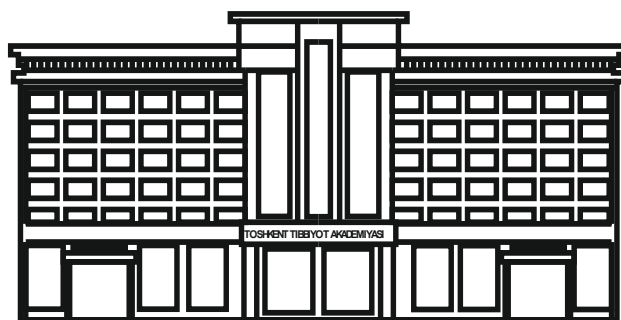


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2021

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
АХВОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста : О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Редактор-дизайнер: Ш.П. Аширова

С. Э. Тураева

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми

правилами, просим направлять по адресу:

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2, Главный учебный корпус ТМА, 4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

ВЕСТНИК ТМА СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК 2021

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. Л.Н.Туйчиев

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Даминов Т.А.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

Члены редакционоого совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Аюпова Ф.М. (Ташкент)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабиров У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

проф. Шомирзаев Н.Х. (Ташкент)

**HERALD TMA
SPECIAL EDITION
2021**

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. L.N.Tuychiev

Deputy Chief Editor

prof. O.R.Teshaev

Responsible secretary

prof. F.Kh.Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

academician Daminov T.A.

academician Karimov Sh.I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R.D.

prof. Mavlyanov I.R.

academician Nazyrov F.G.

prof. Najmutdinova D.K.

academician Soatov T.C.

prof. Khodjibekov M.X.

prof. Shaykhova G.I.

prof. Jae Wook Choi

EDITORIAL COUNCIL

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Akhmedov R.M. (Bukhara)

prof. Ayupova F.M. (Tashkent)

prof. Giyasov Z.A. (Tashkent)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Kayumov U.K. (Tashkent)

prof. Israilov R.I. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Rizamukhamedova M.Z. (Tashkent)

prof. Sabirov U.Y. (Tashkent)

prof. Sabirova R.A. (Tashkent)

prof. Khalikov P.Kh. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

prof. Shomirzaev N.Kh. (Tashkent)

Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: O.H. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30
of December 2013 in Medical Sciences DEPARTMENT OF SUPREME
ATTESTATION COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,
4-qavat, 444-xona.

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. l. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department
risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

СОДЕРЖАНИЕ

Обзоры

<i>Авезова Г.С., Джуманазарова А. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН</i>	10
<i>Адилова З.У., Жолдасбаев К.К. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ- ОКАЗАНИЕ МЕДИКО СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫМ</i>	11
<i>Мадаминова А.К., Уразалиева И.Р, Инаков Ш.А. ЎЗБЕКИСТОНДА «МУРУВВАТ» ИНТЕРНАТ УЙЛАРИНИНГ РИВОЖЛАНИШ ИСТИҚБОЛЛАРИ</i>	11
<i>Маматкулов Б.М., Мусаева Г.И. ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАР ОРАСИДА ЮҚУМЛИ БЎЛМАГАН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ, ТАРҚАЛГАНЛИГИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ”</i>	12
<i>Маннапова М., Адилова З.У. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</i>	13
<i>Ramanova D.Yu., Kakharova A.L. IDENTIFICATION AND PREVENTION OF BURNOUT SYNDROME IN SECONDARY HEALTH CARE WORKERS</i>	14
<i>Тулаганова Д.С., Адилова З.У. АҚЛИЙ ЗАИФ БОЛАЛАРГА ИНТЕРНАТ УЙИДА КЎРСАТИЛАДИГАН ТИББИЙ ЁРДАМИ НИ БАҲОЛАШ</i>	14
<i>Турамуратова,М.Б., Адилбекова Д.Б. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СЕЛЬСКИХ И ГОРОДСКИХ МЕСТНОСТЕЙ ХОРЕЗМСКОГО ВИЛОЯТА</i>	15
<i>Уразалиева И.Р., Анорқулова.Ҳ.Д. СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИ БИРЛАМЧИ ТИББИЙ САНИТАРИЯ ЁРДАМИ МУАССА-САЛАРИДА АНТЕНАТАЛ ДАВРДА ПАТРОНАЖЛИК ХИЗМАТИНИ ТАҲЛИЛИ</i>	16
<i>Уразалиева И.Р., Бердалиева.У.А. ҲАМШИРАЛАР ФАОЛИЯТИДА ЗАМОНАВИЙ АХБОРОТ КОММУНИКАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ТУТГАН ЎРНИНИ БАХОЛАШ</i>	17
<i>Уразалиева И.Р., Иргашева М.Д. ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКАЛАРДА ПАТРОНАЖ ҲАМШИРАЛАРИ ФАОЛИЯТИ-НИНГ ТАХЛИЛИ</i>	18
<i>Усманбекова Г.К., Рахимова М.М. ПОСЛЕДИПЛОМНЕ ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР</i>	18

Параклиника

<i>Abdusoatova M.A., Nuruzova Z.A. HELICOBACTER PYLORI INFEKSIYASINING ME’DA SARATONIDAGI ETIOLOGIK O’RNIŞ</i>	20
<i>Абдуллаева Д.Г., Ёдгорова Н.Т., Кульжанова М., Турсунходжаева Л.Т., Ихтисамова А.И. ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ</i>	20
<i>Алимов А.А., Атамуратова Ф.С. КАДРОВЫЙ КРИЗИС В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19</i>	23
<i>Ахмедова Д.Р., Ищенко И.В., Тиллашайхова М.Х. ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ДЕ-ВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ</i>	24
<i>Ахмедова Н.А., Уралов Ш. КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗДОРОВЬЯ И ГРУППЫ КРОВИ</i>	26
<i>Ахмедова Н.А., Суюрқулова М.Ш., Алиева К.К. РОЛЬ НЕДОСТАТКА ВИТАМИНА D В ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНА-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ</i>	28
<i>Баратова С., Жуманов А., Худайбердиев Х., Сафаева Ш. ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНО-СТИ АСФЕРВОНА</i>	30
<i>Джанаев Ф.Ю., Мустанов Т.Б., Худайбердиев Х.И. ИММОБИЛИЗАЦИОН СТРЕСС ЙЎЛИ БИЛАН ЧАҚИРИЛГАН МЕЪ-ДА ЯРАСИДА ЎСИМЛИКЛАР ЙИҒМАСИ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ</i>	32
<i>Душиева С.Д., Маматмусаева Ф.Ш., Хикматуллаева А.С., Шарапов С.СУРУНКАЛИ “В” ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ БИЛАН КА-САЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА HbsAg МАРКЕРИНИ МИҚДОРИЙ АНИҚЛАНИШИНИНГ АҲАМИЯТИ</i>	33
<i>Жониқулов Ж.О., Алматова У.А., Бобоева И.Ў., Неъматова Н.Ў., Абдуқахарова М.Ф.КАСАЛХОНА ОИВ-ИНФЕК-ЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ</i>	34
<i>Турсунова З., Махмудов С., Худайбердиев Х. ВЛИЯНИЕ ЛЕСБОХОЛА НА ЭКСКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕ-НИ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ</i>	35
<i>Ilxotova Z.E. O’PKANING SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGI BOR BEMORLARDA BUDESONID /FORMOTEROL INGALYATORLARIDAN FOYDALANISHNING QIYOSIY SAMARADORLIGINI VANOLASH</i>	37
<i>Ишанджанова С.Х., Солижонов Ж.Н., Азизова Ф.Х., Отажанова А.Н., Собирова Д.Р. ОСОБЕННОСТИ РЕАК-ЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ТОНКОЙ КИШКИ НА АНТИГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ</i>	38
<i>Кобилжоннова М.У., Нурузова З.А. АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ</i>	40
<i>Мамадиёрова М.А., Индиаминов С.И. ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ПАДЕНИЯХ</i>	41

<i>Маманов Р.А., Мо`minova М.А., Tursunova Sh.А., Mamatmusaeva F.Sh. COVID-19 INFEKSIYASI REKONVALEST-SENTLARIDA ICHAK MIKROFLORASIDAGI O`ZGARISHLAR</i>	41
<i>Matrizayeva G.D., Alimova M. M. DIGITALIZATION OF MEDICINE AND HEALTH EDUCATION</i>	42
<i>Машарипова Ш.С., Машарипов С.М. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА КИЧИК ҚОН АЙЛАНИШ ДОИРАСИ АРТЕРИЯЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ</i>	43
<i>Мисирова Ш.А., Наркулов С.Д. ЗНАЧЕНИЕ ХОСПИСОВ В ГУМАНИЗАЦИИ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ</i>	47
<i>Murodullayev A.A. PARVOVIRUS B19 INFEKSIYASINING BOLALAR O`RTASIDA TEKSHIRISH KO`RSATKICHLARI</i>	47
<i>Муродова И.А., Самадова Х.С., Файзуллаева З.Р. РОЛЬ МИКРООРГАНИЗМОВ ПРИ РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ СИСТЕМЫ</i>	48
<i>Назарова М.Б., Шарафутдинов К.К., Адилбекова Д.Б. РОЛЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ МАТЕРИ В РАЗВИТИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ НЕЗРЕЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПОТОМСТВА</i>	48
<i>Нематова Б., Турсунмуродова Ш., Худайбердиев Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПОЛИМЕРНЫХ КОМПОЗИЦИЙ ГОССИПОЛА В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ ГЕПАТИТЕ</i>	51
<i>Отажанова А.Н., Исломжонова М.М., Утепова Н.Б., Назарова М.М., Шермухамедов Т.Т. СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О КРОВЕТВОРЕНИИ И РОЛИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК</i>	53
<i>Рашидова Ф.М., Абдукадырова М.У., Нурузова З.А. АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ БОЛЬНЫХ С COVID-19</i>	55
<i>Реймбергенов Ж.И., Абдуллаев И.К., Матякубов Ж.Р. COVID-19 КАСАЛЛИГИНИНГ АҲОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИДАГИ АЙРИМ ТИББИЙ-ИЖТИМОИЙ ЖИҲАТЛАР</i>	55
<i>Самадова Х.С., Муродова И.А. ИЗУЧЕНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ</i>	58
<i>Сапаева Ш.А., Отажанова Д.О. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА СРЕДИ ГРУПП РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И СТУДЕНТОВ УРГЕНЧСКОГО ФИЛИАЛА ТМА</i>	58
<i>Собирова Д.Р., Азизова Ф.Х., Отажанова А.Н., Ишанджанова С.Х. ДУНЁ БЎЙИЧА ГЕН-МОДИФИКАЦИОН МАҲСУЛОТЛАРИНИНГ ХАВФЛИЛИК ДАРАЖАСИ: ШАРҲ</i>	60
<i>Сулейманов С.О., Юлдашев Н.М., Сулейманова Г.Г. АКТИВНОСТЬ МИКРОСОМАЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА</i>	61
<i>Султанов С.А., Махсумов Ш.М., Зайцева О.А. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ГАЛАНТАМИНА НА ЭКССУДАТИВНО-ПРОЛИФЕРАТИВНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ</i>	62
<i>Турамуратова М.Б., Адилбекова Д.Б. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СЕЛЬСКИХ И ГОРОДСКИХ МЕСТНОСТЕЙ ХОРЕЗМСКОГО ВИЛОЯТА</i>	63
<i>Tursunov M. SURUNKALI RINOSINUSIT BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA MIKROBLAR PEYZAJI</i>	65
<i>Tursunov M.SH. BEMORLARDA SURUNKALI RINOSINUSIT LARNING MIKROBIAL PEYZAJI</i>	65
<i>Турсунов Х.З., Бобоев Х.Н., Омонов Ш.Р. КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДА ТРОМБО-ЭМБОЛИК АСОРАТЛАРИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК АСОСЛАРИ</i>	66
<i>Умарова М.А., Абдукахарова М.Ф., Брянцева Е.В., Мустанов А.Ю. НАМАНГАН ВИЛОЯТИ БОЛАЛАРИ ОРАСИДА ҚИЗАМИҚ ИММУНОПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК САМАРАДОРЛИГИ</i>	67
<i>Уразалиева И.Р., Назирова Г.М. БИРЛАМЧИ БЎҒИНИДАГИ ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКАЛАР ПАТРОНАЖ ҲАМШИРАЛАРИНИНГ КАСАЛЛАНИШИНИ ЎРГАНИШ</i>	69
<i>Утепова Н.Б., Умарова З.Х., Азизова Ф.Х., Собирова Д.Р., Назарова М.М. ПОСТНАТАЛЬНЫЙ МОРФОГЕНЕЗ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПОТОМСТВА САМОК КРЫС, ПОДВЕРГШИХСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ФИПРОНИЛОМ</i>	69
<i>Хакимова Д.С., Саломова Ф.И. УМУМ ТАЪЛИМ МАКТАБЛАРИ ДАРС ЖАДВАЛИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ НАТИЖАЛАРИ</i>	72
<i>Халмухамедов Б.Т. ИЗУЧЕНИЕ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ БУДУЩИХ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ</i>	73
<i>Шокирова Ф.Ж., Нарзуллаев С.Н, Пардаев Қ.И.ЎТКИР ЛЕЙКОЗДА ХИМИОТЕРАПИЯНИ ТУРЛИ БОСҚИЧЛАРИДА АНЕМИК СИНДРОМНИ ЎРГАНИШ</i>	74
<i>Юсупова Ф.У. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЗАМОНАВИЙ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ВА СУРРОГАТ ОНАЛИҚДАН ФОЙДАЛАНИШНИ ХУҚУҚИЙ ТАРТИБГА СОЛИШ</i>	76
<i>Яхьяева М.Х, Дубровченко А.В, Жангаворов А. Ж. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i>	78
Терапия	
<i>Абдувахидов Т.Т. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ</i>	80

<i>Abdukakhorov A.A., Boboraxmatov X.N. EVALUATION OF ESOPHAGEAL LESIONS IN SYSTEMIC SCLERODERMA WITH CLINICAL SIGNS AND ENDOSCOPIC FINDINGS</i>	81
<i>Abdullaev U.S., Mirzakarimova Z.S. CLINICAL-DIAGNOSTIC CRITERIAS OF CHRONIC DISEASES OF GASTRO DUODENAL ZONE IN TEENAGERS IN POLICLINIC CONDITIONS</i>	82
<i>Абдумаликова Ф., Гиясова М., Усманов Х. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ COVID-19</i>	82
<i>Абдураззакова Д.С., Набиева Д.А. ИНФЕКЦИОН ОМИЛНИНГ РЕВМАТОИД АРТРИТ КЛИНИК КЎРИНИШИГА ТАЪСИРИ</i>	84
<i>Азизова Ф.Л., Кирьякиду Э.Х. АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА ДЗЮДОИСТОВ-ЮНИОРОВ</i>	85
<i>Aliyeva K.K., Djuraeva E.R., Tashpulatova M.M. THE FUNCTIONAL STATE OF THE THYROID GLAND IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS ON THE BACKGROUND OF PHARMACOTHERAPY</i>	87
<i>Аскарлова Р.И. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ</i>	88
<i>Аскарлова Р.И. ОТЯГОЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ</i>	91
<i>Асрарова З.Д., Даминова М.Н. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ</i>	94
<i>Axmedova M.D., Abidov A.B., Giyasova G.M., Tadjiyeva N.U., Sobirov A.B., Xaymatov A.A. RETROSPECTIVE STUDY OF THE INCIDENCE OF HERPETIC INFECTIONS IN HIV-INFECTED PERSONS IN UZBEKISTAN</i>	95
<i>Axmedova D. T., Tojiboyev M. S., Mahmudova M. S. RISK FACTORS DURING DISPENSERIZATION IN MIDDLE AGED PERSONS</i>	99
<i>Ахмедова Ш.Ш., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19</i>	100
<i>Ахмедова М.Д., Рузиев А.М., Қурбонова Г.Ш., Ташпулатова Ш.А. ГЕПАТИТ D ФОНИДА РИВОЖЛАНГАН МИНИМАЛ ЖИГАР ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСИНИНГ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ</i>	101
<i>Ахмедова М.Д., Ниязова Т.А., Магзумов Х.Б., Имамova И.А., Бобожонов Ш.Ж., Назиров Ш.А., Ибрагимова Н.У. КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШДА ВИРУСГА ҚАРШИ ТЕРАПИЯНИНГ САМАРАДОРЛИГИ</i>	103
<i>Ахмедова М.Д., Султонова Г.Ю. ВИРУС ЭТИОЛОГИЯЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗИДА ИЧАК МИКРОФЛОРАСИ ҲОЛАТИ</i>	106
<i>Восиков Б.А., Лян Е.М. ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19</i>	107
<i>Баходиржонов.Т.Б., Зияева Ф.К., Джураева Э.Р. ДИАГНОСТИКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ И ОЦЕНКА РАННЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ</i>	108
<i>Даминова М.Н., Абдуллаева О.И. СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ</i>	110
<i>Jo'rayeva S.B., Rajabov M.N. EPILEPSIYA KASALLIGIDA AFFEKTIV BUZILISHLARNING IJTIMOIIY-PSIXOLOGIK ASPEKTLARI</i>	111
<i>Жураева С.Б., Шадманова Л.Ш., Толипова Н.Ш., Умуров Н.А., Турдиева М.Э. ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ</i>	111
<i>Зокирова М.Б. ВЗАИМОСВЯЗЬ АКТИВИРУЕМОГО ТРОМБИНОМ ИНГИБИТОРА ФИБРИНОЛИЗА (ТАФИ) С ФАКТОРАМИ РИСКА И ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ИБС</i>	113
<i>Zuhriddinov A.A., Abdullajanova Sh.J. SURUNKALI ALKOGOLIZM BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA COVID-19 DAN KEYINGI DAVRDAGI JINSIY XULQ-ATVOR BUZILISHLARNING XUSUSIYATLARI</i>	114
<i>Ибрагимов З.С., Ярмухамедова Д.З., Нуритдинова Н.Б., Халмухамедов Б.Т. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА</i>	115
<i>Исламова Д.А. ПРИМЕНЕНИЕ ЗАНЯТИЙ ЙОГОЙ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ</i>	116
<i>Исламова М.С. АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РЕНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ</i>	118
<i>Кадирова Б.М. ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</i>	118
<i>Комолова Ф.Дж., Урунбаева М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЦИПЛОС АРВОХАЙЛЕРА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ</i>	119
<i>Қаххарова Ш.Б., Касимова М.Б. ТИЗИМЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯЛИ БЕМОЛЛАРДА ОСТЕОПОРОЗ</i>	120
<i>Кучкаров Х.Н., Ядгарова Н.Ф., Кеворкова М.А., Толипова Н.Ш., Зокиров М.М., Ражапбоев И.Ш. ШИЗОФРЕНИЯ КАСАЛЛИГИДА АПАТО – АБУЛИК ДЕФЕКТНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ</i>	122

<i>Махкамova М., Омаров Х. ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19</i>	124
<i>Муминова Н.Х., Высокoрцева О.Н. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID19, ОСЛОЖНЕННУЮ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ</i>	126
<i>Muradimova A.R., Usmanova D.D. THE ROLE OF NEUROTROPHIC FACTOR IN THE PATHOGENESIS OF DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY COMPLICATED BY VASCULAR DEMENTIA</i>	128
<i>Мурадимова А.Р., Усманова Д.Д. СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ И НЕЙРОТРОФИНЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА</i>	128
<i>Назарова М.Б., Шарафутдинов К.К., Адилбекова Д.Б. РОЛЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ МАТЕРИ В РАЗВИТИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ НЕЗРЕЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПОТОМСТВА</i>	129
<i>Накиева Г.М., Шадманова Л.Ш. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЛИЗКИХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19</i>	131
<i>Насретденова Д. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГАЛЕКТИНА-3 В РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ COVID-19</i>	131
<i>Насырова А.К., Нажмутдинова Д.К. «ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ»</i>	134
<i>Орипов О.И. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА, АССОЦИИРОВАННОГО С COVID-19 КОАГУЛОПАТИЕЙ</i>	135
<i>Отажонов З.М., Ядгарова Н.Ф., Лян Е.М., Кеворкова М.А., Ражабов М.Н. ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ</i>	137
<i>Otajonov Z.M., Yadgarova N.F. THE ROLE OF ELECTRCONVULSIVE THERAPY IN THE TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDER IN OLD AGE PATIENTS</i>	138
<i>Отахонова Ф.Т. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ФЛЮДИТЕК И ПУЛМОЛАН В ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ</i>	139
<i>Павленко Е.П., Дьяков А.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ПОТЕНЦИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНОГО</i>	140
<i>Ражабова Р., Нуриллаева Н., Шукурджанова С., Саудахмадов С. ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЖИСМОНИЙ ФАОЛЛИКНИНГ АСЛ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ</i>	142
<i>Ражапова Ш.М., Абдуллаев Р.Б. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ COVID-19 В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ХОРЕЗМСКОГО РЕГИОНА</i>	145
<i>Сабиров М.А., Исламова М.С., Даминова К.М. ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ</i>	146
<i>Собиров А.Б., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К. ЧАСТОТА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ</i>	147
<i>Собиров А.Б. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА</i>	149
<i>Таджитдинова Г.Г., Ережелбаев К. Т. ПРИЧИНЫ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ АЛЬЦГЕЙМЕРА СРЕДИ ЛЮДЕЙ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА</i>	150
<i>Ташпулатова М.М., Набиева Д.А. РЕВМАТОИД АРТРИТНИ 14-3-3 Н МАРКЕРИДАН ФОЙДАЛАНГАН ҲОЛДА ЭРТА ТАШХИСЛАШ</i>	152
<i>Ташпулатова Ш.А., Максудова З.С., Саудахмедов Қ.Б., Рахимова М.Р., Касымова М.С., Нутфуллаев И. ҲОМИЛАДОРЛАРДА ГЕПАТИТ D ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ОҒИР КЕЧИШИНИ ҲОМИЛАДОРЛИК ТРИМЕСТРИГА БОҒЛИҚ ЎРГАНИШ</i>	153
<i>Тошматова В.И. ПРАВОВЫЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭВТАНАЗИИ</i>	155
<i>Туйчиев Л.Н., Каромов М.Н., Анваров Ж.А. ШАРТЛИ-ПАТОГЕН МИКРОФЛОРА КЕЛТИРИБ ЧИҚАРГАН ЎТКИР ДИАРЕЯЛАРНИНГ ЭТИОЛОГИК ТАРКИБИ ВА КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ</i>	157
<i>Тўрақулов Б., Холмуродов Э., Шукурджанова С., Нуритдинова Н. COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИ ТАЪСИРИДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР</i>	159
<i>Турсунов Ф. У., Бабаджанова Ш.А., Саидов А.Б., Бахадирова А.А. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ COVID-19 НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА</i>	160
<i>Умаров Р.З. ОЦЕНКА СПЕЦИФИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ РИНОСИНОСИТОВ</i>	161
<i>Умаров Ф.Ф., Жураев М.Б., Исканова Г.Х. ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АОРТОАРТЕРИИТАХ У ДЕТЕЙ</i>	162

Усманходжаева А.А., Рахимбердиева Г.У. БОЛАЛАРДА УЧРАЙДИГАН БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИДА КОМПЛЕКС РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ФОТОХРОМОТЕРАПИЯНИ ҚЎЛЛАШ	164
Fayziyeva M.I., Nuritdinova N.B., Shukurdjanova S.M. ARTERIAL GIPERTENZIYAVA SEMIZLIK BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA ARTERIAL QON BOSIMINING SUTKALIK RITMINI O'RGANISH	164
Фаттахов Р.А., Кулдашов А.Ш. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА	166
Хасанова Н., Нуриллаева Н.М. ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ФИБРИНОЛИТИК ФАОЛЛИК ТИЗИМИНИНГ ПАТОГЕНЕТИК МЕХАНИЗМЛАРИ	166
Хикматуллаева М.Р., Нажмутдинова Д.К. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В РАННИХ СРОКАХ	168
Холдаралиев О.Ф., Туляганова Ф.М. КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ГАЛОТЕРАПИЯНИ ҚЎЛЛАШ	170
Худайбергенова А.Ш., Турсункулова Х.О. ПЕРЕНОСИМОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	171
Худойбердиева М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ИСМИЖЕН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	172
Шовалиев И. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИИ ИММУНИТЕТА	173
Эгамова С. Ш., Абдуллаева М. Н., Эрназаров Б. ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ COVID-19	173
Эгамова С. Ш., Аминжон Р.Д. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СКВ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ ПОЛОВ	175
Эргашов О.И., Нурузова З.А. ТАЛАБА ЁШЛАР ЮРАК –ҚОН ТОМИР СИСТЕМАСИДАГИ ПРЕДПАТОЛОГИК ВА ПАТОЛОГИК ЖАРАЁНЛАРНИНГ ИММУНОЛОГИК ТАҲЛИЛИ	177
Хирургия	
Абдуллаева Н.Х. ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧА КАСАЛЛИГИНИ ХОМИЛАДОРЛАРДА ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ ВА ДАВОСИ	179
Алимбекова Л.У., Собирова Р.А., Турсунов Д.Х. РОЛЬ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	181
Ашурова У.А., Абдувалиева С.Х., Мамирова М.У. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КОНТРАЦЕПТИВОВ ПРИ МИОМЕ МАТКИ	182
Бабаджанова Г.С., Узокова М.К. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	183
Бабаджанова Г.С., Султанмуратова Г.У. ВЛИЯНИЕ ХЛОРМАДИНОН СОДЕРЖАЩИХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА УГЛЕВОДНЫЙ И ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	185
Babadjanova G.S., Sultanmuratova G.U. EFFECT OF CHLORMADINONE-CONTAINING CONTRACEPTIVES ON CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM IN WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME	185
Бабаева А.И. РОЛЬ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В РАЗВИТИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ: СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ	189
Boboyev Q.X., Qosimov U.K., Bobabekov A.R., Atakov S.S., Qosimova D.U. QANDLI DIABETDA YUMSHOQ TO'QIMALAR JARROHLIK INFEKTSIYASINING O'ZIGA HOSLIGI	193
Болтаев Б.М. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ	198
Бурхонов Ф. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ СИМПТАЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РЕЙНО	200
Гадоева Д.А., Магзумова Н.М., Мусаева А.Ф. ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЧИН БЕСПЛОДИЯ В БРАКЕ	200
Кадирова Б., Кадирова Б. РОЛЬ УВЧ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПУНКЦИЙ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА – ПОВРЕЖДЕНИЙ СПИННОМОЗГОВЫХ КОРЕШКОВ	201
Комилова Д.К., Каюмова Д.Т. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ “ТОНКОГО” ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ МАТОЧНОЙ ФОРМЕ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С НИЗКОГО МАССА ТЕЛА	201
Мамадалиева Г. И., Рузиева Н.Х. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	203
Мамирова М.У., Абдуллаева Л.М., Абраева Н.Н. СЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ	204
Мамирова М.У., Туропова М.Э., Абдуллаева Л.М., Низамутдинов К.З. GESTАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ	205
Мамирова М.У., Абдуллаева Л.М., Низамутдинов К.З. ОСОБЕННОСТИ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ	205

Махмудов Б.Л., Косимов А.А., Хужаназаров И.Э. ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ – ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ДОСТУПА	207
Мухамедова Н., Касимова Д.У., Бобоев К.Х., Касимов У.К. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ШЕИ, ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	209
Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИ ПРОЛАПСИСИ БЎЛГАН АЁЛЛАРГА, БОҒЛАНГАН ЭСТРОГЕННИ МАХАЛЛИЙ ИШЛАТИШ ЖАРРОХЛИК АМАЛИЕТИНИНГ НАТИЖАЛАРИГА ТАЪСИРИ	210
Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. ЖИНСИЙ ОРГАНЛАР ПРОЛАПСИ БИЛАН ОПЕРАЦИЯ БЎЛГАН БЕМОРАЛАРНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРНИ ЎТКАЗИШ ТАКТИКАСИ	212
Пахомов Г.Л., Рихсиев З., Ортиков Ж.Б., Аброрхонов А.А. ХИМИОТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ	214
Пахомов Г.Л., Худайбергенов Ш.Н., Аброрхонов А.А., Ортиков Ж.Б. ОПТИМИЗИРОВАННАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ	215
Рахматалиев С.Х. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	217
Рашидова Ш.А. ПРИЧИНЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ У ДЕВУШЕК В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	218
Рузиева Н.Х., Эргашова М.Ш. ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ОАА В СОСТОЯНИИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕМИИ	219
Саидносиров О.К., Кобилов Н.Р., Хайитов А.А. КОРРЕКЦИЯ ДЛИНЫ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ КОКСАРТРОЗОМ	221
Сидикова Н.М., Рузиева Н.Х. СЛОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРАНДРОГЕННЫХ СОСТОЯНИЙ В АКУШЕРСТВЕ	223
Sobirova M.R., Qurbonov B.B., Qurbonov D.D. G'ISTEROEKTOMIYADAN SO'NG QIN CHO'RTOG'INING SURILISHI VA TUSHISH MUAMMOLARI (ADABIYOT MANBALARINI HAQIDA UMUMIY MA'LUMOT)	225
Собирова М.Р., Курбанов Б.Б., Курбанов Д.Д. ПРОБЛЕМА ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ КУЛЬТИ ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ГИСТЕРОЭКТОМИИ	227
Suinov F.X., Jalolov R.K., Sobirova M.R. O'SMIR QIZLARDA QIN NUQSON MUAMMOLARI	230
Таджибаева М.Р., Абдуразакова М.Д. РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ТОШНОТЫ И РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ	231
Темирова У.В., Иноятова Н.М. РВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ДИФИЦИТ ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА	233
Узоков А.Д., Умаров Р.З. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	238
Узоқова М.К., Тоғаймуродова Ш.Б. ЮРАК КАСАЛЛИКЛАРИДА БЕТА БЛОКАТОРЛАРНИНГ КУЛЛАНИЛИШИ ХОМИЛА УСИШДАН ОРТДАН КОЛИШИ ХАВФИНИ ОШИРАДИ	239
Fayziyev F.Sh. Mirzayeva M.A. YUMSHOQ TO'QIMA SARKOMALARI ADYUVANT XIMIYATERAPIYA	241
Хаджимухамедов Ш.Б., Шайхова Х.Э., Каримова З.Х. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КИ В МИРЕ И В УЗБЕКИСТАНЕ	242
Хаджимухамедов Ш.Б. ОТКАЗ КОХЛЕАРНОГО ИМПЛАНТАТА ПОСЛЕ COVID 19: ОТЧЕТ О ДВУХ СЛУЧАЯХ	245
Хикматуллаева М.Р., Нажмутдинова Д.К. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В РАННИХ СРОКАХ	246
Худойкулов М.М., Якубов И.Ю., Ражабов Ш.Н., Холмаматов Х.Т., Ахадов М.М. ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ДВУХ СЕГМЕНТОВ ПРИ ДВУХУРОВНЕВОМ РУБЦОВОМ СТЕНОЗЕ ТРАХЕИ	248
Шаймуродова М.У., Юлдашева Д. Ю. БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 НА ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ	249
Шокирова С.А., Каримов А.Х. СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ	251
Эшонкулова С.А., Сидикходжаева М.А. ИНДУЦИРОВАННЫЕ РОДЫ: ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ, ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ	252
Юлдашев М.Э. К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА	253
Якубов И.Ю., Худойкулов М.М., Ражабов Ш.Н., Холмаматов Х.Т., Ахадов М.М. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ТРАХЕИ	256
Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х., Саломова Ф.И. БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ	257

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Авезова Г.С., Джуманазарова А.

Ташкентская медицинская академия

В 2019 г. от туберкулеза умерло в общей сложности 1,4 миллиона человек (в том числе 208 000 человек с ВИЧ-инфекцией). Во всем мире туберкулез является одной из 10 основных причин смерти и основной причиной смерти, обусловленной каким-либо одним возбудителем инфекции (опережая ВИЧ/СПИД). По оценкам, во всем мире в 2019 г. туберкулезом заболели 10 миллионов человек, включая 5,6 миллиона мужчин, 3,2 миллиона женщин и 1,2 миллиона детей. Туберкулез распространен во всех странах и возрастных группах. Туберкулез излечим и предотвратим. В глобальных масштабах в 2019 г. туберкулезом заболели 1,2 миллиона детей.

Диагностировать и лечить туберкулез у детей и подростков бывает сложно, и болезнь в этом возрасте часто остается не распознанной работниками здравоохранения. Наиболее высокая распространенность туберкулеза отмечена в регионах социально – экономическим и экологическим неблагополучием, в частности в Приаралье.

Рост заболеваемости туберкулезом и недостаточный контроль за его лечением привели к формированию значительного резервуара больных с туберкулезом, среди которых 30% составляют больные с длительным течением болезни с бактериовыделением, являющиеся наиболее опасными в эпидемиологическом отношении. Как известно, каждый больной, выделяющий туберкулезную палочку, может заражать до 10 – 15 человек.

Среди длительно болеющих каждый пятый больной является инвалидом вследствие туберкулеза.

Цель исследования. Изучение особенностей распространения туберкулеза, анализ динамики, основных тенденций и закономерностей заболеваемости от туберкулеза

Результаты. Путем опроса выявлено, что из общего числа 500 опрошенных туберкулезных больных 73% составляют жители сельской местности, 27% городских, мужчины 71,3%, женщины 28,7%. Из общего количества 87,2% выделяли МБТ. Туберкулез органов дыхания был у 82% больных, а внелегочные формы туберкулеза — у 18% больных. В зависимости от длительности заболевания впервые заболевшие составили 78,1%, хронической формой туберкулеза – 15,7%, рецидивами болезни — 6,2%. По социальному положению: служащие (5,8%); рабочие 441 (21,7%); неработающие 1071 (52,8%); пенсионного возраста 321 (15,8%); бизнесмены 76 (3,7%). Из них лица самого трудоспособного возраста (от 15 до 50 лет) из общего числа опрошенных с активным туберкулезом составили 78,5%.

С целью выявления своевременности диагностики и получения адекватного лечения из 500 респондентов на вопрос: «Сколько времени лечились у других врачей?», ответили: в течение 10-15 дней 32,2%; в течение одного месяца 23,0%; до 3 месяцев 21%; до 6 месяцев 8,0%; более одного года 9,6%. Из количества опрошенных туберкулезных больных 61,4% обращались к фтизиатру своевременно, 14,5% считали себя здоровыми; 15,1% больных думали, что имеющиеся клинические симптомы скоро пройдут; 4,8% обратились после кровохаркания и 3,2% лечились у знакомых врачей. На вопрос: «Через какое время от начала болезни выставлен диагноз туберкулез?», получены следующие ответы: в течение одного месяца — 61,4%; через два три месяца — 20,9%; через 4-6 месяцев — 8,0% и через год — 9,6%, в основном больные с внелегочными формами туберкулеза.

На вопрос: «Благоустроена ли Ваша жилплощадь?», получены ответы «да» в 10,0% и ответы «нет» в 90,0%. Обеспеченность жилплощадью менее 9 квадратных метров на одного члена семьи отмечена у 82% больных, что свидетельствует о большой скученности, которая способствует быстрому распространению туберкулезной инфекции.

Также изучено количество заболевших туберкулезом в одной семье. Получены следующие результаты: один человек в семье — 76,7%, двое — 19,3%, трое — 1,8%, четыре человека — 0,1%. Таким образом, количество больных туберкулезом более двух человек в одной семье составляет 22,5%, что свидетельствует о росте лекарственно устойчивых форм туберкулеза, 70,5% болели туберкулезом в течение 1-2 лет; 21,3% в течение 3-4 лет; 8,2% в течение 5-6 лет.

Заключение. Здоровье населения зависит от влияния социально-гигиенических и экономических факторов. В неблагоустроенных условиях жизни проживает более 92,0% больных туберкулезом. Из общего количество респондентов 87,8% составляют больные с неудовлетворительными жизненными условиями. Обеспеченность жилой площадью ниже санитарной нормы (менее 9 кв.м. на одного человека), месячный доход ниже прожиточного минимума, больные в основном из многодетных семей. Рост числа безработных, большая скученность и низкий месячный доход предрасполагают к более высокому росту и распространённости заболеваемости туберкулёза.

Причины ухудшения эпид. обстановки по туберкулезу в Республике Каракалпакстан:

Недостаточная укомплектованность кадрами фтизиатрических учреждений.

Недостаточно активное участие в борьбе с туберкулезом учреждений общей лечебной сети.

Уменьшение иммунной прослойки среди детского населения, связанное с низким охватом специфической профилактики.

Недостаточно сбалансированное питание определенных слоев населения. Эта причина особенно значима в районах экологических катастроф (РК)

Неблагополучная эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в животноводстве.

Рост иммунодефицитных состояний первичных и вторичных, а также заболеваний сопровождающихся нарушениями иммунной системы

Высокий показатель заболеваемости фиброзно-кавернозным туберкулезом свидетельствует о большом резервуаре инфекции среди населения, плохо поставленной работе по раннему выявлению туберкулеза.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ- ОКАЗАНИЕ МЕДИКО СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Адилова З.У., Жолдасбаев К.К.

Ташкентская медицинская академия

Рак является второй из основных причин смерти в мире; так, в 2018 г. от этого заболевания умерли 9,6 млн человек. Рака становится причиной практически каждой шестой смерти в мире. Около 70% случаев смерти от рака происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. Примерно в трети случаев смерть от рака обусловлена пятью основными источниками риска, связанными с поведением и рационом питания. Паллиативная помощь – это лечение, направленное в основном на облегчение вызываемых раком симптомов, а не на излечение, и на повышение качества жизни больных и их семей. Паллиативная помощь может помочь людям жить более комфортно.

В большей части мира у большинства онкологических пациентов на момент первого обследования у медицинского специалиста выявляются поздние стадии рака. Единственным реалистическим вариантом лечения для них является облегчение боли и паллиативная помощь.

Цель исследования улучшение оказания медико - социальной помощи онкологическим больным.

Метод исследования. Было проведено анкетирование среди медицинских сестер онкологического диспансера (30 медсестер) в онкологическом диспансере. Средний возраст медицинских сестер составило 34,2 лет.

Результаты исследования. Основой успеха паллиативной помощи больным является профессиональное наблюдение за больным. Это требует участие работников здравоохранения, а также дать семье больного необходимые советы. При проведении анкетирования медицинских сестер, они ответили, что учат близких больного как провести некоторые процедуры или употребление пищи больных и поддержка больного.

Когда был задан вопрос медицинским сестрам об основных страданиях онкологических больных в терминальной стадии заболевания они ответили что: боль - 75%, тошнота и рвота – 38%, запоры – 45%, кахексия – 51 %, проблемы в полости рта – 56%, дисфагия – 22%, урологические проблемы – 23%, одышка – 50%, кровотечения в 15,3%, слабость, утомляемость – 31,6%, пролежни – 19%, диарея – 4,2%. Когда был задан вопрос о последней неделе или днях больного они ответили что нужно улучшить качество жизни в последние дни больному, что у больного возникает суицидальная настроенность (23%), они в основном прикованы к постели (89%), сонливость (57%) , периодическая дезориентация (47%), мало есть и пьет (74%). На вопрос «Какие вы знаете симптомы которые возникают в последние 48 часов у больного?» они ответили: боль 45%, кашель, одышка 3%, тошнота и рвота 12%, потливость 13,6%, спутанное сознание 8,5%. На вопрос внутривенные вливания нужны ли больным в последние недели их жизни, медицинские сестры ответили, что нужны 87%, что уменьшают слабость больного 60%, продлевают ему жизнь 30%.

Заключение: В последней стадии онкологического больного медицинские работники и семья должны поддерживать больного. Сильная сторона медиков это поддерживать элементы надежды. Информировать родственников что не оставлять без внимания и ухода в последние дни и минуты больного. Паллиативная помощь улучшает качество жизни пациентов и их семей, путем облегчения боли и симптомов, оказания духовной и психосоциальной поддержки, начиная с диагностирования и до конца жизни или потери близкого человека.

ЎЗБЕКИСТОНДА «МУРУВВАТ» ИНТЕРНАТ УЙЛАРИНИНГ РИВОЖЛАНИШ ИСТИҚБОЛЛАРИ

Мадаминава А.К., Уразалиева И.Р, Инаков Ш.А.

Ташкент тиббиёт академия, Жамоат соғлиғини сақлаш мактаби

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, «дунё аҳолисининг 15% ёки 1 миллиард шахслар, уларни оила ва жамият ҳаётидаги иштирокини чегараловчи, оғир ногиронликка эгадир.

Ўзбекистонда 780 мингга яқин ногиронлиги бўлган шахслар истиқомат қилиб, улар давлатимиз сиёсатининг доимо марказида бўлиб келмоқда. Шу кунгача Ўзбекистон Республикаси Президентининг бир қанча Қарорлари ва Фармонлари (№УП-5270, №ПП-1096, №ПП-1144, №ПП-2499, №Р-5006) қабул қилиниб, ногиронлиги бўлган

шахслар учун қулай муҳит яратиш, уларнинг ижтимоий ва бошқа инфратузилмаларга тўсиқларсиз фойдаланиши, шунингдек реабилитация техник воситаларини модернизация қилишга йўналтирилгандир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 25 мартдаги «Кекса ва ногиронлиги бўлган шахсларни ижтимоий қўллаб-қувватлаш, “Саховат” ва “Мурувват” интернат уйлари тизимини янада ривожлантириш тўғрисида»ги Фармони асосан Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Тиббий-ижтимоий хизматлар агентлиги ва унинг ҳудудий бўлинмалари негизда Ўзбекистон Республикаси Тиббий-ижтимоий хизматларни ривожлантириш агентлиги ва унинг ҳудудий бўлинмаларини ташкил этиш белгиланди.

Тадқиқотнинг мақсади Хива “Мурувват” ногиронлиги бўлган шахслар учун эркаклар интернат уйида васийликка олинган шахсларнинг тиббий-ижтимоий хизматларини ўрганиш ҳисобланди.

Тадқиқот натижалари. Хива “Мурувват” ногиронлиги бўлган шахслар учун эркаклар интернат уйида 300 та ўрин мавжуд бўлиб, 120,75 штатлар, жумладан, врачлар ўринлари 7,75 ставкани ташкил қилади.

Муассасада васийликка олинганлар учун сифатли тиббий-ижтимоий ёрдам олишларига қўмаклашадиган барча шарт-шароитлар яратилган, жумладан: фитобар, физиотерапия, муолажа хоналари, стоматология хонаси, кутубхона, маънавият хонаси, тренажёр хонаси, хаммом, сауна, ошхона, кирхона, сартарошхона, ҳамда керакли нарсалар билан жиҳозланган ётоқхоналар фаолият кўрсатмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 20 июндаги “Тиббий ижтимоий муассасалар моддий-техника базасини ривожлантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги №ПҚ-3787-сонли Қарорининг 2-иловасига ҳамда Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018-йил 19 декабрдаги «Ўзбекистон Республикасининг 2019 йилга мўлжалланган инвестиция дастурини амалга ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги №ПҚ-4067-сонли қарорини ижросини таъминлаш мақсадида 2019-2020 йилларда муассаса ҳудудида 100 ўринга мўлжалланган ётоқхона биноси, сил касаллиги билан оғриган ногиронлар учун 10 ўринли ётоқхона биноси, ногиронлар ёзги дам олиш маскани биноларини янгидан қуриш режалаштирилган.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2011 йил 23 августдаги 240-сонли ҳамда 2016 йил 17 октябрдаги 347-сонли қарорлари ва Муассаса уставига асосан васийликка олинувчиларга юқори савияда тиббий-ижтимоий хизмат кўрсатилиб келинмоқда.

Хива «Мурувват» ногиронлиги бўлган шахслар учун эркаклар интернат уйида 2020 йилнинг 12 ойи давомида хомий ташкилот ва фуқаролар томонидан жами-794,8 млн сўм хайрия ёрдамлари кўрсатилган. Муассасага барча турдаги озик-овкат маҳсулотлари вазирлик томонидан тасдиқланган меъёр бўйича Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 25 январдаги “Давлат харидлари тўғрисида”ги № 472 сонли қонунига биноан биржа савдолари асосида белгилаб берилган эркин нархларда етказиб берувчи ташкилотлардан туман ғазначилик бўлими назорати остида сотиб олинади.

Озик-овкат маҳсулотлари Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан ишлаб чиқарилган, Мехнат ва аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш ва Молия вазирликлари томонидан тасдиқланган СанПиН № 0231-07 га асосан кундалик меъёр бўйича амалга оширилади.

Хулосалар:

1. Ўзбекистонда ногиронлиги бўлган шахслар давлат сиёсатининг марказида турибди.
2. Хива “Мурувват” ногиронлиги бўлган шахслар учун эркак интернат уйида васийликка олинган шахсларнинг тиббий ва ижтимоий хизматларини юқори даражада кўрсатиш учун инсон ресурслари ва материал техник базалар мавжуд.
3. Ушбу аҳоли контингенти учун кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий хизматларни сифатини ошириш мақсадида чуқурроқ тадқиқотларни ўтказиш талаб қилинади.

ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАР ОРАСИДА ЮҚУМЛИ БЎЛМАГАН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ, ТАРҚАЛГАНЛИГИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Маматкулов Б.М., Мусаева Г.И.

Тошкент тиббиёт академияси

Долзарблиги: Бугунги кунга келиб бутун дунё бўйлаб юқумли бўлмаган касалликлар (юррак ишемик касалликлари, қандли диабет,инсульт,в.к.х.) йилдан йилга кўпайиб ёшариб бораётгани кузатилмоқда. Ўзбекистон Республикаси Мудофаа Вазирлиги тизимида хизмат қилаётган ҳарбий хизматчилар орасида ҳам ушбу касалликлар тез-тез учраб келмоқда. Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қуватлаш ва аҳолининг жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида” ги 2018-йил 18 декабрдаги ПҚ-4063-сонли қарорига мувофиқ юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қуватлаш ва аҳолининг жисмоний фаоллиги даражасини ошириш учун кенг қўламли чора тадбирлар Мудофаа тизимида ҳам олиб борилмоқда.

Мақсад: Ҳарбий хизматчиларни саломатлигини мустаҳкамлаш тизимини такомиллаштириш. Юқумли бўлмаган касалликларни профилактикасини такомиллаштириш бўйича илмий асосланган чора тадбирлар ишлаб чиқиш.

Материаллар ва усуллар: Тадқиқот объекти бўлиб, Ўзбекистон Республикаси Мудофаа Вазирлиги Марказий ҳарбий клиник госпитали ва ҳарбий қисмлар олинди. Уларда Юқумли бўлмаган касалликлар ол-

дини олиш ва профилактик чора тадбирлар ҳақидаги тушунчаларга оид суровнома утказилди. Суровнома натижалари ҳисоб-китоб қилиниб, жадвалга солинди. Мурожатларни ўрганиш мақсадида статистик усулдан фойдаланилди.

Натижалар ва таҳлиллар: 2019 йил Ўзбекистонда умумий аҳолининг 18,4% стационар шароитида даволаниб чиққан, беморларнинг ўртача ўринларда бўлиши 6,8 кунни ташкил этди. Бизнинг маълумотларимиз деярли Республика кўрсаткичларига мос. Аммо шуни таъкидлаш лозимки ҳарбий госпиталга ётиб даволанган беморлар 13,9% , беморларнинг ўртача ўринларда бўлиши эса 5,6 кунни ташкил этди Ушбу кўрсаткич ҳарбий хизмат ўтувчиларнинг саломатлиги умумий аҳоли саломатлигидан бир мунча яхши эканлигидан далолат беради. Шунинг учун ҳам ҳарбий госпиталда даволанганлар кўрсаткичи умумий Республика кўрсаткичидан 4,5% га кам. Ҳарбий хизматчилар орасида амбулатор поликлиникага мурожатлар асосида уларнинг касалланишлари динамикада (2016-2020 йилгача) ўрганилди. Уларнинг амбулатор-поликлиника муассасаларига мурожатини чуқур таҳлил этганимиз натижасида ўртача 1000 ҳарбий хизматчиларда 1885,1%⁰ касаллик қайд этилди. Йиллар кесимида қаралганда энг кўп касалланиш 2018 йилга тўғри келиб у 2456,1%⁰ ташкил этди, 2020 йилга келиб ушбу кўрсаткич -1242,3%⁰ ни ташкил этди, ёки бошқача айтганда 2020 йилда мурожатлар 31,3%га камайганлиги қайд этилди. Бизнингча ушбу ҳолатни касалликларнинг камайганлиги билан эмас балки 2020 йилда COVID-19 касаллиги туфайли эълон қилинган пандимия ва карантин туфайли аҳолининг амбулатория поликлиника муассасаларига объектив тразда мурожатларининг камайганлигидан деб қараш мумкин.

Хулоса

1. Шундай қилиб ўтказилган тадқиқотлардан ҳарбий хизматчилар орасида етакчи ўринларни қон айланиш доираси, нафас олиш тизими, суяк мушак ва қўшимча тўқима, овқат хазм қилиш аъзолари ҳамда, сийдик таноил аъзолари касалликлари ташкил этаётганини кўрсатди ушбу касалликлар жами қайд этилган касалликларнинг 77,2% ташкил этди.

2. Ҳарбий хизматчилар орасида касалланиш кўрсаткичларидан бир мунча юқори бўлишига қарамасдан стационар шароитида даволаниб чиққанларнинг улуши 4,5% дан кам.

3. Ҳарбий хизматчилар орасида тарқалган касалликларни камайтириш учун бирламчи тиббий кўрик ва даврий кўрикларнинг сифати ва самарадорлигини ошириш, улар орасида соҳлом турмуш тарзи кўникмаларини шакллантириш ҳамда мунтазам ҳолда жисмоний фаолликларини оширишга алоҳида эътибор қаратиш лозим.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Маннапова М., Адилова З.У.

Ташкентская медицинская академия

Состояние здоровья детей является одним из достоверных и показательных критериев качества жизни населения в целом (Соков С.Л., Пляскина И.В., 2009, Попова Т.В., Жуковская Е.В., Киреева Г.Н. 2011, Жирнов В.А., Дмитриева М.В., 2015). Объективно отразить степень утраты здоровья детского населения позволяют показатели заболеваемости, а ее структура дает возможность определить приоритеты профилактики при организации обслуживания в лечебно-профилактических учреждениях (Жирнов В.А., Дмитриева М.В., 2015, Жуковская Е.В., Киреева Г.Н. 2011). В Республике последние годы выполнены исследования посвященные здоровью детей и подростков, гигиенические основы физического совершенствования в разных образовательных учреждениях (Камилова Р.Т., 2000; Шайхова Г.И., Пономарева Л.А., 2008; Саломова Ф.И., 2011; Эрматов Н.Ж., 2012; Рахимов Б.Б., 2016, Азизова Ф.Л., 2017).

Целью нашего исследования явилось проведение анализа заболеваемости организованных дошкольников.

Материалы и методы. Проведено изучение заболеваемости детей в возрасте от 3 до 7 лет путём изучения амбулаторной карты детей Юнусабадского и Олмазарского районов. Всего было изучено 400 детей посещающих дошкольные учреждения. Среди исследованных 207 мальчиков (51,7%) и 193 (48,2%) девочек. Средний возраст детей составил 4,2 года.

Результаты исследования. В ходе исследования организованные дети дошкольного возраста разделены были на 3 группы по частоте заболеваний: 1 раз, 2-4 раза и более 4 раз в год. 1 раз болеющие в год составило 33,2%, 2-4 раза 50,3% и более 4 раз 15,5%. Выявлено, что в общем числе мальчиков к часто болеющим относится большее число, чем среди девочек. Часто болеющих детей наиболее значимым является возраст 3 лет, когда ребенок только начинает привыкать к социальной среде в дошкольных учреждениях.

В структуре заболеваемости детей от 3-7 лет был выявлен нозологический спектр. Наиболее распространенной была патология в виде острых респираторных заболеваний (ОРЗ), обнаруженная у детей (66,4%). У детей 4,8% на фоне ОРЗ отмечались рецидивы обструктивного бронхита. Также встречается катаральный тонзиллит 1,6%, острый фарингит 1,1%. Случаев острой пневмонии как осложнения ОРЗ не отмечалось. У многих детей госпитализация была только у 1,3% детей на фоне острого обструктивного бронхита. На втором месте по частоте встречаемости – аллергический дерматит, выявленный у детей 19,2%. Анемии 1 степени принадлежало третье место, ее признаки имелись у 8,6% детей. А также встречается аллергический ринит 0,8%,

При оценке состояния здоровья детей, поступающих в школу. Как показал анализ полученных данных, количество детей в возрасте 7 лет, поступающих в начальную школу, составило 17% от общего количества детей в возрасте 3-7 лет.

Вывод. Таким образом, в структуре заболеваемости в основном встречаются болезни верхних дыхательных путей. В результате исследования было, что чаще заболеваниям подвержены дети, посещающие детские дошкольные учреждения в возрасте 3 лет. Однако это не носит негативный характер, при заболеваниях у детей происходит активное формирование защитных способностей иммунной системы. Для этого необходимо создание благоприятных факторов: своевременное начало лечебных и профилактических мероприятий.

IDENTIFICATION AND PREVENTION OF BURNOUT SYNDROME IN SECONDARY HEALTH CARE WORKERS

Ramanova D.Yu., Kakharova A.L.

Tashkent medical academy

Relevance of the study: average medical workers are more susceptible to burnout syndrome during their work than other professions, because they constantly communicate with people who require care and attention throughout the working day, that is, with patients and their relatives.

Burnout syndrome (BS) is a response of the human body that occurs as a result of prolonged exposure to moderate-intensity occupational stress, which is a process accompanied by a gradual loss of mental and physical energy and a decrease in interest in work.

The aim of the study: to develop a program for the prevention of its development based on identifying the features of emotional stress syndrome in nurses.

Materials and methods of research. The study was conducted in the Republican specialized scientific obstetric and gynecological practical medical center of Tashkent. The study involved 43 nurses.

Conclusion: due to the development levels of burnout syndrome in nurses, we can conclude that nursing profession is one of the risk factors of occupational stress. Because nurses require constant care and attention to patients during the working day, in close contact with people, each client is required to withstand due to its individual characteristics. The subconscious itself also experiences emotional stress when the nurse experiences negative emotions. It is important to note that there is a link between professional stress and motivation. Emotional states, such as fatigue, exhaustion, irritability, lead to the syndrome of professional tension and can lead to a decrease in professional motivation in nurses: a decrease in strength, a gradual transformation of work into meaningless activity, cases of apathy and even disgust at work appear.

On the basis of the data obtained, it is planned to develop a program for the Prevention of symptoms of rzs. In it, both management and the secondary medical worker in a medical organization have the need for self-transformation and self-improvement. It requires the employer and the hospital administration to perform certain actions aimed at eliminating or mitigating rzs. Among them are measures such as: adaptation of employees to the workplace, the formation of an optimal moral and psychological climate in the team, the optimization of the system of material and spiritual stimulation, the prospect of professional growth.

Preventive measures should be aimed at eliminating the risk factory that leads to stress: eliminating work stress, increasing professional motivation, establishing a balance between spent power and the reward received. It is necessary to pay attention to the improvement and proper organization of the working conditions of the medical worker, the promotion of a healthy lifestyle and the individual concomitantly with the disease in case of the appearance of symptoms of tension syndrome.

АҚЛИЙ ЗАИФ БОЛАЛАРГА ИНТЕРНАТ УЙИДА КЎРСАТИЛАДИГАН ТИББИЙ ЁРДАМИНИ БАҲОЛАШ

Тулаганова Д.С., Адилова З.У.

Ташкентская медицинская академия

Ногиронлиги бўлган шахслар ва аҳолининг ижтимоий ҳимояга муҳтож бошқа тоифаларига кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий хизматларни янада такомиллаштириш ва мувофиқлаштиришга қаратилган тиббий-ижтимоий ёрдамнинг ягона сиёсатини шакллантириш ва амалга ошириш (2018 йил 7 декабр ПФ-5590-сон).

Ақли заифлик - умумий ақли заифликнинг турли ирсий, туғма ёки эрта ортирилган шароитлари гуруҳидир. Айрим нашрларга кўра, иқтисодий ривожланган мамлакатларда (Япония, АҚШ, Франция, Германия, Италия ва бошқаларда ақли заифликнинг тарқалиши) 3%, иқтисодий ривожланмаган мамлакатлар 31% (Файзуллина, Л. Л., 2010; Филиппова, Н. В. 2016, Ж. Bourke ва бошқ. 2016).

Мақсади. Ақлий заиф болалар муассаса бўлимида фаолият юритаётган тиббиёт ҳамшираларини ёрдамни такомиллаштириш.

Тадқиқотнинг материали ва услублари. Тошкент шаҳар Олмазор тумани “Мурувват” ногирон болалар учун 2-сон интернат уйи, ақлий заиф болалар бўлимида социологик сўровнома анкета орқали ўрганилди. Ушбу муассасада 40 нафар тиббиёт ҳамшираси фаолиятини олиб боради. Ҳамширалар орасида анкета сўровномаси уларнинг билим ва кўникмалари баҳоланди. 18 нафар энага ва ёрдамчи энагалардан, ҳамда 40 та ҳамширалардан социологик (сўровнома) ўтказилди.

Натижалар. Энага ва ёрдамчи энагаларнинг ёшининг ўртачаси 55,5 ни, ҳамшираларнинг ёши эса 34,1 ташкил этти. Энагаларнинг 30-39 ёш оралиғида 16,6%, 40-49 ёши 33,3% ни, 50-59 ёш эса 22,4%, 60 ва ундан ортиқ 27,7% ни ташкил этди. Энагалар саволномасидаги ишингизнинг сифатини ким баҳолайди саволига 94,4 % энагалар ҳамшира ва бўлим бошлиғи деб жавоб беришган. 11,1% бош ҳамшира, 5,5 % эса ота-оналар деб жавоб беришган. Муассасангизнинг соғлиқни сақлаш соҳасидаги мавжуд вазиятни қандай баҳолайсиз дейилган саволига 33,2% қониқарли, 66,8 % тўлиқ қониқтиради деб жавоб берилган. Муассасадаги ҳамшираларнинг ишидан қай даражада қониқасиз саволига 3,1 % энага бутунлай қониқарсиз, 29,7 % қониқарли ва 67,2% тўлиқ қониқтиради деб жавоб берган. Энагалардан бўлим ҳамшираларини тиббий билимини баҳолаш сўралганда 25% “3” баҳони, 33% “4” баҳони ва 42 % “5” баҳони белгиланган. Ҳамшира тарбияланувчилар саломатлигини доимий назорат қиладими деган саволига 6% баъзида, 94% ҳа деб белгиланган. Ҳамширада қандай сифатлар бўлиши керак деган саволга: 20.2% билимли, маданиятли, тиришқоқ; 33.8% билимли, маъсулиятли, меҳрибон; 44% меҳнатсевар, зукко, чаққон бўлишлари керак деган вариантларни белгиланганлар.

Ҳамшираларга берилган сўровномадаги Соғлиқни сақлаш қонунчилиги асослари ва меъёрий ҳужжатлар билан танишганлик даражаси бўйича 60% биламан бажара оламан, 37,5% қониқарли ўртача, 2,5% эса билмайман деб жавоб беришган. Иш жойида компьютер билан таъминланганмисиз саволига 80% йўқ, 20% ҳа жавоби белгиланган. Иш фаолиятингизга тўсқинлик қилувчи тўсиқлар сўралганда маош камлиги деб 37,5%, хаддан зиёд бюрократия деб 30%, тиббий жихозлар етишмаслиги деб 17,5, тиббий ходимлар етишмаслиги деб 15% ҳамшира белгиланган. Касалликларнинг (Олигофрения, Даун, Микроцефалия, Гидроцефалия) асосий сабаблари, клиник кўринишлари сўралганда 42,5% биламан-бажара оламан деб, 52,5% қониқарли-ўртача билишини, 5% эса билмайман деб жавоб берган.

Хулоса. Энагаларнинг ичида энг кўп ёш тарқалганлиги 40-49 ёшни (33,3%) ташкил этган. Энагалар фикри бўйича улар билан ишлайдиган ҳамширалар ишини асосан қониқарли (29,7 %) ва тулиқ қониқтиради (67,2%) деб белгиланганлар. Улар ҳамширалар билан ҳамжихатликда ишлайдилар.

Ҳамширалар ичида энг кўп ёш тарқалганлиги 40-49 ёшни (30%) ташкил этган. Ҳамширалар иш стажини бўйича ўртача қиймати 6,6 йилни кўрсатди. Меъёрий ҳужжатлар билан танишганлик бўйича қониқарлик (60%) даражада. Иш жойида компьютер билан таъминланганлик қониқарсиз (80) даражада экан. Олигофрения, Даун, Микроцефалия, Гидроцефалия касалликлари ҳақида билиш даражаси (52,5%) қониқарли-ўртача эканлигини билиб олдик.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СЕЛЬСКИХ И ГОРОДСКИХ МЕСТНОСТЕЙ ХОРЕЗМСКОГО ВИЛОЯТА

Турамуратова, М.Б., Адилбекова Д.Б.

Ташкентская медицинская академия Ургенчский филиал

Изучение физического развития детей и подростков, находящихся в различных географических и экологических условиях представляет актуальную проблему. Детский период постнатального развития имеют важную роль в процессе становления репродуктивных функций и социального статуса, а также этот период определяет физическое и нравственное состояние будущего человека. Способность организма к адаптации, особенно организма ребенка определяется совокупностью их физического развития и морфологических данных, в том числе которых входит морфометрия, она имеет важное научно-теоретическое значение и находят применение в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: антропометрические параметры, дети, сельские и городские регионы

Целью данного исследования являлось выявление основных особенностей антропометрических показателей, характеризующие темпы роста и развития организма детей, проживающих в сельских и городских местностях Хорезмского вилоята.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования служат дети от 1- до 5 лет, проживающих в сельских и городских местностях Хорезмского вилоята. Количественный состав каждой возрастной группы составляют 100 человек. Программа исследований включает изучение антропометрического показателя (длину тела, длина и масса тела). Для измерения роста, массы, окружности грудной клетки использован ростомер стандартного типа.

Результаты. Данные исследования показали, что в возрасте 6 лет независимо от места проживания девочки имеют рост несколько ниже, чем нормативные значения. При нормативных значениях от 110 -115 см показатели по Гурланскому району ниже на 4%, г. Ургенчу – 8%. Прирост длины тела к 6 годам составил 6,1; 8,3 и 7,1 см, что находится в пределах, существующих норм, но несмотря на это, рост тела по-прежнему

остаётся ниже нормативного на 6; 7 и 10% соответственно по районам. Указанная динамика ежегодно сохраняется на протяжении всего анализируемого периода роста детей до 6 лет.

Полученные значения роста мальчиков по годам от 3 до 5 лет показывают, что они также ниже существующих нормативных детей г. Ургенча по сравнению детей Гурланского района. Наиболее выраженное отставание прослеживается среди детей, родившихся и проживающих в экологически неблагоприятном регионе - Гурланском районе. К 5 годам длина тела у мальчиков из данного района ниже нормативной на 10- 12%. Обращает на себя внимание изначальное несоответствие длины тела у мальчиков существующим нормам детей города Ургенча.

Анализ полученных данных можно показывают, что более заметные отличия по развитию массы тела отличаются у девочек из Гурланского района. Наиболее заметно они проявляются к 6 годам, когда их вес был ниже нормативного на 15-20%. Вес тела мальчиков в 5 лет в г. Ургенче он соответствует средним нормативным значениям, а у детей регионов Гурланского района ниже их на 11%. В последующие годы у мальчиков значения веса тела больше соответствуют нижним границам нормы. У мальчиков из г. Ургенча на протяжении изучаемых возрастных периодов отмечается динамика развития массы тела сходная с нормативной. Значения веса тела соответствуют низким предельным значениям нормы, а у детей Гурланского района эти показатели отстают от средних показателей на 4 – 8%. Также как у детей из Гурланского района показатели их массы тела начинают более значительно отличаться от нормативных (на 8 – 13%).

Выводы

1. Значительных отличий по полу в развитии длины тела между детьми из г. Ургенча и экологически неблагоприятного региона Гурланского района имеется.

2. Имеют место и в отклонении в росте, который ниже средних значений нормы на 12-13%.

3. Возможной причиной этому является то обстоятельство, что негативное влияние факторов окружающей среды экологически неблагоприятные Приаральские регионы Хорезмского вилоята, в формировании индивидуальных антропометрических показателей детского организма.

4. Полученные данные позволяют выбору оптимальных лечебно-профилактических мероприятий по отношению детей с отставанием и задержкой физического развития, проживающих в различных экологически неблагоприятных регионах Хорезмского вилоята.

Литература

1. Касым-Ходжаев И.К, Юлдашева О.М. Соотношение антропометрических параметров верхней конечности и ее сегментов у детей 3-7 лет // Альманах современной науки и образования. 2008. №5. С. 74-76.
2. Лаптева Е.А., Любовцев В.Б. Комплексное физиолого-антропометрическое исследование состояния здоровья детей и подростков // Фундаментальные исследования. 2012. № 7-2. С. 362-365.
3. Лукина Г.А., Сажко Н.С. Изменчивость антропометрических параметров у детей 3-6 лет Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Т. 4. № 6. С. 945.
4. Лукина С.Ф., Чуб И.С., Репина А.П. Антропометрические особенности морфологического развития детей 8-10 лет с различными вариантами соматической конституции // Вестник новых медицинских технологий. 2012. Т. 19. № 4. С. 195-199.
5. Магомедов А.М., Магомедов Н.А., Лукина Г.А. Половой диморфизм антропометрических показателей у детей 3-6 лет // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 5. С. 666.
6. Макарова Т.И., Стунеева Г.И. Оценка физического развития детей дошкольного возраста по данным антропометрических исследований // В сборнике: Материалы ежегодной научной конференции университета под общ. ред. проф. В.А. Киришина. Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова. 2012. С. 256-258.
7. Никитюк Д.Б., Миннибаев Т.Ш., Клочкова С.В., Алексеева Н.Т., Тимошенко К.Т. Роль антропометрического метода в оценке физического развития детей и подростков в норме и патологии // Журнал анатомии и гистопатологии. 2014. Т. 3. № 3. С. 9-14.
8. Gromnatska N.M. Sencitivity of antropometry data in metabolic syndrome diagnosis in children // Семейная медицина. 2014. № 1 (51). С. 150.
9. Sorokman T.V. Anthropometric standards and clinical features of obesity in children // Международный эндокринологический журнал. 2014. № 8 (64). С. 25-28.
10. Hoang NTD, Orellana L, Le TD, Gibson RS, Worsley AF, Sinclair AJ, Szymlek-Gay EA. Anthropometric Status among 6-9-Year-Old School Children in Rural Areas in Hai Phong City, Vietnam. *Nutrients*. 2018 Oct 4;10(10). pii: E1431. doi: 10.3390/nu1010

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИ БИРЛАМЧИ ТИББИЙ САНИТАРИЯ ЁРДАМИ МУАССАСАЛАРИДА АНТЕНАТАЛ ДАВРДА ПАТРОНАЖЛИК ХИЗМАТИНИ ТАҲЛИЛИ

Уразалиева И.Р., Анорқулова Ҳ.Д.

Ташкентская медицинская академия

Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш доирасида бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўрсатишнинг замонавий тизимини шакллантириш, касалликларни профилактика қилиш ва барвақт аниқлаш, малакали тиббий кадрларни тайёрлаш, соҳага янги бошқарувни жорий қилиш борасида муайян ишлар амалга ошириб келинмоқда.

Шу билан бирга, дунёда эпидемиологик хавф-хатарлар тобора кучайиб бораётгани касалликларга қарши курашиш фаолиятидаги ёндашувларни, ҳозирги мураккаб шароит ва орттирилган тажрибалардан келиб чиқиб такомиллаштиришни талаб этмоқда, айниқса, уларнинг профилактикаси, эрта аниқлаш, тўғри ташхислаш ҳамда даволашда бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари иш услубларини қайта кўриб чиқиб, соғлиқни сақлашни ташкил этишнинг мутлақо янги тизимини жорий этиш зарур.

Мақсади. Олмазор тумани оилавий поликлиникаларда патронаж ҳамшираларининг антенатал даврда олиб борадиган иш фаолиятини таҳлил қилиш.

Тадқиқотнинг материали ва услублари: тадқиқот материалларини йиғиш, ишлов бериш ва таҳлил қилиш жараёнида замонавий: ижтимоий-гигиеник, социологик, санитария-статистик усуллари қўлланилди.

Натижалар. Патронаж ҳамшираларнинг стажи бўйича тақсимланиши: 40% 4 йилгача, 16% 5-9 йил, 15% 10-14 йил, 29% 15-19 йил ва ундан юқори. Патронаж ҳамширалар тоифалари: олий тоифа 32%, 1-тоифа 18%, 2-тоифа 13%, тоифасиз 37%. Патронаж ҳамширалардан қуйидаги фаолият турлари бўйича қўшимча ўқишга эҳтиёж сезиши ёки сезмаслиги сўралди. Ҳомиладорларни эрта муддатда ташхислаш саволига 16% ҳа, 84% йўқ деб жавоб беришган. Бирламчи ҳамширалик ташхисини қўйиш саволига 8% ҳа, 92% йўқ деб жавоб беришган. Ҳомиладорлик гестозларида тиббий ёрдам кўрсатиш саволига 10% ҳа, 90% йўқ деб жавоб беришган. Презэклампсия ва эклампсияда шошилиш ёрдам кўрсатиш саволига 14% ҳа, 86% йўқ деб жавоб беришган. Уйда ҳомиладорларни актив патронаж қилиш саволига 9% ҳа, 91% йўқ деб жавоб беришган. Туғруқдан олдинги ва кейинги актив патронаж ўтказиш саволига 13% ҳа, 87% йўқ деб жавоб беришди. Янги туғилган чақалоқни, соғлом болаларни актив патронаж қилиш саволига 10% ҳа, 90% йўқ деб жавоб беришди. Ҳомиладорларни COVID-19 касаллиги билан касалланишини олдини олиш саволига 8% ҳа, 92% йўқ деб жавоб беришди. Ҳомиладор аёлларда ўтказилган сўровда патронаж ҳамшираларнинг тиббий хизмат сифатига 44%- 5 (аъло), 30%- 4 (яхши), 18%- 3 (қониқарли), 8%- 2 (қониқарсиз) деб баҳолашган. Шунингдек, патронаж ҳамширалар деонтологияси бўйича 48%- 5 (аъло), 35%- 4 (яхши), 14%- 3 (қониқарли), 3%- 2 (қониқарсиз).

Хулоса. Ҳомиладор аёлларда ўтказилган сўров натижаларига кўра, тиббий хизмат сифати ва деонтологияси бўйича “қониқарли” деб баҳолаганлар ўртача 16%, “қониқарсиз” деб баҳоланганлар ўртача 5,5% .Малака тоифасига эга бўлмаган патронаж ҳамширалар 37%.Иш стажи 4 йилдан кам патронаж ҳамширалар 40%. Шунингдек, патронаж ҳамшираларнинг ўртача 11% қўшимча ўқиш учун эҳтиёж сезишади.

ҲАМШИРАЛАР ФАОЛИЯТИДА ЗАМОНАВИЙ АХБОРОТ КОММУНИКАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ТУТГАН ЎРНИНИ БАХОЛАШ

Уразалиева И.Р., Бердалиева.У.А.

Ташкентская медицинская академия

Ҳозирги кунда тиббиёт муассасаларини ахборотлаштириш ва рақамлаштиришга эҳтиёж ортиб бормоқда. Ахборотнинг улкан оқимларини қайта ишлаш: молиявий, статистик, тиббий — замонавий ахборот ва компьютер технологияларидан фойдаланмасдан деярли мумкин эмас. Тиббий жараённи ахборотлаштиришдан мақсад ҳозирги кунда якуний натижадаги "тиббий ёрдам сифати" деб юритиладиган ресурслардан самарали фойдаланишни таъминлашдан иборат.

Мақсад: Ҳамширалик фаолиятида инноватсион технологияларни тизимлаштириш, сифати ва самарадорлиги ошириш бўйича илмий асосланган чора тадбирларни ишлаб чиқиш

Тадқиқот усули: Сирдарё вилояти республика ўрта тиббиёт ходимлари ва фармацевтлар малакасини ошириш ва қайта ихтисослаштириш маркази Гулистон филиалида март ойида малака ошираётган ҳамширалар ўртасида тест , анкета сўрови оркали ўрганилди. 105 нафар ўрта тиббиёт ходимларини билим ва кўникмалари баҳоланди. Талаб ва фикрлари ўрганилди.

Натижалар: Иш жойлари бўйича 47.6 % тиббиёт бирлашмаларида, 28.5% ихтисослаштирилган шифохоналарда, 23. 7% оилавий поликлиникаларда фаолият юритишади. Иш фаолиятларига кўра 46.6 % 1-9 йил, 23.8% 10-20 йил, 23.8% 21-30 йил, 5.7 % 31+ йил.

Олинган тест натижалари максимал 100 баллик система бўйича кўрсаткичлар 46.6% 60 балл, 23.8% 50 балл, 29.5% 30 балл.

Компьютерда ҳужжат юритиш истаклари бўйича натижалар 55.5 % иштирокчилар қоғозда юритиш истакини билдирган. 44.5% компьютерда ишлаш истакини билдирган.

Хулоса: Ўрта тиббиёт ходимларини замонавий ахборот коммуникацион технологияларидан билимларини текшириш жараёнида 53.4% қониқарсиз натижа кўрсатган. Электрон тизимда иш юритмаслик истакини билдирганлар 55.5% ни ташкил этади.

Анкета-сўров, тест усуллари натижаларини таҳлил қилиб ўрта тиббиёт ходимларининг замонавий ахборот коммуникацион технологияларидан етарли билим ва кўникмага эга эмаслигини ва билиб олдиқ. Ҳамшираларнинг 76.1% ўз устида ишламаслигини фақат берилган вазифаларни бажаришини билиб олдиқ.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКАЛАРДА ПАТРОНАЖ ҲАМШИРАЛАРИ ФАОЛИЯТИНИНГ ТАХЛИЛИ

Уразалиева И.Р., Иргашева М.Д.

Ташкентская медицинская академия

Мавзусининг долзарблиги. Бугунги кунда жаҳон миқёсида соғлиқни сақлаш соҳасида ходимларнинг энг кўп қисмини ўрта тиббиёт ходимлари ташкил этмоқда. Уларнинг меҳнати кўп сонли бўлганлиги учун эмас, балки мижозларга кенг қўламли хавфсиз, самарали ва сифатли тиббий ёрдам кўрсатишлиги билан соғлиқни сақлаш соҳасида катта аҳамиятга эга. Ҳамширалик ишида етарлича компетент, маҳоратга, юқори малакали мутахассисларга эга бўлмай туриб, тиббий-профилактик ёрдамнинг сифати ва оммабоплигини таъминлаш мумкин эмас. Шунинг учун ҳам бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларида кўрсатилаётган тиббий хизматнинг сифати ва самарадорлигини ошириш, жумладан тиббий-ижтимоий патронаж тизимини яхшилашга қаратилган кенг қамровли дастурий чора-тадбирларни амалга ошириш долзарб масалалардан бири ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади: оилавий поликлиникаларда патронаж тиббиёт ҳамширалари ишининг ҳажми, мазмуни, ташкил этилганлиги, улар меҳнатининг самарадорлигини ошириш омилларини аниқлаш;

Тадқиқот объекти ва предмети: оилавий поликлиникаларда ишлаётган 140 нафар патронаж ҳамширалар, тадқиқот материалларини йиғиш, ишлов бериш ва таҳлил қилиш жараёнида замонавий: ижтимоий-гигиеник, социологик, санитария-статистик усуллари қўлланилди.

Хулосалар: патронаж тиббиёт ҳамширалар умумий иш вақтининг жами $36,1 \pm 1,8\%$ ни тиббий ҳужжатлар билан ишлашга, шундан $21,3\%$ беморлар бўлмаганда тиббий ҳужжатларни тўлдиришга сарфламоқда. Профилактик ишларга эса бор йўғи $11,8 \pm 1,3\%$ вақт ажратилган. Профилактик ишларга сарфланган иш вақтининг учдан бир қисми ($33,2 \pm 2,1\%$) профилактик эмлашларда қатнашиш ва эмлашларни ташкил этишга, $24,1 \pm 1,9\%$ тиббий-ижтимоий патронаж ўтказиш учун сарфланмоқда. Патронаж тиббиёт ҳамшираларнинг ярмидан кўпроғи ($57,9\%$) профилактик режали ишларни олиб бориш услубларини яхши билмаслиги аниқланди (1-жадвалга қаранг).

Олиб борилган тадқиқот патронаж тиббиёт ҳамшираларининг иш вақтини тақсимлаш структурасида умумий қонуниятлар борлигини кўрсатди: даволаш-ташхислаш муолажаларни бажаришга, профилактик ва санитар-оқартув ишларини олиб боришга кам вақт ажратилган ҳолда, тиббий ҳужжатларни тўлдиришга кўп вақт сарфланаётганлиги аниқланди.

$65,6 \pm 1,9\%$ патронаж тиббиёт ҳамшираларнинг иш стажи 5 йилни ташкил этди шунинг учун уларнинг орасида малака тоифалилари кам, $52,7 \pm 1,9\%$ - мутахассислик бўйича малака оширмаган.

Патронаж ҳамшираларнинг $61,6\%$ да шахсий компьютер йўқ, $48,4\%$ - ундан фойдаланишни билмайди, $52,0\%$ ҳамширалар тиббий ускуналар билан таъминланишдан ва иш жойини жиҳозланишидан, $36,6\%$ ПТХлар моддий ва маънавий рағбатлантирилишидан қониқмайди. Патронаж тиббиёт ҳамшираларининг амалий фаолиятини такомиллаштириш учун уларнинг ишини сифат ва самарадорлигини баҳолаш мезонларини аниқ белгилаб олиш, ўз ўзини назорат қилиш имконини берадиган стандартларини давлат миқёсида ишлаб чиқиш зарур. Патронаж тиббиёт ҳамшираларнинг иш сифатини объектив баҳолаш учун «Асосий тиббий патронаж хизматлари бажариш технологияси»ни ишлаб чиқиш ва қўллаш муҳим аҳамиятга эга. Бундай стандартларни амалга ошириш тиббиёт ҳамшираларининг оқилона фаолият кўрсатиши учун керакли маълумотларни беради.

ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Усманбекова Г.К., Рахимова М.М.

Ташкентская медицинская академия

В непрерывном образовании специалистов в равной степени заинтересованы две стороны: работодатель и работник. Первые заинтересованы в постоянном повышении качества медицинских услуг для поддержания конкурентоспособности медицинского учреждения, что недостижимо силами неквалифицированного персонала. Вторые - стремятся быть востребованными на рынке трудовых ресурсов. В данном вопросе определяющими становятся не только качество додипломной подготовки, но и стремление специалиста поддержать уровень знаний и умений на последипломном этапе, т.е., непрерывное образование служит механизмом контроля качества подготовки медицинских работников, средством оценки их профессиональной компетентности.

В настоящее время происходит развитие системы непрерывной профессиональной подготовки сестринского персонала.

Целью исследования является разработка рекомендаций по повышению качества и эффективности образовательного процесса средних медицинских работников стоматологических учреждений на основе углубленного комплексного изучения процесса последипломного обучения.

Материалы и методы исследования: процесс преподавания изучен многоступенчатым методом формирования случайной выборочной совокупности (кластерный и стратифицированный отбор). Методом опроса-интервью изучен уровень удовлетворенности обучающихся процессом преподавания на курсах повышения квалификации.

Результаты исследования: Обобщение данных анкетирования показывает, что 87% респондентов настроены и в дальнейшем повышать свою квалификацию, но на самостоятельный выбор программ обучения отважилось всего четверть опрошенных, 68,4% анкетированных делегируют работодателю право выбора образовательной организации, и только для 5% респондентов этот вопрос не является принципиальным. В целом, более 87% опрошенных одобряют вводимые в сфере здравоохранения инновации, связывая их с улучшением организации системы здравоохранения, совершенствованием аппаратуры, доступностью лекарственных препаратов, расходных материалов, с улучшением эргономики рабочего места. Итоги анкетирования позволяют утверждать, что средние медицинские работники активно поддерживают реформы системы здравоохранения, ответственно стремятся к повышению своей профессиональной квалификации.

Выводы: Одна из важнейших задач, стоящих перед последипломным образованием, – создание учебной и экспериментальной базы для совершенствования обучения, управления, исследований, для расширения практики, – принятие всех мер, способствующих сохранению и улучшению здоровья населения. Цель непрерывного сестринского образования, – содействие профессиональному росту медработников, улучшение сестринской практики, – гарант безопасности и компетентности сестринского ухода. Ключевые факторы успеха непрерывного образования в перспективе, – сотрудничество, партнерство и взаимоинтеграция профессиональных ассоциаций, регламентирующих агентств, учебных заведений и работодателей.

HELICOBACTER PYLORI INFEKSIYASINING ME'DA SARATONIDAGI ETIOLOGIK O'RNIŞ

Abdusoatova M.A., Nuruzova Z.A.

Тошкент тиббиёт академияси

Dolzarbliigi: *Helicobacter pylori* tomonidan qo'zg'atiladigan kasalliklar dunyoda tarqalishi bo'yicha birinchi o'rinda turadi. *H.pylori* bilan bog'liq kasalliklarga surunkali gastrit me'da yarasi va o'n ikki barmoqli ichak yarasi kabilar kiradi. Ushbu mikroorganizmning MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) limfomasi va me'da adenokartsinomasi rivojlanishidagi ahamiyati katta. *H. pylori* ning ochilishi surunkali gastrit, me'da yarasi va me'da saratoni kabi kasalliklarning rivojlanishidagi patogetetik xususiyatlarini tushunishda inqilob bo'ldi. *H. pylori* (ilgari *Campylobacter pylori* deb nomlangan) me'da yarasi va me'da saratoni rivojlanishi bilan bog'liqlik gipotezasi birinchi marta taxminan 15 yil oldin bildirilgan. Hozirgi kunda *H.pylori* odamlarda eng ko'p uchraydigan surunkali bakterial infeksiyalarga sabab bo'lishi mumkin. (B.A.ШКИТИН, 2012)

Ishning maqsadi. *Helicobacter pylori*ning me'da saratoni kelib chiqishidagi ahamiyatini o'rganishda polimeraz zanjir reaksiyasi va immunoferment tahlil usullarining taqqoslama tahlilini o'tkazish

Material va tadqiqot usullari. Kuzatuvimizdagi bemorlar Respublika onkologiya ilmiy markazi tasarrufidagi poliklinikasiga murjaat qilgan, MALT limfomasi bilan og'rigan 16 nafar bemorlar tanlab olindi. Ushbu bemorlardan material sifatida IFA tekshiruv uchun qon, PZR tekshiruv uchun me'da shirasi olindi. Olingan natijalar statistik usulda tahlil qilindi.

Olingan natijalar. Kuzatuvimizdagi MALT limfomasi bilan og'rigan 16 nafar bemorlardan 11 nafari (68,8%) ni ayollar, 5 nafari (31,2%)ni erkaklar tashkil qildi. Bu bemorlardan 50-65 yoshgachasi 6 nafari (37,5%), 66-75 yoshgacha 10 nafari (62,5%) tashkil etdi. PZR tekshiruv natijasida bemorlarning 92% ida me'da shirasida *H.pylori* musbat ekanligi aniqlandi. Ushbu bemorlarda IFA usulida qon zardobidagi *H.pylori* ga qarshi antitelolar titri 62.5% bemorlarda 2.5 XB/ml dan yuqori bo'lishi aniqlandi. 6 nafar (37,5%) bemorlarda esa antitelolar titri 2.49 XB/ml dank am bo'lishi kuzatildi.

Xulosa. Tadqiqotlar natijasi shuni ko'rsatadiki PZR tekshiruv usulida qo'zg'atuvchini aniqlash yuqori sezgirlik va maxsuslikka ega ekanligini ko'rsatdi. Shu sababli PZR usulini *H.pylori* infeksiyasining birlamchi diagnostikasida keng qo'llashga tavsiya etiladi. Me'da shirasini PZR usulida tekshirish qondagi antitelolarni IFA usulida tekshirishga nisbatan 1,5 barobarga ishonchli ekanligi aniqlandi. Natijalar tahlili shuni ko'rsatadiki, *H.pylori* infeksiyasi aniqlangan 92% bemorlarda antibiotiklarga sezgirlikni aniqlash *H.pylori* ning me'da saratoni kelib chiqishiga sabab bo'ladigan xar bir suptipi uchun maxsus antibiotiklar qo'llashga aniqlik kiritadi va bu davolovchi onkolog virachlar uchun to'g'ri davolash rejasini tuzishga yordam beradi va davolovchi rejani samaradorligini oshiradi. Bu izlanish ilmiy ishimizning kiyingi bosqichini belgilab beradi.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Абдуллаева Д.Г., Ёдгорова Н.Т., Кульжанова М., Турсунходжаева Л.Т., Ихтисамова А.И.

Ташкентская медицинская академия

Аллергии относятся к наиболее распространённым и влияющим на экономические показатели заболеваемости. Особенно существенно то, что эти заболевания часто поражают детей, подростков и молодых людей, которые должны активно учиться или работать. Исключительно важным является вопрос о динамике и профиле IgE-опосредованной сенсibilизации к различным аллергенам. Основными факторами, определяющими возможность развития сенсibilизации, являются наличие экспозиции и свойства (биохимические и физические) конкретного аллергена. Глобальные изменения климата отразились в изменении физико-химических констант, определяющих существование биологических систем, повлияли на количество пыльцы, грибов. За последние годы резко расширился спектр растительных продуктов, входящих в пищевой рацион. Использование новых технологий в пищевой промышленности кардинальным образом изменило общепринятые представления о составе конкретного продукта. Для назначения оптимальной диеты важно установить причинный аллергенный продукт.

Ключевые слова: аллергические заболевания, пищевая аллергия, грибки, диетотерапия.

Аллергии относятся к наиболее распространённым и влияющим на экономические показатели заболеваемости. Особенно существенно то, что эти заболевания часто поражают детей, подростков и молодых людей, которые должны активно учиться или работать [6]. Увеличение количества аллергических заболеваний обусловлено отсутствием ранних достоверных методов диагностики и недостаточной эффективностью имеющихся способов терапии [8]. Среди аллергопатологии особое место занимает пищевая аллергия. На течение и развитие пищевой аллергии воздействует множество факторов, среди которых- генетически детерминированная предрасположенность организма, влияние факторов окружающей среды, чрезмерное воздействие антигенов на кишечник, иммуномодулирующее действие вирусных инфекций и различных заболеваний, которые повышают проницаемость кишечной стенки для нерасщепленных белков и других компонентов пищевых субстратов [12].

Исключительно важным является вопрос о динамике и профиле IgE-опосредованной сенсibilизации к различным аллергенам. Основными факторами, определяющими возможность развития сенсibilизации, являются наличие экспозиции и свойства (биохимические и физические) конкретного аллергена. Глобальные изменения климата отразились в изменении физико-химических констант, определяющих существование биологических систем, повлияли на количество пыльцы, её аллергенность, длительность сезона пыления. За последние годы резко расширился спектр растительных продуктов, входящих в пищевой рацион. Использование новых технологий в пищевой промышленности кардинальным образом изменило общепринятые представления о составе конкретного продукта. В продуктах животного происхождения могут содержаться растительные аллергены (колбасные изделия могут содержать соевые белки, орехи деревьев, специи и т.д.) [5]. Для всех больных не может существовать единая «стандартная» элиминационная диета. Рекомендации прежде всего должны учитывать индивидуальную гиперчувствительность к пище, очень часто неоправданное исключение большого числа продуктов питания негативно сказывается на психическом состоянии детей и взрослых. Исключение из питания больного ребенка раннего возраста некоторых продуктов питания, необходимых для роста, может негативно отобразиться на его физическом развитии [7]. Для назначения оптимальной диетотерапии важно установить причинный аллергенный продукт. В исследованиях проведенных в последнее время, было продемонстрировано, что сенсibilизация к одному и тому же продукту у жителей разных стран не имеет идентичных клинических проявлений [14].

Цель исследования

Диетотерапия больных пищевой аллергией с учётом аллергенных свойств местных продуктов питания в условиях жаркого климата.

Материалы и методы исследования

Нами были внедрены в клиническую практику модифицированные иммуноблот панели аллергенов RIDA qLine Allergy (Germany) для *in vitro* алергодиагностики. Каждая панель содержит 5 стандартов, откалиброванных по международным референсным протоколам «1st WHO IRP 67/86 for human IgE» и 20 аллергенов. Данный тест позволяет количественно измерять концентрацию аллергенспецифических IgE (МЕ/мл) в сыворотке крови методом иммунного анализа, результаты выражаются также в RAST-классах. Условная норма концентрации аллергенспецифических IgE до 0,35 МЕ/мл, эта концентрация идентична 1 RAST класса.

Результаты и обсуждение

После детального анамнеза болезни у больных аллергическими заболеваниями в возрасте 14-70 лет (n=26) в целях выбора соответствующей диеты определяли IgE антитела. Сенсibilизация выше 1 RAST отмечалась (пищевая панель) на томат (61,54%), мёд (57,69%), клубнику (46,15%), персик, апельсин, пшеничную муку (41,7%), грецкий орех, семечки подсолнуха, горох (38,46%), абрикос, арбуз (34,61%), арахис у (30,77%), коровье молоко (11,54%), яичный белок (7,69%), яичный желток, куриное мясо (3,85); лимон, сельдерей (48%), грейпфрут (28%), смесь рыб (8%), сыры (4%), клейковину (23,53%), коровье молоко (17,64%), яйцо, йогурт (11,76%), банан, соевый белок (5,88%). У 20,83% пациентов выявили скрытую сенсibilизацию на латекс. Следует заметить, что сенсibilизация на латекс сопровождалась с перекрёстной реакцией на *Dermatophagoides pteronyssinus* (латекс-клещ синдром), плесневые грибки *Mucor mucedo* и *Rhizopus nigricans* (латекс-гриб синдром), орехи (арахис, лесной орех, бразильский орех, миндаль, грецкий орех, кокос), пыльцу растений амброзия полыннолистная, подорожник, полынь, берёза (латекс-пыльца синдром) у 83,3% больных. Сенсibilизация на эпителий животных (кошка, собака, лошадь, корова) было отмечено у 33,3% больных латексной аллергией.

У всех пациентов с поллинозом с сочетанной пищевой аллергии отмечалось обострение заболевания в сезон цветения причинно-значимых растений в виде развития более выраженных ее клинических симптомов. Среди наиболее распространённых аллергенов можно выделить фрукты семейства Rosaceae: яблоки, груши, персики, абрикосы, клубнику. Сенсibilизация на яблоки у многих пациентов сочетается с аллергией на пыльцу березы из-за сходства их аллергенов, выражаются в основном симптомы поражения ротовой полости и глотки, иногда возникает аллергический ринит, бронхиальная астма и желудочно-кишечные расстройства. Персики часто вызывают как проявление аллергии в ротовой полости, так и системные реакции: крапивницу, астму и даже анафилактический шок. Клубника вызывает желудочно-кишечные расстройства, синдром оральной аллергии, атопический дерматит, бронхиальную астму, аллергический ринит.

Овощи и фрукты играют важную роль в развитии пищевой аллергии у детей старшего возраста и взрослых. В качестве основных антигенов в данном случае выступают, как правило, определенные белки фруктов, овощей и орехов, аллергическая реакция к которым часто обусловлена предварительной сенсibilизацией к пыльце некоторых растений. Пациентов с аллергией к этим продуктам наиболее часто беспокоят зуд, покалывание, чувство жжения слизистой оболочки щек, десен, верхнего неба и губ. Важно отметить, что часто аллергические реакции возникают в ответ на употребление свежих овощей и фруктов; термическая обработка или консервирование устраняет их аллергенные свойства. Пищевые антигены содержат эпитопы, присутствующие в структуре профилина, и общие с эпитопами некоторых видов пыльцы (деревьев, трав, злаковых), поэтому аллергические реакции на фрукты и овощи, хотя и могут появляться всякий раз, когда потребляются данные пищевые продукты, но протекают значительно тяжелее в сезон цветения соответствующих растений.

Следует отметить, что аллергические реакции могут возникать в качестве иммунного ответа на аллергены клещей домашней пыли, домашних животных, пыльцу, споры грибов. Аллергенными свойствами обладают лишь около 100 видов грибов, из более чем 100 000 видов известных грибов, в связи с тем, что грибы способны колонизировать субстраты практически повсеместно, их споры постоянно присутствуют в воздухе, вызывая у сенсibilизированных больных круглогодичную симптоматику. Среди грибов, обладающих этиологической значимостью в развитии аллергии, представители рода *Aspergillus* являются одним из самых важных ингаляционных аллергенов в различных странах.

Плесневые грибки занимают значительную роль в развитии аллергической сенсibilизации в организме. Под действием антигенных структур грибов образуются различные патологические процессы в иммунной системе, в том числе аллергические реакции I типа, обусловленные IgE-механизмами, а также другие типы аллергических реакции [1, 4]. Постоянный контакт с грибом приводит к колонизации в дыхательных путях и могут вызывать постоянную аллергенную стимуляцию [3].

Rhizopus выживает при очень влажных условиях и отмечается чувствительность к низкой влажности. *Rhizopus* spp. Обычно образует черную плесень на хлебе. А грибки рода *Cladosporium*, также выживают в относительно влажных условиях и особенно чувствительны к недостатку влаги. Основа происхождения грибов является мертвые растения, сыры, злаки, текстильные изделия, старые оконные рамы [11, 13].

При лечении пищевой аллергии на практике применяются методы диетотерапии. В нашем исследовании мы после выявления чувствительности к различным пищевым, грибковым и профессиональным аллергенам использовали метод элиминационной диеты.

В зависимости от способности сохранять антигенные свойства при протеолизе и термической обработке выделяют 2 класса пищевых аллергенов. Класс I – термостабильные белки, устойчивые к перевариванию и термической обработке. Сенсibilизация к ним развивается в желудочно-кишечном тракте, поэтому для них чаще всего характерны генерализованные клинические проявления. К данному классу относятся аллергены молока, яиц, рыбы, арахиса и растительных продуктов, содержащих липид-переносящие белки [2, 9, 10]. Класс II пищевых аллергенов представлен термолабильными белками, типичными для фруктов и овощей, однако они могут встречаться и в продуктах животного происхождения. Сенсibilизация к ним формируется опосредованно, за счет предшествующей аллергизации пациента гомологичными растительными белками через респираторный тракт. К особенностям пищевых аллергенов относятся способность изменять антигенные свойства в процессе кулинарной обработки продуктов. При нагревании одни пищевые продукты теряют аллергенность, а другие, напротив, становятся более аллергенными. Аллергия к арахису и другим бобовым (соя, фасоль) и деревьям орехов часто начинаются в детстве и сохраняются долго, даже в зрелом возрасте.

Выводы. При проведении подбора элиминационной диеты частое наличие поливалентной сенсibilизации, редкое присутствие аллергии к одному пищевому продукту, формирование перекрёстных аллергических реакций, частое присутствие скрытых аллергенов в готовых продуктах питания являются основными трудностями. При неправильно диагностированной пищевой аллергии ненужное исключение приёма пищевых продуктов ведёт к нехватке основных нутриентов, особенно, у детей и подростков. Своевременная диагностика, знание особенностей пищевых аллергенов в зависимости от термостабильности и индивидуальный подход при подборе элиминационной диеты предупреждает осложнения пищевой аллергии.

Литература

1. Гурина О.П., Дементьева Е.А., Блинов А.Е., Варламова О.Н., Тимохина В.И. IgE-гиперчувствительность к аллергенам грибов *Rhizopus Nigricans* и *Cladosporium herbarum* у детей с респираторными аллергиями // Педиатр. 2016.-Т.7.Вып.4. С.61-66.
2. Евдокимова Т.А., Петровский Ф.И., Огородова Л.М., Федотова М.М., Федорова О.С. Особенности клинических фенотипов пищевой аллергии при синдроме перекрестной реактивности // Вопросы современной педиатрии. 2013; 12 (2): 6-11.
3. Козлова Я.И., Фролова Е.В., Филипова Л.В., и др. Микогенная сенсibilизация у пациентов с бронхиальной астмой в Санкт-Петербурге // Медицинская иммунология. – 2015. – № 17. – с. 67.
4. Митин Ю.А., Пастушенков В.Л., Углина О.А. Характеристика особенностей клинического течения, изменений иммунной системы у детей, больных острой дизентерией, имевших колонизацию кишечника грибами *Aspergillus flavus* // Медицинская иммунология. – 2015. – № 17. – с. 119-120
5. Пампура А.Н. Проблемы и перспективы развития детской аллергологии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2015.-№1. С.7-15.
6. Рёкен М., Гревес Г., Бургдорф В. Наглядная аллергология. М.: Бином, 2008. 238 с.
7. Ткаченко О.Я. Пищевая аллергия у детей как ключевое звено в реализации атопии // Неонатология, хирургия та перинатальна медицина.2014.Т.IV.-№1 (11). С.106-113.
8. Шуматова Т.А., Приходченко Н.Г. Оценка Эффективности диетотерапии у детей первого года жизни с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014.-№5. С.82-86.
9. Alessandri C., Zennaro D., Zaffiro A., Mari A. Molecular allergology approach to allergic diseases in the pediatric age. // Italian J.Pediatrics. 2009; 35: 29-41.
10. Fedorova O.S., Ogorodova L.M. A Phenomenon of cross-reactivity in food allergy, results of modern studies. // Russian allergological journal.2009; 6: 5-10.
11. O'Hollaren, M. T., J. W. Yunginger, K. P. Offord, M. J. Somers, et al. Exposure to an aeroallergen as a possible precipitating factor in respiratory arrest in young patients with asthma. N Engl J Med 1991;324:359-363

12. Ramirez-Del-Pozo M.E, Gomez-Vera J, Lopez-Tiro J. Risk factors associated with the development of atopic march. Case-control study. Rev Alerg Mex 2012; 59: 4: 199-203.

13. Takatory K, Saito A, Yasueda H. The effect of house design and environment on fungal movement in homes of bronchial asthma patients. Mycopathologia. 2000;152:41-49. doi: 10.1023/A:1011933627275

14. Wong G.W., Mahesh P.A., Ogorodova L., Leung T.F., Fedorova O., Holla A.D., Fernandez-Rivas M., Clare Mills E.N., Kumelling I., van Ree R., Yardanbakhsh M., Burney P. The Euro Preval- INCO surveys on the prevalence of food allergies in children from China, India and Russia: the study methodology. Allergy. 2010; 65 (3): 385-390.

УДК: 614.21:616.9

КАДРОВЫЙ КРИЗИС В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Алимов А.А., Атамуратова Ф.С.

Ташкентская медицинская академия

По здравоохранению и экономике многих стран мира катком прошла пандемия COVID-19, образовав дыры и трещины, также выявив многие закоренелые проблемы человечества. Пандемия коснулась многих сфер и индустрий. Буквально, основной удар на себя приняло Здравоохранение и в её лице – медицинский персонал. В связи с чем, именно медицинские работники должны быть изображены на постере 2020, а теперь, как видно, и 2021 года как самые храбрые, отзывчивые, непоколебимые, сильные персонажи.

Вследствие планетарного масштаба распространения коронавируса, на плечи медицинского персонала всех стран легла нелёгкая ноша в физическом и моральном плане. По достоверным данным, врачей действительно не хватало на всех поступивших больных. В условиях нехватки или поставки некачественных СИЗ медики, лечащие больных COVID-19, подвергаются высокому риску заражения. Широкое распространение вируса среди медработников ведёт к появлению новых ограничивающих факторов в системе здравоохранения и увеличивает нагрузку на коллег, заменяющих тех, кто уходит на карантин как минимум на 14 дней. В Узбекистане была некоторая зависимость между увеличением числа больных и увеличением числа инфицированных среди медицинских работников. «С каждым инфицированным работником здравоохранения в рядах борцов с пандемией появляется очередная брешь» [1].

Цель исследования

Раскрытие сущности и причин проблемы кадрового кризиса в системе здравоохранения во время пандемии COVID-19.

Метод исследования

Анализ, синтез, системный подход, обобщение, социологический опрос (в виде интервьюирования проведенного в 1, 2 клиниках ТМА и научно-исследовательском институте эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Министерства Республики Узбекистан среди 30 врачей; в виде опроса в онлайн-форме, с помощью платформы Google, где участвовали более 60 врачей).

Результаты

Проведенный опрос среди врачей различного профиля и возрастов, среди которых были фтизиатры, инфекционисты-эпидемиологи, реаниматологи, хирурги, кардиологи, эндокринологи, пульмонологи выявил: 1) по итогам 1-го вопроса выявилось, что 88% респондентов имели причастность к работе и борьбе с Ковид-19, из них же 50% прошли перед этим специальную подготовку. 2) на вопрос о сроке нахождения в медучреждении 50% ответили, что проработали там больше месяца; 30% ответили, что находились в течение двух недель. 3) на вопрос «была ли перегруженность медиков в медицинских учреждениях, где лечат больных коронавирусом», около 88% респондентов по итогу обоих опросов отметили перегруженность медицинского персонала, работавших с больными COVID-19. 65% из группы опрошенных оценили степень перегруженности медицинского персонала, как тяжелую, 18% отметили, что перегруженность имела периоды, 12% отметили, что нагрузка была умеренной и 5% не отметили никаких признаков перегруженности. 4) на вопрос «имелась ли нехватка в медицинских учреждениях, где лечат больных коронавирусом?», 53% респондентов заявили, что нехватка медицинского персонала ясно дала о себе знать; 38% ответили, что недостаток присутствовал, но не в острой форме; 9% респондент не отметил нехватки. 5) на вопрос «повлияла ли нехватка гигиенических средств на то, что количество зараженных медицинских работников увеличилось?», 75% - в онлайн и 47% - в форме интервьюирования врачей отмечают, что временная нехватка гигиенических средств защиты имела место и могла являться одной из причин инфицирования самих медицинских работников. Остальные дали отрицательный ответ. 6) на вопрос «каких врачей по узким специальностям особенно не хватало?», 44% респондентов отметили недостаточность эпидемиологов/инфекционистов; 77% опрошенных считают, что не хватало реаниматологов; 20% отметили дефицит психиатров; 27% отметили дефицит пульмологов; 33% респондентов считают, что не хватало врачей-кардиологов; единично заявили, что ощущалась нехватка эндокринологов, хирургов, врачей-лаборантов. 7) на вопрос «чем вы объясните нехватку медицинских кадров в карантинных учреждениях?», 61% респондентов ответили, что большая волна инфицированных пациентов временами выбивала из колеи некоторых работников, вследствие чего ощущалась их нехватка; 15% опрошенных считают гигиеническую незащищенность медперсонала одной из причин, 50% заявили, что дефицит медработников существовал и до карантинных мер и пандемии; ещё 15% выбрали низкую оплату труда одной из причин. Ответы интервью несколько от-

личаются, 12% врачей также отнесли уход многих врачей на карантин и больничный – одной из причин; единично отметили панику и страх в первые периоды пандемии и нежелание работать в «красной зоне». 8) на вопрос «как вы считаете, каких медицинских специалистов не хватает в Узбекистане, после закрытия многих карантинных учреждений и их перехода в обычный режим?», 32% отметили инфекционистов/эпидемиологов; еще 24% отметили кардиологов, 50% считают, что мало реаниматологов, 39% считают, что мало врачей отделения интенсивной терапии; 30% заявляют о небольшом штате нейрохирургов, по 18% заявили о малом количестве эндокринологов, 12% - неонатологов и пульмонологов, единично выбрали онкологов, ВОП и врачей-лаборантов. 9) последние два вопроса предлагают изложить респондентам их точку зрения по определенной теме «как вы считаете, что является причиной нехватки медицинских кадров в Узбекистане?», 56% респондентов онлайн-опроса и интервью ответили, что основной причиной нехватки врачей в Узбекистане, по их мнению, является невысокая оплачиваемость труда; 8% заявляют о низком уровне социального статуса профессии врача, а также единично видят причину в обучении в ВУЗах, малых перспективах в карьерном росте, 6% отмечают низкий приток работников; 9% отмечают низкую правовую защиту врачей, 6% - никак не ответили, опровергая информацию о нехватке. 10) последний вопрос предполагал выслушать различные предложения от самих респондентов по улучшению ситуации. По мнению респондентов, 50% предложили увеличить оплату труда медицинским работникам; 6% предложили модернизировать учебные базы, увеличить приём в медицинские институты, создавать более комфортные условия труда, обновить литературу, ликвидировать бюрократию и искоренить коррупцию; 18% предлагают провести изменения на уровне ВУЗов – повысить квоты, увеличить количество мест, усилить контроль образования студентов, увеличить количество часов, выделенных на практику студентам; 6% предлагают пересмотреть правовые нормы по медицинскому профилю; единично предложили повышать научный потенциал врачей и привлекать медицинские кадры на более комфортные условия труда.

Выводы. Изучив полученные ответы анкетирования и интервьюирования, было сделано несколько выводов: во-первых, недостаток медицинских работников имелся во всех медицинских учреждениях, где лечили больных коронавирусом; во-вторых, недостаток медицинского персонала коснулся особенно: узких специальностей, как, реаниматологи, врачи отделения интенсивной терапии, эпидемиологи-инфекционисты; в-третьих, кадровый кризис имеет место и сейчас, во время стабилизации обстановки. Это касается таких специальностей как, инфекционисты, реаниматологи, нейрохирурги, пульмонологи, кардиологи; в-четвертых, кадровому кризису в системе здравоохранения могла способствовать низкая оплачиваемость труда медицинского персонала, а также малый приток необходимых узких специальностей медицины и некоторые особенности условий труда.

Поэтому в связи с распространением COVID-19 необходимо укреплять поток медицинских кадров как неотъемлемую часть любой устойчивой системы здравоохранения [2]. Чтобы добиться таких результатов надо обеспечить им необходимую защиту, первоочередное внимание должно уделяться уважению их трудовых прав и созданию для них достойных условий труда.

Литература

1. Кризис COVID-19 и сектор здравоохранения // https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/briefingnote/wcms_747870.pdf
2. ВОЗ выпустила рекомендации, которые помогут странам в Европейском регионе обеспечивать основные услуги здравоохранения в условиях пандемии COVID 19 // <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/pages/news/news/2020/4/who-releases-guidelines-to-help-european-countries-maintain-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>.

УДК: 616-008.9-053.6

ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Ахмедова Д.Р., Ищенко И.В., Тиллашайхова М.Х.

УСМИР КИЗЛАРДА МИКРОЭЛЕМЕНТЛАР ЕТИШМОВЧИЛИГИ КЕЛИБ ЧИКИШ САБАБЛАРИ

Ахмедова Д.Р., Ищенко И.В., Тиллашайхова М.Х.

THE CAUSE OF THE DEVELOPMENT OF MICRONUTRIENT DEFICIENCY IN ADOLESCENT GIRLS

Akhmedova D.R., Ishenko I.V., Tillashayhova M.X.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, кафедра акушерства и гинекологии (детская гинекология)

Қоровулбозорда яшовчи оилаларда қизил қон кўрсаткичларини ўрганиш билан темир танқислиги анемияси (ИДА) этиологиясини, микроэлементознинг ривожланишидаги ролини аниқлаштириш учун озиқланиш хусусиятларини, диетадаги микроэлементлар (МЕ) таркибини ўрганиш. Бухоро вилоятининг тумани. Шундай қилиб, организмга токсик МЕ қабул қилишни истисно қилиш учун, айниқса ҳомиладорлик пайтида, муслуқ суви ўрнига минерал сувлардан озиқ-овқат учун фойдаланишни тавсия этиш тавсия этилади. Юқорида айтиб ўтилганлар нафақат озиқ-овқат маҳсулотларининг ҳажми ва сифатини ошириш билан эмас, балки МЕ таркибидаги дори воситаларини қўллаш орқали тана таркибидаги МЕ ни керакли МЕ билан тузатиш

зарурлигига асос бўлиб хизмат қилади.

Калит сўзлар: микроэлементлар, овқатланиш, оила, этишмовчилик, темир танқислиги анемияси.

To study the characteristics of nutrition, the maintenance in the diet of ME in order to clarify the etiology of IDA, the role of microelementosis in its development with the study of red blood indicators in families living in Karaulbazar district of Bukhara region. Thus, in order to exclude the ingestion of toxic ME in the body, it is advisable to recommend using mineral water in food, especially during pregnancy, instead of tap water. The foregoing provides the basis for the need to correct the ME composition of the body with the required ME, not only by increasing the volume and quality of food, but also by using drugs containing ME.

Key words: trace elements, nutrition, family, deficiency, iron deficiency anemia.

Цель исследования

Изучить особенности питания, содержание в рационе питания МЭ с целью уточнения этиологии ЖДА, роли микроэлементоза в её развитии с изучением показателя красной крови в семьях проживающих в Караулбазарском районе Бухарской области.

Материал и методы: Обследованы 10 семей: муж, жена и дети женского пола. С тем, чтобы облегчить анализ полученных результатов, мужа и жены были в возрасте - 30-45 лет, дети девочки в возрасте - 12-17 лет. Изучали их анамнез, перенесенные заболевания, которые могут оказывать влияние на МЭ состав крови, содержание в крови Hb, эритроцитов, ЦП, СОЭ. Семьи были идентичны по социальному происхождению - служащие и рабочие, анамнезу и перенесенным заболеваниям. Из анализа были исключены члены семьи с острыми воспалительными заболеваниями или их обострениями. Определили содержание МЭ в эритроцитах и сыворотке крови, в водопроводной воде, артезианной воде. Так как, основным источником поступления МЭ в организм человека является продукты питания, мы изучили суточный рацион питания в семьях и рассчитывали суточную потребность в них в зависимости от ассортимента питания. Основой для сравнения служили стандартные показатели содержания МЭ в 100 гр продукта (И.М. Скурихина, А.И. Волгарева, 1987 г).

По итогам такого анализа мы дали рекомендации по правильному питанию и микроэлемент содержащий препарат «Витрум».

Результаты: Представлены результаты общего анализа крови у членов семьи до и после лечения. Как видно из таблицы, у обследованного контингента была обнаружена ЖДА различной степени тяжести. Так, у девочек ЖДА I степени не наблюдалась, II степени наблюдалась у 78,5%, III степени у - 21,4%, у их матерей соответственно: I степени у - 5%, II степени у - 75%, III степени у - 20%, у их отцов: III степень ЖДА - отсутствовала, II степень отмечена - у 35% мужчин, I степени у - 65%. Таким образом, только у мужчин наблюдалась относительно благополучная картина. II-III степени ЖДА почти с одинаковой частотой наблюдалась как у матерей, так и у их дочерей соответственно: 75-78,5%, 20-21,4%. Таким образом, у детей с раннего возраста формируется ЖДА. Изучение рациона питания показало, что практически во всех семьях имеется дефицит потребления основных пищевых продуктов по сравнению с нормой. Это подтверждается наличием анемии у мужской части обследованных. Суточная потребность в продуктах питания и фактическое их потребление в изучаемых семьях представлена. Сразу оговоримся, что мы достаточно грубо оценивали объём потребления в неделю и разделили его на 7 суток и количество членов семьи. Несмотря на это дефицит оказался существенным по таким продуктам, как - мясо, молоко, хлебу, яйцам, фруктам. Это послужило основанием для убеждения их в необходимости правильного питания и назначения МЭ содержащих препаратов «Витрум» пренатал форте.

Далее мы изучили, исходя из полученных данных, дефицит поступления МЭ в организм с продуктами питания. Нормативные данные МЭ в 100 граммах продукта (И.М. Скурихина, А.И. Волгарева, 1987 г). При сопоставлении фактического потребления продуктов питания (14 основных) с нормативами потребления и содержания в них МЭ обнаружен значительный дефицит как эссенциальных, так и условно - эссенциальных МЭ. Вследствие того, что потребляется меньше продуктов питания токсичные МЭ поступали в организм соответственно меньше. То же можно отнести и к беременным поскольку их анкетирование дали такие же результаты дефицита потребления. Обращает на себя внимание тот факт, что в воде употребляемой в пищу содержатся токсичные МЭ такие, как Be, Cd, Hg, Al, Pb. В норме токсичные микроэлементов в воде содержатся не должно. Дело в том, что они имеют свойство конкурентно связываться с белками, ферментами и др., жизненно важными веществами и извращать их функцию, вытесняя эссенциальные и условно-эссенциальные микроэлементы (Авцын И.В. 1997 г). Сказанное является одной из причин развития не только анемии, но и других заболеваний имеющих у обследованного контингента.

Выводы. Таким образом, что бы исключить поступление в организм токсичных МЭ целесообразно вместо водопроводной воды рекомендовать использовать в пищу минеральных вод, особенно, в период беременности.

Изложенное дает основание для необходимости коррекции МЭ состава организма необходимыми МЭ, не только за счет увеличения объёма и качества продуктов питания, но и применения медикаментозных средств, содержащих МЭ. Об этом свидетельствуют показатели МЭ состава крови, как в изучаемых семьях, так и у беременных.

Литература

1. Амонов И.И. Особенности микроэлементного состава крови у детей, рожденных от матерей с железодефицитной анемией // Педиатрия (узб.). – Т., 2004. - №1. - С. 18-22.
2. Гресь Н. А., Тарасюк И. В. Микроэлементозы человека: актуальные проблемы // Медицина. - 2006. - №3. - С. 37-45.
3. Дисбаланс микроэлементов как фактор экологически обусловленных заболеваний / В.М.Боев, В.В.Утенина, В.В.Быстрых и др. // Гигиена и санитария. - 2001. - №5. - С. 68.
4. Курбанов Д. Д. Микроэлементозы: экохарактеристика, пути ее предупреждения // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Т., 2008. - №4. - С. 40-42.
5. Аникина, Л.В., Никитина Л.П. Селен // Экология, патология, коррекция.- Чита, 2002.- 400 с.
6. Железодефицитная анемия беременных / Н.М. Подзолкова, А.А. Нестерова, С.В. Назарова, Т.В. Шевелева // Русский медицинский журнал.-М., 2003.-№ 5.- 326–331.
7. Каюпова Н.А., Абдыкалыкова Б.И. Влияние факторов окружающей среды на состояние фето-планцентарной системы и иммунитета у беременных женщин с анемией из региона Арала // Централ.-аз. мед. журнал. - 1998. - Т.1У.-№6. - С. 331-335.
8. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии / Д.А. Асадов, Д.М. Сабилов, А.М. Нажмитдинов, Ч.И. Тагиров // Новости дерматовенерол. и репродукт. здоровья. - Ташкент, 2004. - №3. - С. 5-12.
9. Микроэлементы человека: (этиология, классификация, органопатология) / А.П. Авцын, А.А.Жаворонков, М.А.Риш, Л.С. Строчкова. - М : Медицина, 1991. - 495 с.
10. Химический состав пищевых продуктов // И.М. Скурихин, А.И. Волгарева. – М, 1987. -212 с.

ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Ахмедова Д.Р., Ищенко И.В., Тиллашайхова М.Х.

Изучить особенности питания, содержание в рационе питания микроэлементов (МЭ) с целью уточнения этиологии железодефицитной анемии (ЖДА), роли микроэлементоза в её развитии с изучением показатели красной крови в семьях проживающих в Караулбазарском районе Бухарской области. Таким образом, для исключения поступления в организм токсичных МЭ целесообразно вместо водопроводной воды рекомендовать использовать в пищу минеральных вод, особенно, в период беременности. Изложенное дает основание для необходимости коррекции МЭ состава организма необходимыми МЭ, не только за счет увеличения объёма и качества продуктов питания, но и применения медикаментозных средств, содержащих МЭ.

Ключевые слова: микроэлементы, питания, семья, дефицит, железодефицитная анемия.

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗДОРОВЬЯ И ГРУППЫ КРОВИ

Ахмедова Н.А., Уралов Ш.

Ташкентская медицинская академия

Группа крови представляет собой закономерный результат многотысячелетней эволюции пищеварительной и иммунной систем, итог растянувшейся на века драматической адаптации наших пращуров к изменяющимся природным и климатическим условиям.

Заложённая на клеточном уровне информация, как камертон, способна настроить наш организм на свойственный одному ему биологический ритм. Учёные давно обратили внимание на то, что существует определённая закономерность между группой крови и предрасположенностью к развитию некоторых заболеваний [1, 3].

Однако сама по себе группа крови не означает, что человек обязательно заболеет «характерной» для его группы крови болезнью. В этом принимают участие множество факторов, и группа крови – лишь один из них. Однако, зная свою группу крови, свои «слабые» стороны, придерживаясь питания по группе крови, можно более осознанно подойти к лечению и профилактике. Следует внимательно прислушаться к факторам риска, чтобы не упустить время или предупредить возможность возникновения тех или иных заболеваний [2, 3].

Тип крови является одним из ключевых генетических факторов, который влияет на многие области здоровья и благополучия. Капля крови уникальна, как отпечатки пальцев. Тип крови может предсказать восприимчивость к определённым болезням. Исследования показали, что люди с типом крови O(I) имеют более низкий риск сердечно-сосудистых заболеваний, но более высокий риск развития язвы желудка. Другие исследования показали, что люди с типом крови AB(IV) и B(III) имеют более высокий риск развития рака поджелудочной железы. Люди разных типов крови по-разному реагируют на стресс. Люди типа A(I) имеют более высокий уровень гормона стресса кортизола и соответственно эмоционально реагируют на стресс.

Люди разных типов крови имеют разный состав кишечных бактерий, это произошло от наших предков, чьи пищеварительные тракты формировались в зависимости от типа питания. Например, люди с типом крови A(II) лучше расщепляют углеводы, люди же с типом крови O(I) эту способность не имеют, поэтому излишки углеводов у них хранятся в виде жировых отложений [5, 6].

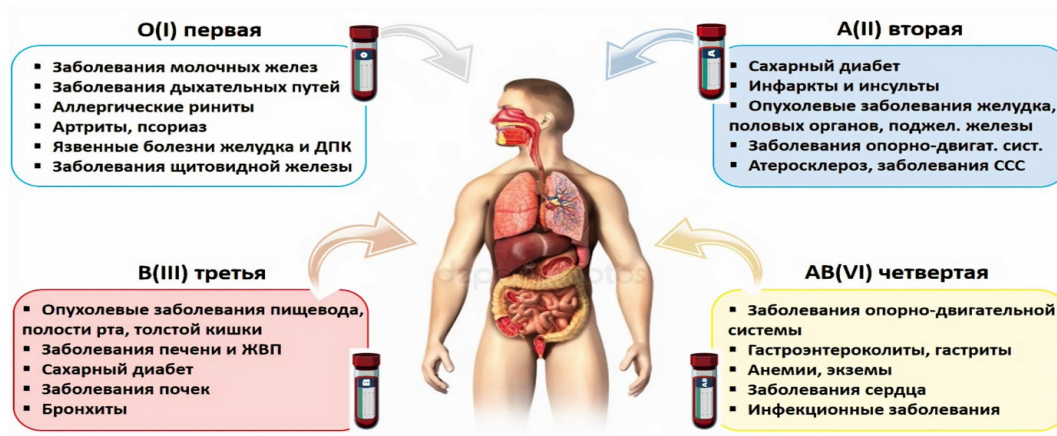


Рис. Тип крови является одним из ключевых генетических факторов, который влияет на многие области здоровья и может предсказать восприимчивость к определённым болезням.

Группа крови O (I): «O» – значит охотник»

Такие люди сильные и самодостаточные лидеры, с сильными пищеварительной и иммунной системами, созданными для эффективного метаболизма и сохранения нутриентов. Однако O(I) тип трудно адаптируется к изменениям питания и условиям окружающей среды, иногда иммунная система слишком активна и действует против самого организма, что часто проявляется аллергиями. Кроме того, наблюдения врачей говорят о том, что люди с этой группой крови чаще других страдают артритами, ревматизмом, дисфункцией щитовидной железы, колитами, гастритами, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Зная, что группа крови обуславливает уровень здоровья человека, выявляет характерные пищевые предпочтения и даже предрасположенность к каким-то заболеваниям, можно подготовиться и изучить перечень самых частых для себя заболеваний [2, 8].

Группа крови A(II): «A» – значит «аграрий», «земледелец»

В отличие от агрессивных «охотников» обладатели группы крови A(II) более приспособлены к выживанию в плотно заселённых регионах. Со временем ген A стал, если не признаком типично городского жителя, то гарантией выживания во время эпидемий чумы и холеры, выкашивавших в своё время пол - Европы. Умение и необходимость сосуществовать с себе подобными, меньшая агрессивность, большая контактность, постоянство, хорошая адаптация к работе в коллективе, организованность, тот есть все то, что мы называем социально-психологической стабильностью личности, заложено в обладателях группы крови A(II), опять-таки, на генном уровне. A(II) тип хорошо адаптируется к изменению питания и окружающей среды. Иммунная и пищеварительные системы эффективны, если соблюдается вегетарианское питание.

Однако, проблемы со здоровьем есть и связаны они с пищеварительной и иммунной системами. Чаще других люди со второй группой крови подвержены бактериальным инфекциям, злокачественным опухолям желудка, лёгких, чаще заболевают гриппом, туберкулёзом, сахарным диабетом. Для женщин характерны - мастит, синдром хронической усталости, болезни печени и желчного пузыря, остеохондроз, радикулит, подагра, атеросклероз, инфаркт миокарда, ИБС, болезни крови [9, 10].

Группа крови B(III): «кочевники»

Тип B более физически и психически уравновешенный, чем любые другие типы крови. Тип B, также как и тип A, производит несколько высокие уровни кортизола. Когда тип B выходит из равновесия, это проявляется в чрезмерной реакции на стресс, после которого они тяжело восстанавливаются, это проявляется нарушением сна, затуманенностью сознания, на этом фоне разрушаются полезные бактерии и подавляется иммунитет. Обладатели третьей группы крови характеризуются довольно сильной иммунной системой, очень быстрой адаптацией к изменениям в окружающей среде и рационе питания. Наиболее часто встречающиеся заболевания для людей этой группы крови – это аллергия, ангина, ЖКБ, энтероколит, болезни мочевыводящих путей, холецистит, атеросклероз [9, 10].

Группа крови AB(IV): (AB) – значит «смешанный»

Эта группа крови возникла в результате смешения индоевропейцев – обладателей гена A кочевников – носителей гена B. Группа крови AB считается самой молодой в системе ABO. Уникальность этой группы AB(IV) заключается в том, что её носители унаследовали иммунологическую стойкость обеих групп. Это «новейший» тип крови. AB – тип чрезвычайно стоек к разного рода аутоиммунным и аллергическим заболеваниям. Свойственные болезни для людей с этой группой крови – это анемия, ангина, бронхит, грипп, гипертония, гайморит, сердечная недостаточность, экзема [6, 7].

Несмотря на то, что группа крови даёт информацию о том, чем лучше питаться, как бороться с болезнями, не забывайте, что все люди индивидуальны, даже обладающие одинаковой группой крови. Исследования на животных показывают, что воздействие токсинов (например, фунгицидов и пестицидов), вызывают биологические изменения, которые сохраняются в течение четырёх поколений [10].

Таблица

Связь заболевания и групп крови по данным СПК 1477 ВМКГ по данным 2014–2018 гг.

Заболевания	Группы крови			
	O(I)	A(II)	B(III)	AB(IV)
ЗНО	49	34	27	21
Гематологические болезни	19	18	12	5
Желче-каменная болезнь	1	6	1	0
Цирроз	3	7	2	3
Язвенная болезнь желудка	8	6	1	2

Оценивая данные между группой крови и заболеванием, необходимо учитывать большое количество факторов, пол, возраст, конституцию обследуемого, образ жизни, место проживания, общую иммунологическую реактивность [3].

Приведенные нами сведения позволяют высказать мнение, что предрасположенность определенной группы крови к определенным заболеваниям отрицать нельзя, но и связывать некоторые заболевания с группой крови, не правильно, т.к. группы крови передаются по наследству, а некоторые заболевания только приобретаются и по наследству не передаются [4].

Заключение

Главным аргументом сторонников питания по группе крови является постулат:

- отсутствие доказательств не доказывает их неэффективность. Однако многоцентровые научные исследования пользы этих диет пока еще не были выполнены, как не получены достоверные доказательства того, что они вредны. Авторы предполагают, что в ближайшее время публичный и научный интерес к диетам по группам крови не угаснет.

Литература

1. Лавров Н. Ваша группа крови: диета и образ жизни. Издание третье. Серия Панацея. – Р/Д: «Феникс». 2002. – 184 с.
2. Ewald DR, Sumner SC. Blood type biochemistry and human disease. Wiley Interdiscip Syst Biol Med. Rev 2016; 8(6):517-535. doi:10.1002/wsbm.1355.
3. Daly A, Evans S, Chahal S, et al. Glycomacropeptide: long-term use and impact on blood phenylalanine, growth and nutritional status in children with PKU. Orphanet J Rare Dis. 2019;14(1):44. Published 2019 Feb 15. doi:10.1186/s13023-019-1011-y
4. Sackey DS, Larbie C, Mensah FO. Geophagia, nutrition and health of women with pregnancy-induced hypertension. Afr Health Sci. 2018; 18(4):1243-1254. doi:10.4314/ahs.v18i4.46.
5. Gampa A, Engen PA, Shobar R, Mutlu EA. Relationships between gastrointestinal microbiota and blood group antigens. Physiol Genomics. 2017; 49(9):473-483. doi:10.1152/physiolgenomics.00043.2017.Cooling L. Blood Groups in Infection and Host Susceptibility. Clin Microbiol Rev. 2015; 28(3):801-870. doi:10.1128/CMR.00109-14.
6. Добров А. Эффективное питание по группам крови. М.: Книжный дом, 2008. – 256 с.
7. Сарафанова Н. Русская диета по группам крови. М.: Научная книга, 2013. – 102 с.
8. Колосова С. Питание по группе крови, М.: Рипол классик, 2008. – 65 с.
9. Круглов В.И., Овчинников Д.В. Группы крови и питание человека, Киев: София, 2003. – 208 с.

РОЛЬ НЕДОСТАТКА ВИТАМИНА D В ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ахмедова Н.А., Суяркулова М.Ш., Алиева К.К.,

Ташкентская медицинская академия

В период пандемии вирусной инфекции COVID-19 в условиях отсутствия специфической терапии поиск возможных факторов риска, а также методов профилактики и лечения, продемонстрировавших свою безопасность и эффективность при схожих заболеваниях, является чрезвычайно актуальным.

Данные последних исследований по коронавирусу показали прямую корреляцию между ростом бронхолегочных заболеваний и нехваткой витамина D. Специалисты ряда стран провели исследования и определили средний уровень этого витамина у населения 20 европейских стран, а затем сравнили данные с долей смертей от COVID-19. Оказалось, что, чем ниже средний уровень витамина D по стране, тем выше смертность. К тому же, оказалось, острая нехватка витамина D в организме на 15% повышает вероятность развития тяжелой формы коронавирусной инфекции.

На сегодняшний день проведено уже более 80000 исследований, посвященных витамину D и это грандиозная цифра, которая убеждает в том, что этот витамин играет большую роль в укреплении иммунитета.

Стратегия терапии COVID-19

Стратегически важной в терапии и профилактике COVID-19 является компенсация хронических коморбидных патологий, так как наличие у пациента кардиомиопатии, тромбоземболии, ожирения, артериальной гипертензии, ИБС,

сахарного диабета ассоциировано с риском более тяжелого течения COVID-19. Снижение избыточного хронического воспаления и компенсация коморбидных патологий связаны с повышением обеспеченности витамином D и другими микронутриентами (цинк, фолаты, витамин B1, магний, омега-3, миоинозитол, витамин C). В частности, компенсация недостаточности витамина D имеет важное значение для активации интерферон-зависимого противовирусного иммунитета, для профилактики цитокинового шторма и для компенсации хронических коморбидных патологий.

Распространенность дефицита витамина D

Недостаточность витамина D встречается у 70% жителей СНГ [1]. Кросс-секционное исследование концентрации 25(OH)D в шести регионах Казахстана у 1347 здоровых взрослых 44±14 лет (из которых 819 были женщины) показало, что самый низкий уровень витамина D (<10 нг/мл) наблюдался у женщин (34,6%) по сравнению с мужчинами (16,7%) и был значительно выше у азиатов (33,2%). Также в исследовании отмечено, что встречаемость тяжелого гиповитаминоза D (<10 нг/мл) выше у лиц с низким индексом массы тела (31,1%) по сравнению с лицами с высоким индексом массы тела (18,7%) [2]. Дефицит витамина D ассоциирован с нарушениями функционирования врожденного и приобретенного иммунитета и с повышением риска вирусных и бактериальных заболеваний. На фоне недостаточности витамина D у пациента любого возраста возникает хроническое воспаление, которое существенно снижает резистентность организма к бактериальным и вирусным заболеваниям (ОРВИ, грипп, ринит, бронхит, обструктивные заболевания легких) [1].

Роль витамина D в регуляции иммунитета

Витамин D является одним из важнейших регуляторов иммунитета. Адекватная обеспеченность организма витамином D – одна из основ противовирусного иммунитета, в т. ч. против вируса гриппа [3]. Метаанализы подтвердили, что дотации витамина D облегчают течение ОРВИ, вызванных вирусом гриппа, и других инфекций респираторного тракта у взрослых и детей [4].

Иммунорегулирующий эффект активной формы витамина D (кальцитриол 1,25(OH)2D3) обусловлен широким спектром воздействия кальцитриола на метаболизм и активность макрофагов, Т- и В-клеток [5].

В случае с инфекцией COVID-19 витамин D важен тем, что активирует описанные выше системы врожденного противовирусного иммунитета.

Исследование витамина D при COVID-19

Несколькими группами исследователей обращено внимание на связь COVID-19 с дефицитом витамина D. В поперечном исследовании в Европе смертность от COVID-19 в значительной степени связана со статусом витамина D в разных популяциях [6, 7].

Если обратиться на сайт <https://clinicaltrials.gov/>, то можно, по ключевым словам, найти 7 проводимых или завершенных исследований по проведению исследований витамина D при COVID-19, три из которых относятся к рандомизированным клиническим исследованиям (РКИ). Безусловно, подтверждение причинно-следственной связи возможно только после проведения РКИ, но данные уже проведенных одномоментных исследований представляют не меньший интерес.

Группа итальянских исследователей под руководством А. D'Avolio ретроспективно провела исследование уровней 25(OH)D в крови, полученные от группы пациентов из Швейцарии. В этой когорте пациентов у лиц с подтвержденным COVID-19 (медиана 11,1 нг/мл) обнаружены значительно более низкие уровни 25(OH)D (p=0,004) по сравнению с небольшими пациентами (24,6 нг/мл); это также подтверждено стратификацией пациентов по возрасту старше 70 лет [8].

Используя базу данных трех больниц в странах Южной Азии, М. Aliprio провел ретроспективное многоцентровое исследование 212 случаев с лабораторно подтвержденной инфекцией COVID-19 [59]. Из общего числа случаев 49 (23,1%) определены как легкие, 59 (27,8%) – средней тяжести, 56 (26,4%) – тяжелые, а 48 (22,6%) – критические. Средний уровень 25(OH)D составил 23,8 нг/мл: у пациентов с легким течением – 31,2 нг/мл, средней тяжести – 27,4 нг/мл, тяжелого течения – 21,2 нг/мл и 17,1 нг/мл для критически больных пациентов, что являлось статистически значимыми различиями для всех клинических вариантов (p<0,001). В другом исследовании из Индонезии авторы оценивали различные факторы, связанные со смертностью от COVID-19.

Результаты показали, что большинство случаев смерти связано с мужским полом и пожилым возрастом, наличием ранее выявленных патологических состояний здоровья и низким уровнем витамина D. При контроле возраста, пола и сопутствующей патологии статус витамина D оказался тесно связан со смертельным исходом при COVID-19 [9].

Таким образом, возможная связь между выраженным дефицитом витамина D, тяжестью течения и смертностью, связанной с COVID-19, с учетом редких побочных эффектов и высокой безопасности, прием препаратов витамина D и/или обогащение пищи признаются многими врачами и исследователями как многообещающая вспомогательная терапия для этих двух проблем общественного здравоохранения во всем мире. Исследования статуса витамина D и полиморфизмов гена рецептора витамина D (VDR) у пострадавших могут помочь объяснить «необычное поведение» распространения SARS-CoV-2 и огромное разнообразие клинических проявлений и исходов COVID-19 [10].

Литература

1. Громова О. А., Торшин И. Ю. Витамин D. Смена парадигмы. Под ред. Е. И. Гусева, И. Н. Захаровой. М. 2017; 568 с.
2. Gromova O., Doschanova A., Lokshin V., Tuletova A., Grebennikova G., Daniyarova L., Kaishibayeva G., Nurpeissov T., Khan V., Semenova Y., Chibisova A., Suzdalskaya N., Aitaly Z., Glushkova N. Vitamin D deficiency in Kazakhstan: Cross-Sectional study. *J. Steroid Biochem Mol Biol.* 2020 May; 199: 105565. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2019.105565>.
3. Colotta F, Jansson B., Bonelli F. Modulation of inflammatory and immune responses by vitamin D. *J Autoimmun.* 2017 Dec; 85: 78-97. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2017.07.007>.
4. Beard J. A., Bearden A., Striker R. Vitamin D and the anti-viral state. *J Clin Virol.* 2011 Mar; 50 (3): 194-200. doi: 10.1016/j.jcv.2010.12.006.

5. Charan J., Goyal J. P., Saxena D., Yadav P. Vitamin D for prevention of respiratory tract infections: A systematic review and meta-analysis. *J Pharmacol Pharmacother.* 2012 Oct;3 (4): 300-3. doi: <https://doi.org/10.4103/0976-500X.103685>.
6. Laird E, Rhodes J, Kenny RA. Vitamin D and Inflammation; potential implications for severity of Covid-19. *Ir Med J.* 2020;113(5):P81.
7. Marik PE, Kory P, Varon J. Does vitamin D status impact mortality from SARS-CoV-2 infection? *Med Drug Disco.* 2020;100041. doi: 10.1016/j.medidd.2020.100041
8. D'Avolio A, Avataneo V, Manca A, et al. 25-Hydroxyvitamin D Concentrations Are Lower in Patients with Positive PCR for SARS-CoV-2. *Nutrients.*2020;12(5):E1359. doi: 10.3390/nu12051359
9. Raharusun P, Sadih P, Budiarti C, et al. Patterns of COVID-19 Mortality and Vitamin D: An Indonesian Study (April 26, 2020). <https://ssrn.com/abstract=3585561> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3585561>
10. Jakovac H. COVID-19 and vitamin D-Is there a link and an opportunity for intervention? *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2020;318(5): E589. doi: 10.1152/ajpendo.00138.2020

УДК: 616.36-002-099:616-008.831-0.85.355

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ АСФЕРВОНА

Баратова С.¹, Жуманов А.¹, Худайбердиев Х.¹, Сафаева Ш.²

АСФЕРВОННИНГ ГЕПАТОПРОТЕКТОРЛИК ФАОЛЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Баратова С.¹, Жуманов А.¹, Худайбердиев Х.¹, Сафаева Ш.²

RESEARCH OF THE HEPATOPROTECTIVE ACTIVITY OF ASFERVON

Baratova S.¹, Jumanov A.¹ Khudayberdiev Kh., Safaeva Sh.²

¹Ташкентская медицинская академия, ²Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Оқ эркак каламушларда Асфервоннинг гепатопротектив фаоллигини ўрганиш учун тўрт карбонли углевод ёрдамида ўткир токсик гепатит модели қўпайтирилди. Тадқиқотлар натижасида Асфервоннинг аниқ гепатопротектив фаоллиги борлиги аниқланди. Препаратни турли хил этиологияларнинг гепатопанкреатобилиар тизимининг патологияларининг олдини олиш ва даволашда самарали восита сифатида янада ривожлантириш мумкин деб ҳисобланади.

Калит сўзлар: ўткир токсик гепатит, гепатопротекторлар, гум - Ферул асафетида қатронлари, ферментлар.

To study the hepatoprotective activity of Asfervon in white male rats, a model of acute toxic hepatitis was reproduced using carbon tetrachloride. As a result of researches it is established that Asfervon has a strong hepatoprotective activity. It is considered possible to further develop the drug as an effective tool in the prevention and treatment of pathology of the hepatopancreatobiliary system of various etiologies.

Key words: acute toxic hepatitis, hepatoprotective drugs, gum – resin of *Ferula asafoetida*, enzymes.

Гепатопротекторы предназначенные для профилактики поражений гепатоцитов при воздействии факторов инфекционного и неинфекционного происхождения, является одним из самых важных препаратов, применяемых в указанном направлении. Однако фармакотерапевтическая активность применяемых в современной медицинской практике средств для профилактики и лечения патологии печени в Республике считается недостаточным [1]. Хотя количество фармакологических средств, используемых в комплексном лечении заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы превышают 1000 наименований, однако оказывающих избирательное действие на печень составляет сравнительно небольшую группу [3,5]. Гепатопротекторы - комплексные препараты в основном растительного происхождения предназначенные для повышения устойчивости печени к токсическим воздействиям, способствующие восстановлению функций нормализующие или усиливающие активность ферментов гепатоцитов [3,5]. Одним из способов коррекции токсических повреждений является применение гепатопротекторов растительного происхождения [4].

Цель исследования

В сравнительном аспекте в эксперименте исследовать гепатопротекторную активность Асфервона и Легалона у крыс с острым токсическим гепатитом, индуцированный тетрахлорметаном.

Материалы и методы

Эксперименты проводили на половозрелых крысах самцах с исходной массы 165-185 г. Содержание животных соответствовало правилам по устройству оборудованию и содержанию экспериментально-биологических клиник. Животные проходили карантин и акклиматизацию в условиях вивариях в течение 14 дней. Экспериментальные группы животных формировали по 6 штук в каждом с учетом массы тела. Острый токсический гепатит (ОТГ) воспроизводили путем подкожного введения 50% масляного раствора тетрахлорметана. Готовили 50% масляный раствор тетрахлорметана на оливковым масле и вводили подкожно из расчета 0,5 мл на 100 г. массы тела в течение 4-х дней. За 1 день до введения гепатотоксина и в последующие дни за 1 час введения гепатотоксина животные были разделены на несколько групп, которым внутривенно вводили свежеприготовленную водную суспензию Асфервона в дозах 25, 50, 100 мг/кг внутривенно. Отдельная группа животных получала Легалон в дозе 100 мг/кг внутривенно. Контрольная группа крыс в этот период получала аналогичный объем воды внутрь и подкожно оливковое масла.

Спустя 24 часа через последнего введения препаратов и гепатотоксина животных декапитировали под легким наркозом собирали кровь для биохимических исследований.

Гепатопротекторные свойства Асфервона в условиях токсического поражения печени оценивали путем определения различных биохимических маркеров: содержание общего белка, альбумина, общего билирубина, активность аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), гаммаглутаминтрансферазы (ГГТ) и щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Биохимические исследования проводили фотометрическим методом на полуавтоматическом биохимическом анализаторе Mindray (China, 2014 г) с использованием наборов фирмы Human (Германия) и Cypress diagnostics (Бельгия).

Результаты и их обсуждения

У нелеченых животных после подкожного введения гепатотоксина активность АлАТ в сыворотке крови возрастает почти в три раза, а АсАТ на 137,9%, что указывает на повреждения плазматических мембран гепатоцитов. В отличие от этого у крыс, превентивно получавших Асфервон активность ферментов была низким. Из данных таблицы 1 видно, что препарат в дозе 25 мг/кг подавляет активность АлАТ на 39,2%, а в дозах 50 и 100 мг/кг соответственно на 57,2 и 55,4% по сравнению с нелечеными животными. При этом активность фермента АсАТ была менее выраженным и в указанных дозах составляло 13,6-22,9%. На этом фоне Легалон проявлял практически такую же эффект, как Асфервон.

Необходимо отметить, что повреждения печени вызванного тетрахлорметаном приводит к значительным структурным изменениям паренхиме печени, которое сопровождается холестатическим синдромом на что указывает высокая активность Щелочной фосфатазы (ЩФ). При этом испытуемый Асфервон подавлял активность фермента на 14,6, 47,0 и 46,2% соответственно в дозах 25, 50 и 100мг/кг. В данном случае активность ЩФ у крыс, получавших Асфервон и Легалон между собой статистически значимо не различались. Наряду с исследованными ферментами под влиянием тетрахлорметана отмечается увеличение активности ГГТ участвующие в обмене аминокислот. А под влиянием Асфервона определили низкий активность этого фермента.

Таблица

Влияние профилактического действия Асфервона и Легалона на некоторые биохимические показатели сыворотки крови у крыс с острым тетрахлорметановым гепатитом

Показатели Группы	Дозы мг/кг	АлАТ, Ед/л	АсАт, Ед/л	ЩФ Ед/л	ГГТ Ед/л
Интактный	-	76,35±6,39	95,30±9,32	297,25±15,94	2,83±0,29
H ₂ O+ОТГ	-	223,71±17,31*	131,40±12,47*	602,15±43,61*	6,83±0,46*
Асфервон+ОТГ	25	135,93±9,81* ^o	113,57±12,30	513,80±27,29*	5,67±0,59*
Асфервон+ОТГ	50	95,68±4,97 ^o	103,11±7,16 ^o	318,57±19,94 ^o	3,66±0,47 ^o
Асфервон+ОТГ	100	99,63±5,97* ^o	101,23±8,07	323,65±19,44 ^o	3,83±0,39 ^o
Легалон+ОТГ	100	102,17±6,34* ^o	98,48±4,87	316,17±24,28 ^o	3,68±0,54 ^o

Примечание: * - по сравнению интактным (P < 0,05), ^o - по сравнению с не леченной группой (P < 0,05)

Вывод: Судя по снижению активности печеночных ферментов в сыворотке крови Асфервон обладает ярко выраженной гепатопротекторной активностью.

Литература

1. Мавланов Ш.Р., Хакимов З.З., Рахманов А.Х. Влияние лесбохола на содержание гликогена в печени при её остром токсическом поражении // Инфекция, иммунитет и фармакология. -2017. -№1-С 129-134.
2. Туляганов С.А., Набиев А. Способ получения средства, обладающего противовоспалительным и протатопротекторным действием. // Патент UZIAP. 5453 Зарегистрирован в г. Ташкент 24.08.2017 г.
3. Хакимов З.З., Файзиева З.Т., Махмудов С.С. Влияние целагрипа – индуктора интерферона на гепатобилиарную систему. г.Ташкент, -2017, с-130.
4. Оразова Э.А Биологическая характеристика ферула воночая (Comuc, Aerule foetida) произрастающего на территории Туркменистана. // Проблемы современных интеграционных процессов и пути их решения. Сборник статей Международной научно-практической конференции. Казань. -2017, часть 1. - с.7-8.
5. Даминов Т.А. Эссенциале в комплексном лечении больных, перенесших вирусные гепатиты. // Медицинской журнал Узбекистана. 2008; 4; 74-76.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ АСФЕРВОНА

Баратова С., Жуманов А., Худайбердиев Х., Сафаева Ш.

Для исследования гепатопротекторной активности Асфервона на белых крысах самцах воспроизводили модель острого токсического гепатита при помощи тетрахлорметана. В результате проведенных исследований установлено что Асфервон обладает ярко выраженной гепатопротекторной активностью. Считают возможным дальнейшую разработку препарата в качестве эффективного средства в профилактике и лечении патологии гепатопанкреатобилиарной системы различной этиологии.

Ключевые слова: острый токсический гепатит, гепатопротекторы, камедь – смолы Ферула асафетида, ферменты.

ИММОБИЛИЗАЦИОН СТРЕСС ЙЎЛИ БИЛАН ЧАҚИРИЛГАН МЕЪДА ЯРАСИДА ЎСИМЛИКЛАР ЙИҒМАСИ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Джанаев Ғ.Ю., Мустанов Т.Б., Худайбердиев Х.И.

ИЗУЧИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУХОГО ЭКСТРАКТА СБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ПРИ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА, ВЫЗВАННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИОННЫМ СТРЕССОМ

Джанаев Ғ.Ю., Мустанов Т.Б., Худайбердиев Х.И.

Тошкент тиббиёт академияси

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки широко распространена среди населения. В патогенезе этого заболевания важную роль играет нарушение баланса между локальными «защитными» и «агрессивными» факторами, преобладание «агрессивных» факторов и ослабление «защитных» факторов. Неспособность больных получить адекватный и эффективный курс лечения при лечении язвенной болезни является причиной рецидива (60-100%). Учитывая это, создание высокоэффективных, экономически выгодных, с относительно сниженными побочными эффектами, местных препаратов является одной из важных задач. С этой целью было изучено противоязвенное и гастропротекторное действие комплексного препарата, состоящего из 4 различных растений – сухого экстракта зверобоя шероховатого (*Hypericum scabrum*), зизифоры цветоножечной (*Ziziphora pedicellata*), медиазии крупнолистной (*Mediasia macrophylla*) и солодки голой (*Glycyrrhiza glabra*).

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, модель иммобилизационного стресса, сухой экстракт растительного сбора, противоязвенный эффект, рецидив, ремиссия раны.

Тадқиқот мақсади: тажриба ҳайвонларида иммобилизацион стресс таъсирида юзага келган меъда ярасида ўсимликлар йиғмаси қуруқ экстрактининг самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот усули ва материали: Тажриба учун тана вазни 180-220 г бўлган 18 та оқ, урғочи, соғлом каламушлар танлаб олинди. Каламушлар 6 тадан 3 гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳда назорат, 2-гуруҳда тажриба, 3-гуруҳда таққослаш олиб борилди. Ҳар учала гуруҳ 48 соат давомида оч қолдирилди ва 1-гуруҳга дистилланган сув, 2-гуруҳга тана вазнига кўра 50 мг/кг дозада ўсимликлар йиғмасининг қуруқ экстракти, 3-гуруҳда эса таққослаш учун самарадорлиги юқори бўлган Глицерам 75 мг/кг тана вазнига мос равишда перорал киритилди. Иммобилизацион стресс усулида каламушлар меъдасида яра чақириш учун С.В.Аничков ва И.С.Заводсков усулидан фойдаланилди [4]. Бунинг учун тажриба бошлангандан тўлиқ 48 соат ўтганидан сўнгра тажриба ҳайвонлари махсус ясалган тахтачларга орқаси билан ётқизилди, олд ва орқа оёқларидан 24 соат давомида маҳкам боғлаб қўйилди.

Тадқиқот натижалари: декапитация қилинган ҳайвонлар меъдаси визуал макроскопик кўздан кечирилди. Яралар майдони миллиметрли махсус қоғоз чизғичларда ўлчанди. Олинган маълумотлар фойдаланиб, вариацион статистика усулида ўртача арифметик қиймат ва унинг стандарт хатолиги ҳисобланди. Назорат гуруҳига нисбатан яралар миқдорини фоиз кўрсаткичларда, яра майдони эса мм² ҳисобланди. Натижаларга кўра, 1-назорат гуруҳидаги яралар сони 100% ни, яра майдони 30,6 мм² ни, майда нуқтали яралар 35,0±2,9, йирик яралар 13,3±1,6, узунчоқ таёқчасимон яралар 13,5±1,3, умумий яралар сони 61,8±4,14 ташкил этди. 2-гуруҳ тажриба ҳайвонлари 50 мг/кг тана вазнига кўра ўсимликлар йиғмасининг қуруқ экстракти киритилган каламушларда яралар сони назорат гуруҳига нисбатан 38% ни, яра майдони 12,7 мм² ни, майда нуқтали яралар 12,3±1,02, йирик яралар 6,0±0,97, узунчоқ таёқчасимон яралар 5,2±1,08, умумий яралар сони 23,5±1,8 ташкил этди. Тана вазнига кўра 75 мг/кг глицерам киритилган 3-гуруҳ каламушларда эса қуйидаги натижалар олинди: яралар сони 30% ни, яра майдони 18,6 мм² ни, майда нуқтали яралар 21,5±1,6, йирик яралар 7,2±1,03, узунчоқ таёқчасимон яралар сони 6,5±1,5, умумий яралар сони эса 37,2±2,1 ташкил этди.

Хулоса: 4 хил ўсимлик – дағал баргли далачай (*Hypericum scabrum*), гулбаргли кийикўт (*Ziziphora pedicellata*), олқор ўти (*Mediasia macrophylla*), оддий қизилмия (*Glycyrrhiza glabra*) қуруқ экстрактдан ташкил топган мажмуавий препаратнинг каламушларда иммобилизацион усулда чақирилган меъда ярасининг ремиссиясини тезлаштирганлиги аниқланди. Ушбу мажмуавий препарат гастрит ҳамда меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасининг олдини олиш учун истиқболли препаратлардан бири бўлиши мумкин.

Адабиётлар

6. Sepulveda A.R., Patil M. Practical approach to the pathologic diagnosis of gastritis // Arch. Pathol. Lab. Med. 2008. Vol. 132. 10. P. 1586–1593

7. Мамаджанова М.А., Мустанов Т.Б., Якубова Л.К. и др. Влияние 2-пенто-фтор-бутионил-3-кетометилового эфира 18-дегидроглицирретовой кислоты на развитие рефлекторных язв желудка у крыс // Ўзбекистон фармацевтик хабарномаси - 2013. - № 1.-С.39-42.

8. Исмоилов С.Р., Аллаберганов М.Ю., Мустанов Т.Б.// Экспериментал меъда яраларида янги маҳаллий бензкетозон препаратининг липидлар пероксидли оксидланиш жараёнлари ҳамда антиоксидант ферментлар фаоллигига таъсири Ўзбекистон тиббиёт журнали, 2015, № 6, Б. 157-160.

9. Мосина Л.В., Матвеева Л.В., Митина Е.А., Гераськин А.Е. особенности стрессовых эрозивно-язвенных повреждений желудка и тонкой кишки // Росс. Журнал экспериментальная и клиническая гастроэнтерология №12/2011с.50-51.

ИММОБИЛИЗАЦИОН СТРЕСС ЙЎЛИ БИЛАН ЧАҚИРИЛГАН МЕЪДА ЯРАСИДА ЎСИМЛИКЛАР ЙИҒМАСИ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Джанаев Ғ.Ю., Мустанов Т.Б., Худайбердиев Х.И.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликлари аҳоли орасида кенг тарқалган. Бу касалликнинг пато-

генезида маҳаллий «ҳимоя» ва «агрессив» омиллар ўртасида мувозанатнинг бузилиши, «агрессив» омиллар устунлиги ва «ҳимоя» омилларининг сусайиши муҳим роль ўйнайди. Меъда яраси касаллигини даволашда беморларнинг етарлича ва самарали даволаниш курсини олмаслиги рецидив ҳолатларнинг такрорланишига (60-100%) сабаб бўлади. Шуни ҳисобга олган ҳолда, ножўя таъсирлари нисбатан кам, юқори самарали, иқтисодий жиҳатдан арзон маҳаллий дори воситалари яратиш муҳим вазифалардан бири ҳисобланади. у мақсадда 4 хил ўсимлик – дағал баргли далачай (*Hypericum scabrum*), гулбаргли кийикўт (*Ziziphora pedicellata*), олқор ўти (*Mediasia macrophylla*), оддий қизилмия (*Glycyrrhiza glabra*) қуруқ экстрактдан ташкил топган мажмуавий препаратнинг иммуобилизация меъда яраси чақирилган ҳайвонларда ярага қарши ва гастропротектив таъсири ўрганилди [1-3].

Калит сўзлар: меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси, иммуобилизация стресс модели, ўсимлик йиғмасининг қуруқ экстракти, ярага қарши таъсир, рецидив, яра ремиссияси.

СУРУНКАЛИ “В” ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА HBSAG МАРКЕРИНИ МИҚДОРИЙ АНИҚЛАНИШИНING АҲАМИЯТИ

Душиева С.Д., Маматмусаева Ф.Ш., Хикматуллаева А.С., Шарапов С.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги. Бутун дунёда В вирусли гепатит инфекцияси серологик белгилари бўлган одамлар сони 2 миллиард кишини ташкил этади, уларнинг 325 миллиондан ортиғи жигарнинг сурункали касаллиги билан касалланган. Ҳозирги вақтда гепатоцеллюляр карциномадан 1,34 миллион киши вафот этмоқда, бу кўпинча В вирусли гепатит инфекцияси даврида терминал босқич бўлиши мумкин. Сурункали В вирусли гепатит билан оғриган беморларда гепатит В вируси туфайли келиб чиқадиган гепатоцеллюляр карциноманинг йиллик ривожланиш даражаси, цирроз ташхиси қўйилган ҳолда, 2-5% гача [1, 2].

Сурункали В вирусли гепатит ташхисини қўйиш учун беморларда «олтин стандарт» ҳисобланган усул бу жигар биопсиясидир. Бу текширув натижасида жигардаги яллиғланиш жараёни бўлиши, ўзгаришлар бўлмаслиги керак ёки улар минимал даражада бўлиши ҳам мумкин. Аммо, юқумли асоратларнинг кенг тарқалганлиги, инвазивлик ва биопсияларнинг юқори қиймати уни одатдаги клиник амалиёт учун тавсия этиш имконини бермайди [3,4].

Ҳозирги кунда дунёнинг этакчи илмий жамоалари гепатит В вирусининг HbsAg ва ДНК (ДНК сурункали гепатит В вируси) маркерини миқдорий равишда аниқлашни ва беморлар учун суррогат мезонлари сифатида трансминазалар (ТА) даражасини аниқлашни тавсия этдилар [2,4].

Тадқиқотнинг мақсади: Сурункали В вирусли гепатит (СВГВ) инфекциясида HbsAg маркери миқдорини аниқлашнинг аҳамиятини ўрганиш.

Тадқиқот материали: Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Вирусология илмий-тадқиқот институти Гепатология бўлимида стационар ва амбулатор даволанишда бўлган ҳамда Референс лабораторияда ИФА ва ПЦР усуллари орқали текширилиган, 26 ёшдан 45 ёшгача бўлган, 32 нафар беморларнинг қони олинди. Сурункали В вирусли гепатитнинг дельта агент билан бирга келган 15 нафар беморлар ҳамда HDV этиологияли жигар циррози билан 17 нафар беморлар олинган.

Тадқиқот натижалари: СВГВ ташхиси беморларга оид эпидемиологик анамнез маълумотлари, клиник-лаборатор, қон биокимёвий таҳлил (АЛТ, АСТ, умумий, боғланган ва боғланмаган билирубин) натижаларига, вирусли гепатитларнинг ўткир ва сурункали даврини белгилаб берувчи маркерларнинг (HbsAg, HbeAg, анти-Hbc IgM, анти-HCV маркерларнинг иммуофермент таҳлил (ИФА), HBV-DNK маркерининг полимераз занжир реакция (ПЗР) усуллари) аниқланиши асосида қўйилди.

СВГВ билан касалланган беморлар ёш бўйича қуйидаги 2 та, яъни 26-35 ёшгача ва 36-45 ёшгача бўлган гуруҳларга ажратилиб ўрганилди. Кузатув остидаги беморларнинг умумий сони 32 та бўлиб, шулардан 11 нафари (34,4%) ни 26-35 ёшгача, 21 нафарини (65,6%) эса 36-45 ёшгача беморлар ташкил этди.

Кузатувимиздаги 32 нафар беморнинг 15 нафари (46,9%) СВГВ (асосий гуруҳ) ва 17 нафари (53,1%) HDV этиологияли жигар циррози (назорат гуруҳ) билан оғриган беморлардир.

1-жадвалдан кўриниб турибдики, асосий гуруҳ беморларида анти-HbsIgM, HBeAg, HBV-DNA маркерлари 33,3% беморларда мусбат эканлиги аниқланди. Шунингдек, назорат гуруҳ беморларида HbsIgM – 53%, HBeAg – 76,5%, HBV-DNA – 88,2% мусбат эканлиги маълум бўлди.

Тадқиқотлар натижасида олинган маълумотларга кўра, кузатувимиздаги назорат гуруҳ беморларида HBV-DNA маркери манфий (негатив) бўлган беморларда HbsAg маркери $1,9 \pm 0,56$ ТБ/мл бўлиши аниқланди. Назорат гуруҳ беморларида HBV-DNA маркери мусбат (позитив) бўлган беморларда HbsAg маркери $4,3 \pm 0,62$ ТБ/мл миқдориди бўлиши маълум бўлди ва кўрсаткичлар орасидаги статистик фарқлар ишончли эканлиги аниқланди ($P < 0,05$).

1-жадвал

Асосий ва назорат гуруҳ беморларида серологик маркерларнинг сифат кўрсаткичи бўйича учраш динамикаси

Маркерлар	Назорат гуруҳ		Асосий гуруҳ		P
	Абс.	М±m	Абс.	М±m	

HbsAg	15	100	17	100	
	5	33,3±13,6	9	53±9,9	<0,05
HbeAg	5	33,3±13,6	9	53±9,9	<0,05
	1	6,6±7,9	13	76,5±8,5	<0,001
анти-HBs	1	6,6±7,9	2	11,7±6,4	>0,05
	10	66,7±13,6	8	47±9,9	>0,05
анти-HBe	4	26,7±12,5	3	17,6±7,3	>0,05
	14	93,3±8,0	5	29,4±8,9	<0,003
HBV-DNA	11	73,3±12,5	16	94,1±5,4	<0,05
	5	33,3±13,6	15	88,2±6,4	<0,003

Эслатма: P – асосий гуруҳ кўрсаткичлари назорат гуруҳ кўрсаткичларига нисбатан ишончли.

2-жадвал

HBV-инфекциянинг турли вариантларида HbsAg маркери даражасининг ўртача кўрсаткичи

HBV-DNA	HbsAg даражаси	
	СВГВ + дельта агент (15)	HDV + ЖЦ (17)
Негатив	1,9±0,56	2,3±0,91
Позитив	4,3±0,62*	2,8±0,53**
P	<0,05	>0,05

Изоҳ: *-HbsAg даражаси HBV-DNA негатив ва позитив кўрсаткичлар орасидаги фарқ ишончли; **- HbsAg даражаси СВГВ + дельта агент ва HDV + ЖЦ беморларида HBV-DNA позитив бўлганда кўрсаткичлар орасидаги фарқ ишончли

2-жадвалдан кўришиб турибдики, HDV + ЖЦ билан HBV-DNA негатив ва позитив бўлган беморларда HbsAg маркерининг миқдорий кўрсаткичи орасидаги фарқ ишончли бўлмади (2,3±0,91 ва 2,8±0,53 мос равишда, P>0,05). Ушбу маълумотлар HbsAg маркерининг миқдорий кўрсаткичи HBV-DNA негатив ва позитив бўлган ЖЦ беморларни аниқ фарқлаб бера олмайди.

Кузатувимиздаги HDV + ЖЦ ва СВГВ + дельта агент беморларида HBV-DNA позитив бўлганда HbsAg маркерининг миқдорий кўрсаткичи орасидаги фарқ статистик жиҳатдан ишончли бўлди (2,8±0,53 ва 4,3±0,62 мос равишда, P<0,05).

Хулоса: СВГВ + дельта агент беморларда қон зардобидидаги HbsAg маркерининг миқдорий кўрсаткичи билан қондаги HBV-DNA даражаси орасида тўғри (бевосита) корреляцион боғлиқлик мавжуд экан. HbsAg маркери HBV-инфекциянинг миқдорий кўрсаткичини белгиловчи серологик маркер бўлиб хизмат қилади.

Адабиётлар

1. Даминов Т.А. Достижения ученых Узбекистана в решении актуальных проблем диагностики и лечения вирусных гепатитов В и С у детей // Ozbekiston tibbiyot Jurnalı.-2014.-№6.-С.18-24.
2. Детская гастроэнтерология: рук. для врачей / под ред. Н. П. Шабалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. -760 с. : табл, рис.
3. Blumberg B.S., Alter H.J., Visnich S.A. A "New" antigen in leukemia sera // JAMA. 2014. Vol. 52, № 2. P. 352-257.
4. Camps, I. Prediction of sustained remission of chronic hepatitis C after 12-months course of alpha-interferon / I. Camps, Garcia-Granero, J.I. Riezu-Voj et al. // J. Hepatol. – 2014. – Vol. 21. – P. 4-11.

КАСАЛХОНА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

Жониқулов Ж.О., Алматова У.А., Бобоева И.Ў., Неъматова Н.Ў., Абдуқахарова М.Ф.

Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги: Ҳозирги замон тиббиёти ва соғлиқни сақлаш тизимининг энг долзарб муаммоларидан бири бўлган ОИВ-инфекцияси дунёнинг барча давлатларида кенг тарқалганлиги билан ажралиб туради. Жаҳонда 1981 дан то 2019 йил сўнгига қадар жами 85 миллион нафар киши ОИВ билан зарарланган. Шулардан 2019 йилга келиб, вафот этганлар сони 40,0 млн. нафар киши, ҳаёт юрганлар сони 35,3 млн. нафар кишини ташкил этади. Россияда 2019йилда ОИВ-инфекциясининг юқтириб олганлар сони 1 миллионга етганлиги кузатилган. Янги зарарланганлар сони 94668 кишини ташкил этган, шулардан 36868 ҳолат ўлим билан яқунланган. Статистик маълумотларга асосан ОИВ-инфекцияси билан кўпроқ 30-40 ёшдаги (4%) эркаклар зарарланганлиги кузатилган, аёллар ўртасида зарарланганлар улушини кўпроқ 30-30 ёшдаги аёллар (2-3%) ташкил этганлиги қайд этилган.

2020 йил ЖССТ маълумотида кўра ОИВ-инфекциясининг даволаш профилактик муассасаларида (ДПМ) гемоконтант йўл орқали тарқалиши кузатилмоқда. Касалхона ичи гемоконтант ОИВ-инфекцияси, вирусли ге-

патит В ва С инфекцияларнинг соғлиқни сақлаш тизимига ижтимоий ва иқтисодий зарар келтирмоқда. ОИВ-инфекциясининг турли маъмурий ҳудудлари ва аҳоли гуруҳлари бўйича нотекис тарқалганлиги аниқланди. ОИВ-инфекцияси яширин даврининг давомийлиги, касалликнинг сурункали ҳолатларда кечиши ва сурункали вирус ташувчиликнинг шакилланиши беморнинг атрофдаги шахсларга нисбатан хавфлилиги узоқ муддат давом этишини таъминлайди. Ушбу ҳолат эса эпидемик жараён сақланиб туришида ва қўзғатувчининг биологик тур сифатида сақланиб туришини кўрсатади, яъни бемор ва вирус ташувчилар турли табиий ва сунъий, артифициал тарқатиш йўллари (тиббий муолажалар) орқали янги касаллик ҳолатларини келтириб чиқаради. Бундан ташқари ОИВ-инфекцияси билан касалланган беморларда касаллик оқибатида келиб чиққан асоратлар натижасида (оппортунистик касалликларнинг қўшилиши ва ҳ.к.) ўлим ҳолатлари кўпайиши кузатилади.

Тадқиқотнинг мақсади. Тошкент шаҳри даволаш профилактик муассасаларида касалхона ичи ОИВ-инфекцияси тарқалганлигининг эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва унинг профилактикасини такомиллаштириш.

Тадқиқот материали ва усуллари: касалхона ичи ОИВ-инфекцияси эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш мақсадида Ўзбекистон Республикаси ОИВ/ОИТС касаллигига қарши курашиш маркази ОИВ-инфекцияси билан касалланиш бўйича 2000-2019 йиллардаги расмий маълумотлари ўрганилди ва ретро-спектив таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари ва хулосалар. Олиб борилган тадқиқот натижасида қуйидагилар аниқланди. Ҳар йили республикамизда ОИВ-инфекцияси билан янгидан аниқланаётган ҳолатлар ҳисобга олиниб, ОИВ-инфекцияси билан яшовчилар сони ортиб бориши кузатилмоқда. Касалликнинг кўп йиллик динамикасида 2017-2018-2019 йиллар ҳолати қарайдиган бўлса 2017 йил ОИВ билан рўйхатга олинганлар сони 4025 нафарни, шулардан эркаклар-2293, аёллар-1732 нафарни ташкил этмоқда. 2018 йилда 4060 нафарни, шулардан эркаклар-2303, аёллар эса-1757 нафарга етган. 2019 йилда 3983 ҳолат қайт этидган бўлиб, шулардан 2291-нафари эркакларни, 1692-нафарини аёлларни ташкил этган бўлиб, рўйхатга олинганлар сони 2017 йилга кўра 2018 йилда 35 та ҳолатга кўпайган бўлиб, 10 нафарини эркаклар, 25 нафарини аёллар ташкил этса, ушбу кўрсаткич 2019 йилга келиб 42 та ҳолатга пасайганлигини, яъни 2 нафар эркакларни, 40 нафар аёлларни ташкил этади.

Тиббий ходимларнинг ОИВ-инфекцияси билан касалланишининг олдинги йиллар билан таққослаганимизда бир мунча ошганлигини кўрамиз 2018 йилда 33 та ҳолати бўлган бўлса, 2019 йилга келиб 45 та ҳолат кузатилган. Шулардан ҳудудлар бўйича Тошкент шаҳрида 2018 йилда кайд этилмаган, 2019 йилда 14 та ҳолат, Тошкент вилоятида 2018 йилда 5 та, 2019 йилда 8 та ҳолат, Наманган вилоятида 2018 йилда 4та, 2019 йилда 7та, Сурхондарё вилоятида 2018 йилда 5та, 2019 йилда 2та, Андижон вилоятида 2018 йилда 4та, 2019 йилда 1 та ҳолат қайт этилган.

Хулоса. Аҳолининг ва тиббиёт ходимларининг касалхона ОИВ-инфекцияси бўйича билимлари савиясини ошириш ушбу касалликни эрта аниқлашда ва касалликнинг эпидемик тарқалишининг олдини олишда муҳим аҳамиятга эга, бу эса, ўз навбатида, тиббиёт ходимларининг ОИВ-инфекциясига нисбатан хушёрлигини янада оширишни тақозо этади.

Ҳозирги вақтда касалхона ОИВ/ОИТС инфекцияси тарқалишининг олдини олишнинг самарали йўллари билан бири тиббиёт амалиётига ушбу касалликларга қарши юқори самарали профилактик чора-тадбирларни ишлаб чиқиш, такомиллаштириш ва тадбиқ этиш ҳозирги даврда тиббий соҳанинг асосий вазифаларидан иборат.

УДК:616.36-002-099:616-085.355

ВЛИЯНИЕ ЛЕСБОХОЛА НА ЭКСКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Турсунова З., Махмудов С., Худайбердиев Х.

ЎТКИР ТОКСИК ГЕПАТИТДА ЖИГАРНИНГ ЭКСКРЕТОР ФАОЛИЯТИГА ЛЕСБОХОЛНИНГ ТАЪСИРИ

Турсунова З., Махмудов С., Худайбердиев Х.

THE INFLUENCE OF LESBOCHOL ON THE EXCRETORY FUNCTION OF THE LIVER IN ACUTE TOXIC HEPATITIS

Tursunova Z., Makhmudov S., Khudayberdiev Kh.

Ташкентская медицинская академия

Investigated the influence of lesbochol on the excretory function of the liver of rats with acute drug-induced hepatitis. It is shown that lesbochol has a distinct regenerating effect on the external secretory function of the liver and on the content of the main components of bile in animals with acute hepatitis. At the same time, the best effect was observed when using lesbochol at a dose of 25 mg/kg for 6 days.

Key words: drug-induced liver injuries, choloretic agents, excretory function of the liver, bile acids.

Введение. Поражения печени, связанные с применением различных лекарственных средств (ЛС), являются растущей проблемой здравоохранения [1]. Более 1200 наименований лекарств могут быть причиной

лекарственного гепатита, из них более 200 потенциально гепатотоксичны [1,2]. Во всем мире годовой показатель коэффициента заболеваемости лекарственным гепатитом составляет 13,9-24,0 на 100000 жителей. Первое место среди причин лекарственного поражения печени занимают противотуберкулезные и антибактериальные средства. Далее следуют нестероидные противовоспалительные средства, цитостатики, регулирующие функции нервной системы, гормональные, гипотензивные, антиаритмические препараты. Общая смертность при медикаментозном поражении печени составляет 5-11,9%. При отравлении парацетамолом даже в относительно невысоких дозах (4-12 г) смертность может достигать 20% и более, ацетилсалициловой кислотой у детей (синдром Рейе) – 50% [3].

Желчегонные средства – лекарственные препараты, повышающие секрецию желчи или способствующие ее выделению в двенадцатиперстную кишку [5-7].

Цель исследования

Изучение влияния лесбохола на экскреторную функцию печени при остром токсическом гепатите.

Материалы и методы

Эксперименты проводились на белых, беспородных крысах-самцах с массой тела 170-210 г. Каждая экспериментальная группа состояла из 6-7 животных. Животные содержались на стандартном рационе питания в условиях вивария. Острый токсический гепатит воспроизводили у животных путем подкожного введения 50% масляного раствора CCl_4 в дозе 0,5 мл на 100 г массы тела в течение 4 дней [8,9]. В контрольной группе животных подкожно вводили растительное масло из расчета 0,25 мл на 100 г массы тела.

Спустя сутки после завершения введения CCl_4 для коррекции нарушений внешнесекреторной функции печени внутрижелудочно вводили лесбохол в дозах 10, 25, 50 мг/кг 1 раз в сутки в течение 3 и 6 дней. Данный препарат состоит из смеси сухих экстрактов лекарственных растений – *Hypericum scabrum L.*, *Ziziphora pedicellata*, *Mediasia macrophylla* и *Glycyrrhiza glabra L.*

Крысы нелеченой группы получали дистиллированную воду в объеме 0,25 мл на 100 г массы тела. У крыс под наркозом (1% раствор этаминала натрия вводили внутривентриально в дозе 50 мг/кг) вскрывали эпигастральную область брюшной полости животных, находили общий желчный проток и в его просвет вставляли полиэтиленовую канюлю. Желчь собирали в течении 4 часов. Учитывали скорость секреции желчи за каждый час опыта. Определение содержания желчных кислот и холестерина проводили методом, основанным на способности охлажденного раствора железа хлорного давать окрашенные комплексы с желчными кислотами и холестерином. [4,10].

Результаты экспериментальных исследований статистически обрабатывали с помощью программного обеспечения Biostat 2009. Цифровые материалы представлены в виде среднего значения (M) и стандартной ошибки среднего значения (m). За статистически достоверное изменение принимали различие при уровне вероятности 95% и более ($p < 0,05$).

Результаты

Результаты приведённых экспериментов показали, что при остром гепатите, вызванным введением CCl_4 наблюдается значительное нарушение экскреторной функции печени, степень которой находится в прямой зависимости от сроков исследования. Так, через 3 суток после введения CCl_4 количество жёлчи, выделенное за 4 часа опыта, снижается на 59%, а через 6 суток на 39,6% (таблица 1). При этом выявляются изменения и в химическом составе жёлчи: содержание желчных кислот статистически значимо снижается на 60,4% и 42,4%, холестерина на 58,3% и 51,1%, билирубина на 46,5% и 45,4% по сравнению с интактными животными через 3 и 6 сутки, соответственно.

Считают, что эти изменения развиваются на фоне напряжения и истощения антиоксидантной системы обуславливая формирования окислительного стресса.

В отличие от этого, у крыс после лечения лесбохолом отчетливо восстанавливались показатели функционального состояния печени, нарушенные при остром токсическом гепатите. Так, при внутрижелудочном введении лесбохола в течение 3 дней в дозе 10, 25, 50 мг/кг наблюдается увеличение выделения жёлчи на 67,8%, 145,8% и 91,5% по сравнению с контролем, а через 6 дней после лечения соответственно на 19,7%, 96,6%, 46%. Выраженный эффект лечения проявляется при дозе 25 мг/кг (см. табл. 1) Наряду с повышением общего количества жёлчи через 3 суток лечения отмечается увеличение содержания её компонентов.

Таблица 1

Влияние различных доз лесбохола на интенсивность секреции желчи и ее химический состав у крыс с острым CCl_4 гепатитом (за 4 ч опыта на 100 г массы тела)

Группа	Желчь, мл	Желчные кислоты, мг	Холестерин, мг	Билирубин, мкг
Здоровые	1,44±0,07	8,59±0,53	0,309±0,016	112,4±7,5
Острый гепатит	0,59±0,04* 0,87±0,06*	3,40±0,29* 4,95±0,31*	0,129±0,012* 0,151±0,011*	60,2±7,0* 61,3±6,4*
Лесбохол, 10 мг/кг	0,99±0,11* ^a 1,04±0,06*	4,49±0,66* 6,57±0,32* ^a	0,310±0,04 ^a 0,290±0,035 ^a	103,3±5,1 ^a 103,3±5,1 ^a
Лесбохол, 25 мг/кг	1,45±0,06 ^a 1,71±0,09 ^a	6,05±0,41* ^a 9,98±0,75 ^a	0,260±0,028 ^a 0,390±0,035 ^a	102,9±14,4 ^a 109,1±5,9 ^a

Лесбохол, 50 мг/кг	$1,13 \pm 0,09^{*a}$ $1,27 \pm 0,06^a$	$5,12 \pm 0,32^{*a}$ $8,13 \pm 0,38^a$	$0,227 \pm 0,029^{*a}$ $0,321 \pm 0,017^a$	$86,8 \pm 11,4$ $95,7 \pm 8,8^a$
--------------------	---	---	---	-------------------------------------

Примечание: * - по сравнению с контролем ($p < 0,05$): a - по отношению к нелеченой группе ($p < 0,05$). В числителе указаны результаты после трехдневного, а в знаменателе после шестидневного введения лесбохола.

Так количество желчных кислот, холестерина и билирубина в составе желчи, выделенной за 4 часа опыта статистически значимо увеличилось на 32,1%, 138,5% и 59% при лечении в дозе 10 мг/кг, на 77,9%, 101,5% и 71,1% - в дозе 25 мг/кг и на 50,6%, 75,97% и 44,2% - в дозе 50 мг/кг. После 6-ти дневного лечения отмеченный эффект в показателях химического состава желчи увеличился соответственно на 32,7%, 99,3% и 68,5% в дозе 10мг/кг, 101,6%, 158,3% и 77,9% в дозе 25 мг/кг, 64,2%, 112,6% и 81,6% дозе 50 мг/кг по сравнению с группой без лечения.

Из приведённых данных видно, что с увеличением срока лечения отмеченный положительный эффект препарата несколько возрастает.

Выводы

Отмечено, что лесбохол обладает отчетливым восстанавливающим действием на внешнесекреторную функцию печени и на содержание основных компонентов желчи у животных с острым гепатитом, при этом наилучший эффект отмечен применение экстракта суммы лекарственных растений в дозе 25 мг/кг в течение 6 дней.

Литература

1. Neil Kaplowitz et al., Drug-Induced Liver Injury // Clinical infectious Diseases. 2004. Volume 38, Issue Supplement 2 Pp. 44-48.
2. Матвеев А.В. Гепатопротекторы анализ международных исследований по препаратам группы и лекарств для печени // Симферополь ИТ "Ариал" - 2013. - 384 с.
3. Хакимов З.З., Рахманов А.Х., Мавлонов Ш.Р. Эффективность смеси экстрактов лекарственных растений в коррекции нарушения функционального состояния печени при её поражениях различной этиологии // Монография -Ташкент. - 2021 С.-156.
4. Хакимов З.З., Акрамова Я.З., Махмудов С.С. Эффективность индукторов интерферона в коррекции функционального состояния печени при токсических гепатитах // Медицинский журнал Узбекистана. 2018. - № 5.- с.85-88.
5. Хамрабаева Ф.И., Юлдашева Л.Э., Кадырова С.Р., Применение гепатопротекторов растительного происхождения в комплексном лечении заболеваний печени и желчевыводящих путей: Метод. рекоменд. – Ташкент 2010. – 16 с.
6. Харкевич Д.А. Фармакология // учебник. -М., Гэотар-мед, 2017-388 с.
7. Сапожникова Т.А., Зарудный Ф.С., Басченко Н.Ж. Гепатопротекторная активность 2-дезметоксикарбонил-2-этоксикарбонил-11-дез-оксимезопростола // Экспериментальная и клиническая фармакология. Москва. 2007.-Т.70.-№ 4. - С.30-31.
8. Хакимов З.З., Кашкова Э.К., Аскамов Б.М. Влияние бензонала и зиксорина на желчевыделительную функцию печени при остром токсическом гепатите. // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 1990. -№2. -с. 62-64.

O'PKANING SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGI BOR BEMORLARDA BUDESONID / FORMOTEROL INGALYATORLARIDAN FOYDALANISHNING QIYOSIY SAMARADORLIGINI BAHOLASH

Ilxomova Z.E.

Ushbu maqolada o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi bor bemorlarda Budesonid /formoterol ingalyatorlaridan foydalanishning qiyosiy samaradorlig va effektivligini baholash bo'yicha tadqiqotlar natijalari keltirilgan.

O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi hozirgi kunda global kasalliklar qatorida joy olmoqda. JSS malumotlariga ko'ra 2016-yil holatiga ko'ra dunyoda 251 millionga yaqin bemorlarda kasallanish holati aniqlangan. 2015 yilda esa 3,17million odam shu kasallikdan vafot etgan. O'SOK kasalligida nafas sistemasida patologik o'zgarishlar bilan bir qatorda, surunkali yurak-qon tomir kasalliklarining rivojlanishi uchun muhim omillar biriga aylanmoqda. To'plangan ma'lumotlarga ko'ra USOK si bor bemorlarda zo'rayib boruvchi ko'krak qafasidagi og'riq, nafas qisishi va yo'tal kabi simptomlar bemor ahvolini yanada og'irlashishiga sabab bo'lmoqda. Ayniqsa nafas siqishi va nafas yetishmovchiligi xolatlaridan o'lim ko'ratkichi 1,5 barobarga oshirmoqda. USOK kompleks davolashda asosan mukolitiklar, bronxodilyatatorlar, betta 2 agonistlari, antixolinergik, teofillin va yallig'lanishga qarshi kortikostreoid ingalyatorlardan foylaniladi.

Bunday kombinatsion terapiyada tufayli bemorlarning ahvoli yengillashishi va asoratlarni kamroq namoyon bo'lishi kuztiladi. Ayniqsa, asoratlarni oldini olish maqsadida davolash kompleksida betta adrenomimetik va GKS dan iborat kombinatsiyali preparatlarni ishlatish o'pka funksiyasining yaxshilashini, simptomlarni kamyashiga, bemorning umumiy ahvoli tezroq tiklanganligiga, no'jo'ya ta'sirlar kamroq uchrab, yuqori samaradorlikka erishilganini guvohi bo'ldik.

Material va metodlar

Retrospektiv analiz 2020-yil 1yanvardan 2021-yil 1-yanvarchaga o'tkazildi. Tajribada "Toshkent tibbiyot akademiyasi" si Pulmonologiya bo'limida O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi bo'yicha davolangan 24 ta kasallik tarixi taxlil qilinib, natijalar olindi.

Asosiy mezonlari: 65-yoshdan katta bemorlar O'SOK bilan tashxisi II, III darajada, gipertoniya bilan kasalangan bemorlar, astmasi bor bemorlar, 18-yoshdan katta bo'lganlar va homilador bo'lmagan bemorlarda kuzatish olib borildi.

Budesonid /formoterol samaradorligi va xavsizligini baholash uchun, 24 ta O'SOK, gipertoniya, astma kasalligi bemorlar guruhi bemor saralanib olindi va bir yil davomida muntazam ravishda kuzatilib borildi. Bulardan 8ta-siga kompleks davolash bilan birga Budesonid /formoterol (Erbufo) 160/4.5 mg (umumiy dozasi 320/9 mg) berildi. Qolgan 8ta bemorga budesonide 200 mg metered miqdorda, qolgan 8ta bemorga esa formoterol (Oxis1) 4.5 mg dan 2maxaldan berildi.

Barcha bemorlarda spirometriya Schiller Spirovit SP-1 apparati yordamida forsirovanniy hafas hajmi, Forsirovanniy tiriklik hajmi, o'pkaning tiriklik hajmi, Tiffo indeksi aniqlandi. Nafas qisishini esa shkala yordamida (Modified Medical Research Council questionnaire, mMRC) o'lchadik. Nafas va balg'amni 105 balli (CAT-test) orqali baholadik. YQS va AD ham nazorat qilib borildi.

Muhokama

Formeterol salbutamoldan farqli ravishda ham gidrofil ham lipofil xususiyatga ega bo'lganligini sababli ham tasi-ri tezda namoyon bo'libgina qolmay, tasir etish vaqti uzoq davom etishi bilan salbutamoldan ustun xususiyatga ega-dir. Bundan tashqari bu ingalyatorlardan astmasi bor bemorlarda foylanilganda, qayta xurujlar soni kamayganini guvohi bo'ldik. Birlamchi effekti asosan forsirovanniy nafas xajmiga ta'siri va ikkilamchi effekti asosan o'pkaning tiriklik sig'imi, O'SOK lari simptomlarini kamayganini obyektiv va subyektiv tekshiruvlar, laborator instrumen-tal tekshirishlar tasdiqladi.

Xulosa

Budesonide/formoterol ingalyatorlarini foydalanish, O'SOK larida yuzaga keladigan asoratlarni oldini olgan-li, erta va davomiy o'pka funksiyasining tiklanganligi va siptomlarning kamayganiga sabab bo'ldi.

Adabiyotlar

1. World health report. Geneva: World Health Organization, 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm>. Date last updated: continuous.
2. GOLD: Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHI publi-cation no. 2701, March 2019.
3. Seemungal TA, Donaldson GC, Paul EA, Bestall JC, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Effect of exacerbation on 80 W. SZAFRANSKI ET AL. quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2018; 157: 1418-1422.
4. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bron-chodilator on the rate of decline of FEV1 The Lung Health Study. JAMA 2018; 272: 1497-1505.
5. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. Am J Respir Crit Care Med 2019; 161: 381-390.

ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ТОНКОЙ КИШКИ НА АНТИГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

Ишанджанова С.Х., Солижонов Ж.Н., Азизова Ф.Х., Отажанова А.Н., Собирова Д.Р.

Ташкентская медицинская академия

The structural basis of the reaction components of the immune system of the small intestine (mucosa of jejunum and ileal, Peyers patches and mesenteric lymph nodes), their mutual relations and features in different periods of postnatal ontogenesis in conditions of antigenic exposure are described.

Key words: immune system of the small intestine, postnatal ontogenesis, antigenic effect, Peyer's patches

Желудочно-кишечный тракт — высокоспециализированный орган, который участвует в поглощении переработки и усвоении питательных веществ. Кроме этого он выполняет другие не менее важные функции. Кишечник — важный орган иммунной системы: он постоянно контактирует с большим количеством веществ и агентов внешней среды, а также факторов, влияющих на жизнедеятельность всего организма. Огромный поток антигенного материала и длительный его контакт с внутренней поверхностью слизистой оболочки в стенке тонкой кишки способствует формированию в процессе эволюции скопления лимфоидной ткани в виде пейеровых бляшек или агрегатов лимфатических узелков, с целью поддержания гомеостаза в органе. Следует отметить, что одним из этапов патогенеза большинства заболеваний пищеварительной системы является нарушение деятельности местного иммунитета. Иммунная система тонкой кишки (ИСТК) — как и другие системы, сообщаемые с окружающей средой, в значительной степени подвержена воздействию антигенов, в ответ на которое в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) развиваются иммунологические реакции. Так, известно, что у детей первого года жизни имеет место снижение общего и местного иммунитетов. При этом степень развития иммунной системы кишечника определяет выживаемость.

Цель исследования

Определение морфологических особенностей реакций иммунной системы тонкой кишки на антигенное воздействие в ранние сроки постнатального онтогенеза и выявление структурных взаимоотношений между отдельными ее компонентами.

Материалы и методы

Эксперименты проведены на 230 белых беспородных крысах, возрасте 7.14.21 и 30 суток. Модель хронического гипотиреоза воспроизводили введением мерказолила в течение 2 недель на 100 грамм веса крысы в дозе 0,5 мг/кг по схеме, а затем течение 7 недель были введены мерказолил 0,25 мг/кг. Контрольные животные в том же количестве и последовательности получали стерильный физиологический раствор. Опытных и контрольных животных забивали путем декапитации под наркозом на 7, 14, 21 и 30 сутки эксперимента.

Материалом исследования служили слизистая тощей и подвздошной кишки, пейеровы бляшки (ПБ) и мезентериальные лимфатические узлы (МЛУ). Для светооптических исследований ткани тощей и под-

вздошной кишки, ПБ и МЛУ фиксировали в жидкости Буэна и после соответствующей проводки заливали в парафин. Депарафинизированные срезы окрашивали гематоксилином и эозином

Результаты и обсуждение

Результаты исследования показали, что антигенное воздействие у крысят сопровождается определенной динамикой структурных перестроек на всех уровнях ИСТК. В слизистой оболочке тонкой кишки (СОТК) отмечались умеренный отек и гемоциркуляторные расстройства, сопровождаемые увеличением числа и повышением секреторной активности бокаловидных клеток. Это изменения достигли своего максимума на 7 сутки заражения и в дальнейшем постепенно регрессировали. Одновременно с этим наблюдалась динамика со стороны количества иммунокомпетентных клеток, как эпителиального пласта, так и собственной пластинки слизистой оболочки (СПСО). Количество МЭЛ на 7-е сутки в 2,5-2,6 раза. Количество плазмацитов и макрофагов в СПСО было больше контроля в 1,5-2 раза. Характерно, что антигенное воздействие сопровождалось существенным увеличением числа клеток Гемоциркуляторные расстройства в ПБ были более выраженными, чем на остальных участках СОТК. На 7-е сутки эксперимента число МЭЛ купола ПБ было в 2,0-2,4 раза больше контроля. Количество МЭЛ в ПБ увеличивалось в большей степени, чем в других отделах СОТК. Это, вероятно объясняется тем, что эпителий купола ПБ является основным местом получения информации об АГ и следовательно, более доступен для проникновения АГ 4. В эти сроки также площадь В-зависимых зон (ЛФ) увеличивалась по сравнению с контролем в 1,6-3,2 раза, а площадь Т-зависимых зон достоверно не изменилась. Одновременно в Т- и В-зависимых зонах произошли выраженные изменения соотношения клеток. Так, число различных популяций лимфоцитов по сравнению с контролем увеличилось в 1,5-2,4 раза, а число макрофагов и плазмацитов – в 3,0-3,3 раза. В противоположность этому, в Т-зависимой межфолликулярной зоне плотность распределения лимфоидных клеток значительно снизилась, составив всего 54% от контроля. Это снижение произошло в основном за счет различных видов лимфоцитов, которое по сравнению с контролем уменьшилось в 1,3-2,5 раза.

В МЛУ на 7 сутки эксперимента, наряду с выраженными гемоциркуляторными нарушениями и явлениями лимфостаза, обнаруживались существенные количественные и качественные изменения, охватывающие все структурно-функциональные зоны органа. В эти сроки площадь В-зависимых зон (лимфатических фолликулов, мозговых тяжей) увеличивалась в 1,2-2,7 раза, синусов – в 1,8 раза. Напротив, площадь Т-зависимой (паракортикальной) зоны уменьшилась и составляла всего 62% от контроля. Как и в Пейеровых бляшек, в В-зависимых зонах МЛУ число лимфобластов и пролимфоцитов возрастало в 2,1 раза, плазмацитов и макрофагов – в 2,3 раза, тогда как количество малых лимфоцитов проявляло тенденцию к уменьшению. В Т-зависимой паракортикальной зоне на фоне умеренного увеличения числа макрофагов и плазмацитов отмечалось достоверное уменьшение количества малых и средних лимфоцитов.

Таким образом, ИСТК в условиях антигенного воздействия функционирует как единая интегрированная система, последовательно обеспечивающая местный иммунный гомеостаз. Структурные перестройки во всех ее компонентах (слизистая оболочка, ПБ, МЛУ) по временным параметрам протекают синхронно.

Определенный интерес представляет изучение реакции ИСТК на антигенное воздействие в ранний период постнатального онтогенеза, когда эта система еще не имеет отчетливо выраженной структурно-функциональной иерархии. Нами выявлено, что в раннем постнатальном онтогенезе животных пик структурных перестроек во всех компонентах ИСТК значительно отстает от такового у крысят наблюдается лишь на 7-14-е сутки. В этот период, как и у взрослых животных отмечается наибольшая инфильтрация эпителиального пласта МЭЛ, увеличение числа макрофагов, плазмацитов, гранулоцитов в СПСО. Характерно, что у растущих животных антигенное воздействие значительно усиливает степень деструкции иммунокомпетентных клеток. Антигенное воздействие приводит к существенному ускорению темпов формирования структурных единиц ПБ и МЛУ. Уже на 7-14-е сутки у животных определяются достаточно сформированные фолликулы, межфолликулярная зона и зона купола ПБ, а на 14-е сутки появляются отдельные фолликулы с ГЦ. В то же время у контрольных животных эти структуры начинают формироваться лишь на 21-е сутки после рождения. Такое же ускорение темпов формирования структурно-функциональных зон отмечается и в МЛУ. Как и в ПБ, происходит выраженное усиление пролиферации В-зависимых зон с последующей их гиперплазией и гипертрофией. Лишь к 30-м суткам опытов структурные перестройки в ИСТК регрессировали, и все ее параметры существенно не отличались от контроля.

Таким образом, антигенное воздействие в условиях недостаточного формирования всех компонентов ИСТК, прежде всего, обуславливает ускорение темпов пролиферации и дифференцировки иммунокомпетентных клеток с последующим формированием конкретных структурно-функциональных зон.

Выводы

1. АГ воздействие на крысят, приводит к выраженным структурным перестройкам во всех компонентах ИСТК, которые по временным параметрам протекают синхронно и имеют определенную динамику: ранний период характеризуется выраженными гемоциркуляторными нарушениями, отеком стромальных элементов и лимфостазом; в период выраженной ответной реакции (7-е сут.) усиливаются пролиферация, гиперплазия В-зависимых зон, повышается функциональная активность макрофагов с формированием клон плазматических клеток.

2. Антигенное воздействие на ранних этапах постнатального онтогенеза оказывает существенное влияние на процесс становления ИСТК: при этом первоначально ускоряются темпы пролиферации и дифференцировки иммунокомпетентных клеток; только после этого развивается ответная реакция.

Литература

1. Гулямов Н.Г., Юсупова Л.Ю., Нишанова А.А. Развитие и становление интегративных отношений иммунной системы слизистой оболочки тонкой кишки // Врач-аспирант.- 2010.- Т.39, №2.1.- С149-153.

2. Юлдашев А.Ю., Каххаров З.А., Юлдашев М.А. Функциональная морфология иммунной системы слизистой оболочки тонкой кишки. Ташкент: Янги авлод, 2008.- 47 с.

ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ТОНКОЙ КИШКИ НА АНТИГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

Ишанджанова С.Х., Солижонов Ж.Н., Азизова Ф.Х., Отажанова А.Н., Собирова Д.Р.

Описаны структурные основы реакции компонентов иммунной системы тонкой кишки (слизистая оболочка тощей и подвздошной кишки, пейеровы бляшки и мезентериальные лимфатические узлы), из взаимоотношения и особенности в различные сроки постнатального онтогенеза в условиях антигенного воздействия

Ключевые слова: иммунная система тонкой кишки, постнатальный онтогенез, антигенное воздействие, пейеровы бляшки.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Кобилжонова М.У., Нурузова З.А.

Ташкентская медицинская академия

Основная причина обращения женщин за гинекологической помощью – это инфекционные и воспалительные заболевания женских половых органов. Эта патология встречается у более 65% всего женского населения, из них 80% - женщины репродуктивного возраста, и это является основной причиной преждевременной потери плода, различных осложнений в период беременности. При этом неспецифические хронические заболевания полового тракта встречаются чаще, чем инфекции, вызываемые абсолютными патогенами [1,2,5,6].

По данным исследований, помимо гонококков и хламидий в структуре возбудителей воспалительных заболеваний, представлены микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae (E. coli), Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp., Bacteroides spp., Gardnerella vaginalis, Haemophilus influenzae, Streptococcus agalactiae, Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Enterococcus spp.. Чувствительность выделенных штаммов к антибактериальным препаратам свидетельствует о высоком уровне резистентности к пенициллинам и цефалоспорином [3,4,7].

Важная роль в патогенезе хронических воспалительных заболеваний урогенитального тракта принадлежит развитию вторичной иммунной недостаточности, которая характеризуется неполным функционированием клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Доказана полимикробная этиология данной группы заболеваний с преобладанием возбудителей, передаваемых половым путем, в частности N. gonorrhoeae и C. trachomatis [1,6].

Исходя из вышесказанного, лечение хронических воспалительных заболеваний полового тракта должно быть комплексным и состоять из этиотропных химиотерапевтических средств, направленных на элиминацию возбудителя, а также из иммуномодулирующих средств, направленных на нормализацию функциональной активности иммунной системы пациентки.

Материалы и методы. Анализ на микрофлору из половых органов женщин проводили у 55 стационарных больных, обратившихся за помощью в клинику Ташкентской медицинской академии.

Результаты исследования и выводы. Из 40 проведенных анализов выделены 44 штаммов микробов. Из них в 18,2% случаев обнаружены ассоциации из двух видов микроорганизмов, в 81,8% - выделена монокультура. Лидирующими микроорганизмами были грамположительные кокки, составившими 68,2% от всех выделенных культур, 31,8% были отнесены к грамотрицательным бактериям – грибы Кандида. Но если в цервикальном канале основными представителями флоры были кишечные палочки до 27%, кандиды были ассоциантами стафилококков в уретре. Из влагалища обычно выделялись грамположительные палочки, уретры – Staph. aureus, St. haemolyticus.

У всех выделенных штаммов определяли чувствительность к наиболее часто применяемым антибиотикам: Цефтриаксон, Цефтазидим, Цефоперазон, Цефотаксим, Тикарциллин, Пиперациллин, Гентамицин, Амикацин, Доксициклин, Азитромицин, Левофлоксацин, Офлоксацин, Ципрофлоксацин; к кишечной палочке - Полимиксин, Клиндамицин, Левомецетин.

В связи с чем, что в посевах доминировали стафилококки, здесь мы даем их антибиотикорезистентность к различным группам антибиотиков. Анализ результатов антибиотикограмм стафилококков показал, что к цефалоспорином чувствительны 56,8%, пенициллинам – 28%, аминогликозидам – 65%, тетрациклином – 60%, макролидам – 40% и хиналонам- 60% выделенных стафилококков. Следовательно, самая большая резистентность наблюдалась к пенициллинам (72%), макролидам (60%), и наблюдается тенденция повышения резистентности к цефалоспорином (44,2%). Наиболее эффективными препаратами в отношении стафилококков оказались аминогликозиды и хиналоны, что следует учитывать при назначении эмпирической терапии.

Селекция резистентных штаммов происходит по ряду причин. Во-первых, из-за нерационального применения антибиотиков – не по показаниям, в качестве профилактики возможных осложнений. Немаловажную роль играет безрецептурная доступность антимикробных препаратов в аптеках и, как следствие, самолечение пациенток.

Последствия антимикробной резистентности для системы здравоохранения и экономики носят весьма негативный характер, приводя к значительным затратам, которые трудно выразить в количественном значении ввиду отсутствия исчерпывающих статистических данных по целому ряду стран. Помимо этого, антимикробная резистентность означает существенную дополнительную нагрузку для самих пациентов (боль, нарушение жизнедеятельности, психологические травмы), которая еще менее поддается расчету.

Исходя из вышесказанного, необходимо проводить бактериологическое исследование для обнаружения возбудителя гнойно-воспалительного процесса и селективной терапии данной патологии.

Литература

1. Возможные меры. ВОЗ 2019.
2. Ершов Г.В., Крупнов П.А. Возрастающая угроза антимикробной резистентности // Вестник ВолгМУ Выпуск 4 (44). 2012 С. 20-25.
3. Козлов Р.С. Проблема антибиотикорезистентности в акушерстве и гинекологии // РМЖ. Мать и дитя № 1, 2014. С. 75-80.
4. Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А. Антибиотикорезистентность в современном мире. Педиатрическая фармакология. 2017; 14 (5): 341–354. doi: 10.15690/pf.v14i5.1782)
5. Handy LK, Bryan M, Gerber JS, et al. Variability in antibiotic prescribing for community-acquired pneumonia. Pediatrics. 2017; 139(4): e20162331. doi: 10.1542/peds.2016-2331.
6. Williams DJ, Hall M, Gerber JS, et al. Impact of a National Guideline on antibiotic selection for hospitalized pneumonia. Pediatrics. 2017; 139(4): e20163231. doi: 10.1542/peds.2016- 3231.
7. Workowski K.A., Berman S.M., Douglas J.M. Emerging antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae: urgent need to strengthen prevention strategies // Ann. Internal. Med. 2008. Vol. 148(8). P. 606–613.

ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ПАДЕНИЯХ

Мамадиёрова М.А., Индиаминов С.И.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Цель исследования - выявления особенностей формирования повреждений внутренних органов при падениях.

Материалы и методы. Изучены результаты судебно- медицинской экспертизы 82 трупов, лиц погибших в результате падений с высоты. Возраст пострадавших в 80 случаях от 16 до 66 лет (80), в остальных двух случаях возраст пострадавших составляли 80 и 84 года. Среди погибших мужчин -64, женщин -18. Высота падений варьировала от нескольких до десятки метров.

Результаты исследования. Совокупность повреждений у лиц, пострадавших при падениях с высоты отличаются тяжестью и характеризуется формированием наиболее часто (66 случаев из 82-х) сочетанной травмой (СТ) более 3-х-4-х частей тела. Изолированная черепно-мозговая травма (ЧМТ) выявлена лишь в 5-х случаях и СТ двух частей тела отметили в 11 случаях.

СТ груди и органов грудной полости при падениях отмечены в 74 случаях (90,2%), а СТ живота выявлена в 69 случаях (80,4%). В структуре повреждений груди переломы ребер отмечены в 51 случае, из них правых – 13, левых – 16, двухсторонних – 22. Повреждения легких также оказались наиболее характерным для падений с высоты, которых мы наблюдали в 69 случаях (80,4%). Травматизация легких характеризовалась ушибами этого органа и морфологически выражалась в основном массивными кровоизлияниями в их паренхиму, которые преимущественно локализовались в области корня обоих легких, иногда и отмечались разрывы ткани. В ряде случаев выявлялись ушибы сердца, иногда с разрывами ткани и с кровоизлиянием в области средостения.

В структуре СТ живота повреждения печени в виде подкапсульного кровоизлияния, кровоизлиянии в паренхиму и разрывов отметили в 56 случаях, кровоизлияния в стенку и брыжейки кишечника – 52 (из 69). Кроме того, были выявлены кровоизлияния в диафрагму (8), почки (9), селезенку (7).

Выводы

Формирование большого объема повреждений грудной клетки, органов грудной полости и органов живота были обусловлены, как высотой падений, так и частыми горизонтальными положениями тела пострадавших в момент приземления. Результаты исследований могут быть учтены как в процессе организации медицинской помощи пострадавшим, так и в процессе экспертизы случаев падений.

COVID-19 INFEKSIYASI REKONVALESTSENTLARIDA ICHAK MIKROFLORASIDAGI O`ZGARISHLAR

Маманов Р.А., Мо`minova М.А., Tursunova Sh.А., Mamatmusaeva F.Sh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Dolzarbliqi. SARS-CoV-2 infeksiyasi 2019 yil oxiridan boshlab global epidemik xavfga aylandi. Hozirgi kunda butun dunyo bo`ylab tasdiqlangan COVID-19 holatlarining umumiy soni JSST ning 1 aprel 2021 yildagi ma`lumotlariga ko`ra kasallanganlar soni 129,6 mln.dan ortib bormoqda, shundan 2,8 mln.dan ortiq (2,2%) bemorlar vafot etgan,

104,5 mln.dan ortiq bemorlar (80,6%) sog'aygan, 22,5 mln.dan ortiq bemorlar (17,4%) esa kasallikning turli og'irlik darajalari bilan shifoxonalarda davolanmoqda (<https://coronavirus-monitor.info/>).

SARS-CoV-2 virusi yuqqanida, nafas olish tizimi yetishmovchiligi belgilaridan tashqari, bemorlarning taxminan 5-18 foizida diareya, ko'ngil aynish, qayt qilish va qorin og'rig'i belgilarini keltirib chiqarmoqda. Shuningdek, Uxandagi COVID-19 xususiyatlariga bag'ishlangan birinchi klinik maqolada diareya kattalar va bolalarda 2-49% gacha tarqalganligi haqida ma'lumot keltirilgan. SARS-CoV-2 virusi me'da ichak trakti (MIT) hujayralarning angiotensin aylantirish fermentini (ACE2) shikastlaydi. Ushbu patofiziologik mexanizm normal ichak mikroflorasini buzadi, natijada oshqozon-ichak trakti simptomlari, shu jumladan diareya paydo bo'ladi (**Sarsenbayeva A.S., Lazebnik L.B. 2020 y**).

Ishning maqsadi. COVID-19 infeksiyasi diareya bilan kechgan rekonvalestsentlarda ichak mikroflorasini o'rganish va baholash.

Materiallar va tekshiruv usullari. Kuzatuvimiz ostiga Toshkent shahar Olmazor tumani 16-oilaviy poliklinikasida "COVID-19 infeksiyasi rekonvalestsenti" tashhisi asosida dispanser nazoratida bo'lgan 22 nafar bemorlar tanlab olindi va ularning najasi TTA ko'p tarmoqli klinikasi bakteriologik laboratoriyasida bakteriologik usulda tekshirildi. Bemorlarning barchasi qabul vaqtida klinik-laborator va bakteriologik tekshiruvdan o'tkazildi.

Natijalar tahlili. Toshkent shahar 16-oilaviy poliklinikasida ro'yhatga olingan, COVID-19 infeksiyasi rekonvalestsentlarining 22 nafaridan 13 nafari (59,1%)ni erkaklar, 9 nafari (40,9%)ni ayollar tashkil etdi. Bu bemorlar kasallikning o'tkir davridan keyin o'rtacha $2,8 \pm 0,7$ oyni tashkil etdi.

Kuzatuvimizdagi bemorlardan olingan material (najas) qonli agar, Saburo, tuxum sarig'i qo'shilgan tuzli agar, Endo, Vismut-sulfidli agar, Vilson-Bler, Kitto-Tarotsi, bifido va eskulin ozuqa muhitlariga ekildi.

Kuzatuvimizdagi rekonvalestsentlarida indigen floralardan Bifidobacterium va normal fermentsatsiyalovchi E.coli ning uchrash ko'rsatkichi yuqori (100%) bo'ldi. Lactobacillus 18 yoshdan 30 yoshgacha bo'lgan rekonvalestsentlarda 54,5% hollarda aniqlangan bo'lsa, 30 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan rekonvalestsentlarda 45,4% ni tashkil qildi. Peptostreptokokklar esa 18-30 yoshgacha rekonvalestsentlarda 58,4% hollarda uchrasa, 30 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan rekonvalestsentlarda bu ko'rsatkich 38,3%ni tashkil qildi. Shunday holat laktoza negativ E.coli L (-), Streptococcus (D) va Proteus sp. larga ham taalluqli bo'ldi. Har ikkala yosh guruhlarida ham shartli patogen bakteriyalardan S.aureus, E.coli gem+, Streptococcus (A) topilmadi.

Xulosa. Shunday qilib, 18-30 yoshgacha bo'lgan rekonvalestsentlarda 30-60 yoshgacha bo'lgan rekonvalestsentlarga nisbatan Lactobacillus (54,5%/45,4%, $P < 0,05$) va Peptostreptokokklar (58,4%/38,3%) 1,5 barobarga kamaygan.

UDC 37.013

DIGITALIZATION OF MEDICINE AND HEALTH EDUCATION

Matrizayeva G.D., Alimova M. M.

ЦИФРОВИЗАЦИЯ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Матризаева Г.Д., Алимова М. М.

Tashkent medical academy Urgench branch

Инновационные преобразования в обществе коснулись всех сфер деятельности, в том числе медицины и образовательного процесса. Целью данной работы явилось поиск возможностей диджитализации в медицине и педагогике. Анализируются результаты изучения традиционной и дистанционной формы обучения на основе анкетирования студентов и педагогов-врачей. Выявлены отрицательные и положительные аспекты виртуального общения.

Ключевые слова: онлайн-образование, дистанционное обучение, цифровизация, образовательного процесса.

Innovative transformations in society have affected all spheres of activity, including medicine and the educational process. Digitalization uniquely influenced and on the market of education, stimulating educational platform to ensure that developing courses that meet the modern requirements. The COVID -19 pandemic and the related quarantine, which lasted more than six months in Uzbekistan, have become the reason for cardinal, previously unseen forms of education and activity in a medical university [5]. Is there a future for online learning ?

The aim of this work was to seek opportunities of improvements in medicine and pedagogy.

From March to November 2020, university students studied remotely on the territory of the Republic of Uzbekistan, and from November they switched to offline education. The experience of working in the traditional and remote mode made it possible to discover the negative and positive consequences of virtual communication [4, 5]. P rovodilos anonymous survey of students and teachers, which includes questions relating to the problems of virtual training from their point of view.

85% of students in the questionnaire admitted dishonestly m with respect to the online learning th, falsification of tests carried out in the unit - the platform, download abstracts. 70% noted a lack of skills, knowledge and capabilities of information continuously -k ompyuternym technologies. 56% noted the simulation of participation in the ZOOM - lectures and classes. 48% noted the poor quality and outdatedness of the lectures and lessons taught. According to them, in addition to the poor quality of lectures, lots of distractions did not allow them to fully partici-

pate in online classes. As for the respondents teachers, they pointed out that only 10% of students are fully engaged in online p Mode, the other 90% really did not have enough knowledge of the virtual contact opportunities. We mention also teachers Styles n izkuyu motivate students to independent learning, lack of responsibility and self-education skills. Both students and teachers named the absence of a real patient in the learning process as the main disadvantage of distance learning. As you can see, the possibilities of remote work cannot be considered unlimited. No matter how advanced science and technology, in medicine it is impossible to completely replace a doctor [3], and in pedagogy - a mentor.

Therefore, lots of improvements such as inevitable digitalization of the educational processes are required in medicine. Despite the creative value Distan tionally of learning I have, it has some disadvantages. Distance learning has proven to be ineffective for students, since students of this age do not have enhanced conscientiousness, and most of them do not have a high degree of self-discipline and a conscious attitude towards learning. According to the survey, there are many distractions from learning. The first problem of online education is the low computer literacy of both teachers and students.

All spheres, including medicine and the education system, are moving towards digitalization. Digital literacy includes knowledge and skills for the effective use of technology in the learning process [1]. To ensure the successful integration of required competence and creativity of doctors, teachers, increased ability and to the training of students, the introduction of skills and knowledge in the use of information technology [2]. It is impossible not only for doctors, but also for the patient to stay out of digitalization. Modern medicine makes the patient an active participant in the treatment process, and the uninformed patient threatens in society.

Possession of information and communication technologies, understanding of their application will lead to innovative development of education and increased efficiency in patient treatment. It is necessary to further understanding of the experience of digitalization in medicine and medical education, consideration of the opportunities to adapt the directions digitalization medicine and pedagogy.

References

1. Adaptation of higher medical education to the conditions of digitalization of healthcare / V. A. Lazarenko, P. V. Kalutsky, N. B. Dremova, A. I. Ovod / <https://doi.org/10.31992/0869-3617-2020-29-1-105-115> / Higher education in Russia. 2020.Vol. 29.No. 1.P. 105.
2. Raven D. Competence in modern society: identification, development and implementation / M., " Kogito-Center ", 2002. -396p.
3. Rakhmetova M.R. Problems of modern higher medical education / " The value of preclinical subjects in medical education. International best practices " Materials of the international scientific and practical conference. Termez. April 11, 2019. S. 199-200.
4. Rakhmetova M.R. Innovative technologies in teaching students of medical universities, taking into account the specifics of the subject of endocrinology / " Current state, problems and prospects of medical education " International educational, scientific and practical conference. Bukhara, 2018.S. 191-192 /
5. Rakhmetova M.R. D istantsionn th training in endocrinology / Proceedings of the international scientific-practical conference " Uzbekistonda ilmy Amalie tadkikotlar ". Samarkand. No. 17. 2020, p. 359-361.

DIGITALIZATION OF MEDICINE AND HEALTH EDUCATION

Matrizayeva G.D., Alimova M. M.

Innovative transformations in society have affected all spheres of activity, including medicine and the educational process. The problem of online education is the low computer literacy of teachers and students, the lack of highly qualified specialists, the lack of live communication between the student and the teacher and the patient.

Key words: online education, digitalization, information technologies, methods

УДК:616.13-072:616.379-008.64:57.037

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОЛЛАРДА КИЧИК ҚОН АЙЛАНИШ ДОИРАСИ АРТЕРИЯЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Машарипова Ш.С., Машарипов С.М.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИЙ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНОМ ДИАБЕТОМ

Машарипова Ш.С., Машарипов С.М.

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF ARTERIES OF A SMALL CIRCULATION OF BLOOD CIRCULATION IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Masharipova Sh.S., Masharipov S.M.

Тошкент тиббиёт академияси

Артерии 1-го и 3-го уровня относятся к мышечно-эластическому типу, артерии 4-6-го уровня - к артериям мышечного типа. Для более тщательного исследования артерии были разделены на три группы: артерии малого, среднего и большого калибра. Результаты наших исследований показывают, что на артериях 3 и 4 степени развивается спиральный гладкомышечный слой. Этот слой в поперечных сечениях выглядит как отдельный по-

душкообразное утолщение. Располагается близко к наружной эластической мембране со стороны адвентиции.

Ключевые слова: внутривнепочечные артерии, артерии, постнатальный онтогенез.

Arteries of the 1st and 3rd level belong to the muscular-elastic type, arteries of the 4th-6th level - to the arteries of the muscular type. For a more thorough examination, the arteries were divided into three groups: arteries of small, medium and large caliber. The results of our research show that a spiral smooth muscle layer develops on grade 3 and 4 arteries. This layer appears in cross-section as a separate pillow-like bulge. It is located close to the outer elastic membrane on the side of the adventitia.

Key words: intrapulmonary arteries, arteries, postnatal ontogenesis.

Одам организмидаги қон томирларнинг ҳар хил ёшдаги таркибий функционал шаклланиш қонунияти замонавий морфология ва патоморфологиянинг долзарб вазибаларидан бўлиб ҳисобланади [1,2]. Ўпкаларда турли патологик жараёнларни ривожланиши нафас олиш ўзолари, қон томирлар, алвеолалар, интерстиция, плевранинг зарарланиши билан кечиши мумкин. Ўпка артерияларнинг зарарланиши, кичик қон айланиш доирасидаги қон томирлардаги ўзгаришлар кўпгина хамроҳ касалликлар билан кечувчи патологик бўлиб ҳисобланади. Кичик қон айланиш доирасида гемодинамикани бузилишини эрта аниқлаш бугунги кунда янаям катта қизиқиш уйғота бошлади. Маълумки, ўпкалар газ алмашинув жараёнини таъминловчи системани ўз ичига олади. Бу тизимда асосий ўринни ўпканинг ташқи артериялари ҳамда аъзо ичи артериялари ташкил қилади. Кичик қон айланиш доирасида келиб чиқадиган патологияларда артерияларнинг таркибий ўзгариши муҳим ўрин тутиши адабиётларда келтирилган [3,7,8]. Замонавий адабиётларда ўпка артерияларнинг эндотелиал қаватини турли патологияларда ўзгариши кўп учрайди [1,6]. Бу артерияларнинг коллаген, эластик толалари ва бириктирувчи тўқиманинг бошқа толаларининг ўзгариши натижасида патологик жараёнлар ривожланади [4]. Шулар билан бир қаторда қон томирларда ёшга қараб ҳам ўзгаришлар ривожланади. Юқоридагиларни инобатга олиб ўпка аъзо ичи артерияларнинг морфологик тузилишини ўрганишни ўз олдимизга мақсад қилдик.

Ишнинг мақсади

Ўпка аъзо ичи артерияларнинг морфологик тузилишини ўрганишни.

Тадқиқотни ўрганиш материали ва усуллари

Тажриба учун вояга етган 220-280 грамм оғирликга эга бўлган, 4-5 ойлик эркак жинсига мансуб, 60 та оқ лаборатор каламушлардан фойдаландик. Тажрибани Тошкент тиббиёт академиясининг Анатомия, клиник анатомия кафедраси илмий лабораториясида бажардик. Кичик қон айланиш доирасидаги артерияларнинг морфологик тузилишини ўрганиш мақсадида, каламушлар жонсизлантилгандан сўнг ўпка атрофидаги кўкс оралиғи аъзолари билан биргаликда ажратиб олиб, 10% ли формалин эритмасида 48 соат давомида фиксация қилинди. Сўнгга, 12 соат давомида оқар сувда ювилди ва ўсувчи спиртда сувсизлантилгач парафин блокларида қотирилди. 10-12 мкмли гистологик препаратлар тайёрланиб гематоксилин эозин, Ван Гизон ва Вейгерт усулларида бўялди. Гистологик препаратлар микроскоп остида компьютерда суръатга олинди ва Компас — 3D V8 программаси ёрдамида артерияларнинг куйидаги ўлчамлари ўлчанди: ички ва ташқи эластик мембрананинг узунлигини кўндаланг юзаси; бу эластик мембраналар орасидаги ўрта қаватнинг кўндаланг юзаси; адвентициянинг кўндаланг кесимини юзаси. Олинган маълумотлардан фойдаланиб Керноган индексини ҳисоблаб чиқдик. Артерияларда Керноган индекси аъзони қай даражада қон билан таъминланишини кўрсатади [5]. Бу индексни аниқлаш учун қон томирнинг ўрта қаватининг қалинлиги ва томир диаметридаги нисбат ҳисобланиб 100 га кўпайтирилади.

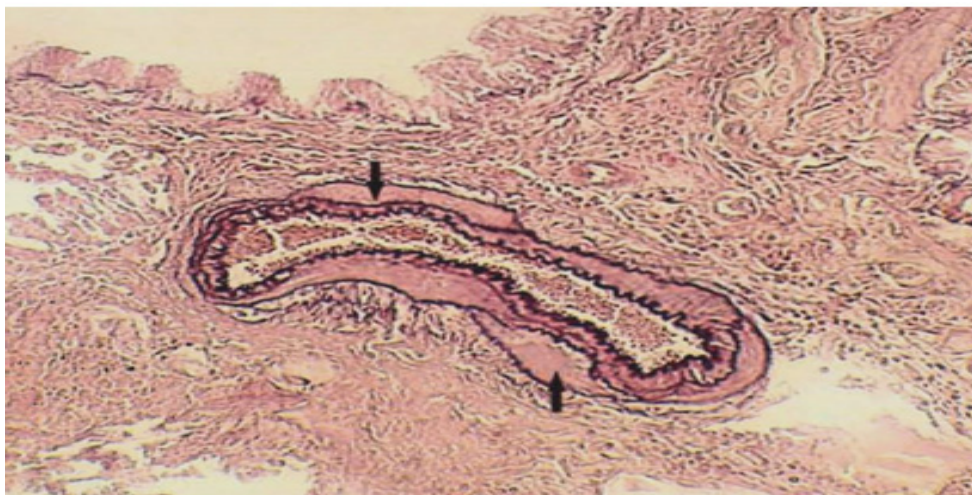
Ўпканинг аъзо ичи артериялари мушак эластик ва мушак типидagi артериялар бўлиб ҳисобланади. Аъзо ичи артерияларни тавсифнифлашда биз Есипова И.К., Кауфман О.Я (1968) ва Е.К. Уейр, Дж.Т. Ривс (1995) ларнинг маълумотларига асосландик. Юқоридаги муалифларнинг маълумотларига кўра, кичик қон айланиш доирасининг артериялари бронхларнинг тармоқланишига кўра тармоқланади. Ҳар бир ўпка артериясининг тармоғи ҳар битта бронхга мос келиши шарт. Морфологик хусусиятини солиштириш мақсадида биз 6 та даражадаги артерияларни ўргандик. 1 ва 3 даражадаги артериялар мушак эластик типидagi, 4-6 даражадаги артериялар мушак типидagi ўпка аъзо ичи артериялари. Янада мукамалроқ ўрганиш мақсадида артериялар яна учта гуруҳга ажратилди: кичик, ўрта ва катта ўлчамли артериялар. Бўлакли артериялар мушак эластик туридаги артериялар бўлиб ҳисобланади. Бу артерияларни микроскоп остида кўрганимда ички қавати эндотелий ва нозик эндотелий ости қаватидан иборат. Ўрта қаватида учта эластик мембрана бўлиб, уларнинг орасида қийшиқ бўйлама жойлашган силлиқ миоцитлар жойлашган. Ўрта қаватида коллаген толаларни кўриш мумкин. Аниқ чегарага эга бўлган ички ва ташқи эластик мембрана қавати яхши ривожланганлиги қайд этилди. Қон томирнинг диаметри кичиклашган сайин, ўрта қаватнинг эластик мембранаси юқаллашиб борди ва ташқи эластик мембрана билан қўшилиб кетиши кузатилди (жадвал №1). Артерияларнинг ташқи адвентиция қавати бириктирувчи толалардан, асосан коллаген ва эластик толалардан ташкил топган.

Мушакли турдаги ўпка аъзо ичи артериялари асосини ўрта қаватдаги яхши ривожланган силлиқ хужайрали мушак ташкил қилади. Ўрта қаватдаги мушак толалари ўзаро ички ва ташқи эластик мембранадан тузилганлигини кўриш мумкин. Силлиқ мушак толаларидан ташқари ўрта қаватда ингичка эластик толалар учрайди. Бундай артерияларнинг ички қавати кўп қаватли эндотелиоцитлардан иборат бўлиб, бевосита ички эластик мембранага тегиб туради. Бизнинг тадқиқотларимизда, бу турдаги артерияларда субэндо-

телиал қават аниқланмади. Мушак типідағи ұпка артерияларининг ташқи қаватида аниқ чегара бұлмай, бронхларнинг ташқи қаватида жойлашқан нозик толали бириктиривчи тұқима толалари билан құшилиб кетганлигини кўриш мумкин. Тадқиқотларимиз нәтижалари кўрсатишича, 3 ва 4 даражали артерияларда кўшимча равишда спиралсимон силлиқ толали мушак қавати ривожланади (расм 1). Бу қават кўндаланг кесмаларда алоҳида ёстиқсимон бұртма сифатида намоён бўлади. Бу бұртма адвентиция томонидан ташқи эластик мембранага яқин жойлашганлигини кўриш мумкин. Унинг асосини ташкил қилувчи силлиқ мушак толалари қийшиқ айлана йўналишга эга бўлиб, бир бирига жуда зич жойлашади. Бу ёстиқчалар ұпкада мушак эластик артерияларнинг мушакли артериялар турига алмашинувида ўзига хос ўрин тутиб, кичик қон айланиш доирасида қон айланишида муҳим ўрин тутса керак.

Қон томирларнинг тармоқланишида томир деворининг тузилиши ўзгарибгина қолмасдан, унинг морфометрик ўлчамлари ҳам ўзгариши аниқланди. Ўпка артерияларининг ички ва ташқи диаметрлари ўлчами аста секин кичрайиб борди (жадвал). Мушак эластик типідағи артерияларнинг ўрта қавати катта ўлчамга эга эканлиги қайд этилди. Ўрта ва кичик мушак типідағи артерияларнинг ўрта қавати кичик ўлчамларга эга эканлиги кузатилди. Тадқиқотларимиз таҳлили, ұпка аъзо ичи артерияларда Керноган индексининг бир бирідан сезиларли фарқ қилиши аниқланди. Бу кўрсаткич ўрта қавати нисбатан қалин бўлган катта ва кичик мушакли артерияларда каттароқ эканлиги қайд этилди. Катта диаметрға эга бўлган мушак эластик типідағи йирик артерияларда эса бу кўрсаткич кичикроқ эканлиги аниқланди.

Берилган жадвалдан кўришиб турибдики, артерияларнинг ўрта қаватини кўндаланг кесимини юзаси 1 даражадан майда мушак типідағи артерияларға қараб аста секин камайишини кўриш мумкин. Ушбу ўзгаришларға хос ўзгаришларни адвентицияда ҳам кўриш мумкин. Адвентициянинг энг катта ўлчамини йирик мушак эластик типідағи артерияларда, кичик кўрсаткич эса – майда мушак типідағи артерияларда аниқланди. Йирик ва ўрта мушак эластик типідағи артерияларнинг адвентиция ва ўрта қавати ўлчамининг нисбати ўзаро солиштирилганда, адвентициянинг ўлчами устунлиги билан нисбат 1:1,3 ва 1:1,2 га тенг эканлиги қайд этилди (расм 2). Майда ўлчамлик мушак эластик типідағи ва мушак типідағи артерияларда, шунингдек йирик мушак типідағи артерияларда эса аксинча ўрта қаватнинг қалинлиги адвентицияға нисбатан катта эканлиги аниқланди ва нисбат 1:0,8 ва 1:0,7 га тенг бўлди. Мушак типідағи ўрта калабирдағи ұпка артерияларида бу нисбатнинг адвентиция қалинлиги устунлиги билан 1:1,3 га ўзгариши кузатилди.



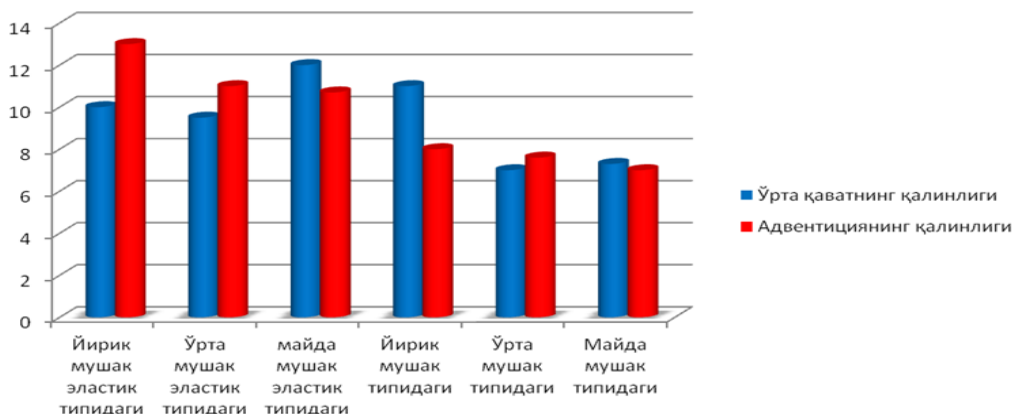
1-расм. 3 даражали мушак эластик типідағи ұпка ичи артериясининг кўриниши. Бўялиши. Гематоксин-эозин. Об. 10, ок. 10. Артерия деворида ёстиқсимон бұртманин пайдо бўлиши. (ёстиқсимон бұртма стрелка билан кўрсатилган).

Жадвал

Ўпка аъзо ичи артерияларининг морфометрик кўрсаткичлари ($M \pm t$)

Артериянинг тури, калибр	Ташқи эластик мембрана узунлиги (мм)	Ички мембрана узунлиги (мм)	Ўрта қават ўлчами (мм)	Ташқи адвентиция қавати	Ички диаметри (мм ²)	Керноган индекси	
Мушак эластик типідағи	йирик	0,57±0,02	0,51±0,03	0,031±0,07	0,033±0,01	0,047±0,03	0,044±0,003
	ўрта	0,41±0,05	0,32±0,03	0,027±0,006	0,031±0,006	0,045±0,05	0,057±0,05
	майда	0,32±0,08	0,30±0,06	0,034±0,02	0,030±0,02	0,039±0,08	0,086±0,09

Мушак типдаги	йирик	0,26±0,03	0,17±0,09	0,035±0,07	0,019±0,07	0,032±0,07	0,032±0,006
	ўрта	0,20±0,06	0,15±0,06	0,017±0,03	0,015±0,006	0,014±0,09	0,0141±0,06
	майда	0,13±0,03	0,07±0,03	0,014±0,02	0,012±0,01	0,009±0,001	0,136±0,003



2-расм. Хар хил типдаги артерияларнинг ўрта ва адвентиция қаватининг нисбати (мм).

Хулоса

Шундай қилиб олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, ўпка аъзо ичи артериялари мушак эластик ва мушак типдаги артерияларни қайд этиш мумкин. Ўпка ичи артерияларда тўлиқ шакланган ўрта қаватнинг эластик мембранаси, ички ва нозик ташқи эластик мембрана бўлганлиги сабабли мушак эластик типдаги артериялар деб ҳисоблашимиз ўринли бўлди. Мушак эластик артерияларнинг мушакли артерияларга давом этишида адвентиция томонидан қўшимча мушак қаватнинг пайдо бўлиши аниқланди. Бу мушак қавати артерия деворини алоҳида спиралсимон толалар каби ўраб олади. Бунинг натижасида, артериянинг ўрта қаватининг ўлчами қалинлашади. Бунинг натижасида эса Керног индекси ўзгаради.

Адабиётлар

- Скворцова НВ, Коптев ВД, Поспелова ТИ. Морфофункциональные изменения периферических артерий у больных лимфомой Ходжкина на различных этапах развития заболевания. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2011;79(3):109-113.
- Сравнительная морфофункциональная характеристика легочных артерий при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких / Л.М. Михалева, А.Л. Черняев, М.В. Самсонова, А.В. Быкалова // *Морфология*, 2004. - № 4. - С.
- Бродская Т.А., Невзорова В.А., Гельцер Б.И. и др. Дисфункция эндотелия и болезни органов дыхания // *Тер.архив*. - 2007. - Т. 79, №3. - С. 76-84.
- Трушель Н. А., Пивченко П. Г. и Мельников И. А. Особенности строения стенки сосудов артериального русла большого мозга в области бифуркаций у людей различного возраста. *Морфология*, 2012, т. 142, вып. 5, с. 39-43.
- Pospelova TI. Morphofunctional changes of peripheral arteries in patients with Hodgkin's lymphoma at different stages. *Bulletin VSSC of the RAMS*. 2011;79(3):109-113.
- Внутриутробное развитие человека: Руководство для врачей. Под ред. А. П. Милованова и С. В. Савельева. М., изд. МДВ, 2006.
- Лещенко И.В., Овчаренко С.И., Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких: практ. Руквод. для врачей [под ред. А.Г. Чучалина]. - М., 2004. - 62 с.
- Rossi M. et al. Blunted post-ischemic increase of the endothelial skin blood flow motion component as early sign of endothelial dysfunction in chronic kidney disease patients // *Microvasc. Res.* - 2008. - Vol. 75, №3. - P. 315-322.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА КИЧИК ҚОН АЙЛАНИШ ДОИРАСИ АРТЕРИЯЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Машарипова Ш.С., Машарипов С.М.

1 ва 3 даражадаги артериялар мушак эластик типда, 4-6 даражадаги артериялар мушак типдаги артериялар. Янада мукамалроқ ўрганиш учун артериялар яна учта гуруҳга ажратилди: кичик, ўрта ва катта ўлчамли артериялар. Тадқиқотларимиз натижалари кўрсатишича, 3 ва 4 даражали артерияларда қўшимча равишда спиралсимон силлиқ толали мушак қавати ривожланади. Бу қават кўндаланг кесмаларда алоҳида ёстиқсимон бўртма сифатида намоён бўлади. Адвентиция томонидан ташқи эластик мембранага яқин жойлашади. Унинг асосини ташкил қилувчи силлиқ мушак толалари қийшиқ айлана йўналишига эга бўлиб, бир бирига жуда зич жойлашади.

Калит сўзлар: ўпка ичи артериялари, артериялар, постанатал онтогенез.

ЗНАЧЕНИЕ ХОСПИСОВ В ГУМАНИЗАЦИИ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ

Мисирова Ш.А., Наркулов С.Д.

Ташкентская медицинская академия

В последние десятилетия на фоне ряда тенденций, связанных, с одной стороны, с увеличением средней продолжительности жизни и доли пожилых лиц, а с другой стороны с развитием в современном обществе гуманистических идей, в мире значительно возрос интерес к проблемам качества жизни и смерти пожилых и безнадежно больных людей. Это привело к активному развитию такой специфической отрасли, основной задачей которой является улучшение качества жизни и облегчение страданий неизлечимого больного. Для решения данной проблемы создаются «Хосписы (hospice) - учреждение, специализирующееся на уходе за умирающими больными и оказании им необходимой помощи; для уменьшения боли этим больным тщательно подбирают дозы наркотических веществ» [1].

Цель исследования. Раскрытие сущности и значение хосписов в гуманизации общественных отношений, определение степени осведомленности населения Узбекистана о понятии и деятельности хосписов.

Методы. В исследовании были использованы методы: анализа, синтеза, системного подхода, социологического опроса, обобщения. Опрос был проведен в социальных сетях «Telegram», «ВКонтакте», «Facebook», где участвовали 200 человек разного пола и возраста.

Результаты. Для раскрытия выбранной темы были опубликованы 15 вопросов, который показал следующий результат: 1) 70% респондентов смогли связать это понятие, связанное с медициной, но не имеют четкого представления для чего они предназначены, 22,5% подразумевали, что хоспис - вид современного здравоохранения с историческими традициями; 7,5% не знали конкретно, что такое хосписы; 2) на вопрос «для чего предназначены хосписы?», 52,6% из опрошенных ответили, что хосписы нужны для сохранения качества жизни, 29,3% - для продления жизни, 10,4% - для помощи в эвтаназии и лишь 6,9% не знали цели функционирования хосписов; 3) на вопрос «кого помещают в хосписы?» 73,3% ответили - что пациентов любого возраста, 10,3% не знали ответа на данный вопрос, 9,5% пожилых людей, 6,9% одиноких пациентов; 4) на вопрос «какие заболевания являются показанием к помещению в хоспис?», лишь 60,3% респондентов ответили, что в хоспис помещают людей с любым заболеванием на терминальной стадии; 28,4% что только с онкологическими заболеваниями; 6,9% не знали; и 4,4% людей с инвалидностью. 5) «какой персонал работает в хосписах?» 19% ответили, что профессиональные медицинские работники; 73,2% что волонтеры; 5,2% члены общественных организаций; 2,6% члены религиозных организаций. 7) на вопрос «должны ли быть хосписы частными?», 32,6% считают, что хосписы должны быть государственными; 29,3% ответили, что да, могут; 26,9% они должны быть благотворительными; и лишь 9% согласились, что, они могут быть частными; 2,6% не знали, как ответить на данный вопрос. 8) на вопрос «как вы думаете, есть ли хосписы в нашей Республике?» - 50,9% ответили, что не имеют никакой информации по данному вопросу; 25,9% считают, что в нашем государстве нет хосписов; 13,7% считают, «есть и даже их много»; 9,5% есть, но их мало в нашей стране. 9) на вопрос: «как вы думаете, нужны ли хосписы в нашей Республике?» - 85,3% ответили что однозначно нужны; 9,5% не знали, как ответить на этот вопрос; 5,2% считают, что в этом нет необходимости, так как семья вполне выполняет эту задачу. 10) на вопрос - «проинформированы ли вы, что в Узбекистане строят хосписы?» 72,4% из опрошенных людей ответили, что не знали, что у нас строятся хосписы; 22,4% ответили, что да, знают; 5,2% людям этот вопрос был не интересен.

Выводы. Опрос выявил следующее: 1) население нашей страны понимают, что хоспис - это понятие, связанное с медициной, но не имеют четкого представления для чего они предназначены; 2) большинство людей в нашей Республике не имеет полную информацию о том, кто работают в хосписах и считают ее волонтерской деятельностью; 3) население не проинформировано о начатом строительстве хосписов в нашей Республике.

Изучение материала зарубежных источников, и правовых документов, по данному вопросу, выявило, что хосписы является «показателем высокой степени гуманизма в обществе, свидетельствует о повышении качества жизни граждан и реализации их прав на жизнь вне зависимости от состояния здоровья и на достойную смерть» [2]. Поэтому они необходимы для современного общества. Не осведомленность нашего населения о понятии и сущности хосписов, свидетельствует о низком уровне биоэтической культуры социума, которую необходимо сформировать и развить с учетом мнения религиозных конфессий и особенностей нашего менталитета.

Литература

1. Толковый словарь по медицине. 2013. https://medicine_dictionary.academic.ru/8296
2. Агеева Н.А. Перинатальные хосписы и их роль в развитии перинатальной медицины // Современные научные исследования и инновации. 2015. № 12 [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2015/12/61805> (дата обращения: 13.01.2021).

PARVOVIRUS B19 INFEKSIYASINING BOLALAR O'RTASIDA TEKSHIRISH KO'RSATKICHLARI

Murodullayev A.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Ilmiy ishning dolzarbligi. Infekcion kasalliklar orasda og'ir anemiya va ekzantema bilan kechuvchi kasalliklarning diagnostikasi shifokorlarga katta qiyinchiliklar tug'diradi. Toshma toshishi bilan harakterlanuvchi

көп тарқалган касалликлардан бири Parvovirus hisoblanadi B19 infeksiyasi hisoblanadi. Parvovirus B19 (lotincha *parvum* – kichik) Parvoviruslar oilasiga kiruvchi DNK saqlovchi odam uchun patogen hisoblanadigan virus hisoblanadi. Asosan bolalarda “tarsaki yuzi” sindromi, kattalarda esa aplastik anemiya keltirib chiqaradi. Parvovirus B19 qizil qon tanachalari - eritrositlarida parazitlik qilib uning halok bo'lishiga olib keladi. Parvovirus B19 infeksiyasi turli autoimmun, revmatologik, nevrologik, yurak-qon tomir, gematologik, nefrologik va metabolik kasalliklarni yuzaga chiqarishi mumkin [Lavoipierre V., et.al., 2016; Landry M.L., 2016; Marks M., 2016; Kerr J.R., 2016]. 2019 yilga qadar O'zbekistonda ushbu masala bo'yicha tadqiqotlar o'tkazilmagan. Quyida Parvovirus infeksiyasining klinik diagnostikasini birlamchi tibbiyot amaliyotchilari, revmatologlar va allergistlar tomonidan aniqlanishida muayyan qiyinchiliklarni ko'rsatadigan klinik holat keltirilgan va bu kasallikning noto'g'ri tashxisiga yordam bergan.

Ilmiy ishning maqsadi. O'zbekiston Respublikasida Parvovirus B19 infeksiyasini bolalar orasida vaqtda aniqlash va davolash ishlarini yaxshilash uchun tekshirish usullarini takomillashtirish.

Tekshirish materiali va tekshirish usuli. 1-sonli bolalar shifoxonasi allergiologiya bo'limidan davolanayotgan 30 nafar bemorlarning qon zardobi olindi. Olingan materiallar Virusologiya Ilmiy tekshirish markazi serologik laboratoriyasida Immunoferment analiz usulida tekshirildi. Reagent recomWell Parvovirus B19 IgG, IgM Microgen diagnostic. Bu usul qon zardobida Parvovirus B19 virusiga qarshi hosil bo'lgan IgM ni aniqlashga asoslangan.

Olingan natijalar. 30 ta bemorning qon zardobini IFA usulida tekshirildi. Tekshirilgan bemorlarning 9 nafarida (26%) musbat natija aniqlandi. Qolgan 21 nafar (74%) bemorlarda esa manfiy natija qayd etildi

Xulosa. Bolalarda sababsiz etiologiyali allergik toshmalar, anemiya, bog'im og'riqlari, holsizlik, tana haroratining oshishi Parvovirus B19 virusiga tekshirib ko'rish maqsadga muvofiqdir. Bolalar o'rtasida kasallik diagnostikasida bu metod samarali ekanligi aniqlandi.

РОЛЬ МИКРООРГАНИЗМОВ ПРИ РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ СИСТЕМЫ

Муродова И.А., Самадова Х.С., Файзуллаева З.Р

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Влияние неблагоприятной экологической ситуации, ухудшение здоровья населения, агрессивное распространение бактериальной, вирусной и микотической флоры, резистентной к фармакологическому воздействию, существенно меняют течение болезни, приводят к развитию более тяжелых форм, характеризующихся непрерывно рецидивирующим течением выраженными микробно-воспалительными проявлениями. Острые инфекции верхних дыхательных путей (ВДП) являются одной из наиболее распространенных причин обращения к врачу. Данное патологическое состояние может оказывать существенное влияние на качество жизни человека, приводить к серьезным экономическим последствиям с точки зрения производительности и работоспособности. Стафилококки играют значительную роль в возникновении различных заболеваний человека, как в госпитальных условиях, так и вне стационара.

Целью данной работы является выявление распространенности метициллинорезистентных стафилококков (MRS) у больных верхних дыхательных системы, изучение их биологических особенностей, оценка чувствительности MRS к антибиотикам для оптимизации лечения инфекций, вызванных такими штаммами.

Материалы и методы. Научная работа выполнялась в Ташкентский ИУВ на кафедре микробиологии (бак лаборатории 2020-2021г). Видовую идентификацию стафилококков, выделенных из биосубстратов госпитализированных пациентов (мазок из зева, из носа, мокрота, кровь). Для оценки микрофлоры острые инфекции верхних дыхательных путей проводили посев микроорганизмов на питательные дифференциально-диагностические среды (КА, ЖСА, МСА, энтерококкагар). Посев проводили секторным методом. Инкубировали в термостате при температуре 37°C в течении 24 часов. При определении чувствительности диско-диффузионного метода на поверхность агара в чашке Петри наносят бактериальную суспензию тестируемого микроорганизма определенной плотности, затем помещают диски, содержащие антибиотик. Диффузия антибиотика в агар приводит к формированию зоны подавления роста микроорганизмов вокруг дисков. Резистентность к метициллину определяли в соответствии с рекомендациями EUCAST.

Результаты. В исследование были включены 43 последовательных штаммов стафилококков, собранных в многопрофильном медицинском поликлинике ООО «VITROS DIAGNOSTICUS». Среди наиболее распространенных при нозокомиальных инфекциях штаммов стафилококков резистентными к метициллину были 12 (27,9%) штамма *S. aureus*, 31 (72,1%) – *S. Epidermidi*.

Выводы. Выявлено значительное видовое разнообразие стафилококков, вызывавшим стафилококковые инфекции различной локализации, оказался *S. aureus*. Среди коагулазонегативных стафилококков преобладал *S. epidermidis* (одна треть от всех выделенных изолятов). Метициллинорезистентность была зафиксирована у половины изолятов стафилококков. *S. aureus* продемонстрировал невысокий уровень резистентности к метициллину (13,8%) с тенденцией к снижению.

УДК:611.36+616-092.9:612.627

РОЛЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ МАТЕРИ В РАЗВИТИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ НЕЗРЕЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПОТОМСТВА

Назарова М.Б., Шарафутдинов К.К., Адилбекова Д.Б.

АВЛОД ЖИГАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ЕТИШМОВЧИЛИКЛАРИДА ОНАДАГИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ЖИГАР ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИНГ РОЛИ

Назарова М.Б., Шарафутдинов К.К., Адилбекова Д.Б.

THE ROLE OF EXPERIMENTAL AFFECTION OF THE MOTHER'S LIVER IN THE MORPHOLOGICAL IMMATURETY DEVELOPMENT OF THE OFFSPRING'S LIVER

Nazarova M.B., Sharafuddinov K.K., Adilbekova D.B.

Ташкентская медицинская академия

Изланишлар кўрсатдики, онага ҳомиладорликдан олдин юборилган ва кейинчалик гепатити сабабли организмда ҳосил бўлган гепатотоксинлар қон орқали ва она сүти орқали бола организмга тушиб, унинг илк постнатал ривожланиш даврларида яллиғланиш-реактив жараёнларини чақиради. Бу патоморфологик ўзгаришлар постнатал ривожланишнинг кечки даврларида авлод жигарида ва умуман аъзолар тизимида ўсиш ва шаклланиш жараёнларининг ривожланишдан орқага қолишига олиб келади.

Калит сўзлар: сурункали токсик гепатит, она-авлод, жигар, тўқима, қон томирлар

Hepatotoxins, introduced into the mother's organism before the pregnancy and formed in it in hepatitis, getting into the bloodstream and then into breast milk, contribute to the development of postnatal development of inflammatory-reactive changes in vascular-tissue structures of liver in the organism of offspring in early periods of life. Pathomorphological changes in liver, afterwards leads to process lag of postnatal grows and formation of the organism in a whole.

Key words: chronic toxic hepatitis, mother of the generation, vessels, tissues

Известно, что рождение и воспитание здоровых детей в первую очередь зависит от состояния здоровья матери [1,2]. В связи с этим актуальны изучения влияния патологии матери на потомство. К сожалению, исследования интегративных отношений в каждом органе, между органами, между материнским и детским организмами до и после рождения, влияния неблагоприятных факторов на их развитие и становление единичны. Между тем в последнее время возникла настоятельная необходимость изучения этих взаимоотношений не только в норме, но и при заболеваниях матери и (или) отца, отягощающих течение беременности родов. Вопрос о влиянии патологии печени матери на беременность и на потомство давно привлекает к себе внимание исследователей, так как она часто является одной из причин гибели детей раннего возраста и нередко приводит к разнообразным тяжелым повреждениям внутренних органов [3- 5]. Вопрос о влиянии хронического токсического гепатита матери на морфологическое состояние постнатального развития и становление органов пищеварительной системы до настоящего времени недостаточно изучено [6,7].

Цель исследования

Изучение влияния хронического токсического гепатита у матери на постнатальный морфогенез печени у потомства экспериментальных животных.

Материалы и методы

Эксперименты осуществлены на белых беспородных крысах линии Вистар. Животные были разделены на 2 группы по 30 особей в каждой: 1-я группа (контрольная) – интактные животные, 2-я группа – крысы, которым для создания модели хронического токсического гепатита еженедельно в течение 6 недель вводили гелиотрин из расчета 0,5 мг/100 г массы животных.

Через 10 дней после последней инъекции к ним и к самкам контрольной группы подсаживали самцов. Крысят, рожденные и вскормленные матерями с хроническим токсическим гепатитом на 3-и, 7-е и 21-е и 30 сутки постнатального развития декапитировали и для гистологического исследования брали кусочки из печеночной ткани. Материал подвергали общеморфологическим, морфометрическим и электронно-микроскопическим исследованиям.

Результаты. На 3-7-е сутки жизни постнатального развития крысят, рожденных и вскормленных матерями с хроническим токсическим гепатитом в сосудисто-тканевых структурах печени наблюдалась следующая картина: в микроструктуре печени у новорожденных крысят (3-7 сутки), гепатоциты располагались рыхло и беспорядочно, разделяясь широкими и полнокровными синусоидными гемокапиллярами. В некоторых гепатоцитах отмечались явления гидропической дистрофии, в отдельных клетках наблюдался пикноз и лизис ядер. Увеличивались размеры гепатоцитов 18,5±0,8 по сравнению с показателями контрольной группы животных (в контроле 12,0±0,4). Количество двуядерных печеночных клеток относительно больше, 2,7±0,3 (в контроле 1,2±0,04). Плохо контурируются печеночные дольки и балки. При электронномикроскопическом исследовании цитоплазма печеночных клеток нежнозернистая, ядра многих гепатоцитов имели овальную форму. Митохондрии в большом количестве, с электронноплотным матриксом. Местами в междольковой соединительной ткани выявлялась инфильтрированность и расширенность синусоидных гемокапилляров.

Через 21 сутки постнатального развития у животных опытной группы наблюдалось некоторое усиление степени выраженности описанных выше патоморфологических изменений. Местами на фоне отчетливой балочно-дольчатой структуры печени выявлялись места с дисконплектацией паренхимы печени, печеночные клетки располагались беспорядочно. В междольковой соединительной ткани наблюдалась инфильтрированность мононуклеарными клетками (рис.).

Электронномикроскопически ядра гепатоцитов округлой, часто овальной формы с двумя, тремя ядрышками, расположенными ближе к мембране ядра (рис.). Ядра без изменений с нежной сетью мелкоглыбчатого хроматина. Клетки Купфера единичны. Пространство Диссе местами слегка расширено. В некоторых центрах долек отмечается снижение гепатоцитов, отмечается небольшое увеличение гранул и мелкоклеточных узелков, прилегающих к портальным трактам. Эндоплазматическая сеть часто представлена вакуолями, пузырьками различных размеров. Венозные сосуды печени местами расширенные, полнокровные. У животных контрольной группы в этот срок отмечается отчетливая балочно-дольчатая структура печени.

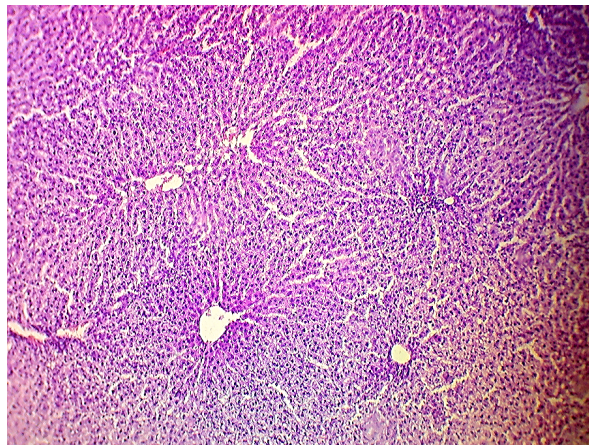


Рис. Печень крысят на 21 день постнатальной жизни. Окраска гематоксилин-эозин. Ув. 10x10.

При исследовании животных в более отдаленные периоды постнатального развития (на 30-сутки) у опытной группы животных отмечены значительные индивидуальные колебания степени выраженности патоморфологических изменений печени и характера возрастной динамики. Если у некоторых крысят эти патоморфологические изменения с возрастом постепенно несколько стихали, то у других животных они еще сохранялись, так же как и некоторая отечность портальных трактов. Местами встречались гепатоциты с деструктивно-дистрофическими изменениями ядра и цитоплазмы печени паренхима разделена тонкими прослойками. Междольковая соединительная ткань образует строму, в которой располагаются сосуды и желчные протоки, сохраняется балочное и дольчатое строение. Сосуды с умеренным кровенаполнением. Паренхиматозные клетки в 70% одноядерные, а в 30% клетки имеют 2 ядра.

Электронномикроскопически звездчатые ретикулы-эндотелиоциты были увеличенных размеров и в большом количестве. У животных контрольной группы в этот срок микроструктура печени приобрела типичное дольчатое строение. Отчетливо выявлялись портальные тракты, представленные рыхлой волокнистой соединительной тканью. Сосудистый рисунок печени также соответствовал рисунку у взрослых интактных крыс.

Выводы

1. Патология печени матери приводит в аналогичном к материнскому органе потомства, патоморфологические изменения в антенатальные и в постнатальные периоды развития.
2. Эти патоморфологические процессы в последующем вызывают задержку и отставание процессов постнатального развития и становления печени потомства.
3. Полученные научные данные обуславливают необходимость разработки научно-обоснованных лечебных и профилактических мероприятий с целью предупреждения патологии у детей, рожденных и вскормленных матерями с хронической патологией печени.

Литература

1. Бояков А.А. Характер становления гастроассоциированной лимфоидной системы слизистой оболочки кишечника у потомства животных с хроническим поражением печени. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Челябинск. 2001.
2. Ильиных М.А., Брюхин Г.В. Структурно функциональное становление поджелудочной железы потомства животных с хроническим экспериментальным поражением гепатобилиарной системы различного генеза. Вестник Челябинского гос. педагогического университета. 2006; 4 (6): 113-123.
3. Серышева О.Ю., Брюхин Г.В. Морфофункциональная характеристика эпителия крипт двенадцатиперстной кишки у потомства самок крыс с экспериментальным поражением печени. Морфология. 2013; 144 (4): 36-41.
4. Шубина О.С., Киреева Ю.В. Морфологические особенности печени потомства белых крыс в условиях свинцовой интоксикации. VII Конгресс международной ассоциации морфологов. Морфология. 2006; 129 (4): 143.
5. Яковлева Л.М., Любовцева Л.А. Морфофункциональные изменения подвздошной кишки крыс при интоксикации этанолом. Морфология. 2012; 141 (1): 62-65.
6. Watson A.J. Duckworth C.A., Guan Y. and Montrose M.H. Mechanisms of epithelial cell shedding in the Mammalian intestine and maintenance of barrier function. Ann. N. Y. Acad. Sci., 2009, v. 1165, p. 135-142.
7. Yue W-f, Zhou F., Malik F. A. et al Demonstration of protein absorption in the intestinal epithelium of fish and mice by laser scanning confocal microscopy. Biol. Chem., 2010, v. 391, p. 1197-1203.

РОЛЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ МАТЕРИ В РАЗВИТИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ НЕЗРЕЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПОТОМСТВА

М.Б.Назарова, К.К. Шарафутдинов, Д.Б. Адилбекова

Гепатотоксины, введенные в организм матери до беременности и образующиеся в нем при гепатите, попадая в кровь и с последующим в материнское молоко, способствуют развитию воспалительно-реактивных изменений в сосудисто-тканевых структурах аналогичного органа, т.е. в печени потомства в их ранние периоды жизни постнатального развития. Эти патоморфологические изменения в печени потомства, в последующем приводят к запаздыванию процессов постнатального роста и становления органа и систему органов в целом.

Ключевые слова: хронический токсический гепатит, мать-потомства, печень, кровеносные сосуды, ткани.

УДК: 616.36-002-036.11: 616.361-085.35

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПОЛИМЕРНЫХ КОМПОЗИЦИЙ ГОССИПОЛА В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ ГЕПАТИТЕ

Нематова Б., Турсунмурадова Ш., Худайбердиев Х.

ЎТКИР ГЕПАТИТДА ЖИГАРНИНГ САФРО АЖРАТИШ ФУНКЦИЯСИ БУЗИЛИШЛАРИНИ ТУЗАТИШДА ГОССИПОЛНИНГ БАЪЗИ ПОЛИМЕР КОМПОЗИЦИЯЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Нематова Б., Турсунмурадова Ш., Худайбердиев Х.

THE EFFECTIVENESS OF SOME POLYMER COMPOSITIONS OF GOSSYPOL IN THE CORRECTION OF DISORDERS OF THE BILIARY FUNCTION OF THE LIVER IN ACUTE HEPATITIS

Nematova B., Tursunmuradova Sh., Khudaiberdiev Kh.

Ташкентская медицинская академия

The experimental substantiation of the possibility of treating disorders of the hepatobiliary system by means of CelAgrip is presented. It has been shown that this interferon inducer restores bile secretion in acute hepatitis caused by carbon tetrachloride.

Key words: hepatitis, chelate excretory function of the liver, interferon inducers, gossypol.

На современном этапе развития фармацевтической промышленности особое место отводится системе интерферона. Интерферон, связываясь с рецепторами на плазматической мембране заражённых клеток, способствует выработке ферментов, способных прекращать синтез белков на рибосомах, тем самым препятствуя экспрессии вирусных генов в клетках эукариотов [1]. Препараты интерферона так же эффективны для лечения различных заболеваний гепатобилиарной системы. Благодаря ранней противовирусной интерферонной терапии мы можем предупредить переход острой формы гепатита в хроническую. Однако, терапия интерфероном не всегда должным образом решает проблему вирусных гепатитов. Поэтому ведётся поиск альтернативных препаратов разного действия [2-4]. В этом плане большую перспективу для клинического применения имеют индукторы интерферона. Причём, они эффективнее и значительно безопаснее препаратов экзогенного интерферона и обладают меньшими побочными эффектами [1,3].

Актуальным является также разработка индукторов интерферона из растительного сырья. Таковыми являются полимерные композиции госсипола, который является жёлтым пигментом, получаемый из хлопчатника, токсичного в свободном виде. Они обладают способностью индуцировать уровень интерферона в органах. Однако, влияние полимерных комплексных соединений госсипола на функциональное состояние печени изучено недостаточно. Поэтому является целесообразным изучение влияния ряда синтезированных индукторов интерферона на основе природного полифенола госсипола и целлюлозы на показатели функционального состояния печени у крыс с острым токсическим гепатитом.

Цель исследования

Определить влияние полимерных композиций госсипола на секрецию желчи и активность АЛАТ в условиях острого токсического гепатита.

Материалы и методы

Исследования проводились на 42 белых крысах-самцах с массой тела 170-210 г в начале опыта. Каждая группа состояла из 6 животных. Их содержали в условиях вивария, на стандартном рационе питания. Острый тетрахлорметановый гепатит воспроизводили путем подкожного введения крысам 50% масляного раствора тетрахлорметана в дозе 0,5 мл на 100 г массы тела в течение 4 дней [5,6]. А контрольной группе животных вводили подсолнечное масло из расчёта 0,25 мл на 100 г веса тела. Спустя сутки, после завершения введения тетрахлорметана, начинали лечение полимерными композициями госсипола, которых вводили энтерально в дозе 25 мг/кг. Спустя 24 часа, после последнего введения препаратов под этаминаловым наркозом вскрывали эпигастральную область брюшной полости крыс и в общий желчный проток вставляли полиэтиленовую канюлю. Желчь собирали в течение 4 часов [7].

Результаты и их обсуждение

Результаты проведённых исследований показали, при остром токсическом гепатите наблюдается значительное угнетение желчевыделения, а введение полимерных композиций госсипола оказывает определённый положительный эффект на внешнесекреторную функцию печени, что проявляется в восстановлении секреции желчи. Из таблицы 1 видно, что препараты ПК-39,41,43,44,48 одновременно приводят к статистически значимому снижению активности АЛАТ в сыворотке крови в 3,46 раза. Исходя из этих данных можно констатировать, что среди изученных соединений ПК-43, условно названное ЦелАгрипом, наиболее выражено снижает проявления цитолиза и останавливает проницаемость клеточных мембран печеночных клеток.

Таблица 1
Влияние полимерных композиций госсипола при энтеральном введении на секрецию желчи и активность АЛАТ при остром тетрахлорметановом поражении печени (n=6)

Группы животных	1 час	2 час	3 час	4 час	Желчь, мл за 4 часа на 100 г.	АЛАТ ммоль/л
Интактные животные	0,65±0,028	0,59±0,046	0,62±0,014	0,6±0,042	1,30±0,036	0,77±0,037
Гепатит + вода	0,42±0,052	0,37±0,024	0,33±0,028	0,27±0,017	0,81±0,030*	2,91±0,046*
Гепатит + лечение, ПК-39	0,52±0,037	0,51±0,030	0,38±0,024	0,38±0,045	0,97±0,037*	1,28±0,061 ^{*,a}
Гепатит + лечение, ПК-41	0,44±0,024	0,40±0,028	0,39±0,030	0,37±0,031	0,91±0,035*	1,34±0,035 ^{*,a}
Гепатит + лечение, ПК-43	0,73±0,064	0,60±0,054	0,50±0,047	0,42±0,030	1,22±0,037 ^a	0,84±0,035 ^a
Гепатит + лечение, ПК-44	0,53±0,042	0,50±0,028	0,38±0,020	0,34±0,036	1,02±0,032 ^{*,a}	1,17±0,039 ^{*,a}
Гепатит + лечение, ПК-48	0,45±0,026	0,46±0,026	0,39±0,017	0,35±0,035	0,89±0,022*	0,90±0,022 ^a

Примечание: * - статистически значимые различия по сравнению с показателями интактных крыс; ^a - по сравнению с показателями нелечённой группы животных.

В отдельной серии экспериментов у животных с острым токсическим гепатитом, изучено влияние различных доз и кратность введения целлагрипа. Так, у животных с острым токсическим гепатитом, получавших энтерально целлагрипа в дозе 10 мг/кг, отмечено увеличение выделение желчи в 1,51 (p<0,001) раза при 3-дневном применении. Более продолжительное введение препарата (в течение 6 дней) приводило к ещё большему увеличению объёма выделенной желчи, однако в расчете относительно показателей контрольной группы животных — это повышение составило 1,27 (p<0,001) раза. Как видно из таблицы 2 и после 3-х и 6-ти дневного лечения объём выделенной желчи всё же оставалась несколько меньшим, чем показатели интактных крыс в 1,34 и 1,24 (p<0,001) раза.

При увеличении дозы лечебного средства до 25 мг/кг желчевыделение увеличилось в 1,72 (p<0,01) и 1,51 (p<0,001) раза, соответственно при 3- и 6-дневном введении целлагрипа. примечательно, что при этом данные опытных крыс существенно не отличаются от значений интактных крыс, особенно, после 6-дневного лечения. Дальнейшее увеличение доза вещества не проводило к значительному возрастанию наблюдаемого эффекта. Следовательно, при энтеральном введении крысам с острым токсическим гепатитом, вызванным тетрахлорметаном, в полной мере устраняет нарушения внешнесекреторной функции печени в дозах 25 мг/кг и 50 мг/кг.

Таблица 2
Влияние полимерных композиций госсипола на секрецию желчи при остром тетрахлорметановом гепатите

Группа животных	Желчь, за 4 часа на 100 г массы тела	
	3 дня	6 дней
Интактные животные	1,35±0,036	
Гепатит+вода	0,67±0,045*	0,86±0,035*
Гепатит+целлагрип, энтерально 10 мг/кг	1,01±0,041 ^{*,a}	1,09±0,053 ^{*,a}
Гепатит+целлагрип, энтерально 25 мг/кг	1,15±0,021 ^{*,a}	1,30±0,036 ^a
Гепатит+целлагрип, энтерально 50 мг/кг	1,19±0,033 ^{*,a}	1,37±0,107 ^a

Примечание: * - статистически значимые различия по сравнению показателями интактных крыс; ^a - по сравнению с показателями нелечённой группы животных.

Вывод

На основании результатов проведённых исследований можно заключить, что соединения, представляющие собой композицию госсипола и целлюлозы, обладают стимулирующим влиянием на желчевыделительную функцию печени, снижают выраженность цитолиза при остром токсическом гепатите, вызванном тетрахлорметаном.

Литература

1. Ершов Ф.И. Интерфероны (к 40-летию открытия): Обзор // Вопросы вирусологии. Москва, 1998. -Т.43.-№6.-247-252 с.
2. Оспельникова Т.П. Системы интерферона и иммунитета при воспалительных гинекологических заболеваниях. Коррекция нарушений индукторами интерферона: Дисс. канд. мед, наук. - Москва, 1998. -153 с.

3. Романцев М.Г., Ершов Ф.И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия. - Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2009. -52 с.
4. Ершов Ф.И., Романцев М.Г. Антивирусные средства в теории и педиатрической практике. - Москва: Русский врач, 2005. -244 с.
5. Саратиков А.С., Новожеева Т.П., Венгеровский А.И. Эффективность ферментиндуцирующих средств при экспериментальном поражении печени тетрахлорметаном // Экспериментальная и клиническая фармакология. – Москва, 2003. - № 4.-47-49 с.
6. Хакимов З.З., Мирзохидов Х.А., Цой И.В., Хакимова Д.З. Исследованные влияния сухого экстракта *Convulus arvensis* на некоторые параметры печени при экспериментальном остром токсическом гепатите // Фармацевтический журнал. - Ташкент, 2008- №3. -59-62 с.
7. Хакимов З.З., Акрамова Я.З., Махмудов С.С. Эффективность индукторов интерферона в коррекции функции состояния печени при токсических гепатитах. -2018, 220 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПОЛИМЕРНЫХ КОМПОЗИЦИЙ ГОССИПОЛА В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ ГЕПАТИТЕ

Нематова Б., Турсунмурадова Ш., Худайбердиев Х.

Изложено экспериментальное обоснование возможности лечения нарушений гепатобилиарной системы посредством ЦелАгрипа. Показано, что данный препарат восстанавливает секрецию жёлчи при остром гепатите, вызванным тетрахлорметаном.

Ключевые слова: гепатит, желчовыделительная функция печени, индукторы интерферона, госсипол.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О КРОВЕТВОРЕНИИ И РОЛИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Отажанова А.Н., Ислонжонова М.М., Утепова Н.Б., Назарова М.М., Шермухамедов Т.Т.

Ташкентская медицинская академия

Кроветворение или гемоцитопоэз – это сложный многостадийный процесс, начинающийся с деления плюрипотентной гемопоэтической стволовой клетки и дифференцировок, в результате которых образуются зрелые, функционально полноценные клетки крови: эритроциты, лейкоциты и тромбоциты. В настоящее время общепринятой является унитарная теория кроветворения А.А. Максимова (1909). Согласно этой теории, все форменные элементы крови развиваются из единого предшественника - стволовой клетки. Только в 60-70-х годах прошлого века зарубежным (J. Till, E. McCulloch, J. Lewis и др.) и советским ученым (А.Я. Фриденштейн, И.Л. Чертков и др.) удалось экспериментально подтвердить наличие стволовых кроветворных клеток. Современная теория кроветворения базируется на теории «абсолютного унитаризма» А. А. Максимова, согласно которой родоначальной клеткой является лимфоцит, из которого образуются все остальные форменные элементы крови [1].

В последующих работах Till и McCulloch (1961 г.) было показано, что клетки, обладающие способностью к самообновлению и дифференцировке, находятся в лимфоцитарном пуле и получили название стволовых клеток. По современным представлениям, все клетки крови происходят из единой – полипотентной стволовой кроветворной клетки (ПСКК). Стволовые кроветворные клетки обладают уникальным свойством – полипотентностью, т. е. способностью к дифференцировке по всем линиям гемопоэза. Они способны к самообновлению для поддержания количественного постоянства своего пула, составляющего 0,01% ядродержащих клеток костного мозга в постнатальном периоде. В основе поддержания постоянства количественного и качественного состава в каждом клеточном звене системы крови лежит соблюдение основного закона кинетики кроветворения: в единицу времени рождается и умирает одно и то же количество клеток. Клеточное равновесие в системе крови обеспечивается тремя уровнями системной организации кроветворения: стволовые клетки, ростовые факторы и стромальное микроокружение. СКК обладают способностью одновременно дифференцироваться во все виды клеток крови. При сокращении общего числа стволовых клеток ниже критической величины в результате токсического воздействия, например, ионизирующего излучения или химиотерапии, стволовые клетки прекращают дифференцировку, сохраняя только способность к самообновлению до достижения их начальной клеточной массы.

Гемопоэтическая стволовая клетка (ГСК), наиболее примитивная клетка, встречается с частотой 1 на 25 000-100 000 клеток костного мозга, способна к митотическому делению до 100 раз в течение своей жизни. Считается, что всего у человека имеется примерно $4-400 \times 10^5$ ГСК, с возрастом количество стволовых клеток уменьшается. В 2014 г. (Holstege H. et al.) были опубликованы результаты исследования крови и ткани голландской женщины-долгожительницы, которая скончалась в 2005 г. в возрасте 115 лет. Оказалось, что примерно 2/3 лейкоцитов на момент ее смерти вели свое происхождение всего от двух ГСК. Подсчитано, что каждый день в организме человека теряется $(2-5) \cdot 10^{11}$ клеток крови, которые замещаются на равное количество новых. Все СК обладают рядом общих свойств. Во-первых, они недифференцированы и не располагают структурными компонентами для выполнения специализированных функций. Во-вторых, они способны к пролиферации с образованием большого числа (десятков и сотен тысяч) клеток. В-третьих, они способны к дифференцировке, т.е. процессу специализации и образованию зрелых клеток (например, эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов). В-четвертых, они способны к асимметричному делению, когда из каждой СК образуются две дочерние, одна из которых идентична родительской и остается стволовой (свойство самообновления СК), а другая дифференцируется в специализированные клетки. Наконец, в-пятых, СК

могут мигрировать в очаги повреждения и дифференцироваться в зрелые формы поврежденных клеток, способствуя регенерации тканей. Способность к самообновлению является ключевой в концепции стволовой клетки. В настоящее время имеются две теории механизма самообновления. Согласно первой, деление стволовой клетки асимметрично: из двух произведенных стволовых клеток одна — недифференцированная, другая — дифференцированная, предназначенная продуцировать зрелые клетки крови. В соответствии со второй теорией, СК при каждом делении производит или две новые стволовые клетки, или две более зрелые клетки. Пул СК, таким образом, поддерживается не точным асимметричным делением каждой СК, а равновесием между числом делений, увеличивающих количество стволовых клеток, и делений, связанных с появлением более зрелых клеток. С тех пор, как J.A. Thomson и соавт. (1998) впервые получили эмбриональные стволовые клетки (ЭСК) человека из внутренней клеточной массы бластоцисты, благодаря потенциальной способности дифференцироваться во все типы клеток организма (свойства плюрипотентности) ЭСК рассматриваются как модель для изучения процессов ранней клеточной дифференцировки и специализации.

ЭСК человека могут служить также источником клеток для «регенеративной медицины», но их использование связано с рядом проблем, основная из них — проблема иммунологической совместимости [2]. В 2006 г. K. Takahashi и S. Yamanaka получили ещё один тип плюрипотентных стволовых клеток (ПСК) — индуцированные плюрипотентные стволовые клетки (иПСК). И ПСК могут быть получены для каждого пациента индивидуально, а неограниченная пролиферация позволяет производить генетические манипуляции (транسخенез и гомологичную рекомбинацию), что делает иПСК перспективным источником клеток для лечения многих заболеваний, в том числе гематологических [3].

В настоящее время лишь часть пациентов, нуждающихся в трансплантации ГСК, имеет возможность получить иммунологически совместимый материал. Источниками гемопоэтических стволовых клеток являются костный мозг, периферическая и пуповинная кровь. Хотя ГСК пуповинной крови имеют много преимуществ, их количество в доступном объеме пуповинной крови недостаточно для трансплантации взрослому человеку. Количество этих ГСК в целой плаценте в 10 раз превышает их количество в доступном объеме пуповинной крови. ГСК, полученные из свежей или криоконсервированной плаценты, дифференцируются в клетки эритроидного и миелоидного ростков как *in vitro*, так и *in vivo* при трансплантации иммунодефицитным мышам.

Таким образом, криоконсервированная плацента может служить потенциальным источником для замещения пула гемопоэтических стволовых клеток у человека. Гемопоэтические ростовые факторы гликопротеиды, их продуцируют различные клетки крови и стромального микроокружения. Кроветворный костный мозг располагается на трабекулах губчатых костей, покрытых стромальной тканью, состоящей из клеток и продуцируемого ими межклеточного вещества. Стромальное микроокружение играет также ведущую роль в избирательном выходе клеток из костного мозга в периферическую кровь. Важным методом диагностической оценки кроветворения является морфологическое исследование мазков пунктата костного мозга. Для этой цели разработаны так называемые костномозговые индексы соотношения различных типов гемопоэтических клеток: индекс лейко/эритро, индекс созревания нейтрофилов, индекс созревания красных клеток [5,6]. Оценка этих индексов с учетом клеточности костного мозга, состава периферической крови и клинических данных необходима для экспертного анализа кроветворения и адекватного диагностического заключения. В 70-х годах XX века стало популярным омоложение стволовыми клетками — «инъекции молодости» [4]. Широкие возможности открывает терапия стволовыми клетками в реконструктивной медицине. Благодаря способности стволовых клеток дифференцироваться в клетки любых тканей организма, они помогают восстановить поврежденный кожный покров на больших участках. Еще одна перспективная сфера применения препаратов стволовых клеток — кардиология. Уже проводятся их клинические испытания при ишемической кардиомиопатии, нарушениях сократительной функции сердца. Биопрепарат стволовых клеток может помочь пациентам с тяжелыми сердечными патологиями выжить в ожидании трансплантации сердца. Также проводятся исследования эффективности препарата СК при циррозе печени. Таким образом, огромный интерес и перспективы для науки представляют возможности биопрепаратов стволовых клеток в лечении многих болезней, в том числе — тяжелых и ранее считавшихся неизлечимыми.

Литература

1. Гистология, эмбриология, цитология: учебник / Ю. И. Афанасьев, Н. А. Юрина, Е. Ф. Котовский и др.; под ред. Ю. И. Афанасьева, Н. А. Юриной. - 6-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 800 с.: ил.
2. Клеточные основы кроветворения [Текст]: (Кроветворные клетки-предшественники) / И.Л. Чертков, А.Я. Фриденштейн. - Москва: Медицина, 1977. - 272 с., 1 л. ил.: ил.; 20 см.
3. Н. И. Мезен, з. Б. Квачева, л. М. Сычик «Стволовые клетки» Учебно-методическое пособие. 2-издание, дополненное, 2014.
4. Crisan M., Corselli M., Chen C-W, Pault B. (2011) Multilineage stem cells in the adult A perivascular legacy? *Organogenesis*, 7(2):101-104.
5. Kajiyama H, Hamazaki TS, Tokuhara M, Masui S, Okabayashi K et al. (2010) Pdx1- transfected adipose tissue-derived stem cells differentiate into insulin-producing cells in vivo and reduce hyperglycemia in diabetic mice. *Int J Dev Biol*, 54(4):699-705.
6. K. Takahashi и S. Yamanaka Induction of pluripotent stem cells from mouse embryonic and adult fibroblast cultures by defined factors// *Cell* 2006 Aug 25;126(4):663-76. doi: 10.1016/j.cell.2006.07.024. Epub 2006 Aug 1

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ БОЛЬНЫХ С COVID-19

Рашидова Ф.М., Абдукадырова М.У., Нурузова З.А.

Ташкентская медицинская академия

Вспышка тяжёлой острой и респираторной инфекции Covid-19 в Китае привела к его глобальному распространению и приняла характер пандемии (ВОЗ 2020г). Для данного заболевания характерны следующие клинические проявления: бессимптомное, лёгкое, средней степени и тяжёлое. По итогам многочисленных исследований, решающая роль в развитии заболевания имеют индивидуальные особенности организма, зависящие от состояния иммунной системы. К этим особенностям входит и возраст, пол, а также сопутствующие заболевания. Лица пожилого и старческого возраста (65+) подвергаются наибольшему риску, что связано с наличием сопутствующих хронических заболеваний. ПЦР анализ биоматериала является основным достоверным лабораторным методом подтверждающим наличие заболевания. Количественным и качественным методом ИХЛА для определения IgG и IgM подтверждается наличие и период заболевания.

Цель исследования - оценка течения и тяжести заболевания и анализ лабораторных данных.

Материалы и методы исследования. 158 больных с Covid-19. Анкетирование, клинические наблюдения, лабораторно-инструментальные анализы, течение.

Результаты. Обследованы истории болезней 158 больных. Из них женщин- 82 (52,5%), мужчин- 76 (47,5%). Возраст от 20-84 лет (рис.1). При исследовании биоматериала ПЦР анализом у 40 больных (25,3%) он дал отрицательный результат и у 118 (74,7%) положительный. Нужно отметить что, в 100% случаях бессимптомного течения заболевания определяли по диагностическим признакам - ПЦР положительный, причём обращаемость с бессимптомным течением была низкая.

У 48 обследуемых больных отмечалось лёгкое течения заболевания. Из них женщин- 27 (56,25%), мужчин- 21 (43,75%). У 36 (75%) больных этой группы ПЦР-анализ был положительный, у 12 (25%) - отрицательный. Методом ИХЛА были определены IgG у 7, IgM у 8 больных.

У 59 обследуемых больных отмечалось течения заболевания средней тяжести, среди которых женщины составили 28 (47,4%), мужчины- 31 (52,6%) человек. У 46 (78%) пациентов этой группы ПЦР-диагностика дала положительный результат, у 13 (22%) отрицательный. Методом ИХЛА были определены IgG у 27, IgM у 27 больных.

Среди больных с тяжёлым течением (30 чел.), мужчины и женщины распределились одинаково - по 15 (50%) человек. В данной обследуемой группе ПЦР - положительные больные составили 18 (60%) человек, у 12 (40%) пациентов не были обнаружены гены вируса. Методом ИХЛА были определены IgG у 12, IgM у 11 больных.

Исходя из полученных результатов по полу обследованных больных, необходимо отметить, что в отличие от многих литературных данных, достоверной разницы по количеству заболевших женщин и мужчин в наших исследованиях не отмечалось. Незначительная разница отмечалась в количестве (снижено в 1,3 раза) положительных результатов ПЦР-анализа у больных с тяжёлым клиническим течением.

Сравнительный анализ возрастных показателей у обследованных больных показал, что как при лёгком, так и при тяжёлом течении болезни возрастные границы проявлялись в широких пределах от 20 лет до 71 года у мужчин; 25-84 лет - у женщин. То есть большой разницы в возрастах у пациентов разных групп не обнаружено. Исследование продолжается.

УДК:576.858:614.1+614.21:613.5

COVID-19 КАСАЛЛИГИНИНГ АҲОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИДАГИ АЙРИМ ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ЖИҲАТЛАР

Реймберганов Ж.И., Абдуллаев И.К., Матякубов Ж.Р.

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ COVID-19 СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Реймберганов Ж.И., Абдуллаев И.К., Матякубов Ж.Р.

SOME MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF THE PREVALENCE OF COVID-19 AMONG THE POPULATION

Reimberganov J.I., Abdullaev I.K., Matyakubov J.R.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Практически во всех странах мира, включая Узбекистан, пандемия COVID-19 в 2020 году стала годом больших испытаний для Всемирной организации здравоохранения и системы здравоохранения каждой страны, продолжающаяся и в 2021 году. За короткий период времени пандемия COVID-19, распространившаяся почти во всех странах мира, доказала, что даже система здравоохранения развитых стран не готова к такому сложному процессу с её быстрым распространением и высоким уровнем смертности. В распространении заболевания COVID-19 основным фактором явился человеческий фактор, а роль природно-географических факторов была незначительной. То есть, стало понятно, что распространённость данного заболевания среди населе-

ния напрямую связана со строгим соблюдением людьми, установленных санитарно-гигиенических правил.

Ключевые слова: COVID-19, пандемия, здоровье, заболеваемость, распространенность, социальные факторы, санитария, гигиена, изученность.

In almost all countries of the world, including Uzbekistan, the COVID-19 pandemic in 2020 has become a year of great trials for the World Health Organization and the health system of each country, continuing into 2021. In a short period of time, the COVID-19 pandemic, which has spread to almost all countries of the world, has proven that even the health care system of developed countries is not ready for such a complex process with its rapid spread and high mortality rates. The human factor was the main factor in the spread of the COVID-19 disease, and the role of natural and geographical factors was insignificant. That is, it became clear that the prevalence of this disease among the population is directly related to the strict observance of the established sanitary and hygienic rules by people.

Key words: COVID - 19, pandemic, health, morbidity, prevalence, social factors, sanitation, hygiene, knowledge.

Муаммонинг долзарблиги. 2020 йил дунёнинг деярли барча мамлакатларида, жумладан Ўзбекистонда ҳам, COVID-19 пандемияси Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ва ҳар бир давлатнинг соғлиқни сақлаш тизимлари учун катта синов йили бўлди ва бу жараён 2021 йилда ҳам давом этмоқда. Ушбу жараёнга дунёда биронта ҳам давлат тайёр эмаслиги амалда исботланди. Хитойнинг Ухан шаҳрининг Хубэй провинцияси COVID-19 пандемиясининг бошланиш нуқтаси бўлди ва деярли ярим йилда бутун дунёни қамраб олди.

2020 йил 21 декабрда BBC News Дайджест Россия хизматининг тарқатган маълумоти бўйича кўплаб Европа давлатларида, жумладан Британия давлати мамлакатда вируснинг янги-мутант тури тарқалганлиги боис авиақатновларни тўхтатганлиги қайд этилди. Вируснинг бу янги тури аҳоли орасида жуда тез тарқалиши ва нисбатан оғир кечиши, ўлим ҳолатининг ошиш хавфи юқори эканлигини хабар қилди. Джонс Хопкинс университетининг охири берган маълумотларига қараганда АҚШда пандемия жараёнида бугун 18 млн дан ошиқ киши COVID -19 касаллигини юқтириб олган ва 300 мингдан ортиқ киши вафот этган. Россияда бу кўрсаткич 3 млн дан ошган, ҳар куни камида 29 000 дан ортиқ одам касалликни юқтириб олмоқда ва 51 000 дан ортиқ одам вафот этган. Гэвин Ями, Джастие Новиньон, Коруелия Кенниларнинг (2020) таъкидлашларича бугун дунёда ҳукмронлик қилаётган COVID -19 касаллиги пандемиясини фақатгина битта йўл билан, халқора ҳамкорликлар асосида амалга оширилса, биргаликда, айниқса аҳолининг кам таъминланган қатламни сақлаб қолиш мумкин. Бугун бутун дунёда COVID -19 касаллиги пандемияси шиддат билан давом этаётган бир пайтда ҳам, айрим мамлакатларда бу касалликнинг глобал хавфини ҳатто мутахассислар ҳам истиқболда нима билан юқун топишига айта олмаяпдилар.

Тадқиқот мақсади

Хоразм вилояти аҳолиси орасида COVID -19 касаллигининг тарқалишидаги айрим тиббий-ижтимоий жиҳатларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат.

Материаллар ва усуллар

COVID -19 касаллигининг тарқалишидаги айрим тиббий-ижтимоий жиҳатларини ўрганиш мақсадидаанкета-сўров усули ёрдамида жами 226 киши ўрганилди. Шу жумладан -123 та COVID -19 билан касалланган ва 103 та касалланмаганларда сўров ўтказилди. Ўрганилганларнинг 150 таси (66%) шаҳар, 76таси (33,4%) қишлоқ аҳолиси. Тадқиқот давомида тўпланган материалларни таҳлил қилишда ижтимоий-гигиеник ва санитария-статистик усуллардан кенг фойдаланилди.

Натижа ва муҳокама

Касалликнинг тарқалишидаги айрим тиббий-ижтимоий жиҳатларни COVID -19 билан касалланганлар ва касалланмаганлар орасида уларни қиёсий таҳлил қилиш йўли билан ўрганилди. Жами ўрганилган 226 та respondentларнинг 123 тасини COVID -19 касаллигини бошдан кечирганлар ва 103 тасини касалланмаганлар ва уларнинг 101 (44,7%) эркаклар ва 125 (55,3%) аёллар ташкил этди.

Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, беморларнинг ёшлари бўйича шаҳарда ҳам, қишлоқда ҳам тарқалиши бир хил эмас. Агар шаҳарда эркакларда кўпроқ 51-60 ва 18-25 ёшдагиларда қайд қилинса (33,3%, 22,2%), қишлоқда бу кўрсаткич 26-30 ва 31-40 ёшларда (28%, 42,8%) кузатилди. Аёлларда шаҳарда касалликнинг юқори даражаси 41-50 ва 18-25 ёшдагиларда кузатилса, қишлоқда 31-40 ва 41-50 ёшдагиларда (23,0%, 46,1%) қайд этилиши аниқланди. Бундан хулоса шуки, COVID -19 касаллигини юқтириб олишда биологик омилларнинг ўрни ҳам маҳим аҳамият касб этади (1-жадвал).

Қиёсий таҳлиллардан шу нарса кўриниб турибдики, COVID-19 касаллигининг аҳоли орасида тарқалишида биологик омил, ёшнинг таъсир даражаси сезларли кўзга ташланади. (Жадвал 2).

1-жадвал

Шаҳар ва қишлоқларда COVID -19 касаллигининг беморлар ёшлари ва жинслари бўйича тарқалиши (%)

Беморларнинг ёшлари	Шаҳар		Қишлоқ	
	Эркаклар	Аёллар	Эркаклар	Аёллар
18-25	(8) 22,2	(13) 21,7	(1) 7,1	(1) 7,7
26-30	(5) 13,9	(5) 8,3	(4) 28,6	(0) 0
31-40	(3) 8,3	(10) 16,7	(6) 42,8	(3) 23,0

41-50	(5) 13,9	(12) 20,0	(3) 21,4	(6) 46,1
51-60	(12) 33,3	(11)18,3	(0) 0	(2) 15,4
60 ва ундан катталар	(3) 8,4	(9)15,0	(0) 0	(1) 7,7

2-жадвал

Ўрганган респондентларнинг ёшлари бўйича тақсимланиши

Ёшлари Респондентлар	18-25	26-30	31-40	41-50	51-60	60 ва ундан катталар	Жами
Касалланганлар	17,9	10,7	20,3	21,1	17,9	12,2	123
Касалланмаганлар	33,0	34,0	15,5	5,8	7,8	3,9	103

Этиборли жиҳати шундаки, ҳар иккала гуруҳда ҳам аёлларнинг миқдори нисбатан кўпроқ. Касалликни бошдан кечирган аёллар 57% ни, эркеклар 43%ни ташкил этса, касалланмаганларда бу нисбат мос равишда 53,4% ва 46,6% га тенг бўлиши аниқланди. Сўроқ қилинган респондентларни уларнинг касблари билан тахлил натижаларида ҳам айрим ўзига хос-хусусиятлар қайд этилди. COVID-19 билан касалланганларда ишчилар - 26,0%ни, хизматчилар - 37,4%ни, ишсизлар - 22%ни, талабалар - 14,6%ни ташкил этса, бу кўрсаткичлар касалланмаганлар орасида мос равишда 18,4%, 52,4%, 11,6%, 17,5% ларга тенг бўлди. Кўриниб турибдики, карантин даврида ишчиларнинг кўпчилиги ишладилар, хизматчилар ва талабалар эса уйда қолдилар, ишсизларнинг кўпчиликлари ҳам тирикчилик учун мулоқотда бўлганлиги сабабли касаллик юқтириб олиш эҳтимоллик даражаси юқори бўлган. Касалланганларда биринчи навбатда қандай асосий белгилар сизни безовта қилди деган саволимизга уларнинг 57,5%и харорат кўтарилишига, 24,6%и там ва ҳид билишнинг пасайиши, баъзида умуман йўқолиши ва 17,9% нафас олишнинг қийинлашиш ҳолатлари кўпроқ кузатилганлигини таъкидлаганлар. Е.Г. Камкиннинг берган маълумотларига қараганда COVID-19 касаллигида 90% беморларда тана хароратининг ошиши, 80% ҳолатларда қуруқ йўтал, 30%ида нафас олишнинг қийинлашиши, 40% беморларда тез чарчаш ва 20%дан кўпроқ беморларда кўкрак қафасида тиқилиш ҳолатлари кузатилган. Касалликни бошдан кечирганларда вирусни юқтириб олишда ҳам айрим ўзига хосликлар қайд этилди. Ўрганганларнинг 34,6% и ўз уйида, 27,7%и ишда, 15,4%и жамоат жойларида, 10%и бозорда, 6,1% тўй ва маросимларда, 0,8% и дарсда ва 5,4% и бошқа ҳар хил жойларда юқтириб олганлиги аниқланди. Демак, одамлар асосий вақтини ишда ва уйда ўтказганликлари боис 62,3% беморлар айнан касалликни шу қайд этилган жойларда юқтирганлар. Бундан хулоса шуки, агар уйда қолганда ҳам, барча оила аъзолари биргаликда уйда қолгандагина у яхши самара бериши мумкинлиги аниқланди.

Юқорида келтирилган маълумотларга асосланган ҳолда қуйидагиларни хулоса қилиш мумкин:

Хулосалар

Кутилмаганда қисқа вақт оралиғида деярли дунёнинг барча давлатларини қамраб олган COVID-19 касаллиги пандемияси, тарқалишидаги тезкорлиги, кечилишидаги оғирлиги ва ўлим даражасининг нисбатан юқорилиги билан, ҳатто ривожланган давлатларнинг ҳам соғлиқни сақлаш тизимларининг бу каби мураккаб жараёнга тайёр эмаслигини исботлади ва халқ хўжалигининг ҳамма соҳаларига ўзининг салбий таъсирини кўрсатди;

COVID-19 касаллигининг тарқалишида қатор ўзига хос-хусусиятилар бўлиши билан бир вақтда, тарқалиш тезлиги кўп ҳолларда инсон омилига боғлиқ бўлиб, табиий-географик омилларнинг роли деярли сезилмади. Яъни унинг аҳоли орасида кенг тарқалиши одамларнинг белгиланган санитария-гигиеник қоидаларга қатъи риоя қилишлари билан бевосита боғлиқ эканлиги маълум бўлди.

Адабиётлар

1. Камкин Е.Т. Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родилницам инноворожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19 // методические рекомендации.-2020.-Версия 1.
2. Гевин Ями, Джистие Новиньон, Корделия Кенни Модеоинизация систем общественного здравоохранения с целью подготовит их к возможным пандемиям в будущем// Журнал «хроники ООН» [https:// www.un.org/ru/ 71640](https://www.un.org/ru/71640).
3. BBC-Русская служба Дайджест: Европа отправляет Британию в карантин из-за вируса – мутанта//[https:// www.bbc.com/Russian/news-55390791](https://www.bbc.com/Russian/news-55390791).

COVID-19 КАСАЛЛИГИНИНГ АҲОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИДАГИ АЙРИМ ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ЖИҲАТЛАР

Реймбергенов Ж.И., Абдуллаев И.К., Матякубов Ж.Р.

2020 йил дунёнинг деярли барча мамлакатларида, жумладан Ўзбекистонда ҳам, COVID-19 пандемияси Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ва ҳар бир давлатнинг соғлиқни сақлаш тизимлари учун катта синов йили бўлди ва бу жараён 2021 йилда ҳам давом этмоқда. Кутилмаганда қисқа вақт оралиғида деярли дунёнинг барча давлатларини қамраб олган COVID-19 касаллиги пандемияси, тарқалишидаги тезкорлиги, кечилишидаги оғирлиги ва ўлим даражасининг нисбатан юқорилиги билан, ҳатто ривожланган давлатларнинг ҳам соғлиқни сақлаш тизимларининг бу каби мураккаб жараёнга тайёр эмаслигини исботлади ва халқ хўжалигининг ҳамма соҳаларига ўзининг салбий таъсирини кўрсатди. COVID-19 касаллигининг тарқалишида қатор

ўзига хос-хусусиятилар, тарқалиш тезлиги ва унинг инсон омилига боғлиқ эканлиги бўлиб, табиий-географик омиларнинг роли деярли сезилмади. Яъни, унинг аҳоли орасида кенг тарқалиши одамларнинг белгиланган санитария-гигиена қоидаларга қатъи риоя қилишлари билан бевосита боғлиқ эканлиги маълум бўлди.

Kalit so'zlar: COVID-19, пандемия, саломатлик, касалланиш, тарқалганлик, ижтимоий омилар, санитария, гигиена, ўрганганлик.

ИЗУЧЕНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ

Самадова Х.С., Муродова И.А.

Ташкентская медицинская академия

Верхние дыхательные пути человека являются резервуаром разнообразного сообщества комменсалов и потенциальных патогенов (патобионов), включая *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus*, *Neisseria* которые иногда превращаются в патогенны, вызывающие инфекционные заболевания. Необходимо отметить, что дети, часто болеющие респираторными заболеваниями, многократно в течение года получают системные антибиотики, что оказывает существенное влияние на микробиоценоз носо и ротоглотки. Практически для всех обследованных часто болеющих детей (ЧБД) была характерна высокая обсемененность носоглотки условно-патогенными микроорганизмами.

Цель исследования

Определение микробиоценоза слизистой оболочки верхние дыхательные пути часто болеющих детей.

Материалы и методы

Обследованы больные верхние дыхательные пути в возрасте от 7 до 16 лет ЧБД. Обследованы 25 детей при диагностике заболевания дыхательные пути. Проводили микробиологическое исследование отделяемого носо- и ротоглотки. Пробы доставлялись в лабораторию в течение одного часа после взятия. Определяли количество колониеобразующих единиц на тампон (КОЕ/т), удельный вес микроорганизмов на стандартном тампоне, соотношение отдельных ассоциантов, выделяли чистую культуру, проводили идентификацию ее, вычисляли частоту выделения (%) данного вида бактерий у обследованных групп детей. Для оценки микробиоценоза верхних дыхательных путей проводили посев микроорганизмов на питательные дифференциально-диагностические среды (КА, ЖСА, МСА). Посев проводили секторным методом. Инкубировали в термостате при температуре 37°C в течении 24 часов. При определении чувствительности диско-диффузионного метода на поверхность агара в чашке Петри наносят бактериальную суспензию тестируемого микроорганизма определенной плотности, затем помещают диски, содержащие антибиотик. Диффузия антибиотика в агар приводит к формированию зоны подавления роста микроорганизмов вокруг дисков. Резистентность к метицилину определяли в соответствии с рекомендациями EUCAST.

Результаты. Изучение видового состава аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов, населяющих полости носа и зева, показало, что микробный пейзаж данного биотопа у детей многочислен, было выделено и идентифицировано 48 видов микроорганизмов. При определении видовой принадлежности микроорганизмов, относящихся к роду *Staphylococcus*, было установлено увеличение общей численности штаммов *S. Aureus* 23 (47,9%) относящихся к коагулазопозитивным и выделялись бактерии рода *Streptococcus* 5 (10,4%) и семейства *Neisseria* 3 (6,25%), *Staphylococcus Haemolyticus* 6 (12,5%), *Staphylococcus Epidermidis* 11 (22,9%) относящихся к коагулазонегативным стафилококкам.

Выводы. Анализ частоты встречаемости микроорганизмов, принадлежащих к разным родам, показал, что чаще всего выделялись бактерии рода *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* и семейства *Neisseria*. Анализ процентного состава бактерий в группе больных высокую частоту встречаемости таких микроорганизмов как *Staphylococcus Aureus*.

УДК: 616.6:618.17:618.2/3 (575-172)

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА СРЕДИ ГРУПП РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И СТУДЕНТОВ УРГЕНЧСКОГО ФИЛИАЛА ТМА

Сапаева Ш.А., Отажанова Д.О.

ТТА УРГАНЧ ФИЛИАЛИДАГИ ХОМИЛАДОР АЁЛЛАР ВА СТУДЕНТЛАРДАГИ ХАВФ ГУРУХЛАРИ ОРАСИДА ГРИППГА ҚАРШИ ЭМЛАШ МУАММОЛАРИ ВА ИСТИКБОЛЛАРИ

Сапаева Ш.А., Отажанова Д.О.

PROBLEMS AND PROSPECTS OF VACCINATION AGAINST INFLUENZA AMONG RISK GROUPS IN PREGNANT WOMEN AND STUDENTS' OF THE URGENCH BRANCH OF TMA

Sapaeva Sh. A., Otajanova D.O.

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал

Ушбу ишда талабаларни грипнинг кечиши тўғрисида хабардорлигини текширдик. Хомиладор аёллар ва талабаларга грипга қарши эмлашга муносабати тахлил қилинди. Грипп хозирги вақтда долзарблигини ўйқотмаган, дунёнинг турли минтакаларида самарали иммунопрофилактика мавжудлигига қарамай ма-

халлий эпидемияларга сабаб бўлган, беморларнинг ўлими қайд этилади. Бизнинг фикримизча, мақсадли хавф гуруҳлари (талабалар ва хомиладор аёллар) ўртасида ушбу профилактика чораларига риоя қилиш муҳимдир.

Калит сўзлар: грипп, иммунопрофилактика, талабалар, хомиладор аёллар.

Грипп не теряет своей актуальности и в настоящее время, обуславливая развитие локальных вспышек, эпидемий в разных регионах мира, где, несмотря на наличие эффективных средств иммунопрофилактики, отмечается гибель пациентов от данной нозологической формы. Важной является приверженность данному профилактическому мероприятию среди целевых групп риска (студентов [1, 2] и беременных женщин [3]). Большинство людей не воспринимают грипп как серьезное заболевание, между тем ежегодно умирает до 600 000 человек. Именно поэтому так важна вакцинация от гриппа, особенно для защиты детей раннего возраста, пожилых людей, беременных женщин и людей с ослабленной иммунной системой. Вирус гриппа все время «маскируется», стараясь преодолеть защитные барьеры нашей иммунной системы.

Цель

Установить приверженность студентов медицинских высших учебных заведений к вакцинации против гриппа:

1. Оценить информированность студентов о вопросах течения гриппа; 2. Выявить приверженность студентов медицинских ВУЗов к вакцинации против гриппа; 3. Установить отношение студентов медицинских ВУЗов к вакцинации против гриппа среди беременных женщин.

Материалы и методы

В настоящее исследование было включено 65 студентов 2 курса медико-профилактического факультета (МП) Учреждения образования «Ургенчский филиал ТМА». Анкета состояла из 14 вопросов, наиболее полно раскрывающих интересующий нас вопрос. Обработка данных и анализ результатов исследования были проведены с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты

1-этап работы заключался в установлении информированности студентов 2 курса МП факультета об аспектах течения гриппа. Характерными симптомами гриппа, по ответам студентов, являются: слабость – 57 студентов (89,3%), головная боль и ломота в мышцах – 55 (по 86,7%), лихорадка – 51 (81,3%), заложенность носа – 39 (65,3%), кашель – 37 (62,7%) и боль в груди – 12 (29,3%). Среди остальных ответов также встречались следующие: температура – 10 анкетированных (18,7%), рвота – 3 (5,3%), диарея – 2 (4%) и наличие сыпи – 2 (2,7%). При оценке ответов на вопрос по поводу механизма передачи вируса гриппа мы получили: аэрозольный механизм передачи выбрали 48 студентов (76%), аэрозольный и контактный механизм передачи – 12 (17,3%), контактный механизм – 1 студент (1,3%), аэрозольный и фекально-оральный механизмы – 2 (2,7%), аэрозольный, контактный и фекально-оральный механизм – отметили 2 студента (2,7%). Среди респондентов болело гриппом 33 студента, что составляет 57,3%. Из них грипп легко протекал у 19 опрошенных (67,4%), тяжело – у 11 (25,6%), с осложнениями в виде отита – у 2 (4,7%) и с осложнениями в виде пневмонии – у 1 респондента (2,3%). 2-этап заключался в оценке приверженности студентов 2 курса МП факультета вакцинации против гриппа. Установлено, что 22 респондента (28%) вакцинировались 1 раз за всю жизнь, 20 – (38,7%) – ежегодно вакцинируется против сезонного гриппа, 21 (29,3%) – не принимают участие в компаниях по вакцинации против гриппа и 2 (4%) – хотели бы вакцинироваться, но имеют постоянные противопоказания к участию в данном высокоэффективном мероприятии. Среди студентов, принимавших участие в вакцинации, не отмечали побочных реакций 33 респондента (66%). Среди остальных опрошенных отмечали слабость – 12 (26%), болезненность в месте инъекции – 6 (14%), головную боль – 4 (10%) и повышение температуры – 1 (2%). Тяжелых побочных реакций (анафилактического шока) не отмечалось. При оценке эффективности вакцинации установлено, что только 30 студентов (48%) считают вакцинацию эффективным мероприятием против гриппа, 8 (12%) – не относят вакцинацию к таковым и 27 (40%) – затрудняются ответить на поставленный вопрос. В текущем эпидемическом сезоне планировали вакцинироваться только 20 студентов, что соответствует 34,7%. 40 респондентов (57,3%) не планировали принимать участие в кампаниях по вакцинации против сезонного гриппа и 5 (8%) – не могут участвовать в проводимых кампаниях по причине наличия постоянных противопоказаний. 3-этап заключался в оценке отношения студентов 2 курса МП факультета к вакцинации беременных женщин против гриппа. На данном этапе установлено, что 48 респондентов считают вакцинировать беременных женщин против сезонного гриппа (74%). Получили ответы по тактике вакцинации: I триместр – 28 респондентов (46,7%), I и II триместры – 1 студент (1,7%), I, II и III триместры – 8 опрошенных (24,7%), II триместр – 4 студента (10%), II и III триместры – 2 респондента (5%) и 5 студентов считают, что против гриппа беременных женщин необходимо вакцинировать в III триместре (15%). Среди опрошенных студентов только 40 (65,3%), считают, что вакцинация против гриппа безвредна для беременных женщин. Всего лишь 31 респондент (50,7%) считают, что вакцинация против гриппа беременных женщин создаст защиту ребенка от данного заболевания. В то же время 50 опрошенных (66,7%) уверены, что грипп, перенесенный во время беременности, способен оказать неблагоприятное действие на плод. На последнем этапе анкетирования студентов 2 курса МП факультета было установлено, что только 23 студента (34,7%) удовлетворены информацией по вопросам иммунопрофилактики гриппа, предоставляемой медицинскими организациями, а 42 респондента (65,3%) хотели бы получать больше информации в данных организациях.

Выводы

1. Студенты 2 курса МП факультета имеют недостаточное представление течения гриппа у населения.

2. Только 20 студентов (38,7%) ежегодно принимают участие в кампаниях по вакцинации против гриппа, а в текущем эпидемическом сезоне участвовать планировали лишь 20 студентов (34,7%), что свидетельствует о недостаточном охвате иммунопрофилактикой среди студентов.

3. Большая часть опрошенных студентов – 48 (74%) считают необходимым вакцинировать беременных женщин против данного высоко опасного заболевания, но только 40 студентов (65,3%) считают безопасным данное мероприятие для беременных. В то же время 50 респондентов (66,7%) уверены, что грипп, перенесенный в период беременности, способен оказать неблагоприятное воздействие на плод. Полученные данные свидетельствуют о недостаточной информированности студентов по вопросам иммунопрофилактики гриппа среди беременных женщин.

Литература

1. Dini G. Influenza vaccination in healthcare workers: A comprehensive critical appraisal of the literature / G. Dini, A. Toletone, L. Sticchi // Hum Vaccin Immunother. – 2018. – №14(3). – P. 772–789.
2. Ghandora H. Knowledge, Attitudes, Behaviours, and Beliefs of Healthcare Provider Students Regarding Mandatory Influenza Vaccination / H. Ghandora, D. M. Halperin // Hum Vaccin Immunother. – 2019. – Published online.
3. Eaton A. Birth Outcomes Following Immunization of Pregnant Women With Pandemic H1N1 Influenza Vaccine 2009-2010 / A. Eaton, N. Lewis // Vaccine. – 2018. – №36 (19). – P. 2733-2739. Грипп: в центре внимания [Электронный ресурс]. <https://www.who.int/ru/influenza/spotlight.: 14.01.2019>.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА СРЕДИ ГРУПП РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И СТУДЕНТОВ УРГЕНЧСКОГО ФИЛИАЛА ТМА

Сапаева Ш.А., Отажанова Д.О.

В данной работе исследовалась информированность студентов о течении гриппа. Проанализировано отношение студентов к вакцинации против гриппа у беременных женщин и студентов. Грипп не теряет своей актуальности и в настоящее время, обуславливая развитие локальных вспышек, эпидемий в разных регионах мира, где, несмотря на наличие эффективных средств иммунопрофилактики, отмечается гибель пациентов от данной нозологической формы. Неблагоприятные исходы регистрируются среди не привитых категорий. На наш взгляд, важным является приверженность к данному профилактическому мероприятию среди целевых групп риска (студентов и беременных женщин).

Ключевые слова: грипп, иммунопрофилактика, студенты, беременные женщины.

ДУНЁ БЎЙИЧА ГЕН-МОДИФИКАЦИОН МАҲСУЛОТЛАРНИНГ ХАВФЛИЛИК ДАРАЖАСИ: ШАРҲ

Собирова Д.Р., Азизова Ф.Х., Отажанова А.Н., Ишанджанова С.Х.

Тошкент тиббиёт академияси

Ҳозирги вақтда дунёда озиқ-овқат етишмовчилиги долзарб муаммога айланиб бораётганлиги жаҳон мамлакатларини бу масалага янада эътиборлироқ бўлишга чақирмоқда. Шунингдек, умумий озиқ-овқат ишлаб чиқариш ҳажми билан Ер юзи аҳолиси сонининг тез суръатлар билан кўпайиши ўртасидаги номуносиблик йилдан-йилга инсониятнинг озиқ-овқат билан таъминланиш даражасини тушириб юбормоқда. Шундай вазиятда халқаро ҳам-жамиятда иқтисодий ривожланиш жиҳатидан турли тоифадаги давлатлар мавжудлиги инobatга олинса, озиқ-овқат маҳсулотларини жадал ишлаб чиқариш учун тегишли шароитлар мавжуд бўлмаган жаҳоннинг бир қатор минтақаларида юқорида кўрсатиб ўтилган муаммолар чуқурлашиб бораётганлигини кузатиш мумкин [1,7].

18 млн фемер хўжалигида ўстирилаётган генномодификацион хужайраларни 80% кичик ривожланаётган давлатлар хўжаликларида тўғри келади [2].

ВОЗ башоратида кўра 2016 йилга келиб хужайралар 20млнга етади 40 давлатларда бутун дунё бўйича.

Сўнгги ўн йиллар ичида хорижий давлатлар ва янги трансмиллий компаниялар (ЯТМК) тирик организмларнинг геномларини молекуляр генетик ўрганиш ва дунёда биотехнология фаол ривожланишида мавжуд бир қатор усулларини ишлаб чиқиш, такомиллаштиришга хизмат қилмоқда. Дунёда бу фаолият-кенг тарқалиши натижасида гени ўзгартирилган организмлар(ГМО) [5].

Бундай ўсимликлар 27 та давлатларда етиштирилади. Шулардан 19 таси ривожланган, 8 таси эса саноати ривожланган мамлакатлар. Бу соҳада АКШ лидерлик қилмоқда. Ундан кейин Бразилия, Аргентина, Хиндистон, Канада ва Хитой туради [3,6].

Ўз навбатида 2008 йил биринчи марта БМТ ва Жаҳон банки катта бизнес ва генетик модификацион технологияни қоралади. Ҳисоботни тайёрлашда тахминан 400 мутахассис иштирок эти, бу генетик ўзгаришлар технологиясидан қишлоқ хўжалигида фойдаланиш очлик муаммосини ҳал қилмайди ва бу соғлиқни сақлаш ва сайёра келажагига таҳдид солмоқда деб такидланди [4,9].

Ҳозирги вақтда кўпчилик муаммоли саволлар дунёдаги етишмаслик билан боғлиқ инсон учун хавфсизлилик аниқ илмий далиллар ва гени ўзгартирилган маҳсулотлар экологик тарқалиши, пестицидлар билан тупроқни тозалаш, иқтисодий ва ижтимоий таъсири, ананавий дехқончиликдаги чиқиндиларни, органик ўғитлардан фойдаланишга асосланган, шунингдек ташқи миллий иқтисодиёт ошди [10].

Бразилия кўрсаткичи 23,3% (42,2 млн.га) ва Аргентина 13,4% (24,3 млн.га) улар билан биргаликда кетмоқда. Улар биргаликда 77% дан кўпини ГМ экин майдонларини эгалламоқда. Ҳиндистон ва Канада 6,5% (11,6 млн. га) ўхшаш жойларни ҳар бир майдонни эгалламоқда.

Сўнгра Хитой ва Парагвай бир ҳил кўрсаткич билан 2,1% (3,9 млн га) кетяпти. Жанубий Африка, Покистон ва Уругвай ўнта лидер мамлакатлар 98% (177,9 млн. га) ГМ экин майдонлари эгалламоқда. Умуман сайёранинг ГМ экинлари 13% ни ҳайдалган ерларга тўғри келади [3].

ГМО кенг тарқалишини зарарли организмлар билан курашишдир, синтетик пестицид ишлатилиши на-тижасида, улар захарми ҳисобланади, одам организми қишлоқ хўжалигидаги ҳайвонларга.

Бу ўсимликларда кузатилади тўлиқ чиқиб кетмаслиги хосилни териб олаётганда. Шу ўринда зарарку-ранда хашоротлари хиллик препаратларга сезгирлиги пасайиб бориб, ферментларни регламентни бузи-шларида керагидан кўпроқ ишлатилишига олиб келмоқда.

Утказилган мустакил изланишлар асосан тегишли ГМ соя ва жухори- биотик нобиотик асосини озука маҳсулотларташқил этади, ишлаб чиқаришни глобал камраб олган, ядрохимикат гликофосфат ҳамкорлиги-да устирилмоқда.

Ҳозирги кунда соя, пахта, жўхори ва рапс глобал биотехнологик ўсимликлардан асосини ташқил этади. Улардан кейин- бўғдой, картошка, памидар, лавлаги, қулупнай эгаллайди [8].

Энг биринчи хавфлардан бири ГМО бўйича 95% кучли мутахассислар ГМО ишлаб- чиқариш ташқилоти-да ишлайдилар.¹⁵

Европа Иттифоқи (ЕИ) доирасида 2001 йилдан бери амалда бўлган тартибга асосан Озиқ-овқат маҳсу-лотлари хавфсизлиги бўйича Евроагентликнинг (EFSA) розилиги билан иттифоқ давлатлари ҳудудига ГМ маҳсулотларини (52 та турдаги товарлар) импорт қилиш ва реализация қилишга рухсат берилган.

Адабиётлар

1. «Генетически модифицированные хозяйственные культуры». ISAAA 2013 Annual Report Executive Summary, Global Status of Commercialized Biotech/GM Crops: 2013 ISAAA Brief 46-2013, Retrieved 6 August 2014. https://en.wikipedia.org/wiki/Genetically_modified_crops
2. «Генетически модифицированные хозяйственные культуры». ISAAA 2013 Annual Report Executive Summary, Global Status of Commercialized Biotech/GM Crops: 2013 ISAAA Brief 46-2013, Retrieved 6 August 2014.
3. Из выступления Президента Республики Узбекистан И.А.Каримова на церемонии открытия Международной конференции «О важнейших резервах реализации продовольственной программы в Узбекистане». 6 июня 2014 г., г.Ташкент.
4. Кинвер М. «Global food system 'must change». Новостной Интернет-портал «BBC News».
5. Ксенцов Н., Пшеничник В., Атаманенко И., Видунов В. «Влияние генномодифицированных продуктов на здоровье человека». Российский информационно-новостной портал Гомельского государственного медицинского университета.
6. Ксенцов Н., Пшеничник В., Атаманенко И., Видунов В. «Влияние генномодифицированных продуктов на здоровье человека». Российский информационно-новостной портал Гомельского государственного медицинского университета.
7. Международная служба по мониторингу за применением агробiotехнологий (ISAAA) - «Глобализация биотехно-логических ГМ-культур». Pocket K No. 16: Global Status of Commercialized Biotech/GM Crops in 2014. <http://www.isaaa.org/resources/publications/pocketk/16/>
8. Монастырский О.А. «Продовольственная безопасность России: вчера, сегодня, завтра.» Экоинформ, №4, 2004. 64 бет (рус тилида).
9. Prescott, V.E., Campbell ва бошқалар «Transgenic expression of bean alpha-amylase inhibitor in peas results in altered structure and immunogenicity». Journal of Agricultural and Food Chemistry, 53, 2005. 9023-9030-бетлар (инглиз тилида).
10. Shaw I. «Is it safe to eat?: Enjoy eating and minimize food risks». Berlin: Springer. 2005.

АКТИВНОСТЬ МИКРОСОМАЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Сулейманов С.О., Юлдашев Н.М., Сулейманова Г.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Эндогенная интоксикация, развивающаяся при инфаркте миокарда [1], может существенно повлиять на его течение [2]. Большой интерес представляет функциональная активность главной системы детоксикации – микросомальной монооксигеназной системы печени.

Цель исследования

Оценка функциональной активности микросомальных ферментов – анилингидроксилазы и амидопирин-N-деметилазы, а также общую метаболическую активность микросомальной монооксигеназной системы в динамике экспериментального инфаркта миокарда (ЭИМ) у крыс.

Материал и методы

ЭИМ у крыс, находящихся под нембуталовым наркозом (40 мг/кг массы), моделировали перевязкой передней нисходящей ветви левой коронарной артерии. При этом животные находились на управляемом дыхании. Контролем служили торакотомированные крысы. Метаболическую активность монооксигеназной системы печени оценивали по длительности гексеналового сна (100 мг/кг массы, внутривенно). Животные, находящиеся под эфирным наркозом, забивались на 1, 3 и 7 сутки ЭИМ. В микросомально-цитозольной фракции печени определяли активность амидопирин-N-деметилазы, а в микросомальной-анилингидроксилазы. Цифровые данные обрабатывали статистически с применением критерия t-Стьюдента.

Результаты исследования

Результаты исследования показали, что на 1-е сутки ЭИМ наблюдается статистически значимое уменьшение длительности гексеналового сна на 18,1% от контрольного значения. При этом наблюдалось также повышение анилингидроксилазной активности на 32,9% от контроля. Амидопирин-N-деметилазная активность была на уровне контроля. На 3-и сутки ЭИМ наблюдается резкое удлинение гексеналового сна – на 48,5% от контроля. При этом наблюдалось снижение анилингидроксилазной активности на 18,6% от контроля. Активность амидопирин-N-деметилазы, наоборот, оказалась повышенной на 27,8% от контрольного значения. На 7-е сутки ЭИМ длительность гексеналового сна оказалась выше контроля на 121,6%. На данный срок исследования наблюдалось снижение активности как анилингидроксилазы, так и амидопирин-N-деметилазы на 31,4 и 22,2% от контроля, соответственно. Полученные нами результаты свидетельствуют об активации детоксицирующей функции печени в ранние сроки инфаркта миокарда. Эта активация сменяется снижением (3-и сутки) и угнетением (7-е сутки) в более поздние сроки развития инфаркта миокарда.

Выводы. Таким образом, в ранние сроки инфаркта миокарда наблюдается компенсаторная активация детоксикационной функции печени, которая сменяется угнетением в более поздние сроки развития патологии.

Литература

1. Афанасьева А. Н., Демьянов С. В., Репин А. Н., Афанасьев С. А., Марков В. А., Евтушенко В. А. Лабораторная оценка эндогенной интоксикации у больных инфарктом миокарда // РКЖ. 2007. №3. URL:
2. Золотов А.Н., Шукнова Л.Г., Долгих В.Т. и др. Влияние ранней постреанимационной эндотоксмии на функцию миокарда /Анестезиол. И реаниматол.-2003 - №6.-С. 29-32

УДК: 615.835.5-546

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ГАЛАНТАМИНА НА ЭКССУДАТИВНО-ПРОЛИФЕРАТИВНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ

Султанов С.А., Махсумов Ш.М., Зайцева О.А.

ГАЛАНТАМИННИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШНИ ЭКССУДАТИВ-ПРОЛИФЕРАТИВ ЖАРАЁНИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Султанов С.А., Махсумов Ш.М., Зайцева О.А.

STUDY OF THE INFLUENCE OF GALANTAMINE ON EXUDATIVE-PROLIFERATIVE PHASE OF INFLAMMATION

Sultanov S.A., Makhsumov Sh.M., Zaytseva O.A.

Ташкентская медицинская академия, кафедра фармакологии

В статье представлено исследование по изучению влияния холинергического препарата галантамина на экссудативную и пролиферативную фазы воспаления. Выявлено, что препарат оказывает противовоспалительное действие, что указывает на определенную роль вегетативной нервной системы в регуляции воспалительного процесса

Ключевые слова: воспаление, холинергический препарат, экссудация, пролиферация, антиэкссудативное и антипролиферативное действие.

Мақолада холинергик препарат галантаминнинг яллиғланишининг экссудатив ва пролифератив фазаларига таъсирини ўрганиш бўйича тадқиқотлар келтирилган. Препарат яллиғланишга қарши таъсирга эга эканлиги аниқланди, бу вегетатив асаб тизимининг яллиғланиш жараёнини бошқаришда муайян ролини кўрсатади.

The article presents research on the effect of the cholinergic drug galantamine on the exudative and proliferative phases of inflammation. It was revealed that the drug has an anti-inflammatory effect, which indicates a certain role of the autonomic nervous system in the regulation of the inflammatory process.

Цель

Изучение влияния галантамина на экссудативно-пролиферативную фазу воспаления.

Материал и методы исследования

Эксперименты проводили на беспородных белых крысах массой 140-160 г. Холинергический препарат галантамин применяли в дозе 0,1 мг/кг, вводили подкожно. В качестве препарата сравнения было использовано широко применяемое противовоспалительное средство диклофенак-натрий (в дозе 10 мг/кг). Влияние изучаемых препаратов на экссудативно-пролиферативную фазу воспаления проводили по методике «ватных шариков». Лекарственные средства вводили до имплантации ватных шариков, а также в течение 7-ми дней после имплантации. В конце экспериментов (на 8-ой день) подопытных крыс забивали, извлекали ватные шарики и определяли их вес влажными, затем высушивали при температуре 70°C до постоянной массы и взвешивали в сухом виде [1,2]. Животным контрольной группы в аналогичном объеме вводили воду для инъекции.

Результаты

В ходе проведенных в 1-ой серии экспериментов нами было установлено, что на 8-ой день опытов у контрольных животных вес влажных гранулём составлял $338,8 \pm 23,54$ мг, при подкожном введении препарата галантамина в дозе 0,1 мг/кг данный показатель равнялся $253,0 \pm 19,62$ мг. При рассмотрении в сравнительном аспекте было выявлено, что вес влажных гранулём при введении диклофенак-натрия подкожно в дозе 10 мг/кг составлял $210,7 \pm 12,53$ мг. Эти данные свидетельствуют о том, что противоэкссудативная активность изучаемого препарата галантамина составляет 25,1%, а препарата сравнения диклофенак-натрия – 37,9%. 2-ая серия опытов показала, что при взвешивании гранулём без ватных шариков контрольное значение составляло $105,2 \pm 8,63$, после применения исследуемого лекарства этот показатель равнялся $78,5 \pm 5,39$. Введение диклофенак-натрия привело к изменению выше указанного показателя к значению $56,8 \pm 5,07$. При определении антипролиферативной активности установлено, что у галантамина она составляла 25,4%, диклофенак-натрия – 46,6%. Таким образом, анализ полученных данных позволяет заключить, что галантамин, введенный подкожно в дозе 0,1 мг/кг проявляет как антиэкссудативное, так и антипролиферативное действие. Однако, по этим свойствам он уступает высоко эффективному противовоспалительному средству диклофенак-натрию. Выявленное у галантамина противовоспалительное действие позволяет сделать предположение об определенной роли вегетативной нервной системы в механизме регуляции воспалительного процесса в организме [3,4].

Выводы

1. Холинергический препарат галантамин обладает противовоспалительным действием.
2. Противовоспалительное свойство галантамина проявляется как антиэкссудативным, так и антипролиферативным эффектами.

Литература

1. Махсумов Ш.М., Зайцева О.А. К механизму действия и некоторым токсикологическим характеристикам препарата 3,4-бис-(2,4-динитробензоилоксиметил)-пиразола // Электронный инновационный вестник. - 2018.- № 1. – С. 14–15.
2. Махсумов Ш.М., Зайцева О.А., Мамаджанова М.А. Механизм противовоспалительного действия некоторых производных пиразола // Электронный инновационный вестник. - 2018.- № 1. – С. 12–13.
3. Wang D.W., Yin Y.M., Yao Y.M. Vagal modulation of the inflammatory response in sepsis // Int Rev Immunol. - 2018. - № 35(5). P. 415–433.
4. Zila I., Mokra D., Kopincova J., Kolomaznik M., Javorka M., Calkovska A. Vagal-immune interactions involved in cholinergic anti-inflammatory pathway // Physiol Res. – 2017. № 66. P. 139–145.

УДК: 613.71+616-053.4(575.1)

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СЕЛЬСКИХ И ГОРОДСКИХ МЕСТНОСТЕЙ ХОРЕЗМСКОГО ВИЛОЯТА

Турамуратова М.Б., Адилбекова Д.Б.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ҚИШЛОҚ ВА ШАҲАР ҲУДУДЛАРИ БОҒЧАГАЧА ТАЪЛИМ МУАССАСАЛАРИДАГИ БОЛАЛАР ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Турамуратова М.Б., Адилбекова Д.Б.

Physical development of children in rural and urban infant schools in Khoresm region.

Turamutova M. D., Adilbekova D. B.

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал

Олиб борилган изланишлар кўрсатдики, Ургенч шаҳрида ва экологик номақбул ҳудуд Гурлан туманларида яшовчи болалар тана узунлиги ва оғирлигида сезиларли даражада фарқлар (13-15%) кузатилди. Тана узунлигида 10-12% гача, тана оғирлигида 8-13% гача ўртача норма кўрсаткичларидан паст кўрсаткичлар аниқланди.

Калит сўзлар: антропометрик кўрсаткичлар, болалар, қишлоқ ва шаҳар ҳудудлар.

The analysis showed that the sex has significant influence on the development of children's body length living in Urgench city and environmentally unfriendly Gurlansk district. Height deviations are below average values by 10-12%.

The weight development dynamics of boys from Urgench city is similar to the norm. However, the same indicators of children from Gurlansk district noticeably differs from average indicators of children from Urgench by 8-13%.

Key words: anthropometrical parameters, children, rural and urban areas.

Изучение физического развития детей и подростков, находящихся в различных географических и экологических условиях представляет актуальную проблему. Детский период постнатального развития имеет важную роль в процессе становления репродуктивных функций и социального статуса, а также этот период определяет физическое и нравственное состояние будущего человека. Способность организма к адаптации, особенно организма ребенка определяется совокупностью их физического развития и морфологических данных, в том числе которых входит морфометрия, она имеет важное научно-теоретическое значение и находят применение в практическом здравоохранении.

Цель исследования

Выявление основных особенностей антропометрических показателей, характеризующих темпы роста и развития организма детей, проживающих в сельских и городских местностях Хорезмского вилоята.

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования служат дети от 1- до 5 лет, проживающих в сельских и городских местностях Хорезмского вилоята. Количественный состав каждой возрастной группы составляют 100 человек. Программа исследований включает изучение антропометрического показателя (длину тела, длина и масса тела). Для измерения роста, массы, окружности грудной клетки использован ростомер стандартного типа.

Результаты

Данные исследования показали, что в возрасте 6 лет независимо от места проживания девочки имеют рост несколько ниже, чем нормативные значения. При нормативных значениях от 110 -115 см показатели по Гурланскому району ниже на 4%, г. Ургенчу – 8%. Прирост длины тела к 6 годам составил 6,1; 8,3 и 7,1 см, что находится в пределах, существующих норм, но несмотря на это, рост тела по-прежнему остается ниже нормативного на 6; 7 и 10% соответственно по районам. Указанная динамика ежегодно сохраняется на протяжении всего анализируемого периода роста детей до 6 лет.

Полученные значения роста мальчиков по годам от 3 до 5 лет показывают, что они также ниже существующих нормативных детей г. Ургенча по сравнению детей Гурланского района. Наиболее выраженное отставание прослеживается среди детей, родившихся и проживающих в экологически неблагоприятном регионе - Гурланском районе. К 5 годам длина тела у мальчиков из данного района ниже нормативной на 10-12%. Обращает на себя внимание изначальное несоответствие длины тела у мальчиков существующим нормам детей города Ургенча.

Анализ полученных данных можно показывают, что более заметные отличия по развитию массы тела отличаются у девочек из Гурланского района. Наиболее заметно они проявляются к 6 годам, когда их вес был ниже нормативного на 15-20%. Вес тела мальчиков в 5 лет в г. Ургенче он соответствует средним нормативным значениям, а у детей регионов Гурланского района ниже их на 11%. В последующие годы у мальчиков значения веса тела больше соответствуют нижним границам нормы. У мальчиков из г. Ургенча на протяжении изучаемых возрастных периодов отмечается динамика развития массы тела сходная с нормативной. Значения веса тела соответствуют низким предельным значениям нормы, а у детей Гурланского района эти показатели отстают от средних показателей на 4–8%. Также как у детей из Гурланского района показатели их массы тела начинают более значительно отличаться от нормативных (на 8-13%).

Выводы

1. Значительных отличий по полу в развитии длины тела между детьми из г. Ургенча и экологически неблагоприятного региона Гурланского района имеется.
2. Имеют место и в отклонении в росте, который ниже средних значений нормы на 12-13%.
3. Возможной причиной этому является то обстоятельство, что негативное влияние факторов окружающей среды экологически неблагоприятные Приаральские регионы Хорезмского вилоята, в формировании индивидуальных антропометрических показателей детского организма.
4. Полученные данные позволяют выбору оптимальных лечебно-профилактических мероприятий по отношению детей с отставанием и задержкой физического развития, проживающих в различных экологически неблагоприятных регионах Хорезмского вилоята.

Литература

1. Касым-Ходжаев И.К, Юлдашева О.М. Соотношение антропометрических параметров верхней конечности и ее сегментов у детей 3-7 лет // Альманах современной науки и образования. 2008. №5. С.74-76.
2. Лаптева Е.А., Любовцев В.Б. Комплексное физиолого-антропометрическое исследование состояния здоровья детей и подростков //Фундаментальные исследования. 2012. № 7-2. С. 362-365.
3. Лукина Г.А., Сажко Н.С. Изменчивость антропометрических параметров у детей 3-6 лет Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Т. 4. № 6. С. 945.
4. Лукина С.Ф., Чуб И.С., Репина А.П. Антропометрические особенности морфологического развития детей 8-10 лет с различными вариантами соматической конституции //Вестник новых медицинских технологий. 2012. Т. 19. № 4. С. 195-199.
5. Магомедов А.М., Магомедов Н.А., Лукина Г.А. Половой диморфизм антропометрических показателей у детей 3-6 лет //Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 5. С. 666.
6. Макарова Т.И., Стунеева Г.И. Оценка физического развития детей дошкольного возраста по данным антропометрических исследований //В сборнике: Материалы ежегодной научной конференции университета под общ.ред. проф. В.А.Кирюшина. Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова. 2012. С. 256-258.
7. Никитюк Д.Б., Миннибаев Т.Ш., Клочкова С.В., Алексеева Н.Т., Тимошенко К.Т. Роль антропометрического метода в оценке физического развития детей и подростков в норме и патологии //Журнал анатомии и гистопатологии. 2014. Т. 3. № 3. С. 9-14.
8. Gromnatska N.M. Sencitivity of antropometry data in metabolic syndrome diagnosis in children // Семейная медицина. 2014. № 1 (51). С. 150.
9. Sorokman T.V. Anthropometric standards and clinical features of obesity in children // Международный эндокринологический журнал. 2014. № 8 (64). С. 25-28.
10. Hoang NTD, Orellana L, Le TD, Gibson RS, Worsley AF, Sinclair AJ, Szymlek-Gay EA. Anthropometric Status among 6-9-Year-Old School Children in Rural Areas in Hai Phong City, Vietnam. Nutrients. 2018 Oct 4;10(10). pii: E1431. doi: 10.3390/nu1010

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СЕЛЬСКИХ И ГОРОДСКИХ МЕСТНОСТЕЙ ХОРЕЗМСКОГО ВИЛОЯТА

Турамуратова М.Б., Адилбекова Д.Б.

Проведенный анализ показал, что значительных отличий по полу в развитии длины тела между детьми из г. Ургенча и экологически неблагоприятного Гурланского района имеется. Отклонение в росте, ниже средних значений нормы на 10-12%. У мальчиков из г. Ургенча отмечается динамика развития массы тела сходная с нормативной, а у детей Гурланского района эти показатели более значительно отстают от средних показателей детей города Ургенча на 8-13%.

Ключевые слова: антропометрические параметры, дети, сельские и городские регионы

SURUNKALI RINOSINUSIT BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA MIKROBLAR PEYZAJI

Tursunov M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Dolzarbligi. Surunkali rinosinusit(SRS) - bu 12 haftadan ko'p davom etadigan yuqumli yallig'lanish jarayoni, burunning shilliq qavati va paranasal sinuslarda joylashgan bo'lib, ikki yoki undan ortiq alomatlar bilan birga keladi, ulardan biri burundan nafas olish yoki burundan tushirish qiyinlashadi, shuningdek, bosh og'rig'i va sezgirlikni pasaytiradi. SRS bakteriyalar spektri ko'proq spora hosil qilmaydigan anaerob va aerob bakteriyalar va zamburug'larning mikroblar birlashmalari bilan ifodalanadi. Birlashtirilgan havo yo'li modeli nazariyasini hisobga olgan holda, butun nafas olish tizimi funktsional birlik nuqtai nazaridan ko'rib chiqilganda va epiteliya morfologiyasining o'xshashligi bilan birlashganda, bu infeksiyaning yuqori nafas yo'lidan pastki qismga tarqalishining sababi hisoblanadi. nafas olish yo'llari, antibakterial dorilarni tanlashga yaqinlashish oqilona bo'lishi kerak.

Tadqiqotning maqsadi mikroblar landshaft va uning antibakterial dorilarga sezgirlikni o'rganish orqali SRS bilan kasallangan bemorlarni davolash samaradorligini oshirishdan iborat.

Materiallar va usullar. 2020-2021 yillar davomida TMA ning LOR bo'limida davolangan bemorlarning burun bo'shlig'idagi tamponlarni bakteriologik tekshiruvlari tahlil qilindi, qon va sarig'i-tuz agarlari (YSA) ozuqa vositasi sifatida ishlatildi. o'sayotgan bakteriyalar, qo'ziqorinlar uchun - o'rtacha Sabouraud.Mikroorganizmlarning sezgirlikni aniqlash TMA bakteriologik laboratoriyasida disk-diffuz usuli bilan amalga oshirildi.

Natijalar va munozara. Mikrobiologik tadqiqotlar davomida kolonizatsiya darajasiga ega bo'lgan shartli patogen flora 84% hollarda ekilgan. Mikrofloraning turlari quyidagi mikroorganizmlar bilan ifodalangan: Staphylococcus aureus (24%), Staphylococcus turining boshqa bakteriyalari (24). Enterobacteriaceae oilasi vakillari (19%), Klebsiella oxytoca (5%), Pseudomonas aeruginosa (8%), Streptococcus turiga mansub bakteriyalar (6%), Candida Aspergillus turiga mansub xamirturush va mog'or qo'ziqorinlari (4).%)

Xulosalar. SRS bilan og'rikan bemorlarni bakteriologik tekshirishda asosan grammusbat bakteriyalar (54%) ustunlik qiladi, ularning yarmi Staphylococcus aureus (24%) tashkil qildi.

BEMORLARDA SURUNKALI RINOSINUSITLARNING MIKROBIAL PEYZAJI

Tursunov M.SH.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Dolzarbligi: Burun shilliq qavatining va burun yondosh bo'shliqlarining yallig'lanishi bilan borishi, amalda 12 haftagacha cho'zilsa va unga xos klinik belgilar kuzatilsa (burun tiqilishi, burun bilan nafas olishni qiyinlashuvi yoki burun oqishi, yuz sohasida og'riq yoki sohaga bosim bo'lishi, xid sezishni yo'qolishi) surunkali rinosinusit (SRS) degan tashhisni anglatadi (Lopatin A.S.2018, Xasanov U.S.2018, Nikolaeva S.V. 2020 y).SRS Evropa va Amerika qo'shma shtatlarida aholisining 10,9–17,4% gacha kontingentida yuqori nafas yo'llarining eng keng tarqalgan yallig'lanish kasalliklaridan biri hisoblanadi (Beule A. 2015., Soler Z.M. 2016 y). EPOS 2020 (The European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps — rinosinusit va burun poliplarida Evropa pozitsiyasi dokumenti) ga ko'ra SRS ning o'rtacha tarqalishi 15.5% ni tashkil etadi (Fokkens W.J. 2020). Rossiyada turli mualliflarning fikricha SRS 5-15% holatda ro'yxatga olingan (Shamkina P.A. 2019 y). Bu esa ma'lumotlarning keng doirasi, tadqiqot dizayni, bemorlarning yoshi va tadqiqotning o'tkazish usullari bilan bog'liq bo'lishi mumkin (Shamkina P.A. 2019y). Shunga o'xshash tendentsiya bizning mamlakatimizda ham kuzatilmoqda (Shamsiev D.F., 2009). Ekologik jihatdan noqulay bo'lgan Janubiy Orol bo'yi ma'lumotlari ham buni tasdiqlaydi (Djabbarov K.J., 2012; Matkarimov M.Yu., 2014, Xasanov U.S.2018.).

Ishning maqsadi. Surunkali rinosinusit bilan kasallangan bemorlarda davolash samaradorligini oshirish va mikroblar peyzajini o'rganish orqali ularni dori vositalariga sezgirlikni aniqlash.

Material va tadqiqot usullari. TTA ko'p tarmoqli klinika otolaringologiya bo'limidagi surunkali rinosinusit bilan kasallangan 18 nafar bemorlar tanlab olindi. Ushbu bemorlardan material sifatida Bakteriologik tekshiruv uchun burun bo'shlig'idan surtma olindi. Olingan natijalar statistik usulda tahlil qilindi.

Olingan natijalar. Olingan natijalarga ko'ra 84% hollarda burun bo'shlig'idagi mikroorganizmlar shartli patogen hisoblandi. Tekshiruv natijasidagi mikroorganizmlar quyidagilar; staphylococcus aureus 24%. Stafilokokklarga kiruvchi boshqa bakteriyalar (staphylococcus intermedius, staphylococcus epidermidis, staphylococcus felis) 24%. Enerobacteriaceae oilasiga mansub bakteriyalar (citrobacter freundii, citrobacter diversus, serratia liquefaciens,

serratia marcescens, enterobacter cloacae, enterobacter aerogenes, proteus vulgaris) 19%, klebsiella oxytoca 5%, pseudomonas auregenosa 8%, enterococcus faecalis 5%, fermentatsiz bakteriyalar acinebacter 1%, zaburug'larga kiruvchi (candida albicans, candida krusei, candida glabrata, aspergillus niger 4%, (streptococcus pneumonia, streptococcus uberis, streptococcus milleri) 6%. aniqlandi

Burun bo'shlig'idagi mikroorganizmlarining dori vositalariga sezgirligi quyidagicha aniqlandi; amfoteritsin B ga nisbatan 31%. Ketokanazolga nisbatan 15%. Itrakanzolga nisbatan 0%. Klotrimazolga nisbatan 31%. Nistatinga nisbatan 22%. Flukanazolga nisbatan 23%.

Xulosa. Tadqiqotlar natijasi shuni ko'rsatadiki bakteriologik tekshiruv usulida qo'zg'atuvchini aniqlash yuqori sezgirlik va maxsuslikka ega ekanligini ko'rsatdi. Shu sababli bakteriologik usulini *Surunkali rinisinit* infeksiyasining birlamchi diagnostikasida keng qo'llashga tavsiya etiladi. Natijalar tahlili shuni ko'rsatadiki, Surunkali rinisinitning kelib chiqishidagi burun bo'shlig'idagi infeksiyalarni dori vositalar bilan davolashda aniqlik kiritdi va bu davolovchi vrachlar uchun to'g'ri davolash rejasini tuzishga yordam beradi va davolovchi rejani samaradorligini oshiradi. Bu izlanish ilmiy ishimizning kiyingi bosqichini belgilab beradi.

КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДА ТРОМБО-ЭМБОЛИК АСОРАТЛАРИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК АСОСЛАРИ.

Турсунов Х.З., Бобоев Х.Н., Омонов Ш.Р.

Тошкент тиббиёт академияси

COVID-19 (янги коронавирус 2019 касаллиги) ҳали ҳам жаҳон соғлиқни сақлаш тизимига таҳдид солмоқда. Эпидемиологик далиллар, SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 – коронавирус жиддий ўткир респиратор синдроми 2) метаболик касалликлар ва сурункали касалликларга чалинган беморларга энг сезгир эканлигини кўрсатади. Оғир ўткир респиратор синдроми билан боғлиқ коронавирус-19 билан касалланган беморлар ҳаракатининг камайганлиги ёки сувсизланган бўлса ва ўз-ўзини изоляция қилиш пайтида веноз тромбоэмболия хавфи ортади. Беморларни даволаш учун шифохонада қабул қилиниши коронавирус касаллиги (COBID-19) пневмония ривожланишига, тромбоэмболик асоратлар учун хавф жуда ортади. Бу тромбоэмболик ҳодисалар камида иккита алоҳида механизмнинг натижасидир – ўпка тизимидаги микроваскуляр тромбоз (иммунотромбоз) ва шифохона билан боғлиқ веноз тромбоэмболия. Иммунотромбоз-эволюцион жиҳатдан қон ивиш тизими иммун жавобнинг натижаси сифатида ривожланиб, фибриннинг организмга патоген микробларнинг тарқалишини чеклаб қўйиши билан ривожланади. SARS-CoV-2 каби вируслар организмга тушганда, ўткир вирусемия даврида цитокинлар ишлаб чиқарилиши, моноцитлар ва макрофаглар активланишига, интерлейкин-6 (ИЛ-6) ва потенциал қон ивиш тизими бошланишига олиб келади. SARS-CoV-2 нинг инсон хужайраларига кириши ангиотензин фермент-2 (АСЕ-2) рецепторларига таъсирланиши билан таъминланади. Бу рецепторлар пневмоцитлар, юрак, буйрак, эндотелий, макрофаглар ва ичак каби кўплаб тўқималарда учрайди. АСЕ-2 ифодаладиган хужайраларнинг асосий қисми ўпканинг алвеоляр эпителий типидagi ИИ хужайралари (ИИ-типидagi пневмоцитлари) ҳисобланади. Ўпка алвеоларида АСЕ-2 ифода хужайраларининг кўплиги ва ўпканинг кенг сирт майдони, вируслар учун асосий таъсирланиш органи ҳисобланади. COVID-19 да ўткир ўпка жароҳатининг патогенизида экстраваскуляр фибрин ривожланади. Иммунотромбоз яллиғланиш реакцияси, биргаликда гипоксия ва тўқима омили маҳаллий ифода SARS-CoV-2 инфекция билан беморларда ривожланади. Моноцитларнинг активланиши ва ундан кейинги цитокиннинг кучайиши эндотелий хужайра активланишига олиб келиши ҳам мумкин, бу антиромботик фенотипдан прокоагулянт фенотипгача ўзгаришини ўз ичига олади.

Тадқиқот мақсадлари

Аутопсия натижалари асосида коронавирус инфекциясининг тромбо-эмболик асоратларини аниқлаш.

Коронавирус инфекциясида тромбо-эмболик асоратларини патоморфологик асослари ва морфометрик кўрсаткичларини ишлаб чиқишни режалаштириш.

Тромбо-эмболик асоратларининг мураккаб морфологик ташхисини оптималлаштириш бўйича тавсиялар ишлаб чиқиш.

Материал ва тадқиқот усуллари

Республика Патологик Анатомиа марказида 2020 йил ноябрдан 2021 йил март ойигача COVID-19 тасдиқланган пневмония билан ўлган 21 та беморда веноз тромбоэмболия ва артериал тромбоз тарқалишини баҳолаш бўйича аутопсия текшируви ўтказилди.

Тадқиқот натижаси

Аутопсия натижасида 21 та беморнинг барча тромбо эмболия ҳодисалари 38% ни ташкил этди, шундан 33% ҳолларда веноз тромбоэмболия ва 5% ҳолларда артериал тромбоз аниқланди.

№	Объектлар	сони
1	Қандли диабет касаллиги бор беморларда коронавирус инфекциясининг тромбо-эмболик асоратлари	3

2	Юрак ишемик касаллиги бор беморларда коронавирус инфекциясининг тромбо-эмболик асоратлари	2
3	Гипертония касаллиги бор беморларда коронавирус инфекциясининг тромбо-эмболик асоратлари	2
4	Ҳомиладорлик даврида коронавирус инфекциясининг тромбо-эмболик асоратлари	1
Жами сони		8

Хулоса: Кузатув тадқиқотининг натижалари шуни кўрсатадики, веноз ва артериал тромбоз билан касалланиш, COVID-19 пневмонияси билан оғриган беморларда 38% га етади. Шулардан 33% ҳолларда веноз тромбоэмболия ва 5% ҳолларда артериал тромбоз аниқланди.

УДК: 616.915: 612.071.1: 615.371

НАМАНГАН ВИЛОЯТИ БОЛАЛАРИ ОРАСИДА ҚИЗАМИҚ ИММУНОПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК САМАРАДОРЛИГИ

Умарова М.А., Абдукахарова М.Ф., Брянцева Е.В., Мустанов А.Ю.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ КОРИ СРЕДИ ДЕТЕЙ НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Умарова М.А., Абдукахарова М.Ф., Брянцева Е.В., Мустанов А.Ю.

EPIDEMIOLOGICAL EFFICIENCY OF IMMUNOPROVENTION OF MEASLES AMONG CHILDREN OF NAMANGAN REGION

Umarova M.A., Abdulkakharova M.F., Bryantseva E.V., Mustanov A.Y.

Ташкентская медицинская академия

По данным Всемирной организации здравоохранения, на сегодняшний день количество случаев кори во всем мире оценивается в 60 миллионов ежегодно. население, из которых 3 млн. наблюдаются летальные исходы среди детей раннего возраста. В статье описана эпидемиологическая эффективность иммунопрофилактики кори среди детей Наманганской области.

Ключевые слова: корь, эпидемиология, иммунопрофилактика, эпидемиологическая эффективность.

According to the World Health Organization, today the number of measles cases worldwide is estimated at 60 million annually. population, of which 3 million deaths are observed among young children. The article describes the epidemiological effectiveness of measles immunization in children of the Namangan region.

Key words: measles, epidemiology, immunoprophylaxis, epidemiological effectiveness.

Долзарблиги: Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра ҳозирги кунгача дунё миқёсида қизамиқ билан касалланиш ҳолатлари ҳар йили 60 млн. аҳолини ташкил этади, улардан 3 млн. эрта ёшдаги болалар ўртасида вафот этиш ҳолатлари кузатилади. Ҳозирги кунда бутун дунёда ва Европа ҳудудида қизамиқ кааллиги бўйича эпидемиологик вазият мураккаблигича қолиб кетмоқда. 2019 йилда дунёда 9,5 млн. қизамиқ билан касалланганлар ва 148 минг нафар 5 ёшгача болаларни нобуд бўлиши рўйхатга олинган [2-6,10].

Соғлиқни сақлаш борасида бугунги кунда мамлакат миқёсида олиб борилаётган ишлар орасида иммунопрофилактика тадбирлари ҳаммуҳим ўрин тутаяди. Иммунопрофилактика юқумли касалликларнинг келиб чиқиши ва тарқалишининг олдини олишдан огоҳ этувчи энг самарали чора-тадбирлардан ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, эмлаш ҳар йили дифтерия, кўкйўтал, қоқшол, қизамиқ каби юқумли касалликлардан турли ёшдаги 2,3 миллионлаб инсонлар ҳаётини сақлаб қолади. Ушбу жараён жамоат саломатлигини сақлаш тадбирлари ичида энг самарали усул ҳисобланади [2-6,10].

Иммунопрофилактиканинг асосий мақсади махсус эмлаш воситаси билан бошқарилувчи инфекцияларини батамом йўқотиш, юқумли касалликлардан ўлим ҳолатларини камайтиришдир. Бугунги кунда дифтерия, кўкйўтал, қоқшол, қизамиқ, қизилча, полимиелит, сил, эпидемик паротит, вирусли гепатит В, ротавирус ва пневмококкли инфекциялар ва одам папилома вирусига (ВПЧ) қарши вакцинапрофилактик эмлашлар миллий эмлаш тақвимида киритилган. Шунга асосан янги туғилган чақалоқлар ва 16 ёшгача бўлган барча болалар оммавий эмлаш билан қамраб олинади [1,2,7-9].

2002 йилда Ўзбекистон Республикаси ҳудудида полиомиелит вируси қўзғатувчисидан бутунлай холи этилган ҳудудлиги тўғрисида сертификат олди. Бундан ташқари дифтерия касаллигининг олдини олиш 2018-2020 йилларда қизамиқ ва қизилчанинг йўқотилишига эришиш, вирусли гепатит В касаллиги, ХИБ (Б гемофил инфекцияси), ротавирус ва пневмококк инфекциясини камайтириш ва олдини олиш, сил касаллигининг тарқоқ шаклини тугатиш ҳамда одам папиллома вируси чақирадиган касалликларнинг олдини олиш бўйича мамлакатимизда сезиларли ишлар олиб борилмоқда [1,3,4].

Тадқиқот мақсади. Наманган вилоятида қизамиқ касаллигининг замонавий эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш асосида иммунопрофилактиканинг самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари. Наманган вилояти Санитария-эпидемиология хизмати ва жамоа саломатлигини сақлаш (СЭХва ЖСС) муассасаларининг вилоят болалари орасида қизамиқ касаллиги билан касалланиш бўйича расмий маълумотлари ва ҳисоботлари. Қизамиқ касаллиги билан касалланган беморларнинг касаллик тарихлари ва оилавий поликлиникаларда профилактик эмлаш хариталари.

Тадқиқот усуллари. Ушбу илмий ишнинг бажарилишида эпидемио-логик ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Наманган вилояти бўйича 2010-2020 йилларда қайд этилган қизамиқ касаллигининг ретроспектив эпидемиологик тахлили ўтказилди. Наманган вилоятида қизамиққа қарши ўтказилган ииммунопро-филактиванинг самарадорлигини баҳолаш ишлари олиб борилмоқда.

Республикада 2020 йилнинг 8 оyi давомида 6790 нафар қизамиққа гумон қилинганлар рўйхатга олинди. Қизамиқ билан касалланишнинг асосий сабабларидан бири эмлашдан бош тортиш ва маъмурий ҳудудларда иммунитет тарангликнинг паст бўлган аҳоли сонининг кўпайиб бораётганлиги хисобланади.

Ўтган 50 йилдан бери қизамиққа қарши вакцинапрофилактика ўтказилишига қарамасдан, айниқса катта ёшдаги болалар орасида қизамиқ касаллигининг оғир клиник шакллари кўпайиб бормоқда.

Қизамиқ касаллигининг четдан кириб келиши ва уни аҳоли ўртасида кенг тарқалишини олдини олиш борасида оммавий миллий эмлаш кунларини ўтказиш мақсадида Республика Санитария-эпидемиология осойишталиги хизматининг 2020 йил 14 сентябрдаги 04-8/4264-сонли кўрсатма хати чиқарилиб, барча маъмурий ҳудудларда 5-25 октябрь кунлари 6 ойликдан – 5 ёшгача бўлган болалар ўртасида қизамиққа қарши оммавий эмлаш кунларини ўтказилиши белгиланган.

Бунга кўра Наманган вилоятида жами 210782 нафар болалар эмланиши режалаштирилган бўлиб, шулардан 6 ойликдан – 1 ёшгача 72122 нафар, 2 ёшли 47705 нафар, 3 ёшли 44946 нафар, 4 ёшли 46009 нафар болалар қамраб олинди.

Болаларни хавфсиз эмлаш учун Республика Санитария-эпидемиология осойишталиги хизматининг вакцина сақлаш миллий омборхонасидан «совуқлик занжири» қоидаларига амал қилган ҳолда 233968 доза қизамиқ вакцинаси олиб келинди ва маъмурий ҳудудларга етказилди.

Таъкидлаш керакки, 2017 ва 2018 йилларда Ўзбекистон Республикаси қизамиқ ва қизилчани тугатиш бўйича ЖССТ сертификатиغا эга бўлди, бу эса маҳаллий ҳолатларда қизамиқнинг эндемик узатилиши мавжуд эмаслигини кўрсатади. Унга кўра, Ўзбекистон учун кўрсаткич 100 минг аҳолига 2 та қизамиқ ҳолатларини тасдиқлаши керак. Бугун бизда бундай кўрсаткич қайд этилмади. Бундан ташқари, мамлакат айни пайтда қизамиқни элиминация қилиш (бартараф этиш) мақомини сақлаб қолиш учун ҳаракат қилмоқда

Хулоса. Юқорида келтирилган маълумотлар асосида, қизамиқ касаллигининг олдини олиш чора-тадбирларига қуйидагиларни киритиш тавсия этилади:

1. Қизамиқ касаллигини фақатгина эмлаш ўтказиш орқали олдини олиш мумкин.
2. Жамоалар ўртасида қизамиқ эпидемиясини олдини олиш учун болаларни камида икки мартаба эмлаш кўрсаткичи 90-95% ни ташкил этиши талаб қилинади.
3. Ҳозирги эпидемиологик вазиятни инобатга олган ҳолда бемор билан мулоқотда бўлган барча (яқин қариндошлари, оила аъзолари, уюшган жамоалардаги мулоқотлари, тиббиёт ходимлари ва б.) ни эмлаш статуси ўрганилиб, эмланмаганларни 72 соат ичида эмлаш талаб этилади.
4. Ҳар бир иситмалаган, тошма тошган, йўтал ёки конъюнктивит белгилари аниқланган беморлар қизамиққа гумон қилинади ва улардан албатта лаборатор тасдиқ учун қон тахлили намунаси олинishi кўзда тутилади.

Адабиётлар

1. Костинов М.П. Иммунопрофилактика кори с применением комбинированных вакцин //Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2020. Т. 19. - № 4. - С. 57-62.
2. Краснова Е.М., Санжапова Г.С. Иммунопрофилактика как эффективный способ борьбы с корью //Инфекция и иммунитет. - 2017. - № 5. - С. 593.
3. Махмудова Д.И., Турсунова Д.А., Сафаева К.С. Достижения, проблемы и пути обеспечения своевременности охвата вакцинацией в Республике Узбекистан (РУз) // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием (Москва, 17-18 октября 2019 г) – С. 27
4. Поздняков А.А., Чернявская О.П. Проявления эпидемического процесса кори и краснухи на современном этапе // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2018. Т. 17. - № 5 (102). - С. 45-53.
5. Саидалиев С.С., Маматкулов Б.М. Иммунизация населения в республике УЗБЕКИСТАН //В сборнике: Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. Сборник статей по материалам V международной научно-практической конференции. -2017. - С. 115-120.
6. Төлегенова А.М., Алекешева Л.Ж., Смагул М.А. Эпидемиологическая характеристика коревой инфекции по данным ретроспективного эпидемиологического анализа //Вестник Казахского национального медицинского университета. - 2020. - № 1. - С. 393-396.
7. Hayman DTS. Measles vaccination in an increasingly immunized and developed world. //Hum Vaccin Immunother. 2019;15(1):28-33
8. Wong LP, Wong PF, AbuBakar S. Vaccine hesitancy and the resurgence of vaccine preventable diseases: the way forward for Malaysia, a Southeast Asian country.//Hum Vaccin Immunother. 2020 Jul 2;16(7):1511-1520
9. Wong LP, Wong PF, Megat Hashim MMAA, Han L, Lin Y, Hu Z, Zhao Q, Zimet GD. Multidimensional social and cultural norms influencing HPV vaccine hesitancy in Asia.//Hum Vaccin Immunother. 2020 Jul 2;16(7):1611-1622
10. Olugbade OT, Adeyemi AS, Adeoti AH, Ilesanmi OS, Gidado SO, Waziri NE, Aworh MK. Measles outbreaks and Supplemental

НАМАНГАН ВИЛОЯТИ БОЛАЛАРИ ОРАСИДА ҚИЗАМИҚ ИММУНОПРОФИЛАКТИКАСИННИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК САМАРАДОРЛИГИ

Умарова М.А., Абдукахарова М.Ф., Брянцева Е.В., Мустанов А.Ю.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра ҳозирги кунгача дунё миқёсида қизамиқ билан касалланиш ҳолатлари ҳар йили 60 млн. аҳолини ташкил этади, улардан 3 млн. эрта ёшдаги болалар ўрта-сида вафот этиш ҳолатлари кузатилади.

Мақолада қизамиқ касаллигининг Наманган вилояти болалари орасида кузатилиши ва қизамиқ иммунопрофилактикасининг эпидемиологик самарадорлиги ёритилган.

Калит сўзлар: Қизамиқ, эпидемиология, иммунопрофилактика, эпидемиологик самарадорлик.

БИРЛАМЧИ БЎҒИНИДАГИ ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКАЛАР ПАТРОНАЖ ҲАМШИРАЛАРИНИНГ КАСАЛЛАНИШНИ ИЎРГАНИШ

Уразалиева И.Р., Назирова Г.М.

Тошкент тиббиёт академияси

Мавзусининг долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти прогнозига кўра 2030 йилга келиб, жаҳонда аҳоли соғлиғини сақлаш хизматлари билан тўлиқ таъминлаш учун 18 миллион тиббиёт ходимлари, шулардан 9 миллион тиббиёт ҳамширалари ва акушеркалар етишмайди. «Агар биз аҳоли эҳтиёжини қондиришга йўналтирилган, хавфсиз, самарали ёрдам кўрсатувчи тиббиёт ҳамшираларининг ҳуқуқ ва имкониятларини кенгайтирмас эканмиз, Минг йиллик тараққиёт мақсадларида белгиланган аҳолини ёппасига соғлиқни сақлаш хизматлари билан қамраб, самарали тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини ярата олмаймиз».

Тадқиқотнинг мақсади: патронаж тиббиёт ҳамшираларининг касалланишлар структураси ва даражасини, турмуш шароити, турмуш тарзини ўрганиш ва саломатликка таъсир этувчи ҳавф омилларини аниқлаш;

Тадқиқот объекти ва предмети: оилавий поликлиникаларда ишлаётган 140 нафар патронаж ҳамширалар, тадқиқот материалларини йиғиш, ишлов бериш ва таҳлил қилиш жараёнида замонавий: ижтимоий-гигиеник, социологик, санитария-статистик усуллари қўлланилди.

Хулосалар: ишлаётган патронаж тиббиёт ҳамшираларнинг ўртача ёши $32,02 \pm 1,58$ ёшни ташкил қилди. Патронаж тиббиёт ҳамшираларнинг 2/3дан қисмдан кўпроқ ($70,2 \pm 1,8\%$) ўртача ёшни (21-39 ёш) ташкил этди. $84,7\% \pm 1,4\%$ ҳамширалар оилали. Патронаж тиббиёт ҳамшираларининг мурожаатлари асосида аниқланган умумий касалланиш даражаси, ўртача $1050,7\%$ ни ташкил қилди. Уларнинг ёши ва стажини ошиб бориши билан касалланиш даражасини кўпайиб бориши аниқланди ($r=0,68 \pm 0,07$) (1-расмга қаранг).

Патронаж тиббиёт ҳамшираларининг умумий касалланишида нафас олиш аъзолари, қон ва қон яратиш аъзолари, сийдик ва таносил аъзолари, овқат ҳазм қилиш аъзолари, эндокрин тизими ва модда алмашинувининг бузилиши касалликлари етакчи ўринларни эгаллаб турибди. Санаб ўтилган касалликлар патронаж тиббиёт ҳамшираларда қайд этилган барча касалликларнинг $82,6\%$ ни ташкил қилди.

Патронаж тиббиёт ҳамшираларининг ёшига қараб касалланиш структураси, уларнинг тарқалганлиги, нозологик шакллари бири биридан фарқ қилиши аниқланди. Патронаж тиббиёт ҳамшираларнинг касалликларини икки гуруҳга ажратиш мумкин. Биринчи гуруҳга ҳамшираларнинг ёши, катталашган сари тарқалганлиги камаядиган касалликлар (ЎРВИ, бронхит, отитлар, ангиналар, цистит ва анемиялар) асосан ўткир кечадиган ва баъзи сурункали касалликлар. Иккинчи гуруҳга ёш катталашган сари кўпаядиган, сурункали кечадиган (қандли диабет, юрак ишемик касаллиги, сийдик тош касаллиги ва бошқ.) касалликлар киради. Қон айланиш тизимининг касалликлари касалланишлар структураси ($3,5\%$) частотасида ($37,0\%$) бешта асосий синф касалликлари таркибига кирмасада, аёлларнинг ёши ва иш стажининг ошиши билан уларни кескин кўпайиши, тиббиёт ходимлари орасида профилактик кўрикларни ўтказишда ва соғломлаштириш тадбирларини олиб боришда алоҳида эътибор қаратилишини тақозо этади.

УДК:616-053.31:613.632:616.428

ПОСТНАТАЛЬНЫЙ МОРФОГЕНЕЗ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПОТОМСТВА САМОК КРЫС, ПОДВЕРГШИХСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ФИПРОНИЛОМ

Утепова Н.Б., Умарова З.Х., Азизова Ф.Х., Собирова Д.Р., Назарова М.М.

ФИПРОНИЛ БИЛАН СУРУНКАЛИ ЗАХАРЛАНГАН ОНА КАЛАМУШЛАРДАН ТУҒИЛГАН АВЛОД ЛИМФА ТУГУНЛАРИНИНГ ПОСТНАТАЛ МОРФОГЕНЕЗИ

Утепова Н.Б., Умарова З.Х., Азизова Ф.Х., Собирова Д.Р., Назарова М.М.

POSTNATAL MORPHOGENESIS OF THE LYMPH NODES OF THE OFFSPRING OF FEMALE RATS SUBJECTED TO CHRONIC INTOXICATION WITH FIPRONIL

Purpose: to study the features of the postnatal development of the lymph nodes of the offspring of females exposed to chronic intoxication with fipronil. **Materials and methods:** mesenteric lymph nodes 3, 7, 14, 21 and 30-day old rats born from females with chronic intoxication with fipronil and from control rats that were subjected to morphological, morphometric and electron microscopic methods of research served as the material for the study. **Results:** In experimental rat pups obtained from females under conditions of chronic intoxication with fipronil, there was a significant lag in the formation of structural-functional T- and B-dependent zones of mesenteric lymph nodes, which was carried out 7-9 days later than rat pups with the natural course of postnatal ontogenesis. **Conclusions:** Chronic exposure to fipronil through the mother's body contributes to a significant disruption of the processes of postnatal growth and the formation of mesenteric lymph nodes in their offspring, which manifest themselves as a slowdown in the growth and formation of the lymphoid tissue of the organ and its structural and functional zones.

Keywords: fipronil, offspring, postnatal ontogenesis, mesenteric lymph nodes.

В последние десятилетия отмечается увеличение заболеваемости детей аллергическими, аутоиммунными, инфекционными и онкологическими заболеваниями, что связано с нарушениями деятельности иммунной системы. По мнению многих специалистов, изменения функционирования иммунной системы детей могут являться следствием нарушения её развития во внутриутробном периоде, обусловленного действием различных экзогенных и эндогенных факторов на организм матери во время беременности. Из экзогенных факторов в последнее время, особое значение уделяется экологическим факторам [1,2,4]. В связи с этим, наибольший интерес и научно-практическую значимость представляет исследование особенностей постнатального развития органов иммуногенеза потомства самок, подвергшихся хронической интоксикации пестицидами, которые позволили бы выявить механизмы развития тех или иных нарушений иммунной системы, создать научно-обоснованную стратегию профилактики и лечения заболеваний у детей, подвергшихся пренатальному воздействию экзогенных факторов.

Цель исследования: изучение особенностей постнатального развития лимфатических узлов потомства самок, подвергшихся хронической интоксикации фипронилом.

Материал и методы. Опыты проводились на белых половозрелых девственных крысах самках Вистар массой тела 150-180 г. Самки были разделены на опытную (25) и контрольную (25) группы. Опытной группе крыс ежедневно в течение 75 дней вплоть до окончания экспериментов через рот с помощью зонда вводили разбавленный в физиологическом растворе фипронил в дозе 4 мг/кг, что составляло 1/100 часть от ЛД50 препарата. Контрольная группа получала равный объем стерильного физиологического раствора. На 31 день опытов к самкам обеих групп подсаживали самцов. Оплодотворение регистрировали с помощью влажгалищных мазков. Мезентериальные лимфатические узлы (МЛУ) крысят, рожденных от опытных и контрольных животных изучали на 3, 7, 14, 21 и 30 сутки после рождения с помощью морфологических, морфометрических и электронномикроскопических методов исследования. Все цифровые данные статистически обрабатывали с использованием пакета компьютерных программ, достоверными считались различия, удовлетворяющие $P > 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что у контрольных крысят на 3 сутки после рождения паренхима МЛУ не имела морфологически различимых структурно-функциональных зон и состояла из диффузной лимфоидной ткани. Среди клеток дифференцировались лимфобласты, средние и малые лимфоциты, определялись единичные макрофаги.

На 7 сутки постнатальной жизни отмечались существенные количественные и качественные перестройки паренхимы и стромы органа. Наряду с увеличением площади и объема узла, впервые различались корковое и мозговое вещества. Корковое вещество состояло из диффузной лимфоидной ткани, где отмечались участки плотного и редкого расположения лимфоцитов. Плотные скопления лимфоидных клеток, в основном располагались по периферии коркового вещества и они представляли собой зоны формирующихся лимфоидных фолликулов. Среди клеточных элементов различались большое число лимфобластов, пролимфоцитов, единичные макрофаги и плазматические клетки.

14 сутки после рождения характеризовались существенными перестройками в структуре МЛУ: фактически сформировались лимфоидные фолликулы, парааортальная зона, мозговые тяжи и компоненты лимфообращения - синусы.

На 21-30 сутки отмечено практически полное завершение формирования структурно-функциональных зон органа. Среди лимфоидных фолликулов различали как фолликулы без герминативных центров, так и с герминативными центрами. Морфометрически в этот период площади лимфоидных фолликулов, мозговых тяжей, парафолликулярной зоны и коркового плато достигли уровня взрослых животных.

Анализ соотношения ответственных за иммунную функцию Т- и В-зависимых зон органа в динамике постнатального развития у контрольных крысят показал, что к 14 суткам Т-зависимая (корковое плато, парааортальная зона) зона занимала 42,3%, В-зона (лимфоидный фолликул, мозговые тяжи) - 33,6%, а ко времени перехода на дефинитивное питание (21сутки) наблюдалось резкое увеличение объема В-зависимых зон - они занимали 40% от всей площади узла.

Таким образом, развитие и становление мезентериальных лимфатических узлов потомства, полученного от контрольных животных в динамике постнатального онтогенеза сопровождалось закономерной перестройкой его структурно-функциональных зон и клеточного состава. Эти перестройки в основном стабилизировались к 3 неделе жизни животных, когда они переходили на дефинитивное питание.

Воздействие фипронила через организм матери привело к существенному нарушению постнатального развития МЛУ у их потомства. Формирование структурно-функциональных Т- и В-зависимых зон МЛУ у опытных крысят значительно отставало, осуществляясь на 7-9 дней позднее по сравнению с контролем. Так, если полное формирование структурно-функциональных зон МЛУ у контрольных крысят происходило на 21 сутки после рождения, то к этому времени у опытных крысят наблюдалось лишь начало формирования лимфоидных фолликулов и полная дифференцировка структурно-функциональных компартов МЛУ завершилось к 30 суткам постнатальной жизни.

Морфометрически выявлено существенное снижение темпов роста и становления МЛУ у потомства, полученного при воздействии фипронила на организм матери. Во все сроки исследования абсолютная площадь лимфатических фолликулов в МЛУ оставалась на 17-28% достоверно меньшей по сравнению с контролем ($P < 0,05$). Анализ соотношений Т- и В-зависимых зон МЛУ показал, что в условиях воздействия фипронила на организм матери в наибольшей степени страдало формирование Т-зависимых зон МЛУ потомства. Темпы прироста площади Т-зависимых зон органа у опытных крысят на 25-35% отставали от показателей контроля ($P < 0,05$).

Электронно-микроскопические исследования выявили высокую функциональную активность макрофагов и деструктивные изменения субклеточных органелл лимфоидных клеток, особенно, в Т-зависимых зонах органа.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что хроническое воздействие фипронила через организм матери способствует к существенному нарушению процессов постнатального роста и становления МЛУ у их потомства. Эти нарушения проявляются в виде отставания роста и формирования лимфоидной ткани органа и его структурно-функциональных зон. Замедление роста и становления структурно-функциональных зон МЛУ может быть обусловлена прямым токсическим действием фипронила и его метаболитов на развивающиеся иммунные клетки, гормональным дисбалансом в виде снижения уровня тиреоидных гормонов и выраженным окислительным стрессом [3-5]. Снижение уровня тиреоидных гормонов и накопление свободных радикалов, образующихся при окислительном стрессе, подавляют пролиферацию клеток и одновременно стимулируют процесс их гибели.

Литература

1. Азизова Ф.Х., Тухтаев Н.К., Отажоннова А.Н. Раннее постнатальное становление периферических органов иммунной системы потомства в условиях хронической интоксикации через организм матери // Проблемы биологии и медицины. - 2013. - №3 (74). - С.8-9.
2. Яглова Н.В., Обернихин С.С. Морфофункциональное состояние органов иммунной системы потомства мышей после однократного иммуностимулирующего воздействия на материнский организм в ранние сроки беременности // Российский медико-биологический вестник. - 2013. - №4. - С.24-28.
3. Lin HY, Glinsky GV, Mousa SA, Davis PJ. Thyroid hormone and anti-apoptosis in tumor cells. // Oncotarget. - 2015. - Vol.17. - pp.14735-14743.
4. Tukhtaev K. R., Tulemetov S. K., Zokirova N. B., Tukhtaev N. K. Effect of long term exposure low doses of lambda-cyhalothrin on the level of lipid peroxidation and antioxidant enzymes of the pregnant rats and their offspring. // Medical and Health Science Journal. - 2012. - Vol. 13. - pp. 93-98. www.pradec.en
5. Tukhtaev K. R., Zokirova N. B., Tulemetov S. K., Tukhtaev N. K. Effect of prolonged exposure of low doses of lambda-cyhalothrin on the thyroid function of the pregnant rats and their offspring // Medical and Health Science Journal - 2012. - Vol. 13. - pp. 86-92. www.pradec.en

ПОСТНАТАЛЬНЫЙ МОРФОГЕНЕЗ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПОТОМСТВА САМОК КРЫС, ПОДВЕРГШИХСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ФИПРОНИЛОМ

Утепова Н.Б., Умарова З.Х., Азизова Ф.Х., Собирова Д.Р., Назарова М.М.

Цель: изучение особенностей постнатального развития лимфатических узлов потомства самок, подвергшихся хронической интоксикации фипронилом. **Материалы и методы:** материалом для исследования служили мезентериальные лимфатические узлы 3, 7, 14, 21 и 30 суток крысят, рожденных от самок с хронической интоксикацией фипронилом и от крыс с естественным течением беременности, которые подвергались морфологическим, морфометрическим и электронно-микроскопическим методам исследования. **Результаты:** У опытных крысят, полученных от самок в условиях хронической интоксикации фипронилом отмечалось значительное отставание формирования структурно-функциональных Т- и В-зависимых зон мезентериальных лимфатических узлов, осуществляясь на 7-9 дней позднее по сравнению крысят с естественным течением постнатального онтогенеза. **Выводы:** Хроническое воздействие фипронила через организм матери способствует существенному нарушению процессов постнатального роста и становления мезентериальных лимфатических узлов у их потомства, которые проявляются в виде замедления роста и формирования лимфоидной ткани органа и его структурно-функциональных зон.

Ключевые слова: фипронил, потомство, постнатальный онтогенез, мезентериальные лимфатические узлы.

УМУМТАЪЛИМ МАКТАБЛАРИ ДАРС ЖАДВАЛИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Хакимова Д.С., Саломова Ф.И.

Тошкент тиббиёт академияси

Адабиёт маълумотларига кўра, умумтаълим мактабларининг биринчи синфларига келган болаларнинг 25-30 фоизи саломатлик ҳолатида муайян оғишларга эга бўлиб, мактаб битирувчилари орасида эса 80 фоиздан ортигини мутлақо соғлом деб бўлмайди. Мактаб даврида сурункали касалликларга чалинган болалар сони 20 фоизга ошиши аниқланган.

Мактаб дарс жадвалининг ўқувчилар саломатлиги учун катта аҳамиятга эга эканлигини инобатга олган ҳолда, биз Тошкент шаҳридаги 29 ва 249 сонли умумтаълим мактабларининг дарс жадвалини (18 вариант) ва унинг гигиеник талабларига мувофиқлигини таҳлил қилдик. Шунингдек, дарслар ва танаффусларнинг рационалиги ва давомийлиги, ҳамда танаффуслар вақтининг дарсларнинг умумий давомийлигига нисбати баҳоладик, ҳамда синфлар бўйича дарсларнинг сони ва қийинлик даражаси, ҳафта ва ўқув куни давомида фанларнинг умумий мураккаблигига гигиеник баҳо бердик.

Тадқиқот остига олинган мактабларда дарслар икки сменада ташкил этилган бўлиб, 1-сменада дарслар соат 8-00 да, 2-сменада эса соат 13-30 да бошланади. Машғулотлар стандарт схема бўйича олиб борилади ва ҳар бири 45 минут давом этади.

Болаларни мактабда ўқиш жараёнига мослаштириш жараёнини осонлаштириш учун гигиенистлар 1-синфда дарсларни «босқичма-босқич» ўқитиш усулини қўллаб, аста-секинлик билан юкламаларни ошириб боришни тавсия қиладилар: сентябрда - 35 дақиқалик 3 та дарс, иккинчи чоракдан бошлаб - ҳар бири 35 дақиқадан 4 та дарс. Аммо биз ўрганилган мактабларда бундай тартиб амалда эмаслигини аниқладик.

Таққосланилаётган ҳар иккала мактабнинг ҳафталик ўқув юкмаси амалдаги санитар қоида ва меъёрлар (СанҚваМ 0341-16) билан солиштирилганда деярли барча синфларда гигиеник меъёрдан 1-2 соатга кўплиги аниқланди. Шунинг учун деярли барча ёш гуруҳларида ҳафталик ва кунлик ўқув юкламанинг оғирлиги тавсия этилган меъёрдан юқори. Дарс жадвалларида ҳафтада атиги 2 соатдан жисмоний тарбия дарслари бор бўлиб, натижада барча мактабларнинг қуйи синфларида «руҳсат этилган» жисмоний тарбия машғулотларининг умумтаълим фанлари соатларига нисбати 1:11, ўрта ва юқори синфларда - 1:16 - 1:18 (нормада 1:5 - 1:7). Шу билан бирга, жисмоний тарбия дарслари «дарсларини алмаштириш» сифатида фойдаланилмаслигини қайд этилди: дарсларнинг жадвалдаги ўрни кун ва ҳафта давомида ақлий ишчанлик қобилияти динамикасига тўлиқ мос келмайди. Дарсларнинг тузилиши ва ташкил этувчи қисмларининг давомийлиги гигиеник талабларига жавоб бермайди: 249-мактабда жисмоний тарбия дарсларининг умумий зичлиги 70% (нормада 80-90%), мотор зичлиги - 55% (нормада 60-80%); 29-мактабда мос равишда 75 ва 55%.

Кўпгина илмий тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, мактаб ёшидаги болаларда оптимал ақлий ишчанлик қобилиятнинг юқори даражаси биоритм бўйича соат 10-12 оралиғига тўғри келади. Ушбу соатларда, материални ўзлаштиришнинг энг катта самарадорлиги организмнинг энг кам психофизиологик қийматларида қайд этилади. Шу сабабли, кичик мактаб ёшидаги ўқувчилар учун дарс жадвалида энг мураккаб мавзулар 2-3 дарс соатларида, ўрта ва катта мактаб ёшидаги ўқувчилар учун - 2, 3, 4 дарс соатларида бўлиши мақсадга мувофиқ. Ўқувчилар дарс жадвалини гигиеник баҳолашда 249-мактабда 44,7% ҳолатда (2а, 4а, 6а ва 9а синфлар), 29-мактабда 64,9% (2б, 4б, 6б, 7б, 8б ва 9б) ҳолатда кунлик ўқув юклама ноқулай динамикаси аниқланди. Кўп синфларда жуфтлаштирилган дарслар ҳам бор бўлиб, энг қийин дарслар - математика, физика, кимё, чет тили - кўпинча биринчи ва охириги дарс соатларига қўйилган, яъни, ишга киришиш вақтида ёки ишлаш қобилиятининг пасайиши даврига тўғри келган, ҳамда улар ҳам кетма-кет қўйилганлиги аниқланди. Бундан ташқари, барча кунларда табиий-математик ва гуманитар фанлар бир-бири билан алмаштирилмаган. Ҳозирги шароитда кўплаб синфларда дарс жадвалини тузишда ўқитувчиларнинг имконияти ва ҳошиясини инобатга олиб қўйиш ҳисобланади.

Олимлар томонидан ҳафта давомида ўқувчиларнинг ақлий иш қобилияти бир хил бўлмаслиги аниқланган. Ақлий иш қобилияти ҳафтанинг ўртасида кўтарилади ва ҳафтанинг бошида ва охирида пастлигича қолади. Агар дарс жадвал тўғри тузилган бўлса, «оғир»лик даражаси бўйича дарсларнинг «асосий»лари сешанба ва чоршанба кунларига тўғри келиши керак. Ҳафталик иш ҳажмининг бундай тақсимланиши катта мактаб ёшидаги болалар учун режалаштирилган бўлиши керак. Кичик ва ўрта мактаб ёшидаги болалар учун ҳафталик ўқув юкларини тақсимлаш, унинг энг юқори интенсивлиги сешанба ва пайшанба кунларига тўғри келиши, ҳамда чоршанба куни бироз енгил бўлиши керак. Ушбу ҳолатларни инобатга олиб, биз ҳафтанинг кунларида ўқув фанларини тақсимланишини ҳам таҳлил қилдик. Тадқиқот ўтказилган мактабларда 37% ҳолларда энг юқори ишчанлик қобилияти кузатиладиган куни - сешанба кунида - энг кам ўқув юклама қўйилганлиги аниқланди. Кўпгина дарсларда максимал ўқув юкмаси энг кам ақлий ишчанлик қобилиятига мос келадиган кунларга (душанба ва шанба) тўғри келди. Ҳафталик дарс жадваллари таҳлил қилинганда 249-мактабда 9та синфдан 4тасида (4, 7, 8, 9-синфлар), 29-мактабда эса тўққиз синфдан олтитаси (6б, 7б, яъни ярмидан кўпи)да гигиеник талабларга жавоб бермаслиги аниқланди. Бизнинг фикримизча, бу 2-сменали режимда ортиқча юк билан ишлайдиган мактабларда ҳафталик жадвалларни тузишнинг катта мураккаблиги билан боғлиқдир.

Дарс жадваллари баҳоланганда танаффуслар давомийлиги ва уларнинг дарсларнинг умумий давомийлигига нисбатига ҳам катта эътибор қаратдик. Танаффус давомийлиги камида 10 дақиқа бўлса, илга-

ри қўзғалиш ҳолатида бўлган кортикал хужайралар функцияси қайта тикланади, бу эса уларнинг самарали ишлашини таъминлайди. Кичкина танаффуслар вақтида бола тоза ҳавода бўлиши ва дам олиши керак ва катта танаффуслар вақтида овқатланиши керак. Гигиеник талабларга мувофиқ одатдаги мактабларда танаффусларнинг давомийлиги қуйидагича белгиланади: 10-30-10-10 дақиқа ёки 10-20-20-10 дақиқа, бу 45 дақиқали дарс давомийлиги билан танаффуслар вақтининг дарс вақтига нисбати 0,28 га тенг. Ўрганилган мактабларнинг барча синфларида 5 дақиқали танаффусларнинг мавжудлиги сабабли бу кўрсаткич 0,13 дан 0,14 гача, «катта» танаффуслар эса 15 дақиқача камайган (2-жадвал). Танаффуслар вақтининг камлиги натижасида мактаб ўқувчиларининг организми етарли дам олаб қолмайди, бу эса иш кунининг охирига келиб чарчоқ тўпланишига олиб келади.

Шундай қилиб, мактаб дарс жадвали текшириш натижалари мавжуд санитария талаблари ва меъёрларидан бир қатор четланишлар борлигини кўрсатди, яъни ўқув жараёнинини қониқарсиз ташкил қилиниши (1-синфларда ўқитишнинг “босқичли” тартиби йўқлиги, жисмоний тарбия дарсларини нораціонал ташкил қилиниши, “катта” ва “кичик” танаффуслар давомийлигини қисқартирилиши, кунлик ва ҳафталик ўқув юкласининг меъёрдан ошиб кетганлиги, ўқувчиларининг кунлик ва ҳафталик иш қобилияти динамикаси нуқтаи назаридан, дарслар жадвалини нораціонал тузилиши) аниқланди. Булар мактаб ўқувчиларининг саломатлик ҳолати ёмонлашувига сабаб бўлиши мумкин.

ИЗУЧЕНИЕ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ БУДУЩИХ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

Халмухамедов Б.Т.

Ташкентская медицинская академия

Мотивация является одним из основных элементов личности, обуславливающим особенности ее поведения и деятельности. Мотивация обеспечивает характер направленности личности, определяя ее и управляя ею. Изучение мотивации представляет собой весьма сложную задачу: мотивы деятельности и поведения, образуя ядро личности, «закрыты» для анализа, они составляют зону, сознательно или подсознательно, но всегда тщательно оберегаемую самой личностью от постороннего проникновения [2].

Тем не менее, для проведения эффективной педагогической работы по формированию мотивации учения студентов, педагогу необходимо четко представлять себе характер реальности, с которой он имеет дело. Сейчас немалое количество молодых людей проявляет стремление и желание обучаться в высших учебных заведениях. Вместе с тем, мотивация - один из факторов успешного обучения и профессионального становления личности.

Данное исследование проводилось посредством проведения анкетирования по методике диагностики учебной мотивации студентов А.А. Реан и В.А. Якунина, модификация Н.Ц. Бадмаевой [1]. Нами была предпринята попытка исследовать учебную мотивацию студентов 6 курса обучающихся на лечебном факультете Ташкентской медицинской академии. Общее количество выборки составило 48 человек. Студентам было предложено оценить по пятибалльной системе 34 утверждения, характеризующих мотивы учебной деятельности, по значимости: 1 балл соответствует минимальной значимости мотива, 5 баллов - максимальной.

Данная методика позволяет выделить следующие учебные мотивы: коммуникативные, профессиональные, учебно-познавательные, социальные, творческой самореализации, избегания и престижа. Анализ результатов проведенного исследования показал, что у данной группы студентов преобладающими мотивами являются:

- профессиональные (27,16 балла);
- учебно-познавательные (28,14 балла).

Профессиональные мотивы характеризуют уровень направленности обучающихся на овладение профессией, то есть желание к приобретению профессиональных знаний и формированию личностных качеств, важных для профессии. Учебно-познавательные мотивы отражают связь между содержанием учебной деятельности и процессом ее выполнения, со стремлением обучающихся приобретать новые знания, умения и навыки.

На втором месте оказались Социальные мотивы (19,51 балла), которые склоняют студентов занять определенное положение в отношении с окружающими, получить похвалу со стороны, завоевать авторитет, достигнуть социального статуса и высокого профессионализма. Далее по выраженности коммуникативные мотивы, которые связаны с потребностью в общении (16,84 балла) и близки к мотивам престижа (16,63 балла). Затем следуют: мотив избегания (14,93 балла) и мотивы творческой самореализации (7,58 балла). Мотивы творческой самореализации связаны с желанием студентов к наиболее полному выявлению и развитию своих способностей и их реализации, творческим подходом к решению задач.

Результаты исследования учебной мотивации

Группы мотивов	Средний балл
Коммуникативные мотивы	16,84
Мотивы избегания	14,93
Мотивы престижа	16,63
Профессиональные мотивы	27,16

Мотивы творческой самореализации	7,58
Учебно-познавательные мотивы	28,1
Социальные мотивы	19,51

Согласно полученным данным можно сделать предположение о том, что у студентов 6 курса лечебно-го факультета ТМА преобладают учебно-познавательные и профессиональные мотивы. Следовательно, студенты ориентированы на усвоение способов добывания знаний, для того чтобы реализовать в своей будущей профессиональной сфере.

К сожалению низкой оказалась мотивация творческой самореализации равный – 7,58 балла. Е.Л. Солдатова и другие отмечали необходимость для творческой личности не только чувствительности к противоречиям и внутренней мотивации к деятельности, но и владение большим объемом информации и способности переносить освоенное на новый материал, использование альтернативных путей поиска информации [3, 4].

Мотивация учебно-профессиональной и творческой деятельности является показателем ответственности профессиональной подготовки будущего специалиста. Особый интерес представляют студенты медицинских вузов как будущие специалисты одной из наиболее сложных и ответственных профессий – профессии врача [5].

Вместе с тем следует отметить недостаточное понимание испытуемыми студентами специфики профессии семейного врача, позволяющей самореализовать свой творческий потенциал. Продуктивность деятельности семейного врача в большой степени зависит от уровня развития его творческого потенциала, который проявляется в оригинальности и гибкости мышления, умении находить нестандартные решения возникающих профессиональных задач, творческой инициативе, способности к созидательной деятельности.

В последующем в наших исследованиях будут рассмотрены вопросы учебной мотивации как критерия оценки качества профессиональной подготовки студентов медицинского вуза и предложены пути повышения качества подготовки обучающихся в медицинском вузе посредством эффективного социально-педагогического взаимодействия с личностью студента.

Одной из проблем оптимизации учебно-познавательной деятельности студентов является изучение вопросов, связанных с учебной мотивацией. Это определяется тем, что в системе «обучающий – обучаемый» студент является не только объектом управления этой системы, но и субъектом деятельности, к анализу учебной деятельности которого в ВУЗе нельзя подходить односторонне, обращая внимание лишь на «технологии» учебного процесса, и не принимая в расчет мотивацию. Рассматривая мотивацию учебной деятельности, необходимо подчеркнуть, что понятие мотив тесно связано с понятиями цель и потребность. В личности человека они взаимодействуют и получили название мотивационная сфера [6].

Проведенное исследование оказалось полезным для дальнейшей организации учебной деятельности студентов и позволит внести коррективы в методику преподавания изучаемой дисциплины.

Литература

1. Методика для диагностики учебной мотивации студентов (А.А. Реан и В.А. Якунин, модификация Н.Ц.Бадмаевой) / Бадмаева Н.Ц. Влияние мотивационного фактора на развитие умственных способностей: Монография. – Улан-Удэ, 2004.- С.151-154.
2. Шурухина Г.А., Фатыхова Р.Р. ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ НА ОБУЧЕНИЕ У СТУДЕНТОВ ПЕРВЫХ И ВЫПУСКНЫХ КУРСОВ // Международный студенческий научный вестник. – 2020. – № 5.
3. Семенов В.Е. Социальная психология искусства: предмет, концепция, проблемы: автореф.....д-ра наук. СПб.: Питер, 1996. 25 с.
4. Солдатова Е.Л. Разработка программы развития креативности у подростков // Опыт и проблемы воспитания предпримчивости учащейся молодежи. Челябинск, 1996.
5. Тихонова Н.К., Тихонов В.Г. Пути повышения качества подготовки студентов медицинского вуза// Смоленский медицинский альманах. -№2-2019.-С.112-116
6. Луцкова Л.Н., Русина Н.А. Исследование факторов, влияющих на учебную мотивацию студентов медицинского вуза. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

УДК 616.155.392:616.12-008

ЎТКИР ЛЕЙКОЗДА ХИМИОТЕРАПИЯНИ ТУРЛИ БОСҚИЧЛАРИДА АНЕМИК СИНДРОМНИ ЎРГАНИШ

Шокирова Ф.Ж., Нарзуллаев С.Н, Пардаев Қ.И.

ИЗУЧЕНИЕ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ХИМИОТЕРАПИИ

Шокирова Ф.Ж., Нарзуллаев С.Н., Пардаев К.И

STUDY OF ANEMIC SYNDROME AT DIFFERENT STAGES OF CHEMOTHERAPY

Shokirova F.J., Narzullayev S.N., Pardayev K.I.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент

Маълумки, химиотерапия фониди турли даражадаги анемия кузатилади. Ушбу тадқиқотда ўткир лейкозга химиотерапияни турли босқичларида анемик синдромни учраш частотаси ўрганилган.

Калит сўзлар: ўткир лейкоз, химиотерапия, анемик синдром

Известно, что на фоне химиотерапии наблюдается анемия различной степени тяжести. В этом исследовании изучена частота анемического синдрома при острых лейкозах на различных стадиях химиотерапии.

Ключевые слова: острый лейкоз, химиотерапия, анемический синдром

Мақсад: ўткир лейкозли беморларда полихимиотерапиянинг турли этапларида ремиссия индукцияси, ремиссия консолидацияси, ремиссияда анемиянинг частотаси ва оғирлигини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Текшириш учун материал Республика ихтисослаштирилган гематология илмий-амалий тиббиёт марказида 2019-2020 йилларда стационар даво олган 30 нафар «ўткир миелобласт лейкоз» (ЎМЛ) диагнозли беморлар бўлиб, уларнинг ўртача ёши 40,1±2,8 ёшни ташкил қилди. Шунингдек, текширишга 26 нафар «ўткир лимфобласт лейкоз» (ЎЛЛ) диагнозли ёши 20-69 ёшли беморлар ҳам киририлди, уларнинг ўртача ёши 33,8±2,2 ёшни ташкил қилди. ЎЛЛ ли беморларнинг 10 нафари ремиссия индукцияси, 9 нафари ремиссия консолидацияси, 5 нафари ремиссия босқичида эди. ЎМЛ ли беморларнинг шу кўрсаткичлари ремиссия индукцияси босқичида 11 нафар, ремиссия консолидацияси босқичида 10 нафар, ремиссиядаги беморлар сони 9 нафарни ташкил қилди. Бу беморларда қон умумий анализи гематологик анализаторда, қон биохимик анализи биохимик анализаторда ўтказилди, шунингдек миелограмма текшируви ҳам ўтказилди.

Натижалар. Текширувлар шуни кўрсатадики, гемоглобинни жуда паст концентрацияси ремиссия индукцияси босқичида иккала гуруҳда аниқланди: ЎЛЛда 90,46±4,55 г/л, ЎМЛда 72,62±3,99 г/л. Шунингдек консолидация босқичида ҳам кўрсаткичлардаги фарқ ишончли равишда фарқ қилди: ЎЛЛда 110,33±3,87 г/л, ЎМЛда 95,32±4,11 г/л. Ремиссия босқичида гемоглобин кўрсаткичларида ишончли фарқ аниқланмади: ЎЛЛли беморларда 118,23±3,2 г/л ва ЎМЛли беморларда 116,45±3,28 г/л. ПХТнинг ҳамма этапларида эритроцитлар сони кўрсаткичлари орасида ишончли фарқ топилмади.

ПХТни ҳамма этапларида ЎЛЛ ва ЎМЛли беморларда анемия кузатилади, энг паст кўрсаткичлар ремиссия индукцияси босқичида аниқланди.

Гемобластозли беморларда анемияни учраш частотаси турли даражада бўлиб, диагноз қўйиш вақтида 22% дан то 90% гача бўлади [1,3]. Анемияни частотаси ва оғирлиги онкогематологик касалликнинг нозологик шаклига ва ўсма жараёнини оғирлигига боғлиқ бўлиб, ўтказилаётган ўсмага қарши терапия фониди ошади [4].

Бир қатор муаллифларнинг фикрича анемияни патогенези асосида а) суяк кўмигини ўсма хужайралари билан инфилтрацияси ва нормал гемопоезисни сиқиб чиқарилиши; б) яллиғланишга қарши цитокинларни кўп ишлаб чиқарилиши; в) етарли миқдорда эндоген эритропоезин синтезланмаслиги; г) темир дефицити; д) эритроцитлар гемолизи; е) ўсмага қарши терапиянинг миелосупрессив эффекти ётади [3,5,6].

1-жадвал

ПХТни турли этапларида ЎЛЛ ва ЎМЛ ли беморларда гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичлари

№	Химиотерапия этаплари	ЎЛЛли беморларда гемограмма кўрсаткичлари		ЎМЛли беморларда гемограмма кўрсаткичлари	
		Гемоглобин г/л	Эритроцит 10 ¹² /л	Гемоглобин г/л	Эритроцит 10 ¹² /л
1	Индукция	90,46±4,55*	2,89±0,77**	72,62±3,99*	2,24±0,46**
2	Консолидация	110,33±3,87*	3,75±0,59**	95,32±4,11*	3,67±0,54**
3	Ремиссия	118,23±3,21**	3,99±0,73**	116,45±3,28**	3,81±0,44**

Изох: * фарқ ишончли P <0,01; ** фарқ ишончсиз P >0,5

Бизнинг томонимиздан ЎЛЛ ва ЎМЛ ли беморларда анемияни учраш частотаси ўрганилди. Аниқландики, иккала гуруҳда анемияни юқори частотаси ПХТни ремиссия индукцияси босқичида (97,22% ЎМЛли беморларда, 82,2% ЎЛЛли беморларда, анемияни энг паст кўрсаткичи ремиссия босқичида (ЎМЛда 23,44%, ЎЛЛда 17,27%) аниқланди.

ПХТни ремиссия индукцияси босқичида ЎМЛли беморларда анемияни ўрта оғир даражаси 64,3%, ЎЛЛли беморларда энгил даражаси 53,9% устунлик қилди. Натижалар 2 жадвалда келтирилган.

2-жадвал

ЎЛЛ ва ЎМЛ ли беморларда анемияни учраш частотаси

Химиотерапия этаплари	ЎМЛ ли беморларда анемия% да				ЎЛЛли беморларда анемия% да			
	Хамма анемиялар, улардан:	Энгил даража	Ўрта оғир даража	Оғир даража	Хамма анемиялар, улардан:	Энгил даража	Ўрта оғир даража	Оғир даража

Индукция	97,22	7,1	64,3	28,6	82,12	53,9	30,7	15,4
Консолидация	58,41	74,7	25,3	0,0	45,88	83,3	16,7	0
Ремиссия	23,44	85,4	14,6	0,0	17,27	91,0	9,0	0

Хулоса. ЎЛЛ ва ЎМЛ ли беморларда анемик синдромни ПХТ ни босқичларида ўрганиш шуни кўрсатадики, ПХТ ни ҳамма босқичларида турли даражадаги анемия кузатилади. ЎЛЛ ва ЎМЛли беморларда ремиссия индукцияси босқичида гемоглобин ва эритроцитлар сонининг энг паст эканлиги аниқланди. ЎМЛ ли беморларда гемоглобин кўрсаткичлари ЎЛЛ ли беморларни кўрсаткичларига нисбатан ПХТни ремиссия индукцияси ва консолидацияси босқичида ишончли даражада паст. Текширувлар, анемияни юқори частотаси ПХТ ни ремиссия индукцияси босқичида, энг паст частотаси ремиссия босқичида эканлигини аниқлашга имкон берди. Олинган натижалар анемик синдром ривожланишини прогноз қилишга ва анемияни ўз вақтида даволаш, олдини олиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқишга имкон беради. Бу эса ўз навбатида ПХТ эффективлигини оширишга ва асоратларни хавфини пасайишига олиб келади.

Адабиётлар

1. С.П. Щербинина, Е.А. Романова, А.А. Левина и др. Диагностическое значение комплексного исследования показателей метаболизма железа в клинической практике. Гематология и трансфузиология. -2005. Т. 50, № 5. - С. 23-28.
2. Hedenus M, Karlsson T, Ludwig H, Felder M, Roubert B, Birgegard G. Intravenous ferric carboxymaltose as sole anemia therapy in patients with lymphoid malignancies, chemotherapy-induced anemia and functional iron deficiency. Blood. 2013;122(21):3439.
3. Inaba H., Greaves M., Mullighan C. Acute lymphoblastic leukaemia // Lancet. – 2013. – Vol. 381. – P. 1943-1955.
4. Jomova K, M. Valko, Importance of iron chelation in free radical-induced oxidative stress and human disease // Curr.Pharm. Des. – 2011. – Vol. 17, № 31. – P. 3460-3473.
5. Steinmetz T, Tschekne B, Harlin O, Klement B, Franzem M, Wamhoff J, et al. Clinical experience with ferric carboxymaltose in the treatment of cancer and chemotherapy-associated anaemia. Ann Oncol.2013;24(2):475–82.28.
6. Wang J, Pantopoulos K. Regulation of cellular iron metabolism. Biochem J. 2011;434(3):365–81.5.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЗАМОНАВИЙ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ВА СУРРОГАТ ОНАЛИҚДАН ФОЙДАЛАНИШНИ ХУҚУҚИЙ ТАРТИБГА СОЛИШ

Юсупова Ф.У.

ТДЮУ

Янги репродуктив технологияларни қўллаш соҳасидаги ҳуқуқий муаммоларни тартибга солиш икки соҳага таъсир қилади: ҳалқаро ва миллий.

Ушбу соҳани ҳалқаро ҳуқуқ жиҳатидан тартибга солиш, ёрдамчи репродуктив тахнологиялар воситасида ва усулларни ўз ичига олади ва аксарият ҳалқаро ҳужжатларнинг тавсия этилган хусусияти билан тавсифланади.

Ҳозирги вақтда ЭКУ усулларига турли ёндашувлар мавжуд ва ушбу усулларнинг умумий бирлаштирилган атамаси бу “ёрдамчи репродуктив технологиялар”дир. Улар қуйидагиларни ўз ичига олади: экстракорпорал уруғлантириш; сунъий уруғлантириш; хэтчинг; криоконсервация; сперматозоиднинг интрацитаплазматик инъекцияси ва бошқалар [1].

2005 йил 19 октябрда БМТнинг 33-сессиясида “Биоэтика ва инсон ҳуқуқлари бўйича” Умумжаҳон декларацияси қабул қилинган декларация ўз ичига тиббиёт ҳаётга оид фанлар, ахлоқий муаммоларни, шунингдек ижтимоий, ҳуқуқий ва экологик жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда одамлар учун қўлланиладиган технологияларни ўз ичига олади. Декларациянинг мақсади биотехнология соҳасидаги норматив бўлмаган ёки бошқа воситаларни ишлаб чиқишда, шунингдек тиббий буюмларни етказиб беришда давлат томонидан бошқарилиши мумкин бўлган универсал принциплар тўпламини тақдим этишдир. Ундан ташқари Декларацияда фуқароларнинг маълумотлари махфий бўлиши кераклиги ҳақида ҳам кўрсатиб ўтилган [2].

Ушбу Декларациянинг қоидалари Ўзбекистон Республикасининг ёрдамчи репродуктив технологиялар соҳасида қабул қилинган қонунларга қушилиши лозим масалан: ЭКУ усулини қўлламоқчи бўлган шахслар ўзларининг хоҳишларига кўра ЭКУ усули қоланилишига розиликлари ҳақида ариза тақдим қилишлари, ЭКУ усули амалга оширилиш ҳақидаги маълумотлар сир сақланилиши ҳамда бу сирни сақлаш ушбу усулини амалга оширувчи тиббиёт маркази ходимларига юклатилиши лозимлиги.

МДХ давлатлари қонунларида ёрдамчи репродуктив технологиялар фойдаланиш юзасидан турли хил ёндашувлар мавжуд умумий ҳуқуқий нормаларни ишлаб чиқиш орқали МДХ давлатларнинг ҳуқуқларни миллий қонунчилигимизга яқинлаштириш орқали биз МДХ давлатлари билан кўплаб келишувлар ҳамда фуқароларимиз ҳамда тиббиёт марказлари ўртасида тузилаётган шартнома шартларини содалаштиришга эришган бўламиз. МДХ мамлакатларида репродуктив технологиялардан фойдаланиш усулари бир бирига туғри келмаслиги сабабли кўп муаммоларга сабаб бўлмоқда агар алоҳида тавсиялар ва қоидалар ишлаб чиқарилса муаммоларни олдини олинган бўлар эди. Хусусан фуқаролар, хорижий фуқаролар ва фуқаролиги бўлмаган шахслар ёрдамчи репродуктив технологиялардан МДХ давлатларнинг бирида фойдаланишганда уларда дуч келаётган муаммоларнинг бир қисми барҳам топилишига эришган бўлар эдик [3].

Ўзбекистон Республикасида ёрдамчи репродуктив технологияларни жорий этиш тартиби Соғлиқни сақлаш вазирининг 6.02.2020 й.№3217 сонли буйруғи билан тасдиқланган ушбу буйруқда асосан ёрдамчи репродуктив технологиялар ихтисослашган тиббий муассасалар томонидан эркак ва аёлларнинг розилиги билан амалга оширилиши кўрсатиб ўтилган. ЁРТ усуллари репродуктология ихтисослиги бўйича фаолиятни амалга оширувчи тиббиёт ташкилотлари томонидан кўрсатилади.

Репродуктология ихтисослиги бўйича фаолиятни амалга оширувчи тиббиёт ташкилотлари томонидан ЁРТни қўллашда шифокор сирини ҳамда фуқаролар хақидаги маълумотларни махфийлигини сақлаш «Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисида»ги Қонуннинг 19-моддасига асосан амалга оширилади. Бепуштлиқ сабабларини аниқлаш ва ЁРТдан фойдаланиш мақсадида беморлар бирламчи текширувлардан ўтказилади, ўтказилган бирламчи текширув натижасида бепуштлиқ сабаби аниқланган беморларда консерватив ва жарроҳлик даволаш ўтказилгандан сўнг 9-12 ой давомида ҳомиладорлик кузатилмаса, мазкур беморлар ЁРТ ёрдамида даволанишга юборилади. Текширув натижаларига кўра, ЁРТ ёрдамида даволаш усулларини қўллашга қарши кўрсатмалар аниқланмаган беморларга қуйидаги даволаш усуллари қўлланилади: экстракорпорал уруғлантириш; сунъий уруғлантириш; хэтчинг; криоконсервация; сперматозоиднинг интрацитаплазматик инъекцияси усуллари.

ЁРТ усуллари қўлланилишидан аввал беморларга бу усулларнинг афзалликлари ва камчиликлари тўғрисидаги тўлиқ маълумот шифокор томонидан берилиши шарт ҳисобланади. Аммо ушбу низомда репродуктив технологиялардан фойдаланишда ишлатилаётган эмбрионларнинг келгуси тақдири хақида маълумот берилмаган ва бу борада ушбу низомга ўзгартириш ва қушимчалар киритиш лозим деб ҳисоблайман.

Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисидаги Қонуннинг мақсади, фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлашни тартибга солишдан иборат. Аммо ушбу қонунинг суррогат оналик тушунчаси киритилмаган аммо қўллаб МДХ давлатларида суррогат оналик ёрдамчи репродуктив технологияларни бир тури ҳисобланади.

Суррогат оналик бу ёрдамчи репродуктив технологиялар сирасига кириб, бунда ҳомиладорлик ва фарзанд дунёга келишида уч киши иштирок этади:

- генетик (биологик) ота – уруғлантириш учун ўз спермасини берган ва фарзанд туғилганидан сўнг оталик мажбуриятини зиммасига олишга рози бўлган шахс;
- генетик (биологик) она – уруғлантириш учун ўз тухумхужайрасини берган ва фарзанд туғилганидан сўнг оналик мажбуриятини зиммасига олишга рози бўлган шахс;
- суррогат она – фарзанд кўриш ёшидаги аёл бўлиб, у беминнат ёки ҳақ эвазига генетик ота-онадан бўлган болани (эмбрионни) кўтариб юриб, дунёга келтиришга рози бўлади, шунингдек ушбу болага оналик даъвосини қилмайди. Фарзанд дунёга келганидан сўнг генетик (биологик) ота-она юридик ота-она сифатида қайд этилади.

Суррогат оналикка фақат экстракорпорал уруғлантириш қўллангандагина имкон яратилади: “найчада” уруғлантирилган тухумхужайра эмбрион ривожининг илк 3-5 кунли мобайнида суррогат онанинг бачадонида кўчирилади.

Суррогат оналикни келиб чиқиши хақида гапирсак бу усул биринчи мартаба 1980 йилда Илинойс (АҚШ) штатида муваффақиятли амалга оширилган.

Хорижий адабиётларни таҳлил қилганда суррогат оналик турларини аниқлашга ягона ёндашув йўқлигини кўрсатиб бўлади. Бази муаллифлар суррогат оналикни икки турга бўлишда базиллар эта турт тура.

Н.Е.Русановнинг фикрича суррогат оналик бу аёл ўз хоши билан бошқа одамларнинг ўриғларидан фойдаланган холда суррогат оналикни амалга оширади[4].

Суррогат оналик бу уларнинг розилиги нуқтаи назаридан (келишиш тузиш) маълум бир жараён яний репродуктив технология фойдаланиш йули билан келиб чиқади. Хорижий давлатлар қонунларида “суррогат оналик”нинг ягона таърифи ишлаб чиқилмаган [5].

Ўзбекистон Республикаси Оила кодексининг 207-моддасига асосан никоҳда бўлмаган онадан бола туғилганда ота-онанинг биргаликдаги аризаси ва оталикни белгилаш тўғрисида суднинг ҳал қилув қарори бўлмаса, туғилиш тўғрисидаги ёзувлар дафтарида отанинг фамилияси онанинг фамилияси бўйича, отага тегишли исм, отасининг исми ва миллати — она кўрсатмаси бўйича ёзилади.

МДХга давлатларида хусусан Ўзбекистон Республикасида суррогат оналикни тартибга солувчи нормалар фақатгина оила кодексига кўрсатилганлиги жуда катта саволарга ва тушунмовчиликларга олиб келади.

Ўзбекистон Республикасида суррогат оналик ҳуқуқий жихатдан тартибга солинмаган, аммо Ўзбекистон Республикаси Конституциясига биноан оила жамиятнинг асосий бўғини ҳисобланади. Бугунги кунда Ўзбекистон Республикаси қарийиб 200 минг жуфт деярли фарздалик бўла олмайди [6].

Ўзбекистон Республикасида репродуктив ёрдамчи технологияларнинг жорий этилиши, эр-хотинларга фарзанд кўришга имконият беради, оилавий даволаниш учун чет элга чиқиш эҳтиёжини йўқ қилади ва қушимча харажатларни камайтиради.

Суррогат оналик тушунчасини бизнинг қонунчилигимизга тадбиқ қилиш кўплаб тушунмовчиликни олдини олади шу сабабли «Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисида» қонунга ўзгартириш ва қушимчалар киритиш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблайман.

Адабиётлар

1.Ю.А. Лызикова УО «Гомельский государственный медицинский университет» вспомогательные репродуктивные

технологии в лечении бесплодия.-УДК 618.177:616-08

3.Адилходжаева С.М. Право на здоровье отдельных субъектов // Глава 6. Учебник. Написан коллективом авторов под общей ред. М.С.Абдуллаходжаевой и Н.Э. Гафуровой. Т.: Изд. «Фан ва технологиялар». ТГЮУ, 2017. –572 с.

4.Н.Е.Русанова // Правовой статус родителей при суррогатном материнстве

5.Асадов Д.А. Основы организации и управления системой здравоохранения в Республике Узбекистан // Глава 2. Учебник. Написан коллективом авторов под общей ред. М.С.Абдуллаходжаевой и Н.Э. Гафуровой. Т.: Изд. «Фан ва технологиялар». ТГЮУ, 2017. –572 с

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Яхъяева М.Х, Дубровченко А.В, Жангаворов А. Ж.

ВИРУСЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Яхъяева М.Х, Дубровченко А.В, Жангаворов А. Ж.

COMPARATIVE ANALYSIS OF VIRAL DISEASES

Yakhyayeva M. H, Dubrovchenko A.V., Jangavarov A. J.

Национальный университет Узбекистана, г. Ташкент

Бизни вируслар орасидаги фарқни англаш учун берган солиштирма усулнинг самарадорлиги ва бу вирусларни инсон саломатлигига қандай таъсир қилишини кўрсатди. Бундай касалликларни даволаш жараёни қанча вақт қилади. Ва бу вирусли инфекциялар инсоннинг нафас олиш ва юрак-қон томир тизимига қандай таъсир қилади.

Калит сўзлар: *Ўтқир респиратор вирусли инфекциялар (ЎРВИ), қон босими (ҚБ), ротавирус (РВ), ошқозон-ичак тракти (ОИТ), электрокардиограмма (ЭКГ), синусит, отитис медиа, юрак-қон томир тизими (ЮТТ).*

The efficiency of the comparative method has given us to understand the difference between viruses and showed the effect of these viruses on human health. For how long time does the process of treatment of such diseases treatment. And how do these viral infections affect the respiratory and cardiac vascular system of the human.

Key words: *Acute respiratory viral infections (ARVI), blood pressure (BP), rotavirus (RV), gastrointestinal tract (GIT), electrocardiogram (ECG), sinusitis, otitis media, cardiovascular system (CVS).*

Исходя из собранного материала и анамнеза пациентов. Одной из важнейших мер профилактики вирусных инфекций является - гигиена.

Цель

Исследование определение и оценка влияния каждого вируса на людей различной возрастной категории. Мы решили провести сравнительный анализ между ротавирусом и ОРВИ, изучить влияние каждого из этих вирусов на дыхательные пути и сердечно сосудистую систему человека.

Материал и методы

Сравнительный метод был собран со слов пациентов. Было опрошено 10 пациентов. Из них четверо мужчин перенесли коронавирус. Жалобы были направлены на нарушение со стороны сердечно сосудистой и дыхательной системы. На ЭКГ наблюдается нестабильная стенокардия. На МРТ наблюдается: справа в нижнем легочном поле на фоне усиления легочного рисунка - фиброз.

Три женщины, одна из них беременна перенесли ОРВИ. Жалобы их были направлены на боли в суставах, боли в области шеи. Пониженный гемоглобин. ЭКГ отклонений не наблюдает. Пациентки жалуются на потерю аппетита.

Одна беременная женщина на четвертом месяце беременности перенесла ротавирус. Жалобы были направлены на обезвоживание организма, по анализам сгущение крови. Затрудненность в дыхании. По ЭКГ наблюдается признаки тахикардии.

Двое детей с ротавирусной инфекцией. У них наблюдалась сильная жажда. Потеря веса за несколько дней. Бледность кожных покровов. Налет на языке. Воспаление шейных лимфоузлов. Налет на языке. Слабость на фоне диареи. Учащенное дыхание. Воспаление гортани. Признаки ринита.

Результаты и обсуждение

Ротавирус. Его геном состоит из 11-ти двух цепочечных сегментов РНК, окружённых тремя концентрическими капсидами (вирусными оболочками). Сегменты РНК кодируют шесть структурных (VP1 - VP7) и шесть неструктурных белков (NSP1 - NSP6). К настоящему моменту известны десять различных видов ротавируса (от А до J). Они классифицированы по антигенным различиям основного компонента внутреннего капсида VP6. Ротавирус А является наиболее частой причиной развития инфекции у детей. Данный вид ротавируса классифицируют на генотипы по различиям в последовательности сегментов РНК, кодирующих белки наружного капсида VP7 и VP4. Особенности строения ротавируса делают его высокоустойчивым к воздействию внешних факторов и дезинфицирующих средств. При этом вирус быстро погибает во время кипячения.

Коронавирус. Коронавирусы (Coronaviridae) – это большое семейство РНК- 3 содержащих вирусов, способных инфицировать человека и некоторых животных. У людей коронавирусы могут вызвать целый ряд заболеваний - от легких форм острой респираторной инфекции до тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС). В настоящее время известно о циркуляции среди населения четырех коронавирусов (HCoV-

229E, -OC43, -NL63 и -HKU1), которые круглогодично присутствуют в структуре ОРВИ, и, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней степени тяжести.

Грипп. Грипп (Influenza) – острое инфекционное заболевание, вызываемое различными серотипами вируса гриппа, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся поражением респираторного тракта (преимущественно трахеи), проявляющееся выраженной интоксикацией, лихорадкой и умеренным катаральным синдромом. Различают три типа:

А) вирус гриппа А – имеет 13 антигенных подтипов по геммагглютинину (Н1-Н13) и 10 – по нейраминидазе (N1-N10), у человека встречаются 3 Н-подтипа (Н1, Н2, Н3) и 2 N-подтипа (N1, N2), дающие разнообразные комбинации, обладает высокой изменчивостью;

Б) вирус гриппа В – обладает меньшей вирулентностью и большей стабильностью;

Г) вирус гриппа С – не имеет нейраминидазы, антигенно стабилен.

Выводы

Исходя из вышеизложенного, наши исследования показали, что самым опасным и поражающим большую часть дыхательной и сердечно-сосудистой системы, является Коронавирус. Восстановительный период после перенесенной инфекции может занимать от месяца до года. Все это время могут сохраняться или появляться признаки сбоя работы самых разных органов и их систем. Пожилые пациенты могут начать страдать спутанностью сознания. У пациентов, находившихся на ИВЛ, могут отмечаться скачки внутриглазного и внутричерепного давления (с выраженной головной болью, тошнотой или рвотой) из-за длительного неудобного положения головы, затрудняющей венозный отток. Также неподвижность может стать причиной – болей и нарушения двигательной активности конечностей (болят ноги, руки, спина).

Литература

1. Лобзин Ю.В. Вирусные болезни человека / Ю.В. Лобзин, Е.С. Белозеров, Т.В. Беляева, В.М. Волжанин - Санкт-Петербург: СпецЛит. - 2015. – С. 400: ил ISBN 978-5-299-00641-4

2. Покровский В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В.И. Покровский, М.И. Брико, Б.К. Данилкин - 3-е издание исправлен и дополнен ISBN 978-5-9704-3822-0

3. Колобухина Л.В. Эпидемический сезон 2013 - 2014 гг. Госпитальный мониторинг и противовирусная терапия. Терапевтический архив. 2014; 86 (10): С. 52 - 59.

4. Борисов Л.Б. (2005). Медицинская микробиология, вирусология, иммунология. Москва: Медицинское информационное агентство. С. 95-104.

5. Е.В. Михайлова, А.А. Шульдяков, А.П. Кошкин, Д.Ю. Левин Ротавирусная инфекция у детей. С. 79-82

6. Инфекционные и паразитарные болезни развивающихся стран: УЧЕБНИК / Под ред. Н. Б. Чебышева. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2008.

7. Ющук Н. Д. Краткий курс эпидемиологии: (схемы, таблицы): Учебное пособие, Москва: Медицина, 2005.

8. Больной с COVID-19 на фоне недавней трансплантации сердца / В. И. Вечорко, И. Г. Гордеев, Е. В. Губарева [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2020. – № 5. – С. 89-94.

9. Мареев Ю. В. Роль возраста, сопутствующих заболеваний и активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы в проявлениях COVID-19. Эффекты ингибиторов АПФ и блокаторов ангиотензиновых рецепторов / Ю. В. Мареев, В. Ю. Мареев // Кардиология. – 2020. – № 4. – С. 4-9.

10. Киселев О.И., Маринец И.Г., Соминина А.А. Грипп и другие респираторные инфекции: эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия. СПб.: Боргес, 2003. - 244 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Яхьяева М.Х., Дубровченко А.В., Жангаворов А. Ж.

Эффективность сравнительного метода дало понять нам различие между вирусами и показало, какое действие оказывают эти вирусы на здоровье человека. На сколько по времени затягивается процесс лечение таких заболеваний. И как эти вирусные инфекции влияют на дыхательную и сердечно-сосудистую систему человека.

Ключевые слова: Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), артериальное давление (АД), ротавирус (РВ), желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), электрокардиограмма (ЭКГ), синусит, отит, сердечно-сосудистая система (ССС).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Абдувахидов Т.Т.

THE EXPERIENCE OF USING AN INDIVIDUAL COMPREHENSIVE PROGRAM OF PHYSICAL REHABILITATION IN PATIENTS AFTER A STROKE IN THE RESIDUAL PERIOD

Abduvakhidov T.T.

QOLDIQ DAVRDA QON TOMIRIDAN KEYIN BEMORLARDA JISMONIY REABILITATSIYA QILISHNING INDIVIDUAL KOMPLEKS DASTURIDAN FOYDALANISH TAJRIBASI

Абдувахидов Т.Т.

Ташкентская медицинская академия, кафедра реабилитологии, народной медицины и физической культуры

Целью данного исследования явилась оценка эффективности применения комплексной программы физической реабилитации с применением прессорной терапии, массажа, стретчинга и кинезиотерапии у больных в резидуальном периоде инсульта. Предложенный комплекс восстановительных мероприятий способствовал улучшению подвижности конечностей, снижению тонуса и уменьшению болей в мышцах, а также положительной динамике баланса при ходьбе и повышению эмоционального статуса пациентов.

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a comprehensive physical rehabilitation program using pressor therapy, massage, stretching and kinesiotherapy in patients in the residual period of stroke. The proposed complex of restorative measures improved the mobility of the limbs, decreased tone and reduced pain in the muscles, as well as positive dynamics of balance when walking and increased emotional status of patients.

Ключевые слова: инсульт, резидуальный период, реабилитация, гемипарез, самообслуживание, походка.

Цель исследования: оценить эффективность применения комплексной программы физической реабилитации с применением прессорной терапии, массажа, стретчинга и кинезиотерапии у больных в резидуальном периоде инсульта.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 5 больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу с отдаленными изменениями[2] в возрасте от 35 до 50 лет (в среднем $42,65 \pm 3,83$), проходившие курс восстановительной терапии в отделении физиотерапии 1-й клиники Ташкентской медицинской академии. Мужчин – 3, женщин – 2. Давность заболевания варьировала от 1 года до 4 лет, при этом у всех больных присутствовало явление гемипареза. Также в клинической картине заболевания были зафиксированы нарушение функции верхней и нижней конечности у 100% больных [5], нарушение самообслуживания у 100% больных. По данным магнитно-резонансной томографии головного мозга были выявлены очаги поражения головного мозга.

Была предложена программа, состоящая из следующих методик: 1. Точечный массаж с прорабатыванием рефлексогенных зон и триггерных точек; 2. Пассивное растяжение в начале и конце занятий; 3. Воздействие на активные точки соответствующих мышц при помощи акупрессуры; 4. Кинезиотерапия - с целью обучения пациентов правильному паттерну движения [4]. Процедуры проводились 4 раза в неделю, продолжительностью 40 минут, курс лечения составлял 48 процедур.

Для оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий использовались критерии: 1. Шкала спастичности Эшворта, определяющая тонус выбранной мышцы по 5 балльной системе от 0 до 4.

2. Опросник Агма [1], состоящий из 2 разделов: section A (уход за пораженной рукой), section B (независимое выполнение задач используя пораженную руку). Сравнение состояния больных по указанным шкалам проводилось до и после лечения.

Результаты. До начала программы реабилитации у больных отмечалось: выраженная спастичность конечностей, боли в мышцах, нарушение равновесия при ходьбе и депрессивное состояние. По окончании реабилитационного курса у всех пациентов было зафиксировано увеличение объема движения пораженных конечностей, снижение мышечного тонуса на стороне поражения, стабилизация баланса при ходьбе (за счет снижения тонуса мышц плечевого пояса и голени).

По шкале мышечной спастичности Эшворта были получены следующие данные: до начала занятий у всех пациентов присутствовало ограничение подвижности конечностей преимущественно в M. teres major, M. biceps brachii, M. Extensor carpi r. et u., M. Flexor digitorum, M. Soleus равное 4 баллам. После курса занятий произошло снижение тонуса и улучшение подвижности в мышцах M. teres major – 2 балла, M. biceps brachii – 2 балла, M. Extensor carpi r. et u. – 3 балла, M. Flexor digitorum – 2 балла, M. Soleus – 3 балла после курсов занятий соответственно.

По шкале ArMA до курса занятий в секции А в среднем наблюдалось значение 22.8 ± 0.83 в секции В в среднем 46 ± 0.7 . После курса занятий отмечена положительная динамика в результатах секции А в среднем до $13,2 \pm 0,83$, однако в секции В значения остались такие же, как и до начала занятий $46 \pm 0,7$.

Так же у пациентов в связи с положительными результатами и пониманием процесса лечения наблюдалось улучшение эмоционального состояния и повышение мотивации к дальнейшим занятиям [3].

Вывод. Таким образом, комплексная индивидуальная программа физической реабилитации с применением прессорной терапии, массажа, стретчинга и кинезиотерапии у больных после инсульта в резидуальном периоде оказывает положительное влияние на подвижность конечностей, снижение тонуса и уменьшение болей в мышцах. Так же наблюдается положительная динамика баланса при ходьбе и улучшение эмоционального статуса. Однако при выбранной продолжительности занятий не оказывает влияния на независимое выполнение сложных бытовых задач пораженной рукой.

Литература

1. Ashford S, Alexandrescu R & Siegert RJ., The Arm Activity measure (ArMA) passive function sub-scale conjoint measurement and ordinal scaling, *Clinical Rehabilitation* 2016;30, 714-718
2. Collen FM, Wade DT. Residual mobility problems after stroke. *International Disability Studies* 2001;13:12-5.
3. Derick T Wade, Fiona M Collen, Gillian F Robb, Charles P Warlow. Physiotherapy intervention late after stroke and mobility *BMJ* 2002; 304:609-13
4. Kamal Narayan Arya, R.K. Garg, Pawan Sharma, Rajesh Verma. **Rehabilitation Neuro-Kinesiology: Neurophysiology Review - Understanding gait control in post-stroke: Implications for management.** 2012-01-01
5. Wade DT, Langton-Hewer R. Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015;50: 177-82.

EVALUATION OF ESOPHAGEAL LESIONS IN SYSTEMIC SCLERODERMA WITH CLINICAL SIGNS AND ENDOSCOPIC FINDINGS

Abdukakhorov A.A., Boboraxmatov X.N.

Tashkent medical academy

Systemic scleroderma is characterized by damage to internal organs. Involvement of the esophagus, in particular, requires constant treatment and prevention in patients

The purpose of the study. Study of the frequency of esophageal lesions in patients with systemic scleroderma treated in an inpatient setting in the Department of Rheumatology, Clinic 1, Tashkent Medical Academy.

Research materials and methods. During the study, the department evaluated esophageal lesions in patients treated from January 2019 to December 2019 based on clinical signs and endoscopic examination findings. The study included 47 patients treated in the department (41 women (87.2%), 6 men (12.8%), average age 43.6 ± 17.9), of which 6 patients were re-treated). Clinical signs and endoscopic findings observed in patients (based on the type and degree of esophageal wall damage) were systematized.

Research results. The majority of patients with systemic scleroderma complained of clinical signs characteristic of esophageal lesions. Gastroesophageal reflux and esophagitis-specific symptoms were detected in 28 of the total patients (including 26 males and 21 females). 23 (49%) patients had wheezing, 11 (23.4%) had hoarseness, 6 (12.8%) had dysphagia, and 5 (10.6%) had chest pain. Endoscopic changes of varying degrees were detected in 23 (48.9%) patients. Patients were divided into 4 groups: no lesions in group A, mucosal hyperemia in group B, erosive esophagitis in group C, esophageal ulcers in group D. The endoscopic examination then included 24 patients in group A, 14 in group B, 7 in group C, and 2 in group D.

Conclusion. Esophageal lesions occur in the majority of patients with systemic scleroderma. These conditions negatively affect the lifestyle, diet, and progression of the disease. This requires regular endoscopic examination of patients and treatment when changes are detected.

References

1. Manetti M, E. Romano, I. Rosa / Endothelial-to-mesenchymal transition contributes to endothelial dysfunction and dermal fibrosis in systemic sclerosis // *Annals of the Rheumatic Diseases*-2017.Vol.76-P.924-934.
2. Melchor S, Joven B E, Andreu J L, Loza E, Garciasde Yebenes M J, Carmona L / Validation of the 2013 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for systemic sclerosis in patients from a capillaroscopy clinic // *Semin Arthritis Rheum*-2016.Jun-3.
3. Mehrzad Hajjalilo, Parisa Noorabad, Sepideh Tahsini Tekantapeh, Aida Malek Mahdavi / Endothelin-1, α -Klotho, 25(OH) Vit D levels and severity of disease in scleroderma patients // *Rheumatol Int*-2017.Vol.37-P.1651-1657.
4. Mihai C, Landewé R, van der Heijde D, Walker UA, Constan-tin PI, Gherghe AM, Ionescu R, Rednic S, Allanore Y, Avouac J, Czirják L, Hachulla E, Riemekasten G, Cozzi F, Airò P, Cutolo M, Mueller-Ladner U, Matucci-Cerinic M / Digital ulcers predict a worse disease course in patients with systemic sclerosis // *Ann Rheum Dis*-2016.Vol.75-P.681-686.
5. Neumann K, Wallace DJ, Metzger AL / Osteoporosis-less than expected in patients with scleroderma // *J Rheumatol*-2000. Vol.27-P.1822-1823.
6. Naylor K, Eastell R / Bone turnover markers: use in osteoporosis // *Nat Rev Rheumatol*-2017.Vol.8-P.379-389.
- Orbach H, Zandman-Goddard G, Amital H / Novel biomarkers in autoimmune diseases: prolactin, ferritin, vitamin D, and TPA levels in autoimmune diseases // *Ann N Y Acad Sci*-2016.Vol.1109-P.385-400.
7. Orbach H, Zandman-Goddard G, Amital H / Novel bio-markers in autoimmune diseases: prolactin, ferritin, vitamin D, and

CLINICAL-DIAGNOSTIC CRITERIAS OF CHRONIC DISEASES OF GASTRO DUODENAL ZONE IN TEENAGERS IN POLICLINIC CONDITIONS

Abdullaev U.S., Mirzakarimova Z.S.

Tashkent Medical Academy

At present it was proved, the peak of forming of gastro enterological pathology increases in the period of intensive growth 5-6, 9-12 and 14-17 years. The data of many researchers do not leave doubt relatively to that diseases of digestive organs in adults in majority cases.

The aim and tasks of study: diagnosis perfection of erosive-ulcerative damages of gastro-duodenal area on the base of detailed studies. To study the appearance rate of clinical symptoms of erosive gastritis and symptoms of UDD (ulcerative disease of duodenum) in teenagers.

Material and methods: it was carried out examination in 70 teenager patients at the age of 14-17. In examined patients groups the clinical diagnosis of erosive gastritis and UDD were established on the base of detailed study of complaints, history case, objective examination and EGDFC.

Results of study: our investigation showed that subjective sense of pain in epigastria area occurs in 100% cases during erosive gastritis in teenagers as well as in adults. Diarrhea - 10%, constipation--62,5%. The rate of such symptoms appears was higher as nausea, vomiting .loss of appetite and pain in palpation of abdomen in teenagers than in adults.

Among examined teenagers only 12,5 % has complained of belch, 29% water brash ,as in adults these symptoms appearance consisted of 62,5% and 75% accordingly. Some other clinical picture has been observed in teenagers with UDD. 100% teenagers and adults complained of pain epigastria area before meal. Night pain occurred more in adults (36%: 81, 8). In an anonymous survey, we found that almost a quarter (14 people, 24.1%) of adolescents with gastroduodenal diseases smoke and 5 (8.6%) drink alcohol.

In control, these indicators were 1 (8.3%) people. The survey results made it possible to develop criteria for identifying the risk (and the degree of this risk) of developing gastrointestinal tract diseases in adolescents.

Conclusion: Thus, erosive gastritis in teenagers is characterized by often appearance of such symptoms as nausea, vomiting, loss of appetite, pain during palpation of abdomen and less appearance of such symptoms as night pain, belch, water brash and constipations.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ COVID-19

Абдумаликова Ф., Гиясова М., Усманов Х.

Ташкентская медицинская академия

Появление тяжелого острого респираторного синдрома на фоне вируса SARS-CoV-2, вызывающего коронавирусную болезнь, быстро переросло в пандемию, и, как сообщалось, значительная часть пораженных вирусом пациентов имеет сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) [6]. Острые вирусные инфекции дыхательных путей, являются общепризнанными триггерами ССЗ, которые могут увеличить вероятность прогрессирования сопутствующей кардиальной патологии. В свою очередь имеющиеся исходно ССЗ ассоциированы с другой коморбидной патологией могут увеличить вероятность развития и прогрессирования инфекционного процесса [1]. Распространение коронавирусной инфекции представляет особую опасность в отношении декомпенсации имеющихся хронических заболеваний, специфического поражения сердечно-сосудистой системы (ССС), особенно, в случае тяжёлого течения коронавирусной инфекции и высокого риска неблагоприятных исходов у больных с ССЗ [2,5].

Согласно некоторым данным [7], среди 1099 госпитализированных пациентов и амбулаторных пациентов, которым лабораторно был подтвержден диагноз COVID-19 (медиана возраста 47 лет, из них 42% женщин), наиболее частой сопутствующей патологией у пациентов были артериальная гипертензия (АГ) (14,9%), сахарный диабет (7,4%), ишемической болезни сердца (ИБС) (2,5%) и других ССЗ (15%). В тоже время, метаанализ, охвативший 1 527 клинических наблюдений из различных китайских клиник, продемонстрировал, что встречаемость гипертонической болезни (ГБ) у больных COVID-19 составляет 17,1%, ССЗ – 16,4% и диабета – 9,7%, соответствующая средней частоте этих заболеваний у населения Китая [10].

Проспективное когортное обсервационное исследование ARIC (atherosclerosis risk in communities study) показало, что пациенты имеют высокую вероятность развития ИБС и инсульта, особенно спустя 90 дней после перенесенного инфекционного процесса. Следовательно, категория госпитализированных пациентов с инфекционным заболеванием в анамнезе требует пристального внимания со стороны врачей и проведения своевременных мероприятий по вторичной профилактике ИБС и частых сердечно-сосудистых осложнений [4]. Опубликованы результаты наблюдения за 416 госпитализированными пациентами с COVID-19, у 57 (13,7%) из которых развился летальный исход [11]. Среди этих пациентов у 10,6% была выявлена ИБС, у 5,3% — цереброваскулярная болезнь, у 4,1% — сердечная недостаточность.

В связи с этим несомненный интерес вызывают патофизиологические изменения, происходящие в сердечно-сосудистой системе, в результате потенциальных эффектов коронавируса. Поскольку сведения о механизмах действия COVID-19 пока ограничены, анализ данных предыдущих исследований вспышек вирусной пневмонии и острого респираторного синдрома на Ближнем Востоке (middle east respiratory syndrome coronavirus, или MERS-CoV), а также сезонного гриппа поможет получить более полное представление о механизме действия коронавирусов на ССС. Учитывая мощнейшую воспалительную нагрузку, вызванную COVID-19, и ранее представленные клинические данные по другим коронавирусным инфекциям, можно ожидать значительные сердечно-сосудистые осложнения на фоне COVID-19, распространенность и выраженность которых, вероятно, будет ниже у амбулаторных, не госпитализированных пациентов. Понимание кардиоваскулярных эффектов COVID-19 имеет важное значение для разработки и оказания своевременной комплексной медицинской помощи пациентам с ССЗ [1].

В ходе клинических исследований было отмечено, что нарушение регуляции иммунной системы, повышенная метаболическая потребность и прокоагулянтная активность, вызванные вирусом SARS-CoV2, вероятно, являются причиной повышенного риска неблагоприятных исходов у людей с ССЗ [3]. Возрастающая частота повреждений миокарда, сосудистой дисфункции и тромбоза у больных COVID-19, в том числе у лиц с бессимптомной формой или с минимальными проявлениями на ранней стадии инфекционного процесса, поднимает важные вопросы о потенциальных долгосрочных сердечно-сосудистых проявлениях, которые могут включать сердечную недостаточность, жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости сердца, внезапную сердечную смерть, нарушение миокардиального кровотока вследствие повреждения микрососудистого русла, аневризмы коронарных артерий и аорты, артериальную гипертензию, лабильность частоты сердечных сокращений и реакции артериального давления на физическую активность, ускоренное развитие атеросклероза, а также венозную и артериальную тромбоэмболию [8,9].

Появление жизнеугрожающих осложнений на фоне SARS-CoV-2, вызывающего COVID-19, обуславливает необходимость изучения кардиоваскулярных эффектов COVID-19 с целью оказания рациональной медицинской помощи пациентам как в остром периоде коронавирусной инфекции, так и в постковидном периоде. Учитывая незначительный объем литературы, описывающий влияние COVID-19 на течение ИБС, данная тема требует дальнейшего более детального изучения.

Таким образом, вирус SARS-CoV-2 обладает выраженной кардиотропностью, обусловленной как механизмом инфицирования, так и способностью повреждать миокард за счет системного воспаления, гиперцитокинемии, гиперкоагуляции, фиброзированию и дисбаланса доставки/потребление кислорода. Эти патологические процессы особенно значимы у больных с коморбидными ССЗ, повышающими как риск тяжелого течения COVID-19, так и летального исхода. В частности, ИБС является не только типичным клиническим проявлением коронавирусной инфекции, но и занимают заметное место в структуре летальности. Необходимо отметить что, пациенты, перенесенные COVID-19 составляют особую группу риска тяжелого течения ИБС и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений. Возможно утяжеление течения ИБС на фоне перенесенной коронавирусной инфекции в связи с присоединением типичных для этого заболевания дыхательной недостаточности, фиброзных изменений в легочной ткани и усугубления сердечно-легочной недостаточности. Все это требует максимальной кардиологической настороженности при лечении больных ИБС как в остром так и в постковидном периоде, контроля клинико-лабораторных показателей, своевременного использования и мониторинга у них ЭКГ, ЭхоКГ, а также патогенетически обоснованного назначения кардиотонических и кардиопротекторных лекарственных средств.

Литература

9. Ларина В.Н., Головки М.Г., Ларин В.Г. Влияние коронавирусной инфекции (COVID-19) на сердечно-сосудистую систему. // ВЕСТНИК РГМУ. -2020. -№2. -С.5-13. Руководство по диагностике и лечению болезней системы кровообращения (БСК) в контексте пандемии COVID-19, Российское кардиологическое общество.
10. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. 2020;324:603–605.
11. Cowan LT, Lutsey PL, Pankow JS, Matsushita K, Ishigami J, Lakshminarayan K. Inpatient and outpatient infection as a trigger of cardiovascular disease: the ARIC study. J Am Heart Assoc. 2018; 7 (22): e009683-e009683.
12. ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease during the COVID-19 Pandemic Last updated on 21 April 2020
13. Fauci AS, Lane HC, Redfield RR. Covid-19: navigating the uncharted. // N Engl J Med. -2020.
14. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020.
15. International T1 Multicenter Outcome Study (T1Outcome-DE). ClinicalTrials.gov identifier: NCT03749343. Updated November 21, 2018. Accessed July 6, 2020.
16. Klok FA, Kruip MJHA, van der Meer NJM, et al. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. Thromb Res. 2020;191: 145-147.
17. Li B., Yang J., Zhao F. et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. // Clin Res Cardiol. -2020. -Vol. 109(5)/ -P. 531-538.
18. Shi S, Qin M, Shen B, et al. Cardiac injury in patients with corona virus disease 2019. JAMA Cardiol. Published online March 25, 2020.
19. Wang J., Hang X., Wei B., Li D., Chen F., Liu W., Yang C., Miao X., Han L. Persistent SARS-COV-2 RNA positivity in a patient for 92 days after disease onset: A case report. Medicine. 2020;99:e21865.

АННОТАЦИЯ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ COVID-19

Абдумаликова Ф., Гиясова М., Усманов Х.

Распространение инфекции COVID-19 создало ряд проблем для медицинских работников, включая раннюю диагностику пациентов, медицинское обслуживание и прогноз осложнений. На сегодняшний день ведется изучение клинико-эпидемиологической специфики COVID-19, его взаимодействия с сопутствующими заболеваниями, разработка новых средств профилактики и лечения коронавирусной инфекции. В ситуации пандемии, вызванной коронавирусной инфекцией, особую группу риска составляют пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые часто встречаются в популяции. В статье представлен обзор литературных данных, посвященных анализу клинического течения COVID-19 у пациентов с кардиальной патологией, а также сердечно-сосудистые осложнения и неблагоприятный прогноз, ассоциированные вирусом SARS-CoV-2. Уделено внимание патофизиологическим механизмам, происходящим на фоне вирусной инфекции в сердечно-сосудистой системе, факторам риска и предикторам летального исхода при COVID-19.

ИНФЕКЦИОН ОМИЛНИНГ РЕВМАТОИД АРТРИТ КЛИНИК КЎРИНИШИГА ТАЪСИРИ

Абдураззакова Д.С., Набиева Д.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Кириш: Ревматоид артрит (РА) касаллигининг этиологияси шу кунга қадар номаълумлигича қолмоқда. Бу эса ўз навбатида РА касаллигини ташхислаш ва даволашда ўзига хос қийинчиликларни туғдирмоқда. Ҳаттоки ривожланган мамлакатларда қўлланилаётган замонавий текшириш усулларига қарамасдан, ретуксимаб, адалимумаб, инфликсимаб, этанерцепт, тоцилизумаб сингари янги ген инженерияси биологик агентлари синфига кирувчи дори воситалари ёрдамидаги агрессив терапия ҳам РА касаллигини ташхислаш ва даволаш муаммосини ечиб бераётгани йўқ [5]. Айниқса ревматоид артрит касаллиги қўшимча инфекциялар билан ассоциацияда келганда касалликни аниқлаш ва даволаш муаммоси янада юқори бўлади. Айниқса бўғим синдромига таъсир қилувчи инфекциялар, жумладан хламидий инфекцияси (*Chlamydia trachomatis*) РА касаллиги билан келганда асосий касалликнинг клиник кўринишига ўзгача жило берибгина қолмасдан, балки касалликнинг кечиши ва даволаш самарадорлигига ўзининг салбий таъсирини кўрсатади [1].

Хламидий инфекциясининг бўғим тизимини зарарлаши ревматологлар учун изланиш талаб қиладиган муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади. Адабий маълумотларда келтирилишича 1% ҳолларда хламидий инфекцияси реактив артритга олиб келади [3, 4]. Хламидий инфекциясига чалинган беморларда 2-8 ҳафта ичида артрит симптомлари пайдо бўлади. Кейинги пайтларда хламидий инфекцияли реактив артритларда учрайдиган ва кўпчиликка маълум бўлган учлик: артрит, конъюнктивит, уретрит сингари симптомларнинг ҳар доим ҳам учрамаётганлиги кузатилмоқда.

Мақсад. РА хламидий инфекциясини билан биргаликда келганда касалликнинг клиник ва лаборатор белгиларини ўрганиш ва ташхислаш усулини ишлаб чиқиш.

Материал ва усуллар. Текширишларга Америка ревматологлар коллегаси ва Европа антиревматик лигаси (ACR/EULAR, 2010) классификацион критерийларига мос келадиган [2], Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасида даволанаётган 80 нафар ревматоид артритли беморлар киритилди. Беморларнинг 66 нафари (82,5%) аёллар, 14 нафари (17,5%) эркаклар.

Кузатувдаги беморлар иккита гуруҳга бўлинди. Уларнинг 50 нафари соф ревматоид артритли беморлар – I-гуруҳ, 30 нафари эса хламидий инфекцияси билан биргаликда келган ревматоид артритли беморлар – II-гуруҳ.

Иккала гуруҳ беморлари ҳам бир қатор клиник параметрлари: ёш, касаллик давомийлиги, айна дамга қадар қабул қилиб келаётган дори воситалари жиҳатидан репрезентатив бўлган гуруҳларга тақсимланди.

Натижалар: Кузатувимиздаги беморларда эрталабки карахтлик, проксимал фалангаларо бўғимларидаги симметрик шиш, ревматоид тугунча аниқланиши, елка бўғими зарарланиши сингари бўғим симптомлари иккала гуруҳда ҳам бир хил частотада аниқланиши кузатилди. Яллиғланган бўғим терисида гиперемия аниқланиши биринчи гуруҳда бир нафар одамда аниқланган бўлиб у 2% ни ташкил қилган бўлса, шу кўрсаткич иккинчи гуруҳда 16,6% беморларда аниқланди. Касаллик дебютида чаноқ-сон бўғими зарарланиши соф ревматоид артритли беморларда учрамаган бўлса, хламидий инфекцияси билан ассоциацияда келган ревматоид артритли беморларда бу бўғим зарарланиши 6,6% ни ташкил қилди. Тизза бўғими зарарланиши биринчи гуруҳда 4% ни ташкил қилган бўлса, иккинчи гуруҳда 13,3% беморларда учради. Болдир-товон бўғими зарарланиши иккинчи гуруҳда 16,6% беморларда учради, бу кўрсаткич биринчи гуруҳда 4% беморларда кузатилди. Тирсак бўғими зарарланиши биринчи гуруҳ беморларимизда касаллик дебютида умуман учрамаган бўлса хламидий инфекцияси билан ассоциациядаги ревматоид артритларда 13,3% ни ташкил қилди.

Кузатувимиздаги беморларнинг биринчи гуруҳида дистал фалангаларо бўғимлар ва қўл панжаси биринчи бармоқ-панжа бўғими зарарланиши умуман кузатилмаган бўлса, иккинчи гуруҳда бу бўғимларнинг зарарланиши мос равишда 9,9% ва 13,3% беморларда кузатилди.

Талалгия – биринчи гуруҳ беморларида талалгия умуман кузатилмади. Ўз навбатида бу клиник белги иккинчи гуруҳ беморларимизнинг 19,8% да учраганлиги қайд қилинди.

Ахилл пайи энтезити – биринчи гурухида умуман учрамаган бўлса, ўз навбатида иккинчи гуруҳда бу кўрсаткич 16,6% ни ташкил қилди.

Тана ҳароратининг субфебрил кўтарилиши биринчи гуруҳда бу кўрсаткич 4% беморларда учраган бўлса иккинчи гуруҳда 6,6% беморларда тана ҳарорати субфебрил кўтарилиши кузатилди.

Кузатувимиздаги биринчи гуруҳ беморларининг 2% да увеит аниқланган бўлса, иккинчи гуруҳ беморларида 3,3% ҳолатда кузатилди. Конъюнктивит биринчи гуруҳ беморларида 2% ҳолатда учраган бўлса, иккинчи гуруҳ беморларида 13,3% ҳолатда кузатилди.

Уретрит биринчи гуруҳ беморларида кузатилмаган бўлса, иккинчи гуруҳ беморларида эса бу кўрсаткич 9,9% беморларда аниқланди.

Касаллик фаоллиги (Disease Activity Score, DAS-28) биринчи гуруҳга нисбатан иккинчи гуруҳда 17,5% баланд эканлиги аниқланди. Шу билан бир қаторда шишган буғимлар сони – 44% га, оғриқли буғимлар сони (ОБС) – 40,8% га, эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ) – 34,6% га, саломатликни баҳолаш кўрсаткичи (Health Assessment Questionnaire – HAQ) – 55,9% га баланд эканлиги аниқланди.

Хулоса: Юқорида олиб борилган тадқиқот натижаларидан қуйидаги хулосаларга келишимиз мумкин:

1. Ўтказилган тадқиқот хламидий инфекцияси билан биргаликда келган РАли беморларда яллиғланган буғимларнинг айримларидаги шиш, тери гиперемияси билан биргаликда келишини кўрсатди.

2. Хламидий инфекцияси билан биргаликда келган РА касаллигида қўл панжаси буғимларининг асимметрик зарарланиши билан кечди.

3. Касалликнинг илк даврида хламидий инфекцияси билан биргаликда келган РАли беморларда “РАни инкор қилувчи буғимлар”нинг зарарланиши кузатилди.

4. Хламидий инфекцияси билан биргаликда келган РАли беморларда энтезит ва талалгия аниқланиши кузатилди.

5. Хламидий инфекцияси билан биргаликда келган РА касаллигининг илк даврида тирсак буғимларининг артрита, айниқса контрактураси аниқланиши кузатилди.

6. Хламидий инфекцияси билан биргаликда келган РАли беморларда узоқ вақт давом қилувчи субфибрилитет аниқланди.

7. РАли беморларда яллиғланишга қарши базис даво сифатида метотрексат қўлланилиб бошлангандан кейин тана ҳарорати кўтарилиб бошлаши аниқланди.

8. Хламидий инфекцияси билан биргаликда келган РАли беморларда яллиғланишнинг лаборатор белгилари юқори бўлганлиги аниқланди.

Адабиётлар

1. Сорока Н.Ф. Хламидийная инфекция как фактор риска развития амилоидоза почек при ревматоидном артрите / Н.Ф. Сорока, А.К. Чиж // Здоровоохранение . – 2010. - №9. – С.26-31.

2. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 2010;69:1580-8. doi: 10.1136/ard.2010.138461.

3. Carter JD, Espinoza LR, Inman RD, Sneed KB, Ricca LR, Vasey FB, Valeriano J, Stanich JA, Oszust C, Gerard HC, Hudson AP Combination antibiotics as a treatment for chronic Chlamydia-induced reactive arthritis: a double-blind, placebo-controlled, prospective trial. Arthritis Rheum. 2010 May;62(5):1298-307. doi: 10.1002/art.27394.

4. CDC. Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae--2014. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control. Mar 14 2014;63(RR-02):1-19.

5. Dixon WG, Watson KD, Lunt M, et al; British Society for Rheumatology Biologics Register Control Centre Consortium, British Society for Rheumatology Biologics Register. Reduction in the incidence of myocardial infarction in patients with rheumatoid arthritis who respond to anti-tumor necrosis factor alpha therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. ArthritisRheum. 2007 Sep;56(9):2905-12.

УДК: 611.616.37-796

АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА ДЗЮДОИСТОВ-ЮНИОРОВ

Азизова Ф.Л., Кирьякиду Э.Х.

ANALYSIS OF THE PHYSICAL CONDITION AND COMPONENT COMPOSITION OF THE BODY OF JUNIOR JUDOISTS

Azizova F.L., Kiryakidu E.Kh.

JUDO YUNIORLARNING JISMONIY DAVLATINING TAHLILI VA KOMPONENT TANA TARKIBI

Azizova F.L., Kiryakidu E.X.

Ташкентская медицинская академия, Республиканский научно-практический центр спортивной медицины при НОК Узбекистана

Калит сузлар: кичик дзюдочилар, биоимпедансометрия, жисмоний ривожланиш, тана оғирлиги индекси (ТОИ), тана таркиби таҳлили

Key words: junior Judoists, bioimpedansometry, physical development, body mass index (BMI), body composition analysis

Ключевые слова: дзюдоисты-юниоры, биоимпедансометрия, физическое развитие, ИМТ, анализ состава тела

Цель исследования: изучение состава тела и физического развития дзюдоистов 15-18 лет разных весовых категорий.

Материалы и методы исследования: На базе ГПД г. Ташкента было обследовано 54 спортсменов-дзюдоистов в возрасте 15-18 лет, имеющие спортивную квалификацию 1 разряд, КМС и МС. При этом все борцы были разделены на три группы в зависимости от массы тела («48-55 кг», «55-60 кг» и «66-73 кг»).

Результаты измерений подверглись статистической обработке. Методы анализа антропометрических параметров состояли из определения длины тела (рост), веса, обхватов талии и бедер. Индекс массы тела рассчитывали, как отношение массы тела к квадрату длины тела ($\text{кг}/\text{м}^2$). Биоимпедансные измерения выполнялись анализатором TANITA. При оценке физического состояния исследуемые были разделены на две группы по гендерному признаку. В первую группу вошли 18 мальчиков, а во вторую 36 девочек. Распределение по возрасту представлено в Табл.1.

Таблица 1

Распределение исследуемых по возрасту и полу

Возраст	1 группа (мальчики)	1 группа (девочки)
15 лет	8	11
16 лет	7	21
17-18 лет	3	4

Первичные данные были распределены по признакам «Норма», «Выше нормы», «Ниже нормы» и представлены в виде частот встречаемости признака и процентов от количества, обследованных в каждой группе. Оценка производилась с использованием протоколов биоимпедансного анализа и центильных таблиц. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы Microsoft Office Excel. В этой программе так же было реализовано графическое представление данных в виде диаграмм.

Результаты исследования. Возрастные тренды росто-весовых и обхватных показателей, а также показателей состава тела в обследованных группах в целом хорошо соответствовали друг другу. Антропометрические показатели длины и массы тела, обхватов талии и бедер у большинства обследованных соответствовали возрасту (71-85% обследованных), что наглядно показывают диаграммы.



При анализе процента жировой ткани оказалось, что у многих девочек преобладает так называемое скрытое ожирение при нормальных и даже низких показателях ИМТ.

У мальчиков результаты расчета ИМТ и измерения процента жировой ткани выявили большее количество случаев недостатка жировой ткани.

Наблюдались выраженные относительно содержания жировой массы, связанные не только с полом, но и с вариацией уровня физической активности и статуса питания. Из 54 обследованных - 29 подростков имели повышенный %ЖМТ, согласно данным анкетирования 62% из них часто перекусывают, 79%.

Применение профессионального анализатора состава тела TANITA позволило получить следующие результаты оценки состава тела дзюдоистов трех весовых категорий, которые показаны на рисунке 1.

Весовая категория «48-55 кг», характеризуются средними значениями показателей внутриклеточной воды (27,5 л), массы жира (9,5 кг), общего количества воды в организме (42 л), массы мягких нежирных тканей (56,3 кг), без жировой массы (61,5 кг) и массы скелетных мышц (36,5 кг), при значениях массы белков (13,8 кг), массы минералов (4,9 кг) выше среднего уровня и значениями внеклеточной воды (14,7 л), соответствующими уровню «ниже среднего». Весовая категория «66-73 кг» характеризуются высоким уровнем содержания в организме массы белков (18,9 кг), мягких не жировых тканей (65,6 кг), без жировой массы (72,4 кг), при этом показатели массы жира (13,6 кг), массы скелетных мышц (42,4 кг), внутриклеточной (31,9 л) и внеклеточной (18,9 л)

воды, массы минералов (5,2 кг) и общего количества воды в организме (50,8 л) соответствуют значениям уровня «выше среднего». «55-60 кг» характеризуются низкими значениями показателей общего содержания воды в организме (33,3 л) и количества внеклеточной воды (10,6 л), тогда как значения показателей массы белков (13,5 кг) и минералов (4,8 кг) соответствуют уровню «выше среднего», при значениях внутриклеточной воды (22,7 л), массы мягких не жировых тканей (51,5 кг), массы жира (6,7 кг), без жировой массы (55,3) и массы скелетных мышц (30,6 кг) ниже среднего.

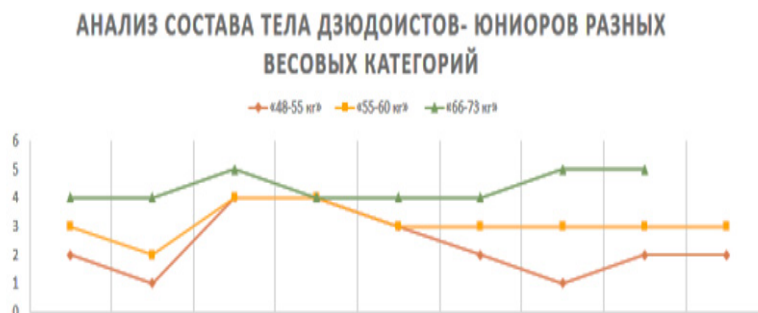


Рис. 1. Анализ состава тела дзюдоистов-юниоров, разных весовых категорий Примечание: уровни: 5 – высокий; 4 – выше среднего; 3 – средний; 2 – ниже среднего; 1 – низкий

Вывод: В результате исследований было выявлено, что даже антропометрические показатели и индексы не всегда позволяют объективно оценить физическое состояние подростка спортсмена. Биоимпедансное исследование позволяет выявить скрытые нарушения состава тела, которые могут неблагоприятно повлиять на здоровье и развитие подростка. Результатами антропометрии и биоимпедансного анализа были установлены гендерные особенности роста-весовых и обхватных размеров подростков, а также долей жировой ткани. Полученные в результате анализа состава тела, данные дзюдоистов юниоров, представляющих разные весовые категории, нуждаются в дальнейшем исследовании и сопоставлении с подобными результатами, которых на сегодняшний день в научно-методической литературе нет.

Литература:

1. Васильева Т.Е., Маринова Л.Г., Тихонова А.С. Биоимпедансный анализ состава тела у детей школьного возраста с избыточным весом // Медицинская реабилитация в педиатрической практике: Достижения, проблемы и перспективы. Киров, 2013. С. 56-63.
2. Иванов Г.Г., Балувев Э.П., Петухов А.Б., Николаев Д.В. Биоимпедансный метод определения состава тела // Вестник РУДН. Медицина. 2000. Вып. 3. С. 66-73
3. Никитюк Д.Б., Николенко В.Н., Клочкова С.В. Индекс массы тела и другие антропологические показатели физического статуса с учетом возраста и индивидуально-типологических особенностей конституции женщин // вопросы питания. 2015. Т. 84, № 4. С. 47-54.
4. Николаев, В.Г. Состав тела человека: история изучения и новые технологии определения / В.Г. Николаев, Л.В. Синдеева, Т.И. Нехаева, Р.Д. Юсупов. - Сибирское медицинское обозрение, 2011. - № 4. - С. 3-7.
5. Николаев, Д.В. Биоимпедансный анализ состава тела человека / Д.В. Николаев, А.В. Смирнов, И.Г. Бобринская, С.Г. Руднев. - М.: Наука, 2009. - 392 с.
6. Николаев Д.В. Биоимпедансный анализ: основы метода. Протокол обследования и интерпретация результатов // Спортивная медицина: наука и практика. 2012. Вып. 2. С. 29-36.

THE FUNCTIONAL STATE OF THE THYROID GLAND IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS ON THE BACKGROUND OF PHARMACOTHERAPY

Aliyeva K.K., Djuraeva E.R., Tashpulatova M.M.

Tashkent Medical Academy

The prevalence of rheumatoid arthritis (RA) in the population, according to the World Health Organization (WHO) from 0.5 to 1% and economic losses from RA are comparable with coronary heart disease [1,4]. Patients with RA are exposed to increased incidence of pathology of thyroid gland (TG), which is explained by the common immunological mechanisms of these diseases [2]. The prevalence of thyroid pathology among patients with RA reaches 28% [3,6]. There is particular interest of the study of the functional state of the thyroid gland in the era of treatment of RA patients with basic anti-inflammatory drugs (BAIDs) [5].

Goal. To assess the functional state of the thyroid gland in patients with RA on the background of BAIDs.

Materials and methods.

The study included 50 patients aged from 19 to 74 years (mean age 44.2 ± 3.2 years) with a reliable diagnosis of RA (according to the EULAR / ACR criteria, 2010) with a disease duration of up to 1 year (from 6 to 52 weeks), who underwent inpatient treatment in the departments of cardio-rheumatology and rheumatology and who are

registered at the arthrological department of the multidisciplinary clinic of TMA in the period between 2019 and 2020. By sex, patients were distributed as follows: 44 women (88%) and 6 men (12%). In the group of patients who started receiving BAIDs treatment for the first time, 35 patients were prescribed methotrexate at a dose of 7.5-15 mg per week, 15 patients were prescribed leflunomide at a dose of 20 mg per day. In all patients during the study, the standard parameters of the articular syndrome were assessed: the number of painful joints (PJ), the number of swollen joints (SJ), the duration of morning stiffness in minutes, the severity of pain on a 100 mm visual analogue scale (VAS) and Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ) and Richie. The quantitative assessment of activity of RA was carried out using the index of DAS 28 (Disease Activity Score), recommended by the EULAR. The laboratory parameters were studied: erythrocyte sedimentation rate (ESR), the level of C-reactive protein (CRP) and rheumatoid factor (RF). Also, all patients assessed the level of free thyroxine (fT4), free triiodothyronine (fT3), thyroid stimulating hormone (TSH), antibodies to thyroid peroxidase (AT to TPO) and thyroglobulin (AT to TG). The effect of therapy was assessed according to the criteria of ACR, EULAR and DAS 28. The effectiveness was assessed after 12 months of therapy.

Results and discussion. Among the examined patients, seropositive RA was diagnosed in 34 (60%) patients, seronegative RA - in 16 (40%). Systemic manifestations of RA were detected in 10 (20%) patients. The average degree of activity of RA was diagnosed in 28 (56%) patients, high - in 22 (44%). The average value of morning stiffness in all examined patients was 79.1 ± 19.3 minutes.

From the data presented, all patients after 12 months of DMARD treatment showed a statistically significant decrease in signs of clinical activity compared to the previous value of the Richie index, HAQ and VAS ($P < 0.001$). The positive effect of the BAIDs showed a significant decrease in the number of painful and swollen joints according to the indexes of VAS, HAQ and Richie compared to the previous values before treatment ($P < 0.001$). Evaluation of the efficiency of BAIDs therapy according to the criteria of EULAR showed that after 12 months of treatment, a good effect was achieved in 42 (84.0%) patients, satisfactory - in 6 (12%) patients, the effect was not achieved in 2 (4%) patients. At the beginning of the study, in the group of patients receiving BAIDs ($n = 50$), 19 (38%) patients were diagnosed with subclinical hypothyroidism; 31 (62%) patients had increased levels of antibodies to the thyroid gland (in 10 (20%) patients - antibodies to TPO and antibodies to TG, in 10 (20%) - only antibodies to TPO and in 11 (22%) - AT to TG). After 12 months of treatment with BAIDs, the level of TTG in one patient with subclinical hypothyroidism decreased slightly, according to the EULAR criteria, there was no treatment effect, according to the ACR criteria, a 20% improvement was achieved. In another patient with subclinical hypothyroidism, on the background of the therapy, the level of TTG returned to normal, a good effect on the EULAR was achieved, and the improvement in ACR was 65%. Subclinical hypothyroidism was diagnosed for the first time in 4 patients with an initially elevated level of anti-TPO antibodies, which was manifested by increase of anti-TPO antibodies. In 2 patients with initially high levels of anti-TPO antibodies, the anti-TG antibodies returned to normal.

Conclusion. Thus, against the background of the basic therapy of the examined patients with RA, there was an improvement in the clinical and laboratory parameters of the disease, which also contributed to improvement in the function of the thyroid gland and decrease of the level of antibodies to the thyroid gland.

References

1. Tashpulatova M.M., Kasimova M.B., Ziyayeva F.K., Sultonova M.Kh., Sharipov Z.A. Enhancement of the diagnosis and treatment of early rheumatoid arthritis // International Journal of Pharmaceutical research 2020.12.02.0031-Vol 12.-Issue 1.P. 221-228
2. Зиннетуллина Н.Х. Особенности тиреоидного статуса у больных ревматоидным артритом: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Чебоксары, 2013. – 23 с.
3. Мягкова М.А. Естественные антитела к гормонам. – М.: Материя - Медика, 2011. – 260 с.
4. Насонов Е.Л. Новые аспекты фармакотерапии ревматоидного артрита – блокада ко-стимуляции Т-лимфоцитов// Русский медицинский журнал. – 2019. – Т. 17, №3. – С. 150-155.
5. Насонов Е.Л. Ревматология: Клинические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2018. – 752 с.
6. Насонов Е.Л., Лукина Г.В., Сигидин Я.А. Комбинированная терапия метотрексатом и лефлуномидом при ревматоидном артрите (предварительные результаты российского регистра АРБИТР)// Научно-практическая ревматология. – 2018. - №1. – С. 16-20.

УДК: 616.-002.5+616-053.2(8-075)

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Аскарова Р.И.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА СИЛ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРАЛДАРДА СИЛГА ҚАРШИ ДОРИЛАРНИНГ ЕМОН ТАЪСИРИ

Аскарова Р.И.

SIDE EFFECTS OF ANTI –TUBERCULOSIS DRUGS IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS IN THE KHOREZM REGION

Askarova R.I.

Ўзбекистонда сил касаллиги энг хавfli ижтимоий ва тиббий муаммолардан бири хисобланади. Сил касаллиги кўплаб мамлакатларда эпидемияга айланган. Ушбу инфекциядан хар йили деярли 1,5 миллион киши вафот этади. Сил касаллигини энг кам ресурслар билан хам олдини олиш ва даволаш мумкин.

Калим сузлар: туберкулез, сил касаллигини даволаш, ножуя таъсир, силга карши препаратлар.

In Uzbekistan tuberculosis is one of the most threatening social and medical problem. Tuberculosis has become an epidemic in many countries of the world. Almost one and a half million people die annually from this insidious infection. Tuberculosis can be prevented and cured even with the most scarce resources. The article analyzes the case histories of patients who received in the threatment in the Khorezm regional anti- tuberculosis dispensary.

Key words: tuberculosis, the threatment, side effects, anti-tuberculosis drugs;

В Узбекистане туберкулез одна из наиболее угрожающих социальных и медицинских проблем. Туберкулез приобрел масштаб эпидемии в многих странах мира. Ежегодно почти полтора миллион человек умирают от этой коварной инфекции. В большинстве случаев туберкулез можно предупредить и предотвратить даже при самых скудных ресурсах. В статье анализируются данные с истории болезней стационарных больных, находящие на лечении в областном Хорезмском противотуберкулезном диспансере в терапевтическом отделении.

Ключевые слова: туберкулез, лечение, побочные эффекты, противотуберкулезные препараты

Актуальность исследования

В республике Узбекистан ежегодно проводится комплекс широкомасштабных противотуберкулезных мероприятий по борьбе с туберкулезом. Туберкулез может быть вылечен с помощью лекарств, за исключением редких случаев. Открытие антибиотика стрептомицина, победивший туберкулез по праву принадлежит З.А. Ваксману. Туберкулез как коварная болезнь сопровождал человечество на протяжении тысячелетий. Люди всегда искали средства для лечения туберкулеза. Этот недуг уносил жизней больше, чем все войны, вместе взятые.

Понадобился многолетний кропотливый труд большой армии химиков, биохимиков, фармацевтов, микробиологов, клиницистов, ботаников для внедрения противотуберкулезных препаратов. Но на современном этапе человечество обеспокоилась ростом числа пациентов с множественно- лекарственно устойчивыми формами туберкулеза (МЛУ). Республика Узбекистан относится к числу 20 приоритетных стран ВОЗ по уровню МЛУ ТБ. [1]. Лечение лекарственно устойчивого туберкулеза осложнено с точки зрения построения лечебной программы ДOTS: оно длительное, требующее от пациентов принимать курс химиотерапии на протяжении срока до двух и больше лет, при этом терпеть зачастую побочные эффекты медикаментов. При этом побочные реакции, вызываемые резервными препаратами, приводят к изменению схемы лечения и снижению эффективности химиотерапии [1,2]. Поэтому изучение характера побочных реакций, вызываемых препаратами резервного ряда является необходимой предпосылкой эффективного лечения больных с МЛУ-ТБ.

Цель исследования

Изучить частоту, характер побочных реакций, вызываемых противотуберкулезными препаратами больных, находящихся в областном противотуберкулезном диспансере Хорезмской области

Материалы и методы исследования

Проведено изучение истории болезней больных туберкулезом легких, анализ медицинских карт стационарного больного, ТБ 01, журнала регистрации побочных реакций препаратов, пациентов с первичным МЛУ ТБ, находившихся на лечении в отделении терапии областного противотуберкулезного диспансера за 12 месяцев 2019 год.

Результаты обследования и обсуждение

Всего проанализировано 93 истории болезней пациентов, находившихся в отд. терапии областного противотуберкулезного диспансера г. Ургенча за 12 месяцев 2019г. с первичным МЛУ ТБ. На начальном этапе, в первые 2-3 недели лечения, хоть один побочный эффект наблюдался в 76(81,7%) случаях, эти ПР носили временный характер и исчезли самостоятельно. У 17(18,3%) пациентов не было никаких побочных проявлений. Видимые побочные реакции на ПВР наблюдались в 48 (51,6%) случаев. У 34 (71%) пациентов из-за стойких побочных реакций ПТП, вызвавшие ПР были исключены из схемы лечения. Рас во всех 48(51,6%) случаях, Eто/Рто в 6 (12,5%) случаях. Скрытые побочные эффекты без клинических проявлений, были зарегистрированы в виде эозинофилии 10(20,8%) с уровнем эозинофилов от 8% до 36%, а также повышение печеночных ферментов 5(10,4%). Самыми распространенными проявлениями ПР были тошнота, рвота (80%), боли в животе (14,6%), кожная сыпь (16,6%) диарея(12,5%), неврологические расстройства (головные боли, судороги в мышцах, бессонница) 12,5%.

Средний возраст пациентов составлял 47 лет (в диапазоне 22-74), лица трудоспособного возраста составляли 81,3%, большинство из них были мужчины 28 (58,3%).

Таблица 1

Возраст наблюдаемых больных туберкулезом

До 20лет	До 30лет	До 40лет	До 50лет	До 60лет	Больше 60лет
4	13	12	5	7	7

Таблица 2

Анализ больных по формам туберкулеза, из них 33 деструктивные формы

№	Формы	количество
1	Цирротический туберкулез легких	2
2	Инфильтративный туберкулез легких	10
3	Инфильтративный туберкулез легких с распадом	26
4	Фиброзно-кавернозный туберкулез легких	3
5	Диссеминированный туберкулез хронические формы	2
6	Диссеминированный туберкулез в фазе инфильтрации и распада	2
7	Кавернозный туберкулез	1
8	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	3

Таблица 3

Туберкулез с сопутствующей патологией, из 48 больных имели 32 (65%)

№	Сопутствующая патология	количество
1	Наркомания	1
2	Алкоголизм	12
3	ВИЧ инфекция	3
4	Сахарный диабет	11
5	Гормонозависимый ревматоидный артрит	1
6	Гормонозависимый, бронхиальная астма	2
7	Силикоз, профессиональные заболевания	1
8	Язва желудка и 12 перстной кишки	1

Таблица 4

Проявления побочных эффектов, после принятия препаратов

1. Побочные реакции со стороны ЖКТ 44 случая, после приема препаратов				
Тошнота	Рвота	Изжога	Боли в животе	Жидкий стул
26	2	8	2	6
2. Побочные реакции со стороны печени -6 случаев				
повышение тимоловой пробы	повышение АЛТ	боль	желтуха	повышение билирубина
1	1	3	1	2
3. Побочные эффекты со стороны ЦНС-23 случая				
головные боли	нарушение сна	депрессия		
8	8	5		
кожные реакции	зуд кожи у 8 пациентов			

Таблица 5

Побочные эффекты противотуберкулезных препаратов у больных

Побочные действия	Количество	Процент
Тошнота, рвота	20	80
Головная боль	10	40
Нарушение слуха, зрения	4	16
Диарея	7	28

Боль в суставах	7	2
Лекарственный гепатит	6	24
дерматит	4	16
Периферическая нейропатия	2	8
депрессия	2	8

Таблица 6

Открытия противотуберкулезных препаратов с публикацией в литературе

№	Препарат	Автор	год публикации
1	ПАСК	Berncheim	1941
2	Стрептомицин	Waksman	1944
3	Пиразинамид	Makcaness, Smith	1950
4	Изониазид	Fox et al	1952
5	Циклосерин	Hernd, Kropp	1955
6	Канамицин	Umezawa	1957
7	Этионамид	Noufland-Guy-Loe	1960
8	Капреомицин	Herr et.al Loe	1961
9	Этамбутол	Thomas, Wilkinson	1966
10	Рифампицин	Maggi et al	1966
11	Фторхинолоны	Gillepsei, Kennedy	1990

Чаще всего побочное действие противотуберкулезных препаратов оказывалось на желудочнокишечный тракт [2] (тошнота, рвота, диарея, лекарственный гепатит) - 30 (90,9%) случаев, неврологические расстройства (головные боли, периферические нейропатии) - 12 (36,4%) случаев, атральгия 7 случаев (21,2%), аллергические реакции в виде дерматита и снижение слуха по 4 случая (12,1%).

Выводы

Побочные действия противотуберкулезных препаратов ограничивают возможности проведения полноценной химиотерапии [1]. ПР развивались у всех пациентов с наличием сопутствующей патологией ЖКТ, кахексией, а также распространенным деструктивным туберкулезным процессом. Наиболее типичными проявлениями ПР тошнота, рвота, диарея [2] - 39 (81,2%) случаев, неврологические расстройства (головные боли, депрессии, бессонница) - 6 (12,5%). Вызывали побочные реакции в основном Pas,Pto/Eto,Cs,Z [1]. В 70% случаев возникла необходимость исключения из схемы лечения одного препарата.

Литература

- 1.Тилляшайхов М.Н.,Тураев Л.Т. Обзор общенационального исследования устойчивости к противотуберкулезным препаратам.Ташкент. 2012. С. 20-22.
- 2.Кошечкин В.А., Иванова З.А. Туберкулез: Tuberculosis: Учебное пособие. М.: Изд-во РУДН, 2006. С. 190-210.
- 3.Козловский В.И.,Карпицкий А.С. Кровохарканье и легочное кровотечение при туберкулезе. Военно медицинский журнал 1997г 318,№6 29-33;
- 4.Хамрокулов Р.Ш. Силга карши курашишни ташкил этишда диспансерни асосий вазибалари.Тошкент 2006;С.54-49

ОТЯГОЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Аскарова Р.И.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА ДЕСТРУКТИВ СИЛ КАСАЛЛИГИНИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА УНИНГ НАТИЖАЛАРИ

Аскарова Р.И.

AGGRAVATING RISK FACTORS ANID OUTCOMES OF PATIENTS WITH DESTRUCTIVE TUBERCULOSIS IN THE KHOREZM REGION

ASKAROVA R.I.

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал

На планете никто с достоверностью не может сказать когда появился туберкулез. Только можем сказать, что эта самая коварная болезнь на земле. На пороге 21 века, многие болезни на нашей планете продолжают угрожать здоровью людей. Туберкулез, стоит в первом ряду этих болезней. Ежегодно во всем мире регистрируется более 8 миллионов новых случаев заболевания туберкулезом и около 2 миллионов человек

умирают от этой болезни. Нищета и неполноценное питание способствуют распространению заболевания в развивающихся странах, а миграции, войны подготавливают плацдарм для эпидемии. Глобальный рост туберкулеза, увеличение количества случаев ВИЧ-инфекции и возникновение штаммов микобактерий туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью – вызывают сильнейшую озабоченность. Среди впервые выявленных больных значительно вырос удельный вес деструктивных форм туберкулёза. Ряд международных организаций участвуют в программах по борьбе с туберкулезом во всем мире. Практичные и недорогие способы диагностики заболевания – ключевое звено в этой цепи.

Ключевые слова: туберкулез, профилактика, факторы риска, исход больных, лечение.

Сайёрамизда сил касаллиги инсонларда қачон пайдо бўлганлиғи ҳақида ҳеч ким ишонч билан айтолмайди. Фақатгина инсониятнинг энг қадимий офатлардан бири бўлгани бизга маълум. Асрлар давомида сайёрамиздаги қўплаб касалликлар қатори сил касаллиги одамнинг соғлиғига таҳдид солаётганлиги сабабли бу касаллика этиборсизлик, профилактика, даволаш ва диагностикасига юзаки қарашимиз жуда ёмон оқибатларга олиб келади ва қатта ташишлар туғдиради. Қурраи заминда юз бераётган тўфонлар, экологик фожиялар, қашшоқлик, ижтимоий ўзгаришлар сил касаллигининг қўнайиб кетишига ва эпидемия ҳолатига айланишига олиб келмоқда. Бошқа юқумли касалликлар ичидан сил билан хасталаниш ва ўлиш биринчи ўринда қолмоқда. Мамлакатлар аҳолиси ўртасидаги алоқаларнинг ривожланиши, кўчиб юришлар, қашшоқлик сабабли ривожланган мамлакатларга соғлом одамлар қаторида, сил беморларининг ҳам кириб боришларини тўхтатишининг иложи йўқ.

Калим сузлар: туберкулез, сил профилактикаси, хавф омиллар, натижалар, даво

In the Republic of Uzbekistan focused work is being carried out to protect the health of the younger generation. However there is an increase in patients with environmentally mediated diseases. On the threshold of the 21st century, many diseases on our planet continue to threaten the health of people. Tuberculosis, an ancient, insidious disease, stands in the first order of these diseases. Annually, more than 8 million new cases of tuberculosis are registered all over the world and about 2 million people die from this disease. Poverty and malnutrition contribute to the spread of the disease in developing countries, and migrations, wars prepare a bridgehead for the epidemic.

Keywords: tuberculosis, prevention of tuberculosis, risk factors, focus of tuberculosis infection.

Туберкулез- смертоносная инфекция, стала одним из самых древних бедствий человечества. Сотни лет многие болезни на нашей планете продолжают угрожать здоровью людей [1]. Туберкулез, древнее заболевание, стоит в первом ряду этих болезней и вызывает сильнейшую озабоченность. Туберкулёз коварная болезнь, известная с древних времен, убивает сегодня больше людей, чем когда либо. Туберкулез, который, как многие из нас полагали, навсегда исчез из нашей жизни, снова стал пугающей реальностью. Мы не можем позволить эпидемии туберкулёза распространиться еще шире. Ни одна страна в мире не свободна от туберкулёза [1]. Ряд международных организаций участвуют в программах по борьбе с туберкулезом во всем мире. Ежегодно во всем мире регистрируется более 8 миллионов новых случаев заболевания туберкулезом и около 2 миллионов жителей планеты умирают от этой болезни. Из них бактериовыделители представляют серьезную опасность для населения [2]. Ряд факторов такие как неполноценное питание, стресс, снижение иммунитета, экологические факторы способствуют распространению заболевания, а миграции, войны и природные экологические факторы подготавливают плацдарм для эпидемии.

На современном этапе туберкулез остается серьезной медицинской и социальной проблемой в мире, в республике Узбекистан несмотря на комплекс проводимых широкомасштабных противотуберкулезных мероприятий эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается напряженной [3]. Туберкулез является ведущей причиной смерти среди молодых женщин в детородном возрасте и молодых людей в наиболее производительном возрасте, ставших жертвами болезни в расцвете творческих сил. Каждый год в нашей республике десятки людей погибают от туберкулеза, несмотря на то, что для лечения больных уже в течение нескольких десятилетий существуют эффективные лекарства. Всё равно туберкулез продолжает оставаться «убийцей № 1» среди всех инфекционных заболеваний.

Анализ эпидемиологических показателей по туберкулёзу за последние годы показал, что среди впервые выявленных больных значительно вырос удельный вес деструктивных форм туберкулёза.

Вышеуказанные отрицательные эпидемиологические сдвиги диктуют необходимость более тщательного ознакомления врачей общего профиля с факторами развития туберкулёза у детей в условиях Узбекистана, своевременной диагностики данной патологии.

В медицинских учебниках прошлого туберкулез преподносился как прогрессирующее заболевание, при котором одна вспышка неизбежно следует за другой. Теперь такое течение встречается при позднем обращении к врачу. Своевременно выявленный больной, если он выполняет все назначения врача, выздоравливает. Медицина сегодня вооружена средствами предупреждения, раннего выявления больных и эффективного лечения. [4] Однако проблема туберкулеза до конца не решена. Еще велик экономический ущерб, наносимый обществу в связи с длительным лечением больных, потерей рабочего времени по больничным листам и инвалидностью. Бедствия от этой болезни испытывают на себе все народы мира. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выдвинула лозунг «Никакого перемирия в борьбе с туберкулезом!» «Стоп – туберкулёз». И он касается всех стран планеты. Ослабление внимания, излишний оптимизм и инертность в

борьбе с ним опасны. Вышеуказанные отрицательные эпидемиологические сдвиги диктуют необходимость более тщательного ознакомления врачей общего профиля с факторами развития туберкулёза у детей в условиях Узбекистана, своевременная диагностика данной патологии, рациональное лечение и своевременное выявление детей с риском заболевания. Недавно мы провели анкетирование группы молодых людей, профессионально не связанных с медициной. В анкете было пять вопросов, и на каждый из них нужно было ответить одним словом — да или нет.

1. Является ли туберкулез распространенным заболеванием?
2. Опасен ли больной для окружающих?
3. Какие факторы приводят к развитию туберкулёза?
4. Можно ли больным туберкулезом вступать в брак и иметь детей?
5. Излечим ли туберкулез?

Половина ответов оказалась неверной. Между тем никто не застрахован от этого заболевания, и каждому надо знать, как от него уберечься, не пропустить его начало. Туберкулез — инфекционное заболевание. В борьбе с ним приходится испытывать не только удовлетворение от успехов. Встречаются трудности и огорчения. Чтобы не допускать новых заражений и заболеваний, надо как можно раньше выявлять больных. Необходимо, чтобы широкие массы населения имели правильное представление о туберкулезе, были полнее осведомлены о методах его профилактики, о важности своевременного обращения за медицинской помощью. Данное учебное пособие предназначено для студентов Медицинского ВУЗа, ординаторов, медицинских работников лечебно-профилактических учреждений общего профиля. Цель пособия – помочь студенту легко и быстро найти ответы на самые важные и актуальные вопросы, связанные с выявлением, диагностикой и лечением туберкулеза. В Республике Узбекистан, благодаря выполнению закона о защите населения от туберкулёза и ряда директивных документов, достигнута стабилизация, а также намечена тенденция к снижению заболеваемости и смертности от данного заболевания. В последние годы туберкулёз методом флюорографических, рентгенологических исследований стал в 1,5-3 раза чаще выявляться в группах риска и обязательного контингента взрослого населения, чем в среднем по республике [1]. Эпидемиологическая обстановка по туберкулёзу среди взрослого населения коррелирует с ситуацией среди детей и подростков. Сегодня достигнуты большие успехи в снижении заболеваемости туберкулёзом и смертности от него среди детского населения. Однако нельзя ещё считать, что туберкулёз у детей полностью побеждён. Пока ещё сохраняется опасность заражения туберкулёзом детей. Поэтому борьба с детским туберкулёзом остаётся одним из главных разделов общего комплекса противотуберкулёзных мероприятий. Одним из основных методов выявления или ранней диагностики туберкулёза у детей и подростков долгое время являлась массовая туберкулинодиагностика. По пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л туберкулез у детей выявляется, по данным разных авторов, в 40–70% случаев [2,3]. Недостаточный объём туберкулинодиагностики (0,3%) в республике, привёл к снижению охватом ревакцинацией детей младшего школьного возраста (7-8 лет), в период, когда наблюдается естественное снижение противотуберкулёзного иммунитета [5,6]. Поиск новых подходов к выявлению туберкулёза среди детей, изучение возможностей применения цифрового флюорографического обследования в детской практике привели к необходимости проведения и последующего анализа эффективности этого метода в выявлении туберкулёза органов дыхания среди детей младшего и среднего школьного возраста, относящихся к группам повышенного риска по туберкулёзу.

Цель данного исследования. Изучить значение факторов риска в течении и исходе фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились в противотуберкулезном диспансере Хорезмской области г.Ургенча. Изучены медико-социальные факторы у пациентов фиброзно-кавернозным туберкулезом легких 80 больных и возрасте от 12 до 74 лет. Мужчин было 43 (53,7%), женщин - 37 (46,2%).

Одностороннее поражение легких обнаружено у 22 (27,5%), двустороннее - у 58 (72,5%) больных.

При изучении возрастно-полового состава установлено, что фиброзно-кавернозный туберкулез почти одинаково встречалась у мужчин и женщин в возрасте $31,40 \pm 5,24$ года, т. е. в основном трудоспособном возрасте. В прошлом находились в местах лишения свободы 24,7% больных. Из анамнеза выяснено, что 14 (17,5%) пациентов были в контакте с больными, в прошлом находившимися в пенитенциарных учреждениях. Низкий социальный статус был у 24 (30%) больных.

Существенное влияние на исходы фиброзно-кавернозного туберкулеза оказывало несвоевременное выявление процесса, что имело место в 28,7% случаях. Сопутствующая патология обнаружена у 34 (42,5%) больных, преобладали: сахарный диабет - у 14%, заболевания желудочно-кишечного тракта - у 29,4%. СПИД - у 20,5%. из них анемия - у 5,8%. онкологические заболевания - у 5,2% больных.

У всех больных при анализе мокроты обнаружены микобактерии туберкулеза (МБТ), причем у 85% пациентов - устойчивые штаммы МБТ: 41% больных негативно относились к лечению, не посещали туберкулезный диспансер, самовольно прекращали лечение, беспорядочно принимали антибактериальные препараты, после чего у них штаммы МБТ становились полирезистентными.

Вывод: Результаты исследования показывают, что основными специфическими факторами риска являются наличие контакта с туберкулезным больным, проживание в туберкулезных очагах инфекции, отсутствие вакцинации БЦЖ. Социальными факторами, влияющими на неблагоприятный исход туберкулеза

являются: нахождение в местах лишения свободы, молодой репродуктивный возраст, низкий санитарно-культурный образ жизни; из медицинских факторов особое значение имеют несвоевременное выявление туберкулеза, наличие сопутствующих заболеваний, негативное отношение больного к лечению и развитие искусственной полирезистентности МВ.

Литература

1. Убайдуллаев А.М., Абсадыкова Ф.Т., Ташпулатова Ф.К. Туберкулёз в Узбекистане // Туберкулёз и болезни лёгких № 11 2011. С.10-14.
2. Александрова Е.Н., Потапова Е.Н., Чхетия Н.М. и др. Раннее выявление туберкулеза у детей // VII съезд Российских фтизиатров. Туберкулез сегодня: Тез. докл. М., 2003; С. 147-148.
3. Хамрокулов Р.Ш. Силга карши курашишни ташкил этишда диспансернинг асосий вазифалари. Ташкент.2006й, С23-24;
4. Тиллашайхов М.Н. Туберкулезга карши муассасаларда инфекция назорат. Ташкент. 2013й, С31-32;
5. Сахарова Е. А., Бекежанова М. Б. Группы повышенного риска заболевания туберкулезом среди детей // Проблемы туберкулеза. – 1985. - №1. – С.12-14.
6. Яковлев Н. И. Первичное инфицирование микобактерий туберкулеза детей и подростков // Проблемы туберкулеза. – 1994. - №6. – С.10-11.
7. Митинская Л. А., Куфакова Г. А. Факторы риска первичного инфицирования туберкулезом детей и подростков // Проблемы туберкулеза. – 1990. - №9. – С. 17-19.
8. Codecasa L. R., Porretta A. D., Gori A. Tuberculosis among immigrants from developing countries in the province of Milan, 93-96 // Tuberc. Lung Dis. – 1999. – 3(7). – P.551-2.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Асрарова З.Д., Даминова М.Н.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Введение. Герпесвирусные инфекции являются широко распространенными заболеваниями во всем мире. В последние годы в связи с эпидемическим подъемом заболеваемости ВИЧ-инфекцией их роль возросла. Среди вирусных заболеваний человека герпетическая инфекция (ГИ) занимает одно из ведущих мест, что объясняется ее ubiquitous распространением [1]. ВИЧ-инфекция сопровождается развитием оппортунистических заболеваний, среди которых герпесвирусы занимают одно из ведущих мест. Наиболее распространенными среди них являются поражения, связанные с вирусами простого герпеса, варицелла зостер, цитомегаловирусом [2]. Вирусы герпеса могут активировать ВИЧ, находящийся в стадии провируса, и являются кофактором прогрессирования ВИЧ инфекции и СПИДа. При герпесе развиваются иммунодефицитные состояния, обусловленные недостаточностью различных звеньев иммунной системы и ее неспособностью элиминировать вирус из организма. Сохраняющиеся в течение всей жизни, иногда в довольно высоких титрах, вируснейтрализующие антитела хотя и препятствуют распространению, но не предупреждают возникновения рецидивов [3,4].

Цель. Оценить клинические проявления герпетической инфекции у ВИЧ-инфицированных детей

Материалы и методы исследования. Проведено клиническое обследование герпетической инфекции (ГИ) ВИЧ инфицированных 57 детей, в возрасте от 1 года до 15 лет. Мальчиков отмечалось 41(71,93%) и девочек 16(28,07%) Группу сравнения составили 23 ВИЧ инфицированных детей без герпесной инфекции, того же возраста. Лабораторные методы исследования включали проведение общего анализа крови, мочи, кала, изучение иммунного статуса, уровня Сд4 клеток; Серологический: методом ИФА в крови определены антитела к ЦМВ и вирусу простого герпеса (ВПГ).

Результаты. Под нашим наблюдением находилось 57 детей, в возрасте от 1 года до 15 лет, мальчиков 41 (71,93%), девочек 16 (28,07%), у 57 детей, был установлен ВИЧ положительный статус и были серологически подтверждена герпесвирусная инфекция Наблюдения и общеклинические исследования проведены на базе НИИ Вирусологии МЗ РУз. По возрасту дети распределились следующим образом: от 1 года до 6 лет – 34(59,65%) детей, от 6 лет до 10 лет – 13(22,81%) и от 10 до 15 лет – 10(17,55%) детей.

Выявлены следующие клинические симптомы: лихорадка встречалась в 50(87,72%) случаев, в том числе постоянного характера — в 9(15,79%); лимфоаденопатия — в 12(21,06% случаев(чаще, наряду с другими, увеличивались подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы, в том числе в 5(8,78%) случаях увеличение лимфоузлов имело генерализованный характер); поражение кожных покровов — в 53(92,99%) случаев; грибковые поражения желудочно-кишечного тракта и дыхательной системы — в 52(91,23%) случаев; бронхообструктивный синдром — в 40(70,18%); гепатомегалия — в 42(73,69%) случаев; генерализованная бактериальная инфекция — в 20(35,09%) случаев.

При анализе полученных результатов выявлено, что наиболее чаще у ВИЧ – инфицированных без ГИ, встречаются сопутствующие заболевания в виде анемии в 19(82,61%) случаях, поражение нервной системы 16(69,57%), пневмонии 14(60,87%), туберкулёз 10(43,48%), внутриутробной инфекции 9(39,13%), а также хронический вирусный гепатит В+С 7(30,44%), тромбоцитопения 5(21,74%), сепсис 3(13,05%), хронический вирусный гепатит С 3(13,05%), хронический вирусный гепатит В 2(8,70%), сифилис 1(4,35%). Результаты

исследования показали, что простой герпес 1-го и 2-го типов встречался у 59,65–80,71% Опоясывающий герпес наблюдается у 15,79–31,58% больных с ВИЧ инфекцией и является одним из ранних маркеров иммуносупрессии. Наиболее чаще у больных с ВИЧ – инфицированных детей встречаются сопутствующие заболевания в виде анемии 54(94,74%), поражение нервной системы 41(71,93%) пневмонии 38 (66,67%), туберкулез 33(57,90%), токсоплазмоз 28(49,13%), внутриутробной инфекции у 26(45,62%), а также хронический вирусный гепатит В+С 24(42,11%), сепсис 20(35,09%), тромбоцитопения 15(26,32%), трихомоноз 11(19,30%), хронический вирусный гепатит С 10(17,55%), хламидиоз 7 (12,28%), сифилис 6(10,53%). Субпопуляционный состав у детей от 4 лет до 6 лет с РГИ в период обострения характеризовался выраженным снижением показателей относительного ($22,6 \pm 1,35$) и абсолютного ($0,74 \pm 0,15$) содержания СД4,% клеток по сравнению с контрольной группой ($37,7 \pm 1,47$)($1,47 \pm 0,06$) ($p < 0,001$). Во время ремиссии абсолютное их количество соответствовало ($1,01 \pm 0,03$) ($p < 0,05$), контрольная группа ($1,47 \pm 0,06$). В группе детей от 6 лет до 15 лет, также отмечалось значительное снижение относительного содержания СД4,% клеток в периоды обострения ($23,4 \pm 2,51$) ($p < 0,001$) и ремиссии ($27,3 \pm 3,09$)($p < 0,01$). Абсолютное их количество при обострении снижалось умеренно ($0,63 \pm 0,12$) ($p < 0,05$), во время ремиссии соответствовало норме($0,75 \pm 0,12$). У детей от 4 лет до 6 лет отмечалось достоверное повышение относительного содержания СД8,% клеток на всем протяжении наблюдения($27,7 \pm 1,73$) ($p < 0,01$). Абсолютное их содержание резко увеличивалось во время обострения заболевания ($1,14 \pm 0,17$)($0,91 \pm 0,07$) ($p < 0,001$). У детей от 4 лет до 6 лет отмечалось снижение относительного содержания СД16% клеток в периоды обострения ($9,3 \pm 1,02$)($p < 0,01$) и ремиссии ($10,1 \pm 1,11$) ($p < 0,05$) заболевания. У детей от 6 лет до 15 лет, уровень МК-клеток уменьшался только во время рецидива ($8,1 \pm 0,92$)($p < 0,05$). Абсолютное количество СД16клеток у детей от 4 лет до 6 лет и в группе от 6 лет до 15 лет также снижалось в период возникновения рецидива($0,33 \pm 0,05$)($0,26 \pm 0,06$) ($p < 0,05$). Гуморальное звено иммунитета характеризовалось повышением значений всех классов иммуноглобулинов. Уровень IgM мг/мкл у детей от 4 лет до 6 лет повышался в период обострения заболевания ($1,5 \pm 0,68$) ($p < 0,05$), и в ремиссии ($1,5 \pm 0,19$). У детей от 6 лет до 15 лет, повышение IgM мг/мкл было более выражено в период обострения ($1,6 \pm 0,19$) ($p < 0,01$), нормализуясь в ремиссию заболевания ($1,3 \pm 0,15$) ($p < 0,05$). Высокие значения у детей от 4 лет до 6 лет регистрировались на всем протяжении заболевания ($p < 0,01$). В группе детей от 6 лет до 15 лет, повышение уровня отмечалось только при обострении ($p < 0,01$). Содержание IgA мг/мкл в обеих группах имело сходную динамику, повышаясь в период обострения заболевания ($1,3 \pm 0,11$)($1,8 \pm 0,22$)($p < 0,01$). В ремиссию гипериммуноглобулинемия IgA сохранялась в обеих группах ($1,2 \pm 0,26$)($1,7 \pm 0,19$)($p < 0,05$).

Провоцирующими факторами для развития рецидивов инфекции становились переохлаждение в 61,41% случаев, инсоляция в 8,78%, психоэмоциональный стресс в 3,51%, ОРВИ в 57,90%, механическая травматизация слизистых в 7,02%, обострение аллергодерматоза в 8,78% случаев. Результаты исследования показали, что у всех наблюдаемых нами больных герпетической инфекции ВИЧ инфицированных детей диагностировали различные формы хронической ГИ, реактивация которой имела место в 21(36,85%), а рецидивирующее течение - в 36(63,16%) случаев. При сравнительной оценке тяжести заболевания видно, что ГИ чаще выявлялась у ВИЧ-инфицированных больных в стадии 2Б и 3Б, то есть преобладало число больных с прогрессирующим течением ВИЧ-инфекции. ВИЧ-ассоциированная ГИ с поражением кожи и слизистых характеризовалась не только более обильными и распространенными элементами везикулезной сыпи, но и замедленным ее регрессом, продолжительностью более 1 месяца (от 6 до 8 недель). На фоне вторичного иммунодефицита, обусловленного ВИЧ, ГИ приобретает генерализованный характер с множественными поражениями внутренних органов и ЦНС

Заключение. Таким образом, сопутствующие заболевания с формированием осложнений, с прогрессирующим иммунодефицитом ухудшали течение заболевания инфицированных детей, и приводили к тяжелому рецидивирующему течению герпетической инфекции ВИЧ инфицированных детей младшего возраста.

Литература

1. Вепрык Т.В., Матейко Г.Б. Герпетическая инфекция у вич-инфицированных пациентов // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5.;
2. Коломиец, А.Г. Генерализованная герпетическая инфекция : факты и концепция / А.Г. Коломиец, В.И. Вотяков, Р.М. Бикбулатов. Минск: Наука и техника, 2002. - 283 с.
3. Иммунологический статус при простом герпесе / И.В. Полеско, Ю.С. Бутов, В.В. Малиновская, А.А. Халдин // РМЖ. 2001. - № 6. - С. 37-38.
4. Особенности герпетической инфекции у ВИЧ-инфицированных детей./ Даминова Х.М., Джалилов А.А., Даминова М.Н., Таджиев Б.М., Абдуллаева О.И.// II Всероссийской научно-практической конференции «Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья подростков», которая состоится 23ноября 2018 г.-Новосибирск.

УДК 616–071+616.98+616.591

RETROSPECTIVE STUDY OF THE INCIDENCE OF HERPETIC INFECTIONS IN HIV-INFECTED PERSONS IN UZBEKISTAN

Ahmedova M.D., Abidov A.B., Giyasova G.M., Tadjiyeva N.U., Sobirov A.B., Xaymatov A.A.

ЎЗБЕКИСТОНДА ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН ШАХСЛАРДА ГЕРПЕТИК ИНФЕКЦИЯЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИ РЕТРОСПЕКТИВ ЎРГАНИШ

Ахмедова М.Д., Абидов А.Б., Гиясова Г.М., Таджиева Н.Ю., Собиров А.Б., Хайматов А.А.

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ В УЗБЕКИСТАНЕ

Ахмедова М.Д., Абидов А.Б., Гиясова Г.М., Таджиева Н.Ю., Собиров А.Б., Хайматов А.А.

Tashkent medical academy

Introduction

Herpes infection (HS) occupies one of the leading places among human viral diseases, which is explained by its ubiquitous spread [1, 5]. Herpes infection is a group of diseases caused by herpes simplex viruses (HSV) types 1 and 2. With HI, not only epithelial, hematopoietic, nerve cells are affected, but also T-lymphocytes, which leads to the development of secondary immunodeficiency and generalized forms of the disease [1, 2, 6, 7]. The incidence of HI in the general population is 650-720 per 100 thousand population. Among HIV-positive people, the same indicator is almost 10 times higher. Therefore, the urgency of HI has especially increased during the HIV epidemic in Uzbekistan, against the background of which this infection is opportunistic and is an AIDS indicator. Clinical forms of HI in HIV-positive patients are more aggressive, occur with frequent relapses and systemic lesions, which complicates the course of the underlying disease [3, 8-10]. The value of HSV 1/2 as activators of the expression of the HIV genome in the body of a patient with HIV infection with progression of immunodeficiency is considered by many authors [4].

The aim of our study

Is to conduct a retrospective analysis of the course of herpes infection in patients, taking into account the stage of HIV infection, based on the analysis of data from medical records of inpatients and outpatients.

Materials and research methods.

A retrospective analysis of medical records of 100 HIV patients was carried out. The study group consisted of patients at different stages of the disease at the age from 18 to 40 years. Stage I - 24, II - 37, III - 22, IV - 17 patients. It was found that among the patients who were registered in the Specialized infectious diseases hospital under the AIDS center of the Republic of Uzbekistan, 42 people were infected with HIV parenterally, 58 people were infected sexually. (AT) to HIV by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). The diagnosis of GI was established on the basis of the revealed changes in organs and systems, taking into account the polytropic nature of the pathogen and the generalized nature of the lesions in the terminal stage of the disease. The etiological interpretation of HI was based on the results of the polymerase chain reaction (PCR).

Results

Not a single case of acute HI has been reported in patients with HIV infection. In all, various forms of chronic HI were diagnosed, the reactivation of which occurred in 38%, and the recurrent course - in 62% of cases. So, HSV 1 caused relapses of nasal and labial herpes (30 patients), its first clinical manifestations (10 patients), as well as gingivostomatitis (5 patients) and pharyngotonsillitis (2 patients) only in I (21) and

II (26) stages of HIV -infections. The number of patients who were diagnosed with GI in these stages was 87.4% and 70.2%, respectively.

HIV-associated HI with lesions of the skin and mucous membranes was characterized not only by more abundant and widespread elements of vesicular rash, but also by its slower regression, lasting more than 1 month (from 6 to 8 weeks). In addition, in 30.7% of patients in stage II of HIV infection, an erosive-ulcerative form of HI was observed - deep erosion with transformation into ulcers, which healed slowly. It should be noted that herpetic skin lesions in the form of grouped vesicles with serous contents were noted not only in places of their typical localization - on the lips, wings of the nose. In patients at stage II of HIV infection, they spread to the forehead, cheeks, and ears. The defeat of the mucous membrane of the oropharynx was always accompanied by constant and severe pain, hyperemia, hypersalivation, ulcerative gingivitis.

Relapses of labial herpes in HIV-infected patients were characterized by a higher frequency and severity of clinical manifestations in comparison with patients not infected with HIV. In HIV-infected patients, monthly relapses of labial herpes were recorded in 26 patients, every 3 months they developed in 20 patients and manifested themselves as group (12 patients) and multiple (8 patients) vesicles that spread to the cheeks and parotid region. In those not infected with HIV, monthly relapses did not occur, every 3 months they developed in 4 patients, and every 6 months in 8. At the same time, the elements of the rash were single, did not spread beyond the lips.

Relapses of gingivostomatitis were accompanied by subfebrile condition, moderate intoxication, multiple deep erosions with edema and hyperemia of the oral mucosa, whereas in patients without HIV infection they proceeded in a milder form, without disturbing the general condition of the patient, with less pronounced changes in the mucous membrane.

The anamnesis data indicate that before HIV infection, relapses of labial herpes most often occurred every 6 months - in 13 patients, whereas after HIV infection, relapses in most patients (26) were observed monthly.

Genital herpes (HH) was more often diagnosed in patients at stage III of HIV infection (49.9%) in comparison with patients at stage II (24.3%) and I (12.0%). The disease had a relapsing course in 18.9% of patients in stage II and 40.9% in patients in stage III of HIV infection. If in stage I only the external genitals were affected, then in II and III - also internal (vaginitis, cervicitis) in the form of multiple deep erosions and ulcers. In the IV stage of HIV infection, manifestations of HH were observed in 11.7% of patients in the form of lesions only of the internal genital organs (ulcerative necrotizing vaginitis, cervicitis). Often, HH was also manifested by extragenital lesions, which were

found on the buttocks, back and inner thighs in every second patient with stage II and in all patients with stages III and IV of HIV infection. Pelvic ganglioneuritis was accompanied by HH in 5.4% of people with stage II and 18.1% with stage III of HIV infection. In addition to a rash on the labia majora and labia minora, vaginal mucosa, cervix, perineum, HH manifested itself as ulcerative lesions of the urethra and rectum in stages III and IV of HIV infection. Herpetic urethritis was diagnosed in 13.6% of patients in stage III, and herpetic proctitis in 18.1% and 23.5% of patients in stages III and IV, respectively.

Relapses of HH in HIV-infected patients are characterized by a higher frequency and severity of clinical manifestations than in patients not infected with HIV. Among those infected with HIV, monthly relapses of HH were observed in 9 patients, every 3 months they developed in 5 patients, manifested as group (2 patients) and multiple (3 patients) vesicles. Every 6 months, HH relapses with multiple elements of rash occurred in 2 patients. In those not infected with HIV, there were no monthly relapses of HH, relapses were recorded every 3 months - in 3, every 6 months - in 2 patients.

Analyzing the data of the anamnesis, we found that before HIV infection, HH relapses in patients most often occurred every 6 months (8 patients), while after HIV infection the frequency of monthly relapses was maximum (9 patients).

Not only localized, but also visceral and generalized forms of HI were diagnosed. Hematogenous dissemination of HSV 1 at stage IV of HIV infection led to lesions of internal organs. Esophagitis was diagnosed in 29.4%, and interstitial pneumonia in 17.6% of patients. In all patients, pneumonia was combined with esophagitis. Generalization of HI against the background of severe HIV immunodeficiency was accompanied by damage to the central nervous system. It manifested itself in 17.6% of patients with subacute encephalitis, which was the immediate cause of death. The severity of encephalitis is due to its necrotic nature.

Clinically, these patients did not show manifestations of general intoxication and meningeal symptoms. Focal neurological symptoms developed gradually, manifested themselves in various disorders of consciousness with the formation of symptoms of damage to the frontal, temporal and parietal regions of the brain. Local and mosaic lesions of the cerebral cortex were indicated by impaired perception, thinking and memory. Typical clinical manifestations of encephalitis were symptoms of lesions of the anterior parts of the brain - mental disorders (aphasia, dysphasia), agnosia, amnesia, central hemiparesis, as well as neuritis and plegia.

The CSF during the study was transparent, colorless, the CSF pressure was normal or slightly increased, pleocytosis did not exceed hundreds of cells in 1 μ l, lymphocytes prevailed, protein was within normal limits, and protein-cell dissociation was not observed. According to the results of MRI, hypodense lesions with sizes from 1.5 to 5 cm in diameter were identified with localization in the left temporoparietal, right frontal and occipital lobes. The lesions had an irregular shape, with indistinct contours, insignificant perifocal edema and hemorrhagic saturation.

In patients who died of encephalitis, histological examination of brain tissues revealed pronounced structural changes in the vessels and nerve cells, which arose against the background of edema-swelling of the brain. Encephalitis was characterized mainly by necrotic changes with the formation of foci of destruction in the gray matter of the anterior parts of the brain (mediobasal, frontal, temporal and parietal) and an inflammatory reaction of varying severity. The membranes of the brain were affected to a lesser extent. The soft membranes were thickened, swollen, moderately infiltrated with histiocytic elements, lymphoid cells, less often neutrophilic leukocytes. Hemorrhages and subarachnoid hemorrhages, deep dystrophy of neurons: homogenization and hyperchromia of the cytoplasm, redistribution of chromatin in the nuclei of neurons, their pycnosis, lysis and death of nerve cells were noted. Zones of neuronal loss and foci of necrosis of nervous tissue were detected. In vessels of various sizes, more often in capillaries, manifestations of DIC-aggregation of erythrocytes, sludge and the formation of blood clots, the presence of hemorrhages without perivascular infiltration were observed in all cases.

In such patients, focal necrotic changes were observed in the liver and adrenal glands, similar foci of necrosis on the oral mucosa, in the lungs - edema of the walls of the alveoli, interstitial pneumonia.

Considering a very wide range of lesions - from skin and mucous membranes to internal organs and the central nervous system, the diagnosis of HI against the background of HIV infection is rather difficult. Therefore, without laboratory confirmation of the diagnosis in such patients, it is impossible. At the same time, the detection of the virus and its antigens is the main, and antibodies to the virus is an auxiliary method for diagnosing HI.

We analyzed serological markers of HIV-associated HI, depending on the number of CD4 + T-lymphocytes in patients without immunodeficiency (> 500), with moderate (500-350), severe (350-200) and deep (<200) immunodeficiency.

It was found that the titers of IgG to HSV 1/2 in patients with HIV-associated HI were different. Their level in most cases was moderate (50-100 IU / ml) - $51.0 \pm 5.0\%$, much less often low (<50 IU / ml) - $27.0 \pm 4.4\%$ and high (> 100 IU / ml) / ml) - $22.0 \pm 4.1\%$. The dependence of the diagnostic levels of IgG to HSV 1/2 on the presence of HIV-related immunodeficiency and its severity was observed. A high specific humoral response to HI was given only by patients without immunodeficiency ($22.0 \pm 4.1\%$), moderate - by patients with moderate immunodeficiency ($40.0 \pm 4.9\%$), an insignificant percentage with severe immunodeficiency ($3.0 \pm 1, 7$ out of $13.0 \pm 3.4\%$) and without immunodeficiency (8.0 ± 2.7 out of $0.0 \pm 4.6\%$). A low humoral response to HI is characteristic of patients with profound immunodeficiency ($17.0 \pm 3.7\%$) and the majority with severe immunodeficiency (10.0 ± 3.0 of $13.0 \pm 3.4\%$).

Thus, the diagnosis of HIV-associated HI is accompanied by significant difficulties. They are associated with the difficulty of verifying the diagnosis using specific serological markers against the background of immunodeficiency. Inhibition of synthesis of antiherpetic antibodies of the IgG class, their low titers in HIV-positive ones mask the true frequency of active forms of HI. The study of specific laboratory markers of HI in HIV-infected patients showed that it is impossible to establish the activity of the infectious process and determine the tactics of treating patients on the basis of only serological examinations.

The most informative are the results of PCR, which allow timely detection of active forms of infection, which is of fundamental importance for the tactics of treating patients. Simultaneously with serological examinations, HSV 1/2 DNA was detected by PCR. Herpes of the skin and mucous membranes was confirmed by PCR in 10.0% of patients with lesions of the mucous membrane of the oropharynx and the oral cavity in 15.0% of patients with atypical skin lesions (erosive-ulcerative, hemorrhagic-necrotic, impetigo-like). In 75.0% of cases, with a typical nature of the skin rash in the form of vesicles, the diagnosis was not in doubt. Patients with HH more often received positive PCR results when examining material from the vagina and cervical canal (56.3 and 43.7%, respectively), much less often - from the rectum and urethra (12.5 and 9.38%, respectively).

Positive PCR results in blood tests, confirming viremia and evidence of HSV replication at the systemic level, were obtained in 62.5% of patients with generalized HI. Viremia was accompanied by herpetic esophagitis (62.5%), pneumonia (37.5%), proctitis (25.0%). Not only the esophagus, lungs, rectum were affected, but also the central nervous system. Herpetic etiology of encephalitis was confirmed in 100% of patients with generalized HI in the study of cerebrospinal fluid by PCR.

HI associated with HIV infection should, in our opinion, be called not only an AIDS-associated disease, but a superinfection pathogenetically associated with HIV infection. Against the background of secondary immunodeficiency caused by HIV, HI becomes generalized with multiple lesions of internal organs and the central nervous system. If in the body of a healthy immunocompetent person, immune mechanisms control the persistence of HSV in the paravertebral nerve ganglia, providing a latent form of HI, then against the background of HIV infection, accompanied by severe immunodeficiency, HI acquires a recurrent, manifest course with systemic lesions, generalization of the infectious process.

Conclusions

Based on the analysis of the course and diagnosis of HIV-associated HI, the following **conclusions** can be drawn:

1. The course of HI depends on the stage of HIV infection. Patients in the I and II stages of the disease were diagnosed with only localized forms of HI with lesions of the skin, mucous membrane of the oropharynx, genitals, which were distinguished by a recurrent course, the tendency of elements of the rash to spread.
2. The clinical picture of HI in patients in the III and IV stages of HIV infection is polymorphic and manifests itself with lesions of internal organs, which are not observed in patients with HI without HIV infection. In conditions of HIV-etiology immunodeficiency, HI becomes systemic, often generalized, with damage to internal organs (esophagitis, pneumonia, proctitis), central nervous system (encephalitis), is severe and is often the direct cause of death in AIDS patients.
3. Localized forms of HI - labial and genital herpes - with erosive-ulcerative, dissimilar lesions lasting more than 1 month should be considered as an indicator disease of AIDS.
4. For the timely diagnosis of generalized forms of HI, it is necessary to use the PCR method, the diagnostic information content of which in the study of blood is 62.5%, and the cerebrospinal fluid in patients with encephalitis is 100%. The diagnostic informativeness of PCR in the study of material from the vagina and cervical canal is 100% in patients with herpetic cervicitis and vaginitis.

References

1. Бабий Н.А. Ко-инфекции вирусного генеза у больных ВИЧ-инфекцией / Н.А. Бабий, А.М. Щербинская // Инфекционные болезни. – 2007. – № 2. – С. 23–26.
2. Баринский И.Ф. Герпесвирусные инфекции – иммунодефицитные заболевания XX века / И.Ф. Баринский // Аллергология и иммунология. – 2004. – Т. 5, № 1. – С. 202–204.
3. Запорожан В.Н. ВИЧ-инфекция и СПИД / В.М. Запорожан, М.Л. Аряев. Изд. перераб. и доп. – Киев: Здоровье, 2004. – 636 с.
4. Казмирчук В.Е. Клиника, диагностика и лечение герпесвирусных инфекций человека / В.Е. Казмирчук, Д.В. Мальцев – М.: Феникс, 2009. – 247 с.
5. Казмирчук В.Е. Клиническая иммунология и аллергология / В.Е. Казмирчук, Л.В. Калюжная Л.Д. Ассоциации инфекций, передающихся половым путем у ВИЧ-инфицированных / Л.Д. Калюжная, Л.В. Гречанский // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2004. – № 1.– С. 78–80.
6. Лабораторная диагностика герпесвирусной инфекции человека / Л.А. Панченко, И.И. Торяник, Н.Г. Попова [и др.]. // Инфекционные болезни. – 2006. – № 3. – С. 62–66.
7. Малый В.П. СПИД-ассоциированные инфекции и инвазии: учебное пособие / В.П. Малый, И.С. Кратенко. – Харьков: Фолио, 2007. – 287 с.
8. Маричев И.Л. Герпесвирусы-СПИД маркерные заболевания / И.Л. Маричев // Современные инфекции. – 2005. – № 3–4. – С.55–59.
9. Маричев И.Л. Герпетическая инфекция у ВИЧ-инфицированных / И.Л. Маричев / Инфекционные болезни. – 2006. – № 2. – С.15–17.
10. Медико-профилактические аспекты ВИЧ-инфекции и СПИДа в врачебной практике / Б.М. Дикий, И.Г. Грижак, А.Д. Щербинская [и др.]. – Киев: Изд-во ИФДМУ, 2007. – 236 с.

RISK FACTORS DURING DISPENSERIZATION IN MIDDLE AGED PERSONS

Axmedova D. T., Tojiboyev M. S., Mahmudova M. S.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Ахмедова Д.Т., Тожибоев М.С., Махмудова М.С.

Tashkent medical academy

Key words: *Modern screening systems, cardiovascular diseases, risk factors, hyperlipidemia, habits and lifestyle.*

Clinical examination is a complex of measures, including a medical examination by doctors of several specialties and the use of the necessary examination methods, carried out in order to early detection of chronic non-communicable diseases (conditions), which are the main cause of disability and premature mortality of the population^[1]. The main tasks of specialists in the public health system are: participation in the formation of personal and public hygiene among the population, a healthy lifestyle, identification of risk factors for non-communicable diseases and individual counseling through questionnaires and conducting examinations of the population; organizing and conducting promotional activities on the principles of healthy eating, the basics of physical activity, the importance of personal hygiene, rejection of bad habits; formation of a list of enterprises, institutions and organizations operating in the region for the organization and implementation of measures to prevent non-communicable diseases; development of remedial measures for infectious diseases in the places of their registration, organization of events with local medical personnel and participation in monitoring their implementation^[2].

Cardiovascular disease is the leading cause of death worldwide. Numerous studies have found that cardiovascular disease results from a variety of risk factors, although some of the major risk factors cannot be changed, others can be avoided by changing habits and lifestyle.

The purpose of our research work: to assess the early detection of risk factors (smoking, physical inactivity, irregular nutrition, overweight and obesity, hypercholesterolemia, increased blood pressure, high blood sugar) in middle-aged people from 45 to 55 years old who sought medical help at a family polyclinic.

The same study was carried out in Novosibirsk last year, but was taken a different age group of patients. The surveyed the population aged 25 to 44 years. In total there are 1,457 people: 653 men and 804 women. The epidemiological diagnosis of ischemic heart disease was established according to validated epidemiological (Rose's cardiological questionnaire) and clinical and functional (electrocardiography recording with interpretation according to the Minnesota code) criteria. Early ischemic heart disease was diagnosed in 49 people^[3].

There has also been another study in Holland involving coronary artery calcification and cardiovascular risk factors. Coronary calcification and classical cardiovascular risk factors were analyzed in 4,083 Dutch participants aged 45-60 years (57.9% women) without a known history of coronary artery disease in the population-based ImaLife (Imaging in Lifelines) study^[4].

World Health Organization reported that an estimated 17.7 million people died from CVDs in 2015, representing 31% of all global deaths. Of these deaths, an estimated 7.4 million were due to coronary heart disease and 6.7 million were due to stroke. Over three quarters of CVD deaths take place in low- and middle-income countries^[6].

Materials and Methods:

Screening of 250 people aged 45 to 55 years was carried out, of which 91 people had risk factors. We used specially designed and tested questionnaires for the early identification of risk factors. Each person from 45 to 55 years old who sought medical help at a family clinic was measured height, weight, BMI was calculated, blood pressure was measured, total cholesterol and fasting blood sugar were determined, and a questionnaire was conducted about smoking history and the number of cigarettes smoked per day.

Results:

It was found that out of 250, 91 people were identified risk factors according to specially developed and tested questionnaires. Of these 28% are smokers, 30% are overweight with low physical activity and irregular nutrition, 36% have an increase in blood pressure; 6% were found to have high levels of total cholesterol and blood glucose.

A study in Novosibirsk shows that in persons with early coronary artery disease (under the age of 45), mainly in men, who developed, including against the background of abdominal obesity, significant risk factors are arterial hypertension and elevated blood levels of LDL-C, non-HDL-C, and TG^[3].

Research from Holland shows that coronary artery calcification was present in 54.5% of men and in 26.5% of women. With increasing age, an increasing percentage had a positive CAC score, from 38.1% of men and 15.2% of women at age 45-49 years, to 66.9% of men and 36.6% of women at age 55-60. In middle-aged Dutch cohort, slightly over half of men and a quarter of women had any CAC. With age there was an increase in CAC presence for both sexes. Only a minor proportion of CAC presence was attributable to classical risk factors. This provides further support that CAC scoring can impact risk classification in a middle-aged population of a low-risk country^[4].

Prevention of the risk of developing cardiovascular diseases is carried out at the general population level by promoting a healthy lifestyle and at the individual level, i.e. in subjects with moderate or high risk of cardiovascular diseases or patients with established cardiovascular diseases, by combating unhealthy lifestyles (poor nutrition, physical inactivity, smoking) and by correcting risk factors.

Conclusion:

1. The main risk factors for the development of diseases of the cardiovascular system among middle-aged people are smoking, low physical activity, poor nutrition, which together leads to overweight and obesity.
2. Obesity dictates and confirms the need for primary prevention with the identification of persons at high risk of developing cardiovascular pathology starting from a young age, when it is possible to lay the foundation of health for life.
3. Reduce excess weight. Being overweight increases your risk of developing cardiovascular and other diseases associated with atherosclerosis. The prevalence of overweight increases with age.
4. Adequate physical activity is an integral part of a healthy lifestyle. The most affordable and fairly effective form of physical activity is brisk walking in the fresh air.
5. Quitting smoking - it has been proven that both active smoking of a smoker and passive smoking of others increase the risk of developing many serious diseases, primarily oncological and cardiovascular diseases. Tobacco smoke contains a whole range of substances toxic to many organs and tissues (nicotine, carbon monoxide, hydrogen cyanide, carcinogenic substances).

Even small changes in lifestyle can slow down the premature aging of the heart and blood vessels. It's never too late to start living a healthy lifestyle. After signs of coronary heart disease appear in a person, risk factors continue to act, contributing to the progression of the disease and worsening the prognosis, therefore, their correction should be an integral part of treatment tactics.

References

1. Clinical examination of certain groups of the adult population - S.A. Boytsov, 2015
2. On additional measures to ensure public health by further increasing the efficiency of work on medical prevention -Tashkent city, November 12, 2020 No. Presidential Order-4891
3. Characteristics of risk factors in young people with early coronary heart disease on the background of abdominal obesity Yu. I. Ragino, N. A. Kuzminykh, V. I. Oblaukhova, V. S. Shramko, D. V. Denisova, L. V. Shcherbakova-2020-9-2-64-73.
4. Relationship between cardiovascular risk factors and coronary calcification in a middle-aged Dutch population: the Imalife study-C Xia (Groningen,NL), M Vonder (Groningen,NL), G Sidorenkov (Groningen,NL), M Den Dekker (Groningen,NL), M Oudkerk (Groningen,NL), J Van Bolhuis (Groningen,NL), G Pelgrim (Groningen,NL), M Rook (Groningen,NL), G De Bock (Groningen,NL), P Van Der Harst (Groningen,NL), R Vliegenthart (Groningen,NL)-2020
5. World Health Organization. The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI. WHO; 2004
6. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). WHO Fact sheet, Updated May 2017.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19

Ахмедова Ш.Ш., Джурраева Э.Р., Ганиева Н.А.

Ташкентская медицинская академия

Вспышка вируса SARS-CoV-2 (COVID –19), разросшаяся до уровня пандемии, затронула миллионы жизней и способствовала росту числа смертей во всем мире. В настоящее время инфекция, вызванная новым коронавирусом – COVID -19, рассматривается мировым сообществом как чрезвычайная ситуация глобального значения. Пандемия представляет собой серьезную проблему как для врачей-ревматологов, так и для пациентов, поскольку серьезная инфекция является общепризнанной причиной заболеваемости и смертности от ряда ревматических заболеваний, поскольку пациенты с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ) имеют повышенный риск развития инфекционных заболеваний и получают лечение препаратами, оказывающими иммуносупрессивное действие [1].

Ревматоидный артрит (РА) является одним из самых ревматоидных заболеваний, и важно сообщить о его клинических и параклинических данных при заражении COVID-19. РА – это системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом [2]. Клиническая картина РА очень вариабельна и представлена широким спектром патологических изменений опорно-двигательного аппарата и внутренних органов, которые могут стать причиной выраженной функциональной недостаточности, ухудшение качества жизни пациентов и сокращения ее продолжительности [3]. Этиология заболевания на сегодняшний день неизвестна, но можно выделить 3 основных фактора (ревматологическая триада): 1) генетическая предрасположенность; 2) инфекционный фактор; 3) пусковой фактор (переохлаждение, гиперинсоляция, интоксикации, мутагенные медикаменты, эндокринопатии, стрессы и т.д.) [2]. Хотя развитие COVID-19 при ИВРЗ, еще не описано, можно полагать, что инфицирование SARS-CoV-2 (как и другими вирусами) способно вызывать обострение патологического процесса, а тяжелая патология иммунной системы и сопутствующие коморбидные заболевания – утяжелять течение инфекции [4].

Цель. Изучить особенности течения ревматоидного артрита у больных, перенёсших COVID-19.

Материал и методы исследований. Обследовано 32 пациента с достоверным диагнозом РА, согласно критериям Американской коллегии ревматологии и Европейской антиревматической лиги (ACR/EULAR RA) 2010, находившихся на стационарном лечении в отделении ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Среди больных РА было 28 женщин (87,5%)

и 4 мужчин (12,5%), средний возраст больных ($M \pm m$) составил $51,16 \pm 9,35$ года, средняя длительность РА – $15 \pm 9,26$. У всех обследованных больных определяли число болезненных (ЧБС) и припухших (ЧПС) суставов, проводили общую оценку активности заболевания больным (ООАБ) и врачом по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Активность заболевания определялась с помощью индексов DAS28 – СОЭ. По заболеваемости COVID – 19 пациенты были разделены на 2 группы: I группа – больные РА, перенесшие COVID – 19, II группа – больные РА, не перенесшие данное заболевание. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование, объективное исследование, рентгенологическое исследование суставов, иммунологическое исследование и определение ревматоидного фактора (РФ) крови.

Результаты и обсуждения. В результате проведенных исследований установлено, что после перенесенного COVID-19 у 68,1% больных РА отмечалось обострение патологического процесса. Клиническими особенностями РА у пациентов I группы в 70% случаев было частое вовлечение в процесс крупных и средних суставов. Продолжительность утренней скованности у больных РА I группы составила $180,0 \pm 1,6$ минут, в то же время во II группе – $156 \pm 1,5$ минут. В зависимости от наличия РФ в сыворотке крови у 59 % обследованных больных I группы был серопозитивный (среднее значение РФ – $19,2 \pm 1,4$) и у 36% – серонегативный РА (во II группе эти показатели составили 70% и 30% соответственно). Активность РА согласно индексу DAS28 у пациентов I группы была $5,13 \pm 0,6$ баллов, что соответствовало III степени, во II группе DAS28 составила $5,0 \pm 0,8$ баллов, то есть имела место II степень активности. РА I группы и 70% больных II группы имел место ФК III, что показало большее нарушение функции суставов после перенесенной вирусной инфекции. Согласно рентгенологическим проявлениям больные I группы были распределены следующим образом: I стадия выявлена у 23% больных, II – у 64%, III стадия – у 13% больных. Рентгенологические изменения во II группе: I стадия выявлена у 20% больных, II – у 60%, III – у 10%, IV стадия выявлена у 10% больных. По результатам анализа крови у пациентов I группы уровень гемоглобина составил $92,0 \pm 0,6$ г/л СОЭ – $28,6 \pm 0,9$ мм/час по сравнению с показателями во II группе: гемоглобин – $101,3 \pm 0,3$ г/л; СОЭ – $20,5 \pm 1,2$ мм/час. Сравнительный анализ уровня СРБ показал более высокие значения у больных I группы ($35,1 \pm 1,3$) по сравнению со II группой ($28,6 \pm 0,9$). У 73% пациентов РА I группы кроме суставных проявлений также отмечалось поражение внутренних органов (кардит, нефрит).

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что у пациентов РА, перенесших COVID-19, часто отмечалось прогрессирование заболевания и высокая степень активности процесса, что подтверждалось повышением показателей острофазных проб, а также присоединилось системное поражение внутренних органов.

Литература

1. Белов БС, Каратеев АЕ. COVID-19: новый вызов ревматологам. Современная ревматология. 2020;14(2):110–116. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-2-110-116;
2. Ревматоидный артрит Ж.А. Шыныкулова Вестник КазНМУ, №3(2)-2013. ГКП ЦРБ Жамбылского района, с. Узынгаш. УДК 615.471:616-073.753.3.681.32.(075);
3. Олюнин ЮА. Ревматоидный артрит. Основной симптом и симптоматическая терапия. Современная ревматология. 2014;(4):54–59.;
4. Насонов Е.Л. Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19): размышления ревматолога. Научно-практическая ревматология. 2019.

УДК: 616.36-002.1-053.31:615.849.19

ГЕПАТИТ D ФОНИДА РИВОЖЛАНГАН МИНИМАЛ ЖИГАР ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСИНИНГ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ

Ахмедова М.Д., Рузиев А.М., Қурбанова Г.Ш., Ташпулатова Ш.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА МИНИМАЛЬНОЙ ПЕЧЕНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ РАЗВИВАЮЩИЙ НА ФОНЕ ГЕПАТИТА D

Ахмедова М.Д., Рузиев А.М., Курбанова Г.Ш., Ташпулатова Ш.А.

CHARACTERISTIC OF MINIMAL HEATED ENCEPHALOPATHY DEVELOPING ON THE BACKGROUND OF HEPATITIS D

Akhmedova M.D., Ruziev A.M., Kurbanova G.Sh., Tashpulatova Sh.A.

Тошкент тиббиёт академиси, 1-шаҳар клиник юқумли касалликлар шифохонаси

Цель. Изучения клинических особенностей минимальной печеночной энцефалопатии. **Материал и методы.** В клинике НИИЭМИЗ МЗ РУз за 2018-2020 гг. проведено сравнительное проспективное исследование 125 больных с вирусным гепатитом D (ВГД), находящихся на стационарном лечении. У пациентов изучены данные проведенного коридорного теста – определение нарушения мелкой моторики, снижение концентрации внимания (последовательность набора цифр от 1 до 25), нарушение кратковременной памяти («10 слов», нарушения речи, астериксис). **Результаты.** Согласно результатам, у 4,0% пациентов с ВГД и

у 20,0% пациентов с ХВГД может развиваться печеночная энцефалопатия с минимальной активностью. **Вывод.** При хроническом инфекционном процессе средней и высокой активности с длительностью 3 и более лет установлена высокая частота встречаемости астеновегетативного, желтушного, интоксикационного, геморрагического синдромов и увеличение вероятности развития ПЭ.

Ключевые слова: острый вирусный гепатит D, хронический вирусный гепатит D, печеночная энцефалопатия

A comparative prospective study was carried out in 125 patients with viral hepatitis D receiving treatment at the SRIEMID of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan during 2018-2020 in order to study the clinical features of minimal hepatic encephalopathy. For this, the patients underwent a corridor test - to determine the violation of fine motor skills, decreased concentration of attention - the sequence of dialing numbers from 1 to 25, violation of short-term memory - "10 words", speech disorders, asterixis. According to the results, 4.0% of patients with AVHD and 20.0% of patients with CVHD may develop hepatic encephalopathy with minimal activity, and a chronic infectious process with medium and high activity with a duration of 3 or more years, a high incidence of asthenovegetative, jaundice, intoxication, hemorrhagic syndromes increases the likelihood of developing HE.

Key words: acute viral hepatitis D, hepatic encephalopathy

«Хозирги кунда турли хил этиологияли жигар касалликларини индустриал ривожланган давлатларда ҳам кўтарилиши кузатилмоқда (Dam-Larsen S et al, 2004; Кирилочев О.К., 2008). Жигар касалликлари асо- ратларини, жумладан жигар энцефалопатиясига қизиқишнинг ортиши, унинг кенг тарқалганлиги, ташхи- сотнинг мураккаблиги, даволаш чораларига қиёсий ёндошувнинг мавжуд эмаслиги, ўлим ҳолатларини юқо- рилиги билан боғлиқ. ЖЭ асаб-руҳий бузилишлар кўп ҳолатларда ортга қайтади ҳамда жигар циррозили беморларнинг ярмида кузатилади [1].

Клиник амалиётда асосан жигар циррози фонида ривожланган энцефалопатияни ташхислаш ва яққол- лик даражаси баҳоланади. Сурункали ва ўткир гепатитлар фонида ривожланган ЖЭ ёки минимал фаоллик- даги ЖЭ кам ўрганилган. Шу билан бир вақтда минимал фаолликдаги ЖЭ ўрганиш ва эрта аниқлаш катта аҳамиятга эга, чунки ушбу ҳолатлар беморларни психозэмоционал ва нейрофизиологик ҳолатларини оғир- лаштириш билан бир қаторда, беморларни меҳнат қобилиятни пасайишига, ногиронлик ривожланишига ҳам сабаб бўлади [2]. Шунга кўра, сурункали ёки жигар касалликларида минимал фаолликдаги ЖЭ аниқлаш ва ўрганиш, даво чораларини такомиллаштириш долзарб ҳисобланади.

Мақсад: Гепатит D фонида ривожланган минимал жигар энцефалопатиясининг клиник хусусиятлари- ни ўрганиш.

Материал ва усуллари: 125 нафар сурункали вирусли гепатит D ташхиси билан даволанган беморлар- да қиёсий проспектив тадқиқот ЎЗР ССВ га қарашли эпидемиология, микробиология, юқумли касалликлар илмий текшириш иснтитутути клиникасида 2018-2020 йиллар мобайнида ўтказилди. Беморлар гуруҳи бе- морларни касалхонага тушишига кўра тасодифий танланма йўли билан йиғилди. Беморларнинг ўртача ёши $43,8 \pm 0,9$ ни ёшни ташкил қилди. Кузатувдаги беморлар ўртасида эркак жинси устунлиги кузатилди, улар- дан 30,5% аёллар ва 69,5% эркаклар ташкил қилди ($P > 0,05$). Сурункали вирусли гепатит D ташхиси эпиде- миологик анамнез, анамнестик ва клиник маълумотлар, лаборатор кўрсаткичлар ҳамда ИФА текширув усу- ли орқали HbsAg ва anti HDV Ig G, ПЗР усули орқали вирусларни HDV РНК ёки HBV ДНК сини аниқлаш орқали тасдиқланди. Сурункали инфекцион жараённинг фаоллиги асосий симптомлар: интоксикация, билирубин ва жигарнинг специфик ферментлари даражаси, гепатоспленомегалия, ўткир ёки сурункали жигар етиш- мовчилиги белгиларини мавжудлиги ва бошқа кўрсаткичларнинг характери ва яққоллик даражасига асо- сланиб белгиланди. Минимал фаолликдаги жигар энцефалопатияси белгиларини эрта аниқлаш мақсади- да майда моториканинг бузилиши йўлакча тести, диққат концентрациясини камайишини аниқлаш учун 1 дан 25 гача бўлган сонларни кетма-кетликда териш синамаси, қисқа муддатли хотира бузилишини аниқлаш мақсадида - "10 та сўз", нутқ бузилиши текширилди, астериксис мавжудлиги аниқланди.

Натижалар ва муҳокама: ЎВГД ташхисланган 23 нафар беморларнинг 21,7% (5) минимал фаолликда- ги жигар энцефалопатияси, 4,3% (1) да I даражали жигар энцефалопатияси аниқланди, қолган беморларда (17) жигар энцефалопатияси белгилари кузатилмади. СВГД ташхисланган 102 нафар беморларнинг 24,5% (25) минимал фаолликдаги ЖЭ, 3,9% (4) I даражали ва 2,0% (2) да II даражали ЖЭ белгилари аниқланди. Минимал фаолликдаги ЖЭ сурункали инфекцион жараёнда ривожланиш эҳтимоли ўткир жараёнга нисба- тан юқори бўлди. Кузатувдаги беморларда оғир энцефалопатия белгилари кузатилмади. Олинган натижа- ларга асосланиб айтиш мумкинки, ЎВГД ли беморларнинг 21,7% да ҳамда СВГД 24,5% ҳолатларида минимал фаолликдаги жигар энцефалопатияси ривожланади.

82 нафар СВГД ташхисланган беморлар ЖЭ ижобий бўлган 31 нафар ҳамда ЖЭ белгилари кузатилмаган 51 нафар беморлар гуруҳига ажратилиб ўрганилди. Кузатувдаги 82 нафар беморларда ЖЭ клиник босқичла- ридан қатъий назар 32,9% ҳолатларда хотира пасайиши кузатилди. 1-2% оралиғида астериксис, дезориен- тация, координация бузилиши, уйқу бузилиши белгилари кузатилди. 3-5% оралиғида эса нутқ бузилиши, апатия, уйқусираш, 6-9% ҳолатларда ақлий меҳнатни секин бажариш, уйқучанлик, депрессия, диққатни па- сайиши хос бўлди. Минимал фаолликда ЖЭ ривожланиш эҳтимоли сурункали инфекцион жараённинг фаол- лик даражасига боғлиқ бўлди ва у асосан юқори ва ўртача фаолликдаги СВГД да кузатилди. Юқори фаоллик- да 1 ва 2 синф ЖЭ ҳам мос бўлди. Шу билан бир қаторда юқори фаолликда бўлган 2 нафар беморларда ЖЭ

кузатилмади. ЖЭ ривожланишига олиб келувчи сабабларни аниқлаш мақсадида, сурункали инфекция жараён давомийлиги тахлил этилганида, ЖЭ белгилари кузатилмаган 51 нафар беморларнинг катта қисмида инфекция жараён 1 йилгача (33,3%) ва 1-3 йилгача (43,1%) давом этди. ЖЭ белгилари кузатилган 31 нафар беморларнинг катта қисмида эса юқумли инфекция жараён 3-5 йил (29,0%) ва ундан ортиқ (38,7%) давом этди. Бундан кўриниб турганидек, ЖЭ ривожланиш даражаси инфекция жараён давомийлигига боғлиқ.

ЖЭ босқичларига мувофиқ равишда СВГД нинг клиник белгиларини учраш даражасини тахлил этилганида, ЖЭ ривожланиши клиник белгиларнинг учраш даражасига бевосита боғлиқ. Клиник белгилар тахлил этилганида, ЖЭ кузатилмаган беморларга нисбатан I синфдаги ЖЭ бўлган беморларда иштаха пасайиши, бош оғриши, қабзият, уйқу бузилиши, кўнгил айниши каби белгилар статистик ишонарли равишда икки баробар кўп кузатилди. ЖЭ синфи ошиб борган сари ушбу клиник белгиларнинг учраш даражаси ҳам икки баробарга ошиб бораверди ҳамда ЖЭ II синфидаги беморларда қорин ва бўғимларда оғриқ белгиларидан ташқари барчаси 100,0% ҳолатларда кузатилди.

Хулосалар

1. ЎВГД ли беморларнинг 4,0% ҳамда СВГД 20,0% ҳолатларида минимал фаолликда жигар энцефалопатияси ривожланади.

2. ЖЭ СВГД ўртача ва юқори фаолликдаги 3-5 йил ва ундан ортиқ давом этган сурункали инфекция жараёнда ривожланади, астеновегетатив, сариклик, интоксикация, геморрагик синдромлар ва қабзият фониде кечади.

Адабиётлар

1. Robinson W.S. Hepatitis B virus and hepatitis D virus // Principles and Practice of Infectious Diseases, 5th Edition // Mandell. 2010. - P.1652-1675.

2. Gunnarsdottir S. A. Liver cirrhosis: epidemiological and clinical aspects. — Goteborg : Goteborgs universitet, 2018. — 75 s.

УДК: 10.22625/2072-6732-2020-12-3-34-41

КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШДА ВИРУСГА ҚАРШИ ТЕРАПИЯНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Ахмедова М.Д., Ниязова Т.А., Магзумов Х.Б., Имамова И.А., Бобожонов Ш.Ж., Назиров Ш.А., Ибрагимова Н.У.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ахмедова М.Д., Ниязова Т.А., Магзумов Х.Б., Имамова И.А., Бобожонов Ш.Ж., Назиров Ш.А., Ибрагимова Н.У.

EFFECTIVENESS OF ANTI-VIRAL THERAPY IN PATIENTS WITH CORONAVIRUS INFECTION

Akhmedova M.D, Niyazova T.A., Magzumov X.B., Imamova I.A., Bobojonov SH.J., Nazirov Sh.A., Ibragimova N.U.

Тошкент тиббиёт академияси

В исследование вошли 70 больных мужского пола с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией среднетяжелого течения. Лечебную группу составили 35 пациента, которым, помимо стандартной терапии, был назначен с целью противовирусной терапии препарат Ремдесивир. Клиническая эффективность Ремдесивира была оценена по длительности и выраженности общеинфекционных синдромов (интоксикации, лихорадки), длительности кашля, уровню насыщения крови кислородом, значениям параметров общеклинического анализа крови, данных МСКТ органов грудной клетки и рентгенография легких и бронхов и длительности госпитализации в стационаре. Полученные данные, позволяют считать патогенетически обоснованным и клинически перспективным включение лекарственного препарата Ремдесивир в дозе 200 мг в первый день на 100,0 раствора 0,9% NaCl, в последующие дни по 100 мг/сут, медленно в/в капельно (в течение 2 часов) в течение 5 дней в комплекс лечения больных COVID-19.

Ключевые слова: COVID-19, SARS-CoV-2, терапия.

The study included 70 male patients with confirmed novel Coronavirus infection (COVID-19). The experimental group was 35 patients, who, in addition to standard therapy, were assigned Remdesivir. The clinical effectiveness of Remdesivir was estimated by the duration and severity of general infectious syndromes (intoxication, fever), the duration of coughing, the level of blood oxygen saturation, the values of the parameters of the general clinical blood test, the MSCT data of the chest organs and radiography of the lungs and bronchi and the duration of hospitalization in the hospital. The obtained data, allow to consider pathogenetic reasonable and clinically perspective inclusion of Remdesivir in a dose of 200 mg in the first day on 100.0 solutions of 0.9% NaCl, in the next days on 100 mg/days, slowly inside/vein by drop infusion (within 2 hours) within 5 days in a complex of treatment of COVID-19.

Key words: COVID-19, SARS-CoV-2, treatment.

Долзарблиги. SARS-CoV-2 вирусининг пайдо бўлиши барча қитъалардаги соғлиқни сақлаш соҳасидаги мутахассисларнинг олдига касалликка тезкор ташхис қўйиш ва беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш, касалликнинг профилактикаси ва даволаш учун янги воситалар ишлаб чиқиш билан боғлиқ вазифалар қўйди [1,2].

SARS-CoV-2 билан курашишнинг истиқболли стратегияси касаллик оғир шаклининг зўрайишига олиб келувчи этиологик омилга ва патогенези бўғинига таъсир қилиш (таъсир доираси кенг бўлган вирусга қарши препаратларни қўллаш)ни ўз ичига олади [1,2]. Шунга кўра, вирусга қарши курашиш мақсадида 20.09.2020 йилдаги коронавирус (COVID-19) инфекциясининг профилактикаси, ташхисоти, давоси ва беморларни реабилитация қилиш бўйича вақтинчалик услубий тавсияномасида тавсия қилинган Ремдесивир препаратини қўллаш катта аҳамият касб этади.

Тадқиқотнинг мақсади. Янги коронавирус инфекцияси (SARS-CoV-2) билан касалланган беморларда Ремдесивир препаратини қўллашнинг клиник самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш ҳисобланади.

Материал ва усуллар. Тадқиқот гуруҳига август-ноябрь ойларида янги коронавирус инфекцияси билан касалланиб стационар даво учун касаллик бошланишининг биринчи 4-5 кунлигида мурожаат қилган 70 нафар эркак жинсдаги беморлар киритилди. Беморлар Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар ИТИ клиникасига кўкрак қафаси аъзоларининг МСКТ текшируви натижалари бўйича КТ-1 (22,9% беморларда) ва КТ-2 мезонлари билан (77,1% беморларда), бурун-ҳалқумдан олинган суртмада полимераза занжирли реакция (ПЗР) усулида SARS-CoV-2 РНКни аниқлаш йўли билан этиологик тасдиқланган ташхис билан мурожаат қилишган. Беморларнинг ўртача ёши $61 \pm 1,7$ ни ташкил қилди. Уларда буйрак ва жигар томонидан ўткир буйрак ва жигар етишмовчилиги кўринишидаги ҳамроҳ касалликлари йўқ эди. Госпитализация вақтида гуруҳларда касалликнинг оғирлиги ўрта оғир кечимида эди.

Даволаш гуруҳига 35 нафар беморлар киритилди ва уларга вирусга қарши терапия мақсадида Ремдесивир препаратини биринчи куни 200 мг дозада, кейинги кунлари 100 мг/сут дозада NaCl нинг 0,9%-100,0 мл эритмаси билан вена ичига аста-секинлик билан (2 соат давомида) томчилаб юбориш 5 кунга тавсия қилинди. Назорат гуруҳини COVID-19 билан касалланган 35 нафар беморлар ташкил қилди, уларга вирусга қарши даво ўтказилмади (июнь-июль ойларидаги касаллик тарихлари ретроспектив усулда таҳлил қилинди).

Вирусга қарши терапияни тавсия қилиш мезонлари қуйидагилардан иборат бўлди: тана ҳароратининг турғун равишда $38,0^{\circ}\text{C}$ дан юқори кўтарилиши; йўтал, ҳансирашнинг борлиги (нафас олиш сони ≥ 24 /дақиқа); аускультацияда ўпкаларда патологик белгиларнинг ортиши (нафаснинг сусайиши ва/ёки хириллашлар пайдо бўлиши); SpO_2 даражаси 93% дан пасайишининг кучайиши.

Клиник самарадорлик қуйидаги мезонлар билан баҳоланди: умумий интоксикация синдроми (УИС) нинг ифодаланганлиги ва давомийлиги; йўтал ва иситманинг давомийлиги; динамикада қоннинг кислород билан тўйиниш даражаси; динамикада қоннинг умумклиник ва биокимёвий таҳлиллари ҳамда гемостаз кўрсаткичларининг қийматлари; кўкрак қафаси аъзоларининг МСКТ текшируви маълумотлари ҳамда ўпка ва бронхлар рентгенографияси маълумотлари.

Хавфсизлик мезони сифатида ноҳуш ҳолатлар қайд қилинди (ремдесивир юборилгандан кейин юзага келган тиббий жиҳатдан ноҳуш бўлган ҳар қандай ҳодисалар). Умумий интоксикация синдромининг ифодаланганлиги балларда баҳоланди. Шундай қилиб, ифодаланмаган белгилар (умумий ҳолсизлик, дармонсизлик) – 1 балл, кучсиз ифодаланган (таъм ва ҳид билиш йўқолишининг мушак ва бўғимларда зирқираб оғриш, иштаҳа йўқолиши билан қўшилиб келиши) – 2 балл, ифодаланган (бош оғриши, кўнгил айниш, уйқунинг бузилиши) – 3 балл, кескин ифодаланган (эс-хушнинг бузилиши, бош айланиши, қайт қилиш) – 4 балл. Юқорида келтирилган симптомларнинг давомийлиги кунларда баҳоланди. Сатурация бемор стационарда бўлган давр мобайнида ҳар куни (суткасига камида 4 марта) аниқланди. Қоннинг умумклиник таҳлиллари натижалари бемор стационар даволанишга келган куни, госпитализациянинг 5-7- ва 14-суткаларида баҳоланди.

Рақамли маълумотларга ўртача арифметик қийматни, ўртача квадратик оғишни, ўртача қийматнинг ҳатолигини ҳисоблаш орқали статистик ишлов берилди. Тафовутлар $p < 0,05$ бўлганда ишончли деб ҳисобланди.

Натижа ва муҳокамалар.

Иш давомида вирусга қарши терапия мақсадида Ремдесивир препаратини 5 кун давомида в/и томчилаб юборилган беморлар ва вирусга қарши даво олмаган беморларда (ретроспектив усулда) SARS-CoV-2 инфекциясининг клиник кечиш хусусиятларини солиштирма баҳолаш ўтказилди.

Барча беморларда касалликнинг кечиш даражаси стационарга келганда ўрта оғирликдалиги аниқланган. COVID-19 инфекциясида динамикада беморлардаги иситма ва инфекция интоксикациянинг, шунингдек, ўпкалардаги аускультатив ўзгаришлар (нафас сусайишининг кучайиши, хириллашларнинг динамикада ортиши)нинг зўрайиши каби клиник белгиларнинг ортиб боришини ҳисобга олиб вақтинчалик услубий тавсиянома маълумотларига мос ҳолда 35 нафар (100%) беморларда Ремдесивир препарати билан вирусга қарши даво ўтказишга қарор қилинди ва унинг самарадорлиги ретроспектив қиёсланадиган беморлар билан таққосланди. Шундай қилиб, даволаш гуруҳида иситманинг давомийлиги ($3,9 \pm 0,78$ сутка), йўталнинг давомийлиги ($5,7 \pm 1,3$ сутка), УИСнинг давомийлиги ($7,2 \pm 1,1$ сутка), беморларни даволашнинг барча даврларида артериал қоннинг кислород билан тўйиниш даражаси ўртача қийматининг ($94\% \pm 0,7$) статистик аҳамиятли камайиши кузатилди. Шундай қилиб, Ремдесивир қўллашнинг дастлабки 3 кунда сатурация-

нинг 80% гача пасайиши 37,1% беморларда қайд қилинди, кейинчалик, 4-5-кунлари эса аста-секин кўтарилиб, ўртача қиймат $94 \pm 0,7\%$ га етди, бу эса ўпкада газ алмашинуви кучайишини кўрсатади. УИС яққоллигининг ўртача қиймати ҳар иккала гуруҳда ишонарли фарқ қилмади.

Ўтказилган вирусга қарши терапияга боғлиқ клиник симптомларнинг яққолиги ва давомийлиги

Симптомлар	Даволаш гуруҳи (n=35)	Назорат гуруҳи (n=35)
Иситманинг давомийлиги (сутка)	$3,9 \pm 0,78^*$	$10,1 \pm 1,87^*$
Йўталнинг давомийлиги (сутка)	$5,7 \pm 1,3^*$	$11,7 \pm 1,9^*$
УИСнинг давомийлиги (сутка)	$7,2 \pm 1,1^*$	$10,9 \pm 1,9^*$
УИСнинг яққоллиги (балл)	$3,4 \pm 0,26$	$3,9 \pm 0,25$
Сатурация SpO ₂ , %	$94 \pm 0,7^*$	$88 \pm 0,5^*$
Койка кунлари	$9,1 \pm 1,2^*$	$14,6 \pm 1,6^*$

* - тафовутлар ишончилиги $P < 0,05$

Кўпгина (45 нафар, 64,3%) беморларда турлича ҳамроҳ касалликлар (гипертония касаллиги – 44,3% ҳолларда, юракнинг ишемик касаллиги – 34,3%, инсулинга боғлиқ қандли диабет – 11,4%, 2-даражали семизлик – 30,0%, 3-даражали семизлик – 5,7%, ревматоид артрит – 2,9%, сурункали бронхит – 24,3% ва бронхиал астма – 1,4%) мавжуд бўлган. Кўкрак қафаси аъзолари МСКТ-текшируви натижаларининг таҳлили куйидаги фактни кўрсатди. Шифохонага мурожаат қилган вақтда беморларда кўкрак қафаси аъзолари МСКТ-текшируви натижалари КТ-1 (22,9% беморларда) ва КТ-2 (77,1% беморларда) мезонларига мос келган. Кўкрак қафаси аъзолари МСКТ-текшируви натижаларини беморлар стационарга ўзлари билан олиб келган. Кўкрак қафаси аъзолари МСКТ-текшируви натижалари бўлмаган ёки аҳволи ёмонлашган беморларда стационарда ўпка ва бронхлар рентгенографияси ўтказилди. Шундай қилиб, даволаш гуруҳидаги ремдесивир препаратини қабул қилган беморларда ўпкалардаги рентгенологик ўзгаришларнинг қайтиш жараёни қиёсий гуруҳга қараганда бирмунча тезроқ юз берди ва ўртача $8,1 \pm 1,3$ кунни ташкил қилди, ремдесивир қабул қилмаган беморларда эса $13,9 \pm 2,1$ кунни ташкил қилди. Қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлили кўрсаткичлари динамикасига Ремдесивир препаратининг таъсири таҳлил қилинганда статистик аҳолиятли фарқ аниқланмади. COVID-19 беморларидаги гемостаз тизимининг таҳлили шуни кўрсатдики, даволаш гуруҳидаги беморлар стационарга келганда ПТИ даражаси $99,4\% \pm 0,12$, назорат гуруҳида эса – $98,3\% \pm 0,13$ ни ташкил қилди. D-димер даражаси (меъёрда – $0-0,55$ ng/ml) даволаш гуруҳида $12,9 \pm 2,7$ ng/ml, назорат гуруҳида эса – $11,8 \pm 3,2$ ng/ml ни ташкил қилди. Гемостаз кўрсаткичлари (ПТИ ва D-димер даражаси) меъёрлашиши даволаш ва назорат гуруҳларида мос равишда $8,5 \pm 1,4$ / $13,2 \pm 1,6$ кунни ташкил қилди. Гипокоагулянтлар қўлланилганда D-димер даражаси эътиборга олинди. Шундай қилиб, D-димер даражаси юқори кўрсаткичларда бўлганда – коронавирус инфекциясига чалинган беморларни даволаш учун вақтинчалик баённомага таянган ҳолда – паст молекуляр гипокоагулянтлар (клексан, фленокс, эноскипарин) қўлланилди, D-димер даражаси меъёрлашганда ўрта молекуляр гипокоагулянтлар (гепарин)га ўтказилди.

Вирусга қарши терапияни қўллашнинг дастлабки 1-3 кунлари 34,3% беморларда кўнгил айнаш, 45,7% ҳолларда яққол ифодаланган иштаҳа пасайиши ва бош оғриши, 37,1% ҳолларда ифодаланган тахикардия, 40,0% ҳолларда гипотония (улардан 11,4% ҳолларда қон босими 70/30 мм.сим.уст. гача пасайиб кетди). Ушбу симптомларнинг барчаси препаратни юбориш тезлигини камайтиргандан кейин 4-5-суткаларда йўқолди. Қўлланилган препаратни кўтара олиш даражаси максимал 4 баллдан $3,7 \pm 0,05$ баллни ташкил қилди. Клиник ва лаборатор кўрсаткичлар динамикасини кузатиб бориб шуни аниқладикки, Ремдесивир препарати билан даволашда ижобий самарага эришилди, яъни, умуминтоксикацион симптоматиканинг камайишига, нафас етишмовчилигининг объектив ва субъектив кўринишлари камайишига, госпитализация давомийлигининг қисқаришига ва цитокинлар ҳужумининг клиник белгиларини бартараф қилишга сабаб бўлди.

Олинган маълумотлар асосида шуни таъкидлаш керакки, COVID-19 беморларини комплекс терапиясида Ремдесивир препаратини 5 кун давомида, биринчи куни 200 мг дозада, кейинги кунлари 100 мг/сут дозада NaCl нинг 0,9%-100,0 мл эритмаси билан вена ичига аста-секинлик билан (2 соат давомида) томчилаб юбориш клиник жиҳатдан истиқболли ва патогенетик асосланган.

Хулосалар

1. COVID-19 беморларини даволашда касалликнинг лаборатор кўрсаткичлар ўзгаришидан олдинлаб келадиган клиник кечимини батафсил баҳолаш зарур.

2. Даволашда вирусга қарши терапияда Ремдесивирдан фойдаланиш умуминтоксикацион симптоматиканинг орқага қайтишига, нафас етишмовчилигининг объектив ва субъектив кўринишлари камайишига, шунингдек, госпитализация давомийлигининг қисқаришига олиб келади.

Адабиётлар

1. Жданов К.В. Клиническая эффективность и безопасность применения ингаляционного простациклина у больных с инфекцией, вызванной SARS-CoV-2 (проспективное сравнительное исследование) / К.В. Жданов, К.В. Козлов, К.В. Касьяненко, С.М. Захаренко, В.С. Сукачев, Н.И. Львов, О.В. Мальцев [и др.] // Журнал инфектологии. - 2020-Т. 12, № 3. - С.34-41.
 2. Jain, R. Pharmacological therapy for acute respiratory distress syndrome / R. Jain, A. DalNogare. - DOI: 10.4065/81.2.205. - Текст: электронный // Mayo Clinic Proceedings.-2006.-№81(2).-С.205-212.-URL: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)61672-8/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)61672-8/fulltext) (дата обращения 24.06.2020).

ВИРУС ЭТИОЛОГИЯЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗИДА ИЧАК МИКРОФЛОРАСИ ҲОЛАТИ

Ахмедова М.Д., Султонова Г.Ю.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ахмедова М.Д., Султонова Г.Ю.

INFLUENCE OF THE INTESTINAL MICROFLORA STATE ON THE CLINICAL COURSE OF LIVER CIRRHOSIS OF VIRAL ETIOLOGY

Akhmedova M.D., Sultonova G.Yu.

Тошкент тиббиёт академияси

Цель исследования: изучить состояния кишечной микрофлоры при циррозе печени вирусной этиологии и влияние его дисбаланса на клиническое течение. **Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе клиники Научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, в отделении хронического вирусного гепатита. Для достижения поставленной цели и решения задач нами обследованы 70 больных с диагнозом ЦП вирусной этиологии. Группы больных формировали методом случайной выборки по мере поступления в стационар. **Результаты и их обсуждение.** Резюмируя полученные данные, следует подчеркнуть, что у больных ЦП вирусной этиологии прогрессирование заболевания сопровождается параллельным прогрессированием нарушения микробиоценоза. Формирование дисбактериоза и усугубление его степени напрямую зависит от количества сопутствующих заболеваний. **Выводы.** Цирроз печени сопровождается функциональными изменениями толстой кишки, которые нарастают по мере повышения класса цирроза печени.

Ключевые слова: хронические вирусные гепатиты, цирроз печени, микрофлора кишечника.

Objective: to study the state of intestinal microflora in liver cirrhosis of viral etiology and the effect of its imbalance on the clinical course.

Materials and methods. The study was carried out at the clinic of the Research Institute of Epidemiology, Microbiology and Infectious Diseases of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, in the department of chronic viral hepatitis. To achieve this goal and solve problems, we examined 70 patients with a diagnosis of LC of viral etiology. Patient groups were randomly selected upon admission to the hospital. **Results and its discussion.** Summarizing the data obtained, it should be emphasized that in patients with LC of viral etiology, the progression of the disease is accompanied by a parallel progression of microbiocenosis disorders. The formation of dysbiosis and the aggravation of its degree directly depends on the number of concomitant diseases. The more concomitant diseases, the higher the likelihood of the formation of intestinal dysbiosis. **Conclusion.** Liver cirrhosis is accompanied by functional changes in the colon, which increase as the class of liver cirrhosis increases.

Key words: chronic viral hepatitis, liver cirrhosis, intestinal microflora.

Мавзунинг долзарблиги: Жигарнинг сурункали касалликлари, айниқса жигар циррози (ЖЦ) хозирги кунгача соғлиқни сақлаш ташкилотининг ҳамда ижтимоий муҳим муаммоларидан бири ҳисобланиб келмоқда. Жигар циррозига олиб келувчи бир қанча омиллар мавжуд. Буларнинг ичида энг кўпи бу СВГВ (сурункали вирусли гепатит В) ва СВГС (сурункали вирусли гепатит С). ЖЦ НСВ дан кейин 82,4 %, НВВ дан кейин 53,8 % ҳолатларда ривожланади [5]. Испан тадқиқотчиларининг НСВ этиологияли ЖЦ бўлган 78 та беморда ўтказилган тадқиқот маълумотларига кўра ўлим кўрсаткичи сабаблари: жигар етишмовчилиги (57,7 %), бактериал инфекциялар (30,8 %), ГЦК (3,5 %) этиб кўрсатилган [1, 2].

Охирги йилларда маълумотларга кўра ЖЦ ривожланиб бориши ҳамда касаллик кечишини оғирлаштирувчи омиллар таъсири аниқланган. Ушбу омиллардан бири ичак дисбактериози бўлиб, нафақат касалликнинг клиник кечишига, бундан ташқари ЖЦ нинг ривожланиб боришига ҳам таъсир кўрсатади [3]. Замонавий ва экспериментал текширишлар натижаси шуни маълум қиладики, бузилган ичак микрофлораси, ичак бактерияларининг транслокацияси ва уларнинг токсинлари портал вена системасига тушиб, жигарга боради ва у ерда ичак бактерияларининг липополисахаридлари жигар макрофаглари билан контакт қилиб, яллиғланишига қарши, яъни гепатоцитлар некрозини юзага келишида иштирок этувчи цитокинларни ишлаб чиқарилишига туртки беради, натижада жигар тўқимаси фиброзини ривожланишига олиб келади [4].

Тадқиқот мақсади: вирус этиологияли жигар циррозида ичак микрофлораси ҳолатини ҳамда жигар циррозининг клиник кечишига таъсирини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Илмий тадқиқот иши Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий текшириш институти клиникаси сурункали гепатитлар бўлимида ўтказилган. Қўйилган мақсад ва вазифаларни амалга ошириш учун тадқиқотда жами 70 нафар ЖЦ вирус этиология ташхиси қўйилган беморлар ўрганилди. Беморларнинг ўртача ёши $38 \pm 9,7$ йилни ташкил этди. ЖЦ ташхиси ана-

мнез, клиник-лаборатор, иммунофермент таҳлиллар, инструментал текширувлар натижасига кўра ҳамда ЎЗР 2018 йил 27 августда вирусли гепатитлар бўйича чиққан № 542 буйруғига асосланган ҳолда қўйилган. ЖЦ оғирлик даражасини аниқлаш учун Чайлд-Пью-Турготт таснифидан фойдаланилди. Ичак микрофлораларини сифат ва миқдор ўзгаришлари ҳамда алоҳида турдаги микроорганизмларни бир-бирига ўзаро нисбати 2015 йил 05 январда чиққан ССВ ЎЗР № 177 “Ўткир ичак инфекциялари” буйруғига асосланган ҳолда бактериологик усул орқали текширилди. Олинган маълумотларнинг статистик таҳлили учун Windows XP муҳитидаги MS Excel дастуридан фойдаланилди.

Натижалар ва муҳокама: Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг 40 (57%) нафари эркакларни, 30 (43%) нафари эса аёлларни ташкил этди. Беморлар гуруҳи стационарга келиб тушганлар орасидан тасодифий танлаш усули орқали шакллантирилди. ЖЦ ни вирусли этиологик омилига кўра энг кўп қисмини СВГВ дельта агент билан келган беморлар 35 (50%) ташкил қилди. СВГС беморлар 18 (25,7 %) ҳамда СВГВ беморлар 17 (24,2 %) ташкил этишди. ЖЦ ли беморлар Чайлд-Пью шкаласи бўйича тақсимланиши А синфи эркаклар 26 (65±10,9), аёллар 18 (60±13), шунга мос равишда В синфи 14 (35±10,9) ва 12 (40±13) ташкил этди. Тадқиқот гуруҳидаги беморларда касалликнинг клиник белгилари қуйидагича кузатилди. Чайлд-Пью шкаласи бўйича А синфига мансуб беморларда кўнгил айнаши 22 (50%), қусиш 10 (22,7%), умумий холсизлик 30 (68,2%), иш қобилиятини пасайиши 28 (63,6%), иштаханинг ёмонлашиши 22 (50%), милкларни қонаши 18 (40,9%), озиш 10 (22,7%) ва В синфига мансуб беморларда эса буларга мос равишда 16 (61,5%), 8 (30%), 20 (76,9%), 18 (69,2%), 15 (57,6%), 14 (53,8%), 8 (30%) ҳолатларда кузатилди. Текширишлар натижаси шуни кўрсатиб турибдики субкомпенсация босқичидаги беморларда компенсация босқичидаги беморларга қараганда касалликнинг клиник белгилари яққолроқ ривожланган.

70 та беморлардан 20 та ҳолатда (28,6%) шартли-патоген (ичак таёқчаларини ҳар хил шакллари, протей, клебсиеллар) микрофлораларни, 4 та –тиллазанг стафилакокк, 4 –та стрептакоккли микрофлорани пайдо бўлиши, нажаснинг 41 намунасида (60%) *Candida* авлодига кирувчи замбуруғлар аниқланди. 34,2% (24) ҳолатларда ичак дисбактериозини I даражаси, 48,5 % (34) –II даражаси ва 20 % (14) –III даражаси кузатилди.

Илмий ишимизнинг кейинги босқичида ичак биоценози ҳолатини вирус этиологияли ЖЦ ли беморларда касаллик давомийлигига боғлиқ ҳолда ўрганиш. Таҳлиллар натижасига кўра 16 (22,8%) беморларда сурункали жараён 13,1±0,5 йилга, 30 (42,8%) тасида –8,13±0,4 йилга ва 24 (34,2 %) –5 йилга (ўртача 3,6±0,4) чўзилиб, ЖЦ ташхиси қўйилган.

Ишимизнинг кейинги босқичларида текширалаётган беморлардаги ёндош касалликларни учраш частотасини ўргандик. 70 та бемордан 58 (82,8%) тасида ёндош касалликлар аниқланди: сурункали холецистит—50 (86,2±6,5%), сурункали панкреатит—36 (62,1±9,2%), сурункали гастрит—20 (34,5±9%), ўт тош касалликлари —12 (20,6±4%), ошқозон яра касаллиги —8 (13,8±3,5%), ҳар хил даражадаги анемия —28 (48,3±9,4%) беморларда учради. Ёндош касалликлар 10,3 % (6) беморларда 4 тани ва ушбу беморларда ичак дисбактериозининг III даражаси аниқланди. 44,8% (26) та беморларда 3 та ёндош касалликлар ва улардан 10 (38,5%) тасида дисбактериоз III даражаси, қолганларида 61,5%— II даражаси кузатилди. 35,7% (20) ҳолатларда 2 та ёндош касалликлар учради ва улардан 80,0% (16) тасида II даражаси ҳамда 20,0% (4) тасида дисбактериознинг — I даражаси кузатилди. 10,3% (6) та беморда фақатгина битта ёндош касаллик бўлиб, уларнинг барчасида дисбактериоз I даражаси аниқланди.

Хулосалар. Жигар циррози йўғон ичак функциясини бузилиши билан бирга кечади, ўз навбатида ичак нормал микрофлорасини бузилиши ЖЦ клиник кечшини оғирлаштиради, клиник симптомларни узоқ вақт сақланиб қолишига олиб келади. Ичак дисбактериозидидаги асосий клиник симптомлартадқиқотимиз натижаларига кўра ЖЦ Чайлд-Пью шкаласи бўйича В синфидаги беморларда кўпроқ кузатилди.

Адабиётлар

1. Билалова А.Р., Макашова В.В. Клинико-лабораторная характеристика хронических гепатитов и циррозов печени различной этиологии // Архивъ внутренней медицины -2015. № 2. С. 22.
2. Громова Н.И. Роль хронических вирусных гепатитов в формировании цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы // Инфектология. 2012. № 1. С. 37–44.
3. Тетерина Л.А., Чихачева Е.А., Селиверстов П.В. и др. Роль микрофлоры толстой кишки в развитии латентной печеночной энцефалопатии // Лечащий врач. 2012. № 9. С. 1-6.
4. Успенский Ю.П., Барышникова Н.В., Балукова Е.В. Микрофлора кишечника и патология печени // Инфекционные болезни. Гастроэнтерология. 2017. № 1 (24). С. 66–74.
5. Hiroshi F. Gut Microbiome-based Therapeutics in Liver Cirrhosis: Basic Consideration for the Next Step // Journal of Clinical and Translational Hepatology. 2017. Vol. 5. P. 249–260.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19

Восиков Б.А., Лян Е.М.

Ташкентский медицинская академия

Актуальность. Нарушения повседневной жизни вызванные пандемией COVID-19 могут повлиять на психическое здоровье, особенно на психические расстройства невротического уровня. COVID-19 явля-

ется многофакторным стрессовым агентом существенно увеличивающем риск развития тревожных расстройств.

Цель исследования – изучить и оценить влияние COVID-19 на вероятные уровни распространения тревоги и депрессии у лиц перенёсших COVID-19.

Материал и методы. Проведён обзор и анализ статей в PubMed, Science Direct, Embase, Scopus и Google Scholar, посвящённых распространённости тревоги и депрессии у лиц перенёсших COVID-19.

Результаты. Результаты отдельных международных исследований позволяют оценить влияние заболевания у ранее психически здоровых людей заболевшими COVID-19. Пандемия COVID-19 изменила повседневную жизнь людей в связи чем о посредственно повлияло на психическое здоровье людей. Начальными клиническими проявлениями расстройств тревожного спектра, обусловленных пандемией, по мнению В.Э.Медведева являются: повышенная возбудимость или нервозность с предчувствием надвигающейся опасности; раздражительность и гневливость; бессонница и ночные кошмары; переедание; гетеротематические страхи: заболеть и умереть, вынужденного карантина (отсутствия связи с субъективно значимыми контактными лицами), потерять близких людей из-за эпидемии и невозможность их защитить, пользоваться медицинскими услугами из-за возможности заразиться, утратить средства к существованию. По данным N. Salari и др. во всем мире в период пандемии распространённость стресса составила 29,6%, тревоги 31,9%, депрессии 33,7%, а также в литературе есть данные о непосредственном влиянии перенесённого заболевания. M.W.Gallagher и др. указали что COVID-19 неизменно ассоциировался более высокими рисками вероятного диагноза тревожных расстройств и депрессии.

Заключение. Эти результаты показывают, что вероятность тревожных расстройств и депрессии у лиц перенёсших COVID-19 значительно повышается что может привести повышению потребности в психиатрической помощи во время пандемии. Результаты исследования указывают на наибольшую вероятность при пандемии COVID-19 расстройств тревожного спектра.

ДИАГНОСТИКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ И ОЦЕНКА РАННЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Баходиржонов.Т.Б., Зияева Ф.К., Джүраева Э.Р.

ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧАДА КАРДИОВАСКУЛЯР ПАТОЛОГИЯНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЭРТА АТЕРОСКЛЕРОЗИНИ БАҲОЛАШ

Баходиржонов.Т.Б., Зияева Ф.К., Джүраева Э.Р.

DIAGNOSIS OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY AND ASSESMENT OF EARLY ATHEROSCLEROSIS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Bakhodirjonov T.B., Ziyayeva F.K., Djuraeva E.R.

Ташкентская медицинская академия

Для выявления поражения сердечно-сосудистой патологии и раннего атеросклероза при системной красной волчанке было обследовано 24 пациентов с диагнозом системная красная волчанка (СКВ). Оценивались классические факторы риска. Проводилось дуплексное сканирование общих сонных артерий. У 90% больных встречается хотя бы один классический фактор риска. По результатам исследования было отмечено увеличение артериального давления, гипертриглицеридемия, повышение уровня липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), гиперхолестеринемия. Результаты дуплексного сканирования сонных артерий показали, что у 42% больных показатель толщина интима-медиа (ТИМ) был повышен.

Ключевые слова: СКВ, сердечно-сосудистые факторы риска, атеросклероз.

To identify the lesion of cardiovascular pathology and early atherosclerosis in systemic lupus erythematosus, 24 patients with a diagnosis of systemic lupus erythematosus (SLE) were examined. Classical risk factors were assessed. Duplex scanning of the common carotid arteries was performed. 90% of patients have at least one classic risk factor. According to the results of the study, an increase in blood pressure, hypertriglyceridemia, an increase in the level of low-density lipoprotein (LDL-C), and hypercholesterolemia were noted. The results of duplex scanning of the carotid arteries showed that in 42% of patients, the intima-media thickness (IMT) was increased.

Актуальность. Высокая сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность больных с СКВ вследствие атеросклеротического поражения сосудов продолжает вызывать большой интерес специалистов различных направлений. Итак, заболеваемость СКВ колеблется от 4 до 200 случаев на 100000 населения и летальность вследствие сердечно-сосудистых заболеваний составляет от 5 до 75 %. Грозные клинические проявления атеросклероза (стенокардия, инфаркт миокарда (ИМ), поражение мозговых и периферических артерий) наблюдаются примерно у 20% пациентов страдающих СКВ. У женщин молодого и среднего возраста, страдающих СКВ, инфаркт миокарда (ИМ) встречается в 50 раз чаще, чем в популяции и связан с классическими факторами риска[1,2]. Субклинические формы заболевания регистрируются значительно чаще - у 35-40% пациентов. Классические факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (КВЗ) при СКВ подобны таковым в основной популяции: дислипидемия, сахарный диабет, курение, избыточный вес, артериаль-

ная гипертензия, возраст, малоподвижный образ жизни, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям и др. У мужчин риск ишемической болезни сердца (ИБС) примерно в 3 раза выше, чем у женщин того же возраста при одинаковом уровне холестерина [5]. Одним из методов раннего выявления атеросклеротического поражения сосудов и риска кардиоваскулярных катастроф является ультразвуковое исследование (УЗИ) сонных артерий с высоким разрешением, позволяющее определять атеросклеротические бляшки, оценивать толщину комплекса интима-медиа (КИМ).

Цель: Выявление поражения кардиоваскулярной патологии и раннего атеросклероза при системной красной волчанке.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 24 пациента (20 жен. и 4 муж.) с диагнозом СКВ наблюдавшихся в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии. Оценивались классические факторы риска: Индекс массы тела (ИМТ), дислипидемия, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет и наличие связанных с атеросклерозом заболеваний у родственников. Кроме этих, учитывались также такие факторы как пол, возраст и наличие ИБС. Пациентам с целью выявления субклинических форм атеросклероза было проведено дуплексное сканирование сонных артерий в трех точках с измерением толщины интима-медиа (ТИМ).

Результаты: Все больные по степени активности заболевания были разделены на группы (по шкале SELENASLEDAI): 1 степень – 4 больных; 2 степень – 17 больных; 3 степень – 3 больных. Хотя бы один классический фактор риска атеросклероза (чаще всего - ДЛП и АГ) встретился у 90% пациентов СКВ.

Факторы риска	Частота признака	
	Общ. Кол-во (24)	%
Наличие у родственников заболеваний связанных с атеросклерозом	8	33
Увеличение ИМТ	10	42
Гиперхолестеринемия	14	58
Гипертриглицеридемия	19	79
Повышение уровня -ХСЛПНП >115 мг/дл	14	58
Снижение концентрации ХСЛПВП <39 мг/дл	7	29
Артериальная гипертензия	15	63
Курение	2	8
Сахарный диабет	2	8

Как видно из табл., гиперхолестеринемия и повышенный уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) отмечены у 58% (средний уровень ХС составил - 240±68,7 мг/дл, ХСЛПНП - 162,6±64,2 мг/дл соответственно), самым высоким показателем оказалась гипертриглицеридемия (у 79% больных), а снижение концентрации ХС ЛПВП встречалось реже – у 29% больных.

Больные с признаками субклинического атеросклероза (1 группа) были старше - 41,8±8,7 лет, имели повышенную массу тела - 25,3±6,4 кг/м², дольше принимали глюкокортикоиды (ГК) - 152,3± 111,1 мес. по сравнению с группой пациентов без атеросклероза (2-ая): 32,8± 10,7 лет, 23,9±4,2 кг/м² и 77,4±78,7 мес соответственно.

По результатам дуплексного сканирования сонных артерий в трёх точках с измерением толщины интима-медиа (ТИМ) было выявлено превышение этого показателя у 10 больных (42%), т.е. ≥0,9 мм, у 14 (58%) больных этот показатель составил ≤0,9 мм.

Выводы: По представленным выше данным частота встречаемости классических факторов риска у пациентов СКВ оказалась достаточно высокой. Классические факторы риска играют важную роль в развитии и диагностике раннего атеросклеротического поражения сосудов при СКВ и наиболее значимые из них – дислипидемия (ДЛП) и АГ. Преобладающими показателями были гиперхолестеринемия, повышение уровня ХСЛПНП и триглицеридов (ТГ). Снижение уровня ХС ЛПВП и увеличение общего ХС предрасполагают к развитию атеросклероза.

В соответствии с полученными нами данными частота АГ составила 63%, причем ДЛП и субклинические признаки атеросклероза у больных СКВ встречались наиболее часто в группе пациентов с высокими цифрами АД. Таким образом, классические факторы риска имеют существенное значение в прогрессировании атеросклероза и связанных с ним кардиоваскулярных патологий.

Литература

1. Насонова Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология. М.:ГЭОТАРД-Медиа, 2006. С.79-96
2. Черных Т.М., Карпенко Ю.Ю. Факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии у пациентов системной красной волчанкой // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2008. Т. 7. № 3. С.592-595.
3. Sinicato NA, da Silva Cardoso PA. et al. Risk factors in cardiovascular disease in systemic lupus erythematosus // CurrCardiol Rev. 2013 Feb 1;9(1):15-9.
4. Петри М., Перес-Гутанн С., Спенс Д. Факторы риска ишемической болезни сердца у пациентов с СКВ, 1992, 513-519

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования. Симуляционное (имитационное) обучение в медицинском образовании используется с целью создания условий и отработки алгоритма медицинских манипуляций, в том числе в экстренных и экстремальных ситуациях. В настоящее время симуляционное обучение является одним из компонентов подготовки специалистов на всех этапах получения медицинского образования.

Цель данного обучения состоит в формировании у студентов профессиональных компетенций путем повышения уровня владения клиническими навыками.

Материалы и методы. Серьезной проблемой обучения практическим навыкам на кафедре детских инфекционных болезней медицинских вузов является почти полная невозможность проведения обучения на пациентах, особенно при оказании экстренной помощи, когда ни обучаемый, ни обучающий не имеют права на ошибку, ее обсуждение и исправление. Кроме того, обучение на пациенте чревато развитием осложнений, невозможностью многократных повторений различных манипуляций, что практически исключает получение базовых практических навыков этими способами. Практическим навыкам научить можно лишь при создании условий для самостоятельного освоения практических навыков и умений, которые в сочетании с теоретическими знаниями, клиническим мышлением и практическим опытом составляют профессионализм [1;4]. Поэтому в качестве альтернативного варианта базового обучения медицинской специальности, требующей специфических мануальных навыков, используются тренажеры и симуляторы. Использование тренажеров и манекенов-симуляторов имеет ряд несомненных преимуществ: нет текущих финансовых затрат, продолжительность и режим обучения не ограничены по времени, возможно любое количество повторений упражнения, не требуется постоянное присутствие преподавателя [2,3, 5].

Результаты и их обсуждение. Практические занятия на кафедре детские инфекционные болезни проходят в виде активных и интерактивных форм с использованием: семинаров в диалоговом режиме, дискуссий, круглых столов, компьютерных симуляций, деловых и ролевых игр, разбора конкретных ситуаций, практических занятий с отработкой манипуляций и симуляционных методик обучения, позволяющих эффективно отработать базовые общеврачебные и практические навыки.

Симуляционное обучение позволяет не только научить студентов, ординаторов и магистров выполнять медицинские манипуляции, но и дает возможность самостоятельно оценить эффективность собственных действий по специально разработанным оценочным листам. При правильной организации практико-ориентированного обучения следующий этап его необходимо проводить у постели больного, в процедурном кабинете, перевязочной или операционной.

Таким образом, симуляционное обучение студентов в сочетании с производственной практикой по дисциплине детские инфекционные болезни играет важную роль в формировании профессиональных компетенций у студентов, способствует закреплению теоретического материала, а также умению применять его на практике.

Применение данного метода усиливает практические аспекты подготовки будущих врачей при сохранении должного уровня теоретических знаний.

Выводы. Обучение студентов практическим навыкам с использованием тренажеров, симуляционных технологий, позволяет подготовить выпускника к самостоятельной практической деятельности, что дает возможность молодым врачам быстрее адаптироваться на рабочем месте и качественно оказывать медицинскую помощь пациентам.

Литература

1. Алипов Н.Н., Соколов А.В., Сергеева О.В. Контроль знаний в медицинских вузах: проблемы и пути решения // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2018. – № 4. – С. 55–63.
2. Буланова-Топоркова М.В., Духавнева А.В., Кукушкин В.С., Сучков Г.В. Педагогические технологии. – Ростов на Дону: Изд-во «Феникс», 2019. – С. 29–140.
3. Гаджиев Р.С., Гасанов А.Н., Айвазова З.Н. Самостоятельная работа для студентов по дисциплине общественное здоровье и здравоохранение в условиях модернизации образования // Учебно-методическое пособие для студентов, Махачкала, «Патрис», 2020
4. Полат Е.С. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования. – М.: ИД «Академия», 2019. – С. 3–17.
5. Даминова М.Н., Абдуллаева О.И. Применение интерактивных методов обучения по предмету «Детские инфекционные болезни» // Сб. материалов Республиканской научно-практической конференции с участием международных партнеров ВУЗов, посвященной «Году развития науки, просвещения и цифровой экономики», Ферганский филиал ТМА «Роль инноваций в повышении качества медицины и образования», 20 мая 2020г, г. Фергана

ЕPILEPSIYA KASALLIGIDA AFFEKTIV BUZILISHLARNING IJTIMOIIY-PSIXOLOGIK ASPEKTLARI

Jo'rayeva S.B., Rajabov M.N.

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Dolzarbliqi. Epilepsiya bilan kasallanishning o'rtacha darajasi dunyoning turli mamlakatlari bo'yicha aniqlangan hisob-kitoblarga ko'ra aholi soniga nisbatan har 1000 kishiga 5 holat to'g'ri keladi. Hozirgi vaqtda epilepsiyada psixik buzilishning asosiy sababi diagnostik xato va noto'g'ri davolash natijasidir. Hozirgi vaqtda ko'p hollarda epilepsiya kasalligining asosiy klinik ko'rinishi sifatida tutqanoq xurujlari deb qaralmoqda va bu kasallikni cheklangan qolipga solishga sabab bo'lmoqda. Psixik buzilishlarga esa kamdan-kam e'tibor qaratilmoqda. Ayni paytda, epileptik tutqanoqlar ko'pincha turli xil ruhiy buzilishlar, ong va hissiy sferadagi o'zgarishlar, oz yoki ko'p darajada xulq-atvor buzilishlari bilan ifodalanadi.

Maqsad. O'tkazgan tadqiqotdan maqsad hozirgi vaqtda keng tarqalganligi bilan birga diagnostikasi va davolashda ko'plab muammolarga duch kelinayotgan epilepsiya kasalligida affektiv buzilishlarning klinik xususiyatlarini yoritib berishdan iborat.

Materiali va metodi. Usbu jarayonda 1-sonli RKShda epilepsiya kasalligi bilan og'rigan 21ta bemorlardan so'rovnoma orqali epilepsiya kasalligida affektiv buzilishlarning klinik xususiyatlari o'rganildi. Shulardan 13 nafari (62%) ayol, 8 nafari (38%) erkaklarni tashkil qildi. Yosh jihatdan 20-30 yosh 5 nafarni 3(24%); 31-40 yosh 12 nafarni (57%); 41 yosh va undan kattalar 4 nafarni (19%) tashkil etdi. Statistik tahlillar zamonaviy GAD-7 shkalasi asosida tuzilib tahlil qilindi.

Natijalar. Olingan tahlil natijalari quyidagi ko'rinishga ega bo'ldi: so'rovnomada jami 21 nafar epilepsiya bilan og'rigan affektiv buzilishli bemorlar qatnashdi. 13 nafar ayollardan 3 nafarida (23%) yengil darajadagi, 6 nafarida (46%) o'rta darajadagi, 4 nafarida (31%) og'ir darajadagi xavotirli buzilishlar qayd etildi. 8 nafar erkaklardan 4 nafarida (50%) yengil darajadagi, 3 nafarida (37,5%) o'rta darajadagi, 1 nafarida (12,5%) og'ir darajadagi xavotirli buzilishlar qayd etildi. Yosh jihatidan 20-30 yoshli bemorlarning 3 nafarida (60%) yengil darajadagi, 2 nafarida (40%) o'rta darajadagi xavotirli buzilishlari qayd etildi. 31-40 yoshli bemorlarning 3 nafarida (25%) yengil darajadagi, 6 nafari (50%) o'rta darajadagi, 3 nafarida (25%) og'ir darajadagi xavotirli buzilishlar qayd etildi. 41 yosh va undan kattalarda 1 nafarida (25%) yengil, 1 nafarida (25%) o'rta darajadagi va 2 nafarida (50%) og'ir darajadagi xavotirli buzilishlar qayd etildi. Jins jihatidan erkaklarda ayollarga nisbatan yengil daraja 27% ko'proq, o'rta daraja 8,5% kamroq va og'ir daraja 18,5% kamroq uchraydi. Yosh jihatidan 20-30 yoshli bemorlarda yengil darajadagi xavotirli buzilishlar 31-40 yoshdagilarga va 41 yosh va undan kattalarga nisbatan 35% ko'proq, o'rta og'ir daraja 31-40 yoshdagilarga nisbatan 10% kamroq, 41 yosh va undan kattalarda 15% ko'proq; og'ir daraja 20-30 yoshli bemorlarning hech birida qayd etilmadi; 31-40 yoshdagilarda og'ir daraja 40 yosh va undan kattalarga nisbatan 25% kam uchradi.

Xulosa. Epilepsiya bilan og'rigan affektiv buzilishli bemorlar orasida o'tkazilgan so'rovnoma tahlil natijalari shuni ko'rsatdiki, jins jihatidan o'rta va og'ir darajadagi xavotirli buzilishlar ayollarda erkaklarga nisbatan ko'proq kuzatiladi. Yosh jihatidan 20-30 yoshda og'ir darajadagi xavotirli buzilishlar kata yoshdagilarga nisbatan kam kuzatiladi.

УДК: 616.853(616.8-008.6)

ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Жураева С.Б., Шадманова Л.Ш., Толипова Н.Ш., Умуров Н.А., Турдиева М.Э.

ЭПИЛЕПСИЯ КАСАЛЛИГИДА ВАҲИМАЛИ ВА ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАР

Жураева С.Б., Шадманова Л.Ш., Толипова Н.Ш., Умуров Н.А., Турдиева М.Э.

ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN EPILEPSY

Jo'raeva S.B., Shadmanova L.Sh., Tolipova N.Sh., Umurov N.A., Turdieva M.E.

Ташкентская медицинская академия

Rezyume. Depressiv, obsessiv-fobik, xavotirli va boshqa affektiv buzilishlar epilepsiya jarayonini murakkablashtiradigan, hatto hurujlar remissiyasiga erishilganda ham bemorlarning sog'ligini to'liq tiklashga to'sqinlik qiluvchi va epilepsiya bilan og'rigan shaxslarning ijtimoiy moslashuvini sezilarli darajada qiyinlashtiradigan omillardir. Shu sababli, ushbu kasalliklarni o'rganish va o'z vaqtida to'g'ri tashxislash ularning oldini olish va davolash uchun to'g'ri terapevtik taktikani tanlashga, epilepsiya bilan og'rigan bemorlarning sog'lig'ini to'liq tiklashga, bunday bemorlarni psixologik reabilitatsiya qilishga yordam beradi va natijada bemorlarga hayot sifatini optimallashtirishda yordam beradi(o'qish, ish bilan ta'minlash, oila va boshqalar.).

Kalit so'zlar: epilepsiya, depresssiya, vahima, obsessiv-fobik buzilishlar.

Abstract. Depressive, obsessive-phobic, anxious, and other affective disorders are factors that complicate the epileptic process, prevent patients from fully recovering even when remission of seizures is achieved, and significantly complicate the social adjustment of individuals with epilepsy. Therefore, the study and timely diagnosis of these diseases allows to choose the right therapeutic tactics for their prevention and treatment, to fully restore the health of patients with epilepsy, helps to psychologically rehabilitate such patients and as a result helps patients to optimize their quality of life (study, employment, family, etc.).

Keywords: epilepsy, depression, panic, obsessive-phobic disorders.

Kirish. Zamonaviy mualliflar epilepsiya kasalligida depressiv buzilishlarni ustunlik qilishini yozishadi. A.M. Kanner (2013), epilepsiya tashxisi qo'yilgan har uchinchi bemorning hayot davomida depressiv buzilishlarni boshdan kechirayotganini ta'kidlaydi [1,6,7]. Epilepsiya tashxisi qo'yilgandan so'ng birinchi yil davomida komorbid kasalliklari yoki holatlari orasida depressiv kasalliklar eng ko'p uchraydi. Epilepsiya bilan og'rikan bemorlarda depressiyaning tarqalishi 11,2 dan 60% gacha, bu umumiy aholiga nisbatan ancha yuqori (2-4%) [2,3]. Dori remissiyasi bo'lgan bemorlarda bu ko'rsatkich 3% dan 9% gacha o'zgarib turadi [4,5].

Tadqiqot maqsadi. epilepsiya kasalligida depressiv, xavotirli va obsessiv-fobik kasalliklarni aniqlashga zamonaviy yondashuvlarni ta'kidlash.

Materiallar va uslublar. M.V. Kuzminova tadqiqotlariga ko'ra depressiv va subdepressiv kasalliklar tekshirilganlarning 42,2 % da aniqlangan va ularning 25,5 % - ayol. Depressiya buzilishlarining rivojlanishiga hissa qo'shgan psixotraumatik holat, 33,6% hollarda oilaviy va maishiy sohada, 16,1% bemorlarda-professional sohada, 50,3% hollarda - ishda ham, uyda ham paydo bo'ldi. 89,8% so'rovda kayfiyatdagi o'zgarishlar psixotraumatik vaziyatga javoban sodir bo'lgan. So'nggi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, depressiya va epilepsiya bir xil sabablarga bog'liq bo'lishi mumkin. Hozirgi vaqtda epilepsiya va depressiya uchun keng tarqalgan patogenetik biologik mexanizmlar mavjud. Bundan tashqari, nafaqat epilepsiya mavjudligi depressiya xavfini oshiradi, balki bemorda depressiv buzilishlar va o'z joniga qasd qilish fikrlarining belgilari ham uning rivojlanishidagi xavf omillaridir. Depressiya bilan og'rikan bemorda epilepsiya bilan kasallanish xavfi 4-7 marta yuqori.

Natijalar va muhokama. Ko'pgina tadqiqotchilar interiktal disforik holatlarni tasvirlab, ularni epilepsiya uchun xarakterli kasalliklar deb hisoblashadi. Bir qator mualliflarga ko'ra, xurujlar oraliq davrida disforik buzilish 54,8% hollarda uchraydi. Interstitsial disforik buzilish depressiya uchun (DSM IV mezonlariga ko'ra) xos bo'lgan ko'plab xususiyatlarni o'z ichiga oladi, ammo unga "eyforiya ham qo'shiladi". Epilepsiyada affektiv buzilishlar rivojlanishining asosiy sabablari orasida bir qator omillar mavjud: neyrobiologik; reaktiv; bir qator antiepileptik preparatlarining nojo'ya ta'siri. Ko'pgina ishlar temporal epilepsiya bilan, ayniqsa, mezial temporal skleroz (MBC) bilan ruhiy kasalliklarning ustunligini ta'kidlaydi. F.A. Gibbs 1675 bemorlari orasida epileptik psixoz temporal epilepsiya bilan og'rikan bemorlarning 12%ida va faqat 1%ida generallashtirilgan holda aniqlandi. E. Slater va A. W. Beard buni o'z materiallari bilan tasdiqladilar. Biroq, qarama-qarshi ma'lumotlar mavjud. Shunday qilib, ayrim tadqiqotlar natijalariga ko'ra, mezial temporal skleroz interiktal psixozli va ularsiz bemorlarda tez-tez uchraydi.

Depressiya, o'z joniga qasd qilish fikri va tendentsiyalari bilan birga keladigan xavotirli buzilishlar, disforik holatlar, uyqusizlik epilepsiyaning tez-tez uchraydigan alomatlaridir; bunday kasalliklar tutqanoq xurujlarining namoyon bo'lishi va xurujlararo davrda qayd etilishi mumkin. Interiktal davrda epilepsiya bilan og'rikan bemorlarda tez-tez turg'un ruhiy buzilishlar, asosan depressiv va vahima ko'rinishida doimiy aniqlanadi. Depressiya va epilepsiya o'rtasidagi munosabatlar antik davrda shifokorlarga ma'lum edi. Gippokrat asarlarida "melanxoliklar odatda epileptikka aylanadi va epileptiklar melanxolik bo'ladi; bularning barchasi kasallikning qaysi yo'nalishda kelishiga bog'liq: tanaga ta'siri epilepsiyaga olib keladi, aqlga ta'sir melanxoliyaga olib keladi". V.P. Serbskiy (1906) kayfiyat buzilishlari "ruhiy epilepsiya"ning eng xarakterli xususiyatlaridan biri ekanini ta'kidladi. G. Aschaffenburg (1906) psixiatrik shifoxonalarda bo'lgan bemorlarning 64-70% da epilepsiya uchun xos bo'lgan davriy affektiv buzilishlarni tasvirlab berdi va kasallikning boshqa ko'rinishlari mavjud bo'lmagan holda genuin (haqiqiy) epilepsiyani aniqlash uchun diagnostika belgisi sifatida foydalanish mumkin bo'lgan ruhiy kasalliklarni aniqladi.

M.V. Kuzminova tadqiqotlariga ko'ra xavotirli buzilishlar 19,5% hollarda deyarli doimiy ravishda mavjud bo'lib, tekshirilganlarning 32,8 % da xavotirli buzilishlar namoyon bo'ldi va natijada bemorlarning 26,1 % da xavotirli buzilishlarning rivojlanishini aniqladi.

Tadqiqotlarga ko'ra 49,6 % bemorda obsessiv-fobik sindrom aniqlandi. Eng tez — tez uchraydigan holat — 73,8% bemorlarda tutqanoq xurujlarining takrorlanish qo'rquvi va bu holat kuzatiladigan bemorlarning 41,6%i ayol. Shuni ta'kidlash kerakki, xurujlarning takrorlanish qo'rquvi nisbatan yaqinda boshlangan xurujlar bilan og'rikan bemorlar uchun odatiy holdir; epilepsiya bilan og'rikaniga uzoq muddat bo'lgan bemorlar xurujlarga e'tibor berishni to'xtatdilar. Ba'zi bemorlar xurujlarning jismoniy shikastlanishga olib kelishidan juda ko'p qo'rqishadi. Jismoniy shikastlanishdan qo'rqish (50,3 %) yoki tutqanoq xuruj paytida o'lim qo'rquvi (32,8 %) xurujlar bilan bog'liq holda oldingi baxtsiz hodisalar va ko'karishlar bilan og'rikan bemorlarda osonroq shakllanadi. Kasallikning naslga o'tishi qo'rquvi (53,0% hollarda) epilepsiya bilan og'rikan bemorlarni yolg'iz qolishga majbur qildiva ular oila qurishmadi. Ishdan bo'shatish qo'rquvi (38,9 %) va o'qishdan voz kechish (8,7 %) asossiz emas edi: hammaga ma'lumki, epilepsiya bilan og'rikan bemorlar stigmatizatsiyasi ularning ish bilan ta'minlanishiga qanchalik xalaqit beradi. Tutqanoq xurujlariga atrofdegilar guvoh bo'lishidan qo'rqish 42,2% ni tashkil etdi va ularning 25,5 %i ayol edi. Jamoat joylariga borishdan qo'rqish 28,8% hollarda aniqlandi. Epilepsiya bilan og'rikan bemorlarning 37,5% da kuzatilgan dorilarning nojo'ya ta'siridan qo'rqish ham asoslarga ega edi: 75,8% tekshirilganlarda epilepsiya tutqanoqlariga qarshi dori vositalarining uzoq muddatli iste'moli tufayli yuzaga keladigan buzilishlar (ko'ngil aynishi, kallik, gepatotoksiklik va nefrotoksiklik, qon formulasidagi o'zgarishlar, toshma va boshqalar), bu asosan bemorlarning 63,8% da epilepsiya tutqanoqlariga qarshi eski politerapiyalar bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Xulosa: turli xil darajadagi affektiv buzilishlar epilepsiya kasalliklarida yetakchi ruhiy buzilishlar bo'lib, ular paroksizmal va paroksizmal bo'lmagan xarakterdagi depressiv va disforik holatlarning ustunligi bilan ko'plab psixopatologik holatlar bilan ifodalanadi. Depressiv kasalliklar epilepsiya kasalliklarida etakchi psixopatologik kasalliklar bo'lib, epileptik tutilishning deyarli barcha tarkibiy qismlari bilan chambarchas bog'liqdir. Ular ko'pincha interiktal

davrda kuzatiladi. Epilepsiya bilan kasallangan har bir bemor hayotida duch keladigan stigmatizatsiya va uning turmush tarziga ta'siri ham ma'lum miqdorda ruhiy buzilishlar yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Epilepsiya kasalligida kuzatiladigan depressiv, xavotirli va obsessiv-fobik buzilishlar esa o'z navbatida shaxs buzilishlariga olib keladi.

Adabiyotlar

1. De Lima C., de Lira C.A., Arida R.M., Andersen M.L., Matos G., de Figueiredo Ferreira Guilhoto L.M. et al. Association between leisure time, physical activity, and mood disorder levels in individuals with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2013; 28(1): 47–51. DOI: 10.1016/j.yebeh.2013.03.016.
2. Mula M. Депрессия и эпилепсия: эпидемиологические и нейробиологические аспекты. В кн.: Современная эпилептология: проблемы и решения. Под ред. Е. И. Гусева, А. Б. Гехт. М.: Буки-Веди; 2015: 117–22. [Mula M. Depressiya i epilepsiya: epidemiologicheskie i neirobiologicheskie aspekty. V kn.: Sovremennaya epileptologiya: problemy i resheniya. Pod red. E.I. Guseva, A.B. Gekht. M.: Buki-Vedi; 2015: 117–22. (in Russian)]
3. Калинин В. В. Взаимоотношения аффективных и тревожных расстройств у больных эпилепсией. В кн.: Эпилепсия. Под общ. ред. Н. Г. Незнанова. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева; 2010: 491–507. [Kalinin V.V. Vzaimootnosheniya affektivnykh i trevozhnykh rasstroistv u bol'nykh epilepsiei. V kn.: Epilepsiya. Pod obshch. red. N.G. Neznanova. SPb.: SPb NIPNI im. V.M. Bekhtereva; 2010: 491–507. (in Russian)]
4. Сивакова Н. А., Колюбицкий А. П., Липатова Л. В. Структура непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией в зависимости от наличия или отсутствия фармакорезистентности. *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2017; 2: 10–4. [Sivakova N.A., Kolyubitskiy A.P., Lipatova L.V. Struktura nepsikhoticheskikh psikhicheskikh rasstroistv u bol'nykh epilepsiei v zavisimosti ot nalichiya ili otsutstviya farmako-rezistentnosti. *Zhurn. nevrologii i psikhiiatrii* im. S.S. Korsakova. 2017; 2: 10–4. (in Russian)]
5. Fisher P.L., Noble A.J. Anxiety and depression in people with epilepsy: The contribution of metacognitive beliefs. *Seizure.* 2017; 50: 153–9. DOI: 10.1016/j.seizure.2017.06.012.
6. Kanner A.M. Psychiatric comorbidities in new onset epilepsy: Should they be always investigated? *Seizure.* 2017; 49: 79–82. DOI: 10.1016/j.seizure.2017.04.007.
7. Kanner A.M. Corrigendum to “Depression and epilepsy: epidemiologic and neurobiologic perspectives that may explain their high comorbid occurrence” [*Epilepsy Behav.* 24/2 (2012), 156–168]. *Epilepsy Behav.* 2014; 32: 170.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АКТИВИРУЕМОГО ТРОМБИНОМ ИНГИБИТОРА ФИБРИНОЛИЗА (ТАФИ) С ФАКТОРАМИ РИСКА И ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ИБС

Зокирова М.Б

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Выявление генетических факторов и оценка их вклада в развитие ССЗ являются основными задачами современной молекулярной кардиологии. Полиморфизмы в нескольких сотнях генов исследованы в качестве генетических факторов риска атеросклероза, гипертензии, ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ), инсульта, тромботических и других заболеваний [1,2].

Появившиеся в последнее время методики определения аллелей полиморфных генетических маркеров с помощью полимеразной цепной реакции, позволят оценить генетический риск развития сердечно-сосудистой патологии, в особенности с целью первичной профилактики ИБС, а также совершенствовать новые подходы к индивидуализации терапии в качестве вторичной профилактики заболевания.

При активации интактного ТАФИ, активационный пептид (AP) (Phe1 – Arg92) высвобождается из каталитического домена (ТАФИa) (Ala93–Val401). Эксперименты *in vitro* и *in vivo* показывают, что ТАФИ замедляет фибринолиз и действует непрерывно удаляя С-концевой лизин. Остатки на модифицированном плазмином частично деградированном фибрине, тем самым снижают скорость активации плазминогена и фибринолиза.

Поскольку тромбин и тромбин/тромбомодулин комплекс может активировать ТАФИ, и поскольку ТАФИ подавляет фибринолиз, этот путь был предложен как молекулярная связь между коагуляцией и фибринолизом. Ген ТАФИ (названный CPB2) отображается на хромосоме 13q14.11, занимает примерно 48 т.п.н. и содержит 11 экзонов. Был идентифицирован ряд полиморфизмов генов ТАФИ, 2 из которых приводят к заменам аминокислот, Thr147Ala и Thr325Ile. Показано, что вариант Ile325 имеет более длинный период полувыведения и повышенные антифибринолитические свойства по сравнению с вариантом 325Thr. Первоначальные исследования показали связь между несколькими однонуклеотидными полиморфизмами генов ТАФИ (SNP) и уровни антигена ТАФИ в крови (ТАФИAg). Кроме того, комбинированный анализ сегрегации-сцепления предположил существование 2 локусов количественных признаков, которые объясняет 78% дисперсии ТАФИ Ag13 в плазме.

Активируемый тромбином ингибитор фибринолиза (ТАФИ), участвует в регуляции баланса между коагуляцией и фибринолизом. Высокие уровни ТАФИ в плазме могут способствовать гипофибринолитическому состоянию и повышенному риску возникновения тромботических расстройств.

Коронарный стеноз является следствием прогрессирования атеросклеротической бляшки, которое связано с нарушением фибринолиза. Активируемый тромбином ингибитор фибринолиза (ТАФИ) и ингибитор активатора плазминогена 1 (РАИ-1) [3] являются ингибиторами фибринолиза, уровни которых зависят от приобретенных состояний и полиморфизмов.

Целью нашего исследования стало изучение ассоциации полиморфизма гена ТАФИ с тяжестью коронарного стеноза у пациентов со стабильной стенокардией напряжения (ССН).

Материалы и методы исследования.

В исследование были включены 67 больных (31 женщина и 36 мужчин), лечившихся в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии отделения 1-кардиологии. Средний возраст больных составил $60,2 \pm 0,76$ лет.

Больным были проведены клинико-лабораторные и специальные биохимические методы исследования. Больные на момент постановки диагноза страдали ИБС: стабильной стенокардией напряжения I-IV функционального класса (ФК) с АГ (I-II степени). Клинические методы исследования включили в себя сбор жалоб, анамнеза, детальный физикальный осмотр больных, получение информации по факторам риска (ФР) заболевания. Выраженность болевого синдрома оценивали по шкале вербальных оценок (ШВО) по 5 бальной шкале. Определение индекса массы тела (ИМТ) по Кетле. Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных от пациентов показал, что 1 коморбидная патология обнаружена у 15 пациентов (22,4%), 2 и 3 коморбидные патологии у 33 пациентов (49,3%). В частности, наиболее часто отмеченные коморбидные патологии: ожирение, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная гипертензия, подагра, хронический некалькулезный холецистит. В результате среди больных преобладали следующие факторы риска: уровень никотиновой зависимости был невысоким, но достоверным $3,3 \pm 0,8$ балла, тогда как ИМТ равен уровню избыточного веса $29,9 \pm 0,8$. Наибольшим оказался уровень тревоги и депрессии у больных ИБС и соответствовал уровню (16,1 балл) клинически выраженной тревоги и депрессии. Уровень артериального давления был равен высокому нормальному и АГ 1 степени ($146,5 \pm 3,5$ мм.рт.ст.). Выявленные значения общего холестерина крови $4,7 \pm 0,2$, убедительно доказывают изменение образа жизни и начало липидснижающей медикаментозной терапии.

В некоторых исследованиях было продемонстрировано, определение TAFI Ag имело разную чувствительность анализа между изоформами, приводящие к переоценке эффектов, связанных с полиморфизмами гена TAFI. Учитывая роль TAFI в фибринолизе, несколько клинических исследований изучили возможную связь между уровнями TAFI в плазме и тромбоемболическими событиями. В недавнем обзоре Leurs J. et al. [4], было показано, что результаты противоречивы, и это может быть объясняется тем, что были использованы разные методы определения TAFI.

В этих же исследованиях показано, что это не общее количество белка TAFI, а количество активированного TAFI, который играет решающую роль в замедлении фибринолиза [5,6]. Согласно результатам нашего исследования, концентрация TAFI оказалась невысокой. Независимо от концентрации TAFI, его корреляционная взаимосвязь с факторами риска ИБС не обнаружена. Но клиническое состояние пациентов прямо пропорционально уровню болевого приступа по вербальной шкале боли.

Выводы. Таким образом, доказано что существует значительная вариация относительно концентраций антигена TAFI и функционального TAFI в человеческой популяции и что эта изменчивость может представлять собой фактор риска для развития или обострения сердечно-сосудистых заболеваний.

Литература

1. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные клинические рекомендации, Москва. - 2017.- С.288;
2. Шестерня П.А., Шульман В.А., Никулина С.Ю., Сергеева А.С., Демкина А.И., Максимов В.Н., Воевода М.И.. Использование генетических маркеров ишемической болезни сердца в клинической практике: реальность или отдаленная перспектива? // Российский кардиологический журнал. -2014. -10 (114). -С.7-12.doi.org/10.15829/1560-4071-2014-10-7-12
3. Хасанова Н.А., Нуриллаева Н.М.. Значение ингибитора активации плазминогена (PAI-1) в развитии сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология Узбекистана. - 2019.- №3(53).- С.98-105
4. Leurs J, Hendriks D. Carboxypeptidase U (TAFIa): a metallo-carboxypeptidase with a distinct role in haemostasis and a possible risk factor for thrombotic disease. *Thromb Haemost.* 2005; 94:471- 487
5. Leurs J, Nerme V, Sim Y, Hendriks D. Carboxypeptidase U (TAFIa) prevents lysis from proceeding into the propagation phase through a threshold-dependent mechanism. *J Thromb Haemost.* 2004;2:416-423.
6. Walker JB, Bajzar L. The intrinsic threshold of the fibrinolytic system is modulated by basic carboxypeptidases, but the magnitude of the antifibrinolytic effect of activated thrombin-activatable fibrinolysis inhibitor is masked by its instability. *J Biol Chem.* 2004;279:27896 -27904.

SURUNKALI ALKOGOLIZM BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA COVID-19 DAN KEYINGI DAVRDAGI JINSIY XULQ-ATVOR BUZILISHLARNING XUSUSIYATLARI

Zuhriddinov A.A., Abdullajanova Sh.J.

Toshken tibbiyot akademiyasi, Tashkent

Dolzarbliqi. COVID-19 pandemiyasi paytida jinsiy xatti-harakatlarning emotsional sohaga ta'siri etarlicha o'rganilmagan bo'lsa-da, ushbu muammo tibbiyot mutaxassislarining e'tiborini jalb qilmoqda. Bu qisman COVID-19 pandemiyasi davrida surunkali alkogolizm bilan kasallangan bemorlarda jinsiy hulq-atvor buzilishlari etarli darajada izlanishlar olib borilmagan. Ayni paytda, ushbu muammoga kompleks va integral yondashish ruhiy va narkologik kasalliklarning patogenezi va uning terapiyasini optimallashtirish to'g'risida to'liqroq tushunishga yordam berishi mumkin. **Maqsad.** COVID-19 pandemiyasi paytida surunkali alkogolizm, bilan kasallangan bemorlarda jinsiy xatti-harakatlar buzilishlarini o'rganish. **Materiali va metodi.** Ushbu jarayon Mental Med Service xususiy klinikasida

surunkali alkogolizm bilan kasallangan bemorlarda COVID-19 dan keyingi davrdagi jinsiy xulq-atvor buzilishlar haqida 66 nafar bemorda anonym tarzida so'rovnomalari orqali ma'lumot yig'ildi. Shulardan 45 nafari (68,2%) erkaklar, 21 nafari (31,8%) ayollarni tashkil qildi. Yosh jihatdan 30-39 yosh 20 nafarni (30,3%); 40-59 yosh 35 nafarni (53%); 60 yosh va undan kata yoshdagilar 11 nafarni (16,7%) tashkil etdi. Statistik taxlillar anonym tarzida zamonaviy GAD-7 shkalasi asosida tuzilib taxlil qilindi. **Natijalar.** Olingan anonim tarzidagi so'rovnoma natijalari quyidagi ko'rinishga ega bo'ldi: so'rovnomada jami 66 nafar surunkali alkogolizm bilan kasallangan bemorlarda COVID-19 dan keyingi davrdagi jinsiy xulq-atvor buzilishlar bor bemorlar qatnashdi. 45 nafar erkakdan 10 nafarida (22,2%) yengil darajadagi, 23 nafarida (51,1%) o'rta darajadagi va 12 nafarida (26,7%) og'ir darajali jinsiy xulq-atvor buzilishlar qayd etildi. 21 nafar ayollardan 10 nafarida (47,7%) yengil, 7 nafarida (33,3%) o'rta va 4 nafarida (19%) og'ir darajali jinsiy xulq-atvor buzilishlar qayd etildi. Jins jihatidan erkaklarda ayollarga nisbatan 25,4% yengil darajasi kamroq, 17,8% o'rta va 7,7% og'ir daraja ko'proq uchraydi. **Xulosa.** Surunkali alkogolizm bilan kasallangan bemorlarda COVID-19 dan keyingi davrdagi jinsiy xulq-atvor buzilishlar bor bemorlar orasida o'tqizilgan so'rovnomalari taxlil natijalari shuni ko'rsatdiki, erkaklar orasida ayollarga nisbatan koproq uchraydi.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ибрагимов З.С., Ярмухамедова Д.З., Нуритдинова Н.Б., Халмухамедов Б.Т.

ЁШЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВА ҲАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ

Ибрагимов З.С., Ярмухамедова Д.З., Нуритдинова Н.Б., Халмухамедов Б.Т.

PREVALENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION AND RISK FACTORS IN YOUNG PEOPLE

Ibragimov Z.S., Yarmukhamedova D.Z., Nuritdinova N.B., Khalmukhamedov B.T.

Ташкентская медицинская академия

Изучена распространенность артериальной гипертензии (АГ) и факторов риска среди здоровых лиц в возрасте от 20 до 39 лет. Обследован 981 относительно здоровый молодой человек (371 мужчин и 266 женщин, средний возраст $31,3 \pm 2,26$ лет), проведено одномоментное выборочное эпидемиологическое исследование. Распространенность АГ составляет 13,9%, достоверно выше среди мужчин, чем среди женщин. Имеет место высокая частота встречаемости таких факторов риска как избыточная МТ, курения, наследственная предрасположенность, несоблюдения режима дня, а также значительной реакции на стресс. Распространенность АГ среди лиц молодого возраста составляет 13,8%, основные факторы риска АГ встречаются более чем у четверти обследованных.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, факторы риска, распространенность.

Summary

The presence of elevated blood pressure in youth leads to an increase in cardiovascular mortality in middle age. The prevalence of hypertension and risk factors among healthy individuals aged 20 to 39 years was studied. 981 relatively healthy young people (371 men and 266 women, mean age 31.3 ± 2.26 years) were examined; a one-stage selective epidemiological study was carried out. The prevalence of hypertension is 13.9%, significantly higher among men than among women. There is a high frequency of occurrence of such risk factors as excessive MT, smoking, hereditary predisposition, non-adherence to the daily regimen, as well as a significant reaction to stress. The prevalence of hypertension among young people is 13.8%, the main risk factors for hypertension are found in more than a quarter of the surveyed.

Key words: arterial hypertension, risk factors, prevalence.

Введение. По данным некоторых эпидемиологических исследований повышенное артериальное давление (АД) выявляется более чем у 40% жителей Европы и около четверти жителей Соединенных Штатов Америки [1,3]. При этом чаще всего объектом исследований становятся люди старше 40 лет, а часто и старше 60 лет, давно страдающие АГ, в то время как категория молодых пациентов, страдающих АГ или имеющих факторы риска ее развития, как правило, остаются за границами внимания исследователей.

Цель: Изучить распространенность артериальной гипертензии и факторов риска среди молодых здоровых лиц.

Материалы и методы исследования. Был обследован 637 относительно здоровый молодой человек. Всем обследованным выполнялось трехкратное измерение АД, после чего они заполняли опросник для выявления факторов риска развития АГ. Категории АД определяли по современным рекомендациям [4]. По уровню АД было выделено 2 группы: 1 группу ($n=549$) составили обследованные, у которых уровень АД был в пределах нормы (ниже 140/90 мм рт.ст), 2 группу ($n=88$) — пациенты с АГ (АД 140/90 мм рт.ст. и выше). Избыточной считалась масса тела (МТ), если индекс МТ (ИМТ) превышал 25 кг/м². Употребление в пищу соли оценивали как «предпочитаю пищу несколько пересоленную», «умеренно соленную» и «обхожусь практически без соли». Реакцию на стресс определяли по ответу на вопрос: «насколько Вы подвержены воздействию стресса?» «в значительной степени» или «стараюсь относиться к стрессовым ситуациям спокойно». Статистическая обработка производилась в статистическом пакете «MedStat».

Результаты исследования и их обсуждение. Было обследовано 385 мужчин и 252 женщины, средний возраст $31,3 \pm 2,26$ лет. Среди обследованных нормальное АД отмечалось у 549 (86,1%), АГ была зарегистри-

рована у 88 (13,9%) человек. Обследованные, имевшие нормальное АД, составили 1 группу, 549 человек. Обследованные с АГ составили 2 группу, из них 72 человек (81,8%) страдали АГ 1 степени, 16 (18,2) — 2 степени. В 1 группе средний уровень АДс составил 117,3 (110;120) мм рт.ст., АДд — 75 (70;80) мм рт.ст., ЧСС — 77 (69,7;80) ударов в минуту, во 2 группе — 140 (135;144) мм рт.ст., 90 (90;93,3) мм рт.ст., 77,3 (68,3;85,7) ударов в минуту, соответственно. При этом ЧСС в группах достоверно не отличалась ($p > 0,05$). Частота АГ была достоверно выше среди мужчин, чем среди женщин ($p < 0,05$). В 1 группе количество мужчин и женщин было практически одинаковым, во второй — существенно преобладали пациенты мужского пола. Большинство исследователей указывают на сходство механизмов развития АГ при ожирении в молодом и зрелом возрасте. Регистрация факторов риска и субклинических маркеров полезна для выявления молодых людей с избыточной массой тела и высокой вероятностью развития АГ. АГ в сочетании с избыточным весом или ожирением в большей степени способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний, чем каждое из этих состояний по отдельности. Именно поэтому АГ, ассоциированная с избыточной массой тела в молодом возрасте, является в последние годы предметом пристального внимания медицинской общественности [6]. Избыточная масса тела (ИМТ >25) была выявлена у 142 обследованных (22,4%). У мужчин этот показатель был достоверно выше 122 (32,8%), чем у женщин 42 (15,7%), $p < 0,001$. Распространенность избыточной МТ достоверно выше в 2 группе по сравнению с 1-й. При этом была выявлена положительная корреляционная связь ИМТ как с уровнем АДс ($R_0=0,408$, $p < 0,01$), так и с уровнем АДд ($R_0=0,419$, $p < 0,01$). Распространенность курения среди мужчин составила 92 человек (23,8%,). Количество выкуриваемых сигарет в сутки в 1 группе было достоверно меньше — 9 (5;15) шт., чем во 2 — 12,5 (10;20) шт. ($p < 0,001$). Нами было проанализирована субъективная оценка респондентов по употреблению соли. Предпочитали употреблять «несколько пересоленную» пищу 78 (12,6%) обследованных, 492 (77,2%) предпочитали «умеренно соленую» пищу, 67 (10,5%) «обходились практически без соли». При этом среди мужчин была выявлена значительно большая предрасположенность к употреблению соленой пищи, чем среди женщин ($p = 0,005$). Наследственная предрасположенность к АГ наблюдалась в 312 случаях (48,9%). Распространенность наследственной предрасположенности была практически одинаковой как среди лиц мужского пола. Таким образом, среди пациентов, страдающих АГ, распространенность наследственной предрасположенности достоверно выше, чем в 1 группе.

Выводы. Среди лиц молодого возраста распространенность АГ составляет 14 %, при этом среди мужчин наблюдается значительно более высокая распространенность АГ (22,2%), чем среди женщин (4,5%). Наиболее распространенными факторами риска АГ среди лиц молодого возраста являются избыточная МТ (32,8% мужчин), курение (27,8% мужчин), наследственная предрасположенность к АГ (57,8% опрошенных), несоблюдение режима дня (58,8% обследованных), а также значительная реакция на стресс (37,7% анкетированных). Наиболее значимыми факторами риска АГ для молодых лиц являются избыточной массы тела, курение, избыточное употребление соли, наследственная предрасположенность, гиподинамия.

Литература

1. Rosendorff C., Lackland D.T., Allison M. et al. Treatment of Hypertension in Patients With Coronary Artery Disease: AHA/ACC/ASH scientific statement. Journal of the American College of cardiology. 2015; 65 (18): 1998-2039.
2. Gray L., Lee I.M., Sesso H.D., Batty G.D. Blood pressure in early adulthood, hypertension in middle age, and future cardiovascular disease mortality: NAHS (Harvard Alumni Health Study). Journal of the American College of Cardiology. 2011; 58(23): 2396-2403.
3. Jelakovic B., Zeljkovic-Vrkic T., Pecin I., Dika Z. et al. Arterial hypertension in Croatia. Results of EH-UH study. Acta Med Croatica. 2007; 61(3): 287-292.
4. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2013; 34: 2159-2219.
5. Кисхяк О.А., Петрова Е.В., Саргаева Д.С. Артериальная гипертензия у подростков и лиц молодого возраста: вопросы диагностики и лечения Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2009; 8(2) стр. 82.
6. Мустафаева А.Г. Механизмы развития артериальной гипертензии у лиц молодого возраста с избыточным весом. Проблемы Эндокринологии. 2019;65(3):191-196.

ПРИМЕНЕНИЕ ЗАНЯТИЙ ЙОГОЙ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Исламова Д.А.

THE EXPERIENCE OF USING YOGA IN WOMEN WITH CLIMACTERIC SYNDROME

Islamova D.A.

KLIMAKTERIK SINDROMIGA CHALINGAN AYOLLARDA YOGA MASHQLARINI QO'LLANILISHI

Islamova D.A.

Ташкентская медицинская академия, кафедра реабилитологии, народной медицины и физической культуры

Целью данного исследования явилась оценка эффективности применения йоги у женщин в климактерическом периоде. Предложенный метод способствовал улучшению самочувствия и психоэмоционального статуса женщин, а также снижению частоты проявления вазомоторных и психоэмоциональных симпто-

мов климактерического синдрома.

Ключевые слова: женщины, климактерический синдром, физические нагрузки, йога

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of yoga among women with menopausal syndrome. The proposed method helped to improve the well-being and psychological status of women, as well as to reduce the frequency of manifestations of vasomotor and psychoemotional symptoms of climacteric syndrome.

Прогрессивное увеличение средней продолжительности жизни женщин, высокая частота климактерических расстройств, вызванная возрастным снижением уровня половых гормонов, обуславливает рост социально-экономических и медицинских проблем [1]. Поиск новых методов коррекции менопаузальных нарушений, профилактика поздних проявлений менопаузы, являются важными задачами современной медицинской реабилитации, и направлены на увеличение продолжительности и улучшение качества жизни женщин в климактерическом периоде [2]. Занятия йогой способствуют не только снижению степени выраженности климактерического синдрома, но и благоприятно отражается на ее психоэмоциональном здоровье [3].

Цель исследования: Изучить эффективность занятий йогой у женщин климактерического синдрома.

Материалы и методы: В данном исследовании приняло участие 59 женщин в возрасте от 45 до 65 лет (в среднем 54± 6) с диагнозом менопауза, климактерический синдром. В исследовании принимали участие относительно здоровые, впервые практикующие йогу женщины вышеуказанной возрастной группы, с установленным сроком аменореи в 12 месяцев и более, не принимающие заместительную гормональную терапию минимум в течении последних 6 месяцев, а также не имеющих ограничений и противопоказаний для выполнения физических упражнений.

Все пациентки были разделены на 2 группы: в основную группу вошло 40 женщин, а в контрольную группу вошли - 19 человек. В основной группе женщины регулярно занимались йогой 2 раза в неделю по 80 минут в течение 12 недель. Тренировки йогой состояли из асаны – специально принимаемых поз, практикуемые в йоге – по 45 минут, пранаямы - дыхательных упражнений длительностью по 15 минут, релаксации и медитации, каждая из которых длилась по 10 минут. В контрольную группу вошли женщины с высокой физической активностью: занимающиеся ежедневной дозированной ходьбой по 45 минут и посещавшие 1-2 раза в неделю занятия в бассейне.

Для анализа результатов исследований использовались следующие опросники:

1. Menopause rating scale (MRS) – опросник был разработан в 2000 году, немецкими авторами Schneider HPG, Heinemann LAJ, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. Данный опросник был использован для оценки степени выраженности климактерических симптомов и их влияния на здоровье и качество жизни исследуемых женщин. Опросник состоял из 11 вопросов. Ответ на каждый вопрос оценивался по шкале от нуля (нет симптомов) до четырех баллов (тяжелые симптомы). [4]

2. Beck depression inventory (BDI-II)– модификация опросника от 2015 года, автор - доктор Аарон Т. Бек. Данный опросник использовался для выявления и оценки выраженности депрессивных состояний и состоял из 21 вопроса, каждый ответ оценивался по шкале от 0 до 3[5]

Женщины в обеих группах самостоятельно заполняли вышеуказанные опросники дважды: перед началом исследования и через 12 недель.

Результаты. В начале исследования в обеих группах наблюдалась примерно одинаковая степень выраженности климактерического синдрома, большинство женщин отмечали у себя вазомоторные и психоэмоциональные нарушения.

По окончании реабилитационного курса у пациентов контрольной группы было зафиксировано отсутствие значительного снижения проявлений климактерических симптомов, в то время как основной группе отмечалось заметное снижение вазомоторных и психоневрологических симптомов.

Через 3 месяца исследуемым женщинам было предложено повторно ответить на те же самые вопросы из опросников, и по их новым результатам наблюдались значительные изменения в их самочувствии. По шкале MRS из 40 пациентов основной группы количество женщин с незначительным проявлением симптомов возросло с 3 (7.5%) до 9 (22.5%), с легкими симптомами от 8 (20%) до 15(37.5%), с умеренными симптомами уменьшилось с 11 (27.5%) до 10 (25.0%), с тяжелыми симптомами уменьшилось с 18 (45%) до 6 (15%).

По шкале BDI из 40 пациентов количество женщин с незначительными симптомами возросло с 13 (7.5%) до 26 (22.5%), с легкими симптомами от 9 (20%) до 10(37.5%), с умеренными симптомами уменьшилось с 17 (27.5%) до 4 (25.0%), с тяжелыми симптомами уменьшилось с 1 (45%) до 0 (15%).

Вывод. Таким образом 12 недель регулярных занятий йогой способствовали значительному уменьшению выраженности симптомов климактерического синдрома, а также снижению уровня стресса и депрессии, испытываемого женщинами в данный период. В целом положительный эффект от практики йоги был значительно более заметным, чем от обычных физических нагрузок и способствовал заметному улучшению качества жизни женщин, добровольно принимавших участие в данном исследовании.

Литература

1. Руководство по климактерию. Под ред. В.П.Сметник, В.И.Кулакова. М.: Мед. информ. агентство, 2001. С. 5–18.
2. Григорян О.Р., Андреева Е.Н. Менопаузальный метаболический синдром (клиника, диагностика, лечение). М., 2007. С. 6–19.
3. Lee MS, Kim JI, Ha JY, Boddy K, Ernst E. Yoga for menopausal symptoms: asystematic review. Menopause. 2009;16:602–608

4. Heinemann AJL, Potthoff P, Schneider HPG. International versions of themenopause rating scale (MRS). Health Qual Life Outcomes. 2003;1:28.

5. Cunha JA. Manual Em Português Das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo;2001.

АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РЕНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Исламова М.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Литературные данные свидетельствуют о том, что жировая ткань обладает ауто- пара- и эндокринной функцией. Именно висцеральная жировая ткань является независимым фактором риска развития хронической болезни почек. Так увеличение индекса массы тела (ИМТ) на 10% приводит к снижению скорости клубочковой фильтрации в (СКФ) 1,27 раза. Индекс массы тела (ИМТ) на индивидуальном уровне не всегда адекватно отражает степень ожирения и не позволяют дифференцировать подкожную и висцеральную жировую ткань. В связи с этим актуален вопрос о необходимости использования в рутинной практике методик, позволяющих не только верифицировать наличие ожирения, но также оценивать соотношение и топографию жировой и мышечной массы.

Клинический случай: в отделении дневного стационара центральной консультативно-диагностической поликлиники № 1 города Ташкента обратился пациент М. 24 лет, который был обеспокоен риском реализации у него наследственной предрасположенности к хронической болезни почек. В анамнезе: является ребенок от 4 беременностей, 5 родов. Беременность протекала с двойным обвитием пуповины вокруг шеи. Срочные роды, рост при рождении 52см, вес 3 780 г, естественное вскармливание до 5 месяцев. Профилактические прививки согласно календарю прививок по возрасту, наследственность: у бабушек- ожирение, гипертоническая болезнь, хроническая болезнь почек, у матери 54 лет- ожирение и гипертоническая болезнь, хроническая болезнь почек, у отца 59 лет- гипертоническая болезнь, ожирение. Обследование пациента проводилось амбулаторно и включало проведение антропометрических измерений (рост, вес, ИМТ, объем талии, объем бедер, толщина кожной складки), определения гликемии, уровня мочевины, креатенина, липидного спектра, микроальбуминурии, расчет скорости клубочковой фильтрации (калькулятор СКД-ЕРІ 2011), биоимпедансометрии и определение нутритивного статуса с помощью весов TANITA (Китай) ИМТ=32,7 кг/м², что характеризует массу тела как ожирение 1 степени. По данным композиционного состава тела у пациента отмечалось снижение мышечной массы и повышение жировой массы тела. По данным биохимических анализов крови было выявлено повышение креатенина до 120 мкмоль/л, гликемия натощак 5,9 ммоль/л, СКФ -72,48 мл/мин/1,73 м², что соответствует хронической болезни почек 2 стадии. При анализе нутритивного статуса были выявлены избыток потребления простых углеводов и рафинированных жиров на фоне дефицита белка. По полученным результатам пациенту были даны персонализированные рекомендации по питанию. Спустя 6 месяцев было проведено повторное обследование пациента. Пациент мотивирован и соблюдал все данные рекомендации. При измерении антропометрических данных ИМТ - 30,8 кг/м², при исследовании состава тела была выявлена положительная динамика, в виде увеличения мышечной массы на 4,6 килограмм, снижение жировой массы на 3,9 %. Данные изменения так же сопровождалась динамикой результатов уровня : гликемии 4.9 ммоль/л , креатенина до 98 мкмоль/л, СКФ-92,58 мл/мин/1,73 м², что соответствует хронической болезни почек 1 стадии.

Выводы. Учитывая современные знания о роли висцеральной жировой ткани в развитии хронической болезни почек, очевидна потребность в персонализации диагностических и лечебных мер, направленных на борьбу с эпидемией ожирения. Это будет способствовать профилактике и снижению прогрессирования хронической болезни почек на начальном этапе. Диагностика и анализ композиционного состава тела является неинвазивным методом, который может найти широкое применение в персонализированной диагностике и терапии нефропатии при ожирении.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кадирова Б. М.

Ургенчский филиал ташкентской медицинской академии, г. Ургенч

Актуальность. Случаи ЭКГ изменения встречаются не только при ишемической болезни сердца (ИБС), но и при других патологических состояниях. Наблюдаются изменения ЭКГ, подобные инфаркту миокарда при перенесенной беременности с крупным плодом, антенатальной гибели плода, при внематочной беременности, при злокачественных опухолях на фоне синдрома системного воспалительного ответа. Тема актуальна тем, что имеет значение правильная дифференциальная диагностика вышеперечисленных патологий и ИБС, а также их лечение.

Цель исследования. Изучить и улучшить навыки постановки дифференциальной диагностики и лечения патологии, связанных с эндоинтоксикацией, которая возникает вследствие всасывания продуктов распада белка при перенесенной беременности с крупным плодом, антенатальной гибели плода, при внематочной беременности, при злокачественных опухолях, на основе ЭКГ данных.

Материалы и методы. В ходе исследования было проанализировано 668 истории болезней больных Областного Перинатального Центра, отделения анестезиологии и реаниматологии и 157 – с семейной клиники «Sevinch medical center». В результате чего у 8 (1.2%) больных с перенесенной беременностью с крупным плодом, у 12 (1.8%) больных с антенатальной гибелью плода, у 11 (1.64%) больных с внематочной беременностью, у 4 (2.5%) больных с злокачественной опухолью было выявлено ЭКГ изменения. Как показало результаты ЭКГ, изменения самые разнообразные: отрицательный Т зубец в третьем и AVF отведениях, депрессия сегмента ST выше изолинии, видоизменение комплекса QRS в виде QrS, блокады, предсердные и желудочковые экстрасистолии. ЭКГ данные напоминают нам признаков инфаркта миокарда и вводят в заблуждение при постановке диагноза. На фоне лечения основного заболевания путем кесарева сечения, в некоторых случаях экстирпацией матки с придатками, тубэктомией, наряду с применением метаболитов (милдронат, тиотрозолин, неотон, лайботен, ФДП) признаки ЭКГ изменения, напоминающие инфаркта миокарда, исчезли. Это доказывает, что ЭКГ изменения не связаны с ишемией миокарда, а с метаболическими изменениями, связанные с воздействием на миокард продуктов белкового распада.

Результаты исследования. Как показало исследование, при устранении признаков ЭКГ расстройств играет роль не коррекция ишемии сердца, а лечение основного заболевания с поддержанием сердечной деятельности метаболитами.

Вывод. Необходимо больным в стационарном лечении обязательное проведение ЭКГ исследование с консультацией кардиолога. А также нельзя забывать о возможных отклонениях в других системах организма, вовлеченных за собой изменения сердечной сосудистой системы, напоминающих инфаркт миокарда на ЭКГ.

Литература

1. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных, 2005.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЦИПЛОС АРВОХАЙЛЕРА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Комолова Ф.Дж., Урунбаева М.

Ташкентская медицинская академия

В статье рассматривается эффективность и безопасность ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) Циплос арвохайлера, механизмы их действия, особенности клинического применения у больных бронхиальной астмой (БА). Эти препараты показаны при БА различной степени тяжести у взрослых и детей. При легком течении БА они используются в виде монотерапии, а при среднетяжелой и тяжелой БА — в виде комбинации с β_2 -адреномиметиками длительного действия, антилейкотриеновыми препаратами и длительно действующими теофиллинами. При изучении режима дозирования комбинированного препарата ИГКС Циплос арвохайлера и β_2 -адреномиметиков длительного действия приводятся рекомендации по снижению доз стероидов при достижении контроля астмы. При назначении Циплос арвохайлера необходимо учитывать соотношение их эффективности и безопасности. Приводятся данные о возможных побочных эффектах, факторах, влияющих на их развитие, и методы профилактики. Обсуждаются перспективы клинического применения Циплос арвохайлера у больных БА легкого течения.

Цель: оценка клинической эффективности и безопасности препарата циплос арвохайлера в лечении бронхиальной астмы.

Материалы и методы: Были обследованы 20 больных с бронхиальной астмой. Средний возраст больных составлял 50,5 лет, большинство больных были мужчины (около 59%). При отборе больных бронхиальной астмой учитывались критерии включения и исключения, определенные протоколом исследования. Почти у всех больных на МСКТ была подтверждено наличие синдрома эмфиземы легких. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа - 10 больных получали традиционную терапию и в качестве отхаркивающего препарата - сироп корня солодки. Вторая группа – 10 больных получали также комплексную терапию и дополнительно ингаляционный комбинированный препарат Циплос 2 раза в сутки. Оценка эффективности применения Циплос арвохайлер оценивалась клинически, на основании анализа следующих показателей: характер, частота и интенсивность характера хрипов, переносимость препарата, наличие побочных явлений.

Результаты и обсуждение: Все пациенты поступали в стационар с обструкциям, на фоне терапии Циплос арвохайлер отмечалась более быстрая положительная динамика. На 2й день терапии заболевания у 40% пациентов хрипы уже отсутствовали, у 21% были минимально выражены. К 5-му дню заболевания практически у всех больных обструкция была полностью купирована. Среди пациентов, получавших бетта адреностимуляторы, только у 39% на 7–10-й день терапии обструкция отсутствовала полностью, у 57% сохранялся минимально выраженный кашель.

При приеме ингалятора Циплос арвохайлер интенсивность обструкции уменьшалась и на 5-й день терапии у 27% обструкция отсутствовала, у 73% была средней степени выраженности. На 6-й день терапии у 90% обструкция отсутствовала.

Так, на 6-й день терапии у 7 (43,8%) больных из первой группы еще отмечалась обструкция, в отличие от второй группы, в которой данный симптом отсутствовал у всех больных к этому времени. Выявлено также, что на 8-й день лечения с включением Циплос арвохайлера симптомы обструкции были минимальными, что достоверно отличались от группы сравнения ($p < 0,001$).

При аускультации интенсивность обструкции пациентов, получавших бетта 2 адреностимуляторы, положительная динамика симптомов была более медленной. На 10-й день терапии у 43% пациентов сохранялась обструкция средней степени выраженности. В ходе исследования было выявлено, что комбинированный ингалятор Циплос арвохайлер обладает более выраженным положительным терапевтическим эффектом.

Таким образом, выявленные нами положительные сдвиги во второй группе, получавшей дополнительно Циплос арвохайлер связаны с фармакодинамическими эффектами бета 2 адреностимулятором.

Заключения: Применение ингалятора Циплос арвохайлер позволяет достичь более высокого уровня контроля БА, чем использование только адреностимуляторы. Данные дополнительного анализа показывают, что результаты объясняются не влиянием комбинированной терапии на отдельную конечную точку (или на отдельные составляющие композитной конечной точки), а одновременным воздействием на несколько параметров. Достижение лучшего контроля БА с помощью Циплос арвохайлер по сравнению с ФП обусловлено уменьшением количества ночных пробуждений, частоты тяжелых обострений, выраженности симптоматики и потребности в агонистах КД, а также возрастание количества дней без симптомов БА и улучшением легочной функции.

Литература

1. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel
2. Report Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma: Update on selected topics. 2002.
3. Чучалин А.Г. Пневмония: актуальная проблема медицины XXI века // Пульмонология. — 2015 — № 25(2) — С. 133-142.
4. Раева Т.В. Автореферат дис. докт. мед. наук. Томск, 2006. - 48с
5. Besk A.M, Warld C.H, Mendelson M.et.algen Psychialy 1961-Vol.4-P.561-571

УДК: 616.5-004.1:616.71-007.234:616-018.4:616-02

ТИЗИМЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ОСТЕОПОРОЗ

Қаххарова Ш.Б., Касимова М.Б.

ОСТЕОПОРОЗ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Қаххарова Ш.Б., Касимова М.Б.

OSTEOPOROSIS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLERODERMIA

Kakhkharova Sh.B., Kasimova M.B.

Тошкент тиббиёт академияси

Жамият ривожланишининг ҳозирги босқичида остеопороз (ОП) тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. БЖССТ маълумотларида кўра скелетнинг бу метаболик касаллиги юрак-қон томир касалликлари, онкологик касалликлар ва қандли диабетдан кейин етакчи касалликлар қаторига киради. ОП кўпгина ревматик касалликларнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан бири сифатида қаралади. Мақолада тизимли склеродермияли 40 та беморда ва назорат гуруҳини ташкил этган 40 шахсда суяк тўқимаси минерал зичлигининг камайиши ва унинг анъанавий хавф омиллари ҳамда клиник кўрсаткичлар билан боғлиқлигини ўрганиш натижалари баён этилган. Ультратовушли остеоденситометрия натижаларига кўра остеопороз ва остеопения тизимли склеродермиянинг кўп учрайдиган асоратларидан бири ҳисобланади ва беморларнинг 57,5% ида аниқланди. ТСДда остеопороз учраши соғлом аҳолига нисбатан анча юқори. Тизимли склеродермияда остеопороз кўпинча касаллик фаоллиги юқори бўлганда ва касаллик ҳамда менопауза даври узоқроқ давом этганда ривожланади.

Калит сўзлар: тизимли склеродермия, остеопороз, суяк тўқимаси минерал зичлиги, хавф омиллари.

На современном этапе общественного развития остеопороз (ОП) является одной из актуальных проблем медицины в этой области. По данным ВОЗ это метаболическое заболевание скелета относится к ведущим неинфекционным патологиям человека после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и сахарного диабета. В статье изложены результаты изучения частоты снижения минеральной плотности костной ткани и ее взаимосвязи с традиционными факторами риска и клиническими параметрами у больных системной склеродермией. По данным ультразвуковой остеоденситометрии остеопороз и остеопения являются частым осложнением системной склеродермии и выявляются у 57,5% больных. Частота развития остеопороза при данном заболевании значительно выше при длительном течении заболевания и менопаузы.

Ключевые слова: системная склеродермия, остеопороз, минеральная плотность костной ткани, факторы риска.

Тизимли склеродермия (ТСД) фақат ўзига хос клиник белгилар билангина эмас, балки ҳаёт сифатига таъсир кўрсатиши ҳамда аъзолар зарарланишининг оғирлик даражаси бўйича ҳам асосий симптомлардан қолишмайдиган асоратлар билан бир-биридан фарқ қиладиган ревматик касалликлар (РК) гуруҳига мансуб [1]. БЖССТ берган маълумотларга кўра скелетнинг бу метаболит касаллиги юрак-қон томир касалликлари, онкологик касалликлар ва қандли диабетдан кейин етакчи касалликлар қаторига кирилади. ТСДнинг ўзи ОПнинг мустақил хавф омили бўлиши мумкин деб тахмин қилинади [2], шу билан бирга суяк метаболизми патофизиологияси ва ТСД патогенези ўртасидаги турли хил ассоциациялар мазкур касалликнинг суяк масаси йўқотилиши билан боғлиқлиги ҳақидаги саволга аниқ жавоб беришга имкон бермайди [3].

Мақсад: ТСДли беморларда СМЗ камайишини анъанавий хавф омиллари ва клиник кўрсаткичлар билан боғлиқликда ўрганиш.

Материаллар ва усуллар: Тадқиқотда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасида стационар шароитида даволанган ва артрологик ИАДК бўлимида кузатувда бўлган аниқ ТСД ташхиси билан 23 ёшдан 62 ёшгача бўлган 40 бемор аёллар иштирок этдилар. Назорат гуруҳини анамнезида РК бўлмаган 40 та аёл ташкил қилди. Беморларнинг ўртача ёши $45,85 \pm 1,45$ йил бўлиб, назорат гуруҳи ёш кўрсаткичига мос келди. Беморларнинг асосий қисмини ёши 50 ёшдан кам бўлганлар ташкил қилди (25 бемор (62,5%)). Касаллик давомийлиги ўртача $8,31 \pm 0,81$ бўлди. ТСД I даражали фаоллиги 12 (30%), II- 24 (60%) ва III даража 4 (10%) беморда аниқланди. Беморлар ўртасида ОП хавф омилларини аниқлаш имконини берувчи саволлар киритилган анкета ёрдамида сўровнома ўтказилди. Суяк тўқимаси ҳолатини баҳолаш учун "Ostesis SONOST-300" (Жанубий Корея) аппаратида товон суягининг ултратовушли денситометрияси (УТД) ўтказилди. Z ва T кўрсаткичлар ҳисоблаб чиқилди. Индекс-Z СМЗнинг шу ёшдагилар ўртача статистик меъёрий кўрсаткичидан оғишининг ўртача SD (референт нормадан стандарт квадрат оғиш) га нисбатини ифодалайди. Индекс-T эса СМЗнинг соғлом ёшлардаги энг юқори суяк массаси референс қийматидан оғишини кўрсатади ва индекс-Z каби ҳисобланади. Иккала ҳолатда ҳам SDда ифодаланади. ОП ташхиси БЖССТ тавсияларига мувофиқ қўйилди. T-индекснинг -1,0 до -2,5 SD даражасида бўлиши СМЗнинг остеопения сифатида характерланувчи камайиши деб, -2,5 SD ва ундан паст бўлиши эса ОП диагностик белгиси деб баҳоланди. «Т» - -2,5 SD ва анамнезда суякларнинг патологик синиши бўлиши оғир ОП дан дарак беради. Маълумотларнинг статистик ишловида статистик таҳлиллар учун дастурлар пакетидан (Statistica for Windows версия 10.0 (StatSoft Inc., USA)) фойдаланилди. $P < 0,05$ бўлганда фарқлар аҳамиятли деб баҳоланди.

Натижалар: Умуман олганда гуруҳларда СМЗ меъёрий кўрсаткичлари ТСДли беморлар гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан анчагина кам ҳолатларда аниқланди ($p < 0,05$). Текширилган 40 беморнинг 11 (27,5%) тасида ОП аниқланди. T-индекс 1,74- -3,36 оралиғида бўлди. Жадвалда ТСДли беморларда ОП ва остеопения учраши ҳамда назорат гуруҳи кўрсаткичлари билан солиштириш натижалари акс эттирилган.

1-жадвал

ТСДли беморларда ОП ва остеопениянинг назорат гуруҳига нисбатан учраши

СМЗ ҳолати	ТСДли беморлар, n=40	Назорат гуруҳи, n=40	Ишончлилик даражаси (χ^2 , P)
Остеопороз n (%)	11 (27,5)	1 (2,5)	$\chi^2=12,26$ $p < 0,01$
Остеопения n (%)	12 (30)	3 (7,5)	
Норма n (%)	17 (42,5)	36 (90)	

Жадвалдан кўриниб турибдики, ТСДли аёлларда ОП ривожланиш даражаси назорат гуруҳига нисбатан ишонarli юқори бўлган ($p < 0,01$). ТСДнинг СМЗ ҳолатига таъсирини ўрганиш учун ОП аниқланган ва СМЗ меъёрида бўлган беморларда клиник ва лаборатор кўрсаткичлар ўрганиб чиқилди (Жадвал 2).

2-жадвал

ОП ва остеопения аниқланган, ҳамда СМЗ меъёрида бўлган беморларда
ТСД оғирлик даражасини белгиловчи кўрсаткичлар

Клиник белгилари	ТСДли беморлар	
	Остеопороз ва остеопения (n=16)	СМЗ меъёрида 17 (42,5%)
Касаллик давомийлиги (йил)	$9,21 \pm 1,47$	$6,04 \pm 0,75$
Репродуктив ёшдагилар (n=19)	5 (26%)	14 (74%)
Менопауза даври (n=21)	11 (52,5%)	10 (47,5)
Фаоллик даражаси:		
Юқори (III) (n=3)	3 (100%)	0
Ўрта (II) (n=23)	11 (55%)	9 (45%)
Паст (I) (n=14)	2 (14,3%)	11 (78,57%)
Кечиши:		

Сурункали (n=14) Ўткир ости (n=26)	5(41,67%) 11(45,83%)	7 (58,33%) 13 (54,17%)
Босқичи:		
Бошланғич (n=9)	2 (25%)	6 (75%)
Тарқалган (n=26)	10(41,67%)	14 (58,33%)
Терминал (n=5)	4(100%)	0 (0%)
ЭЧТ (мм/соат)	28,15±0,42	21,54±0,19

Изоҳ: Кўрсаткичлар ўртасидаги ишонарли фарқ (p<0,05).

Жадвалда келтирилган маълумотлардан ТСДда ОПнинг касаллик фаоллик даражаси билан ишонарли боғлиқлигини кўриш мумкин (p<0,05). ОП ва остеопениянинг фаолликнинг III ва II даражаларида энг кўп тарқалганлиги қайд этилди. Бундан ташқари, ТСД авж олиши ва бошланғич босқичидан тарқалган ва терминал босқичларига ўтиши билан ОП учраш сонининг ортиши кузатилди (p<0,05). Шу билан бирга ОПнинг касаллик давомийлиги билан боғлиқлиги аниқланди (p<0,05). ОП ва остеопения аниқланган беморларда эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ) кўрсаткичлари ҳам юқори бўлди (p<0,05). ТСДли беморлар хавф омилларини аниқлаш учун гуруҳларга тақсимланди. ОП аниқланган ва аниқланмаган беморлар ўртасида ёши, тана вазни ва тана вазни индекси каби хавф омиллари бўйича статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланди. Чекиш, овқат билан бирга қабул қилинаётган кальций миқдори бўйича статистик ишонарли фарқлар қайд этилмади.

Мунозара. Текшириган 40 беморнинг 23 тасида (57,5%) ОП ва остеопения аниқланди. ОП умумий учраш сони репродуктив ёшдаги аёлларга нисбатан постменопаузадаги (ПМ) аёлларда юқорироқ бўлди. ПМ давридаги ТСДли беморларда илгари олиб борилган пилот тадқиқотларда ОП кўрсаткичи 29-39%ни ташкил қилган [4]. Бошқа хорижий олимлар маълумотларига кўра эса ОП ТСДли беморларнинг 3-51%ида аниқланган [5]. ТСДли беморларда ёши, ПМ давомийлиги, касаллик давомийлиги ортиши билан ОП учраш сони ортиши қайд этилган. Бизнинг беморларимизда ҳам ОП учрашининг бошқа икки кўрсаткичга нисбатан ПМ давомийлиги билан боғлиқлиги кўпроқ кузатилган. Бошқа хорижий олимлар тадқиқотларидан ҳам аналогик натижалар олинган [3, 6]. Баъзи тадқиқотларда СМЗни ТСД шакли билан боғлиқлигини баҳолашда касалликнинг чегараланган шаклига нисбатан тарқалган шаклида аҳамиятли паст кўрсаткичлар қайд этилган [5, 7]. Айни вақтда G. Kilic ва ҳаммуаллифлар ТСД турли хил шаклларида СМЗ кўрсаткичлари айтарли фарқ қилмаганлигини кўрсатдилар [3] ва бу бизнинг кўрсаткичларимизга ҳам мос келади. Corrado ва ҳаммуаллифлар [7] ишларида ТСДли беморлар ва назорат гуруҳининг ТВИ кўрсаткичларида фарқлар аниқланмади. Бизнинг беморларимизда ҳам ТВИ назорат гуруҳи кўрсаткичидан фарқ қилиши кузатилмади.

Хулоса

1. Ультратовушли остеоденситометрия натижаларига кўра ОП ва остеопения ТСДнинг кўп учрайдиган асоратларидан бири ҳисобланади ва беморларнинг 57,5% ида аниқланади. ТСДда ОП учраши соғлом аҳолига нисбатан анча юқори.

2. ТСДда ОП кўпинча касаллик фаоллиги юқори бўлганда ва касаллик ҳамда менопауза даври узоқроқ давом этганда ривожланади.

3. ТСДли беморларда касаллик аниқланган вақтдан бошлаб ультратовушли денситометрияни мунтазам ўтказиб туриш остеопения ва ОПни эрта аниқлаб, профилактика ва даволаш чораларини ўз вақтида олиб бориш имконини беради.

Адабиётлар

1. Гусева Н.Г. Системная склеродермия и псевдосклеродермические синдромы // - М.: Медицина, 1993. - 268 с.
2. Souza RB, Borges CT, Takayama L, et al. Systemic sclerosis and bone loss: the role of the disease and body composition. // *Scand J Rheumatol.* 2006 Sep- Oct;35(5):384-7.
3. Kilic G, Kilic E, Akgul O, Ozgocmen S. Increased risk for bone loss in women with systemic sclerosis: a comparative study with rheumatoid arthritis. // *Int J Rheum Dis.* 2016 Apr;19(4):405-11. doi: 10.1111/1756-185X.12242. Epub 2013 Nov 28.
4. Алекперов РТ, Смирнов АВ, Торопцова НВ, Кудинский ДМ. Минеральная плотность костной ткани у больных системной склеродермией. // *Терапевтический архив.* 2016;88(5):37-42.
5. Omair MA, Pagnoux C, McDonald-Blumer H, Johnson SR. Low bone density in systemic sclerosis. A systematic review. // *J Rheumatol.* 2013 Nov;40(11):1881-90. doi: 10.3899/jrheum.130032. Epub 2013 Sep 15.
6. Omair MA, McDonald-Blumer H, Johnson SR. Bone disease in systemic sclerosis: outcomes and associations. // *Clin Exp Rheumatol.* 2014 Nov-Dec;32(6 Suppl 86): S-28-32. Epub 2013 Dec 9.
7. Corrado A, Colia R, Mele A, et al. Relationship between Body Mass Composition, Bone Mineral Density // *Skin* 2014;(3):9-14.

УДК: 616.895.8-008.484-052

ШИЗОФРЕНИЯ КАСАЛЛИГИДА АПАТО – АБУЛИК ДЕФЕКТНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Кучкаров Х.Н., Ядгарова Н.Ф., Кеворкова М.А., Толипова Н.Ш., Зокиров М.М., Ражапбоев И.Ш.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АПАТО-АБУЛИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Кучкаров Х.Н., Ядгарова Н.Ф., Кеворкова М.А., Толипова Н.Ш., Зокиров М.М., Ражапбоев И.Ш.

CLINICAL FEATURES OF APATO-ABULIC SYNDROME IN SCHIZOPHRENIA

Kuchkarov H.N., Yadgarova N.F., Kevorkova M.A., Tolipova N.Sh., Zokirov M.M., Rajapboev I.Sh.

Тошкент тиббиёт академияси

Шизофрения касаллигида кузатиловчи апато-абулик бузилишларнинг келиб чиқиши, уларнинг ижтимоий фаолиятига таъсири ва ақлий фаолиятнинг пасайиши билан уларнинг хаёт сифати кўрсаткичларига ўз таъсирини кўрсатади.

Калит сўзлар: шизофрения, апато-абулик дефект, хиссий продавий бузилишлар.

The onset of apathy and abuly disorders observed in schizophrenia has an impact on the quality of life indicators with their impact on social activity and decreased mental activity.

Key words: schizophrenia, apathy and abuly disorders, emotional volitional disorder

Мақсад. Шизофрения касаллигида кузатиловчи апато-абулик дефект сабаблари ва клиник хусусиятларини ўрганишдан иборат.

Материал ва усуллар. Шизофрения касаллигида кузатиловчи апато-абулик нуқсонли беморларни когнитив фаолиятлари ўрганилди. Тадқиқотда асосий гуруҳда 36 та бемор иштирок этди (24 та аёл ва 12 та эркак), 42 ёшда 61 ёшгача (ўртача ёши $48 \pm 5,4$) бўлган беморлар ташкил этди. Асосий гуруҳни параноид шизофрения билан оғриган беморлар хуружсимон прогродцент (41,6%) ва узлуксиз прогродцент (58,4%) кечиш тури билан ташкил этади. Шизофрения касаллигининг ўртача давомийлиги 1 йилдан 24 йилгача (ўртача давомийлиги $8,9 \pm 6,06$) ташкил этди. Асосий гуруҳдаги беморлар касалхонага ётиш сони 1-5 маротаба даволанган беморлар ташкил этди. Назорат гуруҳидаги беморлар 22 та ташкил (ўртача ёши $45 \pm 7,3$) этди. Улардан аёллар 12 та (54,4%) ва эркаклар 10 та (45,6%) ни ташкил этди. Касалхонада даволаниш сони бўйича 1-17 маротабани ташкил этди. Асосий ва назорат гуруҳидаги беморлар танлови бир биридан статистик жихатдан фарқ қилмади. Иккала гуруҳдаги беморлар шизофрения касаллигининг кечиши ва шакли билан ҳам, шу билан биргаликда ёши ва жинси билан фарқ қилмади.

Натижа ва муҳокама. Апато-абулик дефект билан кузатилган беморлар сони назорат гуруҳида кўпроқ кузатилди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $48 \pm 5,4$ ташкил этган бўлса, назорат гуруҳидаги беморларда эса $45 \pm 7,3$ ташкил этди. Клиник кўриниши бўйича иродавий фаолиятнинг турғун пасайиши, эмоционал фаолиятда бефарқлик, сустлик, адинамия, тафаккур доирасида ассоциатив фаолиятларнинг бузилиши, тафаккур темпининг пасайиши, маълумотни қабул қилиб олиш ва хажм жараёнининг пайсайиши, стереотипга мойиллиги кузатилди. Тадқиқотда иштирок этган асосий гуруҳдаги беморларнинг преморбид хусусиятлари аниқланганда шахснинг патохарактерологик девиация хусусиятлари хилма хиллиги билан ажралиб турди. Асосан преморбидда шизоид (33,3%), астеник (19,4%) ва ананкастные (47,3%) типлар аниқланди. Бемор яқинлари билан суҳбат олиб борилганда аниқланилишича, беморлар одамови, ўйчан, ўзларини четга олиш холатлари, атрофда бўлаётган воқеа ходисаларга совуққонлик билан қарашлари, қизиқишларининг пасайиши, хаттоки ўз хаётларида бўлаётган воқеа ходисаларга қизиқмасликлари, кайфиятларини сабабсиз ўзгариш холатлари, меҳнат фаолиятининг пасайиши билан намоён бўлишини келтирдилар. Асосий гуруҳдаги 17 та (47,2%) беморда назорат гуруҳидаги беморларнинг 9 (64,2%) та беморда бу холатларнинг тез шаклланганлиги аниқланди.

Касалликнинг кечиши ўрганилганда асосий гуруҳда 13 та (36,1%) беморларда узлуксиз – прогродцент, назорат гуруҳида эса 7 та (31,8%) беморларда кузатилди. Касалликнинг кечиши даврида клиник кўринишлар эса хилма хиллиги билан: аффектив кўзгалувчанлик, васвасавий ғоялар, галлюцинатор-параноид синдромлар билан намоён бўлганлиги аниқланди. Касалликнинг хуруж даврида тўлиқ ремиссияларнинг кузатилмаганлиги, резидуаль психотик кўринишлар билан намоён бўлиб борганлиги аниқланди.

Касалликнинг давомийлиги 5 йилгача кузатилган беморлар асосий гуруҳда 18,8% ни ва назорат гуруҳида эса 10,5% ни ташкил этди. Шизофрения касаллигининг давомийлиги 5 йилдан 10 йилгача бўлган асосий гуруҳда 32,8% ни назорат гуруҳида эса 38,7% ни ташкил этган бўлса, 10 йилдан 20 йилгача бўлган асосий гуруҳда 48,4% ни назорат гуруҳида эса 50,8% ни ташкил этди.

Касалликни аёл ва эркакларда кузатилганлиги аниқланганда касаллик кеч бошланган холларда аёлларда эркакларга нисбатан кўпроқ ва яққол намоён бўлганлиги билан аниқланди ($p < 0,01$). Касаллик хуружлари динамикаси шуни кўрсатдики, назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан асосий гуруҳдаги беморлар дефект симптомлари 1 ёки 2 чи хуруждан сўнг намоён бўла бошлаганлиги аниқланди. Апато-абулик турдаги шизофрения дефектини шаклланиши учун 2-3 маротаба кузатиладиган рецидивлар кузатилиши етарли бўлди.

Касалликнинг секин аста ривожланиб борувчи психотик манифестацияси асосий гуруҳда 21% ни ва назорат гуруҳида эса 26% беморда шизофрения касаллигининг дебюти ривожланганлиги аниқланди. Касаллик хавфсиз кечган холларида беморларнинг меҳнат қобилиятлари йўқолмаган холда, атрофдагиларни ёрдами ва қўллаб қувватлашлари билан биргаликда иш фаолиятларини сақлашлари, оила ва аъзолари, ишдаги муносабатларини илиқлаштиришга ҳаракат қилишларига уринишлар кузатилди. Касаллик ўз ишини бажарган холда кузатилишича, беморлар ижтимоий хаётда бир хилликга кириб қолишлари (стереотипия), улар учун аввалги ишлари қийинчилик туғдирган холларида енгил вазифаларни бажаришга ўтганликлари, тор доирада мулоқотга киришишлари кузатилди. Касалликдан сўнг оилалари бузилган холларда янги оила қуришга хо-

хиш билдирмасликлари, ўзларига бўлган танқидий муносабитларнинг кескин пасайганлиги, ижтимоий мухит ва ва атрофга бўлган қизиқишларнинг пасайганлиги кузатилди. Уй шароитида кўп ҳолларда узоқ вақт давомида тўшақда ўтказишлари, фақатгина оч бўлган ҳолларида қизиқиш билдиришлари ва ўзларига нисбатан озодликка эътибор қилмасликлари билан намоён бўлди. Касалхонага тез тез даволаниш учун ётишлари, уларни қизиқишларини пасайишига, ижтимоий фаолиятда сустлашиб боришлари билан намоён бўлди.

Апато-абулик турдаги дефектда кузатилувчи негатив бузилишлар асосий ва назорат гуруҳида рухий фаолиятни бир хилда зарарланиши билан кузатилди. Хиссий ва иродавий фаолият иккала гуруҳда бир хил тарзда пасайиши, хиссий тўмтоқлик ва иродавий сустлик, хохиш истакларнинг пасайиши билан намоён бўлди. Асосий гуруҳдаги беморлар сухбат даврида сухбатдошнинг кўзига қарашга ҳаракатлар, улардан қочмаслик ва жестлар ишлатишга ҳаракат қилишлар кузатилди. Бу гуруҳдаги беморларда тафаккур доирасининг миқдор жихатдан пасайиши, тафаккурнинг аморфлиги, ҳаракатларда инертлик, ўзларининг ташқи кўринишларига эътибор бермасликлари, атрофдаги беморлар билан мулоқотга кирмасликлари билан намоён бўлди ($p < 0,05$). Назорат гуруҳида эса саволларга монотон ва оддий жавоблар қайтаришлари билан кузатилди.

Хулоса. Апато-абулик дефект иккала гуруҳда ҳам хиссий иродавий ва тафаккур доираси бир хилда зарарлаши билан намоён бўлди. Касалликнинг давомийлиги 5 йилдан 10 йилгача бўлган асосий гуруҳда 41,4% ни назорат гуруҳида эса 54,2% ни ташкил этган бўлса, 10 йилдан 20 йилгача бўлган асосий гуруҳда 58,6% ни назорат гуруҳида эса 45,8% ни ташкил этди. Касалликнинг давомийлиги, кечиш тури, унинг тақрорланиши, беморларнинг преморбид шахс хусусиятлари апато-абулик турдаги дефектнинг чуқурлашишига, ижтимоий мухитга мослашувининг қийинлашувига ва психоижтимоий реабилитация чораларини эрта ва ўз вақтда қўллашни талаб этади.

Адабиётлар

1. Бомов П.О. Дефицитарные расстройства у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте (клинико-нейропсихологический и реабилитационный аспекты): автореф. дис... к.м.н., Оренбург, 2007. 24 с.
2. Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): автореф. дис. Д.м.н., М., 1988. 41 с.
3. Концевой В.А. Шизофрения в позднем возрасте // Руководство по психиатрии: в 2 т.4 под. Ред. А.С.Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т.1. С.488-495.
4. Плотников В.В., Плотников Д.В. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений и специалистов. Расстройства познавательной деятельности при разных формах течения шизофрении. – Курск: издательство Курского государственного медицинского университета, 2015. – 264 с.
5. Хомская Е.Д. Нейропсихология: учебник / Е. Д. Хомская.- Санкт-Петербург: Питер, 2006. – 259 с.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Махкамova М., Омаров Х.

COVID-19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА МИОКАРДНИНГ ЭРТА ЎТКИР ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Махkamova M, Omarov X.

FEATURES OF EARLY ACUTE MYOCARDIAL DAMAGE IN PATIENTS WITH COVID-19

Makhkamova M., Omarov Kh.

Ташкентская медицинская академия

Цель. Пандемия коронавируса оказала резкое влияние на показатели глобального здоровья. По данным ВОЗ в разных точках мира дифференцируется 7,2%-33,2% случаев осложнения коронавирусной болезни заболеваниями сердечно-сосудистой системы. По статистическим данным у больных с осложненными кардиоваскулярными заболеваниями после COVID-19 в 22,7% случаев наблюдаются тяжелые состояния, а в 10,5% случаев отмечаются летальные исходы. Хотя точные патофизиологические механизмы, лежащие в основе миокардиального повреждения на фоне изучены недостаточно, существующие данные свидетельствуют о наличии генома SARS-CoV в миокарде у 35% пациентов с ТОРС. Эти данные повышают вероятность возможного прямого повреждения кардиомиоцитов вирусами.

Поражение сердечно-сосудистой системы при COVID-19 привело к увеличению числа пациентов с серьезными осложнениями как в период коронавирусной инфекции, так и в постковидном периоде. При COVID-19 в одном исследовании (n=41) отмечалось миокардиальное повреждение (диагностированное на основании повышения высокочувствительного тропонина I), в другом исследовании (n=138) – острое кардиальное повреждение (7,2% случаев), шок (8,7%) и аритмии (16,7%), большинство из пациентов с этими осложнениями требовали интенсивной терапии [1].

Доказано, ухудшение течения хронических ССЗ при респираторных вирусных инфекциях, основной механизм состоит в декомпенсации вследствие несоответствия возросших метаболических потребностей миокарда и сниженного сердечного резерва. Высокий риск осложнений вследствие разрыва атеросклеротической бляшки при вирус-индуцированном воспалении у пациентов с сердечной недостаточностью (СН) и ишемической болезнью сердца (ИБС) характеризуются особенно высоким риском, при этом рекомендуют-

ся препараты, стабилизирующие бляшки, такие как статины. Риск тромботических осложнений (например, тромбоза стентов) вследствие прокоагулянтного эффекта воспаления, использование антиагрегантной и антикоагулянтной терапии может способствовать снижению риска.

Развитие полиорганной недостаточности, вероятно, опосредованное провоспалительным цитокиновым ответом при вирусных инфекциях показано у пациентов с острым миокардиальным/кардиальным повреждением при COVID-19 может диагностироваться у 40% пациентов, умерших от инфекции COVID-19. Возможными механизмами острого миокардиального повреждения являются: сигнальные пути АПФ2, вовлеченные в каскад повреждения сердца (снижение экспрессии АПФ2, дисрегуляция ренин-ангиотензиновой системы); патологический системный воспалительный ответ, который проявляется «цитокиновым штормом», вызванным дисбалансом ответа Т-хелперных клеток 1 и 2 типа, приводит к полиорганной недостаточности, и в том числе к поражению сердечно-сосудистой системы; дыхательная дисфункция и гипоксией (окислительный стресс, внутриклеточный ацидоз и повреждение митохондрий), приводящие к повреждению кардиомиоцитов; дисбаланс между возросшими метаболическими потребностями и снижением сердечного резерва; риск разрыва атеросклеротической бляшки вследствие вирусиндуцированного воспаления; риск тромботических осложнений (например, тромбоза стента) ввиду прокоагулянтного и протромбогенного эффекта системного воспаления; микроваскулярное повреждение, вследствие гипоперфузии, повышенной сосудистой проницаемости, ангиоспазма, прямого повреждающего действия вируса на эндотелий коронарных артерий [2].

Если же говорить о риске отдаленных сердечно-сосудистых осложнений, то неясно, сохраняется ли риск сердечно-сосудистых осложнений в отдаленном периоде. 12-летнее наблюдение пациентов, перенесших инфекцию, вызванную SARS-CoV, продемонстрировало изменения липидного обмена по сравнению с пациентами без анамнеза данной инфекции. Учитывая, что SARS-CoV-2 имеет структуру, аналогичную SARS-CoV, этот новый вирус может также вызвать метаболические нарушения, что требует оценки при ведении пациентов с COVID-19. В связи с этим, **целью нашего исследования** стало проведение анализа появления острого инфаркта миокарда у больных в постковидном периоде.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 70 пациентов, поступивших в кардиореанимационное отделение многопрофильной клиники ТМА в период с октября по декабрь месяц после открытия второго карантина в нашей стране с диагнозом острый инфаркт миокарда (ОИМ). Средний возраст пациентов составил $63 \pm 1,2$ года.

Результаты. Согласно данным исследования все пациенты в анамнезе перенесли в августе-октябре месяце COVID-19 и лишь у 3-х пациентов (4,3%) имелся в анамнезе положительный тест на коронавирусную инфекцию, у всех остальных больных 95,7% тест на инфекцию оказался отрицательным. При сборе анамнеза больные назвали от 4-х до 6-ти симптомов коронавирусной инфекции и отметили факт заражения в общественных местах и семье. Согласно выписке из специализированных ковидных стационаров 10 больных (14,3%) перенесли тяжелое течение COVID-19, 23 пациента (33%) средне-тяжелую коронавирусную инфекцию, остальные 37 пациентов (52,7%) легкое течение. Учитывая полученные данные у больных должны были выработаться антитела, но к сожалению лишь у 13 пациентов (18,6%) имелись в крови IgG.

Проведенные клинико-лабораторные данные показали изменение следующих параметров: IgA, IgG, количество фибриноген, Д- димер, Аст.

Согласно данным ЭКГ у больных отмечена разная локализация ишемического очага: по задней стенке – 33 пациентов (47%); по передней стенке – 37 пациентов (53%). Данные ЭхоКГ показали относительное снижение фракции выброса до 22,7%-35%.

Все больные с ОИМ получали патогенетическую терапию в виде препаратов: гепарин, фленокс, аспирин, бисопролол, верошпирон, фуросемид, омега-3.

После перенесенной коронавирусной инфекции всем больным была назначена длительная терапия в виде препаратов: аспирин, верошпирон, бисопролол. Оказалось, что приверженность к терапии согласно опроснику Мориски-Грина оказалась у пациентов разной: высокая – 47 больных (67%); низкая – 23 больных (33%).

В последнее время во многих научных публикациях рассматривается вопрос дополнительного назначения не только лекарственной, но и немедикаментозной терапии в виде изменения пищевого поведения или включения биологически активных добавок, оказывающих положительное влияние на процессы свободно-радикального окисления у больных ИБС.

Выводы. Учитывая высокую встречаемость ОИМ в постковидном периоде возникает необходимость назначения своевременной медикаментозной и немедикаментозной терапии, оказывающей влияние на предотвращение развития осложнений ИБС, путем повышения приверженности пациентов к основной и дополнительной терапии.

Литература

1. Руководство по диагностике и лечению болезней системы кровообращения (БСК) в контексте пандемии COVID-19 (краткая версия) Рабочая группа под руководством Шляхто Е. В., 2020.
2. Помозова Т.П., Лыков Ю.В., Комарова И.С., Дятлов Н.В., Желнов В.В. Клинико-лабораторные особенности первичного острого инфаркта миокарда у пациентов с обструктивным и необструктивным коронарным атеросклерозом. Кардиология. 2019;59(10S):41-51. <https://doi.org/10.18087/cardio.2640>.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID19, ОСЛОЖНЕННУЮ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Муминова Н.Х., Высогорцева О.Н.

COVID-19 - ЎТКАЗГАН ВА ПСИХОНЕВРОЛОГИК БУЗИЛИШЛАР БИЛАН АСОРАТЛАНГАН БЕМОРЛАРДА РЕАБИЛИТАЦИЯ ДАСТУРИНИНГ АҲАМИЯТИ

Муминова Н.Х., Высогорцева О.Н.

FEATURES OF REHABILITATION PROGRAMS FOR PATIENTS WITH COVID19 CORONAVIRAL INFECTION COMPLICATED BY PSYCHONEUROLOGICAL DISORDERS

Muminova N.H., Visogorseva O.N.

Ташкентская медицинская академия

COVID-19 - это болезнь, вызванная новым видом коронавируса, который поражает легкие и дыхательные пути. В отличие от вирусов вызывающие простуду и гриппозное состояние, этот вирус является новым, который ранее у людей не обнаруживался, и по этой причине никто не имеет иммунитета к нему. В результате выполнения запланированного исследования будут изучены особенности реабилитационных программ пациентов, перенесших COVID19, осложненной психоневрологическими расстройствами. Будет разработана программа нейрореабилитации с применением методов традиционной восточной (корейской) медицины. Оценена эффективность различных программ реабилитации в сравнительном аспекте.

Ключевые слова: COVID-19, болезнь, коронавирус, легкие, дыхательные пути, простуда, гриппозное состояние, иммунитет, реабилитация, программ пациентов, осложненной психоневрологическими расстройствами, программа, нейрореабилитация, традиционной восточной (корейской) медицины.

COVID-19 is a disease caused by a new type of coronavirus that affects the lungs and respiratory tract. Unlike viruses that cause colds and flu, this virus is new and has not been previously detected in humans, and for this reason no one is immune to it. As a result of the planned study, the features of rehabilitation programs for patients who have undergone COVID19 complicated by neuropsychiatric disorders will be studied. A neurorehabilitation program will be developed using the methods of traditional oriental (Korean) medicine. Evaluated the effectiveness of various rehabilitation programs in a comparative aspect.

Цель исследования: разработать индивидуальную комплексную программу реабилитации больных, перенесших коронавирусную инфекцию, осложненную психоневрологическими расстройствами, с применением физических факторов и методов традиционной восточной медицины.

Множество клинических наблюдений, содержащих данные о патогенезе, особенностях неврологических проявлений и психических расстройств, осложнениях со стороны нервной системы при новой коронавирусной инфекции, иллюстрированных клиническими примерами, диктуют необходимость разработки и последующей оценки эффективности действенных индивидуальных программ реабилитации пациентов.

Неврологические нарушения возникают примерно у 36,4% пациентов с COVID-19, 8% пациентов с подтвержденной инфекцией COVID-19 жаловались на головную боль, 1% — на тошноту и рвоту, неврологические симптомы, как острые цереброваскулярные состояния и нарушения сознания, у некоторых пациентов характерные симптомы коронавирусной инфекции появляются лишь спустя некоторое время после развития первых неврологических проявлений (Chang MC, Park D., март 2020). В последнее время описаны тяжелый вирусный геморрагический энцефалит, токсическая энцефалопатия, острые демиелинизирующие поражения периферической нервной системы, острые нарушения мозгового кровообращения, расстройства в поведенческой и эмоциональной сфере. Несмотря на многочисленные публикации о поражении нервной системы, в контексте эпидемии COVID-19 остаются неясными вопросы патогенеза, наличия факторов риска, аргументированной связи неврологических расстройств с коронавирусной инфекцией (Pandhar ipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, Brummel NE, Hughes CG, Vasilevskis EE, Shintani AK, Moons KG, Geevarghese SK, Canonico A, Hopkins RO, Bernard GR, 2020). Несомненно, необходима систематизация накопленных данных о поражении нервной системы в период эпидемии COVID-19 для их использования в практической работе невролога, дальнейшей разработки оптимальной стратегии лечения и осуществления эффективных реабилитационных мероприятий.

До недавнего времени вопрос о том, поражает ли вирус SARS-CoV-2 структуры нервной системы, оставался открытым. С момента начала пандемии COVID-19 у заболевших отмечались отдельные неврологические симптомы, а с начала апреля в зарубежных источниках начали появляться отчеты о первых подтвержденных случаях поражения центральной нервной системы и периферических нервов (Herridge MS, Moss M, Hough CL, Hopkins RO, Rice TW, Bienvenu OJ, Azoulay E, 2020).

При составлении индивидуальных программ реабилитации больных, перенесших коронавирусную инфекцию, существенную роль могут играть нефармакологические средства. Наряду с медикаментозным лечением большое значение придается лечебной физкультуре, массажу, физиотерапевтическим процедурам, а также методам традиционной восточной медицины.

Материалы и методы исследования: Были обследованы больные, перенесшие коронавирусную инфекцию, осложненную психоневрологическими расстройствами. Возраст обследуемых от 20 лет до 60 лет. В зависимости от проводимой программы реабилитации больные были разделены на 4 группы. В первой группе для восстановления пациентов использовали методы традиционной восточной медицины. Во второй группе больные получали процедуры физиотерапии. В третьей группе – комплексное применение физических факторов и методов традиционной восточной (корейской) медицины. Четвертая группа – контрольная, в которой пациенты получали только медикаментозную терапию.

Для учета результатов лечения планируется использовать:

- неврологический статус;
- визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШ);
- оценка SpO₂ в покое и при физической нагрузке,
- оценка переносимости физической нагрузки по Шкале Борга,
- оценка выраженности одышки по шкале MRC (одышка),
- оценка силы мышц по шкале MRC (мышцы),
- оценка интенсивности тревоги и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS),
- оценка функциональных нарушений, трудностей в выполнении повседневных задач, степени необходимых усилий по шкалам BDI (исходный индекс одышки) и TDI (динамический индекс одышки),
- оценка качества жизни по результатам Европейского опросника качества жизни EQ-5 в динамике.

Ожидаемые результаты: Полученные результаты позволят более обоснованно и дифференцированно назначать физические факторы и методы традиционной восточной (корейской) медицины и добиться ускорения восстановления движений, прекращения боли, повышения психологического статуса и качества жизни пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, осложненную психоневрологическими расстройствами.

Выводы: Впервые будет проанализирован опыт применения физических факторов и методов традиционной восточной (корейской) медицины в реабилитации больных, перенесших коронавирусную инфекцию, осложненную психоневрологическими расстройствами, и разработан подход к дифференцированному назначению наиболее оптимального метода восстановительной терапии.

Литература

1. Баздырев Е.Д. Коронавирусная инфекция - актуальная проблема XXI века //Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2020. Т. 9. № 2. С. 6-16.
2. Белоцерковская Ю.Г., Романовских А.Г., Смирнов И.П. COVID-19: Респираторная инфекция, вызванная новым коронавирусом: новые данные об эпидемиологии, клиническом течении, ведении пациентов //Consilium Medicum. 2020. Т. 22. № 3. С. 12-20.
3. Беляков Н.А., Рассохин В.В., Ястребова Е.Б. Коронавирусная инфекция COVID-19. природа вируса, патогенез, клинические проявления. сообщение 1 //ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2020. Т. 12. № 1. С. 7-21.
4. Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х., Макацария А.Д., Слуханчук Е.В., Третьякова М.В., Риццо Д., Грис Ж.К., Элалами И., Серов В.Н., Шкода А.С., Самбунова Н.В. COVID-19, Септический шок и синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. часть 2 //Вестник Российской академии медицинских наук. 2020. Т. 75. № 3. С. 214-225.
5. ВОЗ. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV). Временное руководство от 28 января 2020 г. WHO/nCoV/Clinical/2020.2
6. Воробьев П.А., Елыкомов В.А. Рекомендации по диагностике и интенсивной терапии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови при вирусном поражении легких //Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2020. № 5-6. С. 71-94.
7. Гриневич В.Б., Губонина И.В., Дощичин В.Л., Котовская Ю.В., Кравчук Ю.А., Педь В.И., Сас Е.И., Сыров А.В., Тарасов А.В., Тарзиманова А.И., Ткачёва О.Н., Трухан Д.И. Особенности ведения коморбидных пациентов в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Национальный консенсус 2020 //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020. Т. 19. № 4. С. 135-172.
8. Громова О.А., Торшин И.Ю. Важность цинка для поддержания активности белков врожденного противовирусного иммунитета: анализ публикаций, посвященных COVID-19 //Профилактическая медицина. 2020. Т. 23. № 3. С. 131-139.
9. Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Бойцов С.А., Булгакова Е.С., Иванова Е.С., Куняева Т.А., Лавренова Е.А., Самородская И.В., Чесникова А.И., Шепель Р.Н. Временные методические рекомендации: «оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями, подлежащими диспансерному наблюдению, в условиях пандемии COVID-19» //Профилактическая медицина. 2020. Т. 23. № 3-2. С. 4-41.
10. Драпкина О.М., Самородская И.В., Сивцева М.Г., Какорина Е.П., Брико Н.И., Черкасов С.Н., Цинзерлинг В.А., Мальков П.Г. Методические аспекты оценки заболеваемости, распространенности, летальности и смертности при COVID-19. //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020. Т. 19. № 3. С. 302-309.

THE ROLE OF NEUROTROPHIC FACTOR IN THE PATHOGENESIS OF DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY COMPLICATED BY VASCULAR DEMENTIA

Muradimova A.R., Usmanova D.D.

Tashkent medical academy, Tashkent pediatric medical institute

Objective: to study the quantitative content of neurotrophic proteins in patients with discirculatory encephalopathy (DE) and to determine their correlation with vascular risk factors.

Materials and methods. In the conditions of the Ferghana Regional Multidisciplinary Medical Center and the City Hospital No. 2 of Ferghana. 96 patients with discirculatory encephalopathy of the III degree with vascular dementia aged 40 to 85 years (mean age 62.0 ± 0.5) were examined. And also 4 (8%) - control (healthy). Patients were distributed by gender as follows: 50 patients — men (50%) and 50 patients — women (50%). By body mass index (BMI): 20 people had normal body weight (BMI = 18.5–25), 38 patients had excess body weight (BMI = 25–30), 30 patients had 1st degree obesity (BMI = 30–35), 6 patients — 2nd degree obesity (BMI = 35–40) and 6 patients — 3rd degree obesity (BMI = 40 or more). According to risk factors, patients with discirculatory encephalopathy (DE) were divided into 2 groups: group I - patients with DE suffering from arterial hypertension in combination with atherosclerotic lesions of the brachiocephalic arteries (BCA) - 50 people, and group II - patients with DE with signs BCA atherosclerotic lesions with normal blood pressure - 50 people. Patients underwent general clinical, neurological (Bartell's daily activity scale) and psychometric testing (brief mental state assessment (Mini Mental State Examination - MMSE) scale), Montreal Cognitive Assessment Scale (Montreal MoCA), and frontal dysfunction battery (FAB). To determine the serum neurotrophic factors BDNF, CNTF, the ELISA sandwich method was used using Clone Cloude Corp kits.

Results. 50 people suffered from hypertension. According to the data of ultrasonic duplex scanning in 100 people, BCA atherosclerosis was detected. Patients complained of memory loss (100%), mood (74%), head noise (22%), headaches (54%), impaired coordination of movements (38%). An objective study revealed a violation of convergence (12%), symptoms of oral automatism (68%), mild pyramidal insufficiency (28%), impaired coordination of movements (28%), amyostatic syndrome (18%). The average score on the NIHSS scale before treatment in the group of patients with DE was 2.66 ± 1.42 points, the degree of disability on the Barthell scale was 96.1 ± 3.7 points (in the control group 98.5 ± 1.5 points, $p = 0.045$). Testing of cognitive functions on the MMSE scale revealed a decrease in the score to 25.05 ± 2.25 , which corresponds to predementive cognitive impairment, which is significantly ($p = 0.000$) less than in control group individuals - 28.71 ± 0.9 points, Montreal the cognitive function assessment scale also revealed cognitive impairment - 22.5 ± 2.0 points, which is also significantly lower ($p = 0.000$) than the control group - 28.2 ± 1.1 points. The test battery of frontal dysfunctions revealed a decrease in the average to 14.49 ± 1.6 points, in healthy ones - 16.85 ± 0.96 ($p = 0.03$). Study the concentration of cerebral neurotrophic factor in peripheral blood in patients with DE 3.58 ± 1.87 ng / ml did not reveal statistical differences with the control group - 3.12 ± 2.4 ng / ml. Moreover, in men the level of BDNF was statistically (1.96 ± 1.34 ng / ml $p = 0.003$) lower than in women - 3.92 ± 1.79 ng / ml. In patients with atherosclerosis without hypertension, the BDNF content was significantly lower (2.41 ± 1.2 ng / ml, $p = 0.004$) than in patients with a combination of hypertension and atherosclerosis (4.16 ± 2.03 ng / ml). A correlation study revealed a positive correlation between BDNF and MoCA test data ($R = 0.695$ $p = 0.02$), high density lipoproteins (HDL) ($R = 0.364$ $p = 0.007$) and a negative correlation with CNTF ($R = -0.377$ $p = 0.01$). The CNTF content in patients with DE was 512.8 ± 214.3 pg / ml, which is statistically higher than in the group of healthy individuals - 308.1 ± 61.8 pg / ml ($Pm-w = 0.03$). The level of CNTF was significantly higher in the age group over 70 years (764.0 ± 261.7 pg / ml) than in the group of patients aged 40–59 years (422.7 ± 110.4 pg / ml, $p = 0.002$) and in group of patients 60–69 years old (482.0 ± 186.0 pg / ml, $p = 0.004$). When comparing patients with different body mass index (BMI), it was found that the quantitative content of CNTF is statistically higher in obese patients (547.7 ± 176.2 pg / ml) than in patients with normal weight (340.8 ± 129.9 pg / ml, $p = 0.04$). Correlation analysis determined that CNTF had a positive relationship with the age of the patients ($R = 0.454$ $p = 0.003$) and the duration of the disease ($R = 0.366$ $p = 0.02$), with a nocturnal hypertension index, as with systolic ($R = 0.675$ $p = 0.00$), and with diastolic ($R = 0.453$ $p = 0.02$), with daily pulse blood pressure ($R = 0.353$ $p = 0.04$) and daily pulse blood pressure ($R = 0.381$ $p = 0.02$), s the percentage of ICA stenosis both on the left ($R = 0.389$ $p = 0.01$) and on the right ($R = 0.395$ $p = 0.01$).

Conclusion. Thus, the quantitative content of BDNF and CNTF in serum can be an objective marker of the characteristics of multifocal vascular lesions in chronic cerebrovascular insufficiency.

СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ И НЕЙРОТРОФИНЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Мурадимова А.Р., Усманова Д.Д.

Ташкентская медицинская академия, ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сосудистая деменция (СоД) представляет собой гетерогенную группу состояний, общим для которой является развитие деменции вследствие нарушения кровоснабжения головного мозга. Механизм гибели нейронов зависит не столько от абсолютного количества нейротоксических веществ,

сколькo от дефицита нейротрофических влияний. Нейротрофины – семейство регуляторных белков нервной ткани, которые синтезируются нейронами и клетками глии, способствуют пролиферации, дифференцировке и поддержанию жизнеспособности и функционирования нейронов.

Цель работы: изучить влияние содержания нейротрофических белков (нейротрофический фактор мозга (BDNF) и цилиарный нейротрофический фактор (CNTF)) у пациентов с СоД.

Материалы и методы. В условиях ФОПНД, Маргиланского городского медицинского объединения и Кувинского районного медицинского объединения было обследовано 102 пациента с СоД в возрасте 51-86 лет (средний возраст $70 \pm 1,3$ лет), из них в I группе: мужчин – 20 (40%), женщин – 30 (60%); во II группе: мужчин – 24 (46%), женщин – 28 (54%). Всех пациентов поделили на две группы по сосудистому фактору риска развития: I группа – 50 больных на фоне атеросклероза и артериальной гипертензии; II – группа – 52 больных только на фоне атеросклероза. Больным проводились общеклиническое, неврологическое и психометрическое (Мини-Ког, МоСА, ACE-R исследования, лабораторное определение нейротрофических факторов BDNF и CNTF в сыворотке крови).

Результаты. Тестирование когнитивных функций: I группа по шкале Мини-Ког: - $2,58 \pm 0,05$ балла, МоСА тест – $18,4 \pm 0,2$ баллов, ACE-R тест - $72 \pm 0,3$ балла; II – группа по шкале Мини-Ког - $2,75 \pm 0,1$ балла, МоСА тест – $19,3 \pm 0,2$ баллов, ACE-R тест - $74 \pm 0,3$ балла. Исследование концентрации BDNF в крови у пациентов с наличием атеросклероза без АГ содержание BDNF было достоверно выше ($161,7 \pm 7,7$ пг/мл, $p=0,01$), а CNTF – достоверно ниже ($340,2 \pm 6,5$ пг/мл), чем у пациентов, имеющих сочетание АГ с атеросклерозом: BDNF - $131,4 \pm 6,4$ пг/мл, CNTF - $359,8 \pm 7,6$ пг/мл. При исследовании корреляций выявлена положительная корреляция BDNF с данными МоСА и ACE-R тестов ($R=0,695$ $p=0,02$), липопротеидами высокой плотности (ЛПВП) ($R=0,364$ $p=0,007$) и отрицательная корреляция с CNTF ($R=-0,377$ $p=0,01$). При сравнении пациентов с различным индексом массы тела (ИМТ) выявлено, что количественное содержание CNTF статистически выше у пациентов с ожирением ($359,8 \pm 7,6$ пг/мл).

Выводы. В группе обследованных пациентов с ХИМ с СоД выявлено снижение количественного содержания BDNF и повышение уровня CNTF в сыворотке крови. BDNF имел положительную корреляционную связь с ЛПВП, в то время как CNTF имел положительную корреляционную связь с ЛПНП и ЛПОНП сыворотки крови, а также массы тела (ИМТ). Таким образом, количественное содержание BDNF и CNTF в сыворотке крови может выступать объективным маркером характеристики многоочагового сосудистого поражения при хронической цереброваскулярной недостаточности и указать степень когнитивных нарушений.

РОЛЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ МАТЕРИ В РАЗВИТИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ НЕЗРЕЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПОТОМСТВА

Назарова М.Б., Шарафутдинов К.К., Адилбекова Д.Б.

Ташкентская медицинская академия

Известно, что рождение и воспитание здоровых детей в первую очередь зависит от состояния здоровья матери (1,2). В связи с этим актуальны изучения влияния патологии матери на потомство. К сожалению, исследования интегративных отношений в каждом органе, между органами, между материнским и детским организмами до и после рождения, влияния неблагоприятных факторов на их развитие и становление единичны. Между тем в последнее время возникла настоятельная необходимость изучения этих взаимоотношений не только в норме, но и при заболеваниях матери и (или) отца, отягощающих течение беременности родов. Вопрос о влиянии патологии печени матери на беременность и на потомство давно привлекает к себе внимание исследователей, так как она часто является одной из причин гибели детей раннего возраста и нередко приводит к разнообразным тяжелым повреждениям внутренних органов (3, 4, 5). Вопрос о влиянии хронического токсического гепатита матери на морфологическое состояние постнатального развития и становление органов пищеварительной системы до настоящего времени недостаточно изучено (6, 7).

Ключевые слова: хронический токсический гепатит, мать-потомства, печень, сосуды, ткани

Целью исследования явилось изучение влияния хронического токсического гепатита у матери на постнатальный морфогенез печени у потомства экспериментальных животных.

Материалы и методы. Эксперименты осуществлены на белых беспородных крысах линии Вистар. Животные были разделены на 2 группы по 30 особей в каждой: 1-я группа (контрольная) – интактные животные, 2-я группа – крысы, которым для создания модели хронического токсического гепатита еженедельно в течение 6 недель вводили гелиотрин из расчета 0,5 мг/100 г массы животных.

Через 10 дней после последней инъекции к ним и к самкам контрольной группы подсаживали самцов. Крысят, рожденные и вскормленные матерями с хроническим токсическим гепатитом на 3-и, 7-е и 21-е и 30 сутки постнатального развития декапитировали и для гистологического исследования брали кусочки из печеночной ткани. Материал подвергали общеморфологическим, морфометрическим и электронно-микроскопическим исследованиям.

Результаты. На 3-7-е сутки жизни постнатального развития крысят, рожденных и вскормленных матерями с хроническим токсическим гепатитом в сосудисто- тканевых структурах печени наблюдалась следу-

ющая картина: в микроструктуре печени у новорожденных крысят (3-7 суток), гепатоциты располагались рыхло и беспорядочно, разделяясь широкими и полнокровными синусоидными гемокапиллярами. В некоторых гепатоцитах отмечались явления гидропической дистрофии, в отдельных клетках наблюдался пикноз и лизис ядер. Увеличивались размеры гепатоцитов $18,5 \pm 0,8$ по сравнению с показателями контрольной группы животных (в контроле $12,0 \pm 0,4$). Количество двуядерных печеночных клеток относительно больше, $2,7 \pm 0,3$ (в контроле $1,2 \pm 0,04$). Плохо контурируются печеночные дольки и балки. При электронномикроскопическом исследовании цитоплазма печеночных клеток нежнозернистая, ядра многих гепатоцитов имели овальную форму. Митохондрии в большом количестве, с электронноплотным матриксом. Местами в междольковой соединительной ткани выявлялась инфильтрированность и расширенность синусоидных гемокапилляров.

Через 21 сутки постнатального развития у животных опытной группы наблюдалось некоторое усиление степени выраженности описанных выше патоморфологических изменений. Местами на фоне отчетливой балочно-дольчатой структуры печени выявлялись места с дисконплектацией паренхимы печени, печеночные клетки располагались беспорядочно. В междольковой соединительной ткани наблюдалась инфильтрированность мононуклеарными клетками (см. рисунок).

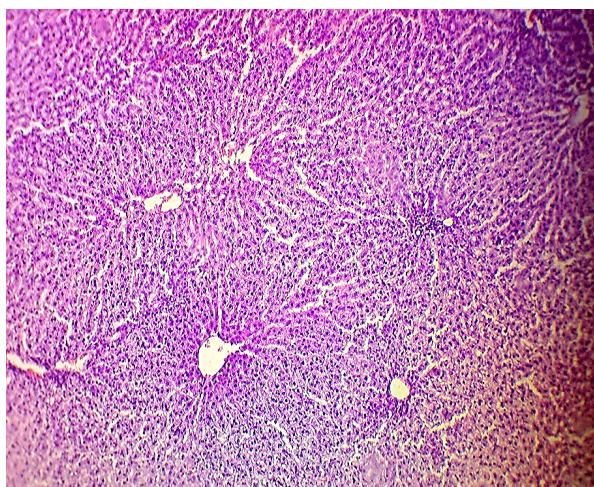


Рис. Печень крысят на 21 день постнатальной жизни. Окраска гематоксилин-эозин. Ув. 10×10 .

Электронномикроскопически ядра гепатоцитов округлой, часто овальной формы с двумя, тремя ядрышками, расположенными ближе к мембране ядра (рис.). Ядра без изменений с нежной сетью мелкоглыбчатого хроматина. Клетки Купфера единичны. Пространство Диссе местами слегка расширено. В некоторых центрах долек отмечается снижение гепатоцитов, отмечается небольшое увеличение гранул и мелкоклеточных узелков, прилегающих к портальным трактам. Эндоплазматическая сеть часто представлена вакуолями, пузырьками различных размеров. Венозные сосуды печени местами расширенные, полнокровные. У животных контрольной группы в этот срок

отмечается отчетливая балочно-дольчатая структура печени.

При исследовании животных в более отдаленные периоды постнатального развития (на 30-сутки) у опытной группы животных отмечены значительные индивидуальные колебания степени выраженности патоморфологических изменений печени и характера возрастной динамики. Если у некоторых крысят эти патоморфологические изменения с возрастом постепенно несколько стихали, то у других животных они еще сохранялись, так же как и некоторая отечность портальных трактов. Местами встречались гепатоциты с деструктивно-дистрофическими изменениями ядра и цитоплазмы печени паренхима разделена тонкими прослойками. Междольковая соединительная ткань образует строму, в которой располагаются сосуды и желчные протоки, сохраняется балочное и дольчатое строение. Сосуды с умеренным кровенаполнением. Паренхиматозные клетки в 70% одноядерные, а в 30% клетки имеют 2 ядра.

Электронномикроскопически звездчатые ретикулы-эндотелиоциты были увеличенных размеров и в большом количестве. У животных контрольной группы в этот срок микроструктура печени приобрела типичное дольчатое строение. Отчетливо выявлялись портальные тракты, представленные рыхлой волокнистой соединительной тканью. Сосудистый рисунок печени также соответствовал рисунку у взрослых интактных крыс.

Выводы: 1. Патология печени матери приводит в аналогичном к материнскому органе потомства, патоморфологические изменения в антенатальные и в постнатальные периоды развития.

2. Эти патоморфологические процессы в последующем вызывают задержку и отставание процессов постнатального развития и становления печени потомства.

3. Полученные научные данные обуславливают необходимость разработки научно-обоснованных лечебных и профилактических мероприятий с целью предупреждения патологии у детей, рожденных и вскормленных матерями с хронической патологией печени.

Литература

11. Бояков А.А. Характер становления гастроассоциированной лимфоидной системы слизистой оболочки кишечника у потомства животных с хроническим поражением печени. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Челябинск. 2001.

12. Ильиных М.А., Брюхин Г.В. Структурно-функциональное становление поджелудочной железы потомства животных с хроническим экспериментальным поражением гепатобилиарной системы различного генеза. Вестник Челябинского гос. педагогического университета. 2006; 4 (6): 113-123.

13. Серышева О.Ю., Брюхин Г.В. Морфофункциональная характеристика эпителия крипт двенадцатиперстной кишки у потомства самок крыс с экспериментальным поражением печени. Морфология. 2013; 144 (4): 36-41.

14. Шубина О.С., Киреева Ю.В. Морфологические особенности печени потомства белых крыс в условиях свинцовой интоксикации. VII Конгресс международной ассоциации морфологов. Морфология. 2006; 129 (4): 143.

15. Яковлева Л.М., Любовцева Л.А. Морфофункциональные изменения подвздошной кишки крыс при интоксикации этанолом. Морфология. 2012; 141 (1): 62-65.

16. Watson A.J. Duckworth C.A., Guan Y. and Montrose M.H. Mechanisms of epithelial cell shedding in the Mammalian intestine and maintenance of barrier function. Ann. N. Y. Acad. Sci., 2009, v. 1165, p. 135-142.

17. Yue W-f, Zhou F, Malik F. A. et al Demonstration of protein absorption in the intestinal epithelium of fish and mice by laser scanning confocal microscopy. Biol. Chem., 2010, v. 391, p. 1197-1203.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЛИЗКИХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Накиева Г.М., Шадманова Л.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность исследования: В настоящее время число людей, инфицированных Covid-19 во всем мире, составляет 53.5 млн. Ученые из Университета Джона Хопкинса сообщают, что более 34.5 миллионов пациентов умерли и выздоровели. На сегодняшний день число заболевших в Узбекистане составляет 69617 человек. Широкое распространение COVID-19 и, как следствие, рост депрессивных расстройств, требуют дальнейшего изучения и разработки лечебно-реабилитационных программ. **Цель исследования:** Разработка лечебно-реабилитационных рекомендаций на основе изучения клинических особенностей депрессивных расстройств у близких родственников больного COVID-19. **Объект и методы исследования:** Изучено 50 пациентов в возрасте 18-55 лет, проходящих лечение в стационарных условиях городской клинической психиатрической больницы г.Ташкент. Всех больных разделили на 2 группы. 1 - я группа (основная группа): 35 (70%) пациентов с COVID-19, у которых диагностированы депрессивные расстройства, являются близкими родственниками. Группа 2 (контрольная группа) - у 15 человек (30%) были выявлены депрессивные расстройства но близкие родственники не были заражены COVID-19. Депрессивные симптомы были определены с использованием госпитальной шкалы депрессии Гамильтона. **Результаты:** Полученные результаты были следующими: женщины-37 (74%), мужчины-13 (26%). При сравнении по возрасту 40-50-летние составили 40 (80%), а 18-39-летние-10 (20%). По шкале Гамильтона из 37 женщин у 31 (62%) была выявлена легкая степень депрессии, а у 6 (12%) - тяжелая степень депрессии. Из 13 мужчин у 9 (18%) была выявлена легкая степень депрессии, а у 4 (8%) - тяжелая степень депрессии. Из 40 пациентов в возрасте 40-50 лет у 25 (62,5%) была выявлена легкая степень депрессии, а у 15 (37,5%) - тяжелая степень депрессии. Из 10 пациентов в возрасте 18-39 лет у 8 (80%) была выявлена легкая степень депрессии, а у 2 (20%) - тяжелая степень депрессии. **Выводы:** Из результатов приведенного вышеизложенного анализа стало ясно, что депрессия чаще встречается у пожилых людей и женщин. Качество жизни пациентов с депрессией значительно снижается, и ее раннее выявление имеет первостепенное значение. Это, в свою очередь, требует своевременного выявления и изучения каждого пациента с депрессией. Своевременное обращение пациентов с депрессией за медицинской помощью может снизить тяжелые проявления и осложнения заболевания.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГАЛЕКТИНА-3 В РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ COVID-19

Насретденова Д.

Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал.

Пандемия, вызванная вспышкой тяжелого острого респираторного синдрома, ассоциированного с вирусом SARS-CoV2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), стала глобальным кризисом здравоохранения, когда во всем мире было зарегистрировано более 22 миллионов подтвержденных случаев заболевания и 777 000 смертельных случаев из-за COVID-19 (Coronavirus disease 2019).

Основная причина летального исхода у инфицированных пациентов, в настоящее время именуемая "синдромом цитокинового шторма" (CSS), является прямым результатом aberrантной иммунной активации после инфекции SARS-CoV2. CSS развивается вследствие гиперактивации макрофагов, моноцитов и дендритных клеток, которые стимулируются к высвобождению различных медиаторов воспаления, включая интерлейкин (IL)-1, IL-6 и фактор некроза опухоли α (TNF- α) [37]. Это, в свою очередь, приводит к системной дисфункции органов, которая может привести к смерти [13].

Во время тяжелой инфекции SARS-CoV2 в циркулирующих макрофагах, моноцитах и дендритных клетках наблюдаются повышенные концентрации Gal-3 в плазме. При секреции Gal-3 может затем агонизировать рецепторы TLR4 на их поверхности и вызывать высвобождение воспалительных цитокинов, таких как IL-1, IL-6 и TNF- α . Этот процесс также приводит к дальнейшей секреции Gal-3, что приводит к положительной обратной связи, которая может способствовать развитию CSS [15].

В последние месяцы появилось значительное количество новых доказательств, которые еще больше связывают Gal-3 с тяжелой инфекцией COVID-19. В частности, были показаны значительно повышенные уровни Gal-3 в сыворотке крови пациентов, страдающих тяжелой формой COVID-19, по сравнению с

пациентами с легкой формой заболевания [17]. На клеточном уровне было показано, что Gal-3 наиболее повышен в иммунных клетках во время тяжелого COVID-19 – самые высокие уровни Gal-3 наблюдались в инфицированных макрофагах, моноцитах и дендритных клетках, тех самых клетках, которые ответственны за инициацию CSS [19].

Наиболее грозным последствием CSS является эволюция в острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), состояние, которое часто приводит к дыхательной недостаточности, несмотря на активные меры, такие как механическая вентиляция легких и интубация [30]. Повышенные сывороточные уровни Gal-3 достоверно ассоциированы с худшими исходами и более низкой выживаемостью у пациентов, страдающих ОРДС [34].

Кроме того, при секреции миелоидными клетками Gal-3 и другие галектины могут действовать как модуляторы экспрессии цитокинов иммунными клетками, а также как стимуляторы системы молекулярного паттерна повреждения (DAMP) [27]. Недавние открытия, характерные для вирусных инфекций, также начали устанавливать функциональные значения галектинов [32]. Также, Gal-3 также является известным агонистом toll-подобного рецептора 4 (TLR4) и ядерного фактора каппа бета (NF- κ B) зависимых путей, которые хорошо характеризуются и являются мощными индукторами воспаления во время инфекции [35,38].

Критическим шагом перед вирусной инфекцией является проникновение вируса в клетки-хозяева, процесс, который притягивает острое респираторное заболевание коронавирусом 2 (SARS-CoV2) опосредуется субъединицей S1 белка-шипа [6,36]. Внутри *coronaviridae* белок S1 состоит из двух отдельных областей: С-концевого домена (CTD) и N-концевого домена (NTD) [18]. Было показано, что основным механизмом проникновения SARS-CoV2 является связывание CTD с рецепторами рецептора 2 ангиотензин-превращающего фермента (ACE2) [31]. До недавнего времени роль NTD в значительной степени не оценивалась. Исследование Baker et al. продемонстрировало доказательства того, что SARS-CoV2 способен связывает N-ацетилнейраминную кислоту (Neu5Ac), причем это взаимодействие опосредуется NTD субъединицы S1 [3]. Это решительно поддерживает модель двойного прикрепления для SARS-CoV2, где взаимодействия NTD-Neu5Ac облегчают начальное распознавание клетки-хозяина вирусом и стабилизируют его проникновение через рецепторы ACE2. Кроме того, было показано, что нейтрализующее антитело против SARS-CoV2 S1-NTD полностью ингибирует проникновение вируса в клетки [10]. Это указывает на то, что область NTD важна для проникновения вируса и является многообещающей терапевтической мишенью [10].

NTD SARS-CoV2 был тщательно проанализирован и сравнен как с человеческими галектинами, так и с NTD других коронавирусов [5]. Behloul et al. установлено, что ключевой домен в спайковом белке демонстрирует высокую степень морфологического и последовательного сходства с человеческим Gal-3 [5]. Было показано, что этот NTD связывает Neu5Ac *in vitro*, взаимодействие, которое, вероятно, объясняет высокую инфекционность SARS-CoV2 и может быть важным для входа в клетки [1,3,4].

Несколько исследований на сегодняшний день ссылаются на “галектиновую складку”, присутствующую на NTD коронавирусов [5,18,24,25,29]. Структуры Gal-3 и S1-NTD *betacoronaviridae* настолько схожи, что можно предположить, что коронавирусы включили ген галектина хозяина в свой геном (а затем и NTD) в какой-то момент своей эволюции [7,18]. Структурный анализ сравнения SARS-CoV2 NTD с Gal-3 привел к Z-баллу 6 ($p < 0,00001$), что указывает на высокую степень сходства между структурами [5]. На самом деле было показано, что человеческий Gal-3 одинаково похож на SARS-CoV2 NTD, как и NTD NL63-CoV и коронавируса инфекционного бронхита, учитывая, как последовательность, так и структуру [5]. Учитывая высокую степень структурного и перспективного сходства последовательности (12%) NTD с Gal-3, вполне возможно, что существующие ингибиторы Gal-3 обладают способностью двойного связывания [5]. Такой механизм показывает перспективность снижения проникновения вируса в клетки-хозяева [21].

Несколько исследований на сегодняшний день показали влияние анти-Gal-3 терапии на высвобождение цитокинов [9,26,35]. Значительное снижение секреции IL-1, IL-6 и TNF- α дендритными клетками наблюдалось при ингибировании Gal-3 [9]. Эти данные объясняются известной ролью Gal-3 как модулятора врожденной иммунной системы, запускающего высвобождение воспалительных цитокинов, таких как TNF- α и IL-6 из моноцитарных клеток во время инфекции или других воспалительных нарушений [22,35]. Таким образом, ингибирование Gal-3 потенциально снижает частоту и симптомы CSS, что показывает перспективность в уменьшении воспалительных последствий, связанных с COVID-19 [17,19].

Хорошо известно, что персистирующие вирусные инфекции являются фактором риска последующего развития легочного фиброза [28]. Исследование показало, что тесты на РНК SARS-CoV2 в сыворотке крови инфицированных людей не становились отрицательными до медианы 24 дней после начала симптомов, а некоторые люди оставались положительными даже больше, чем через месяц от начала симптомов [14]. Кроме того, в когорте выздоровевших пациентов COVID-19 в Италии 87,4% сообщили о стойких симптомах, особенно усталости и одышке, в среднем через 60,3 дня после заражения [8]. Это указывает на то, что для некоторых стойкое пост-вирусное воспаление может привести к неблагоприятным исходам, таким как легочный фиброз [11].

Хотя отдаленные результаты еще предстоит увидеть, легочная ткань в острой фазе COVID-19 демонстрирует аналогичные изменения [33]. После 24 часовой инкубации ОРВИ-CoV2, человека сократимость клеток показало усиление активности ACE2 и, сосудистого эндотелиального фактора роста

(VEGF), фактор роста соединительной ткани (CTGF), фибронектина (ФН) и трансформирующего фактора роста β (ТФР- β), молекулярной подписи очень похож на пациентов с диагнозом фиброз [33]. Считается, что у большого числа пациентов COVID-19 будет развиваться легочный фиброз, и что эти изменения опосредуются рядом цитокинов, включая TGF- β , IL-1, IL-6 и TNF- α [12].

Роль Gal-3 как медиатора фиброза легких изучалась давно, с тех пор как было обнаружено, что его уровни повышаются в альвеолярных макрофагах после повреждения легких [23]. Более высокие уровни Гал-3 в настоящее время широко ассоциированы с развитием рестриктивных заболеваний легких [16]. После клеточного стресса секреция Gal-3 макрофагами повышает регуляцию рецепторов TGF- β на фибробластах и миофибробластах. Это, в свою очередь, активирует эти клетки, инициируя образование грануляционной ткани (через отложение коллагена), которая в конечном итоге ремоделируется в фиброзный рубец [20]. Этот опосредованный Gal-3 путь широко распространен по всему организму и имеет основополагающее значение для развития фиброзных изменений в сердце, печени и почках [15]. Опосредованный Gal-3 фиброз часто имеет неблагоприятные эффекты; например, патологическое образование рубцов является вероятным объяснением значения сывороточного Gal-3 в качестве независимого предиктора смертности и развития тяжелой формы хронической сердечной недостаточности у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [2].

Во время инфекции SARS-CoV2 транскрипционная регуляция VEGF, TGF- β и фибронектина (FN) наблюдается как в легочном эпителии, так и в миокарде, создавая про-фиброзное микроокружение. Секреция Gal-3 макрофагами способствует развитию фиброза за счет увеличения экспрессии TGF- β рецепторов на поверхности фибробластов. Фибробласты и миофибробласты затем активируются TGF- β -опосредованной сигнализацией, стимулирующей отложение внеклеточного матрикса и коллагена, что приводит к фиброзу повреждению. Цитокины, индуцированные экспрессией Gal-3, такие как IL-1, IL-6 и TNF- α , еще больше ускоряют этот процесс.

Таким образом, Гал-3-это лектин, который проявляет плейотропную роль в опосредовании острых и хронических последствий инфекции и воспаления. Представленные в обзоре многочисленные исследования показали, что Gal-3 значительно повышается у пациентов, страдающих тяжелым COVID-19 (De Biasi et al., 2020; Kalfaoglu et al., 2020; Liu et al., 2020). Кроме того, высокий уровень Gal-3 напрямую связан с худшими исходами и более низкой выживаемостью у пациентов с острым респираторным дистресс-синдромом (Xu et al., 2017). Примечательно, что патофизиологические процессы, непосредственно связанные с экспрессией Gal-3, такие как усиления синдрома «Цитокинового шторма» и модулирования процесса фиброобразования легких и сердца, являются важными прогностическими мишенями на всех стадиях течения коронавирусной инфекции.

Литература

1. Alban TJ, Bayik D, Otvos B, et al.: Glioblastoma Myeloid-Derived Suppressor Cell Subsets Express Differential Macrophage Migration Inhibitory Factor Receptor Profiles That Can Be Targeted to Reduce Immune Suppression. *Front Immunol.* 2020; 11: 1191.
2. Asleh R, Enriquez-Sarano M, Jaffe AS, et al.: Galectin-3 Levels and Outcomes After Myocardial Infarction: A Population-Based Study. *J Am Coll Cardiol.* 2019; 73(18): 2286–2295.
3. Baker AN, Richards SJ, Guy CS, et al.: The SARS-COV-2 Spike Protein Binds Sialic Acids, and Enables Rapid Detection in a Lateral Flow Point of Care Diagnostic Device. *ChemRxiv.* Preprint. 2020.
4. Barnard KN, Wasik BR, LaClair JR, et al.: Expression of 9-O- and 7,9-O-Acetyl Modified Sialic Acid in Cells and Their Effects on Influenza Viruses. *mBio.* 2019; 10(6): e02490–19.
5. Behloul N, Baha S, Shi R, et al.: Role of the GTNGTKR motif in the N-terminal receptor-binding domain of the SARS-CoV-2 spike protein. *Virus Res.* 2020; 286: 198058.
6. Blaas D: Viral entry pathways: the example of common cold viruses. *Wien Med Wochenschr.* 2016; 166(7–8): 211–226.
7. Caniglia JL, Guda MR, Asuthkar S, et al.: A potential role for Galectin-3 inhibitors in the treatment of COVID-19. *PeerJ.* 2020; 8: e9392.
8. Carfi A, Bernabei R, Landi F, et al.: Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA.* 2020; 324(6): 603–605.
9. Chen YJ, Wang SF, Weng IC, et al.: Galectin-3 Enhances Avian H5N1 Influenza A Virus-Induced Pulmonary Inflammation by Promoting NLRP3 Inflammasome Activation. *Am J Pathol.* 2018; 188(4): 1031–1042.
10. Chi X, Yan R, Zhang J, et al.: A neutralizing human antibody binds to the N-terminal domain of the Spike protein of SARS-CoV-2. *Science.* Retrieved September 08, 2020. 2020; 369(6504): 650–655.

Аннотация

*Появление тяжелого острого респираторного синдрома на фоне коронавируса SARS-CoV-2, вызывающего COVID-19, быстро переросло в пандемию. Ведущий фактор летального исхода у коронавирусных пациентов, в настоящее время именуемая “синдромом цитокинового шторма”, является прямым результатом aberrантной иммунной активации после инфекции SARS-CoV2 и приводит к избыточному высвобождению воспалительных цитокинов, таких как IL-1, TNF- α и IL-6, макрофагами, моноцитами и дендритными клетками. Иммуноферментный анализ крови также показал значительно повышенный уровень медиатора воспаления, который является биомаркером фиброобразования и пролиферации Галектина-3 (Gal-3) в макрофагах, моноцитах и дендритных клетках у пациентов с тяжелой формой COVID-19 по сравнению с легким течением инфекции. Ингибирование Gal-3 снижает высвобождение IL-1, IL-6 и TNF- α из макрофагов *in vitro*, что приводит к нивелированию цитокинового шторма. Установлено, что Gal-3*

представляя интегрирующую связь между воспалением и фиброзом, вероятно, играет немаловажную роль в активации воспалительного процесса и синтезе фибриллярного каллагена (Felker GM, 2010). Кроме того, было показано, что ингибирование Gal-3 потенциально снижает уровень трансформирующего фактора роста β (TGF- β), опосредованного легочным фиброзом, что, является одним из основных осложнений у пациентов, перенесших короновиральную пневмонию. Последующее изучение прогностического значения и понимание возможных механизмов воздействия биомаркера фиброза Gal-3 может быть использовано для повышения эффективности диагностики ранних и поздних осложнений у пациентов как в остром, так и в постковидном периоде.

«ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ»

Насырова А.К., Нажмутдинова Д.К.

Ташкентская медицинская академия

Заболевания щитовидной железы в настоящее время по своей распространенности занимают первое место в структуре эндокринной патологии, и именно на их долю приходится большая часть обращений к эндокринологу [1]. Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) является одним из наиболее частых заболеваний щитовидной железы. Среди населения различных стран АИТ встречается в 0,1 -1,2 % (у детей) - 6-11 % (у женщин старше 60 лет) случаев. В то же время циркулирующие антитиреоидные антитела могут быть обнаружены у 10—15 % практически здоровых лиц, находящихся в эутиреоидном состоянии. Соотношение числа болеющих мужчин и женщин составляет 1:4—1:10. АИТ является одним из наиболее типичных аутоиммунных заболеваний. Впервые АИТ был описан Н. Hashimoto в 1912 г. Большинство авторов выделяют две основные формы АИТ: гипертрофическую и атрофическую, являющиеся причиной развития спонтанного гипотиреоза. Гипотиреоз – клинический синдром, обусловленный стойким дефицитом тиреоидных гормонов. Первичный гипотиреоз является довольно распространенным заболеванием. Заболеваемость манифестной формой гипотиреоза в популяции составляет 0,2%-2%, субклинической формы – около 7-10% среди женщин и 2-3% среди мужчин, соотношение женщин и мужчин оценивают как 8:1 (Дедов И.И. 2009). За последние десятилетия во всем мире значительно изменилась инфраструктура эндокринных заболеваний, прямо связанная с катастрофически быстрым приростом числа аутоиммунных процессов в щитовидной железе, что привело к печальному лидерству заболеваний щитовидной железы не только среди эндокринологических нозологий, но и в структуре общей заболеваемости [2]. Известно, что тиреоидная система активно взаимодействует с другими нейрогуморальными системами, вовлеченными в сердечно-сосудистое регулирование [3]. Недостаточное содержание в организме тиреоидных гормонов приводит к дисметаболическим изменениям, способствующим расстройству структурно-функциональных взаимосвязей в различных органах и, в первую очередь в сердечно-сосудистой системе. Клинические проявления сердечно-сосудистых нарушений при гипотиреозе характеризуются жалобами на боли в области сердца полиморфного характера, одышкой при физической нагрузке, возникающими на фоне разнообразных и неспецифических жалоб (мышечная слабость, снижение психической и двигательной активности, отеки различной локализации). Гипотиреоз часто сочетается с сердечно-сосудистыми заболеваниями и, как правило, сопровождается нарушениями липидного обмена, т.е. дислипидемией и повышением индекса атерогенности, нарушением ритма и проводимости, нередко резистентные к антиаритмической терапии и, что представляет большую медицинскую проблему (Cooper D 2002). Анализ литературы и собственные наблюдения больных с гипотиреозом, особенно субклинический вариант течения, который часто маскирующий сердечно-сосудистую патологию требует целенаправленного изучения данной проблемы и разработки подходов к диагностике, лечению и прогнозу гемодинамических изменений у больных с гипотиреозом. В последнее время уже доказано негативное влияние субклинического гипотиреоза и манифестного гипотиреоза на состояние сердца и сосудов у лиц без кардиальной патологии. Гипотиреоз сопровождается многообразными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы. У 70–80% больных гипотиреозом есть симптомы поражения сердца: гипотиреоидная миокардиодистрофия, обусловленная уменьшением содержания тиреоидных гормонов в организме. Существуют доказательства негативного влияния субклинического гипотиреоза и манифестного гипотиреоза на состояние сердца и сосудов у лиц без кардиальной патологии. Есть данные, указывающие на возможные нарушения систолической [4,5] и диастолической функций сердца, обратимой эндотелиальной дисфункции [4], нарастания периферического сосудистого сопротивления [6], развития минимальных структурно-геометрических изменений сердца, включая небольшие, но статистически значимые сдвиги в сторону увеличения массы миокарда левого желудочка (ЛЖ) [7]. Несмотря на обширные и весомые доказательства связи патологии сердца с гипофункцией щитовидной железы (ЩЖ), проблема влияния гипотиреоза на развитие атеросклероза и сердечно-сосудистой патологии по-прежнему остается актуальной. В настоящее время установлено, что изменение функции щитовидной железы оказывает влияние на большинство гемодинамических показателей и данных эхокардиографического исследования [8]. Изучение роли эндотелия в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний привело к пониманию, что эндотелий регулирует не только периферический кровоток, но и другие важные функции. Именно поэтому объ-

единяющей стала концепция об эндотелии как о “мишени” для профилактики и лечения патологических процессов, приводящих или реализующих сердечно-сосудистые заболевания. Но при этом в доступной отечественной и зарубежной литературе все еще недостаточно работ, посвященных изучению взаимосвязей структурно-функционального состояния щитовидной железы при аутоиммунном тиреоидите (АИТ) и показателей периферической вазодилатации как интегрального показателя риска развития атеросклероза.

На сегодняшний день получают распространение цитокининдуцированные тиреоидиты – заболевания ЩЖ, чаще всего, деструктивного характера. Цитокины представляют собой небольшие растворимые белки, секретлируемые клетками иммунной системы и другими клетками, являются частью межклеточной системы связи, отвечающей за иммунный ответ. Эти белки, связывая специфические клеточные рецепторы, либо индуцируют, либо ингибируют регулируемые ими гены. Во время вирусной инфекции различные цитокины играют роль как в вирусном клиренсе, так и в повреждении тканей. [9]

Достоверно повышенная концентрация исследуемого цитокина сочетается с повышенным содержанием специфических аутоантител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе у пациентов с подтвержденным диагнозом болезни. Существует положительная корреляционная связь концентрации указанного маркера с уровнем антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе. Клиническая картина цитокининдуцированных тиреоидитов весьма вариабельна и зависит от функционального статуса ЩЖ. В 50-70% случаев встречается цитокининдуцированный тиреоидит, как деструктивный вариант. Как правило, он характеризуется двухфазным течением: короткая фаза транзиторного тиреотоксикоза сменяется более длительной фазой гипотиреоза, далее возможно восстановление эутиреоидного состояния. Особенно важным с клинической точки зрения является то, что манифестация цитокининдуцированных тиреоидитов возможна на любом этапе лечения (от первых 3-х месяцев – наиболее часто, и до отдаленного периода – реже). У подавляющего большинства пациентов, с исходно существовавшим аутоиммунным тиреоидитом, его проявления усугубляются на фоне лечения основного заболевания. [10] В доступной литературе имеется единичные работы касающиеся изучения биохимических и генетических маркеров гемодинамических изменений у больных с гипотиреозом. В условиях тяжелого йоддефицита, в частности в нашем регионе, изучение данной проблемы представляет определенный интерес в научно-практическом плане.

Литература

1. Фадеев В.В. Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита: эпидемиология, диагностика, лечение. – М. : Видар М, 2005. – 240 с. 2. Кандрор В.И. Молекулярно-генетические аспекты тиреоидной патологии // Проблемы эндокринологии. – 2001. – Т. 47, № 5. – С. 3–10.
3. Гаркунова Л.В., Ахметов А.С. Состояние сердечно-сосудистой системы у больных гипотиреозом в пожилом возрасте // Терапевтический архив. – 2004. – № 12. – С. 97–99.
4. Бахтияров Р.З. Современные методы исследования функции эндотелия // Российский кардиологический журнал. – 2004. – № 2 (46). – С. 76–79.
5. Затейщикова А.А., Затейщиков Д.А. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса: методы исследования в клинической практике // Кардиология. – 1998. – № 9. – С. 68–77.
6. Monzani F, Di Bello V, Caraccio N. et al. Effect of levothyroxine on cardiac function and structure in subclinical hypothyroidism: a double blind, placebocontrolled study // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2001. – Vol. 86. – P. 1110–1115.
7. Vitale G., Galderisi M., Lupoli G.A. et al. Left ventricular myocardial impairment in subclinical hypothyroidism assessed by a new ultrasound tool: pulsed tissue doppler // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2002. – Vol. 87. – P. 4350–4355.
8. Biondi B., Palmieri E.A., Lombardi G. et al. Effects of subclinical thyroid dysfunction on the heart // Ann. Intern. Med. – 2002. – Vol. 137, No. 11. – P. 904–914.
9. Steinke JW, Borish L. Cytokines and chemokines. The Journal of Allergy and Clinical Immunology. – 2006. – 117 №2. – P.441-445.
10. Моргунова Т.Б., Решетник Н.А., Фадеев В.В. Цитокининдуцированные тиреоидиты // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2010. – Т.7 – №1. – С.19-28.

УДК 616.314 – 089 – 022

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА, АССОЦИИРОВАННОГО С COVID-19 КОАГУЛОПАТИЕЙ

Орипов О.И.

COVID-19 КОАГУЛОПАТИЯ БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН КАВЕРНОЗ СИНУС ТРОМБОЗИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ

Орипов О.И.

CLINICAL FLOW OF CAVERNOUS SINUS THROMBOSIS ASSOCIATED WITH COVID-19 COAGULOPATHY

Oripov O.I.

Ташкентской медицинской академии

В данной статье описаны результаты наблюдения большой выборки пациентов с тромбозом кавернозного синуса ассоциированным с COVID-19. Проанализированы данные лабораторных показателей пациентов и клинические симптомы тромбоза. Выделены схожие и отличительные признаки клинического течения классических типов и ассоциированных с COVID-19 коагулопатией.

Ключевые слова: COVID-19; коагулопатия; тромбоз кавернозного синуса.

This article describes the results of the observation of a large sample of patients with cavernous sinus thrombosis associated with COVID-19. The data of laboratory parameters of patients and clinical symptoms of thrombosis were analyzed. Highlighted similar and distinctive signs of the clinical course of classical types and coagulopathy associated with COVID-19.

Введение. Наблюдения за пациентами с COVID-19 показали, что симптомы, связанные с SARS-CoV-2, не ограничиваются дыхательными путями и вирус способен вызывать множественные системные воспалительные реакции и коагулопатию. В научной литературе в течение последних 6-7 месяцев постоянно появлялись сообщения о различных тромбоземболических осложнениях у пациентов из разных стран [1]. Тромбоз кавернозного синуса (ТКС) является наиболее частой формой патологии венозной системы мозга, которая сопровождается вовлечением в процесс зрительного пути [2,3].

Цель. Изучить клинические особенности тромбоза кавернозного синуса, развивающегося в качестве осложнения коронавирусной инфекции.

Материал и методы. ТКС является чрезвычайно редким осложнением. В крупных клиниках стран Европы за 10 лет наблюдений описывается всего 20-25 случаев. Наблюдения за пациентами во время пандемии в Республике Узбекистан показали, что в стране было зарегистрировано почти около 300 случаев ТКС ассоциированного с COVID-19. Данное исследование включало результаты наблюдений 98 пациентов с ТКС, которые проходили лечение в лечебно-профилактических учреждениях города Ташкента с июля по ноябрь 2020 года. Распределение по гендерному признаку: 54 (55,1%) мужчин и 44 (44,9%) женщин. Средний возраст составил $60,3 \pm 6,2$ лет. Все пациенты имели в анамнезе данные о получении специфической терапии по поводу COVID-19. Во всех случаях COVID-19 был подтвержден результатами серологических анализов (ПЦР или ИФА) и наличием специфического поражения легких по данным МСКТ. Диагноз ТКС был подтвержден данными клинического (наличие специфической симптоматики) и инструментального (наличие специфических признаков на МРТ и МСКТ) обследования. Всем пациентам проводилось комплексное обследование с включением клинических (консультации смежных специалистов: ЛОР, офтальмолог, нейрохирург, челюстно-лицевой хирург, инфекционист).

Результаты. Анализ анамнестических данных пациентов показал, что симптомы ТКС развивались через 1-4 недели после окончания противокоронавирусной терапии. При этом 96,7% пациентов страдали в течение многих лет СД 2 типа. Наличие хронических заболеваний полости носа, околоносовых пазух и полости рта в анамнезе определялось лишь у 41,8%. В 87,7% случаях COVID-19 протекал с поражением легких. В большинстве случаев поражалось 25-50% легочной ткани. При этом, анализ историй болезни пациентов показал, что снижение сатурации наблюдалось у 76,5% пациентов, а оксигенотерапию получало при этом 87,7% пациентов. В среднем ее длительность колебалась от 5 до 15 дней. В 89,7% случаев течение COVID-19 осложнялось развитием коагулопатии, подтвержденной результатами исследования ВСК, АЧТВ, фибриногена и Д-димеров. Следует отметить, что предшествовавшую антикоагулянтную терапию получало 86,7% пациентов. При этом 83,7% пациентов проходили лечение в стационаре, а оставшаяся часть получало лечение в домашних условиях под наблюдением врача.

Анализ симптомов и закономерностей их развития в серии случаев COVID-19 ассоциированного ТКС показал, что клиническое течение тяжело отнести к одному из вариантов. Клиническое течение ТКС у исследованных пациентов характеризовалась постепенным развитием симптомов, по типу асептического варианта ТКС, в 65,3% случаях и более острым, с быстрым нарастанием симптоматики, по типу септического варианта ТКС, развитием в 34,7% случаях. В большинстве случаев пациенты поступали в стационар с субъективными жалобами на сильные головные боли, отсутствие зрения и боль на пораженном глазу, опущение века, сильный отек век, затруднение носового дыхания и наличие гнойного отделяемого из носа. ТКС клинически манифестировал наличием офтальмологической симптоматики в виде птоза, экзофтальма, офтальмоплегии, периорбитального целлюлита, хемоза, снижения чувствительности роговицы, снижения чувствительности кожи параорбитальной области, отека ДЗН и сетчатки.

Объективно во время эндоскопического осмотра в носовых ходах отмечался гнойно-геморрагическое или гнойно-некротическое содержимое, носовые раковины были некротизированы, отмечались кровоизлияния. Анализ результатов лабораторных исследований в большинстве случаев выявлял изменения АЧТВ, уровня фибриногена и Д-димеров в коагулограмме, значительное повышение уровня С-реактивного белка в биохимическом анализе крови.

Выводы. Анализ случаев тромбоза кавернозного синуса, ассоциированного с COVID-19 выявил, что развитие данного осложнения имело тесную связь с сахарным диабетом и характеризовалось атипичным и тяжелым течением с развитием гнойно-некротических осложнений. При этом остаются неясными патогенетические аспекты, связанные с коагулопатией, так как тромбоз в большинстве случаев развивался на фоне предшествовавшей или текущей антикоагулянтной терапии.

Литература

1. Al-Ani F, Chehade S, Lazo-Langner A. Thrombosis risk associated with COVID-19 infection. A scoping review. // *Thromb Res.* – 2020. – 192. – P. 152-160.
2. Берест И.Е., Миронец С.Н. Септический тромбоз кавернозного синуса // *Вестник оториноларингологии* – 2017. – 6. – С. 72-76.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Отажонов З.М., Ядгарова Н.Ф., Лян Е.М., Кеворкова М.А., Ражабов М.Н.

ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТ ШИЗОФРЕНИЯДА ЭЛЕКТРОТУТҚАНОҚ ДАВОНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Отажонов З.М., Ядгарова Н.Ф., Лян Е.М., Кеворкова М.А., Ражабов М.Н.

ELECTROCONVULSIVE THERAPY IN PHARMACOTHERAPY RESISTANT SCHIZOPHRENIA

Otajonov Z.M., Yadgarova N.F., Lyan Y.M., Kevorkova M.A., Rajabov M.N.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Клинический опыт показывает, что устойчивость к психотропным лекарственным средствам можно выявить с самого начала заболевания, если говорить в первую очередь о его злокачественности, в других случаях она формируется постепенно по мере развития болезни. Одним из наиболее эффективных методов преодоления терапевтической резистентности является электросудорожная терапия.

Ключевые слова: электросудорожная терапия, терапевтическая резистентность, психические расстройства.

Clinical experience shows that resistance to psychotropic drugs can be detected from the very beginning of the disease, speaking primarily about its malignancy, in other cases it is formed gradually in the course of the disease. One of the most effective methods of overcoming therapeutic resistance is electroconvulsive therapy.

Keywords: electroconvulsive therapy, therapeutic resistance, mental disorders

Introduction. Electroconvulsive therapy has developed in a complex but extremely fruitful way over its nearly eighty-year history [1]. From a dangerous, sometimes crippling, and socially horrific procedure, ECT has evolved into a highly effective, affordable, and patient-friendly treatment method [2]. A high result was achieved by organizing ECT sessions in accordance with modern standards, recommendations of leading domestic and foreign specialists³ [3,4]. The success of modern ECT is determined by the mandatory use of anesthesia, muscle relaxants, monitoring of vital functions and the selection of physiologically sound ways to influence the electric current on the central nervous system [5]. At the same time, the risk of developing undesirable effects and complications is practically reduced to zero. All the advantages of the method: high efficiency, the rate of onset of the therapeutic effect are not only preserved, but also increased [6].

At the Tashkent City Clinical Psychiatric Hospital, ECT is the method of choice and is performed almost daily. The preference to this was the presence of the department of resuscitation and intensive care in the Tashkent City Clinical Psychiatric Hospital, in which the sessions are conducted. In the close interaction of two doctors—a psychiatrist and an anesthesiologist-resuscitator, as well as an experienced nurse, it is possible to control each stage of the procedure, to conduct the electrical action in the proper phase of anesthesia, to ensure the patient's comfort during the entire session [7,8].

Materials and methods. One of the main indications for conducting ECT today is the therapeutic resistance of patients to psychotropic drugs. In order to overcome therapeutic resistance and stabilize the mental state, 13 patients suffering from various types of paranoid schizophrenia were selected. Of these, 7 (54%) were male and 6 (46%) were female. by age, 2 patients under 20 years of age, 7 patients aged 20-50 years, and 4 patients over 50 years of age.

10-12 sessions of the modified ECT were conducted. Anesthesia was provided with propofol injections (up to 150 mg). The bitemporal localization of the electrodes was used. The dose selection was carried out by the method of real doses in manual mode. To control the attack, the convulsive activity of the control limb and the level of tachycardia were evaluated.

During the treatment period, in addition to the assessment of the mental status, the patients' condition was monitored on the scale of general clinical improvement. The research was conducted: Aschafenburg test, Reichardt test, Lipmann test, PANNS, with the exception of items, the ratio of Proverbs, metaphors and phrases, the classification of items.

Results and discussion. ECT was performed after the complete withdrawal of the previous medication. After the end of the course of ECT, drug treatment was resumed immediately in the same doses. Improvement usually occurred within 2 weeks of treatment after 6-7 sessions. First of all, the affective sphere was ordered, then the productive symptomatology was reduced.

Type of paranoid schizophrenia	Number of patients	Improvement	No effect	Decline
Paranoid, non-intermittent	10	8	2	-

Type of paranoid schizophrenia	Number of patients	Improvement	No effect	Decline
Paranoid, episodic	2	1	1	-
Paranoid, period of observation less than a year	1	1	-	-

Of the 13 patients, 10 were diagnosed with Paranoid schizophrenia, non-intermittent type, 2 with Paranoid schizophrenia, episodic type and 1 with Paranoid schizophrenia, period of observation less than a year. Unfortunately, in our experiment, the number of patients was small, but we achieved our goal and observed the therapeutic value of ECT in the change of patients. Recovery was observed in 10 (77%) of patients. In 3 (23%) there was no effect. Of the patients who did not respond to therapy, 2 were diagnosed with Paranoid schizophrenia, non-intermittent type and 1 was diagnosed with Paranoid schizophrenia, episodic type. all of them were women over 50 years of age.

As a result of the therapy, the majority of patients showed a clinically pronounced reduction of productive symptoms, which was confirmed by the results of a psychological study. Although the majority of patients took psychotropic drugs regularly at home, the positive symptoms did not decrease. but they changed quickly after ECT in the hospital.

Conclusion. Thus, electroconvulsive therapy shows itself to be effective method of treatment of patients with therapeutic resistance to a psychotropic drug. But in female patients over 50 years of age, ECT did not yield the results we expected. At the same time, the quality of life of patients in hospital conditions is higher, due to the absence of non - harmful effects of treatment, the shorter duration of the patient's stay in the hospital, and the faster reduction of productive symptoms.

References

1. Grover S. et al. Effectiveness of electroconvulsive therapy in patients with treatment resistant schizophrenia: a retrospective study //Psychiatry research. – 2017. – T. 249. – C. 349-353. doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.042
2. Takamiya A. et al. Effect of electroconvulsive therapy on hippocampal and amygdala volumes: systematic review and meta-analysis //The British Journal of Psychiatry. – 2018. – T. 212. – №. 1. – C. 19-26. doi.org/10.1192/bjp.2017.11
3. Gbyl K., Videbech P. Electroconvulsive therapy increases brain volume in major depression: a systematic review and meta-analysis //Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2018. – T. 138. – №. 3. – C. 180-195. doi.org/10.1111/acps.12884
4. Cusa B. V. et al. The effects of electroconvulsive therapy augmentation of antipsychotic treatment on cognitive functions in patients with treatment-resistant schizophrenia // The Journal of ECT: March 2018 - Volume 34 - Issue 1 - p 31-34 doi: 10.1097/YCT.0000000000000463
5. Qi S. et al. Electroconvulsive therapy treatment responsive multimodal brain networks //Human brain mapping. – 2020. – T. 41. – №. 7. – C. 1775-1785. doi.org/10.1002/hbm.24910
6. Sinclair D. J. M. et al. Electroconvulsive therapy for treatment-resistant schizophrenia //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2019. – №. 3. doi.org/10.1002/14651858.CD011847.pub2
7. Mathew S. J. et al. EElectroconvulsive therapy (ECT) vs. Ketamine in patients with Treatment-resistant Depression: the ELEKT-D study protocol //Contemporary clinical trials. – 2019. – T. 77. – C. 19-26. doi.org/10.1016/j.cct.2018.12.009
8. Ross E. L., Zivin K., Maixner D. F. Cost-effectiveness of electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy/psychotherapy for treatment-resistant depression in the United States. JAMA Psychiatry. 2018;75(7):713-722. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0768

THE ROLE OF ELECTROCONVULSIVE THERAPY IN THE TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDER IN OLD AGE PATIENTS

Otajonov Z.M., Yadgarova N.F.

Tashkent medical academy

Introduction. Electroconvulsive therapy (ECT) is used to treat a range of psychiatric disorders in younger people, but in the elderly its use is virtually confined to patients suffering from serious mood disorders, particularly depressive states. Electroconvulsive therapy is an important treatment in the depressive states of late life, and there is general agreement about the indications for its use in old age psychiatry. Indeed, old age may be associated with a better response to ECT than that in younger age groups. The additional risk involved through physical problems in the elderly is not great when compared with that of continuing depression and of the side-effects of alternative treatments. Temporary memory disorders and confusion may occur, but are minimized if unilateral electrode placement is used. Some patients treated with unilateral ECT do not respond, but will respond to bilateral treatment.

Methods and results. In Clinical Psychiatric Hospital of Tashkent City were examined 15 patients who had been given a course of alternating bilateral and unilateral treatments, and found that the time to recovery of consciousness, respiration, and orientation was significantly slower after bilateral ECT. It was used Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) to know changing after procedure. Bilateral ECT also showed a cumulative effect, in that the time for recovery was significantly prolonged after the last bilateral ECT of a course compared with the first. There was also an interval effect with bilateral ECT, in that recovery time was prolonged further if treatment was given after a one day rather than a two-day (or more) interval. In contrast, unilateral ECT showed neither cumulative nor interval effects. We concluded that unilateral ECT is to be preferred, and did not alter this view despite a later study which did not demonstrate a cumulative effect with bilateral ECT and found a low incidence of side-effects, with no difference between unilateral and bilateral treatments. 15 patients, one had repeated episodes of pneumonia during a course of ECT. ECT has been used successfully and safely in patients with post-stroke depressive illnesses and active medical

problems. **Results.** We have described five successful courses of treatment in depressed people on anticoagulants and note that, where affective disorder and Parkinson's disease are present together, ECT may be the treatment of choice because of poor response to, or complications with, drug treatments. Anterograde and retrograde amnesia appear early in a course of ECT and are cumulative, but with some recovery between treatments. The anterograde amnesia fades after completion of the course, and effectively disappears by six months. Retrograde amnesia also shrinks after completion of the course, to leave some permanent loss only for events occurring during the week or two before treatment. The depressive illness itself may at least partly contribute to this loss.

Conclusion. It can be concluded that: 1) A wider variety of depressive illnesses in the old will respond to ECT, and anxiety agitation is linked with a good treatment response. 2) The elderly respond to ECT at least as well as younger people, and may even respond better. 3) The elderly population treated with ECT have many physical problems, but in practice these do not interfere with the successful administration of treatment to bilateral treatment, and these may have a history of previous response to bilateral ECT. Lastly, ECT clearly retains an important place in the armoury against severe depressive states in old age. In view of the continued chronic morbidity of depressive illnesses despite modern antidepressant drugs, it is important to review the use of the treatment in order to minimize the possibility of patients being denied effective treatment because of pre occupation with temporary side-effects, exaggerated potential hazards, or social media influence.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ФЛЮДИТЕК И ПУЛМОЛАН В ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Отахонова Ф.Т.

Ташкентская медицинская академия

Внебольничная пневмония - одно из самых распространенных заболеваний органов дыхания во всех странах мира. Своевременная диагностика и адекватное лечение пневмонии является актуальной проблемой внутренней патологии [5]. Основой терапии внебольничной пневмонии является назначение антибактериальных препаратов, однако, несмотря на антибактериальную терапию, смертность от пневмонии недопустимо велика. Повышение эффективности лечения внебольничной пневмонии возможно только при своевременной постановке диагноза, адекватной оценке тяжести пациента, определяющей показания для госпитализации, своевременно начатом лечении, рациональном выборе антибактериальной терапии с учетом возможного возбудителя [3].

Подходы к назначению антибиотиков разработаны и хорошо освещены в литературе. Больные с внебольничными пневмониями, госпитализированные в стационар, нуждаются и в проведении патогенетической и поддерживающей терапии, которая включает растворы, электролиты, специализированное питание, бронхолитики, отхаркивающие препараты. При внебольничной пневмонии развивается мукостаз в слизистой бронхиального дерева, который сопровождается отеком, гиперсекрецией слизи, мукоцилиарной недостаточностью, что формирует порочный круг, ухудшая и удлиняя процессы санации бронхиального дерева, затрудняя выведение секрета, и приводит к персистенции инфекции, поддерживает воспалительный процесс в легких [2]. Возникающий при этом малопродуктивный неэффективный сухой кашель значительно ухудшает состояние и качество жизни пациента, удлиняет время выздоровления. В таких случаях необходимо назначение отхаркивающих препаратов (ацетилцистеин, карбоцистеин, амброксол). Флюдитек (карбоцистеин) - улучшает реологические свойства мокроты за счет увеличения продукции сиаломуцина и способности разрывать дисульфидные связи кислых мукополисахаридов мокроты, что приводит к деполаризации мукопротеидов и уменьшению вязкости бронхиального секрета. Регулирует мукоцилиарный клиренс. Угнетает местные эффекты медиаторов воспаления, способствует проникновению антибиотиков в бронхиальный секрет. Пулмолан (амброксол) относится к муколитическим препаратам нового поколения, является метаболитом бромгексина и дает более выраженный отхаркивающий эффект [1, 4]. Кроме этого, он обладает секретомоторным, секретолитическим действием и эффективно устраняет симптомы острых респираторных заболеваний [5].

Цель: сравнительная оценка клинической эффективности сиропов флюдитек и пулмолан в лечении внебольничной пневмонии среднетяжелого течения.

Материалы и методы: Были обследованы 40 больных с внебольничной пневмонией среднетяжелого течения. Средний возраст больных составлял 52,5 лет, большинство больных были женщины (около 61%). При отборе больных учитывались критерии включения и исключения, определенные протоколом исследования. У всех больных пневмония была подтверждена рентгенологически наличием синдрома легочного инфильтрата. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа - 20 больных получали традиционную терапию (антибактериальную, противовоспалительную, антипиритическую, дезинтоксикационную), и в качестве отхаркивающего препарата - сироп флюдитек по 15 мл (750мг) 3 раза в день. Вторая группа - 20 больных получали также комплексную традиционную терапию и дополнительно сироп пулмолан per os по 5 мл (30 мг) x 3 раза в сутки. Сравнительная оценка эффективности применения препаратов флюдитек и пулмолан оценивалась клинически, на основании анализа следующих показателей: характер, частота и интенсивность кашля; характера хрипов, переносимость препарата, наличие побочных явлений.

Статистическую обработку клинических данных проводили с помощью специализированных компьютерных программ на базе Statistica 5.5 for Windows, Excel for Windows XP Professional. Определялись средняя арифметическая (M), средняя ошибка (m). Достоверность различий (p) рассчитывалась с использованием критерием t Стьюдента. Различия считались значимыми при $p << 0,05$.

Результаты и обсуждение: Все пациенты поступали в стационар с кашлем, на фоне терапии сиропом пулмолан отмечалась более быстрая положительная динамика. На 4й день терапии заболевания у 30% он уже отсутствовал, у 21% был минимально выражен. К 10-му дню заболевания практически у всех больных кашель был купирован. Среди пациентов, получавших сироп флюдитек, только у 39% на 7–10-й день терапии кашель отсутствовал полностью, у 57% сохранялся минимально выраженный кашель.

В основном больные поступали с кашлем средней степени выраженности. При приеме препарата пулмолан интенсивность кашля уменьшалась и на 5-й день терапии у 37% кашель отсутствовал, у 52% был средней степени выраженности. На 10-й день терапии у 90% кашель отсутствовал. У пациентов, получавших сироп флюдитек, кашель средней интенсивности сохранялся дольше. К 10-му дню терапии кашель отсутствовал только у 62% пациентов и у 38% был средней степени выраженности.

Так, на 5-й день терапии у 7 (43,8%) больных из первой группы еще отмечался сухой кашель, в отличие от второй группы, в которой данный симптом отсутствовал у всех больных к этому времени. Выявлено также, что на 8-й день лечения с включением сиропа пулмолан симптомы влажного кашля и степень продуцирования мокроты были минимальными, чем достоверно отличались от группы сравнения ($p < 0,001$).

При анализе интенсивности кашля у пациентов, получавших сироп флюдитек, положительная динамика симптомов была более медленной. На 10-й день терапии у 43% пациентов сохранялся кашель средней степени выраженности. У пациентов, получавших сироп флюдитек, трансформация мокроты из трудно отделяемой в легко отделяемую происходила так же, как и у пациентов, получавших сироп пулмолан, но кашель с легко отделяемой мокротой сохранялся дольше и на 10-й день терапии флюдитеком 67% пациентов имели влажный кашель с легко отделяемой мокротой.

В ходе исследования было выявлено, что сироп пулмолан обладает положительным терапевтическим эффектом на симптомы влажного кашля, степень продуцирования мокроты, длительность и интенсивность влажных хрипов в легких, длительность сухих хрипов в легких ($p > 0,05$).

Переносимость сиропов пулмолан и флюдитек во всех случаях была хорошей, побочных реакций не наблюдалось.

Таким образом, выявленные нами положительные сдвиги во второй группе, получавшей дополнительно сироп пулмолан, возможны связаны с фармакодинамическими эффектами амброксола. Пулмолан разжижает мокроту за счет стимуляции серозных клеток желез слизистой оболочки бронхов, нормализует нарушенное соотношение серозного и слизистого компонентов мокроты. Кроме муколитического эффекта, пулмолан способен усиливать активность мерцательного эпителия, стимулировать образование легочного сурфактанта. Известно также о противовоспалительном и иммуномодулирующем действии сиропа пулмолан.

Выводы: Применение традиционной терапии в сочетании с сиропом пулмолан у больных способствует более быстрому переходу непродуктивного сухого кашля в продуктивный влажный кашель, снижению интенсивности сухих хрипов, укорочению сроков клинических симптомов и позволяет рекомендовать его, как эффективное симптоматическое средство в лечении внебольничной пневмонии среднетяжелого течения.

Литературы

1. Захарова И.Н., Коровина Н.А., Овсянникова Е.М. Роль отхаркивающих препаратов в терапии кашля // Российс. Мед. журнал. — 09.02.2011. — С.113.
2. Ермакова О. А. Особенности внебольничной пневмонии у взрослых // Молодой ученый. — 2019. — №5. — С. 49-52.
3. Максимов М.Л., Каннер И.В., Подходы к фармакотерапии внебольничной пневмонии / Обзор современных рекомендаций // РМЖ «Медицинское обозрение» — 2015. — №4. — С.194.
4. Овчаренко С.И. Муколитические (мукоурегуляторные) препараты в лечении хронической обструктивной болезни легких // РМЖ. — 2002. — Т. 10, № 4. — С. 153-156.
5. Чучалин А.Г. Пневмония: актуальная проблема медицины XXI века // Пульмонология. — 2015 — № 25(2) — С. 133-142.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ПОТЕНЦИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНОГО

Павленко Е.П., Дьяков А.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет», России. г. Курск

Введение. Одним из решающих факторов достижения эпидемического благополучия по туберкулёзу является клиническое излечение больных с разным спектром лекарственной устойчивости возбудителя [2]. Однако и при стабилизации эпидемической ситуации с тенденцией к ее дальнейшему улучшению, адекватных успехов в лечении туберкулеза достигать не просто.

Особое внимание целесообразно уделить изучению влияния на эффективность лечения такого фактора, как степень (уровень) взаимодействия пациента с медицинским персоналом и его психологическое состоя-

ние, что в целом проецируется на его приверженность лечению, которая рассматривается как результат или итоговая характеристика взаимодействия этих и других факторов [1,6].

Цель исследования: оценить эффективность лечения при различной степени приверженности больного (ПЛБ) и отдельных методик в психологическом сопровождении (ПС) основного курса лечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 326 больных различными формами туберкулеза, которых обследовали и лечили в соответствии с федеральными стандартами Министерства здравоохранения России. Преобладали лица мужского пола (77,31%) и в возрасте 40-59 лет (53,06%). У большинства диагностирован диссеминированный (35,28%) и инфильтративный (36,5%), у 70 (21,47%) – фиброзно-кавернозный и у 22 (6,75%) очаговый, в том числе несколько с малыми туберкуломами, туберкулез легких. У всех больных методом посева на плотные среды определялось бактериовыделение в начале интенсивной фазы основного курса лечения (ИФ ОКЛ).

Эффективность лечения учитывали после окончания ИФ ОКЛ по общепринятым критериям (прекращению бактериовыделения (исследование мокроты методом люминесцентной бактериоскопии и посева), положительная динамика морфологических изменений лучевыми методами обследования и степень ликвидации симптомов интоксикационного и грудного синдромов [5]. Исследование выполнено на выборке пациентов, принимавших ИФ ОКЛ преимущественно по первому режиму (РЛ1, N=176) и четвертому режиму химиотерапии (РЛ4, N=83)

С учетом необходимости ликвидации осложнений этиотропной терапии (ЭТ) и повышения эффективности ПС применяли сукцинатсодержащий препарат «Ремаксол» (ООО «НТФФ «ПОЛИСАИ», Санкт-Петербург) (ПрР), обладающий гепатопротекторным, регенерирующим свойством, а так же иммунокорректирующий эффект по завершению инфузионной терапии [4].

Перед началом ИФ ОКЛ определяли уровень приверженности больных лечению (ПБЛ) по авторской методике [3]. В основе находится тестирование пациента по специальной анкете и определение наличия факторов риска, стенов - стресс, фрустрация, стигматизация, внушаемость, пристрастие к алкоголю, социально-психологический статус, побочные реакции на лечение, отсутствие эффекта лечения, не сложившиеся взаимоотношения с медицинским персоналом, экономическое неблагополучие. Показатели ПЛБ использовали для назначения различных методик ПС в течение ИФ ОКЛ.

Статистическую обработку результатов проводили в программе «СТАТИСТИКА 6.0». Доверительный интервал (ДИ) с определенной вероятностью ($\alpha = 0,05$ или 95 %) включал в себя настоящее популяционное значение, $p < 0,05$ принимали за величину уровня статистической значимости.

Результаты и обсуждения.

Уровни приверженности у наблюдаемых больных вряд ли возможно оценить как приемлемые, так как высокий уровень приверженности (ВУП) определен лишь у 94 больных (28,83%), при этом практически одинаковым у больных с различным течением процесса. Прогностически неблагоприятным фактором была лекарственная устойчивость МБТ (из 232 больных с низким и умеренным уровнями приверженности (НУП, УУП) у 84 (36,23%).

Вначале ИФ ОКЛ у 17 больных с ФКТЛ и ДТЛ с изменениями функции печени были диагностированы показания к назначению гепатопротекторов. В итоге из 232 нуждающихся в интенсификации психологического сопровождения больных с НУП и УУП 39 больным оно было интенсифицировано путем применения препарата «Ремаксол», курсом по 400,0 №5-7, в течение первого месяца ИФ ОКЛ. Остальным больным с НУП и УУП психосоматическое состояние корректировалось фтизиатром и психологом рекомендованными методами (медико-социальная помощь, школы здоровья, психотерапевтическое воздействие путем индивидуальной работы психолога и другие).

Таблица 1

Содержание цитокинов при использовании «Ремаксоло»

Уровни цитокинов	Цитокины				
	ИЛ- 4	ИЛ-6	ИЛ- 10	ИНФ- г	ФНО- а
Исходный уровень.	13,5±1,2	23,9±2,3	33,8±1,62	11,3±4,5	4,9±0,6
Контроль	10,5±1,3	14,5±2,6	24,8±2,6	6,8±0,7	3,6±0,7
% снижения	-22%	- 39%	-26%	-39%	-26%

В результате в группе больных, которым применялся «Ремаксол», были ликвидированы нежелательные явления и нормализовались показатели дезинтоксикационной функции печени: снижение показателей АСТ с 37,51 до 26,18 (на %) и АЛТ с 26,83 до 18,34 (на %), что позволило продолжать использовать препараты резервного ряда в различных режимах. Полученные данные подтвердили эффективность использования «Ремаксоло» как препарата с выраженным гепатопротективным действием.

Что касается его эффективности как иммуномодулятора, то и исходя из приоритетности лечения основного заболевания – туберкулеза, то довольно трудно сформировать репрезентативные контрольную и основную группы для проведения исследований. Поэтому учитывали, в основном, конечные, клинические признаки изменения состояния иммунитета (показатели эффективности лечения), а также изменения содержания цитокинов после проведения курса лечения.

Согласно проведенным расчетам критерия Стьюдента эффективность препарата составляет менее 2, что в целом указывает на статистически не значимую эффективность. Однако изменения в содержании наиболее информативных цитокинов настолько выражены, что влияние препарата на иммунный статус очевидно.

Достичь в результате ИФ ОКЛ у такого контингента больных туберкулезом прекращения бактериовыделения при клиническом улучшении и выраженной положительной динамике по данным лучевых методов у 82,54% не всегда возможно. Эффективность использования для потенцирования ПС метаболических препаратов с иммуномодулирующим компонентом не вызывает сомнений, так как при применении одного из них, «Ремаксол», у больных с низким уровнем приверженности эффективность лечения была достаточно высокой. Механизмы влияния иммуномодулятора на приверженность больного лечению с целью повышения его эффективности нуждаются в дальнейшем изучении.

Заключение. Определение приверженности лечению, как фактора риска неудач этиотропной терапии, с целью интенсификации психологического сопровождения оправдано и необходимо для последующего повышения эффективности лечения больных туберкулезом

Литература

1. Городнова М.Ю. Актуальные вопросы психологии приверженности к лечению у наркологических больных и психологии лечебной среды [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 5 (16). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 02.01.2021).
2. Коломиец В.М., Медведева Н.Н. Клинико-психологические особенности у больных различными формами туберкулеза легких. // Туберкулез и социально значимые заболевания. 2019. №1. С. 79-80
3. Патент на изобретение России RU № 2611398 «Способ повышения эффективности лечения больных туберкулезом» 21.02.2017. Регистрация в Государственном регистре изобретений РФ 21 февраля 2017 г./ Patent for the invention of Russia RU № 2611398
4. Стельмах В.В., Козлов В.К., Иванова В.Ф., Самусенко И.А.. Эффективность инфузионного гепатотропного препарата ремаксол в патогенетической терапии хронических вирусных гепатитов на цирротической стадии. Терапевтический архив. 2015. №8. С.67-72. Efficacy of the infusion hepatotropic drug remaxol in the pathogenetic therapy for cirrhotic stage chronic viral hepatitis V.V. STELMAKH¹, V.K. KOZLOV¹⁻³, V.F. IVANOVA¹, I.A. SAMUSENKO⁴
5. Ясинов Д.А., Половинко И.А., Смагина Л.Т. Эффективность психологического сопровождения приверженности к лечению туберкулеза на стационарном этапе / Д.А.Ясинов, И.А.Половинко, Л.Т. Смагина // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. - 2013. - № 3. - С. 241-245.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЖИСМОНИЙ ФАОЛЛИКНИНГ АСЛ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ

Ражабова Р., Нуриллаева Н., Шукурджанова С., Саидахмадов С.

Ташкентская медицинская академия

Summary

Low mobility in the origin of ischemic heart disease has been on the rise in the last decade, with a lack of physical activity leading to an increase in a number of chronic noninfectious diseases, proven risk factors and their complications. Among the risk factors encountered in the patients in the study, only smoking was reliably differentiated. According to the ODA23 + survey, the level of physical activity was consistent with moderately low activity in both groups, and the results obtained through physical activity tests showed that the actual physical condition of the patients was lower than the results of the survey. 60.7% of male patients with IHD and 79% of women reported low and very low levels of physical activity. In accordance with the results of non-invasive examinations, taking into account the risk factors for IHD and hypertension, physical activity selected based on place of residence, lifestyle, capabilities of the primary health care system and specific conditions will be fully evaluated and the patient's life has a positive effect on quality.

Keywords: ischemic heart disease, hypodynamia, ODA23+ questionnaire, physical activity.

Кириш. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) таърифига кўра, жисмоний фаоллик (ЖФ) – мушаклар кучи ёрдамида юзага келувчи, энергия сарфи билан биргаликда кечувчи ҳар қандай турдаги ҳаракат бўлиб, бу ҳаракат иш пайтида ва бўш вақтда, ҳамда ҳар кунлик жисмоний фаоллик кўринишида намоён бўлади [8].

Жисмоний фаолликнинг фойдали тарафларининг кўплигига қарамай, дунё мамлакатларининг кўпчилигида жисмоний фаол ҳаёт тарзига амал қилувчи аҳолининг қисқариши ва ўтроқ ҳаёт тарзининг ўсиб бориши кузатилмоқда. ЮИК билан оғриган беморларни даволаш ва реабилитацияда ҳозиргача талайгина муаммолар юзага келмоқда, бу эса касалликнинг узоқ ва рецидивланувчи кечиши, ёндош патологиялар ва асоратларнинг мавжудлиги, қайта-қайта стационар давога муҳтожлиги, ҳамда йирик иқтисодий харажатлар талаб қилиниши, бу йўналишдаги беморларнинг вақтинчалик ва турғун иш қобилиятининг йўқотилиши билан тушунтирилади. ЮИК билан оғриган беморларни тикловчи муддатдаги медикаментоз давоси билан биргаликда олиб борилувчи жисмоний реабилитациянинг аҳамияти катта. Ушбу методиканинг асосида ҳозиргача динамик жисмоний юккланиш қўллаш ётади [7].

Қатор хорижий тадқиқотчилар ҳам аэроб жисмоний юккланишнинг устунлик томонларини келтириб ўтишган [2,3,4]. Охириги вақтларда статик ва статико-динамик жисмоний юккланишнинг ЮИК билан оғриган беморлар реабилитациясида қўлланишига бўлган қизиқиш ортиб бормоқда [2,6]. Баъзи муаллифларнинг исботлашича, индивидуал танланган, кичик интенсивликдаги ва давомийлиги 6-10 дақиқадан ошмаган

ҳолатда қўллаш хавфсиз экан. [5]. Кўпгина хорижий текширувлар яна шуни кўрсатадики, юрак коронар томир касалликлари оғир ҳолатдаги беморларда кардиогемадинамика кўрсаткичларига изометрик жисмоний юклама манфий таъсирларга эга [3,6]. Коронар касалликлари мавжуд беморлар реабилитациясида ушбу йўналишда олиб борилган хорижий амалиётда аэроб ва резистент жисмоний юклама машқларини комбинацияда қўллаш, жумладан сурункали юрак етишмовчилиги, қандли диабет, семизлик, кекса беморлар, юрак трансплантациясидан олдин ва кейинги ҳолатларда мақсадга мувофиқдир [5].

Гиподинамия борасида олдимизда турган улкан муаммоларни ҳисобга олган ҳолда, қуйидаги мақсадни белгилаб олдик – ЮИК билан оғриган беморларга кундалик жисмоний фаолликни оддий ва самарадор усуллар ёрдамида белгилаб бериш.

Тадқиқот материали ва усуллари.

Тадқиқот учун Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси кардиология бўлимида “ЮИК. Стабил зўриқиш стенокардияси ФС II-III” ташхиси билан даволанган, 50-70 ёшлар орасидаги эркак ва аёл жинсига мансуб жами 94 нафар бемор жалб этилди. Беморлар жинсига кўра икки гуруҳга ажратилди, 1-гуруҳ 51 нафар эркак жинсига мансуб беморлардан иборат бўлиб, уларнинг ўртача ёши $65,4 \pm 4,3$, 2-гуруҳ 43 нафар аёллардан иборат бўлиб, уларнинг ўртача ёши $63,7 \pm 5,1$ ёшни ташкил қилди.

Тадқиқотга жисмоний фаолликка ҳеч қандай қарши кўрсатмалар бўлмаган беморлар жалб қилинди. Барча беморларга клиник-лаборатор таҳлиллар билан биргаликда Электркардиография, Эхокардиография, Холтер мониторинг текшируви, велоэргометрия ўтказилди. Беморларда гиподинамияни ифоланиш даражасини аниқлаш мақсадида, 2013 йилда Д.М. Аронов, В.Б. Красницкий, М.Г. Бубнова томонидан киритилган ОДА23+ сўровномасидан ҳамда, 2006 йил Америка спорт тиббиёти ассоциацияси томонидан қабул қилинган “6 дақиқалик юриш” синамаси ҳамда велоэргометрия орқали аниқланди [1].

ОДА23+ сўровномасига кўра жисмоний фаолликнинг 5 даражаси мавжуд: жуда паст ≤ 38 , паст 39–61, ўрта 62–84, юқори 85–108 ва жуда юқори ≥ 109 .

Велоэргометрияда жисмоний фаоллик бемор бажарган юклама ҳажмига асосан ҳисобланади ва жисмоний юкламага толерантликни баҳолаш орқали аниқланди.

Барча беморлар клиник стандартлар асосида қабул қилинган даволаш муолажаларини ва ҳаёт тарзини тўғирлаш борасида тавсиялар олишди.

Тадқиқот натижалари ва мунозара

Тадқиқотга жалб қилинган беморлардан йиғилган анамнестик маълумотлар, объектив кўрик, физикал ва лаборатор текширув натижалари 1-жадвалда келтирилган. 84,3% 1-гуруҳ беморлари ва 81,4% 2-гуруҳ беморлари ЮИК билан биргаликда Гипертония касаллигидан азият чекадилар. Биринчи гуруҳдаги 74,5% эркаклар сигарет чекади. Кетле индекси кўра аниқланган тана вазни индекси ва абдоминал семизлик кўрсаткичлари бўйича биринчи гуруҳ, яъни эркаклар устунлик қилдилар.

1-жадвал

Беморларда хавф омилларининг учраши

Хавф омили	1 гуруҳ (n=51)	2 гуруҳ (n=43)
Чекиш (%)	74,5	-
Семизлик (кг/м ²)	$30,4 \pm 4,15$	$29,7 \pm 3,42$
Абдоминал семизлик (см)	$124,6 \pm 10,31$	$111,3 \pm 9,44$
САБ (мм с.у.)	$144,71 \pm 17,31$	$138,85 \pm 15,54$
ДАБ (мм с.у.)	$80,68 \pm 9,26$	$70,45 \pm 7,65$
ОХС (ммоль/л)	$5,4 \pm 0,3$	$5,34 \pm 0,42$

Беморлардаги кундалик жисмоний юклама ҳажмини аниқлаш мақсадида беморларга кундалик тутиш тавсия қилинди ва таҳлиллар шуни кўрсатдики, иккала гуруҳ беморларининг асосий қисми куннинг асосий қисмини нофаол шаклда ўтказар экан. Беморларимиз 10-11 соат вақтини ухлашга, 4-5 соат вақтини телевизор кўришга, 2-3 соат вақтини эса жисмоний фаолликка сарфлашини ёзган, аммо беморларда чуқурроқ сўраб суриштирганда, беморлар ўтирган ҳолатда бажариладиган ишларни қилиш вақтини ҳам жисмоний фаол вақт деб кўрсатгани аниқланди. 2-жадвалда кўрсатилганидек, эркак беморларда ухлаш ва телевизор кўришга ажратилган вақтлар аёлларга нисбатан кўп. Аёллар эса эркакларга нисбатан жисмонан фаолликлари нисбатан юқорироқ.

2-жадвал

Беморларнинг ҳар кунлик жисмоний фаолликлари таҳлили (соатда)

Кўрсаткич, соатда	1 гуруҳ (n=51)	2 гуруҳ (n=43)
Уйқу (кундузги ва кечки)	$11,3 \pm 1,7$	$10,5 \pm 1,8$
Телевизор кўриш	$5,2 \pm 0,8$	$4,7 \pm 0,8$
Жисмоний фаоллик (юриш, енгил машқлар)	$2,3 \pm 0,5$	$3,1 \pm 0,5$

Юқоридагилардан ортган вақтларини беморлар овқатланиш, яқинлари билан суҳбатлашиш, намоз ўқиш, набираларига дарс қилишга кўмаклашишга сарфлар эканлар.

Жисмонан фаолликни ОДА23+ сўровномаси орқали аниқлангандан олинган натижалар 3-жадвалда келтирилган. Сўровномага кўра иккала гуруҳ беморларининг ҳам жисмоний фаоллик даражаси паст ва ўрта даражага тўғри келди.

3-жадвал

Тадқиқотдаги беморларнинг ОДА23+ сўровномаси асосида ҳаракат фаоллиги натижалари

Ҳаракат фаоллиги даражаси	1 гуруҳ (n=51)	2 гуруҳ (n=43)
Жуда юқори	-	-
Юқори	9 (17,6%)	5 (11,6%)
Ўрта	19 (37,2%)	16 (37,2%)
Паст	15 (29,4%)	13 (30,2%)
Жуда паст	8 (15,8%)	9 (21%)

Биринчи гуруҳ беморлари орасида ОДА23+ сўровномасига кўра, ҳаракат фаоллиги ўрта даражада деб белгилаганлар устунлик қилган бўлса, аёлларда ўрта ва паст даражадаги ҳаракат фаоллиги бир хил даража учради. Биринчи гуруҳдан 15,8% иккинчи гуруҳдан 21% бемор ўз жисмоний фаоллигини жуда паст даражада эканлигини белгилаган.

Беморларнинг ҳақиқий жисмоний ҳолатини аниқлаш мақсадида ўтказилган “6 дақиқали юриш” синамаси натижалари 4-жадвалда келтирилган.

4-жадвал

Ҳаракат фаоллиги (масофа)	1 гуруҳ (n=51)	2 гуруҳ (n=43)
I даража (<300 м)	10 (19,6%)	13 (30,2%)
II даража (300-374 м)	24 (47%)	23 (53,4%)
III даража (375-450 м)	12 (23,5%)	5 (11,6%)
IV даража (>450 м)	4 (7,9%)	2 (4,8%)

4-жадвалда келтирилганидек, биринчи гуруҳ беморларининг тахминан ярими (47%) 6 дақиқа давомида 300-374 метр масофани босиб ўтган, яъни жисмоний фаолликнинг паст даражасига тўғри келган. Аёлларнинг эса 83,6% жисмоний фаолликнинг паст ва жуда паст даражасини кўрсатганлар.

Ҳаракат фаоллик кўрсаткичларини жисмоний юкламага толерантлик орқали аниқлаш мақсадида ўтказилган велоэргометрия текшируви натижалари ҳам “6 дақиқалик юриш” синамаси натижаларига қисман яқин келди, 5-жадвалда велоэргометрия текшируви натижалари келтирилган.

5-жадвал

Тадқиқотга олинган беморларда велоэргометрия текшируви асосида олинган жисмоний юкламага толерантлик натижалари

ВЭМ (кгм/мин)	Ҳаракат фаоллиги	1 гуруҳ (n=51)	2 гуруҳ (n=43)
750 кгм/дақ	Жуда юқори	-	-
600 кгм/дақ	Юқори	2 (4%)	-
450 кгм/дақ	Ўрта	18 (35,3%)	9 (21%)
300 кгм/дақ	Паст	22 (43,1%)	20 (46,5%)
150 кгм/дақ	Жуда паст	9 (17,6%)	14 (32,5%)

Велоэргометрия кўрсаткичларига кўра, биринчи гуруҳнинг 60,7% беморида, иккинчи гуруҳнинг 79% беморида жисмоний фаоллик паст ва жуда паст даражада. Велоэргометриянинг натижалари “6 дақиқалик юриш” синамаси натижалари билан мос келади.

Хулоса. Юқорилардагилардан келиб чиққан ҳолда, юрак ишемик касаллиги билан оғриган беморларда кам ҳаракатлилиқ ҳамон долзарблигича қолмоқда. Ўтказилган сўровномага кўра беморлар ўз жисмоний фаолликларига ҳақиқий ҳолатларига қараганда, юқори баҳо берадилар. Шу сабабли беморлар жисмоний фаоллигининг асл ҳолатини текшириш мақсадида жисмоний юкламали синамаларда фойдаланиш ўринлидир. Жисмоний юкламалали синамалар ЮИК. Стабил зўриқиш стенокардияли эркакларнинг 60,7%, аёлларнинг 79%и жисмоний фаоллиги паст ва жуда паст даражада эканлигини кўрсатди. Замонавий кардиология жисмоний фаолликни оширувчи пухта ишлаб чиқилган дастурларни талаб қилади.

Адабиёт

- American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006: 288.
- Blair SN. Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. Br J Sports Med 2009; 43: 1-2.
- Haskell W.L., Lee I.M., Pate R.R. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc 2007;39:1423-34.
- Lopez A.D., Mathers C.D., Ezzati M. et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006;367(9524):1747-57.

10. Promoting Physical Activity. A guide for community action. U.S. Department of Health and Human Services. Centres for Disease Control and Prevention. National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Nutrition and Physical Activity, 1999.

11. Rous J., Blackberg G., Geeloom F. et al. Протокол и практическое руководство. Общациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme (CINDI). ЕВВ ВОЗ, Копенгаген, 1996.

12. Бубнова М.Г., Аронов Д.М. Методические рекомендации. Обеспечение физической активности граждан, имеющих ограничения в состоянии здоровья. Под редакцией С.А.Бойцова. // КардиоСоматика.-2016.- 7 (1).- с. 5-50.

13. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. ВОЗ, 2014 http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_russianweb

Аннотация

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) келиб чиқишида кам ҳаракатлилиқ охириги ўн йилликда ўсиб бормоқда, жисмоний фаолликнинг этишмаслиги, бир қатор сурункали ноинфекцион касалликлар исботланган хавф омиллари ва уларнинг асоратларини ортиб боришига олиб келади. Тадқиқотда қатнашган беморларда учраган хавф омиллари орасида фақат чекиш ишончли даражада фарқланди. ОДА23+ сўровномасига кўра жисмоний фаолликнинг даражаси иккала гуруҳда ҳам ўрта паст фаолликка мос келди, жисмоний юкламали синамалар орқали олинган натижалар эса беморларнинг ҳақиқий жисмоний ҳолати сўровнома кўрсатган натижалардан пастроқ эканлигини кўрсатди. ЮИК билан оғриган эркак беморларнинг 60,7%, аёлларнинг 79%и жисмоний фаоллиги паст ва жуда паст даражада эканлигини кўрсатди. ЮИК ва гипертония касаллиги хавф омилларини ҳисобга олиб, ноинвазив текширувлар натижаларига мос холда, яшаш жойидан, ҳаёт тарзидан келиб чиққан холда, соғлиқни сақлашнинг бирламчи тизими имкониятлари ва муайян шароитини инобатга олган ҳолда танланган жисмоний фаоллик тўлақонли баҳога эга бўлади ва асосий касаллик кечиси билан биргаликда бемор ҳаёт сифатига ижобий таъсир кўрсатади.

Калит сўзлари: юрак ишемик касаллиги, гиподинамия, ОДА23+ сўровномаси, жисмоний фаоллик.

УДК 616.33-002.44:616.33.342

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ COVID-19 В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ХОРЕЗМСКОГО РЕГИОНА

Ражапова Ш.М., Абдуллаев Р.Б.

THERAPEUTIC NUTRITION OF PATIENTS WITH PEPTIC ULCER DISEASE AGAINST THE BACKGROUND OF COVID-19 IN ENVIRONMENTALLY UNFAVORABLE CONDITIONS OF THE KHOREZM REGION

Razhapova Sh.M., Abdullaev R.B.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Substantiation of the new version of the antiulcer diet No. 1 is an appropriate measure in the complex of diet therapy of gastric ulcer and duodenal ulcer against the background of COVID-19 in conditions of environmental disadvantage. On the basis of national dishes widely consumed by the population of the Khorezm zone, a new version of the anti-ulcer diet has been developed and recommended for practice - diet No. 1 Kz (Khorezm). This diet therapy is designed to strengthen the immune system, replenish the deficiency of biologically active and nutrients and vitamins, as well as increase the body's resistance to infections.

Key words: diet therapy, ulcer disease, COVID -19, ecology, diet №1Kz, Southern Aral Sea.

Цель исследования. Разработка обновленного варианта противоязвенной диеты №1 у больных с COVID-19 с включением в рацион лечебного питания узбекских национальных, в том числе Хорезмских блюд. С помощью данной диетотерапии достиг повышение уровня гемоглобина, укрепление иммунитета, восполнение дефицита биологически активных и питательных веществ и витаминов, а также повышение сопротивляемости организма к инфекциям.

Методы исследований. Задачи работы выполнены с использованием общепринятых расчетных методов с помощью действующих в республике справочных таблиц и рецептов блюд.

Исследования проводились в два этапа; выбор диетических блюд и разработка обновленного варианта диеты.

Выбор блюд осуществлялся путем обстоятельного изучения нутриентного состава, энергетической ценности и способа кулинарной обработки, широко употребляемых коренным населением национальных блюд. При этом обращалось внимание на те качества и свойства блюд, которые удовлетворяют общепринятым условиям и требованиям, предъявляемым к противоязвенным диетам (механическое, химическое и термическое щажение слизистой желудочно-кишечного тракта).

Ниже приводится перечень выбранных основных узбекских национальных и хорезмских блюд, которые рекомендуются включить в однодневное (семидневное) меню диеты №1.

Узбекские национальные блюда: шавля - рисовая каша с мясом, морковью и луком; ширгурунч - рисовая молочная каша; сутли шурпа - молочный суп; шир-хорда - молочный суп с рисом; мастава - суп рисовый с мясом (или без мяса); яуган хорда - разновидность хорды-маставы, приготовленная без сала и мяса; кийма шурпа - суп

с фрикадельками; товук шурпа - куриный бульон (из нежирных сортов кур, лучше цыплят), чучвара - пельмени; куймок - омлет; ширчай - чай с молоком и сливочным маслом

Хорезмские блюда: балик шурва - рыбный суп; мастава - суп рисовый с мясом (или без мяса); шувит оши - суп с укропом; кок урикчи ун оши - суп с домашней лапшой с сушеным урюком; сут бурунчи - молочная рисовая каша; говача барак - пельмени фигурные; кук барак - пельмени с зеленью; тухум барак - пельмени с яйцом; шавля — каша рисовая с морковью и луком (айрон -кислое молоко, разбавленное водой).

На основе перечисленных блюд и некоторых пищевых продуктов, рекомендованных при язвенной болезни сочетанной с коронавирусной инфекцией, разработан вариант примерного однодневного меню диеты №1 Хз («Хз» - хорезмский). Ниже приводится описание этой диеты.

Общая характеристика. Назначается через 12-15 дней (после приема диеты №1а и 1б). Целевое назначения диеты механическое и термическое щажение слизистой оболочки желудка. Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, умеренным ограничением пищевой поваренной соли-до 8-10 г и сахара -до 30 г, ограничены блюда, содержание клеточные оболочки.

Диета назначается больным местной национальности, а также европейцам, адаптированным к национальной кухне.

Кулинарная обработка. Блюда готовятся в отварном, протертом, рубленом виде и на пару, супы - на слабом бульоне.

Энергетическая ценность - в пределах 3000 ккал. Нутриентный состав: белков 90-100 г, жиров 90-100 г (из них 1/3 растительных масел), углеводов 350-400 г, свободной жидкости 1,5 л. Масса суточного рациона - 3 кг.

Режим питания - дробный, 4 - 5 раз в сутки. В жаркое время года большая калорийность рациона переносится на прохладное время суток (ранее утро, вечер).

Рекомендуемые блюда и продукты. Холодные запуски (без острых заправок): салаты из спелых овощей, овощей с мясом; картофель, морковь, свекла, кабачки, тыква в виде пюре, паровых пудингов. Первые блюда: мастава, хорда, кайнатма шурва (вареный суп), балик шурва (суп рыбный), ширкавак (суп молочной с тыквой), суп вермишелевый, ширхорда (суп рисовый с молоком), шувит оши (суп с укропом), ун оши (суп с лапшой и сушеным урюком), молочный суп с лапшой; супы протертые овощные (из моркови, картофеля, свеклы). Вторые блюда: нежирные сорта мяса и рыбы без сухожилий, фасций, в основном рубленые парового приготовления или сваренные в воде; чучвара, шавля, мясо отварное, кук барак (пельмени с зеленью), тухум барак (пельмени с яйцом), лагман, кавак манты (манты с тыквой), молочные протертые каши (кроме лшеной), молочные продукты (творог, сливки, сметана), яйцо всмятку, паровые омлеты; фрукты, соки свежих фруктов, фруктовые соусы; чай с молоком, (айрон - кислое молоко, разбавленное водой) сыр неострый, сливочное масло; растительные масла в натуральном виде.

Запрещается: продукты, обладающие выраженным сокогонным действием и содержащие грубую растительную клетчатку крепкие мясные бульоны, рыбные и овощные навары, соленья маринады и острые приправы, жареные мясо и рыба, консервированные продукты и копчености, некоторые виды зелени и овощей (щавель, редис, редька, шпинат); сдобное тесто, мороженое, газированные напитки; черный хлеб, кофе.

Результаты исследований. В настоящее время данный вариант рекомендованной нами диеты №1 Хз при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне COVID-19 в экологически неблагоприятных условиях Южного Приаралья, точнее в Хорезмской области проходит апробацию в установленном порядке. Предварительные данные - положительные.

Выводы

1. Обоснование нового варианта противоязвенной диеты №1 является целесообразным мероприятием в комплексе диетотерапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне COVID-19 в условиях экологического неблагополучия.

2. Уточнен перечень узбекских национальных и хорезмских блюд рекомендуемых для включения в рационы питания противоязвенных диет при коронавирусной инфекции.

3. На основе национальных блюд широко употребляемых населением Хорезмской зоны, разработан и рекомендован в практику новый вариант противоязвенной диеты - диета №1 Хз (Хорезмский).

Литература

1. Зокирходжаев Ш.Я. Коронавирус инфекцияси профилактикаси ва даволашда организмнинг иммунобиологик хусусиятини оширувчи овкатланиш мажмуаси // Вестник Ташкентской медицинской академии. Ташкент. 2020. №4. С. 183-187.

2. Красношлык Я.Е. Диета и диета при заболеваниях // Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ. - 2016. -№4 (7). -С 1-7.

3. Мукашева Б.Г. Влияние климата на состояние здоровья Приаралья // Журнал Гигиена труда и медицинская экология. -2015. -С. 169-179.

4. Соболева Л В., Заликина Л.С., Шумов Н.Е. и др. Рекомендации по лечебному питанию при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. //Медицинская помощь. -1996. -№7. -С. 13-17.

5. Уголев А.М. Теория адекватного питания // Клиническая медицина. - 2016. - №4. - С. 15-24.

ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Сабиров М.А., Исламова М.С., Даминова К.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ключевые слова: ожирение; адипоцитокнины; липиды; инсулин

Цель: оценить состояние гормонов жировой ткани у пациентов с ожирением.

Материалы и методы исследования: включено 50 человек. Все пациенты разделены на две группы в зависимости от индекса массы тела: первую группу составили 25 человек (мужчин– 11, женщин– 14), средний возраст составил 34 года, ИМТ у данной группы в среднем составил 33,15 кг/м². Во вторую группу вошли 25 человек (мужчин– 12, женщин– 13), средний возраст которых составил 31 год, ИМТ – 22,35 кг/м². В исследовании не включались пациенты с тяжелой сопутствующей патологией. Забор венозной крови проводился утром натощак. Определяли уровни глюкозы и показателей липидного обмена методом спектрофотометрии (анализатор Kobas 8000, Roche, Германия), холестерин ЛПНП и холестерин ЛПОНП– расчетным методом по формуле Фридвальда ($XЛ-ЛПНП=ХС- X-ЛПВП- X-ЛПОНП$; $ХС-ЛПОНП=Триглицериды(ммоль/л) /2,22$), инсулина методом иммуноэлектрolumинисценции (анализатор Kobas 8000, Roche, Германия), показатели адипоцитокнинов– иммуноферментным методом (анализатор– планшетный фотометр Multiskan EX, ThermoElectron Corporation, Фин-ляндия). Количественные значения признаков представлены в виде Me(25;75), (Me– медиана, 25 и 75 – 1-ый и 3-ий квартили). Вариационные ряды сравнивались по непараметрическому критерию Манна – Уитни. Выбранный критический уровень значимости составил $p < 0,05$.

Результаты: анализ показателей адипоцитокнинов у пациентов с ожирением установил: уровень лептина сыворотки крови – 71,80 (47,30 – 88,50) нг/мл и уровень адипонектина сыворотки крови– 18,60 (14,20 – 26,22) нг/мл. В то же время в группе сравнения практически здоровых лиц уровень лептина сыворотки крови составил 18,34 (12,40 – 31,20) нг/мл, уровень адипонектина сыворотки крови– 21,82 (18,81 – 35,70) нг/мл. Проведенный сравнительный анализ показал, что у пациентов с ожирением наблюдается повышение концентрации лептина по сравнению с лицами без ожирения ($p < 0,001$). Повышение уровня лептина свидетельствует о формировании лептинорезистентности, которая в свою очередь может приводить к расстройству регуляции и оказывать влияние на центральные и периферические звенья адаптации. Особенно отмечается снижение содержания адипонектина у пациентов с ожирением относительно группы сравнения ($p = 0,014$). Снижение адипонектина может иметь негативные последствия за счет ослабления противовоспалительного и антиатерогенного действия. В группе сравнения уровень инсулина– 6,70 (5,49 – 8,44) мкЕд/мл, в группе ожирения был существенно выше– 16,33 (14,07 – 18,37) мкЕд/мл ($p < 0,001$).

Синхронное повышение лептина и инсулина при ожирении способствует прогрессированию заболевания и вовлечению в патологический процесс органов мишеней. Липидный спектр крови у пациентов с ожирением характеризовался повышением ЛПОНП и ТГ(0,64 (0,47 – 0,72) ммоль/л и 1,61 ммоль/л(1,06 – 1,79) ммоль/л соответственно) по сравнению с группой сравнения 0,36 (0,28 – 0,57) ммоль/л и 0,70 (0,47 – 1,30) ммоль/л соответственно ($p = 0,03$). При сравнительном анализе показатели глюкозы, холестерина, ЛПВП, ЛПНП в группах не отличались ($p > 0,5$).

Выводы: для пациентов с ожирением характерно разнонаправленные изменения уровней лептина и адипонектина, которые, в свою очередь могут влиять на процессы атерогенеза и способствовать формированию нарушению липидного обмена у пациентов молодого возраста.

ЧАСТОТА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Собиров А.Б., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.

Ташкентская медицинская академия

Для изучения вариантов клинического течения цереброваскулярной патологии (ЦВП) осуществлено наблюдение за 25 больными с системной красной волчанкой (СКВ). Период наблюдения составил в среднем $4,1 \pm 0,12$ месяцев. При наблюдении учитывались такие клинические проявления ЦВП, как возникновение нарушений мозгового кровообращения, ишемических инсультов и дисциркуляторной энцефалопатии. Анализировали частоту, тяжесть и продолжительность декомпенсаций сосудистой мозговой недостаточности. Выделены острые и подострые варианты течения ЦВП, исходя из которых вытекают типы ЦВП: благоприятный и неблагоприятный. Показана их характеристика и развитие в зависимости от стандартных и специфических факторов риска у больных СКВ.

Ключевые слова: Системная красная волчанка; цереброваскулярные нарушения; транзиторные ишемические атаки; ишемические инсульты; антифосфолипидный синдром.

Актуальность. Проблема расстройств церебрального кровообращения, основу которых составляют сосудистые поражения нервной системы, продолжает оставаться наиболее важной и приоритетной в современной клинической медицине [7].

В настоящее время большое внимание уделяется изучению патогенетических механизмов ЦВП. Установлены основные управляемые и неуправляемые факторы риска (ФР) цереброваскулярных заболеваний, однако менее изученными остаются другие причины развития сосудистой патологии головного мозга (различные клинические формы васкулопатий и васкулитов) [1]. Одной из самых ярких нозологических форм этих заболеваний является СКВ, поражающая преимущественно молодых женщин, развивающаяся на

фоне генетического несовершенства иммунорегуляторных механизмов, характеризующаяся ранней инвалидизацией и высокой летальностью [5].

Наиболее часто неврологические нарушения при СКВ обусловлены сосудистой патологией, которая включает в себя васкулопатию (приблизительно 65%), иммунокомплексный васкулит (10-15%), а также тромбозы мозговых сосудов (до 15%). Особенности этиопатогенеза и клинической картины СКВ предполагают наличие дополнительных («специфических») факторов риска ЦВП на фоне волчаночного процесса (течение, активность, длительность заболевания, вторичный антифосфолипидный синдром (АФС) и др.) [2, 4].

ЦВП при СКВ представлена острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), ишемическими, реже геморрагическими инсультами, хроническими нарушениями мозгового кровообращения (ХНМК), начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга, дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ), количественное соотношение которых зависит от множества факторов и противоречиво по данным разных авторов [3, 6]. Особенностью ЦВП при СКВ является наличие стандартных (артериальная гипертензия — АГ, дислипидемия, избыточный вес, курение, дисметаболический синдром и другие) и специфических (наличие иммунных комплексов, длительность, активность заболевания, наличие АФС, кумулятивная доза глюкокортикоидов и другие) факторов риска, что усложняет систематизацию и разработку тактики ведения таких пациентов [8]. Таким образом, изучение ЦВП у больных СКВ способствует расширению представлений о поражении ЦНС при СКВ и подходов к лечению и своевременной диагностике этой патологии.

Цель исследования. Изучение факторов риска ЦВП у больных СКВ.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе многопрофильной клиники ТМА и артрологического центра СКАЛ за период с сентября 2020 года по январь 2021 года. Объектами исследования были 25 пациентов СКВ, из них женщин - 19(76%), мужчин - 6(24%). Большинство больных было в возрасте 25-40 лет (76%). Из обследованных больных у 15 выявлена ЦВП (60%). Объективная оценка состояния больных предусматривала комплексное клиничко-неврологическое исследование, обследование соматического статуса, выполнение лабораторных анализов. Диагноз СКВ устанавливался в соответствии с критериями Американской ревматологической ассоциации 1997 года.

В исследовании выявляли стандартные и специфические (связанные с СКВ) факторы риска ЦВП у больных СКВ. Основные факторы риска ЦВП оценивались по унифицированным критериям.

Результаты исследования и обсуждение. У больных СКВ с ЦВП острое течение заболевания выявлено в 4%, подострое - в 96% случаев. По активности СКВ структура оказалась следующей: больные со II-й степенью активности составили 68%, с III - 32%. Частота ОНМК у пациентов с СКВ составила 46,7% случаев, из них у 42,9% больных диагностированы ишемические инсульты (ИИ), в 57,1% случаев наблюдались транзиторные ишемические атаки (ТИА). По локализации ТИА в 75% случаев отмечались в вертебрально-базиллярном и в 25% - в каротидном бассейне. ИИ чаще встречались в каротидном бассейне (66,7%), реже в вертебро-базиллярном (33,3%). У большинства больных (53,3%) выявлены признаки дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ): I стадия - у 62,5% больных, II стадия - у 25%, III - у 12,5% пациентов.

При анализе основных (стандартных) факторов риска развития ЦВП у больных СКВ наиболее частым оказалась гипокинезия, которая выявилась у 74,7% больных, это связано с широко распространенным среди больных СКВ ощущением слабости и поражением суставов. Избыточная масса стала второй по частоте встречаемости и составила - 73,3% (больных с I степенью ожирения - 72,7%, со II - 18,2% и с III - 9,1%). На третьем месте определена дислипидемия у 63,1% больных. АГ разной степени выявилась у 33,3% пациентов СКВ. Такой традиционный фактор риска, как курение, отмечен у 26,7% больных.

Антифосфолипидный синдром (АФС) выявлен у 26,7% больных. Поражение сердца диагностировано у 20% больных, из них мерцательная аритмия у 33,3%. Следующий традиционный фактор риска, как сахарный диабет, встречался реже - у 4% больных.

Важным представляется отметить, что изучая факторы риска, влияющие на развитие ЦВП у пациентов с СКВ, имеются также и нестандартные факторы риска, которые необходимо учитывать при прогнозировании развития ЦВП и тактики ведения таких больных. Наличие вторичного АФС также является часто встречающимся фактором риска развития ОНМК у больных СКВ и в настоящем исследовании ОНМК на фоне АФС выявлено в 57,1% случаев.

Выводы. Таким образом, в структуре ЦВП преобладают острые церебральные ишемии и дисциркуляторная энцефалопатия. Важными факторами риска в развитии ЦВП оказались не только традиционные, но и специфические факторы, характерные только для больных СКВ, что необходимо учитывать при прогнозировании развития ЦВП и тактики ведения больных. Неблагоприятному течению ЦВП у больных СКВ способствовали артериальная гипертензия, заболевания сердца, гипокинезия, избыточная масса тела.

Исходя из вышеизложенного, все больные СКВ, должны быть обязательно проконсультированы неврологом и нуждаются в постоянном наблюдении для контроля за динамикой основных неврологических синдромов.

Литература

1. Гудкова В.В., Стаховская Л.В. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения // Справочник поликлинического врача, № 5, 2004. С. 47-54
2. Насонова Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология. М.: ГЭОТАРД-Медиа, 2006. С. 79-97.

3. Раскина Т.А., Семенов В.А. и др. Неврологические проявления системных ревматических заболеваний. возможности фармакологической коррекции // Современная ревматология. 2011. № 4. С. 61-65.
4. Серикова С.Ю., Козловская Н.Л., Шилов Е.М. Сердечнососудистые катастрофы у больных системной красной волчанкой // Нефрология и диализ. 2007. Т. 9. № 3. С. 347-347.
5. Садоха К.А., Головки Т.Г., Паторская И.А. Системная красная волчанка в неврологической практике // Неврология и нейрохирургия в Беларуси. 2009. № 3. С. 97-101.
6. Черных Т.М., Карпенко Ю.Ю. Факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии у пациентов системной красной волчанкой // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2008. Т. 7. № 3. С. 592-595.
7. Штульман Д.Р., Яхно Н.Н. Болезни нервной системы: Руководство для врачей— М.: Медицина 2007. — 288 с.
8. Sinicato NA, da Silva Cardoso PA. et al. Risk factors in cardiovascular disease in systemic lupus erythematosus // CurrCardiol Rev. 2013 Feb 1;9(1):15-9.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА

Собиров А.Б.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Напряжённая эпидемическая ситуация по туберкулёзу в СНГ обусловлена несколькими факторами, а именно поздней диагностикой специфического поражения, циркулирующей в популяции штаммов возбудителя с множественной резистентностью к противотуберкулезным препаратам, высокой заболеваемостью лекарственно-резистентными формами, недооценкой к туберкулёзу и, как следствие, низкой эффективностью терапии. В фтизиатрии, в настоящее время, сложилась парадоксальная ситуация, когда для выявления патологического процесса у пациента все чаще используют самые современные лучевые методы, которые подкрепляют активным внедрением высокотехнологичных, малоинвазивных технологий получения диагностического материала, и при этом верификации диагноза туберкулёзного поражения директивно основывается на применении методов этиологической диагностики конца 19- начала 20 века. При этом практически не учитываются индивидуальные «генетические» характеристики макроорганизма больного, что в итоге вносит негативный вклад в эффективность химиотерапии туберкулёза и нивелирует возможность раннего прогнозирования исхода заболевания.

Использование новых молекулярно-генетических диагностических методов (МГМ) позволяет сократить время диагностики ТБ и лекарственной устойчивости возбудителя заболевания и должно привести к раннему началу адекватного лечения.

Введение

Туберкулез (ТБ) является серьезной проблемой здравоохранения во всем мире (Huyen M.N.T., Tiemersma E.W., 2015; World Health Organization Global tuberculosis report, 2016). ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) становится серьезной угрозой, так как основной причиной МЛУ ТБ является неправильное ведение ТБ (World Health Organization, 2015; Sharma B.K., Bhandari, 2014). Согласно отчету Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2016 году у 600 000 человек был установлен диагноз МЛУ ТБ, из которых умерло 170 00 человек. В настоящее время во всем мире успех лечения МЛУ ТБ достигает 54% пациентов, а ШЛУ ТБ – у 30% пациентов (Bai Y., Wang Y., 2016; World Health Organization, 2016). Количество выявляемых случаев туберкулеза зависит от распространенности заболевания среди взрослого населения и используемых средств диагностики. Существенным фактором также является интенсивность работы по выявлению контактов. Успешная диагностика ТБ зависит от тщательного и внимательного рассмотрения всех данных, включая анамнез, результаты клинического обследования и соответствующих исследований, в их числе результаты туберкулиновых кожных проб (ТКП), рентгенографии грудной клетки (РГК), микроскопии мокроты, так как все больные с симптомами заболевания, имевшие контакты с больными ТБ с положительным результатом микроскопии мокроты, должны обследоваться на ТБ. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) в наибольшей степени применяется для ускоренной диагностики ТБ у пациентов. Так, быстрое обнаружение микобактерий в образцах мокроты, промывных водах бронхов, плевральном экссудате, моче, спинномозговой жидкости, пунктатах остеолитизиса, аспиратах половых путей и др. служит основанием для постановки диагноза. Молекулярно-генетические методы (МГМ) занимают особое место в диагностике легочных и внелегочных форм ТБ, при которых традиционные бактериологические методы бронхов, плевральном экссудате, моче, спинномозговая жидкости, пунктатах остеолитизиса, аспиратах половых путей и др. служит основанием для постановки диагноза. Молекулярно-генетические методы (МГМ) занимают особое место в диагностике легочных и внелегочных форм ТБ, при которых традиционные бактериологические методы исследования бывают малоинформативными. В настоящее время в мире широко применяются автоматизированные системы для молекулярной диагностики. И, несмотря на то, что автоматизированные системы требуют значительно большего объема начальных капиталовложений, существенным их достоинством является то, что они одновременно могут обрабатывать до 48 образцов материала за один прогон, затрачивая на это от 2 до 3.5 часов. Поэтому они являются вариантом выбора для лабораторий с высокой диагностической нагрузкой (World Health Organization / НТМ/ТБ, 2015). В целом, при оценке значимости ПЦР для выявления микобактерий туберкулеза (МБТ) демонстрирует наибольшие значения чувствительности – 74,4%, тогда как посев на жидкую среду в системе ВАСТЕС MGIT 96 – 55,8%, посев

на плотную среду – 48,9% и микроскопия – только 33,8%. Среднее время детекции для посева на жидкой среде BACTEC MGIT 960 – 13 дней, на плотной среде Левенштейна-Йенсена – 24 дня, тогда как МГМ – 1 день (World Health Organization, 2015). Картридж GeneXpert MTB/Rif (производства Cepheid, США) упрощает молекулярное тестирование, обеспечивая полную интеграцию и автоматизацию трех процессов (выделение ДНК, амплификацию и детекцию результатов), необходимых для молекулярного тестирования на основе ПЦР в режиме реального времени. Благодаря высокой чувствительности Xpert MTB/Rif – 88%, при сравнении с культуральным исследованием, Xpert MTB/Rif предлагается в качестве эталонного стандарта при тестировании у больных с подозрением на ТБ. По данным зарубежных авторов, чувствительность Xpert MTB/Rif при выявлении устойчивости к рифампицину в образцах, полученных у пациентов, составляет 86% (Helb D. et al. 2010; World Health Organization, 2015).

Материалы и методы

В ходе исследования были проанализированы результаты 898 лабораторных анализов (ЛА), взятых у 224 людей, проходивших стационарную фазу лечения в отделениях Республиканского Специализированного Научно-практического Медицинского центра Фтизиатрии и Пульмонологии (РСНПМЦ ФиП) г. Ташкента, Узбекистан. ЛА были направлены в Национальную Референс Лабораторию РСНПМЦ ФиП за 2017г. Исследуемые ЛА были разделены на группы: по возрасту и полу. Так, на долю анализов мокроты, взятых у женщин, приходилось 56,9%, а на долю мужчин – 43,1%. По возрасту: средний возраст больных составлял 38 лет (± 1 год). Основным диагностическим материалом исследования служила мокрота. В данное исследование вошло 50 (22, 32%) пациентов с положительными результатами мокроты (подтвержденные микроскопическими и методом ПЦР). По половому составу: женщин -67%, мужчин -33%. Статистическая обработка результатов проведенного исследования была реализована с помощью программ Excel и Access, 2017.

Результаты

В ходе исследования мы проанализировали все результаты. Среди 898 анализов: мокрота-778 (86,6%), кал - 55 (6,1%), ликвор - 27 (3%), моча - 24 (2,6%), плевральная жидкость - 8 (0,89%), операционный материал - 4 (0,44%), гной - 3 (0,33%), асцитическая жидкость – 2 (0,22%), бронхоальвеолярный лаваж – 1 (0,11%) и другие- 6 (0,66%). Для исследования основным диагностическим материалом служило мокрота, взятая в среднем трехкратно у больных за весь период стационарного лечения. Микроскопический метод дал следующие результаты: МБТ (положительный результат) – 50 (7%), МБТ (отрицательно)- 660 (93%). Бактериологический метод, культура, полученная из мокроты: МБТ (+)- 50 (14,97%), МБТ (-) – 284 (85,03%). Результаты Xpert MTB/ Rif: отрицательный – 189 (96,9%), положительный- 6 (3,1%). Из 3,1% положительных анализов мокроты, полученных методом Xpert MTB/ Rif, протестированных нами, были получены следующие результаты: устойчивость (r) к рифампицину (Rif) – 2 (33,4%) и чувствительность (s) к рифампицину (Rif)- 4 (66,6%).

Заключение

Микроскопия мазка мокроты – наиболее часто применяемый диагностический тест для обнаружения ТБ у больных, не требует больших финансовых затрат, но имеет серьезный недостаток – низкую чувствительность: МБТ (положительный результат) 7%, МБТ (отрицательный результат) 93%. Диагностическая точность микроскопии мазка зависит от опыта персонала, выполняющего тест, и от того, насколько строго выполняется программа обеспечения качества. С помощью микроскопии мазка не может быть точно установлена видовая принадлежность выявленных кислотоустойчивых бактерий, и тем более не может быть определена лекарственная устойчивость/чувствительность. В этом и заключается преимущество теста Xpert MTB/Rif, который выявил у больных 33,4 % устойчивых, и 66,6% чувствительных МБТ. Проведенные исследования показали, что тест Xpert MTB/Rif обеспечивает более высокую чувствительность, чем микроскопический метод исследования мокроты. Однако при всех достоинствах тест-системы Xpert MTB/Rif микроскопическая диагностика не теряет своей актуальности, поскольку при наличии в исследуемом материале кислотоустойчивых микроорганизмов и отрицательных результатах теста Xpert MTB/Rif при дальнейших исследованиях могут обнаруживаться нетуберкулезные микобактерии (НТМБ), и этот факт несомненно стоит учитывать при постановке диагноза.

УДК: 616.342-002-085

ПРИЧИНЫ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ АЛЬЦГЕЙМЕРА СРЕДИ ЛЮДЕЙ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Таджитдинова Г.Г., Ережепбаев К. Т.

ЎРТА ЁШДАГИ ИНСОНЛАРДА АЛЬЦГЕЙМЕР КАСАЛЛИГИНИНГ КЎП УЧРАШИ САБАБЛАРИ

Таджитдинова Г.Г., Ережепбаев К.Т.

CAUSES OF THE HIGH RATE OF ALZHEIMER'S DISEASE AMONG THE MIDDLE AGE

Tadjitdinova G.G., Erezhepbaev K.T.

Ургенчский филиал ташкентской медицинской академии

Болезнь Альцгеймера – это разновидность деменции, сопровождается нейродегенеративным расстройством головного мозга. Чаще встречается у людей преклонного возраста, но были случаи диагностирования у людей до 40 лет. Заболевание развивается за счет разрушения нервных клеток. Симптомы развития вполне понятны и заметны для окружающих, но зачастую их списывают на возраст. Бездействие приводит к прогрессированию болезни, своевременное лечение – к замедлению развития. Точный метод лечения и случаев полного излечения не было. Прежде всего стоит понимать, что больному Альцгеймером необходим круглосуточный уход и присмотр. В настоящее время значительно быстрыми темпами растет число страдающих болезнью Альцгеймера. Фиксируются случаи заболевания даже у людей молодого возраста. Причиной этому могут являться стрессы, приводящие к нейродегенеративным расстройствам головного мозга. А также может носить наследственный характер.

Ключевые слова. Болезнь Альцгеймера, возраст, деменция, нейродегенеративные расстройства, наследственный характер, слабоумие, гибель.

Введение

Болезнь Альцгеймера - это хроническое нейродегенеративное заболевание, с медленным началом и значительным ухудшением с течением времени. В 70% случаев болезнь Альцгеймера приводит к деменции. Заболевание на данный момент изучено плохо. Предполагается, что в 70% случаев болезнь Альцгеймера объясняется генетическими причинами, среди других факторов риска - черепно-мозговые травмы, депрессия, эндокринные заболевания в анамнезе (гипотиреоз), эстрогенная недостаточность у женщин. Исследования последних лет показывают, что усиливают предрасположенность к болезни Альцгеймера гипертония, гиперлипидемия, гипергомоцистеинемия, сахарный диабет, метаболический синдром, инсулинорезистентность, заболевания сердца, а также наличие в истории болезни инсульта. В развитых странах болезнь Альцгеймера является одним из наиболее дорогостоящих заболеваний.

Причины болезни Альцгеймера – это факторы и условия, которые вызывают сенильную деменцию альцгеймеровского типа или БА. Это вид слабоумия, при котором человек постепенно теряет память и черты личности, деградируя до абсолютной беспомощности. По статистике каждые 70 секунд им заболевает один человек в мире. Знание о причинах патологии позволили бы снизить процент заболевших или вообще предотвратить деменцию.

Многочисленные исследования болезни Альцгеймера до сих пор не называют точных причин возникновения заболевания. Тем не менее, есть три основные гипотезы, каждая из которых убедительна и обоснована с медицинской стороны.

Холинергическая гипотеза объясняет возникновения заболевания из-за снижения синтеза нейромедиатора ацетилхолина – биологически активного вещества, ответственного за нервно-мышечную передачу.

Сегодня эта теория ставится под сомнение, использование препаратов, восстанавливающие баланс ацетилхолина, не дает высоких результатов. Тем не менее, на основе этой гипотезы была разработана эффективная терапия при развитии болезни.

Амилоидная гипотеза говорит о том, что Альцгеймер появляется из-за отложений бета-амилоидных пептидов (биомолекулярных конструкций белкового типа). У здорового человека пептиды защищают нервные клетки мозга, живут недолго, после выполнения своих функций разрушаются белками-протеазами, превращаются в безопасные шлаки и выводятся из организма.

Если этот механизм нарушен, пептиды работают в обратную сторону. Более того, они объединяются в группы, и протеазы уже не могут их разрушить. Сегодня эта теория активно развивается.

Тау-гипотеза говорит о том, что причиной развития Альцгеймера является метаболические нарушения конгломерата белка-тау, который накапливается в нервной клетке и вызывает ее гибель.

Наследственность – одна из возможных причин появления и дальнейшего развития болезни Альцгеймера. На данный момент выделено 3 гена, которые могут ее вызывать:

- мутация в 14-й хромосоме;
- наиболее редкой аномалией – в 1-й;
- изменение функции в 21-ой. Подобные случаи встречаются довольно часто и сопровождаются нарушением синтеза амилоидного белка (синдром Дауна).

Вывод. На сегодняшний день изучено много факторов, являющихся причиной Альцгеймерной болезни. В первую очередь, главной причиной развития заболевания, мы можем назвать нейродегенеративные расстройства головного мозга, а также наследственность. Так как Альцгеймер-многофакторное заболевание, в одном случае оно может быть вызвано по одной причине, в другом – по другой. Из главных гипотез болезни Альцгеймера можно выделить амилоидную, тау-гипотезу и холинергическую. Из этого следует что, во многих случаях причиной БА являются снижение уровня нейромедиатора-ацетилхолина, при дефиците которого не образуется импульса между нервными клетками. Также отложения бета-амилоидных пептидов и метаболические нарушения конгломерата белка-тау приводит к развитию болезни Альцгеймера.

Литература

1. «Нервные болезни» Н.Н. Одинак, И.В. Литвиненко, Санк-Петербург «СпецЛит» 2020, стр. 433-435
2. «Неврология» Дж. Брильман, С. Коэн, Москва «Медпресс-информ» 2015, стр. 410
3. «Нейрохирургия» И.М. Иргер, Москва «Медицина» 1982, стр. 329

РЕВМАТОИД АРТРИТНИ 14-3-3 Н МАРКЕРИДАН ФОЙДАЛАНГАН ҲОЛДА ЭРТА ТАШХИСЛАШ

Ташпулатова М.М., Набиева Д.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Кириш. Ревматоид артрит (РА) - артикуляр синдром билан кечувчи ревматологик касалликлардан бири бўлиб, у функционал жиҳатдан муҳим бўғимларнинг шикастланиши билан тавсифланади, бу эса айниқса ёш ва ўрта ёшдаги беморларнинг ногиронлигига олиб келади, бу ўз навбатида муаммонинг ижтимоий аҳамияти ва долзарблигини белгилайди [7]. РАни самарали даволаш уни эрта ташхислаш, сўнгра ўз вақтида базис даво олиб борган ҳолда касалликни тўғри назорат қилиб боришга боғлиқ бўлишига қарамасдан, юқори сезувчанлик ва спецификликка эга бўлган биомаркерларнинг етишмаслиги клиник амалиётда ревматологлар олдида турган жиддий муоммо бўлиб қолмоқда [1]. Ревматоид омил (РО) ва циклик цитруллин сақловчи пептидга қарши антитела (ЦЦПА) бўйича манфий натижага эга бўлган РА ташхисини ҳам эрта, ҳам ифодаланган босқичларда қўйиш учун ушбу диагностик тестларга қараганда сезгирлиги юқори бўлган янги маркерларни аниқлаш зарурати юзага келди [3]. 4-3-3η оқсил РАни аниқлаш учун янги биомаркер ҳисобланади [8]. Қон зардобидида 14-3-3η даражасининг юқорилиги бўғимлардаги кучли эрозия ва даволашнинг самараси паст эканлиги билан ҳам боғлиқ бўлади. Ҳозирги кунда 14-3-3ηнинг РАда тутган ўрни, унинг диагностик, прогностик ва терапевтик жавоблар учун аҳамияти жадаллик билан ўрганилмоқда [5,6].

Тадқиқот мақсади: эрта РАли беморлар қон зардобидидаги 14-3-3η оқсилнинг диагностик аҳамиятини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар: Тадқиқотга РА билан касалланган (EULAR/ACR меъзонларига жавоб берадиган, 2010 й.) 19 ёшдан 74 ёшгача (ўртача ёши $44,2 \pm 3,2$ ёш), касалликнинг давомийлиги 1 йилгача бўлган (6 ҳафтадан 52 ҳафтагача) бўлган, 2019-2020 йиллар давомида ТТА кўп тармоқли клиникасининг артрологик ИАДК бўлимида рўйхатда турувчи, кардиоревматология, ревматология бўлимларида стационар даволанаётган 68 нафар бемор жалб қилинди. Жинслар бўйича беморлар қуйидагича тақсимланди: 63 та аёл (93%) ва 5 та эркак (7%) (А:Э= 12:1). Касалликнинг ўртача давомийлиги $8,6 \pm 0,7$ ойни ташкил этди. РА фаоллигини аниқлаш учун қуйидаги кўрсаткичлардан фойдаланилди: визуал аналогли шкала (ВАШ) ёрдамида бўғимлардаги оғриқнинг оғирлик даражаси баҳоланди ва касалликнинг умумий фаоллиги EULAR томонидан тавсия этилган DAS28, Вестергрэн бўйича ЭЧТ (мм / с) ва қон зардобидида СРОни аниқлаш орқали амалга оширилди. Беморларнинг функционал имкониятларини баҳолаш учун функционал синфлар (ФС) аниқланди. Беморларнинг функционал ҳолати Стенфорд бўйича саломатликни баҳолаш сўровномаси (НАQ – Health Assessment Questionnaire, 1980) ва Ричи орқали амалга оширилди. Лаборатория текшируви умумий клиник ва биокимёвий қон таҳлилларини ўз ичига олди. Аутоантитела панелларининг диагностикасида Ваалер-Розе усули орқали РО миқдорий жиҳатдан, шунингдек ИФА усули ёрдамида ЦЦПА ва 14-3-3η оқсиллари аниқланди.

Натижалар. Барча текширилаётган беморларда эрталабки қарахликнинг ўртача қиймати $79,1 \pm 19,3$ дақиқани ташкил этди. РА билан оғриган беморларда артикуляр синдромнинг табиатини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, полиартрит, РА меъзони сифатида, беморларнинг 57,4 %ида, моно-олиго-артикуляр кечиши беморларнинг 42,6% ида аниқланган. Ушбу маълумотлар шуни кўрсатадики, РАли беморларда, касаллик давомийлигидан қатъи назар, кўпроқ қўл панжа бўғимларининг зарарланиши (72%) кузатилди. РА дебютида кўпинча патологик жараёнга асосан қўл панжа бўғимлари (72%), камроқ ҳолатларда - тизза (13,2%), оёқ бўғимлари (2,8%), елка (1,5%), тирсак (2,9%) ва болдир товон (7,6%) бўғимлари жараёнга жалб этилди. Фақатгина 9 та беморда (13,2%) деярли барча бўғимларнинг бир вақтнинг ўзида зарарланиши кузатилди. DAS28 бўйича беморларнинг 76,5 %ида касалликнинг II фаоллик даражаси (ўртача $4,8 \pm 0,1$) қайд этилди. РА дебютида фаоллик даражаси паст бўлган беморлар аниқланмади. Текширилаётган беморларда НАQ индексининг ўртача кўрсаткичи $1,05 \pm 0,03$ ни ташкил этди ва бу бўғимларнинг ўртача функционал етишмовчилик сифатида баҳоланди. Текширилган беморларда Ричи кўрсаткичи ўртача $21,1 \pm 0,4$ ни ташкил этди. РАли беморларда ВАШнинг ўртача кўрсаткичлари $70,6 \pm 2,3$ (кучли оғриқ)ни ташкил қилди. Текширувдан ўтган беморлар орасида II ФС беморларнинг 81% ида қайд этилди. Касалликнинг давомийлиги бир йилгача бўлган даврда беморларнинг 43% ида РОда серопозитив, 57% ида эса серонегатив бўлган. РА давомийлиги 3 ойдан кам бўлган беморлар гуруҳида РО 27% ҳолатларда аниқланди ва касаллик давомийлиги ошиши билан унинг кўрсаткичлари 62% га кўтарилди. Касалликнинг давомийлиги 3 ойгача бўлган беморларнинг 80 %ида ЦЦПА аниқланди, касалликнинг 12 ойлигида ўртача 90,6 % беморларда ушбу кўрсаткич ижобий чиқди. 14-3-3 η оқсил касалликнинг давомийлигидан қатъи назар, текширувдан ўтказилган барча беморларда (100%) аниқланди. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, РА серопозитивлиги беқарор бўлиб, касаллик узоқ давом этган беморларда РОни аниқлаш частотасининг кўпайиши қайд этилди ва шуни таъкидлаш керакки, терапия пайтида РО титри камайиши ёки ҳатто аниқланмаслиги ҳам мумкин [2,5]. РАни ташхислашда ЦЦПAnинг сезувчанлиги

анъанавий РОга нисбатан анча юқори эканлиги аниқланди: РА диагностикасида ЦЦПАнинг сезувчанлиги 70-80%, спецификлиги 98-99%ни ташкил этади. Эрта РА бўлган беморлар учун тестнинг сезувчанлиги 40 ва 70% орасида ўзгариб туради [4,6]. Бизнинг тадқиқотимизда дастлабки текширувлар вақтида ЦЦПА РА беморларда РОга нисбатан кўпроқ аниқланди (86%). Шу билан бирга, 14-3-3 η оқсил РО ва ЦЦПА билан таққослаганда, РА бўлган барча беморларда 14-3-3 η оқсил аниқланганлиги қайд этилди. Касалликнинг давомийлиги ва ЦЦПАни аниқлаш частотаси ўртасида тўғридан-тўғри корреляцион боғлиқлик ўрнатилди, 14-3-3 η оқсилнинг аниқланиш частотаси билан касалликнинг давомийлиги ўртасида эса ўзаро корреляцион боғлиқлик аниқланмади. Касаллик узоқ муддат давом этадиган беморларда ($7,0 \pm 0,9$ ой), бошқа гуруҳлардан фарқли ўларок, ЦЦПАнинг юқори диагностик титрлари ($47,1 \pm 6,1$) қайд этилди. Касалликнинг давомийлигидан қатъий назар барча беморларда 14-3-3 η оқсил аниқланди. Бу шуни кўрсатадики, касаллик давомийлиги ошиши билан ЦЦПАнинг диагностик жиҳатдан аҳамиятли кўрсаткичлари ортади. Шуни таъкидлаш керакки, касалликнинг давомийлиги 3 ойгача бўлган РА беморларнинг 80%ида ЦЦПА серопозитив, 100% ида эса 14-3-3 η оқсил мусбатлиги ва атиги 31,2%идаги РО аниқланди. Касалликнинг 12-ойига келиб ЦЦПАнинг аниқланиши 90,6% гача, РО 37,5% гача ўзгарди, 14-3-3 η оқсилнинг дастлабки қайд этилган натижалари эса ўзгаришсиз қолди (100%). Шундай қилиб, 14-3-3 η оқсили ЦЦПА ва РОга нисбатан анча сезувчанлик жиҳатдан анча устун эканлиги ҳақида хулоса қилиш мумкин.

Хулоса. Эрта РАда кузатиладиган артикуляр синдром моно-олиго-артикуляр хусусиятга эга бўлади. Шунингдек, дастлаб метакарпофалангеал бўғимларнинг ассиметрик зарарланиши кузатилади. Эрталабки қарахликнинг давомийлиги касаллик давомийлигининг ортиши билан узаяди. РА дебютида кўпинча ЦЦПА ва РО бўйича серонегативлик қайд этилади. Эрта РАли беморлар қон зардобидида 14-3-3 η оқсили ЦЦПА ва РОга нисбатан кўпроқ аниқланади, бу эса РАни ташхислаш учун ушбу иммунологик усулнинг юқори аҳамиятга эга эканлигини кўрсатади.

Адабиётлар

1. American Intercollegiate of rheumatologists. Recommendations for use of basic anti-inflammation preperations and Biologic agents in rheumatoid arthritis. // Clinical pharmacology and therapy.- 2018.- Vol. 18, N 1. - P. 43
2. Bas S., Genevay S., Meyer O. Anti-cyclic citrullinated peptide antibodies in the diagnosis and prognosis of rheumatoid arthritis. // Rheumatology.-2013.-Vol.42.-P. 677-680.
3. Bijlsma J.W., Wcinblatt M.E. //Optimal use of the methotrexate: the advantages of tight control. Ann Reum Dis. 2017. P.11.
4. Calguneri M., Pay S., Caliskaner Z. Combination therapy versus monotherapy for the treatment of patients with rheumatoid arthritis. // Clin. exp. rheumatol.- 2019. Vol. 17. - P. 699-704.
5. Tashpulatova M.M., Nabiyeva D.A., Djuraeva E.R., Sagatova D.R., Askarov N.L. 14-3-3 (eta) protein as a new biomarker in rheumatoid arthritis// International Journal of Advanced Science and Technology Vol.29.-№ 5(2020). P. 1871-1877
6. Tashpulatova M.M., Kasimova M.B., Ziyayeva F.K., Sultonova M.X., Sharipov Z.A. Enhancement of the diagnosis and treatment of early rheumatoid arthritis//International Journal of Pharmaceutical research 2020.12.02.0031-Vol 12.-Issue 1. P. 221-228
7. Олюнин Ю.А. Ранний ревматоидный артрит. // Современные аспекты диагностики и лечения, современная ревматология. – 2010. - №1. - С.25
8. Сальникова Т.С., Балабанова Р.М. К вопросу о ранней диагностике ревматоидного артрита. // Оригинальные исследования. Научно-практическая ревматология. - 2004. - № 3. - С.7-10.

УДК: 616.36-002.2+618.3-06:616.9

ҲОМИЛАДОРЛАРДА ГЕПАТИТ D ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ОҒИР КЕЧИШНИ ИЗОМЛАДОРЛИК ТРИМЕСТРИГА БОҒЛИҚ ҲАВАЛА

Ташпулатова Ш.А., Максудова З.С., Саидахмедов Қ.Б., Рахимова М.Р., Касимова М.С., Нутфуллаев И.

ИЗУЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА D У БЕРЕМЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТРИМЕСТРА

Ташпулатова Ш.А., Максудова З.С., Саидахмедов Қ.Б., Рахимова М.Р., Касимова М.С., Нутфуллаев И.

STUDY OF THE SEVERE CURRENT OF VIRAL HEPATITIS D IN PREGNANT WOMEN DEPENDING ON THE TRIMESTER

Tashpulatova Sh.A., Maksudova Z.S., Saidakhmedov Q.B., Rakhimova M.R., Kasymova M.S., Nutfullaev I.

Тошкент тиббиёт академияси, 1-шаҳар клиник юқумли касалликлар шифохонаси

Цель. Определения факторов, влияющих на тяжесть хронического вирусного гепатита D у беременных.

Материалы и методы. Проведено ретроспективный анализ историй болезней 92 беременных с хроническим вирусным гепатитом D (ХВГD) в возрасте от 18 до 47 лет, проходивших лечение за 2015-2018 гг. в 1-й городской клинической инфекционной больнице. **Результаты.** Высокой активностью ХВГD фиксировалось у 4,4% женщин во втором триместре беременности и у 10,9% в третьем триместре ($\chi^2 < 0,001$), проявляющийся в снижении протромбинового индекса до $68,75 \pm 0,57\%$, увеличением цитолитических ферментов до $1,8 \pm 0,02$ мкмоль/л, наличием петехиальных высыпаний на кожных покровах, кровоточивостью десен, выраженностью желтушного синдрома. **Выводы.** Наличие сопутствующих заболеваний, таких как пищевая и/или лекарственная аллергия ($\chi^2 < 0,001$), анемия ($\chi^2 < 0,005$) и гипертензия ($\chi^2 < 0,004$) увеличивает вероятность тяжелого течения ХВГD.

Ключевые слова: беременные, хронический вирусный гепатит D.

Objective: In order to determine the factors affecting the severity of chronic viral hepatitis D in pregnant women for 2015-2018. **Materials and methods:** In the 1st City Clinical Infectious Diseases Hospital, a retrospective analysis of 92 pregnant women with chronic viral hepatitis D (CVHD) aged 18 to 47 years was carried out. **Results:** High activity of CVHD was recorded in 4.4% of women in the second trimester of pregnancy and in 10.9% in the third trimester ($\chi^2 < 0.001$), manifested in a decrease in the prothrombin index to $68.75 \pm 0.57\%$, an increase in cytolysis enzymes to $1,8 \pm 0.02 \mu\text{mol} / \text{l}$, the presence of petechial rashes on the skin, bleeding gums, the severity of icteric syndrome. **Conclusion:** The presence of concomitant diseases such as food and / or drug allergies ($\chi^2 < 0.001$), anemia ($\chi^2 < 0.005$) and hypertension ($\chi^2 < 0.004$) increases the likelihood of severe CVHD.

Key words: chronic viral hepatitis D, pregnant women

Дунё миқёсда 2017 йилда тахминан 257 миллион киши сурункали HBV инфекция (HBsAg-мусбат) билан яшаган [2]. Сурункали HBV-инфекцияли кишиларнинг камида 5% сурункали HDV ко-инфицирланган, натижада дунё бўйлаб 15 дан 20 миллионгача киши HDV билан касалланган [1].

Ҳомиладорларда гепатит вируслари репликацияси юқори бўлган ҳолатларда гестацион қандли диабет ривожланиш даражаси ортади, гемостазнинг жиддий бузилишлари, ҳаттоки ДВС кузатилади, камконлик ривожланади, ҳомила тушиш хавфи ортади (20-22 ҳафталик ушбу хавф даражаси юқори бўлади), гестоз, фетоплацентар етишмовчилик ривожланади, буларнинг барчаси туғруқда қон кетиш хавфи ривожланишига, вақтидан илгари туғруқ (34 ҳафтагача), вақтдан илгари сув кетиши, чала туғилиш, ўлик туғилишга сабаб бўлади.

Мақсад: ҳомиладорларда сурункали вирусли гепатит D инфекциясининг оғир кечишига таъсир этувчи омилларни ҳомиладорлик триместрига мувофиқ ўрганиш бўлди.

Материал ва усуллар: ҳомиладорларда сурункали вирусли гепатит D инфекциясининг оғир кечишига таъсир этувчи омилларни аниқлаш мақсадида ретроспектив тадқиқот ўтказилди. Бунинг учун 2015-2018 йиллар оралиғида 1-шаҳар клиник юқумли касалликлар шифохонасида сурункали вирусли гепатит D билан касалланган 18 ёшдан 47 ёшгача, ўртача $31,7 \pm 5,7$ ёш бўлган 92 нафар ҳомиладорлар касаллик тарихининг ретроспектив тахлили ўтказилди. Сурункали вирусли гепатит D ташхиси эпидемиологик анамнез, анамнестик ва клиник маълумотлар, лаборатор кўрсаткичлар, серологик текширув усуллари натижаларига асосланиб тасдиқланган. Тадқиқот натижаларига статистик ишлов беришда Стьюдент томонидан таърифланган услубий усуллар ва мезонлардан фойдаланилди ва ўртача арифметик катталиқ (Мўрт) ва ўртача оғиш (m) ҳисоблаб топилди. Нисбий хавф, 95% ишонч интервали, тўрт майдонли жадвали тахлил қилиш орқали Пирсон коэффициентининг χ^2 меъёрий қиймати орқали хавф омили ва касаллик ўртасидаги ўзаро боғлиқлик даражаси тиббий статистика калькуляторидан фойдаланган (medstatistic.ru/calculators) ҳолда аниқланди.

Натижалар ва муҳокама: Кузатувдаги 92 нафар ҳомиладорларнинг $15,2 \pm 3,76\%$ (14) да сурункали инфекция жараён юқори фаолликда кечди ва бу терига петехиал тошма тошиши ($50,0 \pm 13,9\%$), яққол намоён бўлган сариклик синдроми ($100,0 \pm 0,1\%$), милк қонаши ($21,4 \pm 11,4\%$), протромбин индексини ўртача $68,75 \pm 0,57\%$ га пасайиши, цитолитик ферментларни ўртача $1,8 \pm 0,02$ мкмоль/л гача ошиши билан намоён бўлди. $46,7 \pm 5,23\%$ (43) ҳомиладорларда сурункали инфекция жараён минимал фаолликда ҳамда $38,0 \pm 5,1\%$ (35) ўртача фаолликда кечди. СВД юқори фаолликда бўлган 14 нафар беморларнинг катта қисми ($78,6 \pm 11,4\%$) ҳомиладорликнинг III триместрида, қолган қисми эса ($21,4 \pm 11,4\%$) II триместрида бўлишган ҳамда улар ўртасидаги фарқ статистик ишонарли бўлди ($P < 0,05$). Сурункали инфекция жараён ўртача фаолликда кечган 35 нафар беморларнинг катта қисми ($68,6 \pm 7,9\%$) ҳомиладорликнинг II триместрида, $8,6 \pm 4,8\%$ - III ҳамда $22,9 \pm 7,2\%$ I триместрда бўлишган. Худди шундай тахлил СВД минимал фаолликда кечган 43 нафар ҳомиладорларда ўтказилганида мувофиқ равишда $2,3 \pm 2,3\%$; $32,6 \pm 7,2$ ва $65,1 \pm 7,4\%$ бўлди, яъни ҳомиладорликнинг I триместрига сурункали инфекция жараённинг минимал фаолликда кечиши кўпроқ хос бўлди ($P < 0,05$). Ҳомиладорлик муддатини ошиб боришини СВД фаоллик жараёнига таъсири тахлил этилганида, ҳомиладорликнинг III триместрида сурункали инфекция жараённи юқори фаолликда кечиши ўртасидаги НХ-10,7 ни ташкил қилди (95% ишонч интервали (ИИ) 1,56 дан 73,2 гача), яъни юқори даражада бўлиб, уларнинг ўртасидаги боғлиқлик ҳам нисбатан юқори бўлди, Пирсоннинг узвий боғлиқлик коэффициенти - 0.555 ташкил этди ($\chi^2 < 0,001$).

СВД юқори фаолликда кечишига таъсир этувчи омилларни ўрганиш мақсадида беморларда кузатилган йўлдош касалликлар тахлил этилди, тахлил натижаларига кўра, беморларнинг $59,8 \pm 5,1\%$ (55) да сурункали гастрит - 37; сурункали холецистит - 12; ўт-тош касаллиги - 2; сурункали панкреатит - 4 каби ошқозон-ичак трактининг сурункали касалликлари, $26,1 \pm 4,6\%$ (24) озиқ-овқатлар ва/ёки дори воситаларига нисбатан аллергия, $13,0 \pm 3,5\%$ (12) да гипертония ҳамда 53 ($57,6 \pm 5,2\%$) анемия аниқланди. Ошқозон-ичак трактининг сурункали патологиялари аниқланган беморларнинг $29,1 \pm 6,2\%$ (16) да сурункали инфекция жараён юқори фаолликда, $61,8 \pm 6,6\%$ (34) - ўртача фаолликда ҳамда $9,1 \pm 3,9\%$ (5) - минимал фаолликда бўлган.

Ошқозон ичак тракти йўлдош касалликларининг мавжудлиги ҳамда сурункали инфекция жараённи юқори фаолликда кечиши ўртасидаги НХ-0,924 ни ташкил қилди (95% ишонч интервали (ИИ) 0,7 дан 1,2 гача), уларнинг ўртасидаги боғлиқлик сезиларсиз бўлиб, Пирсоннинг узвий боғлиқлик коэффициенти - 0,067 бўлди ($\chi^2 < 0,596$).

Аллергия кузатилган ҳомиладорларнинг $66,7 \pm 9,8\%$ (16) - юқори фаоллик, $33,3 \pm 9,8\%$ (8) - ўртача фаоллик бўлган. Озуқ-овқат ва/ёки дори воситаларига нисбатан аллергия бўлган ҳомиладорларда сурункали инфекция жараённи юқори фаолликда кечиши ўртасидаги НХ-3,521 ни ташкил қилиб (95% ишонч ин-

тервали (ИИ) 2,2 дан 5,47 гача), ўртасидаги боғлиқлик нисбатан кучли бўлди, Пирсоннинг узвий боғлиқлик коэффиценти – 0,429 на ташкил этди ($\chi^2 < 0,001$). Гипертония кузатилган беморларнинг катта қисмида (58,3±14,9%) (7) ҳам сурункали инфекция жараён юқори фаолликда, фақат 41,7±10,9% (5) ўртача фаолликда кечган. Сурункали жараённи юқори фаолликда кечиши ва гипертония касаллиги омили ўртасидаги боғлиқлик ўртача бўлди, Пирсоннинг узвий боғлиқлик коэффиценти – 0,236 на ташкил этди ($\chi^2 < 0,004$). Гипертония касаллиги мавжуд ҳомиладорларда сурункали инфекция жараённинг юқори фаолликда кечишга мойил бўлди, яъни НХ-2,11 ни ташкил қилди (95% ишонч интервали (ИИ) 1,37 дан 3,26 гача).

Анемия кузатилган 53 нафар беморларнинг катта қисмида 54,7±6,9% СВГД юқори фаолликда, 34,0±6,6% ўртача фаолликда ҳамда 11,3±4,4% минимал фаолликда кечди. Анемияни сурункали инфекция жараённи юқори фаолликда кечишига таъсир этувчи НХ – 2,36 (95% ИИ 1,6 дан 3,46 гача) ташкил этиб, таъсир этувчи омил ўртасидаги боғлиқлик ўртача бўлди, Пирсон коэффиценти 0,29 ($\chi^2 < 0,005$) этди.

Хулосалар

Ҳомиладорларда сурункали вирусли гепатит Д ҳомиладорликнинг II триместрида 4,4%, III триместрида эса 10,9% ҳолатларда юқори фаолликда кечади ва бу териға петехиал тошма тошиши (50,0±13,9%), яққол намоён бўлган сариқлик синдроми (100,0±0,1%), милк қонаши (21,4±11,4%), протромбин индексини ўртача 68,75±0,57% га пасайиши, цитолитик ферментларни ўртача 1,8±0,02 мкмоль/л гача ошиши билан намоён бўлади.

Ҳомиладорлик триместри ортиб борган сари СВГД оғир кечишининг ривожланиш эҳтимолининг нисбий хавфи -10,7 (95% ИИ 1,56 дан 73,2 гача) бўлиб, улар ўртасидаги боғлиқлик нисбатан юқори ($\chi^2 < 0,001$);

Йўлдош касалликлар мавжудлигида СВГД оғир кечиш эҳтимоли озук-овқатлар ва/ёки дори воситаларига нибатан аллергияда НХ - 0,924 (95% ИИ 0,7 дан 1,2 гача), ўртасидаги боғлиқлик кучли ($\chi^2 < 0,001$), анемияда НХ – 2,36 (95% ИИ 1,6 дан 3,46 гача), ўртача ($\chi^2 < 0,005$) ва гипертонияда - НХ-2,11 (95% ИИ 1,37 дан 3,26 гача), уларнинг ўртасидаги боғлиқлик ўртача ($\chi^2 < 0,004$).

Адабиётлар

1. Зайцев И.А., Новак И.Н., Зайцева О.Е., Кириенко В.Т. Значение генотипов вируса гепатита В в клинической практике //Aktual'naâ Infektologiâ. 2019;7(2):63-70.

2. Barros M.M., Email Author; Hepatitis B and C in pregnant women attended by a prenatal program in an university hospital in Rio de Janeiro, Brazil: Retrospective study of seroprevalence screening //Gastroenterologia Volume 55, Issue 3, July-September 2018, Pages 267-273

ПРАВОВЫЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭВТАНАЗИИ

Тошматова В.И.

Университет мировой экономики и дипломатии

Проблемы эвтанази́и также относятся к одним самых спорных и деликатных, даже гуманных проблем, хотя и противоречащих понятию «права на здоровье». Правовое регулирование данного явления требует особого внимания, ведь речь идет об умышленном умерщвлении живого человека. И здесь, в первую очередь, необходимо глубоко изучить и сопоставить биоэтический аспект, так как учитывая специфику эвтаназии, ее причины, последствия и вообще возможности или невозможность ее осуществления напрямую зависят в наибольшей степени от той оценки, которую даст именно биоэтика.

Под словом эвтаназия подразумевается всякое действие или, наоборот, бездействие, которое, по своей сути или намерению, приводит к смерти, имеющей целью устранение боли и страдания. То есть в ее прямом значении, эвтаназия – это преднамеренное убийство при помощи метода, провоцирующего наименьшую боль и страдания, совершенное «из жалости» для того, чтобы положить конец невыносимым страданиям, или для того, чтобы избежать трудностей жизни, которая считается «нечеловеческой», «не достойной самого человека».

Различают активную эвтаназию: намеренную, из сострадания, причинение смерти (или «метод наполненного шприца»); пассивную эвтаназию, намеренное прекращение мер по продлению жизни («метод отложенного шприца») [1].

Эвтаназия присутствует в том случае, когда употребляется препарат, вызывающий смерть, а также, если больного лишают всего того, что ему необходимо для жизни (еда), или всего того, что для него благотворно (реанимация, которая позволила бы ему прийти в себя и самостоятельно поддерживать жизнь, или такое лечение, которое способно дать шанс на продолжение жизни в нормальных условиях).

Эвтаназии нет в случае, когда прекращается или упускается такое лечение, которое имело бы неблагоприятное влияние на больного (например, лечение, которое лишь продлило бы саму жизнь в нечеловеческих условиях, не облегчив состояния пациента). Эвтаназии нет в случае прекращения реанимации, когда состояние церебральной смерти является необратимым (всякое лечение не дает уже никакого результата, не облегчает страданий, не дает никакого шанса на дальнейшее выздоровление, а только продолжает время агонии и, кроме того, приносит невыносимые страдания семье и несоразмерные расходы государству).

Реальность применения эвтаназии кажется таковой, что только лечащий врач может действительно открыть ей дверь, и в некоторых случаях он же четко указывает пациенту, где находится дверь, если он сам не может ее разглядеть... Это наводит на мысль, что согласие пациента на эвтаназию зависит от того, как он по-

нимает медицинские факты своей истории болезни, а его понимание в большей или меньшей степени зависит от квалификации, опыта и умения лечащего врача сообщить эту информацию [2].

Сейчас в мире запрещена активная эвтаназия. Пассивная эвтаназия разрешена в ряде штатов США, в Нидерландах, Австралии, где допускается возможность добровольного ухода из жизни при условии предварительного уведомления прокуратуры. Пассивная эвтаназия допускается в Швеции и Финляндии, где основой для применения решения о прекращении лечения может быть только осознанное, свободное волеизъявление пациента. В 1997 году в штате Калифорния (США) был принят первый в мире закон «О праве человека на смерть», по которому неизлечимо больные люди могут оформить документ с изъявлением желания отключить реанимационную аппаратуру. Однако этим законом никто не смог воспользоваться до настоящего времени в связи с тем, что:

1) одним из условий осуществления эвтаназии должно быть заключение психиатра о вменяемости пациента, а Американская ассоциация психиатров запрещает своим членам участие в подобных процедурах;

2) другим условием является проведение эвтаназии врачом, что невозможно, так как Американская медицинская ассоциация приняла решение о запрещении своим членам участия в эвтаназии, и выдвинула лозунг «Врачи не должны быть палачами».

В 1978 году была принята Декларация об эвтаназии, где отмечается: «Эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании подобного обращения со стороны его близких, не этична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания» [3].

Законодатели стран СНГ в конституционном закреплении основополагающего права человека на жизнь проявили явное единогласие. Основным принципиальным положением такого подхода является не столько то, что право на жизнь было закреплено за человеком на высшем законодательном уровне, сколько то, что конституционно запрещено произвольное лишение человека жизни (ст. 27 Конституции Азербайджана, ст. 27 Конституции Армении, ст. 24 Конституции Беларуси, ст.15 Конституции Грузии, ст.24 Конституции Молдовы, ст. 20 Конституции Российской Федерации, ст.27 Конституции Украины и т.д.). Безусловно, такое положение дел отвечает общеевропейскому подходу, в соответствии с которым никто не может быть намеренно лишен жизни, иначе как во исполнение смертного приговора, вынесенного судом за совершенные преступления [4].

Таким образом, не только в странах СНГ, но и во всем мире необходимо разрешить противоречия между законодательной практикой запрета эвтаназии и реальной медицинской практикой латентного использования пассивной эвтаназии.

Безусловно, эвтаназия, в первую очередь, противоречит основным фундаментальным принципам медицины и биоэтики. Кроме того, не исключен пагубный побочный эффект в виде злоупотребления данной практикой в корыстных и других преступных целях.

Согласно Н.Э.Гафуровой (2020), на сегодняшний день, эвтаназия ни в одном из своих проявлений и форм не может считаться достаточным правовым основанием для лишения человека жизни и соответствующего прекращения его права на жизнь. Это обусловлено, прежде всего, доминирующими философскими, этическими, религиозными, медицинскими, правовыми и иными мировоззренческими позициями по данной проблеме [5]. Необходимо также отметить, что вопреки существующему общеевропейскому отрицательному отношению к эвтаназии существует четкая тенденция относительно легализации пассивной эвтаназии в отдельных экономически развитых странах. Хотя более убедительной является позиция, высказанная в рекомендациях Парламентской ассамблеи Совета Европы от 25 июня 1999 года №14/8, где отмечается, что приоритетным направлением развития должна быть не легализация эвтаназии, а развитие паллиативной помощи, устранение боли и всесторонняя поддержка пациентов, членов их семей и других лиц, которые осуществляют уход за терминальными больными и умирающими [6].

Также, вопрос эвтаназии в национальном законодательстве Республики Узбекистан затронут в довольно косвенной форме в Уголовном Кодексе Республики Узбекистан в главе 1 «Преступления против жизни», ст. 97 «Умышленное убийство» [7].

Таким образом, на основании вышесказанного, можно сделать вывод, что целесообразно внесение новой статьи в Уголовный кодекс Республики Узбекистан, запрещающий эвтаназию.

Литература

1. Gafurova Nozimahon Eldarovna. Euthanasia and Right to Life. *Medicine and Law*. ISSN: 23194-634. Vol-38-Issue-1-Year-2019
2. А.А. Никанорова-Корниенко. Этические проблемы эвтаназии. НТУУ «КПИ», Киев, Украина, 2002 г.
3. Глушкова С.И. Права человека в России: теория, история, практика. Учебное пособие. – М.: Права человека. 2003. – С. 406.
4. Р.А.Стефончук. «Возвращаясь к вопросу о легализации эвтаназии в странах СНГ: pro et contra»// Государство и право. – М., 2008. №5, – С. 73-81
5. Гафурова Н.Э. Концептуальные вопросы развития медицинского права в Республике Узбекистан. Монография – Ташкент: ТГЮУ, 2020. – С.169-172
6. Рекомендации №14/8 (1999) о защите прав человека и достоинства терминальных больных и умирающих. Одобрены 25 июня 1999 г. Парламентской ассамблеей Совета Европы// Проблема прав тяжелобольных и умирающих в отечественном и зарубежном законодательствах. – М.2002. – С.57.
7. Узбекистон Республикаси кодекслари. Узбекистон Республикаси Жиноят кодекси. – Т.: «Адолат», 2006, – С. 44

ШАРТЛИ-ПАТОГЕН МИКРОФЛОРА КЕЛТИРИБ ЧИҚАРГАН ЎТКИР ДИАРЕЯЛАРНИНГ ЭТИОЛОГИК ТАРКИБИ ВА КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Тўйчиев Л.Н., Каромов М.Н., Анваров Ж.А.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ДИАРЕЙ, ВЫЗВАННОЙ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРОЙ

Тўйчиев Л.Н., Каромов М.Н., Анваров Ж.А.

ETIOLOGICAL STRUCTURE AND CLINICAL FUTURE OF ACUTE DIARRHEA CAUSED BY CONDITIONAL-PATHOGENIC MICROFLORA

Tuychiev L.N., Karomov M.N., Anvarov J.A.

Тошкент тиббиёт академияси

Цель. Изучить этиологическую структуру и клинические особенности острой диареи, вызванной условно-патогенной микрофлорой. **Материалы и методы.** Исследование проводилось на клинической базе научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и инфекционных болезней в 2018-2020 годах. Были обследованы 80 пациентов в возрасте от 6 мес. до 5 лет с диареей, вызванной условно-патогенной микрофлорой. **Результаты.** Проанализирована этиологическая структура условно-патогенной микрофлоры, выделенной от 80 больных. Результаты показали, что *Citrobacter* был обнаружен у 31,2% пациентов, *Clebsiella* у 21,2% пациентов, *Enterobacter* у 16,2% пациентов, *E. coli* у 18,9% пациентов, *Proteus* у 7,5% пациентов и *Staphylococcus* у 5% пациентов. **Выводы.** Клинические признаки диарей, вызванной условно-патогенной микрофлорой, похожи между собой и различаются лишь по некоторым клиническим признакам. Например, диарея обусловленная *E. coli* протекала как колит, а диарея, вызванная цитробактериями и клебсиелами, у большинства детей протекала по типу энтерита, в то время как диарея, вызванная протями, протекала с общим синдромом интоксикации.

Ключевые слова: условно-патогенная микрофлора, диарея, этиология, клиника.

Objective: Determine the etiological structure and clinical features of acute diarrhea caused by conditional-pathogenic microflora. **Materials and methods:** The study was conducted at the clinical base of the Research Institute of Epidemiology, Microbiology and Infectious Diseases during 2018-2020. We examined 80 patients aged from 6 months up to 5 years old with diarrhea caused by conditional-pathogenic microflora. **Results:** The etiological structure of conditional-pathogenic microflora isolated from 80 patients was analyzed. The results showed that *Citrobacter* was detected in 31.2% of patients, *Clebsiella* in 21.2% of patients, *Enterobacter* in 16.2% of patients, *E. coli* in 18.9% of patients, *Proteus* in 7.5% of patients and *Staphylococcus* in 5% of patients. **Conclusion:** The clinical signs of diarrhea caused by conditional-pathogenic microflora are similar to each other and differ only in some clinical signs. For example, diarrhea caused by *E. coli* proceeded as colitis, and diarrhea caused by *Citrobacter* and *Klebsiella* in most children proceeded as enteritis, while diarrhea caused by *Proteus* proceeded with a general intoxication syndrome.

Key words: conditional-pathogenic microflora, diarrhea, etiology, clinic signs.

Хар йили бутун дунёда болалар орасида 1,7 миллиард диарея ҳолатлари рўйхатга олинади. Бутун дунёда диарея беш ёшгача бўлган болалар ўлимининг иккинчи асосий сабаби бўлиб, хар йили 525 минг нафар 5 ёшгача бўлган болалар ўлимига сабаб бўлади [8]. Ўткир ичак инфекциялари кўзгатувчиларини этиологик таркибини ўзгариб туриши шартли-патоген кўзгатувчилар ва бактерияларнинг доимий эволюцияси билан боғлиқдир [10]. Тадқиқотчиларни шартли-патоген микрофлорани (ШПМ) ичак инфекцияларида иштрок этиши ҳақидаги фикри хар хил, чунки кўзгатувчини топилиши бу касаллик ҳақида маълумот бермайди [4, 10].

2016 йилда Эралиев У.Э. ўтказган тадқиқотда 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларда диареяларнинг этиологик структураси ўрганилган. Муаллиф маълумотларига кўра текширилган болаларнинг 41,3% вирусли диарея ташхисланган бўлса, 36,3% вирусли-бактериал, 45% вирусли-вирусли, 44,4% бактериал-бактериал ассоциацияси аниқланган [7]. Бошқа тадқиқотчилар маълумотларига кўра, диарея билан шифохонага ётқазилган 3 ёшгача бўлган болаларда диареянинг сабабчиси 62,3%дан 73,08%гача ШПМ эканлиги аниқланган [1, 2]. Украинада ўтказилган тадқиқотда эса, диарея билан мурожаат қилган беморларнинг 44,4% ШПМ ажратилган бўлиб шундан: клебсиелла (34,7%), стафилококк (25,2%) ва энтеробактер (18,8%) бўлган [3].

ШПМ инсонларнинг ичакларида нормал флора таркибига киради, шунингдек хар хил тарқалган ва маҳаллий жараёнларда этиопатоген омил бўлиб қайд этилиши мумкин [4, 6, 9]. Тадқиқотчиларнинг ШПМни ичак инфекцияларида иштрок этиши ҳақидаги фикри хар хил, чунки кўзгатувчини топилиши бу касаллик ҳақида маълумот бермайди Шу каби ҳолатларда ажратиб олинган культураларда патогенлик омилини аниқлаш ахамиятлидир [4, 5].

Мақсад. ШПМ келтириб чиқарган ўткир диареяларнинг этиологик таркибини ва клиник кечиши хусусиятларини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар. Илмий тадқиқот иши 2018-2020 йиллар давомида Эпидемиология, микробиология ва юкумли касалликлар илмий тадқиқот институти клиник базасида ўтказилган. Тадқиқотда жами 80 нафар ШПМ сабабли келиб чиққан диареяли беморлар ўрганилди. Ичак микрофлорасини ўрганиш учун серияли суюлтуриш усулидан фойдаланилди. Биологик модда дифференциал-диагностик озуқа мухитларга экилди. Ўсиб чиққан культуралар гуруҳларга ва турларга қараб идентификация қилинди. Нажасда микроорганизмларни миқдорини аниқлашда 1 гр экиладиган материал ва уни суюлтуриш даражасига нисбатан ҳисобланди. Олинган маълумотларни статистик тахлили учун Windows XP мухитидаги MS Excel 2003 дастуридан фойдаланилди.

Натижалар ва муҳокама. Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг 61,3% ўғил болалар, 38,7% эса қиз болалар бўлиб, болаларни ёши бўйича тақсимлайдиган бўлсак, 6 ойдан 1 ёшгача бўлган болалар 25%, 1-3 ёшдагилар 42,5%, 4-5 ёшдаги болалар эса – 32,5% ни ташкил этди. 80 нафар беморлардан ажратиб олинган ШПМ этиологик таркиби таҳлил этилди. Натижалар шуни кўрсатдики: Citrobacter – 31,2% беморларда, Klebsiella – 21,2% беморларда, Enterobacter – 16,2% беморларда, E.Coli – 18,9% беморларда, Proteus – 7,5% беморларда ва Staphylococcus – 5% беморларда аниқланди.

Ишимизнинг кейинги босқичида беморларда аниқланган кўзғатувчига боғлиқ тарзда касалликнинг клиник кечиш хусусиятлари ўрганилди. Цитробактер сабабли ривожланган диарея барча беморларда диарея энтероколит шаклида кечди (100%). Касаллик 78,2% беморларда ўткир бошланган. 65,2% беморларда эпигастрал соҳада оғриқ безовта қилган бўлса 34,8% беморларда қоринда тарқоқ оғриқлар безовта қилди. Кўнгил айниши 73,9%, қайт қилиш 47,8%, ич кетиши 86,9% беморларда кузатилди, шулардан 90% нажас шиллиқли келган бўлса, 10% қон аралаш нажас келди. Умумий беҳоллик ва тана ҳарорати кўтарилди 100% кузатилди. Тилнинг оқиш караш билан қопланиши 69,5%, қорин пальпациясида қулдирашлар 82,6% беморларда аниқланди.

Тадқиқот гуруҳимиздаги клебсиеллез ичак инфекцияси аниқланган беморларда касаллик ўткир бошланган (100%). Ҳарорат кўтарилди ҳам 100% беморларда кузатилди, шундан 58,8% - 38°C гача, 29,4% - 39°C гача ва 11,8% - 40°C гача кўтарилди. Касаллик 76,4% энтероколит шаклда, 23,6% беморларда энтерит шаклда кечди. Беморларда тери тургорининг пасайиши 52,9%, қориннинг дам бўлиши 47%, иштаха пастлиги 88,2%, қоринда оғриқ 76,4% беморларда аниқланди. Ичининг суюқ келиши барча беморларда кузатилди (100%), шулардан: ични 5 мартагача – 52,9%, 10 мартагача – 29,4% ва 10 мартадан кўп – 17,6% беморларда аниқланди. Клебсиеллез аниқланган 4 нафар беморларда (23,5%) нажас қон аралаш келди.

Тадқиқот гуруҳидаги 23 нафар беморларда эшерихиознинг энтеротоксиген штамми аниқланди. Энтеротоксиген штамм аниқланган болаларнинг 15 нафарида касаллик ўрта оғир шаклда (65,2%), 8 нафар беморда эса касаллик оғир шаклда (34,8%) кечди. Беморларда диарея асосан колитик шаклда кечди (100%). Касаллик 69,5% беморларда ўткир бошланган бўлса, 30,5% беморларда секин аста бошланган. Барча беморларда (100%) тана ҳарорати кўтарилган, ич келиш сони касалликнинг 2-3 кунни ошган. Нажас характери 91,3% беморларда қонли гемоколит кўринишида бўлган бўлса, фақатгина 8,7% беморларда нажасда қон аниқланмади. Умумий беҳоллик 100% беморларда аниқланди. 73,9% беморларда чап ёнбош соҳада оғриқ безовта қилган бўлса, 26,1% беморларда қоринда тарқоқ оғриқлар безовта қилди. Кўнгил айниши 69,5% беморларда, шулардан қайт қилиш 34,7% беморда аниқланди. Қарийб барча беморларда (100%) тери рангпарлиги ва иштахасизлик бор эди.

Протей этиологияли диарея беморларда гастроэнтерит (50%) ва энтероколит (50%) кўринишида кечди. Касаллик ўткир бошланиши беморларнинг 78,5% да кузатилди. Касаллик 83,3% беморларда ўрта оғир, 16,4% беморда эса оғир кечди. Тана ҳарорати барча беморларда 38,0°C дан кўтарилди (100%), кўнгил айниши 83,3% беморларда, шулардан 66,6% да такрорий қайт қилиш кузатилди. Бош оғриши 50%, қоринда эпигастрий соҳасида оғриқ 66,6%, ич кетиши 83,3%, ич кўп келиши натижасида анус атрофининг қизариши 66,6% беморларда кузатилди. Ичи кетган беморларнинг барчасида нажас миқдори кўп, суюқ, кўпикли, зангори-шилишқ ва қон аралаш, ўткир ҳидли бўлди.

Хулосалар. ШПМ келтириб чиқарган диареянинг этиологиясини Citrobacter 31,2%, Klebsiella 21,2%, Enterobacter 16,2%, E.Coli 18,9%, Proteus 7,5%, Staphylococcus 5% ташкил этди. ШПМ келтириб чиқарган диареялар клиник белгилари бир бирига ўхшашлиги ва фақатгина айрим жиҳатлари фарқ қилиши аниқланди. Масалан, эшерихиозлар аксарият болаларда колитик вариантда кечди. Цитробактер ва клебсеиелларлар чақирган диареялар эса аксарият болаларда энтеритик типда кечган бўлса, протей чақирган диарея умуминтоксикацион синдром билан қўшилиб келиши хос бўлди.

Адабиётлар

1. Кулиева З.М., Гасанов А.И., Рустамова Л.И. Исфафилбекова И.Б., Мухтаров М.М., Мамедова М.Н. Микробный пейзаж кишечника у амбулаторных пациентов с острыми кишечными инфекциями // Казанский мед.ж.. 2018. №3.
2. Кулиева З.М., Рустамова Л.И., Фараджева С.М., Алиев М.Г., Исфафилбекова И.Б., Мамедова М.Н., Сулейманова С.Ф., Гылынджова Ф.В. Состояние микрофлоры кишечника у госпитализированных детей с острыми кишечными инфекциями // Детские инфекции. 2018. №4.
3. Малыш Н.Г., Холодило Е.В., Чемич Н.Д., Зарицкий А.М. Этиологическая структура и особенности межмикробных отношений доминирующих возбудителей острых кишечных инфекций в северо-восточном регионе Украины // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2015. №4 (83).
4. Михайлова Л.М. Биология условно-патогенных микроорганизмов, вызывающих кишечные инфекции: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2011. - 24 с.

5. Тамарова Э.Р., Мавзютов А.Р. Клинико-лабораторные параллели между видовым составом микробиоты полости рта и общесоматической патологией у больных пародонтитом // Пермский медицинский журнал. 2014. №6.
6. Чемуризова Н.В. Совершенствование лабораторной диагностики инфекционных процессов, ассоциированных с условно патогенными микроорганизмами, с использованием компьютерных технологий. Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. – Пермь, 2008. - 139 с.
7. Эралиев У.Э. Этиологическая структура острых кишечных инфекций у детей г. Ташкента. Детские инфекции. 2016;15(4):63-65. <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2016-15-4-63-65>.
8. Acute diarrhoeal diseases in complex emergencies: critical steps/ 23 May 2018 / Technical document, WHO.
9. Flint, Harry & Louis, Petra & Duncan, Sylvia. (2012). The role of the gut microbiota in nutrition and health. Nature reviews. Gastroenterology & hepatology. 9. 577-89. 10.1038/nrgastro.2012.156.
10. Louis, Petra & O'Byrne, Conor. (2010). Life in the Gut: Microbial responses to Stress in the Gastrointestinal Tract. Science progress. 93. 7-36. 10.3184/003685009X12605525292307.

ШАРТЛИ-ПАТОГЕН МИКРОФЛОРА КЕЛТИРИБ ЧИҚАРГАН ЎТКИР ДИАРЕЯЛАРНИНГ ЭТИОЛОГИК ТАРКИБИ ВА КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Тўйчиев Л.Н., Каромов М.Н., Анваров Ж.А.

Мақсад. Шартли патоген микрофлора (ШПМ) келтириб чиқарган ўткир диареяларнинг этиологик таркибини ва клиник кечиши хусусиятларини аниқлаш. **Материал ва усуллар.** Илмий тадқиқот иши 2018-2020 йиллар давомида Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий тадқиқот институти клиник базасида ўтказилган. Тадқиқотда жами 80 нафар ШПМ сабабли келиб чиққан диареяли беморлар ўрганилди. **Натижалар ва муҳокама.** 80 нафар беморлардан ажратиб олинган ШПМ этиологик таркиби тахлил этилди. Натижалар шуни кўрсатдики: *Citrobacter* 31,2% беморларда, *Clebsiella* 21,2% беморларда, *Enterobacter* 16,2% беморларда, *E.Coli* 18,9% беморларда, *Proteus* 7,5% беморларда ва *Staphylococcus* 5% беморларда аниқланди. **Хулосалар.** ШПМ келтириб чиқарган диареялар клиник белгилари бир бирига ўхшашлиги ва фақатгина айрим жиҳатлари фарқ қилиши аниқланди. Масалан, эшерихиозлар аксарият болаларда колитик вариантда кечди. Цитробактер ва клебсеиелларлар чақирган диареялар эса аксарият болаларда энтеритик типда кечган бўлса, протей чақирган диарея умуминтоксикацион синдром билан қўшилиб келиши хос бўлди.

Калит сўзлар: шартли-патоген микрофлора, диарея, этиология, клиника.

COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИ ТАЪСИРИДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Тўрақулов Б., Холмуродов Э., Шукурджанова С., Нуритдинова Н.

Тошкент тиббиёт академияси

Ҳозирги даврда бутун дунё аҳолиси коронавирус инфекцияси (COVID-19) пандемиясидан азият чекмоқда. Кундан-кунга касалланиш ортиб бормоқда. E.Driggin, M.V.Madhavan ва бошқалар берган маълумотларига кўра, COVID-19 билан касалланган беморларда энг кўп учрайдиган коморбидлик ҳолати юрак-қон томир тизими касалликлари билан боғлиқ [1]. Коронавирус инфекцияси ва юрак қон томир тизими касалликларининг биргаликда келиши ҳолати ва бу ҳолатнинг кенг тарқалганлиги ушбу касалликлар учун умумий бўлган хавф омиллари мавжудлигини кўрсатади. Юрак-қон томир тизими касалликлари билан оғриган, COVID-19 инфекциясини ўтказган беморларда касаллик юрак миокардининг шикастланиши ва унинг дисфункциясига сабаб бўлади, бу ҳолат эса касаллик кечишининг оғирлашишига олиб келади. Европа кардиологлар ассоциацияси берган малумотларига кўра COVID-19 инфекцияси юрак миокардида яллиғаниш келтириб чиқариши сабабли бир қанча асоратлар пайдо қилади (юрак етишмовчилиги, юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилишлари) [2]. Италиялик шифокорлар, R.M. Inciardi, L. Lupi ва бошқалар берган маълумотларга кўра, нафас олиш тизимидаги барча симптомлар йўқолгандан кейин 1 ҳафта ўтиб касалликнинг реконвалесцент даврида фулминант миокардит юзага келади [3].

COVID-19 нинг ўткир коронар синдром (ЎКС) билан бирга келиши ўта долзарбдир. Биринчидан, COVID-19 инфекцияси ҳам ўткир яллиғланиш жараёнига сабаб бўлади, бу эса ўз навбатида атеросклеротик пиллакчаларнинг дестабилизациясига олиб келади, натижада атеротромбоз оқибатида пайдо бўладиган ўткир коронар синдром ривожланиши кузатилади. Шунингдек, оғир интоксикацион ҳолатлар гемодинамик бузилишларга (тахикардия, гипо- ёки гипертензия) сабаб бўлади, бу эса бошқа турдаги миокард инфаркти (МИ) ривожланишида қўзғатувчи омил бўлиб хизмат қилади. Шуни унутмаслик керакки, юқумли касалликлар фони ёки вирусга қарши терапиянинг кардиотоксик таъсири мавжуд, шунга мос клиник белгиларда ва лаборатор кўрсаткичларда (тропонин, натрий уретик пептид) ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Хитойлик олимлар, T.Guo, Y.Fan ва бошқалар берган маълумотларига кўра, COVID-19 билан касалланган анамнезида юрак қон томир тизими касалликлари мавжуд бўлмаган ва айни касалланган вақтда миокард инфаркти клиник белгилари кузатилмаган беморларнинг қон тахлилида тропонин Т даражасининг сезиларли даражада ошишини кузатилган. Муаллифлар фикрига кўра вирус инфекцияси миокардни жароҳатлаши ҳисобига С-реактив оқсил (тизимли яллиғланиш омили), натрий уретик пептидлар (миокард дистресс маркери) кўпайишига ва ҳаётга хавф солувчи аритмиялар, ўткир юрак етишмовчилиги пайдо бўлишига сабаб бўлади [4].

Француз олимлари, G.Haesk, A.Ancion ва бошқалар [5], яқинда ўтказган тадқиқотига кўра, кардиомиоцит некрози бир нечта қўзғатувчи омиллар натижасида ривожланиши мумкинлиги такидланади:

Биринчидан, SARS-CoV-2 вирусининг кардиомиоцитларга тўғридан-тўғри шикастловчи таъсири бўлиб, бу таъсир айнан ушбу вируснинг 2-турдаги ангиотензин айланттирувчи фермент орқали кардиомиоцитларга таъсири билан ифодаланади; кейинги омил бўлиб кардиомиоцитларнинг гипоксик шикастланиши ҳисобланади ва у цитокинлар бўрони, локал ва тизимли ацидоз, митохондриял лизис ҳисобига юзага келади; ундан ташқари тромбоцитларнинг гиперкоагуляцияси, гиперагрегацияси ва коронар спазм фонида микроциркуляция бузилишлари кузатилади. Беморларда COVID-19 вируси оғир коморбид ҳолатдаги сурункали юрак етишмовчилиги билан бирга келиши ўз навбатида тез ривожланувчи декомпенсацияланган юрак етишмовчилигининг ривожланиши учун юқори хавф омилли бўлиб хизмат қилади ва полиорган етишмовчилик ривожланиш хавфини оширади. В.Ли, J. Yang ва бошқа олимлар тадқиқотлари натижаларига кўра, COVID-19 кўпинча миокарднинг яллиғланиши ва шикастланишига олиб келади, бу айниқса оғир касалланган беморларда яққол кузатилади [6]. Бунга мисол қилиб госпитализация қилинган беморларда ушбу асоратнинг бўлиши (19,7%) беморларнинг ўлим хавфини орттиришига сабаб бўлган. К. Ruan, K. Yang ва бошқалар берган маълумотларига кўра, COVID-19 билан касалланган 150 та клиник ҳолатдаги беморлардан 68 та ўлим кузатилган ва шуларнинг 7%ида миокардит туфайли ўткир юрак етишмовчилиги, 33%ида эса пневмония билан биргаликда миокардитнинг келиши ўлимнинг бевосита сабабчиси бўлган. [7]. К. Вубе, А. Мотел ва бошқалар берган маълумотларга кўра, Такоубо синдромини ташхислаш қийин бўлиши мумкин, чунки унинг ЭКГ белгилари кўпинча чап қоринча олд девори миокард инфарктига ўхшаш бўлади ва натижада нотўғри ташхисланишга сабаб бўлади. J. Ghadri, I. Wittstein ва бошқалар берган маълумотларига кўра чап қоринчанинг регионал циркулятор қисқарувчанлигининг пасайиши, систола вақтида чап қоринча апикал қисмининг транзитор баллонли кенгайиши, кўкрак қафасида оғриқ, диспноэ клиник белгилари билан, ЭКГда эса ST сегментининг элевацияси, Т тишчанинг инверсияси ёки QT интервалининг узайиши билан бирга намоён бўлади.

COVID-19 билан оғриган беморларда ритм ва ўтказувчанликнинг бузилиши ҳам учрайди. R. Gopinathannair ва бошқалар берган маълумотлар бўйича, 2020 йил 27 мартдан 13 апрелгача Халқаро аритмиологлар жамияти мутахассислари томонидан ўтказилган онлайн сўров натижаларига кўра, тахикардияларнинг кўп қисмини бўлмачалар фибрилляцияси ташкил этади. (21%). S. Yang, Z. Jin ва бошқалар берган маълумотга кўра, ритм бузилишлари COVID-19 да ривожланган гипоксемия сабабли пайдо бўлган ва улар кўпинча қарияларда кузатилган. Аритмиялар пневмония тугамагунча ва ўпка фаолияти нормаллашгунча давом этиши мумкин [9].

Шундай қилиб, COVID-19 инфекцияси ва юрак қон томир тизими касалликларининг бирга келиши касалликнинг оғир кечишига ва ёмон оқибатга сабаб бўлади. Бу ҳолатларда юрак-қон томир касалликлари асоратларини олини олиш ва касалликнинг янада оғир кечишига тайёр бўлиш лозим.

Адабиётлар

1. Driggin E., Madhavan M.V., Bikdeli B., Chuich T., Laracy J., Bondi-Zoccai G. et al Cardiovascular Considerations for Patients, Health Care Workers, and Health Systems During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. Journal of the American College of Cardiology Volume 75, Issue 18, 12 May 2020, Pages 2352-2371. Epublished Doi:10.1016/j.jacc.2020.03.031.
2. Yavelov I.S. COVID-19 и сердечно-сосудистые заболевания (08.07.2020). Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. Том 8, № 27, сентябрь 2020.
3. Inciardi R. M., Adamo M., Lupi L. et al. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for COVID-19 and cardiac disease in Northern Italy. European Heart Journal. 2020 December; 41, 1821-1829
4. Guo T., Fan Y., Chen M. et al. Cardiovascular Implications of Fatal Outcomes of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). JAMA Cardiol. 2020; doi:10.1001/jamacardio. 2020.1017
5. Haecck G., Ancion A., Marechal P., Oury C., Lancellotti P. COVID-19 and cardiovascular diseases. Rev Med Liege. 2020 Apr;75(4):226-232
6. Li B, Yang J, Zhao F, et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. Clinical Research in Cardiology. Nature Publishing Group. 2020;109 (5): 531-8. doi:10.1007/s00392-020-01626-9.
7. Ruan Q, Yang K, Wang W, et al. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. Intensive Care Medicine. Nature Publishing Group. 2020;46(5):846-8. doi:10.1007/s00134-020-05991-x.
8. Yang C, Jin Z. An. Acute Respiratory Infection Runs Into the Most Common Noncommunicable Epidemic — COVID-19 and Cardiovascular Diseases. JAMA Cardiol. 2020. doi:10.1001/jamacardio.2020.0934.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ COVID-19 НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Турсунов Ф. У., Бабаджанова Ш.А., Саидов А.Б., Бахадирова А.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы: Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) — потенциально тяжелая острая респираторная инфекция, вызванная коронавирусом-2 (SARS-CoV-2), с выраженным острым респираторным синдромом. Во всем мире приняты беспрецедентные меры, направленные на ограничение распространения заболевания, вплоть до перепрофилирования многопрофильных и специализированных клиник для увеличения возможностей оказания неотложной медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией, приостановки выполнения плановых операций, ограничения стационарного и амбулаторного обслуживания тяжелобольных пациентов, в том числе урологического профиля (Iacobucci G. Covid-19, 2020;

Naspro R, Da Pozzo LF, 2020). На лечение COVID-19 брошены значительные силы, при этом взаимодействие вируса с различными органами и системами организма человека изучено пока весьма скудно.

Цель исследования: Оценить особенности клинического течения и лабораторных показателей у больных сахарным диабетом при COVID-19.

Материалы и методы: 1. Объектом исследования будут истории больных с сахарным диабетом при COVID-19 леченных в отделениях Ташкентской медицинской академии. 2. Методы:

- А) определение глюкозы, гликемическая кривая
- В) биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, мочевины, креатинин, общий белок);
- Б) общий анализ крови, общий анализ мочи.
- С) Глюкозурия, микроальбуминурия в моче.

Результаты и обсуждение:

1. Впервые будут получены результаты, отражающие клинико-лабораторные показатели у больных сахарным диабетом при COVID-19.

2. Впервые будут получены новые научные данные об особенностях течения и динамики лабораторных показателей у больных сахарным диабетом при COVID-19.

Выводы: Полученные клинико-лабораторные данные будут использованы для своевременной диагностики COVID-19.

Литература

1. Шестакова М.В., Викулова О.К., Исаков М.А., Дедов И.И. Сахарный диабет и covid-19: анализ клинических исходов по данным регистра сахарного диабета российской федерации // Проблемы эндокринологии. 2020. Т. 66. № 1. С. 35-46.

2. Шинкин М.В., Звенигородская Л.А., Мкртумян А.М. COVID-19 и сахарный диабет: что мы знаем об этом // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 17. С. 26-33.

3. Шестакова М.В., Мокрышева Н.Г., Дедов И.И. Сахарный диабет в условиях вирусной пандемии covid-19: особенности течения и лечения // Сахарный диабет. 2020. Т. 23. № 2. С. 132-139.

4. Данилова Л.И., Луцки М.Л., Исачкина О.Н., Валуевич В.В. Сахарный диабет, дисгликемия и covid-19: новое в коррекции и профилактике осложнений // Рецепт. 2020. Т. 23. № 2-3. С. 362-369.

5. Романовский А.А., Ярошевич Н.А., Луцки М.Л., Радюк Д.В., Бурко И.И., Данилова Л.И. Острые осложнения сахарного диабета при covid-19 // Рецепт. 2020. Т. 23. № 2-3. С. 406-415.

УДК 616211-002.

ОЦЕНКА СПЕЦИФИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Умаров Р.З.

ЗАМБУРУҒЛИ РИНОСИНУСИТЛАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИНГ БАХОЛАШ

Умаров Р.З.

ASSESSMENT OF SPECIFIC FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF FUNGAL RHINOSINUSITIS

Umarov R.Z.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Хронические воспалительные заболевания околоносовых пазух достаточно часто ассоциированы на практике с грибковой инфекцией. Целью данной работы стал анализ особенностей клинического течения грибковых риносинуситов. Путем аналитического исследования субъективной, объективной симптоматики, а также признаков, которые выявлялись в результате инструментальных и микробиологических исследований, были выявлены закономерности клинического течения грибковых риносинуситов.

Ключевые слова: риносинусит; грибковый риносинусит; клинические особенности.

Chronic inflammatory diseases of the paranasal sinuses are often associated in practice with a fungal infection. The aim of this work was to analyze the features of the clinical course of fungal rhinosinusitis. Through an analytical study of subjective, objective symptoms, as well as signs that were revealed as a result of instrumental and microbiological studies, the regularities of the clinical course of fungal rhinosinusitis were identified.

Введение. Грибковые поражения околоносовых пазух встречаются редко, однако, при наличии сопутствующих системных болезней могут иногда угрожать жизни пациента. Распространенность грибковых риносинуситов значимо увеличилась за последние десять лет и имеет тенденцию к продолжению своего роста. Продолжает увеличиваться количество пациентов с высоким риском развития грибковых заболеваний [1,2,3]. Это происходит из-за стремительного развития медицинских технологий, что проявляется широким применением цитостатической и иммуносупрессивной терапией, необоснованным применением антибактериальных препаратов широкого спектра действия и увеличения количества больных с персистирующей вирусной инфекцией, в том числе и пациентов с ВИЧ [4,5].

Цель. Изучить особенности течения хронического грибкового риносинусита на основании клинико-функциональных показателей.

Материал и методы исследований. Исследование было проведено на базе клиники «ProfMedService» в период с 2018 по 2020 годы. Исследование включало 60 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет, среди которых насчитывалось 34 мужчин и 36 женщин. В ходе исследования диагноз у всех пациентов был подтвержден данными комплексного осмотра, включавший тщательный сбор жалоб и анамнеза, эндоскопическое исследование полости носа и околоносовых пазух, методы лучевой визуализации (КТ и МРТ), а также микробиологическое исследование.

Результаты. Результаты проспективного исследования показали, что большая часть пациентов (80%) находилась в возрасте от 23 до 35 лет. Как было указано выше, среди пациентов несколько преобладали пациенты мужского пола. Анализ субъективных симптомов показал, что чаще всего пациенты предъявляли жалобы на заложенность носа (100%), наличие отделяемого из полости носа (96,7%) и головную боль (93,3%). Менее часто пациенты жаловались на гипосмию (20%), наличие «храпа» (3,3%), слезотечение (6,6%), ротовое дыхание (6,6%) и изменение голоса (3,3%).

Наиболее частым сопутствующим ЛОР-заболеванием у исследованных пациентов являлся аллергический ринит (53,3%). У 8 пациентов (13,3%) имелся сахарный диабет 2 типа и у 2 пациентов иммунодефицитное состояние (3,3%). Среди симптомов, выявляемых при объективном осмотре преобладали лицевые боли (60%) и искривление носовой перегородки (58,3%). Реже определялся полипоз (55%) и отек щечной области (3,3%).

На основании микробиологического исследования можно выделить 4 основных возбудителей из представителей грибов, которые участвовали в развитии патологического процесса. Наиболее часто у пациентов удавалось выделить аспергилез (86,7%). Менее часто определились грибы из рода *Penicilium* (5%), *Candida* (5%) и *Scidosporium* (3,3%).

Наиболее частыми признаками патологического процесса, которые обнаруживались при МСКТ являлись утолщение слизистой оболочки (100%), односторонний синоназальный полипоз (80%) и закупорка остиомеатального комплекса (93,3%). Признаки эрозии костной ткани встречались достаточно редко (10%). Распределение грибковых риносинуситов в зависимости от вовлечения синусов показало, что наиболее часто в патологический процесс вовлекалась гайморова пазуха (90%). Клиновидная и решетчатая пазухи вовлекались в патологический процесс с одинаковой частотой (80%). Лобная пазуха вовлекалась в патологический процесс относительно редко (50%).

Таким образом, анализ основных клинико-функциональных показателей у пациентов с грибковым риносинуситом показал, что наиболее частым предрасполагающим фактором заболевания является персистирующий аллергический процесс в организме, чаще в виде аллергического ринита. Наиболее предрасположенной к развитию патологического процесса областью является гайморова пазуха. При этом клиническое течение характеризуется неспецифической и типичной для всех риносинуситов симптоматикой.

Вывод. Наблюдения за пациентами показали, что наиболее чувствительным методом диагностики грибкового риносинусита, несмотря на наличие ряда радиологических признаков, является микробиологическое исследование, результаты которого непременно следует соотносить с данными анамнеза и объективного осмотра.

Литература

1. Бойко Н.В. Клинико-лабораторная диагностика грибковых тел околоносовых пазух // Российская ринология. – 2011. – № 1. – С. 4-7.
2. Klossek J.M. Fungal Rhinosinusitis // Scott-Brown's Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. - Volume 2.(7th edition). – 2008. – P. 1449-1457.
3. Chatterjee S.S., Chakrabarti A. Epidemiology and medical mycology of fungal rhinosinusitis // Otorhinolaryngology Clin. – 2009. - 1(1). – P. 1-13.
4. Naghibzadeh B., Razmpa E., Alavi Sh. Prevalence of fungal infection among Iranian patients with chronic sinusitis // Acta Otorhinolaryngol Ital. – 2011. - 31(1). – P. 35–38.
5. Kasapoglu F., Coskun H., Ozmen O.A. Acute invasive fungal rhinosinusitis: Evaluation of 26 patients treated with endonasal or open surgical procedures // Otolaryngol Head Neck Surg. – 2010. – 143. – P. 614-620.

ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АОРТОАРТЕРИИТАХ У ДЕТЕЙ

Умаров Ф.Ф., Жураев М.Б., Исканова Г.Х.

Ташкентская медицинская академия

Аортоартериит у детей (болезнь Такаюсу), или болезнь отсутствия пульса-это воспаление крупных сосудов. В странах Азии (в частности, Индии) случаи аортоартериита у детей встречаются часто. Однако это заболевание поражает детей всех этнических групп и во всем мире занимает 3-е место среди детских васкулитов после геморрагического васкулита и болезни Кавасаки. Девочки заболевают в 2,5 раза чаще мальчиков. Примерно в 1/3 случаев аортоартериит проявляется до 20-летнего возраста; симптомы обычно возникают у детей старше 10 лет, хотя описан случай заболевания и у 8-месячного ребенка. Хроническое воспаление с облитерацией поражает преимущественно аорту и ее главные ветви. Интервал между первыми проявлениями и диагнозом у детей достигает 15-19 мес, т. е. почти в 4 раза больше, чем у взрослых. [1-9].

Цель исследования. Оценить клинико-инструментальные особенности течения аортоартериитов у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 6 девочек, которые были госпитализированы в клинику ТМА с диагнозом аортоартериит с 2019 по 2021 год. Возраст девочек 11-18 лет, длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 3 лет. Все больные являлись сельскими жителями.

Результаты. Клинические проявления аortoартериита характеризовались ночной потливостью 75%, потерей аппетита 75% и массы тела 75%, утомляемостью 75%, миалгией 50% и воспалением суставов 50%, артериальной гипертонией 100%. В анамнезе наблюдались узловая эритема 50%, эритема типа бабочки 50% и узловатый васкулит 50%, миоперикардит 50%, ревматоидный артрит 25% и полимиозит 25%. На фоне исчезновения пульса на руках наблюдался характерный шум над сонными и подключичными артериями. При интерпретации лабораторных анализов повышение антистрептолизина О, С-реактивного белка, титра АЦПП-14ЕД/мл, АНАТ-1:100 наблюдалось у всех больных. На УЗИ: изменения в паренхиме печени были незначительные. В почках изменения не выявлены. На эхокардиоскопии-уплотнение клапанов аорты 30%, митрального клапана 25%. Гипертрофия миокарда левого желудочка 60% и увеличение полости левого предсердия и желудочка -50%. Среди инструментальных методов диагностики сосудистого поражения при артериите Такаясу одно из ведущих мест принадлежит мультиспиральной контрастной томографии артерий [6–8]. Она позволяет оценить степень гемодинамических нарушений а также состояние артериальной стенки.

Проводилась оценка как гемодинамических нарушений, возникающих в результате артериита Такаясу, так и степени (интенсивности) отека сосудистой стенки, что служило косвенным признаком активности васкулита. Именно визуализация и интерпретация интенсивности отека стенки аорты или магистральных артерий как показателя их воспаления являлись основой нашего исследования.

Во всех случаях интерпретаций МСКТ мы визуализировали выраженный отек сосудистой стенки, исчезновение визуализации крупных артерий разной степени, что достоверно коррелировало с клинико-лабораторной картиной заболевания (рис.).

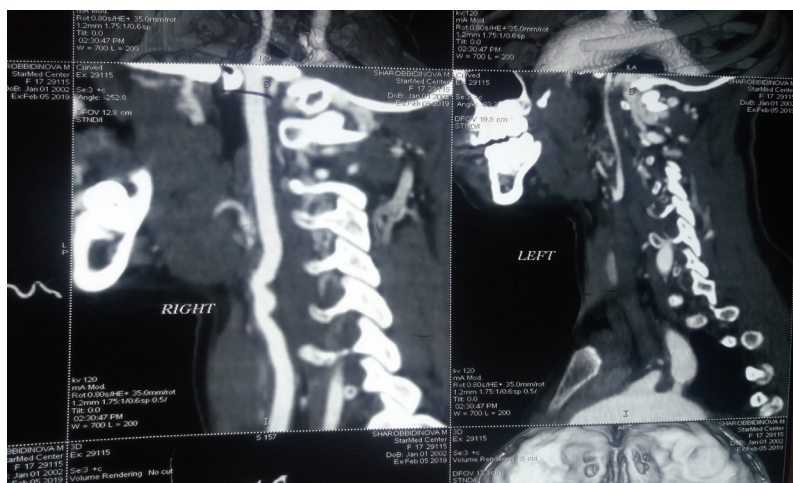


Рисунок. Мультиспиральная контрастная томография с контрастированием аорты и ее ветвей. Ребенок 16 лет. Левая сонная артерия не визуализируется.

Выводы

При диагностике аortoартериитов ключевую роль играют общеклинические анализы, но только с помощью инструментальных методов диагностики можно сделать окончательный вывод. МСКТ в целях оценки гемодинамических нарушений и состояния сосудистой стенки предположительно является информативным малоинвазивным методом визуализации стенотических и воспалительных изменений аорты и ее магистральных ветвей. МСКТ может быть использована как для диагностики, так и для мониторинга артериита Такаясу. Для повышения информативности оценки сосудистых изменений, в особенности у пациентов с длительным течением артериита Такаясу или нетипичной картиной болезни, может быть рекомендовано сочетание различных методов визуализации.

Литература

1. Асанов А. Ю. Основы генетики и наследственные нарушения развития у детей. — М, 2003.-С. с.147-157.
2. Балабанова Р. М. Новые направления в фармакотерапии ревматических заболеваний. Научно-практическая конференция «Новое в диагностике и лечении ревматических заболеваний», доклад. М., 13—15 декабря 2012.
3. Барнс К.Г. «Клиническая ревматология» под редакцией Х.Л. Каррея, Москва 2009, с. 329.
4. Карташова В.И. Критические состояния и неотложная терапия при диффузных болезнях соединительной ткани у детей. Москва 2005, с. 236.
5. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Избранные лекции по клинической ревматологии. М.: Медицина, 2011.
6. Mukherjee D, Aguilar R.C. Between primary cilia assembly and Rac1-mediated membrane remodeling. *Commun Integr Biol.* 2012 Nov 1. 5(6):641-4. [Medline].
7. McCrea HJ, De Camilli P. Mutations in phosphoinositide metabolizing enzymes and human disease. *Physiology (Bethesda).* 2009 Feb. 24:8-16. [Medline].
8. Смитиенко И.О., Атысова Е.В., Новиков П.И. Методы визуализации сосудистого воспаления при артериите Такаясу. РМЖ «Медицинское обозрение» №9(II), 2019 https://meduniver.com/Medical/Physiology/aortoarteriit-bolezn_takaiasu.html.

БОЛАЛАРДА УЧРАЙДИГАН БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИДА КОМПЛЕКС РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ФОТОХРОМОТЕРАПИЯНИ ҚЎЛЛАШ

Усманходжаева А.А., Рахимбердиева Г.У.

Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқот мақсади: Болаларда учрайдиган бронхиал астма касаллигини комплекс реабилитациясида фотохромотерапияни аҳамияти ва уни қўллашда самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва усуллар: Бронхиал астма касаллиги билан оғриган болаларни ёши, жинси ва касалликнинг клиникасига мос равишда 3 гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳ-назорат гуруҳи медикаментоз даво оладиган беморлар киритилди, иккинчи гуруҳ медикаментоз даво, нафас машқлари ва физиотерапия (ингаляция, ультратовуш терапия, электроуйку) муолажалари ўтказиладиган беморлар киритилди. Учинчи гуруҳда медикаментоз даво, нафас машқлари, физиотерапия (ингаляция, ультратовуш терапия, электроуйку) ва фотохромотерапия ўтказиладиган беморлар киритилди.

Касалликни аниқлаш ва ўтказиладиган муолажа самарадорлигини аниқлаш мақсадида қуйидаги текширув усуллари ўтказилди.

Умумий клиник текширувлар (шикоатлари, анамнез, объектив курик, йутал характери, аускультатив текширув, умумий қон тахлили); спирометрия; пикфлоуметрия; кўкрак қафаси рентенографияси; балғам тахлили.

Тадқиқот натижалари: Болаларда бронхиал астма билан касалланганда гиперреактивлик кузатилади. Ҳозирда тахминан болаларнинг 10% и ушбу касалликдан азият чекмоқда, бу курсатгич ҳозирги кунда янада кўпаймоқда. Бунга сабаб, дунёдаги экологик вазиятнинг ёмонлашуви ва наслий мойилликдир. Касаллик ҳар қандай ёшда ва ҳар қандай жинсда кузатилиши мумкин. Лекин асосан ўғил болаларда қизларга нисбатан кўпроқ учрамоқда. Бронхиал астма билан оғриган болаларда комплекс даволаш билан биргаликда реабилитологик физио муолажаларни қўллаш муҳим ҳисобланади. Асосан физиотерапевтик муолажалардан хуруж даврида небулайзер орқали бронхолитиклар инголяцияси қўлланилса, физик муолажаларни қолган турларини хуруж бўлмаган пайтларда тайинланади.

Умумий текширилувчилар сони 60та, улардан 73,33% ўғил болалар, 26,67% қиз болалар, 1 ёшдан 3 ёшга-ча 25%. 4-10 яшар болалар 61,67%, 11-14 яшар болалар-13,33%. Текширилувчиларнинг тадқиқот гуруҳига физио муолажалар билан бирга фотохромотерапия муолажаси ўтказилди. Натижада беморларда хуружлар сони камайиши кузатилди. Тадқиқот бошида ва ҳозирда ўтказилган спирометрия ва пикфлоуметрия текширувлар солиштирилганда кўрсаткичлар яхшилангани, беморда нохуш ҳолатлар кузатилмагани аниқланди.

Хулоса. Фотохромотерапия муолажасини бронхиал астмада қўллаш кутилган яхши натижалар ўз тасдиғини топди. Дастур асосида бронхиал астма билан касалланган болаларда фаол ҳаёт тарзи ва иш қобилиятини яхшиланиши, ремиссия даврини узокроқ давом этишига кузатилди.

ARTERIAL GIPERTENZIYAVA SEMIZLIK BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA ARTERIAL QON BOSIMINING SUTKALIK RITMINI O'RGANISH

Fayziyeva M.I., Nuritdinova N.B., Shukurdjanova S.M.

ИЗУЧЕНИЕ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Файзиева М.И., Нуритдинова Н.Б., Шукурджанова С.М.

THE STUDY OF THE DAILY RHYTHM OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND OBESITY

Fayziyeva M.I., Nuritdinova N.B., Shukurdjanova S.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Arterial gipertoniya bilan og'rigan yondosh semizlik bor va semizlik bo'lmagan bemorlarda arterial qon bosimi ritmining sutkalik o'zgarishi o'rganildi. Tekshiruvga 54ta bemor olindi. Arterial qon bosimi ritmining sutkalik o'zgarishi ABPM 50 (Xitoy 2017) apparati yordamida arterial bosimini sutkalik monitoringini o'tkazish yo'li bilan o'rganildi. Olingan natijalarga ko'ra semizlik kuzatilgan bemorlarda semizligi bo'lmagan bemorlarga nisbatan arterial bosimning sutkalik o'zgarishi yuqori bo'ladi. Arterial bosimning sutkalik monitoringi ko'rsatkichlariga ko'ra, semizlik mavjud bo'lgan arterial gipertoniya bemorlarda tungi vaqtlarda arterial qon bosimining yetarli pasaymasligi yoki arterial qon bosimining oshishi kuzatilishi mumkin.

Kalit so'zlar. Arterial gipertenziya, abdominal semizlik, tana vazni indeksi, arterial bosimning sutkalik monitoringi.

Daily changes in arterial blood pressure were studied in patients with arterial hypertension and obesity, another group with non-obese patients. 54 patients were examined. Daily changes in arterial blood pressure were studied by daily monitoring of blood pressure using the device ABPM 50 (China 2017). According to the results obtained, the daily change in blood pressure is higher in patients with obesity than in non-obese patients. According to the daily monitoring of blood pressure, in patients with arterial hypertension with obesity, there may be an insufficient decrease of blood

pressure or increasing of blood pressure at night.

Maqsad. Semizligi bor va normal tana vazniga ega arterial gipertenziya bilan og'riqan bemorlarda arterial gipertenziyaning sutkalik ritmini o'ziga xos kechish xususiyatlarini aniqlash.

Material va metodlar . Tekshiruv Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 1-kardiologiya va umumiy terapiya bo'limlarida o'tkazildi. Arterial gipertenziyasi mavjud bo'lgan 54 ta bemor (25 ta ayol va 29 ta erkak) tekshirildi, ularning o'rtacha yoshi $62,7 \pm 10,3$ ni tashkil etdi.

Arterial gipertenziya diagnozi verifikatsiyasi va bemorlarni xavf guruhi bo'yicha stratifikatsiyasi JSST kriteriyalari (1999) bo'yicha aniqlandi. Yurak –qon tomir kasalliklari asoratlarini vujudga kelish xavfi stratifikatsiyasiga ko'ra 10ta bemorda (35%) o'rtacha xavf, 36ta bemorda (45%) yuqori xavf va 8ta bemorda (20%) juda yuqori xavf aniqlandi. Bemorlar 2ta guruhga ajratildi: arterial gipertenziya va abdominal semizlik bilan kasallangan bemorlar (38 ta bemor) va arterial gipertenziya va normal tana vazniga ega bo'lgan bemorlar (16tabemor). Barcha bemorlarda sutkalik qon bosimini monitorlash ABPM 50 (Xitoy 2017) apparatida o'tkazildi; sutkalik qon bosimini monitorlash bo'yicha quyidagi ko'rsatkichlar aniqlandi: o'rtacha vaqt ko'rsatkichlari: o'rtacha sutkalik AB, o'rtacha kunduzgi AB, o'rtacha tungi AB arterial qon bosimi variabelligi: kunduzgi qon bosimi variabellik indeksi, tungi qon bosimi variabellik indeksi va arterial qon bosimi sutkalik ritm ko'rsatkichlari: sistolik bosim sutkalik indeksi, diastolik bosim sutkalik indeksi, ertalabki qon bosimi ko'tarilish tezligi. Barcha bemorlarda tana vazni indeksi (TVI) aniqlandi. TVI normal ko'rsatkichiga ega bo'lgan bemorlar soni 10ta (18,5 %)ni tashkil etdi. Arterial gipertenziya va semizlik mavjud bo'lgan bemorlarning TVI bo'yicha 16 ta bemorda ortiqcha tana vazni, 17 ta bemorda I daraja semizlik, 11 ta bemorda II daraja semizlik aniqlandi. Yuqori tana vazniga ega bemorlarda TVI $25 \pm 2,1$ ni, I daraja semizlik $33 \pm 1,6$ ni, II daraja semizlikda $36,7 \pm 1,2$ ni tashkil qildi. Ayollarda 53,8 % , erkaklarda 8,9% ortiqcha tana vazni va semizlik qayd etildi. Bel aylanasi (BA) cho'zilmaydigam santimetr lentasi yordamida o'lchandi. Abdominal semizlik erkaklar uchun $BA \geq 102$ sm va ayollar uchun $BA \geq 88$ sm dan yuqori bo'lganda qayd etildi.

Barcha bemorlarda biokimyoviy qon tahlili (lipid spektri ko'rsatkichlari, qand miqdori va kreatinin) o'tkazildi. Barcha bemorlarda SF 36 savolnomasi yordamida hayot sifati aniqlandi.

Tekshiruv natijalari

Bel aylanasi ko'rsatkichlariga ko'ra semizlik tarqalganligi 33,8% (erkaklarda= 8,9%; ayollarda= 53,8%)ni tashkiletdi. Arterial qon bosimining sutkalik monitoringi ko'rsatkichlari o'rganilganda AG va ortiqcha tana vazni bilan og'riqan bemorlarda ko'rsatkichlar o'rtasida ishonchli farq aniqlanmadi. Semizlik bilan og'riqan bemorlarda o'rtacha kunlik sistolik arterial bosim shuningdek, sutkalik indeks semizlik bilan og'rimagan AGli bemorlarga nisbatan yuqoriligi aniqlandi. Normal tana vazniga ega AG li bemorlarning 69%da tungi AQB normal pasayishi kuzatildi. Normal tana vazniga ega AGli bemorlarda yuqori variabellik 4 ta (40%) bemorda, ortiqcha tana vazniga ega bemorlarning 8 tasida (50%), semizlik bilan og'riqan bemorlarning 19 tasida (67%) AQB ning yuqori variabelligi aniqlandi.

1-jadval

Sutkalik qon bosimi monitoringi natijalari

Variatsiya	Normal tana vaznli bemorlar	Ortiqcha vaznli bemorlar	SemizlikI-II bemorlar	p
O'rtacha sutkalik AB	129/84	122/81	133/84	0,2
O'rtacha kunduzgi AB	132/89	129/87	151/90	0,2
O'rtacha tungi AB	126/78	111/72	144/85	0,055
Kunduzgi qon bosimi variabellik indeksi	21/25	20,5/23,5	25/24	0,3
Tungi qon bosimi variabellik indeksi	22/15,5	25/13,5	28/17	0,0007
Tungi qon bosimi pasayish darajasi	12/15	8,5/10	7/8	0,04/0,5
Ertalabki qon bosimi ko'tarilish tezligi	15/23	17/11,5	18/12,7	0,4/0,1
Sistolik bosim sutkalik indeksi (%)	9,2%	3,7%	3,4%	0,3
Diastolik bosim sutkalik indeksi (%)	10,6%	4,6 %	5,1%	0,3

Xulosa

1. Arterial gipertenziya va semizlik bilan og'riqan arterial qon bosimini sutkalik monitorlash natijalariga ko'ra, arterial qon bosimi ritmining sutkalik o'zgarishi semizlik bilan og'rimagan bemorlarga nisbatan ko'p uchraydi.

2. Arterial gipertoniya va semizlik bilan og'riqan bemorlarda arterial bosimni sutkalik monitoringi natijalariga ko'ra non-dipper va night-peaker holatlari ko'proq uchraydi.

Adabiyotlar

1. CDC. Hypertension. 2011 [updated 2011; cited 18 August 2011]. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hypertens.htm>.
2. World Health Organization Global strategy on diet, physical activity and health World Health Organization; 2004. [cited 2008 Oct 22].
3. World Health Organization Obesity and overweight [homepage on the Internet]. c2006. [updated 2010; cited 2010 Dec 13]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
4. The European Food Information Council Obesity and overweight [homepage on the Internet]. c2006. [updated 2010 Dec 13; cited 2010 Dec 13]. Available from: <http://www.eufic.org/article/en/expid/basics-obesity-overweight/>

5.The NHS Information Centre LS. Statistics on obesity, physical activity and diet: England, 2011. Available from: <http://www.ic.nhs.uk/pubs/opad11>. Publisher: The health and social care information centre. (accessed 24 February 2011).

6.CDC. U.S. Obesity Trends. 2011 [updated 2011; cited 18 August 2011]. Available from: <http://www.cdc.gov/obesity/data/trends.html#State>.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА

Фаттахов Р.А., Қулдашов А.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Туберкулез ЦНС, особенно туберкулёзный менингит (ТМ) сегодня, как и в прошлые времена, является одним из наиболее трудно диагностируемых заболеваний. Современное его выявление (в срок 10-12 дней) наблюдается лишь у 20-30% больных, что объясняется многообразием его клинических и морфологических проявлений.[2;3;4].

Проблема туберкулезного менингита - это проблема поздней диагностики и, как следствие, несвоевременно назначенной терапии, что приводит к неблагоприятным исходам в виде инвалидизации или смерти больных [1].

Выявление факторов риска развития ТМ является актуальной проблемой фтизиатрии, так как определение факторов риска позволяет заранее выявить группу больных предрасположенных к развитию туберкулезного менингита.

Цель: оценить значения факторов риска развития туберкулезного менингита (ТМ).

Материал и методы исследования. Обследовано 58 больных, поступивших в клинику Республиканского специализированного научно практического центра фтизиатрии с диагнозом ТМ в период 2001 по 2018гг. Всем больным наряду с клиническими наблюдениями проводили комплексное клинико – лабораторные исследования.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных было 31 (53,4±6,4%) мужчин и 27 (46,6±6,4%) женщин. Среди больных преобладали больные в возрасте 21 – 30 лет (46,6±6,4%). Среди больных с активным легочным туберкулезом преобладал диссеминированный туберкулез легких 27(73±5,7%).

У 44 больных были изучены факторы, способствующие развитию ТМ. Статистически обработаны анамнестические, субъективные, объективные, лабораторные данные. Больные были разделены на две группы: 1-я группы – 22 больных, у которых на фоне комплексного лечения наблюдалось развитие ТМ; 2-я группа – 20 больных, у которых процесс характеризовался отсутствием ТМ. При математической обработке методом наибольшего правдоподобия была рассчитана вероятность появления того или иного фактора при ТМ, для каждого из них определены коэффициенты отношения правдоподобия – коэффициент риска (КР) развития ТМ.

Прогностически значимыми оказались такие факторы, как низкая эффективность предыдущего лечения- КР составляет 2,5, то есть в 2,5 раза увеличивает риск развития ТМ, наличия черепно- мозговой травмы в анамнезе (КР-13), перенесенный туберкулез в детстве (КР-3), наличия диссеминированного туберкулеза легких (КР-7,13)5),наличие внелегочного туберкулеза легких (КР- наличия сопутствующих заболеваний ВИЧ (КР – 5), наличие лимфопении (КР – 2,3), повышение СОЭ более 40 мм/ч (КР – 2,5), возраст от 30 до 40 лет (КР – 4,0), мужской пол (КР – 1,2).

На основании математического анализа создан алгоритм риска развития туберкулезного менингита, использования которого дает возможность практическому врачу выявить группу больных имеющих высокий риск развития туберкулезного менингита.

Заключение. Таким образом, больные с диссеминированным ТБ и наличием внелегочного ТБ, черепно-мозговой травмой в анамнезе имеют высокий риск развития менингита и требуют наблюдения.

Литература

1. Бугакова С.Л. Туберкулёзный менингит. Вопросы патогенеза, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и исходов. //Учебное пособие. Астана. 2010. С.100.
2. Внелегочный туберкулез / Под ред. А.В.Васильева.- СПб.: ИКФ «Фолиант», 2006. 568с.
3. Внелегочной туберкулез// Под редакцией Н.А Браженко. -Санкт Петербург. Спец Лит. 2013. С345.
4. Галимзянов Х.М., Стрельцова Е.Н., Черенова Л.П., Курятникова Г.К. Течение туберкулезного менингита в современных условиях среди взрослого населения // Туберкулез и болезни легких. -2015-№ 5.-С. 66-67.
5. Torok ME. Tuberculous meningitis: advances in diagnosis and treatment. Br Med Bull. 2015;113(1):117–31.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ФИБРИНОЛИТИК ФАОЛЛИК ТИЗИМИНИНГ ПАТОГЕНЕТИК МЕХАНИЗМЛАРИ

Хасанова Н., Нуриллаева Н.М.

Тошкент тиббиёт академияси

Маълумки гемостаз тизими фаолиятининг бузилиши, қоннинг томир ичида қовушқоқлигининг ортишига ва тромб ҳосил бўлишига олиб келади. Бу жараён ЮИҚнинг патогенезида муҳим бўғин ҳисобланади. Тромб ҳосил бўлишида фибринолиз тизими ва гемоккоагуляция омиллари ўртасидаги тафовут муҳим аҳамият касб этади.Фибринолизнинг бузилиши ҳам артериялардаги тром ҳосил бўлиши жараёнларининг хавф омилли бўлиши мумкин. Маълумки, PAI-I қондаги фибринолитик реакцияларининг асосий тартибга келтирувчи омил ҳисобланади. Бу оқсил фибри-

нолиз фаоллигининг асосий ва ташқи йўлига жавобгар бўлган, плазминоген тўқима активаторини боғлайди ва фаоллигини чеклайди. Хозирги кунда ЮҚТКнинг > 200 ортиқ хавф омиллари мавжуд. ЮИК ва унинг асоратларини кенг тарқалганлик сабаби бу касалликка ўз вақтида ташхис қўймаслик ва хавф омилларини бартараф этмаслик ҳисобланади. **Натижалар:** Тадқиқотимиз натижаларига кўра, юрак ишемик касаллигига (ЮИК) чалинган 67 та тадқиқотга киритилган беморлардан артериал гипертензия (АГ) мавжуд бўлган 44 та беморда $14,1 \pm 0,61$ балл билан юқори даражада хавотир-тушқунлик синдроми кузатилган. 24 нафар беморда 1-3 даражали семизлик мавжуд бўлиб, умуй холестерин $4,6 \pm 0,11$ ммоль/л ни ташкил этди. Беморларнинг ҳеч бири статинлар қабул қилмаган. Хулоса: ЮИК билан АГ мавжуд бўлган беморларда фибринолитик тизимдаги, айниқса плазминоген активатор ингибитор-1 (РАI-1) бузилишлари кузатилга беморларда медикаментоз ва номедикаментоз давони жиддий коррекциялаш зарур.

Калит сўзлар: Юрак ишемик касаллиги, артериал гипертензия, плазминоген активатор ингибитор-1, фибринолиз,

Кириш

Плазминоген активатори- томиричи тромбозларидан ҳимояловчи муҳим эндоген механизмлардан бири ҳисобланади. Плазмада асл фибринолитик фаолликни тўқима типдаги плазминоген активатори (t-PA) ва унинг тез таъсир этувчи табиий ингибитори- плазминоген активатор ингибитор-1 (РАI-1) ўртасидаги мувозанат орқали аниқланади [1].

Семизлик ва инсулинга резистентлик бузилиши кузатилган беморларда плазмада РАI-1 фаоллиги доимий юқорилиги кузатилади. РАI-1 нинг аниқ манбааси бўлиб, томирлар эндотелийси, жигар ва ёки адипоцитлар, бундан ташқари висцерал ёғ ичида жойлашган стромал хужайралар билан бирга ёғ тўқимаси ҳисобланади [2]. Фибринолизда иштирок этувчи оқсилни қамалловчи РАI-1 гени ўзининг семизлик билан боғлиқ бўлган турли метаболик ва гормонал омилларга сезувчанлиги билан ажралиб туради.

РАI-1 генининг кўтариловчи назорат қисмининг аналитик тадқиқоти, ўз ичига элемент жавобини олган транскрипцион жавобнинг мувофиқ сайтларини, бундан ташқари глюкокортикоидлар, алдостерон, жуда паст зичликдаги липопротеинлар билан жавоб сайти ва Sp1, глюкоза/глицозамин реакцияси воситачилик қилувчи яна икки сайтларни бирлаштириш имконини берди [3,4].

Психик ва психологик стрессорлар билан боғлиқ бўлган РАI-1 фаоллигининг детерминанти мавжуд бўлиб, бу ҳолатда РАI-1 асосий стресс-индуцирланган ген сифатида тушунтирилади [5]. Барчага маълумки руҳий ва жисмоний юкламалар фибринолитик фаолликка салбий таъсир кўрсатиб, тромботик асоратлар ривожланиши хавфини сезиларли оширади [5]. Стресс реакцияси хужайранинг универсал сақланган дастурли ҳимояси ҳисобланиб, гемостазни сақлашга муҳим ҳисобланади. Стресс ҳолатлари (масалан: гипертермия; ўткир яллиғланиш, гипоксик стресс, оксидланувчи шикаст, бундан ташқари чарчаш, қувватсизлик) қисқа муддатда РАI-1 билан бир қаторда генлар экспрессиясининг ўзгаришига олиб келади [6].

Материал ва метод

Тадқиқотга Тошкент Тиббиёт Академияси кўп тармоқли клиникасининг “Кардиология” бўлимида стационар даволанаётган, Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ва артериал гипертензияга чалинган 67 та (31 та аёл/36 та эркак) бемор киритилган бўлиб, уларнинг ўртача ёши $60,2 \pm 0,76$ ни ташкил этди. Ушбу беморларда ЮИК хавотир депрессия синдроми HADS шкаласи ёрдамида, семизлик эса Кетле формуласи орқали тана вазни индексини ҳисоблаш орқали баҳоланди. Барча беморларга умумий қон тахлили, умуй пешоб тахлили, қон биокимёвий тахлили, коагулограмма ва липид спектри каби стандарт текшириш усуллари ўтказилди.

Натижалар ва мунозара

Тадқиқотимиз натижаларига кўра, ЮИК чалинган 67 та тадқиқотга киритилган беморлардан артериал гипертензия (АГ) мавжуд бўлган 44 та беморда $14,1 \pm 0,61$ балл билан юқори даражада хавотир-тушқунлик синдроми кузатилган.

Фибринолитик йўлнинг инсон саломатлиги билан боғлиқ бўлган бир неча муҳим ривожланувчи ҳолатларидаги аввалги ролини ҳисобга олган ҳолда, кўплаб салбий протромботик ҳолатларни чеклашга қаратилган, кузатилиши мумкин бўлган ҳулқ-атворий ва фармокологик тадқиқотларда текширилган. Ушбу тадқиқотларнинг кўпчилигида РАI-1 таклиф этилаётган ҳолатларда муваффақиятни ёки муваффақиятсизликни баҳолаш учун муҳим қизиқиш уйғотган маркер бўлиб фойдаланилган.

Ушбу исботланган маълумотларга мос равишда бизнинг тадқиқотимизда иштирок этган беморлар куйидаги патогенетик давони қабул қилишган: в-блокаторлардан - бисопролол; ААФи - эналаприл; антиагрегантлар – ацетилсалицил кислота;

Жисмоний фаоллик t-PA фаоллигини ошириш ва РАI-1 концентрациясини пасайтириш орқали фибринолитик фаолликни кучайтиради. Доимий жисмоний машқлар тромбоцитлар фаоллигини камайтиради ва ёшга хос бўлган эндотелиал дисфункцияга таъсир кўрсатади [7]. Ушбу маълумотга асосланган ҳолда, бизнинг тадқиқотимизда ҳеч қайси бемор жисмоний машқлар билан шуғулланмаган.

Ренин-ангиотензин тизими фаоллиги РАI-1 билан чамбарчас боғлиқ. Ангиотензиноген 2 ангиотензиногеннинг ишлов берилган биологик фаол маҳсулоти ҳисобланади, шу ўринда у инсон адипоцитларининг транскрипция даражасида РАI-1 экспрессиясини стимуллади [8]. Протромботик ҳолатлар ривожланишини чеклашга таъсир этувчи дори воситалардан бири – гиполлипидемик воситалар, айниқса статинлар ҳисобланади. Статинлар плазминоген активатори фаоллигига сезиларли таъсир кўрсатади [4]. Организмдаги эндо-

телиал хужайраларда ва томирларнинг силлиқ мушаклари хужайраларида статинлар ўзининг яллиғланишга қарши таъсири орқали яллиғланиш омиллари фаоллигини камайтиради [9].

24 нафар беморда 1-3 даражали семизлик мавжуд бўлиб, умуй холестерин $4,6 \pm 0,11$ ммоль/л ни ташкил этди. Беморларнинг ҳеч бири статинлар қабул қилмаган.

Хулоса

Манбааларда келтирилган ва амалиётимизда эришилган натижаларнинг маълумотларига кўра, ЮИК билан АГ мавжуд бўлган беморларда фибринолитик тизимдаги, айниқса плазминоген активатор ингибитор-1 (PAI-1) бузилишлари кузатилга беморларда медикаментоз ва номедикаментоз давони жиддий коррекциялаш зарур.

Адабиётлар

1. Andreotti F, Kluff C. Circadian variation of fibrinolytic activity in blood. *Chronobiol Int.* 1991;8:336–351.
2. Bastelica D, Morange P, Berthet B, et al. Stromal cells are the main plasminogen activator inhibitor-1-producing cells in human fat: evidence of differences between visceral and subcutaneous deposits. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2002;22:173–178.
3. Brown NJ, Kim KS, Chen YQ, et al. Synergistic effect of adrenal steroids and angiotensin II on plasminogen activator inhibitor-1 production. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85:336–344.
4. Kruithof EK. Regulation of plasminogen activator inhibitor type 1 gene expression by inflammatory mediators and statins. *Thromb Haemost.* 2008;100:969–975.
5. Yamamoto K, Takeshita K, Shimokawa T, et al. Plasminogen activator inhibitor-1 is a major stress-regulated gene: implications for stress-induced thrombosis in aged individuals. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2002;99:890–895.
6. Yamamoto K, Takeshita K, Kojima T, Takamatsu J, Saito H. Aging and plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1) regulation: implication in the pathogenesis of thrombotic disorders in the elderly. *Cardiovasc Res.* 2005;66:276–285.
7. Taddei S, Galetta F, Virdis A, et al. Physical activity prevents age-related impairment in nitric oxide availability in elderly athletes. *Circulation.* 2000;101:2896–2901.
8. Skurk T, Lee YM, Hauner H. Angiotensin II and its metabolites stimulate PAI-1 protein release from human adipocytes in primary culture. *Hypertension.* 2001;37:1336–1340.
9. Dichtl W, Dulak J, Frick M, et al. HMGCoA reductase inhibitors regulate inflammatory transcription factors in human endothelial and vascular smooth muscle cells. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2003;23:58–63

УДК: 616.9:578.834.1: 618.2/.7-022:036

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В РАННИХ СРОКАХ

Хикматуллаева М.Р., Нажмутдинова Д.К.

COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИНИ УТКАЗГАН АЁЛЛАРДА ХОМИЛАДОРЛИК КЕЧИШИ ВА НАТИЖАЛАРИ

Хикматуллаева М.Р., Нажмутдинова Д.К.

PROGRESS OF PREGNANCY AND OUTCOME OF LABOR IN WOMEN WITH COVID-19 IN THE EARLY PERIOD

Khikmatullaeva M.R., Najmutdinova D.K.

Ташкентская медицинская академия

Из за новой коронавирусной инфекции (COVID-19) развилась глобальная чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения. Распространение вируса было настолько молниеносным, что даже странам с высоким развитием медицины было сложно бороться с коронавирусной инфекцией. Во время пандемии было проведено много исследований среди общей популяции, однако результатов об исходах беременности, связанных с COVID-19, были очень скудные. В отчёте ВОЗ говорится, что у пациенток перенесших коронавирусную инфекцию с сопутствующими заболеваниями более высокие риски на неблагоприятные исходы беременности. Исходя из этого, нам было интересно изучить влияние COVID-19 на течение беременности и перинатальные исходы.

Ключевые слова: инфекция COVID-19, нарушение маточно-плацентарно-плодового кровообращения, самопроизвольные выкидыши, пороки развития плода, антенатальная гибель плода, синдром отставание роста плода.

The novel coronavirus infection (COVID-19) has caused a global public health emergency. The spread of the virus was so lightning-fast that even countries with a high development of medicine found it difficult to fight coronavirus infection. During the pandemic, there were many studies in the general population, but there were very few results about pregnancy outcomes associated with COVID-19. The WHO report says that patients with coronavirus infection with concomitant diseases have higher risks for adverse pregnancy outcomes. Based on this, it was interesting for us to study the impact of COVID-19 on the course of pregnancy and perinatal outcomes.

Цель исследования: изучить влияние коронавирусной инфекции на течение беременности и перинатальные исходы у женщин, перенесших COVID-19 в первой половине беременности.

Материалы и методы: ретроспективное-аналитическое исследование, проведенное в родильном комплексе многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии.

Возраст обследованных беременных женщин составил 18-35 лет. В исследование были включены беременные, перенесшие COVID-19 до 20-й недели гестации. Все пациенты были разделены на 3 группы: в первую группу вошли 44 женщины перенесших COVID-19 до 12 недель; во вторую группу вошли 32 женщины перенесших COVID-19 с 12 до 20 недель беременности; третья – контрольная группа 45 здоровых женщин не перенёсшие COVID-19 во время беременности. В обследованных группах были выявлены хронические заболевания, такие как анемия – (82) 67,7%, инфекции мочевого тракта – (35) 28,9%. У (31) 25,6% женщин беременность осложнилась гестационной гипертензией и у (5) 4,13% - преэклампсией.

Исследования были проведены в период с 1 ноября 2020 года по 30 января 2021 года. Нам также было интересно изучить пути заражения COVID-19. Среди обследованных, (58) 76,31% пациентов сообщили о контактах с пациентами, у которых диагностирована коронавирусная инфекция, что обусловлено высокой контактируемостью вируса.

По течению заболевания COVID-19 у (15) 19,7% пациенток была выявлена бессимптомная форма, у (49) 64,5% - легкая форма и (12) 15,8% заболевание протекало в средней степени тяжести.

Лечение инфекции COVID-19 было проведено в стационарных условиях у (17) 22,39% и у (59) 77,63% в амбулаторных условиях. В стационаре лечение было проведено по Национальному протоколу ведения пациентов с коронавирусной инфекцией. В амбулаторных условиях только у (16) 27,1% пациенток лечение проводилось по назначению врача, (28) 47,45% женщин принимали лекарства без консультации врача. А также было выявлено, что среди беременных, у которых не отмечались каких-либо жалоб и симптомов, у (15) 25,45% пациенток был выявлен IgG (COVID-19) в крови в очередных анализах, что свидетельствует о бессимптомной формы заболевания.

Результаты: На основании изучения течения беременности у обследуемых нами пациентов было выявлено, что у каждой третьей женщины в первой и второй группы отмечалось нарушение маточно-плацентарно-плодового кровообращения, по сравнению с контрольной группой где данное осложнение встречалось у каждой четвертой. По всей видимости, это обусловлено повышенным уровнем фибриногена, т.е. – гиперкоагуляцией в крови после перенесенной инфекции COVID-19.

Таблица 1

Осложнения во время беременности

Осложнения	Группа		
	1- женщины перенесших COVID-19 от начала беременности до 12 недель гестации	2- женщины перенесших COVID-19 с 12 до 20 недель беременности	3- здоровые женщины не перенёсшие COVID-19 во время беременности
Угроза преждевременных родов	(9) 20,45%	(6) 18,75%	(9) 20%
Нарушение маточно-плацентарно-плодового кровообращения	(14) 31,8%	(9) 28,1%	(11) 24,4%
Самопроизвольный выкидыш	(7) 15,9%	(3) 9,375%	(5) 11,11%
Пороки развития плода	(4) 9,1%	(1) 3,1%	(1) 2,2%
Внематочная беременность	(1) 2,27%	-	(2) 4,4%
Антенатальная гибель плода	(3) 6,82%	-	(1) 2,2%

Заражение COVID-19 до 12 недель беременности приводит к самопроизвольному прерыванию беременности у 15,9% женщин, тогда как, инфицирование при сроке беременности 12-20 недель осложняется с его прерыванием у 9,37% женщин. Следует отметить агрессивное влияние вируса COVID-19 на состояние плода, которое получило своё подтверждение в выявлении пороков развития плода у 9,1% в первой группе и у 3,1% во второй группе женщин. Также выявлена антенатальная гибель плода у 6,82% женщин перенесших COVID-19 до 12 недель беременности. Следовательно, инфицирование COVID-19 в ранних сроках беременности более пагубно влияет на состояние плода.

Однако, коронавирусная инфекция не влияет на частоту случаев внематочной беременности и угроз преждевременных родов. Они наблюдались у всех групп женщин почти с одинаковыми показателями.

Таблица 2

Состояние новорожденных от матерей перенесших COVID-19

Показатели	1 группа	2 группа	3 группа
APGAR (0-3)	(2) 4,54%	(1) 3,125%	(3) 6,67%
Синдром отставание роста плода	(8) 18,2%	(4) 12,5%	(3) 6,67%

Обращает на себя внимание тот факт, что у новорожденных от матерей перенесших коронавирусную инфекцию до 12 недель синдром отставание роста плода наблюдалось в три раза больше по сравнению со здоровой

группой и в два раза больше чем во второй группе. При оценке состояния новорожденных при рождении по шкале APGAR, осложнения в виде асфиксии новорожденных средней и тяжелой степени не выявлено.

Выводы

1. Установлено, что течение беременности у женщин перенесших COVID-19 до 12 недель гестации осложняется самопроизвольным выкидышем, развитием пороков у плода, антенатальной гибелью плода и у каждой третьей отмечается нарушение маточно-плацентарно-плодового кровообращения.

2. Выявлено что, заражение инфекцией COVID-19 в более ранних сроках беременности приводит к развитию синдрома отставания роста плода у новорожденных.

3. Поскольку беременность и роды в нашем регионе остаются достаточно высокими, мы продолжаем наши исследования по изучению воздействия инфекции COVID-19 на беременность, роды и состояние новорожденных для выработки их тактики ведения.

Литература

1. «Временное клиническое ведение случаев COVID-19» Всемирная организация здравоохранения, 2020 г.
2. "The experience of women infected by the COVID-19 during pregnancy in Brazil: A qualitative study protocol" Juliana Vasconcellos Freitas-Jesus, Larissa Rodrigues and Fernanda Garanhani Surita, 2020
3. "Impact of the Coronavirus Infection in Pregnancy: A Preliminary Study of 141 Patients" Arun Harishchandra Nayak, Deepali Swapnil Kapote, Michelle Fonseca, Niranjana Chavan, Rahul Mayekar, Meenal Sarmalkar, and Amarjeet Bawa 18th of October 2020.
4. «Особенности течения беременности, акушерская и терапевтическая тактика при новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных» Артымук Н.В, Белокриницкая Т.Е., Филиппов О.С., опубликовано: 21.12.2020г.
5. «Клиническое течение, материнские и перинатальные исходы новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Сибири и Дальнего Востока» Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В, Филиппов О.С., Фролова Н.И.; опубликовано 22.02.2021.

УДК: 616.98-036-07 : 615.834

КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ГАЛОТЕРАПИЯНИ ҚЎЛЛАШ

Холдаралиев О.Ф., Туляганова Ф.М.

ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Холдаралиев О.Ф., Туляганова Ф.М.

THE APPLICATION OF GALOTHERAPY IN COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH CORONAVIRUS INFECTION

Kholdaraliev O.F., Tulyaganova F.M.

Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон.

Тадқиқот мақсади: Коронавирус инфекциясини ўтказган беморларни комплекс реабилитациясида галотерапияни аҳамияти, уни қўллаш ва самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва усуллар: Коронавирус инфекцияси билан оғриган беморларни мос равишда 2 гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳ-назорат гуруҳи медикаментоз даво олган ва даволловчи жисмоний тарбия муолажалари ўтқазиладиган беморлар киритилди. Иккинчи гуруҳ – асосий гуруҳда медикаментоз даво олган, даволловчи жисмоний тарбиява галотерапия ўтқазиладиган беморлар киритилди. Ушбу тадқиқот “Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази “ Пульмонология бўлимида 2020 йил октябр ойидан 2020 йил январ ойигача олиб борилди.Тадқиқотда умумий 56 та бемор текширилди. Назорат гуруҳда 26 та бемор, асосий гуруҳда 30 та бемор ўрганилди.Беморларни кардиореспиратор тизиминиклиник ва функционал холатини ўрганишхамда ўтқазиладиган муолажа самарадорлигини аниқлаш мақсадида қуйидаги текширув усуллари ўтқазилди.Умумий клиник текширувлар(шикоатлари, анамнез, объектив курик, умумий қон тахлили,умумий сийдик тахлили, ЭКГ, УТТ); спирометрия;пикфлоуметрия;кўкрак қафаси рентгенографияси;МСКТ, нафас олиш тизимини функционал бахолаш синамалари (Штанге, Генчи, Розентал, Серкин бўйича).

Тадқиқот натижалари: Ҳозирги кунда бутун дунё бўйлаб COVID-19билан касалланганлар кундан кунга ортиб бормоқда. Хамда вируснинг янги штамплари аниқланмоқда. Ўзбекистонда хам ахолининг маълум бир қисми турли оғирликда касалланиб чиқишди. Лекин уларнинг хаммаси хам тўлиқ ва тўғри даво муолажаларини олгани йўқ. Бу эса касалликнинг турли асоратларини ортишига олиб келмоқда. Тадқиқотда олинган умумий беморларнинг 56 тадан 25 таси эркак (44.64%), 31 таси аёл (55.36%) эканлиги аниқланди. Ёш таркиби бўйича 10 ёшдан 30 ёшгача 6 та (10.71%), 30 ёшдан 50 ёшгача 14 та (25%), 50 ёшдан 70 ёшгача 26 та (46.42%), 70 ёшдан ошган беморлар эса 10 та (17.86%) эканлигини кўриш мумкин. Беморларнинг 96.43% (54 та) да Коронавирус инфекциясидан ташқари ёндош турли касалликлари мавжуд бўлиб, факатгина 3,67% (2 та) да COVID-19 нинг ёлғиз ўзи билан оғриб ўтган. Беморларнинг 87.5% (49 та) да - Юрак қон

томир касалликлари, 75% (42 та) да – Ҳазм қилиш системаси касалликлари, 62.5% (35 та) да - Таянч-харакат аппарати тизми касалликлари, 25% (14 та) да – Қандли диабет касаллиги учраши аниқланди. Касалларнинг барчасида нафас олиш тизимининг турли даражадаги шикастланишлари кузатилган. Шунинг учун текширилувчиларнинг тадқиқот гуруҳига физиотерапевтик муолажалар билан бирга галотерапия муолажаси ўтказилди. Натижада беморларда даволаниш вақтининг қисқариши, нафас олиш тизимига оид турли даражадаги асоратларнинг камайиши кузатилди. Тадқиқот бошида ва hozirda ўтказилган спирометрия ва пикфлоуметрия текширувлар солиштирилганда кўрсаткичлар яхшилангани, беморда нохуш ҳолатлар кузатилмагани аниқланди.

Хулоса. Галотерапия муолажасини COVID-19 инфекцияси билан оғриб ўтган беморларда реабилитацион комплекс дастурига қўшиш кутилган яхши натижалар ўз тасдиғини топди. Дастур асосида COVID-19 инфекцияси билан оғриб ўтган беморларда фаол ҳаёт тарзига қайтишнинг тезлашиши ва иш қобилиятининг қайта тикланиш вақтининг қисқариши, турли асоратларнинг камайиши кузатилди.

ПЕРЕНОСИМОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Худайбергенова А.Ш., Турсункулова Х.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Туберкулез (ТБ) остается одним из очень тяжелых инфекционных заболеваний после ВИЧ инфекции (СПИД) [1,5]. 15 процентов всех смертей, связанных с ТБ, также приходилось на детей в том же году [5]. Основные принципы лечения ТБ у детей аналогичны лечению ТБ у взрослых [1,3]. По мнению специалистов риск серьезных побочных реакций (ПР), вызванных противотуберкулезными препаратами (ПТП), у детей встречается редко [2,3]. Лечение детского ТБ все еще может быть проблематичным из-за отсутствия определенных детских дозировок противотуберкулезных препаратов и трудностей, связанных с мониторингом токсичности в обычных условиях [4]. ПР увеличивают сроки лечения, негативно сказывается на течении ТБ. Вопросы связанные с проблемой побочных реакций от противотуберкулезных препаратов у больных детей ТБ остаются одним из актуальных проблем современной фтизиопедиатрии.

Цель исследования: изучить частоту и характер ПР от противотуберкулезных препаратов у больных детей ТБ.

Материал и методы: Обследовано 101 больных детей ТБ в возрасте от 1-17 лет, находящихся на стационарном лечении в областной детской фтизиатрической больнице Ташкентской области. Установлено, что среди обследованных чаще встречались дети в возрасте от 7 до 13 лет (48,5±4,9%), мальчиков было 40,5±3,8% и девочек 59,4±3,8%. Среди пациентов преобладали первичные пациенты (88±3,1%). Все больные были МБТ отрицательные, но у 51±4,8 % детей имелся контакт с ТБ больными, из них у 27±7,1% были лекарственно устойчивые формы ТБ и 73±7,1% были чувствительные формы ТБ у источника туберкулезной инфекции.

По клиническим формам преобладал туберкулез внутри грудных лимфатических узлов (77,2±4,1%) и первичный туберкулезный комплекс (10,8±3,0%).

У 42 (41,5±4,9%) больных отмечены наличие сопутствующей патологии. Следует отметить, что среди сопутствующей патологии чаще встречались такие заболевания как анемия (37±4,7%) и хронический ринофарингит (20±3,8%). Больным проводили комплексное клиничко-лабораторное, рентгенологическое обследование. Для оценки функционального состояния печени определяли в крови активность ферментов: аспаратаминотрансферазы - АсТ и аланинаминотрансферазы - АлТ методом S.Rautman – S.Frenkel; содержание общего билирубина и его фракций методом Йендрашека, щелочную фосфатазу методом King, Armstrong, для оценки функции почек определяли мочевины и креатинин в крови методом Поппера.

Все больные получали комплексную терапию ТБ согласно стандартам ВОЗ и с учетом наличия контакта с больными туберкулезом с бактериовыделением, у которых был проведен тест на лекарственную чувствительность.

Результаты и обсуждение. В динамике у 42 (41,5±4,8%) больных детей отмечено ПР на прием противотуберкулезных препаратов.

Среди ПР преобладали синдром поражения ЖКТ (28,5±6,9%) и синдром поражения печени (23,8±6,5%). Так же часто встречался сочленный синдром (23,8±6,5%).

Необходимо отметить, что у больных детей общее количество побочных реакций составило 51 (50,4±4,8%), так как у некоторых пациентов наблюдались в процессе лечения возникновение нескольких побочных реакций на прием противотуберкулезных препаратов. Кожно-аллергические реакции проявлялись в виде зуда, сыпи, эозинофилии. Симптомы поражения со стороны печени и ЖКТ сопровождалась диспепсией, болями в области желудка и печени, изменениями биохимических показателей печени. Артралгия, связанная с приемом химиопрепаратов, клинически протекала в виде болей и дискомфорта в области крупных суставов. Нейротоксические реакции проявлялись головной болью, головокружением, шаткостью походки и онемением конечностей.

Клинические проявления ПР коррелировали повышениями уровня в сыворотке крови АЛТ, АСТ, тимоловой пробы, повышением содержания билирубина, мочевой кислоты, эозинофилов.

Наиболее часто ПР со стороны печени вызывали препараты такие как, пиразинамид, рифампицин, и протионамид. КАС был обусловлен пиразинамидом. Артралгия так же отмечено на прием пиразинамида. Нейротоксические реакции были связаны с приемом мизониазида и циклосерина. Токсическое поражение ЖКТ отмечено на прием этамбутола, протионамида и левофлоксацина. Поражение со стороны почки были связаны с приемом этамбутола и каприомицина. Гиперпигментация была обусловлена с приемом клафазимина.

Для устранения ПР было назначено гигиено-диетический режим, десенсибилизация, витаминотерапия, гепатопротекторы, дезинтоксикационное лечение. У 39 (92,8±3,9%) больных детей ТБ удалось устранить ПР, только у 3 (7,1±3,9%) детей отмечены не устранимые ПР, в связи с чем препарат «виновник» был отменен.

Таким образом, установлено, что в процессе химиотерапии больных детей ТБ у 41,5±4,8% пациентов возникают ПР от противотуберкулезных препаратов, которые в основном носят устранимый характер.

Вывод. У больных детей туберкулезом частота ПР от противотуберкулезных препаратов составляет 41,5±4,8%. Преобладают умеренно выраженные ПР (47,6±7,7%), по характеру преобладают синдром поражение печени, ЖКТ и нейротоксические. Выявленные нарушения указывают о необходимости проведении профилактических мер для предотвращения развития ПР от противотуберкулезных препаратов у детей с туберкулезом.

Литература

1. Аксенова В. А. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей // Мед. альянс. -2015. - № 3. - С. 10-23
2. Мордык А.В, Плеханова М.А, Цыганкова Е.А. Эффективность лечения туберкулеза у детей раннего возраста //Бюллетень сибирской медицины. 2012-С.146-8.
3. Кривошеева Ж.И., Скрягина Е.М., Астровко А.П. и др. Результаты применения нового противотуберкулезного препарата бедаквилина у детей с лекарственно-устойчивым туберкулезом
4. //XXVI Национальный Конгресс по болезням органов дыхания. -2017. -С.-142-143
5. Holmberg PJ, Temesgen Z, Banerjee R. Tuberculosis in children. *Pediatr Rev.* 2019;40(4):168-78.
6. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report. 2018.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ИСМИЖЕН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.

Худойбердиева М.

Ташкентская медицинская академия

Современные представления о патогенезе воспаления в области отделов дыхательных путей основаны на определении различных механизмов защиты, препятствующих проникновению возбудителя в толщу слизистой оболочки, колонизации и развитию сначала локального, а затем и диффузного воспалительного процесса. Среди этих механизмов ведущими являются мукоцилиарный барьер и иммунная защита. Существующие методы лечения острых респираторных заболеваний предполагают воздействие на различные звенья патологического процесса. В частности, применяющиеся в настоящее время препараты позволяют не только воздействовать непосредственно на возбудителя инфекции, но и модулировать воспалительный процесс, индуцировать местные и общие иммунные реакции, как специфические, так и неспецифические [1].

Современные комплексные медикаментозные методы лечения острых и хронических воспалительных заболеваний в оториноларингологии включают в себя различные комбинации лекарственных препаратов. Не вызывает сомнений тот факт, что при назначении терапии необходимо учитывать состояние и функцию иммунной системы пациента, своевременное выявление нарушений которой служит залогом успешного лечения. В пульмонологии показанием к назначению иммунотерапии и иммунопрофилактики служат хронические и рецидивирующие инфекции, которые протекают на фоне иммунной недостаточности (ИН) или аллергических заболеваний [2,3].

Инфекции нижних дыхательных путей (ИНДП) играют важную роль в увеличении риска развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), и являются одной из главных причин госпитализации пациентов и расходов на медикаменты. ИНДП способствуют снижению клиренса слизистых оболочек и прогрессии деструктивных изменений в бронхах.

Отсюда следует, что важной задачей клинической практики и экономики здравоохранения является замедление или остановка хронизации процесса у больных с рецидивирующей патологией легких с помощью профилактики развития ИНДП по средствам иммуномодулирующей терапии и вакцинации.

Целью настоящего исследования явилось изучить эффективность и безопасность использования перорального иммуномодулирующего средства ИСМИЖЕН (иммуномодулятор на основе бактериального лизата 7 мг, содержащего лизаты бактерий 8 основных возбудителей ИНДП) в комплексной терапии лечения больных с ХОБЛ и профилактики рецидивов обострений.

Материалы и методы. Нами обследовано 32 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии по поводу обострения ХОБЛ, в исследование включали больных обоих полов в воз-

расте от 36 до 68 лет, имевших 3 или более обострения за последние 12 месяцев. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа контрольная, которая получала стандартное лечение, включавшее антибактериальную терапию, бронхолитики, И-ГКС. 2- группа наряду с комплексной терапией получала ИСМИЖЕН по схеме (по 1 таблетке в сутки под язык в течение 10 дней каждый месяц, на протяжении 3 месяцев). Эффективность оценивалась в течение лечения в стационаре, в 1 месяц после лечения, на 2 и 3 месяц лечения.

Результаты исследования. Нами получены следующие результаты: в период обострения нами оценивалось время исчезновения кашля, в контрольной группе оно составило в среднем 7,5 дня, а в группе получавшей ИСМИЖЕН 5,8 дня, что значительно быстрее, чем в контрольной. Изменение цвета мокроты отмечалось на 4 день лечения в контрольной группе, а в группе принимавшей ИСМИЖЕН на 2,5 сутки лечения. Исчезновение обструкции (на основании аускультации легких) отмечалось в среднем на 4-5 день лечения в контрольной группе, а в группе с иммуномодулятором на 3-4 день. Так же отмечалось снижения числа и тяжести повторных обострений, в течение 3 месяцев, в среднем на 42% в группе принимавших ИСМИЖЕН по профилактической схеме.

Выводы. Таким образом, применение перорального иммуномодулятора ИСМИЖЕН эффективен для лечения и профилактики обострений в комплексной терапии лечения хронической обструктивной болезни легких.

Литература

1. Бобров М.В. Клинико-экономическое обоснование этиотропного лечения респираторных вирусных инфекций. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Волгоград, 2006. 24 с
2. Пальчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
3. Вторичные иммунодефицитные состояния -междисциплинарная проблема. Дискуссия продолжается. Медицинский форум. Эффективная фармакотерапия, 2016, 1: 78-90.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ИММУНИТЕТА

Шовалиев И.

Ташкентского государственного стоматологического института

Цель исследования. Обоснование рецептуры продукции функционального питания для поддержания иммунитета в борьбе с Covid-19

Объекты исследований. Экстракты и порошки из местных овощей, фруктов и растений полученных методом новых технологий

Методы исследований. Определение витаминов и микронутриентов по общепринятым стандартизированным методам.

Результаты исследований. Как показывают данные анализа химического состава одно из народных средств для иммунитета – корень имбиря (занжабил). Экстракт имбиря смешивают с медом, лимонным соком, курагой и потребляют ежедневно по несколько ложек в день.

Если обратиться к приправам, можно выделить корицу, куркуму, лавровый лист и перец. Они не только добавляют вкуса в Ваше блюдо, но и станут качественной профилактикой для поддержания иммунитета.

Нельзя забывать про чеснок и лук, способных в короткий срок поставить человека на ноги. Их фитонциды и эфирные масла блокируют попадание вирусов и микробов в носоглотку, обеззараживая таким образом организм.

Сок алоэ содержит ряд витаминов групп В, С, Е и аминокислоты, которые необходимы организму для хорошего метаболизма. Сок лучше смешивать с медом в пропорции 50/50, потому что иначе он сильно горчит. К сожалению, все полезные вещества в нем живут только сутки, поэтому экстракт полученное в виде функционального питания придает важность в сохранения активных веществ.

По результатам исследований подана заявка на патент и утверждены 3 стандарты организации

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ COVID-19

Эгамова С. Ш., Абдуллаева М. Н., Эрназаров Б.

Ташкентская медицинская академия

По данным ВОЗ, в 2020 г. инфекция SARS-CoV-2 (COVID-19) быстро распространилась во многих странах и достигла масштабов пандемии [4]. Патогенез поражения почек при инфекции SARS-CoV-2-многофакторный. Во-первых, SARS-CoV-2 может оказывать прямое цитопатическое действие на почку. Это подтверждается обнаружением фрагментов коронавируса в моче у пациентов с COVID-19 методом полимеразной цепной реакции. SARS-CoV-2 использует ACE2 для проникновения в клетку хозяина. Последние данные РНК-секвенирования тканей человека продемонстрировали, что ACE2 экспрессия в почках была почти в 100 раз выше, чем в органах дыхания (легких) [7]. Более того, была выявлена экспрессия ACE2 в разных отделах нефрона: в почечном тельце (подоциты, мезангиальные клетки), в эндотелии капилляров сосудистого клубочка, в эпителиальных клетках проксимальных канальцев [1,2,3]. Следовательно, большинство отделов нефрона представляют собой мишень для COVID-19, повреждение почки происходит путем попадания коронавируса через ACE2-зависимый путь. Во-вторых, в одном из последних

исследований при электронной микроскопии было обнаружено наличие вирусных частиц в эндотелиальных клетках капилляров нефрона у пациента с COVID-19 [8]. Настоящее исследование призвано обобщить результаты лабораторных исследований почек и глубоко охарактеризовать функцию почек при COVID-19.

Материалы и методы.

В исследование были включены 10 пациентов перенесшие COVID-19, госпитализированные в клинику ТМА в период с 1 сентября 2020 года по 31 декабря 2020 года. Для сбора данных о случаях была разработана стандартизированная форма для сбора данных. В основном он включал следующую информацию: 1. Общая информация: пол, возраст, вес. 2. История болезни: лихорадка, озноб, боль в горле, кашель, головная боль, усталость, миалгия, диарея и другие симптомы, 3. Фон: гипертония, диабет, хронические заболевания легких, сердца, почек, заболевания печени и злокачественные опухоли в анамнезе. 4. Лабораторные данные: анализ крови и мочи, показатели, связанные с функцией почек.

Результаты

Из 10 пациентов с COVID-19- 3 (30,0%) и 7 (70,0%) были отнесены к тяжелой и часто встречающейся-легкой группе соответственно. Тяжелые пациенты нуждались в кислороде, средняя сатурация кислорода (SpO₂) у тяжелых пациентов составила 86,7% (81–92%). Пациентов было 6 (60,0%) мужчин и 4 (40,0%) женщины. Самому старшему пациенту было 69 лет, самому младшему - 19 лет, средний возраст - $41,3 \pm 19,2$ лет. Клинические симптомы у 10 пациентов включали лихорадку, боль в горле, кашель, головную боль, утомляемость, миалгию, а у некоторых пациентов не было очевидных клинических симптомов. У трех пациентов были диабет, гипертония и хроническая эмфизема.

Случаи		Креатинин сыворотки крови (ммоль/л)		Азот мочевины крови (ммоль/л)
		Пик заболевания	Период выздоровления	Пик заболевания
Всего	10	82.65±22.13	63.15±16.42	5.56±2.01
Классификация случаев				
Тяжелая форма	3	101.78±10.25	60.24±8.56	8,54±1.64
Легкая форма	7	75.65±22.54	64.58±19.34	5.01±1.10
Пол				
Мужчины	6	101.65±10.98	78.45±14.67	5.88±2.01
Женщины	4	57.14±8.45	49.65±5.45	5.20±1.48
Возраст				
>50	3	90.23±20.27	56.68±8.77	8.25±1.43
<50	6	80.51±16.87	70.06±14.56	4.65±0.78

Обсуждение

При исследовании было обнаружено, что по сравнению с периодом выздоровления креатинин сыворотки и мочевины крови у пациентов значительно увеличились на пике заболевания. Обычно это возникает только при значительном нарушении функции почек. Исследование также показало, что гипокалиемия и гипонатриемия часто встречаются у пациентов с COVID-19.

Настоящее исследование имеет некоторые ограничения, которые необходимо учитывать при рассмотрении его вклада. Первое и самое важное - это небольшой размер выборки этого исследования. Во-вторых, учитывая, что COVID-19 - это совершенно новое заболевание, и мы еще не полностью знаем характеристики его случаев, тип исследования, использованный в этом исследовании, разработан как описательное исследование, которое первоначально исследует основные характеристики заболевания и не устанавливает контрольную группу.

Вывод. Это исследование показало, что креатинин и мочевины крови в целом увеличивались вовремя COVID-19. В частности, данные значения были выше у пациентов с тяжелой формой заболевания, у мужчин и у пациентов старше 50 лет. Однако доказательства ограничены из-за небольшого размера выборки и наблюдательного характера. Для подтверждения этих результатов необходимы дополнительные особенно крупные исследования.

Литература

- Martinez-Rojas MA, Vega-Vega O, Bobadilla NA. Is the kidney a target of SARS-CoV-2? *Am J Physiol Renal Physiol.* 2020 01;318(6):F1454– F1462. <https://doi.org/10.1152/ajprenal.00160.2020>
- Cheval S, Mihai Adamescu C, Georgiadis T, Herrnegger M, Piticar A, Legates DR. Observed and Potential Impacts of the COVID-19 Pandemic on the Environment. *Int J Environ Res Pub- lic Health.* 2020 Jun 10;17(11):4140. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114140>
- Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med.* 2020;8(5):475–481. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30183-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30183-2)

org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5

4. Perico L, Benigni A, Remuzzi G. Should COVID-19 Concern Nephrologists? Why and to What Extent? The Emerging Impasse of Angiotensin Blockade. *Nephron*. 2020;144(5):213–221. <https://doi.org/10.1159/0005070305>

5. Сыров А.В., Стуров Н.В., Колупаев В.Е. Диагностика COVID-19 в амбулаторных условиях. Трудный пациент. 2020; 18(5):6–9. <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2020-10031>

6. Wang L, Li X, Chen H, Yan S, Li D, Li Y, et al. Coronavirus Disease 19 Infection Does Not Result in Acute Kidney Injury: An Analysis of 116 Hospitalized Patients from Wuhan, China. *Am J Nephrol*. 2020;51(5):343–348. <https://doi.org/10.1159/000507471>

7. Li Z, Wu M, Guo J, Yao J, Liao X, Song S, et al. Caution on Kidney Dysfunctions of 2019-nCoV Patients. 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.02.08.20021212>

8. Varga Z, Flammer AJ, Steiger P, Haberecker M, Andermatt R, Zinkernagel AS, et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19. *Lancet*. 2020 02;395(10234):1417–1418. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30937-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30937-5)

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СКВ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ ПОЛОВ

Эгамова С. Ш., Аминжон Р.Д.

Ташкентская медицинская академия

Системная красная волчанка (СКВ) - это хроническое воспалительное аутоиммунное заболевание, характеризующееся наличием аутоантител, направленных против ядерных антигенов [1]. Аутоантитела напрямую и / или путем образования иммунных комплексов опосредуют воспаление и повреждение различных органов [2]. СКВ— это заболевание с множеством клинических проявлений и глубоким половым уклоном [3], которое чаще поражает женщин, чем мужчин, но у мужчин с волчанкой наблюдаются более серьезные симптомы [4, 5] и худший прогноз [6].

Мужчины и женщины обладают разными иммунными характеристиками, и считается, что женские половые гормоны вызывают усиленный иммунный ответ [3]. Поскольку этнические, расовые и социально-экономические факторы влияют на развитие клинических симптомов и тяжесть волчанки у женщин и мужчин, настоящее исследование было направлено на определение клинических и иммунологических особенностей у мужчин и женщин с СКВ.

Материал и методы

Исследование проводилось в клинике Ташкентской медицинской академии в период с сентября 2020 года до февраля 2021 года. В исследование были включены все пациенты с системной красной волчанкой (25 пациентов, 100%). Пациентов, которым был впервые поставлен диагноз (до начала лечения) было 10; пациентов в стадии ремиссии, которые принимали только преднизолон было 9 и пациентов с активным поражением основных органов в стадии рецидива было 11. Пациенты были обследованы по демографическим, клиническим и лабораторным данным. Клинические параметры были получены на основе анамнеза, физикального обследования и активности заболевания.

Полученные результаты

Из 25 пациентов с СКВ 17 (68%) составляли женщины со средним возрастом $27,5 \pm 7,9$ года и 8 (32%) мужчин со средним возрастом $27,0 \pm 8,0$ лет. Длительность заболевания у мужчин с СКВ, находившихся в стадии ремиссии, составляла $4,99 \pm 4,1$ года (от 1-10 лет), а у женщин - $4,31 \pm 3,5$ года (диапазон 1-13 лет). 40% пациентов (n = 10) были из сельской местности и 60% (n = 15) из городских.

Клинические проявления СКВ у мужчин и женщин были одинаковыми. Не было различий между женщинами и мужчинами по общему количеству пораженных органов ($3,0 \pm 1,1$ для женщин против $2,7 \pm 1,0$ для мужчин). У всех больных наиболее частыми клиническими нарушениями были поражения почек, но наиболее часто это встречалось у мужчин (70% против 45%). Поражение полости рта также больше выявлялось у мужчин ($P \leq 0,05$). Данные о клинических переменных представлены в Таблица 1.

Таблица 1

Клинические и демографические показатели у женщин (n = 17) и мужчин (n = 8) с системной красной волчанкой (СКВ)	Первая группа (n = 17) (%)	Вторая группа (n = 8) (%)
Выпадение волос	6 (35,3%)	3 (37,5%)
Язвы полости рта	15 (88,2%)	4 (50%)
Фотосенсибилизация	14 (82,3%)	3 (37,5%)
Сыпь на щеках	17 (100%)	7 (87,5%)
Дискоидная сыпь (эритема)	11 (64,7%)	8 (100%)
Артрит	13 (76,5%)	8 (100%)
Перикардит	6 (35,3%)	4 (50%)
Эндокардит	7 (41,2%)	3 (37,5%)
Миокардит	2 (11,7%)	1 (12,5%)

Атеросклероз	15 (88%)	8 (100%)
Синдром Рейно	8 (47%)	6 (75%)
Тромбоцитопения	10 (58,8%)	8 (100%)
Лейкопения	12 (70,6%)	7 (87,5%)
Гематурия	5 (29,4%)	8 (100%)
Протеинурия	17 (100%)	8 (100%)
Цилиндрурия	17 (100%)	8 (100%)
Плеврит	3 (17,6%)	1 (12,5%)
Судороги	4 (23,5%)	0 (0%)
анти-ds DNA	17 (100%)	8 (100%)
Креатинин	17 (100%)	8 (100%)
Мочевина	17 (100%)	8 (100%)

Клинические и демографические показатели у женщин (n = 17) и мужчин (n = 8) с системной красной волчанкой (СКВ). Среди пациентов с волчаночным нефритом (n = 12, 48%), все (100%) имели протеинурию (более 0,5 г / день), все (n = 25, 100%) имели клеточные цилиндры в моче, гематурия n=13 (52%), азотемия n=25 (100%). Повышение титра антител анти-ds DNA было характерно для обоих полов, но достоверно чаще для женщин (n=17, 68%), (P<0,05).

Обсуждение

Настоящем исследовании было проанализировано различие клинических проявлений и иммунологических факторов у пациентов с СКВ женского и мужского пола со сравнительно средним возрастом. Лабораторные данные и клинические проявления СКВ сильно зависят от этнической принадлежности, генетики, расы и факторов окружающей среды [8]. Иммунологические данные нашего исследования показали, что анти-ds DNA была наиболее распространенным аутоантителом у обоих полов.

В нашем исследовании поражение почек чаще встречалось у пациентов мужского пола. Ранее были проведены исследования о тяжелом поражении почек [9] и неблагоприятном исходе заболевания у мужчин с СКВ [4, 9]. Частота анти-ds DNA было увеличена у обоих полов, но при СКВ у мужчин поражение почек было более распространенным, чем у женщин. Хорошо известно, что не у всех пациентов с анти-ds DNA развивается нефрит, а также не все анти-ds DNA являются патогенными. Способность анти-ds DNA антител вызвать повреждение почек, зависит от свойств антител, таких как его сродство, изотип, заряд, перекрестная реактивность, а также его способность связываться с антигеном почек [10]. Было обнаружено, что у пациентов мужского пола с нефритом было увеличение анти-ds DNA.

Заключение. Результаты этого исследования показали, что у пациентов мужского пола с СКВ чаще развивается повреждение почек. У мужчин с нефритом частота анти-ds DNA значительно увеличилась. Повышенная анти-ds DNA при снижении количества других антител может повлиять на исход СКВ у пациентов мужского пола. Чтобы понять механизм, необходимо провести дальнейшие исследования с большой выборкой.

Литература

1. Wu Y, Cai B, Feng W, Yang B, Huang Z, Zuo C, et al. Double positive CD4+CD8+ T cells: Key suppressive role in the production of autoantibodies in systemic lupus erythematosus. *Indian J Med Res.* 2014;140:513-9.
2. Yap DY, Lai KN. Pathogenesis of renal disease in systemic lupus erythematosus - the role of autoantibodies and lymphocytes subset abnormalities. *Int J Mol Sci.* 2015; 16:7917-31.
3. Murphy G, Isenberg D. Effect of gender on clinical presentation in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)* 2013;52:2108-15.
4. Tan TC, Fang H, Magder LS, Petri MA. Differences between male and female systemic lupus erythematosus in a multiethnic population. *J Rheumatol.* 2012; 39:759-69.
5. Soto ME, Vallejo M, Guillén F, Simón JA, Arena E, Reyes PA. Gender impact in systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol.* 2004; 22:713-21.
6. Gómez J, Suárez A, López P, Mozo L, Díaz JB, Gutiérrez C. Systemic lupus erythematosus in Asturias, Spain: Clinical and serologic features. *Medicine (Baltimore)* 2006; 85:157-68.
7. Hochberg MC. Systemic lupus erythematosus. *Rheum Dis Clin North Am* 1990; 16:617-39.
8. Sestak AL, Fürnrohr BG, Harley JB, Merrill JT, Namjou B. The genetics of systemic lupus erythematosus and implications for targeted therapy. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(Suppl 1):i37-43
9. Feng JB, Ni JD, Yao X, Pan HF, Li XP, Xu JH, et al. Gender and age influence on clinical and laboratory features in Chinese patients with systemic lupus erythematosus: 1,790 cases. *Rheumatol Int.* 2010; 30:1017-23.
10. Zhao Z, Weinstein E, Tuzova M, Davidson A, Mundel P, Maramba P, et al. Cross-reactivity of human lupus anti-DNA antibodies with alpha-actinin and nephritogenic potential. *Arthritis Rheum.* 2005;52:522-30.

ТАЛАБА ЁШЛАР ЮРАК – ҚОН ТОМИР СИСТЕМАСИДАГИ ПРЕДПАТОЛОГИК ВА ПАТОЛОГИК ЖАРАЁНЛАРНИНГ ИММУНОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

Эргашов О.И., Нурузова З.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Хозирги кунда юрак – қон томир касалликлари бутун дунё олдида турган глобал муаммолардан биридир, ушбу касалликларнинг ёшариб бориши айниқса ташвишли ҳисобланади. Шу муносабад билан биз ёшлар саломатлигини мустақамлаш мақсадида эрта ташхислаш усулларида бири иммунологик скрининг орқали юрак – қон томир касалликларини эрта аниқлашни ва ёшлар саломатлигини баҳолашни долзарб ҳисобладик.

Калит сўзлар: ёшлар, тўқима антигени (Та₂), антиген боғловчи лимфоцитлар (АБЛ), миокард, эндокард.

Сердечно-сосудистые заболевания - одна из глобальных проблем, с которыми сегодня сталкивается мир, и омоложение этих заболеваний вызывает особую озабоченность. В связи с этим одним из методов ранней диагностики для улучшения здоровья молодых людей мы считали раннее выявление сердечно-сосудистых заболеваний посредством иммунологического скрининга и оценки состояния здоровья молодежи.

Ключевые слова: молодость, тканевый антиген (Та₂), антигенсвязывающие лимфоциты (АСЛ), миокард, эндокард.

Cardiovascular disease is one of the global challenges facing the world today, and the rejuvenation of these diseases is of particular concern. In this regard, one of the methods of early diagnosis to improve the health of young people, we considered the early detection of cardiovascular diseases through immunological screening and assessment of the health of young people.

Key words: youth, tissue antigen (Ta), antigen-binding lymphocytes (ASL), myocardium, endocardium.

Мавзунинг долзарблиги: 2013- йилда ЖССТ бошчилигида унга аъзо барча давлатлар иштирокида (194 мамлакат) юрак-қон (ЮҚТ) томир касалликларини олдини олиш, шу жумладан, 2013-2020 йилларда юрак етишмовчиликларини олдини олиш ва назорат қилиш бўйича глобал ҳаракатлар режасини келишиб олди-лар. Ушбу режа 2025-йилга қадар ЮҚТ касалликларини 25% га камайтиришга қаратилган [1].

Европада ҳар йили 3 миллионга яқин одам юрак қон томир касалликларидан вафот этади, АҚШ да бу кўрсаткич 1 млн ва ўлимнинг 1/4 қисми 50 ёшгача бўлганлардир. Россияда қон айланиш тизими касалли-кларида ўлим даражаси аҳоли ўлимининг тахминан 55% ни ташкил қилади ва ҳозирги кунда дунёдаги энг юқори кўрсаткичдир [2].

Артериал гипертензияга чалиниш ҳозирги кунда ўрта ёш бўғини орасида ҳам ортиб бормоқда, жумла-дан ёш аёллар орасида эркакларга нисбатан бу паталогия камроқ учрасада, аммо коронар артерия касалли-кларида ўлиш хавфи ортади [3,4].

Ҳозирги кунда Республикамизда ҳам юрак-қон томир касалликлари ёшариб бормоқда. Илгарилари бу касалликлар асосан қарияларда учраган бўлса, ҳозирда 20 ёшли инсонларда ҳам миокард инфаркти, артери-ал гипертония, юрак ритмининг ўткир бузилиши каби касалликлар учрамоқда. Бунга сабаб қилиб глобали-зация давридаги гиподинамия ҳолатлари, ёғ алмашинувининг бузилиши, дислипидемия ва гиперхолесте-ринимия, гиперкоогуляция ва нотўғри овқатланиш каби омилларни кўрсатиш мумкин [5].

Ички муҳитга эндоген ёки экзоген келиб чиққан оқсиллар тушганда иммун реакциянинг кўрини-шларидан бири периферик қонда шу тўқима антигенига (ТА) нисбатан специфик сенсбиллашган анти-генбоғловчи лимфоцитлар (АБЛ) пайдо бўлишидир. Организмда патологик жараён туфайли аъзоларда хужайралар деструкцияси ва некрози қанчалик юқори даражада бўлса қонда ТАга нисбатан сенсбил-лашган АБЛ миқдори ҳам шу даражада юқори бўлади. Қонда АБЛ миқдорининг ортиб бориши патологик жараённинг ривожланиши тўғрисида далолат беради, профилактик ва даволаш тадбирлари таъсирида қонда АБЛ миқдори камайиши аъзолардаги патологик жараённинг сусайганини билдиради, яъни АБЛни аниқлаш даволаш чорасининг самарасини баҳолаш имконини беради [6,7].

Ўзбекистон Президенти Шавкат Мирзиёев 29 декабрь куни парламентга мурожаат билан чиқиш қилиб, 2021 йилни Ёшларни қўллаб-қувватлаш ва аҳолининг соғлиғини мустақамлаш йили деб эълон қилишни таклиф қилдилар [8]. Шу муносабад билан биз ёшлар саломатлигини мустақамлаш мақсадида эрта ташхислаш усулла-ридан бири иммунологик скрининг орқали уларнинг саломатлигини баҳолашни долзарб ҳисобладик.

Тадқиқот мақсади: Талаба ёшларда юракнинг эндокард ва миокард қаватларида предпатологик ва патологик жараёнларнинг учраш даражасини иммунологик усул ёрдамида аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва услублари: Тадқиқот Тошкент тиббиёт академияси талабалари орасида олиб борилди. Тадқиқот учун саломатлигидан ҳеч қандай шикоят бўлмаган 45 нафар талаба ёшлар ўз ро-зилигига кўра текширилди, шундан ўғил болалар 22 нафарни (49,0%), қиз болалар 23 нафарни (51,0%) таш-кил қилди. Талабаларнинг ўртача ёши кўрсаткичи 23±1,4 ёш.

Имунологик текширув учун 5 мл миқдордаги қон талабалардан эрталаб оч қоринга тирсак венасидан олиниб, 2,0 мл натрий хлориднинг изотоник эритмаси ва 2-3 томчи гепарин бўлган пробиркаларга солин-ди. Гепаринланган қондан лимфоцитларни 2 мл фиколл-верографин градиент зичлиги (d=1,077 г/мл) со-линган пробиркадаги градиент устига қонни қуйилиб, центрифугада 1500 ай/мин. да 30 минут давомида айлантириб ажратиб олинди.

Қондаги тўқима антигени (ТАг) нисбатан антиген боғловчи лимфоцитларнинг (АБЛ) миқдорий кўрсаткичлари бош мия (назорат), эндокард, миокард, тўқима антигенларига нисбатан Ф.Ю. Гариб ва ҳаммуаллифлар усули бўйича билвосита розетка ҳосил қилиш (РХК) реакцияси орқали ўрганилди. Реакция натижалари иммерсион микроскоп остида ҳисобланди. Тўқима антигенига нисбатан АБЛнинг нормал кўрсаткичи 2% ташкил қилади, 2,1-8% оралиғи патология олди ҳолатлари мавжудлигини, 8% дан юқориси юрак тўқималарида патологик жараёнлар мавжудлигини англатади. Ушбу классик усул ТАни аниқлашда ҳозирги кунда ҳам аҳамиятини йўқотмаган. Рақамли кўрсаткичлар (ХР) Pentium-4 «Microsoft Excel» дастуридан фойдаланган ҳолда вариацион статистика усулида ишлов берилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси: Саломатлигидан шикоятли бўлмаган 45 нафар талаба ёшлар қонида юракнинг миокард ва эндокард қаватлари ТАга нисбатан АБЛ миқдори ўрганилганда уларнинг 32 (71,1 %) нафарида патология олди ва патологик жараёнлар мавжуд эмаслиги аниқланди. 13 нафар (28,9%) талабада предпатологик ва патологик ҳолатлар қайд этилиб, шундан: бош мия ТАга нисбатан АБЛ кўрсаткичи 11 нафар (24,4%) талабада 2% дан ошган, эндокард ТАга нисбатан АБЛ кўрсаткичи - 13 нафар (28,9%) талабада, миокард ТАга нисбатан АБЛ кўрсаткичи - 11 нафар (24,4%) талабада, 2% дан ошганлигини кўрсатди.

5 нафар (11,1%) талабада эндокард ТАга нисбатан АБЛ миқдори 2,1% дан 4% гача ошганлиги аниқланди. 7 нафар (15,5%) талабада эндокард ТАга нисбатан АБЛ миқдори 4,1% дан 8% гача 1 нафар (2,2%) талаба қизда эндокард ТАга нисбатан АБЛ миқдори 8,1% дан юқори кўрсаткични қайд этди. Бундан келиб чиқадики 26,6% «соғлом» талабалар эндокард тўқимасида патология олди жараён мавжуд ва уларнинг 9 нафарини (20%) қиз болалар ташкил қилди, 1 нафар (2,2%) талаба қизда эса эндокардда патологик жараён мавжуд.

3 нафар (6,6%) талабада миокард ТАга нисбатан АБЛ миқдори 2,1% дан 4% гача ошган, 8 нафар (17,8%) талаба қизларда миокард ТАга нисбатан АБЛ миқдори 4,1% дан 8% гача ошганлиги аниқланди. Бундан келиб чиқадики 24,4% «соғлом» талабалар миокард тўқимасида патология олди жараёни мавжуд.

Хулоса: Текшириш учун танлаб олинган “соғлом” 45 нафар талабаларнинг 32 нафарида (71,1%) юрак эндокард ва миокард қаватларида предпатологик ёки патологик жараёнлар аниқланмади. Талабалар юрак эндокард қаватида предпатологик ҳолат 26,6%ни, миокард қаватида 24,4%ни ташкил этди. 1 нафар (2,2%) талабада белгиланган стандарддан юқори кўрсаткич қайд этилди, бу эса талабада патологик ҳолат борлигини билдиради ва қўшимча текширувларни талаб қилади.

Адабиётлар

1. www/Who.int
2. Нагибин О.А., Маринина Е.С. Научное обоснование основных путей профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Медицина и фармакология : электрон. научн. журн. 2018. № 2 (47).
3. Лебедева А.Ю., Клыков Л.Л., Зайцева В.В. ИБС у молодых женщин: проблемы диагностики и профилактики // Российский кардиологический журнал № 6 (92), 2011; 95-97 ст.
4. Андреев Е.Ю., Явлов И.С., Лукьянов М.М., Вернохаева А.Н., Драпкина О.М., Бойцов С.А. Ишемическая болезнь сердца у лиц молодого возраста: особенности этиологии, клинических проявлений и прогноза // Кардиология. 2018;58(11):24-34 ст.
5. Тошпўлатов Х. Коронавирусуга чалинган беморларда юрак қон томир касалликларининг оғир кечиши. Правда востока;2020 yuz.uz
6. Гулямов Н.Г., Сафарова Д.Д., Долимов Т.К., Имамова И.А. Иммунологическая диагностика полиорганного поражения при инфекционной и неинфекционной патологии // Инфекционные болезни: проблемы здравоохранения и военной медицины: Рос. науч.-практ. конф., посв.110-летию каф. инф.болезней ВМА, им. С.М.Кирова.-СПб., В МедА.-2006; 91-92 ст.
7. Далимов Т.К. Динамика АСЛ к тканевым антигенам коры надпочечников при брюшном тифе // Актуал. пробл. паразитологии: Науч.-практ.конф. молодых ученых:Сб.тез. -Ташкент,2006; 29-30 ст.
8. Ўзбекистон республикаси президенти Ш.М. Мирзиёевнинг парламентга мурожаатномаси. 29.12.2020й.

ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧА КАСАЛЛИГИНИ ХОМИЛАДОРЛАРДА ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ ВА ДАВОСИ

Абдуллаева Н.Х.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Абдуллаева Н.Х.

THE FEATURES OF THE COURSE AND TREATMENT OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS DURING PREGNANCY

Abdullaeva N.KH.

Тошкент тиббиёт академияси

Калит сўзлар: тизимли қизил бўрича, хомиладорлик, антифосфолипид синдром, люпус нефрит, люпус кардит.

Ключевые слова: системная красная волчанка, беременность, антифосфолипидный синдром, люпус нефрит, люпус кардит.

Key words: systemic lupus erythymatosus, pregnancy, antiphospholipid syndrome, lupus jade, lupus carditis.

Тизимли қизил бўрича (ТҚБ) - бириктирувчи тўқиманинг аутоиммун тизимли касаллиги бўлиб, организм ўзининг хужайра ва унинг компонентларига нисбатан қўплаб антитела хосил бўлиши билан характерланувчи, ички аъзо ва тизимларнинг иммун яллиғланиши билан кечувчи касалликдир.

ТҚБ бир тизимнинг зарарланиши билан бошланиб, кейинчалик бошқа тизимларга тарқалиши ёки бирданига бир нечта тизимнинг зарарланиши билан кечиши мумкин. Касалликнинг кечиши ҳар хил бўлиб, енгил даврий қайталанишлар билан, баъзида оғир сурункали ёки яшин тезлигида кечиши мумкин. Кўпчилик беморларда касалликнинг қўзиши ва нисбий яхшиланиш давлари алмашилиб туради. Тахминан 20% беморларда қўзиш даврдан кейин бутунлай ремиссия кузатилади. ТҚБ аёлларда кузатилиб, кўп ҳолларда репродуктив ёшда ривожланади (13-30 ёш аёлларда 90%). Охирги статистик маълумотларга кўра ТҚБнинг хомиладорлик билан учраши 1500-3000 туғруққа 1 ҳолат тўғри келмоқда [1,2]. ТҚБда хомиладорликнинг кечиши беморларда ва болада ҳамон асоратлар билан ассоцирланмоқда [3]. Ҳозирги кунда айнан шу ҳолат ревматология, акушерлик ва гинекология йўналишида актуал муаммо бўлиб хисобланмоқда. ТҚБли аёлларда хомиладорлик ва туғруқни олиб бориш тавсияси мавжудлигига қарамасдан, бундай аёлларда хомила, янги туғилган чақалоқ ва онага дори воситаларининг таъсирини баҳолаш ва оптимал терапевтик ёндашув, туғиш муддати ва хомиладорликни олиб бориш ревматолог ва акушер-гинекологларнинг асосий вазифаларидан бири хисобланади.

Мақсад: ТҚБ билан касалланган аёлларда касалликнинг клиник кечиши турлари, ўтказилган даво ва иммун тизимининг ҳолатига қараб хомиладорликни олиб бориш.

Текшириш материаллари ва усуллари: Тадқиқотда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг ревматология, кардиоревматология бўлимларида стационар шароитида даволанган ва артрологик ИАДК бўлимида кузатувда бўлган аниқ ТҚБ ташхиси билан хомиладор бўлган 20 ёшдан 32 ёшгача бўлган 22 бемор аёллар иштирок этдилар. Назорат гуруҳини 22 та шу касаллик билан оғриган, активлик даражаси ҳар хил бўлган, хомиладор бўлмаган аёллар ташкил қилди. Беморларнинг ўртача ёши $24,65 \pm 1,25$ йил бўлиб, назорат гуруҳи ёш кўрсаткичига мос келди. Касаллик давомийлиги ўртача $5,31 \pm 1,1$ бўлди. ТҚБнинг I фаоллик даражаси 9 (41%), II даража - 12 (54,5%) ва III даража эса (4,5%) беморда аниқланди. ТҚБни ўртача кечиш давомийлиги $5,5 \pm 2,2$ йил (1 йилдан 10 йилгача). Касалликнинг 3 йилгача бўлган муддатдаги беморлар 8 та (36%), 3 йилдан -5 йилгача давомийликда 12 та (54%) бемор аёл, 5 йилдан 10 йилгача бўлган беморлар 2 та (9%)ни ташкил қилди (1-жадвал). Беморларда касаллик фаоллигини аниқлаш мақсадида умумий қон тахлили, умумий пешоб тахлили, суткалик протеинурия, мочеви-на, креатинин, сийдик кислота, LE-хужайра, АФЛ, Анти-АНА ни аниқлаш, буйраклар УТТ ўтказилди.

1-жадвал

ТҚБ ни кечиш давомийлигига боғлиқ асосий группадаги беморлар тақсимланиши (n=22)

Касаллик давомийлиги	Кузатувдаги беморлар абсолют сони	Кузатувдаги беморлар нисбий сони
3 йилгача	8	36%
3-5 йил	12	54%
5-10 йил	2	9%

Натижалар: ТҚБ ташхиси билан даволанаётган аёлларда хомиладорликда касалликнинг фаоллашиши 18та (81,8%) та беморда аниқланди. Бу беморлардан 8 таси (44%) да хомиладорликнинг 1-триместрида, 6 таси (33,3%) да 2-триместрда ва 4 та (22,2%) беморда эса 3-триместрда касаллик фаоллиги ортиши кузатилди (2-жадвал). Касаллик фаоллашганда патогенетик давони кучайтириш, юқори дозада глюкокортикостероид билан пульс-терапия муолажасини ўтказиш тавсия этилди. Гематологик ўзгариш асосий гуруҳдаги барча аёлларда ва тромботик микроангиопатия 1/3 беморларда кузатилди (3-жадвал).

2-жадвал

Касалликнинг фаоллашуви

Хомиладорлик даврлари	Кузатувдаги беморлар абсолют сони	Кузатувдаги беморлар нисбий сони
1-триместр	8	44%
2-триместр	6	33,3%
3-триместр	4	22,2%

3-жадвал

Хомиладорлик даврида ТҚБ касаллигидаги лаборатор ўзгаришлар

Клиник белгилар	Хомиладорликдан олдин	Хомиладорликдан Кейин
Протеинурия (n=22)	2(9%)	18(81,8%)
Буйрак зарарланиши (n=22)	0(0%)	18(81,8%)
Иммунологик бузилишлар (n=22)	4(18,2%)	12(54,5%)
Гематологик бузилишлар (n=22)	4(18,2%)	12(54,5%)
ЭЧТ (мм/соат)	19,4±0,21	35,25±0,6
Артрит(n=22)	22(100%)	20(90,9%)
Серозит(n=22)	0(0%)	10(45,4%)

Кузатувдаги беморлардан 4 нафаридан нормал туғруқ бўлди, бу беморларда касалликнинг клиник вариантларидан тери, бўғим шакли кузатилди ва касаллик фаоллигини тасдиқловчи лаборатор-инструментал тахлилларда ўзгариш деярли меъёрга яқин бўлди. Қолган беморлардан 8 тасида касаллик хуруж қилганлиги, бемор ҳаётига хавф солувчи холатлар кузатилиш эхтимоли борлиги сабабли тиббий абортга кўрсатма бўлди. Қолган 6 нафар беморда хомила ривожланишдан орта қолди ва 4 нафар беморда эса антенатал ўлим содир бўлди. Бу беморларда ТҚБ касаллигининг дерматит, артритдан ташқари васкулит ва АФЛ синдроми ҳам ривожланди. Асосий гуруҳдаги беморларда хомиладорлик бошида люпус нефрит ва люпус кардит аниқланмаган эди, аммо 8 нафар (36,4%) беморда хомиладорлик бошлангандан кейин юқоридаги клиник кўринишлар ривожланди ва хомиладорликни тўхтатишга абсолют кўрсатма бўлди (Жадвал 4).

4-жадвал

ТҚБ ли хомиладор аёлларда хомиладорликнинг кечиши

Хомиладорликни тугаши	Кузатувдаги беморлар абсолют сони	Кузатувдаги беморлар нисбий сони
Тиббий аборт	8	36,4%
Ривожланмаган хомила	6	27,3%
Перинатал ўлим	4	18,2
Қайта хомиладорлик 1-туғруқ	2	9%
Биринчи хомиладорлик 1-туғруқ	2	9%

Хулоса

1. ТҚБ касаллигининг АФЛ синдром билан бирга келиши беморларда хомиладорлик даврида хомиланинг ривожланишини ортада қолиши ёки антенатал ўлим кузатилишига сабаб бўлади.
2. ТҚБ касаллиги бор беморларда касаллик люпус нефрит ва люпус кардит билан кечганида бемор ҳаётига хавф солиши юқори бўлганлиги сабабли хомиладорликни тўхтатишга кўрсатма бўлади.
3. ТҚБ беморларда тромботик микроангиопатия ва гиперкоагуляция ривожланганлиги сабабли сурункали плацентар етишмовчилик ривожланди.

Адабиётлар

1. A national study of the complications of lupus in pregnancy. / M.E. Clowse, M. Jamison, E. Myers, A.H. James // American journal of obstetrics and gynecology. - 2008. - № 199 (2). - 127.
2. Petri, M. Systemic lupus erythematosus and pregnancy. / M. Petri // Rheumatic Diseases Clinics of North America. - 1994 (2006). - № 20 (1). - P. 87-118.
3. Systemic lupus erythematosus and pregnancy. / T. Diniz-da-Costa, M. Centeno, L. Pinto, A. Marques, L. Mendes-Graca // Acta medica portuguesa. - 2012. - № 25 (6). - P. 448-453.

РОЛЬ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Алимбекова Л.У., Собирова Р.А., Турсунов Д.Х.

МОНООКСИГЕНАЗА ТИЗИМИНИНГ ЎТКИР ПАНКРЕТИТ РИВОЖЛАНИШИДАГИ ЎРНИ

Алимбекова Л.У. Собирова Р.А., Турсунов Д.Х.

ROLE OF THE MONOOXYGENASE SYSTEM IN THE DEVELOPMENT OF ACUTE PANCREATITIS

Alimbekova L.U., Sobirova R.A., Tursunov D.X.

*Ташкентская медицинская академия***Ключевые слова:** *острый панкреатит, монооксигеназная система, печень, эндотоксикоз.*

В обзорной статье приведены сведения об патогенезе и механизмах развития острого панкреатита, рассматривается роль ферментов монооксигеназной системы при развитии острого панкреатита.

The review article provides information on the pathogenesis and mechanisms of development of acute pancreatitis, considers the role of enzymes of the monooxygenase system in the development of acute pancreatitis.

На сегодняшний день острый панкреатит занимает второе место по заболеваемости в структуре urgentной хирургической патологии после острого аппендицита и является одним из наиболее тяжело протекающих заболеваний органов пищеварения [1]. Острый панкреатит — одно из самых тяжелых заболеваний в urgentной абдоминальной хирургии. Несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании диагностики, интенсивной и антибактериальной терапии, хирургических методов лечения с привлечением возможностей миниинвазивной хирургии, общая летальность при тяжелом остром панкреатите на протяжении последних десятилетий сохраняется на высоком уровне около 10-30% и достигает при инфицированном панкреонекрозе 85 %. [2].

Одним из сложных патогенетических звеньев и тяжелых клинических проявлений острого панкреатита является эндогенная интоксикация, ведущая роль которой в развитии синдрома полиорганной недостаточности при остром деструктивном панкреатите. В патогенезе панкреатогенного эндотоксикоза существенную роль играет неидентифицированные токсические вещества белковой природы - так называемые вещества низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ), которые образуются в результате агрессивного действия протеаз на белковые структуры организма.

Следует отметить, что подавляющее большинство больных ОП – пациенты трудоспособного возраста, что значительно увеличивает социально-экономическую составляющую проблемы и требует активного поиска путей ее решения, направленных на улучшение клинических исходов ОП [3].

Патогенез острого панкреатита нельзя рассматривать лишь как изолированное поражение поджелудочной железы, тесно не увязав характер местных изменений с общими нарушениями, возникающими при этом в организме. В первую очередь патологические изменения затрагивают органы гепатопанкреато-дуденальной зоны [4].

При остром панкреатите местные изменения в поджелудочной железе тесно связаны с общими нарушениями в организме. Первым органом-мишенью на пути панкреатогенных токсинов становится печень [5].

Патологические изменения в организме при ЭИ зависят от баланса двух противоположных процессов: скорости образования и выхода в кровь эндотоксинов, с одной стороны, и их детоксикации, осуществляемой защитными системами организма и лечебными мероприятиями, с другой. Состояние системы естественной детоксикации организма влияет на выживание организма при генерализованной инфекции. В настоящее время существуют три взаимосвязанные функциональные системы, обеспечивающие защиту внутренней среды организма от повреждающего действия различных экзо- и эндогенных токсических факторов: 1) монооксигеназная система; 2) иммунная система; 3) экскреторная система. Несмотря на разработку и широкое внедрение в клиническую практику различных способов интра- и экстракорпоральной детоксикации организма (перитонеальный диализ, гемодилюция, гемо-, плазмо, лимфосорбция, плазмаферез и т.п.), эндотоксикоз, являясь ведущим патогенетическим фактором токсического шока, до настоящего времени продолжает занимать лидирующее место в общей структуре причин летальности у больных панкреатогенным перитонитом [8,9].

Синдром эндогенной интоксикации сопровождается нарушением обмена веществ и снижением функциональной активности систем естественной детоксикации, в частности угнетает монооксигеназную детоксицирующую систему печени. В панкреатологии принято считать, что как только при ОП развивается гепатоцеллюлярная недостаточность, так сразу появляются клинические признаки полиорганной недостаточности. Резкое снижение детоксикационного потенциала печени определяет генерализованное воздействие токсинов на организм с развитием полиорганной недостаточности, которая, как правило, является причиной смерти [6]. На современном этапе развития науки многочисленными исследованиями установлена важная роль в развитии синдрома эндогенной интоксикации интенсификации процессов перекисного окисления липидов.

Наряду с известными факторами агрессии (трипсин, липаза, кинины, продукты распада ненасыщенных жирных кислот, молекулы средней массы, лизосомальные ферменты и др.) при панкреатогенном эндотоксикозе в последние годы появились сообщения об увеличении, а концентрации активных форм кислорода в плазме крови на фоне сниженной? антиоксидантной защиты у больных ОП.

Несмотря на это; в настоящее время полностью ещё не раскрыты закономерности формирования интоксикационного синдрома, и защитная роль монооксигеназной системы печени.

В доступных для изучения литературных источниках нами не были обнаружены сведения, полностью раскрывающие закономерности формирования интоксикационного синдрома, и защитная роль монооксигеназной системы печени. Соответственно, на современном этапе не определены возможности фармакологической коррекции данных нарушений с учетом механизмов их развития, что послужило основой для проведения диссертационного исследования [7].

Литература

1. Мохов Е.М., Морозов А.М., Кадыков В.А., Аскеров Э.М., Серова Н.Е. О месте бактериофагов в комплексном лечении перитонита аппендикулярного происхождения. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2017; 10: 4: 265–268. DOI: 10.18499/2070-478X2017-10-4-265-268.
2. Рахимов Р.Р. Совершенствование диагностической и лечебной тактики при стерильном и инфицированном панкреонекрозе: диссертация ... кандидата Медицинских наук: БашГМУ: 2018 -3
3. Бугаенко О.А. Патогенетическое значение локальных изменений неспецифических протеиназ и их ингибиторов при остром панкреатите: Автореф... дис. кан. мед. наук. – М.: 2017. – 3 с.
4. Арсентьева Е.В. Патогенетическое обоснование метаболической терапии в профилактике ulcerogenesis при остром панкреатите: диссертация кандидата медицинских наук – Саранск: 2009 – 3
5. И.В. Твердохле, И.Н. Береговенко, Д.Ю. Зиненко. Нарушение печеночной микроциркуляции в развитии патологических изменений печени при моделировании острого панкреатита у крыс. // Наука молодых (Eruditio Juvenium), с 37.
6. Мелёшкин А.В. Патогенетические основы совершенствования лечебных программ детоксикационной терапии при остром перитоните: диссертация кандидата медицинских наук – Саранск: 2017 – 6.
7. Салий И.С. Перекисные и антиперекисные механизмы повреждения и защиты печени при остром панкреатите Автореф... дис. кан. мед. наук. – Владикавказ.: 2017. – 3 с

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КОНТРАЦЕПТИВОВ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Ашурова У.А., Абдувалиева С.Х., Мамирова М.У.

Ташкентская медицинская академия

Согласно многочисленным исследованиям 11-25% женщин в мире страдает миомой матки. В последнее время отмечено «омоложение» данного заболевания, которое встречается в 20-ти - 30-летнем возрасте и моложе. Поэтому актуален вопрос выбора метода контрацепции при наличии этой патологии. Гормональные противозачаточные, помимо основного эффекта — защиты от беременности, могут уменьшать рост и развитие миоматозных узлов.

Цель исследования: оценить эффективность гормональных контрацептивов при миоме матки.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 60 больных миомой матки. В 1-ю группу вошли 30 больных миомой матки, получавших гормональные контрацептивы. Вторую группу составили 30 больных миомой матки, использовавшие ВМС «Мирена».

Результаты исследования: доказано, что регулярное применение гормональных контрацептивов достоверно уменьшает скорость роста миоматозных узлов, а также в некоторой степени предотвращает появление новых. В результате исследований, стабилизирующий эффект ОК распространяется на миоматозные узлы размерами до 1,5 см в диаметре, тогда как назначение ОК при узлах больших размеров может иметь как положительный, так и отрицательный эффект (рост миомы). Судя по всему, это связано с тем, что в небольших миоматозных узлах еще не сформированы до конца основные патологические порочные круги (локальные ферментные системы, автономная продукция соединительной ткани), в связи с чем рост такого узла управляем экзогенным воздействием гестагена ОК. При приеме ОК уменьшается объем менструальных выделений. Отмечалось уменьшение менструальных болей и выраженность постменструального синдрома при ОК. Гормональные контрацептивы дают защиту от беременности при правильном приеме при миоме матки в 98% случаях.

Использование Мирены приводит к снижению объема и длительности менструаций и в ряде случаев – к олиго- и аменорее у больных менометроррагией, ассоциированной с миомой матки и аденомиозом. В 20% случаях развилась аменорея, показатели гемоглобина достигли нормативных значений. На фоне применения Мирены не происходит увеличения размеров миоматозных узлов, то есть наблюдается их стабилизация. Так же установлено, что чем меньше размер миоматозных узлов, тем более выражен стабилизирующий эффект Мирены.

Заключение: выбор контрацепции у больных миомой матки в целом определяется не только предпочтением того или иного метода, но и необходимостью профилактики рецидива роста миомы, то есть предпочтение должно отдаваться оральным контрацептивам, содержащим современные гестагены и внутриматочной левоноргестрел-релизинг системе.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Бабаджанова Г.С., Узокова М.К.

Ташкентская медицинская академия

Цель: изучение характера нарушений сердечного ритма. **Материал и методы:** обследованы 120 пациентки во время беременности, у 100 из которых были выявлены сложные нарушения сердечного ритма. В 1-ю группу вошли женщины с нарушениями сердечного ритма и органическими изменениями сердечно-сосудистой системы, во 2-ю – пациентки с идиопатическими аритмиями, контрольную группу составили 20 практически здоровых женщин с нормальным синусовым ритмом. **Результаты:** У беременных с пролапсом митрального клапана наджелудочковые экстрасистолы регистрируются достоверно реже, чем в других группах регистрировали. **Выводы:** сложные нарушения сердечного ритма возникают у беременных как на фоне кардиоваскулярной патологии, так и при отсутствии органических изменений со стороны внутренних органов и метаболических процессов, что требует тщательного динамического наблюдения за этими пациентками.

Ключевые слова: аритмии, беременность, сердечно-сосудистые заболевания

Максад: Юрак ритми бузилиши характерини урганиш. **Материал ва методлар:** Хомиладор 120 та аеллар текширилди, улардан 100тасида турли даражадаги мураккаб юрак ритми бузилишлари аниқланган. 1 группага юрак ритми бузилган ва юрак кон томирларида органик узгартишлар кузатишган аелларни уз ичига олган, 2 группага идиопатик аритмияли аеллар киритилган, контрол гуруҳда эса соғлом, нормал синус ритми аеллар киритилган. **Натижалар:** Митрал клапан пролапси бор хомиладорларда коринчалар усти экстрасистолияси бошқа гуруҳларга нисбатан камроқ кузатишди. **Хулоса:** Юрак ритмининг мураккаб бузилишлари кардиоваскуляр патология фониди хам, шунингдек, органик ва метаболик узгартишлар булмаганда хам кузатилиши мумкин, ва бу ушбу беморларни синчиклаб кузатишни талаб этади.

Калит сўзлар: аритмия, хомиладорлик, юрак кон-томир касалликлари.

Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных занимают ведущее место среди всей соматической патологии. На их долю приходится более 60% всех болезней внутренних органов во время беременности и родов. [1] В последние годы отмечается рост частоты патологии сосудов и сердечно-сосудистой системы (ССС) у молодых беременных женщин. Эта патология может быть врожденной в виде различных врожденных пороков сердца или приобретенной, как результат перенесенного ревматизма. Однако нередко заболевания ССС могут развиваться впервые во время гестации у здоровых до наступления беременности женщин. При этом часть из этих пациенток имели в анамнезе физиологические беременности и роды. [2] Наиболее частой патологией являются постмиокардический кардиосклероз, приобретенные пороки сердца и др. Опасность этих заболеваний заключается в том, что они осложняют течение беременности развитием тяжелых акушерских осложнений, таких как тяжелая преэклампсия, эклампсия, тромбофилические состояния и наиболее их грозного проявления - тромбоэмболия легочной артерии. Нередко эта патология сочетается с варикозной болезнью, что еще больше осложняет течение беременности. Нет единой теории возникновения и развития тяжелой сердечно-сосудистой патологии у беременных не диагностированной ранее. Чаще ее связывают с применением современных информативных методов диагностики, однако это не всегда имеет подтверждения. [3] Наличие в анамнезе у женщины сердечной патологии, особенно врожденных пороков сердца в сочетании с гестацией взаимно усугубляют течение. Развивающиеся осложнения сердечно-сосудистой деятельности, особенно в III-триместре беременности часто является показанием к оперативным родам, что приводит к рождению недоношенного ребенка, с высоким риском на развитие перинатальной заболеваемости или смертности. Существовавшая до сих пор в мире тактика ведения, заключающаяся только в наблюдении за беременной под контролем кардиолога, проведение ЭКГ в динамике, в настоящее время не оправдала себя. [4] Сегодня существуют информативные методы диагностики, с помощью которых можно не только определить вид патологии, степень тяжести заболевания, но и разработать тактику ведения беременной и метод родоразрешения. Развивающиеся осложнения сердечно-сосудистой деятельности, особенно в III-триместре беременности часто является показанием к оперативным родам, что приводит к рождению недоношенного ребенка, с высоким риском на развитие перинатальной заболеваемости или смертности. Специальных исследований, посвященных изучению характера нарушений сердечного ритма и определению возможных этиологических факторов их развития у беременных, не проводилось, что и стало целью данной работы.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 120 беременные женщины (средний возраст $26,1 \pm 5,7$ лет) во II и III триместрах гестации, подписавших информированное согласие и находившихся на лечении в отделении ОПБ городской родильный комплекс №9. Всем пациенткам помимо рутинных методов обследования, включающих в т. ч. анализы крови на электролиты (калий, натрий) и гормоны щитовидной железы — трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4), тиреотропный гормон (ТТГ), проводили эхокардиографию (ЭхоКГ) на аппарате

«Vivid 7 GE», ЭКГ «1200». Статистическую обработку результатов исследования проводили с программой «SPSS» с использованием стандартных методов вариационной статистики и критерия Стьюдента для оценки различий при парных измерениях показателей. Различие считали достоверным при $p < 0,05/$.

Результаты

Из 120 пациенток у 100 были диагностированы сложные нарушения сердечного ритма (основная группа) и у 18 регистрировался нормальный синусовый ритм (контрольная группа). Почти у половины пациенток была выявлена отягощенная наследственность по кардиологическим заболеваниям и метаболическим нарушениям: артериальная гипертония у одного или обоих родителей встречалась в 53,7 % случаях, инфаркт миокарда или нарушение мозгового кровообращения — в 7,2 %, ожирение — в 31,2 %, сахарный диабет — в 5,0 %. До наступления настоящей беременности жалоб на перебои в работе сердца, сердцебиение женщины не предъявляли. Примерно с середины I, начала II триместра беременности пациенток с аритмиями стали беспокоить ощущения перебоев и «замирания» в работе сердца, сердцебиения, иногда носящие приступообразный характер, слабость, повышенная утомляемость, что явилось причиной дополнительного обследования. В зависимости от наличия или отсутствия аритмии и кардиоваскулярной патологии все пациентки были разделены на три группы. Группу I (n=50) составили женщины с нарушениями сердечного ритма и органическими изменениями ССС. В группу II вошли 50 пациентка с аритмиями, у которых в процессе обследования видимых органических изменений со стороны ССС, эндокринной системы, органов желудочно-кишечного тракта не было выявлено и нарушения сердечного ритма у них были классифицированы как «идиопатическая аритмия». Группу III контроля (n=18) составили практически здоровые женщины с нормальным синусовым ритмом в те же сроки беременности, что и 2 основные группы. По данным клинико-инструментального обследования в I группе были диагностированы органические изменения со стороны ССС: гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выносящего тракта левого желудочка (n=4), недостаточность митрального клапана ревматического генеза (n=3), открытое овальное окно (n=2), неоперированный дефект межжелудочковой перегородки (n=5), дилатационная кардиомиопатия без признаков сердечной недостаточности (n=3), корригированная тетрада Фалло (n=2) и постмиокардитический кардиосклероз (n=14). Достаточно часто встречался пролапс митрального клапана (ПМК) (n=29), из них митральная регургитация 1 степени выявлена в 8 случаях, 2 степени — в 19 случае.

Обсуждение

Большой риск развития аритмий имеют женщин с изменениями гемодинамического и гормонального статуса, общего метаболизма, а также с увеличенной нагрузкой на сердечно-сосудистые системы при беременности.[5] Беременность вызывает в сердечно-сосудистой системе женщины адаптивные изменения и направлены на обеспечение ее оптимального исхода как для матери, так и для плода. Несмотря на многочисленные отечественные и зарубежные исследования, касающиеся особенностей гемодинамики матери и плода при беременности высокого перинатального риска, проблема далека от своего окончательного решения. [6]

Большая роль в процессах адаптации женщины к новым условиям функционирования системы мать-плацента-плод отводится симпатoadреналовой системе. Под контролем вегетативных центров находится регуляция начала, силы и продолжительности адаптационных механизмов. С вегетативной дисфункцией связано и увеличение эктопической активности у пациенток с ПМК, который традиционно, особенно без гемодинамической значимой митральной регургитации воспринимается кардиологами как вариант нормы, и редко требует терапии.[7][8] Известно, что при ПМК имеет место генетически детерминированный дефект синтеза коллагена, снижение внутритканевого уровня магния, в условиях дефицита которого фибробласты вырабатывают неполноценный коллаген створок митрального клапана.[9] Клинически ПМК нередко проявляется нарушениями вегетативной регуляции ритма сердца, которые регистрируются с частотой, превышающей 68 %. Вместе с тем, отмечена необходимость соблюдать принципы индивидуального подхода к выбору лекарственной терапии с оценкой ожидаемой пользы и рисков развития осложнений, а также мониторировать состояние беременной в случае назначения терапии для оценки безопасности и эффективности проводимого лечения.[10] Сложные нарушения сердечного ритма возникают у беременных как на фоне кардиоваскулярной патологии, так и при отсутствии органических изменений со стороны внутренних органов и метаболических процессов.

Таким образом, результаты выполненного исследования свидетельствуют о том, что сложные нарушения сердечного ритма возникают у беременных как на фоне кардиоваскулярной патологии, включающей пороки сердца, постмиокардитический кардиосклероз, ПМК с незначительной митральной регургитацией, так и у пациенток без органических изменений со стороны внутренних органов и метаболических процессов, что требует тщательного динамического наблюдения за этими пациентками, и в случае гемодинамической нестабильности или при развитии угрожающих жизни аритмий, своевременной адекватной терапии.

Литература

1. R. M. Hayward, E. Foster, and Z. H. Tseng, "Maternal and fetal outcomes of admission for delivery in women with congenital heart disease," *JAMA Cardiol.*, vol. 2, no. 6, 2017, doi: 10.1001/jamacardio.2017.0283.
2. C. Raskind-Hood *et al.*, "Assessing Pregnancy, Gestational Complications, and Co-morbidities in Women With Congenital Heart Defects (Data from ICD-9-CM Codes in 3 US Surveillance Sites)," *Am. J. Cardiol.*, vol. 125, no. 5, 2020, doi: 10.1016/j.

amjcard.2019.12.001.

3. J. Roos-Hesselink *et al.*, "Pregnancy outcomes in women with cardiovascular disease: Evolving trends over 10 years in the ESC Registry of Pregnancy and Cardiac disease (ROPAC)," *Eur. Heart J.*, vol. 40, no. 47, 2019, doi: 10.1093/eurheartj/ehz136.

4. K. Adam, "Pregnancy in Women with Cardiovascular Diseases," *Methodist DeBakey cardiovascular journal*, vol. 13, no. 4, 2017, doi: 10.14797/mdcj-13-4-209.

5. Y. Emmanuel and S. A. Thorne, "Heart disease in pregnancy," *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.*, vol. 29, no. 5, pp. 579–597, Jul. 2015, doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.04.002.

6. L. Swan, "Congenital heart disease in pregnancy," *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.*, vol. 28, no. 4, pp. 495–506, May 2014, doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.03.002.

7. P. Pillutla, T. Nguyen, D. Markovic, M. Canobbio, B. J. Koos, and J. A. Aboulhosn, "Cardiovascular and Neonatal Outcomes in Pregnant Women With High-Risk Congenital Heart Disease," *Am. J. Cardiol.*, vol. 117, no. 10, pp. 1672–1677, May 2016, doi: 10.1016/j.amjcard.2016.02.045.

8. U. Elkayam, S. Goland, P. G. Pieper, and C. K. Silversides, "High-Risk Cardiac Disease in Pregnancy: Part I," *J. Am. Coll. Cardiol.*, vol. 68, no. 4, pp. 396–410, Jul. 2016, doi: 10.1016/j.jacc.2016.05.048.

9. C. K. Silversides *et al.*, "Pregnancy Outcomes in Women With Heart Disease: The CARPREG II Study," *J. Am. Coll. Cardiol.*, vol. 71, no. 21, pp. 2419–2430, May 2018, doi: 10.1016/j.jacc.2018.02.076.

10. A. Emily, G. Mark, J. Michael, and G. Anselm, "Review Cardiac disease in pregnancy . Part 1 : congenital heart disease Learning objectives : Ethical issues .;" pp. 15–20, 2007.

ВЛИЯНИЕ ХЛОРМАДИНОН СОДЕРЖАЩИХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА УГЛЕВОДНЫЙ И ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бабаджанова Г.С., Султанмуратова Г.У.

EFFECT OF CHLORMADINONE-CONTAINING CONTRACEPTIVES ON CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM IN WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME

Babadjanova G.S., Sultanmuratova G.U.

Ташкентская медицинская академия, ургенчский филиал ташкентской медицинской академии

Проблема избыточной массы тела является одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. Всемирная организация здравоохранения рассматривает ожирение как эпидемию, охватившую миллионы людей. Исторически сложилось, что при проведении исследований эффективности и безопасности применения различных методов контрацепции, пациенток с избыточным весом или ожирением исключали из выборки, в связи с теоретически более высоким риском развития у них осложнений, хотя степень увеличения риска окончательно не была установлена. Кроме того, известно, что ожирение может вызывать развитие ановуляции и олигоамеории, но по данным последних исследований показано, что большинство пациенток с ожирением имеют регулярную овуляцию и нуждаются в применении контрацептивов. В связи с этим целесообразность и безопасность применения тех или иных методов контрацепции у пациентки с ожирением должно решаться индивидуально с учетом всех составляющих соматического статуса женщины и желания ее в дальнейшем иметь детей. Гормональная контрацепция в настоящее время является важнейшим элементом системы планирования семьи. Пероральные контрацептивы противопоказаны пациенткам с тяжелой степенью ожирения, но могут быть использованы у тех женщин, у которых имеется небольшой избыток массы тела. Вообще, у проблемы применения гормональных контрацептивов (выпускаемых в различных лекарственных формах) в группе женщин с ожирением существует несколько аспектов. Обсуждается вопрос о том, что избыток массы тела может служить причиной искажения фармакодинамики и фармакокинетики препарата и как следствие — снижения контрацептивного эффекта. Другая проблема — риски гормональной контрацепции при ожирении и метаболическом синдроме. Изучение состояния углеводного, липидного обмена женщин с нарушением жирового обмена на фоне применяемой гормональной контрацепции является актуальным и может способствовать уточнению показаний, противопоказаний, условий применения гормональной контрацепции.

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, контрацепция, гормональные контрацептивы, обмен веществ.

The problem of overweight is one of the most important health problems worldwide. The World Health Organization views obesity as an epidemic affecting millions of people. Historically, in studies of the efficacy and safety of various methods of contraception, overweight or obese patients were excluded from the sample, due to a theoretically higher risk of developing complications, although the degree of increased risk has not been definitively established. In addition, it is known that obesity can cause the development of anovulation and oligoamenorrhea, but according to recent studies, it has been shown that the majority of obese patients have regular ovulation and need to use contraceptives. In this regard, the feasibility and safety of using certain methods of contraception in a patient with obesity should be decided individually, taking into account all the components of a woman's somatic status and her desire to have children in the future. Hormonal contraception is currently an essential element of the family planning system. Oral contraceptives are contraindicated in patients with severe obesity, but can be used in those women who are slightly overweight. In general, the problem of using hormonal contraceptives

(produced in various dosage forms) in the group of obese women has several aspects. The question is discussed that excess body weight may cause distortion of the pharmacodynamics and pharmacokinetics of the drug and, as a consequence, a decrease in the contraceptive effect. Another problem is the risks of hormonal contraception in obesity and metabolic syndrome. The study of the state of carbohydrate and lipid metabolism in women with impaired lipid metabolism against the background of hormonal contraception is relevant and can help clarify the indications, contraindications, conditions for the use of hormonal contraception.

Key words: metabolic syndrome, obesity, contraception, hormonal contraceptives, metabolism

Актуальность. Всемирная организация здравоохранения в 1997 г. объявила, что ожирение превратилось в глобальную эпидемию и представляет серьезную угрозу состоянию общественного здоровья. Согласно исследованиям ВОЗ, 50–75 % населения в возрасте 35–64 лет имеют избыточную массу тела, причем среди женщин репродуктивного возраста ожирение встречается в 2 раза чаще. Ожирение можно рассматривать как экстремальный фактор, влияющий на репродуктивную функцию женщин. Нарушение функции половых желез наблюдается у 46–96 % женщин с ожирением.

По мнению В. П. Сметник и соавт. (2000 г.), основной причиной нарушений в репродуктивной системе при ожирении является воздействие инсулина на яичники. Инсулин, будучи синергистом ЛГ, способствует активизации функции клеток теки и гормон-продуцирующей стромы. Повышение внутрифолликулярного содержания андрогенов нарушает рост фолликулов, способствует развитию гиперандрогенной ановуляции и гиперплазии эндометрия. Инсулинорезистентность (ИР) проявляется у женщин ановуляцией, СПКЯ, вирилизацией и гиперпластическими процессами в гормонозависимых органах и тканях.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – широко распространенное эндокринное заболевание среди женщин репродуктивного возраста [1]. Характеризуется этот синдром инсулинорезистентностью, умеренным ожирением, нерегулярными менструациями или аменореей и признаками избытка андрогенов (например, гирсутизм, угри) [2-5]. Для коррекции менструального цикла и симптомов избытка андрогенов, связанные с СПКЯ, обычно используют комбинированные оральные контрацептивы (ОК), предпочтительно с антиандрогенными свойствами [6,7]. Однако ОК тоже могут быть причиной инсулинорезистентности и непереносимости глюкозы [8-10]. Таким образом, есть опасение того, что ОК могут еще более усугубить лежащую в основе метаболическую дисфункцию и инсулинорезистентность у женщин с СПКЯ [11]. Это особенно касается тучных женщин с СПКЯ, у которых есть инсулинорезистентность, связанная как с СПКЯ, так и с избыточным весом [12].

Данные о влиянии ОК на углеводный обмен у женщин с избыточным весом/ожирением и СПКЯ противоречивы. Исследования с ОК, содержащими антиандроген - ципротерона ацетат, показали отсутствие эффекта на чувствительность к инсулину или обострение инсулинорезистентности и снижение толерантности к глюкозе [13-16]. Исследования с ОК с низким уровнем андрогенов - дезогестрелом, показали снижение толерантности к глюкозе и инсулинорезистентности [11, 17]. Недавний мета-анализ исследований, изучающих связь между использованием ОК и метаболическими изменениями, показал, что использование ОК не оказывает значительного влияния на уровень глюкозы или инсулина натощак [18]. Однако при использовании ОК с разными типами прогестинов, выявлена значительная гетерогенность, при котором индекс массы тела (ИМТ) был способствующим фактором изменения уровня глюкозы натощак и инсулинорезистентности.

Отсутствие контрольной группы является общим ограничением большинства исследований, оценивающих метаболические эффекты ОК у женщин с СПКЯ. ОК могут быть причиной инсулинорезистентности и непереносимости глюкозы даже у женщин без СПКЯ [8–10]. Были ли женщины с СПКЯ более восприимчивы, чем женщины с отсутствием данной патологии, оценивалось только в двух исследованиях.

В одном исследовании оценивали ОК, содержащие норэтиндрон, у женщин с СПКЯ по сравнению с контрольной группой с сопоставимым ИМТ [19]. По истечении 3 месяцев использования этого ОК, в обеих группах наблюдалось снижение индекса чувствительности к инсулину. Неизвестно, можно ли применить эти данные на низкодозированные ОК с антиандрогенным эффектом, которые часто используют при лечении женщин с СПКЯ. Другое исследование оценивало низкодозированные ОК, содержащие норгестимат, исходом которого было отсутствие изменений в чувствительности к инсулину у худых женщин с СПКЯ и женщин контрольной группы [20]. В этом исследовании установлено влияние часто используемого низкодозированного ОК (30 мкг этинилэстрадиола и 2 мг хлормадинона ацетата) с антиандрогенным эффектом на углеводный и липидный обмены у женщин с СПКЯ и без него. Женщины основной и контрольной групп имели избыточный вес или ожирение в соответствии с ИМТ. Причина выбора данного ОК состоит в том, что он был изучен, установлен профиль безопасности с отсутствием значительного ухудшения картины инсулина натощак, глюкозы и гликолизированного гемоглобина.

Цель исследования. Определить метаболические эффекты хлормадиносодержащего ОК у женщин с избыточным весом.

Материалы и методы исследования. Объект исследования составляли 30 женщин, страдающие избыточным весом или ожирением. В основную 1-группу были включены 10 женщин с метаболическим синдромом и СПКЯ, а 2-группу сравнения составили 20 женщин, страдающих ожирением без СПКЯ. СПКЯ был определен по модифицированным Роттердамским критериям после исключения других эндокринных забо-

леваний [25]. В этом исследовании у всех женщин с СПКЯ были клинические или биохимические признаки гиперандрогении, олиго- или аменореи. Контрольную группу составили регулярно менструирующие женщины. Критерии исключения для обеих групп были схожими и включали следующие: беременность, противопоказания к ОК (например, тромбоз в анамнезе, артериальное давление > 140/90 мм рт.ст., заболелание печени), сахарный диабет, употребление табака и использование гормональных контрацептивов, инсулина, антиандрогены, глюкокортикоиды, гипотензивные или антилипидемические средства в течение последних 3 месяцев.

Методы исследования.

Исследования проводились в фолликулярной фазе менструального цикла. В обеих группах после 12-часового голодания были получены показатели жизненно важных функций, рост, вес, липиды сыворотки крови натощак, инсулин и глюкоза. Был проведен 2-часовой пероральный тест на толерантность к глюкозе с нагрузкой глюкозы 75 г, при этом уровни глюкозы и инсулина определялись каждые 15 минут. На следующий день участницы начинали принимать ОК (этинилэстрадиол 30 мкг и хлормадинона ацетат 2 мг). За участниками обеих групп проспективно наблюдали в течение 3 месяцев. Возраст обследованных колебался от 20 до 27 лет (табл.1).

Лабораторные анализы

Сыворотку и плазму хранили при -80 ° С до анализа. Уровень глюкозы в сыворотке измерялся окислительным методом (анализатор YSI 2300 STAT Plus; Yellow Springs Instruments). Уровни инсулина в сыворотке измеряли с помощью иммуноферментного анализа (ELISA; ALPCO Diagnostics). Тестостерон сыворотки измеряли с помощью ELISA (ALPCO Diagnostics). В обеих группах анализы проводились дважды. Коэффициенты вариации были <10%.

Результаты исследования.

В контрольной группе через 3 месяца после использования ОК (белара) наблюдалось небольшое, но статистически значимое увеличение инсулина натощак, глюкозы и статистически значимое снижение чувствительности к инсулину по сравнению с исходным уровнем (табл.2). Женщины 1-группы с СПКЯ уже имели неблагоприятный профиль метаболизма глюкозы на исходном уровне по сравнению с женщинами с избыточным весом без СПКЯ. Хотя в 1-группе с СПКЯ наблюдалось аналогичное ухудшение этих параметров после 3 месяцев использования ОК, изменения у женщин с СПКЯ от исходного до 3-месячного периода не достигли значимости.

Как у женщин с СПКЯ, так и у женщин без данной патологии уровень общего холестерина значительно повышался после 3 месяцев приема ОК (таблица 2). Однако только у женщин 2-группы сравнения наблюдалось значительное повышение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности. У женщин 2-группы также было значительное увеличение липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), но у них было более низкое содержание холестерина ЛПНП на исходном уровне, чем у женщин с СПКЯ, на 10 мг/дл. Даже после значительного повышения уровень холестерина ЛПНП после лечения ОК был все еще ниже, чем у женщин с СПКЯ.

Таблица 1

Возраст обследованных пациентов и показатели индекса массы тела

Параметры	Женщины 1 группы с СПКЯ, (n=10)	Группа сравнения, (n=20)	p
Возраст	24.3± 4.4	21.8± 3.8	0.1175
ИМТ (кг/м ²)	32.6± 7.2	31.3± 8.8	0.7008
Анамнез диабета	2 (20%)	4 (20%)	1.0000

Таблица 2

Показатели влияния ОК на углеводный и липидный обмены обследованных пациенток

Параметры	Женщины с СПКЯ (n=10)		Группа сравнения, (n=20)			
	исходно	через 3 мес	исходно	через 3 мес	Значение p (исходные сравнения между группами)	Значение p (сравнения влияния ОК между группами)
Общий тестостерон (нг/дл)	57.6± 38.9	22.5±19.9	25.5 ± 12.9	19.7±9.4	0.0021	0.8769
Свободный тестостерон (нг/дл)	8.1 ± 8.5	3.5±4.4	4.4±2.5	1.7±0.8	0.0822	0.3785
Инсулин натощак (мкЕд/мл)	7.9(4.8-13.1)	8.7(6.3-12.1)	4.7(3.5-6.4)	5.6(4.3-7.4)	0.0495	0.6336
Глюкоза натощак (мг/дл)	88.7±6.6	88.1±7.0	84.1±4.9	84.3±6.0	0.0393	0.6543

Оральный глюкозотолерантный тест (мг/дл)	119±29.0	124±27.9	111 ± 20.3	114 ± 27.7	0.3921	0.8144
Индекс НОМА-IR	0.73 ± 0.49	0.60±0.35	1.21 ± 0.61	1.01±0.58	0.0397	0.6234
САД (мм рт.ст.)	117±10.5	117±9.88	116 ± 14.8	116±14.8	0.8655	0.8316
ДАД (мм рт.ст.)	69±6.3	70±6.1	72 ± 7.7	72±7.9	0.2448	0.5006
ИМТ (кг/м ²)	32.6±7.2	32.5±6.9	31.3 ± 8.8	31.3±8.9	0.7008	0.7352
Окружность талии (см)	97.4±13.6	96.2±16.1	87.8 ± 19.8	89.4±18.6	0.1806	0.3056
Соотношение талии и бедер	0.84(0.80-0.88)	0.81(0.75-0.87)	0.75 (0.70–0.80)	0.78 (0.75–0.81)	0.0198	0.0955
Общий холестерол (мг/дл)	168 ± 24.0	182 ± 25.4	161 ± 27.0	182 ± 24.6	0.452	0.2173
ЛПНП (мг/дл)	100 ± 16.6	107 ± 19.7	90 ± 22.0	102 ± 25.6	0.2398	0.5785
Триглицериды (мг/дл)	116 (90.0-137.8)	136(93.3-198.5)	66 (52.8–83.1)	76(59.4-98.0)	0.0044	0.6599
ЛПВП (мг/дл)	45 ± 8.9	48 ± 7.8	53 ± 11.9	61 ± 12.6	0.0947	0.0882

Обсуждение. Целью данной работы являлось определение метаболических эффектов ОК, содержащих хлормадинона ацетат, у женщин с метаболическим синдромом с СПКЯ и без данной патологии в течение 3 месяцев. Женщины с СПКЯ были более инсулинорезистентными, имели более высокие уровни инсулина и глюкозы натощак на исходном уровне. После 3 месяцев использования ОК обнаружено значительное снижение толерантности к глюкозе у женщин с СПКЯ по сравнению с женщинами контрольной группы. По истечении 3 месяцев существенной разницы между двумя группами по другим метаболическим параметрам не выявлено.

Снижение толерантности к глюкозе у женщин с СПКЯ после использования ОК, по-видимому, связано в первую очередь со снижением функции бета-клеток, а не с ухудшением инсулинорезистентности. Это неудивительно, потому что на исходном этапе женщины с СПКЯ уже были значительно более устойчивы к инсулину, и ожидалось, что ОК не может еще больше усугубить эту инсулинорезистентность. Инсулинорезистентность, уже присутствующая на исходном уровне, в сочетании со сниженной функцией бета-клеток во время лечения ОК, могла привести к большей непереносимости глюкозы у женщин с СПКЯ по сравнению с женщинами контрольной группы.

В данном исследовании инсулинорезистентность существенно не ухудшалась у женщин с СПКЯ во время использования ОК. Исходное ожирение у женщин с СПКЯ может объяснить отсутствие дальнейшего ухудшения инсулинорезистентности во время лечения. Эффект ожирения дополнительно подтверждается метаанализом, оценивающим связь между ОК и метаболическими изменениями у женщин с СПКЯ [18].

При сравнении липидного профиля в группах с СПКЯ и группе сравнения на исходном уровне единственной значимой разницей было более высокое содержание триглицеридов в группе женщин с СПКЯ (116 (90,0–137,8) мг/дл) в сравнении с группой женщин без СПКЯ - 66 (52,8– 83,1) мг/дл ($p=0,02$). После трех циклов использования хлормадинона ацетата, значительных различий в параметрах липидов между двумя группами не обнаружено.

На исходном этапе значительной разницы между обеими группами в параметрах артериального давления не выявлено. Также не наблюдалось негативного влияния хлормадинона ацетата на эти показатели по истечении трех циклов использования ОК. Это демонстрирует ограниченное или полное отсутствие влияния низкодозированных хлормадинонсодержащих ОК на артериальное давление.

Вывод

Таким образом, сравнительный анализ влияния низкодозированного ОК с антиандрогенным эффектом, содержащий хлормадинона ацетат, на метаболизм глюкозы у женщин с наличием и отсутствием СПКЯ показал, что назначение препарата женщинам с избыточным весом/ожирением вызвало значительное ухудшение толерантности к глюкозе у женщин 1-группы с СПКЯ по сравнению с женщинами группы сравнения. Однако у женщин с СПКЯ, при использовании ОК, снижение чувствительности к инсулину не наблюдалось, тогда как этот показатель у женщин группы сравнения без СПКЯ имел тенденцию к снижению по сравнению с исходным уровнем. Для разработки критериев приемлемости использования гормональных контрацептивов у женщин с избыточным весом/ожирением и СПКЯ необходимо проведение дальнейшего исследования с включением большого количества женщин с нормальным и избыточным весом и СПКЯ в течение более длительного периода.

Литература

1. Franks S. Polycystic ovary syndrome. N Engl J Med 1995;333:853–861 [PubMed] [Google Scholar]
2. Apridonidze T, Essah PA, Iuorno MJ, Nestler JE. Prevalence and characteristics of the metabolic syndrome in women with polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab 2005;90:1929–1935 [PubMed] [Google Scholar]
3. Diamanti-Kandarakis E, Kouli CR, Bergiele AT, et al. A survey of the polycystic ovary syndrome in the Greek island of Lesbos: Hormonal and metabolic profile. J Clin Endocrinol Metab 1999;84:4006–4011 [PubMed] [Google Scholar]
4. Holte J, Bergh T, Berne C, Berglund L, Lithell H. Enhanced early insulin response to glucose in relation to insulin resistance in women with polycystic ovary syndrome and normal glucose tolerance. J Clin Endocrinol Metab 1994;78:1052–1058 [PubMed] [Google Scholar]
5. Lo JC, Feigenbaum SL, Yang J, Pressman AR, Selby JV, Go AS. Epidemiology and adverse cardiovascular risk profile of diagnosed

- polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab 2006;91:1357–1363 [PubMed] [Google Scholar]
6. Azziz R. The evaluation and management of hirsutism. Obstet Gynecol 2003;101:995–1007 [PubMed] [Google Scholar]
 7. Yildiz B, Rizzi E, Dalla-Zuanna G. Oral contraceptives in polycystic ovary syndrome: Risk-benefit assessment. Semin Reprod 2008;26:111–120 [PubMed] [Google Scholar]
 8. Watanabe RM, Azen CG, Roy S, Perlman JA, Bergman R. Defects in carbohydrate metabolism in oral contraceptive users without apparent metabolic risk factors. J Clin Endocrinol Metab 1994;79:1277–1283 [PubMed] [Google Scholar]
 9. Cheang KI, Essah PA, Sharma S, Wickham EP, Nestler JE. Divergent effects of a combined hormonal oral contraceptive on insulin sensitivity in lean versus obese women. Fertil Steril 2011;96:353–359.e1 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
 10. Goodsland I, Crook D, Simpson R, et al. . The effects of different formulations of oral contraceptive agents on lipid and carbohydrate metabolism. N Engl J Med 1990;323:1375–1381 [PubMed] [Google Scholar]
 11. Nader S, Riad-Gabriel MG, Saad MF. The effect of a desogestrel-containing oral contraceptive on glucose tolerance and leptin concentrations in hyperandrogenic women. J Clin Endocrinol Metab 1997;82:3074–3077 [PubMed] [Google Scholar]
 12. Dunaif A, Segal KR, Futterweit W, Dobrjansky A. Profound peripheral insulin resistance, independent of obesity, in polycystic ovary syndrome. Diabetes 1989;38:1165–1174 [PubMed] [Google Scholar]
 13. Harborne L, Fleming R, Lyall H, Sattar N, Norman J. Metformin or antiandrogen in the treatment of hirsutism in polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab 2003;88:4116–4123 [PubMed] [Google Scholar]
 14. Meyer CBTH. Effects of medical therapy on insulin resistance and the cardiovascular system in polycystic ovary syndrome. Diabetes Care 2007;30:471–478 [PubMed] [Google Scholar]
 15. Dahlgren E, Landin K, Krotkiewski M, Holm G, Janson PO. Effects of two antiandrogen treatments on hirsutism and insulin sensitivity in women with polycystic ovary syndrome. Hum Reprod 1998;13:2706–2711 [PubMed] [Google Scholar]
 16. Morin-Papunen LC, Vauhkonen I, Koivunen RM, Ruokonen A, Martikainen HK, Tapanainen JS. Endocrine and metabolic effects of metformin versus ethinyl estradiol-cyproterone acetate in obese women with polycystic ovary syndrome: A randomized study. J Clin Endocrinol Metab 2000;85:3161–3168 [PubMed] [Google Scholar]
 17. Kilic S, Yilmaz N, Zulfikaroglu E, Erdogan G, Aydin M, Batioglu S. Inflammatory-metabolic parameters in obese and nonobese normoandrogenemic polycystic ovary syndrome during metformin and oral contraceptive treatment. Gynecol Endocrinol 2011;27:622–629 [PubMed] [Google Scholar]
 18. Halperin IJ, Sujana Kumar S, Stroup DF, Laredo SE. The association between the combined oral contraceptive pill and insulin resistance, dysglycemia and dyslipidemia in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis of observational studies. Hum Reprod 2011;26:191–201 [PubMed] [Google Scholar]
 19. Korytkowski MT, Mookan M, Horwitz MJ, Berga S. Metabolic effects of oral contraceptives in women with polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab 1995;80:3327–3334 [PubMed] [Google Scholar]
 20. Cibula D, Sindelka G, Hill M, Fanta M, Skrha J, Zivny J. Insulin sensitivity in non-obese women with polycystic ovary syndrome during treatment with oral contraceptives containing low-androgenic progestin. Hum Reprod 2002;17:76–82 [PubMed] [Google Scholar]
 21. Top 200 drugs. www.drugs.com/top200.html 2010; accessed January 3, 2015
 22. Bartholow M. Top 200 drugs of 2012. Pharm Times 2013;79:42–44 [Google Scholar]
 23. Burkman RT, Kafrissen ME, Olson W, Osterman J. Lipid and carbohydrate effects of a new triphasic oral contraceptive containing norgestimate. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl 1992;156:5–8 [PubMed] [Google Scholar]
 24. Essah PA, Arrowood JA, Cheang KI, Adawadkar SS, Stovall DW, Nestler JE. Effect of combined metformin and oral contraceptive therapy on metabolic factors and endothelial function in overweight and obese women with polycystic ovary syndrome. Fertil Steril 2011;96:501–504.e2 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
 25. Azziz R, Carmina E, Dewailly D, et al. . Positions statement: Criteria for defining polycystic ovary syndrome as a predominantly hyperandrogenic syndrome: An Androgen Excess Society guideline. J Clin Endocrinol Metab 2006;91:4237–4245 [PubMed] [Google Scholar]

УДК 616.97-06:618.177]-085

РОЛЬ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В РАЗВИТИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ: СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ

Бабаева А.И.

ROLE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN THE DEVELOPMENT OF FEMALE INFERTILITY: THERAPEUTIC AND PREVENTIVE STRATEGIES

Boboyeva A.I.

Ташкентская медицинская академия

Частой причиной развития органической непроходимости маточных труб, приводящей к трубно-перитонеальному варианту бесплодия (ТПБ), являются инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Изложены многокомпонентные механизмы процессов формирования бесплодия у молодых женщин, на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), регистрируемых у 60–65% женщин репродуктивного возраста. Спектр генитальной инфекции, выявленной при ПЦР-диагностике отделяемого из цервикального канала и полости матки у пациенток с хроническим эндометриозом, включает: хламидиоз – у 14,9%, генитальный герпес – у 33,6%, уреаплазмоз – у 37,8%, микоплазмоз – у 11,6%, цитомегаловирусную инфекцию (ЦМВ) – у 18,9% пациенток. С учетом современных особенностей течения целого ряда ИППП, отличающихся преобладанием стертых форм заболеваний, основным клиническим признаком хронического заболевания может являться нарушение репродуктивной функции у молодых женщин в виде бесплодия, включая и неэффективность многократного проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Представлен положительный опыт применения препарата лонгидаза в комплексной терапии различных вариантов бесплодия.

Ключевые слова: хламидиоз; генитальный герпес; уреаплазмоз; микоплазмоз; цитомегаловирусная инфекция; воспалительные заболевания органов малого таза; трубно-перитонеальное бесплодие; хронический эндометриоз; экстракорпоральное оплодотворение; лонгидаза в комплексной терапии и профилактике бесплодия.

Sexually transmitted infections (STI) often become the cause of organic obstruction of the uterine tubes. Multicomponent mechanisms of sterility formation in young women under conditions of inflammatory diseases of the pelvic organs, detected in 60--65% women of reproductive age, are described. The spectrum of genital infections, detected by PCR analysis of discharge from the cervical canal and uterine cavity from women with chronic endometritis, includes chlamydiasis (in 14.9% patients), genital herpes (33.6%), ureaplasmosis (37.8%), mycoplasmosis (11.6%), and cytomegalovirus infection (18.9%). Today the clinical picture of many STD is blurred, and the main clinical sign of a chronic disease in young women is often disordered reproductive function, presented by sterility, including failure of repeated extracorporeal fertilization. Addition of longidase to combined therapy for sterility of different origin led to good results.

Keywords: chlamydiasis; genital herpes; ureaplasmosis; mycoplasmosis; cytomegalovirus infection; inflammatory diseases of pelvic organs; tuboperitoneal sterility; chronic endometritis; extracorporeal fertilization; longidase in combined therapy and prevention of sterility.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), регистрируемые у 60–65% женщин репродуктивного возраста, чрезвычайно неблагоприятно влияют на репродуктивную функцию женщин, обуславливая у них развитие синдрома хронической тазовой боли – у 24%, бесплодия – у 40%, невынашивания беременности – у 45%, эктопической беременности – у 3% пациенток. Наиболее частой причиной развития органической непроходимости маточных труб, приводящей к трубно-перитонеальному варианту бесплодия (ТПБ), являются инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Так, возбудитель урогенитального хламидиоза *Chlamydia trachomatis*, с одной стороны, вызывает воспалительный процесс в самих маточных трубах, что приводит к их окклюзии вследствие деструкции фимбрий и формирования гидросальпинкса, а с другой – способствует развитию воспалительной реакции вокруг труб, что сопровождается уменьшением их подвижности, препятствующим нормальному захвату и продвижению яйцеклетки. Опасность хламидиоза как причины бесплодия заключается в его бессимптомном течении у 2/3 бесплодных супружеских пар, что указывает лишь на временное равновесие между *Chlamydia trachomatis* и хозяином в условиях, ограничивающих, но не препятствующих размножению патогенного внутриклеточного микроорганизма. Возбудитель гонореи *Neisseria gonorrhoeae* вызывает развитие слипчивого процесса и способствует формированию спаек в малом тазу. Влияние микоплазменной и уреаплазменной инфекции на проходимость маточных труб связано с их способностью адсорбироваться на сперматозоидах и достигать с их помощью верхних отделов репродуктивного тракта женщин. Прикрепляясь к клеткам мерцательного эпителия маточных труб, эти микроорганизмы оказывают на него токсическое действие и вызывают сужение или полную облитерацию труб, вследствие чего значительно нарушается продвижение яйцеклетки в полость матки и возникают предпосылки к развитию внематочной беременности. Кроме того, адсорбируясь на сперматозоидах, микоплазмы и уреаплазмы уменьшают их подвижность и ингибируют их способность к пенетрации в яйцеклетку. Роль вирусной инфекции в развитии ТПБ вторична и опосредована через ослабление местного иммунитета с последующей активацией интеркуррентной бактериальной инфекции. По некоторым данным, наиболее разнообразная оппортунистическая бактериальная и вирусная микрофлора при ТПБ выявляется в цервикальном канале, в меньшей степени – в эндометрии и перитонеальной жидкости, а вирусная и бактериальная моноинфекции преобладают при преимущественном поражении яичников. Перитонеальное бесплодие характеризуется наличием морфологических изменений стенок маточных труб, из которых наибольшее диагностическое значение имеют чередование участков склероза с очагами диффузной лимфогистиоцитарной инфильтрации, разобщение хода мышечных волокон, редукция капилляров и варикозное расширение венул в сочетании с васкулитом и артериосклерозом остальных сосудов, дистрофия нервных волокон, деформация просвета трубы за счет образования микрокист и дивертикулов с их обызвествлением в эндосальпинксе. Важно отметить, что у женщин с ТПБ, помимо нарушения проходимости маточных труб и наличия спаечного процесса в малом тазу, определенную роль в развитии инфертильности играют часто выявляемое у них снижение гормональной функции яичников и овариального резерва, а также нарушение рецептивности эндометрия вследствие формирования у таких пациенток хронического эндометрита (ХЭ). По данным разных авторов, частота ХЭ у женщин с бесплодием колеблется от 12,3 до 60,4%, являясь единственной причиной бесплодия в 18,8% случаев. Кроме того, в 47,3% случаев бесплодия ассоциированного с ХЭ, выявляется и трубно-перитонеальный фактор бесплодия. По данным В.И. Краснопольского, спектр генитальной инфекции, выявленной при ПЦР-диагностике отделяемого из цервикального канала и полости матки у пациенток с ХЭ, включает: хламидиоз – у 14,9%, генитальный герпес – у 33,6%, уреаплазмоз – у 37,8%, микоплазмоз – у 11,6%, цитомегаловирусную инфекцию (ЦМВ) – у 18,9% больных. Учитывая современные особенности течения ХЭ с преобладанием стертых форм заболевания, в последнее время все чаще основным клиническим признаком ХЭ считают нарушение репродуктив-

ной функции в виде бесплодия, включая неэффективность экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). На сегодняшний день установлено, что длительность персистенции повреждающего микробного агента в эндометрии является основным фактором, определяющим степень повреждения ткани и выраженность функциональных нарушений эндометрия. Нарушение механизмов локальной резистентности способствует персистенции микробных агентов в эндометрии, инициируя хроническое течение воспалительного процесса. Таким образом, причинами хронического течения воспалительного процесса в эндометрии являются:

- отсутствие своевременной диагностики и лечения;
- длительная персистенция инфекционного агента;
- длительная стимуляция иммунных клеток;
- незавершенность заключительной фазы воспаления;
- эволюция микробных факторов с преобладанием доли вирусной и условно-патогенной микрофлоры;
- хронический эндоцервицит;
- нарушения тканевого гомеостаза;
- повышенная регенерация ткани.

Важно подчеркнуть, что около 33% случаев ХЭ у пациенток с ТПБ имеют хламидийную природу, тогда как при хроническом воспалении в эндометрии преобладают представители условно-патогенной микрофлоры – мико- и уреоплазмы, стрепто- и энтерококки, энтеро- и коринебактерии и их сочетания. Важной особенностью течения ХЭ в современных условиях является устойчивая тенденция процесса к стертому и малосимптомному течению, в связи с чем эта патология остается недиагностированной длительное время, что способствует распространению воспалительного процесса на маточные трубы. Развитие хронического сальпингоофорита сопровождается замещением слизистой оболочки маточных труб, а иногда и их мышечного слоя, соединительной тканью, что вызывает стенозирование определенных участков труб с формированием мешотчатых образований (гидросальпинксов) и необратимому нарушению их функции. Кроме того, длительные морфологические и функциональные изменения слизистых оболочек матки и маточных труб обуславливают наличие патологической афферентации в структуры центральной нервной системы, регулирующие деятельность гипоталамо- гипофизарно-яичникового комплекса. В результате изменений в этой системе наблюдается вторичное снижение эндокринной функции яичников, что, как по замкнутому кругу, ведет к нарушению процесса овуляции и бесплодию. Терапевтические маршруты пациенток с ТПБ могут осуществляться консервативными и оперативными путями, каждый из которых включает в себя несколько этапов, проводимых последовательно или в сочетании друг с другом.

Консервативное лечение ТПБ предусматривает проведение комплексного лечения, включающего противовоспалительную, антибактериальную, иммуномодулирующую, антифиброзирующую терапию.

Противовоспалительную комплексную терапию проводят при обнаружении ИППП и/или морфологически верифицированном диагнозе ХЭ с целью полной элиминации выявленных возбудителей. Применение протеолитических ферментов в условиях хронического воспаления при ТПБ облегчает проникновение антибактериальных препаратов в ткань и активирует их действие в очаге воспаления, а также подавляет патологический рост соединительной ткани. Совершенно очевидно, что для лечения патологических состояний, сопровождающихся ростом соединительной ткани, целесообразно комплексное воздействие как на сформировавшийся фиброзный процесс с целью его рассасывания, так и на воспалительные реакции, стимулирующие его формирование. Оптимизация методов терапии подобной патологии, направленная как на предупреждение формирования патологического рубцевания, так и на своевременную коррекцию процессов метаболизма соединительной ткани на высоте развития патологического процесса, является актуальной и выполнимой задачей.

В клинической практике до настоящего времени отсутствовали достаточно эффективные патогенетические средства воздействия на гранулематозно- фиброзные, рубцовые, спаечные и анкилозирующие процессы.

Гиалуроновая кислота оказывает универсальное воздействие на гранулематозно-фиброзные процессы, в частности на стабилизацию фермента гиалуронидазы и подавление синтеза макрофагами фибробластстимулирующих факторов (монокинов) при высоком их содержании в организме. Создание инновационного препарата Лонгидаза, обладающего высокой гиалуронидазной (протеолитической) активностью пролонгированного действия, а также, хелатирующим, антиоксидантным и противовоспалительным свойствами, значительно расширило границы терапевтических мероприятий в этой области. Лонгидаза – комплексный фармакологический препарат (разработан «Петровакс Фарм», Россия), пролонгированное действие которого достигается ковалентным связыванием фермента с физиологически активным высокомолекулярным носителем (аналогом полиоксидония). Конъюгация (ковалентное связывание) гиалуронидазы с полимерным носителем препятствует разворачиванию глобулы фермента, значительно увеличивает устойчивость фермента к денатурации и к действию ингибиторов, способствует сохранению нативной структуры и активности фермента и тем самым приводит к пролонгированному действию фермента в организме. Лонгидаза обладает способностью не только деполимезировать матрикс соединительной ткани в фиброзно-гранулематозных образованиях, но и подавлять обратную (регуляторную) реакцию, направленную на синтез компонентов соединительной ткани. Лонгидаза ослабляет течение острой фазы воспаления, регулирует синтез медиаторов воспаления (интерлейкина-1 и фактора некроза опухоли α), повышает резистентность орга-

низма к инфекции и гуморальный иммунный ответ. Кроме того, Лонгидаза легко комбинируется с антибиотиками, антигистаминными, глюкокортикостероидными, цитостатическими, противовирусными и противогрибковыми препаратами, повышает биодоступность лекарственных средств. Лонгидаза в терапевтических дозах останавливает рост соединительной ткани, вызывает регресс патологической, измененной по составу и структуре фиброзной ткани, не повреждая нормальную соединительную ткань.

С целью повышения эффективности противовоспалительной терапии ТПБ и профилактики формирования рубцовых изменений эндометрия, приводящих к формированию вторичного бесплодия и неэффективности программ по ЭКО, представляется целесообразным включение препарата лонгидаза в комплексную терапию данной патологии. Специфический механизм действия Лонгидазы заключается в адресном воздействии на вторичные внутриматочные соединительнотканые изменения, формирующиеся вследствие длительной персистенции инфекционного агента с последующей активацией процессов фиброобразования и нарушением кровоснабжения ткани на фоне снижения параметров общего и местного иммунитета.

Ранее мы продемонстрировали высокую эффективность комплексной терапии кожных форм саркоидоза, ограниченных вариантов склеродермии и склероатрофических поражений кожи с применением Лонгидазы. Комплексное лечение 27 больных с ТПБ включало применение Лонгидазы в дозе 3000 МЕ (в 2 мл 0,5% раствора новокаина) в инъекциях внутримышечно, от 5 до 10 введений на курс (в зависимости от тяжести заболевания) с интервалом между ними 2–3 дня или в суппозиториях по 3000 МЕ (вагинально или ректально), от 10 до 20 введений на курс с перерывами в 2–3 дня. Побочных эффектов на фоне применения препарата по указанным схемам и дозировкам не отмечено.

После первого курса комплексной терапии отмечались устойчивая положительная динамика, выражающаяся в значительном уменьшении пальпируемой плотности трубных тканей, отсутствие новых участков уплотнений, уменьшение болезненности и тянущих резких болей при пальпации и при физических нагрузках. Терапевтическая эффективность составила 93,3%.

Комплексная терапия ТПБ методом фонофореза и ультрафонофореза с Лонгидазой 3000 МЕ (при разведении в 2–5 мл геля для ультразвуковой терапии) также высоко эффективна. Воздействие осуществляли малым ультразвуковым излучателем (1 см²) с частотой ультразвука 1 МГц, интенсивностью 0,2–0,4 Вт см², в непрерывном режиме, время воздействия 5–7 мин, курс 10–12 процедур ежедневно или через день.

Параллельно с терапией ТПБ проводили лечение выявленной сопутствующей гинекологической патологии – миомы матки, эндометриоза, поликистозных яичников – согласно установленным стандартам.

Проведение полного комплекса мероприятий по профилактике развития и рецидива спаечного процесса у женщин с ТПБ способствует анатомическому восстановлению проходимости маточных труб и нормализует взаимоотношения в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, нарушенные под влиянием воспалительного процесса в органах малого таза, что приводит к нормализации циклической продукции гонадотропинов (ЛГ и ФСГ) с восстановлением фаз менструального цикла и последующему наступлению беременности в течение 3–5 мес после завершения всех этапов ранней реабилитационной программы.

Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что ТПБ является одной из самых трудных патологий в плане восстановления генеративной функции у женщин, в связи с чем требует как ранней диагностики, так и поэтапной продолжительной реабилитации. Лучшим способом сохранения репродуктивной функции является профилактика развития ТПБ, заключающаяся в предупреждении и эффективном комплексном лечении воспалительных заболеваний органов малого таза с применением высокоэффективной антифиброзирующей терапии препаратом Лонгидаза.

Литература

1. Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2004; 5: 26–9.
2. Медведев Б.И., Зайнетдинова Л.Ф. Нарушение иммунологической защиты у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием на фоне герпетической инфекции. В сб.: Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. Москва, 30 сентября – 2 октября, 2008. http://www.mediexpo.ru/fileadmin/user_upload/content/pdf/thesis/md08.pdf
3. Корсак В.С., Забелкина О.А., Исакова А.А. Исследование эндометрия у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием на этапе подготовки к ЭКО. *Проблемы репродукции*. 2005; 2: 39–42.
4. Клинышкова Т.В. Трубно-перитонеальное бесплодие на фоне восходящей хламидийной инфекции. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2007; 2: 35–7.
5. Зайнетдинова Л.Ф. Оценка функции яичников у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием. *Вестник Южно-Уральского государственного университета*. 2009; 2: 97–100.
6. Забелкина О.И. *Состояние эндометрия и результат ЭКО у больных с трубно-перитонеальным бесплодием*: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2005.
7. Орехова Э.М., Кончугова Т.В., Лукьянова Т.В., Змазова В.Г., Коновалова Т.А., Стенько А.Г. и др. *Применение препарата Лонгидаза 3000МЕ, при заболеваниях, сопровождающихся патологией соединительной ткани*. Пособие для врачей. М.: ИПО «У Никитских ворот»; 2008: 18–20.
8. Снарская Е.С. Саркоидоз кожи: клиника, диагностика, лечение. *Российский журнал кожных и венерических болезней*.

QANDLI DIABETDA YUMSHOQ TO'QIMALAR JARROHLIK INFEKTSIYASINING O'ZIGA HOSLIGI

Boboyev Q.X., Qosimov U.K., Bobabekov A.R., Atakov S.S., Qosimova D.U.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Annotasiya. Qandli diabet fonida yumshoq to'qimalarning jarrohlik infeksiyasini davolash muammosi o'z ahamiyatini yo'qotmagan. Buning sababi shundaki, terining va yumshoq to'qimalarning o'tkir yiringli-yallig'lanish jarayonlari diabet mellitusning tez-tez sheriklari bo'lib, bu kasallikning rivojlanishini sezilarli darajada kuchaytiradi va yiringli zonaning kengayishi bilan infeksiyani umumlashtirish xavfini keltirib chiqaradi. -nekrotik o'zgarishlar. Bu giperglikemiya, glyukozuriya va ketoasidozning katastrofik o'sishiga olib keladi. Yiringli-septik asoratlar jiddiy klinik va epidemiologik muammo bo'lib qolmoqda. Ushbu bemorlarni davolashda qiyosiy yondashuv zarurati 144 da ko'rsatilgan qandli diabet bilan og'riqan bemorlarni tashxislash va davolashda darajali yondashuv zarurligini ta'kidlab, turli xil lokalizatsiyadagi jarrohlik infeksiyalari bemorlar. Markazga ikkinchi marta yotqizilgan bemorlarda asoratlarni rivojlanishining sabablari tahlil qilinadi, ya'ni, davolash birlamchi tibbiy yordamda o'tkazildi. Shunga asosan, yumshoq to'qimalar yallig'lanishlari darajasida tasniflash va mahalliy davolash algoritmlarini ishlab chiqish bilan birlashtirilgan yondashuv zarurligi ta'kidlanadi.

Kalit so'zlar: xirurgik infeksiya; yiringli-nekrotik diagnostica, flegmona, nekrotik fassit.

Abstract. The problem of treatment of surgical infection of soft tissues against the background of diabetes mellitus has not lost its actuality. It is associated that acute suppurative inflammation of skin and soft tissues processes are frequent complications of diabetes mellitus that aggravates the currency of disease and makes threat of infection generalization with expansion of the area of purulent necrotic changes. This leads to catastrophic growing of hyperglycemia, glucosuria, and ketoacidosis. Purulent septic complications remain important clinical and epidemiological problem. The need of differentiated approach in the treatment of these patients has been demonstrated on 144 patients with surgical infections of different localization; at that, the attention is to accentuate on level approach in diagnosis and treatment of patients with diabetes mellitus. The reasons of the development of complications have been analyzed in patients admitted to Centre for the second time, i.e. to which the treatment has been carried out initially. For reasons given, the necessity of uniform approach with the use of level classification of soft tissues affection and the development of algorithms of local treatment have been stressed.

Kirish. Yumshoq to'qimalarning jarrohlik infeksiyalari, klinikaga ambulator ravishda tashrif buyuruvchi jarrohlik bemorlarning birlamchi davolash tuzilishida etakchi patologiya hisoblanadi va kasalxonada operatsiyadan keyingi nozokomiyal yumshoq to'qimalar kasalxonadagi barcha yuqumli kasalliklarning 40 % tashkil qiladi, shuningdek etakchi o'rinni egallaydi (2,3).

XXI asrda jarrohlik sohasi rivojlanib, ko'p jihatdan yuksaldi, nafaqat amaliy yaxshilanishlar bilan, balki mustahkam ilmiy salohiyat bilan boyigan muhim yutuq bilan ajralib turadi. Jarrohlik tibbiyotning asosiy fanlaridan biri sifatida "yara" va "yara infeksiyasi" kabi keng tushunchalar bilan chambarchas bog'liq va yiringli yaralarni davolash masalalari insoniyat paydo bo'lganidan beri uni tashvishga solmoqda. Jahon tibbiyoti ilm-fan erishgan yutuqlariga qaramay, ular hozirgi paytda dolzarb bo'lib qolmoqda (8).

Jarohatni davolash doimo jarrohlik amaliyotida birinchi o'rinda turadi. Ko'pgina qiyinchiliklar yaralarni birlashtirgan infeksiya bilan davolashda yuzaga keladi, bu esa "uxlab yotgan" infeksiya bilan bog'liq bo'lib, uning tajovuzkorligi mikrofloraning o'zgaruvchanligi va organizmning reaktivligi bilan belgilanadi (5,6).

Yiringli jarrohlik infeksiyalari bemorlarni davolash natijalarining yomonlashishi quyidagicha namoyon bo'ladi:

- yumshoq to'qimalarning jarrohlik infeksiyalarining murakkab shakllarini standart davolashga yaroqsiz va og'ir bo'lmagan sonining ko'payishi;

- ushbu toifadagi bemorlarni birlamchi tibbiy yordamda davolash muddatlarini uzaytirish;

- turli xil yiringli-yallig'lanish jarayonlarining surunkali shaklga o'tish holatlari tez-tez uchraydi; - jarayonni umumlashtirish shaklida asoratlarni tez-tez rivojlanishi; - yumshoq to'qimalarni jarrohlik yo'li bilan yuqtirgan bemorlarni davolashda yagona yondashuv (algoritm) yo'qligi; - davom etayotgan patologik o'zgarishlar ma'nosida jarrohlik infeksiyasini chaqirish maqsadga muvofiq bo'lganda, bemorlarni orqa fonga qo'yadigan yiringli infeksiya atamasini saqlab qolish;

Amaliyotda bunday chastotaga va shubhasiz muhim rolga qaramasdan, teri va teri osti to'qimalarining infeksiyalari tasnifi hali yakunlanmagan. Umumiy va yiringli jarrohlik bo'yicha keng tarqalgan mahalliy qo'llanmalarda yiringli, chirigan, anaerob (klostridial va klostridial bo'lmagan) va o'ziga xos (sifilitik, sil kasalligi, lepromatoz va boshqalar) infeksiyalarga bo'linish mavjud. Monografiyada A.P. Kolesova va boshqalar. ushbu tasnifni eng aniq tavsiflovchi qoidalarni o'z ichiga oladi:

«Birinchiidan, u tengsiz asosda qurilgan: yiringli va chirigan infeksiyalar klinik va morfologik xususiyatlariga ko'ra aniqlanadi, anaerob - patogenlar almashinuviga qarab, o'ziga xoslari esa ularning turlariga qarab; ikkinchiidan, o'zaro chiqarib tashlash yoki takrorlanish mavjud Ham yiringli, ham chirigan jarayonlarga anaeroblar sabab bo'lishi mumkin va har doim aerob deb hisoblangan patogenlar ko'pincha fakultativ anaeroblardir. « Aytishimiz mumkinki, bunday tasnif nafaqat nazariy ahamiyatga ega, chunki u ko'rsatilgan qarama-qarshiliklarni o'z ichiga oladi, balki amaliydir - bu faqat terapevtik taktikalar uchun aniq chora-tadbirlarni aniqlamay, jarrohni yo'ldan ozdiradi (har qanday tasnifning ma'nosi nima). Shu munosabat bilan D.H. Ahrenxolz 1991 (12,13), bu chet

el adabiyotida juda keng tarqalgan. Ushbu tasnifning qoidalariga muvofiq, yuqumli jarayon paytida bo'shatish yoki to'qimalarning turi va shakli emas, yumshoq to'qimalar shakllanishiga zarar etkazish darajasi ajratiladi (1).

D.H. Arhenxolz ning so'zlariga ko'ra to'rtta jarrohlik yumshoq to'qimalarni infeksiyasini nazarda tutadi:

I daraja - terining o'ziga zarar zararlanishi;

II daraja - teri osti to'qimalariga zararlanishi;

III daraja - yuzaki fasiyaning zararlanishi;

IV daraja - mushaklar va chuqur fasyal tuzilmalarni zararlanishi.

Yiringli jarrohlikning eng qiyin yo'nalishlaridan biri bu qandli diabetda jarrohlik infeksiyani rivojlanishidir. Qandli diabet- bu bizning davrimizning global tibbiy va ijtimoiy muammo. Qandli diabetning tarqalishi butun dunyoda, ayniqsa, Evropadan tashqari aholi orasida o'sib bormoqda (11). 2025 yilga kelib qandli diabet bilan kasallanganlar soni 300 millionga etadi (9). Yangi holatlar soni yiliga 5-7 foizga ko'payadi va har 15 yilda ikki baravar ko'payadi (14,15).

Buning eng muhim sabablari:

Aniqlangan bemorlarning chastotasi sohadagi endokrinologik yordam darajasi va sifatiga, etarli miqdordagi dori-darmon bilan ta'minlanishiga, bemorlarni o'z vaqtida faol aniqlashga va ularning asoratlarga, dispanser kuzatuv va davolash tadbirlarini to'g'ri tashkil etishga mutanosibdir. qandli diabet bilan kasallangan bemorlarni o'z-o'zini sinchkovlik bilan nazorat qilish (10.12).

1) tibbiy yordam sifati, gigiena, ijtimoiy va umumiy yashash sharoitlari yaxshilanganligi sababli umr ko'rish davomiyligini uzaytirish;

2) insulin bilan davolash va boshqa terapevtik tadbirlar orqali diabetga chalingan bemorlarning hayotini uzaytirish;

3) qandli diabet bilan kasallangan odamlar bir necha o'n yilliklardagidan kattaroq yoshga etishmoqda, ular turmush quradilar va farzand ko'rishadi - bu diabet bilan kasallanganlar sonining yanada ko'payishiga sabab bo'lgan omil;

4) zamonaviy tsivilizatsiyalashgan jamiyat sharoitlari diabetga genetik moyillik namoyon bo'lishini ma'qullaydi;

Qandli diabet kasalligining O'zbekiston hududlarida tarqalishini o'rganish shuni ko'rsatdiki, 2001 yilda dispanserda faqat 77031 bemor ro'yxatga olingan, ulardan 35828 nafari erkaklar va 41203 nafari ayollar, shu jumladan 708 bolalar va 415 o'smirlar. Albatta, kasallikning haqiqiy tarqalishi qandli diabet bilan ro'yxatdan o'tgan bemorlar sonidan bir necha baravar yuqori. Albatta, kasallikning haqiqiy tarqalishi qandli diabet bilan ro'yxatdan o'tgan bemorlar sonidan bir necha baravar yuqori. Aniqlangan bemorlarning chastotasi sohadagi endokrinologik yordam darajasi va sifatiga, etarli miqdordagi dori-darmon bilan ta'minlanishiga, bemorlarni o'z vaqtida faol aniqlashga va ularning asoratlarga, dispanser kuzatuv va davolash tadbirlarini to'g'ri tashkil etishga mutanosibdir. qandli diabet bilan kasallangan bemorlarni o'z-o'zini sinchkovlik bilan nazorat qilish (10.12).

Tadqiqot maqsadi: Qandli diabet fonida yumshoq to'qimalarning jarrohlik infeksiyasini davolash natijalarini yaxshilash.

Materiallar va tadqiqot usullari.

Respublika Qandli diabet yiringli jarrohlik va jarrohlik asoratlari markazida yil davomida yiringli-yallig'lanish jarayonining turli xil lokalizatsiyasi bilan 144 nafar bemor (1-jadval) davolangan (2018 yil misolida). Yiringli jarayonning xususiyatiga qarab, bemorlar quyidagicha ko'rsatildi.

1-jadval

Nozologiya bo'yicha bemorlarning taqsimlanishi

Nozologiya	Miqdor	%
Gavda flegmonalari	40	27,7
Oraliq va moyak flegmonalari	7	4,9
Saramas	17	11,8
Yumshoq to'qima absessi	14	9,7
Karbonkullar	45	31,3
Qo'l-oyoqlardagi yiringli jarayonlar	13	9,0
Parapraktit	8	5,6
Barchasi	144	100

Patologik o'choqlarni lokalizatsiyasining birlashganligini hisobga olgan holda, bemorlarni davolashga yondashuvlarni birlashtirish uchun biz D.H. Ahrenxolz ga ko'ra yumshoq to'qimalar yallig'lanishlari darajasining tasnifidan foydalandik.(2-jadval). Shu bilan birga, shuni ta'kidlashni istardimki, bitta strukturaning izolyatsiya qilingan yallig'lanishi juda kam uchraydi, ko'pincha bir nechta segmentlarni ushlab qolish bilan birlashtirilgan yallig'lanish mavjud.

2-jadval

Bemorlarni zararlanish darajasi bo'yicha taqsimlanishi.

I - daraja	II - daraja	III - daraja	IV - daraja	Barchasi
8 (5,5%)	72(50,0%)	24 (16,7%)	40 (27,8%)	144 (100%)

Kasalxonaga yotqizilganlar orasida 82 (57%) ayollar, 62 (43%) erkaklar. Kasalxonaga yotqizilganlarning aksariyati o'rtacha yoshdagi (77,7%) va kamroq keksa yoshdagi (15,2%) bemorlardir. Kasallik ko'pincha 18 (12,5%) va 81 (56,2%) yoshdagi keksa va o'rtacha yoshdagi ayollar orasida keng tarqalgan (3-jadval). Shikastlanish darajasiga qarab taqsimlash shuni ko'rsatdiki, ayollarda yumshoq to'qimalarning II 44 (30,5%) va IV 24 (16,6%) darajasida eng ko'p uchraydigan shikastlanishlar mavjud. Shikastlanishning III darajasining kamroq sodir bo'lishi, izolyatsiya qilingan jarayon sifatida nekrotizan faziit hodisalari juda kam uchraydi. Xastalikning o'rganilayotgan guruhlarda ayollar orasida taqsimlanishini ushbu aholi orasida qandli diabetning keng tarqalishi va semirishning rivojlanishi bilan izohlash mumkin. Bunday bemorlarda mikroorganizmlarning endogen infeksiya o'choqlarida uzoq vaqt saqlanib turishi organizmning mikroblarga qarshi chidamliligining pasayishiga olib keladi, immun reaksiyasini buzilishi kasallikning klinik yo'nalishini o'zgartirishga yordam beradi. Bundan tashqari, kasalxonaga qadar uzoq muddatli davolanish natijasida aralash floraning ishtirok etishi an'anaviy antibiotik terapiyasining samarasi yo'qligiga ta'sir ko'rsatdi.

3-jadval

Bemorlarni yoshi va jinsi bo'yicha guruhlariga taqsimlash

Guruhlar		Bemorlar soni (N=144)			
		I Daraja	II Daraja	III Daraja	IV Daraja
		8 (5,5%)	72 (50,0%)	24 (37,6%)	40 (6,9%)
Yosh bo'yicha guruhlar	41 yoshgacha	-	4	3	2
	41-50 yosh	1	11	7	12
	51-60 yosh	6	34	12	23
	61-70 yosh	1	17	1	3
	71-80 yosh	-	6	1	-
O'rtacha yosh					
Jins	Erkak	3	28	9	16
	Ayol	5	44	15	24

Qandli diabet fonida yumshoq to'qimalarni jarrohlik yo'li bilan yuqtirgan bemorlarni davolashda yagona yondashuv zarurligini ta'kidlash uchun dastlabki davolashdan so'ng ixtisoslashtirilgan muassasaga kirish imkoniyati tahlillari ambulatoriya bo'limida ham, shifoxonada ham o'tkazildi. joylashuvi (4-jadval).

4-jadval

Bemorlarni birlamchi tibbiy yordamda davolanish muddatiga qarab taqsimlash.

Kasalxonaga yotqizilishidan oldin davolanish muddatlari	I	II	III	IV	Jami
5 kungacha	-	4(4,2%)	-	2(2,1%)	6(6,3%)
6-10 kungacha	-	27(28%)	17(17,7%)	19(19,8%)	63(65,6%)
10 kundan ko'p	-	18(18,7%)	4(4,2%)	5(5,2%)	27(28,1%)
Jami	-	49(51%)	21(21,8%)	26(27,1%)	96(100%)

Tahlillar shuni ko'rsatdiki, Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasida davolangan 144 bemorning 96 nafari (66,6%) ikkinchi darajali, ya'ni. ular boshqa kasalxonalarda davolangan va faqat 48 tasi (33,4%) darhol bo'limga murojaat qilgan. Ikkilamchi bemorlarning asosiy kontingenti yashash joyidagi tibbiyot muassasalarida uzoq muddatli davolanishga to'g'ri keldi, u erda ular tibbiy choralar bilan jarrohlik yordam berildi. Patologik jarayonning rivojlanishi natijasida ular ixtisoslashgan markazga o'tkazildi.

Qabul qilingan bemorlar keng qamrovli tekshiruvdan o'tdilar, shu jumladan: laboratoriya parametrlarini hisobga olgan holda klinik tekshiruv, radiatsiya diagnostikasi, ultratovush tekshiruvi, kompyuter tomografiyasi bilan operatsiya, operatsiya doirasini aniqlash va rejalashtirish. Bemorlarni qabul qilish taktikasi quyidagicha edi: tashxis qo'yilgandan so'ng, agar jarrohlik aralashuvi zarur bo'lsa, jarrohlik aralashuvi bilan operatsiyadan oldin shoshilinch tayyorgarlik olib borildi va anesteziologik guruhning majburiy ko'magi bilan amalga oshirildi. Jarrohlik aralashuvining mohiyati operatsiya xonasida aniqlandi va asosan patologik fokusni sog'lom to'qimalar ichidagi barcha jonli bo'lmagan to'qimalarning majburiy radikal nekrektomi bilan bo'shatishdan iborat edi. Bu qandli diabet jarayonning umumlashtirilishining oldini olishning kalitidir. Giperglikemiyaning yuqori darajasi jarrohlikning kechikishiga sabab bo'lmaydi, yiringli jarayonning mavjudligi esa glyukemiyaning yuqori darajada ushlab turuvchi mezondir, chunki Ma'lumki, 1 ml yiring 10-15 U endogen yoki ekzogen yo'l bilan yuborilgan insulini inaktivatsiya qiladi. Yiringli-yallig'lanish jarayonining keyingi yo'nalishi jarrohlik aralashuvining sifatiga bog'liq edi. Keyinchalik, arterial hovuzga arteriya ichidagi kateter o'rnatildi, bu zararlangan hududning qon aylanishini ta'minladi. Barcha bemorlar insulin terapiyasiga o'tkazildi va endokrinologning kundalik nazorati ostida edi. Raqamli material variatsiya statistikasi usuli bilan qayta ishlandi.

Natijalar va ularning tahlili.

Mikrobiologik tahlillar shuni ko'rsatdiki, aralash aerobik-anaerob infeksiya 81,2%, aerob infeksiya 10,4%, bemorlarning 8,4% da mikrofloraning o'sishi aniqlanmagan. Ehtimol, bu markazda kasalxonaga yotqizilishidan oldin uzoq muddatli an-

tibiotik terapiyasi bilan bog'liq. Shu bilan birga, II - III - IV lezyonlari bo'lgan 48 (53,3%) ikkilamchi bemorlarda antimikotik terapiya uchun asos bo'lgan zamburug florasi ekish bilan aralash infeksiya qayd etildi. Yumshoq to'qimalar darajasining shikastlanish doirasi juda keng, ular terining normal shikastlanishidan boshlanishi mumkin, ammo ko'pincha infeksiya tezda yumshoq to'qimalarning chuqur qatlamlariga, fastsiya va mushaklarning qobig'iga tarqaladi. Bu tezda intoksikatsiya bilan birga ekzotoksinemiyaga olib keladi, intensiv terapiya va patologik fokusni bartaraf etishga qaratilgan majburiy jarrohlik aralashuvni talab qiladi. Mahalliy davolash algoritmi yara jarayonining bosqichiga qarab farqlandi. Shu bilan birga, I bosqichdagi barcha bemorlar foydalanganlar: differentsiatsiyalangan suvda eriydigan malhamlar (miramistin, levomekol, dioksidin, levosin, nitatsid), proteolitik fermentlar (tripsin, xemotripsin, xemopsin, xumumazin va boshqalar). Dimexidum losonli komponentda, bu yallig'lanish komponentini to'xtatishga yordam beradi va to'qima to'siqlari orqali ishlatiladigan dorilarning yaxshi kirib borishiga yordam beradi. II bosqichda: suvda eriydigan malhamlar, ozmotik faolligi o'rtacha bo'lgan moylar (streptonitol), aerezollar (alazol, giposol va boshqalar), yod o'z ichiga olgan preparatlar (yodonat, betadin va boshqalar).

Misol: 1940 yilda tug'ilgan bemor M.R., 2018 yil 27 yanvarda bo'limga kurak usti sohasi og'riqli borligiga, umumiy holsizlik shikoyatlari bilan yotqizilgan. Qabul paytida tashxis qo'yilgan "Qandli diabet II tip. Dekompensatsiya bosqichida. Kurak usti sohasi karbunkuli-II daraja". Anamnez: 18 yildan beri qandli diabet bilan og'riq.

Bemorning so'zlariga ko'ra, so'nggi 7 kun ichida u kurak usti sohasi og'riqli shish paydo bo'lganligini ta'kidlaydi, u u'zi yashash joyidagi klinikada davolangan va xalq tabobati bo'yicha malhamlardan foydalangan. Bemorning ahvoli nisbatan qoniqarli, harorat 37C da saqlangan. O'tkazilgan terapiya hech qanday samara bermagan, shish oshdi, og'riq biroz oshdi, ammo harorat subfebril bo'lib qoldi.



Rasm1. Kurak usti sohasi to'qimalarini shishi va giperpigmentatsiyasi.

Bemor yashash joyida taxminan 10 kun davolangan va yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, o'tkir jarrohlik infeksiyasiga chalingan bemorlarga xos klinik ko'rinish atipik edi. Keyinchalik, bemor Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi- ga murojaat qildi, u erda u keyingi davolanish uchun kasalxonaga yotqizildi. Markazga yotqizilganida bemorning ahvoli o'rtacha. Xushida Teri rangpar. Kurak usti sohasida og'riq va umumiy holsizlik shikoyat qiladi. Bemor tekshirildi: Hb-98g / l, ESR - 59mm, L - 10.3 -10, umumiy oqsil - 61, qondagi glyukoza - 13.8 mmol / l, AST - 0.8, ALT - 0.9, mochevina-8.9, kreatinin - 112, bilirubin - 16. A / D - 130/80, Ps - 90 marta / min, NS - daqiqada 24 marta. EKGda metabolik o'zgarishlar ko'rsatiladi. Mahalliy: kurak usti sohasi taranglashgan, siyanotik, o'simtga o'xshash shish, palpatsiya paytida o'rtacha og'riqli, dalgalanma alomati bilan, 30-25 sm (1-rasm). Operatsiyadan oldingi tayyorgarlikdan so'ng, bemorga intubatsion narkoz orqali, karbunkulni ochish operatsiyasi o'tkazildi. Jarrohlik aralashuvi paytida patologik jarayonning ushbu turdagi yallig'lanishga xos bo'lgan «namlangan shimgich» shaklida yumshoq to'qimalarning shikastlanishi bilan keng tarqalishi aniqlandi. Shuni hisobga olib, bemorga sog'lom to'qimalarda nekrektomiya o'tkazildi (2-rasm).



Rasm.2. Operatsiyadan keyingi 3- kun .

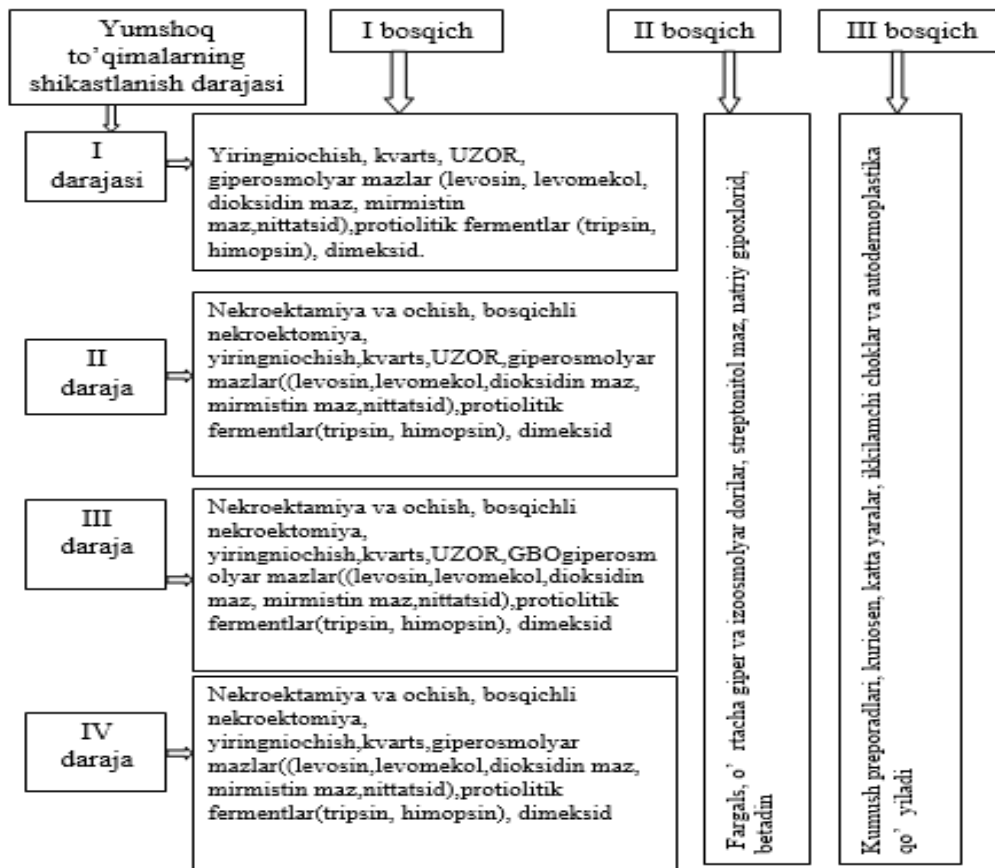


Rasm.3. Perifokal yallig'lanish jarayolarining aniq pasayishi bilan granulyatsiyaning nomoyon bo'lishi.

Nekroz o'choqlari bilan yallig'lanish jarayonlari davom etmoqda

Operatsiyadan keyingi davrda antibakterial terapiya fonida - tizimlar 2,0 * 2 marta, balgil 100,0 * 3 marta, merkat-sin 500 mg * kuniga 2 marta, 100,0 * 1 marta fludar qo'shilib, diqqat Levomekol dasturlari yordamida sanitariya holati-ga keltirildi. malham va dimeksid eritmasi. Dinamikada, jarohatni davolash fonida nekroz va yallig'lanishning saqlanib qolishi qayd etiladi va shuning uchun uchinchi kuni mahalliy FarGALS preparati ikki bosqichli shaklida ishlatilgan. Bu perifokal yallig'lanish hodisalarining keskin pasayishi bilan fokal losid granulyatsiya ko'rinishiga erishishga imkon ber-di (3-rasm). FarGALS bilan davolash paytida takroriy tekshiruvlarda (1 oydan keyin) fokal rad etilgan nekroz va margin-al epitelizatsiya ko'rinishi bilan umumiy granulyatsiya qayd etiladi (4-rasm). Bemor yog'li dasturlarga (dengiz shimoli moyi) o'tkaziladi va 2 oydan so'ng bemor yana avtodermostastika uchun kasalxonaga yotqiziladi.

Yaralarni mahalliy davolash algoritmi.



6-kuni bemor ambulatoriya davolanishga chiqarildi. Bemorlarning muvaffaqiyatli davolanishini ta'minlashga imkon beradigan omillardan biri bemorga qarindoshini tayinlash va unga ushbu yarani parvarish qilish qoidalarini o'rgatishdir. Bu toza yaraning nozokomial infeksiyasini kamaytirishni ta'minlaydi.



Rasm. 4. 1 oydan so'ng dinamik kuzatuv. Yara qanotli epitelizatsiya ko'rinishida yaltilagan granulyatsiya bilan qoplangan.



Rasm. 5. Autodermoplastika jarohatining 3 oydan keyingi ko'rinishi.

Ushbu klinik holat yumshoq to'qimalarni jarrohlik yo'li bilan yuqtirgan bemorlarni radikal, bosqichma-bosqich qiyosiy davolashning muhimligini aniq ko'rsatib beradi. Mahalliy davolanish fonida bemorlarga intensiv terapiya o'tkazildi, jumladan antibakterial, zamburuglarga qarshi, dezintokskatsiya, immunokorektsiya, suv-energiya yo'qotishlarini to'ldirish va infuzion dastur.

Topilmalar. Qandli diabet bilan bog'liq yumshoq to'qimalarning jarrohlik infeksiyasini davolashda quyidagi fikrlarni hisobga olish kerak:

- glyukemiyaning har kuni kuzatib borish va endokrinologning nazorati bilan insulin terapiyasiga o'tish;
- ta'sirlangan to'qimalarni etarli darajada qayta ko'rib chiqishga imkon beradigan umumiy narkoz ostida operatsiya o'tkazish;
- yumshoq to'qimalarning shikastlanish darajasini hisobga olgan holda mahalliy davolanishga qiyosiy yondashuv;
- metronidazol va aminoglikozidlar bilan birgalikda keng spektrli antibiotikni vena ichiga yoki tomir ichiga yuborish afzalroq;
- zamburuglarga qarshi terapiyani terapevtik tadbirlar kompleksiga kiritish;

Shunday qilib, tibbiyotdagi yutuqlarga qaramay, qandli diabet kasalligida yumshoq to'qimalarning jarrohlik infeksiyasi umumlashuvga olib keladigan eng og'ir yiringli jarrohlik kasalliklaridan biri bo'lib, ushbu patologiyaga chalingan bemorlarni tashxislash va davolashning yanada samarali usullarini izlash zarurligini ko'rsatmoqda, ayniqsa birlamchi bog'lanish bosqichlari.

Adabiyotlar

1. Shlyapnikov S.A. Xirurgicheskie infektsii myagkix tkaney — staraya problema v novom svete. Infeksiya v xirurgii. 2003; 1: 1: 14-22.
2. Bubnova N.A., Shlyapnikov S.A. Infektsii koji i podkojnoj kletchatki. - Xirurgicheskie infektsii. Ruk / Pod red Eryuxina I. A., Gelifanda B. R., Shlyapnikova S. A., SPb.: 2003; 379-409.
3. V.G. Gavrilenko, S.B. Fadeev, O.V. Buxarin i dr. Mikrobiologicheskie osobennosti techeniya gnoyno-vozpалitelinix prosovov myagkix tkaney u bolinix saxarnim diabetom // Vestnik xirurgii. - 2001. - T. 160. - №6. - S.39-41.
4. Dibirov M.D. Prolejni. Profilaktika i lechenie. Metodicheskoe posobie. M.: S 23. 2013.
5. Prakticheskoe rukovodstvo po antiinfekcionnoy ximioterapii / pod red. L.S. Strachunskogo, Yu.B. Belousova, S.N. Kozlova. Smolensk: MAKMAX, 2007. 19. Svetuxin A.M., Svetkov V.O., Zemlyanoy A.B., Molchanov V.V.
6. Nereshennye problemi diagnostiki i lecheniya tyajeloy anaerobnoy infektsii myagkix tkaney. V kn. «Neotlojnaya meditsina v megapolise. Materiali vtorogo mejdunarodnogo foruma. Moskva, 20-21 aprelya 2006» S. 130-131.
7. Xachatryan N.N., Chupalov M.O. Posleoperacionnie oslojneniya: sovremenniy vzglyad na profilaktiku i lechenie. Xirurgicheskaya praktika. 2013; 4. 105
8. Xirurgicheskie infektsii koji i myagkix tkaney. Rossiyskie natsionalnie rekomendatsii. M.: Borges, 2009.
9. Xirurgicheskie infektsii: prakticheskoe rukovodstvo / pod red. I.A. Eryuxina, B.R. Gelifanda, S.A. Shlyapnikova. M.: Litterra, 2006.
10. Ahrenholz D. N. Necrotizing fasciitis and other infections. Intensive Care Medicine / 2nd ed. Rippe J. M., Irwin R. S., Alpert J. S., Fink M. P. eds. Boston, 1991; 133.
11. Drusano G.L. Early endpoints for acute bacterial skin and skin structure infections. Antimicrob Agents Chemotherapy. 2012; 56(5): 2221-2222.
12. Mediavilla J.R., Liang C., Matherma B., Kreiswirth B.N. Global epidemiology of community-associated methicillin resistant Staphylococcus aureus. Curr Opin Microbiol. 2012; 15: 588-595.

УДК: 616.36-003-089

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Болтаев Б.М.

ЖИГАР ҲАЖМЛИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЖИҲАТЛАРИ

Болтаев Б.М.

MODERN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF VOLUME LESIONS OF LIVER

Boltaev B.M.

Ташкентская медицинская академия

Цель: Изучить и оценить результаты хирургического лечения объемных поражений печени в отделении хирургии печени и желчных путей Государственного Учреждения «Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова».

Материалы и методы: Проведен анализ 88 историй болезней больных пролеченных в отделении хирургии печени и желчных путей Государственного Учреждения «Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова» за 2018-2020-годы с различными видами объемных поражений печени. Все больные были разделены на 3 группы: 1-группа – больные с первичными раками печени или гемангиомой печени ($n = 54$), 2-группа – больные с кистами печени ($n = 9$) и 3-группа – больные с абсцессами печени ($n = 25$).

Результаты: Всем больным диагнозы были вставлены на основании объективного осмотра, ультразвукового исследования, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, в необходимых случаях и других методов исследования. Больным с первичными раками печени или гемангиомой печени выполнены операции сегментэктомия, гемигепатэктомия, перевязка ветвей воротной вены или собственной печеночной артерии в виде традиционных и лапароскопических вмешательств. Надо подчеркнуть, что двухэтапная резекция печени, которая проводилась некоторым нашим больным, становится мощным аргументом для решения проблемы пострезекционной печеночной недостаточности. Малый объем предполагаемого остатка печени остается актуальной проблемой в хирургии печени. Методы программированной стимуляции викарной гипертрофии печени решают эту проблему. Хирургические и эндоваскулярные методы дооперационной стимуляции гипертрофии печени успешно применялись в отделении хирургии печени и желчных путей Государственного Учреждения «Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова». Суть метода заключается в том, что объем остающегося фрагмента печени измеряется с помощью компьютерной томографии до и через 2-4 недели после окклюзии ветвей воротной вены. При этом по данным компьютерной томографии объем остающейся печени увеличивается в среднем на $38,9 \pm 5,5\%$ [1]. Такая викарная гипертрофия в большинстве случаев достаточно для предупреждения пострезекционной печеночной недостаточности. Больным с кистами печени выполнены операция кистэктомии тоже в виде традиционных и лапароскопических вмешательств в зависимости от локализации и присутствия различных осложнений. Больным с абсцессами печени выполнены вскрытие абсцесса, санация и дренирование остаточной полости. Результаты трехлетних данных о количестве больных и их распределению приводим ниже в виде таблицы (здесь, Всего – количество больных, Муж. – количество мужчин, Жен. – количество женщин, Опер. – количество прооперированных больных и Летал. – количество летальных исходов):

Год	Первичный рак или гемангиома печени					Киста печени					Абсцесс печени				
	Всего	Муж.	Жен.	Опер.	Летал.	Всего	Муж.	Жен.	Опер.	Летал.	Всего	Муж.	Жен.	Опер.	Летал.
2018	30	13	17	20	0	4	1	3	4	0	13	4	9	5	1
2019	17	10	7	13	0	3	2	1	1	0	6	2	4	3	0
2020	7	6	1	4	0	2	1	1	2	0	6	2	4	4	0

Общее количество больных – 88, мужчины – 41, женщины – 47, из них 56 больных прооперированы и лишь в 1 одном случае наблюдался летальный исход. Все больные без исключения получали антибактериальную, гепатопротекторную и инфузионную терапию. Особо надо подчеркнуть эффективность гепатопротекторной терапии в до- и послеоперационном этапе у больных с объемными поражениями печени. Такая эффективность доказана еще многими другими зарубежными исследованиями. Например, адеметионин уменьшает пострезекционную печеночную недостаточность на 11,5%, внутрибрюшную кровотечения на 0,3%, билиарные осложнения (биломы брюшной полости, трансдренажное подтекание желчи) на 1,1%, дли-

тельность послеоперационного пребывания в стационаре на 4 дня [2]. За счет правильной предоперационной подготовки, выбора оптимального оперативного вмешательства и мощной послеоперационной консервативной терапии летальность оказалось низким.

Выводы: Методы предоперационной программированной стимуляции викарной гипертрофии печени, применяемый в отделении хирургии печени и желчных путей Государственного Учреждения «Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова» является перспективной и позволяет увеличить число операбельных больных и уменьшить риск послеоперационной печеночной недостаточности. Применения высокотехнологичных операций типа двухэтапная резекция печени и адекватной послеоперационной консервативной терапии, особенно, применения гепатопротекторов у больных нуждающихся обширным резекциям печени уменьшают частоту пострезекционной печеночной недостаточности, количеству дней пребывания в стационаре и в конечном счете долгий путь больного к излечению.

Ключевые слова: первичный рак печени, гемангиома печени, резекция печени, перевязка ветвей воротной вены, гепатопротекторы.

Литература

1. Загайнов Е.М., Серегин А.А., Зайцев А.И., Комаров Д.В., Шарабрин Е.Г., Рыхтик П.И., Кукош В.М., Загайнов В.Е. Современные методы стимуляции викарной гипертрофии фрагмента печени перед обширной резекцией: оценка эффективности и пути улучшения результатов // *Анналы хирургической гепатологии*. 2016. том 21. №3. 25-33.

2. Восканян С.Э., Забелин М.В., Найденов Е.В., Артемьев А.И., Забежинский Д.А., Колышев И.Ю., Рудаков В.С., Шабалин М.В., Журбин А.С. Результаты применения адеметионина при обширных резекциях печени // *Анналы хирургической гепатологии*. 2017. том 22. №3. 64-69.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ СИМПАЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РЕЙНО

Бурхонов Ф.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: оценка результатов выполнения видеоторакоскопической грудной симпатэктомии у больных с синдромом Рейно.

Материал и методы: За период с 2015 по 2020 годы в отделении сосудистой хирургии многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии нами выполнены 78 видеоторакоскопических грудных симпатэктомий по поводу синдрома Рейно. Показаниями к симпатэктомии служили прогрессирующие ухудшение состояния (учащение приступообразных болей, появление трофических расстройств в пальцах кисти и стопы) и неэффективность медикаментозной терапии. Ишемия верхних конечностей отмечена у всех больных, причем 2 степени – у 25 больных, 3-4 степени у 53 больных. Хроническая ишемия и верхних и нижних конечностей отмечалась у 23 пациентов. Возраст оперированных больных колебался от 19 до 57 лет и составил в среднем, $38,7 \pm 9,7$ лет. Женщин было 80,8% (63 наблюдения), мужчин – 19,2% (15 пациентов). Давность заболевания составила от 6 месяцев до 5 лет.

Диагноз заболевания устанавливался на основании клинических данных, ультразвукового дуплексного сканирования, МСКТ- ангиографии, а также реографии с нитроглицериновой пробой.

Всем пациентам операции выполнены в условиях эндотрахеального наркоза в положении больного «на здоровом боку». Симпатический ствол иссекали на уровне второго и третьего межреберья вместе с симпатическими ганглиями.

В 20 случаях грудная симпатэктомия выполнялась поэтапно с двух сторон с промежутком между операциями до 2 месяцев, а в 3 случаях этот промежуток составил всего неделю из-за выраженной ишемии и в верхних и в нижних конечностях с обеих сторон.

Результаты: Клинически улучшение отмечено у всех оперированных пациентов, что проявлялось уменьшением или исчезновением болевого синдрома, потеплением верхней и нижней конечности в области кисти, стопы и предплечья, ограничением зон некроза пальцев, нормализацией ночного сна. Продолжительность операция видеоторакоскопической грудной симпатэктомии в среднем составила $25 \pm 4,5$ мин. В 5 (6,4%) случаях в плевральной полости имел место спаечный процесс, которой во всех случаях был разделен эндоскопически с последующим выполнением симпатэктомии. Послеоперационный период протекал гладко, пациенты начали ходить на следующий день после операции, дренаж удален на следующий день, среднее время нахождения пациента в стационаре после операции составило $3,3 \pm 0,5$ дня. Хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты на протяжении 5 лет после операции сохранялись в 71 (91%) случаях.

Вывод. Видеоторакоскопическая грудная симпатэктомия является легко переносимой и эффективной операцией в лечении синдрома Рейно, имеет достаточно хороший косметический эффект и короткий срок пребывания в стационаре. Перенесенные воспалительные процессы легких и плевры должны учитываться в качестве факторов, потенциально вызывающих формирование выраженного спаечного процесса в плевральной полости, хотя в наших исследованиях удалось разделить спайки эндоскопическим путем во всех случаях.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЧИН БЕСПЛОДИЯ В БРАКЕ

Гадоева Д.А., Магзумова Н.М., Мусаева А.Ф.

Ташкентская медицинская академия

Бесплодие в браке, представляет актуальную проблему, особенно в регионе с традиционно высокой рождаемостью. Зачатие и беременность являются первым шагом достижения, и необходимо в дальнейшем обеспечить рождение здорового ребенка.

Материалы и методы:

Под нашим наблюдением находились 132 беременных, ранее получивших лечение по поводу бесплодия в браке. У 85 женщин было первичное и 47 женщин вторичное нарушение фертильности. Факторами нарушения фертильности были эндокринные (40,3%), воспалительные заболевания органов малого таза (42,3%) и комбинированные (17,4%). Нами были изучены течение и исход беременности в зависимости от факторов бесплодия. Мы проводили комплексные исследования (УЗД с доплерометрией, урогенитальные инфекции, генеалогические и другие исследования).

Результаты:

Проведенный анализ выявил следующее: роды завершились в срок у 64%, прерывание беременности в различные сроки было у 20%, неразвивающаяся беременность (11%), внематочная беременность (4%) и ДРПО (9%) в основном наблюдались в группе женщин с ВЗОМТ, урогенитальными инфекциями. Гипертензивные нарушения (7%), СОРП (4%), атония матки (2%) наблюдались чаще всего в группе женщин с эндокринным бесплодием.

Вывод:

Осложнения течения и исхода беременности у женщин, ранее состоявших в бесплодном браке, зависят от причин, вызвавших бесплодие у супругов. Особую роль играют ВЗОМТ, обусловленные урогенитальными инфекциями и эндокринные нарушения у женщин.

РОЛЬ УВЧ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПУНКЦИЙ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА – ПОВРЕЖДЕНИЙ СПИННОМОЗГОВЫХ КОРЕШКОВ

Кадирова Б., Кадирова Б.

THE ROLE OF UHF THERAPY IN THE TREATMENT OF COMPLICATIONS AND SIDE EFFECTS OF SUBARACHNOID SPACE PUNCTURES-INJURIES OF THE SPINAL ROOTS

Kadirova B., Kadirov B.

Ургенцкий филиал Ташкентской медицинской академии, Ташкентская медицинская академия

Цель. Улучшить эффективность комплексной терапии при лечении повреждений нервных волокон.

Материалы и методы. Механические повреждения спинномозговых корешков при пункции эпидурально-го и субарахноидального пространств, а также введение катетера в эпидуральное пространство проявляются в резкой кратковременной боли, иррадирующей по ходу травмированного нервного ствола. Пациенты сравнивают эту боль с «ударом электрического тока». После введения местноанестезирующего препарата боль исчезает. В большинстве случаев она не возникает вообще. В 0.8-1.8% наблюдений проявляется в ближайшем послеоперационном периоде в виде корешковых болей и парестезий. На практике лечение постпункционных корешковых болей фармакологическими препаратами, не дают ожидаемого эффекта. В фундаментальной медицине описано что нервные клетки не восстанавливаются, а нервные волокна плохо регенирируются. Но воздействием физических факторов на регенерации нервных корешков возможно достичь улучшения их восстановления.

Ультравысокочастотная терапия (УВЧ-терапия) – применение с лечебной целью воздействий электрическим полем ультравысокой частоты. Сущность этого лечебного метода заключается в том, что определенный участок тела пациента помещается в переменное электрическое поле, то есть между двумя изолированными металлическими пластинами, к которым подводится ток переменного напряжения с частотой около 40миллион колебаний в секунду. Ионы, содержащиеся в тканях организма, имея определенный электрический заряд, будут устремляться к пластине, заряженной электричеством противоположного знака. Однако поскольку знаки на пластине изменяются, то с такой же частотой ионы будут совершать колебательные движения по направлению то к одной, то к другой пластине. В результате этого внутри тканей образуются тепло. Наибольшее количество его развивается в тканях, плохо проводящих электрический ток, - нервной ткани.

Результаты. С помощью применения УВЧ терапии в реанимационном отделении Хорезмского областного перинатального центра полностью вылечились 14 больных с постпункционной корешковой болью. Это доказывает, что УВЧ терапия положительно влияет на нервные волокна и улучшает их регенерацию и клиническое восстановление сенсомоторной чувствительности

Выводы. УВЧ терапия в комплексном применении с другими методами положительно результаты дает при повреждениях нервных корешков, этот метод может быть применено при повреждениях нейронов например, при переломе и ушибе шейных позвонков. С этой точки зрения воздействие УВЧ терапии на нервы и нервные корешки требует дальнейшего изучения

УДК:618.14-008:618.177-07-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ “ТОНКОГО” ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ МАТОЧНОЙ ФОРМЕ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С НИЗКОГО МАССА ТЕЛА

Комилова Д.К., Каюмова Д.Т.

ТАНА ВАЗНИ КАМ БЎЛГАН АЙЁЛЛАРДА БАЧАДОН БЕПУШТЛИГИДА “ЮПҚА” ЭНДОМЕТРИЙНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Комилова Д.К., Каюмова Д.Т.

THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF “THIN” ENDOMETRIUM IN THE UTERINE FORM OF INFERTILITY IN WOMEN WITH LOW BODY WEIGHT

Komilova D.K., Kayumova D.T.

Ташкентская медицинская академия

Адекватная толщина эндометрия в период окна имплантации считается одним из основных требований для успешного наступления беременности в программах репродуктивных технологий. Частота бесплодных браков в Узбекистане составляет 10-15% по обращаемости, а с учетом активного выявления достигает 30%. Актуальной проблемой является отсутствие единых клинических протоколов лечения заболеваний эндометрия, связанных с нарушением его рецептивности.

Adequate thickness of the endometrium during the implantation window is considered one of the main requirements for a successful pregnancy in reproductive technology programs. The frequency of infertile marriages, and taking into account active detection, it reaches 30%. The actual problem is the lack of uniform clinical treatment protocols of endometrial disease associated with impaired receptivity.

Цель исследования: Улучшить исходы лечения пациенток с маточной формой бесплодия обусловленными «тонким» эндометрием.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе гинекологического отделения клиника ТМА Минздрава Узбекистана с 1 ноября 2020 года по 30 января 2021 года. Возраст обследованных беременных женщин составил 18-35 лет. Проведено ретроспективное-аналитическое исследование. Для решения поставленных задач в нашем исследовании все женщины с бесплодием были разделены на три группы. Для изучения роли внутриутробного программирования в формировании нарушений рецептивности эндометрия пациентки основных групп наблюдения были стратифицированы по массе тела при рождении и разделены на 3 группы:

1 группа – 30 женщины с маточным фактором бесплодия, обусловленным «тонким эндометрием», в том числе: 1 А группа - 10 женщин с бесплодием, «тонким эндометрием», рожденные доношенными (в сроке более 37 нед.) с низким весом (менее 10 перцентили росто-весовых показателей) -- Low birth weight (LBW); 1 В группа - 20 женщин с бесплодием, «тонким эндометрием», рожденные доношенными с нормальным весом (более 10 перцентили росто-весовых показателей) -- Normal birth weight (NBW);

2 группа – 30 женщин с привычным невынашиванием беременности, ассоциированным с «тонким эндометрием», в том числе: 2 А группа - 35 женщин с привычным невынашиванием беременности, ассоциированным с «тонким эндометрием», рожденные доношенными (в сроке более 37 нед.) с низким весом (менее 10 перцентили росто-весовых показателей) -- Low birth weight (LBW); 2 В группа - 55 женщин с привычным невынашиванием беременности, ассоциированным с «тонким эндометрием», рожденные доношенными с нормальным весом (более 10 перцентили росто-весовых показателей) -- Normal birth weight (NBW). Критерии включения в исследование: группа-22 здоровых фертильных женщин.

Результаты исследования. При изучении данных анамнеза обследованных групп женщин установлено, что пациентки сопоставимы по возрасту (в группе бесплодия 33,11±1,43 лет, в контрольной группе 33,79±2,06 лет;), среднего роста (бесплодие - 165±0,02 см, группа контроля - 162±0,02см;) и имеют нормальные показатели индекса массы тела (группа бесплодия - 22,96±1,35, группа контроля - 23,04±1,86;). Возраст менархе и продолжительность менструального цикла во всех группах наблюдения не имеют достоверных различий.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что комплексный подход к восстановлению рецептивности эндометрия у пациенток с маточной формой бесплодия использованием низкочастотного ультразвукового орошения полости матки в отношении репродуктивных исходов оказался. Полученные результаты подтверждены клиническими наблюдениями за катамнезом пациенток, а также результатами ультразвукового исследования эндометрия в период «окна имплантации» после завершения терапии.

Ключевые слова: «тонкий» эндометрий, бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, «имплантационного окна», пиноподия, цитоархитектоники, рецептивность эндометрия.

Литература

1. Есарева, А.В. Поиск точек терапевтического воздействия на рецептивность эндометрия при нарушении имплантации / А.В. Есарева, О.А. Мелкозерова // Материалы международного конгресса «Репродуктивный потенциал семьи – гарантия безопасности государства». – Екатеринбург, 2015. – С. 21-25.

2. Есарева, А.В. Энергия низкочастотного ультразвука в восстановлении тканевого уровня рецептивности эндометрия у пациенток с маточной формой бесплодия / А.В. Есарева, О.А. Мелкозерова, Е.Е. Брагина // Материалы XII всероссийского научно-образовательного форума «Мать и дитя». – Москва, 2016. – С. 159-160.

3. Мелкозерова, О.А. Проблемы коммуникации эмбриона и эндометрия: маркёры нарушения и механизмы влияния / О.А. Мелкозерова, Н.В. Башмакова, А.В. Есарева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2016. – №5 – С.29-36.

4. Морфологические и ультраструктурные маркёры рецептивности эндометрия у пациенток с репродуктивными неудачами, обусловленные гипоплазией эндометрия / А.В. Есарева, О.А. Мелкозерова, Г.Н. Чистякова, Е.Е. Брагина [и соавт.] // Материалы научно-практической конференции «Перинатальная медицина – от истоков к современности». – Екатеринбург, 2017. – С. 22-25.

5. Тканевые и молекулярные эффекты кавитированных растворов в восстановлении показателей рецептивности эндометрия у пациенток с маточной формой бесплодия / О.А. Мелкозерова, Н.В. Башмакова, Г.Н. Чистякова, А.В. Есарева [и соавт.] // Проблемы репродукции. – 2017. – №5 – С. 76-86.

6. Ультраструктурная и морфологическая характеристика тканевой рецептивности эндометрия у пациенток с репродуктивными неудачами / О.А. Мелкозерова, Н.В. Башмакова, А.В. Есарева, Г.Н. Чистякова [и соавт.] // – 2017. – №08 – С. 79-88.

7. Local Immunity Status and Apoptosis Reactions in Endometrium of Women with a History of Non-Developing Pregnancy / Chistyakova GN, Remizova II, Melkozherova OA, Pogorelko DV [et al.] // – 2017. Vol.5 No.3.: 198 P. 1-6.

УДК: 618.1-089

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Мамадалиева Г. И., Рузиева Н.Х.

БАЧАДОН БЎЙНИ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Мамадалиева Г. И., Рузиева Н. Х.

IMPROVEMENT OF DIAGNOSTIC METHODS FOR INFLAMMATORY DISEASES OF THE CERVIX.

Mamadaliyeva G. I., Ruzeva N.Kh.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

Важнейшей проблемой современного здравоохранения является диагностика и лечение предраковых заболеваний шейки матки (ШМ) невоспалительного генеза. Для решения данной проблемы требуется поиск и совершенствование скрининговых методов.

Ключевые слова: доброкачественные заболевания шейки матки, папилломавирусная инфекция, кольпоскопия, цитология, ПАП-тест, экспресс-тест.

The most important problem of modern health care is the diagnosis and treatment of precancerous diseases of the cervix (CMM) of non-inflammatory origin. To solve this problem, it is necessary to search for and improve screening methods.

Преждевременная смертность женщин в развивающихся странах от рака шейки матки (РШМ) на 1-ом месте в структуре по онкозаболеваемости [1,2]. В экономически развитых странах, за последние десятилетия внедрение скрининговых программ, оправдало себя снижением заболеваемости и смертности от РШМ [3–5]. В нашей стране также, наряду с другими странами в программе профилактики РШМ, в первичный скрининг включены такие исследования как кольпоскопия, ПАП-тест, обследование на наличие вируса папилломы человека (ВПЧ), но не смотря на это, есть необходимость в объективном, воспроизводимом и экономически доступном методе базового скрининга для пациенток с клинически значимыми патологическими изменениями, с целью первичного отбора. Ежегодно более 500 000 человек в мире подвержены переходу доброкачественной патологии шейки матки в РШМ. Но перед тем, как перейти в онкологическое состояние, данная патология является обратимой. [6]. Исходя из этого, ранний, доклинический скрининг патологий шейки матки, имеет чрезвычайную ценность для профилактики и лечения РШМ. К сожалению, из-за недостаточной специфичности скрининговых тестов имеет место случаи гипердиагностики поражений шейки матки и соответственно у пациентов с ложнопозитивными результатами повышается риск ненужной агрессивной терапии [7]. Совершенствование методов скрининга РШМ является перспективным и современным, внедрение новых технологий и методов исследований совершенно обоснованным. По данным ряда авторов, эпителиотропный ДНК-вирус – вирус папилломы человека (ВПЧ) является основным этиологическим фактором возникновения РШМ. [8]. По этой причине во многих странах в программы скрининга РШМ включены ВПЧ-тестирование. [9,10,11] Несмотря на внедрение в прак-

тику диагностики с применением тестирования на ВПЧ, цитологическое исследование (ПАП-тест) цервикагинальных мазков-остается существенным компонентом стратегии профилактики РШМ [12]. Но при этом, для проведения данного исследования необходимы определенные навыки, а также в условиях отдаленных населенных пунктов необходимо длительное ожидание результата. При проведении жидкостной цитологии, в сочетании с ВПЧ-тестом можно получить результаты в реальном времени во время обследования, но дороговизна данной процедуры не подходит для рутинного скрининга в условиях первичного звена. (Azevedo et al., 2013). Применение специального метода окрашивания шейки матки, для проведения качественной оценки состояния шейки матки относится к новому типу технологии в скрининге РШМ [13].

Цель. Показать приемлемость использования экспресс-теста CIN-DIAG в сравнительном аспекте у пациенток с доброкачественной патологией шейки матки в скрининге РШМ.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено клиничко-лабораторное, кольпоскопическое и цитологическое обследование 28 женщин репродуктивного возраста (с 20 до 41 лет) с доброкачественными заболеваниями шейки матки. В исследование не вошли пациентки с воспалительными заболеваниями шейки матки. Все женщины были санированы до проведения исследования. В нашем исследовании в основную группу вошли 12 женщин с доброкачественной патологией шейки матки, у которых папилломавирусная инфекция (ПВИ) была отрицательна, а в группе сравнения 8 женщин с доброкачественной патологией шейки матки и с положительной (ПВИ)-10 здоровых женщин репродуктивного возраста составили контрольную группу. В комплексное обследование было включено: сбор анамнеза, гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза, бактериологическое и бактериоскопическое исследование микробиоты влагалища и шейки матки, простая и расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование, а также качественное исследование экспресс-тестом CIN-DIAG. При одновременном проведении всех методов цитологических исследований, стало возможным сопоставление информативности ПАП-теста с экспресс-тестом CIN-DIAG.

Результаты исследований и их обсуждение: Средний возраст обследованных пациентов составил $29 \pm 1,7$ лет. Дебют половой жизни у обследованных пациентов $18,4 \pm 0,8$ лет. Из анамнеза ВЗОМТ у данных пациенток имел место в 57,1% случаях ($n=16$). Частоту искусственных абортов 67,8% ($n=19$), преждевременных родов 21,4% ($n=6$). Заболевания ЖКТ -53,6% ($n=15$) и мочевыделительной системы - 35,7% ($n=10$) преобладали среди экстрагенитальной патологии. По бактериологическим данным среди обследованных пациенток отмечалось в 60,7% ($n=17$) случаев - выраженное нарушение микробиоты кишечника. Диагностику изменений эпителия шейки матки патологического характера можно было оценить с помощью ПАП-теста и экспресс-теста CIN-DIAG в основной группе, а в группе контроля оценку проводили непосредственно ПАП-тестом и методом жидкостной цитологии. На сегодняшний день приняты три цитологические классификации мазков с шейки матки: по Папаниколау, Bethesda System и по ВОЗ (используется морфологический термин «дисплазия»)[14]. В основной группе по данным цитологических заключений были получены репрезентативные результаты между двумя тестами (ПАП-тест и экспресс-тест CIN-DIAG): у 9 (32%) получены ASCUS, у 3 (10,7%) LSIL (CIN 1); во второй группе сравнения, где ПВИ положительна у 7 (25%) LSIL (CIN 1), у 3 (10,7%) HSIL (CIN 2). У обследованных пациенток с положительной ПВИ и доброкачественной патологией шейки матки, имели место более выраженные специфические морфологические изменения в клетках эпителия шейки, что явилось следствием вирусной интеграции при высоких степенях повреждения клеток. Следует отметить идентичность результатов исследования при использовании экспресс-теста CIN-DIAG с золотым стандартом скрининга РШМ ПАП-тест.

Данные одновременно проведенных исследований определили возможность применения экспресс-теста CIN-DIAG при диагностике предраковых заболеваний шейки матки в первичном звене здравоохранения в отдаленных районах нашей республики. Метод имеет высокую диагностическую точность, высокую чувствительность и специфичность наряду с ПАП-тест.

Заключение. Таким образом, экспресс-тест CIN-DIAG (FRD-тест) отличается точностью, быстрой выдачей результатов, простотой и удобством выполнения процедуры, низкой стоимостью. И его результат является отправной точкой для дальнейшей тактики врача в условиях первичного амбулаторного звена, особенно для широких масс и сельских местностей.

Литература

1. Аполихина И.А., Филиппенкова Е.В., Додова Е.Г., Гасанова Г.Ф., Горбунова Е.А. Современные возможности организованного скрининга рака шейки матки. *Акушерство и гинекология*. 2016; 9: 12-8.
2. Левшин В.Ф., Завельская А.Я. Факторы риска и профилактика рака шейки матки. *Вопросы онкологии*. 2017; 63(3): 506-16.
3. Andersson S., Belkic K., Demirbucker S.S., Mints M., Ostensson E. Perceived cervical cancer risk among women treated for high-grade cervical intraepithelial neoplasia: The importance of specific knowledge. *PLoS One*. 2017; 12(12): e0190156. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0190156>.
4. Andrae B., Andersson T.M., Lambert P.C., Kemetli L., Silfverdal L., Strander B. et al. Screening and cervical cancer cure: population based cohort study. *BMJ*. 2012; 344: e900. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.e900>.
5. Vaccarella S., Franceschi S., Engholm G., Lonnberg S., Khan S., Bray F. 50 years of screening in the Nordic countries: quantifying the effects on cervical cancer incidence. *Br. J. Cancer*. 2014; 111(5): 965-9. <https://dx.doi.org/10.1038/bjc.2014.362>
6. Чжан Цинхуа, 2012, *Maternal and Child Health Care of China*, 27 (3): 444-446).
7. Human papillomavirus testing by self-sampling: assessment of accuracy in an unsupervised clinical setting /A. Szarewski,

L.Cadman, S. Mallett, et al. // J. Med. Screen. - 2007. - Vol. 14, N 1. - P. 34-42.

8. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2018). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>

9. Comprehensive control of human papillomavirus infections and related diseases. / F.X. Bosch, T.R. Broker, D. Forman, et al. // Vaccine. - 2013. - Vol. 31, N 7. - P. 1-31.

10. HPV genotype distribution in Brazilian women with and without cervical lesions: correlation to cytological data./ T.R. Martins, C.M. de Oliveira, L.R. Rosa, et al. // Virol J. - 2016. - Vol. 13. - P. 138.

11. HPV genotype distribution in Brazilian women with and without cervical lesions: correlation to cytological data./ T.R. Martins, C.M. de Oliveira, L.R. Rosa, et al. // Virol J. - 2016. - Vol. 13. - P. 138.

12. Obstetrics, gynecology and reproduction issn 2313-7347 2017 vol. 11 no 1

13. Li Kaiyan, Cai Haiying, Shen Huimin // Department of Obstetrics and Gynecology, The First Affiliated Hospital of Sun Yat-Sen University, Guangzhou, DOI: 10.13417/j.gab.035.001584.

14. Кузнецова Л.Э. Доброкачественные, фоновые и предраковые заболевания шейки матки // Медицинские новости. - 2016. - №4. - С. 47-51.

ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Мамирова М.У., Абдуллаева Л.М., Абраева Н.Н.

Ташкентская медицинская академия

Несмотря на пристальное внимание к проблеме послеродовой контрацепции, многие вопросы, связанные с применением современных видов контрацепции после кесарева сечения остаются дискуссионными.

Цель исследования: провести сравнительный анализ эффективности внутриматочных и оральных контрацептивов у женщин после оперативных родоразрешений.

Материалы и методы исследования: из 136 обследованных внутриматочная контрацепция (ВМК) была применена у 79 (58,1%) пациенток. В зависимости от сроков введения ВМК были выделены подгруппы: 1 подгруппу составили 19 пациенток, которым ВМК был введен через 3 месяца после операции, 2 подгруппа (21 пациентка) - ВМК был введен через 6 месяцев, 3 подгруппа (23 пациентки) - спустя 1 год и позднее после операции. В 4 подгруппу вошли 16 пациенток, которым исследование было проведено после удаления ВМК через 4,8±2,1 года экспозиции. Интервал введения контрацептива после операции колебался от 8 месяцев до 2 лет. Остальным 57 (41,9%) женщинам для профилактики нежелательной беременности был предложен прием оральных контрацептивов (ОК): 29 кормящим грудью женщинам - оральные гестагенные контрацептивы (мини-пили), 28 пациенткам, прекратившим грудное вскармливание, - монофазный комбинированный контрацептив (КОК).

Результаты исследования: после оперативных родов эффективность внутриматочной контрацепции достигает 100%, приемлемость - 93,8%. Частота побочных реакций и осложнений достоверно меньше при введении контрацептива через 6 месяцев после операции по сравнению с введением через 3 месяца, в первую очередь за счет уменьшения частоты нарушений менструальной функции. При использовании гормональной контрацепции после кесарева сечения эффективность достигает 100%, приемлемость - 87,7%. Уровень побочных реакций гестагенных оральных контрацептивов у кормящих и комбинированных контрацептивов у не кормящих грудью женщин после оперативных родов составляет 34,5% и 39,3%, соответственно.

Внутриматочная и гормональная контрацепции не оказывают влияния на состояние рубца на матке.

Заключение: характер и частота побочных реакций при использовании контрацептивов зависит от используемого средства, состояния здоровья женщины, характера лактационной функции, а для женщин, применяющих внутриматочную контрацепцию, от срока введения контрацептива после операции.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Мамирова М.У., Туропова М.Э., Абдуллаева Л.М., Низамутдинов К.З.,

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

Актуальность: ГСД является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных (распространенность ГСД в различных странах мира составляет 1,5–13%) и является важной междисциплинарной проблемой [1], общая частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД не снижается ниже 80% [2].

Цель исследования: оценить течение беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом.

Материалы и методы: исследование проводилось в акушерском комплексе №8

Результаты: Анализ полученных данных показал, что самыми частыми гестационными осложнениями у беременных с гестационным сахарным диабетом являются: гипоксия плода с задержкой его внутриутробного развития — 25%; преждевременное родоразрешение; макросомия, что приводит к осложненному течению родов и повышает риск родовых травм у ребенка (перелом ключицы, паралич Эрба, паралич диа-

фрагмального нерва, травмы черепа и шейного отдела позвоночника); гестоз — 4–16%; грибковые поражения слизистых оболочек половых органов.

Выводы: ранняя диагностика и своевременное лечение ГСД могут сыграть значительную роль в сохранении здоровья матери и ребенка, но начальные проявления ГСД в основном носят скрытый характер и могут быть выявлены только при проведении целенаправленного скрининга.

Литература

1. Акушерство: Учебник для медицинских вузов. 4-е изд., доп. / Э. К. Айламазян. СПб.: СпецЛит, 2003. 528 с.
2. Акушерство: учебник. Савельева Г.м., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина о.Б., Курцер м.А. 2010. 656 с.

ОСОБЕННОСТИ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ

Мамирова М.У., Абдуллаева Л.М., Низамутдинов К.З.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

Ожирение является серьезной медико-социальной и экономической проблемой в современном обществе. Ее актуальность определяется в первую очередь высокой распространенностью. По прогнозам экспертов ВОЗ, при сохранении существующих темпов роста заболеваемости и к 2025 г. в мире будет насчитываться более 300 млн человек с данным диагнозом, из них более 200 млн составят женщины фертильного возраста. Избыточная масса тела (ИМТ \geq 25 кг/м²) по данным ВОЗ встречается у 40% - 66,3% взрослого женского населения [5]. Ежегодно вследствие избыточной массы тела и ожирения в мире умирает 2,8 млн человек [3]. Распространенность ожирения среди женщин репродуктивного возраста составляет около 25% [6]. В развивающихся странах распространение избыточного веса и ожирения среди детей на 30% выше, чем в развитых. Если эта тенденция сохранится, то число детей с избыточным весом к 2025 году вырастет до 70 млн. Schokker с соавт. считает, что ожирение, в детстве, приведет к значительному увеличению связанного с избыточным весом бесплодия у взрослых [4]. По данным литературы в США, например, ожирение имеют от 33 до 50% женщин, а 8% женщин репродуктивного возраста имеют индекс массы тела выше 40 [10]. В СНГ частота ожирения среди женщин составляет 30-40% [1].

Ожирение – избыточное отложение жировой ткани в организме. По этиологическому признаку различают первичное ожирение (алиментарное, обусловленное генетическими дефектами), симптоматическое (связанное с другими эндокринными и психическими заболеваниями) и ятрогенное [7]. Для количественной оценки ожирения используют индекс массы тела (ИМТ): масса тела, кг/рост, м². Согласно классификации ВОЗ ИМТ 30 и выше соответствует ожирению. Распределение жировой ткани оценивают по отношению окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). У женщин по андроидному типу ожирения соответствует величина соотношения выше 0,83, по гиноидному типу – менее 0,83 [1].

У больных с ожирением повышается риск развития многих заболеваний – нарушения жирового обмена, сахарного диабета, артериальной гипертензии, холецистита, остеоартрита [24]. Избыток ароматазы в жировой ткани ведет к гиперэстрогемии и увеличению частоты эстрогензависимых заболеваний (рак молочной железы, рак эндометрия). Избыточный вес и ожирение увеличивают риск развития при беременности таких осложнений, как гестационный сахарный диабет, гипертензия, преэклампсия, преждевременные роды, антенатальная гибель плода. Для плодов это опасно с точки зрения развития аномалии, макросом, родовой травмы [3]. В родах значительно увеличивается частота кесарева сечения до 32,6% у женщин с ИМТ 30-35, до 36,9% - при ИМТ 35-40, до 47,4% - при ИМТ более 40 [8.]. После родов чаще развиваются септические осложнения.

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

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

принципов рационального питания необходимо проводить расчет калорийности суточного рациона, предложенный ВОЗ [2, 8]. Схема этого расчета для женщин такова:

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

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

Коэффициент физической активности рассчитывается от уровня физической активности:

- низкая физическая активность (умственная, сидячая, домашняя нетяжелая работа) – коэффициент 1,0;

- умеренная физическая активность (работа, связанная с ходьбой, занятия физкультурой не менее 3 раз в неделю) – коэффициент 1,3;

- высокая физическая активность (тяжелая физическая работа, занятия спортом) - коэффициент 1,5.

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

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

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

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

Таким образом, женщинам репродуктивного возраста, имеющим ожирение, в первую очередь следует назначать терапию, направленную на снижение массы тела для лечения и профилактики соматических и гинекологических заболеваний, нарушений репродуктивной функции, осложнений планируемой беременности, родов и послеродового периода.

Литература

11. Serov V.N., Prilepskaya V.N., Ovsyannikova T.V. Ginekologicheskaya endokrinologiya. Moskva. MEDpress-inform, 2015. 504 s.
12. Andreyeva Ye.N., Grigoryan O.R., Volevch N.N., Mel'nichenko ZH.A. Vliyaniye kombinatsii sibutramin/meformin na uroven' antimyullerova gormona, uglevodnyy i lipidnyy obmeny v terapii sindroma polikistoznykh yaichnikov u zhenshchin s metabolicheskim sindromom. // Akusherstvo i ginekologiya, 2016. S. 112-119 Dostupno v yelibrary.ru
13. Tolpygina M.G., Abashova Ye.I., Borovik N.V. Patogenez narusheniya funktsii yaichnikov u zhenshchin s sakharnym diabetom 1-go tipa // Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney, 2018. T. 67. № 1. S. 5-12.
14. Dag Z.O., Dilbaz B. Impact of obesity on infertility in women. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2015; 16 (2):111-7.
15. Informatsionnyy byulleten' VOZ № 311. Yanvar', 2015.
16. Karakhali L.YU., Ponomarev V.V., Bezrukov A.G., Penzhoyan G.A., Donchenko Ye.A. Vedeniye patsiyentok s sindromom polikistoznykh yaichnikov v intergeneticheskom intervale. Problemy reproduktivnoy funktsii, 2017. № 5. Str. 61-64.
17. Makhmudova S.E., Agababyan L.R. Kontratseptivnaya effektivnost' i nekontratseptivnyye preimushchestva nepreryvnogo rezhima priyema kombinirovannykh oral'nykh kontratseptivov u zhenshchin s zhelezodefitsitnoy anemiyey Makhmudova S., Agababyan L. 2 (Respublika Uzbekistan) Kontratseptivnaya effektivnost' i nekontratseptivnyye preimushchestva // Yevropeyskiye issledovaniya: innovatsii v nauke, obrazovaniye i tekhnologii. S. 97.
18. Shalina M.A. Metabolicheskiy sindrom u zhenshchin starshego vozrasta. // Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney. 2019. T.68. № 3. S. 81-88.
19. Manukhin I.B., Tumilovich L.G., Gevorkyan M.A., Manukhina Ye.I. Ginekologicheskaya endokrinologiya. GEOTAR-Media. Moskva, 2017. 285 s.
20. Misharina Ye.V., Abashova Ye.I., Potin V.V. Ozhireniye i reproduktivnaya funktsiya zhenshchiny. Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney, 2016, Tom LXV. Vypusk 5. S. 64-74.

УДК: 617.3.728.2-089

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ – ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ДОСТУПА

Махмудов Б.Л., Косимов А.А., Хужаназаров И.Э.

ЧАНОҚ-СОН БЎҒИМИНИ ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ЭРТА ДАВРДА КУЗАТИЛАДИГАН АСОРАТЛАРИНИ – ОПТИМАЛ КЕСИМНИ ТАНЛАШ

Махмудов Б. Л., Косимов А.А., Хужаназаров И.Э.

COMPLICATIONS AFTER TOTAL HIP ARTHROPLASTY IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD – CHOOSING THE OPTIMAL APPROACH

Makhmudov B. L.

Ташкентская медицинская академия

Цель. Выбор хирургического доступа при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава (ТЭТС) остается весьма спорным. Целью настоящего исследования было выбрать оптимальный доступ среди прочих к

тазобедренному суставу на основе выявления ранних тяжелых и менее тяжелых осложнений после первичного ТЭТС. **Материалы и методы исследования:** В исследование были включены данные 179 пациентов, которым была проведена первичная ТЭТС с сентября 2017 года по сентябрь 2020 года. Они были идентифицированы с использованием данных из архива Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии (РСНПМЦТО), и их данные были объединены с проспективно собранными данными из архива Республиканской клинической больницы № 1 (РКБ-1). В определении осложнений использовались данные истории болезней, анамнестические данные, в том числе повторный осмотр, данные рентгенологических, МСКТ и МРТ исследований. **Результаты:** Анализ включал 179 первичных ТЭТС (179 пациентов), при этом 36%, 51% и 13% были выполнены через задний, боковой и прямой передний доступ соответственно. Тридцатидневные серьезные и незначительные осложнения произошли в 5,0% и 11,7% операций соответственно. После поправки на исходные характеристики пациентов не было значительных различий в больших или малых периоперационных осложнениях между тремя подходами. **Выводы:** в этом исследовании сравнивались периоперационные осложнения между 3 наиболее часто используемыми подходами к ТЭТС с использованием данных из архива РСНПМЦТО и РКБ-1. Тридцатидневные тяжелые и менее тяжелые осложнения были схожими независимо от используемого хирургического подхода, что может помочь хирургам и пациентам упростить многочисленные соображения, принимаемые во внимание при выборе хирургического подхода для первичной ТЭТС.

Ключевые слова: эндопротезирование тазобедренного сустава, лечение, доступ, ранние осложнения.

*The choice of surgical approach during total hip arthroplasty (THA) remains highly controversial. The aim of the present study was to choose the optimal access, among others, to the hip joint based on the identification of early severe and less severe complications after primary TETS. **Methods:** The study included data from 179 patients who underwent primary TETS from September 2017 to September 2020. They were identified using data from the archive of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics (RSNPMTSTO), and their data were combined with prospectively collected data from the archive of the Republican Clinical Hospital No. 1 (RCH-1). In determining complications, data from medical history, anamnestic data, including a thorough examination, data of X-ray, MSCT and MRI studies were used. **Results:** The analysis comprised 179 primary THAs (179 patients), whereby 36%, 51%, and 13% were performed through a posterior, lateral, and direct anterior approach, respectively. Thirty-day major and minor complications occurred in 5.9% and 11.7% of surgeries, respectively. After adjusting for baseline patient characteristics, there was no significant difference in major or minor perioperative complications between the 3 approaches. **Conclusions:** This study compared perioperative complications between the 3 most commonly used approaches to THA using data from the RSSPMCTO and RCH-1 archives. Thirty-day major and minor complications were similar regardless of the surgical approach used, which can help surgeons and patients simplify numerous considerations when choosing a surgical approach for primary THA.*

Key words: Hip arthroplasty, healing, approach, early complications.

Введение. Остеоартрит (ОА) - это длительное хроническое заболевание, характеризующееся разрушением хрящевой ткани в суставах, которое приводит к трению костей друг о друга и возникновению скованности, боли и нарушения движений [1]. По оценкам ОА является наиболее широко распространенным заболеванием суставов, при том, что во всем мире им страдают примерно 10% мужчин и 18% женщин старше 60 лет [2].

Полная замена сустава, в частности полная замена тазобедренного или коленного суставов, эффективна для облегчения боли, улучшения подвижности, восстановления функций и улучшения качества жизни, связанного со здоровьем, для людей с умеренным и ОА [3]. На основе полученных данных глобального ортопедического регистра за 2010 год средний возраст пациентов, перенесших ТЭТС составил 68 лет, причем преобладали женщины (59%). Основными причинами, явившимися показанием к операции явились идиопатический и диспластический деформирующий артроз (83%), ревматоидный артрит (3%), асептический некроз головки бедренной кости (7%), а также другие причины поражения тазобедренного сустава (7%) [4].

На сегодняшний день существует большое количество доступов к тазобедренному суставу при его тотальном эндопротезировании. Выбор и использование оптимального доступа остается спорным вопросом. Каждый доступ имеет как свои преимущества, так и свои недостатки, будь то объем интраоперационной кровопотери, длительность операции или длительность пребывания больных в стационаре и т.д. К этому можно добавить еще и то, что хирург, выполняющий операцию, использует только удобный и предпочитаемый им доступ. Конкретные плюсы и минусы, уникальные для каждого подхода, предпочтений хирурга и ожиданий пациентов, еще больше усложняют выбор одного хирургического подхода по сравнению с другим [5].

Периоперационные осложнения после ТЭТС, хотя и редки, часто приводят к неблагоприятным исходам для пациентов и представляют первостепенный интерес. В то время как большая часть литературы, сравнивающей хирургические подходы, сосредоточена на краткосрочном функциональном восстановлении пациентов, в нескольких исследованиях всесторонне сравнивались периоперационные осложнения между 3 наиболее часто используемыми доступами, главным образом задним, боковым и прямым передним доступом [6-8].

Цель. Выбрать оптимальный доступ среди прочих к тазобедренному суставу на основе выявления ранних тяжелых и менее тяжелых осложнений после первичного ТЭТС.

Материалы и методы. Для проведения данного исследования нами собран материал об 179 больных (мужчин – 84 (47%), женщин – 95 (53%)) с ОА тазобедренного сустава в возрасте старше 50 лет, которые находились на лечении в отделении травматологии Республиканской клинической больницы № 1 и Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии МЗ РУз за 2017-2020 гг. При этом 65-ти (36%), 91-му (51%) и 23-ти (13%) пациентам операции были выполнены через задний, боковой и прямой передний доступ соответственно. Всем прооперированным больным был организован схожий уход, включающий анестезию, анальгезию, физиотерапию, раннюю реабилитацию и планирование выписки из стационара.

Исходные характеристики пациентов сравнивали между 3 группами. Они были разделены на демографические характеристики, сопутствующие заболевания и оперативные переменные. Демографические данные включают возраст, пол и расу. Сопутствующие заболевания включали индекс массы тела, статус курения (в течение последнего года), гипертонию, сахарный диабет (всех типов). оперативные переменные включали тип анестезии (регионарную или общую), продолжительность хирургической процедуры (минуты), переливание крови в течение 72 часов после операции и выписку из больницы.

Результаты. Первичным исходом были 30-дневные серьезные осложнения, которые включали повторную операцию по любой причине, расхождение раны, пневмонию, тромбоз эмболию легочной артерии, инсульт (с результирующим неврологическим дефицитом), остановку сердца (требующую реанимации), инфаркт миокарда, глубокую инфекцию, незапланированную интубацию, вентиляцию легких более 48 часов, сепсис или септический шок, повторная госпитализация и смерть. Обратите внимание, что повторная госпитализация выражалась в госпитализации в любую больницу по любой причине после операции (включая больницы, кроме тех, где была выполнена индексная операция). Вторичным исходом были 30-дневные незначительные осложнения, включая инфекции поверхностных ран, инфекции мочевыводящих путей, аллогенные переливания крови и симптоматический тромбоз глубоких вен.

Ранние тяжелые осложнения возникли у 7-ми (5,0%) пациентов и имели одинаковую частоту среди трех подходов. Повторная госпитализация, повторная операция и глубокая инфекция были тремя наиболее частыми осложнениями, возникающими у 5-х (2,8%), 3-х (1,7%) и 1-го (0,6%) пациентов соответственно. Причины повторной операции: инфекции и раневые осложнения (50,0%), нестабильность (25,0%), переломы (25,9%). После анализа по-прежнему не было значимой разницы в 30-дневных серьезных осложнениях между тремя подходами.

Ранние незначительные осложнения возникли у 21 пациента (11,7%) пациентов. Двумя наиболее частыми осложнениями были аллогенное переливание крови – 15 пациентов (8,4%) и инфекция мочевыводящих путей – 6 пациентов (3,3%). Частота встречаемости значительно варьировала между доступами, встречаясь в 10,8%, 13,2% и 8,7% задних, боковых и прямых передних доступов соответственно. Тем не менее, эта разница не сохранилась после анализа с поправкой на разницу в возрасте, времени операции и гематокрите до операции.

В настоящем исследовании 179 пациентов с первичным ТЭТС, выполненных в двух вышеупомянутых клиниках, не было существенной разницы в больших и малых 30-дневных периоперационных осложнениях между задним, латеральным и прямым передним доступом. Кроме того, низкая частота периоперационных осложнений при использовании всех трех подходов поддерживает общую безопасность и успех современной хирургии артропластики тазобедренного сустава.

Заключение. В этом исследовании сравнивались периоперационные осложнения между 3 наиболее часто используемыми подходами к ТЭТС с использованием данных из архива РСНПМЦТО и РКБ-1. Тридцатидневные тяжелые и незначительные осложнения были схожими независимо от используемого хирургического подхода, что может помочь хирургам и пациентам упростить многочисленные соображения, принимаемые во внимание при выборе хирургического подхода для первичной ТЭТС. В свете сопоставимого функционального восстановления большинства пациентов через несколько месяцев после ТЭТС и аналогичной частоты периоперационных осложнений, установленных в настоящем исследовании, хирурги должны использовать свой предпочтительный подход. Необходима дальнейшая проверка наших результатов в форме более крупного исследования с предполагаемым набором пациентов и аналогичным количеством пациентов в каждой группе.

Литература

1. Haq I, Murphy E, Dacre J. Osteoarthritis. *Postgrad Med J*, 2003, 79:377–383
2. Glyn-Jones S, Palmer A.J., Agricola R., Price A.J., Vincent T.L., Weinans H., Carr A.J. Osteoarthritis. *Lancet*, 2015, vol. 386, no. 9991, pp. 376-387. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60802-3.
3. Ethgen O, Bruyere O, Richy F, Dardennes C, Reginster JY. Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature. *J Bone Joint Surg Am* 2004;86-A:963e74.
4. Orthopaedic practice in total hip arthroplasty and total knee arthroplasty: results from the Global Orthopaedic Registry (GLORY) / J. Waddell, K. Johnson, W. Hein, J. Raabe, G. FitzGerald, F. Turibio // *Am. J. Orthop.* (Belle Mead NJ). 2010. Vol. 39, No 9. P. 5-13.
5. Meermans G, Konan S, Das R, Volpin A, Haddad FS. The direct anterior approach in total hip arthroplasty: a systematic review of the literature. *Bone Joint J* 2017;99-B:732e40.
6. Taunton MJ, Trousdale RT, Sierra RJ, Kaufman K, Pagnano MW. John Charnley Award: randomized clinical trial of direct anterior and minimiposterior approach THA: which provides better functional recovery? *Clin Orthop Relat Res* 2018;476:216e29.
7. Miller LE, Gondusky JS, Bhattacharyya S, Kamath AF, Boettner F, Wright J. Does surgical approach affect outcomes in total hip arthroplasty through 90 Days of follow-up? A systematic review with meta-analysis. *J Arthroplasty* 2018;33:1296e302.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ШЕИ, ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Мухамедова Н., Касимова Д.У., Бобоев К.Х., Касимов У.К.

КАНДЛИ ДИАБЕТ ФОНИДА РИВОЖЛАНГАН БУЙИН ФЛЕГМОНАНИ ДАВОЛАШДА ИННОВАЦИОНН ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Мухамедова Н., Касимова Д.У., Бобоев К.Х., Касимов У.К.

INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF PATIENTS WITH NECK PHLEGMONS AND DIABETES MELLITUS

Mukhamedova N., Kasimova D.U., Boboev K.Kh., Kasimov U.K.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Флегмона шеи, как осложнение нозологий, которыми занимаются стоматологи, отоларингологи и челюстно-лицевые хирурги часто представляет серьезную опасность для жизни пациентов(2,4). Развившаяся флегмона шеи усугубляется при наличии сопутствующих заболеваний, в частности сахарного диабета(1,5). Серьезная опасность для жизни больного с флегмонами шеи обусловлена анатомо-топографическими особенностями данной области, быстрым распространением воспалительного процесса по клетчатым пространствам, с развитием медиастенита и генерализацией инфекции(3,6).

Материалы и методы. В данное исследование были включены 29 больных с сахарным диабетом, у которых развилась флегмона шеи, без ограничений по возрасту, за период с 2018 – 2019год. Больные были разделены на две группы: основная – 16 пациентов и контрольная 13. Отличительной особенностью было применение традиционных методов лечения в контрольной группе, которое заключалось в применении дренирования и последующих мажевых повязок, согласно фазе течения раневого процесса. В основной группе применялась повязка из гидрофобной полиуретановой губки со средним размером пор 1066 мкм, которую вырезали по размеру и форме имеющейся послеоперационной полости и укладывали в раневой дефект. Поверх губки подвели дренажную трубку с переходником и герметизировали повязку инцизионной пленкой. В качестве источника отрицательного давления использовали аппарат RENASYS GO, компании Smith&Nephew» (США). Уровень отрицательного давления составлял 100 мм рт.ст. Повязки меняли 1 раз на 3, либо 5 сутки.

Всем больным в день поступления в стационар проводили оперативное вмешательство, в объеме вскрытия, взятия материала для бактериологического исследования, с последующей санацией патологического очага растворами антисептиков, тщательным гемостазом и рыхлым марлевым тампонированием у основной группы и дренированием в контрольной. Больным назначали системную эмпирическую антибактериальную терапию, с учетом возможного возбудителя данного патологического процесса и пролонгированную по показаниям (выраженность синдрома системной воспалительной реакции) после получения результатов бактериологического исследования.

Результаты. Проведенное исследование показало, что NPWT по сравнению с традиционной местной терапией флегмон шеи улучшает течение основных стадий раневого процесса. Снижение уровня бактериальной обсемененности тканей раны ниже критического при NPWT достигалась в среднем к 3-м суткам против 7-х суток при традиционных методах местного лечения ран. На 7-е сутки лечения степень бактериальной обсемененности ран в основной группе составляла в среднем 10^2 — 10^3 микробных клеток на 1 г ткани, в группе сравнения — 10^5 . Средняя длительность стационарной антибактериальной терапии составила 5,2 суток в основной группе и 12,6 суток в группе сравнения. В контрольной группе у 4 больных процесс прогрессировал, развилась картина медиастенита, что послужило проведению повторных дренирующих операций и в 2 случаях у больных развился летальный исход. Таких осложнений в основной группе не наблюдалось. Немаловажное значение имеет и комфорт для пациентов, когда в основной группе, за счет активной аспирации и создания герметичных условий снижалось количество перевязок и соответственно, негативных ощущений, которые сохранялись в контрольной группе.

Заключение. Таким образом, включение VAC-терапии при лечении больных с флегмонами шеи способствует скорейшему очищению раневой полости, более быстрому купированию проявлений системной воспалительной реакции и уменьшению сроков нахождения пациентов в стационаре. Широкое внедрение позволяет предупредить развитие медиастенита и соответственно снижению летальности.

Литература

1. Артюшкевич А.С. Одонтогенные абсцессы и флегмоны: клиника, диагностика, принципы лечения. //Экстренная медицина. - 2013. - №1(5). - С. 50–63.
2. Быков В.П., Калинин М.А., Собинин О.В., Федосеев В.Ф. Флегмоны шеи и торакальные инфекционные осложнения. //Российская оториноларингология. - 2011. - № 2(51). - С. 54–61.
3. Воробей А.В., Вижинис Е.И., Орловский Ю.Н., Ильющонок В.В. Клиническая классификация флегмон шеи и медиастинита как основа лечебно-диагностической программы при гнойном поражении глубоких клетчаточных пространств

шеи и средостения. //Хирургия. Восточная Европа. - 2014. - № 2(10). - С. 9–23.

4. Григорьев Е.Г., Лепехова С.А., Иноземцев Е.О., Иноземцев П.О. Классификация флегмоны шеи (этиология, локализация, тяжесть состояния, осложнения). Обзор литературы //Московский хирургический журнал. - 2020. - № 3(73). – С. 47-55.

5. Шапринский В.А., Кривецкий В.Ф., Сулейманова В.Г. Глубокие флегмоны шеи как осложнение повреждений пищевода и гортаноглотки. //Хирургия. Восточная Европа. - 2015. - № 4(16). - С. 52–56.

6. Шевчук И.М., Снижко С.С. Причины и пути распространения флегмон шеи, осложненных нисходящим гнойным медиастинитом. //Хирургия. Восточная Европа. - 2014. - № 4(12). - С. 9–15.

УДК: 618.17-618.18 . 15.-089

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИ ПРОЛАПСИСИ БЎЛГАН АЁЛЛАРГА, БОҒЛАНГАН ЭСТРОГЕННИ МАХАЛЛИЙ ИШЛАТИШ ЖАРРОХЛИК АМАЛИЕТИНИНГ НАТИЖАЛАРИГА ТАЪСИРИ

Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э.

РОЛЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОНЪЮГИРОВАННОГО ЭСТРОГЕНА В УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э.

THE ROLE OF TOPICAL USE OF CONJUGATED ESTROGEN IN IMPROVING OUTCOMES FOR SURGICAL TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE

Nazarov B.B., Niyazmatov R.E.

Абу Али ибн Сино номдаги Бухоро Давлат тиббиёт институти, Тиббий ходимларни касбий малакасини ошириш маркази, Ўзбекистон

Имеющие хирургические методы лечения пролапса гениталий не могут гарантировать отсутствие осложнений в послеоперационном периоде и рецидива. В данной статье описываем возможности профилактики послеоперационных осложнений и повторных эпизодов опущения половых органов локальной гормональной терапией препаратами конъюгированного эстрогена который непосредственно, улучшает регенеративные процессы в тканях мочеполовой системы. На основе нашего клинического опыта, мы пришли к выводу о высокой эффективности и безопасности местного применения в течение 5-7 дней конъюгированного эстрогена в подготовке стенок влагалища к оперативному лечению.

Having surgical methods for treating genital prolapse cannot guarantee the absence of complications in the postoperative period and relapse. This article describes the possibilities for the prevention of postoperative complications and repeated episodes of prolapse of the genital organs of local hormonal therapy with conjugated estrogen drugs, which directly improves the regenerative processes in the tissues of the genitourinary system. Based on our clinical experience, we came to the conclusion about the high efficacy and safety of topical application for 5-7 days of conjugated estrogen in the preparation of the vaginal walls for surgical treatment.

Долзарблиги: Китобдаги маълумотларга асосан шуни айтиш мумкинки, аёллар популяциясининг 8% да қиндаги ёт жисм каби ноқулайлик ва 12% да эса чаноқ саҳаси пролапсига мойиллик бўлади.

МДХда ушбу касалликнинг тарқалиши 15-45% ташкил қилади. 30 ёшдан 45 ёшгача аёлларнинг 100 тасидан 40 тасида кузатилса, 50 ёш ва ундан ошган аёлларда 2 тасидан 1 тасида учраб, шулардан 10-20% да оператив давога муҳтож охирга босқичларда намоён бўлади[5]. Асосий келтириб чиқарувчи омил сифатида – охириги йилларда табиий туғруқ йўллари орқали туғруқлар кўриляпти.

Чаноқ аъзолари пролапси аёлларнинг турмуш тарзида, ижтимоий ва жинсий ҳаётидаги ноқулайликлар келтириб чиқаради [9]. Асосан сийдик тутта олмаслик ва ичкалар фаолиятини бузилиши билан асоратланса. Чаноқ аъзолари пролапси бор аёлларнинг 85%да қўшни органлар фаолиятидаги бузилишлари: сийдикни тутта олмаслик (70,1%), дефекациянинг бузилиши (36,5%), диспареуния (53,3%) кузатилади [10].

Мақсади: маҳаллий конъюгирланган эстрогенларни қўллаш натижасида чаноқ органлар пролапсидаги оператив даво самарадорлигини ошириш.

Тақдимот услублари: Клиник текширувлар Тош ВМОИ акушерство и гинекология кафедрасининг Тошкент шаҳар 2-сонли туғруқхонаси гинекология бўлими базасида ва Бухоро вилоят перинатал марказ гинекология бўлимида ўтказилган. Клиник текширувларга чаноқ органлар пролапсини қин оорқали оператив даволаш мақсадида ётқизилган 102 та бемор киритилган. Барча беморларга стандарт текширувлар билан бирга, операциядан олдин конъюгирланган эстрогенлар билан даволаш курси ўтказилган. Барча олинган статистик маълумотлар Statistica 7.0 (StatSoft, Inc., США) дастури ёрдами умулаштирилган. Статистик ҳаққонийлиги $P < 0,05$ ни ташкил этади. **Олинган маълумотлар таҳлили:** менопауза даврида қондаги эстроген миқдорининг камайиши, эстроген етишмовчилиги белгилари генитал соҳа тўқималари атрофияси ва урогенитал бузилишлар кузатилади. Эстроген камайиши қин тўқимаси пролефератив жараёнларнинг тормозланишига, бу эса қин шиллиқ қаватида эпителиал қаватларнинг сонини камайишига сабаб бўлади[6]. Эстрогенларни қўллаш ёрдамида менопаузадаги қин тўқималарининг атрофия белгилари: қичиш, қиндаги қуруқликни, маҳаллий яллиғланиш кабилар камаяди [3, 6].

Шу билан қаторда чаноқ соҳаси тўқималарнинг мустаҳкамлигини ошириш ҳисобига, кўп туғувчи, туғма чаноқ мускуллар сустлиги бор ва қин оператциялари ўтказган аёлларда яхши натижа беради. Шунинг учун чаноқ аъзолари пролапси бор аёлларда эстероген билан даволаш патогенетик даводир. Эстерогенлар билан даволаш қин муҳити яхшиланиши ҳисобига, қин ва сийдик йўли инфекциялари қайталаниши олдини олиш билан бирга қаторда, детрузор сустлиги билан боғлиқ сийдикни тута олмаслик касаллигини асосий давосидир. Эстероген таъсирида уретрада оптимал босим ҳосил бўлиб, бу сийдик йўли инфекцияларни юқорига тарқалишини олдини олади. Шу билан бир қаторда парауретрал без ва уретра шиллиқ қаватида иммуноглобулин ишлаб чиқаришини стимулайди [3].

Оператив даволарда қайталанишларга сабаб, тўқималар регенерациясининг секинлашувидир. Ўтказилган текширувлар шуни кўрсатдики, оператив даво самарадорлиги, асоратлар ва касалликни қайталаниши профилактикаси сифатида операциядан олдинги таёрлаш муҳим роль ўйнайди. Чунки чаноқ аъзолари пролапси билан касалланган аёлларнинг кўпчилиги кечки репродуктив ёки менопаузал ёшдаги аёллардир. Уларда тўқималарни эстерогенга бойитиш, оператив давонинг самарадорлигини бир неча бор оширади ва қайталанишни бир неча бор камайтиради.

Юқорида кўрсатилган сабаблар операциядан кейинги давр асоратли кечилар хавфини оширади. Биринчидан-инфекцион асоратлар бўлиши. Иккинчидан-гипоэстерогения натижасида тўқималарнинг суст регенерацияси. Шунинг учун эстероген етишмовчилиги билан боғлиқ чаноқ аъзолари пролапсида операциядан олдин, гормонга таъсирчан тўқималарни функциональ ҳолатини ва табиий биологик ҳимоя тўсиқларни тиклаш асосий вазифамиздир.

Чаноқ аъзолари пролапси бор постменопаузал ёшдаги аёлларда қинда ўтказиладиган операциядан олдин ва кейинги даврда маҳаллий эстриолнинг қўлланилишини самарадорлиги клиник текширувларда исботланган [8]. Утеровагинал пролапси бор, постменопаузал ёшдаги аёлларда қинда ўтказиш режалаштирилган операциялардан олдин 2 ҳафталик эстриол билан даволаш курсини ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Крем шаклидаги конъюгирланган эстрогенлар қўллашнинг хавфсизлиги, унинг қиндаги маҳаллий рецепторлар билан қисқа муддатга боғланишидир. Крем кўринишдаги конъюгирланган эстрогенов, сувда эрувчан бўлиб, бир граммада фаол бирикма - 0,625 мг конъюгирланган эстероген сақлайди.

Конъюгирланган эстрогена дори воситаларни пери ва постменопауза давридаги қин атрофик ўзгариши бор аёлларда ишлатилиши, нормал қин эпителийсини ва микрофлорасини тикланишига, шу билан бирга қин эпителийсини инфекция ва яллиғланишга қарши курашиш хусусиятини ошишига сабаб булади.

Текширув қамраб олган аёлларда: 24 (23,5%) тасида II даража пролапс, 45 (44,1%) тасида III даража; 33 (32,3%) тасида IV даража пролапс кузатилган. Клиник текширувда қатнашган беморларда чаноқ органлар пролапси ICS (POP-Q) класификацияси бўйича таснифланган. Шу билан бир қаторда беморда кўшни органлар функцияси бузилишлари кузатилиб, булардан: 69 (67,6%) тасида сийишнинг бузилиши бўлиб, асосан 59 (57,8%) да тез-тез сийиш, 10 (9,8%) тасида сийишнинг қийинлашуви кузатилган. 38 (37,2%) тасида эса қабзиятлар безовта қилган. Беморларнинг 61 (59,8%) тасида қўшимча касалликлардан (бириктирувчи тўқима дисплазияси), 72 (70,5%) тасида эса сурункали қорин бўшлиғи босимини ошишига олиб келувчи касалликлар аниқланган.

Конъюгирланган эстроген сақловчи крем қинга операциядан олдин 0,5 г – 2,0 г дан кунига 1 маҳал 5 – 7 кун, операциядан кейин 5 кун қўйилган.

Кузатувлар натижасида қуйидаги хулосаларга келинди:

1. Чаноқ аъзолари пролапси сабабли жаррохлик амалиётига қин деворини тайёрлашда маҳаллий конъюгирланган эстроген дори воситалар самарадорлиги юқори.

2. Конъюгирланган эстроген қин атрофияси билан боғлиқ барча белгилардан халос қилади.

3. Конъюгирланган эстроген билан даволаш фонида сийдик ажратиш билан боғлиқ бузилишлар анча яхшиланади.

Хулоса: хулоса ўрнида шуни айтиш жоизки, чаноқ аъзолар пролапси билан боғлиқ операциядан олдин эстероген сақловчи воситаларни қўллаш аъло даража самара беради. Комбинирланган терапия (хирургическое даво + гормонал препаратлар) даво самарадорлигини ошириш билан бир қаторда, урогенитал трактдаги эстероген етишмовчилиги билан боғлиқ бошқа белгиларни камайишига сабаб бўлади. Бу ўз навбатида аёлларнинг турмушда ва ижтимоий ҳаётда ўз ўрни тиклашга ёрдам беради.

Литература

1. Гутикова, Л.В. Дисплазия соединительной ткани в генезе пролапса гениталий: определение тактики ведения пациенток / Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: материалы Респ. науч.- практ. конф. с междунар. участием, посвященной 50-летию каф. акушерства и гинекологии УО «ГрГМУ» (20-21 октября 2011 года): ГрГМУ, 2011. - С. 42 - 44.
2. Гутикова, Л.В. Хирургическая коррекция пролапса гениталий / БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки: сб. науч. тр. - Минск: БГМУ, 2011. - Т.2. - С. 9-10.
3. Опыт применения синтетических материалов в хирургии генитального пролапса и стрессового недержания мочи / Е.Ю. Глухов, Е.Э. Плотко, Э.Л. Мамин, В.Н. Хаютин // Рос. вестн. акуш.-гин. - 2008. - С. 14 - 15.
4. Оптимизация предоперационной подготовки больных с пролапсом гениталии / Нечайкин А.С. // Бюллетень науки практики. -2017. -№12.
5. Применение системы Prolift при пролапсе тазовых органов / В.Ф. Беженарь, Л.К. Цуладзе, А.А. Цыпурдеева [и др.] // Рос. вестн. акуш. - гин. - 2008. - С. 7 -

6. Пушкарь, Д.Ю. Тазовые расстройства у женщин / Д.Ю. Пушкарь, Л.М. Гумин - М: Мед Пресс Информ. - 2014. - 254 с.
7. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи / С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Д. Петрова [и др.] // Рос. вестн. акуш. - гин. - 2015. - № 5. - С. 15 - 18.

Муаллифлар:

8. Назаров Б.Б. соискатель кафедры акушерство и гинекологии №2, БухМИ, телефон(93)9605225 email: nazaroff_bb@mail.ru

9. Nazarov B.B. - Applicant of the Bukhara state medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino Tel (93)9605225 email: nazaroff_bb@mail.ru

10. Nazarov B.B. - Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot institute, mustaqil izlanuvchi Tel (93)9605225 email: nazaroff_bb@mail.ru

УДК: 618.17-618.18 . 15.-089

ЖИНСИЙ ОРГАНЛАР ПРОЛАПСИ БИЛАН ОПЕРАЦИЯ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРНИ ЎТКАЗИШ ТАКТИКАСИ

Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ПРОЛАПСЕ ГЕНИТАЛИЙ

Назаров Б.Б. , Ниязметов Р.Э.

TACTICS OF CONDUCTING THE POSTOPERATIVE PERIOD WITH GENITAL PROLAPSE

Nazarov B.B., Niyazmatov R.E.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти, Тиббий ходимларни касбий малакасини ошириш маркази, Ўзбекистон

We performed a comparative analysis of the results of treatment of 102 patients with genital prolapse. The use of metostil and olazol contributed to an increase in the rate of tissue regeneration and improved the efficiency of surgical treatment of patients with prolapse of internal genital organs. The use of metostil reduced the duration of treatment by 1.6 ± 0.3 days, olazol by 1.8 ± 0.2 days.

Key words: genital Prolapse, metostyle, plastic surgery.

Нами проведен сравнительный анализ результатов лечения 102 больных пролапсом гениталий. Применение метостила способствовало повышению скорости регенерации ткани и улучшало показатели эффективности хирургического лечения больных пролапсом внутренних половых органов. Использование метостила позволило сократить сроки лечения на $1,6 \pm 0,3$ суток.

Ключевые слова: Проллапс гениталий, метостил, пластические хирургические операции.

Долзарблиги: Жинсий органлар пролапси- ҳозирги кунда нафақат климактерик ёшдаги аёллар, балки репродуктив ёшдаги аёллар учун ҳам долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Жинсий органлар пролапси кенг тарқалиши ва аёлларда яшаш сифатини ўзгартираётгани учун, охириги йилларда гинекология соҳасининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Жинсий органлар пролапси касалликларини хирургик давоси ва ундан кейинги даволаш тактикалардаги муаммолар, акушер-гинекологик съезд, конгресс ва конференцияларнинг асосий баҳз мунозаралардан биридир.

Агар хирургик соҳада бир неча хил турдаги чурралар фарқланса, гинекологияда жинсий органлар пролапси бу чаноқ соҳаси чурраси сифатида кўриш ўринлидир. Олдинги йилларда бу касаллик учун сабаб сифатида чаноқ соҳаси бириктирувчи тўқималар дисплазияси кўрсатилган бўлса, ҳозирги кунда сабаб ёхуд касалликка олиб келувчи омил сифатида туғруқдан кейинги оралиқ соҳаси травмалари, чаноқ органлари қон айланишининг бузилиши ва бачадон бойламларининг сустлиги эътироф этиляпти. Юқорида кўрсатилган омилларнинг барчаси чаноқ соҳасида трофик ва регенаратив жараёнларнинг сустлашуви, бу ўз навбатида эпителизациянинг тўлиқ бўлмаслиги, касалликнинг қайталаниши каби асоратларга олиб келади.

Биз операциядан сўнг комбинирланган(мультикомпонетли)дори воситаси: метостил-антибактериаль, яллиғланишга ва замбуруққа қарши хусусиятга эга, қин суппозиторийси ишлатилди. Битта қин суппозиторийси таркибида: 200 мг метронидазола, 160 мг клотримазола и 8 мг хлоргексидина бор. Бу дори воситаси антибактериаль ва қин шиллик каватининг регенерациясини стимуляция қилиш хусусиятга эга.

Мақсади: Жинсий органлар пролапси билан операция бўлган беморларда операциядан кейинги даврда метостил дори воситасининг эффективлиги ўрганиш.

Тақдимот услублари: Клиник текширувлар 2014-2016 йиллар мобайнида Тош ВМО И акушерство и гинекология кафедрасининг Тошкент шаҳар 2-сонли туғруқхонаси гинекология бўлими базасида ўтказилган. Клиник текширувларга 2014-2016 йилда чаноқ органлари пролапси билан қин орқали операция қилинган 39-67 ёш оралиғидаги 102 та беморларлар киритилган. Шулардан 28(27,4%)таси репродуктив, 33(32,3%) таси перименопаузал, 41(40,1%)таси постменопаузал давридаги аёллар. Касалликни даврийлиги 3 йилдан 16 йилгача. Барча беморлар операциядан олдин стандарт тиббий текширувлардан ўтказилган.

Клиник текширувлар натижаси ва таҳлили: Клиник текширувда қатнашган беморларда чаноқ органлар пролапси ICS (POP-Q) класификацияси бўйича таснифланган. Беморлар нозологик жиҳатдан: чаноқ органлар пролапси 2 стадиясида-24(23,5%) та; III стадиясида- 45 (44,1%) та; IV стадиясида - 33 (32,3%) та бўлинган. Шу билан бир каторда беморда қўшни органлар функцияси бузилишлари кузатилиб, булардан: 69 (67,6%) тасида сийишнинг бузилиши бўлиб, асосан 59 (57,8%) да тез-тез сийиш, 10 (9,8%) тасида сийишнинг қийинлашуви кузатилган. 38 (37,2%) тасида эса қабзиятлар безовта қилган. Беморларнинг 61 (59,8%) тасида қўшимча касалликлардан(бириктирувчи тўқима дисплазияси), 72 (70,5%) тасида эса сурункали қорин бўшлиғи босимини ошишига олиб келувчи касалликлар аниқланган.

Ҳар бир беморга ёши, гинекологик ва экстрагенитал касалликларидан келиб чиққан ҳолда индивидуал операциядан олдинги, хирургик даво ва операциядан кейинги давр учун махсус даво муолажалари тузиб чиқилди.

Барча 102 (100%) та беморга олдинги-орка кольпорафия, перинеолеваторопластика билан операцияси амалга оширилган. Шулардан 42 (41,1%) тасида бачадон бўйни ампутацияси, 26 (25,4%) вентрофиксация, 8 (7,8%) тасида қин оркали бачадон экстерпацияси амалиётлари билан бирга амалга оширилган.

Операциядан кейинги даврда қўлланилган даво усулларига қараб, беморлар 3 гуруҳга бўлинган.

Биринчи гуруҳга операциядан кейинги даврда қиндаги чоклар кунига 1 маҳал антисептик восита билан ювилган 32 (31,3%) та бемор киритилди.

Иккинчи гуруҳга 5 кун давомида операциядан сўнг қинга метостил суппозиторийси 1 маҳал кўйилган 36 (35,2%) та бемор киритилди.

Учинчи гуруҳга 7 кун давомида операциядан сўнг қинга метостил суппозиторийси 1 маҳал кўйилган 34 (33,3%) та бемор киритилди.

Даво муолажаларининг самарадорлиги: беморнинг шифохонада бўлиш кунлари давомийлиги, қинда операциядан кейинги чокларнинг битиш тезлиги, қинда қичиш, қизариш, қуйишиш, оғрик, қин ажралмаларнинг бор ёки йўқлиги каби субъектив ва объектив шикоятлар асосида белгиланди.

Таҳлиллар асосида шуни айтиш жоизки, операция соҳасидаги оғриқлар барча гуруҳларда биринчи 2 кунда сақланган бўлиб, қуйишиш ва қичиш безовта қилмаган. Гинекологик кўрувда асосида операцион соҳасидаги тўқималарнинг регенерацияси жадаллиги, шишлар ва қизаришларнинг бўлмаслиги, метостил ишлатилган гуруҳда яққол кўринган.

Метостил суппозиторийларини кунига 1 маҳал 7 кун давомида ишлатган гуруҳда қиндан қонча аралаш шиллиқнинг келиши $4,12 \pm 0,16$ кунда ($p < 0,05$), иккинчи гуруҳда $4,47 \pm 0,65$ кунда ($p < 0,05$) и биринчи гуруҳда $8,34 \pm 0,84$ кунда ($p < 0,05$) тўхтаган.

Даволаниш динамикаси сифатида маҳаллий яллиғланиш белгилари бўлган шиш, операция соҳаси гиперемияси олинган. Кузатувлар операциядан сўнг метостил ва левамиколь ишлатган беморлар гуруҳида яхши натижа бергани кузатилди. Антисептик воситалар ишлатилган гуруҳдаги 9 та(28,1%) беморда маҳаллий шиш ва операцион соҳа гиперемияси кузатилган бўлиб, яллиғланиш белгилари $4,58 \pm 0,37$ ($p < 0,05$) кунгача сақланган. Бу ҳолатлар метостил ва левамиколь ишлатилган беморларда умуман кузатилмаган.

Барча беморларда операцион жароҳат бирламчи битган. Шифохонада даволаниши биринчи гуруҳда $7,21 \pm 0,27$ кунни, метостил ишлатилган беморлар - $6,23 \pm 0,18$ кун ташкил этган бўлса, метостил ва левамиколь ишлатилган гуруҳда эса $-5,32 \pm 0,17$ кунни ташкил қилган.

Хулоса: Кузатувлар натижасида олинган маълумотларга таянган ҳолда шуни айтиш мумкинки, жинсий органлар пролапси даволашда қин орқали қилинадиган операциялардан сўнг метостилни ишлатилиши, қин тўқималар регенерациясини тезлаштирган ҳолда, оператив давонинг эффективлигини оширади. Бу ўз навбатида беморларнинг даволаниш кунини $1,6 \pm 0,18$ гача қисқаришига олиб келади.

Адабиётлар

1. Вдовин С.В., Селихова М.С., Филина Е.В. и др. Оптимизация ведения послеоперационного ведения у пациенток после пластических операций в гинекологии // Акушерство и гинекология. - 2012. - №4-1. - С. 79-82.
2. Гаспарян С.А., Афанасова Е.П., Стариченко Л.В. Сетчатые эндопротезы в реконструкции тазового дна при пролапсе гениталий // Амбулаторно-поликлиническая практика - новые горизонты. - М., 2010. - С. 75-76.
3. Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., Жданова М.С. Оптимизация методов лечения, направленных на улучшение процессов коллагенообразования у женщин с дисплазией соединительной ткани // Вестник РУДН. Серия: «Медицина. Акушерство и гинекология». - 2009. - № 5. - С. 76-81.
4. Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Харлова О.Г. и др. Лапароскопическая сакрокольпопексия как операция выбора при пролапсах гениталий // Амбулаторно-поликлиническая практика - новые горизонты. - М., 2010. - С. 211-212.
5. Радзинский В.Е., Петрова В.Д., Хамошина М.Б. и др. Оптимизация заживления раны после пластических хирургических операций // Акушерство и гинекология. - 2011. - №1. - С. 89-94.
6. Ниязметов Р.Э. и др. «Роль конъюгированных эстрогенов предоперационной подготовки в гинекологической практике // Научно-Практическая Конференция "Grand Mir Hotel" г.Ташкент. 2015
7. "Strengthen international exchange and cooperation and to promote innovation and development of minimally invasive surgery" // Международная научно-практическая. Китай. Урумчи. 2013

ЖИНСИЙ ОРГАНЛАР ПРОЛАПСИ БИЛАН ОПЕРАЦИЯ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРНИ ЎТКАЗИШ ТАКТИКАСИ

Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э.

Jinsiy prolapsusli 102 bemorni davolash natijalarini qiyosiy tahlil qildik. Metostil va olazolardan foydalanish

to'qimalarning yangilanish tezligi oshishiga va ichki genital organlarning prolapsusi bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik davolash samaradorligini oshirishga yordam berdi. Metastilni qo'llash davolash davomiyligini $1,6 \pm 0,3$ kungacha, olazol $1,8 \pm 0,2$ kunga qisqartirdi.

Kalit so'zlar: genital prolaps, metastil, plastik jarrohlik operatsiyalari.

ХИМИОТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ

Пахомов Г.Л., Рихсиев З., Ортиков Ж.Б., Абборхонов А.А.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Эхинококкоз – паразитарное заболевание, вызванное ленточными червями, которые при попадании в организм человека вызывают поражение разных органов, в том числе и легких. Эхинококкоз легких делят на две формы – **гидатидозную** и **альвеолярную**.

Возбудителем гидатидозного эхинококкоза является ленточный червь *Echinococcus granulosus*, паразитирующий в кишечнике животных, в том числе собак. В организм человека паразит попадает алиментарным путем. При попадании в желудочно-кишечный тракт человека из яиц паразита высвобождаются эмбрионы, которые через стенки кишечника попадают в кровеносные сосуды, с током крови в печень, а потом в легкие (не исключено поражение костей и головного мозга). В печени и в легких эмбрионы паразита развиваются в личинки, которые образуют **эхинококковые кисты**, состоящие из тонкой хитиновой оболочки. В легких вокруг хитиновой оболочки формируется фиброзная капсула. Эхинококковые кисты бывают одиночными и множественными (как правило, не больше 5)

Эхинококковая болезнь - тяжелое паразитарное заболевание человека, которое поражает, практически, все органы и ткани, в том числе и легкие. Трудности ранней диагностики, тяжесть и своеобразие клинического течения, многообразие хирургических приемов делают эту патологию актуальной. Эхинококкоз имеет склонность к повторному и даже многократному развитию эхинококковых кист после их радикального удаления.

Рецидив этого заболевания не имеет тенденции к уменьшению и встречается, что обращает на себя особое внимание, в очень большом диапазоне от 4 до 52% оперированных больных. Поэтому, вопросы повторной обращаемости оперированных пациентов по поводу резидуальных и рецидивных форм эхинококкоза легких и других органов среди хирургических аспектов этой проблемы стоят наиболее остро.

Материалы и методы: В РСЦХ им. акад. В. Вахидова в отделении хирургии легких и средостения с 2011 по 2021 гг. оперированы 157 больных с различными формами рецидивного эхинококкоза легких и средостения, плевральной и брюшной полости, из них с первичным рецидивом – 63,2%(99), вторичным рецидивом – 20,8%(31), третичным рецидивом – 10,4%(16), и 5,8%(9) больных оперированы 4 и более раз.

У 157 больных выполнено 178 оперативных вмешательств. Основную группу исследования составили 66 больных, повторно оперированных по поводу рецидивного эхинококкоза, с последующей химиопрофилактикой. Среди больных с рецидивным эхинококкозом мужчин было 50,4%, женщин – 49,6%. Возраст больных колебался от 5 лет до 78 года, составляя в среднем $31,1 \pm 12,8$ лет.

До поступления в РСЦХ 59,2% больных первично и повторно оперированы в других лечебных учреждениях республики, 32% больных ранее первично оперированы в РСЦХ, 8,8% больных с повторными рецидивами оперированы как в других хирургических стационарах, так и у нас.

Результаты: Профилактическая химиотерапия использована у 42 больных в полноценном объеме. Рецидивы в данной группе отмечены у 2 (2,7%) больных. Вторую группу, не получавшую профилактическую химиотерапию, составили 83 больных. Рецидивы в данной группе отмечены у 44 (65%) больных. В остальных случаях после проведенного курса профилактической химиотерапии в сроки наблюдения от 1 года до 8 лет рецидива заболевания не отмечено.

Обсуждение: Химиотерапия при эхинококкозе зависит от осложнений и множественности поражения:

- Неосложненные кисты - 1 курс
- Осложненные прорывом в бронх или плевральную полость кисты – 3 курса
- Множественный диссеминированный эхинококкоз - 3 и более курсов

Критерии оценки результатов профилактической химиотерапии:

Успешное лечение – отсутствие рецидивов заболевания;

Благоприятный эффект – заметное уменьшение размера кист или исчезновение некоторых из них при множественных поражениях;

Безуспешное лечение – рецидив заболевания, дальнейший рост кист.

В послеоперационном периоде немаловажную роль играли контрольные амбулаторно-поликлинические осмотры. При этом производилась полипозиционная рентгеноскопия грудной клетки, прямая и боковая рентгенография грудной клетки, УЗИ печени, других органов брюшной полости и малого таза. Регулярные (1 раз в 3 месяца в течение 1 года) контрольные исследования позволяли выявлять эхинококкоз в случаях ранних рецидивов.

Выводы

1. Частота рецидивного эхинококкоза составляет 10,4% (по литературным данным 4-28 %).
2. Применение профилактической химиотерапии достоверно снижает риск развития рецидива эхинококкоза, тем самым, спасая больного от повторных многократных операций и возможных осложнений.
3. Всем больным с эхинококкозом легких, а в особенности при осложненных формах, множественных сочетанных поражениях, рекомендуется профилактическая химиотерапия в дозировке 10-12 мг/кг.

ОПТИМИЗИРОВАННАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Пахомов Г.Л., Худайбергенов Ш.Н., Аброрхонов А.А., Ортиков Ж.Б.

OPTIMIZED TACTICS OF TREATMENT OF THE PATIENTS WITH NON-SPECIFIC SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

Pahomov G.L., Hundaybergenov Sh.N., Abrorkhonov A.A., Ortikov J.B.

Республиканский специализированный центр хирургии имени акад. В.Вахидова, г.Ташкент, Узбекистан

Цель: Разработать оптимизированную тактику лечения пациентов с неспецифическим спонтанным пневмотораксом (ПНП).

Материал и методы исследований: В отделении хирургии легких и средостения наблюдалось 417 пациентов с неспецифическим спонтанным пневмотораксом (НСП), из них мужчин было - 357 (85,61%), женщин - 60 (14,39%) за период с 2003 по январь 2020 г. Возраст больных варьировал от 15 до 74 лет (средний возраст - $34,6 \pm 1,3$ лет). У 360 (86,33%) больных пневмоторакс был первичным, у 57 (13,66%) наблюдался рецидив заболевания. В общей сложности количество обращений по поводу НСП было 467. Правосторонний пневмоторакс наблюдался у 288 (61,8%) пациентов, левосторонний у 172 (36,9%) и двусторонний - у 6 (1,28%).

Необходимо отметить, что в основном больные с НСП обращались за помощью в 1 - 3 сутки - 245 (58,75%).

Тотальный коллапс легкого отмечен в 199 (42,61%) случаях, субтотальный - в 173 (37,04%), частичный пневмоторакс - в 95 (20,34%) случаях. Гидропневмоторакс наблюдался в 140 (30,04%) случаях, в 6 из них он осложнился эмпиемой плевры с бронхиальным свищем, что вызвало необходимость длительной предоперационной подготовки. У каждого третьего больного отмечалось смещение средостения в противоположную сторону.

Выполненная торакоскопия у 192 наших пациентов дала возможность в 159 (82,81%) случаях визуализировать буллы. Одновременно, с целью создания плевродеза через торакоскоп вводились лекарственные препараты: тетрацилин, 2% раствор йода. Комплексный подход в диагностике буллезной болезни дополняет внедрение компьютерной томографии (КТ), которая широко используется в нашем отделении с 1998 г.

Результаты исследования и их обсуждение. При неосложненном НСП лечение необходимо начинать с плевральных пункций для эвакуации воздуха, которые иногда повторяют многократно. При неэффективности пункционной терапии или при наличии напряженного пневмоторакса производили торакоцентез по Бюллау с активной аспирацией. Эффект от однократной плевральной пункции нами был отмечен в 66 случаях, а в 63 - для ликвидации спонтанного пневмоторакса понадобились многократные пункции. У 192 пациентов мы производили торакоскопию с последующим дренированием плевральной полости по Бюллау.

Оперативное вмешательство по поводу НСП выполнено в 70 случаях. Иссечение и ушивание булл после традиционного торакотомического доступа выполнено в 23 случаях. После достижения стойкой герметичности легочной ткани выполняли плевродез, применялись различные раздражающие плевру препараты (2% настойка йода, иодопирон, тетрацилин и т. д.). Краевая или атипичная резекция выполнена у 4 больных, которым было диагностировано локальное поражение легочной ткани в виде буллезной эмфиземы легких, завершающим этапом оперативного вмешательства во всех случаях применен химический плевродез. Определенную сложность представляет категория больных, которые поступали в отделение хирургии легких и средостения после длительного наступления НСП и находились по разным причинам с недорасправленным легким в других медицинских учреждениях. В связи с возникшими осложнениями длительно не расправленного легкого в виде эмпиемы и базального фибротракса данной группе пациентов проводилась длительная предоперационная подготовка с проведением общеукрепляющего лечения, санации плевральной полости. Выполнено 5 операций, из которых в двух случаях произведена плеврэктомия и декорткация, а в трех - декорткация с ушиванием дефектов легочной ткани.

В 38 случаях выполнены операции с использованием видеоторакоскопической техники. Из них в 8 случаях произведена лазерная "вапоризация" буллезных участков легочной ткани с применением YAG - лазерной установки "ММВ Меди лаз 4060 Н" (ФРГ), оперативное вмешательство завершено лазерным плевродезом, в 30 - производили электротермокоагуляцию булл с последующим плевродезом париетальной и висцеральной плевры по общепринятой методике.

Течение послеоперационного периода сопровождалось осложнениями в 11 случаях. Причем наиболее частыми послеоперационными осложнениями были эмпиема плевры без свища - 4, с бронхоплевроторакальным свищем - 1, нагноение операционной раны - 2, в двух случаях отмечена послеоперационная пневмония. Общая летальность составила 0,3%, а послеоперационная - 1,8%, причиной которой явилось двустороннее тотальное буллезное поражение легких с развитием легочно-сердечной недостаточности.

Выводы:

1. При буллезной болезни легких, осложненной НСП целесообразно придерживаться активно-выжидательной тактики. Лечение начинают с плевральных пункций. При неэффективности показана лечебно-диагностическая торакоскопия с последующим дренированием.
2. При среднем и тяжелом общем состоянии больного лечебные мероприятия целесообразно начинать с торакоскопического исследования плевральной полости с последующим дренированием, либо сразу производить дренирование плевральной полости.
3. Всем больным после расправления легкого показано КТ, так как это дает возможность определения дальнейшей тактики в случае рецидива у каждого конкретного больного.
4. При неэффективности малых хирургических методов показано оперативное лечение, при этом операциями выбора следует считать видеоторакоскопические операции.
5. При сравнении способов лечения буллезной болезни установлено, что традиционные способы с торакотомией неадекватно завышают степень риска операции и сопровождаются рядом осложнений.
6. Использование видеоторакопии позволяет провести детальную диагностику состояния пораженного легкого (визуальная верификация булл, наличие их перфорации, распространенность процесса) и плевральной полости (характер выпота и выраженность спаечного процесса), снижает травматичность вмешательства, уменьшает вероятность развития внутрилегочных послеоперационных осложнений, сводит на нет характерные для торакотомии осложнения
7. Сочетанное применение лазерных технологий (ВИЛИ и НИЛИ) при видео-торакоскопических операциях позволяет провести адекватную вапоризацию булл, плевродез со стойким адгезивным эффектом, Эта технология является оптимальным методом лечения буллезной болезни легких, осложненных НСП, позволяющим уменьшить число осложнений, предупредить рецидивы и ускорить послеоперационную реабилитацию больных. Больным с распространенным двусторонним буллезным процессом легочной ткани оперативное лечение не показано, и в случае рецидива НСП необходимо применять паллиативные методы малой хирургии.

Литература:

1. Бадуров Б. Ш. Хирургическая тактика при спонтанном пневмотораксе - Акт. воп. специализ. мед. помощи -М.: Воениздат, - 1988, - с. 41-43
2. Бабичев С. И., Плаксин Л. Н., Брюнин В. Г. // Диагностика и лечение спонтанного пневмоторакса - "Хирургия", 1989, - 12, с. 3-7
3. Бисенков Л.Н., Гриднев А.В., Лищенко В.В. и др. Лечение спонтанного пневмоторакса. Клиническая медицина и патофизиология 1996г. -1, -с 19-23.
4. Булынин В.И., Редькин А.Н., Левтеев В.Е., Новомлинский В.В. Торакоскопические вмешательства при спонтанного пневмотораксе. Хирургия -1999, -4, -с50-51.
5. Потапенко М. А., Шипулин П. П. // Эндоскопическая лазерная коагуляция легкого при лечении спонтанного и травматического пневмоторакса - "Клиническая хирургия", - 1989, - 10, -с. 57-58
6. Schnell J, Koryllos A, Lopez-Pastorini A, Lefering R, Stoelben E. Spontaneous Pneumothorax. Dtsch Arztebl Int. 2017 Nov 3;114(44):739-744. doi: 10.3238/arztebl.2017.0739. PMID: 29169430; PMCID: PMC5719231.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Рахматалиев С.Х.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с вертебробазилярной недостаточностью.

Материал и методы: Клинический материал нашего исследования состоит из данных обследования и хирургического лечения 48 пациентов с вертебробазилярной недостаточностью, вызванных патологией внечерепных артерий. Все обследованные пациенты были разделены на три группы в зависимости от патологии позвоночных и ключичных артерий: I группа - 25 пациентов с вертебробазилярной недостаточностью и атеросклерозом сонных артерий, II группа - 13 пациентов с коморбидной патологией, которые на основании предложенного нами диагностического и лечебно-прогностического алгоритма будут подвергнуты поэтапному или симультанному оперативному вмешательству, III группа - 10 пациентов с коморбидной патологией, находившиеся на стационарном лечении, которым применены стандартные диагностические и лечебно-прогностические методы.

Неврологический статус исследуется по классической методике. Основным критерием отбора пациентов для исследования был подарок вертебробазилярной недостаточности. Во время наблюдений использовались транскраниальная доплерография (n = 48), транскраниальная ангиография (n = 40), магнитно-резонансная томография мозга (n = 18) и шейная часть позвоночника (n = 10).

Результаты исследования. Среди пациентов были трудоспособные (72,1%) и женщины (56,4%). В группе пациентов с атеросклеротическим поражением внечерепных артерий, сопровождающихся вертебробазилярной недостаточностью, основными вариантами артериального поражения были внутренний стеноз внутренней сонной артерии (82%) и односторонний значительный стеноз позвоночной артерии (20,3%), двусторонний средний (14,5%), или значительный (80,5%) стеноз внутренней сонной артерии были редкими. Среди патологической деформации артерий большое значение для формирования вертебробазилярной недостаточности имели внутренние каротидные (44,4%) и позвоночные артерии (33,3%). Преобладающей формой церебральной ишемии у пациентов с вертебробазилярной недостаточностью был ишемический инсульт в вертебробазилярной (17,1%) и каротидной (42,1%) системе. Болезнь высокого уровня заболеваемости ишемическим инсультом отмечена среди мужчин ($p < 0,05$). У пациентов с вертебробазилярной недостаточностью при стенотических поражениях экстракраниальных артерий выявлены факторы риска развития инсульта: комбинации артериальной гипертензии и атеросклероза мозговых артерий - 67,6%, курение - 64,9% ($p < 0,05$), гиперлипидемия - 48,6% и скомпрометирована история атеросклероза - 48,6%. У пациентов без стенотических поражений внечерепных артерий наряду с комбинациями атеросклероза артерий головного мозга и артериальной гипертензии (38,5%), сердечными заболеваниями (33,3%), гиподинамией (30,8%), скомпрометированным атеросклерозом и артериальной гипертензией (25,6%) и гиперлипидемии (25,6%). Стенотические поражения внечерепных артерий приводят к вертебробазилярной недостаточности. Все пациенты были оперированы и проводилась реконструкция различной формы, наибольшее количество восстановительных операций выполнялось у пациентов с атеросклерозом. Чаще всего выполнялась реплантация ключичной артерии в сонной артерии.

Выводы. Многообразие патогенетических факторов, обуславливающих сочетанные и комбинированные нарушения кровообращения в вертебробазилярном сосудистом бассейне, диктует необходимость комплексной (одномоментной или поэтапной) коррекции кровообращения как в позвоночных, так и в сонных артериях.

УДК: 616.342-002-085

ПРИЧИНЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ У ДЕВУШЕК В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Рашидова Ш.А.

ЎСМИР ҚИЗЛАР ТУХУМДОНЛАРИДА ПАЙДО БЎЛАДИГАН ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ

Рашидова Ш.А.

CAUSES OF BENIGN OVARIAN NEOPLASMS OCCURRING IN ADOLESCENT GIRLS

Rashidova S. A.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Киста яичника у девочек диагностируется преимущественно в период от 12 до 15 лет и это, чаще всего, фолликулярные кисты и кисты желтого тела. Они образуются из-за особенностей гормональных процессов в этом возрасте, которые протекают достаточно бурно. Кисты желтого тела возникают после произошедшей овуляции в результате накопления жидкости внутри желтого тела яичника. В подростковом периоде у девушек появляются проблемы со здоровьем, в частности с половой системой. Этот период можно назвать достаточно опасным, так как из-за несвоевременного диагностирования и лечения заболеваний, в особенности воспалений в области малого таза, может привести к плохим последствиям, таким как киста яичников. Они образуются из-за особенностей гормональных процессов в этом возрасте, которые протекают достаточно бурно.

Ключевые слова. Киста, фолликулярная киста, желтое тело, гормональные нарушения, яичники, менструальный период, фолликула, гормоны.

Введение

В яичнике могут возникать различные процессы, приводящие к увеличению его объема, – как абсолютно безвредные, так и опасные для жизни. Наиболее часто встречаются кисты яичников – доброкачественные образования, представляющие собой скопление жидкости, окруженное оболочкой.

Киста яичника (от греч. – мешок, пузырь) – это образование в виде пузыря с жидкостью или полужидким содержимым, возникающее в структуре яичника и увеличивающее его объем в несколько раз. В механизме развития кист могут играть роль гормональные нарушения.

Фолликулярная киста это ретенционное образование, которое формируется в результате вследствие скопления фолликулярной жидкости в фолликуле. Фолликулярные кисты возникают в результате отсутствия овуляции и дальнейшего роста неразорвавшегося фолликула. Они не превышают 7-8 см в диаметре, представлена округлым, однокамерным, тонкостенным кистозным образованием с прозрачным содержи-

мым, лимонно-желтого цвета. Она сохраняется на протяжении нескольких менструальных циклов и самостоятельно вскрываются без серьезных последствий. Если разрыв фолликула во время овуляции не происходит и он не атрезируется, то при наполнении жидкостью в результате выпота из кровеносного русла и секреции фолликулярных клеток, образуется киста. Основной причиной считается отсутствие овуляции. В свою очередь, отсутствие овуляции, чаще всего, связано с гормональными нарушениями. Дисбаланс гормонов проявляется в виде гиперэстрогении, повышения уровня фолликулстимулирующего и недостатке лютеинизирующего гормона. Фолликулярные кисты могут возникать на любом этапе развития фолликулы, но чаще на фоне преовуляторного фолликула.

Кисты желтого тела возникают после произошедшей овуляции в результате накопления жидкости внутри желтого тела яичника. Кисты желтого тела также имеют небольшие размеры, но более толстую стенку, чем фолликулярные. Они могут содержать как прозрачную желтую жидкость, так и кровь. Кисты желтого тела могут существовать в течение нескольких менструальных циклов, после чего самостоятельно рассасываются. Кисты желтого тела иногда разрываются с кровотечением в брюшную полость, что может потребовать хирургического вмешательства.

Формирование кисты жёлтого тела начинается сразу после овуляции. Под действием гормона гипофиза ЛГ (лютеинизирующий гормон) в яичнике формируется «жёлтое тело», временная железа, продуцирующая гормон прогестерон. Он, в свою очередь, необходим для поддержания беременности, если она наступит.

Вот на этом этапе и происходит нечто, что приводит к формированию кисты. Это могут быть как внешние факторы, такие как стресс, чрезмерные нагрузки, перегревание, переохлаждение, так и внутренние: воспаления, нарушение работы гормональной системы и другие состояния.

Нарушение правильного формирования жёлтого тела приводит к накоплению в нём жидкости и формированию кисты. В ряде случаев, рост кисты и растяжение её стенок приводит к разрыву сосудов и кровоизлиянию в кисту.

Нередко в яичниках у девушек образуются фолликулярные кисты 82,6 %, реже кисты желтого тела (17,4%).

Вывод

Причин возникновения различных новообразований в организме очень много. Этому могут способствовать различные факторы, в особенности неправильный образ жизни. Киста яичника у девушек подросткового возраста образуются из-за гормонального сбоя, к которому могут привести такие факторы как патология щитовидной железы, лишний вес, раннее менархе, прием гормональных препаратов, стрессы, повышенные физические нагрузки, а также переохлаждение и различные инфекции. Любой из этих факторов может вызвать гормональный сбой и в результате этого созревшая яйцеклетка не может выйти из фолликула и начинается процесс формирования различных доброкачественных новообразований.

Литература

1. Детская и подростковая гинекология. Руководство для врачей, Уварова Е.В. 2009 г. Издательство: Литтерра.
2. Акушерство и гинекология: диагностика и лечение. Учебное пособие. В 2-х томах. ДеЧерни А.Х., Натан Л. 2009 г. Издательство: МЕДпресс-информ
3. Практическая гинекология: Руководство для врачей / В.К. Лихачев. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007 - 664 с: ил.
4. <http://pubmed.com>
5. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428337.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ОАА В СОСТОЯНИИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕМИИ.

Рузиева Н.Х., Эргашова М.Ш.

Ташкентский медицинский педиатрический институт

Статья посвящена вопросам изучению возможностей профилактики преждевременных родов при гипергомоцистеинемии. Приводимый анализ представляет большой интерес и имеет практическое, социальное и экономическое значение для практикующих врачей акушер-гинекологов.

Ключевые слова: *преждевременные роды, гипергомоцистеинемия, ОАА.*

The article is devoted to the study of the possibilities of preventing preterm labor with hyperhomocysteinemia. The analysis presented is of great interest and has practical, social and economic significance for practicing obstetricians-gynecologists.

Цель исследования. Изучить возможность профилактики преждевременных родов при гипергомоцистеинемии.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами было обследовано 36 повторно беременных с ОАА, у которых беременность протекала на фоне гипергомоцистеинемии. Критериями отбора пациентов для проведения данного исследования явились повторно беременные ОАА. К факторам ОАА: привычное невынашивание, хронический эндометрит, кольпит, хронические очаги инфекции и другие.

Все наблюдавшиеся беременные разделены на 2 группы: группу сравнения составили 18 беременных, получавших базовое лечение (дюфастон 10 мг 2 раза, Магне-В6 2т - 3 раза внутрь 20 дней), основную группу - 18 беременных, получавших дополнительно рекомендованную нами терапию (метфолин в составе Элевит).

Гемостазиологическое исследование включали следующие тесты: определение общего L-гомоцистеина в плазме методом конкурентного иммуноферментного анализа с помощью набора фирмы «HUMAN», определение концентрации фибриногена по методу Clauss; активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ). Оценка тромбоцитарного звена гемостаза осуществлялась с помощью изучения агрегационной активности тромбоцитов (гемолизатагрегационный тест).

Результаты исследования. При анализе течения беременности выяснилось, что, начиная с I триместра беременности отмечались различные осложнения. У 11 (61,1%) женщин из группы сравнения был диагностирован угрожающий самопроизвольный аборт ($p \leq 0,001$), и в 2 (11,1%) случаях - начавшийся самопроизвольный аборт. У 1 (5,6%) женщины произошла частичная непрогрессирующая отслойка хориона, тем не менее, беременность была сохранена и пролонгирована. У беременных с риском преждевременных родов из основной группы женщин в 14 (53,6%) случаях выявлена угроза самопроизвольного аборта, и у 4 (17,9%) женщин отмечена частичная отслойка хориона. При оценке течения второго триместра беременности выяснилось, что у женщин из основной группы вдвое снизилась частота угрожающего самопроизвольного прерывания - 10 (35,7%) случаев. Данный факт может быть объяснен, во-первых, своевременной диагностикой основной причины невынашивания беременности для женщин основной группы - гипергомоцистеинемии, во-вторых, проведением полноценной терапии данного состояния.

В III триместре беременности у женщин из группы сравнения выявлено наиболее осложнённое течение: у 7 (35%) женщин произошли преждевременные роды на $32,7 \pm 1,69$ неделе; у 7 (35%) - преэклампсия, из них 4 (20%) - родоразрешены досрочно вследствие неэффективности проводимого лечения; у всех женщин выявлены признаки хронической плацентарной недостаточности (хроническая внутриутробная гипоксия плода; нарушение гемодинамики, ЗМППК; маловодие, ЗВУР); у 2 (10%) - прогрессировала преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

В основной группе преждевременных родов, преждевременные роды произошли у 3 (10,7%), в том числе из них у 2-х беременных диагностирована тяжелая преэклампсия, потребовавшая досрочного родоразрешения. Хроническая плацентарная недостаточность выявлена у большинства женщин. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (непрогрессирующая) произошла у 2 (7,1%) женщин, что не имело статистически значимого веса, однако заставляло предполагать, какие причины лежали в основе ПОНРП, преэклампсии и хронической плацентарной недостаточности.

В условиях гипергомоцистеинемии происходит снижение биосинтеза простаглицина в маточном и плодово-плацентарном кровотоке, что сопровождается спазмом сосудов в этом регионе и «отграничением» материнского кровотока от плодового [11]. Поскольку простаглицин обладает высокой антиагрегационной активностью и физиологически защищает сосуды от формирования тромбов, влияние гипергомоцистеинемии на изменение его уровня является негативным, вызывая нарушения в тромбоцитарном звене гемостаза, которые выражаются в адгезии и агрегации тромбоцитов.

Установлено, что у беременных с риском преждевременных родов в сроке гестации 32-36 недель наблюдается достоверное повышение уровня гомотеина в крови - $11,48 \pm 0,89$ мкмоль/л по отношению к данным беременных с физиологическим течением - $4,61 \pm 0,32$ мкмоль/л ($p < 0,05$).

Таким образом, оценка уровня гомотеина у беременных с преждевременными родами позволяет использовать данный показатель, с одной стороны, как маркер эндотелиальной дисфункции, а с другой стороны, как прогностический показатель развития недонашивания. Для подтверждения данной версии мы изучили особенности показателей системы гемостаза у беременных с ОАА.

Исследования системы гемостаза, проведённые у беременных с преждевременными родами, показали, что в группе сравнения имеет место достоверное укорочение АВР (в 1,07 раза) по сравнению с основной группой ($p < 0,05$), увеличение ПТИ на 14,3% ($p < 0,05$).

Гиперагрегация тромбоцитов встречалась в основной группе у $32,2 \pm 6,7\%$ беременных. У беременных из группы сравнения гиперагрегация тромбоцитов встречалась только в $44,8 \pm 5,2\%$ случаях. При изучении гемостазиограмм у пациенток были выявлены гиперагрегация и активация внутрисосудистого свертывания, которые выявлялись в 19,0 % в основной группе и в 45% случаев в группе сравнения соответственно.

Таким образом, у женщин с ОАА, получивших базовую терапию, беременность протекает на фоне умеренной гиперкоагуляции в плазменном звене гемостаза, более выраженной, чем при физиологически протекающей беременности.

Таким образом, исследования системы гемостаза у беременных с риском преждевременных родов, ассоциированным с гипергомоцистеинемией, показывают изменения фибринолитического потенциала крови и свидетельствуют о необходимости проведения соответствующей превентивной терапии в этой группе.

Представляет интерес с диагностической ценностью определение гомотеина в крови беременных с целью прогнозирования и профилактики преждевременных родов. У тех беременных, у которых в последующем произошли преждевременные роды, уровень гомотеина был достоверно выше и составил $11,48 \pm 0,89$ мкмоль/л. При указанных показателях гомотеина чувствительность, специфичность и по-

ложительная прогностичность преждевременных родов у беременных были: 57,14%, 95,69% и 61,54% соответственно. Что даёт возможность профилактики преждевременных родов у беременных с ОАА. В нашем исследовании в группе сравнения, доносили беременность до срока 37 недель 13 (65%) беременных, преждевременные роды произошли в 26-28 недель у 2-х (10%), и в 33-35 недель у 5 (25%). В основной группе доносили беременность до срока 37 недель 25 (89,3%) беременных, преждевременные роды произошли в 26-28 недель у 1 (3,5%), и в 33-35 недель у 2-х (7,2%), т.е. доношивания беременности увеличилось в 1,4 раза.

Выводы. Установлено, что определение уровня гомоцистеина у беременных с ОАА позволяет его использовать как маркер эндотелиальной дисфункции, а также как предиктор невынашивания. Повышение содержания гомоцистеина в крови выше 11,48 мкмоль/л ассоциируется с развитием преждевременных родов.

Беременным с ОАА группы высокого риска преждевременных родов и с гипергомоцистеинемией рекомендуется базовую терапию (дюфастон 10 мг 2 раза до 16 недели, Элевит пронаталь + метфолин).

Литература

1. Белобородова Е.В., Баймурадова С., Макацария, А.Д. Гипергомоцистеинемия и осложнения беременности // - Москва. Триада-Х, 2005. -220 с.
2. Белобородова Е.В., Бицадзе В.О., Баймурадова С.М. Гипергомоцистеинемия и осложненное течение беременности // Регулярные выпуски «РМЖ» №0 от 14.09.2006 стр. 44-48, https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Gipergomocistinemiya_i_oslozhnennoe_techenie_beremennosti/
3. Белобородова Е.В., Бицадзе В.О., Баймурадова С.М. Динамика изменений уровня гомоцистеина крови и его прогностическая значимость при различных формах артериальной гипертензии у беременных // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3 29.05.2015.
4. Бицадзе В.О., Макацария А.Д., Хизроева Д.Х., Макацария Н.А., Яшенина Е.В. Тромбофилия как важнейшее звено патогенеза осложнений беременности. Практическая медицина. 2012;5(60):22-29.
5. Бицадзе В.О., Макацария А.Д., Хизроева Н.А., Макацария Н.А., Яшенина Е.В. Тромбофилия как важнейшее звено патогенеза осложнений беременности // Практическая медицина. -2012. -№5(60). -С. 22-29.
6. Голиков П.П., Николаева Н.Ю., Гавриленко И.А. и др. Оксид азота и перекисное окисление липидов как факторы эндогенной интоксикации при неотложных состояниях // Пат.физиол. и эксп. тер. – 2000. – № 2. –С. 6 – 9.
7. Зиганшина М.М., Кречетова Л.В., Ванько Л.В., Ходжаева З.С., Мусиенко Е.В., Сухих Г.Т. Про- ангиогенные факторы в патогенезе ранних потерь беременности. Часть II. Соотношение проангиогенных и ангиогенных сывороточных факторов в ранние сроки беременности // Акуш. и гин.-2012.-№4-С.4-9.
8. Кирющенко П.А., Шмаков Р.Г., Андамова Е.В., Тамбовцева М.А. Алгоритм клинико-гемостазиологического обследования в акушерско-гинекологической практике // Акуш. и гин.-2013.-№1.-С.101-106.
9. Drury-Stewart D.N., Lannert K.W., Chung D.W., Teramura G.T., Zimring J.C., Konkle B.A., Gammill H.S., Johnsen J.M. Complex changes in von Willebrand factor-associated parameters are acquired during uncomplicated pregnancy. PLoS ONE. 2014; 9(11):e112935. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112935>
10. Ewodo S., Nguefack C.T., Adiogo D., Etong E.M., Beyiha G., Belley P.E. Changes of Von Willebrand factor concentration during pregnancy. Ann Biol Clin (Paris). 2014;72(3):292-296. <https://doi.org/10.1684/abc.2014.0956>

УДК 617.581.089

КОРРЕКЦИЯ ДЛИНЫ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ КОКСАРТРОЗОМ

Саидносиров О.К., Кобиллов Н.Р., Хайитов А.А.

FEATURES TOTAL HIP ARTHROPLASTY: THE INSTABILITY OF ITS COMPONENTS.

Saidnosirov O.K., Kobilov N.R., Khayitov A.A.

Ташкентская медицинская академия

Асептическая нестабильность компонентов эндопротеза доминирует среды неудовлетворительных исходов в отдаленные сроки. С целью профилактики асептической нестабильности компонентов эндопротеза тазобедренного сустава при дегенеративно - дистрофических поражениях тазобедренного сустава авторами предложена методика «насечка» с сухожильной части т. iliopsoas и использованием интраоперационно способа определения центра ротации головки эндопротеза. В данной работе анализируется метод хирургического лечения 103 пациентов, оперированных традиционным способом, и 91 пациентов, которым в ходе оперативного лечения выполнена «насечка» сухожилия т. iliopsoas и использованием интраоперационно способа определения центра ротации головки эндопротеза. Использовались несколько моделей эндопротезов.

Ключевые слова: диспластический коксартроз, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, асептическая нестабильность.

Aseptic instability of the endoprosthesis components is dominated by the environment of unsatisfactory outcomes in the long term. In order to prevent aseptic instability of the components of the hip joint endoprosthesis with degenerative - dystrophic lesions of the hip joint, the authors proposed a "notch" technique from the tendinous part m. iliopsoas and using intraoperative method of determining the center of rotation of the endoprosthesis head. In this paper, we analyze the method of surgical treatment of 103 patients operated on in the traditional way, and 91 patients who underwent m. iliopsoas tendon during surgical treatment and using intraoperative method of determining the center of rotation of the endoprosthesis head. Several models of endoprosthesis were used.

Keywords: dysplastic coxarthrosis, total hip arthroplasty, aseptic instability.

Введение. Недоразвитие вертлужной впадины становится основной причиной развития прогрессирующей патологии тазобедренного сустава, именуемой как диспластический коксартроз.

Данной работе анализируется диагностика и особенности хирургического лечения 103 пациента, оперированных традиционным способом, и 91 пациентов, которым в ходе оперативного лечения выполнена тототомия сухожилия m. iliopsoas. Использовались несколько моделей эндопротезов.

Цель исследования: Уточнить механизмы возникновения нестабильности компонентов эндопротеза и разработать метод профилактики подобных осложнений.

Материалы и методы: В отделение ортопедии многопрофильная клиника Ташкентская Медицинская Академии по поводу диспластического коксартроза оперированы 194 пациента, которым имплантированы эндопротез тазобедренного сустава. Женщин было 132 (67.8 %), мужчин 62 (32.2%). Возрастной аспект составило от 30 до 72 лет (в среднем 40,2±0,7 лет). (таб. 1).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возрастные группы										Всего	
	31-40		41-50		51-60		61-70		71-80		авс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Жен.	16	8,0	40	20,2	57	28,9	18	9,5	1	1,2	132	67,8
Муж.	3	1,7	14	7,3	39	20,1	6	3,1	-		62	32,2
Всего	19	9,7	54	27,5	96	49	24	12,6	1	1,2	194	100

Для оценки степени дисплазии тазобедренного сустава использовалась классификация Crowe [9], согласно которой проксимальное смещение головки бедренной кости на расстояние менее 10% высоты таза (менее 50% высоты головки) соответствует I степени, на расстояние 10-15% высоты таза (50-75% высоты головки) – II степени, на расстояние 15 - 20% высоты таза (75-100% высоты головки) – III степени, на расстояние более 20% высоты таза (более 100% высоты головки) – IV степени дисплазии. (табл.2.)

Таблица 2

Распределение больных по классификации Crowe

Степень	Число больных											
	Основная группа n-91				итого		Контрольная группа n-103					
	жен		муж				жен		муж		итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I степень	32	34,4	19	21,4	51	55,8	28	27,4	21	21,2	49	48,6
II степень	13	14,3	10	11,2	23	25,5	16	14,3	10	9,6	26	23,9
III степень	8	8,4	5	5,8	13	14,2	13	13,1	10	9,4	23	22,5
IV степень	3	3,1	1	1,4	4	4,5	3	3,3	2	1,7	5	5,0
Итого	56	60,2	35	39,8	91	100	60	58,1	43	41,9	103	100

Таким образом, степень тяжести заболеваний у наблюдавшихся нами пациентов была различной, но преобладали случаи с I-III степени гипопластическим коксартрозом диагностированные в 122 случаях 67.2%. Основная и контрольная группа были сопоставимы также по полу, возрасту, тяжести поражения сустава и по способу эндопротезирования. В клинической группе наблюдения у 178 (92.7%) пациентов в ходе рентгенологического и КТ обследования и предоперационного планирования нами было выявлено с диспластическим коксартрозом; краевой склероз, пологость крыши вертлужной впадины (уменьшение угла вертикального наклона вертлужной впадины и угла Веберга), грибовидная деформация головки бедренной кости с кистозными очагами и асептическим некрозом.

Результаты и обсуждение: Оценка результатов проводилась через 3, 6, 12 мес. после операции, далее ежегодно. При контрольном обследовании выполнялась рентгенография таза в прямой проекции и оперированного сустава в проекции Лаунштейна (рис 1а,б). Функциональные результаты оценивались по системам W.H.Harris[11].



а



б

Рис 1. Рентгенограммы тазобедренного сустава больного с диспластическим коксартрозом. а - до операции, б - через 4 года, после тотального эндопротезирования правого тазобедренного сустава имплантатом "Howmedica"- цементной фиксации.

Рентгенологическая оценка цементной мантии проводилась по системе Barracksi соавт, включающей 4 категории (А,В,С,Д): категория А – равномерное и полное заполнение рентгеноконтрастным цементом пространства костномозгового канала вокруг ножки эндопротеза; категории В–наличие незначительных дефектов на границе цемент – кость; категория С – просветление рентгеновского изображения на границе цемент – кость протяженности от 50 до 99% или неполная мантия; категория D – просветление до 100% или отсутствие цемента в области верхушки ножки. Мы проанализировали динамики рентгенологической плотности на границах имплантат - кость, по системе Gruen в 7 зонах вокруг ножки эндопротеза (рис 2).

Состояние ацетобулярного компонента оценивалась по De Lee и Charnley. Средний срок наблюдения за больными составил 21.4 ± 11.7 (от 3 до 72 мес). Были выделены основные варианты изменений костной ткани, такие как: резорбция, гипертрофия и ремоделирование. В проксимальных зонах (1) наблюдалось резорбция с диффузным повышением «прозрачности» кости, а в зоне 7 трабекулярная периориентация. В 76 случаях (84%) у пациентов основной группы дистальных отделах (3,4,5 зона) нами отмечена гипертрофия в виде увлечения массы кортикального слоя. В средних отделах (2,6) изменений не выявлено. У 98 (96%) пациентов контрольной группы, гипертрофия в виде увлечение кортикального слоя дистальных отделах отмечена не было.

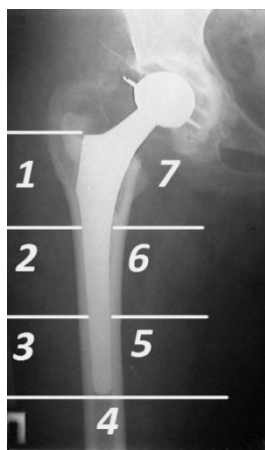


Рис. 2. Оценка состояния бедренного компонента по системе Gruen.

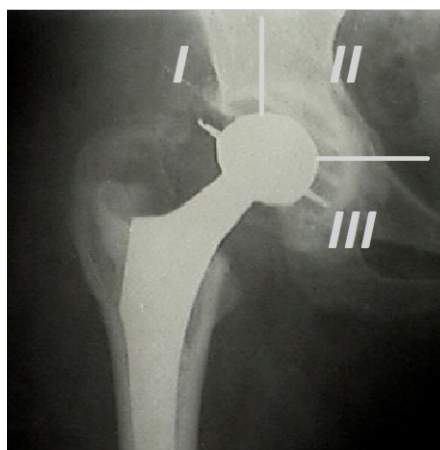


Рис 3. Оценка состояния ацетобулярного компонента по системе De Lee и Charnley.

Выводы:

1. В целях декомпрессирующей мобилизации тазобедренного сустава, при низведении бедренной кости необходимо выполнить «насечка» пластика m. iliopsoas и подкожную тенотомию приводящих мышц бедра.
2. При наличии дефектов вертлужной впадины необходима реконструктивная операция до, или в момент эндопротезирования.
3. При установлении чашки в диспластичную впадину необходимо добиваться первичной стабильности тазового компонента эндопротеза.
4. При эндопротезировании тазобедренного сустава необходимо планировать установку компонентов эндопротеза с совпадением центра вращения эндопротеза с центром вращения сустава.

Литература

1. Кавалерский Г.М., Середа А.П., Мурылев В.Ю., Рукин Я.А., Гаврилов А.В., Архипов И.В. и др. 2D-планирование эндопротезирования тазобедренного сустава. *Травматология и ортопедия России*. 2015;(4):95-102. doi: 10.21823/2311-2905-2015-0-4-95-102.
2. Петров А.Б., Ковалева И.Д., Рузанов В.И. Способ ацетобулопластики при дисплазии тазобедренного сустава // Современные технологии в травматологии, ортопедии: ошибки и осложнения, профилактика и лечение / Материалы, меж. конгресса (5-7 октября 2004).- М., 2004. – С. 127.
3. Рибачук О.И., Кукуруза Л.П., Торчинский В.П. Тотальне эндопротезування кульшового суглоба при йогодисплазії // Ортопед., травматол., 1999.-№1. – С.29-30.
4. Сергеев К.С., Катренко И.Н., Торопов Е.В., Кузнецов И.В., Марков А.А. Ошибки, осложнения и меры их профилактики при эндопротезировании тазобедренного сустава //Современные технологии в травматологии, ортопедии: Ошибки и осложнения-профилактика и лечение /Материалы меж. конгресса (5-7 октября 2004). –М., 2004.-С.151.
5. Тихилов Р.М., Шапавалов В.М. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава. – СПб,2008. – 293 – 301.
6. Lachiewicz P, McCaskill B, Inglis A. et al.Total hip arthroplasty in juvenile rheumatoid arthritis two to eleven –yaer result. //J. Bone J Sur. – 1986. – Vol. 68A. – P. 502-508.
7. Radl R, Hungerford M. et al.Higher failure rate and stem migration of an uncemented femoral component in patients with femoral head osteonecrosis than in patients with osteoarthritis. //Act Orthop. Scand. –2005. - Vol. 76,N 1. – P.49 – 55.

СЛОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРАНДРОГЕННЫХ СОСТОЯНИЙ В АКУШЕРСТВЕ

Сидикова Н.М., Рузиева Н.Х.

АКУШЕРЛИҚДА ГИПЕРАНДРОГЕНИАНИ ТАШХИСЛАШДАГИ КИЙИНЧИЛИКЛАР

Сидикова Н.М., Рузиева Н.Х.

DIFFICULTIES IN DIAGNOSING HYPERANDROGENISM IN OBSTETRICS

Sidikova N. M., Ruzieva N. Kh.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В современном акушерстве, принимая во внимание, что при длительном назначении глюкокортикостероиды (ГКС) имитируют фармакологический сигнал стресса, обсуждается его влияние на раннее развитие метаболических нарушений, гипертонической болезни и ряд других гормональных и соматических заболеваний. Во избежание негативных влияний ГКС на организм матери и плода актуальным является уточнение генеза гиперандрогенного состояния.

In modern obstetrics, taking into account that with long-term administration, glucocorticosteroids (GCS) imitate the pharmacological signal of stress, its effect on the early development of metabolic disorders, hypertension and a number of other hormonal and somatic diseases is discussed. To avoid the negative effects of GCS on the mother and fetus, it is relevant to clarify the genesis of the hyperandrogenic state.

Результаты многочисленных исследований, включающие лабораторную диагностику по выявлению истинной причины гиперандрогении (ГА), свидетельствуют о сложностях дифференциальной диагностики, связанных с аналогичным спектром гормонов, синтезируемых яичниками и надпочечниками [1]. Предпринимаются попытки найти диагностические критерии, позволяющие определить основной источник повышенного уровня андрогенов. Крайне сложным является определение источника гиперандрогении по базальному уровню этих гормонов в плазме крови [2,3].

По результатам исследований R. Barbieri [4], лишь у 3% обследованных пациенток с ГА была выявлена недостаточность 21-гидроксилазы надпочечников, у 4% – опухоли яичников или надпочечников, синдром Иценко-Кушинга или гиперпролактинемия. Более чем у 90% пациенток причину гиперандрогении установить не удалось.

Несмотря на то, что около 90% ДГЭАС продуцируется надпочечниками, у большинства женщин со стертой формой ВДКН содержание этого гормона не изменено [5]. Напротив, у 50–60% женщин с синдромом поликистозных яичников при яичниковой форме ГА выявляются высокие концентрации ДГЭАС [6,7,8].

В исследованиях White P. C. et al. [9] дискутируется вопрос о возможности выявления носительства мутаций в гене CYP21A2, при котором происходит нарушение функции фермента 21-гидроксилазы, при помощи метода определения уровня 17-ОН-прогестерона в крови женщины. По литературе известно, что мутация гена CYP21A2 ведет к накоплению 17-ОН-прогестерона в организме. Однако, по данным Осиновской Н.С [10] при сравнении среднего уровня 17-ОН-прогестерона у женщин с мутациями в гене CYP21A2, и без них, значимых различий выявлено не было. Также, не было выявлено различий при сравнении уровня 17-ОН-прогестерона у женщин из подгруппы с мутациями и женщин без мутаций, что согласуется с данными зарубежных авторов. Также, в работах других авторов не было выявлено статистически значимых различий между уровнями 17-ОН-прогестерона у женщин с ГА и с мутациями в гене CYP21A2 и у женщин с ГА, но без мутаций в данном гене [11]. Еще одно исследование показало, что у 1/5 женщин с ГА и гирсутизмом имели мутации в гетерозиготном состоянии, но у всех женщин был нормальный уровень 17-ОН-прогестерона.

Следовательно, нормальный уровень 17-ОН-прогестерона не может стать достоверным диагностическим показателем носительства мутаций в гене CYP21A2 [12].

В настоящее время для уточнения надпочечникового генеза - стертой формы врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) стали широко использоваться методы молекулярной генетики, позволяющие выявить диагностически значимые мутации гена CYP21P, приводящие к дефициту фермента 21-гидроксилазы [13,14,15]. В работе Дрегер А. соавторов [16] было доказано, что при беременности диагностика скрытой – неклассической формы ВГКН возможна только путем молекулярно-генетического исследования, а определение уровня надпочечниковых андрогенов в крови не является информативным [12]. Однако широкое использование метода ограничивается из-за дороговизны анализа.

Таким образом, если суммировать литературные данные для уточнения ГА ориентироваться на уровень ДГЭА-С и 17-ОН-прогестерона во время беременности нецелесообразно. Наилучшим диагностическим критерием ГА надпочечникового генеза является наличие мутаций в гене CYP21.

Литература

1. Малышева О.Г. и др. Гиперандрогения у беременных: этиопатогенез, диагностика, лечение, перинатальные исходы (обзор литературы)//Бюллетень со РАМН, том 33, № 5, 2013.
2. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М., 2002. 360–395.
3. Дуриян Э.Р., Байрабина Г.В. Патогенез, дифференциальная диагностика и принципы лечения гиперандрогении//Акушерство и гинекология. 2002. (4). 62–64.
4. Barbieri R.L. Hyperandrogenic disorders // Clin. Obstet. Gynecol. 1990. 33. (3). 640–654.
5. Мельниченко Г.А. Применение глюкокортикоидов во время беременности // Вестник репродуктивного здоровья. 2008. №1-2.
6. Волкова Н.И., Димитриаиди Т.А. Диагностика синдрома гиперандрогении в реальной практике (ретроспективный анализ) // Фарматека. 2009. 17. 48–51.
7. Краснопольская К.В., Калугина А.С. Диагностика и терапия гиперандрогенных состояний в программах ЭКО (обзор литературы) // Пробл. репродукции. 2004. (5). 25–29.
8. Липсетт М.Б. Стероидные, Chapman J.M., Wittert R.G., Norman R.J. Plasma androgen levels // Clin. Endocrinol. 1997. 46. (2). 175–181].
9. White P. C., Speiser P. W. Congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency // Endocrine reviews. — 2000. — Vol. 21, № 3. — P. 245-291.
10. Осинковская Н.С. и др. Нарушения в гене CYP21A2 у женщин с привычным невынашиванием беременности//Журнал акуш. и жен.болезней. 2012. №3 104-108.
11. Adrenal 21-hydroxylase gene mutations in Slovenian hyperandrogenic women: evaluation of corticotrophin stimulation and HLA polymorphisms in screening for carrier status / Dolzan V. [et al.] // Eur. J. Endocrinol.-1999.-Vol. 141, № 2.-P. 132-139.
12. Kelestimur F. [et al.] The frequency of CYP 21 gene mutations in Turkish women with hyperandrogenism // J. Experimental clin. Endocrinol. diabetes. — 2009.-Vol. 117, № 5.-P. 205-208.
13. Breckwoldt M. Diagnosis and therapy of androgenization. Berlin: Diesbach Verlag, 1992. 253–267.,
14. Amalfi S., Velez L.M., Heber M.F. et al. Prenatal hyperandrogenization induces metabolic and endocrine alterations which depends on the level of testosterone exposure // PloS One. 2012. 7. (5). e37658.,
15. American Association of Clinical Endocrinologists. Medical Guidelines for the clinical practice for the diagnosis and treatment of hyperandrogenic disorders // Endocr. Pract. 2001. 7. 121–134.
16. Mwansa-Kambafwile J et al. Antenatal'nye steroidy pri prezhddevremennyh rodah dlya profilaktiki neonatal'nyh smertej vsledstvie oslozhnenij prezhddevremennyh rodov. Int J Epidemiol. 2010; 39 (Prilozhenie 1): i122 – i133. [PMC besplatnaya stat'ya] [PubMed] [Google Scholar].

GİSTEROEKTOMIYADAN SO'NG QIN CHO'RTOG'INING SURILISHI VA TUSHISH MUAMMOLARI (ADABIYOT MANBALARINI HAQIDA UMUMIY MA'LUMOT)

Sobirova M.R., Qurbonov B.B., Qurbonov D.D.

PROBLEMS OF VAGINAL PULLING AND FALLING AFTER HYSTEROECTOMY (LITERATURE REVIEW)

Sobirova M.R., Qurbonov B.B., Qurbonov D.D.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Ayollarda jinsiy a'zolar prolapsi bugungi kunda jarrohlik ginekologiyasining dolzarb muammolaridan biridir. Respublikamizda kasallik bilan kasallanish har kuni barqaror o'sib bormoqda. Muammoni bartarafetishda zamonaviy jarrohlik texnologiyalarini izlash ginekologlar uchun muhim vazifadir. Operatsiyadan keyingi asoratlarning yuqori xavfini hisobga olgan holda. Og'ir asoratlardan biri bu qin cho'rtog'ining surilishi va tushishi. Ushbu maqola ushbu muammoga zamonaviy nuqtai nazarni taqdim etadi. Zamonaviy mahalliy va xorijiy adabiyotlarning batafsil tahlili berilgan.

Kalit so'zlari: qin cho'rtog'i tushishi, prolen lenta, jarrohlik.

Genital prolapse in women is one of the urgent problems of surgical gynecology. In our Republic, the incidence of the disease is growing steadily every day. The search for modern surgical technologies in eliminating the problem is an important task for gynecologists. Especially considering the high risk of postoperative complications. One of the

formidable complications is prolapse of the vaginal cuff. This article provides a modern perspective on this problem. It illustrates a detailed analysis of modern domestic and foreign literature.

Key words: genital prolapse, prolene tape, surgery.

Bachadonni ajratib bo'lgandan so'ng qin cho'rtog'ini (культя) prolapsi muammosi ginekologik jarrohlar uchun ham, tegishli mutaxassis shifokorlar uchun ham dolzarb bo'lib qolmoqda. Bachadonni ekstirpatsiya qilish operatsiyasidan keyin qin cho'rtog'ining surilishi yoki tushishi hayotga bevosita tahdid solmaydi, balki turli organlar va tizimlarning funktsional etishmovchiligiga va bemorlarning hayot sifatining pasayishiga olib keladi. Jarayon rivojlanib borishi bilan funktsional buzilishlar kuchayib boradi, ular ko'pincha bir-birini qoplaydi, nafaqat jismoniy va ruhiy azob-uqubatlarni keltirib chiqaradi, balki bemorlarni qisman yoki to'liq nogiron qiladi. Shu paytgacha, adabiyotga ko'ra, takroriy jinsiy prolapsus (5-40%) bilan kasallanish yuqori va operatsiyalarning funktsional natijalaridan norozilik bildirilmoqda [1, 2].

Bachadon qin kanalining yuqori qismini qo'llab-quvvatlaganligi sababli, bachadon olib tashlanganidan keyin qin devorlarini tushishi jarrohlik operatsiyasining natijasidir. Ushbu patologiya, shifokorlarning kuzatuvlariga ko'ra, gisterektomiyadan so'ng ayollarning 40 foizida uchraydi. Bachadonni to'liq olib tashlash - bu mumkin bo'lgan barcha oqibatlarni diqqat bilan tortib, operatsiyani rad etish xavfini real baholashdan so'ng murojaat qilish mumkin bo'lgan jiddiy va radikal choralar. Bachadonni olib tashlash asosan kech reproduktiv yoshdagi ayollarda yoki menopauzadan keyin amalga oshiriladi. Bunday operatsiyani o'tkazishga asosiy ko'rsatmalar yomon sifatli va yaxshi sifatli o'smalar, adenomiyozning rivojlangan holatlari, bachadon miomasi, shuningdek bachadonning surilishi yoki tushib qolishlari hisoblanadi. Ikkinchi holatda, organni ekstirpatsiya qilish eng yaxshi variant, ayniqsa 60-70 yoshdan so'ng, zaiflashgan tanasi endi barcha funktsiyalarini tiklay olmaydi va tos a'zolarini normal qo'llab-quvvatlay olmaydi.

Oddiy sharoitlarda bachadon mushak-boylam apparati fastsiyasi yordamida anatomik holatida qo'llab-quvvatlanadigan qin gumbazi uchun o'ziga xos tutuvchidir. Asosan, qin - bu mushaklarning qalin trubkasi bo'lib, u ayolning ichki jinsiy tizimiga ajralmas hisoblanadi. Bachadonni olib tashlaganidan keyin qin pog'onasining prolapsi tos to'qimalarining shikastlanishi tufayli, shuningdek operatsiyadan ancha oldin patologiya rivojlana boshlagan holatlarda muqarrar bo'lib qoladi. Shuni ta'kidlash kerakki, gisterektomiya paytida shifokor vaginal kanal devorlarining anatomik holatiga alohida e'tibor qaratishi va kiruvchi oqibatlarga olib kelmaslik uchun qin gumbazini mahkam o'rnatishi kerak. Bachadonni olib tashlaganigizdan so'ng, operatsiya paytida qinni etarli darajada mahkamlash bilan, prolapsatsiya bu qadar qattiq jismoniy zo'riqish va noto'g'ri dietani iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lgan maxsus hayot tarzini olib borishi mumkin, bu esa qattiq ich qotishini keltirib chiqaradi.

Ko'pincha, qinning prolapsasi bachadonni operatsiyadan keyin bo'sh bo'shliqqa olib tashlangandan so'ng organlarning prolapsasi tufayli yuzaga keladi. Bunday hollarda sistosel yoki rektosel tez-tez rivojlanadi - navbati bilan siydik pufagi yoki ichak qismi bilan birga qin kanalining old yoki orqa devorlarining prolapsasi [4, 9].

Prolapsus odatda ayolga juda noqulaylik tug'diradigan turli xil noxush alomatlar bilan birga keladi. Ko'pincha bu jarayon qattiq og'riq, kechikish yoki aksincha, siydik chiqarmaslik, tez-tez siyish, defekatsiya bilan bog'liq muammolar bilan kechadi. Bachadonni olib tashlaganidan keyin qinning to'liq prolapsusi bilan uning devorlarining shilliq pardasi og'ir shikastlanishga duchor bo'ladi, bu yuqumli kasalliklar, xo'ppoz va hatto to'qimalarning o'limiga olib keladi.

Bunday holda davolashning konservativ usullari samarasiz va faqat patologiyani kuchaytirishi mumkin. Bunday muammodan bir marta va butunlay xalos bo'lish uchun qin kanalining devorlarining jarrohlik plastmassasiga murojaat qilish yaxshidir.

Bachadonni olib tashlaganidan keyin qin prolapsasi bo'yicha operatsiya mushak-ligamentli apparatni sun'iy ravishda mustahkamlash orqali tos bo'shlig'idagi organni mahkam o'rnatishga qaratilgan.

Tushganda, qin devorlarining biroz kengayishi va sarkmasi kuzatiladi, bu esa uning devorlarini tikish va qisqartirish zarurligini keltirib chiqaradi. Kolpoplastika - bu oddiy operatsiya bo'lib, bachadonni olib tashlagandan so'ng bemorni genital prolaps bilan bog'liq muammolardan butunlay xalos qilishi mumkin. Sistosel yoki rektosel rivojlaniishi bilan tos a'zolarini kerakli holatda ushlab turish uchun sintetik implantlar yordamida murakkabroq jarrohlik operatsiyasi buyuriladi [7, 8]. Bunday operatsiyalar laparoskopik usulda miniatyura kesiklari yordamida amalga oshiriladi, ular amalda hech qanday iz qoldirmaydi [3, 6]. Bachadonni olib tashlaganidan keyin qin prolapsasini jarrohlik davolashning zamonaviy usullari ajoyib natijalar beradi, bu esa bemorning tez tiklanishini va normal hayotga qaytishini kafolatlaydi.

Vaginal churra shaklida takrorlanish paydo bo'lishining oldini olish uchun ba'zi ginekologlar bachadon va qin bilan birgalikda eksplatatsiya qilishgan. Olingan qin joyida keng chandiq hosil bo'ladi - qin naychasi o'tgan tos suyagi churrasi teshigini yopuvchi biriktiruvchi to'qima o'qi. Ushbu operatsiyani L. L. Okinchits, E. M. Shvartsman tomonidan tavsiya etilgan, M. V. Elkin va boshqalar tomonidan qo'llanilgan, albatta, bu jinsiy aloqada bo'lgan ayollar uchun qo'llanilmaydi. Jinsiy aloqada bo'lmagan keksa yoki keksa ayollarda ushbu operatsiya ko'p hollarda haddan tashqari shikast etkazadi.

Taniqli kelishuv echimi bu E. Ya. Yankelevichning fikriga ko'ra bachadonni qinning yarmi bilan birga olib tashlashdir. Moskva akusherlik-ginekologik jamiyati yig'ilishida I.I.Feygel klinikasidan S.G.Lipmanovich bachadonning prolapsasi va prolapsasini davolashning uzoq muddatli natijalari to'g'risida ma'ruza qildi, shundan ko'rinib turibdiki, ushbu klinikada, prolapsada bachadonning ekstirpatsiyasi, qinning faqat kichik bir qismini olib tashlash bilan birga keladi. Shunday qilib, jinsiy faoliyat ehtimoli saqlanib qoladi. Operatsiya paytida, qoida tariqasida, levatoroplastika

amalgam oshiriladi. Ushbu usulni L. L. Okinchits va boshqalar tomonidan tavsiya etilgan usuldan ko'ra maqbul deb hisoblash mumkin, ammo bu usul kekxa ayollar uchun juda shikast etkazadi va yosh ayollarda uni ishlatish istalmagan, chunki ayol hayz ko'rish funksiyasini yo'qotadi. Agar prolapsatsiyalangan bachadonda mioma yoki boshqa patologiya bo'lsa, u holda prolaps operatsiyasi paytida uning ekstirpatsiyasi ko'rsatma hisoblanadi. Ammo bu ekstirpatsiya, yuqorida aytib o'tilganidek, kelajakda enterosel vaginalis paydo bo'lishining oldini oladigan tarzda amalgam oshirilishi kerak. Agar biron sababga ko'ra (katta bachadon, yallig'lanishli yopishqoqlik va boshqalar) bachadonni olib tashlash qorin-devor yo'li bilan amalgam oshirilishi kerak bo'lsa, u holda tikilgan qin cho'ltog'ini qorin devoriga Snegirev usuli yordamida mahkamlash mumkin; agar bachadonning to'liq eksiratatsiyasi emas, balki uning supravaginal amputatsiyasi amalgam oshirilgan bo'lsa, bachadon bo'yni cho'ltog'ini qorin devoriga o'rnatiladi. Albatta, bu holatlarda operatsiyani kolpoperineoplastika va levatoroplastika bilan to'ldirish zarur.

Ko'p yillar davomida prolapsni tiklash uchun nafaqat o'z to'qimalari [10], balki ko'plab alloplastlar va sintetik materiallar [7] ishlatilgan. Vaginal gumbazni fiksatsiyalash uchun turli xil texnologiyalar qo'llaniladi, xususan, alloplast implantlari yordamida: qoramol perikardial sumkasi, cadaveric fascia lata. Alloplastlarning kamchiliklari sifatida fastsiya materialining to'liq autolizasi 20% hollarda, yallig'lanish yoki atoimmun reaksiyaning namoyon bo'lishida qayd etiladi. FitzGerald M.P. donor fascia lata yordamida davolanishning past samaradorligini ko'rsatdi - 58,3%, hollarda moddiy rad etish yuz berdi [9].

So'nggi yillarda ishlatilgan sintetik materiallar alloplastlarga muqobildir [7, 8]. Sintetik meshlardan foydalaniladi - intravaginal slingplasty (IVS), mersilen mesh, PROLIFT SISTEM. Oldin, orqa devorni biriktirish yoki biriktirilgan fiksatsiya uchun protez shaklida klinik jihatdan zarur bo'lgan ikkinchisi prolaps va paravaginal nuqsonlarni tuzatishda yuqori samaradorlikni namoyish etadi. Lo T.S., Send P.K., Koduri S. sistoselni davolash natijalarini to'rt protezlari bilan va ularsiz taqqosladi. Mualliflarning fikriga ko'ra, 1 yildan keyin meshsiz bemorlarning 43% va mesh bilan 25% 2-darajali sistosel, 11% meshsiz va 2,7% mesh - 3-darajali sistosel [10] takrorlangan.

Yuqorida aytilganlarning hammasi etarli darajada rekonstruktiv plastik jarrohlik izlash zarurligini, shu jumladan mesh sintetik endoprotezlardan foydalanishni talab qiladi [5]. Ularni genital prolapsni tuzatish uchun ishlatish g'oyasi yangi emas, ammo bugungi kungacha ba'zi savollar javobsiz qolmoqda. Jinsiy prolapsda operatsiya paytida sintetik lentani qo'llash operatsiyadan keyingi asoratlarning nisbatan pastligi va qin chortog'ining takroriy prolapsasi yo'qligi bilan yuqori samarali usuldir [7, 8]. Ushbu operatsiyalar, murakkabligi sababli, tos suyagi jarrohligi bo'yicha etarli tajribaga ega bo'lgan yuqori malakali ginekologik jarrohlar tomonidan amalgam oshirilishi kerak.

Respublikamizda ichki jinsiy a'zolar siljishi va tushish 2-3 va undan ortiq marta tug'gan ayollarning 45 foizida uchraydi, bu bezovtalik, siydikni tutmaslik, ich qotishi va libidoning pasayishiga olib keladi. Shu munosabat bilan, oilada jinsiy funktsiya buzilishi, jinsiy a'zolarining tez-tez yallig'lanish kasalliklari, ich qotishi bilan bog'liq muammolar mavjud. Natijada, jarrohlik yo'li bilan tuzatishga ehtiyoj bor, bu 2 dan 10% gacha bo'lgan hollarda jinsiy a'zolar siljishi va tushishi qaytalanishi bilan birga keladi. Amaldagi jarrohlik usullari har doim ham patologiyani tubdan bartaraf etavermaydi va shuning uchun bachadonning boylam apparati va qin pog'onasini ushlab turish uchun sintetik materiallardan foydalangan holda yangi operatsiya usullarini ishlab chiqish zarur bo'ladi.

Adabiyot

1. Buyanova S.N. Jinsiy prolapsni va siydik chiqarishni buzilishini jarrohlik yo'li bilan tuzatish usulini tanlash printsiplari // "Ona va bola" II Rossiya forumi materiallari. Moskva 2000 yil 18-22 sentyabr - S. 191-192.
2. Krasnopolskiy V.I., Buyanova S.N., Shchukina N.A., Popov A.A. Operativ ginekologiya. Moskva. 2013. 151-192.
3. Kulakov V.I., Savelyeva G.M., Manuxin I.B. Ginekologiya. Milliy etakchilik. M.: GEOTAR-media, 2009. P. 478.
4. Qurbonov B.B. Jinsiy organlarning prolapsasi va stressni siydik chiqarish qobiliyatini davolashning zamonaviy jarrohlik taktikasi // BC. Ona va bola. - 2018. - T. 1. - Yo'q. bitta.
5. Oleinik N.V., Kulikovskiy V.F., Fedorov G.I. Rektoselni jarrohlik davolashning qoniqarsiz natijalarining sabablarini tahlil qilish va ularni yo'q qilish yo'llari // Jarrohlik. - 2004. - N4. - S. 27-29.
6. Puchkov K.V., Ivanov V.V., Bakov V.S., Usachev I.A. Tos suyagi prolapsasini jarrohlik davolash usulini optimallashtirish // Jarrohlikdagi minimal invaziv texnologiyalar: mintaqalararo materiallar. ilmiy-amaliy konf. - Maxachqala: CPI DSMA, 2005. - 159-160-betlar.
7. Puchkov K.V., Xubezov D.A., Politova A.K. Bachadonning rektal prolapsasi va prolapsasi kombinatsiyasi bo'lgan bemorlarda laparoskopik rektal va sakrovaginopeksiya // Zamonaviy jarrohlikning dolzarb muammolari: Tr. kongr., Moskva, 22-25 fevral 2003 yil - M., 2003. - S.36.
8. Puchkov K.V., Chernousova N.M., Filimonov V.B., Vasin R.V., Andreeva Yu.E. Zamonaviy sintetik implantlardan foydalangan holda ayollarda genital prolapsni va stressni siydik o'g'irlab ketishni to'g'irlash // J. akusherlik va ayollar kasalliklari.-2007.-T. 57 (maxsus son). - S.204-206.
9. Qurbonov B.B. Vaginal gisterektomiyaning zamonaviy jarrohlik taktikasi // REPRAKTIVATSIYA FANLARI. - 2455 TELLER RD, MING OAKS, CA 91320 AQSh: SAGE PUBLICATIONS Inc., 2019. - T. 26. - S. 316A-316A.
10. Puchkov K.V., Filimonov V.B., Vasin R.V. Tos suyagi prolapsasini tuzatish va stressli enurezis ostida bo'lgan ayollar // Zamonaviy implantlar yordamida 2008 yil 16-EAES Kongressining tezislari kitobi, 11-14 iyul, 2008 yil, Stokgolm, Shvetsiya. - P.208-209.

ПРОБЛЕМА ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ КУЛЬТИ ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ГИСТЕРОЭКТОМИИ

Собирова М.Р., Курбанов Б.Б., Курбанов Д.Д.

GI'STEROEKTOMIYADAN SO'NG QIN CHO'RTOG'INING SURILISHI VA TUSHISH MUAMMOLARI

PROBLEMS OF VAGINAL PULLING AND FALLING AFTER HYSTERECTOMY

Sobirova M.R., Qurbonov B.B., Qurbonov D.D.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Genital prolapse in women is one of the urgent problems of surgical gynecology. In our Republic, the incidence of the disease is growing steadily every day. The search for modern surgical technologies in eliminating the problem is an important task for gynecologists. Especially considering the high risk of postoperative complications. One of the formidable complications is prolapse of the vaginal cuff. This article provides a modern perspective on this problem. It illustrates a detailed analysis of modern domestic and foreign literature.

Key words: *genital prolapse, prolene tape, surgery*

Ayollarda jinsiy a'zolar prolapsi bugungi kunda jarrohlik ginekologiyasining dolzarb muammolaridan biridir. Respublikamizda kasallik bilan kasallanish har kuni barqaror o'sib bormoqda. Muammoni bartaraf etishda zamonaviy jarrohlik texnologiyalarini izlash ginekologlar uchun muhim vazifadir. Operatsiyadan keyingi asoratlarning yuqori xavfini hisobga olgan holda. Og'ir asoratlardan biri bu qin cho'rtog'ining surilishi va tushishi. Ushbu maqola ushbu muammoga zamonaviy nuqtai nazarni taqdim etadi. Zamonaviy mahalliy va xorijiy adabiyotlarning batafsil tahlili berilgan.

Kalit so'zlari: *qin cho'rtog'i tushishi, prolen lenta, jarrohlik*

Проблема пролапса культи влагалища после экстирпации матки остается актуальной как для хирургов-гинекологов, так и врачей смежных специальностей. Опушение или выпадение культи влагалища после операции экстирпации матки не угрожает непосредственно жизни, но приводит к функциональной недостаточности различных органов и систем, снижению качества жизни больных. По мере развития процесса усугубляются функциональные нарушения, которые часто наслаиваясь друг на друга, вызывают не только физические и моральные страдания, но и делают больных частично или полностью нетрудоспособными. До настоящего времени, по данным литературы, отмечается высокая частота развития рецидивов пролапса гениталий (5-40%) и высказывается неудовлетворенность функциональными результатами операций [1, 2].

Поскольку матка обеспечивает поддержку верхней части вагинального канала, то опущение культи влагалища после ее удаления — вполне вероятное последствие операции. Данная патология, согласно наблюдениям врачей, встречается у 40 % женщин после гистерэктомии. Полное удаление матки — серьезная и радикальная мера, к которой можно прибегнуть, тщательно взвесив все возможные последствия и реально оценивая риск при отказе от операции. Гистерэктомию проводят в основном женщинам в позднем репродуктивном возрасте или после наступления менопаузы. Основными показаниями для проведения подобной операции являются злокачественные и доброкачественные опухоли, запущенные случаи аденомиоза, миомы матки, а также опущение или выпадение матки. В последнем случае экстирпация органа — наилучший вариант, особенно после 60-70 лет, когда ослабевший организм уже не способен восстановить все свои функции и осуществлять нормальную поддержку органов малого таза.

В обычных условиях матка является своеобразным держателем для свода влагалища, который при помощи фасций мышечно-связочного аппарата поддерживается в анатомическом положении. По сути, влагалище — это толстая мышечная трубка, составляющая единое целое с внутренней репродуктивной системой женщины. Опушение культи влагалища после удаления матки становится неизбежным по причине травмирования тазовой клетчатки, а также в тех случаях, когда патология начала развиваться задолго до операции. Следует отметить, что во время проведения гистерэктомии, врач должен обратить особое внимание на анатомическое положение стенок вагинального канала и достаточно прочно зафиксировать купол влагалища, чтобы избежать нежелательных последствий.

После удаления матки при достаточной фиксации влагалища во время операции опущение все равно может возникнуть по причине ведения особого образа жизни так или иначе связанного с сильными физическими нагрузками и приемом неправильного питания, вызывающего сильные запоры.

Нередко пролапс влагалища вызывается опущением органов после удаления матки в свободную полость, оставшуюся после операции. В таких случаях часто развивается цистоцеле или ректоцеле — опущение передней или задней стенок вагинального канала вместе с мочевым пузырем или частью кишечника соответственно [4, 9].

Пролапс, как правило, сопровождается различными неприятными симптомами, которые заставляют женщину испытывать сильный дискомфорт. Часто этот процесс сопровождают сильные боли, задержка или, наоборот, недержание мочи, частое мочеиспускание, проблемы с дефекацией. При полном выпадении влагалища после удаления матки, слизистая его стенок подвержена сильным травмам, что влечет за собой развитие инфекционных заболеваний, абсцесса и даже, отмирания тканей.

Консервативные методы лечения в данном случае являются неэффективными и способны лишь усугубить патологию. Для того, чтобы избавиться от подобной проблемы раз и навсегда, лучше всего прибегнуть к хирургической пластике стенок вагинального канала. Операция при выпадении влагалища после удале-

ния матки направлена на прочную фиксацию органа в полости малого таза при помощи искусственного укрепления мышечно-связочного аппарата.

При опущении наблюдается некоторое расширение и провисание стенок влагалища, что делает необходимым ушивание и укорачивание его стенок. Кольпопластика является несложной операцией и способна полностью избавить пациентку от проблем с генитальным пролапсом после удаления матки. При развитии цистоцеле или ректоцеле назначается более сложная хирургическая операция с использованием синтетических имплантатов для поддержания органов малого таза в нужной позиции [7, 8]. Подобные операции выполняются лапароскопическим методом посредством миниатюрных надрезов, которые практически не оставляют никаких следов [3, 6]. Современные методы хирургического лечения опущения влагалища после удаления матки дают отличные результаты, что гарантирует пациентке быстрое восстановление и возврат к нормальной жизни.

Для того чтобы предотвратить появление рецидива в виде влагалищной грыжи, раньше некоторые гинекологи экстирпировали вместе с маткой и влагалище. На месте удаленного влагалища образуется обширный рубец - своего рода соединительнотканый вал, закрывающий грыжевые ворота в тазовом дне, там где проходила влагалищная трубка. Эту операцию рекомендовал Л. Л. Окинчиц, Е. М. Шварцман, применял се М. В. Елкин и др. Разумеется, что у женщин, живущих половой жизнью, она неприменима. У женщин преклонного или пожилого возраста, не живущих половой жизнью, такая операция является во многих случаях чрезмерной травмой.

Известного рода компромиссным решением является удаление матки вместе с половиной влагалища по Е. Я. Янкевичу. На заседании Московского акушерско-гинекологического общества С. Г. Липманович из клиники И. И. Фейгеля сделала сообщение об отдаленных результатах лечения опущения и выпадения матки, из которого видно, что в этой клинике экстирпация матки при выпадении сопровождается удалением лишь небольшой части влагалища. Таким образом, сохраняется возможность половой жизни. При операции, как правило, производится леваторопластика. Такой метод можно считать более приемлемым, нежели рекомендованный Л. Л. Окинчицем и др. Все же и этот метод для пожилых женщин слишком травматичен, а у молодых женщин его применение нежелательно, так как женщина утрачивает менструальную функцию. Если же выпавшая матка содержит миомы или иную патологию, то при операции выпадения, безусловно, показана ее экстирпация. Но эту экстирпацию нужно произвести таким методом, чтобы предотвратить в будущем появление enterocele vaginalis, на что уже указывалось выше. Если почему-либо (большая матка, воспалительные сращения и пр.) удаление матки приходится произвести брюшно-стеночным путем, то зашитую культю влагалища можно фиксировать к брюшной стенке по методу Снегирева; если же была сделана не полная экстирпация матки, а ее надвлагалищная ампутация, то к брюшной стенке фиксируют культю шейки. Конечно, и в этих случаях необходимо дополнить операцию кольпоперинеопластикой и леваторопластикой.

В течение многих лет для пластики пролапса используются не только собственные ткани [10], но и множество аллопластов и синтетических материалов [7]. Для фиксации купола влагалища используются различные технологии, в частности, с применением имплантов-аллопластов: бычей околосердечной сумки, cadaveric fascia lata. Как недостатки аллопластов отмечают полный аутолиз материала фасции в 20% наблюдений, проявления воспалительной или аутоиммунной реакции. FitzGerald M.P. показал низкую эффективность лечения с применением донорской fascia lata – отторжение материала наступило в 58,3% случаев [9].

Альтернативой аллопластов служат применяемые в последние годы синтетические материалы [7, 8]. Используются синтетические сетки – intravaginal slingplasty (IVS), мерсиленовая сетка, PROLIFT SYSTEM. Последняя, применяясь по мере клинической необходимости в виде протеза для фиксации передней, задней стенки или комбинированной фиксации, демонстрирует высокую эффективность в коррекции пролапса и паравагинальных дефектов. Lo T.S., Send P.K., Koduri S. сравнили результаты лечения цистоцеле с применением сетчатых протезов и без них. По данным авторов после 1 года 43% пациенток без сетки и 25% с сеткой имели рецидив цистоцеле 2 степени, 11% без сетки и 2,7% женщин с сеткой - цистоцеле 3 степени [10].

Все выше описанное диктует необходимость поиска адекватных реконструктивно-пластических хирургических вмешательств, в том числе с использованием сетчатых синтетических эндопротезов [5]. Идея их использования для коррекции генитального пролапса не нова, однако до сегодняшнего дня остаются без ответа некоторые вопросы. Использование синтетической ленты во время операции по поводу пролапса гениталий – высокоэффективный метод с относительно низкой частотой послеоперационных осложнений и отсутствии рецидивов опущения культи влагалища [7, 8]. Эти операции в связи с их сложностью должны выполняться хирургами-гинекологами высокой квалификации, имеющими достаточный опыт тазовой хирургии.

Опущение и выпадение внутренних половых органов в нашей Республике встречается у 45% женщин имевших 2-3 и более родов, это создает дискомфорт, недержание мочи, запоры и снижение либидо. В связи с чем, в семье возникают проблемы связанные с половыми дисфункциями, частые воспалительные заболевания половых органов, запоры. Следствие с чем возникает необходимость хирургической коррекции, что сопровождается рецидивами опущения и выпадения половых органов от 2 до 10% случаев. Существующие методы операции не всегда радикально устраняют патологию, в связи с чем возникает необходимость раз-

работки новых методов операции с использованием синтетических материалов для укрепления связочного аппарата матки и подвешивание культи влагалища.

Литература

1. Буянова С.Н. Принципы выбора метода хирургической коррекции пролапса гениталий и недержания мочи // Материалы II Российского форума «Мать и Дитя». Москва 18-22 сентября 2000г. – С. 191-192.
2. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А., Попов А.А. Оперативная гинекология. Москва. 2013. С. 151-192.
3. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. Гинекология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-медиа, 2009. С. 478.
4. Курбанов Б. Б. Современная хирургическая тактика лечения пролапса гениталий и стрессового недержания мочи // РМЖ. Мать и дитя. – 2018. – Т. 1. – №. 1.
5. Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Федоров Г.И. Анализ причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения ректоцеле и пути их устранения // Хирургия. – 2004. – №4. – С. 27-29.
6. Пучков К.В., Иванов В.В., Баков В.С., Усачев И.А. Оптимизация техники хирургического лечения тазового пролапса // Малоинвазивные технологии в хирургии: материалы межрегион. науч.-практ. конф. - Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005. - С.159-160.
7. Пучков К.В., Хубезов Д.А., Политова А.К. Лапароскопическая ректо- и сакровагинопексия у пациенток с сочетанием ректального пролапса и выпадением матки // Актуальные проблемы современной хирургии: тр. конгр., Москва, 22-25 февр. 2003 г. – М., 2003. - С.36.
8. Пучков К.В., Черноусова Н.М., Филимонов В.Б., Васин Р.В., Андреева Ю.Е. Коррекция генитального пролапса и недержания мочи при напряжении у женщин с помощью современных синтетических имплантов // Журн. акушерства и женских болезней.-2007.-Т. 57 (спец. вып.). - С.204-206.
9. Kurbanov B. The Modern Surgical Tactics of Vaginal Hysterectomy // REPRODUCTIVE SCIENCES. – 2455 TELLER RD, THOUSAND OAKS, CA 91320 USA : SAGE PUBLICATIONS INC, 2019. – Т. 26. – С. 316A-316A.
10. Puchkov K.V., Filimonov V.B., Vasin R.V. Correction of pelvic floors prolapse and women under tension enuresis // Abstracts book of the 16-th EAES Congress 2008 with the help of up-to-date implants, 11-14 July, 2008, Stockholm, Sweden. – P.208-209.
11. Glavind K., Madsen H. A prospective study of the discrete fascial defect rectocele repair // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. – 2000. – Vol. 2. – P. 145-147.
12. Lo T.S. et. al. Repair of recurrent vaginal vault prolapse using sacrospinous ligament fixation with mesh interposition and reinforcement // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. – 2005. – Vol. 10. – P. 992-995.

ПРОБЛЕМА ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ КУЛЬТИ ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ГИСТЕРОЭКТОМИИ

Собирова М.Р., Курбанов Б.Б., Курбанов Д.Д.

Пролапс гениталий у женщин, на сегодняшний день является одной из актуальных проблем хирургической гинекологии. В нашей Республики встречаемость заболевания неуклонно растет с каждым днем. Поиск современных хирургических технологий в устранении проблемы является важной задачей врачей гинекологов. Особенно учитывая большой риск послеоперационных осложнений. Одним из грозных осложнений является опущение и выпадение культи влагалища. В данной статье описан современный взгляд на данную проблему. Приведен подробный анализ современной отечественной и иностранной литературы.

Ключевые слова: генитальный пролапс, проленовая лента, хирургия, опущения, выпадения.

O'SMIR QIZLARDA QIN NUQSON MUAMMOLARI

Suinov F.X., Jalolov R.K., Sobirova M.R.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Qizlardagi qin nuqsonlari bolalar va o'spirinlarning reproduktiv salomatligini eng dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. Har yili turli xil organlar va tizimlarning nuqsonlari ko'payib boradi, reproduktiv tizimdagi nuqsonlar 4% ni tashkil qiladi (E.A. Bogdanova, 2000; O.M. Barnokulov, 2003).

Ko'pincha qinning to'liq yoki qisman aplaziyasi, shuningdek, bachadon va qinning ikkilanishi qinlardan birining aplaziyasi bilan topiladi. Ushbu patologiyaning yuqori darajadagi ko'rinishiga qaramay, ko'pincha menarxiyagacha sezilmaydi yoki kattalar davrida aniqlanadi, bu esa bolalarda qin malformatsiyasining yetarlicha aniqlanmagan klinik xususiyatlari, nuqsonlarni aniqlashdagi diagnostika xatolari va erta tashxis qo'yishdagi qiyinchiliklar bilan bog'liq (A.S. Garden, 2001) ; V.N.Nemidov, 2006). A.Z.ning so'zlariga ko'ra. Xashukoeva (1998), E.A. Bogdanova, V.I. Kulakov (2005), ayol jinsiy organlarining malformatsiyalari ko'pincha boshqa organlar va tizimlarning nuqsonlari bilan birlashtiriladi, ko'pincha siydik tizimining anomaliyalari 10% dan 100% gacha. Kamroq tez-tez uchraydigan reproduktiv va siydik tizimlarining anorektal anomaliyalari va mushaklar-skelet tizimining patologiyalari bilan birlashishi mavjud (S.Ya. Doletskiy va boshq., 1976; VNDemidov, 2006; V. McKusick va boshq., 1964; WH Xendren, 1998; Albert Davida va boshq., 1999; A. Pena, 2004; E. Makken va boshq., 2006), bu embrion rivojlanishining o'ziga xos xususiyatlari, ushbu organlar va tizimlarning bir vaqtning o'zida o'rnatilishi bilan bog'liq (LV Adamyan, AZ Xashukoeva, 1998).

Qin, mushak-skelet tizimi va siydik chiqarish tizimining murakkab birlashtirilgan nuqsonlari alohida e'tiborga loyiqdir. Ushbu patologiyaning kamdan-kam uchraydiganligi, boshqa organlar va tizimlarning qo'shma kasalliklari va nuqsonlari turlicha bo'lganligi sababli tashxis qo'yish qiyin. Bu to'liq bo'lmagan va o'z vaqtida tashxis qo'yishga, noto'g'ri davolash va davolanishga, 23-24% hollarda asossiz jarrohlik aralashuvlarga va natijada asoratlarga olib keladi (V.F.Kokolina, T.M. Glybina, 1982; E.A. Bogdanova va boshq., 1985; EA Chekina, 1988; J.I.B. Adamyan, V.I. Qulakov, AZ Xashukoeva, 1998; EV Uvarova va boshq., 2006; VNDemidov, 2006; Alen Verloes va boshq., 1999; LG Biesecker va boshq., 2006).

Ko'pgina hollarda, qin nuqsoni bo'lgan qizlar shoshilinch ravishda og'riq sindromi, ba'zan siyish va defekatsiya buzilishi bilan kasalxonaga yotqiziladi, bu ko'pincha diagnostika xatolariga, asossiz va tez-tez takrorlanadigan operatsiyalarga olib keladi. Ko'pincha, shunga o'xshash alomatlar menarx davrida ro'y beradi, ammo yangi tug'ilgan chaqaloqlarda mukokolpos, gidrometrokolpos rivojlanishi tufayli ham mumkin. Menarx paytida «o'tkir qorin» klinikasi gematokolpoz, gematometra, gematosalpinks kabi asoratlarning rivojlanishiga bog'liq bo'lib, bu jarrohlik muolajani o'tkazish zarurati, shu jumladan shoshilinch holat bo'yicha qaror qabul qilishda tez tibbiy yordamni talab qiladi. Tashxisning qo'yishning murakkabligi sababi «o'tkir qorin» sabablarining xilma-xilligida va maqbul boshqaruv taktikasini ishlab chiqish uchun vaqt yetishmasligida va tezkor va samarali diagnostika choralarini ko'rishda, zudlik bilan davolanishda.

Vaginal nuqsonli bemorlarni davolash asosan tez-tez favqulodda vaziyatda jarrohlik usullari bilan amalga oshiriladi. Vaginoplastikaning ko'plab usullari mavjud va ularning barchasi o'zlarining kamchiliklariga ega, shuning uchun qinning ochiqligini tiklashdan eng maqbul usul yo'q. Qisman qin aplaziyasi bilan uning o'tkazuvchanligini tiklash aplaziya sohasi uning uzunligiga bog'liq. Ushbu operatsiyaning mohiyati aplaziya sohasini ajratish va qinning yuqori va pastki qismlarini birlashtirishdan iborat (EA Bogdanova va boshq., 1991; JI.B. Adamyan va boshq., 2004). Agar qin aplaziyasining kengaygan joyi bo'lsa, ajratilgan qinning yuqori va pastki qismlarini oddiy birlashishi ko'pincha operatsiyadan keyingi birinchi kunlarda tikuvlarning ochilishiga, chandiq paydo bo'lishiga va bu sohalar orasidagi aloqaning yopilishiga olib keladi. Agar bachadon va qinning ikkilanishi bo'lsa, gematokolpoz shakllanishi bilan qindan birining aplaziyasi bo'lishi mumkin. Amaldagi qinning mavjudligi operatsiyani qisman aplastik qin devorining eksiziyasi bilan cheklashga imkon beradi, bu esa hayz ko'rish qonining ikkinchi qindan to'siqsiz chiqib ketishiga imkon beradi (AG Qurbanova, 1983; EA Bogdanova va boshq., 1990; JI.B. Adamyan va boshq., 2004). Vaginal to'liq aplaziya uchun ko'plab jarrohlik muolajalar mavjud. Sun'iy qin yaratishda etakchi usullar Küstner (1893), Grossmann (1947), JI.A.ga ko'ra turli xil modifikatsiyalarda teri kolpopoyezidir. Kozlov (1972), shuningdek, hozirgi kunda keng tarqalgan peritoneal kolpopoez (Davydov tomonidan ishlab chiqilgan uslublar, 1969, 1989; Fridberg, 1974; JI.B. Adamyan va boshq., 1992). Ichakdagi kolpopoezni birinchi marta Rossiyada 1892 yilda V.F. Snegirev va 1904 yilda D. Bolduin tomonidan keyinchalik ko'plab jarrohlar uni takomillashtirdilar (M.S.Aleksandrov, 1955; E.E. Gigovskiy, 1963; A.B. Okulov va boshq., 1989; B.B. Negmadjanov, 1991; V.I. Kulakov va boshq., 1990). Bundan tashqari, jarrohlik bo'lmagan usullar Sherstnev usuli (1967) yoki Vekchiatti usuli (1980) bo'yicha kolpoelongatsiya shaklida qo'llaniladi. Vaginal rivojlanish patologiyasini tuzatish uchun juda ko'p usullar mavjud bo'lsa-da, qizlarda u yoki bu usulni tanlash afzalligi hozirgacha aniq emas. Vaginal malformatsiyalarni klinikasi, diagnostikasi va davolash bo'yicha mavjud bo'lgan adabiyot ma'lumotlariga qaramay, muammoning ko'plab masalalari yetarlicha o'rganilmagan. Shunday qilib, hozirgi kunga qadar, bachadon va qinning malformatsiyasining umumiy qabul qilingan tasnifi mavjud emas, bu esa terminologiyada chalkashlikka olib keladi. Jinsiy nuqsonlarning noto'g'ri terminologiyasi diagnostika va davolashga, shuningdek tuzatish usullarining nomiga ta'sir qiladi. Ko'pincha adabiyotda siz "Transvers vaginal septum" kabi atamani topishingiz mumkin, ammo qisman vaginal aplaziyadan boshqa narsa yo'q. Patologiyaning noto'g'ri talqini jarrohning noto'g'ri harakatlariga va natijada keyingi asoratlarga olib keladi. Bachadon va qinning ikkilanishi, qizlik pardasi atreziiyasi bilan o'xshash holat.

Vaginal malformatsiyalar diagnostikasi yoshi va ko'lami bilan bog'liq munozarali muammolar mavjud. Terapiya uchun eng maqbul yosh va uning eng oqilona usuli to'g'risida hali ham bir fikrga kelilmagan. Afsuski, ko'pincha jarrohlik usulini tanlash jarrohning imkoniyatlari va hohishiga to'g'ri keladi, shu bilan birga har bir bemorning xususiyatlari hisobga olinmaydi. Bu ko'p jihatdan bir nechta nuqsonlari bo'lgan bemorlarni ko'pincha urologik, ortopedik, proktologik va ginekologik muassasalarda tekshirilishi bilan bog'liq. Mamlakatda bolalar uchun ginekologik muassasalar juda kam bo'lganligi sababli, reproduktiv tizimning patologiyasi keksa yoshda aniqlanadi va davolanadi, qoida tariqasida asoratlar paydo bo'lganda prognoz yomonlashadi. Laparoskopiya diagnostika va davolash usuli sifatida mamlakatda keng tarqaldi, ammo uning qizlarda bachadon va qinning malformatsiyasini tashxislash va davolashda uning roli yetarli darajada yoritilmagan.

Xulosa: Qizlardagi qin nuqsonlari reproduktiv salomatligini eng dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. Shuning uchun, qizlarda qin nuqsonlari turlarini erta aniqlash, diagnostika va davolashning ratsional usullarini ishlab chiqish, davolash chora tadbirlarini tanlashda eng maqbul yoshni tanlash lozimdir. Ushbu maqolada ushbu muammoga zamonaviy nuqtai nazar taqdim eildi. Zamonaviy mahalliy va xorijiy adabiyotlarning batafsil tahlili berilgan.

Adabiyot

1. Adamyan L.V., Baran N.M., Bogdanova E.A., Glybina T.M. Qizlarda bachadon va qinning malformatsiyasi. «ONA VA BOLA» IX Butunrossiya ilmiy forumi materiallari. Moskva. 2007 yil 2-5 oktyabr - S. 311 - 312.
2. Adamyan L.V., Baran N.M., Bogdanova E.A., Glybina T.M. Qizlarda bachadon va qinning malformatsiyasini diagnostikasi va davolash. Pediatriya va o'spirin ginekologlarining XI Yevropa Kongressi materiallari. Sankt-Peterburg. 2008 yil 11-14 iyun - S. 55 - 56.
3. Adamyan L.V., Baran N.M., Bogdanova E.A., Glybina T.M. Qizlarda to'liq va qisman qin aplaziyasi diagnostikasining xususiyatlari. «Ginekologiyada XXI asr texnologiyalari» endoskopiyasi va robotlashtirilgan jarrohlik kursi bilan XXI Xalqaro Kongress materiallari. Moskva. 2008 yil 9-12 iyun - S. 153.
4. Adamyan L.V., Bogdanova E.A., Baran N.M., Glybina T.M. Qizlarda bachadon va qin nuqsonlari tuzilishi. «Ginekologik kasalliklar diagnostikasi va davolashning zamonaviy texnologiyalari» endoskopiyasi kursi bilan XX yubiley xalqaro kongressi materiallari. Moskva. 2007 yil 4-7 iyun - 278 - 279 betlar.
5. Adamyan JI.B., Bogdanova E.A., Glybina T.M., Baran N.M. Makkusik-Kaufman sindromi bo'lgan qizlarda bachadon va qinning malformatsiyasi. // Reproduksiya muammolari. - 2008. - № 1. - S. 81 - 84.
6. Adamyan JI.B., Bogdanova E.A., Glybina T.M., Baran N.M. Qizlarda qinning qisman aplaziyasi. Reproduktiv tibbiyot bo'yicha III Xalqaro Kongress materiallari «Oilaning reproduktiv salomatligi». Moskva. 2009 yil 19-22 yanvar - S. 142.
7. Adamyan JI.B., Poddubniy I.V., Fayzulin A.K., Glybina T.M., Fedorova E.V., Bogdanova E.A., Baran N.M. Siydik ayirish tizimining

og'ir qo'shma nuqsonlari bo'lgan qizlarni davolash usullarining evolyutsiyasi. Reproductive tibbiyot bo'yicha III Xalqaro Kongress materiallari «Oilaning reproduktiv salomatligi». Moskva. 2009 yil 19-22 yanvar - S. 141-142.

8. Baran N.M., Bogdanova E.A. Qizlardagi genetal malformatsiyalarning retrospektiv tahlili. «Reproduktiv oila salomatligi» reproduktiv tibbiyot bo'yicha II Xalqaro Kongress materiallari. Moskva. 2008 yil 21-24 yanvar - P. 157-158.

9. Bogdanova E.A., Glybina T.M., Baran N.M. Makkusik-Kaufman sindromiga xos bolalarda bachadon va qinning malformatsiyasi. «Ginekologik kasalliklar diagnostikasi va davolashning zamonaviy texnologiyalari» endoskopiyasi kursi bilan XX yubiley xalqaro kongressi materiallari. Moskva. 2007 yil 4-7 iyun - p. 284 -285.

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ТОШНОТЫ И РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ

Таджибаева М.Р., Абдуразакова М.Д.

ХОМИЛАДОРЛАРДА КЎНГИЛ АЙНИШ ВА ҚУСИШ СИНДРОМИ РИВОЖЛАНИШИДА СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТНИНГ АХАМИЯТИ

Тожибоева М.Р., Абдуразакова М.Д.

THE ROLE OF CHRONIC CHOLECYSTITIS IN THE DEVELOPMENT OF NAUSEA AND VOMITING SYNDROME IN PREGNANT WOMEN

Tadjibaeva M.R., Abdurazakova M.D.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучение роль хронического холецистита в развитии синдрома тошноты и рвоты беременных. **Материалы и методы исследования:** проведено ретроспективное исследование беременных, которые разделены на две группы. В основную группу входят 37 пациентов с ранним токсикозом средней и тяжелой степеней, в контрольную группу 20 здоровых беременных, у которых не была рвота больше 2 раза в день. **Результаты:** по полученным данным преобладают факторы, способствующие развитию раннего токсикоза, такие как, молодой возраст, низкий социально-экономический статус, вынашивание плода женского пола или многоплодная беременность, дисменорея, перенесенный в детстве вирусный гепатит А. Сопутствующие заболевания, наиболее сильно связанные с ранним токсикозом тяжелой степени были хронический холецистит, анемия, дисфункция щитовидной железы, ожирение 1-2 степени. **Выводы:** среди соматических патологий хронический холецистит в большинстве случаев привел к более тяжелому течению синдрома тошноты и рвоты беременных.

Ключевые слова: ранний токсикоз, синдром тошноты и рвоты, беременность, хронический холецистит.

Тадқиқот мақсади: хомиладорлар кўнғил айниши ва қусиши синдроми ривожланишида сурункали холециститнинг ахамиятини ўрганиш. **Тадқиқот материали ва усуллари:** иккита гуруҳга ажратилган хомиладорларни ретроспектив усулда текширилди. Асосий гуруҳга 37 та эрта токсикознинг ўрта ва оғир даражаси билан даволанган хомиладор аёллар, назорат гуруҳига 20 та қусишлар сони кунига 2 мартадан ошмаган соғлом хомиладор аёллар киритилди. **Натижалар:** олинган маълумотларга кўра эрта токсикозлар ривожланишига туртки бўлувчи омиллар ичида эрта ёшдаги хомиладорлик, хомилани қиз жинсли бўлиши, эгиз хомиладорлик, дисменорея, болаликда ўтказган вирусли гепатит А устунлик қилади. Оғир даражали эрта токсикозлар билан кучли боғлиқлиги бўлган ёндош касалликлар ичида сурункали холецистит, камқонлик, қалқонсимон без дисфункцияси, семизликни 1-2 даражаси кўп учради. **Хулоса:** кўп холатларда хомиладорларни кўнғил айниши ва қусиши синдроми сурункали холецистит фониди оғир кечиши аниқланди.

Калит сўзлар: эрта токсикоз, кўнғил айниши ва қусиши синдроми, хомиладорлик, сурункали холецистит

Актуальность. Тошнота и рвота во время беременности - наиболее частое заболевание во время беременности, которым страдают до 80% беременных женщин [4]. Хотя от 50 до 90% женщин испытывают ту или иную форму тошноты и рвоты в течение первого триместра, тяжелая степень рвоты или чрезмерная рвота беременных (ЧРБ) появляется только в 0,5–3% всех беременностей. Поскольку (ЧРБ) обычно разрешается около 20 недели беременности [6]. Тяжелая тошнота и рвота может приводить к обезвоживанию, венозным тромбозом, депрессии матери и синдром ограничения роста плода и задержке нервного развития плода [2]. Различные теории предполагают, что гормональная дисфункция, многоплодная беременность, генетическая предрасположенность и соматические заболевания являются факторами риска развития синдрома тошноты и рвоты [3]. Хронический бескаменный холецистит (ХБХ); также известный как дискинезия желчного пузыря [5] является факторами рисками развития раннего токсикоза. В основе дискинезии желчного пузыря лежит нарушение их двигательной активности и это определяет клинические проявления хронического холецистита у беременных, а не воспаление [1].

Материал и методы исследования. Мы ретроспективно проанализировали истории родов 37 беременных в возрасте от 21 до 39 лет, которые прошли стационарное лечение с диагнозом «ранний токсикоз»,

«тошнота и рвота беременных», «рвота беременных» в отделении гинекологии АГК №9 г.Ташкента с января 2018 по январь 2019 года.

Пациенты включались в исследование следующим критериям: одноплодная беременность, подтверждено УЗИ в первом триместре; прием в больницу для лечения тошноты/рвоты и наличие лаборатории аномалии, такие как кетонурия или электролитные нарушения (гипокалиемия, гипомагниемия). Пациенты были разделены на 2 группы: В основную группу входят 37 пациентов с ранним токсикозом средней и тяжелой степени, в контрольную группу 20 здоровых беременных, у которых не была рвота больше 2 раза в день.

Результаты исследования: Среди беременных моложе 18 лет, старше 35 лет не было. Большинство беременных госпитализировали в первом триместре (71% беременных), 25% во втором и 4% в третьем триместрах. Пик госпитализации с тошнотой и рвотой совпадали на восьмую неделю беременности. Включено среднюю и тяжелую степени, 28 (75%) были средней, 9 (25%) - тяжелой. Не было госпитализировано пациентов с легкой формой, потому что, легкая степень тошноты и рвоты не является показанием к госпитализации. При распределении больных исследования в соответствии с образовательным статусом, было обнаружено, что 86% пациентов были домохозяйками, 4% - служащими и 10% были студентами. Большинство пациентов 31 (83,7%) имели положительный семейный анамнез по ранним токсикозом.

В этом исследовании 70,83% имели нормальный индекс массы тела (ИМТ), 7,63% имели недостаточный вес и 19,44% имели избыточный вес.

Из гинекологического анамнеза выяснились у 75,6% женщин была дисменорея во время менструации ранее, а у остальных 24,4% ее не было. Таким образом, дисменорея может быть одним из факторов риска развития синдрома тошноты и рвоты. Среди 37 беременных у 43,2% были медицинские аборт, у 5,4% синдром ограничения роста плода (СОРП), 16,2% преждевременные роды.

При пальпации живота у 24,3% больных выявляется болезненность в правом подреберье и в эпигастриальной области. У 5,4% беременных был диагноз тиреотоксикоз, поставленный эндокринологом до беременности.

Только 29 из 37 (78,3%) пациентов имеющие функциональные пробы печени, во время лечения, из которых 13 пациентов (35%) имели один или несколько показателей (повышение активности аминотрансфераз, повышение уровня билирубина в сыворотке крови, появление билирубина в моче (билируинурия)) функции печени с отклонениями от нормы. Всем пациентам было проведено ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря, наиболее частым отклонением от нормы является билиарный сладж (застой) у 43,2% пациентов. Другие аномалии желчного пузыря включали полипы (5,4%), утолщение стенок (48,6%) и положительный сонографический признак Мерфи (18,9%).

Вывод: многие признаки, выявленные у беременных с ранним токсикозом средней и тяжелой степени показывают роль хронического некалькулезного холецистита. Некалькулезный холецистит - редкая, но потенциальная причина тяжелой трудноизлечимой тошноты и рвоты у беременных.

Литература

1. Сыродеева Ю.А. Аналитический обзор и клинический опыт психоэтиологических факторов диагностики заболевания желчевыводящих путей осложненной беременностью. Известия Самарского научного центра Российской академии наук, т. 16, №2 (2), 2014
2. Fejzo MS, Magtira A, Schoenberg FP, Macgibbon K, Mullin PM. Neurodevelopmental delay in children exposed in utero to hyperemesis gravidarum. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2015;189: 79 – 84.
3. Fiaschi, L., Nelson-Piercy, C., & Tata, L. J. (2016). Hospital admission for hyperemesis gravidarum: a nationwide study of occurrence, reoccurrence and risk factors among 8.2 million pregnancies. Human Reproduction, 31(8), 1675–1684. doi:10.1093/humrep/dew128
4. Koren, G., & Cohen, R. (2020). Measuring the severity of nausea and vomiting of pregnancy; a 20-year perspective on the use of the pregnancy-unique quantification of emesis (PUQE). Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1–5. doi:10.1080/01443615.2020.1787968
5. Kwatra, Neha S.; Nurko, Samuel; Stamoulis, Catherine; Falone, Anthony E.; Grant, Frederick D.; Treves, S. Ted// Chronic Acalculous Cholecystitis in Children With Biliary Symptoms: Usefulness of Hepatocholescintigraphy, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition: January 2019 - Volume 68 - Issue 1 - p 68-73 doi: 10.1097/MPG.0000000000002151
6. Progressive Nausea and Vomiting in Pregnancy: Eliminate Neurological Causes-A Case Report Rosalie SN Linssen, Annelies Verdonkschot, Jelle de Kruijk, W Peter Vandertop.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ДИФИЦИТ ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Темирова У.В., Иноятова Н.М.

ПОСТМЕНОПАУЗАЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА D ВИТАМИНИ ЕТИШМОВЧИЛИГИГА ҲАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ

Темирова У.В., Иноятова Н.М.

THE INFLUENCE OF RISK FACTORS ON VITAMIN D DEFICIENCY IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

Temirova U.V., Inoyatova N.M.

Жинсий гормонларни ёшга боғлиқ пасайиши шароитида, постменопаузал даврда аёллардаги қатор патологик ҳолатлар ва касалликлар асосида яна бир муҳим гармон - D гормони этишмаслиги ётади. Мамкалатимизнинг географик жойлашуви ва йтарлича ультрабинафша нурланиш борлигига карамай, постменопаузал ёшдаги аёллар уртасида витамин D этишмовчилиги кузатилади. Витамин D этишмовчилигига олиб келадиган ҳавф омиллари етарлича - сахарларда тутун ва чанг мавжудлиги, қуёш нурларини етарлича таъсир қуратмаслиги, витамин D га бой маҳсулотларни етарлича қаъбул қилмаслик, ошқозон-ичак тизими ва экскретор тизим билан боғлиқ муаммолар ва бошқалар. Витаминнинг деполанишини камайтирадиган муҳим омил - ортиқча тана вазни ва семизлик, айниқса кекса ёшда- бунда барча сурилиш жарайонлари пасаяди. Бизнинг тадқиқотимизнинг мақсади – витамин D этишмовчилиги булган аёлларда ҳавф омилларини ўрганиш ва шунинг асосида гиповитаминозни адекват коррекциялаш. Биз постменопаузал ёшдаги 46та аёлда қон зардобидидаги умумий 25(OH)D ни ўргандик, ҳавф омилларини аниқладик. 86.96% аёлда витамин D этишмаслиги, 10,87% да эса унинг нисбатан этишмаслиги аниқланди. Бунда витаминнинг оғир этишмовчилиги бирорта ҳам аёлда кузатилмаган. Ортиқча вазн 32.6%да, семизлик 26,1% да кузатилди. Қўрсаткичларни ҳисобга олган витамин D этишмовчилигини коррекциялаш учун тавсиялар берилди. Постменопаузал ёшдаги барча аёлларга, айниқса танқислигига мойиллик борларга витамин D нинг асосий даражасини аниқлаш тавсия этилди. Юрак-қон томир ва онкокасаликларни ҳавфини камайтириш учун витамин этишмаслигини медикаментоз коррекциялаш тавсия этилди.

Калит сўзлар: витамин D, постменопаузал ёшдаги аёллар, ҳавф омиллари, семизлик, гиповитаминоз, коррекциялаш.

In conditions of age-related decline in sex hormones, a number of pathological conditions and diseases in postmenopausal women are based on the deficiency of another important hormone, the D hormone. Despite the geographical location of our country and the presence of sufficient ultraviolet radiation, women of postmenopausal age have an insufficient content of vitamin D. There are many risk factors leading to vitamin D deficiency - the presence of smog and dust in cities, insufficient exposure to sunlight, insufficient consumption of foods fortified with vitamin D, the presence of problems with the gastrointestinal tract and excretory system, and others. An important factor that reduces the deposition of vitamin is excess body weight and obesity, especially in combination with old age, when all absorption processes are reduced. The aim of our study was to study risk factors in women with vitamin D deficiency and, on the basis of these data, recommendations for adequate correction of hypovitaminosis. We examined the level of total 25 (OH) D in the blood serum in 46 postmenopausal women, and identified risk factors. Vitamin D deficiency was detected in 86.96% of women, and its deficiency was registered in 10,87%. At the same time, a pronounced vitamin deficiency was not registered in any patient. Overweight was registered in 32.6%, obesity of varying degrees in 26.1%. Taking into account the indicators, recommendations were given for correcting vitamin D deficiency. All postmenopausal women, especially those with risk factors for deficiency, are recommended to determine the baseline level of vitamin D. In case of deficiency, drug correction is recommended to reduce the risk of cardiovascular and oncological diseases.

Key words: vitamin D, postmenopausal women, risk factors, obesity, hypovitaminosis, correction

Витамин D еще недавно был известен как регулятор кальций-фосфорного обмена и работы остеокластов и остеобластов, а также влияющий на абсорбцию кальция в кишечнике. Однако в последнее время появилось достаточно много информации по влиянию витамина D на другие физиологические показатели организма, как женщин, так и мужчин [9, 14]. Витамин D по своей химической структуре схож с прогестероном. На сегодняшний день считается стероидным гормоном с прогестерон-подобной активностью и влияние его на организм велико [3]. В литературе достаточно информации о влиянии на репродуктивную функцию – поддержание лютеиновой фазы, обеспечение рецептивности эндометрия, противовоспалительное действие, а также влиянии на течение беременности – снижение частоты преждевременных родов и поздних самопроизвольных выкидышей, малого веса новорожденного [1,2,4,12]. Учитывая ассоциацию дефицита витамина D со снижением фертильности, а также с ухудшением материнских и перинатальных исходов беременности рекомендуется нормализация его показателей в предгравидарной подготовке [4,10]. Появляется больше доказательств того, что гиповитаминоз витамина D приводит к увеличению частоты раковых, аутоиммунных и сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, имеется связь с ожирением [6,11]. Недостаточность витамина D действительно является глобальной проблемой.

Витамин D в 80-90% поступает в организм через кожу, небольшая его часть поступает с едой. Выделяют разновидности витамина D - D3 (холекальциферол) и D2 (эргокальциферол). D3 (холекальциферол) называют «солнечным», так как он образуется в коже благодаря воздействию ультрафиолета. Для этого детям и взрослым следует находиться на солнце около 15–30 минут несколько раз в неделю. Однако интенсивное продуцирование витамина D происходит в часы, вредные для здоровья – с 11:00 до 14:00, когда коже необходима защита. Ультрафиолетовое излучение от солнца состоит из UVA- и UVB-лучей. Синтез витамина D активнее запускается при наличии UVB-излучения (хотя считается более агрессивным, не пропускает

стекло). D2 (эргокальциферол) поступает в организм вместе с привычной едой, к сожалению не так много продуктов питания животного происхождения, обогащённых витамином D [13].

Несмотря на то, что географическое расположение Узбекистана на 41 широте, это ниже 35 параллели северной широты; в зоне умеренной инсоляции, солнечная страна, где имеется в достатке ультрафиолетового излучения, однако дефицит витамина D встречается часто. С чем же это связано? Причин дефицита в Узбекистане много. В первую очередь, у жителей крупных городов в атмосфере имеется большой слой смога и пыли («пылевая подушка») – это мешает УФ лучам пробиться. Во-вторых, недостаточное потребление продуктов с полиненасыщенными жирными кислотами (жирные сорта рыбы). В третьих, недостаточное пребывание на солнце, темный цвет кожи, закрытая одежда также являются факторами риска на дефицит витамина D. Также нарушение абсорбции витамина D за счет желудочно-кишечных заболеваний (синдром мальабсорбции, болезнь Крона, панкреатит, холестаз и тд), длительный прием глюкокортикоидов, заболевания печени и почек, когда нарушаются процессы гидроксирования витамина D [7,8]. Наличие ожирения также является фактором, при котором депонирование витамина D происходит в жировой ткани. Данные факторы риска наиболее часто встречаются в старшей возрастной группе, соответственно, группой риска являются женщины в возрасте старше 50 лет. Пожилой возраст является также фактором риска на гиповитаминоз, данный факт связывают со снижением продукции витамина D в коже, всасывания витамина D в кишечнике, числа VDR-рецепторов в мышечной ткани и функциональной активности почек, что в свою очередь усугубляет дефицитное состояние.

Климактерический возраст характеризуется истощением яичников, снижением выработки стероидных гормонов. Около 1/3 жизни женщины приходится на период менопаузы, в среднем это не менее 15-20 лет. В свою очередь для менопаузального возраста характерны определенные проблемы: от ранних психовегетативных нарушений, урогенитальных проблем и изменений в коже до поздних сердечно-сосудистых нарушений, остеопороза и болезни Альцгеймера [11]. Для данного возраста наиболее частой причиной смертности является ишемическая болезнь сердца. Таким образом, сочетание проблем менопаузального возраста и дефицита витамина D, диктует необходимость поиска факторов риска и своевременной коррекции в данной возрастной группе.

Учитывая вышеизложенное, нами проведено обследование 46 женщин постменопаузального возраста. Целью нашего исследования явилось - изучение факторов риска у женщин с дефицитом витамина D и на основании этих данных рекомендации адекватной коррекции гиповитаминоза. Обследование женщин проводилось в поликлинике Городского Перинатального центра.

Методы исследования: оценка уровня общего 25(OH)D в сыворотке крови. Определение количественного 25-ОН витамина D в сыворотке крови проводилось хемилюминесцентным иммуноанализом *in vitro* с помощью автоматического хемилюминесцентного иммунологического анализатора серии MAGLUMI. Для интерпретации результатов нами были использованы наиболее часто рекомендуемые нормативы концентрации 25(OH) витамина D: показатель до 10 нг/мл (25 нмоль/л) интерпретируется как выраженный дефицит, 11-20 нг/мл (50 нмоль/л) говорит о дефиците, 21-30 нг/мл (51-75 нмоль/л) – недостаточность, при показателях свыше 30 нг/мл (75 нмоль/л) концентрация витамина D имеет адекватный уровень. При профилактике и лечении рекомендуется придерживаться целевого уровня в диапазоне 30-60 нг/мл (75-150 нмоль/л).

Результаты исследования: возраст обследованных женщин составил от 49 до 70 лет. Средний возраст составил 56,1 лет. Женщин пожилого возраста (старше 60 лет) в обследуемой группе было 8 (17,4%), они являются группой риска на выраженный дефицит витамина D.

Возраст менопаузы составил от 1 года до 20 лет. Из группы обследуемых женщин ранняя менопауза (40-45 лет) развилась у 9 (19,6%) женщин, у 1 (2,2%) женщин в 56 лет - поздняя, у остальных 36 (78,3) женщин – своевременная.

Определение уровня общего 25(OH)D в сыворотке крови у 46 женщин постменопаузального возраста выявило следующие значения (табл. 1). Адекватный уровень витамина D 67,77 нг/мл зарегистрирован только у пациентки 53 лет, которая принимала препараты в профилактической дозировке в течение последних 4 месяцев. Средние показатели уровня 25(OH)D сыворотки в группе с дефицитом составили 16,39±3,87, в группе с недостаточностью – 23,96±2,4.

Таблица 1

Витамин D-статус исследуемых женщин



Нами выявлено, что у 97,8% исследуемых женщин, проходивших обследование, обнаружены сниженные уровни витамина D в сыворотке крови (табл.2). Из них недостаточность витамина D была зарегистрирована у 10,87% женщин обследуемой группы. При этом выраженный дефицит витамина не был зарегистрирован ни у одной пациентки из группы, что говорит о поступлении витамина в организм. У 86,96% женщин выявлен дефицит витамина D в сыворотке крови, что соответствует представлениям о частой встречаемости сниженного витамин D-статуса.

Таблица 2

Витамин D-статус по выявленным группам

Уровень 25(OH)D сыворотки	Количество человек	% от всех исследуемых
Выраженный дефицит витамина D	0	0%
Дефицит витамина D	40	86,96%
Недостаточность витамина D	5	10,87%
Адекватный уровень витамина D	1	2,17%

Следующим этапом обследования было выявление факторов риска, которые приводят к дефициту витамина D. С учетом возможных корректив факторов риска, даны рекомендации в коррекции гиповитаминоза для уменьшения в дальнейшем осложнений у данной категории женщин.

В группу риска на дефицит витамина D входит пожилой возраст; люди с темным оттенком кожи; другие факторы, при которых встречается недостаточное воздействие ультрафиолетовых лучей. То есть это факторы, при которых даже при адекватном наличии или поступлении «солнечного» витамина, развивается дефицит витамина. Выше было сказано, что в обследуемой группе у 17,4% дефицитное состояние связано было с одним из факторов, таких как пожилой возраст. У 11 (23,9%) женщин из исследуемой группы имели темный оттенок кожи. Основным источником витамина D является образование его под воздействием УФ лучей, которое усугубляется при недостаточном их воздействии, связанным с закрытой одеждой. Данный факт выявлен у каждой второй пациентки, у 24 (52,2%) женщин постменопаузального возраста.

Избыточная масса тела и ожирение также приводит к повышению распространения дефицита витамина D. Для менопаузального возраста характерно увеличение массы тела, за счет сниженного обмена веществ и недостаточной физической нагрузки. С момента прекращения функции яичника у женщин в три раза больше возрастает число женщин с метаболическим синдромом. Ожирение в менопаузе сопровождается уменьшением массы, не содержащий жир, включая мышечную массу. Дефицит витамина D наблюдается за счет депонирования в жировую массу, таким образом, развивается порочный круг, разорвать который можно лишь при адекватной коррекции дефицита витамина D и снижения веса. В группе обследуемых женщин индекс массы тела был в норме (ИМТ 19,8-24,9) у 19 женщин (41,3%), избыток массы тела (25-29,9) встречался у 15 женщин (32,6%). У 12 (26,1%) женщин было зарегистрировано ожирение (30 и более) различной степени. При этом ожирение 1 ст. (ИМТ 30-34,9) диагностировано у 8 (17,4%) женщин, ожирение 2 ст. (ИМТ 35-39,9) – у 3 (6,5%) женщины, ожирение 3 ст. (ИМТ 40-44,9) - у 1 (2,2%) женщины. Обращает на себя внимание тот факт, что у группы женщин с ожирением показатели витамина D колебались в пределах низких значений от 11,8 до 14,36 нг/мл, то есть у всех пациенток был дефицит витамина. Общеизвестно, что ожирение приводит к повышенному риску метаболических и сердечно-сосудистых заболеваний, онкозаболеваний, это приводит к увеличению риска смертности в этой группе. Исследования показывают, что при дефиците витамина D снижение веса проблематично. По данным ВОЗ дефицит витамина D увеличивает риск раковых заболеваний, таких как рак эндометрия, молочной железы, яичников, пищевода, желудка, печени, желчного пузыря, почки, толстой кишки, хондросаркомы и неходжкинской лимфом [4,14]. В обследуемых группе женщин было зарегистрировано у 2 женщин рак молочной железы, 1 женщина с неходжкинской лимфомой, что составило 6,5%, у этих пациенток также наблюдался дефицит витамина D (от 14,36 до 17,76 нг/мл).

При изучении анамнеза у данной категории женщин показывает ряд проблем как в акушерско-гинекологическом, так и соматическом статусе (табл. 3). Проблемы в репродуктивном здоровье наблюдались у 65,2% женщин (миома матки, фиброаденома, фиброзно-кистозная мастопатия, вторичное бесплодие). Отягощенный акушерский анамнез наблюдался в 54,3% случаях женщин, в виде гипертензивных состояний, послеродовых кровотечений, ПОНРП, антенатальной гибели плода.

Таблица 3

Оценка анамнестических данных пациенток

Отягощенный гинекологический анамнез	% женщин	Отягощенный акушерский анамнез	% женщин
Миома матки	45,6% (21)	Неразвивающаяся беременность	15,2% (7)

Воспалительные заболевания органов малого таза	13% (6)	Преждевременные роды	17,4% (8)
Бесплодие	10,9% (5)	Аntenатальная гибель плода	4,3% (2)
Опухолевидные заболевания яичников	10,8% (5)	Преэклампсия	47,8% (22)
Заболевания шейки матки	6,5% (3)	Истмико-цервикальная недостаточность	10,8% (5)
Фиброзно-кистозная мастопатия	58,7% (27)	ПОНРП	19,6% (9)
Фиброаденома (оперирована)	4,3% (2)	Послеродовые кровотечения	23,9% (11)

К моменту обследования в исследуемой группе женщин были обнаружены последствия, как климактерического возраста, так и гиповитаминоза D: артериальная гипертензия – 14 (в 30,4% случаях), инсульт и инфаркт – по 1 случаю (соответственно в 2,2% в каждом случае), сахарный диабет – 2 (4,3%). Также были зарегистрированы заболевания щитовидной железы (гипотиреоз, узловой зоб) и дыхательной системы. Проводилась оценка клинических параметров гиповитаминоза. Клинические симптомы дефицита витамина D не имеют явных проявлений, скудны. Наиболее часто женщин беспокоят изолированные или генерализованные боли, неприятные ощущения в костях и мышцах. Дефицит витамина D приводит к миопатии, что может проявляться мышечной слабостью, особенно в проксимальных группах мышц, диффузные боли в мышцах, трудностями при ходьбе. В группе обследуемых женщин вышеперечисленные жалобы различной степени выраженности от легких до выраженных наблюдались у 37 пациенток, что составило 80,4%.

Всем пациентам с недостаточным содержанием витамина D была предложена медикаментозная коррекция, рекомендуемым препаратом был колекальциферол (витамин D₃). Предложенные схемы коррекции дефицита витамина D подбирались индивидуально в зависимости от исходного уровня и достижения целевых значений. Рекомендуемый уровень 25(OH)D сыворотки крови составляет 40-60 нг/мл (100-150 нмоль/л). В таблице 3 представлен алгоритм, которым можно пользоваться для подбора оптимальной суточной дозы препаратов витамина D в зависимости от его исходного уровня в сыворотке и желаемого [8,10]. Назначение препаратов было с учетом противопоказаний к приему препаратов витамина D. Пациентке с нормальным уровнем витамина было рекомендовано перейти на профилактические дозы приема.

Таблица 3

Среднее изменение концентрации в крови на основании потребления в день (МЕ/сутки)

Ожидаемый уровень, нг/мл		20	30	40	50	60
		Рекомендуемая суточная доза витамина D ₃ , МЕ				
Имеющийся уровень, нг/мл	10	2000	4000	6000	10000	10000
	15	1000	3000	6000	9000	10000
	20		2000	5000	8000	10000
	25		1000	4000	7000	10000
	30			3000	6000	10000
	35			1000	5000	9000
	40				5000	9000

Выводы

1. Всем женщинам постменопаузального возраста, особенно с факторами риска на дефицит витамина D, рекомендовано определение общего 25(OH)D в сыворотке крови.
2. Всем женщинам постменопаузального возраста с избытком веса и ожирением рекомендована коррекция гиповитаминоза и снижения веса.
3. Всем женщинам постменопаузального возраста с недостаточным содержанием витамина D рекомендована медикаментозная коррекция для снижения риска сердечно-сосудистых и онкозаболеваний.
4. Роль витамина D в профилактике осложнений в постменопаузальном возрасте требует дальнейшего изучения на большем клиническом материале.

Литература

1. Баклейчева М.О., Ковалева И.В., Беспалова О.Н., Коган И.Ю. Влияние витамина D на репродуктивное здоровье женщины // Журнал акушерства и женских болезней. — 2018. — Т. 67. — № 3. — С. 4–19.

2. Громова О.А., Торшин И.Ю., Джиджихия Л.К., Гоголева И.В. Роли витамина D в профилактике и лечении женского бесплодия. Гинекология. 2016; 18 (3): 34–39.
3. Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Залеская С.А. и др. Витамин D3 и здоровье женщины. Гинекология. 2019; 21 (1): 44–51.
4. Клинические рекомендации. Дефицит витамина D у взрослых: диагностика, лечение и профилактика. Москва 2016г. стр 39
5. Козак К.В. Роль дефицита витамина D в развитии патологии у женщин перименопаузального возраста HEALTH OF WOMAN. 2018.5(131):76–79;
6. Морозова Ю.Е., Тарасова М.А. Физиологическая роль витамина D и значение его дефицита в патогенезе климактерического синдрома. — 2018. — Т. 67. — № 3. — С. 74-82.
7. Нурлягаянов Р.З., Сиртланова Е.Р. Распространенность дефицита витамина D у лиц старше 50 лет, постоянно проживающих в республике Башкортостан, в период минимальной инсоляции. Остеопороз и остеопатии. 2012; 15(3):7-9.
8. Озолина Л.А., Савченко Т.Н., Сафоница М.С., Оверко А.В. Значение витамина D для здоровья женщин перименопаузального периода. Медицинский Совет. 2020;(13):84-90.
9. Пигарова Е.А., Петрушкина А.А. Неклассические эффекты витамина D. Остеопороз и остеопатии. 2017; 20(3):90-101
10. Ших Е.В., Тихомиров С.В., Зайцева Т.А., Сегедина Е.М., Трейвиш Л.С. Анализ эффективности применения различных режимов дозирования и форм холекальциферола у пациентов с нарушением репродуктивной функции // Доктор.Ру. 2019. № 4 (159). С. 54–58.
11. Ячинская Т.В. Менопаузальная гормональная терапия и витамин D у женщин в постменопаузе: качество жизни сегодня и завтра. С. 28- 31. <https://cyberleninka.ru/>
12. Al-Jaroudi D, Al-Banyan N, Aljohani NJ, Kaddour O. Vitamin D deficiency among subfertile women: case-control study. Gynecol Endocrinol. 2016; 32(4): 272-275
13. Grass roots Health Moving Research into Practice [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.grassrootshealth.net/>
14. Michael F. Holick, Neil C. Binkley, Heike A. Bischoff-Ferrari, Catherine M. Gordon, David A. Hanley, Robert P. Heaney, M. Hassan Murad, Connie M. Weaver Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011 Jul; 96(7): 1911-1930, doi: 10.1210/jc.2011-0385

УДК: 616.716.1-006.31-089

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Узоков А.Д., Умаров Р.З.

ЮВЕНИЛ АНГИОФИБРОМАДА ОПЕРАЦИЯ ДАН ОЛДИН ЭМБОЛИЗАЦИЯ СИ САМАРАСИНИ ПАТОМОРФОЛОГИК АСОСЛАШ (АМАЛИЙТ ДАН ХОЛАТ)

Узоков А.Д., Умаров Р.З.

PATHOMORPHOLOGICAL JUSTIFICATION OF THE EFFICIENCY OF PREOPERATIVE EMBOLIZATION IN JUVENILE ANGIOFIBROMA (CLINICAL CASE)

Uzokov A.D., Umarov R.Z.

Ташкетска медицинская академия, Центр повышения профессиональной квалификации медицинских работников

В данной статье представлен клинический случай пациента с ювенильной ангиофибромой носоглотки, который проходил хирургическое лечение методом эндоскопической резекции образования. Путем проведения предоперационной эмболизации удалось снизить риск интраоперационного кровотечения. Проведен анализ результатов патоморфологического исследования с целью оценки изменений в ткани опухоли вследствие эмболизации сосудов.

Ключевые слова: юношеская ангиофиброма; эмболизация; патоморфологическое исследование.

This article presents a clinical case of a patient with juvenile angiofibroma of the nasopharynx, who underwent surgical treatment by endoscopic resection of the mass. Preoperative embolization reduced the risk of intraoperative bleeding. The analysis of the results of a pathomorphological study was carried out in order to assess changes in the tumor tissue due to vascular embolization.

Введение. Юношеская ангиофиброма носоглотки является достаточно редким образованием, состоящим из сложной смеси кровеносных сосудов и фиброзной стромы. Микроскопически в опухоли определяются округлые фибробласты с большим количеством соединительной ткани [1,2]. Кровеносные сосуды, из которых по большей части состоит ангиофиброма, выстланы округлыми эндотелиальными клетками, содержащими мало или вообще не имеющими гладких мышц или эластических волокон. Эта особенность их строения определяет свойство опухоли массивно кровоточить даже после минимальных хирургических манипуляций. В случае значительных размеров она часто окружает критические анатомические структуры, включая внутреннюю сонную артерию, вовлекает орбиту через нижнюю глазничную щель и расширяет кавернозный синус [3].

Биопсия опухоли при ангиофибrome носоглотки не применяется ввиду значительного риска кровотечения. Основную роль в диагностике играют клиническая картина и лучевая диагностика. В связи с этим визуализация при ангиофибrome решает широкий спектр задач [4].

Цель. Радиологическая и морфологическая оценка структуры ангиофибромы носоглотки на примере клинического случая.

Описание клинического случая. Пациент К.Т. 16 лет, поступил с жалобами. При поступлении высказывались жалобы на частые носовые кровотечения, отсутствие носового дыхания, постоянные выделения из полости носа, гнусавость голоса в течение нескольких месяцев. При поступлении: наружный нос правильной формы, при передней риноскопии в полости носа слева небольшое количество слизи, после туалета полости носа, обозримо опухолевидное образование темно-розового цвета, обтурирующее носовой ход слева, при фарингоскопии образование обозримо при смещении мягкого неба вверх, образование округлой формы, темно-розового цвета, занимающее практически всю носоглотку и верхнюю часть глотки, образование плотно-эластической консистенции, при эндоскопическом осмотре через полость рта выявлено, что опухоль интимно не спаяна со сводом носоглотки и задней стенкой глотки. На компьютерных томограммах видно, что опухолевый процесс распространяется в полость носа, носоглотку, в основную пазуху. Прорастания в основную пазуху, крылонебную ямку и полость черепа не отмечено. Пациенту была назначена ангиография. На ангиограммах визуализируется гиперваскулярное образование округлой формы с неровными, нечеткими контурами 35x35 мм, визуализируется в проекции носоглотки, больше справа, афферентное питание за счет ветвей верхнечелюстной артерии с обеих сторон.

Пациенту была назначена предоперационная эмболизация. После проведения эмболизации сделано заключение: Ювенильная ангиофиброма. Состояние после эмболизации ветвей правой верхнечелюстной артерии частицами CookPVA 300.

После предварительной эмболизации пациенту проведено успешное оперативное эндоскопическое вмешательство с удалением ангиофибромы.

Заключение гистологического исследования: макроскопически: образование плотной консистенции, коричневого цвета, размеры 3,5x3x2,5 см.

Микроскопически: поверхность новообразования покрыта уплощенным, зрелым многоядерным мерцательным или многослойным плоским эпителием с дистрофией. Строма состоит из неравномерно уплотненной соединительной ткани с пролиферацией фиброцитов и фибробластов, скоплениями многочисленных, разнокалиберных тонкостенных сосудов округлой, щелевидной или ветвистой формы. По периферии есть небольшой очаг скопления мелких слизистых желез.

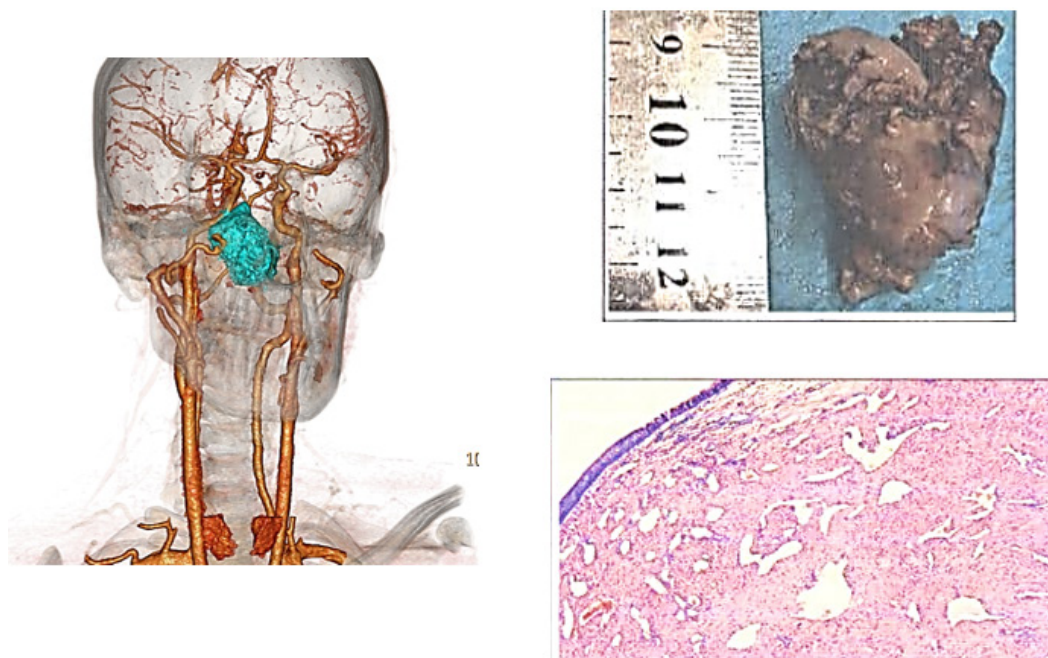


Рисунок. Снимок ангиографии с 3D реконструкцией пациента (описание в тексте). Макро- и микроскопический препарат ангиофибромы после ее удаления (описание в тексте).

Таким образом, гистологическое исследование тканей ангиофибромы показало, что микроскопически структура опухоли претерпела фиброзные изменения вследствие проведения эмболизации, о чем свидетельствовал неравномерно развивающийся фиброз и пролиферация фибробластов.

Заклучение. На основании анализа результатов ангиографии и гистологического исследования можно сделать вывод о том, что эмболизация является эффективным методом облитерации мелких сосудов в толще образования, что приводит к снижению риска интраоперационного кровотечения.

Литература:

1. López F., Triantafyllou A., Snyderman C.H., Hunt J.L., Suárez C., Lund V.J., et al. Nasal juvenile angiofibroma: Current perspectives with emphasis on management // *Head Neck*. – 2017. - 39(5). – P.1033–1045.
2. Tan G., Ma Z., Long W., Liu L., Zhang B., Chen W., et al. Efficacy of Preoperative Transcatheter Arterial Embolization for Nasopharyngeal Angiofibroma: A Comparative Study // *Cardiovasc Intervent Radiol*. – 2017. - 40(6). – P. 836–844.
3. Gupta R., Agarwal S.P. Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma: Combined Approach for Excision, Transpalatal and Endoscopic; A New Perspective // *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. – 2018. - 70(1). -125–129.
4. Osborn D.A., Sokolovski A. Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma in a Female: Report of a Case // *Arch Otolaryngol*. – 1965. - 82(6). - P. 629–632.

УДС: 618,3:616.12-007.2+612.172,2-008.31

ЮРАК КАСАЛЛИКЛАРИДА БЕТА БЛОКАТОРЛАРНИНГ КУЛЛАНИЛИШИ ХОМИЛА УСИШДАН ОРТДАН КОЛИШИ ХАВФИНИ ОШИРАДИ

Узоқова М.К., Тоғаймуродова Ш.Б.

TREATMENT WITH BETA-BLOCKERS DURING PREGNANCY WITH HEART DISEASE INCREASES THE RISK OF FETAL GROWTH RESTRICTION

Uzoqova M.K., Toqaymurodova Sh.B.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон

Мақсад: Тугма еки орттирилган юрак патологияси бор аёлларни перос бета-блокаторлар билан даволаганда хомила усишига таъсирини урганиш. **Материал ва методлар:** Юрак касаллиги мавжуд 100 та аёллар бета-блокаторлар билан даволанадиган ва даволанмайдиган гуруҳларга булиб чиқилди ва хомилани тугилгандаги вазни бахоланди. Гуруҳлар уртасидаги фарқлар статистик маълумотлар ердамида текширилди ва бахоланди. **Натижалар:** Гестацион муддатга кура кам вазнли гудак нисбати бета-блокаторлар қабул қилган аёлларда қабул қилмаган гуруҳга нисбатан кам вазнли гудак купрок кузатилди. **Хулоса:** Юрак касаллиги билан асоратланган хомиладорликда бета-блокаторлар билан даволаш кам вазнда тугилиш хавфини оширади.

Калит сузлар: Бета-блокаторлар, тугилгандага вазни, юрак касалликлари, гестацион муддатга кура кам вазнли гудак.

Objective To investigate the effect on fetal growth of treatment with oral beta-blockers during pregnancy in women with congenital or acquired heart disease. **Methods** 100 women with heart disease, grouped according to beta-blocker treatment, and a matched on birthweight-determining factors. Differences between groups were tested by simple descriptive statistics and assessed using standard hypothesis tests. **Results** Proportion of infants born small for gestational age (SGA). More of the infants exposed to beta-blockers were SGA compared with non-exposed infants (29.4 versus 15.3%). **Conclusions:** In pregnancies complicated by maternal heart disease, treatment with beta-blockers was found to be independently associated with an increased risk of delivering an SGA infant.

Keywords Beta-blockers, birthweight, heart disease, pregnancy, small for gestational age.

Муаммонинг долзарблиги: Охирги йилларда ёш хомиладор аёлларда томир юрак-кон томир тизими (ЮКТТ) патологияси учраш частотаси ошиб бормоқда. [1] Бу турли хил тугма ва утказилган ревматизм натижасида юзага келган орттирилган юрак патологияси булиши мумкин. Юрак кон-томир касалликлари аёллар улимининг асосий сабабларидан булиб колмоқда. [2] Куп учрайдиган патологиялар постмиокардик кардиосклероз, орттирилган юрак нуксонлари ва бошқалар. Бу касалликларнинг хавфлиги шундаки, улар хомиладорлик кечишини оғирлаштиради, ва оғир преэклампсия, эклампсия, тромбофилик холатлар, айникас упка артерияси тромбоземболияси каби ута оғир холатлар билан асоратланади. [3] Юрак кон-томир касалликлари купинча она-хомила-йулдош тизимига таъсир курсатади ва плацентар етишмовчилик, хомила гипоксияси ва баъзан хомиланинг усишдан ортда колишига олиб келиши мумкин. Шунингдек юрак-кон томир касалликларида энг куп кулланиладиган препаратлар бу бета-блокаторлар хисобланади. Биз ушбу текширувда тугма еки орттирилган юрак патологияси бор аёлларни перос бета-блокаторлар билан даволаганда хомила усишига таъсирини урганамиз.

Материал ва методлар: Текширувга II ва III триместр гестацион муддатда бўлган, ўртача ёши 27.1±5.7 бўлган, 9 ШТК ХКБ бўлимида даволанган ва текширувга розилик хатига имзо қўйган 100 хомиладор аёл жалб этилган. Барча беморлар 2 гуруҳга булинди. Асосий гуруҳга 50 та хомиладор аёл юрак ритми бузилиши билан ва уларга даволаш мақсадида бета-блокаторлар берилди. 2 гуруҳ контрол гуруҳга бошка антиаритмик препаратлар тавсия этилди. Бета блокаторлардан асосан бисопролол, атенолол, метопролол кулланилди. Текширувда аёлнинг еши, тана вазни, артериал кон босими, акушерлик асоратлари, тугилгандаги

чакалок тана вазни, Апгар шкаласи буйича баҳолаш, эхокардиография (ЭхоКГ), электрокардиография (ЭКГ) киритилди. Гурухлар уртасидаги фарклар статистик маълумотлар ердамида текширилди ва баҳоланди.

Натижалар: Текширилаётган 100 бемордан 50 тасида мураккаб юрак ритми бузилиши билан ташхисланган хомиладорлар булиб, уртача даволаниш курси 163 кунни ташкил этди. NYHA функционал синфлар буйича 1 гурухдан 48 та бемор 1 синф, 2 та бемор 2 синф, 2 гурухга 43 таси 1 синф, 7 таси 2 синфга тегишлилиги аниқланди. Диярли тенг ярим беморларда наслий асоратланган кардиологик касалликлар ва метаболик бузилишлар аниқланган: 55,6% холларда иккала ота-онасида ҳам ёки биттасида артериал гипертония, миокард инфаркти ёки бош мия қон айланишининг бузилиши- 8,2%, семизлик-33,1%, қандли диабет -4,5%. Табиий йул оркали тугиш асосий гурухда 33,3%ни, контрол гурухда эса 44,4%ни ташкил этди. Акушерлик асоратлари орасида плацентани барвақт кучиши контрол гурухда битта холатда кузатилган булса, чилла даврида кон кетиш асосий гурухда 2 холатда ва контрол гурухда 6 холатда юз берди. Чакалокларни тугилгандаги вазни кузатилганда, асосий гурухда хомила усишдан ортда колиш синдроми ХУОКС 29,4%ни ташкил этган булса, контрол гурухда 15,3%ни ташкил этди. Апгар шкаласи буйича баҳоланганда иккала гурухда ҳам бир хил натижа кайд этилди. Гестацион муддатга кура кам вазли гудак нисбати бета-блокаторлар қабул қилган аёлларда қабул қилмаган гурухга нисбатан 1,9% купрок кузатилди.

Муҳокамалар: Узок вақт давомида тугма ва баъзи орттирилган юрак нуксонлари хомиладорликка қарши курсатма ҳисобланарди. Тиббиётда эришилган ютуқлар натижасида ҳозирги кунда шундай патологияси бор аёллар ҳам хомиладор булиб, фарзандли булишмоқда. [4] Ушбу текширув оркали юрак касалликлари мавжуд хомиладорларда бета-блокаторларни қуллаш хомила усишига таъсир қилишини билиб олдик. Шунингдек бета-блокаторлар қулланмаганда ҳам, чап коринча зарб ҳажмининг камайиши хомила усишида чекланишларга олиб қилишини адабиётлардан биламиз, аммо текширув гурухларимизда хатто якка коринчалар усти тахикардияси булган, лекин юракда ҳеч қандай органик патология аниқланмаганда ҳам, бета-блокаторлар билан даволанган аёлларда ҳам хомила усишининг ортда колиши аниқланди. [5] Хомила усишини тахлил қиладиган булсак, бир неча омиллар хомила усишига таъсир қурсатиши мумкин, булар аёлнинг еши, юрак касалликлари тури, қабул қилаётган препаратлари, асоратларнинг юзага чиқиши, бошқа соматик патологиялар билан кечиши булиши мумкин. [6] Шунингдек, бета-блокатор қайси препарат қабул қилишига қараб ХУОКС юзага чиқишини тахлил қилиб қурамыз. Текширув гурухларимизда b1 селектив препарати атеналол қулланган холларда хомила усишдан ортда колиши купрок кузатилган, балки атеналол плацентар перфузияга купрок таъсир қурсатиши мумкин. a- ва b- рецепторига селектив булган препаратлар қулланганда бу ҳолат камроқ кузатилган. [7] Шундай қилиб юрак касалликларида бета-блокаторларни қуллаш баъзи ҳолатларда хомила усишини сақинлаштириши мумкин, бу аёлнинг индивидуал ҳолатига, даволаш давомийлигига, бошқа препаратлар билан таъсирига ва турига боғлиқ булиб қолмоқда. [8] Аммо шунини таъкидлашимиз керакки бета-блокаторлар юрак касалликларида қулланиладиган энг зарурий дори воситаси булиб ҳисобланади.

Адабиётлар

1. C. K. Silversides *et al.*, "Pregnancy Outcomes in Women With Heart Disease: The CARPREG II Study," *J. Am. Coll. Cardiol.*, vol. 71, no. 21, pp. 2419–2430, May 2018, doi: 10.1016/J.JACC.2018.02.076.
2. N. Bhatla *et al.*, "Cardiac disease in pregnancy," *Int. J. Gynecol. Obstet.*, vol. 82, no. 2, pp. 153–159, Aug. 2003, doi: 10.1016/S0020-7292(03)00159-0.
3. W. J. Franklin, R. Rokey, M. R. Foley, and M. A. Belfort, "Cardiac disease and pregnancy," in *Critical Care Obstetrics*, 2018.
4. S. Jarvis and C. Nelson-Piercy, "Cardiac diseases complicating pregnancy," *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*. 2010, doi: 10.1016/j.mpaic.2010.04.015.
5. R. M. Hayward, E. Foster, and Z. H. Tseng, "Maternal and fetal outcomes of admission for delivery in women with congenital heart disease," *JAMA Cardiol.*, vol. 2, no. 6, 2017, doi: 10.1001/jamacardio.2017.0283.
6. A. B. Kaye *et al.*, "Review of Cardiovascular Drugs in Pregnancy," *Journal of Women's Health*, vol. 28, no. 5. 2019, doi: 10.1089/jwh.2018.7145.
7. K. Adam, "Pregnancy in Women with Cardiovascular Diseases," *Methodist DeBakey cardiovascular journal*, vol. 13, no. 4. 2017, doi: 10.14797/mdcj-13-4-209.
8. A. Luthra, R. Bajaj, A. Jafra, K. Jangra, and V. Arya, "Anesthesia in pregnancy with heart disease," *Saudi J. Anaesth.*, vol. 11, no. 4, 2017, doi: 10.4103/sja.sja_277_17.

УДК: 616-006:615.28

YUMSHOQ TO'QIMA SARKOMALARI ADYUVANT XIMIYATERAPIYA

Fayziyev F.Sh. Mirzayeva M.A.

АДЮВАНТНАЯ ХИМИЯТЕРАПИЯ ПРИ САРКОМАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Файзиёв Ф.Ш. Мирзаева М.А.

ADJUVANT CHEMOTHERAPY IN SOFT TISSUE SARCOMAS

Fayziyev F.Sh. Mirzayeva M.A.

Ташкентская медицинская академия

Саркомы мягких тканей - относительно редкая группа злокачественных опухолей, возникающих из гетерогенной мезенхимальной ткани. СМТ составляют 1% всех злокачественных новообразований. [1] Выбор лечения зависит от морфологического типа и клинической стадии. При саркомах мягких тканей у 40–60% случаев наблюдается проростание метастазов после хирургического лечения. [2]. Поэтому, несмотря на то, что основным методом лечения является хирургическое вмешательство, правильный выбор химиотерапевтических препаратов, а также режима адъювантной химиотерапии важен для предотвращения распространения процесса на организм, поддержания функции жизненно важных органов и предотвращения ухудшения состояния и качества жизни пациента.

Soft tissue sarcomas are a relatively rare group of malignant tumors arising from heterogeneous mesenchymal tissue. The incidence of Soft tissue sarcomas 1% of overall malignant tumors. [1] The choice of treatment depends on the morphologic type and clinical stage of disease. In 40–60% of patients diagnosed with soft tissue sarcoma who have undergone surgical treatment, the process continues with the spread of the tumor into the body [2]. Therefore, despite the fact that the main method of treatment is surgery, the correct choice of chemotherapeutic drugs, as well as adjuvant chemotherapy regime is important in preventing the process, maintaining the function of vital organs and preventing deterioration of the patient's quality of life.

Maqsad: Yumshoq to'qima sarkomasi bilan kasallangan bemorlarda gemitabin va dosetaksel birgalikda ishlatilganda samaradorlikni o'rganish va baholashga qaratilgan.

Material va metod. Sinov uchun RIO va RIATM da 2012-2017 yillar davomida xirurgik usulda davolangan, kasallikning tarqalgan va residiv bergan holatdagi 25 - 45 yosh oralig'idagi 20 ta bemorlar tanlab olindi. Ayollar 8 ta (40%) va erkaklar 12 ta (60%). Bemorlarning barchasi adyuvant ximiyaterapevtik davoni gemitabin + dosetaksel sxemasida olgan.

Natija. Bemorlar gemitabin 900mg/m² t/i 90 minut davomida 1- va 8- kun, dosetaksel 100 mg/m² t/i 8-kun har 3 haftada 4 kurs qabul qilishgan [4]. Bemorlarda muolaja bilan bog'liq o'lim kuzatilmagan. Ulardan 4 tasida 1 darajadagi gematologik toksiklik, 3tasida 2 darajadagi gematologik toksiklik kuzatilgan. Bemorlarda davodan keyingi patamorfoz G.A.Lavnikov shkalasiga [4] ko'ra - to'liq javob (Complete Response - CR) - 5 nafar (25%); qisman (Partial Response - PR) - 6 nafar (30%) Jarayonning rivojlanishi yoki progressiyasi (Progressive Disease — PD) - 1nafar (5%), o'zgarish yo'qligi yoki stabilizatsiya (Stable Disease — SD) – 8 nafar (40%) ni tashkil etgan.

Xulosa. Gemitabin va dosetaksel kombinatsiyasi xirurgik davodan so'ng adyuvant kimyoterapiya shaklida yumshoq to'qima sarkomasi bilan kasallangan bemorlarda o'rganildi. Toksiklik kuzatildi. Ushbu tahliliy maqola belgilangan doza va sxemani qo'llab –quvvatlaydigan ma'lumotlarga hissa qo'shdi.

Adabiyotlar

1. Fletcher CDM. WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone. World Health Organization; 2013. 1 p.
2. Chibon F, Aurias A, Coindre JM. Sarcomas Genetics: From Point Mutation to Complex Karyotype, from Diagnosis to Therapies. Cancer Genomics. Dordrecht: Springer Netherlands; 2013. pp. 429–52. doi: 10.1007/978-94-007-5842-1_13.
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. CA Cancer J Clin. 2016; 66: 7–30. doi: 10.3322/caac.21332.
4. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Н.И.Переводчикова. 2020.
5. Практические рекомендации по лечению злокачественных опухолей Российского общества клинической онкологии 2020.

YUMSHOQ TO'QIMA SARKOMALARI ADYUVANT XIMIYATERAPIYA

Fayziyev F.Sh. Mirzayeva M.A.

Yumshoq to'qima sarkomalari – nisbatan kam uchraydigan va geterogen mezenximal to'qimadan kelib chiqadigan xavfli o'smalar guruhidir. YTS barcha xavfli o'sma kasalliklari orasida 1 % ni tashkil etadi.[1] Kasallikning davolash usulini tanlash uning morfologik turi va klinik bosqichiga bog'liq. Yumshoq to'qima sarkomalari xirurgik davodan so'ng 40-60% metastaz kuzatiladi[2]. Shu sababli asosiy qo'llaniladigan davo usuli xirurgik ekanligiga qaramay, qo'llaniladigan ximiyaterapevtik preparatlar, shuningdek adyuvant ximiyaterapiya sxemasini to'g'ri tanlash jarayon organizmga tarqalmasligi, hayotiy muhim organlar funksiyasining saqlanishi hamda bemorning hayot sifatining yomonlashuvini oldini olishda katta ahamiyatga ega.

Kalit so'zlar: yumshoq to'qima sarkomasi, gemitabin, dosetaksel, davodan keyingi patamorfoz.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КИ В МИРЕ И В УЗБЕКИСТАНЕ

Хаджимухамедов Ш.Б., Шайхова Х.Э., Каримова З.Х.

Ташкентская медицинская академия

Нарушение слуха у детей во всем мире является особенно серьезной проблемой для их оптимального речевого развития и прогресса. По данным исследований в различных странах на 1000 новорожденных или детей раннего возраста приходится от 0,8 до 5 детей с врожденной или ранее приобретенной тяжелой или глубокой нейросенсорной тугоухостью. Данная группа детей очень отстает в речевом, языковом и когнитивном развитии, что может привести к проблемам в развитии среди сверстников школы. Коклеарная

имплантация имеет более чем 30-летнюю историю, которая является обоснованной технологией для развития звуковых ощущений у людей с нарушением слуха. Возмещение слуха является проблемой, которая включает хирургическое вмешательство и дальнейшую терапию с образовательными программами.

Ключевые слова: Кохлеарный имплант, Узбекистан, экономическая рентабельность.

Введение. Нарушение слуха у детей во всем мире является особенно серьезной проблемой для их оптимального речевого развития и образования. По данным исследований в различных странах на 1000 новорожденных или детей раннего возраста приходится от 0,5 до 5 детей с врожденной или ранее приобретенной тяжелой или глубокой сенсоневральной тугоухостью. Данная группа детей часто отстает в речевом, языковом и когнитивном развитии, что может привести к проблемам в развитии школы [1]. Во всех странах с целью раннего выявления и реабилитации детей с тугоухостью внедрена универсальный скрининг слуха новорожденных, тем самым связывает существующие системы здравоохранения, образования и социального обеспечения [1,2]. Этиология врожденной или ранее приобретенной тугоухости исследователи связывают с заболеваниями матери во время беременности (например, цитомегаловирусная инфекция, краснуха, менингит, корь, свинка и хронические отиты), или неблагоприятные перинатальные условия (асфиксия при родах, недоношенность, гипербилирубинемия), применение ототоксических препаратов и травматические поражения мозга также могут быть причиной нарушения слуха. При отсутствии универсального скрининга слуха новорожденных или детей раннего возраста большинство детей с нарушением слуха не выявляются после неонатального периода. По факту, невозможно определить нарушение слуха легкой степени или одностороннее снижение слуха до возраста 6 лет или старше. Если выявление нарушения слуха и раннее вмешательство определено первые несколько месяцев жизни, дети больше преуспевают в школе, лучше развиваются речевые, артикуляционные, социальные способности и поведенческие функции [1-3]. У детей нарушение слуха может привести к значительным последствиям в языковом, когнитивном, эмоциональном и социальном развитии.

В Узбекистане КИ начала проводиться с 2015 года. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи покрывает только проведение односторонней КИ. Есть возможность проведения билатеральной КИ за счет средств пациента за второй КИ. Такие операции стали возможны благодаря **Приказу министра здравоохранения (зарегистрирован Министерством юстиции 08.01.2015 г., №2648) утверждено Положение о порядке отбора больных на проведение операции кохлеарной имплантации*** в медицинских учреждениях, что позволила нам внедрить высокотехнологические и дорогостоящие оперативные вмешательства в Узбекистане.

Целью исследования является провести обзор экономической эффективности односторонних КИ у детей с нейросенсорной глухотой.

Методы: Для анализа исследований в области КИ в мире, мы провели обзор из базы данных Scopus, Cochrane, Pubmed, CDR. Критерием отбора были все клинические испытания, рандомизированное контролируемое исследование. С целью прозрачности процесса двумя исследователями независимо друг от друга проведен отбор статей для их анализа. Критическая оценка исследований проведен с использованием контрольного листа от Drummond. В дополнении мы провели анализ влияния на бюджет в контексте Республики Узбекистан. Наши исследования были сфокусированы на детей с глубоким нарушением слуха в возрасте от 0-18 лет. Также мы провели экономический анализ технологии в контексте Республики Узбекистан.

Результаты: После обсуждения и критической оценки всех найденных нами исследований, для анализа мы выбрали систематический обзор работы Lamers et.al.2011, Bondet.al., 2012, Sumerfield et.al. 2010, где авторы четко ориентированы в вопросе экономической эффективности билатеральной и монологической КИ [6-12]. В качестве исхода лечения были взяты измерения как тестирование разговора в шумном месте и электрофизиологические тесты.

Автор, год	Ресурсы (1)	Критерий отбора исследований Ответы: "Да", "Нет" или "не достаточно" Исследование включало сведения о:			Отбор принятия	Комментарий
		экономической эффективности (2)	популяция	интервенции и компаратора		
Marc J. W. Lammers, MD; 2011	Pubmed, систематический обзор	да	да	да	да	Исследование также включило популяцию взрослых
A.Sumerfield, 2010	CRD	да	да	да	да	
Bond 2009	Pubmed	да	да	да	да	Исследование также включило популяцию взрослых

В исследованиях был изучен вопрос полезности затрат и в качестве измерения оценки качества жизни была применена результаты опросника HUI 3. Систематический обзор включил очень необходимые и актуальные результаты, определены затраты для каждого конкретного случая и проведен анализ рынка. Во всех трех исследова-

ниях включены экономическая оценка CUA, и эти данные были представлены для лиц принимающих решения в системе здравоохранения. В критерий отбора были включены методы как HUI 3, TTO, VAS. В таблице 3 представлена характеристика включенных исследований.

Авторы, год	Bond, 2009 (in Lammers; 2011)	Bichey, 2008 (in Lammers, 2011)	Summerfield; 2010(in CRD and Lammers, 2011)
Страна	Великобритания	США	Великобритания
Популяция	дети	дети	дети
Интервенция и компаратор	Билатеральный КИ/ унилатеральный КИ/ без КИ	Билатеральный КИ/ унилатеральный КИ/ без КИ	Билатеральный КИ/ унилатеральный КИ/ без КИ
Тип экономического анализа	CUA	CUA	CUA
Перспектива применения результатов	Для плательщиков здравоохранения	Для плательщиков здравоохранения	Для Национальной системы здравоохранения Великобритании/ плательщиков здравоохранения
Метод экономической затратности / ресурсы	HUI 3	HUI 3, 10 детей с билатеральной КИ	TTO, VAS
Ресурсы финансирования	UK программа оценки технологии здравоохранения	Не было финансирования	UK исследовательский центр глухих людей
Качество исследований	хорошее	слабое	хорошее

В результате исследований в таблице 3 мы видим, что QALY (расчет жизни откорректированных на качество) составил 0,03 для монолатерального КИ, определенная разница видна в показателях проведенного второго КИ после некоторого времени монолатерального КИ. Нарастающие соотношение затрат и эффективности билатеральной КИ для детей отличались широко в различных исследованиях (детей: \$ 30,973- \$ 94340). Инкрементальное соотношение затрат и эффективности зависит от прибыли QALY, связанных со вторым имплантацией. Считается для окончательного вывода требуется дополнительные исследования. Сокращение 40% от стоимости для второго имплантата имеют влияние от 52% до 60% на вероятность экономической эффективности.

Таблица 3 - Результаты исследований

Автор, год	Bond, 2009 (in Lammers; 2011)	Bichey, 2008 (in Lammers, 2011)	Summerfield; 2010(in CRD and Lammers, 2011)
QALY - изменения в показателях затратности здоровья и годы жизни	0.03 (монолатеральный)/ 0.03 (последовательный КИ (через определенное время сделали второй КИ))	0.09 (последовательный)	0.063 (TTO)/0.076 (VAS)
Инкрементальное соотношение затрат и эффективности	\$70,740 (simultaneous)/ 94,340\$ (последовательный)	\$39,115 (последовательный)	\$ 37,100 (TTO) / \$ 31,000 (VAS)
Выводы авторов	Эффективность билатеральных КИ должна принята во внимание повышении качества жизни пациентов	Качество жизни пациентов в соотношении экономической оценка не доказана для билатеральных КИ	Билатеральные КИ потенциально экономически эффективны для глухих детей младшего возраста, но есть значительная неопределенность в основном в значениях, связанных с качеством, связанных со здоровьем жизни
Комментарий от Lammers	The incremental cost-effectiveness ratios for bilateral cochlear implantation for children differed widely across studies (children: \$30,973-\$94,340). The incremental cost-effectiveness ratio depends on the QALY gains related to the second implantation. Lammers' study considered more needed data for estimation of cost-effectiveness of bilateral implantation. The reduction of 40% cost on the second implant have an an influence from 52% to 60% on cost-effectiveness probability. Indirect costs were not considered in this report.		

При проведении анализа влияния на бюджет в контексте Республики Узбекистан, подробно описаны измерения и ценности используемых ресурсов для моно/билатеральной КИ. В среднем затраты на устройства составляет 92% от общего дооперационного расхода на КИ. Мы не включили в своем исследований послеоперационные расходы, так как были ограничения данных (реабилитация, стоимость обучения и консультация сурдопедагогов и др.). Таким образом, мы выявили, что длительность койка дней прооперированных больных в Республике Узбекистан в среднем 8 дней, в Канаде и Великобритании 3 дня, в Республике Казахстан 8 дней. Тем не менее, стоимость 1 дня в больнице в РУз составляет = 270.000 сум или \$26,5. А также средняя стоимость на различные консультации, и пре-

доперационную подготовку, согласно гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в Республике Узбекистан значительно ниже в сравнении с другими странами (в Канаде и Великобритании). Послеоперационная стоимость услуг в Канаде и Великобритании значительно превышают, в среднем 1/3 до 2/3 итоговой.

Таблица 4

Сравнительная таблица стоимости моностеральной КИ у детей (эквивалент доллар США)

Исследование, год	Страна	Унилатеральный	Стоимость в больнице (койко дней)	Предоперационные мероприятия	Итого	Послеоперационные расходы
Данные РУз, 2019	Узбекистан	18,000\$	8 дней (226\$)	152\$	18,378\$	неизвестно
Данные РК	Казахстан	28,000\$	2,177\$ (8 дней)	353\$	30,530\$	неизвестно
Bond,2009	Великобритания	23,746\$	5,656\$ (3 дня)	4,621\$	34,023\$	21,609\$(1)
Fitzpatrick, 2006	Канада	28,525\$	5,013\$ (3 дня)	3,074\$	36,612\$	12,780\$(2)

Конвертация: 1\$= 9532сум///

Таким образом, все исследования, которые были включены, демонстрируют разные результаты. Авторы всех отобранных систематических обзоров единогласны во мнении о необходимости проведения дополнительных исследований касательно экономической эффективности билатеральных КИ. Учитывая бюджетную систему финансирования в Республике Узбекистан, мы считаем, что наиболее целесообразно провести дополнительные виды экономического анализа в контексте Республики Узбекистан для определения о необходимости покрытия за двусторонней КИ [12]

Выводы. В связи с клинической и экономической эффективностью односторонних КИ для детей финансирование должно проводиться в рамках государственного финансирования, а также частным и благотворительным фондам. Что касается двусторонних КИ, недостаточное информации о клинической и экономической эффективности требует дальнейшего изучения данного вопроса. КИ является одним из дорогостоящих медицинских технологий, которое оказывается эффективным, но выявление детей с потерей слуха в позднее время требует больше затрат за счет длительного периода реабилитации. Дети получившие КИ в раннем возрасте, имеют больше времени для адаптации к окружающей среде и шансов пойти в школу вместе со здоровыми детьми.

Литература

- 1 Newborn and infant hearing screening/ Current issues and guiding principles for action/ Outcome of a WHO informal consultation held at WHO headquarters. – Geneva: 09-10 November 2009.
- 2 Mitchell RE, Karchmer MA. Chasing the mythical ten percent: Parental hearing status of deaf and hard of hearing students in the United States. *Sign Language Studies*, 2004. - №4(2). – P. 138-163
- 3 Litovsky RY, Johnstone PM, Godar S, Agrawal S, Parkinson, A, Peters R, et al. Bilateral cochlear implants in children: localization acuity measured with minimum audible angle // *Ear Hear.* – 2006. - №27. – P. 43–59.
- 4 Lammers MJ, Grolman W, Smulders YE, Rovers MM. The cost-utility of bilateral cochlear implantation: a systematic review // *Laryngoscope*, 2011. - №121. – P. 2604-2609.
- 5 Summerfield AQ, RE Lovett RE, Bellenger H, G Batten G. Estimates of the cost-effectiveness of pediatric bilateral cochlear implantation // *Ear Hear.* – 2010. - №31(5). – P. 611-624.

ОТКАЗ КОХЛЕАРНОГО ИМПЛАНТАТА ПОСЛЕ COVID 19: ОТЧЕТ О ДВУХ СЛУЧАЯХ

Хаджимухамедов Ш.Б.

Ташкентская Медицинская Академия

Ключевые слова: COVID-19, Кохлеарный имплант, Потеря слуха, Дети.

Введение. Клинический спектр нового коронавирусного заболевания 2019 г. (COVID-19) варьируется от бессимптомной инфекции до тяжелого острого респираторного заболевания. В клинический спектр COVID-19 варьируется от бессимптомной инфекции до тяжелого острого респираторного дистресс-синдрома, приводящего к интенсивной терапии прием в отделение интенсивной терапии. У пациентов с симптомами пневмония наиболее выражена. общий клинический признак, в первую очередь характеризующийся лихорадкой, болью в горле, сухой кашель, миалгия и одышка. Необычные симптомы включают головную боль, желудочно-кишечные проблемы, anosmia и потерю слуха [1,2].

Потеря слуха - относительно недавно зарегистрированный симптом COVID-19. Последние данные показывают, что вирус COVID-19, похожий на вирус SARS-CoV, использует ангиотензинпревращающий фермент 2 (ACE2) рецептор для входа в клетки. Взаимодействие между вирусами ACE2 и SARS были предложены в ка-

честве потенциального фактора их заражения. Следовательно, вирус может заразить многие органы, в том числе периферическую и центральную нервную системы. Кроме того, вирус может привести к увеличению высвобождения цитокинов, повреждению эндотелия и системной дисфункции микроциркуляции. Вирус также способен проникать в улитко-вестибулярный нерв и мягкие ткани улитки [3–5].

Кохлеарный имплант (КИ) - это стандартное лечение двусторонних тяжелых и глубокая нейросенсорная тугоухость (SNHL) без пользы с слуховыми аппаратами. Устройство КИ представляет последовательность импульсов тока, аналогичных к производимым биологической слуховой системой через платиновый многоэлектродный массив, расположенный в улитке. Было продемонстрировано что получатели CI обычно улучшают понимание речи и способность к производству речи [6].

Мы сообщаем о двух детях с кохлеарной имплантацией, инфицированных COVID-19 пневмоний, поступивших в НИИ педиатри с единственным симптом ухудшения восприятия речи в тишине и шумные ситуации. Их не подозревали в COVID-19, пока они появились респираторные симптомы (интерстициальная пневмония) на кулаке через неделю приема. Насколько нам известно, это первое исследование, которое сообщает о неисправности КИ после заражения COVID-19

Методы и материалы исследования.

Исследуемые дети не подозревали о COVID-19 до тех пор, пока не сообщили о респираторных симптомах на 5–6 день госпитализации. В диагностика COVID-19 проводилась по положительному результату Анализ образцов мазков из носоглотки в режиме реального времени с помощью обратной транскриптазной полимеразной цепной реакции (rRT-PCR). Кроме того, вирусные серологические маркеры на ВИЧ, цитомегаловирус, гепатит С, гепатит В и серология на сифилис была отрицательной. Результат аутоиммунного скрининга: также отрицательный на антинуклеарные антитела.

Обсуждение

Мы представили двух пациентов с кохлеарной имплантацией и новой коронавирусной пневмонией, которые впервые обратились в нашу клинику. Наши пациенты не проявляют типичных симптомов COVID-19, возможно потому что они находились на ранних стадиях заражения.

Предлагались разные теории, объясняющие механизм потери слуха вследствие заражения COVID-19.

Новая инфекция COVID-19, по-видимому, вызывает эндотелиит в слуховом центре височной доли, слуховой нерв и ткани улитки. Высвобождение серотонина и инфекция COVID-19 переплетаются, чтобы стимулировать тромбоциты и вызывать SSNHL. Быстрое технологическое развитие систем кохлеарных имплантатов привели к улучшению слуха и снижению частоты отказов устройств.

Отказы КИ могут быть из-за (жесткого) отказа устройства, мягкого отказа или хирургического вмешательства. осложнение. Мягкий отказ – это состояние, при котором устройство имплантата проходит тест на целостность, но у пациентов наблюдается снижение речи понимание или не слуховые аверсивные симптомы [6,10]. В настоящем исследовании состояние «коротких замыканий» наблюдалось в половине электроды в обоих случаях. Короткие замыкания возникают при замыкании двух цепей. электроды на матрице электрически соединяются, что приводит к существенное снижение значений EI. Было показано, что новый коронавирус может оказывать воспалительное действие на структуры внутреннего уха, включая сенсорные волосковые клетки и флюид, окружающий электроды массив [8]. указывает сопротивление передаче заряда между электрод и окружающий его раствор, а также функциональность устройства. Следовательно, вероятно, что воспалительный процесс во внутреннем ухе после COVID-19 имеет пагубные влияние на производительность КИ, приводящее к короткому замыканию или отключению состояние.

Было показано, что уменьшение количества активных электродов отрицательно влияет на способность к спектральному разрешению. Это ограничение приведет к в снижении успеваемости в задачах на распознавание согласных и гласных для слушателей КИ.

Выводы

В текущем отчете подчеркивается важность скрининга на COVID-19 у пациентов с КИ с внезапным или постепенным ухудшением речи понятность в наши дни, особенно при наличии неврологических симптомов. Однако для понимания патогенеза и слуховых осложнений этого сложного расстройства потребовалось много времени. Более того, идентификация пациентов с неспецифическими симптомами COVID-19 (например, потеря слуха) в период пандемии может сыграть ключевую роль в разрыве цепочки инфекций и уменьшении передачи.

Литература

1. Хуан Ц., Ван И, Ли Х, Рен Л, Чжао Дж, Ху И и др. Клинические особенности пациентов заражен новым коронавирусом 2019 года в Ухане, Китай. Ланцет 2020; 395: 497–506.
2. Френи Ф, Медури А, Газиа Ф, Никастро В, Галлетти С, Арагона П. и др. Симптоматология области головы и шеи при коронавирусной болезни (COVID-19): а возможное нейроинвазивное действие SARS-CoV-2. Ам Ж Отоларингол 2020; 41: 102612.
3. Килич О, Кальчиоглу М.Т., Цаг Й., Туйсуз О, Пектас Э., Хуля Часкурлу Х. и др. Мог. внезапная сенсоневральная тугоухость быть единственным проявлением COVID-19? исследование SARS-CoV-2 в этиологии внезапной нейросенсорной тугоухости. Int J Infect Dis 2020; 97: 208–11.
4. Харенберг Дж., Йонас Дж. Б., Тресса ЕМС. Связь между внезапной нейросенсорной потерей слуха и инфекция SARS-CoV-2. Тромб Хемост 2020; 120: 1237–9.
5. Варга З., Фламмер А. Дж., Штайгер П., Хаберекер М., Андерматт Р., Зинкернагель А. С. и др. Инфекция эндотелиаль-

ных клеток и эндотелиит при COVID-19. Ланцет 2020; 395: 1417–8.

6. Сандерсон А.П., ЕФО Роджерс, Вершур Калифорния, Ньюман Т.А. Использование рутинных клинических меры по формированию о стратегиях улучшения слуха при кохлеарном имплантате пользователей. Front Neurosci 2019; 12: 1048.

7. Саниасия Дж. Потеря слуха при SARS-CoV-2: что мы знаем? Ухо нос горло J2020; 145561320946902.

8. MWM Mustafa. Аудиологический профиль бессимптомных ПЦР положительных случаев Covid-19. Ам Ж Отоларингол 2020; 102483: 41.

9. Сривиджиталаи В., Виваниткит В. Потеря слуха и COVID-19: примечание. Ам Дж Отоларингол 2020; 41: 102473.

10. Dietz A, Wennstrom M, Lehtimäki A, Loppönen H, Valtonen H. Миграция электродов после операции по кохлеарной имплантации: чаще, чем ожидалось? Eur Arch Оториноларингол 2016; 273: 1411–8.

УДК: 616.9:578.834.1: 618.2/.7-022:036

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В РАННИХ СРОКАХ

Хикматуллаева М.Р., Нажмутдинова Д.К.

COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИНИ УТКАЗГАН АЁЛЛАРДА ХОМИЛАДОРЛИК КЕЧИШИ ВА НАТИЖАЛАРИ

Хикматуллаева М.Р., Нажмутдинова Д.К.

PROGRESS OF PREGNANCY AND OUTCOME OF LABOR IN WOMEN WITH COVID-19 IN THE EARLY PERIOD

Khikmatullaeva M.R., Najmutdinova D.K.

Ташкентская медицинская академия

Из за новой коронавирусной инфекции (COVID-19) развилась глобальная чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения. Распространение вируса было настолько молниеносным, что даже странам с высоким развитием медицины было сложно бороться с коронавирусной инфекцией. Во время пандемии было проведено много исследований среди общей популяции, однако результатов об исходах беременности, связанных с COVID-19, были очень скудные. В отчёте ВОЗ говорится, что у пациенток перенесших коронавирусную инфекцию с сопутствующими заболеваниями более высокие риски на неблагоприятные исходы беременности. Исходя из этого, нам было интересно изучить влияние COVID-19 на течение беременности и перинатальные исходы.

Ключевые слова: инфекция COVID-19, нарушение маточно-плацентарно-плодового кровообращения, самопроизвольные выкидыш, пороки развития плода, антенатальная гибель плод, синдром отставание роста плода.

The novel coronavirus infection (COVID-19) has caused a global public health emergency. The spread of the virus was so lightning-fast that even countries with a high development of medicine found it difficult to fight coronavirus infection. During the pandemic, there were many studies in the general population, but there were very few results about pregnancy outcomes associated with COVID-19. The WHO report says that patients with coronavirus infection with concomitant diseases have higher risks for adverse pregnancy outcomes. Based on this, it was interesting for us to study the impact of COVID-19 on the course of pregnancy and perinatal outcomes.

Цель исследования: изучить влияние коронавирусной инфекции на течение беременности и перинатальные исходы у женщин, перенесших COVID-19 в первой половине беременности.

Материалы и методы: ретроспективное-аналитическое исследование, проведенное в родильном комплексе многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии.

Возраст обследованных беременных женщин составил 18-35 лет. В исследование были включены беременные, перенесшие COVID-19 до 20-й недели гестации. Все пациенты были разделены на 3 группы: в первую группу вошли 44 женщин перенесших COVID-19 до 12 недель; во вторую группу вошли 32 женщины перенесших COVID-19 с 12 до 20 недель беременности; третья – контрольная группа 45 здоровых женщин не перенёсших COVID-19 во время беременности. В обследованных группах были выявлены хронические заболевания, такие как анемия – (82) 67,7%, инфекции мочевого тракта – (35) 28,9%. У (31) 25,6% женщин беременность осложнилась гестационной гипертензией и у (5) 4,13% - преэклампсией.

Исследования были проведены в период с 1 ноября 2020 года по 30 января 2021 года. Нам также было интересно изучить пути заражения COVID-19. Среди обследованных, (58) 76,31% пациентов сообщили о контактах с пациентами, у которых диагностирована коронавирусная инфекция, что обусловлено высокой контагиозностью вируса.

По течению заболевания COVID-19 у (15) 19,7% пациенток была выявлена бессимптомная форма, у (49) 64,5% - легкая форма и (12) 15,8% заболевание протекало в средней степени тяжести.

Лечение инфекции COVID-19 было проведено в стационарных условиях у (17) 22,39% и у (59) 77,63% в амбулаторных условиях. В стационаре лечение было проведено по Национальному протоколу ведения пациентов с коронавирусной инфекцией. В амбулаторных условиях только у (16) 27,1% пациенток лечение проводилось по назначению врача, (28) 47,45% женщин принимали лекарства без консультации врача. А также было выявлено, что

среди беременных, у которых не отмечались каких-либо жалоб и симптомов, у (15) 25,45% пациенток был выявлен IgG (COVID-19) в крови в очередных анализах, что свидетельствует о бессимптомной формы заболевания.

Результаты: На основании изучения течения беременности у обследуемых нами пациентов было выявлено, что у каждой третьей женщины в первой и второй группы отмечалось нарушение маточно-плацентарно-плодового кровообращения, по сравнению с контрольной группой где данное осложнение встречалось у каждой четвертой. По всей видимости, это обусловлено повышенным уровнем фибриногена, т.е. – гиперкоагуляцией в крови после перенесенной инфекции COVID-19.

Таблица 1

Осложнения во время беременности

Осложнения	1 группа: женщины перенесших COVID-19 от начала беременности до 12 недель гестации	2 группа: женщины перенесших COVID-19 с 12 до 20 недель беременности	3 группа: здоровые женщины не перенёвшие COVID-19 во время беременности
Угроза преждевременных родов	(9) 20,45%	(6) 18,75%	(9) 20%
Нарушение маточно-плацентарно-плодового кровообращения	(14) 31,8%	(9) 28,1%	(11) 24,4%
Самопроизвольный выкидыш	(7) 15,9%	(3) 9,375%	(5) 11,11%
Пороки развития плода	(4) 9,1%	(1) 3,1%	(1) 2,2%
Внематочная беременность	(1) 2,27%	-	(2) 4,4%
Аntenатальная гибель плода	(3) 6,82%	-	(1) 2,2%

Заражение COVID-19 до 12 недель беременности приводит к самопроизвольному прерыванию беременности у 15,9% женщин, тогда как, инфицирование при сроке беременности 12-20 недель осложняется с его прерыванием у 9,37% женщин. Следует отметить агрессивное влияние вируса COVID-19 на состояние плода, которое получило своё подтверждение в выявлении пороков развития плода у 9,1% в первой группе и у 3,1% во второй группе женщин. Также выявлена антенатальная гибель плода у 6,82% женщин перенесших COVID-19 до 12 недель беременности. Следовательно, инфицирование COVID-19 в ранних сроках беременности более пагубно влияет на состояние плода.

Однако, коронавирусная инфекция не влияет на частоту случаев внематочной беременности и угроз преждевременных родов. Они наблюдались у всех групп женщин почти с одинаковыми показателями.

Таблица 2

Состояние новорожденных от матерей перенесших COVID-19

Показатели	1 группа	2 группа	3 группа
APGAR (0-3)	(2) 4,54%	(1) 3,125%	(3) 6,67%
Синдром отставание роста плода	(8) 18,2%	(4) 12,5%	(3) 6,67%

Обращает на себя внимание тот факт, что у новорожденных от матерей перенесших коронавирусную инфекцию до 12 недель синдром отставание роста плода наблюдалось в три раза больше по сравнению со здоровой группой и в два раза больше чем во второй группе. При оценке состояния новорожденных при рождении по шкале APGAR, осложнения в виде асфиксии новорожденных средней и тяжелой степени не выявлено.

Выводы:

1. Установлено, что течение беременности у женщин перенесших COVID-19 до 12 недель гестации осложняется самопроизвольным выкидышем, развитием пороков у плода, антенатальной гибелью плода и у каждой третьей отмечается нарушение маточно-плацентарно-плодового кровообращения.

2. Выявлено что, заражение инфекцией COVID-19 в более ранних сроках беременности приводит к развитию синдрома отставания роста плода у новорожденных.

3. Поскольку беременность и роды в нашем регионе остаются достаточно высокими, мы продолжаем наши исследования по изучению воздействия инфекции COVID-19 на беременность, роды и состояние новорожденных для выработки их тактики ведения.

Литература

1. «Временное клиническое ведение случаев COVID-19» Всемирная организация здравоохранения, 2020 г.
2. "The experience of women infected by the COVID-19 during pregnancy in Brazil: A qualitative study protocol" Juliana Vasconcellos Freitas-Jesus, Larissa Rodrigues and Fernanda Garanhani Surita, 2020
3. "Impact of the Coronavirus Infection in Pregnancy: A Preliminary Study of 141 Patients" Arun Harishchandra Nayak, Deepali Swapnil Kapote, Michelle Fonseca, Niranjana Chavan, Rahul Mayekar, Meenal Sarmalkar, and Amarjeet Bawa 18th of October 2020.
4. «Особенности течения беременности, акушерская и терапевтическая тактика при новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных» Артымук Н.В, Белокриницкая Т.Е., Филиппов О.С., опубликовано: 21.12.2020г.
5. «Клиническое течение, материнские и перинатальные исходы новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Сибири и Дальнего Востока» Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В, Филиппов О.С., Фролова Н.И.; опубликовано

ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ДВУХ СЕГМЕНТОВ ПРИ ДВУХУРОВНЕВОМ РУБЦОВОМ СТЕНОЗЕ ТРАХЕИ

Худойкулов М.М., Якубов И.Ю., Ражабов Ш.Н., Холмаматов Х.Т., Ахадов М.М.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных двухуровневых рубцовых стенозов трахеи путем резекции пораженного участка с наложением трахеального анастомоза на двух сегментах дыхательной магистрали одномоментно.

Материалы и методы: Клинический материал был собран на кафедре факультетской и госпитальной хирургии №1 Ташкентской Медицинской Академии (1985-2020 гг.). Анализированы результаты обследования и лечения 165 больных, которым выполнены как эндоскопические, так и открытые вмешательства по поводу рубцового поражения дыхательной трубки. Для радикальной ликвидации патологического процесса использовали резекцию поврежденного участка, с восстановлением проходимости наложением анастомоза. У 5 больных удаление рубцового участка выполнена на двух уровнях, патологический процесс которого был различной локализации и протяженности. Возраст больных составил в среднем 29,6 лет, причем мужчин было 3, женщин 2.

Результаты исследования. Причиной возникновения рубцового повреждения трахеи во всех 5 случаях была длительная искусственная вентиляция легких при помощи интубационной или трахеостомической трубки, в связи с перенесенной тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой. Функционирующая трахеостома была у 3 больных. Двум пациентам была произведена эндоскопическая дилатация рубцового поражения дыхательной трубки в экстренном порядке, из-за дыхательной недостаточности, которая развилась после удаления трахеостомической трубки в раннем деканюляционном периоде (2-3 дня).

Длина поврежденного участка трахеи и степень сужения была различной у всех пациентов. Верхний стеноз длиной был от 1 до 3,5 см, нижний – от 1 до 2 см, общая длина которых составила от 2 до 5,5 см. Здоровый участок между зонами повреждения был от 2 до 5 см. Степень сужения в области патологического участка была от II до IV степени.

У всех больных в виде хирургического доступа использовали частичную продольно-поперечную стернотомию до уровня III межреберья в комплексе с цервикотомией.

В послеоперационном периоде у всех больных осложнений не наблюдалось. Средний койко-день составил 15,4 дня, что не отличалось от больных которым выполнены одноуровневые резекции трахеи. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии без признаков нарушения проходимости при контрольном эндоскопическом исследовании.

Выводы. Двухэтажная резекция дыхательной магистрали с восстановлением адекватной проходимости при помощи одномоментных анастомозов на двух уровнях является радикальным лечением при мультифокальном рубцовом повреждении трахеи. Наличие здорового участка дыхательной трубки между патологически суженными процессами, является основным компонентом для выполнения данного вмешательства, длина которого должна быть не меньше 2 см, с сохранением кровоснабжения в данном здоровом участке между трахеей и пищеводом. Данные реконструктивно-восстановительные операции на дыхательной трубке должны выполняться торакальными хирургами, имеющими достаточный опыт и квалификацию в трахеальной хирургии.

УДК: 616.9: 578.834.1: 618.2/.7-022:036

БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 НА ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Шаймуродова М.У., Юлдашева Д. Ю.

XOMILADORLIKNING OXIRGI MUDDATLARIDA COVID-19 O'TKAZGAN AYOLLARDAGI XOMILADORLIK, TUG'RUQ VA BOLANING XOLATI

Shaymurodova M.U., Yuldasheva D.Y.

PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THE CONDITION OF NEWBORNS IN WOMEN WHO HAVE UNDERGONE COVID-19 IN LATE PREGNANCY

Shaymurodova M.U., Yuldasheva D.Y.

Ташкентская медицинская академия

Болезнь, вызванная коронавирусной инфекцией COVID-2019—это инфекционное заболевание, вызванное новым, ранее неизвестным коронавирусом. У большинства заболевших COVID-19 наблюдаются легкие или умеренные симптомы, выздоровление происходит без специфического лечения. Вирус, вызывающий

заболевание COVID-19, передается преимущественно через капли, выделяющиеся из дыхательных путей инфицированного человека при кашле, чихании или дыхании. Ввиду своей массы эти капли не задерживаются надолго в воздухе и быстро оседают на пол и другие поверхности. Заразиться вирусом можно воздушно-капельным путем, находясь в непосредственной близости от человека с COVID-19, или в результате переноса вируса руками с зараженной поверхности на слизистые оболочки глаз, носа или рта.

Коронавирусная инфекция представляет собой глобальную чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения. Первый случай заражения коронавирусом был выявлен в Ухане, провинция Хубэй, Китай, и о нем было сообщено в ВОЗ 31 декабря 2019 г. К 30 января 2020 г. коронарусное заболевание было объявлено чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющее международное значение (PHEIC). У COVID-19 не потребовалось много времени, чтобы укорениться в Узбекистане, поскольку первый случай заболевания был подтвержден 15 марта. В Узбекистане зарегистрировано 234 случая инфицирования коронавирусом беременных женщин. Показатель смертности среди них составляет 2,9%, сообщили в Минздраве. Смертельные случаи наблюдались у тех беременных, у которых были сопутствующие заболевания. Это ожирение II и III степени, сердечно-сосудистая недостаточность, заболевания дыхательной системы, почек. Но на практике, а также согласно исследованиям Всемирной организации здравоохранения, у беременных женщин только с коронавирусом случаев смерти не наблюдалось у беременных женщин выше риск тяжелого протекания COVID-19

Журнал Science опубликовал несколько материалов о COVID-19 во время беременности. Согласно данным, полученным в ряде исследований, беременность повышает риски попадания в отделения интенсивной терапии и на ИВЛ. Это может быть связано с особым состоянием иммунной системы будущих матерей, а также с повышенной нагрузкой на сердечно-сосудистую и дыхательную системы.

Хорошие новости: инфекции плода на более поздних сроках беременности, по-видимому, встречаются редко. Тем не менее остается возможность, что ребенок заразится от матери после рождения. Эксперты надеются, что болезнь матери не влияет на раннее развитие плода.

Однако очевидна другая опасность: у беременных, инфицированных SARS-CoV-2, по-видимому, больше вероятность развития тяжелой формы COVID-19. Наиболее обширные и точные данные по США были опубликованы Центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC) в конце июня. Среди 91412 инфицированных женщин репродуктивного возраста, для которых имелась информация о наличии и отсутствии беременности, было 8207 беременных. То, что госпитализировали их намного чаще — почти каждую третью, можно объяснить тревожностью врачей и родственников. Однако в отделения интенсивной терапии (ОИТ) были направлены 1,5% беременных и 0,9% небеременных. Таким образом, беременность увеличивает риск на 50%. Одна из 66 инфицированных беременных на интенсивной терапии — это много. Беременные также на 70% чаще нуждались в искусственной вентиляции легких. К счастью, вероятность смерти (0,2%) не увеличилась. Риски тяжелого течения были выше в возрастной группе 35–44 лет по сравнению с группой 15–24 лет.

В статье, опубликованной в *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, использовались данные по Швеции за 4 недели в марте и апреле. За это время в Швеции были направлены в ОИТ только 13 инфицированных коронавирусом беременных женщин и 40 небеременных; 7 беременным и 29 небеременным потребовалась ИВЛ. Но если говорить о доле от частоты инфицированных — беременные или недавно родившие почти в шесть раз чаще попадали в ОИТ.

Были и более пугающие результаты: в британском исследовании из 427 беременных женщин, госпитализированных с подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2 в марте-апреле, в ОИТ была направлена 41 (10%), пять женщины умерли. Правда, большая часть этих женщин находилась на довольно поздних сроках беременности (второй или третий триместр).

Авторы шведского исследования отмечают, что при гриппе беременность увеличивает риск не так значительно. Вообще известно, что осложнения с респираторными вирусными инфекциями во время беременности особенно опасны. Во время эпидемии гриппа H1N1 в 2009 году на беременных женщин приходилось 5% смертей в США, хотя они составляли около 1% населения. Сходные данные есть и по тяжелому острому респираторному синдрому (SARS).

International Journal of Obstetrics & Gynaecology в июле опубликовал результаты наблюдения за 675 женщинами, рожавшими в трех больницах Нью-Йорка в конце марта — апреле. Инфицированными оказались 70, после родов у девяти из них (около 13%), было по крайней мере одно из трех осложнений: лихорадка, низкий уровень кислорода в крови и повторная госпитализация. Для сравнения, среди 605 неинфицированных женщин — у 4,5%. Что примечательно, у 79% беременных женщин, получивших положительный результат теста на COVID-19 при поступлении в больницу, симптомов не было.

Возможно, у значительного количества беременных женщин инфекция SARS-CoV-2 протекает бессимптомно. Это выяснили испанские исследователи с помощью анализов на антитела. Из 874 беременных или недавно родивших 125 (14%) из 874 женщин были положительными на IgG, IgM или IgA к SARS-CoV-2; это намного больше, чем положительных результатов ПЦР (0,78%). Семьдесят пять (60%) из 125 серопозитивных женщин сообщили об отсутствии симптомов; 31 женщина (25%) сообщила по крайней мере о трех симптомах либо аносмии, у восьми были проблемы с дыханием.

Авторы считают, что эти данные обнадеживают: если такая значительная часть случаев инфекции у беременных не требовала обращения к врачу, следовательно, все может быть не так страшно. С другой стороны, они отмечают, что доля женщин с симптомами и частота госпитализаций увеличиваются на более поздних сроках. Сравнения с небеременными женщинами в этой работе нет.

Есть и еще одна неприятная особенность SARS-CoV-2: инфекция у матери может повлиять на рост плода. В том же нью-йоркском исследовании обнаружили сгустки в кровеносных сосудах на фетальной стороне плаценты почти у половины (14 из 29 образцов) ковид-инфицированных матерей. В плацентах неинфицированных мам подобных сгустков были только у 12 из 106 (11%). Аналогичные результаты получены и в других исследованиях.

Цель: изучить беременность, роды и состояние новорожденных у женщин перенесших COVID-19 на поздних сроках беременности. **Материалы и методы:** Женщины во время беременности перенёвшие COVID-19 в разных сроках беременности: 1 группа – женщины перенёвшие COVID-19 с 28 недель беременности включающие послеродовой период. 2 группа – состояния новорожденных, перенесшие COVID-19 во время внутриутробного развития. Контрольная группа – беременные женщины не перенёвшие COVID-19. **Результаты:** Из 20 обследованных женщин у 5 были естественные роды, у 6 - преждевременные роды, а у 9 - кесарево сечение. **Выводы:** Беременность и роды не усугубляют течение COVID-19, но наличие COVID-19, наоборот, может усугублять течение беременности: вызывать респираторный дистресс-синдром, приводить к преждевременным родам и выкидышу. В настоящее время нет доказательств внутриутробной передачи COVID-19 от матери к плоду через плаценту, а также передачи вируса от матери к ребенку через грудное молоко матери.

Ключевые слова: COVID-19 с, риск, послеродовой период, новорожденных.

Литература

1. Методические рекомендации - Министерство ...static-1.rosminzdrav.ru › attachments › attaches › original
2. Poon, LC, Yang H, Lee JC, et al. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020. doi: 10.1002/uog.22013.
3. Белокриницкая Т.Е., Шаповалов К.Г. Грипп и беременность.-ГЭОТАР-Медиа, 2016. —144 с.
4. Wong SF, Chow KM, Leung TN, et al. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2004,191(1):292-297.
5. Alfaraj SH, Al-Tawfiq JA, Memish ZA. MiddleEast respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection during pregnancy: report of two cases & review of the literature. *J Microbiol Immunol Infect* 2019; 52:501-3.
6. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeeding>
7. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeeding>
8. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, et al. COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: Two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2020.
9. Liu D et al. Pregnancy and Perinatal Outcomes of Women With Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Preliminary Analysis. *AJR Am J Roentgenol.* 2020 Mar 18;1-6. doi: 10.2214/AJR.20.23072.
10. Временные методические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции 2019-nCoV. Минздрав России. -Версия 5 от 08.04.2020. -112 с.

УДК:618.3-008.6-085.2

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

Шокирова С.А., Каримов А.Х.

КАМКОНЛИК БИЛАН КЕЧУВЧИ ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ПЕРИНАТАЛ АСОРАТЛАР ВА ПРЕЭКЛАМПСИЯНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ УСУЛИ

Шокирова С.А., Каримов А.Х.

MANNER FOR THE PREVENTION PRE-ECLAMPSIA AND ITS COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH ANEMIA

Shokirova S.A., Karimov A.X.

Ташкентская медицинская академия

Изучены две группы исследования: 1 – 26 беременных женщин во втором (22-24 недельном сроках) и в третьем триместрах (28-30 недельном сроках) из группы высокого риска развития (анемия) преэклампсии (ПЭ), принимавшие L-аргинин (Сироп Тивортин аспарат по 20 мл в сутки per os 20 дней; 2 – 22 беременных женщин из группы высокого риска развития ПЭ, не принимавшие L-аргинин со второго триместра беременности (с 22 недель). Контрольную группу составили 30 здоровых беременных женщин. Применение препарата L-аргинин в комплексе лечения во II и III триместрах беременности способствует снижению развития преэклампсии и пролонгированию беременности до жизнеспособности плода, снижению числа преэклампсии.

Ключевые слова: профилактика, анемия, преэклампсия, L-аргинин

Тадкикот 2 та гуруҳда урганилди: 1-гуруҳ. Преэклампсия ривожланиш хавфи юкори булган 26та хомиладор аёлларда 2-триместр давомида(22-24хафта) ва 3-триместрда (28-30хафта) L-аргинин (сироп тивортин аспарат)кунига 20 мл per os 20 кун кабул килганларда. 2-гуруҳ Преэклампсия ривожланиши юкори булган 22та хомиладор аёлларда лекин L-аргинин препаратини 2-триместрда кабул килмаганларда. Кон-

трольный гурухда 30 соғлом аёл олинди. L-аргинин препаратини хомиладорликнинг 2-3 триместрида комплекс даво сифатида қабул қилиш преэклампсия ривожланишини қамайтиради, хомила ҳаётчанлигига хомиладорлик муддатларини узайтиради, преэклампсия сонини қамайтиради.

Қалит сузлар: профилактика, анемия, преэклампсия, L-аргинин

Мақсад: Хомила холатини баҳолаш йули орқали преэклампсия ривожланиш хавфи юкори булган хомиладор аёлларда Тивортин (L- аргинин-сироп) нинг профилактик даволаш смарадорлигини урганиш.

Материал ва тадқиқот усуллари: Биз шу мунособот билан, Тошкент Тиббий Академияси куп тармокли клиникасининг 2- сонли акушерлик ва гинекология кафедраси асосида преэклампсиянинг олдини олиш усулини ишлаб чиқдик. Усулнинг моҳияти қуйидагича: Тадқиқот 2та гурухда урганилди: 1-гурух. Преэклампсия ривожланиш хавфи юкори булган 26та хомиладор аёлларда 2-триместр давомида (22-24хафта) ва 3-триместрда (28-30хафта) L-аргинин (сироп тивортин аспартат) кунига 20 мл per os 20 кун қабул қилганларда. 2-гурух Преэклампсия ривожланиши юкори булган 22та хомиладор аёлларда лекин L-аргинин препаратини 2-триместрда қабул қилмаганларда. Контрольный гурухда 30 соғлом аёл олинди. Жами 78 та хомиладор аёл урганилди. Уларда клиник, доплер, фетоплацентар кон томирлар доплерометрияси, тугрукдан кейинги плацентанинг морфологик текшируви утказилди. Хомиладор аёлларда фетоплацентар тизимни баҳолаш хомила-плацента-она кон томирларининг улчамларини динамикада узғаришини Доплер ультратовуш кузатуви ёрдамида аниқланади: : 22-24, 28-30, 37-38 хафталарда.

Натижалар: Хомиладор аёлларда сурункали анемия фонида: асоратланган преэклампсия, тугрукдан олдин хомила пардасининг йиртилиши - 13,3%. Шунингдек маълум аҳамиятга эга: тугрукнинг коникарсиз кечиши 3,3%, хорионамнионит 3,3% ва плацентанинг олдинда жойлашиши 3,3%. Бу қаби асоратларнинг купаиши хомиланинг тугрук вақтида коникарсиз холатига сабаб булади, бу эса уз навбатида шошилиш операцияга курсатмага сабаб булади. Урганилган аёлларнинг 46,7% да тугрукнинг деярли ярми кесар кесиш амалиёти билан якунланди. Улардан 71,4% бачадонда чандиги бор аёллар (яни олдин кесар кесиш амалиётини утказган аёллар), 14,3% чанок – бош номутоносиблиги сабабли булди. Таъқидлаш жоизки бу сабаблар учун хомила-плацента –она уртасидаги кон айланишининг бузилиши кузатилмаган. Кесар кесиш амалиётига нисбий курсатма 3,3% хомиладорликнинг 30 хафталигидан кейин репродуктив саломатлигини йукотган аёлларда, асоратланган перинатал анамнезга эга аёлларда кузатилган. Доплер текшируви динамикаси шуни курсатдики: хомиладорликнинг 22-24, 28-32, 37-39 хафталарида бачадон артерияларининг каршилиги хомиладорлик муддати тугашига яқин қамайиб боради. Киндик артеиясидаги каршилиқ индексини урганиш шуни курсатдики: хомиладорлик муддати тугашига яқин унинг каршилиги $p < 0,05$ пасаяди, урта мия артериясининг IQ даражаси эса 37-40 хафталикда сезиларли ошади.

Плацентар дисфункция ривожланиш хавфи юкори булган хомиладор аёлларда сурункали касаллиги (анемия+пиелонефрит) учун стандарт терапия олганларда: бачадон артерияси IQ 30-34 хафталикда $0,26 \pm 0,21$ ва $0,23 \pm 0,02$ дан $0,65 \pm 0,22$ ва $0,6 \pm 0,24$ гача икки ёки ундан куп марта сезиларли даражада кескин усиши мавжуд ($p < 0,05$). Бачадон артериясидаги кон айланишнинг қамайиши хомила ривожланишига салбий таъсир курсатади. Янги тугилган чакалоқда қуйидаги асоратлар кузатилди: церебрал ишемия- 5%, нафас бузилиш синдроми - 5%, асфиксия- 5%. 7-та вояга етган чакалоқда (11,6%) 1та вояга етмаган чакалоқда (1,7%) бачадон ичи инфекцияси билан тугилиши кузатилди 13,3%. Барча гурухларда тугрукнинг натижаси тирик янги тугилган чакалоқларнинг тугилиши эди. Аммо янги тугилган чакалоқларнинг ҳаммаси ҳам соғлом эмас. Муддатига етиб тугилган чакалоқларнинг орасида вазни кам тугилган болалар булди. Асосий гурухда вазни кам булиб тугилганлар 4,5 % ни ташкил этди бу назорат гурухига қараганда 2,5 баравар кам. Шунингдек L- аргининни 34- хафталигида қабул қилган 1та хомиладор аёлда 35-хафта 4-кунликда муддатдан олдинги тугрук содир булган. Бачадон ичи инфекцияси билан 2300 гр вазнда вояга етмаган чакалоқ тугилди. НМППКни замонавий даволаш усули стационар шароитда уз вақтида Тивортин препаратини парентерал ва L-аргинин сиропини (Сироп Тивортин аспартат) 20 мл дан кунига per os 20 кун ичиш перинатал натижаларни яхшилади. Шу билан бирга хомиладорликнинг 2-триместрида даволаниш муддатдан олдинги тугрукни, хомила асфиксиясини қамайтиради. Шунингдек ушбу тоифадаги хомиладорлик даври учун вояга етган вазни кам булиб тугилган чакалоқлар сони НМППКнинг L-аргинин қабул қилмаган хомиладор аёлларга қараганда 2,5 баравар кам.

Янги тугилган чакалоқлар Апгар шкаласи билан баҳоланади. Маълум булишича хомиладорлик вақтида плацентар етишмовчилик учун L-аргинин препаратини қабул қилмаган аёлларда тугрук вақтида асоратлар учрайди: хомила пардасининг муддатдан олдин йиртилиши, хориоамнионит, хомиланинг коникарсиз холати, вояга етган хомиланинг енгил даражали асфиксияси 16,6 %. L – аргинин қабул қилган хомиладор аёлларда преэклампсия ривожланишининг асоратлари кузатилмаган. Плацентар дисфункция аниқланиши билан Тивортин (сироп) ини қабул қилиш НМППК уз вақтида профилактик даволанишига сабаб булган, бу эса перинатал натижаларни яхшиланишига олиб келди. Айниқса 2- триместрда бошланган даво преэклампсия учрашини, муддатдан олдинги тугрукни, хомила асфиксиясини кескин қамайтирди. Клиник морфологик узғаришларни таҳлил қилишимиз ва так-кослашимиз натижаларига қараганда L- аргинин препаратини уз вақтида қабул қилиш ва унинг стандарт терапияга қушилиши плацентанинг муддатдан олдин етилишини 2,1% га олдини олади; плацента туқимасида 2 марта камрок некроз учоклари хосил булади; гипоксия 10 марта камаяди; фиброз учоклари ва дистрофик узғаришлар 3,7 ва 2,5

марта камаяди. L-аргинин кабул килмайдиган гурухга нисбатан асосий гурухда ижобий перинатал натижаларга эришганимиз учун №799 21.11.2020й рационализаторлик таклифи учун сертификат олдик. ТМА ректорининг №678 от 30.12.2020й буйруги асосида. «Способ профилактики преэклампсии у беременных с высоким риском развития» «Юкори хавф гурухидаги хомиладор аёлларда преэклампсиянинг профилфктик усули». мавзусида.

Хулоса. Хомиладорликнинг II и III триместрида L-аргинин препаратини кабул килган хомиладорларда рпреэклампсия ривожланишининг пасайиши, хомиладорликни узайиши, преэклампсия учрашининг камайиши, эрта тугрук хавфи ва янги тугилган чакалок асфикцияси камаяди.

Летература

1. Атабаева Х.Л. Основные принципы подготовки к беременности и ее ведение у беременных с преэклампсией на фоне выявленной тромбофилии // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2016. - №4. - С. 30-38.

2. Афанасьева А.А., Смирнова О.В., Ржевская Н.В., Мартюшова Е.А. Оксидативный стресс и преэклампсия // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2019. №4. - С. 107-117.

3. Венцовский Б.М., Венцовский К.О. Профилактика преэклампсии в условиях женских консультаций //Здоровье женщин. - 2012. - № 2(68). - С. 100-101.

4. Медведев Б.И., Сюдюкова Е.Г., Сашенков С.Л. О значении эритропоэтина в механизмах формирования преэклампсии // Акушерство и гинекология. - 2019. - № 4. - С.12-17.

5. Сидорова И.С., Никитина Н.А. Научно обоснованная система прогнозирования преэклампсии. //Акушерство и гинекология. - 2017. - № 3. -С. 55-61.

ИНДУЦИРОВАННЫЕ РОДЫ: ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ, ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Эшонкулова С.А., Сидикходжаева М.А.

ИНДУЦИРЛАНГАН ТУҒРУҚ: ХОМИЛАДОРЛИК ВА ТУҒРУҚ НАТИЖАЛАРИ, ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОКНИНГ ХОЛАТИГА ТАЪСИРИ

Эшонкулова С.А., Сидикходжаева М.А.

PREGNANCY AND CHILDBIRTH OUTCOMES AFTER LABOR INDUCTION

Eshonkulova S.A., Sidikhodjayeva M.A.

Ташкентская медицинская академия

Цель: Изучены особенности течения беременности и родов, состояния новорожденных при индуцированных родах. **Материалы и методы:** Проведено ретроспективное исследование «случай-контроль» 216 историй родов и историй развития новорожденных за 2020 год по данным родильного комплекса ТМА. Основную (первую) группу составили 108 женщин и их новорожденные с индуцированными родами, группу контроля (вторую)-108 женщин и их новорожденные с самопроизвольными родами. Критерии включения в основную группу: срок беременности 37-41 неделя беременности, индукции родов, одноплодная беременность. Критерии исключения из основной группы: недоношенная беременность любого срока, наличие заболеваний или состояний матери и плода, заведомо предполагающий абдоминальное оперативное родоразрешение. **Результаты.** Показаниями для родовозбуждения явились обострение соматической патологии у 42 пациенток (38,88%), преэклампсия, устойчивая к консервативному лечению, - у 33 (30,55%) пациенток; преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие регулярной родовой деятельности при доношенной беременности - у 16 (14,81%) пациенток, переношенная беременность - у 27 (25,0%) пациенток. При оценке по шкале Е.Н. Bishop до 6 баллов шейка матки оценивали как «незрелую», 6-8 баллов - «недостаточно зрелую», более 8 баллов - «зрелую». «Незрелая» шейка матки была у 10 беременных (9,26%), «недостаточно зрелая» - у 27(25,0%) и «зрелая» - у 69 (63,88%). У 10(9,26%) пациенток во время беременности по результатам ультразвукового исследования была выявлена низкая плацентация, у 12 (11,11%) - нарушенное количество околоплодных вод; у 29 плодов (26,85%) выявлены КТГ нарушения по типу пограничных состояний деятельности сердца. Наиболее частыми осложнениями в родах в основной группе были родовой травматизм OR=7,857 (4,155-14,856), p=0,038, аномалии родовой деятельности OR=13,549 (4,625- 39,693), p=0,045, в том числе слабость родовой деятельности OR=12,793 (2,918- 56,080), p=0,048, дискоординированная родоая деятельность в первой группе OR=19,989 (2,609-153,129), p=0,013. **Заключение.** Установлено, что индуцированным родам достоверно чаще вызывают увеличение кровопотери, частоту возникновения аномалий родовой деятельности, травматизм родовых путей, время пребывания новорожденного в стационаре.

Ключевые слова. Индуцированные роды, исходы родов, осложнения родов, методы индукции.

Aim. To study the course of pregnancy and labor in patients with labor inductions. **Materials and Methods.** I retrospectively reviewed 216 case histories of women admitted to TMA in 2020 half of which (n=108) experienced labor induction. Inclusion criteria were 37-41 weeks of somatic disorders (42/108, 38,9%), pre-eclampsia (33/108, 30,6%), posterm pregnancy (27/108, 25,0%) and premature rupture of membranes (16/108, 14,8%) patients. Out of 108 patients with induced labor, only 10(9,3%) patients had Bishop's score < 6 while 69 (63,9%) patients had Bishop's score >8. Further, 10 (9,3%) patients with induced labor had placenta previa, 12(11,1%) were diagnosed with oligohydramnios or polyhydramnios, and 29(26,9%) women had impaired fetal heart rate. The most common

complications of induced as compared to non-induced labor were traumatic delivery (OR=7,857 (4,155- 14,856), p=0,038) and labor abnormalities OR=13,549 (4,625-39,693), p=0,045 including weak uterine contractions (OR=12,793 (2,918- 56,080) and abnormal uterine activity (OR=19,989 (2,609-153,129), p=0,013. **Conclusions.** Labor inductions, is associated with traumatic delivery and higher risk of labor abnormalities.

Keywords: labor induction, labor complications, traumatic delivery, labor abnormalities.

Литература

1. WHO. Recommendations WHO for induction of labor. Geneva:WHO Publishing, 2014.38p.
2. Sister morning Star. The times and tools of induction. Midwifery Today Int Midwife. 2013: (107) 15-18.
3. Венцовский Б.М., Венцовский К.О. Профилактика преэклампсии в условиях женских консультаций //Здоровье женщин. – 2012. - № 2(68). – С. 100-101.
4. Руководство по эффективной перинатальной помощи-ВОЗ, 2014г.
5. Улучшение исходов при преждевременных родах-ВОЗ,2015г.
6. Induction of labour (CG70) www.nice.org.uk/CG70.

К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА

Юлдашев М.Э.

БОЛАЛАРДА ТИЗЗА КОПКОГИ ТУГМА ЧИКИШЛАРИГА ДОИР

Юлдашев М.Э.

TO SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL DISLOCATION OF KNEE CAP

Yuldashev M.E.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

РЕЗЮМЕ. Врожденный вывих надколенника относится к редким порокам развития и составляет 0,45% - 1% от всех врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата (2, 5, 8).

Существует множество теорий, пытающихся объяснить происхождение врожденных изменений, становящихся причиной вывихов надколенника.

По данным М.В. Волкова, при врожденном вывихе надколенника возникает не только патология мышц бедра и неправильное положение коленной чашки, но и порок развития мышц, окружающих коленный сустав. На этом основании М.В Волков считает, что нарушения в периоде эмбриогенеза связаны с пороком развития всех тканей бедра, в первую очередь с его нервно-мышечным аппаратом (6).

Различают врожденный вывих надколенника полный и неполный. М.В. Волков по тяжести порока развития разделяет на 3 степени: легкая, средняя и тяжелая степень смещения.

Общепризнано, что радикальным методом лечения рассматриваемой патологии является оперативный. В настоящее время для этого предложено более 150 хирургических методов лечения (9).

Обилие предложенных оперативных методов лечения врожденного вывиха надколенника говорит о том неизменном интересе, который проявляли ортопеды к этой своеобразной аномалии развития (3).

Оперативные вмешательства могут быть принципиально разделены на операции на мягких тканях, на суставной сумке и на костях, а также корригирующие проксимальный и дистальный отделы разгибательного аппарата коленного сустава, и операции на самом надколеннике (1, 7, 10,11).

Любой метод оперативного лечения врожденного вывиха надколенника должен предусматривать: хорошую мобилизацию прямой мышцы бедра вместе с надколенником и их перемещение к средней линии с устойчивым укреплением. Однако не при всех методах в равной степени достигаются эти требования.

SUMMARY. Congenital dislocation of the patella is a rare malformation and accounts for 0.45% - 1% of all congenital diseases of the musculoskeletal system (2, 5, 8).

There are many theories trying to explain the origin of congenital changes that cause patellar dislocation.

According to M.V. Volkov, with congenital dislocation of the patella, there is not only a pathology of the femoral condyles and an incorrect position of the knee cap, but also a malformation of the muscles surrounding the knee joint. On this basis, M.V. Volkov believes that disorders in the period of embryogenesis are associated with a malformation of all tissues of the hip, primarily with its neuromuscular apparatus (6).

Distinguish between congenital dislocation of the patella, complete and incomplete. M.V. According to the severity of developmental defects, they are divided into 3 degrees: light, medium and severe mixing.

It is generally accepted that the radical method of treatment of the pathology in question is an operative one. Currently, more than 150 surgical methods of treatment have been proposed for this (9).

The abundance of the proposed surgical methods for the treatment of congenital patellar dislocation indicates the constant interest shown by orthopedists in this peculiar developmental anomaly (3).

Surgical interventions can be fundamentally divided into operations on soft tissues, on the articular capsule and on bones, as well as correcting the proximal and distal parts of the extensor apparatus of the knee joint, and operations on the patella itself (1, 7, 10, 11).

Any method of surgical treatment of congenital dislocation of the patella should provide for: good mobilization of the rectus femoris muscle together with the patella and their movement to the midline with stable strengthening. However, not all methods achieve these requirements equally.

Цель исследования. Изучая отдаленные результаты оперативного лечения с врожденным вывихом надколенника дать оценку эффективности их применения и усовершенствовать существующие методы оперативного лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 30 больных детей (42 сустава) с врожденным вывихом надколенника средней и тяжелой степени патологии, оперированных в возрасте от 5 до 15 лет в отделении детской ортопедии Самаркандской областной больницы ортопедии и последствий травм в период с 1987 по 2013 гг. Среди больных детей были 20 (66,7%) девочек и 10 (33,3%) мальчиков. Наши наблюдения не совпадают с данными литературы о преимущественном поражении данной патологией лиц мужского пола. По тяжести: у 16 (53,3%) отмечалась средняя, а у 14 (46,7%>) тяжелая степени патологии. В исследуемой группе больных 20 (66,7%) пациентов имели односторонние вывихи, 10 (33,3%) двусторонние. Патология правого коленного сустава наблюдалась у 12 больных (60%), левого у 8 больных (40%).

До оперативного лечения всем больным проводились общие клинические и рентгенологические методы исследования.

Больные средней степени тяжести патологии жаловались на периодическое соскальзывание надколенника, быструю утомляемость при ходьбе, неустойчивость походки, боязнь ходить по неровной поверхности.

При тяжелой степени патологии сгибание коленного сустава ограничено, надколенник у них устанавливался с боку и сзади по отношению к латеральному мыщелку и при разогнутом колене оставался с боку. Натяжение латеральной порции четырехглавой мышцы было особенно сильно. У больных детей старшего возраста при этой форме наблюдались вальгусное отклонение голени, а также заметная гипотрофия мышц бедра. Всем больным были выполнены стандартные рентгенограммы (в прямой и боковой проекции) и аксиальные снимки. Результаты рентгенологического обследования показали недоразвитие латерального мыщелка бедра, смещение надколенника кнаружи, недоразвитость самого надколенника, асимметрию суставной щели.

Нами проведены больным следующие виды оперативного лечения: в 5 случаях была выполнена операция Фридлянда, в 10 случаях операция Крогиуса, в 4 операция Бойчева, и 15 пациентам операция Краснова.

Наиболее важной структурой медиальной стороны пателло-фemorального сустава является медиальная пателло-фemorальная связка. Она перекидывается от верхнемедиального угла надколенника до медиального надмыщелка бедренной кости. Последняя является главным статическим стабилизатором надколенника, играющим роль удерживателя пателло-фemorального сустава от латерального смещения (4, 12).

При вывихе надколенника кнаружи медиальная пателлофemorальная связка, естественно растягиваясь утрачивает свою функцию удерживателя.

Учитывая вышеуказанное положение у 8 пациентов применяли операцию Краснова в модифицированном нами варианте (рац. предложение).

Техника операции: Полуовальный разрез кожи делают от границы средней и нижней трети бедра по передне-внутренней поверхности, огибая надколенник и заканчивая несколько дистальнее его нижнего угла. Кожный лоскут отсепааровывают до наружной поверхности бедра и коленного сустава. Мобилизуют прямую мышцу бедра, ее сухожилие с латеральной стороны и собственную связку надколенника. Если мобилизуют надколенник, то при необходимости продольно рассекают его поддерживающие связки с наружной стороны, в дальнейшем их не ушивают. Затем по внутренней поверхности коленного сустава из капсулы выкраивают фиброзный лоскут размером 10-12 на 3-4 см с основанием, переходящим на середину медиальной широкой мышцы бедра. Из нее формируют брюшко, а фиброзно-сухожильную полосу сворачивают в трубочку и прошивают редкими кетгутowymi швами. На 2-3 см выше надколенника в толще сухожилия прямой мышцы корнцангом делают ход, проходящий изнутри-кнаружи и косо сверху-вниз. Через него проводят сухожильно-фасциальную полосу в обратном направлении. Здесь также ушивают полосу у входа и выхода.

Дефект в фиброзной капсуле с внутренней стороны ушивают узловыми кетгутowymi швами, а поверх укладывают и подшивают периферическую часть сухожильно-фасциальной полосы. На наш взгляд периферическая часть полосы заменяет какой-то мере утраченную функцию медиальной пателло-фemorальной связки коленного сустава. Кроме этого проведенная в обратном направлении в толще сухожилия полоска будет надежно удерживать надколенник от латерального смещения.

На операционном столе проверяют надежность фиксации надколенника сгибанием в коленном суставе. Мягкие ткани послойно ушивают, конечность фиксируют глубокой задней гипсовой лонгетой в положении сгибания под углом 150-160° в коленном суставе на 4 недели. С 4-5 дня через гипсовую повязку назначается УВЧ, через 6-7 дней назначали статическую гимнастику для мышц бедра. После снятия гип-

совой повязки проводим активно-пассивную гимнастику, озокерит-парафиновые аппликации. Функция оперированного сустава восстанавливается в среднем через 3-4 месяца.

Результаты: Непосредственные исходы оперативного лечения у всех больных были положительными. Отдаленные результаты их лечения изучены в сроки от 1 года до 26 лет у 27 (37 суставов) пациентов. Результаты оперативного лечения у 27 (37 суставов) из 30 (42 сустава) пациентов полученные на основании субъективного и объективного обследования их, расценивали как «хорошие», «удовлетворительные» и «неудовлетворительные».

18 (66%) пациентов с хорошим результатом лечения жалоб не предъявляли. Проведенные клинко-рентгенологические обследования не определили симптомы патологии, а также функция сустава полностью восстановилась.

У 5 (18,5%) пациентов с удовлетворительным результатом лечения отмечались периодически возникающая хромота, нестабильность надколенника при физической и спортивной нагрузке. Непостоянная боль в суставе, отечность сустава при обычной нагрузке, затруднения при подъеме по лестнице и приседании.

У 4 (14,9%) пациентов результаты лечения оценены как неудовлетворительные. Отмечалась сильная хромота, неустойчивость надколенника при каждом шаге. Боль в коленном суставе при длительной ходьбе, постоянная отечность коленного сустава, невозможность подъема по лестнице и невозможность приседания. У двух из них, оперированных по методу Крогиуса, наблюдалась релюксация.

Отдаленные результаты оперативного лечения больных с врожденным вывихом надколенника в зависимости от метода операции.

Метод операции	Количество операций	Изучено в отдал. периоде	Результаты лечения			
			Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный	Релюксация
Операция Фридланда	5	4	2	1		—
Операция Бойчева	4	3	1	1	1	—
Операция Крогиуса	10	9	4	1	3	2
Операция Краснова	15	13	11	2	—	—
Операция Краснова в модифицированном варианте	8	8	8	—	—	—
Всего	42 сует.	37 сует.	26 больных	5 больных	4 больных	2

Из таблицы видно, что наиболее положительные результаты получены при применении операции Краснова в модифицированном варианте.

Выводы

Врожденный вывих надколенника относится к редким порокам развития. Вместе с тем данная патология привлекает к себе внимание в силу значительных функциональных расстройств коленного сустава связанных с атипичным расположением надколенника.

Обилие предложенных оперативных (более 150) методов лечения врожденного вывиха надколенника говорит о том неизменном интересе ортопедов к этой патологии с одной стороны, с другой, эта проблема и на сегодняшний день еще далека от окончательного разрешения.

3. Предложенное нами дополнение к операции Краснова А.Ф. зарекомендовал себя как наиболее эффективный для оперативного лечения врожденного вывиха надколенника.

Литература

1. Бойчев Б. - оперативная ортопедия и травматология (Б. Бойчев, Б. Конфорти, К. Чоканов), - София, 1961, 834 стр.
2. Волков М.В. - Руководство по ортопедии и травматологии. М., 1968, П-том стр. 644-653
3. Волков М. В., Дедова В. Д. - Детская ортопедия М., 1972, стр. 147-155
4. Герасименко М. А., Белецкий А.В. - Диагностика и лечение повреждений и ортопедических заболеваний коленного сустава. Минск. 2010, стр. 76-104
5. Меженина Е. П. - Врожденные уродства. Киев, 1974, стр. 99-101
6. Миронов С. П., Котельников Г.П. - Ортопедия национальное руководство. М., 2008, стр. 186-192
7. Немсадзе В.П., Кузнечихин Е.П., Выборнов Д.Ю. - Вестник травматологии и ортопедии, 1994, № 3, стр. 19-22
8. Краснов А.Ф., Иванова К. А. - Детская ортопедия, Куйбышев, 1983, стр. 47-51
9. Шевцов В.И., Буравцов П. П. - Наш опыт лечения больных с вывихом надколенника. Вестник травматологии и ортопедии, 2005, № 1, стр. 3437.
10. Dandy D.J. - Chronic patellofemoral instability. J.Bone JT surgery. - 1996.
11. Insall J. - Disorders of the patella // Surgery of the knee/ ed. J.Insall. - N.Y.:
12. Churchill Livingstone, 1984. - p. 195. 12. Warren L.F., Marshall J.L. - The supporting structures and Layers on the
13. medial side of the knee: an anatomical analysis, J. Bone Joint Surg Am,
14. 1979,61: 56-52

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ТРАХЕИ

Якубов И.Ю., Худойкулов М.М., Ражабов Ш.Н., Холмаматов Х.Т., Ахадов М.М.

Ташкентская медицинская академия

Лечение многоуровневого или протяженного рубцового поражения трахеи в отличие от ограниченных повреждений дыхательной трубки чревато массой сложностей для восстановления адекватной проходимости по дыхательной магистрали. Резецирование стенозированного участка трахеи с анастомозом между здоровыми тканями широко используется в трахеальной хирургии. Однако, двухсегментная резекция является нечастым вмешательством – у 165 больных нами выполнено у 5 пациентов, которым проходимость восстановлена двумя анастомозами одномоментно. Полученный положительный результат свидетельствует о безопасности и возможности данных вмешательств, с учетом достаточного опыта и квалификации торакального хирурга в этой сложной патологии.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных двухуровневых рубцовых стенозов трахеи путем резекции пораженного участка с наложением трахеального анастомоза на двух сегментах дыхательной магистрали одномоментно.

Материалы и методы: Клинический материал был собран на кафедре факультетской и госпитальной хирургии №1 Ташкентской Медицинской Академии (1985-2020 гг.). Анализированы результаты обследования и лечения 165 больных, которым выполнены как эндоскопические, так и открытые вмешательства по поводу рубцового поражения дыхательной трубки. Для радикальной ликвидации патологического процесса использовали резекцию поврежденного участка, с восстановлением проходимости наложением анастомоза. У 5 больных удаление рубцового участка выполнена на двух уровнях, патологический процесс которого был различной локализации и протяженности. Возраст больных составил в среднем 29,6 лет, причем мужчин было 3, женщин 2.

Причиной возникновения рубцового повреждения трахеи во всех 5 случаях была длительная искусственная вентиляция легких при помощи интубационной или трахеостомической трубки, в связи с перенесенной тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой. Функционирующая трахеостома была у 3 больных. Двум пациентам была произведена эндоскопическая дилатация рубцового поражения дыхательной трубки в экстренном порядке, из-за дыхательной недостаточности, которая развилась после удаления трахеостомической трубки в раннем деканюляционном периоде (2-3 дня).

Длина поврежденного участка трахеи и степень сужения была различной у всех пациентов. Верхний стеноз длиной был от 1 до 3,5 см, нижний – от 1 до 2 см, общая длина которых составила от 2 до 5,5 см. Здоровый участок между зонами повреждения был от 2 до 5 см. Степень сужения в области патологического участка была от II до IV степени.

У всех больных в виде хирургического доступа использовали частичную продольно-поперечную стернотомию до уровня III межреберья в комплексе с цервикотомией.

В послеоперационном периоде у всех больных осложнений не наблюдалось. Средний койко-день составил 15,4 дня, что не отличалось от больных которым выполнены одноуровневые резекции трахеи. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии без признаков нарушения проходимости при контрольном эндоскопическом исследовании.

Заключение. Использование двухэтажной резекции дыхательной магистрали с восстановлением адекватной проходимости при помощи одномоментных анастомозов на двух уровнях является радикальным лечением при мультифокальном рубцовом повреждении трахеи. Наличие здорового участка дыхательной трубки между патологически суженными процессами, является основным компонентом для выполнения данного вмешательства, длина которого должна быть не меньше 2 см, с сохранением кровоснабжения в данном здоровом участке между трахеей и пищеводом. Данные реконструктивно-восстановительные операции на дыхательной трубке должны выполняться торакальными хирургами, имеющими достаточный опыт и квалификацию в трахеальной хирургии.

БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х., Саломова Ф.И.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х., Саломова Ф.И.

EPIDEMIOLOGY OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE NOSE AND PARANASAL SINUSES

Yarmukhamedova N.F., Bakieva Sh.Kh., Salomova F.I.

Тошкент тиббиёт академияси

Проведен ретроспективный анализ статистического материала о выявляемости ЛОР патологий (хрони-

ческий фарингит, ринофарингит, синусит и ринит) за 2010-2019 гг., полученного в Департаменте статистики РУз. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что на протяжении 2010-2019 гг. отмечено увеличение выявляемости патологий ЛОР органов в 1,4 раза. Наибольшая доля патологий отмечена в возрастной группе 15-17 лет. Средние значения общей заболеваемости за исследуемый период составили $1175,4 \pm 29,6$. По сравнению с 2010 годом к 2019 году общая заболеваемость снижена в 0,9 раза.

Ключевые слова: эпидемиология заболеваний ЛОР органов, риносинусит, хронический риносинусит, первичная заболеваемость, общая заболеваемость.

A retrospective analysis of the statistical material on the detection of ENT pathologies (chronic pharyngitis, rhinopharyngitis, sinusitis and rhinitis) for 2010-2019, obtained from the Department of Statistics of the Republic of Uzbekistan, was carried out. The results of the analysis indicate that over 10 years there has been an increase in the detection rate of ENT organ pathologies by 1.4 times. The largest proportion of pathologies was noted in the 15-17 age group. The average values of the total morbidity for the study period were 1175.4 ± 29.6 . By 2019, the overall incidence has been reduced by 0.9 times.

Key words: epidemiology of ENT diseases, rhinosinusitis, chronic rhinosinusitis, primary morbidity, general morbidity.

ЖССТ маълумотларига кўра, юқори нафас йўлларининг йирингли-яллиғланиш касалликлари ЛОР аъзолари патологияларининг 70-80% ни ташкил қилади [6]. А.С. Лопатин (2018) маълумотларига кўра сўнгги 20 йил давомида ЛОР патологияларининг (риносинуситлар) тарқалиши 2 баробарга кўпайган [4]. Касалликларнинг эпидемиологиясини даврий равишда таҳлил қилиниши касалликларнинг диагностикаси, даволаш ва профилактикаси бўйича олиб борилаётган чора-тадбирлар самарадорлигини баҳолашга ва такомиллаштиришга ёрдам беради.

Тадқиқотнинг мақсади ЎзР Статистика Департаментидан олинган материаллар асосида Республикамиз аҳолиси ўртасида ЛОР касалликлари тарқалганлик даражасини таҳлил қилишдан иборат.

Материал ва методлар: 2010-2019 йиллар давомида Ўзбекистон Республикасининг барча ҳудуди бўйлаб ЛОР касалликларининг (сурункали фарингит, ринофарингит, синусит ва ринит) эпидемиологик кўрсаткичларини ўрганиш бўйича Статистика Департаментидан олинган статистик материалларнинг ретроспектив таҳлили ўтказилди. Баъзи эпидемиологик маълумотларни йиғиш тиббий ҳужжатлар маълумотлардан нусха кўчириш йўли билан амалга оширилди. Бирламчи касалланиш ва тарқалиши кўрсаткичлари йилига 100 000 аҳолига нисбатан ҳисобланди. Тарқалиш кўрсаткичларини ҳисоблашда бирламчи ташхислаш ва уларни юзага келиш вақтидан қатъий назар шу йилда қайд этилган барча касаллик ҳолатлари ҳисобга олинди. Аҳолининг миқдорий таркиби-сони тўғрисидаги маълумотлар статистика бўйича ЎзР Давлат кўмитасидан олинди. Маълумотларни статистик қайта ишлаш амалий статистик таҳлил дастури MS Excel для Windows XP қўллаш билан амалга оширилди. У кўрсаткичнинг ўртача арифметик қиймати ва ўртача квадрат оғишини ҳисоблашни кўзда тутди. Кўрсаткичлар фарқини ишончлилигини баҳолаш Стъудентнинг параметрлар мезони ёрдамида ўтказилди. $P < 0,05$ бўлганда фарқлар ишончли деб ҳисобланди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси: ЎзР аҳолисининг сони 2019 йилда 33255538 нафар бўлиб, аҳоли ўртасида сурункали фарингит, назофарингит, синусит ва ринит 238231 ҳолатда (0-14 ёш оралиғидаги болаларда – 81322 ҳолатда, 15-17 ёшда – 16447 ҳолатда, 18 ёшдан катталарда – 140462 ҳолатда) аниқланган. 100 000 аҳолига нисбатан ҳисоб-китоб қилинганда аниқланган патологияларнинг энг юқори улуши (1083,5) 15-17 ёш оралиғида қайд этилди ва 18 ёшдан катталарда 1,5 баробарга пасайгани (716,4) аниқланди.

ЎзРдаги 2019 йилда ўрганилаётган ЛОР патологиялар билан бирламчи касалланишнинг қайд этилиши, жами 100 000 аҳолига 706,4 ҳолатни ташкил этди. Биринчи беш йиллик давомида касалланиш кўрсаткичларини 100 000 аҳолига 561,6 дан 540,4 ҳолатгача нотекис тақсимланиши қайд этилиб (ўртача кўрсаткич $539,2 \pm 12,98$), кейинги 5 йил давомида эса (2015-2019 йиллар) касалланиш даражаси 100 000 аҳолига 606,2 дан 706,4 гача ўсгани (ўртача кўрсаткич $796,8 \pm 63,69$) аниқланди. Ўрганилган 10 йиллик давомидаги бирламчи касалланиш кўрсаткичининг ўртача қиймати ($667,99 \pm 20,7$) охириги беш йилликдаги ўртача кўрсаткич қийматидан 1,2 мартага камайгани аниқланди ($p < 0,05$). Ўрганилган йиллар давомидаги энг юқори кўрсаткич 2016 йилда қайд этилган бўлиб, 2010 йилга нисбатан 1,7 мартага ошгани, 2019 йилга бориб эса 1,3 мартага камайганлиги аниқланди. Шунини қайд этиш керакки, сўнгги 10 йилликдаги бирламчи касалланиш даражаси (2019 йилда 2010 йилга нисбатан олганда) 1,4 мартага ортгани аниқланди.

ЎзР бўйича 2010-2019 йиллар давомидаги сурункали фарингит, назофарингит, синусит, ринит билан умумий касалланиш кўрсаткичларининг таҳлили ушбу патологияларнинг динамикаси нотекис кечаётганини кўрсатди (2010-1189; 2011-1177,2; 2012-1136,1; 2013-1117,3; 2014-1102; 2015-1189,9; 2016-1309,4; 2017-1274,6; 2018-1236,5; 2019-1022,1). Биринчи 5 йилликда умумий касалланиш 0,9 маротаба камайиб, ўртача кўрсаткич $1144,3 \pm 16,7$ ни ташкил этди. 2015 йилдан умумий касалланиш кўрсаткичининг (1189,9) ўсиши кузатилиб, ўрганилган йиллар учун максимал кўрсаткич 2016 йилда (1309,4) қайд этилди (2015 йилга нисбатан 1,1 маротабага ортган). Кейинги йилларда касалланиш кўрсаткичларининг пасайиши (2016 йилдан 2019 йилга нисбатан 1,3 маротабага) кузатилиб, охириги 5 йилликдаги ўртача кўрсаткич $1206,5 \pm 55,3$ га тенг бўлган. Ўрганилган 10 йилликдаги умумий касалланишнинг ўртача кўрсаткичи $1175,4 \pm 29,6$ ни ташкил этиб, 2010 йилга нисбатан касалланиш кўрсаткичи 2019 йилда 0,9 маротабага камайгани аниқланди.

Бирламчи касалланиш кўрсаткичларида кузатилаётган динамика билан умумий касалланиш кўрсаткичлари динамикаси орасида кузатилаётган қарама-қаршиликни диагностиканинг такомиллашгани билан (баъзи ҳолларда кузатилаётган гипердиагностика билан ҳам) ва аҳолининг тиббий ёрдам учун ўз вақтида мурожаат қилаётгани ҳамда патологияларни даволашнинг самарадорлигини ошгани билан боғлаш мумкин. Қатор олимлар

нинг фикрича, умумий амалиёт шифокорлари, шунингдек оториноларингологлар амбулатория қабулида кўпинча сурункали риносинусит ташхисни тасдиқлаш учун зарур бўладиган бурун бўшлиғини эндоскопик текширув усулидан фойдаланишмайди ва асосан аниқланган клиник белгилар асосида сурункали риносинусит ташхисини қўйишади, бу эса сурункали риносинуситнинг гипердиагностикасига олиб келади [1-3,5].

Bachert С. ва ҳаммуаллифлар маълумотларига кўра (2015), сурункали риносинусит ҳозирги кунда саноати ривожланган мамлакатларда катталар аҳолисининг тахминан 10% таъсир қиладиган касаллик сифатида тан олинган [7]. П.А.Шамкина (2019) маълумотларига кўра, дунёда сурункали риносинуситнинг ўртача тарқалиши $11,81 \pm 5,81\%$ ни ташкил этиб, минимал кўрсаткич $1,01\%$ ни (Жанубий Корея) максимал тарқалиш даражаси эса $57,6\%$ ни ташкил этади (Ҳиндистон). Жумладан, Россия Федерациясида сурункали риносинусит тарқалиш кўрсаткичи $1,42$ дан 35% гача бўлганини, ўртача кўрсаткич $16,42 \pm 10,89\%$ ни ташкил этгани, Шимолий Америкада бу кўрсаткичлар $2 - 16,3\%$ ва $9,66 \pm 4,25\%$ ни, Жанубий Америкада $5,5 - 9,3\%$ ва $7,4 \pm 1,9\%$ ни, Европада $6 - 27,1\%$ ва $12,56 \pm 4,42\%$ ни, Жануби-шарқий Осиёда $1,01 - 57,6\%$ ва $6,67 \pm 2,19\%$ ни (Ҳиндистондаги энг юқори кўрсаткични ҳисобга олмаганда)ни ташкил этгани аниқланган [6].

Шундай қилиб, ЎзР Статистика Департаментидан олинган материаллар асосида Республикамиз аҳолиси ўртасида ЛОР касалликлари тарқалганлик даражасини таҳлил қилиш натижалари шуни кўрсатдики, 2019 йилда сурункали фарингит, ринофарингит, синусит ва ринит 238231 ҳолатда аниқланган бўлиб, 100 000 аҳолига нисбатан 716,4 ҳолатни ташкил этди. Патологияларнинг энг юқори улуши 15-17 ёш оралиғида қайд этилди ва 18 ёшдан катталарда 1,5 баробарга пасайгани аниқланди. Сўнгги 10 йилликдаги бирламчи касалланиш даражаси (2019 йилда 2010 йилга нисбатан олганда) 1,4 мартага ортгани қайд этилди, умумий касалланиш даражаси эса - 0,9 мартабага камайгани аниқланди.

Адабиётлар

1. Гукасян Е. Л. Новые возможности диагностики риносинусита. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2019. 25 б.
2. Иванченко О.А., Лопатин А.С. Хронический риносинусит: эпидемиология, классификация, этиология, патогенез. Современный взгляд на проблему // Вестник оториноларингологии. -2012. -№ 2. -91-96 б.
3. Иванченко О.А., Лопатин А.С. Эпидемиология хронического риносинусита: результаты многоцентрового опроса взрослой популяции // Российская ринология. 2013. Т. 21. № 3. 16-19 б.
4. Лопатин А.С. //Лечение хронического риносинусита: в поисках альтернативных методов//Лечебное дело 2018. №3. 18-24 б.
5. Лопатин А.С. Хронический риносинусит: патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М.: Практическая медицина, 2014. 3-61 б.
6. Шамкина П.А. Кривопапов А.А. Рязанцев С.В. и соав. // Эпидемиология хронических риносинуситов // Современные проблемы науки и образования. - 2019. - № 3. <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28891>
7. Bachert С., Zhang L., Gevaert P. Current and future treatment options for adult chronic rhinosinusitis: Focus on nasal polyposis. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2015. Vol.136. No 6. P. 1431-1440.

МУАЛЛИФЛАР УЧУН МАЪЛУМОТ

Мақолалар фақат юқорида кўрсатилган қоидаларга қатъий риоя қилинган ҳолда қабул қилинади!

ҚЎЛЁЗМАНИ ТАЙЁРЛАШ ҚОИДАЛАРИ

I. Мақола қўлёзмаси ўзбек ёки рус тилида, икки нусхада, дискети, ўзбек ёки рус тилларида эксперт хулосаси, юбораётган муассасанинг илова хати ва ўзбек, рус, инглиз тилида реферат (10 ва 15 қатордан ортиқ бўлмаслиги керак).

II. Қўлёзма фақат компютерда «Word.» дастурида ёзилиши керак ва аниқ ҳарфлар билан, ўлчамлари бир томонда 14 ҳажмда (формат А4) ва майдонлар билан бир ярим оралиқда босилган бўлиши керак. Мақола ҳажми ҳар бир бўлим учун белгиланган ҳажмдан ошмаслиги лозим.

III. Мақоланинг тузилиши:

- Кириш қисми;
- Тадқиқот усуллари;
- Тадқиқот натижалари;
- Муҳокамаси;
- Хулосалар;
- Фойдаланилган адабиётлар рўйхатини библиографик қоидаларга мувофиқ тузиш.

Материалларни аниқ, қисқа ва лўнда, узун кириш сўзсиз ифодалаш зарур, матнда қайтариқлар, жадвал ва расмларнинг такрорланиши мумкин эмас.

IV. Ҳар бир мақолада қуйидагилар бўлиши керак:

1. УДК шифри;
2. Мақоланинг тўлиқ номи;
3. Муаллифларнинг илмий даражаси ва унвони, исми насаби;
4. Иш бажарилган муассасанинг номи;
5. Муаллифнинг почта манзили ва телефон рақами;
6. Илмий иш раҳбарининг чоп этиш учун берган рухсатномаси, мақола матни пастки қисмида эса барча муаллифларнинг имзоси бўлиши шарт.
7. Матнда ажратилиб бериладиган сўзларнинг пастки қисми муаллиф томонидан чизиб кўрсатилиши керак. Махсус ҳарфлар ва рамзлар (масалан, грек алифбосидаги ҳарфлар) ни, шунингдек, расм ва жадвалларга бериладиган ҳаволаларни матнда биринчи бор эслатилгандаёқ ёзув қоғозининг чап ҳошиясига ёзилади.
8. Ўлчов бирликларини Халқаро тизим (СИ), да ифодаланиши керак, зарурат бўлганда, бошқа тизимлардаги СИ ўлчов бирлигидан кейин қавс ичида кўрсатилиши мумкин.
9. Аннотациялар ўзбек, рус, инглиз тилларида бўлиши керак.

V. Фойдаланилган адабиётлар рўйхатини библиографик қоидаларга қатъий риоя этган ҳолда амалга ошириш керак.

VI. Барча иллюстрациялар (чизмалар, диаграммалар, суръатлар) СРТ, ВМР, СDR, JРG, TIF форматда сақланган алоҳида файлда бўлиши керак. Ҳар бир расмнинг орқасида «усти», расмнинг тартиб рақами, биринчи муаллифнинг исми ва мақола номи кўрсатилади. Расмлар матнда берилиши тартиби бўйича рақамланиши керак. Расмларга берилган изоҳлар, расмнинг тартиб рақами кўрсатилган ҳолда алоҳида қоғозга босилади.

Микрофотографияларга бериладиган изоҳларга эса оқулар ёки объективни катталаштириш тартиби кўрсатилиши керак.

VII. Жадвалларни бериш тартиби.

Ҳар бир жадвални алоҳида қоғозга, икки интервалда босилиб, унинг номи, зарур ҳолларда қаторнинг тегида изоҳлари берилиши лозим. Жадвалларда фақат тегишли зарур маълумотлар акс этиш ва тадқиқот материаллари статистик жаҳатдан умумлаштирилган бўлиши шарт.

VIII. Формулаларни бериш тартиби. Формулаларда қуйидагиларни белгилаш керак:

- кичик ва катта ҳарфларни (катта ҳарфларни пастки икки чизиқ билан кўрсатилади ва кичик ҳарфларни устидан иккита чизиқча чизиб белгиланади);

- лотин, юнонча ҳарфларни (лотин ҳарфларни қизил рангда, юнон ҳарфларини эса кўк рангда доира ичига олинади);

- қатор усти ва қатор тегидаги ҳарфлар ва рақамларни ажратиб белгиланади.

IX. Фойдаланилган адабиётларни бериш тартиби.

Адабиётлар рўйхати охириги 5 йил ичида нашр этилган бўлиши, сони 10 тадан ортмаслиги керак (тадқиқот мақолалари бундан мустасно). Матнда ҳаволалар адабиётларнинг рўйхатдаги тартиб рақами бўйича қавсда берилди. Мақола матнининг охирида, биринчи муаллиф фамилиясига кўра алифбо тартибида берилди. Агар бир муаллифнинг бир неча асари берилётган бўлса, уни хронологик тартибида жойлаштирилади. Мақолалар, китоблар ва журналларнинг нашрлари улар нашр этилган тилда берилди. Қабул қилинган мақоланинг тилига таржима қилинмайди!!!

X. Рўйхатга қуйидагилар киради: китоблар орқали – муллиф (лар) нинг исми ва фамилияси, китобнинг тўлиқ номи, нашр жойи ва йили; журналларда, илмий асарлар тўпламларида: муаллифнинг фамилияси ва исми, мақола номи, журнал ёки тўпلام номи, журналнинг рақами, саҳифа рақами – тўлиқлигича. Рўйхатга диссертация ва авторефератлар кирмайди.

Рўйхатни муаллиф томонидан диққат билан тасдиқлаш керак.

XI. Бошқа нашрларга юборилган ёки чоп этилган мақолаларни нашриётда қабул қилиниши мумкин эмас.

XII. Қоидаларга кўра тайёрланмаган мақолалар эътиборга олинмайди.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Статьи принимаются только оформленные в строгом соответствии с приведенными правилами!

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ

I. Рукопись статьи представляется в двух экземплярах с электронной версией, на узбекском или русском языках с экспертным заключением, сопроводительным письмом направляющего учреждения и рефератом (не менее 10 и не более 15 строк) на узбекском, русском и английском языках.

II. Рукопись должна быть набрана только на компьютере в программе «Word.» и распечатана четким шрифтом, размером 14 на одной стороне листа (формат А4) через полтора интервала с полями. Объем статьи не должен превышать указанного в каждой конкретной рубрике.

III. Структура статьи:

- вводная часть;
- методы исследований;
- результаты исследований;
- обсуждение;
- выводы;
- список использованной литературы, составленный в соответствии с библиографическими правилами.

Изложение материала должно быть ясное, сжатое, без длинных введений, повторений и дублирования в тексте таблиц и рисунков.

IV. Каждая статья должна содержать:

- 1) шифр УДК;
- 2) полное название статьи; на русском, узбекском и на английском языках
- 3) ученую степень, научное звание, инициалы и фамилии авторов;
- 4) название учреждения, в котором выполнена работа, с указанием инициалов и фамилии научного руководителя;
- 5) почтовый электронный адрес и телефоны автора, с кем следует вести редакционную работу.
- 6) визу руководителя работы или учреждения на право ее опубликования, а в конце статьи – подписи всех авторов.
- 7) слова, которые, по мнению автора должны быть выделены, подчеркиваются им в тексте. Специальные буквенные шрифты и символы (например, буквы греческого алфавита), а также ссылки на рисунки и таблицы выносятся на левое поле при первом их упоминании.

8) Единицы измерения должны быть выражены в единицах Международной системы (СИ), при необходимости в скобках после единицы измерения СИ может быть указана размерность в других системах.

9) обязательно должны быть аннотации на русском, узбекском и на английском языках

V. Список использованной литературы должен быть оформлен в строгом соответствии с правилами библиографического описания.

VI. Оформление иллюстраций. Все иллюстрации (рисунки, схемы, фотографии) должны быть в отдельном файле, сохраненные в формате CPT, BMP, CDR, JPG, TIF. На обороте каждой иллюстрации указывается «верх», номер рисунка, фамилия первого автора и название статьи. Иллюстрации должны быть пронумерованы согласно порядку их следования в тексте.

Подписи к рисункам печатаются на отдельном листе с указанием номера рисунка. В подписях к микрофотографиям указывается увеличение окуляра и объектива.

VII. Оформление таблиц. Каждая таблица печатается на отдельной странице через два интервала, должна иметь название и, при необходимости, подстрочные примечания. Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы исследования.

VIII. Оформление формул. В формулах необходимо размечать:

- строчные и прописные буквы (прописные обозначаются двумя черточками снизу, а строчные – двумя черточками сверху);
- латинские и греческие буквы (латинские обводятся красным, а греческие – синим цветом);
- подстрочные и надстрочные буквы и цифры.

IX. Оформление литературы. В библиографический список вносится не более 10 работ (за исключением обзорных статей), опубликованных за последние 5 лет. На все работы, включенные в библиографический список, в тексте обязательно приводятся ссылки в квадратных скобках!!! Список литературы составляется в соответствии с ГОСТом «Библиографическое описание документа» и помещается в конце статьи. Библиография составляется строго в алфавитном порядке по фамилии первого автора и в хронологическом, если приводится несколько публикаций одного и того же автора. Названия статей и книг и журналов приводятся на том языке, на котором они были изданы. Перевод на язык представляемой статьи не допускается!!!

X. В списке должны быть приведены: по книгам – фамилия автора (ов) и его инициалы, полное название книги, место и год издания; по журналам, сборникам научных трудов: фамилия автора и его инициалы, название статьи, название журнала или сборника, номер журнала, номер страницы – от и до. В список не включаются диссертации и авторефераты к ним.

Список должен быть тщательно выверен автором.

XI. Направление в редакцию работ уже посланных в другие издания или ранее опубликованных, недопустимо.

XII. Статьи, оформленные не по правилам не рассматриваются.