

O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi

Bosh muharrir:

Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z.A., t.f.d.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Akramov V.R., t.f.d., dotsent
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Abdixakimov A.N., t.f.d.
Babajanov A.S., t.f.d., professor
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:

Mavlyan-Xodjaev R.Sh., t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:

Abdusalomov A.A.

Jurnal O'zbekiston matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil 13 dekabrda
ro'yhatdan o'tgan.

Guvohnoma: 0034.

Tahririyat manzili: 100007,
Toshkent shahri, Parkent ko'chasi,
51-uy.

Tel.; 268-08-17

E-mail: info@avuz.uz

Veb - sayt: www.avuz.uz



(109)

В
У
Л
Л
Е
Т
Н
И

TAHRIRIYAT KENGASHI

Gaybullaev A.	(Toshkent)
Gafur-Axunov M.A.	(Toshkent)
Halimova H.M.	(Toshkent)
Hasanov S.S.	(Toshkent)
Juraev A.M.	(Toshkent)
Zakirov N.U.	(Toshkent)
Zohidova M.Z.	(Toshkent)
Ibadov R.A.	(Toshkent)
Ismailov S.I.	(Toshkent)
Ismailov U.S.	(Toshkent)
Kamilova U.K.	(Toshkent)
Mamasoliev N.S.	(Andijon)
Musabaev E.I.	(Toshkent)
Muxtarov D.Z.	(Toshkent)
Normatova Sh.O.	(Toshkent)
Palvanova S.I.	(Urganch)
Po'latov Sh.B.	(Farg'ona)
Sodiqov A.S.	(Toshkent)
Xodjaev N.I.	(Samarqand)
Fozilov A.A.	(Toshkent)

значение в педиатрической практике // РМЖ. 2017. Т. 25. № 11. С. 836–842.

3. Лиманова О. А., Громова О. А., Торшин И.Ю. и соавт. Низкое потребление омега-3 полиненасыщенных жирных кислот и риск различных заболеваний у женщин репродуктивного возраста // РМЖ, № 9, 2017, с. 33–45.
4. Lavie C.J., Milani R.V., Mehra M.R., Ventura H.O. Эффективность применения ω-3 полиненасыщенных жирных кислот для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: современное состояние проблемы. Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids and Cardiovascular Diseases // J Am Coll Cardiol 2009; 54:585–594

УДК 616.3-008-058-085.214

ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛ БУЗИЛИШНИ БАХОЛАШ ВА ХАЁТ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

Садикова С.И., Джалилова С.Х.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент Кимё Халқаро Университет

Ушбу тадқиқот психо-эмоционал бузулиш (ташвиш ва депрессия даражаси), хаёт сифати (жисмоний, ижтимоий ва психологик компонентлар) ва ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган беморларнинг клиник (объектив маълумотлар ва чандиқ босқичлари) кўрсаткичларини уч компонентли терапиядан, яъни фамотидин ва сульпирид каби дорилардан сўнг динамикада бўлган кўрсаткичларни батафсил таҳлил қилишдан иборатдир.

Калит сўзлар: ошқозон яраси, психо-эмоционал бузилиш, касалхонадаги ташвиш ва депрессия кўлами, хаёт сифати.

ОЦЕНКА И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Это исследование состоит в подробном анализе психоэмоционального расстройства (уровень тревоги и депрессии), качество жизни (физические, социальные и психологические компоненты) и клинические показатели пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (объективные данные и этапы рубцевания) в динамике после использования трехкомпонентной терапии, который включает такие препараты, как фамотидин и сульпирид.

Ключевые слова: язва желудка, психо-эмоциональное расстройство, депрессия в стационарах, качество жизни.

EVALUATION AND IMPROVEMENT OF QUALITY OF LIFE OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDER IN PATIENTS WITH DUODENAL ULCER

This study consists in a detailed analysis of the psycho-emotional disorder (level of anxiety and depression), quality of life (physical, social and psychological components) and clinical (objective data and scarring stages) indicators of patients with duodenal ulcer in dynamics after the use of three-component therapy, including drugs such as Famotidine and Sulpiride.

Ўн икки бармоқли ичак яраси (ЎБИЯ) ошқозон-ичак трактининг (ОИТ) энг кенг тарқалган патологияларидан хисобланади, ва замонавий гастроэнтерологиянинг етакчи даво йўлларини танлашда энг долзарб муаммолардан биридир [3]. ЎБИЯ мультифактор генезли касаллик бўлиб хисобланади, аммо хозирги вақтда касалликнинг этиопатогенезида 100% холларда кислота-пептик омилга ва инфекция агентга катта ахамият берилди [4]. К.Шварцнинг постулатини хамма билди. Унда К. Шварц (1910) “кислотасиз яра йўқ” ва шунинг учун уни даволашнинг замонавий стратегияси биринчи навбатда хлорид кислота секрециясини бостириш, уни зарарсизлантириш ва шиллиқ қаватни агрессив омиллар таъсиридан химоя қилишга қаратилган. 1976 йилда биринчи марта гистамин Х2-рецепторлари блокаторлари циметидин ишлатилган, бу эса ЎБИЯ, гастроззофагил рефлюкс касаллиги, сурункали панкреатитни даволашда гастроэнтерологияда янги даврни очган. Гистамин Н2 рецепторлари блокаторларининг бир неча авлодлари пайдо бўлганлиги сабабли, энг сўнгги авлодлардан бири фамотидиндир. Маълумки, замонавий одамнинг хаёти тез-тез доимий асабий стресс билан тавсифланади. Хар бир инсон танасида пайдо бўлаётган вазиятларга ўзига хос тарзда мослашади: баъзи холларда хиссий ахамиятга эга воқеаларга муносабатни ўзгартириш, бошқаларда - хаяжон оқимини висцерал органларга функционал оғишлар, хақиқий соматик касалликлар ёки хиссий таъсирчан холатлар шаклланади, уларда йўналтирадиган хиссийларни мураккаб ақлий қайта ишлаш орқали бўлади. (невроз, депрессия). Шу билан бирга нишон органларини жарохатланиши жуда кенгдир [1,3], шулардан ЎБИЯ, ошқозон ярасидир (ОЯ) [2] чунки овқат хазм қилиш тизими органларидан патогенезида психосоматик ва вегетатив таъсирлари юқори даражада бўлади, чунки ошқозон ва ичакнинг мотор функцияси асосан автоном асаб тизими томонидан бошқарилади [2]. Бунини ЎБИЯ [7] билан оғриган беморларда сегментар автоном тонуснинг диагностик жихатдан муҳим ўзгаришлари хам тасдиқлайди.

Юқоридаги муносабатларга асосан ЎБИЯ билан касалланган беморларнинг хаёт сифатини (ХС) ўрганиш муаммосига кам эътибор берилётганини кўриш мумкин. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (БЖССТ) мутахассислари узоқ муддатли даволанишни талаб қиладиган сурункали касалликларда хаёт сифатини (ХС) ўрганиш айниқса муҳим деб хисоблашади. Айнан шу холатларда бемор жисмоний, ақлий ва ижтимоий холатидаги ўзгаришларни баҳолаши керак, шунинг учун ХС ўрганиш хам долзарбдир.

Бизнинг тадқиқотимизнинг **мақсади** овқат хазм қилиш тизимининг психовегетатив

ўзгаришларга боғлиқ бўлган касалликнинг патогенетик даволаш сифатини яхшилаш орқали ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган беморларда психо-эмоционал бузилишни баҳолаш ва ҳаёт сифатини яхшилаш эди.

Тадқиқотнинг вазифаси: ЎБИЯ учун уч компонентли терапия комплексида “сульпирид” препаратини қўллашнинг клиник самарадорлигини баҳолашдир, уч компонентли терапиянинг биринчи компоненти сифатида эса “фамотидин” препарати берилди.

Тадқиқотнинг материаллари ва усуллари. Тадқиқотда ЎБИЯ билан касалланган 65 беморлар, шулардан 18 ёшдан 68 ёшгача бўлган, касаллик давомийлиги 1 йилдан 10 йилгача бўлган беморлар киритилди. Улардан 39 эркак ва 26 аёл. Текширув ва даволаш ЎБИЯ зўрайганида касалхонага қабул қилинганда амалга оширилди. Қабул қилингандан сўнг барча беморлардан ҳаёт ва касаллик анамнези йиғилди, касалликнинг клиник белгилари тахлил қилинди. Хамма беморлар биокимёвий қон тестларидан, копрограмма ва нажасли яширин қон тахлилидан, кўкрак қафаси Рентгенограммасидан, ЕКГдан, қорин ультратовуш тексирувидан ўтдилар. Беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш учун “БССТнинг ҳаёт сифатини баҳолаш ҳақида қисқа сўровномаси” ишлатилди. Шу билан бирга, психо-эмоционал ҳолат касалхонадаги ташвиш ва депрессия шкаласи (ХАДС) ёрдамида баҳоланди. Замонавий маълумотларга кўра [4] Н.рулоги ЎБИЯ билан касалланган беморларнинг 90% дан кўпроғида аниқланади, шунинг учун текширилган гуруҳдаги беморларда НР текширилмади. Ташхисни текшириш ва яранинг чандиқлини даражасини одатдаги усул бўйича бажарилган, яъни эзофагогастроуденоскопия (ЭГДФС) натижаларига кўра аниқланди. Беморларнинг 64% да узоқ муддатли ЎБИЯ аниқланди, беморларнинг 36% да кеч бошланди. Яраларнинг ўлчамларига кўра кичик (0,5 см дан кам) бўлган беморларнинг 16% да, ўртача ўлчамлари (0,5-1,0 см) - 64% да, каттаси эса (1,1 - 3 см) - беморларнинг 20% да қайд этилган.

ЎБИЯ билан касалланган барча беморлар иккита гуруҳга бўлинган. 1- (асосий) гуруҳга 33 бемор киритилган бўлиб, улар стандарт антиульцероген терапияси билан бирга 2 ҳафта давомида кунига 200 мг дозада просульпин қабул қилишган. 2 - чи (назорат) гуруҳга фақат 32 киши киритилган бўлиб фақат стандарт антиульцероген терапиясини олганлар. Барча беморларга уч компонентли терапия буюрилди, унинг биринчи компоненти Фамотидин 20 мг препарат эди ва 4 ҳафта давомида кунига 20 мг 2 мартадан берилди. Даволаш самарадорлиги ва аломатларни пасайишини препаратни қабул қилганидан кейин 1, 10, 20 кунларда тахлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. Беморларнинг иккала гуруҳидаги клиникага эътибор берилганда етакчи шикоятлар эпигастрал соҳасида оғриқ, ошқозоначишиб куйиши, кўнгил айниш, кекириш ва метеоризмлар бўлди. Беморларнинг 75 % да оғриқ эпигастрал соҳада жойлашган бўлиб, оғриқни узатилиши беморларнинг 46% учради, шундан 61% да елка ва белга, 23% да ўнг қовурға ёйига, 13% да юрак соҳасига узатилди. Беморларнинг 71% да оғриқ сезгиларини ахамиятсиз ва ўртача интенсивликда деб тавсифланди. 82% беморларда эса оғриқ ва диспептик синдромлар комбинацияси қайд этилди.

Барча беморларда ҳаёт сифатини ўрганишда жисмоний ва психологик турғунликдаги оғишлар аниқланди (расм 1-сон). Ўз-ўзини англаш, микро-ижтимоий қўллаб-қувватлаш ва ижтимоий турғунликни бузилиши бу жуда ноқулай ҳиссиётлардан деб баҳоланади.

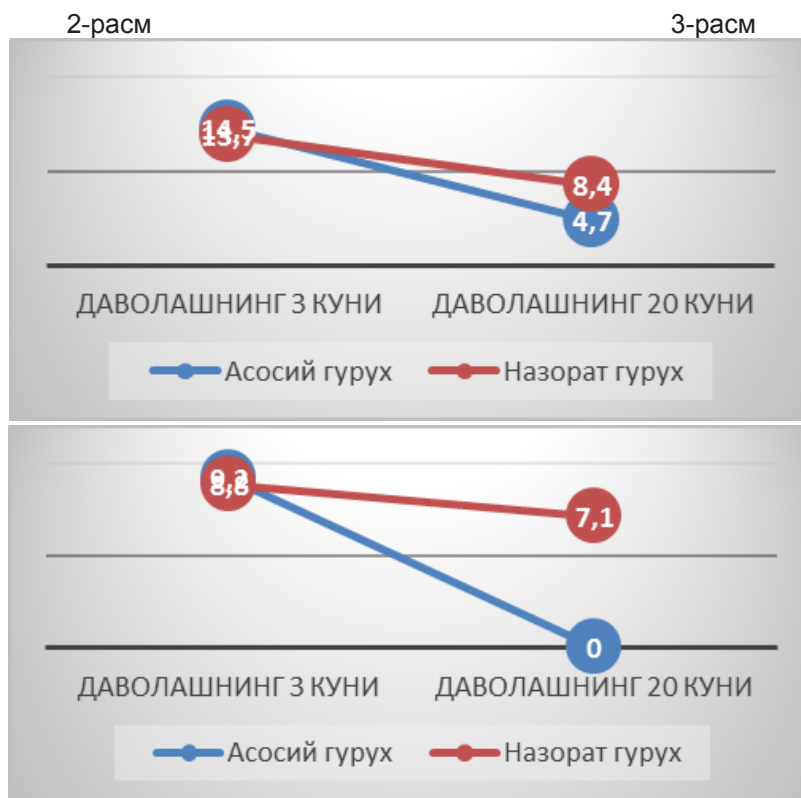
Расм # 1



Субъектив шикоятларга кўра, беморларнинг психо-эмоционал ҳолатининг нисбати (1:1,5) тенг бўлган. Шу билан бирга, иккала гуруҳда ҳам асабийлашиш (84%), уйқунинг бузилиши (94%) ва ташвишли фикрлар (93%) каби шикоятлар кўпроқ кузатилди.

Психологик соҳани батафсил тахлил қилиш учун биз ХАДС психодиагностик усулидан фойдаландик (Расм № 2,3), бу эса ўз навбатида асосий гуруҳда қўлланилган

психофармакотерапияни баҳолаш мезони бўлиб хизмат қилди. Бунда иккала гуруҳдаги ХАДС депрессия балининг қиёсий тахлили кўрсатилган. Олинган маълумотларга кўра, асосий гуруҳда ташвиш ва депрессия кўрсаткичлари даволанишдан кейинги 20-кунга 4,6 га сезиларли даражада пасайди, бу норма. Бироқ, бу кўрсаткичлар назорат гуруҳида пасайиш тенденциясини кўрсатмайди. Шунинг учун сульпирид препарати ЎБИЯ билан касалланган беморларнинг психо-эмоционал ҳолатини самарали яхшилайти деган хулосага келиш мумкин.

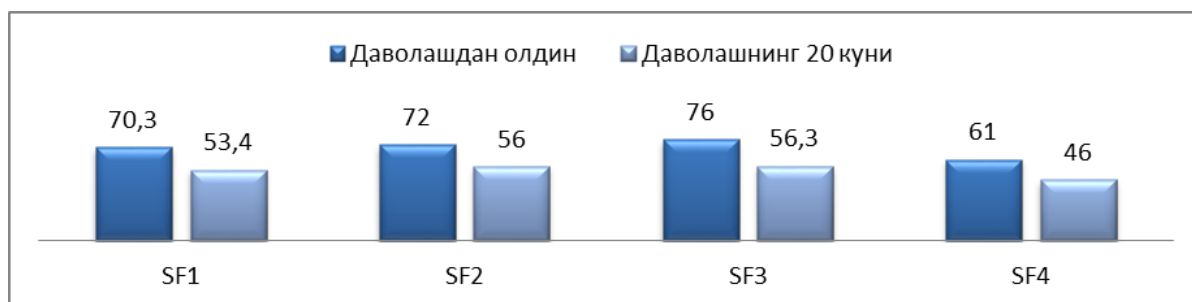


Бу иккала гуруҳдаги ХАДС ҳавотири балининг қиёсий тахлилдир * хатоликлар даражаси $\leq 0,03$ ни ташкил қилади.

Динамикада субъектив маълумотларни тахлил қилиш шуни кўрсатдики, 33 беморда (67,7%) оғриқнинг пасайиши 2-кунга уч компонентли терапиядан фойдаланганда қайд этилган ва унинг биринчи компоненти фамотидин препаратидир, қолган беморларда эса 4 ва 5-кунларда. 5-кунга оғриқни тўлиқ енгиллштириш ЎБИЯ нинг 31 беморда (88,6%) қайд этилди ва 5 беморда оғриқ синдроми иккала гуруҳда уч компонентли терапиянинг 7-кунда йўқолди. Уч компонентли даво ва сульпирид қабул қилган асосий гуруҳларнинг ҳаёт сифати назорат гуруҳи билан солиштирилганда кўрсаткичлар ўзгаришсиз қолди, яъни ҳаёт сифатини сезиларли ўсиши бор эди (Расм 4,5-сон).

Асосий гуруҳдаги динамикада ҳаёт сифати кўрсаткичи

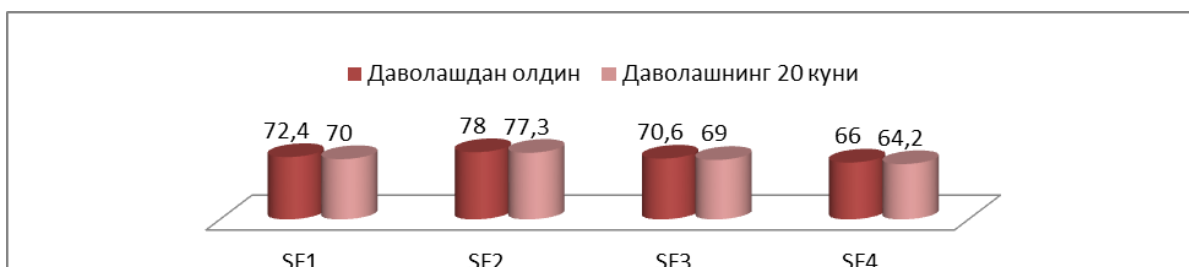
Расм #4



SF1 - жисмоний соҳа; SF2 - психологик соҳа; SF3 - ижтимоий соҳа; SF4-муҳит. ($p \geq 0,05$)

Назорат гурухидаги динамикада хаёт сифати кўрсаткичи

Расм #5



SФ1 - жисмоний соха; SФ2 - психологик соха; SФ3 - ижтимоий соха; SФ4-мухит. ($p \geq 0.05$)

Назорат гурухида ҳам уч компонентли терапиядан фойдаланиши туфайли хаёт сифатининг бироз ошиши кузатилди.

Бундан ташқари, давом этаётган комплекс даволаш самарадорлигини баҳолашда эндоскопик текширув маълумотлари энг юқори маълумотга эга бўлди, бунда сульпиридни кўшимча қабул қилган ЎБИЯ билан оғриган беморларда яранинг чандиқланиш даражаси $0,0625 \pm 0,0018$ см²/кунига ни ташкил этди, назорат гурухида эса атиги $0,0312 \pm 0,0035$ см²/кунига ни ($t=8$) ташкил этди. Шундай қилиб, асосий гурухдаги яранинг чандиқланиш даражаси назорат гурухига нисбатан икки баравар ошди.

Хулоса. Тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатдики, Сульпиридни ЎБИЯ комплекс терапиясида ХС яхшилаш учун кунига 200 мг дозада қўллаш, ҳамда уч компонентли терапиянинг биринчи компоненти бўлган фамотидинни кунига 40 мг дозада давони барча ЎБИЯ билан касалланган беморларда, айниқса ўз-ўзини англаш, психо-эмоционал шикастланиш ва ижтимоий турғунлик каби психологик ўзгариши бор бўлган беморларга бериш зарурдир.

Адабиётлар.

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П. Эмоциональный стресс и психические расстройства. Подходы к терапии // *Materia Medica*. 1996. № 1 (9). С. 29–56.
2. Бутов М.А., Алебастров А.П., Кузнецов П.С. Язвенная болезнь. Инфекция или вегетоневроз? Рязань: РязГМУ, 2004. 145 с.
3. Дроздова М.С. Психосоматические взаимоотношения в гастроэнтерологии. Витебск. 195 с.
4. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Петрова Е.Г. Побочные действия современной антихеликобактерной терапии. *Клин. мед.* 2002; 6: 7-126
5. Маев И.В., Дичева Д.Т., Евдокимова С.Н. и др. Опыт применения грандаксина в составе комплексной терапии язвенной болезни // *Материалы V съезда науч. Об-ва гастроэнтерологов России и XXXII сессии Центрального научно-исслед. ин-та гастроэнтерологии*. 2005. С. 115–116.
6. Патент на изобретение 2161906RU. Способ диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Рязанский гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова; авт. изобрет. М.А. Бутов, П.С. Кузнецов, А. С. Луныков. – Заявл. 14.01.1997 г., № 97100402/14; опубл. 20.01.2001 г. в Бюл. № 2.
7. Соколова Е.Д., Березин Ф.Б., Барлас Т.В. Эмоциональный стресс: психические механизмы, клинические проявления, терапия // *Materiamedica*. 1996. № 1 (9). С. 5–25.

УДК: 616.3-008.14-089-053.2

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБ И ДЕКОМПЕНСТРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛОСТАЗОВ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж., Каримов И.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Авторами у 328 больных детей с суб – и декомпенсированными течениями хронического колостаз (ХК) проведены катанестических, клинко-рентгенологических и дополнительных комплексов исследования. Выявлены разные органические причины, обусловленные анатомическими и функциональными нарушениями дистального отдела ТК и результаты их в целом оценены в балльной системе. При этом суммарный составляет 4- 12 балл, рекомендуется комплекс консервативное лечение, без эффективности её показания к оперативному лечению, если 12-18 балл, при наличии дополнительных изгибов, удлинение, сужение, неполную фиксацию, ротацию и ригидности ТК, с клиническими полными нарушениями моторно-эвакуаторной функции определяли прямые показания к оперативному лечению. У 283 (86,3%) больных получены хорошие результаты от комплексного консервативного лечения. У 45 (13,7%) больных определено показания к операции при: отсутствие эффекта от длительного проводимого комплекса консервативного лечения, нарастание признаки хронической толстокишечной непроходимости с декомпенсированном течением и прогрессирующем ухудшение состояния больного. При выборе методы операции учитывался возраст больных, характер и локализации патологии ТК. У детей до 4 лет проводился трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки (ТЭНТК) по методу Делаторре-Мандрагона и у старших детей - лапаротомным доступом внутрибрюшинная резекция и фиксация ТК. Характер операции были: резекции удлиненной или суженной участки ТК с созданием «коло-анальной» или «коло-коло» анастомозов с фиксацией опущенных и ротированных частей кишечника с целью восстановления анатомические структуры и транзитные функции.

Ключевые слова: хронический колостаз, комплексное лечение, у детей.

последние 8 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 328 больных детей с ХК в возрасте: до 3 лет - 66 (20,1%); 4-6 лет- 85 (25,9%); 7-12лет- 99 (30%); 13-17лет - 78 (24%). Мальчики составили -172 (52,4%), девочки - 156 (47,6%).

Всем больным с ХК проводились: общеклинические, лабораторные, ректальное пальцевое, аноскопия, ректоскопия, ирригоскопия, полипозиционная ирригография (ППИ), фиброколоноскопия (ФКС), пассаж ЖКТ, МРТ, ЭМГ и УЗИ органов малого таза. Это позволило выявить причину моторно-эвакуаторного нарушения: удлинения, сужения, опущения, дефекта фиксации ТК и нарушения функции мышц тазового дна.

При диагностике ХК у детей мы руководствовались классификацией по Я.Ц. Циммерману (2009), где различаются:

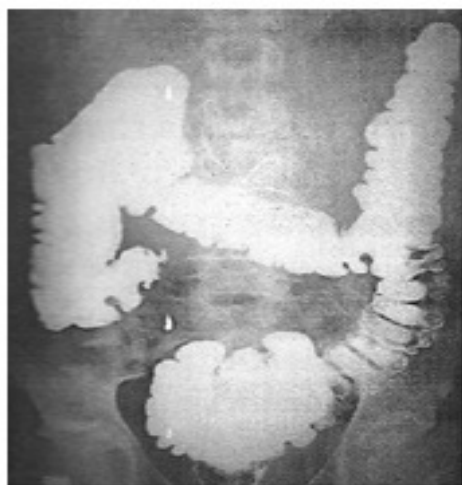
по происхождению- первичный (мегаколон и долихосигма, БГ, транверзоптоз с синдромами Пайра и Хилайдити); вторичный (хирургические заболевания аноректальной зоны; холестатические процессы; перенесенные ОКИ и идиопатический);

по течению: острый и хронический;

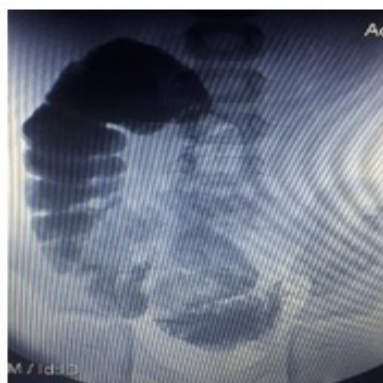
по этиологии: алиментарный, механический, дискинетический, метоболический, токсический, медикаментозный, проктогенный, кологенный др. [5].

По нашим клиническим данным, диагностирован по происхождению первичной ХК у 160 (48,8%): среди них: у 64 (40%) больных выявлено долихосигма; у 41 (25,6%) - БГ; у 46 (25,8%) – транзверзоптоз (с сочетанием синдромами Пайра - у 14 (45%); и Хилайдити (двухстволка печеночном изгибе) - у 6 (19,5%) и в 11 (35,5%) случаев были полной и частичной транзверзоптоз), долихоколон у 9 (5,7%).

Остальные 168 (51,2%) больных с ХК по этиологии были: алиментарного, механического, дискинетического, метоболического и медикаментозного характера. Некоторые варианты декомпенсированного течения транзверзоптоза со синдромами Пайра (рис.1А), Хилайдити (рис.1В) и долихосигмы представлена на рисунке – 1.



А



Б