

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT
JURNALI

№ 1 (98)
2020

ЎЗБЕКИСТОН
ВРАЧЛАР
АССОТСИАТСИЯСИ
БЮЛЛЕТЕНИ



НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

БЮЛЛЕТЕНЬ
АССОЦИАЦИИ
ВРАЧЕЙ
УЗБЕКИСТАНА

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT JURNALI

**O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi**

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

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z. A., t.f.n.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., 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.: 71-268-08-17
E-mail: info@avuz.uz
Veb - sayt: www.avuz.uz



(98)

**B
Y
U
L
L
E
T
E
N
I**

**TOSHKENT
O'zbekiston Vrachlar
Assotsiatsiyasi 2020 yil**

**МУНДАРИЖА
МУХАРРИР МИНБАРИ
ХУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ**

Асадов Д.А., Ан А. В. Оналар ўлими динамикаси тавсифи ва акушерлик амалиётига клиник протоколларни татбиқ этиш натижалари

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА

Маджидова Е.Н., Наджимитдинов С.О., Абдуллаева М.Б., Ким О.В. Транзитор ишемик хуружлар иккиламчи профилактикасида антиагрегант терапия

Рустамова М.Т., Салаева М.С., Салимова Н.Д., Нурматов Д.Х. Стабил стенокардия беморларида қандли диабет II тип фонида буйрак фаолияти бузилиши ривожланишида хавф омилларининг таъсири

Касимова М.С., Махкамова Д.К. Атеросклероз фонидаги кўрув аъзосининг ишемик касалликларида иммунорегулятор фаолиятнинг бузилишлари

Назыров Ф.Г., Девятлов А.В., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р. Ўткир билиар панкреатитни клинко-эпидемиологик аспекти

Долимов К.С., Аскарлов Т.А., Файзилов Е.Н., Ашурметов А.М. Аёлларда ўткир аппендицит ташхисидаги қийинчиликлар

Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р. ЭХОКГ маълумотлари асосида болаларда туғма юрак порокларини учраш частотаси

Оразалиев Г.Б., Оразалиев Б.Х., Муцулов Х.С., Галлямов Э.А., Балалыкин А.С. Лапароскопик холецистэктомиянинг салбий томонлари

Кочкартаев С.С. Умуртқа поғонаси бел қисми диск чурраларини эпидурал бўшлиққа кортикостероид воситаларини юбориш билан ортопедик даволаш

Ахмедов Ш.Ш., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р., Тугизов Б.Э., Хамраев Б.У. Диспластик коксартрозларда сон-чаноқ бўғими эндопротезлашдан сўнг ўпка артерияси тромбоземболиясининг профилактик хусусиятлари

Ашуров А.М., Боймурадов Ш.А. Кранио-фасциал жароҳатланган беморларда постравматик синуситлар

6

**ОГЛАВЛЕНИЕ
КОЛОНКА РЕДАКТОРА
ПРАВО И ЭКОНОМИКА**

7 Асадов Д.А., Ан А. В. Динамика материнской смертности и результаты внедрения клинических протоколов в акушерскую практику

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

11 Маджидова Е.Н., Наджимитдинов С.О., Абдуллаева М.Б., Ким О.В. Антиагрегантная терапия во вторичной профилактике инсульта у больных с транзиторными ишемическими атаками

16 Рустамова М.Т., Салаева М.С., Салимова Н.Д., Нурматов Д.Х. Влияние факторов риска развития нарушения почечной функции у больных стабильной стенокардией на фоне сахарного диабета II типа

19 Касимова М.С., Махкамова Д.К. Нарушения иммунорегуляторных функций при ишемических заболеваниях органа зрения на фоне атеросклероза

21 Назыров Ф.Г., Девятлов А.В., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р. Клинико-эпидемиологические аспекты острого билиарного панкреатита

27 Долимов К.С., Аскарлов Т.А., Файзилов Е.Н., Ашурметов А.М. Трудности в диагностике острого аппендицита у женщин

29 Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р. Частота врожденных пороков сердца у детей по данным ЭХОКГ

32 Оразалиев Г.Б., Оразалиев Б.Х., Муцулов Х.С., Галлямов Э.А., Балалыкин А.С. Негативные стороны лапароскопической холецистэктомии

37 Кочкартаев С.С. Ортопедическое лечение при грыжах поясничного отдела позвоночника с применением эпидурального введения кортикостероидов

42 Ахмедов Ш.Ш., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р., Тугизов Б.Э., Хамраев Б.У. Особенности профилактики тѐла после тотального эндопротезирования при диспластических коксартрозах

47 Ашуров А.М., Боймурадов Ш.А. Постравматические синуситы у больных с кранио-фасциальными травмами

3

МУНДАРИЖА

- Мухтаров Ш.Т., Гиясов Ш.И., Акилов Ф.А., Егоров А.Б., Юлдашев Ж.М., Саиткулов Ж.С.** 5-А редуктаза ингибиторларининг простата беги хавфсиз гиперплазиясини трансуретрал резекцияси натижасига таъсири
- Жабборов У.У., Расуль-Заде Ю.Г.** Қони резус манфий бўлган аёлларнинг хомиладорлиги натижасининг таҳлили
- Асадов Д.А., Ан А. В.** Олдиндан бартараф этиш нуқтаи-назаридан критик ҳолатлар ва оналар ўлими таҳлили
- Гафурова Ф.А., Артикходжаева Г.Ш.** Ўтиш давридаги аёлларда хайз олди синдромини патогенетик коррекциялашнинг янги имкониятлари
- Илхомова Х.А., Тошметова Б.Р.** Нафас тизими касалликлари билан касалланган болаларда стридор ва ёндош патологияларни учраш частотаси
- Мирджураева Н.Р. Шамансуров Ш.Ш.** Мактаб ёшидаги болаларда когнитив ўзгаришларнинг эрта объектив диагностик критерийлари
- Туракулова Д.М., Бабаджанова Л.Д., Назирова З.Р. Олимова Д.А.** Болаларда браун синдромини комплекс даволашнинг ўзига хос жиҳатлари
- Усманова Д.Д., Вафоева Г.Р.** Қандли диабетнинг 2 типиди диабетик энцефалопатияга қарши терапия
- Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т., Тешабаев М.Г., Туланов Д.Ш., Мансурова П.Х., Халилова Б.Р., Насретдинов З.Т., Нажмиддинов Б.Б.** Юз-жағ соҳаси ўткир йирингли яллиғланиш касалликларини этиологик структураси
- Зарединов Д.А., Назарова Н.Б.,** Беморлар оладиган эффектив нурланиш дозаларини ҳисобга олишнинг ҳуқуқий жиҳатлари
- Маматкулов Б., Уразалиева И.** Аҳоли ва умумий амалиёт врачлари томонидан патронаж хамшираларининг фаолиятини баҳолаш
- Нурузова З.А., Шадманова Н.А.** Стафилококлар келтириб чиқарадиган инфекциялар ваантибиотикларга турғунлик муаммоси
- Иргашев Ш.Б., Торакулов Д.Д.** Аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини шакллантириш муаммоси
- Мухтаров Ш.Т., Гиясов Ш.И., Акилов Ф.А., Егоров А.Б., Юлдашев Ж.М., Саиткулов Ж.С.** Влияние ингибиторов 5- α редуктазы на результат трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы
- Жабборов У.У., Расуль-Заде Ю.Г.** Анализ исходов беременности у женщин с резус-отрицательной кровью
- Асадов Д.А., Ан А. В.** Анализ критических состояний и материнских потерь с позиции их предотвратимости
- Гафурова Ф.А., Артикходжаева Г.Ш.** Новые возможности патогенетической коррекции предменструального синдрома у женщин в переходном периоде
- Илхомова Х.А., Тошметова Б.Р.** Частота стридора и сопутствующей патологии у детей с респираторными заболеваниями
- Мирджураева Н.Р. Шамансуров Ш.Ш.** Ранние диагностические критерии когнитивных нарушений у детей дошкольного возраста
- Туракулова Д.М., Бабаджанова Л.Д., Назирова З.Р. Олимова Д.А.** Особенности комплексного лечения детей с синдромом брауна
- Усманова Д.Д., Вафоева Г.Р.** Терапия диабетической энцефалопатии при сахарном диабете 2 типа
- Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т., Тешабаев М.Г., Туланов Д.Ш., Мансурова П.Х., Халилова Б.Р., Насретдинов З.Т., Нажмиддинов Б.Б.** Этиологическая структура острой одонтогенной инфекции
- Зарединов Д.А., Назарова Н.Б.,** Правовые аспекты учета эффективных доз для пациентов
- Маматкулов Б., Уразалиева И.** Мнение населения и врачей общей практики о качестве труда патронажных медицинских сестер
- Нурузова З.А., Шадманова Н.А.** Стафилококковые инфекции резистентности к антибиотикам
- Иргашев Ш.Б., Торакулов Д.Д.** Фундаментальные подходы инновационного решения проблем

ларини ечишда инновацион ёндошувлар

формирования здорового образа жизни среди населения

Икрамов О.И., Камилов Х.М., Гулямова М.Д. Республика клиник офтальмологик шифохонаси (РКОШ) шароитида кўз жароҳатини таркибий тахлили ва кўзнинг тешиб ўтувчи жароҳатларида кўз орқа қисмининг клиник кечининг хусусиятларини ўрганиш

Икрамов О.И., Камилов Х.М., Гулямова М.Д. Анализ структуры стационарной глазной травмы в условиях республиканской клинической офтальмологической больницы (РКОБ) и изучение особенностей клинического течения проникающих ранений глазного яблока с повреждением заднего отдела

ТИББИЙ ТАЪЛИМ

Дадаев Х.А., Мирджуроаев Э.М., Захидова М.У., Акилов Д.Х., Дадаева Х.Х. Шарқ халқ тиббиёти

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Дадаев Х.А., Мирджуроаев Э.М., Захидова М.У., Акилов Д.Х., Дадаева Х.Х. Народная медицина востока

АМАЛИЁТЧИ ШИФОКОРЛАР

Пардаев Д.Э., Бахадирова И.Б. Кулоқ супрасининг гемангиомаси

ВНИМАНИЮ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

Пардаев Д.Э., Бахадирова И.Б. Гемангиома ушной раковины

ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР, ИЛМИЙ МУШОХАДАЛАР

Захидова М.З., Хасанова Д.А., Захидова М.У. Гастроэнтерологияда депрессив холатлар диагностикаси ва даволаш усуллари

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ, НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Захидова М.З., Хасанова Д.А., Захидова М.У. Диагностика и лечение депрессивных состояний в гастроэнтерологии

Мухторов Ш.Т., Худайбергенов У.А., Беляев А.Л., Шерипбаев Р.Б. Қовуқ-қин оқмаларини жаррохлик йули билан даволаш истиқболлари

Мухторов Ш.Т., Худайбергенов У.А., Беляев А.Л., Шерипбаев Р.Б. Перспектива хирургического лечения при пузырно-влагалищных свищах

Аллазов С.А. Интоксикациянинг лейкоцитар индекси ташхис исботи ва даволаш таъсирчанлигини баҳолашда қўшимча параметр сифатида

Аллазов С.А. Лейкоцитарный индекс интоксикации как дополнительный параметр достоверности диагностики и эффективности лечения при воспалительных и интоксикационных процессах

Абдурахимов З.А. Тиббиётда масофавий таълимнинг журнал ва электрон таълимнинг ривожланиши

Абдурахимов З.А. Развитие журнального и электронного дистанционного образования в медицине

Низомов Ш.А. Болаларда уретранинг такрорий стриктурасини хирургик даво самарадорлигини ошириш

Низомов Ш.А. Способ улучшения результатов хирургического лечения рецидивных стриктур уретры у детей

Таштемирова И.М., Рахматов Р.С., Хўжамбердиев М.А., Қодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Сотволдиев Ғ.И. Оилавий гиперхолестеринемияда цитокинлар даражаси ва липидларнинг пероксидланиш жараёни бузилишининг ўзаро боғлиқлиги

Таштемирова И.М., Рахматов Р.С., Хўжамбердиев М.А., Қодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Сотволдиев Ғ.И. Взаимосвязь нарушения обмена жирных кислот и степени цитотоксичности у больных семейной гиперхолестеринемией

Таштемирова И.М., Юлдашева Г.Т., Хўжамбердиев М.А. Метаболик синдром ва унинг асосий компонентларини аёллар ўртасида тарқалиши

Таштемирова И.М., Юлдашева Г.Т., Хўжамбердиев М.А. Распространенность среди женщин метаболического синдрома и его факторов риска

кой эффективностью и простотой применения.

Лечение депрессии невозможно без патогенетической терапии — применения антидепрессантов. В ряде случаев (типичные, коморбидные, затяжные, резистентные депрессии) возникает необходимость в комбинированной терапии антидепрессантами с психотропными препаратами других групп (анксиолитики, антипсихотики, ноотропы).

Антидепрессанты. Вобщемедицинской практике предпочтительны современные антидепрессанты. Они характеризуются мягким тимоаналептическим эффектом, хорошей переносимостью, низкой вероятностью нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами.

Анксиолитики (транквилизаторы) широко используют в общей медицинской практике по следующим показаниям: тревожно-фобические расстройства с па-

ническими атаками и ипохондрическими фобиями; нозогении; ипохондрические и истерические депрессии.

По показаниям может быть назначен мексидол — ингибитор свободнорадикальных процессов (СРОЛ), обладающий ноотропными, стресс-протективными, анксиолитическими, антигипоксическими и нейролептическими свойствами.

Психотерапия - неотъемлемая часть лечения при депрессии у больных СЗ - включает элементы поддерживающей психотерапии, направленной на редукцию чувства страха, отчаяния и беспомощности, коррекцию катастрофического образа болезни путем подключения элементов рационально-разъяснительной психотерапии (убеждение пациента в гипертрофированности его опасений).

Литература.

Мудрые мысли о медицине и врачевании / автор-составитель Я.С. Циммерман. 3-е дополн. изд. — М., 2009.

Воробьева О.В. Клинические особенности депрессии в общемедицинской практике / Consilium medicum. — 2004; 6 (2): 154—158.

Погосова Н.В. Депрессия у пациентов соматического профиля в цифрах и лицах. — М., 2004.

Шептулин А.А. Синдром раздраженного кишечника: спорные и нерешенные вопросы / Клин. мед. — 2005; 8: 78—81.

Осипенко М.Ф., Бикбулатова Е.А. Клинические проявления вегетативной дисфункции у больных с синдромом раздраженного кишечника / Клин. мед. - 2005; 10: 36-40.

Иванов С.В. Депрессия и стресс. — М., 2004.

ВОЗ, Европейское региональное бюро. Руководство mhGAP-iG по оказанию помощи в связи с ПНР, а также расстройствами связанными с употреблением психоактивных веществ в неспециализированных учреждениях здравоохранения. Версия 2.0. 2018 г.

Медведев В.Э. Депрессивные расстройства / Путеводитель врачебных назначений. РНМОТ. Том 6 — 2018; 7: 57-69.

Циммерман Я.С., Гастроэнтерология, ГЕОТАР, Москва. — 2015; 764-787.

УДК:618,15-009,1:616-007,253

ПЕРСПЕКТИВА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩАХ

Мухторов Ш.Т, Худайбергенов У.А, Беляев А.Л. Шерипбаев Р.Б
(ТМА, РСНПМЦУ)

(Обзор зарубежной литературы)

В литературном обзоре оперативного лечения при пузырно-влагалищных свищах описаны подходы и прогнозирование оптимального метода лечения.

Ключевые слова: пузырно-влагалищный свищ.

ҚОВУҚ-ҚИН ОҚМАЛАРИНИ ЖАРРОХЛИК ЙУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ ИСТИКБОЛЛАРИ

Маколада қовуқ-қин оқмаси жаррохлик даволашнинг адабий шархидан олинган маълумотлар келтирилган, унда қовуқ-қин оқмаларни даволашнинг мақбул усулига оид ёндашувлар ва башоратлар келтирилган.

Калит сўзлар : қовуқ-қин оқмаси.

THE PROSPECT OF SURGICAL TREATMENT OF VESICOVAGINAL FISTULA

The article presents data from a literature review of the surgical treatment of vesicovaginal fistula where approaches and predictions of the optimal method for the treatment of vesicovaginal fistulas are described.

Key words: vesicovaginal fistula,

Пузырно-влагалищный свищ является одним из самых тяжелых осложнений в гинекологии, онкогинекологии и урологии. Пузырно-влагалищный свищ – это патологическое сообщение между мочевым пузырем и влагалищем. Начиная с VII в., хирургические методы лечения при пузырно-влагалищных [1] свищах продолжают развиваться [2]. Как известно, существует 3 хирургических доступа: трансвезикальный, трансабдоминальный и трансвагинальный [3].

Наибольшую сложность представляют свищи, расположенные в области устьев мочеточников. В этом случае оперативное пособие осуществляется [4], главным образом чреспузырным доступом. Существует много операций, осуществляемых чреспузырным и другими доступами.

Уретероцистонеостомия тазового отдела мочеточника по поводу свищей, по данным литературы, составляет 75-90%. Частота рецидивов свищей остается высокой (7 - 8%), нередко (5 - 6%) после выполнения операции возникает стеноз устья имплантированного мочеточника, а на этапе реабилитации часто больных беспокоит цисталгия из-за рубцовой деформации мочевого пузыря. Поэтому разработка нового метода операции актуальна.

По способу Фрича культю мочеточника имплантируют в мочевой пузырь на глубину 2-3 см и отдельными кетгутовыми швами фиксируют к стенке. Культя мочеточника свободно висит в просвете мочевого пузыря, со всех сторон «обращает» слизистой оболочкой [5]. Этот способ можно использовать при острой

травме мочеполовой системы. При уретероцистонеостомии по Фричу культя свободно висящего мочеточника часто стенозируется или полностью облитерируется. Поэтому сформированное устье мочеточника мало件годно для эвакуации мочи, застой которой ведет к таким осложнениям, как несостоятельность созданных пузырно-мочеточниковых анастомозов, развитие гнойного пиелонефрита, гидронефроза, мочевых затеков, мочеточниково-кожных свищей [5] и часто служит причиной urgentных оперативных вмешательств. Часто в просвете неоимплантированного мочеточника образуется камень.

Известен метод имплантации мочеточника в мочевой пузырь по Политано - Лидбеттеру в модификации В.С.Карпенко с соавт [6]. Доступ -чрезбрюшинный, чреспузырный. Разрез кожи начинается на 2 - 3 см выше пупка и продолжается по белой линии до лонного сращения. Мочеточник выделяется из сращений. При резекции 6-8 см мочеточника выполняется прямая уретероцистонеостомия с антирефлюсной защитой. Для предупреждения натяжения мочеточника мочевой пузырь подтягивают кверху и фиксируют швами к мышцам таза. Для анастомоза выбирают участок стенки мочевого пузыря, покрытый брюшиной. Это повышает герметичность соустья, предупреждает недостаточность швов и просачивание мочи в брюшную полость. Прямая уретероцистонеостомию выполняют по методу Политано - Лидбеттера [6] в модификации автора. Она заключается в том, что мобилизованный мочеточник сначала проводят в мочевой пузырь через отверстие,

проделанное на 30 - 35 мм выше устья, и фиксируются со стороны брюшной полости и мочевого пузыря кетгутowymi швами (3/0). Затем проделывают тоннель в подслизистом слое длиной 26-30 мм, через который протягивают мочеточник. Сшиванием стенки мочеточника со слизистой оболочкой мочевого пузыря формируют искусственное устье мочеточника. Ушивают слизистую оболочку мочевого пузыря над мочеточником. Перитонизируют ранее выделенный мочеточник и пузырно-мочеточниковое соустье. При сохраненном тонусе мочеточника его не дренируют. Мочевой пузырь дренируют через уретру или надлобковую область.

Известен способ фистулопластики [7] с неомплантацией мочеточника в мочевой пузырь по методу Симмондса в модификации Г. Хёрта [4]. Доступ - внебрюшинный и трансвезикальный. Проксимальный конец мочеточника рассекают вдоль на 6 часах условного циферблата на протяжении 5 мм. На угол разреза накладывают шов-держалку из полигликолевой нити 4-0. В предварительно вскрытый мочевой пузырь вводят палец, приподнимают его заднелатеральную стенку и обозначают наиболее подходящее место для имплантации мочеточника. Расслаивающими движениями ножниц в стенке мочевого пузыря формируют отверстие диаметром 1 см. Через это отверстие изнутри наружу проводят изогнутый пинцет, которым захватывают концы шва-держалки и, потягивая за него, мочеточник погружают в мочевой пузырь. Изнутри мочевого пузыря накладывают 5-6 узловых швов полигликолевой нитью 4-0, захватывая все слои стенки мочеточника и почти все слои стенки мочевого пузыря и сопоставляют края слизистых оболочек. Для укрепления анастомоза и уменьшения натяжения дополнительно накладывают 3-4 узловых шва, захватывая брюшину мочеточника, мышечную и серозную оболочку мочевого пузыря. Мочеточник и мочевой пузырь дренируют катетером.

Однако при операции по этому методу из-за большого разреза мочевого пузыря в послеоперационном периоде

часто возникает дизурия, время операции удлиняется.

Известен способ пластики пузырно-влагалищного свища по патенту РФ №2135039, включающий наложение швов на стенку мочевого пузыря и влагалища. На первом этапе - чрезпузырном - производят нижне-срединный разрез, ревизию мочевого пузыря, циркулярный разрез, несколько отступя от краев свища, наложение лигатуры вокруг свищевой отверстия и фиксация их к катетеру, с помощью которого они выводятся через свищевой ход в сторону влагалища. Этап заканчивают наложением швов Донатти на обновленные края свищевой ходы и ушиванием мочевого пузыря [8]. На втором - чрезвлагалищном - этапе рубцовые ткани свищевой ходы иссекают, и на стенку влагалища накладывают швы Донатти.

Недостатком этого способа являются сложность выполнения и высокая травматичность. Принципы оперативного лечения при пузырно-влагалищных свищах разработаны более 100 лет назад Sims'ом, Collis'ом и Trendelenburg'ом. Независимо от доступа хирургические принципы лечения остаются неизменными и в наши дни. Иссечение рубцовой ткани свища, расщепление пузырно-влагалищной перегородки с широкой мобилизацией тканей, раздельное ушивание мочевого пузыря и влагалища без натяжения тканей, длительное дренирование мочевого пузыря после операции [9,10].

О.Б. Лоран модифицировал методику Latzko. Суть предложенной методики, названной «косым кольпоклеизисом», заключается в том, что после иссечения рубцов в зоне свища и широкой мобилизации тканей влагалища и мочевого пузыря появляется возможность наложить швы на дефект стенки мочевого пузыря, а затем в косом направлении соединить переднюю и заднюю стенку влагалища. По данным О.Б. Лорана и соавт., эффективность «косого кольпоклеизиса» составила 81% [11].

Открытие в конце XIX в. рентгеновских лучей и явления радиоактивности стало привлекательной альтернативой

хирургическим методам лечения больных с распространенными формами рака шейки матки (РШМ) [30]. Эра лучевой терапии РШМ началась в 1903 г., когда М. Cleaves сообщила о первом опыте применения радия для аппликации на опухоль у двух больных РШМ [12]. В этиологической структуре пузырно-влагалищных свищей появилась еще одна категория, ставшая наиболее сложной для курации – лучевые свищи.

Основным препятствием к выполнению реконструктивных операций в этих случаях стали нарушения трофики тканей, развившиеся под действием лучевой терапии. Поэтому стандартные хирургические методики при лучевых свищах малоэффективны [13]. В основу большинства методик лечения при лучевых свищах положено использование лоскута на ножке, выкроенного из необлученных тканей для улучшения васкуляризации и трофики в зоне свища и создания «прокладки» между разобщаемыми органами. Наиболее полно эти задачи можно реализовать, используя лоскуты разных тканей. Основой лоскута могут быть мышечная или жировая ткань, фасции. Иногда при необходимости в состав лоскута включают кожу. Донорскую зону и планирование размера лоскута следует выбирать с учетом особенностей кровообращения донорской зоны. Длина, диаметр и расположение осевого сосуда составляют основу для планирования геометрии лоскута, т. к. адекватное кровоснабжение лоскута является профилактикой послеоперационных осложнений, в первую очередь, некроза лоскута [14]. K.S. Eilber, E. Kavalier, L.V. Rodríguez, N. Rosenblum, S. Raz проанализировали десятилетний опыт лечения при пузырно-влагалищных свищах и сообщили, что эффективность фистулопластики с использованием лоскута Martius составила 97%. Но среди прооперированных пациенток только 4% имели постлучевые свищи [15]. По данным Dr. Deerak Bolbandi et al., прооперировавших с положительным эффектом 13 из 14 пациенток с пузырно-влагалищными свищами с использованием лоскута из *m. gracilis*, эффективность операции составила 93% [16].

M. gracilis – это длинная, тонкая мышца медиальной группы бедра, начинающаяся от передней поверхности лобковой кости и прикрепляющаяся к бугристости большеберцовой кости. Основными функциями мышцы являются приведение бедра, сгибание в коленном суставе, ротация нижней конечности кнутри. Основное кровоснабжение мышцы осуществляется глубокой бедренной артерией и медиальной артерией, огибающей бедренную кость.

Позже появились сообщения об использовании *m. rectus abdominis* (ректоабдоминальный лоскут) для интерпозиции при фистулопластике [17]. Осевыми сосудами лоскута являются нижние эпигастральные сосуды. Большая длина, мобильность, легкость ротации, хорошее кровоснабжение ректоабдоминального лоскута, возможность включения кожи в состав лоскута делают его удобным для фистулопластики и реконструкции тазового дна.

В настоящее время для создания межсвищевых барьеров используют коллагеновые биоматериалы [18]. О.Б. Лоран и соавт. в 2007 г. сообщили об успешном применении биологического материала 3 из 4 пациенток со сложными мочевыми свищами [19]. Основой данного биоматериала является коллаген I типа, выступающий в роли внеклеточного матрикса и обеспечивающий направляемый контакт эпителиальных клеток и фибробластов, создавая их оптимальную миграцию и ориентацию, связывая клетки для формирования новой ткани [19]. Последние десятилетия характеризуются стремительным развитием лапароскопических технологий. Эндовидеохирургические операции лишены таких недостатков открытых операций, как широкий травматичный доступ, длительная госпитализация и временная нетрудоспособность пациентов [20,22].

В 1994 г. С.Н. Nezhat et al. сообщили о первой лапароскопической трансвезикальной фистулопластике пузырно-влагалищного свища. А в 1998 г. P. von Theobald et al. сообщили о первой лапароскопической экстравезикальной фистулопластике пузырно-влагалищного свища [23,

24]. В двух сериях пациенток, включавших 6 (плюс 2 пациентки с пузырно-маточными свищами) и 15 случаев пузырно-влагалищных свищей, выполнена лапароскопическая фистулопластика. В. Ghosh et al. проанализировали результаты хирургического лечения 26 пациенток с пузырно-влагалищными свищами за период с 2011 по 2014 г.; разделив их на 2 группы. В первой группе (13 женщин) выполнена фистулопластика открытым абдоминальным доступом. Во второй – лапароскопическим. Авторы пришли к выводу, что лапароскопический доступ менее травматичен. Больные меньше пребывают в стационаре [27].

В 2005 г. O. Melamed et al. впервые выполнили роботоассистированную пластику пузырно-влагалищного свища [88]. Преимуществами роботоассистированных операций являются лучшая визуализация и большая степень свободы манипуляторов по сравнению с лапароскопическими инструментами и руками хирурга. V. Agrawal et al. в 2015 г. сообщили о 100% эффективности роботоассистированной пластики пузырно-влагалищных свищей в серии из 10 пациенток [29]. C.S. Pietersma et al. считают роботоассистированную технику выполнения фистулопластики возможной, обещающей хорошие результаты [30]. Главный аргумент в пользу разработки

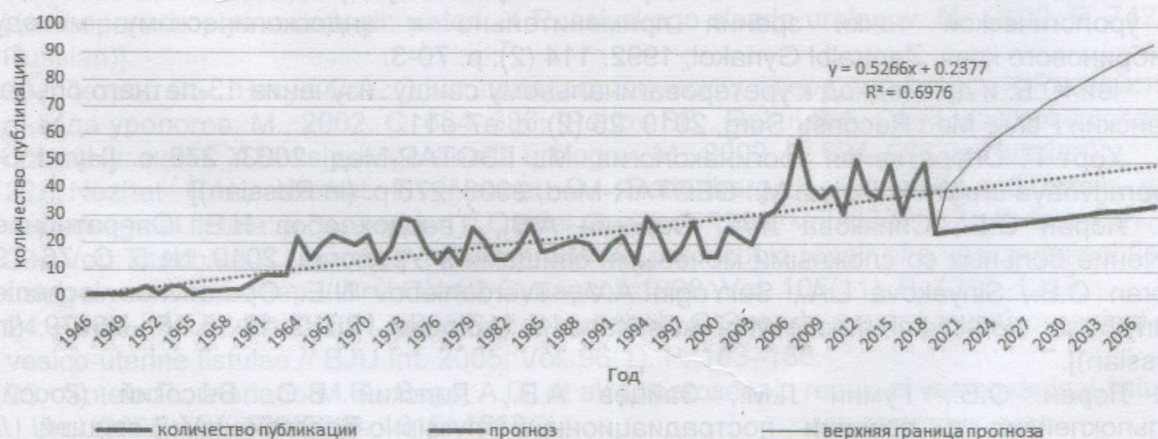
клинических рекомендаций – необходимость повышения качества медицинской помощи данным больным, сокращение количества тяжелых и неизлечимых клинических ситуаций [31].

Данные исследований из базы PubMed за период 1946 - 2019 г. Поскольку они имеют характер временной шкалы, был выбран метод прогнозирования линейного тренда.

Первоначальные публикации были доступны в 1946 году. Мы видим одну публикацию, доступную с 1946 по 1949 год. Начиная с 1950 года тема стала более актуальной, проведено больше исследований и публикаций (в среднем, 4 публикации в год). Мы наблюдаем устойчивый рост публикаций до 1963 года. Однако в 1964 году отмечено резкое увеличение тренда, что привело к увеличению количества публикаций почти в три раза по сравнению с 1963 годом (22 публикации).

График отражает сезонный характер с колебаниями каждые 3-4 года. Учитывая, что в 2019 году колебания снизились, можно ожидать роста числа публикаций в ближайшие 3 - 4 года.

Пик исследований приходится на 2007 год, когда были опубликованы 58 сообщений. С 1946 по 2019 год появились 1478 публикаций.



Приведенный график включает исторические данные и прогноз до 2036 года в двух возможных сценариях. Прогноз верхнего уровня отражает увеличение количества публикаций (почти 200% рост

числа публикаций к 2029 году, где ожидается 72 публикаций). “Реальный прогноз” указывает на стабильные темпы роста (почти 20% темпов роста публикаций с 2019 по 2029 год), что равно 29 публи-

кациям в 2029 году и 34 - в 2038 году. Метод предполагает точность около 69% ($R^2 = 0,6776$). Наклон тренда равен 0,5266, точка пересечения - 0,2377. Уравнение прогнозирования линейного тренда: Y [прогнозируемый тренд] = наклон тренда * X [период времени] + точка пересечения.

Если все факторы роста будут благоприятными, верхняя граница роста публикаций и увеличится на 200% к 2029 году. Этот сценарий менее реалистичен и возможен только в случае, если все

условия выполнены и в расчетах не учитываются ошибки. Ожидается, что реальный темп роста составит 20%, где прогнозная модель включает 69% уровень точности и другие факторы ошибки. Этот сценарий более вероятен, так как учитывает менее благоприятные факторы. Анализ показал, что в 2019-2028 годы продолжится изучение проблемы ПВС. Основное количество статей, видимо, будет посвящено разрешению данного недуга в XXI веке.

Литература.

1. Аминшарифи А. Малоинвазивное лечение сопутствующих пузырно-влагалищных и мочеточниковых свищей после трансабдоминальной гистерэктомии. Лапароскопическое восстановление пузырно-влагалищного свища с уретеронеоцистостомией с использованием лоскута Boari. *J Minim Invasive Gynecol*, 2018. 25 (1): p. 17-18.
2. Ло, Т.С. и др. Клиническая значимость и результаты лечения пузырно-влагалищного свища (ВВФ) после акушерской и гинекологической хирургии. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2019. 58 (1): p. 111-116.
3. Маккей, Э., Уоттс К., Абрахам Н. Абдоминальный подход к пузырно-влагалищному свищу. *Urol Clin North Am*, 2019. 46 (1): с. 135-146.
4. Бухерт В.И. Хирургическое лечение пузырно-влагалищного свища. *J Urol*, 1953. 69 (5): с. 665-76.
5. Мунгалов Н.П. и Н.А. Куликова. Одностадийная двусторонняя уретероцистостомия и пластическая операция везиковагинального свища. *Урол Нефрол (Москва)*, 1998 (4): с. 47.
6. Эванс, Д.Х. и др., Вращающиеся лоскуты при трансабдоминальном восстановлении пузырно-влагалищного свища: действительно ли они необходимы? *Урология*, 2001. 57 (4): с. 670-4.
7. Schneider, J.A., V.J. Патель и Э. Хертель. Закрытие пузырно-влагалищных свищей с урологической точки зрения применительно к эндоскопическому методу фибринового клея. *Zentralbl Gynakol*, 1992. 114 (2): p. 70-3.
8. Чен Ю.Б. и др. Подход к уретеровагинальному свищу: изучение 13-летнего опыта. *Женский Pelvic Med Reconstr Surg*, 2019. 25 (2): с. e7-e11.
9. Херт Г. Оперативная урогинекология. М.: ГЭОТАР-Мед, 2003. 276 с. [Nyort G. *Operativnaya uroginekologiya*. M.: GEOTAR-Med, 2003. 276 p. (in Russian)]
10. Лоран О.Б., Синякова Л.А., Серегин А.В., Твердохлебов Н.Е. Оперативное лечение больных со сложными мочевыми свищами // *Урология*. 2010. № 5. С. 76-79 [Loran O.B., Sinyakova L.A., SerYogin A.V., Tverdohlebov N.E. *Operativnoe lechenie bolnyih so slozhnyimi mochevyimi svischami* // *Urologiya*. 2010. № 5. P. 76-79 (in Russian)].
11. Лоран О.Б., Гумин Л.М., Зайцев А.В., Липский В.С. Высокий (косой) кольпоклеяжис в лечении пострадикационных пузырно-влагалищных свищей // *Урология*. 2000. № 4. С. 41-42 [Loran O.B., Gumin L.M., Zaytsev A.V., Lipskiy V.S. *Vyisokiy (kosoy) kolpokleyzis v lechenii postradiatsionnyih puzyirno-vlagalischnyih svischey* // *Urologiya*. 2000. № 4. P. 41-42 (in Russian)].
12. Жаринов Г.М., Некласова Н.Ю. Лучевая терапия рака шейки матки – история, современное состояние // *Лучевая диагностика и терапия*. 2011. № 3-2. С. 34-42 [Zharinov G.M., Neklasova N.Yu. *Luchevaya terapiya raka sheyki matki – istoriya*,

- современное состояние // *Luchevaya diagnostika i terapiya*. 2011. № 3–2. P. 34–42 (in Russian)].
13. Лоран О.Б., Серегин А.В., Довлатов З.А. Современные подходы к лечению постлучевых уrogenитальных свищей у женщин: обзор литературы // *Экспериментальная и клиническая урология*. 2015. №4. С. 42–45 [Loran O.B., Seregin A.V., Dovlatov Z.A. *Sovremennyye podhodyi k lecheniyu postluchevyyih urogenitalnyih svischey u zhenschin: obzor literatury* // *Eksperimentalnaya i klinicheskaya urologiya*. 2015. №4. P. 42–45 (in Russian)].
14. Елисеев Д.Э., Елисеев Э.Н., Аймамедова О.Н., и др. Хирургическое лечение ректовагинальных свищей. Опыт пластики лучевого ректовагинального свища лоскутом Martius-Symmonds // *Онкогинекология*. 2015. №2. С. 59–69 [Eliseev D.E., Eliseev E.N., Aymamedova O.N. i dr. *Hirurgicheskoe lechenie rektovaginalnyih svischey. Opyit plastiki luhevogo rektovaginalnogo svisha loskutom Martius-Symmonds* // *Onkoginekologiya*. 2015. № 2. P. 59–69 (in Russian)].
15. Eilber K.S., Kavalier E., Rodríguez L.V. et al. Ten-year experience with transvaginal vesicovaginal fistula repair using tissue interposition // *J Urol*. 2003. Vol. 169(3). P. 1033–1036.
16. Deepak Bolbandi, Raghuv eer, Mayank Agarwal. Role of gracilis muscle transfer in complex vesico vaginal fistula // *Indian J Applied Research*. 2016. Vol. 6(8). P. 10–11.
17. Perata E., Severoni S., Schietroma M. et al. Post-partum vesicovaginal fistula: abdominal muscle strip treatment // *Minerva Ginecol*. 2001. Vol. 53(3). P. 165–170.
18. Лоран О.Б., Синякова Л.А., Деметьева А.В., Твердохлебов Н.Е. Применение синтетических и биологических материалов при лечении сложных мочевых свищей и стрессового недержания мочи у женщин // *Consilium medicum*. 2007. № 4. С. 46–49 [Loran O.B., Sinyakova L.A., Dementeva A.V., Tverдохлебов N.E. *Primenenie sinteticheskikh i biologicheskikh materialov pri lechenii slozhnyih mochevyyih svischey i stressovogo nederzhaniya mochi u zhenshin*. // *Consilium medicum*. 2007. № 4. P. 46–49 (in Russian)].
19. Павлов В.Н., Пушкарев А.М., Измайлов А.А. и др. Применение лапароскопических технологий в урологии // *Медицинский вестник Башкортостана*. 2006. Т. 1(1). С. 107–110. [Pavlov V.N., Pushkarev A.M., Izmaylov A.A. i dr. *Primenenie laparoskopicheskikh tehnologiy v urologii* // *Meditinskiy vestnik Bashkortostana*. 2006. Т. 1(1). P. 107–110 (in Russian)].
20. Коган М.И., Медведев В.Л., Абоян И.А. и др. Лапароскопия в урологии: матер. X Российского съезда урологов. М., 2002. С. 742. [Kogan M.I., Medvedev V.L., Aboyan I.A. i dr. *Laparoskopiya v urologii: materi. X Rossiyskogo s'ezda urologov*. М., 2002. P. 742 (in Russian)].
21. Петров СБ., Ракул С.А. Опыт лапароскопических операций: матер. X Российского съезда урологов. М., 2002. С. 684–686. [Petrov SB., Rakul S.A. *Opyit laparoskopicheskikh operatsiy: mater. X Rossiyskogo s'ezda urologov*. М., 2002. P. 684–686 (in Russian)].
22. Nezhat C.H., Nezhat F., Nezhat C., Rottenberg H. Laparoscopic repair of a vesicovaginal fistula: a case report // *Obstet Gynecol*. 1994. Vol. 83(5 Pt 2). P. 899–901.
23. Von Theobald P., Hamel P., Febraro W. Laparoscopic repair of a vesicovaginal fistula using an omental J flap // *Br J Obstet Gynaecol*. 1998. Vol. 105(11). P. 1216–1218.
24. Chibber P.J., Shah H.N., Jain P. Laparoscopic O'Conor's repair for vesico-vaginal and vesico-uterine fistulae // *BJU Int*. 2005. Vol. 96(1). P. 183–186.
25. Sotelo R., Mariano M.B., Segui A.G. et al. Laparoscopic repair of vesicovaginal fistula // *J Urol*. 2005. Vol. 173(5). P. 1615–1618
26. Ghosh B., Wats V., Pal D.K. Comparative analysis of outcome between laparoscopic versus open surgical repair for vesico-vaginal fistula // *Obstet Gynecol Sci*. 2016. Vol. 59(6). P. 525–529.
27. Melamud O., Eichel L., Turbow B., Shanberg A. Laparoscopic vesicovaginal fistula repair with robotic reconstruction // *Urology*. 2005. Vol. 65(1). P. 163–166.

28. Agrawal V., Kucherov V., Bendana E. et al. Robot-assisted Laparoscopic Repair of Vesicovaginal Fistula: A Single-center Experience. // *Urology*. 2015. Vol. 86(2). P. 276–281.
29. Pietersma C.S., Schreuder H.W., Kooistra A., Koops S.E. Robotic-assisted laparoscopic repair of a vesicovaginal fistula: a time-consuming novelty or an effective tool? // *BMJ Case Rep*. 2014. Pii: bcr2014204119.
30. Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Бороздина О.А., Николаева Н.А. Стандартизация в здравоохранении. Преодоление противоречий законодательства, практики, идей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 208 с. [Naygovzina N.B., Filatov V.B., Borozhdina O.A., Nikolaeva N.A. Standartizatsiya v zdavoohranenii. Preodolenie protivorechii zakonodatelstva, praktiki, idey. M.: GEOTAR-Media, 2015. 208 p. (in Russian)].

УДК: 616.155.8.002.009

ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ ИНДЕКС ИНТОКСИКАЦИИ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПАРАМЕТР ДОСТОВЕРНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ИНТОКСИКАЦИОННЫХ ПРОЦЕССАХ

Аллазов С.А.

(СамГМИ, Сам.фил. РНЦЭМП)

Степень интоксикации при острых гнойных воспалительных процессах, определяемая лейкоцитарным индексом по методу Кальф-Калифа, не потеряла клиническое значение. Нормальный индекс интоксикации является выражением нормальной гемограммы и должен выражаться 1 (единицей) или близкой к ней величиной. При этом числитель и знаменатель в формуле равны. Таким образом, нормальная величина индекса обозначается цифрами от 0,5 до 1,5. Индекс интоксикации выше 2,0 ед. указывает на наличие острого воспалительного процесса, требующего неотложного оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде индекс интоксикации после удаления из организма токсического агента в большинстве случаев на 2 день падает до нормы. Следует подчеркнуть значение лейкоцитарного индекса интоксикации в количественной оценке детоксикационного эффекта.

Ключевые слова: лейкоцит, лейкоцитарный индекс, воспалительный процесс, интоксикация.

ИНТОКСИКАЦИЯНИНГ ЛЕЙКОЦИТАР ИНДЕКСИ ТАШХИС ИСБОТИ ВА ДАВОЛАШ ТАЪСИРЧАНЛИГИНИ БАҲОЛАШДА ҚУШИМЧА ПАРАМЕТР СИФАТИДА

Кальф-Калиф усулида захарланиш даражаси аниқланадиган лейкоцитлар интоксикация индекси халигача аҳамиятга молик. Нормал интоксикация индекси гемограмманинг нормадаги кўрсаткичларини ифодалаб, одатда 1 ёки унга яқин бўлади. Бунда касрнинг формуладаги сурат ва махраж қисмлари бир-бирига тенг бўлиб чиқади. Индекснинг нормадаги кўрсаткичлари 0,5 дан 1,5 бирлик чегарасида белгиланади. Индекснинг бундан ошиб бориши турли касалликларда ўзига яраша баҳоланади. Интоксикация индекси 2,0 бирликдан юқорилаб бориши, зудлик билан жаррохлик амалиёти талаб қилинадиган ўткир яллиғланиш жараён мавжудлигидан дарак беради. Жаррохликдан сўнги даврда организмда токсик ўчоқ бартараф қилинган, кўпчилик ҳолларда юқори даражадаги интоксикация индекси дархол (2-нчи кундан) нормага тушади. Детоксикацион тадбирлар таъсирини микдорий баҳолашда ҳам лейкоцитар интоксикация индексининг аҳамиятини алоҳида таъкидлаш лозим.

Калит сўзлар: лейкоцит, лейкоцитар индекс, яллиғланиш, интоксикация.