клиник текширувдан ўтказилиб, лаборатория ва инструментал тадқиқотлар натижаларини олганидан сўнг, биринчи савол бу - жарроҳлик амалиётини кечиктириш мумкинми (беморда инфекция жараёни тўхтагунга қадар ёки операция вақтидаги асоратлар олдини олиш). Агар жарроҳлик шошилич ва зарур бўлса (ҳаётий кўрсаткичларига кўра), жарроҳ тегишли операция хонаси, асбоб-ускуналар ва ходимларнинг мавжудлиги ва ишлашига ишонч ҳосил қилиши керак. Олтин қоида - максимал мумкин бўлган инфекцияга қарши ҳимояни таъминлаш билан бирга, зарур бўлган ходимларнинг минимал сонини жалб қилишдир [52]. Шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш стандарти 1-жадвалда келтирилган.

Шошилич жарроҳлик амалиёти ёки консерватив тактика? Эрта ташхис қўйиш, инфекциянинг тарқалишини назорат қилиш, адекват антимикроб терапия, интенсив терапия усулларида фойдаланиш - корин бўшлиғи инфекцион жараёнлари бўлган беморларни бошқариш тактикасининг асосидир [43]. Бундай вазиятда асосий қарор - беморга шошилич жарроҳлик амалиёти керакми ёки жарроҳлик амалиётисиз даволаш мумкинми. Бу саволга жавоб қалитлари бу: клиник кўриниш (маҳаллий ёки диффуз перитонит белгилари) ва тизимли яллиғланиш реакцияси фаоллигининг маркерлари (умумий қон тахлили, яллиғланиш олди маркёрлари). Ушбу кўрсаткичларни имкон қадар тезроқ аниқлаш керак.

Жадвал 1. COVID -19 билан касалланган ёки гумон қилинаётган бемор билан ишлашда тиббиёт ходимлари томонидан шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланишнинг минимал стандарти

№	Тавсия этилган шахсий ҳимоя воситалари	Тавсия учун асос
1	Respirator N-95	Ҳаводаги микроорганизмларнинг камида 95%ини филтрлайди
2	Кўзни ҳимоя қилиш (ҳавфсизлик кўзойнаги ёки юз ниқоби)	Ҳаво томчилари шиллиқ қават ва конъюктива билан контакт бўлмаслиги учун
3	Бош кийим	Контаминацияланган юзалар ва биологик суюқликлар билан контакт бўлмаслиги учун
4	Кийим / Ҳимоя костюми	Контаминацияланган юзалар ва биологик суюқликлар билан контакт бўлмаслиги учун
5	Тиббий қўлқоплар (икки қават қўлқоп тақиш тавсия этилади. Зарарланган ташқи қўлқопни алмаштириш имкони бўлиши учун)	Контаминацияланган юзалар ва биологик суюқликлар билан контакт бўлмаслиги учун
6	Ҳавони тозалаш функцияли респиратор	Айниқса аэрозоллардан қўлланиладиган муолажалар учун (анестезия ва интубация индукцияси)

Гемодинамик ҳолат периоператив хавфни баҳолаш калити ҳисобланади. Бундан ташқари, фон ва рақобатдош патологиялар ва Америка Анестезиологлар Жамияти (ААЖ) Шкаласи, Алварардо шкаласи ва аъзолар етишмовчилигининг оғирлиги каби турли хил хавфларни баҳолаш шкалалари қўлланилади. Операция давридаги хавфни баҳолаш шошилишч жарроҳликнинг хавф-фойда нисбатини баҳолаш билан аниқланади.

Қорин бўшлиғи инфекцияси асоратланмаган (яъни, қорин парданинг шикастланишисиз ва перитонит белгиларисиз) ёки асоратланган (махаллий ёки диффуз перитонит ривожланиши билан) деб таснифланиши мумкин [43]. Бутунжаҳон шошилишч жарроҳлик жамияти (WSEC) тавсияларига кўра, асоратланмаган жараён бўлса, жарроҳлик амалиётисиз тактика фойдасига танлов асосланган ҳисобланади. Бундай вазиятда кузатув тактикасини аниқлаш керак - беморнинг аҳволини тўлиқ назорат қилиш учун динамикада (ҳар 12-24 соатда) қайси клиник, лаборатор ва инструментал тадқиқотлар ўтказилиши керак. Агар беморда қоринда доимий оғрик, иситма, гемодинамик шок белгилари бўлса, бундай беморга дарҳол жарроҳлик амалиёти ўтказилади.

Аппендицит. Бугунги кунда ўткир аппендицит билан оғриган беморларни даволашнинг олтин стандарти лапароскопик аппендектомия ҳисобланади. COVID -19 пандемияси даврида лапароскопик усулдан эҳтиёткорлик билан фойдаланиш керак, чунки вирус қорин пардасини ифлослантириши ва пневмоперитонеумда мавжуд бўлиши мумкин. Антибиотикларни қўллаш фонид асоратланмаган аппендицит бўлса, жарроҳлик амалиётисиз тактика адекват танлов бўлиши мумкин. Қуддус WSEC 2020 йўриқномаларида асоратланмаган аппендицитдан жарроҳлик амалиётисиз

тузалишни ва касалликнинг 39% гача қайталаниш хавфи мавжудлигидан хабардор бўлган беморларга жарроҳлик амалиётисиз ёндашувни тавсия қилади [21].

Беморларни жарроҳлик амалиётисиз даволаш перфорация хавфини оширмайди, бундан ташқари, касалликнинг қайталанишининг аксарият ҳолатлари ҳам асоратланмаган аппендицитдир [21], бу эса ушбу стратегияни (жарроҳлик амалиётисиз даволаш + антибиотик терапиясини) жарроҳлик амалиётига хавфсиз алтернатива қилади. Беморларнинг маълум бир гуруҳи, айниқса юкумли пандемия даврида, жарроҳлик аралашувга бўлган эҳтиёжни кечиктиришга (агар касаллик белгилари йўқолмаса), қайталаган тақдирда уни кечиктиришга имкон беради.

Шунингдек, юкумли касалликнинг пандемияси даврида жарроҳлик бўлимига ўнг ёнбош чуқурчасининг хўппози билан асоратланган аппендицит билан ётқизилган беморга вена ичига антибиотик терапияси фонид хўппозни тери орқали дренажлаш мумкин. Перфорация белгилари бўлган беморга беморнинг соматик ҳолатига қараб тери орқали дренажлаш ёки радикал жарроҳлик амалиёти ўтказилиши мумкин. Жарроҳлик амалиётисиз тактикаси қўллаш мумкин бўлмаган беморлар (перитонит белгилари бўлган беморлар) операция қилиниши керак.

Ўткир холецистит: Лапароскопик холецистектомия ўткир холецистит учун даволашнинг асосий усули ҳисобланади [6]. Хусусан, эрта бажарилган холецистэктомия амалиёти қолдирилган ва кечиктирилгандан афзалдир. Кўплаб рандомизацияланган назорат остида ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, эрта холецистектомия касалхонада даволанишнинг даври қисқариши, асоратлар ривожланиши ва лапаротомияга ўтишсиз кечади.

Бирок, инфекция сабабли киритилган чекловлар туфайли COVID-19 пандемияси даврида эрта аралашув бўйича тавсиялар қайта кўриб чиқилмоқда. Бундай вазиятда антибактериал дорилар ва аналгетиклар билан терапия фониди кечиктирилган аралашув имкониятини кўриб чиқиш керак. Оғир беморларга перкутан холецистэктомия ўтказилиши мумкин. Дарҳақиқат, 2016 йилда WSEC йўриқномаларида лапароскопик киришга мукобил сифатида перкутан холецистэктомия тавсия этилмайди, перооператив хавфи юқори бўлганлиги сабабли, юқори ўлим ва асоратлар хавфи бўлган беморлардан ташқари [6].

CHOCOLATE тадқиқоти ушбу натижаларни тасдиқлади ва сезиларли салбий натижалар туфайли тери орқали холецистэктомия тўхтатилди [31].

Дивертикулит. Кўлланмага кўра, WSEC асоратланмаган ўткир дивертикулитни жарроҳлик амалиёти, интравеноз антибиотик терапиясидан сўнг орал қабул қилиш шаклларига ўтиш ҳисобланади [42]. Умумий перитонит билан оғриган беморлар шошилиш жарроҳлик аралашувини талаб қилади. I ва II синф Хинч дивертикулитлари, қорин бўшлиғи компьютер томографиясида диаметри 4 см ёки ундан каттароқ хўппоз аниқланса, микробларга қарши терапия билан бирга тери орқали хўппозни дренажлаш талаб қилинади. Агар тери орқали дренажлаш имкони бўлмаса, беморга антибиотик терапияси тавсия этилади. Жарроҳлик даволаш учун кўрсатма сепсис ёки гемодинамик шок белгиларининг мавжудлиги, шунингдек, жарроҳлик амалиёти стратегиясининг самарасизлиги ҳисобланади.

Қорин бўшлиғида эркин газ белгилари ва перитонит билан оғриган беморлар жарроҳлик аралашувни талаб қилади. Бундай вазиятда мумкин бўлган вариантлар [42]: оғир беморларда ёки беморнинг соматик ҳолатини оғирлаштирадиган кўплаб коморбидлиги бўлган беморларда диффуз перитонит ҳолатида Хартман операцияси; клиник жиҳатдан барқарор беморларда анастомоз ёки стома қўйиш билан бирламчи резекция. Юқори аэрозользация хавфи сабабли, шошилиш лапароскопик сигмоидэктомия тавсия этилмайди, айниқса операция узок давом этиши кутилаётган бўлса.

Йўғон ичакнинг обструкцияси ва перфорацияси. Бутунжаҳон шошилиш жарроҳлик жамияти WSES (World Society of Emergency Surgery) кўрсатмаларига кўра йўғон ичакнинг чап томонлама обструкцияси учун жарроҳлик амалиётини танлашда ҳалқа колостомияси (қисқа муддатли операция) ёки Хартман операцияси танланади [39]. Хартман операциясининг оддий колостомиядан афзаллиги касалхонага ётказишнинг қисқароқ муддати ва касалликнинг

бир босқичли тузалишидир. Бошқа томондан, ҳалқали колостомия радикал коррекцияга қадар вақтинчалик "кўприк" бўлиб хизмат қилиши мумкин. Пандемия шароитида бундай беморларни индивидуал даволаш режаси беморнинг клиник ҳолатига, шунингдек, шифохонада мавжуд жарроҳлик ресурслари ва имкониятларига боғлиқ.

Резекция қилиб бўлмайдиган ўсмалари бўлган беморларга ва юқори перооператив ва анестезик хавфи бўлган беморларга ҳалқа колостомиясидан фойдаланиш тавсия этилади. Йўғон ичакни стентлаш ҳам даволаш усули бўлиши мумкин, аммо пандемияда эндоскопик муолажалар вирус тарқалишига сабаб бўлади ва фақат юқори жарроҳлик ёки анестетик хавфи бўлган беморларда тавсия этилади [39].

Малигнализацияланган ўсимта туфайли асоратланмаган йўғон ичак тутилишида йўғон ичак резекцияси илеостомия билан ёки илеостомиясиз бирламчи анастомоз афзалроқ танловдир. Бирок, операциянинг ушбу варианты жарроҳлик муолажаси давомийлигининг ошиши ва шунга мос равишда COVID-19 вируси тарқалиш хавфининг ошиши билан боғлиқ. Перооператив хавфи юқори бўлган беморларга Хартман операцияси тавсия этилади.

Кўричакнинг кенгайиши, йўғон ичак ишемияси, йўғон ичакнинг ўнг ярмининг синхрон саратони бўлмаса, тотал колэктомия тавсия этилмайди [39]. Ўнг томонлама йўғон ичакнинг обструктив саратони бўлса, бирламчи анастомоз билан ўнг томонлама колэктомия энг яхши жарроҳлик амалиёти ҳисобланади. Агар бирламчи анастомознинг шакллантириш хавфли деб ҳисобланса, йўғон ичак окмаси билан якуний илеостомия мукобил вариант бўлиши мумкин [39]. Йўғон ичакнинг ўнг томонининг резекция қилиб бўлмайдиган саратонида, айланма йўл билан ёнма-ён илеотрансверс анастомоз ёки илмоқ илеостомия қилиш мумкин [39].

Адгезив ингичка ичак тутилиши: COVID-19 пандемияси даврида ҳам, ингичка ичак тутилиши ҳолатида, перитонит, странгуляцион ичак тутилиши ёки ичак ишемияси белгилари бўлмаса, операциясиз даволаш усули танланади. Ушбу тактиканинг самарадорлиги 70-90% ни ташкил қилади. Кўпгина муаллифлар кутиш-кузатиш тактикасини 72 соат давомида хавфсиз ва ўзини оқлайди деб ҳисоблашади [46].

Странгуляцион қорин бўшлиғи чурраси: Агар странгуляцион ичак тутилишига шубҳа бўлса, ичак ишемиясининг олдини олиш учун шошилиш жарроҳлик амалиёти тавсия этилади [19]. Агар чов чурра қисилган бўлса, операция хонасида COVID-19 вирусининг тарқалиш хавфини камайтириш мақсадида маҳаллий анестезия ёрдамида жарроҳлик амалиёти (ичак гангренаги бўлмаса) ўтказиш мумкин.

COVID-19 пандемияси давридаги ўткир панкреатит: Янги коронавирус инфекциясининг энг характерли клиник кўриниши респиратор синдром, хусусан, нафас қисилиши, йўтал, томоқ куриши [14]. Иккинчи энг кенг тарқалган синдром - ошқозон парези, гастрит, энтерит, колит ва панкреатитни ўз ичига олган гастроинтестинал синдроми. Меъда-ичак трактининг (МИТ) иштироки ангиотензин 2 рецепторларини ичакнинг эпителиал ва экзокрин хужайралари томонидан экспрессияси билан боғлиқ бўлиши мумкин [23, 5].

Панкреатик хужайралар ангиотензин 2-тоифа рецепторларини, ҳатто алвеоцитлардан ҳам кўпроқ экспрессиялайди [2]. SARS-CoV-2 РНКси ошқозон-ичак трактида, жумладан, ошқозон ости беши хужайраларида кўплаб тадқиқотчилар томонидан аниқланган [24, 16, 22]. Шунингдек, нафас олиш белгилари бошланишидан олдин ҳам COVID-19 билан касалланган беморларда панкреатит ривожланишини кўрсатадиган кўплаб маълумотлар нашр этилган [40, 17, 30, 18]. COVID-19 билан оғриган беморларда панкреатит ривожланишининг иккита асосий назарияси мавжуд: хужайраларга тўғридан-тўғри цитотоксик вирусли шикастланиш ёки иммунитет реакцияси туйғайли кечиктирилган шикастланиш [3, 47, 35].

Метаанализ [4] Атланта мезонлари бўйича ўткир панкреатит ташхиси билан 24-87 ёшдаги 46 беморни ўз ичига олган 40 та тадқиқот маълумотларини изохлайди (Здан 2 тасида қорин оғриғи - беморларнинг 63%, амилаза ёки липаза фаоллиги юқори чегарадан 3 баравар юқори - беморларнинг 92%, визуал текшириш усулларининг характерли маълумотлари - 82,6% [13] COVID-19 дан ташқари қўзғатувчи омиллар (ЎТК, гипертриглицеридемия, спиртли ичимликдан заҳарланиши) бўлмаганда).

Ангиотенсин 2-тоифа рецепторларининг экспрессияси ошқозон ости беши хужайраларини SARS-CoV-2 учун потенциал нишонга айлантиради [4], панкреатик псевдокиста таркибидаги вирус РНКсининг аниқланиши бунинг далилидир. Ошқозон ости беши, шунингдек, цитокин бўрони ва кўп аъзолар зарарланганда заиф аъзога айланади.

Амилаза ва липаза фаоллигининг ошиши, шунингдек, қоринда оғриқ нафақат ўткир панкреатит, балки COVID-19 билан боғлиқ ичак шикастланиши билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин. Бундан ташқари, COVID-19 билан касалланган беморларда қорин бўшлиғининг ўткир жаррохлик патологиясининг клиник кўриниши патогенетик жиҳатдан вирусли инфекция билан боғлиқ бўлмаслиги мумкин, аммо тасодиф бўлиб, рақобатдош касалликларни келтириб чиқаради [7].

Текширув усулини танлаш: лапароскопия ёки лапаротомия? Жаррохлик амалиётида даволаш самарасиз бўлса ёки гемодинамик беқарорлик белгилари бўлган беморлар жаррохлик амалиёти ўтказилишига номзодлардир. Анъанага кўра, лапароскопик усулнинг афзаллиги шошилиш жаррохликда тан олинган. Ушбу тактика касалхонага ётқизиш муддатини камайтиришга, оғриқ белгиларининг, нафас олиш дисфункциясини камроқ намоён бўлишига ва операциядан кейинги тез тикланишга ёрдам беради [12]. Бироқ, клиник амалиётда лапароскопик усулда техник қийинчилик ва кўп ҳолатларда лапаротомияга ўтиш кузатилади. Шошилиш жаррохлик амалиётига муҳтож бўлган COVID-19 билан касалланган беморларда, лапароскопияни чекловчи қўшимча омиллар сифатида [37], вируснинг тарқалиши ва операцион хона ходимларининг зарарланиши ҳисобланади, ҳолбуки лапароскопик муолажалар пайтида операция хонасида вирус тарқалишини тасдиқловчи нашр этилган тадқиқотлар мавжуд эмас.

Ванг ва Дюнинг қисқача ҳисоботида лапароскопик операциялар пайтида атомлаштирилган қаттиқ ёки суюқ заррачалардан ҳосил бўлган аэрозол операция хонаси ҳавосига кириб боришини кўрсатди. Бу чанг зарралари, микроорганизмлар бўлиши мумкин. Вирус билан касалланган одамлар йўталганда, аксирганда, чуқур нафас олаётганда, баланд овозда гапирганда вирус зарраларини чиқариши мумкин. Бундан ташқари, вирус жароҳатдан ажралиб чиқиши ва аэрозоллар шаклида тарқалиши мумкин. Биоаэрозол таркибида 0,3-100 микрон ўлчамдаги заррачалар мавжуд, нафас олиш фракцияси эпидемиологик аҳамиятга эга - 1-10 микрон. Заррачалар ҳажми 1-5 мкм бўлган биоаэрозоллар ҳавода дисперс ҳолда қолади, каттароқ заррачалар эса юзаларга ўтириб қолади. Йўталиш ёки аксириш пайтида чиқариладиган тупурик томчиларининг ўлчами 105 мкм. Улар ҳавода инфекция ўчоғидан 1-2м масофада тарқалади, аэрозол эса 10м ва ундан ортиқ масофага тарқалиши мумкин. Бугунги маълумотларга кўра, бундай тарқалиш SARS, MERS, H₁N₁ вируслари ва экстраполяция қилувчи COVID-19 учун хосдир.

Маълумки, SARS ва SARS-CoV-2 асосан инфекцияланган секреция билан тўғридан-тўғри алоқа қилиш орқали юқади, аммо атроф-муҳитнинг ифлосланиши билан билвосита тарқалиши истисно қилинмайди, айниқса патогеннинг нозокомиал тарқалиши йўли [12, 37, 49]. Ван Доремален ва бошқалар [49] SARS-CoV-2 SARS-CoV-1 га қараганда аэрозолларда ва турли сиртларда (пластмасса ва металл)

барқарорроқ эканлигини ва аэрозолларда бир неча соат ва юзаларда бир неча кун давомида сақланишини кўрсатди.

Периоператив хавфи сезиларли даражада паст бўлган баъзи беморлар учун лапароскопик усулдан фойдаланиш тавсия этилади [29]. Аксинча, баъзи муаллифларнинг фикрича, лапароскопик усул очик жарроҳлик билан солиштирганда вирус тарқалиши хавфини камайтиради, чунки қорин бўшлиғи ёпиқ қолади, лекин операция хонасининг ифлосланиш хавфини камайтириш учун лапароскопик чиқиш портида жарроҳлик газини филтрлаш тавсия этилади [9]. Умуман олганда, адабиёт маълумотларига асосланиб, лапароскопик усулни танлашда, операция хонасининг хавосига газнинг оқиб чиқишини назорат қилиш керак, бунинг учун доимий босимли инсуффляция ва аспирация техникаси, шу жумладан ёпиқ цикл варианты, ёки чиқиш порти учун сув блокировкасидан фойдаланиш зарур [20, 38, 45]. Чиқиб кетиш портига киришдан олдин, газни тўхтатиш ва пневмоперитонеумни салбий кўрсаткичга тушириш керак [20]. Троакарни олиб ташлашдан олдин қорин бўшлиғидан қолган карбонат ангидридни чиқариб юбориш керак. COVID-19 билан касалланган беморларда шошилиш жарроҳликда лапароскопик усулдан фойдаланишнинг асосий қоидалари 2-жадвалда келтирилган (гарчи умумий тавсияларда лапароскопик амалиёт тавсия этилмаса ҳам) [20, 29, 9].

Назоратга олинган жарроҳлик хавфининг ва очик қорин бўшлиғида жарроҳлик амалиётининг стратегияси. Гемодинамик жиҳатдан беқарор беморларда қўлланилади [15]. Ушбу беморлар, шунингдек, қорин бўшлиғида очик кириш билан жарроҳлик амалиёти ўтказган беморлар интенсив терапия бўлимига ётқизирилиши керак. Бироқ, пандемия шароитида интенсив терапия бўлимларида жойларнинг етишмаслиги мавжуд бўлиб, бу қорин бўшлиғида ўткир патологияси бўлган беморларни жарроҳлик амалиётисиз даволаш усулини қўллаш фойдасига қўшимча далил бўлиб хизмат қилади.

Операция хонасини тайёрлаш. COVID-19га шубҳа қилинган ёки тасдиқланган беморлар учун касалхонага ётқириш касалхонаичи йўналишини белгилаб олиш муҳим [48]. Беморлар билан алоқада бўлган шифохона ходимлари санитария-гигиена қоидаларига риоя қилишлари ва шахсий химоя воситаларидан фойдаланишлари керак (1-жадвал), шиллиқ пардалар (кўзлар, бурун, оғиз) билан контакт қилмасликка ҳаракат қилишлари керак [48, 51]. Операция хонасидан ташқарига инфекциянинг тарқалиш хавфини камайтириш учун барча жарроҳлик муолажалар

хаво босими паст бўлган операция хоналарида ўтказилиши керак. Мусбат босимли операция хонасида тез-тез хаво алмашинувини (соатига 25 марта) таъминлаш зарур [48, 51, 27].

Операцияга жалб қилинган одамлар сонини чеклаш керак. Жамоанинг барча аъзолари инфекцияга шубҳа қилинган тақдирда тезкор алоқа қилиш учун тайёр бўлиши керак. Операцион блокга кириш бутун процедура давомида ёпиқ бўлиши керак, ходимларнинг операция блокига киришива ундан чиқиши чекланади [10, 11, 32]. Операция хонасидаги асбоб-ускуналар ва доридармонлар пакетлари минимал сони билан чекланиши керак. Агар қўшимча асбоб-ускуналар сарф материалларидан фойдаланиш зарурати туғилса, операцион блокдан ташқарида, шифохона ходими сўров бўйича керакли материалларни етказиб беришга тайёр бўлиши керак. Жараёндан кейин қолган дори-дармонлар ва фойдаланилмаган сарф материаллари санитария талабларига мувофиқ тозаланиши ёки инфекция тарқалишини чеклаш учун утилизация қилиниши керак. Анестезия мониторлари, компьютер тизимлари ва ултраовуш аппаратларининг сиртлари ифлосланишни камайтириш ва самарали санитар тозаланиш таъминлаш учун пластик қопламалар билан қопланган бўлиши керак [48, 51, 27].

Беморни операцияга тайёрлаш, операциядан олдинги текшириш, анестезия индукцияси, операциядан кейин анестезиядан беморнинг чиқарилиши, қўшимча хонанинг вирус билан зарарланиши олдини олиш мақсадида тўғридан-тўғри операция хонасида ўтказилиши керак. Операцион гуруҳ қўшимча химоя воситаларидан фойдаланиши керак: хавони тозаловчи респиратор, баланд бахиллалар, сув ўтказмайдиган химоя костюм, кўзойнак ёки юз ниқоби.

Операция тугагандан сўнг, беморни операциядан кейинги даволашда иштирок этмайдиган ходимлар, мунтазам ишига қайтишдан олдин, операциядан олдинги хонага боришлари керак, ишлатиладиган барча шахсий химоя воситалари инфекцияланган материал учун идишга жойлаштирилади, душ қабул қилиб, кийимни алмаштириши керак.

Операция хонаси жарроҳлик амалиёти тугагандан сўнг дарҳол қайта зарарсизлантирилиши керак. Хонани зарарсизлантириш учун водород перекисни пуркаш тавсия этилади. SARS-CoV-2 сиртдаги 62-71% этанол, 0,5% водород перекис ёки 0,1% натрий гидроклорид билан 1 дақиқалик та'сирда самарали тарзда инактивланади. 0,05-0,2% бензалконий хлорид ёки 0,02% хлоргексидин диглюконат каби бошқа биоцид моддалар етарлича самарали эмас [28].

Жадвал 2. COVID -19 пандемияси даврида лапароскопик операциялар пайтида инфекцияга қарши профилактика чоралари

№	Профилактик чоралар
1	Ёпиқ ассимиляция тизимидан фойдаланиш
2	Ортикча киришдан сақланиш
3	Балон троакарлари каби газ оқиб чиқишини олдини олувчи троакарлардан фойдаланиш
4	Газни эвакуация қилишда газ оқиб чиқиб кетишини олдини олиш
5	Пневмоперитонеумнинг резекция тўқимасинининг олиб ташлагунча, кириш тартиби, очиқ кириш амалиётига ўтказгунча аспирациясини таъминлаш
6	Агар жаррохнинг тайёргарлиги етарли бўлмаса ёки ушбу чораларни кўришнинг иложи бўлмаса, лапаротомиядан фойдаланиш

Шундай қилиб, SARS-CoV-2 юқумлилиги ва у келтириб чиқарадиган патологиянинг оғирлиги туфайли соғлиқни сақлаш тизимига юклама ҳаддан ташқари ортиб кетади ва стандарт протоколлар бўйича ишлай олмайди. Дарҳақиқат, соғлиқни сақлаш тизимига бўлган юклама нуқтаи назаридан, COVID-19 қурбонлар сони ва уларнинг аҳволининг оғирлиги бўйича глобал табиий ёки техноген офат билан таққосланади [10]. Пандемия бошланиши билан жаррохлик бўлимлари юқумли касалликлар ва интенсив терапия бўлимларига айлантирилди. Шошилишч бўлмаган ва онкологик бўлмаган аралашувлар кечиктирилиши керак, жаррохлик бўлимлари, операция бўлимлари, жаррохлик интенсив терапия бўлимлари ходимлари юқумли касалликлар хизмати тасарруфига юборилади, COVID-индукцияли пневмония билан оғриган беморларга зарур амалиётларни таъминлаш учун асбоб-ускуналар ишлатилади (масалан, вентиляция ёрдами). Саратонга қарши муолажаларга муҳтож беморлар навбатнинг биринчи қаторига қўйилади, операциядан кейинги интенсив терапияга муҳтож беморлар ҳукумат томонидан махсус ажратилган марказларга ўтказилади [32].

Шошилишч жаррохлик патологияси билан ётқизилган беморларнинг орасида инфекция тарқалишининг олдини олиш учун тиббиёт муассасаларини COVID-19 мусбат ва COVID-19 манфийга бўлиш тавсия этилади. Ҳар бир COVID-19 мусбат шифохонаси мавжуд ресурслардан максимал даражада фойдаланиш ва инфекцияни тарқалиш хавфини минималлаштириш учун жаррох ва анестезия гуруҳи ўртасида кучли мувофиқлаштиришни талаб қилади. COVID-19 мусбат бўлган шифохоналарда ишлайдиган ходимларни изоляция қилиш бўйича консенсусга эришилмаган. COVID-19 (COVID-19 ноаниқ) учун тестдан ўтмаган, шу жумладан респиратор бузилишлари белгилари бўлмаган беморлар потенциал инфекцияланган деб ҳисобланиши ва уларнинг потенциал ҳолатига қараб бошқарилиши керак. Инфекцияланган тиббиёт ходимлари сонининг тобора ортиб бориши шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш назоратини кучайтиришга мажбур қилади.

Адабиётлар:

1. A bimodal pattern of the onset of COVID-19 related acute pancreatitis supports both the cytotoxic and immune-related pathogenesis - a systematic review. Bircakova B, Bruha R, Lambert L, Grusova G, Michalek P, Burgetova A. *Scand J Gastroenterol.* 2021; 56:870–873.
2. ACE2 expression in pancreas may cause pancreatic damage after SARS-CoV-2 infection. Liu F, Long X, Zhang B, Zhang W, Chen X, Zhang Z. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020; 18:2128–2130.
3. Acute pancreatitis and COVID-19: a literature review. Correia de Sá T, Soares C, Rocha M. *World J Gastrointest Surg.* 2021; 13:574–584.
4. Ahmed Ali Aziz, 1 Muhammad Ali Aziz, 2 Maleeha Saleem, 1 and Muhammad Haseeb ul Rasool 3 Acute Pancreatitis Related to COVID-19 Infection: A Systematic Review and Analysis of Data//Cureus. 2022 Aug; 14(8): e28380.
5. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2), SARS-CoV-2 and the pathophysiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19) Bourgonje AR, Abdulle AE, Timens W, et al. *J Pathol.* 2020; 251:228–248.
6. Ansaloni L, Pisano M, Coccolini F et al.. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis. *World J Emerg Surg* 2016; : 25.
7. Arnold M, Elhage S, Schiffern L et al.. Use of minimally invasive surgery in emergency general surgery procedures. *Surg Endosc* 2020; : 2258–2265.
8. Bai Y, Yao L, Wei T et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *JAMA* 2020. February 21
9. Barrett WL, Garber SM. Surgical smoke: a review of the literature. Is this just a lot of hot air? *Surg Endosc* 2003; 979–987.
10. Ben-Ishay O, Mitarittono M, Catena F et al. Mass casualty incidents – time to engage. *World J Emerg Surg* 2016; 8.
11. Chang D, Xu H, Rebaza A et al.. Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection. *Lancet Respir Med* 2020; e13.
12. Chen YC, Huang LM, Chan CC et al.. SARS in hospital emergency room. *Emerg Infect Dis* 2004; 782–788.

13. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. *Gut*. 2013; 62:102–111.
14. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. *N Engl J Med*. 2020;382:1708–1720.
15. Coccolini F, Roberts D, Ansaloni L et al.. The open abdomen in trauma and non-trauma patients: WSES guidelines. *World J Emerg Surg* 2018; 7.
16. Coronavirus disease-19 (COVID-19) associated with severe acute pancreatitis: case report on three family members. Hadi A, Werge M, Kristiansen KT, Pedersen UG, Karstensen JG, Novovic S, Gluud LL. *Pancreatology*. 2020; 20:665–667.
17. COVID-19 presenting as acute pancreatitis. Aloysius MM, Thatti A, Gupta A, Sharma N, Bansal P, Goyal H. *Pancreatology*. 2020; 20:1026–1027.
18. COVID-19 presenting as acute pancreatitis: lessons from a patient in Iran. Karimzadeh S, Manzuri A, Ebrahimi M, Huy NT. *Pancreatology*. 2020; 20:1024–1025.
19. De Simone B, Birindelli A, Ansaloni L et al. Emergency repair of complicated abdominal wall hernias: WSES guidelines. *Hernia* 2020; 359–368.
20. Di Saverio S, Pata F, Gallo G et al.. Coronavirus pandemic and colorectal surgery: practical advice based on the Italian experience. *Colorectal Dis* 2020. March 31
21. Di Saverio S, Podda M, De Simone B et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg* 2020; 27.
22. Diarrhea during COVID-19 infection: pathogenesis, epidemiology, prevention, and management. D'Amico F, Baumgart DC, Danese S, Peyrin-Biroulet L. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020; 18:1663–1672.
23. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2. Xiao F, Tang M, Zheng X, Liu Y, Li X, Shan H. *Gastroenterology*. 2020; 158:1831–1833.
24. Gastrointestinal manifestations of SARS-CoV-2 infection and virus load in fecal samples from a Hong Kong cohort: systematic review and meta-analysis. Cheung KS, Hung IF, Chan PP, et al. *Gastroenterology*. 2020;159:81–95.
25. Gu J, Han B, Wang J. COVID-19: gastrointestinal manifestations and potential fecal–oral transmission. *Gastroenterology* 2020. March 3
26. Jimenez Rodriguez RM, Segura-Sampedro JJ, Flores-Cortés M et al.. Laparoscopic approach in gastrointestinal emergencies. *World J Gastroenterol* 2016; : 2701–2710.
27. Kamer E, Çolak T. What to do when a patient infected with COVID-19 needs an operation: a pre-surgery, peri-surgery and post-surgery guide. *Turk J Colorectal Dis* 2020; 1–8.
28. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect* 2020; : 246–251.
29. Kwak HD, Kim SH, Seo YS, Song KJ. Detecting hepatitis B virus in surgical smoke emitted during laparoscopic surgery. *Occup Environ Med* 2016; 857–863.
30. Letter to the editor in response to COVID-19 presenting as acute pancreatitis. Gupta R, Patnaik I, Kumar A. *Pancreatology*. 2020; 20:1021–1022.
31. Loozen CS, van Santvoort HC, van Duijvendijk P et al.. Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high risk patients (CHOCOLATE): multicentre randomised clinical trial. *BMJ* 2018; k3965.
32. Luo Y, Zhong M. Standardized diagnosis and treatment of colorectal cancer during the outbreak of corona virus disease 2019 in Renji hospital. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi* 2020; 211–216.
33. Lupinacci RM, Menegaux F, Trésallet C. Emergency laparoscopy: role and implementation. *J Visc Surg* 2015; (6 Suppl): S65–S71.
34. Mandrioli M, Inaba K, Piccinini A et al. Advances in laparoscopy for acute care surgery and trauma. *World J Gastroenterol* 2016; 668–680.
35. Mortality from coronavirus disease 2019 increases with unsaturated fat and may be reduced by early calcium and albumin supplementation. El-Kurdi B, Khatua B, Rood C, Snozek C, Cartin-Ceba R, Singh VP. *Gastroenterology*. 2020; 159:1015–1018.
36. Nielsen LB, Tengberg LT, Bay-Nielsen M. Laparoscopy in major abdominal emergency surgery seems to be a safe procedure. *Dan Med J* 2017; A5370.
37. Ong SW, Tan YK, Chia PY et al. Air, surface environmental, and personal protective equipment contamination by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a symptomatic patient. *JAMA* 2020. March 4
38. Pellino G, Spinelli A. How COVID-19 outbreak is impacting colorectal cancer patients in Italy: a long shadow beyond infection. *Dis Colon Rectum* 2020. March 17
39. Pisano M, Zorcolo L, Merli C et al.. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. *World J Emerg Surg* 2018; : 36.
40. Prevalence, risk factors, and outcomes of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 presenting as acute pancreatitis. Inamdar S, Benias PC, Liu Y, Sejjal DV, Satapathy SK, Trindade AJ. *Gastroenterology*. 2020; 159:2226–2228.
41. SARS-CoV2 RNA detection in a pancreatic pseudocyst sample. Schepis T, Larghi A, Papa A, et al. *Pancreatology*. 2020; 20:1011–1012.
42. Sartelli M, Catena F, Ansaloni L et al.. WSES guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg* 2016; 37.

43. Sartelli M, Chichom-Mefire A, Labricciosa FM et al.. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *World J Emerg Surg* 2017; 29.
44. Significant elevations in serum lipase in the emergency department: when it is not pancreatitis! Kahil K, El Halabi M, Bou Daher H, et al. *Am J Emerg Med*. 2020;38:1033–1034.
45. Spinelli A, Pellino G. COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis. *Br J Surg* 2020. March 19
46. Ten Broek RP, Krielen P, Di Saverio S et al.. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the World Society of Emergency Surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg* 2018; 24.
47. The ACE-2 in COVID-19: foe or friend? Dalan R, Bornstein SR, El-Armouche A, et al. *Horm Metab Res*. 2020;52:257–263.
48. Ti LK, Ang LS, Foong TW, Ng BS. What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. *Can J Anaesth* 2020. March 6
49. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris D et al.. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *New Engl J Med* 2020. April 16
50. Wang J, Du G. COVID-19 may transmit through aerosol. *Ir J Med Sci* 2020. March 24
51. Wen X, Li Y. Anesthesia procedure of emergency operation for patients with suspected or confirmed COVID-19. *Surg Infect* 2020; : 299.
52. Wong J, Goh QY, Tan Z et al.. Preparing for a COVID-19 pandemic: a review of operating room outbreak response measures in a large tertiary hospital in Singapore. *Can J Anaesth* 2020. March 11
53. World Health Organization Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public> (cited April 2020).
54. World Health Organization Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report –71. Geneva: WHO; 2020.
55. Yu GY, Lou Z, Zhang W. Several suggestions of operation for colorectal cancer under the outbreak of corona virus disease 2019 in China. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi* 2020; 208–211.
56. Zheng MH, Boni L, Fingerhut A. Minimally invasive surgery and the novel coronavirus outbreak: lessons learned in China and Italy. *Ann Surg* 2020. March 26

**ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ
АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВО ВРЕМЯ
ПАНДЕМИИ COVID-19**

*Бурибаев Д.Г., Туляганов Д.Б., Курбонов А.О.,
Аслонов И.Н.*

***Резюме.** Декабрь 2020 года считается началом распространения нового респираторного заболевания, вызванного вирусом SARS-CoV-2 (коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома 2). С февраля 2020 года ВОЗ официально присвоила этому заболеванию название COVID-19. Несмотря на глобальные усилия по ограничению распространения заболевания и карантинные меры, инфекция была признана пандемией. К концу марта 2020 года было зарегистрировано более 750 тысяч случаев и более 36 тысяч смертей. SARS-CoV-2 характеризуется высокой передаваемостью, при этом распространение происходит воздушно-капельным и контактным путями.*

***Ключевые слова:** COVID-19.*

Система озеленения в целом и ее отдельные элементы при рациональной организации оказывают существенное влияние на важнейшие показатели качества окружающей среды. Масштабное озеленение территории города смягчает тепловую нагрузку, предохраняет от горячих ветров, несущих пыль, и регулирует микроклимат территории. Растительный покров значительно влияет на альбедо поверхности, изменяя интенсивность солнечной радиации, являясь таким образом мощным регулятором температурного режима местности [1; 4; 31].

Загрязнение воздушной среды влияет как на показатели преждевременной смертности, так и заболеваемости населения. В 2019 году воздействие $PM_{2,5}$ привело к 175 702 случаям инвалидности из-за хронической обструктивной болезни легких в 30 европейских странах. В то же время воздействие NO_2 привело к 175 070 случаям из-за сахарного диабета (также известного как диабет 2 типа) в 31 европейской стране. В том же году 12 253 человека из 23 европейских стран были госпитализированы с инфекциями нижних дыхательных путей, возникшими в результате острого воздействия озона [19]. Исследования показали, что при Covid-19 самая высокая смертность и тяжелые случаи болезни были в тех регионах мира, где была загрязненная воздушная среда [38; 8].

Анализ заболеваемости детей 0—14 лет в России показал, что за период 2012—2018 гг. в Российской Федерации зарегистрировано повышение первичной и общей заболеваемости детей 0—14 лет по классам новообразований (+14,4%), врожденных аномалий (+7,2%), болезней эндокринной системы (+7%) и болезней глаза (+3,7%). Отмеченные являются эко зависимыми заболеваниями. В структуре заболеваемости детей до 2/3 случаев занимали болезни органов дыхания, что является важным предиктором загрязнённой воздушной среды [5].

Анализ информации о 8,6 млн человек, живших в Лондоне с 2003 по 2010 год, выявил, что там, где шум в дневное время превышал 60 дБ, люди умирали на 4% чаще, чем в районах, с уровнем шума менее 55 дБ [18].

Дорожное движение в европейских городах подвергает 60 миллионов человек воздействию шума, вредного для здоровья. Исследование, основанное на данных из 749 городов, показало, что соблюдение рекомендаций ВОЗ может предотвратить более 3600 смертей ежегодно только от ишемической болезни сердца [23].

Исследование Барселонского института глобального здравоохранения, в ходе которого изучалось влияние жары на здоровье человека в летние месяцы в 93 европейских городах с общим населением более 57 миллионов человек, показало, что городские острова тепла увеличивают

смертность на 4% в летние месяцы. Если бы города покрывали 30% своей площади зелеными насаждениями, можно было бы избежать 2664 преждевременных смертей в Европе [21].

Поскольку зеленые насаждения рассматриваются как важный фактор улучшения санитарно-гигиенических и бытовых условий жизни городского населения и вместе с тем, как средство украшения города, создания максимально комфортных условий для жизни населения, научные и проектные предложения по развитию озеленения и его влиянию на здоровье очень многообразны. Природный ландшафт естественный или искусственный - активно способствует восстановлению сил, возобновлению подвижного равновесия между организмом и окружающей средой. Общение с природой приводит к снятию нервного напряжения, успокоению, что особенно ярко проявляется среди жителей больших городов [17; 29; 37].

В результате пандемии COVID-19 и связанные с ней мероприятия отрицательным образом сказались на состоянии психического здоровья населения [9; 30; 15]. Самые тяжелые последствия оказали высокий уровень стресса и тревоги. Карантин и связанная с ним изоляция, увеличили уровень одиночества, депрессии, а также частоту использования наркотических средств, самоповреждений, самоубийств [36]. (ВОЗ, 2020), что увеличило и так уже повышенное бремя психических нарушений. Лучшим способом охраны психического здоровья населения является доступность к Природе и водно-зеленой инфраструктуре [11; 26; 28].

Исследование, проведенное в Швеции, продемонстрировало, что прослушивание звуков природы и урбанизации, воздействует на процесс восстановления от стресса у человека по-разному. Звуки природы намного облегчают и ускоряют процесс восстановления от стресса, в отличие от звуков, свойственных городской среде [7].

Американскими исследователями доказано, что физический и визуальный контакт с озелененными зонами является живым ключом к здоровью. Элементы озеленения обязательно должны быть внедрены в относительно плотную городскую застройку, включая общественные здания и открытые территории, поскольку городской дизайн достаточно сильно влияет на здоровье и благополучие населения [24; 29; 37].

В Нидерландах было проведено исследование, выявившее связь между близостью к озелененным зонам и распространенностью заболеваемости. Самые низкие показатели по числу зарегистрированных случаев болезней, а особенно синдрома тревоги и депрессии были в тех районах, которые расположены в пределах 1 км от зеленых пространств [25; 39].

Не только физический, но и визуальный контакт с природой оказывает положительное влияние на физическое и психическое здоровье человека. Визуальная среда человека, простое созерцание природы в окно, может предоставить широкие возможности для восстановления от стресса [10; 16]. Исследование, проведенное R. Kaplan в шести многоэтажных домах, показало, что созерцание элементов природы из окна квартиры в значительно большей степени способствует повышению удовлетворенности окружающей средой и самооценки у жителей, чем созерцание унылых городских пейзажей [22].

Современная научная литература подтверждает положительную связь между контактом с природой и здоровьем детей, особенно в отношении физической активности и психического здоровья, что является приоритетом общественного здравоохранения. Контакт с природой способствует физической активности, улучшает когнитивные функции и уменьшает выраженность поведенческих нарушений у детей. Выяснено, что окружающая среда играет намного более существенную роль в состоянии здоровья детей, проживающих в плохой городской среде, чем ранее было признано. Результаты исследования указывают, что дети, условия жизни которых улучшились, после обмена квартир на жилье в более озелененных районах, впоследствии имели тенденцию к более высоким уровням когнитивных функций, чем было ранее выявлено. Кроме того, дети, выросшие в условиях озелененных пространств, впоследствии на 55% меньше страдали психическими заболеваниями [13; 32; 35; 12].

В последние десятилетия быстрое старение населения в мире, актуализирует продвижение успешных стратегий старения, которые являются экономически эффективными, легкодоступными и более приемлемыми для пожилых людей. В связи с ростом стоимости медицинских услуг особую важность приобретает изучение преимуществ контакта с природой с целью улучшения ментального и физического здоровья пожилых. Быстрые темпы старения населения в мире и рост стоимости медицинских услуг актуализирует продвижение успешных стратегий старения, которые являются экономически эффективными, легкодоступными и более приемлемыми для пожилых людей. Литературные данные свидетельствуют о положительной взаимосвязи между деятельностью, основанной на использовании природы Nature Based activity (садоводческая терапия, садоводство, посещение скверов и занятия физкультурой в зеленых зонах города и др.) и здоровьем и когнитивными функциями у пожилых [14; 20].

Исследование, включающее 8 324 652 человека из семи стран, показало строгую обратную

зависимость между увеличением окружающей зелени и риском смертности от всех причин. Согласно новому исследованию, парки неправильной формы снижают риск смерти жителей, проживающих рядом с ними. Результаты его показывают, что объединение существующих парков с зелеными насаждениями или добавление новых, связанных парков может быть финансово доступной стратегией для укрепления здоровья [33; 34; 27].

Таким образом, вышеизложенное позволяет утверждать, что рекреационные территории и благоустроенные парки – это здоровье и комфорт каждого жителя города любого возраста и достатка. Зеленые территории в городе - мощный санитарно- и психогигиенический фактор формирования и регулирования параметров городской среды, а структурированная и взаимосвязанная система озеленения является мощным ресурсом по оздоровлению окружающей среды, а также улучшению состояния здоровья и качества жизни людей.

Литература:

1. Авдеева Е.В. Формирование структуры насаждений лиственницы сибирской в условиях городской среды //Хвойные бореальной зоны. Красноярск, 2003. №1, <http://forest-culture.narod.ru/HBZ/2003.html>
2. Арутюнян Л.В. Состояние озеленения и дендрологический ассортимент населенных пунктов Центральной Армении// Бюллетень Ботанического сада АН АрмССР, Ереван, 1970. № 22, С. 91-126.
3. Григорян А.Г. Ландшафт современного города // М.: Стройиздат, 1986; - 136 с.
4. Варданян К.К., Мурадян А.А. История создания и современная проблематика зеленой инфраструктуры Еревана // Медицинская Наука Армении НАН РА. Ереван, 2022, т. LXII. - №4 - С. 27-38.
5. Миргородская О. В., Щепин В. О., Чичерин Л. П. Заболеваемость детского населения в Российской Федерации в 2012-2018 гг. и ее региональные особенности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. - Том 28; №6. – С. 1240-1246. 28(6) DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-6-1240-1246>.
6. Толовёнкова Д.В. «Градоэкологический каркас как основа создания здоровых городов» /Оздоровление городской среды - М., 2022. - №1. - С. 108-117.
7. Alvarsson J.J., Wiens S., Nilsson M.E. Stress recovery during Exposure to Nature Sound and environmental Noise //International Journal of Environmental research and Public Health. - 2010. - №. 7 - PP. 1036-1046.

8. Bourdrel T., Annesi-Maesano I., Alahmad B., Cara N. Maesano, Marie-Abèle Bind M. The impact of outdoor air pollution on COVID-19: a review of evidence from *in vitro*, animal, and human studies// Nov 4;6(45):2020; DOI: 10.1126/sciadv.abd4049).
9. Budimir, S.; Pieh, C.; Dale, R.; Probst, T. Severe Mental Health Symptoms during COVID-19: A Comparison of the United Kingdom and Austria. *Healthcare* 2021, 9, 191. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020191> ;
10. Chun-Yen Chang, Ping-Kun Chen, William E. Hammitt, Liza Machnik Psychophysiological Responses and Restorative Values of Wilderness Environments //USDA Forest service Proceedings RMPS. - 2007. PP. 479 – 484. <http://www.fs.fed.us/24/04/2010>.
11. Dzhambov AM, Lercher P, Browning MHEM, Stoyanov D, Petrova N, Novakov S, Dimitrova DD. Does greenery experienced indoors and outdoors provide an escape and support mental health during the COVID-19 quarantine? *Environ Res.* 2021 May;196:110420. doi: 10.1016/j.envres.2020.110420. Epub 2020 Nov 4. PMID: 33157110; PMCID: PMC8454400.
12. Engemann K, Pedersen CB, Arge L, Jens-Christian Svenning Residential green space in childhood is associated with lower risk of psychiatric disorders from adolescence into adulthood//PNAS|March 12, 2019 |vol. 116 |no.11 PP. 5188-5193. www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1807504116 режим доступа: 27.01.2023.
13. Fyfe-Johnson AL, Hazlehurst MF, et al. Nature and Children's Health: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2021 Oct;148(4):e2020049155. doi: 10.1542/peds.2020-049155. PMID: 34588297.
14. Gagliardi C., Piccinini F. The use of nature – based activities for the well-being of older people: An integrative literature review// Archives of Gerontology and Geriatrics Volume 83, July - August 2019, Pages 315-327. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31128876/>
15. Girolamo, G., Ferrari, C., Candini, V. *et al.* Psychological well-being during the COVID-19 pandemic in Italy assessed in a four-waves survey. *Sci Rep* 12, 17945 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-22994-4>
16. Grinde B, Patil GG. Biophilia: does visual contact with nature impact on health and well-being? *Int J Environ Res Public Health.* 2009 Sep;6(9):2332-43. doi: 10.3390/ijerph6092332. Epub 2009 Aug 31. PMID: 19826546; PMCID: PMC2760412..
17. Groenewegen, P.P., Berg van den A.E., Vries de S. Verheij R.A. Vitamin G: effects of green space on health, well-being, and social safety //BMC Public Health. - 2006. - Vol. 6. -№ 149. <http://www.narcis.nl/publication/RecordID19/12/2011>.
18. Halonen Jaana I. and others, Road traffic noise is associated with increased cardiovascular morbidity and mortality and all-cause mortality in London, *European Heart Journal*, Volume 36, Issue 39, 14 October 2015, Pages 2653–2661, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv216> Jackson E.L. The relationship of urban design to human health and condition // Landscape and Urban Planning. - 2003. - № 64. - PP. 191-200.
19. Health Impacts of air pollution in Europe 2022. <https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2022/health-impacts-of-air-pollution> provided by European Environment Agency (EEA).
20. Infantino M. Gardening: a strategy for health promotion in older women //JNY State Nurses Assoc. - 2005. - № 35 (2). - PP. 10-17.
21. Jungman T, Cirach M, Marando F., Pereira-Barboza E., et al. Cooling cities through urban green infrastructure: a health impact assessment of European cities. *The Lancet*, published online January 31, 2023. doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02585-5).
22. Kaplan R. The Nature of the View from Home //Environment and Behavior. - 2001. - Vol.33. - № 4. - PP. 507-542.
23. Khomenko S., Cirach M., Barrera-Comez J., Pereira-Borboza E., Langman T. et al. Impact of road traffic noise on annoyance and preventable mortality in European cities: A health impact assessment *Environment International.* Volume 162, April 2022, 107160 <https://doi.org/10.1016/j.envint.2022.107160>
24. Maller C., Townsend M, Pryor A., Brown P., Lawrence St L. Healthy nature healthy people: “contact with nature” as an upstream health promotion intervention for populations //Health Promotion International. - 2006. - Vol. 21. - № 1. - PP. 45-54.
25. Maas J., Verheij R.A., Sijp de Vries, Spreeuwenberg P., Schellevis F.G., Groenewegen P.P. Morbidity is related to a green living environment //Journal of Epidemiology Community Health. - 2009. – № 63. - PP. 967-973.
26. Pouso S, Borja Á, Fleming LE, Gómez-Baggethun E, White MP, Uyarra MC. Contact with blue-green spaces during the COVID-19 pandemic lockdown beneficial for mental health. *Sci Total Environ.* 2021 Feb 20;756:143984. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.143984. Epub 2020 Nov 26. PMID: 33277006; PMCID: PMC7688424. Smith Jerry Healths and Nature: The Influence of Nature on Design of the Environment of Care. - 2007. - 20 p. <http://www.healthdesign.org/advocacy/> режим доступа: 26.01.2023.
27. Rojas-Rueda D, Nieuwenhuijsen MJ, Gascon M, Perez-Leon D, Mudu P. Green spaces and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Lancet Planet Health.* 2019 Nov;3(11):e469-

- e477. doi: 10.1016/S2542-5196(19)30215-3. Erratum in: Lancet Planet Health. 2021 Aug;5(8):e 504. PMID: 31777338; PMCID: PMC6873641.).
28. Stieger, S., Lewetz, D., & Swami, V. (2021). Emotional well-being under conditions of lockdown: An experience sampling study in Austria during the COVID-19 pandemic. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00337-2>
29. Van den Berg A.E., Maas J, Verheij R.A., Groenewegen P.P. Green space a buffer between stressful life events health // *Social Science & Medicine*. - 2010. - Vol.70. - Iss.8. - PP.1203-1210.
30. Van der Velden PG, Contino C, Das M, van Loon P, Bosmans MWG. Anxiety and depression symptoms, and lack of emotional support among the general population before and during the COVID-19 pandemic. A prospective national study on prevalence and risk factors. *J Affect Disord*. 2020 Dec 1;277:540-548. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.026. Epub 2020 Aug 20. PMID: 32889378; PMCID: PMC7438386.
31. Vardanyan, K.K., Hayrapetyan, A.K. Hygienic evaluation of microclimate conditions and noise level at the territory of University Hospital complex "Heratsi" // *New Armenian Medical Journal*. - Vol. 5 (2011), № 3. PP. 27-31.
32. Vardanyan K.K., Hayrapetyan A.K. Ghazaryan G.A. Investigation of the psycho-emotional status of children by color diagnostics // *The New Armenian Medical Journal*. 2015. Vol. 9. № 3. - PP. 12-17.
33. Wang D, Lau KK, Yu R, Wong SYS, Kwok TTY, Woo J. Neighbouring green space and mortality in community-dwelling elderly Hong Kong Chinese: a cohort study. *BMJ Open*. 2017 Aug 1;7(7): e015794. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015794. PMID: 28765127; PMCID: PMC5642810. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28765127/> режим доступа: 26.01.2023.
34. Wang H, Tassinary LG. Effects of greenspace morphology on mortality at the neighbourhood level: a cross-sectional ecological study. *Lancet Planet Health*. 2019 Nov;3(11):e460-e468. doi: 10.1016/S2542-5196(19)30217-7. PMID: 31777337
35. Wells N.M. At Home with Nature: Effect of "greenness" on children's cognitive functions // *Environment and Behavior*. - 2000. - Vol. 22. - № 6. - PP. 775-795.
36. WHO Manifesto for a healthy recovery from COVID-19. Geneva: World Health Organization 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-manifesto-healthy-recovery-covid19>, accessed 16 March 2021).
37. WHO, 2021 Green and New Evidence and Perspectives for Action <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342931/9789289055666-eng.pdf>, режим доступа: 26.01.2023
38. Wu H., Nethery C., Sabath B., Braun D., Dominichi F. Exposure to air pollution and COVID-19 mortality in the United States: A nationwide cross-sectional study // *Science Advances* Nov 4;6(45):2020; DOI: 10.1126/sciadv.abd4049
39. Yeh, C.T., Cheng, Y.Y.; Liu, T.Y. Spatial Characteristics of Urban Green Spaces and Human Health: An Exploratory Analysis of Canonical Correlation. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 3227. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093227>

ОЗЕЛЕНЕНИЕ ГОРОДОВ, КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Варданыан К.К.

Резюме. *Оздоровление окружающей среды является одной из серьезных проблем современного здравоохранения. Большое внимание, уделяемое специалистами вопросам экологии, а также результаты многих исследований свидетельствуют о возрастающем влиянии факторов окружающей среды на здоровье населения. Озеленение является одним из наиболее эффективных способов оздоровления городской среды, как с точки зрения результатов и сроков осуществления, так и по стоимости. Урбанизация, обострение экологических проблем и хроническое отсутствие свободных пространств требуют качественно иных подходов в создании городских зеленых насаждений. В работе, на основе научных данных, показана важность озеленения городской среды и степень его влияния на здоровье населения. Представлено, что структурированная система озеленения является серьезным ресурсом улучшения окружающей среды, а также улучшения состояния здоровья и качества жизни населения.*

Ключевые слова: *озеленение, зеленая инфраструктура, зелёные насаждения, гигиена города, воздушный бассейн города, микроклимат города.*



Давлатов Салим Сулаймонович

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ДИАБЕТИК ТОВОН СИНДРОМИ БИЛАН ОГРИГАН БЕМОРЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Давлатов Салим Сулаймонович

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

MODERN METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME

Davlatov Salim Sulaymonovich

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: pro.ilmiy@bsmi.uz

Резюме. Ушбу мақола диабетик оёқ синдроми билан огриган беморларни даволаш бўйича замонавий адабиётларни батафсил кўриб чиқишга ба-ишланган.

Калим сўзлар: даволаш, диабетик оёқ, ангиопатия.

Abstract. This article provides a detailed review of modern literature on the treatment of patients with diabetic foot syndrome.

Key words: treatment, diabetic foot, angiopathy.

Сосудистые осложнения - основная причина ранней инвалидизации и смерти больных сахарным диабетом (СД). Изучение патогенеза этих осложнений и разработка новых методов их лечения остаются в числе важнейших задач диабетологии.

Наиболее тяжелые последствия сахарного диабета 2 типа связаны с высоким риском развития системных сосудистых осложнений [11], к которым пациенты подвержены уже на ранних стадиях нарушения углеводного обмена [15]. Сосудистые осложнения, включая признаки микро- и макроангиопатии, имеются у 50% пациентов уже при постановке диагноза сахарный диабет 2 типа [1]. Микроангиопатия обусловлена нарушением способности эндотелия сосудистой стенки к синтезу оксида азота (NO); макроангиопатия - атеросклеротическим поражением дистальных отделов сосудов нижних конечностей. При этом типичные для облитерирующего атеросклероза нижних конечностей симптомы могут отсутствовать из-за сопутствующей диабетической полинейропатии [7]. Диабетическая ангиопатия и диабетическая полинейропатия являются ведущими

причинами нетравматических ампутаций нижних конечностей (International Concemsus on the Diabetic Foot. DFSG. 1999). Прогрессирование ангиопатии приводит к нарушению трофики тканей, повышает риск нетравматических ампутаций в 22 раза и у 50% больных сахарным диабетом 2 типа, является непосредственной причиной их проведения [9].

Известен способ лечения диабетических ангиопатий нижних конечностей средствами медикаментозной терапии. Однако препараты, воздействующие на метаболические процессы в тканях при облитерирующих заболеваниях, малоспецифичны и не оказывают ожидаемого терапевтического эффекта у всех больных [13].

Кроме того, длительное применение медикаментозных препаратов нередко способствует развитию побочных реакций.

Хирургические методы лечения при диабетической ангиопатии применяются при наличии критического уровня ишемии нижних конечностей и при безуспешности консервативных лечебных мероприятий, при этом количество ампутаций остается очень высоким. В связи с этим поиск

нелекарственных методов лечения диабетических ангиопатий нижних конечностей является актуальной задачей современной медицины.

У больных сахарным диабетом 2 типа, осложненным диабетической ангиопатией с развитием синдрома перемежающейся хромоты, в качестве высокоэффективного средства физической терапии рекомендуются циклические тренировки, в частности ходьба [16]. Однако сопутствующая патология опорно-двигательного аппарата, низкая общая физическая выносливость, низкая мотивация больных к физической активности с преодолением болевого синдрома ограничивает применение данного метода у больных. При лечении больных диабетической ангиопатией нижних конечностей и диабетической дистальной полинейропатией с высокой эффективностью применяются диадинамические токи, УВЧ-терапия, магнитная терапия, гидробальнеотерапия (рапные, йодобромные, углекислые, «сухие» углекислые, сероводородные ванны [12].

Выраженный лечебный эффект на клинические проявления сахарного диабета 2 типа, осложненного ангиопатией нижних конечностей, и показатели микроциркуляции был получен при применении общих гидрогальванических ванн с низкочастотными импульсными токами [2].

Электростимуляция импульсными токами у больных сахарным диабетом 2 типа оказывает выраженный вазотропный эффект, способствует нормализации тонуса прекапиллярного русла и коррекции вегетативной дисфункции, что в совокупности приводит к регрессу болевого синдрома в нижних конечностях [5]. Кроме этого, электростимуляцию можно рассматривать в качестве фактора пассивной тренировки мышц, способного оказывать воздействие на разные звенья патогенеза диабетических ангиопатий и полинейропатии.

В последние годы усилия ряда исследовательских групп были направлены на изучение нарушений механизмов образования новых сосудов (ангиогенеза и васкулогенеза) при СД. Прогресс, достигнутый в этой области, не только расширил представления о патогенезе диабетических ангиопатий, но и позволил разработать принципиально новые подходы к лечению, основанные на коррекции ангиогенеза. Цель терапевтического ангиогенеза - обеспечить реваскуляризацию ишемизированных тканей за счет стимуляции естественных процессов образования и роста сосудов. Ангиогенная терапия включает в себя применение экзогенных факторов роста, стволовых или прогениторных клеток, а также сочетание этих воздействий [22]. В экспериментальных исследованиях обосновано применение факторов роста (VEGF, ангиопоэтинов), мультипотентных стромальных клеток и эндотелиальных прогениторных клеток для ускорения заживления язв у жи-

вотных с СД и ишемией конечностей [25]. Установлена возможность введения ангиогенных факторов роста (VEGF165, FGF-1, HIF-1a) с помощью плазмид или аденовирусов (т.н. «генная терапия») для стимуляции новообразования сосудов в зоне ишемии у пациентов с облитерацией периферических артерий [17]. Показана эффективность стимуляции ангиогенеза у больных с ишемией нижних конечностей с помощью местных внутримышечных инъекций аутологичных мононуклеаров костномозгового происхождения или мононуклеаров, выделенных из периферической крови после стимуляции G-CSF [19]. Опубликованы первые результаты применения клеточной терапии у больных СД с критической ишемией нижних конечностей. Показано, что местное внутримышечное введение аутологичных мононуклеарных клеток, выделенных из периферической крови после стимуляции G-CSF, повышает шансы на сохранение конечности. Внутриваскулярное введение аутологичных мононуклеарных клеток костномозгового происхождения больным с поражением дистальных артерий ног способствовало уменьшению симптомов ишемии и ускорению заживления язв.

Клиническая динамика коррелировала с выраженностью неоваскулогенеза. Альтернативный подход заключается в локальной стимуляции выработки факторов роста сосудов под внешним воздействием.

Альтернативный подход заключается в локальной стимуляции выработки факторов роста сосудов под внешним воздействием.

Использование ангиогенной терапии у пациентов в некротической стадии болезни имеет и положительные, и отрицательные результаты. Так, в ряде зарубежных исследований показана как положительная динамика, проявляющаяся в уменьшении размеров язв при местном применении [24], так и результат недостаточной статистической силы при оценке количества ампутаций [14]. В настоящее время выявлено, что в лечении ангиопатии решающее значение имеет восстановление магистрального кровотока в пораженной конечности, т.е. сосудистая реконструкция, которая способствует заживлению язвы или раны на стопе. Дистальная сосудистая реконструкция, должна стать обязательной составляющей при лечении синдрома диабетической стопы (СДС) [4]. Несмотря на перспективность использования терапевтического ангиогенеза у больных СД для внедрения в широкую клиническую практику данной технологии имеется целый ряд ограничений. Технология получения и доставки ангиогенных факторов, как правило, весьма трудоемка и затратна. Кроме того, для обеспечения эффекта требуется неоднократное проведение парентеральных процедур.

Положительное влияние ударно-волновой терапии в лечении ран различного генеза было продемонстрировано в экспериментальных и пилотных клинических исследованиях [18, 21, 23, 26].

Несколько исследований за последние 10 лет показали, что экстракорпоральная ударно-волновая терапия (ЭУВТ) стимулирует ангиогенез, увеличивает кровоснабжение в ишемизированных тканях, уменьшает воспаление, улучшает дифференцировку клеток и ускоряет заживление ран. В соответствии с клиническими данными ЭУВТ увеличивает высвобождение эндогенного фактора из эндотелиальных клеток и фибробластов, что также ускоряет процесс заживления хронических ран. Заживление неосложненных ран мягких тканей - это хорошо скоординированный каскад взаимозависимых процессов на клеточном и молекулярном уровнях. Начальное воспаление, которое предшествует повреждению тканей, является полезным для организма, потому что оно ограничивает поврежденные ткани и очищает от патогенных микроорганизмов, клеток и факторов, которые продолжают каскад заживления. В конечном счете, физиологический процесс заживления приводит к регенерации и полному восстановлению тканей.

Факторами, замедляющими или нарушающими заживление ран, являются пожилой возраст, сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет, атеросклероз, венозная недостаточность, гиперхолестеринемия.

Хроническое воспаление является лишь одним из основных механизмов, замедляющих заживление ран. Несколько исследований показали, что одним из ключевых событий при заживлении раны является образование кровеносных сосудов, в результате чего раны заживают быстрее.

В последние годы некоторые исследователи изучили воздействие ударно-волновой терапии в качестве нового подхода к заживлению ран. Moretti V. et al. [20] провели рандомизированное проспективное контролируемое исследование для оценки эффективности ЭУВТ в лечении нейротических язв диабетической стопы. После 20 недель лечения у 53,33% пациента в группе на ЭУВТ полностью закрылась рана по сравнению с 33,33% пациентами в контрольной группе, и время заживления было 60,8 и 82,2 дня соответственно ($p < 0,001$). Значительные различия в индексе реэпителизации наблюдались между двумя группами, со значениями 2,97 мм² / die в группы на ЭУВТ и 1,30 мм² / die в контрольной группе ($p < 0,001$).

Из патента РФ № 2632683 С1 известен способ лечения синдрома диабетической стопы до образования язвенного дефекта с использованием экстракорпоральной ударно-волновой терапии,

при котором для лечения осложнений диабетической стопы у пациентов с сахарным диабетом до образования язвенного дефекта определяют пальцевый индекс (ППИ) каждой стопы. При значении ППИ меньше 0.7 проводят ударно-волновую терапию (УВТ) в течение 3-недельного курса по два сеанса в неделю, воздействуя на стопу, на которой выявлено снижение ППИ. Способ позволяет улучшить микроциркуляцию тканей в зоне воздействия, за счет стимуляции физиологического ангиогенеза у больных на ранних стадиях синдрома диабетической стопы до образования язвенного дефекта.

Основным недостатком способа являются затруднения при использовании у пациентов с наличием кардиостимулятора, при повышенной функции щитовидной железы, тромбозах, гнойноинфекционных заболеваниях, психических заболеваниях. Кроме того, способ не отличается достаточной скоростью и эффективностью ангиогенеза.

Известен способ лечения и профилактики сосудистых осложнений СД [10], при котором на фоне назначения диеты и сахароснижающей терапии проводится внутрисосудистое лазерное облучение крови низкочастотным гелий-неоновым лазером в сочетании с применением аевита и антиагрегантов.

Основными недостатками вышеуказанного способа являются трудоемкость выполнения и возможные осложнения при проведении инвазивной процедуры лазеротерапии, высокий риск осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта при применении антиагрегантной терапии, а также возможность возникновения аллергических реакций на лекарственные препараты.

Известен способ лечения диабетической периферической полинейропатии [3]. Проводят воздействие на нижние конечности по направлению к дистальным отделам бегущим магнитным полем индукцией 25-45 мТл, с частотой сканирования поля в диапазоне 15-20 Гц. Этот способ, оказывая лишь локальное действие, не может в должной степени положительно влиять на системную микроциркуляцию, а также репаративные процессы. Известен способ лечения СД 2 типа с включением в лечебный комплекс процедур общесистемной магнитотерапии по программе: максимальная индукция - 3,2 мТл, вид модуляции - синусоидальный, частота вращения магнитного поля - 100 и 50 Гц, продолжительность цикла модуляции - 1 мин, длительность процедуры - 15 мин, на курс 10 ежедневных процедур [8].

Однако изолированное применение магнитотерапии не оказывает выраженного бактерицидного эффекта, в связи с чем не происходит должного влияния на профилактику гнойно-некротических осложнений ангиопатии.

Известен источник информации [6], в котором описана возможность применения ПАЙЛЕР-света аппарата Биоптрон при диабетической ангиопатии. Однако в этом документе отсутствует указание на режимы использования аппарата Биоптрон при диабетической ангиопатии, что не позволяет начать клиническое применение упоминаемой методики и ставит под сомнение ее эффективность.

Из патента РФ № 2690745 С1, выбранного за наиболее близкий аналог, известен способ лечения диабетической ангиопатии нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, при котором осуществляют общее воздействие на организм пациента магнитным полем с частотой 100 Гц, меняющимся направлением движения магнитного поля от головы пациента к ногам и обратно. Величина магнитной индукции 70% от максимального значения 3,5 мТл. Продолжительность воздействия 20 минут. Через один час после процедуры магнитотерапии осуществляют тонкослойную аппликацию лечебной грязи с активными гуминовыми кислотами на область нижних конечностей от стоп до колен. Температура грязи 22-24°C, экспозиция 30 минут. Частота проведения комбинированных процедур 4-5 раз в неделю, на курс 10 процедур.

Однако влияние на системную микроциркуляцию, а также репаративные процессы является недостаточным.

Заключение. Ознакомление с литературой, посвященной лечению СДС позволяет отметить следующее: - Сахарный диабет широко распространенное заболевание во многих странах мира с прогрессирующим увеличением количества больных; - СДС – одно из наиболее частых и тяжелых осложнений сахарного диабета и среди больных составляет 35-45%; - При выявлении сахарного диабета необходимо обратить особое внимание на состояние нижних конечностей и при выявлении СДС определить его форму и лечение выполнять с учетом формы СДС.

Однако, несмотря на эти рекомендации количество больных с осложненными формами СДС прогрессивно увеличивается, возможно это связано с недостаточным выполнением рекомендаций больными и врачом по профилактике осложнений.

Лечение больных с СДС и его осложнений должно быть комплексным и воздействовать на основные звенья этиопатогенеза. Местному лечению посвящена обширная литература с применением антисептиков, антибиотиков различных форм перевязочного материала, физиотерапевтического лечения и др., но несмотря на достигнутые успехи, заживление ран идет медленно, идут поиски все новых и новых средств для улучшения результатов лечения. Оперативные методы – хи-

рургическая обработка, вскрытие очагов инфекции, ампутация и экзартикуляция пальцев стопы, вскрытие флегмоны стопы не всегда предотвращают прогрессирование процесса и у 6-28% выполняется ампутация на уровне бедра. Идет поиск мер для предотвращения прогрессирования воспалительного процесса, чтобы снизить частоту высоких ампутаций нижних конечностей.

В лечении ишемической и нейроишемической форм СДС используются различные способы реваскуляризации нижних конечностей. Большинство исследователей отдают предпочтение баллонной ангиопластике, которую можно использовать многократно (на протяжении всей жизни больных) и снизить частоту высоких ампутаций или хотя бы их отсрочить. Все исследователи утверждают, что необходимо внедрять меры профилактики осложнений СДС и использовать все доступные методы диагностики СДС и выполнять регулярное профилактическое лечение с момента выявления, однако в доступной нам литературе мы не встретили работ, в которых бы детально были изложены результаты применения мер профилактики возникновения осложненных форм СДС, а большинство работ посвящено лечению уже развившихся гнойно-некротических осложнений СДС.

Литература:

1. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 704 с.
2. Бадалов Н.Г., Турова Е.А., Мухина А.А., Труханов А.И., Луферова Н.Б., Артикулова И.Н. Применение общих гидрогальванических ванн в медицинской реабилитации больных диабетической ангиопатией. // «Вестник восстановительной медицины», 2013. - N 3. - С. 20-25
3. Болотова Н.В., Худошина СВ. и соавт. Пат. РФ №2323751, опубл. 10.05.2008
4. Бродский И.Н., Деев Р.В. Место ангиогенной терапии в программе лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей // Трудный пациент. - 2014. - (12). - С. 1618
5. Волкова С.В., Лазаренко Н.Н., Герасименко М.Ю. Комплексное лечение больных с диабетической ангиопатией нижних конечностей. // «Физиотерапия, бальнеология, реабилитация». - М.: 2008, - №5, - с. 19-22
6. Гуляр С.А. Биоптрон-светотерапия и ресурсы ее применения в хирургии, - фотобиология та фотомедицина, 1, 2 '2012 - sbornik_1.indd (univer.kharkov.UA)
7. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. и др. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой (7-й

выпуск) // Сахарный диабет. - 2015. - Т. 18. - №1S - С. 1-112

8. Дробышев В.А., Карева Н.П., Туниковская О.В. и соавт. Применение общесистемной магнитотерапии в комплексном лечении сахарного диабета 2 типа. Медицина и образование в Сибири. - 2011. - №6

9. Рекомендации по диабету, преддиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям. EASD/ESC Российский кардиологический журнал. 2014. №3 (107). С. 7-61

10.Терещенко И.В., Яковлева Г.А. Пат. РФ №2169593 опублик. 27.06.2001

11.Трилинская Т.М. Сосуды и диабет // Новая аптека, 2013; №12. - С. 39-41

12.Учебник по восстановительной медицине. Под ред. Разумова А.Н., Москва, 2009

13.Шалимов А.А., Дрюк Н.Ф. Хирургия аорты и магистральных артерий. Киев: Здоров'я. 1979

14.Belch J., Hiatt W.R., Baumgartner I. et al. Effect of fibroblast growth factor NV1FGF on amputation and death: a randomised placebo-controlled trial of gene therapy in critical limb ischaemia. Lancet. 2011; 377:1929-1937

15.Chen L., Magliano D.J., Zimmet P.Z. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus-present and future perspectives // Nat. Rev. Endocrinol. 2012; 8(4): 228-236

16.Conte M.S., Pomposelli F.B., Clair D.G., Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: management of asymptomatic disease and claudication. // J. Vasc. Surg. 2015; 61: 2S-41S.

17.Gupta R, Tongers J, Losordo DW. Human studies of angiogenic gene therapy. Circ Res. 2009 Oct 9; 105(8):724-736

18.Mittermayr R. Et al. Extracorporeal shock wave therapy (ESWT) minimizes ischemic tissue necrosis irrespective of application time and promotes tissue revascularization by stimulating angiogenesis. Ann Surg 2011; 253:1024-32

19.Moazzami K, Majdzadeh R, Nedjat S. Local intramuscular transplantation of autologous mononuclear cells for critical lower limb ischaemia. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7; (12):CD008347

20.Moretti B., et al. The management of neuropathic ulcers of the foot in diabetes by shock wave therapy. BMC Musculoskeletal Disorders 2009, 10:54

21.Omar MTA, et al. Efficacy of shock wave therapy on chronic diabetic foot ulcer: A single-blinded randomized controlled clinical trial. Diabetes Res Clin Pract, 2014

22.Poveshchenko AF, Konenkov VI. Mechanisms and Factors of Angiogenesis. Uspekhi fiziol. Nauk. 2010; 41(2):68-89

23.Reed MJ, Edelberg JM. Impaired angiogenesis in the aged. Sci Aging Knowledge Environ 2004; 2004:e7

24.Shigematsu H., Yasuda K., Iwai T. et al. Randomized, doubleblind, placebo-controlled clinical trial of hepatocyte growth factor plasmid for critical limb ischemia. Gene Ther. 2010; 17:9:1152-1161

25.Van Slyke P, Alami J, Martin D, Kuliszewski M, Leong-Poi H, Sefton MV, Dumont D. Acceleration of diabetic wound healing by an angiopoietin peptide mimetic. Tissue Eng Part A. 2009 Jun; 15(6):1269-1280

26.Wang CJ, Kuo YR, Wu RW, Liu RT, Hsu CS, Wang FS, Yang KD. Extracorporeal Shockwave treatment for chronic diabetic foot ulcers. J Surg Res 2009; 152:96-103

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Давлатов С.С.

Резюме. В данной статье приведен подробный обзор современной литературы посвященной лечению больных синдромом диабетической стопы.

Ключевые слова: лечение, диабетическая стопа, ангиопатия.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА



Закирова Умида Иркиновна, Содикова Нозима Боходировна
Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЭРТА ЁШ БОЛАЛАРДА БРОНХОПУЛЬМОНАР КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ АҲАМИЯТИ ВА ТАРҚАЛИШИ

Закирова Умида Иркиновна, Содикова Нозима Боходировна
Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

MEDICAL AND SOCIAL SIGNIFICANCE AND PREVALENCE OF BRONCHOPULMONARY DISEASES IN YOUNG CHILDREN

Zakirova Umida Irkinovna, Sodikova Nozima Bohodirovna
Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@tta.uz

Резюме. Сўнги йилларда болаларда нафас олиш касалликлари билан касалланишнинг патогенетик механизми ва башоратчиларини ўрганиш долзарб бўлиб туюлади. Болалардаги бронхопулмонер касалликлар тиббий ва ижтимоий муаммо бўлиб, бу ерта таъхис қўйиши, касалликнинг қайталаниши билан ўз вақтида даволанмаслик, сурункали патология ва беморларнинг умр кўриши давомийлигининг пастлиги билан боғлиқ. Касалликнинг сезиларли даражада ошиши бронхиал астманинг кеч таъхиси ва такрорий бронхиал обструкцияси бўлган болаларда касалликнинг прогнози билан боғлиқ. Ўтқир обструктив бронхитнинг такрорий ва кейинчалик бронхиал астмага ўтишига йўл қўймаслик учун релапсга қарши ўз вақтида, тўлиқ ва тўғри даволаш керак.

Калит сўзлар: болалар, бронхит, реабилитация, нафас олиш органлари.

Abstract. In recent years, the study of pathogenetic mechanisms and predictors of the incidence of respiratory diseases in children seems relevant. Bronchopulmonary diseases in children are a medical and social problem, which is caused by the difficulties of early diagnosis, untimely treatment with relapses of the disease, chronic pathology and low life expectancy of patients. A significant increase in morbidity is associated with late diagnosis of bronchial asthma and prognosis of the disease in children with recurrent bronchial obstruction. To prevent the transformation of acute obstructive bronchitis into recurrent and subsequent transition to bronchial asthma, timely, complete and correct anti-relapse treatment is necessary.

Keywords: children, bronchitis, rehabilitation, respiratory organs.

В структуре общей заболеваемости детского населения Средней Азии лидирующее место занимают болезни органов дыхания. В связи с этим в последние годы актуальным представляется изучение патогенетических механизмов и предикторов заболеваемости детей болезнями органов дыхания. Бронхолегочные заболевания (БЛЗ) - один из предметов научных изысканий и практических интересов многих педиатрических и лечебно-профилактических учреждений как в Среднеазиатском регионе, так и за рубежом. Показатели заболеваемости детского населения Средней Азии за период с 2011 по 2020 годы определил лидирующее место по

обращаемости в городские семейные поликлиники (СП) принадлежит болезням органов дыхания. В Республике Узбекистан первое место среди причин младенческой смерти занимают болезни органов дыхания, которые имеют тенденцию к увеличению: по итогам 2019 года в стране родилось 815,9 тыс. детей, из них зарегистрировано 155 тысяч смертей, куда вошли 18,7% смертей от болезней органов дыхания. По данным доклада Минздрава РУз, опубликованном в 2019 году общая распространенность БЛЗ у детей и подростков составляет 125 546,9 на 100 000 жителей Узбекистана, что в 6,3 раза выше, чем у взрослых [2,4].

Бронхолегочные заболевания у детей представляют собой медико-социальную проблему, которая обусловлена трудностями ранней диагностики, несвоевременной обращаемостью при рецидивах заболевания, хронизацией патологии и низкой продолжительностью жизни больных. Среди всех хронических заболеваний у детей на первом месте стоят болезни дыхательной системы. Так, только БА в мире страдают более 300 млн человек, при этом среди детей по разным регионам России составляет 33-75%, в Германии - до 150%, возможность наследования БА достигает 35-79% [1, 8]. В последние годы у детей различного возраста отмечается рост заболеваний бронхитами, сопровождающихся синдромом бронхиальной обструкции (СБО). Являясь достаточно распространенным патологическим состоянием во всех возрастных группах, СБО в раннем возрасте регистрируется у 10-30 % детей, то есть до 3 лет у каждого четвертого ребенка хотя бы один раз в жизни возникает бронхоспазм. В структуре рецидивирующих и хронических болезней бронхов детского возраста, число детей с БА составляет преобладающее большинство, причем с возрастом их количество увеличивается.

Распространенность РБО среди детского населения является современной проблемой социального и экономического характера, и относится к одним из самых частых, особенно у детей, патологий и составляют от 50 до 70% всех воспалительных заболеваний бронхов. По мнению многих авторов, высокая частота РБ и неэффективность проводимого лечения связана с распространенностью и изменениями эволюции бактериальных и вирусных инфекций, увеличением иммунодефицита у детей, неблагоприятие экологии [5,6].

В течение последних десятилетий показатели заболеваемости бронхитами в регионах Средней Азии достаточно устойчивы и имеют тенденцию к нарастанию согласно медицинской статистики по Республике Узбекистан. Повышенный интерес многих авторов к изучению обструктивных форм бронхитов связан с тем, что данная патология у 30-50 % больных имеет склонность к повторным эпизодам обструкции [2,4,9]. Болезни органов дыхания в значительной степени определяют уровень детской заболеваемости, формируют хронические бронхолегочные заболевания (БЛЗ) в зрелом возрасте. В связи с этим важность проблем бронхолегочной патологии детского возраста значима не только для педиатрии, но и для клинической медицины в целом.

Одной из главных причин РБО является наличие повышения реактивности бронха, последствием которого происходит воспаление

дыхательных путей. Такого же мнения придерживаются многие ученые и практические врачи, которые утверждают, что по своей патогенетической и клинической сущности обструктивный синдром стоит рядом с астматическим бронхитом и БА. Следовательно, детей склонных к проявлению СБО, следует рассматривать как угрожаемых по развитию БА [3,6,7]. Своевременное выявление и ранняя диагностика РБО необходима для прогнозирования клинического течения заболевания и проведения необходимого противорецидивного лечения и профилактики болезни.

Доказательство существования рецидивирующего бронхита, протекающий с СБО, у детей как самостоятельной нозологической формы бронхитов позволяет избежать гипердиагностики БА и обеспечить иной, по сравнению с хроническим заболеванием, подход к лечению заболевания и профилактике его рецидивов. Создаются большие сложности в диагностике за счет общности клинических проявлений и гиперпродукции IgE при рецидивирующей бронхиальной обструкции и обострении БА. Особенно важным при РБ является высокий риск развития хронического бронхита (ХБ) и БА, а в подростковом и зрелом возрасте – хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) [5,7]. Проблема РБ связана с большими медико-экономическими затратами на лечение и реабилитацию как для семьи больного, так и для государства в целом. В связи с этим поиски дифференциально-диагностических критериев заболевания у детей относится к числу актуальных задач.

Таким образом, актуальность проблемы рецидивирующих бронхитов, протекающих с СБО, в детском возрасте обусловлена высокой распространенностью, сложностью дифференциальной диагностики, высокой частотой персистирующего течения, исходом заболевания и медико-экономическими затратами. Полученные данные требуют правильной ранней диагностики и прогнозирования дальнейшего течения РБ задолго до манифестации хронического заболевания.

Изучение причин развития рецидивирующей бронхиальной обструкции у детей затрудняет широкий спектр этиопатогенетических механизмов. Известно, что первостепенная роль принадлежит вирусам и бактериям с нередкой причиной заражения атипичными инфекциями. На сегодняшний день обнаружено, что в 30-50% случаев эпизоды БО рецидивируют при повторных ОРВИ, в 15-30% случаев происходит трансформация в

бронхиальную астму [6,7]. В появлении рецидивов БО отмечена также этиологическая роль респираторно-синцитиальной и хламидийной инфекции. В связи с распространенностью иммунодефицитов различного генеза большое значение в развитии рецидивирующих заболеваний дыхательных путей приобретают внутриклеточные патогены и, в частности, хламидии и микоплазмы. Многими авторами отмечено, что при вирусно-хламидийных и вирусно-микоплазменных инфекциях происходит более выраженные нарушения иммунологической реактивности у детей с РБО. Так, Германова О.Н., Голубева М.В. (2010) отметили, что при микоплазменной инфекции РБО диагностировалась у большинства детей, при этом у 40% детей в исходе формируется БА. Исследования ученых показали, что при вирусно-микоплазменной инфекции наблюдается развитие острого обструктивного бронхита (ООБ) непрерывно-рецидивирующего течения и перехода в БА.

Как известно, ведущую патогенетическую роль в механизме развития синдрома бронхиальной обструкции (СБО) играют воспалительный процесс, гиперреактивность бронхов и бронхоспазм. Результаты многих исследований показали, что от момента начала ОРВИ гиперреактивность бронхов сохраняется в течение нескольких недель. Поэтому у детей после респираторной инфекции длительное время сохраняется гиперчувствительность бронхов, что является риском развития рецидивов СБО. Исследования многих ученых показали, что при вирусно-бактериальных инфекциях развитие СБО происходит за счет изменения баланса противовоспалительных и провоспалительных цитокинов, которое обуславливает гиперреактивность бронхов. Согласно исследованиям ученых, у значительной части больных первичным РБ в момент обострения выявлены различные варианты возрастных дисиммуноглобулинемий, к тем возбудителям, которые вызвали обострение, обнаружено низкий уровень иммуноглобулинов класса G и низкие титры антител. В иммунологическом статусе детей с РБО происходит нарушения клеточного звена и системы интерферона.

Согласно обзору литературы, многие ученые и практические врачи в качестве предикторов персистирующей бронхиальной обструкции связывают с отягощенностью антенатальных и пренатальных факторов.

Согласно исследованиям различных авторов, у детей с РБ, протекающим с СБО, был отягощен аллергологический анамнез. При этом следует отметить, что ведущей в структуре явилась пищевая аллергия с сенсибилизацией к

коровьему молоку, куриному мясу, яйцам. У некоторых детей встречался атопический дерматит, реже медикаментозная аллергия, аллергический конъюнктивит, крапивница и др., а также их сочетание. Некоторые авторы в НИР показали, что фактором риска частой бронхиальной обструкции является гипоксически-ишемические нарушения ЦНС (Давиденко Е.В., 2014).

Удельная частота БА у детей, проживающих в г. Ташкенте, составляет 4,1%, а на 1000 детского населения – 1,7%. Например, уровень заболеваемости БА в динамике (2004-2014г.) в регионах Бухарской области возросла в 24,4% раза, в Ташкентской области-на 37,1 %. При этом детская инвалидность в Бухаре в 19,5 раза больше, чем в Ташкентской области. В Чирчике распространенность БА составляет 37,1 %, при этом наибольшее количество отмечается в Ангрене 58,2%(2020г.). Авторы связывают такую распространенность БА с проживанием детей в экологически неблагоприятных зонах гор Бухары и территории города Чирчика [4,9].

Существенный рост заболеваемости связан с поздней диагностикой БА и прогнозированием заболевания у детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией (РБО). Особенно актуальной в данном аспекте является проблема своевременной диагностики РБ, протекающий с синдромом бронхиальной обструкции (СБО) на этапе поликлинической педиатрической службы. Поэтому именно в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) заложен основной резерв для решения проблемы своевременной диагностики и реабилитации РБ у детей. Загрязнение атмосферы (свинцом, парами бензина и др.), климатические особенности, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия и посещение детских дошкольных учреждений также являются провоцирующими факторами предрасположенности к БО у детей.

В настоящее время хронические обструктивные болезни легких составляют крупную медико-социальную проблему, в первую очередь, из-за своей высокой распространенности. Некоторые клинические формы бронхолегочной патологии в значительной степени влияют на уровень младенческой смертности, другие приводят к ранней инвалидизации больных. В последние годы, по данным официальной статистики, отмечается уменьшение числа детей с хронической и рецидивирующей патологией легких неаллергического генеза. При этом число больных бронхиальной астмой постоянно увеличивается.

Опираясь на литературные данные, можно сказать, что в изучении этиологии, патогенеза,

клиники, диагностики и лечения обструктивного бронхита достигнуты определенные успехи. Дальнейшие исследования в этом направлении позволяют оптимизировать критерии прогнозирования риска возникновения БА у детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией.

На сегодняшний день рецидивирующий бронхит, протекающий с СБО, и бронхиальная астма у детей имеют схожие клинико-функциональные проявления. В педиатрической практике одной из важных проблем является ранняя диагностика БА по первым рецидивам СБО. Результаты исследования многих авторов показали, что частота повторных эпизодов повышается с возрастом больного, при этом несколько снижается частота выявляемости сопутствующей аллергопатологии, но отягощен аллергоанамнез у 70 % детей с повторяющимися эпизодами БОС [7,11].

Клиническими критериями РБ, протекающего с СБО, являются: рецидивы БО - 3 и более раз в течение года; длительность обострения - 2 недели и более; признаки дыхательной недостаточности; легочной звук с коробочным оттенком при перкуссии, на фоне жесткого дыхания выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные и сухие свистящие хрипы. Между периодами обострения нередко сохраняется кашель, что объясняется гиперреактивностью бронхиального дерева. В случае РБ у детей с атопическим фенотипом возможно персистирующее течение СБО. Согласно обзору литературы, около 60% детей с РБО, которые не имеют склонности к аллергии, случаи СБО купируются к 6-7 годам. При этом у детей с наличием аллергического фона обнаружен высокий риск перехода РБ в БА [5,7].

В связи с этим для диагностики степени тяжести РБО большое внимание в клинической практике уделяют оценке функционального состояния органов дыхания. Нарушения функции внешнего дыхания (ФВД), выявленные при спирографии и пикфлоуметрии, является достоверным методом диагностики СБО, хронических обструктивных заболеваний легких. Определение функции внешнего дыхания (ФВД) хорошо стандартизированы, высоковоспроизводимы, но требуют хорошей технической подготовки и правильным выполнением дыхательных маневров, что ограничивается возрастом обследуемых детей.

Исследования показателей спирометрии необходимы для определения нарушений вентиляционной способности легких. Показатели объема форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1) и индекс Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ) являются основными показателями нарушения проходимости бронхов. Понижение данных показателей указывает на выраженность

обструкции, при этом ЖЕЛ не изменяется или снижается.

Автором Павленко В.А. (2015г.) проводил бронхофонографическое исследование у детей, которые перенесли ООБ в раннем возрасте на фоне гипоксически-ишемического поражения ЦНС. Исследования показали, что в развитии БО способствуют не только нарушения ФВД, но и гипоксическое поражение ЦНС, нарушения ВНС, отвечающие за функциональную способность органов дыхания [10]. Предложенные автором дополнительные клинико-функциональные критерии, характеризующие нарушение ФВД и изменение вегетативного гомеостаза способствовали ранней диагностике БА.

Автор Нестеренко З.В. (2017г.) изучил особенности функционального течения РБ у детей с признаками дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Результаты показали, что ДСТ вызывает изменение течения клинических симптомов РБ. При этом у 2/3 наблюдаемых детей к 7 годам проявления обострений РБ исчезали, чем автор объяснил прекращением дифференцировки соединительной тканью. Мельникова И.М. (2015г.) у детей с БА, перенесших в раннем возрасте острый обструктивный бронхит (ООБ), определила клинико-функциональные аспекты. Таким образом, функциональное исследование при рецидивирующем бронхите, протекающем с СБО, является важным и необходимым методом в ранней диагностике БА, прогнозировании исхода заболевания и проведения своевременных профилактических мероприятий. Предложенные автором дополнительные клинико-функциональные критерии, характеризующие нарушение ФВД, способствовали ранней диагностике БА у детей.

Распространенность заболеваний органов дыхания остается одной из актуальных проблем современной педиатрии, определяя высокий уровень детской заболеваемости, младенческой смертности, а также инвалидизации в подростковом возрасте. Важность роли факторов риска у детей очевидна, учитывая, что период раннего детства является одним из основных в формировании бронхолегочной патологии. Существуют сведения о росте затяжных пневмоний у сельского населения, подверженного экологическому влиянию.

Отсутствие единого подхода к формулировке диагноза и учету рецидивирующей и хронической бронхолегочной патологии в регионах Средней Азии, неудовлетворительное состояние диспансеризации детского населения, низкая обращаемость родителей за медицинской помощью при легких формах заболевания, приводят к хронизации заболеваний и инвалидизации детского населения. Это приводит

к затруднению в пульмонологической помощи и разработке профилактических медико-социальных программ для детей.

В связи с высокой распространенностью БЛЗ среди детского населения, проблема оптимизации реабилитационных мероприятий детей с заболеваниями органов дыхания весьма актуальна. Медицинская и физическая реабилитация в педиатрии является одним из важных этапов в стройной системе детского здравоохранения. Одной из причин трансформации ООБ в рецидивирующее и в последующем переход в БА является не только незавершенность лечения, но и отсутствие полноценного восстановительного этапа. Тем не менее, стабильно наблюдается процесс сокращения возможностей и объемов восстановительного лечения как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных условиях. Одной из причин создавшегося положения является факт преимущественного применения медикаментозной терапии, мало внимания уделяется развитию и внедрению медицинской реабилитации с использованием немедикаментозных методов, эффективность и безопасность которых очевидна [5,6]. Основой эффективности медицинской реабилитации является выполнение основных принципов реабилитации и преемственности на всех уровнях оказания медицинской помощи – от стационара до специализированного реабилитационного центра, отделения или кабинета семейных городских поликлиник для проведения ранней медицинской реабилитации. Для предотвращения трансформации острого обструктивного бронхита в рецидивирующее и в последующем переход в бронхиальную астму необходимо своевременное полноценное и правильное противоречивое лечение.

Литература:

1. Аношкина Е.В., Гаммель И.В., Кононова С.В. Динамика заболеваемости болезнями органов дыхания детского населения страны. // Медицинский альманах. -2018. -№3. -С.120-123.
2. Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике. Демографическая ситуация. Управление статистики демографии. – Т. 2018
3. Дмитриевна С.Н., Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А. Рецидивирующий бронхит у детей: состояние проблемы. // Астраханский медицинский журнал. 2014. - С.29-37.
4. Здоровье населения и здравоохранение в Республике Узбекистан// Статистические сборники. Ташкент. 2015–2019 гг
5. Закирова У.И. Прогнозирование риска развития бронхиальной астмы у детей узбекской популя-

ции. // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд -2021. -№1. -С.104-107 (14.00.00; №19).

6. Закирова У.И., Шамсиев Ф.М. Эффективность реабилитации детей с рецидивирующим течением обструктивного бронхита методом кинезиоидротерапии. // Педиатрия. -Ташкент. -2021. -№1.- С.55-59 (14.00.00; №16)
7. Иванова Н.А. Рецидивирующая обструкция бронхов и бронхиальная астма у детей первых пяти лет жизни. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2016. – №61(5). – С.64-69.
8. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – 4-е изд. М. -2012. –С. 184
9. Павлоская Л.В., Бораева Т.Т. Рецидивирующий обструктивный бронхит как фактор риска развития бронхиальной астмы. // Владикавказский медико-биологический вестник. - 2014; -№20 (30) - С.78–82
10. Обзор здоровья населения и здравоохранения в Узбекистане. // Медико-статистический сборник. Ташкент. -2015-2019гг.- С. 36.
11. Павленко В.А., Мельникова И.М. Прогностическое значение функциональных показателей дыхательной и вегетативной нервной системы у детей раннего возраста, перенесших острый обструктивный бронхит на фоне перинатального поражения центральной нервной системы // Вопросы практической педиатрии. - 2015. - Т. 10. - № 1. - С.7-13

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Закирова У.И., Содикова Н.Б.

Резюме. В последние годы актуальным представляется изучение патогенетических механизмов и предикторов заболеваемости детей болезнями органов дыхания. Бронхолегочные заболевания у детей представляют собой медико-социальную проблему, которая обусловлена трудностями ранней диагностики, несвоевременной обращаемостью при рецидивах заболевания, хронизацией патологии и низкой продолжительностью жизни больных. Существенный рост заболеваемости связан с поздней диагностикой бронхиальной астмы и прогнозированием заболевания у детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией. Для предотвращения трансформации острого обструктивного бронхита в рецидивирующее и в последующем переход в бронхиальную астму необходимо своевременное полноценное и правильное противоречивое лечение.

Ключевые слова: дети, бронхит, реабилитация, органы дыхания.



Зарипова Сарагул Орифжоновна, Мирзоева Мехринисо Ризоевна, Келдиёрова Зилола Дониёровна
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

ВРОЖДЕННЫЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Зарипова Сарагуль Орифжоновна, Мирзоева Мехринисо Ризоевна, Келдиёрова Зилола Дониёровна
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

CONGENITAL AND PERINATAL INFECTIONS

Zaripova Saragul Orifjonovna, Mirzoeva Mehriniso Rizoevna, Keldiyorova Zilola Doniyorovna
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: info@bdti.uz

Резюме. Мақолада перинатал инфекцияларни таъхислаш ва даволашнинг асосий муаммолари ва уларни ҳал қилиш йўллари муҳокама қилинади. Перинатал инфекцияларни таъхислаш ва даволаш бўйича миллий кўрсатмаларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш орқали ҳомила ва янги туғилган чақалоқ учун потенциал хавфли бўлган ҳомиладор аёлларни бошқаришга ёндашувларни стандартлаштириш зарурлиги таъкидланади.

Калит сўзлар: перинатал инфекциялар, туғма инфекциялар, таъхис.

Abstract. The article discusses the main problems of diagnosis and treatment of perinatal infections and ways to solve them. It emphasizes the need to standardize approaches to the management of pregnant women with potential risks to the fetus and newborn through the development and implementation of national guidelines for the diagnosis and treatment of perinatal infections.

Key words: perinatal infections, congenital infections, diagnosis.

Ҳомиладор аёлларда учрайдиган юкумли касалликлар масаласи узоқ вақтдан бери нафақат акушерлик ва гинекология соҳасидаги мутахассислар, балки физиологлар, эмбриологлар ва юкумли касалликлар бўйича мутахассисларни қизиқтириб келган. Ҳомиладорлик пайтида инфекцияларнинг аёл организми учун ҳам, ривожланаётган ҳомила учун ҳам шубҳасиз зарари бу масалани жуда муҳим ва айниқса чуқур ўрганишни талаб қилади. Эмбрионал ривожланишнинг бузилиши ҳомиладорликнинг кичик ойларида кўпроқ намоён бўлади. Бу хусусият, айниқса, вирусли инфекцияларда, хусусан, кизилча, цитомегаловирусда, шунингдек, баъзи протозой инвазияларда, масалан, токсоплазмозда аниқ намоён бўлади. Бироқ, онанинг касаллиги патогеннинг ҳомила танасига кириб бориши билан бирга бўлмаган ҳолларда ҳам, юкумли касаллик кўзгатувчиларининг токсик таъсири ўзини намоён қилади. Ҳомиладор аёлларда юкумли касалликларнинг хусусиятларини батафсил ўрганиш эмбрион ва ҳомиланing туғилгандан кейин дарҳол намоён

бўлмайдиган ва ҳатто болалик даврида ҳам намоён бўлмайдиган шикастланишларини аниқланди, масалан, эшитиш ёки кўришнинг бузилиши, ақлий ривожланишдаги аномалиялар.

Интранатал инфекциялар ҳомиладорликнинг ривожланиши пайтида юзага келадиган ва жуда кўп вазифани бажарадиган махсус орган бўлган плацента орқали юқади, деб ишонилади. Аксарият ҳолларда, ҳар доим ҳам бўлмасада, туғма инфекциялар плацентанинг шикастланиши билан бошланади. Плацента ва ҳомила мембраналарида юкумли яллиғланиш жараёни ҳомиланing ҳаётини фаолиятига салбий таъсир қилади, хусусан, эмбрион ёки ҳомила эҳтиёжларини қондирадиган трансплацентар метаболизмни бузади. Плацента мембранаси антикорлар ва ундан ҳам кўпроқ микроорганизмлар, шу жумладан бактериялар, протазойлар, вируслар учун ўтказувчан, шунинг учун қон оқими бўлган патоген микроорганизмлар плацента хорионининг ичига кириб, уларда мустаҳкамланади ва яллиғланиш ўчоғини келтириб чиқаради.

Трансплацентар йўл билан юқадиган ва ҳомила ва янги туғилган чақалоқнинг жиддий туғма инфекцияларини келтириб чиқарадиган юқумли агентларга инсон иммунитет танқислиги вируслари (ОИВ), гепатит В ва С, цитомегаловирус (ЦМВ), герпес, қизилча (қизилча вируси), Парвовирус В19 (Парвовирус В19), *Varicella zoster* вируси, шунингдек, сифилис (*Treponema pallidum*), токсоплазмоз (*Toxoplasma gondii*) ва листериоз (*Listeria monocytogenes*) патогенлари. 1944 йилдан бери Греггнинг туғма юрак нуқсонлари, катаракт ва бошқа бир қатор инфекцияларнинг ҳомиладорлик пайтида қизилча билан боғлиқлиги ҳақидаги кузатувларидан сўнг, онада қизилча билан плацента ва ҳомила шикастланишининг тўлиқ даражасини аниқ тавсифловчи бир қатор ишлар олиб борилди. Вақти-вақти билан токсоплазмалар, қизилча вируслари, цитомегаловирус, герпеснинг тератоген таъсирига қизиқиш ортди. Т - токсоплазмоз, р - қизилча (қизилча), С - цитотомегаловирус: муддатли TORCH барча санаб ўтилган агентларни клиникаси ўхшаш янги туғилган болаларда пайдо бўлди. Сўнгги йилларда инсоният илгари билмаган янги касалликлар пайдо бўлди: ОИЦ, парвовирус В19, гепатит А ва В турларидан ташқари ва алифбонинг куйидаги ҳарфлари билан белгиланган касалликлар — С, Д, Е, Г. Бундан ташқари, ҳар йили жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар кўпаймоқда. Туғма сифилис, инсон иммунитет танқислиги вируси келтириб чиқарадиган туғма инфекция қайд этила бошланди. Бироқ, сифилис нафақат шифокорларнинг, балки кенг аҳолининг эътиборини тортган биринчи туғма инфекциялардан бири эди, чунки у жуда ёрқин клиник кўринишга эга. Интранатал инфекциялар туғилиш каналидан ўтаётганда инфекцияланган аногенитал секретия ва ёки онанинг қони орқали юқади. Постнатал инфекциялар инфекцияланган она билан бевосита алоқа қилиш ёки эмизиш пайтида сут билан содир бўлади. В гуруҳ стрептококклар ва жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар (*Chlamydia trichomatic*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Candida albicans*), шу жумладан, урогенитал инфекциялари, патогенлари туғиш ва касаллик ривожланиши давомида болага узатиш нуқтаи назаридан энг катта хавф вакили. Перинатал инфекцияларнинг патогенларини юктириш усулларига кўра тоифаларга бўлиш маълум даражада шартли, чунки баъзи патогенлар турли йўллар билан юқиши мумкин.

Бироқ, ҳомиладор аёлда маълум бир инфекциянинг қўзғатувчисини аниқлаш ҳар доим ҳам унинг ҳомилага ўтишини кўрсатмайди. Турли муаллифлар кўра, ҳомиладорлик даврида бирламчи инфекция билан ҳомила учун *chlamydia* узатиш хавфи 50-70% [1], гуруҳ в стрептококклар

– 37% [3, 7], парвовирус В19 — 50% [2], цитомегалия ва темиртки вируслар — 30-50% [4, 6].

Ҳомиладор аёлларнинг деярли барча инфекциялари асимптоматикдир. Асимптоматик касалликлар диагностикаси касалликнинг қўзғатувчисини ёки унинг мавжудлигига тананинг ўзига хос жавобини аниқлаш учун махсус ишлаб чиқилган усулларни талаб қилади. Лаборатория текширувлари асосида скрининг дастурлари ишлаб чиқилган ва ишлаб чиқилмоқда, бу асимптоматик юқумли касалликни аниқлаш имконини беради [1, 5]. Скрининг тадқиқотининг мисолида ҳомиладор аёлларда асимптоматик бактериурия ташхисидир, чунки сийдикда кўп микдордаги бактериялар мавжудлиги (бир миллилитрда 10⁵ дан ортиқ микроб танаси) сийдик органларининг антимикробиял даволанишни талаб қиладиган яширин яллиғланиш касаллигини кўрсатади.

Жаҳон амалиётида маълум бир юқумли патологияси бўлган аёлларни бошқариш бўйича тавсиялар мавжуд, аммо биз перинатал инфекциялари бўлган беморларни бошқариш бўйича етарлича тўлиқ қўлланмани топа олмадик. Кўрсатмаларда ҳомиладор аёлларни аниқ ва яширин юқумли касалликлар мавжудлиги учун скрининг мақсадга мувофиқлиги мезонлари кўрсатилган. Агар онанинг инфекцияси ҳомилага юқиши ва унинг мағлубиятига олиб келиши мумкинлиги исботланган бўлса, уларни аниқлаш учун ишончли скрининг текшируви мавжуд бўлса, хавфни минималлаштириш учун хавфсиз ва самарали чоралар ишлаб чиқилган бўлса, ҳомилага инфекцияни юктириш ва унинг инфекциясида (профилактика чоралари) скрининг ўтказилиши керак.. Ушбу қоидаларни ҳисобга олмаган ҳолда скрининг қилиш вақт, куч ва пулни беҳуда сарфлашдир. Нафақат антикорларнинг мавжудлиги, балки иммуноглобулинлар синфи ва антикорларнинг авидлиги ҳам ҳисобга олинади. Катта даражада, бу янги туғилган болаларда TORCH синдроми деб аталадиган патогенларга иммуноглобулинларни аниқлаш учун амал қилади [7, 3, 5,]. Маълумки, онадаги бирламчи инфекция ҳомила учун хавфлидир, яъни бу ҳомиладорлик пайтида биринчи марта содир бўлган инфекциядир [1]. G ёки M иммуноглобулинлар синфини, шунингдек G иммуноглобулинларнинг авидлигини аниқлаш онанинг инфекция вақти ҳақидаги саволни ҳал қилишга имкон беради. M ёки бир вақтнинг ўзида M ва G иммуноглобулинларининг мавжудлиги онанинг ушбу микроорганизм билан яқинда инфекциясини кўрсатади. Онанинг қонида фақат иммуноглобулинлар M мавжудлиги касалликнинг ўткир босқичини кўрсатади ва фақат иммуноглобулинлар G мавжудлиги ўтмишдаги

касалликни кўрсатади, бу ҳам иммунитет ҳолатини кўрсатади. Хавф гуруҳига G иммуноглобулинлари ва M иммуноглобулинлари етишмайдиган ҳомиладор аёллар киради, айнан шу аёлларда ўзига хос иммунитет йўқлиги сабабли бирламчи инфекция аниқланиши мумкин. Шунини таъкидлаш керакки, ҳомиладорлик пайтида M синфидаги антикорларнинг мавжудлиги ҳомиладор аёлларнинг турли хил қон оқсиллари билан ўзаро реакция туфайли нотўғри ижобий натижа бўлиши мумкин. Шунинг учун, агар M синфидаги ўзига хос антикорлар аниқланса, тадқиқотни 2 ҳафта ораллигида такрорлаш керак. Антикорлар сонининг ўзгариши, нотўғри-ижобий ва нотўғри-салбий реакцияларни олиш имконияти, айниқса M-антикорларнинг мавжудлигини кўрсатиб, ҳомиладорлик пайтида бирламчи инфекцияни ишончли ташхислаш ва патогеннинг ҳомилага юқиши мумкин бўлган ишончли усулларни излашга ундайди.

Урогенитал инфекциялар ва жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларга келсак, ҳомиладорликни рўйхатдан ўтказишда ва ҳомиладорликни режалаштиришда аёлларни сифилис (трепонемал ёки трепонемал бўлмаган тест), ОИВ, гепатит В ва С, шунингдек гонорея, трихомониазис учун мажбурий текширувдан ўтказиш керак. [2]. Баъзи кўрсатмаларга кўра (агар vaginal оқинди, вагиноз, вагинит, сервицит белгилари, жинсий шерикда инфекциялар мавжуд бўлса), аёлларда хламидия, микоплазмалар, уреоплазмалар, хамиртурушга ўхшаш замбуруғлар, герпес вируси 1 ва 2 турлари, аероб ва анаероб бактериялар, шунингдек микробиосеноз вагиналарини баҳолаш сифатида. Қин, бачадон бўйни кондилломалари, бачадон бўйни эрозияси, турли оғирликдаги бачадон бўйни дисплазия мавжуд бўлганда, инсон папиллома вирусини аниқлаш ва ёзиш учун тадқиқот ўтказиш керак. Институтимиз кўп йиллар давомида ҳомиладор аёлларни хавfli инфекциялар мавжудлиги учун скрининг стратегиясини ўзгартиришни тавсия қилиши мумкин бўлган тадқиқотлар олиб бормоқда:

* TORCH синдромини ташкил этувчи ўткир ва сурункали инфекцияларни ташхислаш усули ишлаб чиқилган ва амалиётга татбиқ этилган бўлиб, ўзига хос Ig нинг авидлик индексини аниқлашга асосланган бўлиб, бу ўткир ва сурункали инфекцияни фарқлаш имконини беради; гонококк инфекциясини ташхислашнинг микроскопик усулининг сезгирлиги 30%, яъни 70% аёлларда гонококк инфекциясини ушбу усул билан аниқлаш ҳар доим ҳам самарали эмаслиги ва нуклеин кислотани кучайтириш усуллари каби бошқа усуллардан фойдаланиш зарурлиги кўрсатилган. [10]; Ҳозирги вақтда скрининг стратегиясида ҳал қилиниши керак бўлган

муаммолар мавжуд. Гонококк ва хламидиал инфекцияларни ташхислаш учун диагностика стандартига нуклеин кислотасини кучайтириш усуллари киритиш керак. TORCH синдромини ташкил этувчи инфекцияларни аниқлаш учун ўзига хос иммуноглобулинларни аниқлаш билан серологик усуллардан фойдаланиш керак, шу жумладан иммуноглобулинларнинг авидлик индексини аниқлаш [6]. Мамлакатимизда В гуруҳи стрептококклари учун скрининг ўтказилмайди. Халқаро стандартларга мувофиқ, бундай скрининг ҳомиладорликнинг 35-37 ҳафталигида қин ва аноректал ҳудуднинг таркибини махсус озуқавий воситаларга экиш орқали зарур [8]. Инфекцияга шубҳа қилинган ҳомиладор аёлларни бошқаришнинг умумий тамойиллари қуйидагилардан иборат.

1. Натижаларни тасдиқлаш зарурати: а) агар инфекцияга шубҳа қилинган бўлса, ҳеч қачон битта тест асосида муҳим қарорлар қабул қилинмаслиги керак; б) таҳлилни такрорлаш керак, яхшиси бошқа усул ва қайта олинган намуна ёрдамида.

2. Иммуно жавоб динамикасини кузатиш: а) мунтазам antenatal скрининг учун юборилган қон сарумларини камида 12 ой давомида сақлаш тавсия этилади; б) бемордан турли вақтларда олинган бир нечта сарумларни параллел равишда текшириш, масалан, Ig M мавжудлигига қараганда сўнгги инфекциянинг анча ишончли белгиси бўлган сероконверсияни исботлаши ёки истисно қилиши мумкин.

Ҳомиладор аёлларни перинатал инфекциялар мавжудлигини текшириш алгоритми:

1) гепатит В ва С, сифилис, ОИВ/ОИТС, TORCH (токсоплазмоз, қизилча, цитомегаловирус) учун серологик текширув;

2) яширин бактериурияни аниқлаш учун сийдикни бактериологик текшириш;

3) трихомонадлар, хамиртурушга ўхшаш замбуруғлар, "асосий хужайралар" мавжудлиги учун вагинал оқинди микроскопик текшируви;

4) яллиғланиш реакциясини баҳолаш учун бачадон бўйни каналининг таркибини микроскопик текшириш ва агар мавжуд бўлса, гонококклар ва хламидияни аниқлаш усулларидан фойдаланиш;

Шундай қилиб, перинатал инфекцияларни оқилона ташхислаш ва даволаш муаммосини ҳал қилиш учун зудлик билан репродуктив тизим инфекциялари билан оғриган беморларни бошқариш бўйича ҳозирда етишмаётган миллий стандартларни яратиш зарур. Шунингдек, мавжуд стандартларни қайта кўриб чиқиш ва ҳомиладорликни режалаштириш ва эрта ҳомиладорлик босқичида интраутерин инфекциянинг олдини олиш учун аёлларни текшириш алгоритмларини яратиш бўйича

экспертлар кенгашилини тузиш керак. Шунингдек, шифокорлар далилларга асосланган тиббиёт тамойиллари ва таклиф қилинган стандартлардан фойдаланиш тўғрисида хабардор бўлишлари керак.

Адабиётлар:

1. Aripova T.U., Ismailova A.A. COVID-19: possibilities of immunotherapy : review // Journal of Theoretical and Clinical Medicine : scientific and practical medical journal / Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan. - Tashkent : Institute of Immunology of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan. - 2020. - No. 3. - P. 8-12.
2. Assanovich M.A. Escitalopram in pharmacotherapy of mental disorders in patients with COVID-19 //Medical news. 2021. No. 1 (316). - pp. 59-62.
3. Bazdyrev E.D. Coronavirus infection - an urgent problem of the XXI century //Complex problems of cardiovascular diseases. 2020. Vol. 9. No. 2. - pp. 6-16.
4. Bachilo E.V. Mental health of the population during the COVID-19 pandemic //Journal of Neurology and Psychiatry named after S.C. Korsakov. 2020. Vol. 120. No. 10.- pp. 130-136.
5. Bekzhanova O.E., Kayumova V.R., Alimova S.H. Clinical and pathogenetic aspects of olfaction and taste disorders in COVID-19. Tashkent State Dental Institute-2021.-pp.67-74.

6. Belyakov N.A., Rassokhin V.V., Yastrebova E.B. Coronavirus infection COVID-19. the nature of the virus, pathogenesis, clinical manifestations. message 1 //HIV infection and immunosuppression. 2020. Vol. 12. No. 1. - pp. 7-21.
7. Demyanov A.V. V. et al. diagnostic value of the study of cytokine levels in clinical practice. // Cytokines and inflammation. - 2003 No. 3. – pp. 20-23.
8. Lantsov A.A., Khmel'nitskaya N.M., Endaltseva E.B. Local immunity and treatment of patients with chronic purulent otitis media // News of otorhinolaryngology and logopathology. -1999. – No. 1. – pp. 3-7.

ВРОЖДЕННЫЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Зарипова С.О., Мирзоева М.Р., Келдиёрова З.Д.

Резюме. В статье рассматриваются основные проблемы диагностики и лечения перинатальных инфекций и пути их решения. Подчеркивается необходимость стандартизации подходов к ведению беременных с потенциальными рисками для плода и новорожденного путем разработки и внедрения национальных рекомендаций по диагностике и лечению перинатальных инфекций.

Ключевые слова: перинатальные инфекции, врожденные инфекции, диагностика.

УДК: 613.95

МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ ТАШКИЛОТИ БОЛАЛАРИНИНГ РУҲИЙ-ЭМОЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ



Махамматкулов Хусанбой Эркин ўғли

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Санитария, гигиена ва касб касалликлари илмий-тадқиқот институти, Тошкент ш.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Махамматкулов Хусанбой Эркин угли

Научно-исследовательский институт санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекиста, г. Ташкент

HYGIENIC ASSESSMENT OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF CHILDREN OF A PRESCHOOL EDUCATIONAL ORGANIZATION

Makhammatkulov Khusanboy Erkin ugli

Research Institute of Sanitation, Hygiene and Occupational Diseases of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: Xusan.292@mail.ru

Резюме. Ушбу мақолада болаларнинг мактабгача таълим ташкилотига мослашувчанлиги, руҳий-эмоционал ҳолати тўғрисидаги илмий мақолалар ўрганиб чиқилди ва таҳлил қилинди. Илмий мақолаларни таҳлил қилиш бизга хавф омилларини аниқлаш, ёш авлодни руҳий ҳамда жисмоний томондан соғлом ривожланиши учун оптимал гигиеник шароитларга эга МТТ ларини яратиш бўйича зарур тавсиялар ишлаб чиқиш имконини беради. Бугунги кунда Ўзбекистонда 7104 та мактабгача таълим ташкилотлари фаолият кўрсатмоқда, уларда 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган 2,5 млн болалар таҳсил олмоқда.

Калит сўзлар: болалар, мактабгача таълим ташкилоти, мослашувчанлик, руҳий-эмоционал ҳолат.

Abstract. In this article, scientific articles on the psycho-emotional state and adaptability of children to the organization of preschool education were studied and analyzed. The analysis of scientific articles allows us to identify risk factors, develop the necessary recommendations for the creation of an ITC with optimal hygienic conditions for the healthy development of the younger generation, both mental and physical. Today, there are 7,104 preschool educational organizations in Uzbekistan, in which 2.5 million children aged 3 to 7 study.

Key words: children, preschool educational organization, adaptability, psycho-emotional state.

Ҳар бир мамлакатда аҳолининг саломатлиги муҳим ҳисобланиб, бунинг асосини эса болалар саломатлиги ташкил этади. Давлат статистика кўмитасининг берган маълумотига кўра юртимизда 2022 йил 1 январ ҳолатига 14 ёшгача бўлган болалар сони 10 млн 538 минг 483 нафарни ташкил этади. Бугунги кунда юртимизда мактабгача таълим ташкилоти сони 18 минг 254 тани ташкил қилиб, уларда жами 1 млн 699 минг 566 нафар болалар таҳсил олиб келмоқда (13). Қўшма Штатларда эса бу кўрсаткич 3 ёшли болаларнинг 51% ва 4 ёшли болаларнинг 69% мактабгача таълим ташкилотлари камраб олган (9).

Мактабгача таълим ташкилоти (МТТ) болалар ҳаётидаги муҳим бурилиш нуқтаси ҳисобланади. Бу даврда болаларда руҳий-

эмоционал юклама ва адаптация жараёнлари амалга ошади. Бола МТТга боришдан олдин фақатгина яқинлари ва оила аъзолари билан мулоқот қилади, оилавий муҳитга нисбатан кўникмага эга бўлади. МТТ эса бола учун жамият билан ўзаро муносабатларини, муайян ижтимоий кўникмаларини эгаллайдиган, янги танишлар, янги муҳит, бир сўз билан айтганда катта ҳаётга қўйилган илк қадами ҳисобланади (6). МТТ боланинг руҳий ҳамда жисмоний жиҳатидан соғлом ривожланиши учун барча гигиеник талабларга жавоб бермаса, унинг руҳияти билан боғлиқ салбий ўзгаришлар пайдо бўлади. Мактабгача таълим ёшдаги болаларда психоэмоционал ва психофункционал ривожланиш даражаси юқори бўлади. Боланинг танаси жуда кўп ўзгаришларга учрайди: ички

органлар ривожланади ва катталашади, мушакларнинг массаси ошади, бош ва орқа мия фаолияти мураккаблашади, кўриш, эшитиш ва тери сезувчанлиги ортади (15).

Хорижий олимларнинг тадқиқот натижаларига кўра, мактабгача таълим ташкилотлари тарбияланувчиларининг руҳий-эмоционал ҳолати бузилиши, уларда ота-оналари ёки бегоналар олдида ҳавотирнинг кучайиши, кўрқувнинг мавжудлиги, одамларга, ўйинчоқларга, ўйин фаолиятига, атроф-муҳитга нисбатан реакциянинг йўқли, бошқалардан ўзини олиб қочиш, тажовузкор хатти-ҳаракатлар, тез-тез даҳшатли тушлар кўриш, гиперактивлик, нутқ ривожланишининг бузилиши, сийдик ва нажасни ушлаб туролмаслик; ўсишнинг кечикиши ва тана вазнини етишмаслиги; бир хил ўйин ёки ҳаракатни такрорий такрорлаш каби салбий ҳолатлар кузатилади (10). Илмий мақолаларни таҳлил қилиш ёш авлодни руҳий ҳамда жисмоний томондан соғлом ривожланиши учун оптимал гигиеник шароитларга эга МТТ ларини яратиш ҳамда хавф омилларини аниқлаш бўйича зарурий тавсиялар ишлаб чиқиш имконини беради.

Организмнинг атроф муҳитга мослашувчанлик механизми етарли даражада бўлмаса бола ва муҳит ўртасида “чегара шароити” пайдо бўлади, натижада болаларни мактабгача таълим ташкилотлари шароитларига, нотаниш болаларга ва у ердаги муҳитга мослашиши қийинлашиб, дастлаб уларда стресс ҳолатини келтириб чиқаради натижада организм–“саломатлик ва касаллик” орасидаги ушбу оралик зонада узоқ вақт қолиши мумкин (3). Қўшма Штатларда 3 ёшли болаларнинг 51%и ва 4 ёшли болаларнинг 69%и мактабгача таълим ташкилотларига қамраб олинган (9). Мослашувчанликнинг психологик механизми, асосан, ҳар бир шахс учун индивидуал бўлиб, унинг конституциявий ва психофизиологик хусусиятлари билан белгиланади, ҳамда шахсий хусусиятлари билан параллел равишда ривожланади. Шахсларо мослашув механизми асосан ички ва ташқи омиллар таъсирига яъни фаолият ва адаптоген муҳитнинг хусусиятларига боғлиқ (3). Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, болаларнинг жисмоний фаоллик даражаси унинг жисмоний, руҳий эмоционал, ақлий ва когнитив саломатлик кўрсаткичларининг яхшиланиши уларнинг таҳсил олаётган ташкилотининг муҳитига, конструкциясига ва дизайнига боғлиқ. Мактабгача таълим ташкилотининг муҳити болалар учун жисмоний фаоллик даражасини ва кундалик фаоллик захирасини ошириш учун идеал муҳит ҳисобланади (9). Ҳозирги кунда европада модулли конструкциядаги мактабгача таълим ташкилотлари фаолият юритади.

Модулли конструкция - бу қурилиш компонентлари ёки модуллари заводда энгил пўлат конструкциялардан ишлаб чиқариладиган технология ҳисобланади. Мактаблар ва болалар боғчаларининг модулли типда қурилиши, қишлоқ жойларида, чекка ҳудудларда ва кам аҳоли пунктларида айниқса, табиий офатлар ва фавқулодда вазиятлар содир бўлган жойларда, болаларнинг ўқиши учун вақтинчалик жойларни тезда яратишда муҳим аҳамиятга эга. Модулли типдаги мактабгача таълим ташкилотлари вақтинчалик иншоот сифатида қурилган бўлсада санитария қоида ва меъёрларига мос келиши талаб этилади (14). Тўлиқ шаклланган психоэмоционал ривожланганлик, бола ҳаётининг барча соҳаларини муваффақиятли ўсишини кафолатлайди; унинг таъсири остида боланинг ҳулқ-атвори ва руҳий функциялари оптимал даражада шаклланади (5). Болаларнинг эмоционал ҳолатини ташқи муҳит билан ўзаро муносабати уларнинг когнитив фаоллик ва хиссий-ироданинг шаклланишига асос бўлади. МТТдаги ва мактаб ёшидаги болаларнинг руҳий-эмоционал ҳолатини баҳолаш мақсадида кўпгина тадқиқот ишлари олиб борилган. Бунда олимлар томонидан болаларнинг кайфияти, ўқиши, тенгдошлари ва атрофдагилари, ҳамда устозлари ва тарбиячилари билан ўзаро муносабатлари ўрганилган бўлиб, тадқиқот натижаларига кўра нутқида патологияси бўлган болаларнинг ўз фикрини тушунтириб бера олмаслиги сабабли, асабийлашиш ва салбий ҳис туйғуларнинг ортиши 75% болаларда руҳий-эмоционал ҳолатининг салбий ўзгаришига, 25% болаларда эса эмоционал фоннинг пасайишига олиб келган (1). Бундан ташқари эмоционал стрессни қайд этиш ва баҳолашда, депрессия ва ҳавотир ҳиссини аниқлашда махсус сўровнома, тестлар, Люшер, Цунга, Спилберг-Ханина ва Гамильтон шкаласидан кенг фойдаланилган (7). Тадқиқот натижаларининг таҳлили шуни кўрсатдики 78% болаларнинг физиологик ва психологик жиҳатдан ўзларни қулай ҳис қилишларини, 17% болалар эса ташқи муҳит омилларининг таъсири натижасида ўзларини ноқулай ҳис қилишларини эмоционал мослашувчанлик тести орқали аниқлаганлар (2). Мактабгача ёшдаги болаларнинг ақлий фаолияти уларнинг психоэмоционал ҳолатига боғлиқлигини (8); болаларнинг жисмоний ва ақлий ривожланиш жараёнида хиссий қобилиятлар уларнинг когнитив ва ижтимоий қобилиятларининг асоси эканлигини (12); мактабгача ёшдаги болаларда психоэмоционал стресслар ва кўрқувнинг келиб чиқиш сабаблари ўрганилган (11).

Саломатликни шакллантириш учун болаларнинг жисмоний ривожланиши ва индивидуал ижтимоий-биологик шароитларини ҳисобга оладиган мактабгача таълим ташкилоти

ишига профилактика ва соғломлаштирувчи технологияларни жорий этилиши керак. Бунинг учун болани тарбиялаш ва ўқитиш учун шароитларнинг нафақат ёшига, балки унинг морфофункционал хусусиятларига, соғлиғига, ривожланиш даражасига мос келишини таъминлаш муҳимдир (4). Юртимизда махсус мактабгача таълим ташкилотлари бўйича Л.М.Башарова (2018), бошланғич синф ўқувчиларининг мослашувчанлигини ўрганиш бўйича Д.Х.Файзиева (1995) томонидан тадқиқот ишлари олиб борилган, лекин хорижий давлатларнинг тажрибаси асосида қурилган модулли гуруҳлар бўйича тадқиқот ишлари олиб борилмаган.

3. Юқоридаги адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, дунё олимлари томонидан мактабгача таълим ташкилотларидаги болаларнинг руҳий-эмоционал ҳолати ўрганилган ва ҳозирги даврда бу кўрсаткичларнинг салбий томонга ўзгариши кузатилган, бу эса замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоси сифатида қолмоқда. Республика ҳудудидаги мактабларда болаларнинг жисмоний тайёргарлик даражаси ва руҳий-эмоционал ҳолати ўрганилган бўлиб, мактабгача таълим ташкилотларида эса бу маълумотлар фақатгина Қорақалпоғистон Республикасида ўрганилган, аммо айнан модулли типдаги мактабгача таълим ташкилотлари тарбияланувчиларининг психоемоционал ҳолати ҳақидаги маълумотлар мавжуд эмас. Шу сабабли биз, модулли типдаги мактабгача таълим ташкилотлари тарбияланувчиларининг руҳий-эмоционал ҳолати даражасини гигиеник баҳолаш мавзусида илмий-тадқиқот ишини олиб бормоқдамиз ва илмий ишимиз асосида модулли ва анъанавий типдаги МТТ тарбияланувчиларининг руҳий-эмоционал ҳолатини баҳолаш ва илмий асосланган тавсияларни ишлаб чиқишни мақсад қилиб олдик.

Адабиётлар:

1. Бусловская Л.К., Ковтуненко А.Ю., Рыжкова Ю.П. Эмоциональное состояние ребенка как критерий адаптации к новым социальным условиям // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 6. – с.7.
2. Казакова Е.В., Ипатов В.А. Изучение эмоциональной адаптации детей 7–8 лет г. Архангельска // Международный студенческий научный вестник. – 2017. – № 4(5). – С.687-691.
3. Крестьянинова Надежда Федоровна, Адаптация детей раннего возраста к дошкольной образовательной организации // Екатеринбург., 2017., – 75 с.
4. Камилова Р.Т. Ниязова Г.Т., Башарова Л.М. и др. Влияние гигиенических и медико-биологических аспектов в экологически неблагоприятных условиях Республики

Каракалпакстан на процессы роста и развития детей // Монография. – М., 2016. – 62 с.

5. Мошкина А.П. Развитие эмоциональной сферы у детей старшего дошкольного возраста // Екатеринбург. – 2019., – 53 с.
6. Соснин В.А. Социальная психология // Учебник для – М., 2018. – 335 с.
7. Южаков М.М., Авдеева Д.К., Нгуен Д.К. Обзор методов и систем исследования эмоционального стресса человека // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-2. 15 с.
8. Bannikova L.P, Sebirzyanov M.D. Psychoemotional state and peculiarities of mental working capacity preschool children with mental retardatio // Gigiena i Sanitaria., 2014 №1:80-3. Russian. PMID.
9. Dawn P.C. Means of Optimizing Physical Activity in the Preschool environment (themed review). // American Journal of Lifestyle Medicine., 2020. №14(1). – С.16–23.
10. Granholm, J.M., Olszewski J. Social-Emotional Development in Young Children. A guide produced by the Michigan Department of Community Health (12/2003) (Электронный ресурс <http://www.michigan.gov>).
11. Oleksyuk Z.Y., Konkabayeva A.E. Tykezhanova G.M. at al. Research of fears of preschool age children // International journal of environmental & science education., Turkey, - 2016. – vol. 11. – №15. – P. 8517-8535.
12. Chen H, Hong Q, Xu J, Liu F, Wen Y, Gu X. Resilience Coping in Preschool Children: The Role of Emotional Ability, Age, and Gender. // Int J Environ Res Public Health., 2021. №18(9). – P. 5027.
13. <https://qalampir.uz/news/uzbekistonda-bolalar-bogchasi-soni-k-ancha-31423>.
14. <https://bytovka.pro/module/Classification/teach/>.
15. <http://elar.uspu.ru/handle/uspu/7575>

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Махамматкулов Х.Э.

Резюме. В данной статье были изучены и проанализированы научные статьи об психоэмоциональном состоянии и адаптивности детей к организации дошкольного образования. Анализ научных статей позволяет выявить факторы риска, разработать необходимые рекомендации по созданию ДДО с оптимальными гигиеническими условиями для здорового развития подрастающего поколения, как умственного, так и физического. Сегодня в Узбекистане действуют 7104 дошкольные образовательные организации, в которых обучаются 2,5 миллиона детей в возрасте от 3 до 7 лет.

Ключевые слова: дети, дошкольная образовательная организация, адаптивность, психоемоциональное состояние.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОГРАНИЧЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ



Назиров Феруз Гафурович, Махмудов Улугбек Марифджанович, Маткаримов Шохжахон Улугбек угли
ГУ «Республиканский специализированный научно – практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент;
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

ҚОРИН БЎШЛИҒИДАГИ ЧЕГАРАЛАНГАН ҲОЛДА ЙИҒИЛГАН СУЮҚЛИКЛАРНИ ПУНКЦИОН-ДРЕНАЖЛОВЧИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Назиров Феруз Гафурович, Махмудов Улугбек Марифджанович, Маткаримов Шохжахон Улугбек ўғли
ДМ «Академик В.Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий – амалий тиббиёт маркази», Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш. ;
Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

PERCUTANEOUS PUNCTURE-DRAINAGE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE LIMITED LIQUID ACCUMULATIONS IN THE ABDOMINAL CAVITY

Nazirov Feruz Gafurovich, Makhmudov Ulugbek Marifdzhonovich, Matkarimov Shokhjahon Ulugbek ugli
State Institution “Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V. Vakhidov”, Republic of Uzbekistan, Tashkent;
Center for the development of professional qualification of medical workers, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: sh.u.matkarimov@gmail.com

Резюме. Мақолада суюқлик тўпланиши чекланган перкутан пункцион-дренажлаш амалиётининг эволюцияси, оддийдан юқори технологияли ёрдамларгача, шу жумладан лазердан фойдаланиш тасвирланган. Қорин бўшлигининг чекланган суюқлик бирикмаларини таххислаш ва понксиённи даволаш бўйича бир қатор тадқиқотлар келтирилган. Муаллифлар бугунги кунда мавжуд бўлган чекланган суюқлик бирикмаларини дренажлашнинг асосий усулларини тасвирлаб беришди. Ҳар бир усулнинг афзалликлари ва камчиликлари қайд этилган, яқин келажакда *minimal* инвазив жарроҳликнинг ривожланиши йўналишлари кўрсатилган

Калим сўзлар: Қорин бўшлиғи, Чегараланган суюқлик тўпланиши, лазер, пункцион-дренажлаш.

Abstract. The article describes the evolution of percutaneous puncture-drainage interventions with limited fluid accumulations, from simple to high-tech aids, including the use of a laser. A number of studies conducted on the diagnosis and puncture treatment of limited fluid accumulations of the abdominal cavity are presented. The authors described the main methods of drainage of limited liquid accumulations available today. The advantages and disadvantages of each method are noted, the directions of development of minimally invasive surgery in the near future are outlined

Key words: Abdominal cavity, limited fluid accumulation, laser, puncture-drainage.

Введение. Ранние послеоперационные абдоминальные осложнения (РПАО), чаще возникающие после традиционных операций, способствуют росту неудовлетворительных результатов и летальности [10;16]. В сложившейся ситуации возникает необходимость в активном поиске новых способов их ранней диагностики, а также методов безопасного и эффективного хирургического лечения [6;13;23;25;33].

Несмотря на постоянное совершенствование методов хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости (БП), вопросы оптимального лечения РПАО являются одними из самых сложных и нерешенных. По данным отечественных и зарубежных авторов, частота релапаротомии колеблется от 0,5 до 13,6% [7;11;34]. Из общей структуры данных осложнений на долю послеоперационного перитонита приходится от

7,3 до 86% [1;2]. Атипичность клинической картины РПАО приводит к несвоевременному выполнению повторного вмешательства у 17–48% пациентов и является главной причиной их неблагоприятного исхода [3;12;29]. Летальность при этом составляет 20,9–37,2 % [9]. Наряду с этим, ни один из используемых методов современной диагностики РПАО не обладает абсолютной достоверностью [9;12].

Необходимость повторной операции при возникновении РПАО очевидна. На сегодняшний день решение вопроса о надежном устранении источника инфицирования БП, наименее травматичным и технически легко выполнимым способом, не вызывает сомнений у хирургов [18; 19; 28]. Однако, особенности повторной операции, нередко выполняемой у истощенного пациента, с пониженной реактивностью, дисфункциями различных органов и систем, в том числе и одновременно и с полиорганными нарушениями, существенно требуют индивидуализации, согласно конкретной хирургической ситуации [17; 31]. Возможны примеры, когда необходимо выполнять только радикальное вмешательство, независимо от того, перенесет ли её пациент [14; 35].

Однако, как правило, какое-либо радикальное вмешательство в условиях послеоперационного перитонита целесообразно лишь в начальной его стадии [30]. При запущенном перитоните разумно воздержаться от формирования кишечных швов и анастомозов [32].

В настоящее время более широкое применение получили варианты «открытого лечения» перитонита в сочетании с вакуум-аспирацией, заключающиеся в частичном или полном сближении краев лапаротомной раны с последующими ревизиями и санациями БП [20].

Наиболее частой причиной развития послеоперационного перитонита является несостоятельность кишечных швов анастомозов, ушитых перфоративных отверстий язв и повреждений органов ЖКТ (36,7%), желчеистечение после операций на печени и желчных путях (11,9%) [7; 11; 8;].

М.З. Сигал (1991) проанализировал результаты сборной статистики, охватывающей 14318 пациентов, оперированных по поводу злокачественных опухолей органов ЖКТ и отметил развитие данного осложнения в 11,7% случаев. По данным Д.М. Красильникова и соавт. (2016) на 4664 операции при доброкачественных заболеваниях ЖКТ несостоятельность швов сформированных анастомозов, ушитых дефектах полых органов возникла у 292 (6,3%) пациентов.

А.А. Шалимов (1987), проанализировав результаты резекций у 750 пациентов, страдающих раком желудка, установил, что у 36 из 40 умерших пациентов развилась несостоятельность кишечного шва и послеоперационный перитонит. Н.

Demartinesetal. (1991) сообщили о 7% несостоятельности гастроэнтероанастомозов при экстренных резекциях желудка и отсутствии осложнений при плановых операциях. Несмотря на многочисленные исследования последних лет, частота развития несостоятельности кишечных швов сохраняется на сопоставимом уровне [8; 26; 27].

Несостоятельность швов и анастомозов после экстренных резекций тонкой кишки достигает 32% [9; 14]. Частота несостоятельности толстокишечных анастомозов, формируемых в условиях перитонита или кишечной непроходимости, встречается от 20 до 35,7% [5; 6;]. При плановых вмешательствах частота несостоятельности толстокишечных анастомозов составляет 1,6–2,3 % [7; 14; 35].

В результате врачебных ошибок частота несостоятельности кишечных швов достигает 68% [15]. Довольно частой тактической ошибкой хирургов является неправильная оценка жизнеспособности тканей кишечной стенки при странгуляции, перфорации, в связи с чем, производится неадекватный выбор метода и объема операции [24; 30]. Вторую группу причин несостоятельности швов составляют глубокие гомеостатические нарушения, приводящие к недостаточности иммуно-биологических механизмов защиты, тяжелому течению внутрибрюшных инфекций и замедленной неполноценной регенерации [5; 9].

В силу того, что нарушение герметичности кишечных швов является наиболее частой причиной послеоперационной бактериальной контаминации и последующего развития интраабдоминальных осложнений, повышение надежности кишечного шва является основой профилактики развития послеоперационного перитонита и внутрибрюшных абсцессов. Так объективная оценка тяжести состояния по шкале SAPS была проведена у 84 пациентов, но ввиду существенного разброса сроков развития несостоятельности швов стандартизировать цифровые показатели нельзя и достоверно использовать данный показатель для диагностики осложнения невозможно [42; 131]. У 53% пациентов диагноз несостоятельности кишечных швов был поставлен на основании клинической картины распространенного послеоперационного перитонита или же при поступлении желудочно-кишечного содержимого по внутрибрюшному дренажу, без использования дополнительных диагностических мероприятий [10; 16].

Тактика хирурга при несостоятельности кишечных швов и анастомозов, по мнению большинства авторов, зависит от двух факторов: вида несостоятельного кишечного шва – культи двенадцатиперстной кишки, высокий или низкий анастомоз, тонко- или толстокишечный и выраженности внутрибрюшного инфекционного процесса [15; 31]. По мнению Н.Н. Каншина (2004), при

хирургическом лечении несостоятельности швов, предпринятом в условиях прогрессирующего перитонита летальность составляет 37,5%. Консервативная терапия возможна лишь при отграничении процесса и образовании воспалительного инфильтрата, характеризуется уровнем летальности в 15,4% [4; 32]. Для оценки целостности швов и анастомозов применяются красящие вещества и рентгеноконтрастные методы [1; 28; 35].

Множественные абсцессы, сочетание внутрибрюшного гнойника с другими осложнениями, трудности топической диагностики, невозможность выявления «акустического окна» при отрицательной динамике в состоянии пациента являются показанием к релапаротомии. Выявление множественных интраабдоминальных гнойников требует использования повторных ревизий и санаций БП. Абсцессы больших размеров, особенно содержащие крупные секвестры, гнойники, прилежащие к лапаротомной ране, также требуют «открытого» вскрытия [33; 25; 13].

Выбор метода оперативного вмешательства при лечении послеоперационного перитонита зависит от источника инфицирования БП, степени бактериальной контаминации внутрибрюшного экссудата и необходимости проведения пролонгированной санации, выраженности пареза кишечника и необходимость его декомпрессии [17; 21; 26; 35].

Следует отметить, что малоинвазивная хирургия и здесь нашла себе достойное применение [2; 29]. Широкое внедрение малоинвазивных технологий в клиническую практику в настоящее время предопределяет коррекцию существующего алгоритма диагностики и лечения РПАО, центральным звеном которого являлась релапаротомия [1; 4; 7; 10; 13; 28]. Однако роль этих методов в комплексе послеоперационных лечебно-диагностических мероприятий оценивается недостаточно [13; 18; 32]. Тяжелое течение хирургической патологии у пациентов пожилого и старческого возраста и наличие сопутствующих заболеваний, конкурирующих по своей тяжести с хирургической патологией, явились основными причинами неудовлетворительных результатов лечения РПАО в этой возрастной категории [1; 34].

Уменьшение травматичности повторных оперативных вмешательств при РПАО, достигаемое использованием миниинвазивных методик, имело определяющее значение в снижении летальности с 33,3% до 17,9% у пациентов пожилого и старческого возраста [20; 31]. Согласно данным многочисленных исследований, одним из наиболее перспективных направлений улучшения результатов лечения РПАО является применение методов миниинвазивной хирургии [15; 19; 24; 34]. Малоинвазивные вмешательства позволяют

эффективно дренировать и санировать не только отграниченные гнойники БП, но и активно вмешиваться при обширных забрюшинных парапанкреатических флегмонах, несформированных постнекротических ложных кистах поджелудочной железы (ПЖЖ), гнойных затеках [3; 10; 21]. Оперативное вмешательство, выполняемое под УЗИ контролем, является высокоэффективным методом лечения ограниченных жидкостных скоплений (ОЖС) БП и забрюшинного пространства [6; 14; 18]. В настоящее время отмечается активное использование пункционно-дренажного метода при лечении очаговых поражений органов в абдоминальной хирургии. Так, пункционная аспирация и чрескожное дренирование непаразитарных кист и абсцессов печени считается предпочтительным вмешательством [3; 11; 19]. Пункционно-дренажный метод успешно применяют для эвакуации внутрибрюшных патологических скоплений экссудата, санации послеоперационных абсцессов БП [6; 12; 15; 19; 21; 35].

К преимуществам малоинвазивных методов лечения по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами относят малую травматичность, низкую послеоперационную летальность, отсутствие риска общего обезболивания, уменьшение сроков пребывания пациента в стационаре [19; 22; 33; 35]. Несмотря на активное внедрение малоинвазивных вмешательств в алгоритм ведения пациентов с РПАО, имеются осложнения, где малоинвазивные вмешательства могут носить лишь диагностический характер – это внутрибрюшное кровотечение и перитонит [5; 9; 21]. Однако большая часть хирургов считает, что при развитии в послеоперационном периоде кровотечения легкой и средней степени тяжести кровопотери, с формированием ограниченных скоплений излившейся крови, при остановившемся кровотечении показано чрескожное пункционно-дренирующее вмешательство [6; 22; 24]. Также операцией выбора являются пункционно-дренирующие операции при формировании сером, гематом после выполненных хирургических операций у пациентов с вентральными грыжами, особенно при использовании сетчатых имплантатов [1; 17; 20; 25].

Возникновение ОЖС в раннем послеоперационном периоде в большинстве случаев является следствием сочетания нескольких общих и местных факторов и зависит в частности, от вида и объема операции, возраста пациента, уровня его подготовки к операции, наличия сопутствующей патологии [31; 39; 96]. Основным методом лечения ОЖС большинство хирургов считают миниинвазивные вмешательства под УЗИ или РКТ контролем [7; 15; 19].

При внутрибрюшинных абсцессах хирургическая тактика предусматривает вскрытие и адек-

ватное дренирование полости гнойника [4; 15; 19; 25]. Выбор способа вскрытия и дренирования абсцесса: пункционное дренирование, вскрытие при лапароскопии или при лапаротомии, зависит от результатов визуализационной диагностики [2; 5; 8; 9; 13; 17; 35].

Метод пункционного дренирования под ультразвуковым или РКТ-наведением был с успехом апробирован и внедрен в хирургическую практику в 80-х годах прошлого столетия [12; 15; 29]. Выявленные преимущества чрескожного пункционного дренирования по сравнению с открытым, традиционным хирургическим вмешательством привели к признанию миниинвазивной методики и ее широкому распространению [7; 19; 21; 23; 24; 35]. Причем успешное использование пункционного дренирования во многом зависит от качества диагностики [5; 7; 8]. Адекватная верификация гнойника с четкой визуализацией ОЖС, наличие «акустического окна», детальная оценка взаиморасположения абсцесса и полых органов, близость к передней брюшной стенке, заднему своду влагалища, передней стенке прямой кишки повышает возможность безопасного и эффективного чрескожного дренирования [11; 13; 19]. Необходимым условием для успешного использования является личный опыт хирурга и степень его владения данной миниинвазивной методикой [15; 16; 20]. Поэтому вскрытие и дренирование внутрибрюшных абсцессов по сей день нередко выполняется традиционным «открытым» способом [2; 9; 11].

При невозможности произвести пункционное дренирование под ультразвуковым контролем некоторые авторы рекомендуют лапароскопическое дренирование гнойника [3; 9; 19; 23]. Однако, несмотря на высокую эффективность чрескожного пункционного дренирования в лечении внутрибрюшных абсцессов при видеолапароскопии, этот метод характеризуется также развитием ряда осложнений [4; 27]. Более того, М. Schein (2003) считает, что более высокие шансы на выздоровление имеют пациенты, оперированные обычным путем, и чрескожное пункционное дренирование и открытое хирургическое дренирование должны не противопоставляться, а дополнять друг друга.

Большое значение для эффективности ультразвукового пункционного дренирования внутрибрюшных абсцессов имеет не только правильное осуществление данного вмешательства, но и последующее ведение пациента [5; 17; 25]. Накопление практического опыта пункционного дренирования под ультразвуковым наведением позволяет успешно излечивать гнойники, ранее доступные только для традиционного, «открытого» вскрытия [14; 15; 24; 31]. Для лечения внутрибрюшных абсцессов выбор метода хирургиче-

ской коррекции зависит от способа верификации абсцесса при УЗИ, лапароскопии; локализации гнойного скопления: прилежит к ране, в полости малого таза, подпеченочное, межкишечное; сложности конфигурации гнойника: единичная или множественные полости, гнойники нескольких локализаций [6; 7; 8]. При вне- или внутрибрюшинных абсцессах не более 10 см оптимальным способом вмешательства является пункционное дренирование под ультразвуковым наведением [2; 9; 17].

(из статьи Маркович) На выбор характера чрескожного вмешательства, влияет расстояние до ОЖС, сложность траектории проведения инструмента, предполагаемый характер содержимого. Чем сложнее траектория, тем большее предпочтение отдается пункции. Однако одним из определяющих критериев выбора является размер ОЖС (максимальный размер и интегральный показатель - объем). Все жидкостные скопления разделяют на: малые (до 2 см, объем до 10 мл), средние (2-4 см, объем 11-80 мл), большие (4-8 см, объем 81-600 мл) и гигантские (свыше 8 см, объем более 600 мл) [5,13].

При малых и средних размерах ОЖС целесообразнее проводить пункцию, при больших и гигантских одномоментное дренирование с установлением ирригационно-аспирационной системы [7]. Иногда пункция ОЖС проводится с диагностической целью, чтобы определить характер содержимого и степень его инфицированности. Существенное значение оказывает наличие различных полых органов по ходу траектории инструмента. Если трансгастральное дренирование парапанкреатических ОЖС в настоящее время достаточно широко вошло в миниинвазивную хирургическую практику, то наличие тонкой и, тем более, толстой кишки перед патологически очагом, как правило, исключает возможность проведения чрескожного дренирования и при необходимости, выполняется его пункция [3,7].

Малоинвазивный метод чрескожного дренирования под контролем УЗИ и КТ становится стандартом лечения большинства внутрибрюшных абсцессов [1,3,5,6]. Результаты чрескожного дренирования во многом зависят от этиологии абсцесса, однако попытка дренирования показана при любом гнойнике, к которому имеется безопасная пункционная траектория.

Успешным лечение считается в том случае, если после дренирования не понадобилась открытая операция. У части больных с абсцессами в БП, находящихся в критическом состоянии, чрескожное дренирование может быть выполнено, как первый этап лечения при подготовке к операции; в качестве паллиативной меры, направленной на стабилизацию состояния больного во время предоперационной подготовки.

Противопоказанием к чрескожному дренированию ОЖС является отсутствие акустического окна, то есть, когда траектория предполагаемой пункции или дренирования проходит через внутренние органы, повреждение которых приведет к необходимости выполнения открытой операции, некорректируемая коагулопатия. К относительным противопоказаниям некоторые авторы относят неадекватное поведение пациента [5].

Возможные причины неэффективности чрескожного дренирования: инфицированная свернувшаяся гематома, забрюшинная флегмона, сложные по конфигурации многокамерные гнойники с густым гноем, инородное тело в полости абсцесса, нагноение злокачественной опухоли или метастазов. Пункция и чрескожное дренирование абсцессов сопровождаются более низкими летальностью и частотой осложнений, при проведении этих манипуляций отсутствует необходимость в наркозе, который у больных с сепсисом может усугубить уже имеющую полиорганную недостаточность. При послеоперационных абсцессах пункция и дренирование под контролем УЗИ зачастую служат альтернативой релапаротомии. [7]

Применение современных пункционных и пункционно-дренажных технологий [11] позволяет вслед за эвакуацией гнойного содержимого из полости абсцесса воздействовать на остающийся субстрат (организовавшиеся гематомы, девитализированные ткани) путем введения иммобилизованных протеиназ (препараты профезим, имозимаза, вобэнзим), которые лизируют денатурированные белки являющиеся питательной средой для микроорганизмов, при установлении в полость гнойника дренажей значительно уменьшают их обтурацию фибрином [6].

В связи с трудностями проведения качественной санации больших и гигантских абсцессов используют методику эндоскопического контроля – скопию абсцесса, целью которой является адекватная санация полости, профилактика его рецидивирования, коррекция положения дренажей [5]. Эффективность миниинвазивного метода дренирования составляет до 90% у пациентов с одиночными однокамерными абсцессами. Тем не менее совершенство малоинвазивных технологий еще не таково чтобы решить проблему в целом. Поэтому примерно в половине случаев вскрытие абсцессов БП все еще осуществляется лапаротомным доступом [4].

Лапаротомия остается операцией выбора для тех ситуаций, когда скопления жидкости, и (или) некротические ткани не могут быть эффективно удалены путем чрескожного дренирования - многокамерные или множественные абсцессы, наличие внутренних свищей, сочетание абсцессов с другими внутрибрюшными осложнениями. Ла-

паротомия также показана при необходимости устранения продолжающегося поступления в свободную БП гнойного экссудата из какого-либо источника за пределами сформировавшегося абсцесса [21; 22].

Основными направлениями поиска путей улучшения результатов лечения ОЖС должны быть совершенствование диагностических приемов с применением современных технологий, а также в плане хирургического лечения – стремление выполнять малоинвазивные вмешательства, которые дают возможность снизить количество осложнений; улучшение качества операций на органах БП; улучшение их асептичности и профилактики гнойных осложнений любым из методов.

Литература:

1. Абдиев, А.А. Причины и диагностика осложнений, требующих релапаротомии в абдоминальной хирургии // Наука, новые технологии и инновации. – 2017. – № 1. – С. 49–52.
2. Акинчиц, А.Н. Эндохирургия в диагностике и лечении послеоперационных абдоминальных осложнений: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.17. / Акинчиц Александр Николаевич. – Волгоград, 2013. – 38 с.
3. Алонцева, Н.Н. Роль лапароскопии в диагностике и лечении ранних послеоперационных осложнений / Н. Н. Алонцева, В. Е. Соболев, И. П. Дуданов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2005. – Т. 164. – № 1. – С. 95–99.
4. Альперович, Б.И. Хирургия печени / Б.И. Альперович. – М.: ГЭОТАР. Медиа. – 2010. – 352 с.
5. Ахаладзе, Г.Г. Манипуляции под контролем УЗИ. Руководство по хирургии желчных путей / Г.Г. Ахаладзе. – М.: ВИДАР, 2006. – С. 211–220.
6. Бородин, М.А. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым наведением у больных с заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Эндоскопическая хирургия, 2006. – № 2. – С. 11–20.
7. Бебуришвили, А.Г. Малоинвазивные технологии как альтернатива релапаротомии / А.Г. Бебуришвили, А.Н. Акинчиц, Е.Е. Елистратова // Сборник трудов международного хирургического конгресса. – Ростов-на-Дону, 2005. – С. 112.
8. Гальперин, Э.И. Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева. – М.: Видар-М, – 2011. – 536 с.
9. Гостищев, В.К. / В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко // Перитонит. – М.: Медицина, – 1992. – С. 24–26.
10. Губанова, А.А. Лечение послеоперационных поддиафрагмальных абсцессов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – Т.5. – № 5. – С. 850.
11. Глабай, В.П. Релапаротомия в абдоминальной хирургии // Сборник трудов международного хи-

- ругического конгресса. – Ростов-на-Дону. – 2005. – С. 117.
12. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений / А.Г. Кригер, Б.К. Шуркалин, П.С. Глушков, И.Л. Андрейцев // Хирургия. – 2003. – №3. – С. 19–23.
13. Демьянова, В.Н. Оптимизация миниинвазивных методов лечения внутрибрюшных абсцессов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.0017/ Демьянова Валерия Николаевна. – Ставрополь, 2015. – 21с.
14. Жебровский, В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости – Симферополь: Издательский центр КГМУ, 2000. – 688 с.
15. Жебровский, В.В. Осложнения в хирургии живота: Руководство для врачей / В.В. Жебровский. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 448с.
16. Исаев, Г.Б. Диагностика послеоперационного перитонита / Г.Б. Исаев // Хирургия. – 2002. – № 6. – С. 27–29.
17. Релaparотомия в хирургии распространенного перитонита // Инфекции в хирургии. – 2007. – №3 – С. 6–13.
18. Bagi, P. Percutaneous drainage of appendiceal abscesses // Dis. Colon. Rectum, 1987. – V.30. N7. – P.532–535.
19. Bertleff, M. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: First choice. A review of the literature // Surg. Endosc. – 2010. – Vol. 24. – P. 1231–1239.
20. Bosscha, K. Open management of the abdomen and planned reoperation in severe bacterial peritonitis // Eur. J. Surg., 2000. – V.127. – N 2. – P. 102–108.
21. Brolin, R.E. Percutaneous catheter versus open surgical drainage in the treatment of abdominal abscesses / R.E. Brolin, J.L. Noshier, S. Leiman // Amer. J. Surg., 1984. – V. 50. – P. 102–108.
22. Brook, I. Intra-abdominal, retroperitoneal and visceral abscesses in children // Eur.J.Pediatr.Surg. – 2004. – №14. – Vol. 4. – P. 265–273.
23. Bufalari, A. Postoperative intra-abdominal abscesses: percutaneous versus surgical treatment // Acta Chir. Belg. – 1996. –Vol. 96 – N 5. – P. 197–200.
24. Choi, H.K. Therapeutic value of gastrografin in adhesive small bowel obstruction after unsuccessful conservative treatment: a prospective randomized trial // Ann. Surg., 2002. – Jul. 236 (1). – P. 1–6.
25. Diffuse postoperative peritonitis-value of diagnostic parameters and impact of early indication for relaparotomy / F.G. Bader, M. Schroder, P. Kujath, E. Muhl // Eur. j. med. res. – 2009. – Vol. 14. – № 11. – P. 491–496.
26. Gutman, M. Fecal peritonitis – the effect on anastomotic healing // Eur.Surg. Res., 1993. – V. 25 (6). – P. 366–369.
27. Intraabdominal complications after surgical repair of small bowel injures: an international review / A.W. Kirkpatrick, K.A. Baxter, R.K. Simons, E. Germann [et al.] // J. Trauma, 2003. – 55(3). – P. 399–406.
28. Leaper, D. Evidence update on prevention of surgical siteinfection // Curr. Opin. Infect. Dis. – 2015. – № 2 (28). – P. 158–163.
29. Malangoni, M.A. Evaluation and management of tertiary peritonitis / M.A. Malangoni // Am Surg., 2000. – Feb. -№ 66(2). – P.157–161.
30. Montravers, P. Postoperative management. Critical care in intra-abdominal infection after surgical intervention / P. Montravers, S. Lepers, D. Popesco // Presse Med., 1999. Jan.30. – №28 (4). – P.196–202.
31. Schein, M. Schein’s Common Sense Emergence Abdominal Surgery / М. Шейн // Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. Пер. с англ. – М. Гэотар-Мед., 2003. – С. 272.
32. The single-layer continuous suture for gastric anastomosis / N. Demartines, J.M. Rothenbuhler, J.P. Chevalley, F. Harder // World J. Surg., 1991. – V. 15. – P. 522–525.
33. Ultrasound guided percutaneous drainage of abdominal abscess in the hands of the clinician: a multi-center Italian study / G. Civardi, G. Di Candio, A. Giorgio, O. Goletti [et al.] // Eur. J. Ultrasound., 1998. – Nov. 8(2). – P. 91–99.
34. Wittman, D.H. Operative and nonoperative therapy of intraabdominal infections / D.H. Wittman // Infection. – 1998. – V.26. – N 5. – P. 335–341.
35. Zaporozhets, A.A. Physical and biologic impermeability of intestinal sutures in the first twenty-four hours after operations on the gastrointestinal tract / A.A. Zaporozhets // Surgery. – 1992. – №112(5). – P. 940–945.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОГРАНИЧЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Назиров Ф.Г., Махмудов У.М., Маткаримов Ш.У.

Резюме. В статье описана эволюция практики чрескожного пункционно-дренирования с ограниченным сбором жидкости, от простых до высокотехнологичных средств, в том числе с использованием лазеров. Представлен ряд исследований по диагностике внутрибрюшных скоплений жидкости с ограничением жидкости и лечению пункцией. Авторы описывают основные доступные на сегодняшний день методы дренирования замкнутых жидкостных соединений. Отмечены преимущества и недостатки каждого метода, обозначены направления развития малоинвазивной хирургии в ближайшем будущем.

Ключевые слова: брюшная полость, ограниченное скопление жидкости, лазер, пункционно-дренирующий метод.



Низамходжаев Шамсиддин Зайниддинович
“Wara Hospital”, Государство Кувейт



БОШ ТЕРИСИ НУҚСОНИ РЕКОНСТРУКЦИЯСИДА ЭКСПАНДЕР ДЕРМОТЕНЗИЯСИ

Низамходжаев Шамсиддин Зайниддинович
Wara Hospital", Кувейт давлати

EXPANDER DERMOTENSIA IN RECONSTRUCTION OF SCALP DEFECTS

Nizamkhodjaev Shamsiddin Zainiddinovich
“Wara Hospital”, State of Kuwait

e-mail: info@rscs.uz

Резюме. Бошининг куйиши бу соҳада юшиоқ тўқималар ва суякларнинг шикастланишининг энг кенг тарқалган сабаби бўлиб, барча ҳолатларнинг тахминан 40% ни ташкил қилади. Куйишни даволаш энг мураккаб ва қиммат процедуралардан биридир, чунки у замонавий асбоб-ускуналар ва технологиялардан фойдаланишни талаб қилади. Бугунги кунда бош териси тўқималарининг нуқсонларини даволаш муаммоси замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Паст эластиклик, қаттиқлик, соч фолликулаларининг мавжудлиги ва терининг етишмаслиги ушбу соҳанинг косметик талабларига жавоб берадиган янги процедуралар зарурлигини талаб қилади. Сўнги йилларда экспандер-дермотензияни қўллаш тананинг ҳар қандай қисмидаги қопловчи тўқималарнинг нуқсонлари ва деформациясини даволашда кенг тарқалди, аммо бу усул сочларнинг вақтинча тўқилиши, экспандер миграцияси, кулранг моддалар, инфекциялар ва гематома каби ўзига хос асоратларга олиб келиши мумкин. Бироқ, терини пластика қилиши каби бошқа усуллар билан солиштирганда, тўқималарнинг кенгайиши терининг ранги ва тузилишини яхшилашга, шунингдек, чандиқ ва донор жойидаги асоратларни камайтиришга имкон беради.

Калим сўзлар: куйиши, бош, нуқсон, реконструкция, донор жой.

Abstract. Head burns are the most common cause of soft tissue and bone injuries in this area, accounting for about 40% of all cases. Treatment of burns is one of the most complex and expensive procedures because it requires the use of modern equipment and technologies. The problem of treating tissue defects of the scalp today remains one of the pressing problems of modern medicine. Low elasticity, stiffness, presence of hair follicles and skin deficiency dictate the need for new procedures that meet the cosmetic requirements of this area. The use of expander-dermotension in recent years has become widespread in the treatment of defects and deformations of integumentary tissues on any part of the body, but this method can lead to such specific complications as temporary hair loss, expander migration, gray matter, infection and hematoma. However, compared to other methods such as skin grafting or flap transfer, tissue expansion allows for improved skin color and texture matching, as well as reduced scarring and donor site complications.

Key words: burn, head, defect, reconstruction, donor site.

Повреждения мягких тканей и костей лицевой области и свода черепа могут быть вызваны различными причинами, включая травмы, ожоги и хирургические вмешательства. Ожоги головы являются наиболее распространенной причиной повреждений мягких тканей и костей в этой области, занимая около 40% всех случаев [9, 41, 58].

По данным Всемирной организации здравоохранения, ожоги представляют собой глобальную проблему общественного здравоохранения и являются третьей по распространенности травмой

в мирное время, составляя 2,2 случая на 1000 человек населения в год, и около 6 миллионов человек во всем мире обращаются за медицинской помощью и 180 000 человек с летальными исходами каждый год [59]. Ожоги головы и шеи являются одними из самых тяжелых видов ожоговых травм. Они часто сопровождаются поражением лица, груди и области плечевых суставов, что приводит к длительному периоду заболеваемости, госпитализации, обезображиванию и инвалидности. Кроме того, ожоги головы и шеи часто со-

проводятся стигматизацией и неприятием со стороны общества [4, 5, 50, 60].

В последние годы в мире наблюдается тенденция к увеличению числа ожоговых травм и ухудшению качества оказания медицинской помощи. Это привело к необходимости анализа эффективности оказания помощи пострадавшим от ожогов [7, 13, 14, 15, 16].

Лечение ожогов является одной из самых сложных и дорогостоящих процедур поскольку требует использования современного оборудования и технологий. Это связано с тем, что оно требует знаний и навыков из различных областей медицины, включая хирургию, микробиологию, реаниматологию и терапию [2, 30, 42].

Вторая половина XIX века ознаменовалась активным развитием первых ожоговых центров. Благодаря научным исследованиям врачей-ученых, клинические исходы лечения ожогов улучшились. [27]. Исследования патогенеза ожоговой болезни и ее осложнений имеют большое значение в разработке и совершенствовании современных путей хирургического лечения ожогов.[2].

Современные тенденции в лечении ожогов включают раннее хирургическое вмешательство. По данным исследования проведенным G. Song et al. (2016) при тангенциальном рассечении некротической ткани может улучшить результаты лечения в течение 7-14 дней после травмы.

Ожог – часто встречающийся вид травмы, занимающий 2-3 место в структуре повреждений [24, 46, 54]. Данные авторов свидетельствуют о большом количестве пострадавших с ожогами, так в мирное время они составляют от 5 до 12 % всех травм [11].

По данным ВОЗ, термические травмы занимают 3-е место среди всех травм, а в Японии — 2-е место, опережая дорожно-транспортные травмы. В развитых странах смертность от ожогов составляет 2,1% на 100 000 населения [33, 36]. Довольно часто ожоговая терапия, независимо от множества задействованных процедур и средств, сопровождается инфекциями, приводящими к полиорганной недостаточности, сепсису и гибели больных [17, 39, 52]

Смертность от ожогов продолжает расти с каждым годом. Общая летальность при ожогах находится в пределах от 1,9-6,4% до 11-14% [56].

По данным ВОЗ ожоги занимают третье место среди всех травм [1]. Ежегодно во всем мире от ожогов умирает более 300 000 человек и примерно 11 млн человек нуждаются в медицинской помощи [47, 57]. По локализации термических повреждений ожоги лица составляют 18-20% всех повреждений [3, 6, 23]

Профилактика и лечение послеожоговых контрактур и деформаций остается актуальной

проблемой. На сегодняшний день существует множество различных методов лечения, но стандартом в нашей стране и за рубежом является проведение реконструктивно-восстановительных операций лишь после полного формирования рубцовой ткани, т.е. спустя 8-12 и более месяцев после травмы [12, 18, 29, 63].

Микрохирургическая аутоотрансплантация мягкотканых лоскутов для замещения послеожоговых рубцовых дефектов головы и шеи требует высокой квалификации хирурга, который должен учитывать локальные топографо-анатомические особенности, оптимизировать план и прецизионно выполнять все этапы операции. Также важно эффективное взаимодействие хирургической, анестезиологической и реаниматологической служб, а также компетентное динамическое наблюдение за состоянием кровообращения в трансплантатах для своевременной диагностики сосудистых осложнений и максимально ранней активной тактики их хирургического устранения.

В кожно-пластической хирургии существуют множество способов пластики [26, 50]. Благодаря достижениям пластической хирургии появилась новая отрасль медицины - пластическая и реконструктивная хирургия, которая стала ведущим методом лечения ожогов [8, 21, 28, 53].

Растяжение ткани вблизи травмы является методом лечения ожогов, который заключается в установке силиконового или латексного имплантата рядом с дефектом. В имплантат в течение 1-2 месяцев под давлением вводится физиологический раствор, который растягивает мягкие ткани, под которыми он находится. Полученным излишком ткани производится закрытие дефекта. Этот метод подходит для образования сложных кожных лоскутов с осевым кровоснабжением, что позволяет устранить возможные осложнения, связанные с вторичными дефектами тканей в донорской области[38, 61].

Наряду с растяжением тканей могут возникать различные осложнения, применение этого метода на конечностях, значительно уступает полученным на голове, шее, туловище [19, 25].

Проблема лечения дефектов тканей волосистой части головы на сегодняшний день остается одной из актуальных проблем современной медицины. Низкая эластичность, жесткость, наличие волосяных фолликулов и дефицит кожи диктуют необходимость новых процедур, соответствующих косметическим требованиям этой зоны. Применение экспандера-дермотензии в последние годы нашло свое широкое распространение при лечении дефектов и деформаций покровных тканей на любом участке тела. [44]

Реверден, являясь студентом из Франции в 1869 г., предложил метод свободной пересадки

кожи и впервые его осуществил С.М. Яновича-Чайновского в России через 8 месяцев [37].

Благодаря изобретению дерматомы возможности пластической хирургии резко возросли/ В 1953 году был изобретен электродерматом, который был более совершенным и мог удалять более толстый слой кожи. В 1974 М.В. Колокольцевым году был изобретен клеевой дерматом, который был еще более совершенным и мог удалять тонкий слой кожи с ровным краем [22].

Различные клиники по всему миру совершенствуют, разрабатывают и внедряют разнообразные методики пластического устранения комбинированных дефектов головы. Эти методики включают многокомпонентные составляющие, но все же, главной целью остается восстановление формы, функции и улучшение качества жизни пациентов [41, 62].

Новые методики завоевали признание не только в отдельных клиниках, но и стали часто использоваться во всем мире. На сегодняшний день микрохирургическая аутотрансплантация стала стандартной методикой закрытия комбинированных дефектов головы [50].

В 1957 г. впервые С. Neumann изобрел и использовал резиновый баллон для растяжения кожи. Через 20 лет, в 1976 г. С. Radovan представил новый способ наращивания кожи, названный впоследствии экспандерной дерматензией [43, 45]. D. Hudson считает, что данная методика не требует сложных приспособлений, одновременно позволяет добиться значительного растяжения кожных лоскутов обеспечивая тем самым полноценный пластический материал в различных анатомических областях для пластики дефектов различной этиологии [32].

Процедура расширения тканей имеет чрезвычайно важную роль в арсенале реконструктивной хирургии. Расширение тканей позволяет реконструировать даже крупные кожные дефекты с оптимальным соответствием донорской ткани реципиентному участку. Более того, лоскуты, полученные путем расширения ткани, обычно иннервируются и хорошо васкуляризованы [34, 48]. В любом случае, кожа головы имеет особые анатомические характеристики, влияющие на ее расширение, такие как наличие волос и апоневротического галера [20, 31].

В целом форма основания тканевого экспандера влияет на объем прироста ткани. Например, экспандеры с круглым основанием, серповидным основанием и прямоугольным основанием обеспечивают прирост ткани 25%, 32% и 38% соответственно [49].

Так проведенное исследование Сарыгина П.В. и соавт. показало, что использование методов баллонной дермотензии с применением экспандеров и пластики местными тканями позволи-

ло восстановить кожный покров у большинства пациентов, идентичный утраченному по текстуре, толщине, эластичности и наличию волосяного покрова. На основе полученных результатов авторы пришли к выводу разработанная тактика хирургического лечения позволяет устранять тяжелые функциональные и косметические нарушения, вызванные послеожоговыми дефектами мягких тканей и костей черепа, а также костные повреждения, восстанавливать нормальный кожный покров лица и свода черепа [10].

Однако по данным Jang HU, из-за социально-экономического статуса многих пациентов, они обычно отказываются от этого варианта из-за высокой стоимости тканевого экспандера в сочетании с вторичной операцией. Пациенты по понятным причинам обеспокоены своим внешним видом, вызванным использованием экспандера перед второй операцией, и, они не хотят испытывать неудобства из-за необходимости неоднократно обращаться в больницу для надувания тканевого экспандера. Самое главное, существует риск инфицирования или воспаления из-за реакции на инородное тело, и в конечном итоге это может потребовать удаления расширителя перед выполнением второй операции. [35]

О возникновении специфических осложнений таких как временное выпадение волос, миграцию экспандера, серому, инфекцию и гематому сообщают Strode MA. К счастью, при локализации на голове и шее вероятность осложнений наименьшая, предположительно из-за хорошего кровоснабжения. Некроз кожи над экспандером является осложнением, оказывающим наибольшее негативное влияние на план лечения, поскольку требует немедленного удаления экспандера, часто с последующей потерей всего ранее полученного результата [55].

Однако данный способ по сравнению с другими методами, такими как пересадка кожи или перенос лоскутов, расширение тканей позволяет улучшить соответствие цвета и текстуры кожи, а также уменьшить образование рубцов и снизить частоту осложнений донорского участка. Кроме того, он сохраняет волосяные фолликулы и чувствительные нервы. Кроме того, он не требует микрохирургических навыков и инфраструктуры или не приводит к таким осложнениям как например, тромбоз сосудов, приводящего к некрозу лоскута. Расширенная кожа также обеспечивает высокую васкуляризацию. [40].

Имеющиеся на современном этапе литературные данные свидетельствуют о ряде нерешенных проблем в сфере совершенствования разработок новых методик хирургического лечения последствий обширных ожогов головы и шеи. Основными причинами неудовлетворительных результатов являются различные факторы, и

мнения о причинах возникновения осложнений неоднозначны. Наиболее актуальными исследованиями продолжают оставаться разработка новых технологий возмещения не только наружных покровов, но и внутренней выстилки с минимальным использованием пластического материала.

Все вышеуказанные и имеющиеся на сегодняшний день достижения в области хирургического лечения пациентов с последствиями обширных ожогов головы и шеи позволяют сделать вывод, что разработка и внедрение в широкую клиническую практику щадящих, безопасных и высокоэффективных микрохирургических методов лечения данной патологии является одним из приоритетных направлений в комбустиологии и пластической микрохирургии.

Литература:

1. Алексеев А.А. Модель и принципы организации оказания медицинской помощи пострадавшим от ожоговой травмы в чрезвычайных ситуациях / А.А. Алексеев // IV Съезд Комбустиологов России : сб. науч. тр. – М., 2013. – С. 9-11.
2. Алексеев, А.А. Хирургическое лечение пострадавших от ожогов / А.А. Алексеев, А.Э. Бобровников, С.Б. Богданов, Л.И. Будкевич, М.Г. Крутиков, Ю.И. Тюрников // Методические рекомендации. – М.: 2015. – С. 12.
3. Ахмедов, М.Г. Электроожоги – проблема комбустиологов [Электронный ресурс] / М.Г. Ахмедов, Д.М. Ахмедов // Комбустиология : электронный науч.-практ. журн. – 2016. – Т. 56-57. – Режим доступа: <http://combustiolog.ru/journal/tezisy-konferentsii/> (дата обращения: 27.02.2019).
4. Багненко, С.Ф. Комбинированная термомеханическая травма : учебнометодическое пособие / С.Ф. Багненко, Ю.С. Полушин, К.М. Крылов и др. // СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. – СПб., 2012. – 36 с.
5. Карякин, Н.Н. Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с термической травмой / Н.Н. Карякин, И.Ю. Арефьев // IV Съезд Комбустиологов России : Тез. докл. – Москва, 2013. – С. 2122.
6. Короткова, Н.Л. Реконструктивно-восстановительное лечение больных с последствиями ожогов лица: автореф. дис. д-ра мед. наук : 14.01.14, 14.01.17 / Короткова Надежда Леноктовна. – Н. Новгород, 2014. 42 с.
7. Крылов, К.М. Стандартизация этапа скорой медицинской помощи в комбустиологии / К.М. Крылов, С.В. Смирнов, И.В. Шлык // Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Термические поражения и их последствия». – Ялта, 2016. – С. 105-106.
8. Курбанов У.А. Новый способ хирургического лечения послеожоговых рубцовых деформаций и контрактур шеи / У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, Дж.Д. Джононов, С.М. Джанобилова // Вестник Авиценны. - 2011. - № 3. - С. 7-14
9. Машрапов Ш.Ж. Состояние и проблемы пластики дефектов черепа. Наука о жизни и здоровье. 2013, 3: 51-54.
10. Сарыгин П.В., Попов С.В., Ухин С.А. Хирургическая тактика лечения послеожоговых дефектов лица и свода черепа. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020, 8:17-22
11. Солошенко В.В., Носенко В.М. Хирургическое лечение обширных дермальных ожогов у пострадавших в результате шахтных аварий // Медико-социальные проблемы семьи. – 2014. – Т. 19, №1. – С. 88-91.
12. Тюрников Ю.И. Современные аспекты оказания лечебнодиагностической помощи при термической травме. Обзор // Пластическая хирургия и косметология. – 2012. - №2. – С. 257-266.
13. Тюрников, Ю.И. Современные тенденции сезонности ожогового травматизма / Ю.И. Тюрников, Т.Х. Сухов // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Современные аспекты лечения термической травмы». – Санкт-Петербург, 2016. – С. 118-120.
14. Тюрников, Ю.И. Социально-этиологические аспекты ожогового травматизма / Ю.И. Тюрников, Е.Г. Горелова, Т.Х. Сухов // IV Съезд комбустиологов России : Тез. докл. – Москва, 2013. – С. 35-37.
15. Фаязов, А.Д. Современные принципы интенсивной терапии при электротравмах / А.Д. Фаязов, У.Р. Камилов, Д.Б. Туляганов, З.Ш. Убайдуллаев // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Современные аспекты лечения термической травмы». – Санкт-Петербург, 2016. – С. 124-125.
16. Чмырев, И.В. Хирургическая тактика в лечении глубоких ожогов лица III степени / И.В. Чмырев, Я.Л. Бутрин // Материалы VIII ежегодной межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Мультидисциплинарный подход к лечению ран различной этиологии». – Краснодар, 2016. – С. 90
17. Шингаров Э.А.. Клинико-лабораторная характеристика поражения почек у детей, перенесших ожоговую болезнь: Дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 2009. - 135 с.
18. Abubakar ML, Ibrahim A. Management of facial burns: an update. Curr Opin Otolaryngol Head Neck

- Surg. 2021, 29(4):299-303. doi:10.1097/MOO.0000000000000723
19. Bayuo J, Bristowe K, Harding R, et al. "Managing uncertainty": Experiences of family members of burn patients from injury occurrence to the end-of-life period [published online ahead of print, 2021 Feb 23]. *Burns*. 2021, S0305-4179(21)00045-0. doi:10.1016/j.burns.2021.02.009
20. Brodsky MA, Rezac L, Terella A, Brown M. Tissue Expansion Before Mohs Micrographic Surgery for a Large Scalp Tumor. *Dermatol Surg*. 2021 Jul 1, 47(7):997-998
21. Burmeister D.M., Cerna C., Becerra S.C. et al. Noninvasive Techniques for the Determination of Burn Severity in Real Time // *J. Burn Care Res.* – 2017. – Vol. 38, N1. – P. e180-e191.
22. Chen X.L., Xia Z.F., Wei H.F. et al. Escharectomy and allografting during shock stage reduces insulin resistance induced by major burn // *J. Burn Care Res.* - 2011. - Vol. 32, № 3. - P. 59-66.
23. D'Souza, A.L. Pediatric burn injuries treated in US emergency departments between 1900 and 2006 / A.L. D'Souza, N.G. Nelson, L.B. McKenzie // *Pediatrics*. – 2009. – Vol. 124, № 5. – P. 1424-1430.
24. Daigeler A., Kapalschinski N., Lehnhardt M. Therapy of burns // *Chirurg*. – 2015. – Vol. 86, N4. – P. 389-401.
25. Dissanaiké, Sharmila, and Maham Rahimi. "Epidemiology of burn injuries: highlighting cultural and socio-demographic aspects." *International review of psychiatry (Abingdon, England)* vol. 21,6 (2009): 505-11. doi:10.3109/09540260903340865
26. Domergue S., Jorgensen C., Noël D. Advances in Research in Animal Models of Burn-Related Hypertrophic Scarring // *J Burn Care Res.* – 2015. – Vol. 36, N5. – P. e259-e266.
27. Fagan, S.P. Burn Intensive Care / S.P. Fagan, M. Bilodeau, J. Gorman // *Surgical Clinics of North America Management of Burns.* – 2014. – V. 94(4). – P. 765-779.
28. Firchal EW, Sjöberg F, Fredrikson M, Pompermaier L, Elmasry M, Steinvall I. Long-term survival among elderly after burns compared with national mean remaining life expectancy. *Burns*. 2021, 47(6):1252-1258. doi:10.1016/j.burns.2021.05.012
29. Friel M.T., Duquette S.P., Ranganath B. et al. The Use of Glabrous Skin Grafts in the Treatment of Pediatric Palmar Hand Burns // *Ann Plast Surg.* – 2015. – Vol. 75, N2. – P. 153-157.
30. Frieri, M. Wounds, burns, trauma, and injury / K. Kumar, A. Boutin // *Wound Medicine.* – 2016. – V. 13. – P. 12-17.
31. Funakoshi Y, Shono T, Kurogi A, Maehara N, Hata N, Mizoguchi M. Intraoperative Tissue Expansion Using a Foley Catheter for a Scalp Defect: Technical Note. *World Neurosurg*. 2020 Nov, 143:62-67
32. Hudson, D.A. Maximizing the use of tissue expanded flaps / D.A. Hudson // *Br. J. plast. surg.* – 2003. – V. 56, № 8 – P. 784-790.
33. Israel J.S., Greenhalgh D.G., Gibson A.L. Variations in Burn Excision and Grafting: A Survey of the American Burn Association // *J Burn Care Res.* – 2017. – Vol. 38, N1. – P. e125-e132.
34. Janes LE, Ledwon JK, Vaca EE, Turin SY, Lee T, Tepole AB, Bae H, Gosain AK. Modeling Tissue Expansion with Isogeometric Analysis: Skin Growth and Tissue Level Changes in the Porcine Model. *Plast Reconstr Surg*. 2020 Oct, 146(4):792-798
35. Jang HU, Choi YW. Scalp reconstruction: A 10-year experience. *Arch Craniofac Surg*. 2020 Aug, 21(4):237-243. doi: 10.7181/acfs.2020.00269. Epub 2020 Aug 20
36. Li H., Zhang J., Chen J. et al. Integration of burn treatment and rehabilitation for a child with extremely severe burn // *Zhonghua Shao Shang Za Zhi.* – 2015. – Vol. 31, N2. – P. 130-134.
37. Liu, Hai-Fei et al. "History and Advancement of Burn Treatments." *Annals of plastic surgery* vol. 78,2 Suppl 1 (2017): S2-S8. doi:10.1097/SAP.0000000000000896
38. Lu J, Deegan AJ, Cheng Y, et al. Application of OCT-Derived Attenuation Coefficient in Acute Burn-Damaged Skin. *Lasers Surg Med*. 2021, 53(9):1192-1200. doi:10.1002/lsm.23415
39. Ma, C. Superficial Circumflex Iliac Artery Perforator Flap: A Promising Candidate for Large Soft Tissue Reconstruction of Retromolar and Lateral Buccal Defects After Oncologic Surgery/ C.Ma, Z.Tian, E.Kalfarentzos, Y.He // *J. Oral Maxillofac. Surg.* - 2015. - Vol.173, №8. - P.1641-50.
40. Martha F I De La Cruz Monroy, Deepak M. Kalaskar, Khawaja Gulraiz Rauf Tissue expansion reconstruction of head and neck burn injuries in paediatric patients — A systematic review // *JPRAS Open*, Volume 18, 2018, Pages 78-97, ISSN 2352-5878
41. Meningaud JP. Discussion: Total Face, Eyelids, Ears, Scalp, and Skeletal Subunit Transplant: A Reconstructive Solution for the Full Face and Total Scalp Burn. *Plast. Reconstr. Surg*. 2016, 138(1):222-3.
42. Moris D, Cendales LC. Sensitization and Desensitization in Vascularized Composite Allotransplantation. *Front Immunol*. 2021, 12:682180. Published 2021 Aug 11. doi:10.3389/fimmu.2021.682180
43. Muenker, R. Various devices available for tissue expansion and clinical experience / R. Muenker // *Facial plast. surg.* – 1988. – V. 5. – P. 291-300.
44. Muradov MI, Mukhamedkerim KB, Baiguzeva AA, Kazantsev KE, Koshkarbaev DZ. Reconstruction of the Major Defects of the Tissue Scalp. *Indian J Surg Oncol*. 2018 Mar, 9(1):65-67

45. Neumann, C.G. The expansion of an area skin by progressive distention of a subcutaneous balloon / C.G. Neumann // *Plast. rec. surg.* – 1957. – V. 19. – P. 124–130
46. Panayi AC, Endo Y, Huidobro AF, Haug V, Panayi AM, Orgill DP. Lights, camera, scalpel: a lookback at 100 years of plastic surgery on the silver screen [published online ahead of print, 2021 Jul 8]. *Eur J Plast Surg.* 2021, 1-11. doi:10.1007/s00238-021-01834-0
47. Peck, M.D. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors / M.D. Peck // *Burns.* – 2011. – Vol. 37, № 7. – P. 1087-1100.
48. Raposio E, Raposio G. Scalp reconstruction by tissue expansion: tips and tricks. *Acta Biomed.* 2022 Oct 26, 93(5):e2022313
49. Raposio E. Scalp expansion: Surgical considerations and possible future directions. *Indian J Plast Surg.* 2018 Jan-Apr, 51(1):84-88
50. Sun, Haiyang et al. "Prefabricated Expanded Flap Combined With Expanded Scalp Flap for Total Face Resurfacing." *Annals of plastic surgery* vol. 86,3S Suppl 2 (2021): S265-S268. doi:10.1097/SAP.0000000000002635
51. Schellenberg M, Owattanapanich N, Grigorian A, Lam L, Nahmias J, Inaba K. Surviving Nonsurvivable Injuries: Patients Who Elude the 'Lethal' Abbreviated Injury Scale (AIS) Score of Six [published online ahead of print, 2021 Aug 29]. *J Surg Res.* 2021, 268:616-622. doi:10.1016/j.jss.2021.06.087
52. Sharma MK, Kumar N, Babu VS, Tiwari VK. Use of Preexpanded Forehead and Neck Skin in Case of Giant Facial Hairy Naevus: Planning and Technique. *Indian J Plast Surg.* 2021, 54(2):221-224. doi:10.1055/s-0040-1721537
53. Shekter C., Chattopadhyay A., Paro J., Karanas Y. Burns resulting from spontaneous combustion of electronic cigarettes: a case series // *Burns Trauma.* - 2016. - Vol. 4.- P. 35.
54. Sipilä M, Kiukas EL, Lindford A, et al. The four category systematic approach for selecting patients for face transplantation [published online ahead of print, 2021 Jul 13]. *J Plast Surg Hand Surg.* 2021, 1-8. doi:10.1080/2000656X.2021.1933995
55. Strode MA, Lohman RF, Salerno KE, Kane JM. Tissue Expander Use for Reconstruction of Scalp Soft Tissue Sarcoma Wide Resection Defects. *Plastic Surgery Case Studies.* 2020, 6
56. Tang W., Li X., Deng Z. et al. Effects of unified surgical scheme for wounds on the treatment outcome of patients with extensive deep burn // *Zhonghua Shao Shang Za Zhi.* – 2015. – Vol. 31, N4. – P. 254-258.
57. Tian, H. Epidemiologic and clinical characteristics of severe burn patients: results of a retrospective multicenter study in China, 2011-2015 / H. Tian, L. Wang, W. Xie [et al.] // *Burns Trauma.* – 2018. – Vol. 6, № 1. – P. 14.
58. World Health Organization. Injuries and violence: the facts 2014.
59. World Health Organization. Injuries and violence: the facts 2018.
60. World Health Organization. Injuries and violence: the facts 2019.
61. Yoshino Y., Ohtsuka M., Kawaguchi M. et al. The wound/burn guidelines - 6: Guidelines for the management of burns // *J. Dermatol.* – 2016. – Vol. 43, N9. – P. 989-1010.
62. Zatriqi, V. Facial burns-our experience / V. Zatriqi, H. Arifi, S. Zatriqi [et al.] // *Mater. Sociomed.* – 2013. – Vol. 25, № 1. – P. 26-27.
63. Zhu G, C.Li, J.Chen et al. Modified free latissimus dorsi musculocutaneous flap in the reconstruction of extensive postoncologic defects in the head and neck region/ // *J. Craniofac. Surg.* – 2015. – Vol.26, №2. - P. 572-6

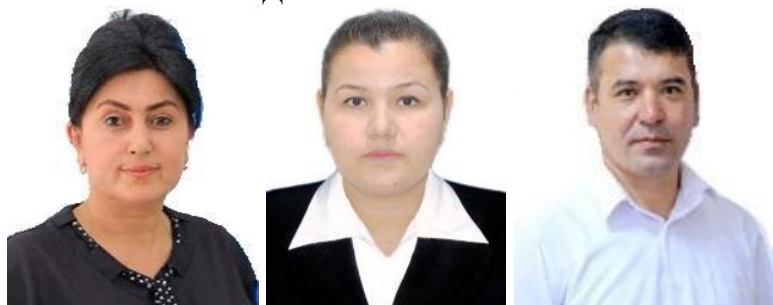
ЭКСПАНДЕРНАЯ ДЕРМОТЕНЗИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ДЕФЕКТОВ КОЖИ ГОЛОВЫ

Низамходжаев Ш.З.

Резюме. Ожоги головы являются наиболее распространенной причиной повреждений мягких тканей и костей в этой области, занимая около 40% всех случаев. Лечение ожогов является одной из самых сложных и дорогостоящих процедур поскольку требует использования современного оборудования и технологий. Проблема лечения дефектов тканей волосистой части головы на сегодняшний день остается одной из актуальных проблем современной медицины. Низкая эластичность, жесткость, наличие волосяных фолликулов и дефицит кожи диктуют необходимость новых процедур, соответствующих косметическим требованиям этой зоны. Применение экспандера дермотензии в последние годы нашло свое широкое распространение при лечении дефектов и деформаций покровных тканей на любом участке тела, но данный способ может привести к возникновению таких специфических осложнений как временное выпадение волос, миграцию экспандера, серому, инфекцию и гематому. Однако данный способ по сравнению с другими методами, такими как пересадка кожи или перенос лоскутов, расширение тканей позволяет улучшить соответствие цвета и текстуры кожи, а также уменьшить образование рубцов и снизить частоту осложнений донорского участка.

Ключевые слова: ожог, голова, дефект, реконструкция, донорский участок.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ РИВОЖЛАНИШИДАГИ ЎРНИ



Ражабова Гулчехра Ҳамроевна, Ҳамидова Гулшода Махмуд кизи, Джумаев Каромат Шойимович
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

РОЛЬ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ражабова Гулчехра Ҳамроевна, Ҳамидова Гулшода Махмуд кизи, Джумаев Каромат Шойимович
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

THE ROLE OF METABOLIC SYNDROME COMPONENTS IN THE DEVELOPMENT OF CORONARY HEART DISEASE

Rajabova Gulchehra Hamroevna, Khamidova Gulshoda Mahmud kizi, Djumaev Karomat Shoyimovich
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: info@bdti.uz

Резюме. Метаболик синдроми (МС) бўлган беморларда юрак ишемик касаллиги ривожланиши эҳтимоли сезиларли даражада ошиди. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК)нинг асоратлари МС бўлганларда МС бўлмаганларга қараганда эрта ривожланади. МС ҳамда 2-тип қандли диабет (ҚД) фонида ЮИК кўпроқ ёмон оқибатларни келтириб чиқаради ва оғриқсиз миокард инфаркти ривожланишигача олиб келади. ЮИК гликемик касалликлар билан боғлиқ бўлганда кўпроқ ностабил стенокардия, миокард инфаркти, турли аритмиялар каби оғир оқибатларга олиб келади. Ушбу тоифа беморларда қоннинг димланиши натижасида сурункали юрак етишимовчилиги коронар артерияларнинг диффуз зарарланишлари, жумладан коронар томирларнинг дистал қисмлари зараланишлари тез ривожланади. Метаболик синдром ва ЮИКлари оқибатида юзага келган асоратларни самарали даволаш кўп жиҳатдан унинг ўз вақтида таъхисланишига боғлиқ бўлиб, бу эса уни хавф омилларини ўрганиш ва метаболик бузилишларни эрта таъхислаш муаммосининг аҳамиятини кўрсатиб беради.

Калит сўзлар: юрак ишемик касаллиги; қандли диабет; метаболик синдром.

Abstract. Probability of developing coronary heart disease (CHD) in patients with metabolic syndrome (MS) significantly increased. Complications of coronary artery disease develop in the presence of MS earlier than in others. IHD against the background of MS and/or diabetes mellitus (DM) is more malignant, up to painless myocardial infarction. IHD associated with glycemical disorders is more likely to result in to unstable angina, myocardial infarction, various arrhythmias. For this category patients develop congestive heart failure faster, diffuse coronary artery disease arteries, including the distal parts of the coronary bed. The presence of MS and DM is a risk factor during cardiac surgery. The effectiveness of therapy for this complication is known largely depends on the timeliness of its detection, which makes it particularly relevant and the importance of the problem of studying risk factors and early diagnosis of metabolic disorders.

Key words: ischemic heart disease; diabetes; metabolic syndrome.

Замонавий адабиётларда "метаболик синдром" (МС) атамаси кенг қўлланилади. Унинг умумий аҳоли орасида тарқалиши 15% га етади [1] ва 40-60 ёшдаги аҳоли орасида МС 20-25% холларда кузатилади [2]. МСнинг асосини гиперинсулинемия ташкил этади, бу эса ўз навбатида дислипидемия ривожланишига, артериал гипертензия (АГ) ва семизликнинг шаклланишига олиб келади [3]. Метаболик синдром - бу 2-тип қандли диабет (ҚД) ва юрак-қон томир касалликлари (ЮОТК) ривожланиши учун хавф омилларининг

комбинацияси бўлиб, улар орасида қорин типидagi висцерал семизлик, дислипидемия, артериал гипертензия, компенсацион гиперинсулинемия билан инсулин қаршилигининг ошиши, шунингдек гиперурикемия устунлик қилади [4, 5]. МСнинг классик варианты артериал гипертензия, қорин типидagi семизлик, дислипидемия ва углеводларга чидамликнинг ошиши комбинацияси ҳисобланади. Кўпинча МС "иккиламчи" белгилар: гиперурикемия, қон ивишининг кучайиши ва гипопфибринолиз кабилар билан бир-

га келади [3-6]. Клиник амалиётда "метаболик синдром" атамасини қўллаш ва унинг қўламини кенгайтириш учун энг муҳим далиллардан бири бу катталар популяцияси орасида тарқалишдир. Касалликнинг пайдо бўлиш частотаси аҳолининг географик, этник хусусиятларига, жинсига, ёшига ва углевод алмашинуви бузилишининг табиатига боғлиқ [4, 7, 8].

Европада МСнинг тарқалиши катта ёшли аҳоли орасида 25-35%ни ташкил қилади, 60 ёшдан ошганларда эса, МС билан касалланганлар улуши 42-43,5% гача ошади. Тахминан 47 миллион АҚШ фуқароларида МС ташхиси қўйилган, эркаларнинг 24 %и ва аёлларнинг 23,4 %ида ушбу синдром ташхисланган [9]. Россияда МС тарқалиши бўйича кенг қўламли эпидемиологик тадқиқотлар ўтказилмаган.

Маълумки, ота-оналарда МСнинг мавжудлиги болаларда унинг ривожланиш хавфини оширади. Халқаро маълумотларга кўра, болалик даврида МС билан касалланиш аҳолининг 4-12% ни ташкил қилади ва семизлиги бўлган болалар ва ўсмирларда бу кўрсаткич сезиларли даражада юқори [10]. Россиялик олимларнинг фикрига кўра, ҳар учинчи семизлиги бор болаларда МС белгилари мавжуд [11]. Шубҳасиз, болалар ва ўсмирларда семизлик учраши шунингдек, углевод ва ёғ алмашинуви бузилишининг тарқалишининг кўпайиши, болалар ва ўсмирлар орасида МС тўғрисидаги маълумотларни ўрганишни муҳимлигини касб этмоқда.

Халқаро диабет ассоциацияси мезонларига кўра (Халқаро диабет Федерация, International Diabetes Federation), МС 10 ёшдан ошган болаларда қорин типидagi семизлик ва қуйидаги мезонлардан иккитаси ёки ундан кўп бўлса ташхис қилинади: триглицеридлар даражасининг ошиши, юқори зичликдаги липопротеин (ЮЗЛП), артериал гипертензия, қон зардобидaги глюкоза даражасининг ошиши [10], [11].

Юракнинг ишемик касаллиги (ЮИК) ривожланишида муҳимроқ бўлган нарса, албатта, хавф омили бўлган семизликнинг ўзи эмас, балки ортиқча вазнли беморларнинг кўпчилигида етарли жисмоний фаолиятнинг етишмаслиги [5] деган фикр мавжуд. Бошқа муаллифларнинг фикрича тадқиқотда чекиш ҳамда озгин кишиларда сурункали обструктив касаллик мавжудлиги ноқулай оқибат омиллари сифатида эътиборга олиш зарурлиги ҳақида айтадилар [12]. Бундан ташқари, кўпгина касалликларда вазн йўқотиш баъзи касалликларда ёмон оқибатларни келтириб чиқариши мумкин [10]. 1947 йилда J. Vague ёғ тўқимаси тақсимланишининг иккита вариантини аниқлади - андрoид (эркакларда " олма шаклидаги ") ва гиноид (аёлларда "нок шаклидаги"). Семизликнинг андрoид типини 2-тип қандли диабет, ЮИК ва подагра касалликлари билан бирга

келишини қайд этди [8, 13]. Кўпгина тадқиқотлар МС билан оғриган беморларда юрак-қон томир касалликларининг кўпайишини кўрсатди. МС компонентлари сонининг кўпайиши билан касалланиш даражаси ошиши муҳим [1, 2]. МС билан оғриган беморларда юрак-қон томир тизими касалликларининг тарқалиши икки барабар юқори ва 4,5 йиллик кузатув давомида уларни ривожланиш эҳтимоли МС билан бирга келадиган МС ташхиси қўйилмаган одамларга нисбатан тахминан 5 барабар кўпдир [3,13-15]]. Post hoc Статинларни қўллаш бўйича катта тадқиқотлар натижаларини таҳлил қилиш (4S , AFCAPS / TEXCAPS va WOSCOPS) юракнинг ишемик касаллиги ривожланиш хавфининг 30% га ошиши ва унинг МС билан касалланган одамларда МС бўлмаган одамларга нисбатан 5 йил давомида асосий асоратларининг (фатал ва нофатал миокард инфаркти, тўсатдан юрак касалликларидан кейинги ўлим ва ностабил стенокардия) 40-50% га ошишини аниқлади [6, 16, 17].

Давлат профилактик тиббиёт илмий маркази маълумотларига кўра, Россия Федерациясида меҳнатга лаёқатли аҳолининг деярли 10 миллиони юракнинг ишемик касаллигидан азият чекмоқда, уларнинг учдан биридан кўпроғи стабил зўриқиш стенокардияга чалинган [7]. Стабил зўриқиш стенокардия клиникасининг учраш частотаси ёшга боғлиқ: аёлларда касалланиш 45-54 ёшда 0,1-1% дан 65-74 ёшда 10-15% гача кўтарилади, эркалар: 2-5% дан 45 ёшда - 54 ёшда 10-20% гача 65 ёшда - 74 ёшда кўтарилади. Кўпчилик Европа мамлакатларда юрак ишемик касаллигининг тарқалиши 1 миллион аҳолига 20000-40000 ни ташкил қилади [3]. Framingham тадқиқоти шуни кўрсатдики, стабил зўриқишдаги стенокардия эркаларда 40,7% ҳолларда, аёлларда 56,5% ҳолларда юрак ишемик касаллигининг биринчи аломати ҳисобланади. Беморларнинг атиги 40-50 фоизи ўз касаллигидан хабардор бўлиб, ушбу касаллиги юзасидан даволанади, 50-60 %да эса касаллик ташхис қўйилмаган. МС ва стабил зўриқиш стенокардияси комбинацияси бўлган беморлар юракнинг ишемик касаллигидан МС бўлмаганларга нисбатан икки барабар тез ўлим ҳолати кузатилади. Давлат профилактик тиббиёт илмий маркази маълумотлари шуни кўрсатдики, юрак ишемик касаллиги билан оғриган эркаларнинг умр кўриш давомийлиги ушбу патологияга эга бўлмаганларга қараганда ўртача 8 йилга кам. Ўтказилган эпидемиологик тадқиқотларнинг аксарияти катталар популяциясида МС тарқалишини ўрганишга қаратилган.

Ҳозирги вақтда яшаш даражаси юқори бўлган мамлакатларда МС белгилари аҳолининг

10-25 %ида учрайди. МС нинг мавжудлиги тўсатдан ўлим ва юрак-қон томир касалликларининг ривожланишини 2-4 баравар оширади, 2-тип қандли диабет ривожланиш хавфи эса 5-9 бараварга ортади [10, 18]. Шунингдек, артериал гипертензия семизлик билан биргаликда кўшилиб келганда кўпчилик ҳолларда коронар қон айланишининг бузилиши ривожланиши ҳам ишончли тарзда исботланган [2, 10, 17]. Framingham тадқиқотида кўра, эркаларнинг 70 %ида ва аёлларнинг 60 %ида артериал гипертензия ривожланиши семизликнинг мавжудлиги билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, ҳар 4,5 кг тана вазнига систолик қон босими (СКБ) 4,5 мм сим.уст. га ошади [9]. Йилдан-йилга юрак ишемик касаллиги ва МС билан оғриган беморлар сонининг ўсиши қайд этилмоқда, уларнинг мавжудлиги организмдаги атеротромботик касалликларни чуқур метаболик бузилишлари билан ўзаро боғлиқлигини кўрсатади [3, 14, 15].

ЮИК клиникаси атеросклерознинг ривожланиши туфайли коронар артериялар бўшлиғининг кескин торайиши туфайли юзага келади. Стенокардия кечиши кўп жихатдан коронар артерия шикастланишининг ривожланишига боғлиқ бўлади, бу эса коронар етишмовчиликнинг асосини ташкил қилади. ЮИК қандай кечишидан қатъий назар, ҳар қандай стенокардиянинг функционал синфи, шу жумладан илк маротаба содир бўлган стенокардиялар ҳам тўсатдан тез прогрессивланувчи миокард инфарктига олиб келиши мумкин.

Маълумки, стенокардиялар миокарднинг тегишли зоналарининг коронар артериялари томонидан этарли миқдорда кислород билан бойитилган қон билан таъминланмаганлиги ва миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжининг кўпайишидан пайдо бўлади. Стенокардиядаги оғриқли хуружлар миокард ишемиясининг бевосита намоён бўлиши бўлиб, бунинг натижасида юрак мушакларида охиригача парчаланмаган метаболитларнинг тўпланиши кузатилади [4]. Миокард ишемиясининг ривожланиши билан коронар синусдаги қон рН даражаси пасаяди, хужайра ичидаги калий йўқолади ва лактатнинг утилизацияси ўрнига унинг синтезланиши ошади. Кўпгина ҳолларда, бу патологик ўзгаришлар шаклида ЭКГда акс этади, бунда коринчаларнинг механик ўтказувчи тизими бузилади. Миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжини аниқлайдиган асосий омиллар юрак уриш сони (ЮУС), миокард қисқариши ва систолик қаршилик ёки систолик қон босимидир. Ушбу кўрсаткичларнинг ортиши коронар қон айланишининг пасайиши фонида стенокардия хуружи ривожланади. Агар оғриқ хуружи тинч

пайтда содир бўлса, субъектив оғриқ ҳисси одатда юрак уриш сони ва қон босимининг ошиши билан бирга келади. МС бўлганда юрак-қон томир тизими касалликларидан ўлим эҳтимоли юқори бўлади [19]. Маълумки, 2-тип ҚД билан оғриган беморларда коронар томирларда атеросклеротик ўзгаришлар аниқроқ бўлиб, кўп томирли шикастланишлар устунлик қилади [1, 6, 20]. F. Mouquet ва бошқалар тадқиқот ишларида МС билан касалланган одамларда коронар артериялар окклюзияси МС ва ҚД бўлмаган одамларга қараганда, коллатерал томирлар ривожланиш даражаси камроқ ($p = 0,005$) [17]. Атероген гормон деб аталадиган инсулин тўқималар даражасида атеросклеротик плакларнинг шаклланишини тезлаштиради [15]. Бир қатор тадқиқотлар шуни кўрсатадики, МС билан касалланган беморларда ЮИК кўпроқ хавфли ўтади ҳамда миокард инфаркти ва сурункали юрак етишмовчилигининг ривожланишига олиб келади [16, 18].

G. Reaven гипотезасига кўра, МСнинг асосий сабаби сифатида ирсий омиллар ва турмуш тарзининг ноқулай комбинациясидан келиб чиқиши ҳақида айтилган. Метаболик бузилишлар занжиридаги энг асосий механизм инсулинга нисбатан қаршилик бўлиб, бу жигар, скелет мушаклари ва ёғ тўқималарида инсулинга боғлиқ глюкоза утилизациясининг бузилишини англатади [22].

Хулоса қилиб айтганда, инсулин таъсирининг учта муҳим организмдаги таъсирига қараб, МС клиник кўринишларининг ривожланиши учун патологик асос шаклланади. Инсулинрезистентлик - бу тўқималарнинг инсулин миқдорининг етарли концентрациясига қарамасдан сезгирлигининг пасайиши. Инсулин қаршилигининг ривожланишида рецепторлар ва пострецепторлар даражасида "бузилишлар" билан боғлиқ бўлган генетик омиллар ҳам, ташқи омиллар ҳам мавжуд. Инсулинрезистентликнинг пайдо бўлиши ва ривожланишини келтириб чиқарадиган экзоген омиллар орасида гиподинамия, ҳаддан ташқари юқори калорияли овқатланиш, симпатик асаб тизимининг фаоллиги (тез-тез стресс), чекиш, ҳамда биринчи навбатда висцерал семизлик ётади [13, 23]. Висцерал ёғ тўқималари бир қатор хусусиятлар билан тавсифланади.

Адабиётлар:

1. Аслонова Ш.Ж. Сравнительная оценка эффективности моксонидина и метморфина в коррекции компонентов метаболического синдрома // автореферат дисс...кон.мед.наук.-Ташкент.-2011.-С.3.
2. Аронов Д.М. Программы физических тренировок с целью профилактики сердечно-сосудистых осложнений у практически здоровых людей,

имеющий различные факторы риска ИБС. Методические рекомендации //Профилактическая медицина.-2014.-17(3):63-65.

3. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е., Мычки В.Б. Многоцентровые рандомизированное открытое исследование по изучение эффективности изменения образа жизни и терапии ингибиторам АПФ (квинаприлом) у больных ожирением и артериальной гипертонией (ЭКО) // Арт. гиперт. 2003; 9(6): 196-8.

4. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Шкловский Б.Л. Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца-проблема врача и пациента //Москва-2015-С.145-150.

5. Вербовой А.Ф., Пашенцева А.В., Шарапова Л.Л. Ожирение и сердечно-сосудистая система //Клиническая медицина -2017.-95 (1).-№1.-С.31-34.

6. Грищенко Е.Б., Шекина М.И., Архипова С.С., Щербенков И.М. Самоконтроль гликемии как один из важных компонентов борьбы с метаболическим синдромом //Справочник поликлинического врача. -2016.-№5-С.19-22.

7. Глезер М.Г., Бойко Н., Абильдинова А.Ж., Соболев К.Ф. Факторы риска у московской популяции больных с артериальной гипертонией //РНСК 2002; 6:17-22.

8. Dzhumaev K. S., Razhabova G. K. Comparative analysis of the relationship of abdominal obesity with physical activity in elderly and senile women //British Medical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 1.

9. Dzhumaev, K. S., & Razhabova, G. K. (2022). Comparative analysis of the relationship of abdominal obesity with physical activity in elderly and senile women. *British Medical Journal*, 2(1).

10. Ражабова, Г. Х., Джумаев, К. Ш., & Шавкатова, Л. Ж. (2022). Немедикаментозная Профилактика Бронхиальной Астмы И Сахарного Диабета 2 Типа. *International journal of health systems and medical sciences*, 1(4), 387-392.

11. Ражабова Гулчехра Хамраевна, Бадритдинова Матлюба Нажмитдиновна, & Джумаев Каромат Шойимович (2020). Метаболический синдром: методы профилактики и лечения. *Биология и интегративная медицина*, (5 (45)), 28-42.

12. Dzhumaev, K. S., & Razhabova, G. K. (2022). Comparative analysis of the relationship of abdominal obesity with physical activity in elderly and senile women. *British Medical Journal*, 2(1).

13. Tshaev, S. Z., Dzhumaev, K., & Razhabova, G. (2021). Impact of lifestyle on the physical development and health of elderly and old age people. *Academicia: An International Multidisciplinary Research Journal*, 11(5), 208-215.

14. Razhabova, G. K., & Dzhumaev, K. S. (2021). Prevalence of lipid and glycemic components of metabolic syndrome in the population of elderly and old age in Bukhara. *Academicia: An International Multidisciplinary Research Journal*, 11(9), 47-50.

15. Cook S., Weitzman M., Auinger P., Nguyen M., Dietz W.H. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2014; 157:821–7.

16. Fihn S.D., Gardin J.M., Abrams J., Berra K., Blankenship J.C., Dallas P. et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2014; 60 (24): 44–164. Kh R. G. Shilajit in medicine (Literature review) //Electronic scientific journal" Biology and Integrative Medicine. – 2017. – №. 3. – С. 131-143.

РОЛЬ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ражабова Г.Х., Хамидова Г.М., Джумаев К.Ш.

Резюме. Вероятность развития ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) значительно повышена. Осложнения ИБС развиваются при наличии МС раньше, чем в других случаях. ИБС на фоне МС и/или сахарного диабета (СД) протекает более злокачественно – вплоть до безболевых инфарктов миокарда. ИБС, ассоциированная с расстройством гликемии, чаще приводит к нестабильной стенокардии, инфаркту миокарда, различным нарушениям ритма. У данной категории больных быстрее развивается застойная сердечная недостаточность, диффузное поражение коронарных артерий, включая дистальные участки коронарного русла. Наличие МС и СД является фактором риска при хирургических вмешательствах на сердце. Эффективность терапии данного осложнения в значительной мере зависит от своевременности его выявления, что придает особую актуальность и значимость проблеме изучения факторов риска и ранней диагностики метаболических нарушений.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца; сахарный диабет; метаболический синдром.

ТРАНЗИТОР ИШЕМИК АТАКА ВА ИШЕМИК ИНСУЛЬТЛАР УЧУН ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ КИЎСИЙ ЎРГАНИШ



Рахматова Санобар Низамовна, Аликулова Нигора Абдукадиловна
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКИ И ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Рахматова Санобар Низамовна, Аликулова Нигора Абдукадиловна
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

COMPARATIVE STUDY OF RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK AND ISCHEMIC STROKE

Rakhmanova Sanobar Nizamovna, Alikulova Nigora Abdukadirovna
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: sanobarnevro76@gmail.com

Резюме. Неврологик симптомларнинг 30 дақиқадан кўпроқ давом этиши бош мия инфаркти ривожланиши эҳтимолини оширади. Фокал мия ишемиясининг патогенези классик Вирхов триадаси билан тавсифланади: қон оқимининг пасайиши, қон томир деворининг шикастланиши ва қон ивишининг кучайиши билан намоён бўлади. Бош мия моддасида молекуляр биокимёвий ўзгаришларнинг юзага келиши ўткир фокал бош мия ишемияси натижасида юзага келади.

Калит сўзлар: ТИА, инсульт, кардиоэмболия, атеросклероз.

Abstract. The duration of neurological symptoms for more than 30 minutes increases the likelihood of developing a cerebral infarction. The pathogenesis of focal cerebral ischemia is characterized by the classical Virchow triad: it is manifested by a decrease in blood flow, damage to the vascular wall and increased blood clotting. The occurrence of molecular and biochemical changes in the skull substance is caused by acute focal ischemia of the skull

Key words: TIA, stroke, cardioembolism, atherosclerosis.

Этиологик омиллар ва ТИА патогенези асосан маҳаллий бош мия ярим шарлар ишемиясининг учта асосий механизми билан боғлиқ: мия эмболияси (эмболиянинг гетероген манбалари), брахиоцефал ёки интракраниал артерияларнинг стенооклюзияси, бу коллатерал қон оқимининг вақтинча декомпенсацияланиши натижасида гемодинамик ўзгаришларга олиб келади.

Неврологик симптомларнинг регрессияси мия тўқималарининг қайтариладиган маҳаллий ишемиясидан кейин МК (55мл/100г/мин) тикланиши билан боғлиқ бўлиб, у ҳажмли қон оқимининг 19 мл/100 г/мин гача пасайиши билан ривожланади. МК нинг критик чегарадан янада пасайиши натижасида бош мия инфаркти ҳосил бўлади, бу асосан диффузион тасвирлар ва градиент T2*вазгли тасвирлар ёрдамида миянинг МРТ маълумотлари билан аниқланади.

Неврологик симптомларнинг 30 дақиқадан кўпроқ давом этиши бош мия инфаркти ривожланиши эҳтимолини оширади [1]. Фокал мия ишемиясининг патогенези классик Вирхов триадаси билан тавсифланади: қон оқимининг пасайиши, қон томир деворининг шикастланиши ва қон ивишининг кучайиши билан намоён бўлади. Бош мия моддасида молекуляр биокимёвий ўзгаришларнинг юзага келиши ўткир фокал бош мия ишемияси натижасида юзага келади, бу тўқималар бузилишидан тортиб токи хужайралар ўлими билан яқунланиши мумкин. Ўзгаришларнинг табиати мия қон оқимининг пасайиш катталигига, бу пасайиш давомийлигига, шунингдек, мия моддасининг ишемияга сезгирлигига боғлиқ. Одатда, бош мия қон оқими ҳажми дақиқада 50г мия моддасига 55-100мл қонни ташкил қилади. Қон оқимининг ўртача пасайиши (=40 мл/100 г/мин) селектив ген

экспрессия ва оксил синтези жараёнларидаги ўзгаришлар билан бирга келади. Қон оқимининг сезиларли пасайиши (30г/мин учун 100млгача) анаэроб гликолизнинг фаоллашиши ва сут ацидозининг ривожланиши билан бирга келади. Мия қон оқими ҳажмининг 20г/мин учун 100мл га камайиши билан глутамат экситотоксиклиги юзага келади ва хужайра ичидаги калций миқдори ортиб, бу мембраналар ва бошқа хужайра ичидаги шаклланишларнинг структуравий шикастланиш механизмларини ишга туширади. Сезиларли ишемия натижасида (10г/мин учун 100 мл гача) мембраналарнинг аноксик деполаризацияси содир бўлади, хужайра ўлими одатда 6-8 дақиқа ичида содир бўлади [2, 3, 4, 5]. Фокал мия ишемиясида мия қон оқими тезлигининг пасайиш даражаси турлича. Бош мия моддасида қон оқимининг дақиқада 10-12 мл/100г дан кам бўлиши натижасида юзага келган майдон"некроз" зонаси/"ядро инфаркти зонаси"деб аталади. Мия тўқимасидаги ўзгаришлар аниқ энергия танқислиги, ион градиентининг йўқолиши, хужайраларга қайтарилмас зарар етказадиган мембраналарнинг деполаризацияси (хужайра мембранасини йўқ қилиш, митохондрия ва Днкни йўқ қилиш шаклида) билан бирга келади. Кўпгина ҳолларда инфарктнинг ядро зонасидаги некроз артерия окклюзиясидан кейин 5 минут ичида ҳосил бўлади[2, 3, 4, 5]. "Пенумбра" зонасида мия тўқимаси функционал фаол эмас (етарли ишлаши учун энергия субстрати етарли эмас), лекин у ҳаёттирдир (нейронлар ва glial хужайраларнинг структуравий яхлитлиги сақланиб қолган). Ишемик пенумбра зонасига мустақил равишда тикланадиган жойлар ва муваффақиятли реперфузион терапиясиз мия инфарктига айланадиган жойлар киради. Пенумбра зонасини некроз марказига айлантиришда асосий ролни ишемия давомийлиги ва МК даражасининг пасайиш рол ўйнайди. Мия тўқималарига қайтарилмас шикастланиш даражаси қоннинг кислород ташиш хусусиятлари (анемия, гемоглобин оксигенациясининг бузилиши ва унинг кимёвий хусусиятлари), электролитлар мувозанати, осмотик босим, ҳарорат, глюкоза миқдори ва коллатерал қон оқимининг ҳолати кўрсаткичлари билан ҳам белгиланади [6, 7]. "Вақт-мия" тамойили салбий омиллар таъсири остида мия тўқималари хужайраларининг тез ўлим тезлигини акс эттиради. Ишемик пенумбра тушунчаси мия қон айланишининг ўткир бузилиши бўлган беморларга шошилишч тиббий ёрдам зарурлигини таъкидлайди[2, 3, 4, 5]. ЎМА қон таъминоти ҳавзасининг камида 50% ни эгаллаган кенг ишемик ҳудудда касалликда яққол шиш масс-эффект ва внутрочерепной гипертензия билан, temporal-текториал ханжар ривожланиши билан мия тузилмаларининг силжиши билан

бирга намоён бўлиши мумкин. Кўпгина инсултларнинг сабаби ички каротис артерия ёки М1 ЎМА нинг кардиоэмболик ёки тромботик окклюзиясидир. Инсулт бу асоратининг мураккаб оғир кечиши бўлиб, ярим шарлар ишемик инсултли беморларнинг 36-78 фоизиди учрайди [8, 9]. Аниқ масс-эффект таъсири ва неврологик нуқсон ривожланиши билан юзага келган мия шиши инсулт бошланган пайтдан бошлаб 24-36 соат ичида ҳам, аста - секин бир неча кун-хафтлар давомида ривожланиши мумкин [2, 10]. Мия томирлари ва қаттиқ парда синусларининг веноз инсулт тромбози инсултнинг кам учрайдиган сабабларидан бири бўлиб, кўпинча аниқланмайди [13]. Веноз инсулт ҳолатларининг учраш частотаси 0,22 дан 1,57 гача 100 000 гача (аёллар ва эркакларда частота нисбати 3/1 [14, 15, 16]. Гендерг фарқлари ҳомиладорлик, туғруқдан кейинги давр, шунингдек контрацептив воситалар билан боғлиқ мия томирлари тромбози ва қаттиқ парда синусларининг хавфи ортиши билан боғлиқ бўлиши мумкин [17]. Мия томирлари ёки қаттиқ парда синусларининг тромбози мия тўқималаридан қоннинг чиқиб кетишига тўсқинлик қилади, бу веноз ва капилляр босимнинг ошишига олиб келади, сўнгра гематоэнцефалик барьер тўсиғининг бузилиши, вазоген шиш ва плазманинг интерстициал бўшлиққа ўтиши кузатилади. Мия томирлари тромбози ва қаттиқ парда синуслари учун. Бош мия веналари ва қаттиқ мия пардаларининг синусларининг тромбозига олиб келувчи сабалардан бири протромбик ҳолатлар кенг тарқалган хавф омиллари: протромботик ҳолатлар (ҳам генетик, ҳам орттирилган); оғиз контрацептивларини қабул қилиш; ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги давр; малигн неоплазмаларнинг мавжудлиги; инфекция; бош жароҳати [19]. ТИА ва инсулт аҳоли ногиронлигининг асосий сабабидир (3.2 бошига 1000 аҳоли) [20]. Миллий инсулт реестрига кўра, инсулт билан оғриган беморларнинг 31% ўзларига ғамхўрлик қилиш учун шзгалар ёрдамига муҳтож, 20% ўзлари юра олмайди. Фақатгина омон қолган беморларнинг атиги 8% аввалги ишларига қайтишлари мумкин [21]. Худудий-аҳоли реестри усули билан инсултни эпидемиологик ўрганишга кўра, 2010 йилда insult билан касалланиш 3,27 аҳолига 1000 ҳолатни, ўлим — 0,96 1000 аҳолига тўғри келди. Ишемик инсултларнинг геморрагик инсултларга нисбати 5:1 бўлиб, инсултнинг ўртача ёши 66,7 ёш (эркаклар учун 63,7 ёш ва аёллар учун 69,4 ёш). 67 ёшгача бўлган беморларда инсултнинг мутлақ сони эркакларда юқори, катта ёшда эса аёлларда юқори [22]. 2016 йилга келиб инсулт билан касалланишлар сони insult билан касалланиш

камайди 1000 аҳолидан 2.85 аҳоли сонига пасайган (нисбатан 2009 томонидан 30%), ўлим кўрсаткичи эса 0.4 бошига 1000 аҳоли (камайди 220%). Қайта инсулт бўлиш хавфи 0.79 бошига 1000 аҳоли учрайди. Қайта инсултлар орасида ишемик инсултнинг улуши 87,5%ни ташкил қилган, этиологияси ноаниқ инсултлар 4,6% ни ташкил қилади. Барча инсултлар орасида қайталанган инсултнинг тарқалиши 25.5% ни ташкил қилади[22]. Популяцион текширув натижаларига кўра атеротромботик ИИ билан касалланиш 16%, кардиоэмболик ИИ 29%, лакунар ИИ 16%, кам учрайдиган сабабларга кўра и Касалликнинг дастлабки 30 кунда қайта инсулт хавфи атеротромботик инсултда ИИ нинг бошқа патогенетик вариантларига нисбатан юқори [22]. ЎМА ҳавзасида инсултнинг учраши барча инсултнинг 3% ташкил қилади[22]. Ўзбекистон Республикасида ҳар йили тахминан 10000 одамда ЎМА ҳавзасида инсулт учрайди. Мияча нсултлари 0.5%ни барча инсултлар ичида ташкил қилади. этиологияси номаълум инсулт 36% ни ташкил қилади. Ҳар йили мияча инсултлари 1500 инсонда кузатилади. 45 ёшгача бўлган беморларда инсулт билан касалланиш йилига 3,4 аҳоли учун 11,3 дан 100 000 гача [15]. Ёшларда инсултнинг сабаблари ва хавф омиллари кекса беморлардагидан сезиларли даражада фарқ қилади. Ёш беморларда туғма ва орттирилган юрак касалликлари, қон касалликлари, васкулопатия, ирсий касалликлар, гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш кўпроқ ташхис қилинади. Артериал гипертензия, чекиш, қандли диабет ва гиперхолестеролемиа кекса беморларда кўпроқ учрайди, гарчи бу хавф омиллари ёшлигида ҳам мавжуд [16, 17]. Ҳомиладорлик даврида ва туғруқдан кейинги даврда аёлларда инсулт, ҳомиладорлик даврида ва туғруқдан кейинги даврда сунъий интеллект билан касалланиш йилига 11-34 туғилиш учун 100 000 ни ташкил қилади. Бу шунга ўхшаш репродуктив ёшдаги аёллардаги ҳолатлар частотасига нисбатан сунъий интеллектнинг йиллик касалланишининг юқори кўрсаткичидир (ҳар йили 10,7 та ҳолат 100000) [18, 19, 20]. ИИ максимал частотаси туғруқдан кейинги даврда содир бўлади - 50% ҳолларда, туғилишдан олдин ИИ ҳолатларининг тахминан 40% ривожланади ва туғруқ пайтида - ИИ ҳолатларининг 10%. Ҳомиладорлик ва туғиш даврида ишемик инсултнинг олдини олиш сифатини яхшилаш учун ишемик инсулт учун "умумий" хавф омиллари билан бир қаторда, ушбу даврларда пайдо бўладиган сунъий интеллектнинг "қўшимча" хавф омилларини ҳисобга олиш керак: 35 ёшдан ошган ёш, аурали мигрен, артериал гипертензия. ҳомиладор аёллар, туғруқдан кейинги юкумли асоратлар [21, 22]

Атеротромботик ишемик инсултнинг патогенетик подтипи ипсилатерал таъсирланган ярим шарнинг 50% дан ортиқ стенози ёки бошнинг асосий артерияларидан бирининг окклюзияси бўлган беморларда ташхис қилинади. Мезонлари 1. Клиник кўриниш бош мия пўстлоғи шикастланишига тўғри келади (афази, восита бузилиши ва бошқалар.) ёки мияча. 2. Анамнезда-аффектланган артериал ҳавзада ТИА, каротис артерияларда аускултация пайтида шовқин, уларнинг пулсациясининг пасайиши. 3. Анамнезда оқсоқланишнинг мавжудлиги. 4. КТ ёки МРИ маълумотларига кўра, бош мия пўстлоғи, мияча ва субкортикал ярим шарнинг инфарктга учраши диаметри 1,5 см дан ошади. 5. Дуплекс сканерлаш ёки рақамли субтракцион ангиографиясига кўра, 50% дан ортиқ стеноз ёки интра - ёки экстракраниал артериянинг ипсилатерал окклюзияси таъсирланган ярим шарга. 6. Кардиоген эмболиянинг потенциал манбалари чиқариб ташланади. 7. Агар дуплекс сканерлаш ёки рақамли субтракцион ангиографияси пайтида мия артерияларидаги ўзгаришлар минимал ёки йўқ бўлса, сунъий интеллектнинг атеротромботик патогенетик кичик турини ташхислаш мумкин эмас. Кардиоэмболик патогенетик ишемик инсултнинг пастки тури кардиоген эмболия туфайли мия артерияси окклюзияси бўлган беморларда ташхис қилинади. ТИА/ишемик инсултнинг клиник кўриниши зарарланган томирни қон билан таъминлаш ҳудуди билан белгиланади. Каротид тизимидаги қон айланишининг бузилиши вертебра-базилляр тизимига (80-85% ҳолларда) қараганда тез-тез ривожланади (15-20% ҳолларда). Ички уйқу артерияси орқали қон оқимининг бузилишининг клиник кўринишлари асосан коллатерал қон айланишининг ривожланиши ва окклюзия даражаси билан баҳоланади. Ички каротис артериянинг экстракраниал қисмининг зарарланиши, ўртача неврологик аломатлар билан тавсифланади ва кўпинча ТИА ёки кичик инсулт шаклида намоён бўлади. Шу билан бирга, мозаик клиник кўринишлар қайд этилиши мумкин. Кўз артерияси чиқадиган ёки бу соҳанинг проксимал қисмида окклюзия бўлганда офталмоплегик синдром Денни-Враун синдромининг ривожланиши билан тавсифланади, бу фокус томонида кўрлик (retinal ва оптик асаб ишемияси туфайли) ва Марказий гемиплегия ёки гемипарез билан намоён бўлади, баъзида қарама-қарши томонда гемигипестезия билан биргаликда келади. Ички сон артериянинг интракраниал қисмининг окклюзиясида неврологик нуқсонлар контролатерал гемипарез, гемигипестезия ва психологик функцияларнинг намоён бўлиши тавсифланади.

Адабиётлар:

1. Smith, Wade S.; Johnston, S. Claiborne; Hemphill, III, J. Claude (2019). "Cerebrovascular Diseases". In Jameson, J. Larry; Fauci, Anthony S.; Kasper, Dennis L.; Hauser, Stephen L.; Longo, Dan L.; Loscalzo, Joseph (eds.). *Harrison's Principles of Internal Medicine* (20th ed.)
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга, М.: Медицина, 2001. - 328 с.
3. Саломова Н.К. //Особенности течения и клинико-патогенетическая характеристика первичных и повторных инсультов //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. 2021.-С. 249-253.
4. Саломова Н. Қ., Рахматова С.Н. Қайта такрорланувчи ишемик ва геморрагик инсульти беморларни эрта реабилитация қилишни оптималлаштириш // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. 2021й. 71-76 бет.
5. Salomova N.Q. //Measures of early rehabilitation of speech disorders in patients with hemorrhagic and ischemic stroke// Europe's Journal of Psychology.2021. Vol. 17(3).-P.185-190.
6. Хеннерици М.Г., Богуславски Ж., Сакко Р.Л.; перевод с английского; под общей редакцией чл.-корр. РАМН Скворцовой В.И. Инсульт: Клиническое руководство.– 2-е изд. –М.: МЕДпресс-инфо, 2008. – 224 с.: ил.
7. Инсульт. Руководство для врачей. Под редакцией Л.В. Стаховской, С.В. Котова. Издательство МИА, 2014. - 400 с.: ил.
8. Тул Дж.Ф., Гусев Е.И., Сосудистые заболевания головного мозга /перевод с англ. Под ред. акад. РАМН Е.И. Гусева, проф. А.Б. Гехт. Руководство для врачей: 6 изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 608 с.
9. Evolving Paradigms in Neuroimaging of the Ischemic Penumbra Chelsea S. Kidwell, MD; Jeffrey R. Alger, PhD; Jeffrey L. Saver, MD, Stroke.2004;35[suppl 1]:2662-2665.
10. H.S. Markus Cerebral perfusion and stroke. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004;75:353–361.
11. Liebeskind DS, Jüttler E, Shapovalov Y, Yegin A, Landen J, Jauch EC Cerebral Edema Associated With Large Hemispheric Infarction. Stroke. 2019;50(9):2619. Epub 2019 Aug 20.
12. Крылов В.В., Никитин А.С., Дашьян В.Г., Буров С.А., Петриков С.С., Асратян С.А. Хирургия массивного ишемического инсульта. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
13. Wijndicks E., Diringer M. Middle cerebral artery territory infarction and early brain swelling: progression and effect of age on outcome. Mayo Clin. Proc 1998;73(9): 829-836.
14. Schwab S, Aschoff A, Spranger M, Albert F, Hacke W The value of intracranial pressure monitoring in acute hemispheric stroke. Neurology. 1996;47(2):393.;
15. Никитин А.С., Крылов В.В., Буров С.А., Петриков С.С., Асратян С.А., Камчатнов П.Р., Кемеж Ю.В., Белков М.В., Завалишин Е.Е. Дислокационный синдром у больных со злокачественным течением массивного ишемического инсульта. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова 2015; 3 Спецвыпуск «Инсульт»: 20-26.
16. Qureshi A.I., Suarez J., Yahia A.M. et al. Timing of neurological deterioration in massive middle cerebral artery infarction: a multicenter review. Crit. Care Med 2003; 31: 272-277.
17. Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown RD Jr, Bushnell CD, Cucchiara B, Cushman M, deVeber G, Ferro JM, Tsai FY Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2011;42(4):1158. Epub 2011 Feb 3.
18. Ferro JM, Correia M, Pontes C, Baptista MV, Pita F Cerebral vein and dural sinus thrombosis in Portugal: 1980-1998. Cerebrovasc Dis. 2001;11(3):177
19. Coutinho JM, Ferro JM, Canhão P, Barinagarrementeria F, CantúC, Bousser MG, Stam J Cerebral venous and sinus thrombosis in women. Stroke. 2009;40(7):2356. Epub 2009 May 28.
20. Stam J Thrombosis of the cerebral veins and sinuses. N Engl J Med. 2005;352(17):1791.
21. Gotoh M, Ohmoto T, Kuyama H Experimental study of venous circulatory disturbance by dural sinus occlusion. Acta Neurochir (Wien). 1993;124(2-4):120.
22. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2012 году` 2013: Стат. справочник/Минздрав России. – М., 2013. – 180 с.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКИ И ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Рахматова С.Н., Аликулова Н.А.

Резюме. Продолжительность неврологических симптомов более 30 минут увеличивает вероятность развития инфаркта головного мозга. Патогенез очаговой ишемии головного мозга характеризуется классической триадой Вирхова: проявляется снижением кровотока, повреждением сосудистой стенки и повышенной свертываемостью крови. Возникновение молекулярно-биохимических изменений в веществе черепа вызвано острой очаговой ишемией черепа

Ключевые слова: ТИА, инсульт, кардиоэмболия, атеросклероз.

ОРГАНИЗАЦИЯ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ (АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ)



Ризаев Жасур Алимджанович¹, Киличев Анвар Акрамович¹, Олимжонова Фарангиз Жасуровна²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

КАРДИОЖАРРОҲЛИКДАН КЕЙИН КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯНИ ТАШКИЛ ЭТИШ (АОРТА-КОРОНАР ШУНТЛАШ)

Ризаев Жасур Алимджанович¹, Киличев Анвар Акрамович¹, Олимжонова Фарангиз Жасуровна²

1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ORGANIZATION OF CARDIOREHABILITATION AFTER CARDIAC SURGERY (CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY)

Rizaev Jasur Alimdjaniovich¹, Kilichev Anvar Akramovich¹, Olimjonova Farangiz Jasurovna²

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Дунёнинг бошқа ривожланган мамлакатларида бўлгани каби Ўзбекистонда ҳам юрак-қон томир касалликлари ногиронлик (25,0% гача) ва умумий ўлимнинг (59,% гача) асосий сабаби ҳисобланади. Мустақилликка эришганимиздан сўнг республикада аҳолиси 20 миллиондан 33 миллион кишига кўпайди, ўртача умр кўриши эса 66,4 ёшдан 73,8 ёшга ошди. Кўришиб турибдики, аҳоли сонининг кўпайиши тўғрисида юрак-қон томир касалликлари асосий муаммога айланди ва бу муаммоларни ҳал этиши давлат саломатлиги ва ижтимоий сиёсатининг ўзига хос белгисидир.

Калим сўзлар: юрак-қон томир касалликлари, аорта коронар шунтлаш, юрак ишемик касаллиги.

Abstract. In Uzbekistan, as in other developed countries of the world, cardiovascular diseases (CVD) are the main cause of disability (up to 25 percent) and overall mortality (up to 59 percent). Since independence, the population of the Republic has increased from 20 to 33 million people, and the average life expectancy has increased from 66.4 to 73.8 years. Obviously, cardiovascular disease has become a major problem due to the increase in the population, and the solution of these problems is the hallmark of public health and social policy.

Keywords: cardiovascular diseases, coronary artery bypass grafting, ischemic heart disease.

Ишемическая болезнь сердца — наиболее распространенное сердечно-сосудистое заболевание. ИБС занимает первое место в структуре смертности от болезней системы кровообращения, составив 46,8%. Почти три миллиона человек теряют свою численность ежегодно, причем более трети этих потерь приходится на людей трудоспособного возраста. Мужчины страдают от ИБС более тяжело, их уровень смертности в 2-4,5 раза выше, чем у женщин в разных возрастных группах. Согласно сводным данным многоцентровых исследований, проведенных начиная с шестидесятих годов XX века, в мире наблюдается рост

смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, включая инсульт.

Высокий уровень заболеваемости, инвалидности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний ставит под угрозу здоровье населения и экономические интересы [31; 32]. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат), экономический ущерб от ССЗ в РФ составляет 3,5% внутреннего валового продукта (ВВП) страны - около 12 триллионов рублей, что сопоставимо с государственными расходами на здравоохранение в Российской Федерации в целом [17]. При этом расходы на здравоохранение в России существенно уступают аналогичным по-

казателям большинства развитых стран (для сравнения: в Германии - 8%, Великобритании - 7,5%, Франции - 8,8%, США - 7,9%) [17]. Поиск экономичных и эффективных методов лечения ССЗ является жизненно важным из-за значительного экономического ущерба от ССЗ в условиях ограниченного финансирования здравоохранения [32; 41; 51].

Однако потенциальные возможности АКШ в отношении улучшения качества жизни и прогноза больных реализуются в послеоперационном периоде [7]. По имеющимся данным, несмотря на увеличение количества операций АКШ и очевидное улучшение состояния большинства (85,6%) прооперированных больных, лишь 40–48,6% из них возвращаются к трудовой деятельности без снижения своей трудоспособности и квалификации до операции. Очевидно, что период реабилитации, следующий за операцией, имеет решающее значение [2; 21; 25; 30; 44; 47]. Рост заболеваемости, высокая смертность и ежегодные экономические потери, связанные со снижением производительности труда и затратами на медицинскую помощь, требуют разработки новых направлений в профилактике, лечении и реабилитации больных ИБС [11; 23; 26; 38]. Возникновение и развитие кардиореабилитации как медицинской отрасли кардиологии связано с разработкой систем восстановительного лечения больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) в начале 1960-х гг. На примере реабилитации больных с острым инфарктом миокарда научно обоснованы и апробированы восстановительные методы лечения больных кардиологического профиля, в том числе после реваскуляризации миокарда [19; 24]. Коронарное шунтирование (КШ) впервые было применено в шестидесятых годах двадцатого столетия и быстро стало общепринятой операцией у пациентов с ИБС, резистентной к медикаментозной терапии. Для лечения тяжелой, быстро прогрессирующей и резистентной к медикаментозной терапии ИБС, вносящей максимальный вклад в инвалидизацию и смертность, наиболее перспективным признано сочетание оптимальной медикаментозной терапии с реваскуляризацией миокарда, в частности, операцией коронарного шунтирования (КШ) [1; 9; 14]. Так, в США число этих операций на 1 млн. больных в год составляет 180, в Европе – 360 (в Швеции – 777). В России ежегодно проводится более 3000 операций АКШ, и есть все основания прогнозировать, что их число будет увеличиваться. В Узбекистане за последние 10 лет количество операций КШ увеличилось более чем в 5 раз, как за счет роста числа учреждений (на 26% за последние 5 лет), так и за счет увеличения количества выполняемых в них операций [8; 18; 29].

Однако, оперативное вмешательство является лишь этапом в комплексном лечении ИБС, и его клиническая эффективность в значительной степени определяется реабилитационной программой, направленной на закрепление достигнутых результатов оперативного и консервативного лечения [11; 22; 38]. Основными компонентами реабилитационного вмешательства являются: адекватная медикаментозная терапия, физическая и психологическая реабилитация, обучение и динамическое наблюдение больного. Высокая клиническая эффективность каждого из мероприятий реабилитационного вмешательства в отдельности может считаться абсолютно доказанной. В частности, участие в программах реабилитации, основанных на физических тренировках, способно снизить общую и кардиальную летальность на 20% и 26%, соответственно ($p < 0,005$), что сопоставимо с эффектом приема таких препаратов, как аспирин, БАБ, ИАПФ, статины [52]. Коррекция психоэмоциональных нарушений в процессе психологической реабилитации достоверно улучшает психологический статус и качество жизни пациентов, хотя и не оказывает влияния на прогноз [36; 37]. Данные о клинической результативности кардиореабилитации (КР), как длительного комплексного воздействия, единичны и противоречивы [3]. Информация о затратности и экономической эффективности комплексной КР в Узбекистане отсутствует, несмотря на то, что в качестве ведущих причин недостаточно широкого использования КР во всем мире рассматриваются ее трудоемкость и высокая стоимость, и на сегодняшний день не известно, способно ли внедрение комплексной длительной КР, увеличивающее расходы на здравоохранение, привести к положительному социальному и экономическому эффекту [49; 53].

В 1970 - 80-е годы в СССР была создана государственная 3-х этапная система реабилитации больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и больных, перенесших операции на сердце, по схеме: стационар - санаторий - диспансерно-поликлиническое наблюдение [5]. Для этого в НИИ кардиологии АМН СССР была разработана ступенчатая система двигательной активности (из 7 ступеней) [6; 20], позволяющая активизировать больного, начиная с блока интенсивной терапии и подготавливать его к переводу в отделение реабилитации местного санатория прямо из стационара с соблюдением конкретных критериев расширения режима. При выписке из стационара, пациент перенесший ОИМ, должен был проходить в 2-3 приема дистанцию до 1,5-2 км, подниматься на 1-2 этажа и быть полностью способным к самообслуживанию. В санатории пациенты должны были достигнуть

заключительной VII ступени двигательной активности и по своим физическим возможностям соответствовать практически здоровому нетренированному человеку такого же пола и возраста, т. е. должны быть выписаны годными к труду [20; 28]. В последние годы с развитием фармацевтики кардиохирургической службы увеличилось количество успешных инвазивных и хирургических вмешательств на сердечно-сосудистой системе у пациентов с ОИМ [13]. Это приводит к сокращению сроков госпитализации, более быстрому обороту коек в кардиологических отделениях и ранней выписке больных с ОИМ на амбулаторный этап [35; 46]. В этом случае пациенты приобретают II и, реже, I-II стадию двигательных функций (ходьба по палате и выход в коридоры) и совершенно неготовы к санаторным условиям. Они переводятся в реабилитационное отделение санатория, где фактически находятся на полутороспальной системе, и к концу пребывания достигают IV (последняя больничная) и редко V (первая санаторная) фазы активности. [5; 20]. В результате нарушения установленных ранее условий приема больных с ОИМ в отделения реабилитации санаториев в них выросло число серьезных осложнений и летальных случаев [20; 27]. В настоящее время медицинская реабилитация определяется как «комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, сохранение восстановленных функций организма после завершения остро развившегося или обострения хронического патологического процесса в организме» [40]. Помощь по медицинской реабилитации оказывается в плановом порядке в рамках первичной медико-санитарной и специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

Кардиореабилитация рекомендована Европейским обществом кардиологов (ESC), Американской кардиологической ассоциацией (АНА), Американской коллегией кардиологов (ACC), Всероссийским научным обществом кардиологов (ВНОК) для лечения пациентов с коронарной болезнью сердца и после острого коронарного события, где долгосрочная цель кардиореабилитации - выявление и устранение факторов риска, стабилизация или предотвращение прогрессирования атеросклеротического процесса, снижение заболеваемости и смертности. Принципиальный подход к решению реабилитационных задач весьма различен в разных зарубежных странах и зависит от сложившейся там практики здраво-

охранения и соответствующих финансовых и законодательных основ [42; 43; 45].

США широко используется программа реабилитации CAPRI (Cardiac Pulmonary Research Institute), состоящая из 2 частей: госпитальной и амбулаторной. Для реабилитации отбираются больные, у которых после ИМ или АКШ прошло 8-12 недель, и они находятся в стабильном состоянии. После тщательного клинического обследования пациентов определяется так называемый «потенциал кардиальной реабилитации» (Bruce treadmill protocol). Во время прохождения программы обследование проводится несколько раз, и, если состояние больного не улучшается, он должен быть направлен на коронарографию для решения вопроса об оперативном лечении. Больные ИБС с низким потенциалом реабилитации сразу направляются на оперативную реваскуляризацию коронарных сосудов, а после операции вновь направляются на реабилитационную программу. CAPRI также включает себя обучение супруга и/или друзей пациента приемам экстренной первой помощи, предоставление рекомендаций по диете, контролю уровня липидов, отказу от курения, ограничению стрессовых нагрузок и дозированию физических нагрузок. Существует клиническое руководство по кардиологической реабилитации, одобренное AACVPR (Рабочей Группой Американской Ассоциации Сердечно-Сосудистой и Пульмонологической Реабилитации), включающее в себя программы для различных нозологий, направленные на максимальное снижение риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии [10; 16].

В военно-медицинской службе США действует программа реабилитации кардиологических больных, включающая три этапа: госпитальный (от отделения интенсивной терапии до выписки из госпиталя), амбулаторный (2-4 месяца) и этап поддерживающих мероприятий (4-6 месяцев) [15]. В 1994 году the American Heart Association сформулировала, что кардиальные программы восстановления должны быть многофункциональными и направлены на максимальное снижение риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии. На основании этой концепции the Agency for Health Care Policy and Research в 1995 году было разработано «Клиническое руководство по программам кардиологической реабилитации» для различных нозологических патологий сердечно-сосудистой системы, одобренное Рабочей Группой Американской Ассоциации Сердечно-Сосудистой и Пульмонологической Реабилитации (AACVPR).

В тоже время, AACVPR признает, что понимание и признание значения кардиореабилитации в течение последних лет значительно изменяются как среди врачей и других сотрудников

здравоохранения, так и налогоплательщиков, особенно кардиологических" больных и членов их семей. Однако несмотря на то, что, больные с ИБС, в первую очередь, перенесшие инфаркт миокарда и реконструктивные операции на сердце, классически рассматривались как соответствующие кандидаты, только 11% из них участвовали в программах кардиологической реабилитации. В последние годы количество участвующих в этих программах больных стало более существенным. Например, к 2014 году уже 38% больных США и 32 % больных Канады с острым инфарктом миокарда после тромбозиса были включены в кардиологические реабилитационные программы [33]. В Канаде проводится клиническая оценка эффективности программы реабилитации, в которой пациент, в среднем, посещает 32 контролируемых занятия в реабилитационном центре в течение 12 месяцев, что фактически меньше количества занятий, чем при реализации популярной модели с 3 занятиями в неделю в течение 12 недель. При этом 12-месячная программа предоставляет дополнительные 9 месяцев, активно используемые для обучения пациентов принципам адекватного образа жизни и коррекции факторов риска основного заболевания [33].

В Германии система реабилитации состоит из координированных между собой медицинских, физических, психологических, социальных мер, а также отдыха и курсов специального обучения в пределах одного лечебного учреждения. В Германии принята постепенная многоступенчатая модель ранней мобилизации и реабилитации кардиохирургических больных: к концу первой недели после операции больные уже начинают подниматься по лестнице, на второй неделе включаются в группы лечебной физкультуры. На 14-й день пациент переводится в терапевтическое отделение. После выписки в течение 3-6 недель проводится физическая реабилитация в амбулаторном порядке [34; 39; 48]. Тем не менее, данные германских исследователей свидетельствуют, что в Германии 80% больных ИБС после АКШ предпочитают проходить восстановительное лечение в условиях специализированных стационаров (rehabilitation in specialized hospitals - ICR). [50]

Ученые Великобритании указывают на явную недостаточность системы реабилитации кардиологических больных в национальном масштабе, особенно психосоциальной ее составляющей. Проанализировав 273 программы кардиореабилитации, осуществляемые различными медицинскими учреждениями, Ribeiro G.S. и соавт. (2017) установили, что врачи принимают в них недостаточно активное участие: врачи-реабилитологи - в 40% программ, врачи общей практики - в 39%), при этом индивидуально занимались с больными и давали им профессиональные советы лишь 16%

всех врачей. Контроль за ходом реабилитации и оценка ее эффективности далеки от оптимальной. К примеру, АД и уровень липидов крови учитывался только у 78 и 74%) участников программ соответственно, однако значения эти часто брались из медицинской документации острого периода.

Методы кардиореабилитации за последние годы претерпели определенные изменения: пересмотрены ранее разработанные критерии ограничения, используются более объективные и современные методы оценки состояния больных на разных этапах реабилитации, более полно используются психологические и социальные методы. В то же время анализ литературы свидетельствует о том, что в восстановительном лечении больных, перенесших АКШ, комплексный подход еще не получил должного развития и применения [4].

Таким образом, перед современными врачами стоит важная с социальной и экономической точки зрения задача поиска новых и оптимизации имеющихся методов борьбы с ИБС.

Литература:

1. Абидова Д.Э., Мамутов Р.Ш., Уринов О.М., Бекбулатова И.Р. Особенности течения острого коронарного синдрома/острого инфаркта миокарда у женщин в одном из районов г. Ташкента (фрагмент регистра ОКС/ОИМ) перегородки после транскатетерной коррекции порока. Евразийский кардиологический журнал.- 2017.- № 1.- с. 10-14.;
2. Антонова, В.С. Медико-социальная экспертиза и реабилитация после аортокоронарного шунтирования // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. - 2019. - №2.- С. 17-20.;
3. Аретинский, В.Б. Особенности восстановительного лечения пациентов после хирургической реваскуляризации миокарда / В.Б. Аретинский, В.Ф. Антюфьев // Сборник научных статей. Современные технологии восстановительной медицины. Медицинская реабилитация пациентов с болезнями сосудов сердца и мозга. - Екатеринбург: «УГГГА», 2014. - С. 38-90.;
4. Аронов Д.М. Реабилитация и вторичная профилактика у больных ишемической болезнью сердца // Лечащий врач. – 2017. – №3. – С.2-7.
5. Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Иванова Г.Е. Организационные основы кардиологической реабилитации в России: современный этап // СаМюСоматика. - 2012. - № 4. - С. 5-11.
6. Аронов Д.М., Николаева Л.Ф., Полторанов В.В. Результаты санаторной реабилитации больных инфарктом миокарда // Терапевтический архив. - 2013. - № 1. - С. 33-38.;
7. Аронов, Д.М. Методические вопросы организации и выполнения реабилитационных программ физических тренировок на

- поликлиническом этапе у больных с разными формами ишемической болезни сердца / Д.М. Аронов // СагНоСоматика. -2013. -№1 . - С.23-28.
8. Бабаджанов С.А., Мансуров А.А., Муртазаев С.С., Махкамов Н.К., Халикулов Х.Г., Анваров Ж.О. Прогностическая оценка факторов риска развития осложнений у больных ишемической болезнью сердца после операций аортокоронарного шунтирования «Кардиология Узбекистана», 2020, №1(55), с.23-27;
9. Белов, Ю.В. Хирургическая техника сочетанных операций на коронарных артериях и артериях нижних конечностей / Ю.В. Белов // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2012. - № 5/6. - С. 18-25;
10. Бендет Я.А. Реабилитация кардиохирургических больных //Международный медицинский журнал. – 2018. – №11. – С.31-37.;
11. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г., Зайченко Н.М Ишемическая болезнь сердца в зеркале медицинской статистики // Здравоохранение. – 2005. – №5. – С.13-23.;
12. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г., Зайченко Н.М Ишемическая болезнь сердца в зеркале медицинской статистики // Здравоохранение. – 2005. – №5. – С.13-23.;
13. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации. - М: Изд. ССНЦХ им. Бакулева, 2018. - 217 с.
14. Бокерия, Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия и экономика здравоохранения Российской Федерации / Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков, Р.Г. Гудкова // Вестник обязательного медицинского страхования. - 2009. - № 3. - С.40-42.
15. Будка А.А. Система медицинской реабилитации военнослужащих, перенесших аортокоронарное шунтирование, в многопрофильном реабилитационном госпитале// Автореф. дисс. д-ра мед. наук.- М., 2012.-48 с.
16. Замотаев Ю.Н., Кремнев Ю.А., Мандрыкин Ю.В., Косов В.А. Оптимизация системы реабилитации больных ишемической болезнью сердца, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования. //Клиническая медицина – 2020. – №3. – С. 57-59
17. Здравоохранение в России. 2011 г. Статистический сборник / М.А. Дианов, И.А. Збарская. - М., Росстат. - 2011. - 326 стр.
18. Зуфаров М.М., Бахритдинов Ф.Ш., Махкамов Н.К., Бабаджанов С.А., Алгоритм тактики ведения больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с поражением каротидных артерий // Методические рекомендации. ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова». Ташкент, 2019. 25 стр.;
19. Кардиореабилитация: практическое руководство / Под ред. Дж. Ниебауэра; пер. с англ., под ред. Ю.М. Позднякова. — М.: Логосфера, 2012. — 328 с.;
20. Карпов Ю.А., Аронов Д.М. Кардиологическая реабилитация в России нуждается в коренной реорганизации // Кардиологический вестник. - 2010. - № 2. - С. 11-15.
21. Карташов, В.Т. Лечебно-профилактические вопросы. Трудоспособность больных после реконструктивных операций на коронарных сосудах / В.Т. Карташов, Ю.Ф. Данилов // Воен.-мед. журн. - 2014. - Т. 325, № 1. - С. 52-54.;
22. Клинические рекомендации Европейского общества кардиологов. – М., 2008. – 186 с.;
23. Козлов К.Л., Шанин В.Ю. Ишемическая болезнь сердца (Клиническая физиология, фармакотерапия, хирургическое лечение). – СПб.: ЭЛБИС СПб, 2002. – 351 с.;
24. Коронарное шунтирование: рекомендации Американской Ассоциации Сердца, Американского кардиологического колледжа. – Красноярск, 2004. – 220 с.
25. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Сурункали юрак етишмовчилигига чалинган беморларда таркалган пародонтитни комплекс даволашни такомиллаштириш. – 2022.
26. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдувакилов Ж. У. Иммунологические аспекты патогенеза патологии пародонта у больных с хронической сердечной недостаточностью // Journal of biomedicine and practice. – 2016. – Т. 1. – №. 1. – С. 6-10.
27. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности // Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью" Форум стоматологии", 2017. – №. 4. – С. 70-71.
28. Ризаев Ж. А., Саидов М. А. Современные тенденции распространенности и исхода сердечно-сосудистых заболеваний среди населения республики узбекистан //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 1.
29. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
30. Филимонов, А.И. Оценка особенностей первичной инвалидности у больных ИБС после аортокоронарного шунтирования для формирования оптимальной модели реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2019. - № 1. - С. 22-24.;
31. Ades, Ph. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation after myocardial infarction // Cardiopulm. Rehabil. - 2017. - Vol. 17. - P. 222-231.;
32. Ades, Ph.A. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease // New Engl. J. med. - 2011. - Vol. 345, № 12. - P. 892-902.
33. Aldana S.G., Whitmer W.R., Greenlaw R., et. al.

- Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. // Heart Lung. – 2013. – Vol.32(6). – P. 374-382.
34. Aspromonte N., Feola M., Scardovi A., Coletta C et al. Early diagnosis of congestive heart failure: clinical utility of B-type natriuretic peptide testing associated with Doppler echocardiography. J Cardiovasc Med 2016; 7: 406-411;
35. Berger A.K., Duval S., Jacobs D.R., Barber C., Vazquez G., Lee B.H. Relation of Length of Hospital Stay in Acute Myocardial Infarction to Postdischarge Mortality // Am. J. Cardiol. -2018. - № 101. - P. 428-434.;
36. Berkman, L.F. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial / L.F. Berkman [et al.] // JAMA. - 2013.-Vol.289.-P.3106-3116.;
37. Connerney, I. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study / I. Connerney, P.A. Shapiro, J.S. McLaughlin [et al.] // Lancet. -2011. Vol. 358. -P. 1766-1771
38. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure, European Society of cardiology. // Eur J Heart Fail. – 2021. – Vol. 22. – P. 1527-1560.
39. Guyatt G.H. A taxonomy of health status instruments. / Rheumatol 2015;22(6): 1 188-1 190;
40. Hambrecht R., Walther C., Mobius-Winkler S. Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease: a randomized trial // Circulation. - 2004. - Vol. 109, № 11. - P. 1371-1378.
41. Junsson, B. Measurement of health outcome and associated costs in cardiovascular disease / B. Junsson // European Heart Journal. - 2006. - Vol.17 (Suppl. A). - P. 2-7.;
42. Kip K., Marroquin O., Kelley D. et al. Clinical importance of obesity versus the metabolic syndrome in cardiovascular risk in women. A report from the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study // Circulation. 2014; 109: 706-713.;
43. Langosch W. Psychosomatik der koronaren Herzkrankheiten. Weinheim: VCH editionmedizin // Health. Psychol.- 1999.-Vol. 14 (1).-P. 59-72.;
44. McCrone, S. Anxiety and depression: incidence and patterns in patients after coronary artery bypass graft surgery / S. McCrone [et al.] // Applies Nursing Research. - 2011.-Vol. 14, № 3. - P. 155-164.;
45. Morrison D.A., Gulshan S., Sacks J. et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary bypass graft surgery for patients with medically refractory myocardial ischemia and risk factors for adverse outcomes with bypass: The VA AWESOME multicenter registry: comparison with the randomized clinical trial. // JAm-Coll-Cardiol. 2002 Jan 16; 39(2): 266-73.
46. Pasquali S.K. et al. Effect of cardiac rehabilitation on functional outcomes after coronary revascularization // Am. Heart J. -2013. - Vol. 145, № 3. - P. 445-451.
47. Pinna Pintor, P. Clinical outcome and emotional-behavioral status after bypass graft surgery / P. Pinna-Pintor [et al.] // Qual. life. res. - 2012. - Vol. 1, № 3. - P. 177-185.].
48. Pocock, S.J. Quality of life, employment status, and anginal symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery. 3-year follow-up in the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) Trial / J. Pocock, R.A. Henderson, P. Seed [et al.] // Circulation. - 2016. -Vol. 94. - P. 135-142.
49. Ritin, S.F. Improving Cardiac Rehabilitation Services — Challenges for Cardiac Rehabilitation Coordinators / S.F. Ritin, P. Davidson, R. Griffiths [et al.] // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. - 2021. - Vol. 10, №1. - P. 37-43.;
50. Rossner S., Sjostrom L., Noack R., et al. Weight loss, weight maintenance, and improved cardiovascular risk factors after 2 years treatment with orlistat for obesity. Obes Res 2000; 8:49-61.
51. Steinwachs, D.M. The future of cardiology: utilization and costs of care // J. Am. Coll. Cardiol. - 2016. - Vol. 35, № 4. - P. 1092-1099.].
52. Taylor, R.S. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / R.S. Taylor [et al.] // Am. J. med. - 2014. -Vol. 116, № 10. -P. 682-692.
53. Zwisler, A.D. Can level of education, accreditation and use of databases in cardiac rehabilitation be improved? Results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey / A.D. Zwisler, B. Bjarnason-Wehrens, H. McGee [et al.] // Eur. J. Prevent. Cardiol.-2012.-Vol. 19, №2.-P. 143-150.

ОРГАНИЗАЦИЯ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ (АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ)

Ризаев Ж.А., Киличев А.А., Олимжонова Ф.Ж.

Резюме. В Узбекистане, как и в других развитых странах мира, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной инвалидности (до 25 процентов) и общей смертности (до 59 процентов). За время независимости население Республики увеличилось с 20 до 33 миллионов человек, а средняя продолжительность жизни выросла с 66,4 до 73,8 лет. Очевидно, что сердечно-сосудистые заболевания стали основной проблемой в связи с возрастанием населения, а решение этих проблем является визитной карточкой здравоохранения и социальной политики.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, аортокоронарное шунтирование, ишемическая болезнь сердца.

УДК: 616.34-007.272: 616.348 -089

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ВРЕМЕННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОБСТРУАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ



Туляганов Даврон Бахтиёрович, Яров Жахонгир Баходирович, Шукуров Бобур Ибрагимович, Мустафоев Ахрор Лукмонович, Гуломов Фуркат Каюмович
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЎГУОН ИЧАКНИНГ УСМА ЭТИОЛОГИЯЛИ ОБСТРУКТИВ ТУТИЛИШИДА ИЧАКНИ ВАКТИНЧАЛИК ДЕКОМПРЕССИЯ КИЛИШНИ МАЛОИНВАЗИВ УСУЛЛАРИ

Туляганов Даврон Бахтиёрович, Яров Жахонгир Баходирович, Шукуров Бобур Ибрагимович, Мустафоев Ахрор Лукмонович, Гуломов Фуркат Каюмович
Республика шошилич тез тиббий ёрдам илмий маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

MINIMALLY INVASIVE METHODS OF TEMPORARY DECOMPRESSION OF THE COLON IN CASE OF OBSTRUCTIVE COLONIC OBSTRUCTION OF TUMOR ETIOLOGY

Tulyaganov Davron Bakhtiyorovich, Yarov Jahongir Bakhodirovich, Shukurov Bobur Ibragimovich, Mustafoev Akhror Lukmonovich, Gulomov Furkat Kayumovich
Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: www.emerge-centre.uz/

Резюме. Колоректал саратон-саратон касаллигинг учинчи сабаби булиб, йилига 1,9 миллионга яқин холатлар кайд этилади. Бу усмалар дунда саратон касаллигидан улимнинг иккинчи сабаби булиб, хар йили деярли 900 000 кишининг улимига сабаб булади. Ўзбекистонда барча саратон турлари орасида йугон ичак саратони курак беги, ошкозон ва упка саратонидан кейин 4-уринда туради. Колоректал саратонни эрта аниклаш буйича скрининг дастурлари кенг жорий килинганига карамай, беморларнинг 40 фоизида ушбу касалликнинг III-IV боскичида таххис килинади, улардан 10-18 фоизи шошилич жаррохлик аралашуви талаб килади.

Калит сўзлар: йугон ичак саратони, йугон ичак тутулиши, диагностика, клиника, даволаш усуллари.

Abstract. Colorectal tumor (CRT) is the third leading cause of cancer and accounts for about 1.9 million new cases per year. These tumors are the second leading cause of cancer death worldwide, causing almost 900,000 deaths each year. In Uzbekistan, among all oncological diseases, CT occupies the 4th place after breast, stomach and lung cancer. Despite the widespread introduction of screening programs for the early detection of CRT, these neoplasms in 40% of patients are diagnosed at stage III-IV of the disease, of which 10%-18% of patients with initially diagnosed colorectal cancer require emergency surgical intervention.

Key words: colorectal tumor, colonic obstruction, diagnostics, clinic, methods of treatment.

Введение. Колоректальный рак (КРР) занимает третье место в структуре онкологических заболеваний и на ее долю приходится около 1,9 миллиона новых случаев в год [по данным Global Cancer Observatory 2020]. Эти виды опухолей являются второй ведущей причиной смерти от рака в мире, ежегодно приводя к смерти почти 900 000 больных. Наибольшее распространение КРР получили в США и Японии (33,2 на 100 000 населения), в Англии (25,8/100000) и в Швеции (17,8/100000) [1].

По данным проф. С.Н. Наврузова (2020), в Республике Узбекистан за 6-летний период

(2012–2017 гг.) было выявлено 3210 (2,58% от 124383 зарегистрированных случаев злокачественных заболеваний) случаев КРР. При этом отмечается прогрессивный рост числа больных с колоректальным раком – с 436 до 623 случаев в год за наблюдаемый 6-летний период. В Узбекистане среди всех онкологических заболеваний КРР занимают 4-е место после рака молочной железы, желудка и легкого.

Не смотря на широкое повсеместное внедрение скрининговых программ раннего выявления КРР, эти новообразования у 40% больных диагностируются на III-IV стадии заболевания, [2],

из которых требующих экстренного хирургического вмешательства составляет 10%-18% пациентов с первоначально диагностированным колоректальным раком [3].

Современные исследования показывают, что возраст является основным фактором риска для КРР. Заболеваемость колоректальным раком начинает увеличиваться в возрасте от 40 до 50 лет и в каждом последующем десятилетии показатели заболеваемости возрастают [4]. Общая 5-летняя выживаемость больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью (ОТКН) составляет около 28%. У пациентов с I и II стадией общая выживаемость составляет порядка 54%, с III стадией 50% и 6% с IV стадией заболевания [5].

Классификация ОТКН. На протяжении многих лет разработано огромное количество разных классификаций ОТКН, в основе которых лежит либо клиническая картина, либо характер развития непроходимости, либо уровень поражения. Встречаются полная и частичная; острая, подострая, хроническая; острая и хроническая; хроническая рецидивирующая, острая с осложнениями и острая без осложнений; внезапная без анамнеза и с постепенным развитием клиники; компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная [6].

По клиническому течению выделяют 6 форм колоректального рака: токсико-анемическую, энтероколитическую, диспепсическую, обтурационную, псевдовоспалительную, опухолевую (атипичную)» [7].

Для рака правой половины толстой кишки чаще всего характерна токсико-анемическая форма, когда «на первый план выступают признаки нарушения общего состояния больных на фоне прогрессирующей гипохромной анемии и лихорадки» [8]. Первые признаки непроходимости правых отделов толстой кишки появляются при достижении опухоли значительных размеров, что связано с более широким просветом, жидкой консистенцией кишечного содержимого и, преимущественно, экзофитным ростом опухоли [9]. Но в случае опухоли, расположенной в области илеоцекального перехода, даже при ее небольших размерах, манифестация кишечной непроходимости может наступить намного раньше [10]. Развитие ОТКН чаще всего наблюдается при раке левой половины [11]. Это объясняется, преимущественно, эндофитным ростом и меньшим диаметром просвета левой половины ободочной кишки, приводящим к его сужению, а также более плотным содержимым левых отделов толстой кишки. [12].

Предложена рабочая **клинико-рентгенологическая классификация** с выделением следующих стадий ОТКН [13]:

Стадия компенсированных нарушений толстокишечной проходимости (НТП) (условно хроническая). На этой стадии баугиноспазм еще не наступил, типичные рентгенологические симптомы не выявлены. Экстренная ирригоскопия помогает верифицировать диагноз.

Стадия субкомпенсации (подострая). На обзорных рентгенограммах описаны симптомы, характеризующие три степени прогрессирующих этапных НТП:

1-я степень — конусообразный обрыв сплошного пневмоконтура ТК на уровне обтурирующей опухоли;

2-я степень — обрыв сплошного пневмоконтура ТК с горизонтальным уровнем жидкости над обтурирующей опухолью;

3-я степень — прерывистость сплошного пневмоконтура ТК с горизонтальными уровнями жидкости во всех отделах ТК от баугиниевой заслонки до опухоли. Эти рентгенологические симптомы можно выявить только на этапе баугиноспазма.

Стадия декомпенсации (острая обтурационная толстокишечная непроходимость). Наряду с вышеописанными симптомами в стадии субкомпенсации начинают наслаиваться типичные и привычные для хирургов рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости

В 2015г предложена другая классификация [14]:

- **компенсированная кишечная непроходимость:** периодически возникающие запоры, сопровождающиеся задержкой стула и затруднением отхождения газов; на обзорной рентгенограмме брюшной полости может выявляться пневматизация ободочной кишки с единичными уровнями жидкости в ней;

- **субкомпенсированная кишечная непроходимость:** задержка стула и газов менее 3 сут, на обзорной рентгенограмме определяются тонкокишечные арки, пневматоз и чаши Клойбера в правой половине живота; отсутствуют признаки полигранных дисфункций; эффективна консервативная терапия;

- **декомпенсированная кишечная непроходимость:** задержка стула и газов более 3 сут; рентгенологические признаки как толсто-, так и тонкокишечной непроходимости с локализацией тонкокишечных уровней и арок во всех отделах брюшной полости; рвота застойным содержимым; наличие органных дисфункций

Диагностика ОТКН. За последние годы отмечается значительный прогресс диагностических служб, в том числе и в стационарах общего профиля, но несмотря на это, диагностика ОТКН на ранних стадиях, даже имеющего начальные симптомы непроходимости, остаётся на низком уровне [15]. Это можно связать с разнообразием

клинической картины, поздней обращаемости пациентов и, во многом, отсутствием онкологической настороженности у врачей.

Установка диагноза при ОТКН ставит перед собой 5 основных задач:

- 1) диагностировать признаки толстокишечной непроходимости,
- 2) установить локализацию колоректального рака,
- 3) определить распространённость опухолевого процесса,
- 4) выявление сопутствующей патологии,
- 5) оценка общего состояния больного [16].

Диагноз ОТКН ставится на основании данных анамнеза, осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования. Последнее включает в себя рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопические исследования [17]. При сборе анамнеза следует обратить внимание на симптомы, характерные для онкологических больных, такие как слабость, снижение веса и работоспособности. «Стандартные лабораторные исследования включают в себя общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, биохимическое исследование крови», включая электролитный и буферный состав. Исследования не являются специфическими для диагностики опухолевой толстокишечной непроходимости, но позволяют судить о наличии и тяжести метаболических нарушений или наличии осложнений [18]

Основным методом диагностики ОТКН является рентгенологическое исследование толстой кишки. Уже давно ни у кого не вызывает сомнений целесообразность выполнения на момент поступления в стационар обзорной рентгенографии брюшной полости, которая позволяет поставить диагноз ОТКН в 77 – 100% случаев [19].

В литературе не встречается данных, где при рентгенологических признаках кишечной непроходимости сразу выполняется оперативное вмешательство, без определения уровня и характера обтурации. Соответственно, бесконтрастные рентгенологическое исследование брюшной полости при ОТКН не объективно. На обзорных снимках брюшной полости расширение ободочной кишки газами выявляются у 97%, а чаши Клойбера у 81% больных [20]. Но бесконтрастные методы исследования не могут ответить на вопрос об уровне и характере обтурации, что требует проведения дополнительных диагностических исследований.

УЗИ брюшной полости – ценный и информативный метод диагностики ОТКН [21]. На сегодняшний день ультрасонография является высокоинформативным, легкодоступным и недорогим методом исследования при ОТКН [22]. По данным В. М. Тимербулатова чувствительность данной методики при ОТКН составляет 95%, а

специфичность 98% [23]. Что делает сонографию «золотым стандартом» при исследовании толстой кишки и брюшной полости у всех пациентов с ургентной патологией [23]. Критическая оценка УЗИ показала, что отличить тонко- и толстокишечную непроходимость возможно только у 70% больных. Основой УЗ – картины ОТКН принято считать выявление отделов толстой кишки – цилиндров в диаметре до 9 см, которое возможно увидеть только при продольном сканировании [24]. Критериями обтурации принято считать утолщение стенки толстой кишки, наличие жидкости в просвете кишки и выпота в брюшной полости [25]. Многие авторы доказали, что УЗИ может не только визуализировать опухолевое поражение в стенке кишки, но и показать распространённость процесса по брюшной полости [26].

Контрастные рентгенологические методы исследования являются ключевыми в определении причины непроходимости и локализации обтурации. Для определения уровня препятствия выполняют ирригографию [27]. Чувствительность и специфичность данного исследования составляет 80% и 100% соответственно [28]. Данный рентгенологический метод одинаково эффективен при опухолях правой и левой половины ободочной кишки [29]. По мнению различных авторов «от 87% до 95,8% исследований позволяют выявить циркулярное сужение просвета кишки и определение протяженности обтурированного участка» [30]. При выполнении экстренных ирригоскопий процент диагностических ошибок может возрасти до 30%, вследствие неподготовленности толстой кишки и слабости сфинктерного аппарата прямой кишки. Для больных со слабым сфинктерным аппаратом изобрели специальный обтуратор с раздуваемой манжетой, при использовании которого, диагностическая ценность контрастной клизмы в выявлении уровня обтурации увеличивается до 100%, а в определении ее характера до 96% [30].

В диагностике ОТКН колоноскопия обладает достаточно высокой клинической эффективностью до 89 – 100% [31]. Данное исследование позволяет определить локализацию опухоли, диаметр просвета, обтурированного участка кишки, и выполнить биопсию.

Han S. H. и соавторы доказали, что МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастированием и МРТ – «золотой стандарт» в диагностике ОТКН опухолевого генеза. У больных ОТКН МСКТ обладает высокой долей чувствительности: позволяет выявить локализацию и распространённость опухолевого процесса, определить протяженность опухолевой стриктуры, наличие ишемии стенки кишки, косвенные признаки угрожающего диастатического разрыва [32].

Чувствительность и специфичность до данным разных исследователей составляет 96% и 93% соответственно [33]. Котляров П.М. (2013) в своем исследовании, «разработавшему мало-структурные и денситометрические показатели метастатического поражения регионарных лимфатических узлов (увеличение размеров, округлая форма, плотность лимфатических узлов), удалось повысить специфичность МСКТ в установлении N-стадии до 98%, чувствительность до 89%, точность до 93%» [34].

Одним из эффективных методов диагностики ОТКН служит видеолапароскопия. Преимуществом метода является не только ее диагностическая роль (оценка отдаленных метастазов, выявление уровня непроходимости), но и возможность выполнения лапароскопической колостомы, в качестве этапного лечения больных с ОТКН [35]

Клиника ОТКН. Больные, поступающие в стационар, с выраженной клинической картиной непроходимости, в течение 6 – 12 месяцев отмечали признаки кишечного дискомфорта [36]. К последнему можно отнести периодические вздутия и боли, чувство тяжести, урчание, запоры, что является ранними признаками синдрома кишечного стаза. Вышеуказанные жалобы, могут свидетельствовать о наличии стенозирующего колоректального рака, где финалом, длительно развивающегося опухолевого процесса, будет выраженная клиническая картина ОТКН.

В своей работе В. Н. Эктов приводит наиболее часто встречаемые жалобы. Схваткообразные боли в животе встречаются у 100% больных, задержка стула – 94,7%, газов – 78,7%. Задержка стула и газов характерна для колоректального рака с левосторонней локализацией. При физикальном обследовании у 74% больных отмечается вздутие или асимметрия живота, бледность, мраморность кожных покровов. У 30% больных удаётся пальпировать опухоль, чаще характерно для колоректального рака с правосторонней локализацией. При перкуссии определяется тимпанит у 94% больных. При аускультации выслушиваются усиленные кишечные шумы у 72,4% и «шум плеска» у 17% больных [37].

Лечение ОТКН. По сравнению с правосторонним обструктивным раком толстой кишки, левосторонний рак толстой кишки имеет различные варианты лечения, в основном состоящие из экстренной первичной резекцией опухоли с формированием стомы или без нее или декомпрессия с последующей отсроченной резекцией опухоли. Выбор обычно делается на основании общего состояния пациента, доступности ресурсов и возможности выполнения полной онкологической резекции.

При обструктивном раке прямой кишки оптимальная онкологическая резекция с тотальным

мезоректальным иссечением является не достижима. Рак прямой кишки, вызывающий острую непроходимость, обычно является местно распространенным далеко продвинутый и с высокой вероятностью инвазии в соседние мочеполовые органы, крупные нервно-сосудистые и даже костные структуры. Поэтому при обструктивном раке прямой кишки декомпрессия для снятия острых симптомов более желательна, чем первичная опухоль во избежание серьезной интраоперационной заболеваемости и неоптимальных результатов хирургического лечения.

В связи с чем, в настоящее время при правосторонней обтурации толстой кишки опухолью наиболее широкое применение получила тактика традиционная первичная резекция опухоли путем правостороннюю гемиколэктомии или расширенную правостороннюю гемиколэктомии с илеоколическим анастомозом [38]. При правостороннего поражения толстой кишки, в 86% пациентов подвергаются к экстренной резекции [39]. Более легкие хирургические методы мобилизации и резекции правосторонней ободочной кишки заставляют многих хирургов предпочитать резекции первичной опухоли в экстренных условиях. По сравнению с колокольным или колоректальным анастомозом, многие хирурги предпочитают первичный илеоколический анастомоз, даже у ослабленных пациентов, благодаря обильному кровоснабжению и относительно простой манипуляции с расширенной проксимальной частью кишки достаточной длины. Частота резекции с первичным анастомозом среди пожилых пациентов не отличалась от таковой среди более молодых пациентов. Неудивительно, что краткосрочные результаты после экстренной правосторонней гемиколэктомии с илеоколическим анастомозом при ОТКН правой половины ободочной кишки хуже, чем после плановой операции по поводу рака правой половины толстой кишки. Послеоперационные осложнения после экстренной операции составляет от 46% до 54% [40,41]. По сравнению с уровнем осложнений в 30% после плановой правосторонней гемиколэктомии по поводу КРР [42], послеоперационные осложнения после экстренной операции значительно выше. Частота несостоятельности анастомоза после экстренной операции составляет от 12% до 16,4% [40,41], что также превышает частота несостоятельности в 4,1% чем после плановой операции [43]. Как и ожидалось, послеоперационная смертность после экстренной операции составляет 14,5%, что выше, чем 2,6% после плановой операции. Анализ факторов риска несостоятельности анастомоза подтверждает мнение о том, что экстренная хирургия создает больший риск несостоятельности анастомоза и связанной с этой смертности [44].

При резектабельном правостороннем обструктивном раке толстой кишки первичная резекция опухоли может быть оптимальным вариантом лечения. В случаях нестабильной гемодинамики или тяжелой внутрибрюшинного загрязнения в результате перфорации кишечника, петлевая илеостомия или концевая илеостомия является неизбежной. Однако высокая производительность илеостомии и связанные с ней заболевания, такие как дегидратация, электролитный дисбаланс и острая почечная недостаточность, ухудшает результаты в послеоперационном периоде

По сравнению с лечением правостороннего обструктивного рака толстой кишки, варианты лечения левостороннего левостороннего обструктивного рака толстой кишки разнообразны и противоречивы. Традиционно, первичная резекция опухоли с формированием концевой стомы была наиболее предпочтительной для лечения обструктивного рака левой половины ободочной кишки в экстренных условиях[45]. Однако, экстренная хирургия сама по себе является независимым фактором риска для смертности[46]. Частота послеоперационных осложнений выше, чем частота осложнений после плановой хирургии[47]. У значительного числа пациентов после экстренной операции остается временная или пожизненная стома после экстренной операции. Кроме того, последующая операция по закрытию стомы связана с высоким уровнем заболеваемости от 21% до 36%[48]. До 71% пациентов никогда не подвергаются операции по закрытию стомы, что существенно влияет на качество жизни[49]. К факторам риска, связанным с закрытием стомы, относятся пожилой возраст, послеоперационное осложнение, возникшее после хирургического вмешательства[49], послеоперационное осложнение, возникшее после экстренной операции, коморбидность и последняя стадия КРР[50]. Хотя оперативный подход с резекцией первичной опухоли с наложением концевой стомы считается самым безопасным вариантом из-за отсутствия анастомотических осложнений[51], двухэтапная операция является сложной и может значительно снизить качество жизни пациента. Подвесная стома - еще одна оперативная процедура для контроля повреждений при острой левосторонней толстокишечной непроходимости. За формированием отводящей стомы следует операция второго этапа - резекция первичной опухоли с закрытием или без закрытия колостомы. Закрытие стомы может быть выполнено на третьем этапе. Подвесная стома может стабилизировать общее состояние пациента и обеспечить подготовку кишечника и правильное стадирование перед онкологической резекции. Однако пациенты, для которых запланирована трехэтапная процедура не могут под-

вергаться последующим операциям, даже если они признаны годными. Когда заболеваемость и смертность, связанные с каждым хирургическим этапом, рассматриваются в совокупности, поэтапная операция не дает никаких преимуществ. Более того, в рандомизированное контролируемое исследование, сравнивающее экстренную колостомию с последующей этапной операцией с экстренной операцией Гартмана показало сходную заболеваемость и смертность между двумя процедурами; таким образом, авторы не поддержали использование колостомии у ослабленных пациентов[52]. Одним из преимуществ поэтапной операции является более низкий процент постоянной стомы. Однако пациентам, перенесшим поэтапную операцию, требуется более длительного пребывания в стационаре для проведения дополнительных хирургических процедур после первоначальной колостомии. В экстренных условиях реконструкция непрерывности кишечника избегается при лечении острой левосторонней толстокишечной непроходимости из-за риска несостоятельности анастомоза. Однако двухэтапная операция с последующей операцией Гартмана имеет существенным недостатком является высокая заболеваемость и смертность, связанные с второй операцией и снижением качества жизни при сохранении стомы. Тем не менее, некоторые колоректальные хирурги пытались создать первичный анастомоз после экстренной и продемонстрировали его выполнимость и безопасность у отдельных пациентов[53]. В систематическом обзоре Breitenstein et al[54] оценили превосходство одноэтапной процедуры по сравнению с многоэтапной. Одноэтапной процедуры по сравнению с многоэтапными процедурами при ОТКН левостороннем поражении. Авторы продемонстрировали, что первичная резекция и анастомоз превосходят двух- или трехэтапные операции с точки зрения смертности, с относительным риском разницы от -2% до -27%[54]. Оказалось, что смещение отбора сильно повлияло на результат исследования, в котором пациенты с лучшим прогнозом чаще подвергались одноэтапной операции. Широко изучались факторы риска, связанные со смертностью и несостоятельности анастомоза и выявили условия повышенного риска, такие как пожилой возраст, наличие сопутствующих заболеваний, продвинутая стадия опухоли, недоедание и наличие перитонеального загрязнения[55]. В настоящее время первичная резекция и анастомоз являются предпочтительными вариантами при неосложненном левостороннем обструктивном раке толстой кишки без факторов риска анастомотической несостоятельности [56]. Существует два основных метода резекции, и оптимальный тип процедуры все еще дискутируется. Сегментарная резекция толстой кишки с интраоперационным

орошением толстой кишки является одним из вариантов вариант, а другой - субтотальная или тотальная колэктомия. Сегментарная резекция позволяет сохранить проксимальный сегмент толстой кишки, но промывание на столе отнимает много времени и может привести к проливанью кала[57]. Субтотальная или тотальная колэктомия рекомендуется при низком риске несостоятельности анастомоза при илеокольном или илеоректальном анастомозе[58]. Она может устранить растянутую проксимальную толстую кишку с ишемическими повреждениями и разрывами серозной оболочки прямой кишки, снижая риск разлива и загрязнения кала. Субтотальная или тотальная колэктомия может также эффективно справляться с синхронными опухолями в проксимальном отделе толстой кишки[59]. К отрицательным аспектам субтотальной или тотальной колэктомии относятся необходимость в опытном хирурге или специалисте, длительное время операции и снижение функции кишечника[60]. С точки зрения заболеваемости и смертности, многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование продемонстрировало отсутствие различий между двумя разными хирургическими процедурами - тотальной/субтотальной колэктомии и сегментарная колэктомия с промыванием на столе[60]. Поэтому в руководстве WSES 2017 года говорится, что тотальная колэктомия не является предпочтительнее сегментарной колэктомии при отсутствии надвигающейся перфорации в толстой кишке, признаков ишемии кишечника или синхронного рака правой половины толстой кишки[56].

Применение эндоскопических методов позволило выполнить пациентам декомпрессию ободочной кишки при острой обтурационной толстокишечной непроходимости. Однако работы последних лет показывают, что эндоскопические методы технически приемлемы и клинически эффективны, если внутрипросветная протяженность опухоли не превышает 3–5 см. [60].

Метод, предложенный в 80-х годах прошлого столетия, основанный на гипер- или гипотермической деструкции опухоли с помощью лазерной, криохирургической техники или аргоноплазменной коагуляции, зарекомендовал себя весьма успешным. Одни из лучших показателей наблюдали при выполнении лазерной фотокоагуляции (эффект от манипуляции составил в среднем 90%). Однако одним из недостатков такого подхода служит потребность в выполнении повторных манипуляций каждые 5–9 нед. во избежание рецидива непроходимости [38]. Также необходимо отметить тот факт, что данный метод временной декомпрессии должен выполняться пациентам, которым в дальнейшем не предполагается радикальное оперативное вмешательство,

так как из-за деструкции опухолевой ткани может происходить ее местное распространение. Осложнения данных манипуляций составляют: перфорация (4,1%), свищ (3,2%), абсцесс (1,7%), кровотечение (4,1%). Как отмечает С.Ю. Дворецкий и соавт., выполнение полной или частичной реканализации опухоли у 21 пациента из 31 (67,7%) позволило провести полноценную предоперационную подготовку и выполнить плановое оперативное вмешательство. В конце 80-х — начале 90-х годов прошлого столетия отечественными учеными были предложены методы эндоскопической реканализации дренажной трубкой. В частности, это касается работ проф. Ю.В. Синева и проф. Г.В. Пахомовой. В начале 2000-х годов появились работы из-за рубежа, посвященные эндоскопической реканализации дренажной трубкой при обтурационной толстокишечной непроходимости (transanal drainage tube). Технический (возможность установки дренажной трубки) и клинический (устранение симптомов непроходимости) успех метода составлял 93,9% и 86,4% соответственно. По данным различных авторов, частота перфораций после эндоскопической реканализации достигала 4,5–8,5%, а общая летальность колебалась от 1,5% до 9,8%.

В 1990-е годы для паллиативного лечения неоперабельных пациентов были разработаны саморасширяющиеся металлические стенты [15, 47], которые эндоскопически устанавливаются с помощью направляющего проводника через опухолевое сужение.

Толстокишечные стенты могут быть установлены в любом отделе толстой кишки, учитывая альтернативный хирургический подход в виде первичной резекции и анастомоза, толстокишечные стенты обычно предпочитают устанавливать при обструкции левой половины толстой кишки. Помимо толстокишечной непроходимости, вызванной патологией толстой кишки, внекишечная патология, включая *carcinomatosis peritonei*, также может вызвать толстокишечную непроходимость. В этих случаях стентирование толстой кишки может быть рассмотрено с паллиативной целью, но это связано с более низкими техническими и клиническими показателями успеха и более высоким уровнем осложнений[46].

Имеются сообщения о меньшей эффективности стентирования толстой кишки в случаях карциноматоза брюшины. Противопоказаний для стентирования толстой кишки, как правило, нет, за исключением перфорации толстой кишки. Единственным абсолютным противопоказанием для стентирования толстой кишки является перфорация толстой кишки. На результаты после установки стента не влияют возраст пациента и физиологический статус (Американского общества анестезиологов (ASA)) [52], поскольку они явля-

ются основными двумя факторами риска, предсказывающими смертность и заболеваемость при любой процедуре. Подготовка кишечника перед установкой стента является спорным вопросом, учитывая обструктивный характер заболевания, и нет опубликованных отчетов, связанных с использованием подготовки кишечника в таких случаях. В большинстве случаев пациентов, хотя толстая кишка дистальнее обструкции обычно пуста из-за перистальтических движений, клизма может быть использована для облегчения визуализации перед установкой стента. Антибиотико-профилактика во время установки стента не показана из-за очень низкой частоты клинических проявлений бактериемии. Установка стента в толстую кишку может быть выполнена как эндоскопически, так и рентгенологически, но рекомендуется сочетание эндоскопии и рентгеноскопии. В ретроспективных исследованиях сообщалось о схожих показателях успеха после эндоскопической и рентгенологической установки стентов, но при комбинированной методике были отмечены более высокие показатели технического успеха [51]. Имеющиеся толстокишечные стенты можно разделить на две группы: покрытые и непокрытые стенты. Потенциальные факторы, ответственные за успех введения стента, также включают длину и диаметр стента. Двухфакторный анализ, сравнивающий покрытые стенты и непокрытые стенты, не выявил различий в техническом и клиническом успехе и частоте осложнений, однако непокрытые стенты имели значительно более высокие показатели врастания опухоли, но более низкие показатели миграции. Стенты с меньшим диаметром тела (< 24 мм) ассоциируются с более высокими показателями миграции [53]. Учитывая укорочение после развертывания стента, рекомендуется использовать достаточно длинный стент, в дополнение к длине обструкции, чтобы покрыть не менее 2 см с обоих концов. Другим важным фактором, влияющим на результаты стентирования, является стентируемость обструкции. Имеются данные, что показатели успеха высоки при обструкциях короткого сегмента, а при обструкциях > 5 см наблюдается больше технических и клинических неудач [54]. Стентирование толстой кишки в остром периоде имеет определенные преимущества по сравнению с экстренной операцией. Однако необходимо учитывать долгосрочные последствия установки толстокишечного стента с точки зрения онкологических исходов, особенно в случаях излечимого и резектабельного рака на момент поступления.

Толстокишечные стенты как мост к операции. Хотя стентирование толстой кишки представляется очевидным вариантом лечения острой толстокишечной непроходимости в потенциально излечимых и резектабельных случаях, всегда су-

ществовали разногласия по поводу его использования в качестве моста к операции. Благодаря способности перевести экстренное состояние в элективную ситуацию, позволяющей провести стадирование и оптимизировать состояние пациента. Если толстокишечный стент используется в качестве моста до операции, оптимальный промежуток времени между установкой стента и резекционной операцией должен составлять пять-десять дней [60]. Это основано на том, что это время позволит пациенту восстановить свой физический и пищевой статус. Если операция резекции откладывается дольше, это создаст дополнительные трудности при проведении хирургической резекции из-за созревания рубцовых тканей, особенно при лапароскопических резекциях.

Стент толстой кишки в качестве паллиатива. Из вышеприведенного обсуждения становится яснее, что хотя толстокишечный стент не рекомендуется в качестве моста к операции, он, очевидно, играет определенную роль в паллиативе. Явные преимущества в виде более низкой послеоперационной смертности, снижения интенсивного и общего пребывания в больнице, более раннего начала химиотерапии больных со стентами, но клинический успех был статистически значимо выше в группе с хирургическим вмешательством. Не было статистически значимой разницы в послеоперационных осложнениях; ранние осложнения были более распространены в хирургической группе, в то время как поздние осложнения отмечались чаще в группе стентов. Несмотря на то, что Технический успех при использовании стента составил от 88% до 100%, осложнениями были перфорация толстой кишки, миграция стента и повторная непроходимость. Эти данные свидетельствуют в пользу использования толстокишечных стентов в паллиативных целях при остром подозрении на злокачественную толстокишечную непроходимость. Успешное развертывание толстокишечных стентов в этих случаях дает преимущество начать химиотерапию на более ранней стадии. Однако химиотерапия также вызывает подозрение на увеличение частоты осложнений при установке стентов, особенно перфорации толстой кишки. Тем не менее, пациентам с острой непроходимостью толстой кишки с известным раком толстой кишки и принимающим антиангиогенные препараты, не рекомендуется проводить стентирование толстой кишки. Уменьшение опухоли, приводящее к миграции стента в результате химиотерапии, может вызывать беспокойство. Помимо перфорации стента, несостоятельности стента, повторной непроходимости и миграции стента, другие распространенные потенциальные осложнения включают боль, тенезмы, недержание мочи и образование свищей. При использовании в качестве паллиатива по-

вторное стентирование является приемлемым вариантом в руках специалистов в случаях миграции стента или обструкции.

Заключение. Таким образом, за последние несколько десятилетий лечение осложненного ОТК качественно изменилось. При поражении правой половины толстой кишки общепринятым стандартом лечения является правосторонняя гемиколэктомия и первичный илеотрансверзоанастомоз. При поражении левой половины ободочной кишки временная декомпрессия ободочной кишки с последующим первичным анастомозом, по-видимому, в настоящее время находится на горизонте поиска современных малоинвазивных методов, которые могут значительно снизить смертность и осложнения и улучшить возвращение пациентов в общество и на работу. Однако отсутствие сравнительных данных об эффективности различных методов временной декомпрессии при остром обструктивной непроходимости означает, что разработки в этом направлении крайне необходимы.

Литература:

1. Malvezzi M., Carioli G., Bertuccio P. European cancer mortality predictions for the year 2018 with focus on colorectal cancer *Ann. Oncol.* – 2018. – Vol. 29, № 4. – 7 p. – Режим доступа: <https://academic.oup.com/annonc/article/29/4/1016/4935197>.
2. Totikov Z.V., Totikov V.Z. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova Lecheniye bol'nykh rakom tolstoy kishki, oslozhnennym ostroy kischechnoy neprokhodimost'yu (s kommentariyem).* – 2017. – № 3.– S. 17-23.
3. Decker KM, Lambert P, Nugent Z, Biswanger N, Samadder J, Singh H. Time Trends in the Diagnosis of Colorectal Cancer With Obstruction, Perforation, and Emergency Admission After the Introduction of Population-Based Organized Screening. *JAMA Netw Open* 2020; 3: e205741 [PMID:32453385 DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.5741]
4. Jemal A., Bray F., Global cancer statistics Center. –*CA Cancer J Clin.* – 2011. – Vol. 61. – P. 69.
5. T.-M. Chen, Y.-T. Huang, G.-C. Wang Outcome of colon cancer initially presenting as colon perforation and obstruction *World J. Surg. Oncol.* –2017. – Vol. 15, N. 1. – P. 164.
6. Nazarov L.U., Agavelyan A.M., Gevorkyan A.G. Taktika lecheniya obturatsionnoy kischechnoy neprokhodimosti pri rake tolstoy kishki *Respubl. sbornik nauch. trudov "Problemy koloproktologii"*. – M.,1989. – вып.10. –S.130-131Онкология М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.– 920с
7. Minullin M. M., Krasil'nikov D. M., Tolstikov A. D. Ostraya kischechnaya neprokhodimost'. Diagnostika. *Khirurgicheskoye lecheniye Prakticheskaya meditsina.* – 2015. – № 6 (91). – S. 18–22.
8. . Korymasov Ye. A, Gorbunov YU. V Printsipy differentsial'noy diagnostiki i taktiki pri ostroy kischechnoy neprokhodimosti *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova.* – 2003. – № 3. – S. 101–106
9. Mege D., Manceau G., Beyer L Right-sided vs. left-sided obstructing colonic cancer : results of a multicenter study 100 of the French Surgical Association in 2325 patients and literature review– 2019.
10. Puzin V. N., Shkoda A. S., Alekperov S. F., Galkin V. N. Osobennosti khirurgicheskogo lecheniya oslozhnennykh form kolorektal'nogo raka u patsiyentov pozhilogo i starcheskogo vozrasta *Meditsinskaya pomoshch'.* – 2006. – № 6. – S. 15–18
11. Vorobey A. V., Grishin I. N., Khadzi-Ismael I. A. Sovremennyye aspekty kischechnoy neprokhodimosti: materialy Vserossiyskoy nauch.-prakt. konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem.— SPb., 2007. — S. 147— 148
12. Briskin G.S., Smakov G.M., Borodin A.S., Marchenkov A.D Rannaya diagnostika kolorektal'nogo raka. *Khirurgiya.* – 2005. – №5. – S.37-40
13. Pugayev A.V., Achkasov Ye.Ye. Obturatsionnaya opukholevaya tolstokischechnaya neprokhodimost' M.: Profil', 2005. – 224 s
14. Orlov A.Ye., Kozlov S.V., Kaganov O.I. Faktory razvitiya posleoperatsionnykh oslozhneniy u bol'nykh kolorektal'nym rakom . – Tekst : neposredstvennyy Koloproktologiya. – 2018. – Т. 64, № 2 (Pril.). – S. 43–44. –(Pril. k zhurn.: Materialy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem «Dostizheniya sovremennoy koloproktologii
15. Yeryukhin I.A, Petrov V.P., Khanevich M.D. Kischechnaya neprokhodimost'. *Rukovodstvo dlya vrachey.* – SPb. , 1999. – 448 s.
16. Abdullayev, M. A. Vybor khirurgicheskoy taktiki pri ostrykh oslozhneniyakh raka obodochnoy kishki: Dis. ... d-ra. med. nauk. SPb., 2005 . – 267 s Loffeld
17. Van der Werff Y.D., B.C. Gallstone ileus *JBRBTR.* -2001; 84 (2): 76
18. Bogdanov A.Ye., Stupin V.A., Siluyanov S.V., Mikhal'skiy V.V. Diagnosticheskaya taktika pri opukholevoy kischechnoy neprokhodimosti. IX Vseros. s"yezdkhirurgov. Materialy s"yezda. – Volgograd, 2000. – S.146-147
19. Timerbulatov V.M., Kunafin M.S., Kalanov R.G. Optimizatsiya metodov diagnostiki i vybora khirurgicheskoy taktiki pri ostroy kischechnoy neprokhodimosti. Materialy IX Vseros. s"yezda khirurgov. – Volgograd., 2000. –S.217
20. Tubiana, J.M. Imaging in acute abdominal syndromes -2001; 51(15):1648-1653
21. Maskin S.S., Naumov A.I., Starovidchenko A.I. Taktika lecheniya tolstokischechnoy neprokhodimosti

- po dannym ul'trazvukovogo issledovaniya i dr. Mater. IX Vseros. s"yezda khirurgov. – Volgograd, 2000 – S.194 – 195
- 22.Wan D., Chen G., Liu H. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. Surgical management for colon cancer complicated with acute obstruction – 2001; 23(4): 338-340
- 23.Selina I. Ye., Podlovchenko T. G., Skvortsova A. V., Kaloyeva O. K.H. Rentgeno-ul'trazvukovaya diagnostika obturatsionnoy neprokhodimosti obodochnoy kishki Koloproktologiya. – 2014. – № S1 (47). – S. 3–7
- 24.Frago R., Ramirez E., Millan M. Current management of acute malignant large bowel obstruction: A systematic review Am. J. Surg. – 2014. – Vol. 207, N. 1. – P. 127–138
- 25.Totikov Z. V., Totikov V. Z., Totikov M. Z., Talapova I. M. Prognosticheskiye vozmozhnosti obzornoy rentgenografii bryushnoy polosti v otsenke razvitiya ostroy obturatsionnoy tolstokishechnoy neprokhodimosti Koloproktologiya. –2013. – № 1 (43). – S. 4–8
- 26.Selina I. Ye., Podlovchenko T. G., Skvortsova A. V., Kaloyeva O. KH. Rentgeno-ul'trazvukovaya diagnostika obturatsionnoy neprokhodimosti obodochnoy kishki Koloproktologiya. – 2014. – № S1 (47). – S. 3–7
- 27.Kuz'min-Krutetskiy M.I., Belyayev A.M., Degterev D.B., Dvoretzkiy S.YU. Vozmozhnosti endoskopii v diagnostike i lechenii tolstokishechnoy neprokhodimosti opukholevogo geneza Novosti koloproktologii. – 2008. – № 3. – S. 73-76
- 28.Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Gastrointest Endosc. 2014 Nov; 80(5):747-61.e75. doi: 10.1016/j.gie.2014.09.018
- 29.Baer C., Menon R., Bastawrous S., Bastawrous A. Emergency Presentations of Colorectal Cancer Surg. Clin. North Am. – 2017. – Vol. 97, N. 3. – P. 529–545
- 30.Kotlyarov P. M., Primak N. V., Grishkov S. M., Udel'nova I. A. MSKT kolonografiya, virtual'naya kolonoskopiya i irrigoskopiya pri stenoziruyushchikh opukholevykh porazheniyakh obodochnoy kishki Meditsinskaya vizualizatsiya. – 2012. – № 5. – S. 73–81
- 31.Osipov V. A., Abdulayev M. A., Avdeyev A. M. Rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh kolorektal'nym rakom, oslozhnennym kishhechnoy neprokhodimost'yu i krovotcheniyem Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Meditsina. – 2014. – T. 11, № 3. – S. 104–117
- 32.Topuzov, E.G. Rak obodochnoy kishki, oslozhnonnyy kishhechnoy neprokhodimost'yu (diagnostika, lecheniye, khirurgicheskaya reabilitatsiya): Dis. ...d-ra. med.nauk. – L.: 1986. – 372s
- 33.Ektov, V.N. Vybor khirurgicheskoy taktiki i metodov intensivnoy terapii v lechenii obturatsionnoy tolstokishechnoy neprokhodimosti opukholevoy etiologii (klinicheskoye issledovaniye): Dis. ...d-ra.med.nauk. – Voronezh., 1995. –226 s
- 34.Pisano M, Zorcolo L, Merli C, Cimbanassi S, Poiasina E, Ceresoli M, Agresta F, Allievi N, Bellanova G, Coccolini F, Coy C, Fugazzola P, Martinez CA, Montori G, Paolillo C, Penachim TJ, Pereira B, Reis T, Restivo A, Rezende-Neto J, Sartelli M, Valentino M, Abu-Zidan FM, Ashkenazi I, Bala M, Chiara O, De' Angelis N, Deidda S, De Simone B, Di Saverio S, Finotti E, Kenji I, Moore E, Wexner S, Biffl W, Coimbra R, Guttadauro A, Leppäniemi A, Maier R, Magnone S, Mefire AC, Peitzmann A, Sakakushev B, Sugrue M, Viale P, Weber D, Kashuk J, Fraga GP, Kluger I, Catena F, Ansaloni L. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. World J Emerg Surg 2018; 13: 36 (PMID: 30123315 DOI: 10.1186/s13017-018-0192)
- 35.Boeding JRE, Ramphal W, Rijken AM, Crolla RMPH, Verhoef C, Gobardhan PD, Schreinemakers MJM. A Systematic Review Comparing Emergency Resection and Staged Treatment for Curable Obstructing Right-Sided Colon Cancer. Ann Surg Oncol 2021; 28: 3545-3555 [PMID: 33067743 DOI: 10.1245/s10434-020-09124-y]
- 36.Bulatov, N.N. Luchevaya diagnostika obturatsionnoy neprokhodimosti obodochnoy kishki : Dis. ...d-ra med. nauk : Moskva, 2003 –282 s
- 37.De Ceglie A, Filiberti R, Baron TH, Ceppi M, Conio M. A meta-analysis of endoscopic stenting as bridge to surgery versus emergency surgery for left-sided colorectal cancer obstruction. Crit Rev Oncol Hematol 2013; 88: 387-403 [PMID: 23845505 DOI:10.1016/j.critrevonc.2013.06.006]
- 38.Yang Z, Wu Q, et al A systematic review and meta-analysis of randomized trials and prospective studies comparing covered and bare self-expandable metal stents for the treatment of malignant obstruction in the digestive tract. Int J Med Sci 2013; 10: 825-835
- 39.Small AJ, Coelho-Prabhu N, Baron TH. Эндоскопическая установка саморасширяющихся металлических стентов при злокачественной толстокишечной непроходимости: долгосрочные результаты и факторы осложнений. Gastrointest Endosc 2010; 71: 560-572 [PMID: 20189515].
- 40.Manceau G, Mege D, Bridoux V, Lakkis Z, Venara A, Voron T, Sielezneff I, Karoui M; French Surgical Association Working Group. Emergency Surgery for Obstructive Colon Cancer in Elderly Patients: Results of a Multicentric Cohort of the French National Surgical Association. Dis Colon Rectum 2019; 62: 941-951 [PMID: 31283592 DOI: 10.1097/DCR.0000000000001421]
41. Schoonbeek P.K., Genzel P., Van Den Berg H., et al. Outcomes of Self-Expanding Metal Stents in Ma-

- lignant Colonic Obstruction are Independent of Location or Length of the Stenosis: Results of a Retrospective, Single-Center Series. Digestive Surgery. 2018; 3(35): 230–235. PMID: 28810253.
42. Frasson M, Granero-Castro P, Ramos Rodríguez JL, Flor-Lorente B, Braithwaite M, Martí Martínez E, Álvarez Pérez JA, Codina Cazador A, Espí A, Garcia-Granero E; ANACO Study Group. Risk factors for anastomotic leak and postoperative morbidity and mortality after elective right colectomy for cancer: results from a prospective, multicentric study of 1102 patients. Int J Colorectal Dis 2016; 31: 105-114
43. Voron T, et al Anastomotic Location Predicts Anastomotic Leakage After Elective Colonic Resection for Cancer. J Gastrointest Surg 2019; 23: 339-347
44. Alves A, et al Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: multivariate analysis of 707 patients. World J Surg 2002; 26: 499-502
45. Meyer F, et al German Study Group "Colorectal Carcinoma (Primary Tumor)". Emergency operation in carcinomas of the left colon: value of Hartmann's procedure. Tech Coloproctol 2004; 8 Suppl 1: s226-s229
46. Meisner S, et al Self-expandable metal stents for relieving malignant colorectal obstruction: short-term safety and efficacy within 30 days of stent procedure in 447 patients. Gastrointest Endosc 2011; 74: 876-884.
47. Frago R, Ramirez E, Millan M, Kreisler E, del Valle E, Biondo S. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. Am J Surg 2014; 207: 127-138
48. Kang JH, Kang BM, Yoon SN, Kim JY, Park JH, Oh BY, Kim JW. Analysis of factors affecting reversal of Hartmann's procedure and post-reversal complications. Sci Rep 2020; 10: 16820
49. Whitney S, Gross BD, Mui A, Hahn S, Read B, Bauer J. Hartmann's reversal: factors affecting complications and outcomes. Int J Colorectal Dis 2020; 35: 1875-1880
50. Hallam S, Mothe BS, Tirumulaju R. Hartmann's procedure, reversal and rate of stoma-free survival. Ann R Coll Surg Engl 2018; 100: 301-307
51. Geraghty J, Sarkar S, Cox T, Lal S, Willert R, Ramesh J, Bodger K, Carlson GL. Management of large bowel obstruction with self expanding metal stents. A multicentre retrospective study of factors determining outcome. Colorectal Dis 2014; 16: 476-483
52. Choi JH, et al. Pokrytyye samorasshiryayushchiyesya metallicheskiye stenty chashche assotsiiruyutsya s oslozhneniyami pri lechenii zlokachestvennoy tolstokishechnoy neprokhodimosti. Surg Endosc 2013; 27: 3220-3227.
53. Kim BC, et al Clinical outcomes of palliative self-expanding metallic stents in patients with malignant colorectal obstruction. J Dig Dis 2012; 13: 258-266
54. Baron TH, Wong Kee Song LM, Repici A. Role of self-expandable stents for patients with colon cancer. Gastrointest Endosc 2012; 75: 653-662
55. Biondo S, Parés D, Frago R, Martí-Ragué J, Kreisler E, De Oca J, Jaurrieta E. Large bowel obstruction: predictive factors for postoperative mortality. Dis Colon Rectum 2004; 47: 1889-1897
56. Pisano M, et al 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. World J Emerg Surg 2018; 13: 36
57. Awotar GK, et al Reviewing the Management of Obstructive Left Colon Cancer: Assessing the Feasibility of the One-stage Resection and Anastomosis After Intraoperative Colonic Irrigation. Clin Colorectal Cancer 2017; 16: e89-e103
58. Hsu TC. Comparison of one-stage resection and anastomosis of acute complete obstruction of left and right colon. Am J Surg 2005; 189: 384-387
59. Gainant A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction. J Visc Surg 2012; 149: e3-e10 [PMID: 22189474
60. Kuwai T., et al. Factors related to difficult self-expandable metallic stent placement for malignant colonic obstruction: A post-hoc analysis of a multicenter study across Japan. Digestive Endoscopy. 2018; 0–2. PMID: 30113095.

**МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ
ВРЕМЕННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ
КИШКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ
ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ**

*Туляганов Д.Б., Яров Ж.Б., Шукуров Б.И.,
Мустафоев А.Л., Гуломов Ф.К.*

Резюме. Колоректальный рак (КРР) занимает третье место в структуре онкологических заболеваний и на ее долю приходится около 1,9 миллиона новых случаев в год. Эти виды опухолей являются второй ведущей причиной смерти от рака в мире, ежегодно приводя к смерти почти 900 000 больных. В Узбекистане среди всех онкологических заболеваний КРР занимают 4-е место после рака молочной железы, желудка и легкого. Не смотря на широкое повсеместное внедрение скрининговых программ раннего выявления КРР, эти новообразования у 40% больных диагностируются на III-IV стадии заболевания, из которых требующих экстренного хирургического вмешательства составляет 10%-18% пациентов с первоначально диагностированным раком толстой кишки.

Ключевые слова: колоректальный рак, толстокишечная непроходимость, диагностика, клиника, методы лечения.

НОВЕЙШИЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА



Хакимова Сохиба Зиядуллаевна, Гулямова Гулшан Алмаатовна, Каримов Азизжон Мансурович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЮЗ НЕРВИ НЕЙРОПАТИЯСИ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШНИНГ СЎНГГИ ТЕНДЕНЦИЯЛАРИ

Хакимова Сохиба Зиядуллаевна, Гулямова Гулшан Алмаатовна, Каримов Азизжон Мансурович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

LATEST TRENDS IN TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS SUFFERING WITH FACIAL NERVE NEUROPATHY

Khakimova Sohiba Ziyadullaevna, Gulyamova Gulshan Almatovna, Karimov Azizjon Mansurovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Юз нервнинг нейропатияси ҳам органик, ҳам функционал бузилишлар сифатида намоён бўлиши мумкин бўлган касалликдир. Ушбу зарарланиш билан боғлиқ эстетик нуқсон беморнинг ижтимоий мослашувига ва ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Ҳозирги вақтда ушбу касалликни даволаш учун консенсус, протокол ёки алгоритм мавжуд эмас. Мақолада юз нерви нейропатиясининг турли шакллари бўлган беморларни даволаш ва реабилитация қилишнинг замонавий усуллари ҳақидаги билимлар тизимлаштирилган. У касалликнинг турли босқичларида қўлланиладиган консерватив ва оператив усулларни ўз ичига олади. Жарроҳлик даволаш реконструктив, декомпрессив ва пластик усулларни ўз ичига олади, уларнинг танлови касалликнинг сабаблари ва давомийлигига боғлиқ. Бундан ташқари, мақола янги ва ўрнатилган усулларни кўриб чиқади. Консерватив терапияда кортикостероидлар, антивирал ва антибактериал препаратлар қўлланилади, улар клиник ҳолатга қараб танланади.

Калит сўзлар: юз нервнинг нейропатияси, юз асимметрияси, реабилитация даволаш усуллари, ботулинум токсин терапияси.

Abstract. Neuropathy of the facial nerve is a disease that can manifest itself as organic and functional disorders. The aesthetic defect associated with this lesion can adversely affect the patient's social adaptation and quality of life. Currently, there is no consensus, protocol or algorithm for the treatment of this disease. The article systematizes knowledge about modern methods of treatment and rehabilitation of patients with various forms of facial nerve neuropathy. It includes conservative and surgical methods used at different stages of the disease. Surgical treatment includes reconstructive, decompressive and plastic methods, the choice of which depends on the cause and duration of the disease. In addition, the article discusses new and established methods. In conservative therapy, corticosteroids, antiviral and antibacterial drugs are used, which are selected depending on the clinical condition.

Key words: neuropathy of the facial nerve, facial asymmetry, rehabilitation methods of treatment, botulinum therapy.

Введение. Невропатия лицевого нерва (ЛН) - это заболевание, которое вызывает асимметричные деформации и функциональные нарушения в мимической мускулатуре лица [1, 3]. Лицо является визитной карточкой человека, поэтому любые изменения на нем, особенно такие несимметричные деформации, как в случае невропатии лицевого нерва, могут вызывать болезненные ощущения и дискомфорт у окружающих [4, 7].

Симптомы невропатии лицевого нерва могут включать асимметрию лица, нарушение выражения эмоций, затруднения в артикуляции и речи, невозможность полного закрытия глаза со слезоточивостью или сухостью глаза, что может приводить к развитию язв на роговице. Кроме того, пациенты могут столкнуться с несостоятельностью носовых клапанов, нарушениями вкуса, слуха и другими симптомами. В ходе развития

заболевания могут возникать синкинезии (непроизвольные движения), болевой синдром и другие проявления. Невропатия лицевого нерва имеет широкий спектр проявлений, начиная от эстетических неудобств и заканчивая серьезными осложнениями, такими как гнойные инфекции, которые могут привести к потере функции зрения. Это заболевание существенно снижает качество жизни пациента, ведет к социальной дезадаптации и изоляции [8].

Данные указывают на то, что невропатия лицевого нерва (ЛН) развивается преимущественно в возрастных группах 30-50 и 60-70 лет с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин [4]. В среднем, ежегодно невропатия ЛН наблюдается у 20-32 человек на 100 000 в общей популяции. У детей младше 10 лет распространенность невропатии ЛН ниже и составляет около 2,7 случаев на 100 000 в год [5]. Для лиц возрастом 10-20 лет эта цифра составляет примерно 10,1 случай на 100 000 в год [5]. Эти статистические данные позволяют оценить распространенность невропатии ЛН в различных возрастных группах и помогают в понимании ее влияния на общую популяцию [8].

Возникновение невропатии лицевого нерва (ЛН) может быть связано с различными причинами. Наиболее распространенной формой является идиопатическая невропатия ЛН, также известная как паралич Белла (ПБ). Однако, существуют и другие возможные причины развития этого заболевания, включая:

- травмы: перинатальные травмы, переломы височной кости, огнестрельные раны, проникающие повреждения.
- неврологические нарушения: лакунарный или стволовой инсульт, синдром Гийена-Барре, миастения, рассеянный склероз.
- неопластические процессы: шваннома, менингиома, гемангиома, малигнизация околоушной железы.
- ятрогенные манипуляции: хирургические вмешательства на головном мозге, среднем ухе, в области сосцевидного отростка, околоушной железы.
- инфекции: вирусные инфекции (ветряная оспа, опоясывающий лишай, ВИЧ), отит среднего уха, холеастома, некротизирующий отит среднего уха, остеомиелит основания черепа, болезнь Лайма.
- сосудистые расстройства.
- метаболические нарушения: сахарный диабет, беременность, дефицит витамина А.
- генетические заболевания: синдром Мелькерссона-Розенталя, болезнь Альберс-Шенберга, синдром Мёбиуса, синдром Гольденхара [5, 6, 9].

Невропатия лицевого нерва имеет несколько стадий в зависимости от продолжительности и характера проявлений. Обычно выделяют следующие стадии:

острая стадия: продолжительность до двух недель. В этой стадии наблюдаются наиболее выраженные симптомы, такие как асимметрия лица, нарушение выражения эмоций, затруднение закрытия глаза, нарушение артикуляции и речи, возможные нарушения вкуса, слуха и другие симптомы.

подострая стадия: продолжительность до четырех недель. В этой стадии симптомы могут постепенно улучшаться, но некоторые ослабленные проявления все еще могут сохраняться.

хроническая стадия: продолжительность более 4 недель. В этой стадии симптомы становятся менее выраженными, однако некоторые пациенты могут продолжать испытывать некоторые осложнения, такие как синкинезии (неправильные движения мимических мышц при выполнении определенных действий) или болевой синдром [10, 13].

Прогноз восстановления функции лицевого нерва при параличе Белла (ПБ) зависит от времени начала клинического улучшения после развития заболевания. Чем раньше начинается улучшение, тем выше вероятность полного регресса симптомов. В общем случае, при ПБ около 71% пациентов достигают выздоровления. У 94% пациентов с парезом мимических мышц в начальной стадии заболевания и у 61% пациентов с плегией (полной потерей функции) возможно полное восстановление [8].

Действительно, по данным Пеитерсен Е. (2002), у 23% пациентов с параличом Белла (ПБ) остаются умеренные или тяжелые симптомы в конце заболевания, такие как неполное восстановление движений в мимических мышцах, контрактуры, синкинезии, гемифациальный спазм и другие [9]. Артериальная гипертония и сахарный диабет также могут быть неблагоприятными прогностическими факторами [10].

Относительно вопросов о лечении невропатии лицевого нерва, есть несколько подходов, и выбор метода зависит от клинической картины, степени тяжести и причины заболевания. Одним из важных вопросов является время начала лечения. Некоторые исследования показывают, что раннее начало лечения может способствовать лучшему восстановлению функции лицевого нерва.

Наиболее эффективные методы лечения включают следующие:

- 1) Фармакотерапия: В ранних стадиях заболевания применяются противовирусные препараты, такие как антивирусные препараты и стероиды, чтобы

снизить воспаление и ускорить восстановление нерва.

2) Физиотерапия:

Физиотерапевтические процедуры, такие как массаж, упражнения для мимических мышц, электростимуляция и термическая терапия, могут помочь восстановить функцию лицевого нерва и улучшить контроль [11, 15, 19, 23].

Цель написания данного обзора состоит в систематизации знаний о современных методах лечения и реабилитации пациентов с невралгией лицевого нерва (ЛН) различной этиологии. Обзор направлен на предоставление информации о различных подходах к лечению, эффективности и безопасности различных методов, а также на обобщение научных данных и исследований, связанных с данной областью.

Поскольку невралгия ЛН может быть вызвана различными причинами, включая идиопатические факторы, травмы, инфекции, неврологические нарушения и другие, лечение может варьироваться в зависимости от этой этиологии. Обзор будет включать информацию о фармакотерапии, физиотерапии, хирургических методах и поддерживающей терапии, которые применяются для лечения невралгии ЛН [25, 28].

Цель систематизировать эти знания состоит в том, чтобы предоставить читателям обзорную информацию о доступных методах лечения, их эффективности, возможных осложнениях и прогностических факторах. Это поможет врачам и специалистам в области неврологии принимать информированные решения при выборе оптимального подхода к лечению пациентов с невралгией ЛН [25].

Диагностика невралгии лицевого нерва (ЛН) включает несколько этапов, направленных на оценку неврологического статуса пациента и исключение других возможных причин слабости мышц лица. Вот основные методы диагностики:

- **медицинский осмотр:** врач проводит подробный осмотр пациента, включая оценку симптомов и их характеристики, проверку движений мимических мышц лица, а также оценку сенсорных функций;

- **неврологический статус:** проводится оценка неврологического статуса пациента, включая оценку мышечной силы, рефлексов и координации;

- **нейровизуализация:** при отсутствии клинического улучшения или прогрессирующей мышечной слабости может потребоваться проведение нейровизуализации для исключения объемных образований головного мозга и других альтернативных диагнозов. Это может включать компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ) [21, 26, 28].

Дополнительно, для подтверждения диагноза и оценки степени поражения лицевого нерва могут быть использованы электронейромиография (ЭНМГ) и электростимуляция лицевого нерва. Эти методы позволяют измерить электрическую активность мышц лица и оценить функцию лицевого нерва [15].

Важно отметить, что диагностика невралгии ЛН должна быть комплексной и основываться на клинических данных, результате обследования и дополнительных исследованиях, если это необходимо. Это поможет исключить другие возможные причины слабости мышц лица и определить степень поражения нерва.

Действительно, лечение невралгии лицевого нерва (ЛН) включает различные подходы и требует сотрудничества специалистов разных областей. Ниже приведены основные методы лечения и реабилитации, которые могут быть применены у пациентов с повреждениями ЛН:

Консервативное лечение: Фармакотерапия: включает применение противовирусных препаратов, стероидов для снижения воспаления, а также анальгетиков и препаратов, улучшающих микроциркуляцию.

Физиотерапия: методы физиотерапии, такие как ультразвуковая терапия, электростимуляция, массаж, тепловые процедуры и упражнения, могут помочь восстановлению мышечной функции и улучшению кровообращения.

Реабилитация: включает логопедические занятия для восстановления речи и мышечного контроля в области лица, а также психологическую поддержку для справления с эмоциональными аспектами заболевания.

Оперативное лечение: Декомпрессия ЛН: В случаях, когда сдавление нерва вызвано объемным образованием или острым воспалением, может потребоваться операция для снятия компрессии [18].

Реконструктивная хирургия: в некоторых случаях, особенно при неполном восстановлении мышц лица, может быть рекомендована хирургическая реконструкция с использованием пересадки мышц или нервных трансплантатов [12].

Важно отметить, что подходы к лечению и реабилитации ЛН могут различаться в зависимости от этиологии, стадии и индивидуальных особенностей пациента. Каждый случай требует индивидуального подхода, и решение о методах лечения должно быть принято совместно специалистами разных профилей, основываясь на клинических данных и обсуждении с пациентом.

На данный момент отсутствует единая концепция, стратегия, протокол или алгоритм лечения и реабилитации для всех случаев невралгии ЛН на разных стадиях заболевания. Это связано с тем, что невралгия ЛН может иметь различные

причины, проявления и течение, что требует индивидуального подхода к каждому пациенту [21].

Лечение и реабилитация пациентов с невропатией ЛН обычно определяются на основе симптомов, этиологии, степени пареза и других факторов. Мультидисциплинарный подход, включающий сотрудничество различных специалистов, таких как неврологи, хирурги, физиотерапевты, логопеды и психологи, позволяет разработать индивидуальные планы лечения и реабилитации для каждого пациента.

В будущем исследования и клинические исследования могут привести к разработке более структурированных и стандартизированных подходов к лечению и реабилитации невропатии ЛН. Однако, на данный момент, для определения наиболее эффективных и безопасных методов лечения, необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого пациента и консультироваться со специалистом, способным оценить конкретную ситуацию и рекомендовать наиболее подходящие методы лечения и реабилитации [22].

Стандартная медикаментозная терапия для невропатии ЛН, включая паралич Белла (ПБ), применяет **кортикостероиды**, такие как преднизолон. Назначение кортикостероидов рекомендуется всем пациентам с ПБ и невропатией ЛН любой другой этиологии. Обычно преднизолон начинают принимать в течение 3 дней с момента появления первых симптомов. Дозировка преднизолона составляет 60 мг в сутки в течение 5 дней, а затем доза постепенно снижается. Также возможен курс приема преднизолона по 25 мг дважды в день в течение 10 дней.

Применение кортикостероидов имеет следующие цели:

- увеличение шансов полного восстановления функции мышц лица;
- снижение риска развития синкинезий (непроизвольных движений);
- сокращение продолжительности пареза и ускорение процесса восстановления.

Однако, дозировка и продолжительность лечения могут различаться в зависимости от рекомендаций врача и индивидуальных особенностей пациента. Важно проконсультироваться с врачом, который будет оценивать вашу конкретную ситуацию и определит оптимальную схему лечения с учетом пользы и возможных побочных эффектов кортикостероидов [24].

Противовирусная терапия может быть эффективной при лечении периферической невропатии, вызванной вирусной инфекцией, такой как вирус простого герпеса. Вирус простого герпеса (ВПГ-1) может быть связан с развитием невропатии ЛН, включая паралич Белла. Несмотря на то, что дифференциация вирусной невропатии от других форм невропатии может быть сложной,

исследования показали наличие латентного ВПГ-1 в коленчатых ганглиях и обнаружение генома в эндоневральной жидкости ЛН у большинства пациентов с параличом Белла [25].

Однако противовирусные препараты обычно не назначаются как монотерапия из-за их ограниченной эффективности и высокой стоимости. Вместе с тем, исследования показали, что назначение противовирусных препаратов может быть обоснованным в сочетании с кортикостероидами в случаях с выраженным парезом или плегией мимических мышц лица. Конечное решение о назначении противовирусной терапии и ее комбинации с кортикостероидами должно быть принято врачом, исходя из индивидуальных особенностей пациента, тяжести симптомов и клинической картины [26].

Для пациентов с неполным смыканием века важно обеспечить защиту роговицы для профилактики язв. Во время бодрствования рекомендуется закапывать чистую слезу в пораженный глаз каждый час. Ночью после использования крема или мази с кератопротектором рекомендуется закрывать глаз маской.

Эти меры направлены на увлажнение и защиту поверхности глаза, чтобы предотвратить сухость и повреждения роговицы. Чистая слеза содержит вещества, которые помогают увлажнить глаз и защитить его от раздражителей. Кремы или мази с кератопротектором также могут помочь в увлажнении и защите глаза [27].

Важно обратиться к врачу или офтальмологу, чтобы получить рекомендации по конкретному протоколу протекции роговицы, так как индивидуальные потребности пациента могут различаться.

Ботулинотерапия может быть использована в лечении невропатии ЛН для устранения патологических движений и синкинезий. Ботулинотоксин, такой как ботулинотоксин типа А (Ботокс), вводится в определенные мимические мышцы лица с целью ослабления их активности. При использовании ботулинотерапии, небольшие дозы ботулинотоксина вводятся в пораженные мышцы лица, что блокирует передачу сигналов от нервов к мышцам, приводящим к их сокращению. Это позволяет снизить гиперактивность мышц и уменьшить проявления синкинезий и непроизвольных движений лица [28]. Ботулинотерапия обычно проводится периодически, так как эффект от инъекций ботулинотоксина временный и длительность его действия составляет около 3-6 месяцев. После этого может потребоваться повторное введение препарата. Важно отметить, что решение о применении ботулинотерапии, дозировке и месте инъекций должно быть принято квалифицированным медицинским специалистом, таким

как невролог или пластический хирург, с опытом в данной процедуре [29].

Хотя нет конкретных клинических рекомендаций относительно применения физической терапии в остром периоде идиопатической или других форм невропатии ЛН, некоторые исследования показывают потенциальную пользу от физической реабилитации в лечении пациентов с сохраняющейся слабостью мимических мышц. Физическая терапия может включать различные методы, такие как упражнения для лица, массаж, электростимуляцию и другие физиотерапевтические процедуры. Целью такой реабилитации является укрепление мышц лица, улучшение контроля над ними и снижение симптомов невропатии ЛН. Однако необходимо отметить, что эффективность физической терапии в каждом конкретном случае может различаться, и рекомендации по ее применению должны быть индивидуализированы под каждого пациента. Квалифицированный физиотерапевт или реабилитолог должен провести оценку состояния пациента и разработать индивидуальную программу физической реабилитации, учитывая особенности его случая. Важно помнить, что физическая терапия должна быть проводима под наблюдением специалиста, чтобы минимизировать риск возможных осложнений и достичь наилучших результатов.

Выводы, которые можно сделать на основе предоставленной информации. Невропатия ЛН является распространенным заболеванием, которое имеет серьезные последствия для пациентов, включая функциональные и эстетические проблемы, а также негативное влияние на качество жизни.

На данный момент нет утвержденного единого алгоритма лечения невропатии ЛН, основанного на принципах доказательной медицины. Однако существуют клинические рекомендации, согласно которым стандартная медикаментозная терапия должна быть назначена всем пациентам в течение трех дней с момента появления первых симптомов.

Комплексный мультидисциплинарный подход к лечению невропатии ЛН и преемственность между специалистами значительно повышают эффективность терапии.

План лечения должен учитывать как хирургические, так и консервативные методы лечения, а также методы физической реабилитации с использованием физических факторов.

Одним из эффективных способов реабилитации при невропатии ЛН является сочетание ботулинотерапии и лечебной физической культуры (ЛФК), включая метод немедикаментозной физиотерапии с использованием биологических организмов (БОС).

Важно отметить, что каждый случай невропатии ЛН уникален, и лечение должно быть индивидуализировано в зависимости от конкретных характеристик и потребностей пациента. Пациенты должны обратиться к квалифицированным специалистам для получения конкретных рекомендаций и плана лечения.

Литература:

1. Atlas of Surgery of the Facial Nerve: An Otolaryngologists Perspective. 2nd yed. London: Jaypee Brothers Medical Publis' hers Ltd; 2012.
2. Axelsson S., Berg T., Jonsson L., Yengstrom M., Kanerva M., Pitkaranta A., Stjernquist-Desatnik A. Prednisolone in Bell's palsy related to treatment start and age. *Otol Neurotol*. 2011; 32(1): 141–146.
3. Banks C.A., Jowett N., Azizzadeh B., Beurskens C., Bhama P., Borschel G., Coombs C., Coulson S., Croxon G., Diels J., Fattah A., Frey M., Gavilan J., Henstrom D., Hohman M., Kim J., Marres H., Redett R., Snyder-Warwick A., Hadlock T. Worldwide testing of the yeFACE facial nerve clinician-graded scale. *Plast Reconstr Surg*. 2017; 139(2): 491e–498e.
4. Bell palsy: clinical practice guideline. *CMAJ*. 2014; 186(12): 917-922.
5. Bell's palsy: a randomised, double-blind, placebocontrolled, multicentre trial. *Lancet Neurol*. 2008; 7(11): 993-1000.
6. Cardoso J.R., Teixeira Ye.C., Moreira M.D., Favero F.M., Fontes S.V., Bulle de Oliveira A.S. Yeffects of yexercises on Bell's palsy: systematic review of randomized controlled trials. *Otol Neurotol*. 2008; 29(4): 557-560.
7. de Almeida J.R., Guyatt G.H., Sud S., Dorion J., Hill M.D., Kolber M.R., Lea J., Reg S.L., Somogyi B.K., Westerberg B.D., White C., Chen J.M. Management of Yengstrom M., Berg T., Stjernquist-Desatnik A., Axelsson S., Pitkäranta A., Hultcrantz M., Kanerva M., Hanner P., Jonsson L. Prednisolone and valaciclovir in Finkensieper M., Volk G.F., Guntinas-Lichius O. Facial nerve disorders. *Laryngorhinootologie*. 2012; 91(2): 121-142. DOI: 10.1055/s-0031-1300965
8. Gantz B.J., Rubinstein J.T., Gidley P., Woodworth G.G. Surgical management of Bell's palsy. *Laryngoscope*. 1999; 109(8): 1177–1188.
9. Garro A., Nigrovic L.Ye. Managing Peripheral Facial Palsy. *Ann Yemerg Med*. 2018; 71(5): 618-624. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2017.08.039
10. Hakimova S.Z., Hakimova G.K. Peculiarities of psychopathological and autonomic diseases of radiculopathy of compressive-ischemic origin in patients with chronic pain syndrome // Doctor's newsletter No. 1 (98) - 2021. P 100-102. (in Uzbekistan)
11. Hastings J.C., Peacock Ye.Ye. Yeffect of injury, repair, and ascorbic acid deficiency on collagen accumulation in peripheral nerves. *Surg Forum*. 1973; 24: 516-519.

12. Holland J., Bernstein J. Bell's palsy. *BMJ Clin Evid.* 2011; 2011: 1204.
13. Khakimova, S. Z., Khamdamov, B. K., & KODIROV, U. A. (2022). Features of clinical and neurological results of examination of patients with dorsopathy of rheumatic genesis. *Journal of biomedicine and practice*, 7(1). 9
14. Khakimova, S. Z., Khamidullaeva, M. M. K., & Nabieva, L. T. (2020). Principles of complex therapy of chronic pain syndrome in diseases of the peripheral nervous system. *Achievements of science and education*, (1 (55)), 60-66.
15. Kleiss I.J., Beurskens C.H., Stalmeier P.F., Ingels K.J., Marres H.A. Quality of life assessment in facial palsy: validation of the Dutch Facial Clinimetric Evaluation Scale. *Yeur Arch Otorhinolaryngol.* 2015; 272(8): 2055–2061.
16. Lexer Ye., Yeden R. Uber die chirurgische Behandlung der peripheren. Facialislahmung. *Beitr Klin Chir.* 1911; 73: 116.
17. Lorch M., Teach S.J. Facial nerve palsy: etiology and approach to diagnosis and treatment. *Pediatr Emerg Care.* 2010; 26(10): 763-769. DOI: 10.1097/
18. Peitersen Ye. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol Suppl.* 2002; (549): 4-30.
19. Spencer C.R., Irving R.M. Causes and management of facial nerve palsy. *Br J Hosp Med (Lond).* 2016; 77(12): 686-691. DOI: 10.12968/hmed.2016.77.12.686
20. Sullivan F.M., Swan I.R., Donnan P.T., Morrison J.M., Smith B.H., McKinstry B., Davenport R.J., Vale L.D., Clarkson J.Ye., Hammersley V., Hayavi S., McAteer A., Stewart K., Daly F. Yearly treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. *N Engl J Med.* 2007; 357(16): 1598-1607. DOI: 10.3310/hta13470
21. Ziyadullaevna, S. K., & Alis'herovna, D. A. (2020). Features of pain syndrome of patients with brucellosis if damaged nervous system. *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 14(4), 7558-7562.
22. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // *Uzbek journal of case reports.* – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.
23. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2–диметилгидразина на организм в целом // *Биология.* – 2020. – Т. 1. – С. 116.
24. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // *Журнал " Медицина и инновации".* – 2021. – №. 1. – С. 28-31.
25. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите // *Вестник науки и образования.* – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.
26. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // *Достижения науки и образования.* – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
27. Иванова Г.Е., Зайцев О.С., Максакова О.А., Прокопенко С.В., Иванова Н.Е. Организационные аспекты обеспечения восстановления психической деятельности в процессе нейрореабилитации. *Вестник восстановительной медицины.* 2018; 2(84): 37-40.
28. Карягина М.В., Иванова Н.Е., Терешин А.Е., Олюшин В.Е., Вязгина Е.М., Макаров А.О., Ефимова М.Ю. Результаты хирургического лечения. Клинический протокол медицинской помощи пациентам с нейропатией лицевого нерва. Москва: Ассоциация челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов; 2014.
29. Маркин С.П. Поражения лицевого нерва (патогенез, терапия). *Журнал неврологии им. Б.М. Маньковского.* 2017; 5(1): 65-70

НОВЕЙШИЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Хакимова С.З., Гулямова Г.А., Каримов А.М.

Резюме. Невропатия лицевого нерва – заболевание, которое может проявляться как органическими, так и функциональными нарушениями. Эстетический дефект, связанный с этим поражением, может негативно сказаться на социальной адаптации и качестве жизни пациента. В настоящее время нет единого мнения, протокола или алгоритма лечения этого заболевания. В статье систематизированы знания о современных методах лечения и реабилитации больных с различными формами невропатии лицевого нерва. Он включает в себя консервативные и оперативные методы, применяемые на разных стадиях заболевания. Хирургическое лечение включает реконструктивные, декомпрессивные и пластические методы, выбор которых зависит от причины и длительности заболевания. Кроме того, в статье рассматриваются новые и устоявшиеся методы. В консервативной терапии используются кортикостероиды, противовирусные и антибактериальные препараты, которые подбираются в зависимости от клинического состояния.

Ключевые слова: невропатия лицевого нерва, асимметрия лица, реабилитационные методы лечения, ботулинотерапия.



Shopulotova Zarina Abdumuminovna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ МУАММОСИ ВА ҲОМИЛАДОРЛИК КЕЧИШИ ҲАҚИДАГИ ЯНГИЛИКЛАР

Шопулотова Зарина Абдумуミノвна
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Шопулотова Зарина Абдумуミノвна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Долзарблиги: Сурункали соматик патология ҳомиладор аёлларнинг 70% да аниқланади, ҳомиладорлик даврида 76% касалликларнинг кўзгаши (анемия, пиелонефрит ва бошқалар) кузатилади. Замонавий акушерликнинг долзарб муаммоларидан бири бу аёлнинг репродуктив функциясига салбий таъсир кўрсатадиган, ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнини мураккаблаштирадиган гипертензив касалликларнинг ривожланиши, муддатдан олдинги туғруқ, етилмаган болаларнинг туғилиши, туғруқдан кейинги буйрак ва экстраренал асоратларнинг кўпайиши, ҳомиланинг антенатал ўлимига, онадан асоратларга олиб келадиган комбинацияланган соматик патологиядир. Бу пиелонефритли ҳомиладор аёлларда юрак-қон томир патологиясининг пайдо бўлиши частотасини, тузилишини, даволаш тактикасини ва асоратларни олдини олиш усулларини ўрганиш зарурлигини кўрсатади. Мақсад – сўнги 10 йил ичида сурункали пиелонефритнинг кечиши ва намоён бўлиши бўйича замонавий адабиётлар маълумотларини кўриб чиқиш, ҳомиладор аёлларда СП билан бирга келадиган касалликларни аниқлаш. Материаллар ва методлар: Тадқиқот CyberLeninka, Google Akademiyasi, arxiv.org, DOAJ, Rossiya Davlat kutubxonasi, SSRN, Elibrary веб-сайтлари орқали сўнги 10 йилдаги замонавий адабиётлар маълумотлар базаси асосида ўтказилди. Натижалар: Ҳар қандай ҳомиладорлик бутун организмда ҳам, сийдик ажратилиши тизимида ҳам функционал ўзгаришлар билан бирга келади. Ҳомиладор аёлларнинг 20-25 %да дизурик ҳодисалар ҳомиладорликнинг биринчи ҳафталарида пайдо бўлади, СП кўпинча асосий 5 та симптом билан намоён бўлади - оғриқ, дизурик, анемия, гипертензия ва интоксикация. Ўз навбатида, бу ўзгаришлар коморбид ҳодисаларга олиб келади - анемия, юрак-қон томир тизимининг кўрсаткичлари узгаришлари ва ҳомиланинг ривожланишидаги асоратлар. Хулоса: Шундай қилиб, замонавий маълумотларга асосланиб, СПнинг клиник кўринишидаги ўзгаришлар аниқланди, бундан ташқари, унинг фониди анемия ва юрак-қон томир тизимидаги ўзгаришлар кўпинча юзага келади, улар клиник кўринишлар юзага келишидан олдин аниқланади. Натижада, коморбид ҳодисаларнинг олдини олиш учун ушбу ҳомиладор аёлларни дастлабки босқичларда ўрганиш долзарбдир.

Калит сўзлар: сурункали пиелонефрит (СП), ҳомиладорлик, коморбидлик, анемия, юрак-қон томир тизимидаги ўзгаришлар.

Abstract. Relevance: Chronic somatic pathology has 70% of pregnant women, 76% during pregnancy experience exacerbations of diseases (anemia, pyelonephritis, etc.). One of the urgent problems of modern obstetrics is combined somatic pathology, which has a negative impact on the reproductive function of a woman, complicates the course of pregnancy and childbirth, which is manifested by the development of hypertensive disorders of pregnancy, miscarriage, the birth of immature children, an increased frequency of postpartum renal and extrarenal complications, leading to antenatal death of the fetus, complications from the mother. This shows the need to study the frequency of occurrence, the structure of cardiovascular pathology in pregnant women with pyelonephritis, management tactics and ways to prevent complications. Purpose - to review the literature over the past 10 years on modern provisions on the course and manifestations of chronic pyelonephritis to identify comorbidities in pregnant women with CP. Material and methods: The study was conducted on the basis of the database of modern literature of the last 10 years through the websites of CyberLeninka, Google

Academy, arxiv.org, DOAJ, Russian State Library, SSRN. Elibrary. Results: Any pregnancy is accompanied by functional changes in both the whole organism and the urinary system. Dysuric phenomena in 20-25% of pregnant women appear in the first weeks of pregnancy, CP is more often manifested by the main 5 symptoms - pain, dysuric, anemic, hypertensive and intoxication. In turn, these changes lead to comorbid phenomena - anemia, impaired indicators of the cardiovascular system and complications in the development of the fetus. Conclusion: Thus, based on modern data, changes in the clinical manifestation of CP were revealed, in addition, against its background, anemia and changes in the cardiovascular system often occur, which are detected even before clinical manifestations. As a result, it is relevant to study these pregnant women in the early stages for the prevention of comorbid events.

Key words: chronic pyelonephritis (CP), pregnancy, comorbidity, anemia, changes in the cardiovascular system.

Relevance. 70% of pregnant women have chronic somatic pathology, 76% experience exacerbations of diseases during pregnancy (anemia, pyelonephritis, etc.) [12]. According to many authors, diseases of the cardiovascular system are a common cause of pregnancy and childbirth complications. Among the causes of maternal mortality, diseases of the circulatory system are second only to bleeding and preeclampsia [16].

One of the urgent problems of modern obstetrics is combined somatic pathology, which has a negative impact on the reproductive function of a woman, complicates the course of pregnancy and childbirth, which is manifested by the development of hypertensive disorders of pregnancy, miscarriage, the birth of immature children, an increased frequency of postpartum renal and extrarenal complications, leading to antenatal death of the fetus, complications from the mother.

Purpose - to review the literature over the past 10 years on modern provisions on the course and manifestations of chronic pyelonephritis to identify comorbidities in pregnant women with CP.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of the database of modern literature of the last 10 years through the websites of CyberLeninka, Google Academy, arxiv.org, DOAJ, Russian State Library, SSRN. Elibrary.

Results: Chronic pyelonephritis (CP) is a long-term infectious and inflammatory process in the walls of the pyelocaliceal system, in the stroma and parenchyma - the tubulointerstitial apparatus of the kidney. This disease is the most common among urological problems, and among somatic pathologies it ranks third, yielding to diseases of the respiratory and cardiovascular systems [1, 5, 16, 23]. Among the somatic pathologies of pregnant women, it is second only to diseases of the cardiovascular system [2, 4, 8].

According to the ICD 11 coding [11], which came into force in January 2022, today there is the following coding for diseases of the urinary system:

- Glomerular diseases (GB40-GB4Z)
- Renal tubulo-interstitial disease (GB50-GB5Z)
- Kidney failure (GB60-GB6Z)
- Urolithiasis (GB70-GB7Z)
- Cystic or dysplastic kidney disease (GB80-GB8Z)

- Certain specified diseases of the kidneys or ureters (GB90)

- Certain specified diseases of the urinary system (GC00-GC0Y)

- Diseases of the urinary system, unspecified (GC2Z)

HP from this coding category belongs to GB50-GB5Z and is coded as the following subdivisions:

- Tubulo-interstitial nephritis, not specified as acute or chronic (GB54)

- Other specified chronic tubulo-interstitial nephritis (GB55.Y)

- Chronic tubulo-interstitial nephritis, unspecified (GB55.Z)

- Chronic tubulo-interstitial nephritis (GB55)

- Hydronephrosis with ureteropelvic junction obstruction (GB56.0)

- Hydronephrosis with ureteral obstruction (GB56.1)

- Hydronephrosis with ureteral obstruction (GB56.2)

- Hydronephrosis due to bladder obstruction (GB56.3)

- Other or unspecified hydronephrosis (GB56.4)

- Hydronephrosis and reflux nephropathy with vesicoureteral or vesicoureteral-renal reflux (GB56.5)

- Other specified obstructive or reflux nephropathy (GB56.Y)

- Obstructive or reflux nephropathy, unspecified (GB56.Z)

- Other specified renal tubulo-interstitial diseases (GB5Y)

The etiology of chronic pyelonephritis is non-specific and is represented by both gram-negative and gram-positive bacteria, where *Escherichia coli* occupies a dominant place in 75-95% of cases; in addition, *Staphylococcus saprophyticus*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *P. Aeruginosa*, *Serratia* spp. and *Providencia* spp., as well as Coagulase-negative staphylococci (*Staphylococcus saprophyticus*) [1, 7, 13, 16, 20, 22].

In the pathogenesis of chronic pyelonephritis, the influence of factors contributing to the formation of the disease can be considered. The main pathogenetic factors can be represented as follows: the introduction of infection into the kidney by the

urogenic (ascending) route, lymphogenous, hematogenous routes, further damage to the kidney tissue by bacterial flora, endotoxins, and, accordingly, the development of infectious inflammation. Infection and the chronic course of the disease are facilitated by: violation of the urodynamics of the lower urinary tract, pathological refluxes. Recently, in the development of chronic pyelonephritis, they began to attach importance to the secondary sensitization of the body, the development of autoimmune reactions [1, 5, 7, 8, 23].

The prevalence of CP varies from 8 to 20%, according to the causes of death [4, 5, 6, 9, 11, 19]. The World Health Organization classifies chronic pyelonephritis as a problem of social importance, since the disease usually develops in people of working age and often causes disability in patients. In industrialized countries, among kidney diseases, chronic pyelonephritis occurs with a frequency of 16 to 86 per 1000 population, in Russia up to 100 people per 100 thousand population [20, 25], in Uzbekistan every fifth woman suffers from chronic pancreatitis [1].

In the studies of Trunova et al. (2017), 70 women in the third trimester of pregnancy with chronic pyelonephritis (40 women in remission and 30 women in the acute stage) were examined with a control group of 15 women with a physiological pregnancy (third trimester). In blood serum, the concentrations of IL-4, IL-6, IL-8, IL-17, IFN γ , autoantibodies to native DNA antigens (AAT to nDNA antigen) and trophoblastic β 1-glycoprotein were determined. It has been established that not only exacerbation, but also the stage of remission of chronic pyelonephritis are characterized by the activity of the immunoinflammatory process. The authors found that in both stages of chronic pyelonephritis in pregnant women of the third trimester, the development of the immunoinflammatory process is accompanied by the activation of the Tx1-mediated immune response, which is manifested by an increase in the concentrations of IFN γ and the ratio of IFN γ /IL-4 in the blood serum. A decrease in the concentrations of the inducer of the development of the Th2-mediated immune response IL-4 and trophoblastic β 1-glycoprotein was revealed. These disorders during remission of the pathological process are unfavorable prognostic factors that can lead to placental insufficiency, premature birth, and increase the risk of intrauterine infection of the fetus [18].

Although the issue of the course, diagnosis and treatment of chronic pyelonephritis has been well studied, its course in pregnant women does not always have a certain sequence. Recently, a number of researchers have noted a change in the clinical picture of the disease: an increase in the frequency of a latent course, an asymptomatic nature of exacerbations, as well as a long-term persistence of individual clinical

and laboratory symptoms during therapy [6, 10, 17, 20].

The study revealed that in patients with chronic pyelonephritis and impaired purine metabolism, there is a statistically higher frequency of pathological changes in the ECG, as well as EchoCG, which is expressed in a higher significant incidence of rhythm and conduction disturbances, as well as left ventricular hypertrophy. A correlation was found with the level of blood uric acid and the degree of violations of echocardiographic parameters in children with chronic pyelonephritis against the background of impaired purine metabolism [4, 8, 27-29].

Features of the course of chronic pyelonephritis in pregnant women is characterized by an increased risk of developing urinary infections, including exacerbations of chronic pyelonephritis, due to anatomical, hormonal and immunological changes in the urinary system (the total risk is about 10% in the absence of targeted prevention). In risk groups - rheumatological pathology, diabetes mellitus, structural disorders of urodynamics, the likelihood of exacerbation of chronic pyelonephritis is even higher. Features of the clinic and course: due to changes in the relative position of the pelvic organs and abdominal organs, the pain syndrome in diseases of the urinary system is often atypical and thus more often needs an additional differential diagnosis with pathologies that are clinically manifested by an acute abdomen and obstetric / gynecological pathology [18, 25]. In the case of chronic pyelonephritis and CKD III Art. pregnancy is not recommended, but possible. In the case of chronic pyelonephritis and CKD IV-V st. pregnancy is contraindicated.

Pre-existing hypertension is likely to worsen during pregnancy, so fluid intake, diet, and prescribed antihypertensive treatment should be closely monitored [15, 25, 29]. During pregnancy, there is an increased risk of purulent-septic complications. Chronic pyelonephritis in pregnant women is characterized by a persistent course, difficult to treat, often combined with urolithiasis and can itself contribute to nephrolithiasis, hydronephrosis. There is also a tendency to a relapsing clinical course: periods of exacerbations of the disease alternate with periods of remission [12, 15, 23].

In pregnant women, the clinical signs of chronic pyelonephritis may overlap with symptoms associated with pregnancy complications, provoked by the disease or developing independently. For example, pain in the lumbar region with irradiation to the groin and lower abdomen may be associated with an increase in uterine tone with the threat of abortion; proteinuria, hypertension, edematous syndrome may indicate the addition of preeclampsia; leukocyturia may be a sign of infection of the lower genital tract, and prolonged subfebrile condition in the early stages of

pregnancy is often characteristic of the physiological course of pregnancy [5, 19, 28].

In women with chronic pyelonephritis during pregnancy, intrauterine growth retardation (15%), chronic placental insufficiency (35%), and chronic fetal hypoxia (30%) are often noted. Often the cause of premature termination of pregnancy is often a severe combination of gestosis that has arisen against the background of chronic pyelonephritis [4, 9, 22, 27].

In addition, the phenomena of comorbidity with chronic pyelonephritis, both abroad and in our country, have been little studied. At our university, therapists and pediatricians were interested in this issue, but the study of these processes in pregnant women was not observed before. That is why we want to study this issue and take effective methods for the prevention of comorbid events in pregnant women with chronic pyelonephritis.

Conclusion: Thus, based on modern data, changes in the clinical manifestation of CP were revealed, in addition, against its background, anemia and changes in the cardiovascular system often occur, which are detected even before clinical manifestations. As a result, it is relevant to study these pregnant women in the early stages for the prevention of comorbid events.

Literature:

1. Аслонова Ш.Ж., Аслонова И.Ж. Распространенность хронического пиелонефрита у женщин с нарушенной толерантностью к глюкозе // Биология и интегративная медицина. 2017. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rasprostranennost-hronicheskogo-pielonefrita-u-zhenschin-s-narushennoy-tolerantnostyu-k-glyukoze> (дата обращения: 06.07.2023).
2. Брагина Т. В., Петров Ю. А. Клинико-патогенетические аспекты течения беременности и состояния плода у пациенток с хроническим пиелонефритом //Главный врач Юга России. – 2021. – №. 2 (77). – С. 53-56.
3. Вербовой А. Ф., Цанова И. А., Вербовая Н. И. Медицина XXI века: в фокусе коморбидность //Университетская медицина урала. – 2017. – Т. 3. – №. 2. – С. 27-31.
4. Вёрткин А. Л., Ховасова Н. О. Коморбидность—новая патология. Технологии её профилактики и лечения //Архивъ внутренней медицины. – 2013. – №. 4. – С. 68-74.
5. Жантайбекова Э. К. и др. Особенности течения беременности на фоне хронического пиелонефрита //Евразийское научное объединение. – 2020. – №. 2-1. – С. 53-57.
6. Горин В. С., Ким В. Л., Серебренникова Е. С. Беременность и хронический пиелонефрит: клинические и иммунологические аспекты

(обзор) //Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2016. – Т. 16. – №. 5.

7. Гресь А. А., Лелюк В. Ю. Пиелонефрит беременных // Журнал ГрГМУ. 2006. №2 (14).
8. Гойибова, Н. С. Показатели сосудистой системы у детей с хроническим пиелонефритом на фоне уратурии / Н. С. Гойибова, Д. Х. Тураева, З. Э. Холмурадова // Детская медицина Северо-Запада. – 2020. – Т. 8, № 1. – С. 109-110. – EDN LAQFQI.
9. Климкин А. и др. Хронический пиелонефрит беременных //Врач. – 2017. – №. 1. – С. 22-24.
- 10.Кадимова Ш. Г. К. Оценка функционального состояния плода у матерей с хроническим пиелонефритом //Вестник Российской академии медицинских наук. – 2013. – Т. 68. – №. 12. – С. 80-82.
- 11.МКБ – 11 (<https://icd.who.int/ru>)
- 12.Никольская И.Г., Новикова С.В., Барина И.В. и др. Хроническая болезнь почек и беременность: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, перинатальные осложнения. Российский вестник акушера-гинеколога. 2012; 5: С.21-30
- 13.Нурмухамедова Ё. К. и др. Хронический пиелонефрит у беременных //Интернаука. – 2019. – №. 39. – С. 11-12.
- 14.Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
- 15.Расулова Н., Аминова А. Факторы вызывающие хронический пиелонефрит //Евразийский журнал академических исследований. – 2022. – Т. 2. – №. 12. – С. 1236-1238.
- 16.Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном пародонтите //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.
- 17.Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
- 18.Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью //Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.
- 19.Худоярова Д. Р., Шопулотова З. А. Optimization of management of pregnant women with chronic pyelonephritis //Узбекский медицинский журнал. – 2022. – Т. 3. – №. 3.

- 20.Штрафун И. М. Современные подходы к хроническому пиелонефриту // Развитие современной науки и образования: Актуальные вопросы, достижения и инновации. – 2022. – С. 139-155.
- 21.Шопулотова З. А. и др. Явления коморбидности у беременных с пиелонефритом //Медицинская наука и практика: междисциплинарный диалог. – 2022. – С. 193-196.
- 22.Шопулотова З., Солиева З. Диагностическая ценность УЗИ у беременных при хроническом пиелонефрите // Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 2022. – Т. 2. – №. 12. – С. 223-227.
- 23.Klimkin A. et al. Chronic pyelonephritis in pregnancy //Vrach. – 2017. – Т. 28. – №. 1. – С. 22-24.
- 24.Khudoyarova D. R., Shopulotova Z. A., Solieva Z. M. Prevention of complications in pregnant women with chronic pyelonephritis //Бюллетень студентов нового Узбекистана. – 2023. – Т. 1. – №. 5. – С. 25-29.
- 25.Khudoyarova D. S. D. R., Tilavova S. A., Shopulotova Z. A. Manifestations of examination of chronic pyelonephritis in pregnant women (clinical case) //Thematics Journal of Microbiology. – 2022. – Т. 6. – №. 1.
- 26.Olshevskaya O., Olshevskiy V. Features and pathogenesis of thyroid hormonogenesis in parturients with chronic pyelonephritis and preeclampsia on the background of chronic pyelonephritis //The 18 th International scientific and practical conference «Modern science, practice, society»(25-26 May 2020). Boston, USA 2020. 514 p. – 2020. – С. 108.
- 27.Rosales A. A. L. et al. Diagnosis and Treatment of Pyelonephritis During Pregnancy //International Journal Of Medical Science And Clinical Research Studies. – 2022. – Т. 2. – №. 10. – С. 1089-1093.
- 28.Shopulotova Z. A., Khudoyarova D. R., Solieva Z. M. Pregnant women with pyelonephritis //American Journal of Interdisciplinary Research and Development. – 2023. – Т. 15. – С. 268-271.
- 29.Wuraola M. et al. Investigation on the association of cardiovascular markers with severity of chronic pyelonephritis // Archives of Razi Institute. – 2022. – Т. 77. – №. 1. – С. 315.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Шопулотова З.А.

Резюме. Актуальность. Хроническую соматическую патологию имеют 70% беременных женщин, у 76% во время беременности возникают обострения заболеваний (анемия, пиелонефрит и прочее). Одной из актуальных проблем современного акушерства является сочетанная соматическая патология, которая оказывает отрицательное воздействие на репродуктивную функцию женщины, осложняет течение беременности и родов, что проявляется развитием гипертензивных нарушений беременности, невынашиванием беременности, рождением незрелых детей, повышенной частотой послеродовых ренальных и экстраренальных осложнений, приводящий к антенатальной гибели плода, осложнениям со стороны матери. Это показывает необходимость изучения частоты встречаемости, структуры сердечно-сосудистой патологии у беременных с пиелонефритом, тактики ведения и пути профилактики осложнений. Цель – провести обзор литературы за последние 10 лет по современным положениям о течении и проявлениях хронического пиелонефрита для выявления коморбидностей у беременных с ХП. Материал и методы: Исследование проводилось на базе данных современной литературы последних 10 лет через сайты КиберЛенинка, Google Академия, arxiv.org, DOAJ, Российская государственная библиотека, SSRN. Elibrary. Результаты: Любая беременность сопровождается функциональными изменениями как всего организма, так и мочевыделительной системы. Дизурические явления у 20-25% беременных появляются в первые недели беременности, ХП чаще проявляется основными 5-ю симптомами – болевым, дизурическим, анемическим, гипертензивным и интоксикационным. В свою очередь эти изменения приводят к коморбидным явлениям – анемией, нарушениями показателей сердечно – сосудистой системы и осложнениями в развитии плода. Заключение: Таким образом, исходя из современных данных было выявлено изменения в клиническом проявлении ХП, кроме того, на его фоне часто возникают анемии и изменения сердечно-сосудистой системы, которые выявляются еще до клинических проявлений. Вследствие чего является актуальным изучение данных беременных еще в ранние сроки для профилактики коморбидных явлений.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит (ХП), беременность, коморбидность, анемия, изменения в сердечно-сосудистой системе.