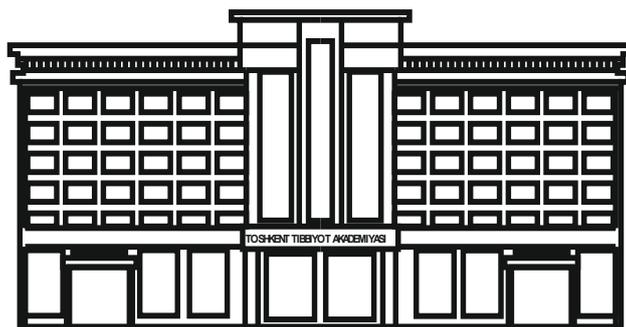


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2015, № 1

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI АХБОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

ТАҲРИР ҲАЙЪАТИ

Бош муҳаррир

академик **Ш.И. Каримов**

Бош муҳаррир ўринбосари

проф. А.Ш. Ваисов

Маъсул котиб

б.ф.д. Иноятова Ф.Ҳ.

Таҳрир аъзолари

*проф. Аляви А.Л., проф. Бахритдинова Ф.А., проф. Гадаев А.Г.,
акад. Даминов Т.А., проф. Комилов Х.П., проф. Мавлянов И.Р., проф.
Нажмутдинова Д.К., проф. Тешаев О.Р., проф. Шайхова Г.И.*

Таҳрир кенгаши

проф. Агзамходжаев Т.С. (Тошкент)

проф. Азимов М.И. (Тошкент)

проф. Азизов Н.К. (Тошкент)

проф. Акилов Ф.О. (Тошкент)

проф. Асамов Р.Э. (Тошкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухоро)

проф. Аюпова Ф.М. (Тошкент)

проф. Бобожонов Б.Д. (Тошкент)

проф. Гиясов З.А. (Тошкент)

проф. Закирходжаев Ш.Я. (Тошкент)

проф. Ирсалиев Х.И. (Тошкент)

проф. Камиллов А.И. (Тошкент)

проф. Каримов М.Ш. (Тошкент)

проф. Каюмов У.К. (Тошкент)

проф. Курбанов Р.Д. (Тошкент)

проф. Мавлянходжаев Р.Ш. (Тошкент)

проф. Мамасолиев Н.С. (Тошкент)

проф. Наврузов С.Н. (Тошкент)

проф. Назыров Ф.Г. (Тошкент)

проф. Охунов А.О. (Тошкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Тошкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Тошкент)

проф. Рустамова М.Т. (Тошкент)

УзР ФА акад. Саатов Т.С. (Тошкент)

проф. Сабирова Р. А. (Тошкент)

проф. Халиков П.Х. (Тошкент)

проф. Ходжибеков М.Х. (Тошкент)

проф. Шомирзаев Н.Х. (Тошкент)

ҲАЛОКАТЛАР ТИББИЁТИНИ ЎҚИТИШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР

А.В. Любин, М.С. Малежик, Н.И. Перепелицын

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕПОДАВАНИЮ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

А.В. Любин, М.С. Малежик, Н.И. Перепелицын

MODERN APPROACHES IN TEACHING DISASTER MEDICINE

A.V. Lyubin, M.S. Malezhik, N.I. Perepelitsyn

Чита давлат тиббиёт академияси, Чита, Россия

В статье рассматриваются актуальные вопросы преподавания дисциплины «Медицина катастроф» в современной модели обучения студентов медицинских вузов. Проанализирован опыт использования новых образовательных технологий в обучении студентов по данному направлению в Читинской государственной медицинской академии. Описаны такие педагогические методики как ролевая игра по медицине катастроф, симуляционные технологии на манекенах и фантомах, интерактивное обучение, рейтинговая система оценки знаний студентов. Данные образовательные технологии в нашем исполнении зарекомендовали себя как эффективный педагогический элемент.

Ключевые слова: медицина катастроф, образовательные технологии, оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

In this article crucial questions of teaching the course «Disaster Medicine» in the frame of a modern model of educating students in Medical Universities are studied. The experience of using new educational technologies in teaching students in Chita State Medical Academy is analyzed. Such pedagogical techniques as role play, the use of simulation technologies on models and phantoms are presented; the rating system of students' knowledge estimation is described. The foregoing educational technologies used by us have proved to be an effective pedagogical element.

Key words: disaster Medicine, educational technologies, to render the urgent first aid.

Сўнги йилларда табиий ва техноген фавқуллодда ҳолатлар сонининг ўсиш тенденцияси кузатишмоқда [1]. Шу муносабат билан, ҳозирги пайтда бутун дунёда “Ҳалокатлар тиббиёти” номини олган ҳамда фалокат, ҳалокат ва табиий офатларда аҳолини ҳимоя қилиш бўйича тиббий масалаларни ўз ичига олган махсус илмий-амалий йўналиш жадаллик билан ривожланмоқда. Айнан шунинг учун, малакали тиббий кадрларни тайёрлаш соғлиқни сақлаш органларининг энг муҳим вазифаси ҳисобланади [1,2]. Ҳалокатлар тиббиёти муаммолари турли ихтисосликдаги шифокорларни чуқур ўқитишни талаб қилади. Бундай тайёргарликка даволаш стационарларига етказиш вақтида жароҳатланганларнинг ҳаётини қутқаришга қаратилган жадал даволаш ва жонлантириш тадбирлари методлари ҳамда жабрланганларга шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича ташкилий масалаларни ўрганиш орқали асос солиш лозим [3-5]. Тиббий ОТМда мутахассисларни ўқитишда инновацион методлардан фойдаланиш лозим.

Ҳозирга келиб олий таълим муассасалари талабаларига ушбу фанни ўзлаштиришда ёрдам беришга мўлжалланган материаллар етарли даражада мавжуддир. Инновацион шакллар ва методлар таълим ва илмий-тадқиқот жараёнларида фаол қўлланилмоқда, бу эса битирувчиларни тайёрлаш сифатини ошириш бўйича академия сисъатини амалга ошириш учун зарур бўлган кафедра ривожланишининг биринчи даражали аҳамиятга эга бўлган йўналиши ҳисобланади. Инновацияларга мисол тариқасида “Ҳалокатлар тиббиёти” фани бўйича ролли ўйинларни келтириш мумкин. Бу ўйинларда ижодий баҳслар давомида, талабаларнинг маърузалар ва мустақил ишлар жараёнида олган билимини чуқурлаштириш ва мустақамлаш

мақсадида, ўрганилаётган материалнинг энг қийин масалалари муҳокама қилинади. Ролли ўйинларнинг афзалликлари талабаларни тез ва тўғри қарор қабул қилишга ундашдан иборатлиги кўрсатиб берилди. Бу эса жабрланганларнинг ҳаёти ва соғлиғига сезиларли даражада таъсир кўрсатади. Ролли ўйинлар тўғри ташкил қилинганда, улар талабаларнинг ёдида узоқ муддатга сақланиб қолиб, уларнинг келгуси касбий фаолиятида андоза бўлиб хизмат қилади.

Муҳим ўқув масалани ечиш таълимнинг инновацион методлари ёрдамида дастурлаштирилган манекенлардан фойдаланиб турли хил кўникмаларни ҳосил қилишдан иборатдир, бу эса Болонья декларацияси талабларига мувофиқ келади. ЧДТАда амалий тайёргарлик маркази ташкил қилинган бўлиб, унинг базасида пульсни ҳисоблаш, артериал қон босимини ўлчаш, нафас олиш жадаллигини аниқлаш ёки жароҳатларнинг тақлидий ҳолатини яратиш, катталар ва болаларнинг патологик ҳолатларини моделлаш имконини берувчи фантомлардан фойдаланилади. Шунингдек, “Забайкалье ҳудудий ҳалокатлар тиббиёти маркази” ДРССМда фавқуллодда ҳолатларнинг тиббий-санитар оқибатларини баргараф қилиш учун жалб қилинадиган турли муассасалар мансабдор шахслари ва мутахассисларини тайёрлаш бўйича симуляция синфи ташкил этилган. У ерда Чита давлат тиббиёт академияси талабалари билан ҳам машғулотлар ўтказилади.

Ўқувчилар олган билимларни баҳолаш тартиби ҳар қандай ўқитиш фаолиятининг аҳамиятли жиҳатларидан биридир. Ушбу масалани ечишнинг эҳтимолдаги варианты талабанинг ўзлаштириш даражасини унинг умумий рейтинги асосида аниқлаш ҳисобланади. Талабга тўлиқ жавоб берадиган электрон курслар доирасидаги энг ом-

мабоп модуллардан бири эркин тарқатилувчи Moodle (<http://www.moodle.org>) тизими ҳисобланади. 2012 йилда биз Moodle платформасида иш бошладик. Унда талабаларни масофавий синаш бўйича электрон ресурслар яратилди ва муваффақиятли амалга оширилди. Ахборот технологияларининг ривожланиши туфайли, бир неча фойдаланувчи таълимий ва маълумот берувчи хилма хил ахборот манбаларига бир вақтнинг ўзида кириш (ЧДТА сайти, электрон кутубхоналар), шунингдек телекоммуникацион тармоқлар ва алоқа воситалари орқали бир-бири ва ўқитувчи билан мулоқотда бўлиш имконига эга бўлишди.

Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки, ўқитишнинг замонавий шакллари ҳаётимизга борган сари жадаллик билан кириб бораверади. Ушбу жараён технологиялар ривожланган сари жадаллашиб бораверади. Педагогик излаш жараёни шуни кўрсатадики, инновацияларни қўллаш талабалар қизиқишининг ошишига сабаб бўлади, чунки унда ҳеч кимни фарқсиз қолдирмайдиган жонли мавзулар кўриб чиқилади. Бошқа томондан эса, ушбу жараён бўлажак мутахассислар сифатли билим олишига имкон яратади. ФХда ишлаш шартлари шифокор шахси, унинг тўғри қарорларни тезда қабул қилиш қобилиятига алоҳида талабларни тақозо қилади. Бу эса “Ҳалокатлар тиббиёти” мажмуининг турли хил мавзуларини ўрганиш жараёнида орттирилган назарий билимлар ва амалий кўникмалар мавжуд бўлгандагина амалга ошиши мумкин.

Адабиётлар

1. Гончаров С.В. и др. Совершенствование системы до-дипломной подготовки врачей по медицине катастроф в медицинских вузах Российской Федерации // Медицина катастроф. – 2011. – №4 (76). – С. 46-48.

2. Камбалов М.Н., Анашкина С.А. О необходимости совершенствования преподавания дисциплины «Медицина экстремальных ситуаций» при подготовке офицеров медицинской службы запаса // Воен. медицина. – 2008. – №1. – С. 15-16.

3. Кудрявский С.И., Мартыненко А.И., Блажко Е.А. Методологические аспекты подготовки специалистов медицинского профиля по Безопасности жизнедеятельности и медицине катастроф в Алтайском государственном медицинском университете // [Электронный ресурс] Современные проблемы науки и образования. – 2012. – №2. www.science-education.ru/102-5693

4. Механтьева Л.Е., Бережнова Т.А. О координации преподавания медицинских дисциплин по чрезвычайным ситуациям // Науч.-мед. вестн. Центр. Черноземья. – 2009. – №38. – С. 122-125.

5. Прокопьева М.И., Саввина Н.В. Результаты оценки знаний студентов по медицине катастроф // Вестн. общ. здоровья и здравоохран. Дальнего Востока России. – 2012. – №1. – С. 9.

ҲАЛОКАТЛАР ТИББИЁТИНИ ЎҚИТИШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР

А.В. Любин, М.С. Малезик, Н.И. Перепелицын

Ушбу мақолада тиббиёт ОТМлари талабаларига таълим беришнинг замонавий моделида “Ҳалокатлар тиббиёти” фанини ўқитиш бўйича долзарб масалалар кўриб чиқилади. Чита давлат тиббиёт академиясида ушбу йўналиш бўйича талабаларни ўқитишда янги таълим технологияларни қўллаш тажрибаси таҳлил қилинди. Ҳалокатлар тиббиёти бўйича ролли ўйинлар, манекен ва фантомларда симуляция технологияларини қўллаш, интерфаол ўқитиш каби педагогик методикалар тақдим қилинди, талабалар билимини баҳолашнинг рейтинг тизими тавсифланди. Юқорида кўрсатилган таълим технологияларни қўллашимиз уларнинг самарали педагогик унсур эканлигини кўрсатиб берди.

Калит сўзлар: ҳалокатлар тиббиёти, таълим технологиялари, фавқулодда ҳолатларда тиббий ёрдам кўрсатиш.

QIZIQARLI DALILLAR

- Odam kuniga o‘rtacha 23 000 marta nafas oladi yoki nafas chiqaradi.
- Odam ko‘zi 10 000 000 rang turini farqlay oladi.
- Odam og‘zida 40 000 ga yaqin bakteriya yashaydi.
- Odamda 33 yoki 34 ta umurtqa suyagi bo‘ladi.
- Ayollar erkaklarga qaraganda taxminan 2 barobar ko‘p ko‘z ochib yumadi.
- Odam tanasidagi eng mustahkam muskul – til.
- Odam tanasida 2000 ta ta‘m biluvchi sezgi organi bor.
- Bola 300 ta suyak bilan tug‘iladi, balog‘atga yetganda 206 tasigina qoladi, xolos.
- Odam yuragi bir yilda taxminan 36 800 000 marta uradi.
- Ko‘k ko‘zli odamlar boshqalarga qaraganda ko‘proq kasalga chalinadilar.
- Odam tanasi o‘rtacha umri davomida 1000 marta o‘zgaradi.
- Tumov chaqiradigan 100 dan ortiq turdagi virus bor.
- Kulgan payt 17 ta muskul “ishlaydi”.
- Balog‘atga yetgan odam tanasidagi nerv tolalari uzunligi o‘rtacha 75 kilometrni tashkil etadi.

Hasan OLIMOV

ПРОТЕОМНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ, БЕЛОК-БЕЛКОВЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)

Б.У. Ирискулов, Б.Т. Муинжанов

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ СОҲАСИДА ПРОТЕОМИК ИЗЛАНИШЛАР, ОҚСИЛ-ОҚСИЛ МУНОСАБАТЛАР

Б.У. Ирискулов, Б.Т. Муинжанов

PROTEOMIC STUDIES IN BIOLOGY AND MEDICINE, PROTEIN-PROTEIN INTERACTIONS (REVIEW OF FOREIGN LITERATURE)

B.U. Iriskulov, B. Muinjanov

Ташкентская медицинская академия

Протеомика – бу протеомларни тизимли ўрганишга асосланган соҳа бўлиб, унда оқсил-оқсил мувозанатлар, уларнинг бир-бирига нисбатан функционал ҳамда структура жиҳатдан муносабат ва алоқаларини ўрганишга қаратилган. Протеомларнинг ҳар бир ҳужайранинг вазифаси ва тузлишида тутган ўрни ҳам тизимли, ҳам ихтисослашган усуллар билан ўрганиб келинмоқда. Турли усулларнинг ҳозирги кунда ривожланиб боришига сабаб, ҳужайрани математик моделлаштириш усуллари ва юқори сифатли технологияларни ривожланиб бориши билан тиббиёт соҳасида ихтисослашган усулда ёндашув имконларини яратиб келмоқда. Шунинг натижасида ҳар бир оқсилнинг ўзига хос вазифаси, унинг хосса ва хусусиятлари, жумладан антигенлиги ва функционал активлиги ҳар хил эканлиги аниқланяпти. Бундай протеом хусусиятларни аниқлашда биокимёвий иммунокимёвий усуллар юқори самара бериб келмоқда. Шу билан бир қаторда, тизимли усуллар билан протеомларнинг касалликларнинг патогенезида тутган ўрнига баҳо бериш учун ҳам тизимли, ҳам ихтисослашган усуллардан тенг миқёсда фойдаланиш самарадорлиги юқори натижалар билан эътироф этилиб келинмоқда.

Калит сўзлар: *ҳужайра модели, клиник протеомика, оқсил-оқсил муносабатлар, юрак-қон томир тизими.*

Proteomics is the systematic study of the proteome, i.e. all proteins synthesized in a cell or other object (organ, body). To achieve the goal proteins are studied using their individual properties and functional activity or antigenicity. The successes in modern proteomics, development of new mathematical and computational approaches, needs of fundamental medicine put on the agenda the very complex task – modeling of a living cell, which is now becoming possible by advances in modern theoretical and experimental methods. Clinical proteomics is the identification and quantification of all individual proteins contained in biological material (blood serum, cerebrospinal fluid, urine, biopsy) and monitoring changes in their concentrations.

Key words: *cell modeling, clinical proteomics, cardiovascular system, protein-protein interactions.*

Термин «протеом» обозначает весь белковый комплемент, экспрессируемый геномом – “PROTEOME: entire protein complement expressed by genome”. Протеомика – это системное изучение «протеома», то есть всех белков, синтезирующихся в клетке или другом объекте (органе, организме). Высокая значимость каждого из индивидуальных белков для обеспечения тех или иных функций и/или молекулярных структур в организме определяет их вовлеченность в различные физиологические и патологические процессы с потенциальными возможностями не только для использования в качестве эффективных диагностических маркеров, но и для применения некоторых из них как лекарственных средств. Для обнаружения и исследования новых белков широко применяются новые технологии, которые после завершения международного проекта «Геном человека» принято называть постгеномными. В частности, для системных исследований информационных РНК (транскриптов) используют термин «транскриптомика», а для системных исследований белков – «протеомика». Освоение и использование геномных и постгеномных технологий позволяет вывести молекулярно-биологические исследования, направленные на решение медицинских вопросов, на качественно более высокий уровень.

Традиционные подходы к изучению индивидуальных белков – биохимический и иммунохимический – ориен-

тируются на последовательное изучение отдельных белков. Для достижения цели белки изучают, используя их индивидуальные свойства – функциональную активность или антигенность. В то же время системный подход ориентируется на параллельное изучение многих индивидуальных белков, совокупность которых составляет определенную систему, что характеризует исследуемый объект в целом. Успехи современной протеомики, разработка новых математических и компьютерных подходов и потребности фундаментальной медицины поставили на повестку дня весьма сложную задачу – моделирование живой клетки, решение которой в настоящее время становится возможным благодаря современным теоретическим и экспериментальным методам. Уже предприняты попытки создания статической модели клетки на основе знаний не только о строении клетки и внутриклеточных органелл, их биохимического состава, но и о локализации и приблизительном количестве молекул всех существующих в клетке низко- и высокомолекулярных соединений [1]. Однако моделирование живой, «работающей», клетки, то есть создание её динамической модели, учитывающей изменения во времени и в пространстве химического состава клетки, а также особенности протекания всех внутри- и межклеточных биохимических процессов, является более сложной задачей [2,3]. Еще более сложным представляется создание динамических моделей разных типов

клеток, а также клеток, находящихся в различных физиологических и патофизиологических состояниях, в зависимости от микроокружения или внешних сигналов. Особый интерес представляет моделирование клетки, находящейся на разных стадиях жизненного цикла, включая её деление, дифференцировку и гибель.

Белок-белковые взаимодействия. Интерактомы.

Всё множество белков в клетке находится в динамическом взаимодействии друг с другом, которое обуславливает функционирование и поведение живой клетки. Обратимые белок-белковые взаимодействия представляют собой один из видов динамических процессов, происходящих в клетке и позволяющих судить о её функционировании. Исследования, проводимые в этой области в течение последних лет, позволили накопить данные о взаимодействующих парах белков и об образованных ими белковых комплексах. В течение последних двух десятилетий был разработан ряд высокоэффективных и высокопроизводительных экспериментальных методов для изучения белок-белковых взаимодействий, которые, однако, не лишены недостатков. Поэтому экспериментальные методы дополняются различными теоретическими подходами, включая математические и компьютерные методы исследований. При этом белок-белковые взаимодействия изучаются отдельно для разных биологических видов, а для высших эукариотических организмов – также отдельно для разных тканей и типов клеток.

Вся совокупность белок-белковых взаимодействий, характерная для данного организма, получила название интерактома. Структурная организация интерактома и общее количество взаимодействий в них являются важным фактором, определяющим сложность биологических систем. Количество копий тех или иных белков, приходящихся на одну клетку, может колебаться от нескольких десятков (менее 50) до миллионов [3,22]. Поэтому интерактомы даже простых организмов могут быть образованы довольно большим количеством взаимодействий. Так, размер интерактома у пекарских дрожжей из класса сахаромикетов может составлять, по одним данным, до 10-17 тысяч [4, 12], а по другим, – до 25-35 тысяч взаимодействий [4]. Статистическая оценка возможного размера интерактома человека показала, что он может быть образован примерно 650 тысячами взаимодействий [13].

При этом размер интерактома человека оказался приблизительно в 10 раз больше, чем у дрозофилы и может в 3 раза превышать размер интерактома нематоды [5]. Эти данные позволили сделать предположение о том, что размер интерактома коррелирует с уровнем сложности организации биологического вида. Определение физически взаимодействующих пар белков позволяет составлять интерактомные карты, представляющие собой графы, состоящие из узлов, в которых расположен тот или иной белок, и связей между ними, показывающих парные взаимодействия. Интерактомные карты рассматриваются в качестве ключей к получению знаний о функционировании белков в клетках [6,9].

На основании данных, полученных методами *in vitro*, составляются статические интерактомные карты, анализ которых, как будет показано далее, позволяет описывать динамические белок-белковые взаимодействия, существующие в условиях *in vivo* [14,17]. Составление интерак-

томных карт полезно также и для фундаментальной медицины, а именно для определения роли отдельных белков и их взаимодействий в возникновении и развитии заболеваний, в их диагностике, а также выявления возможных мишеней для действия различных лекарств и контроля эффективности лечения. Известные в настоящее время интерактомные карты неполны даже для простейших организмов. Кроме того, данные, полученные разными группами авторов, часто бывают противоречивыми. Взаимодействующие пары и белковые комплексы, идентифицированные одной группой исследователей, не обнаруживаются другими авторами. Тем не менее, разработка новых экспериментальных и теоретических подходов, которые будут обсуждаться ниже, приводит к постепенному накоплению данных, необходимых для анализа белок-белковых взаимодействий, существующих в клетке. Экспериментальными методами в настоящее время определяются взаимодействующие пары белков и белковые комплексы, в основном у прокариот или простых эукариотических организмов. Для выявления белок-белковых взаимодействий у более сложных организмов, таких как млекопитающие, дополнительно используется метод предсказания их на основании гомологии с белками, взаимодействующими партнерами для которых были выявлены у более простых организмов [7,10]. Данный подход основан на существовании гомологии между родственными белками и сравнении степени консервативности первичной и пространственной структуры одного и того же белка у разных биологических видов. Например, если экспериментально показано, что два каких-либо белка у дрожжей взаимодействуют друг с другом, то предполагается, что у человека эти белки также взаимодействуют.

Две пары белков у разных организмов, эволюционно сохранивших способность взаимодействовать друг с другом, получили название интерологов [8,12]. Предсказание взаимодействующих пар белков дает более или менее надежные результаты лишь при условии высокой степени сходства их первичных последовательностей. Кроме того, как показывают исследования последних лет, данные, полученные с помощью самых высокоэффективных экспериментальных методов, могут быть неточными: надежность даже таких методов, как дрожжевой двугибридный анализ, не превышает 50% [11,13]. Поэтому в настоящее время целый ряд работ посвящен уточнению и корректировке уже имеющихся данных с использованием сочетания различных экспериментальных и теоретических методов для построения более точных карт физического взаимодействия белков [6-8].

Клиническая протеомика

Клиническая протеомика – это идентификация и количественное определение всех индивидуальных белков, которые содержатся в биологическом материале (сыворотка крови, спинномозговая жидкость, моча, биопсия) и мониторинг изменения их концентраций. Протеом – совокупность всех белков, содержащихся в данном образце. Полный анализ протеома клеток, тканей, органов и биологических жидкостей проводится с помощью двумерного электрофореза с высоким разрешением и с последующей идентификацией индивидуальных белков масс-спектрометрией.

Кардиоваскулярная протеомика

Этот раздел протеомики относится к развивающимся наиболее интенсивно. Уже созданы базы данных по сотням белков протеома миокарда, уровни которых изменяются при хронических и острых сердечно-сосудистых заболеваниях. Наибольшие успехи достигнуты в изучении дилатационной кардиомиопатии. При этом заболевании изменяется содержание более 100 белков, которые можно разделить на 3 основные группы [7]:

- белки, связанные с энергией и метаболизмом;
- белки, индуцируемые стрессом;
- белки, обеспечивающие контрактильные функции и формирование цитоскелета.

Такие результаты вполне соответствуют современным представлениям о патогенезе дилатационной кардиомиопатии.

Не столь значительны успехи в изучении патогенеза ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности. Не всегда имеется возможность адекватно моделировать эти виды патологии: некоторые результаты, получаемые на животных, не согласуются с таковыми на человеке. Большая часть достоверных результатов связана с ролью в развитии и предотвращении ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности так называемых белков теплового шока (Hsp 27) [21,23].

Особое внимание уделяют изучению протеома при реперфузионном синдроме. После реперфузионной травмы обнаруживают изменения структуры сократительных белков: MLC-2 (легкая цепь миозина 2), всех трех белков тропонинового комплекса [6]. Исследуют сигнальные механизмы, задействованные в патогенезе реперфузионного синдрома, хотя целостная картина белковых взаимодействий до конца все еще не установлена. Проводились исследования по изучению феномена дистантного прекодиционирования миокарда перед ишемической травмой, когда гипоксическое состояние создают сначала в каком-либо ином органе, а затем в сердце. При этом уменьшается реперфузионное повреждение. Однако до настоящего времени выявить кандидатные молекулы на роль гуморальных медиаторов прекодиционирования не удалось [18,21].

Изучение протеомики атеросклероза затруднено вследствие значительной функциональной гетерогенности фенотипа эндотелиальной ткани. Тем не менее, получены модели белкового профиля атеросклеротических бляшек, в которых обнаруживают изменения содержания таких белков, как Hsp27, кристаллины, фактор некроза опухолей D, катепсины, пероксиредоксины и др., всего около 80 белков [5,16].

Для создания биомаркеров атеросклероза предлагается исследовать профили белков плазмы, связанных с воспалением. Изучается также секреция белков атеросклеротическими бляшками *in vitro*. При хронической сердечной недостаточности единственным клинически приемлемым биомаркером является В-натрийуретический пептид [16]. Что касается ишемической болезни сердца, то здесь число биомаркеров значительно больше: сердечные тропонины, креатинкиназа и др. Однако их содержание повышается лишь на поздних стадиях ишемии, поэтому ведется поиск новых биомаркеров, позволяющих диагностировать ее ранние стадии [18,19].

Другая область интересов — биомаркеры, специфичные именно для ишемии (а не для некроза миокарда). На данный момент существует только один такой маркер — модифицированный ишемией альбумин (ischemic modified albumin, IMA). Тем не менее, невысокая специфичность затрудняет его использование вне комплекса с традиционными биомаркерами [17].

Весьма перспективным оказался мониторинг динамики протеомов тканей, взятых с помощью биопсии до и после хирургического вмешательства. Обнаружено более 100 кардиоспецифических белков, уровни которых значительно изменяются при дилатационной кардиомиопатии. Практически при всех формах сердечной недостаточности ее начальная стадия — это компенсаторная адаптация сердечной ткани к патологическим изменениям, в частности, гипертрофия левого желудочка [20]. Довольно часто в таких случаях клинические, электрокардиографические и гемодинамические показатели недостаточно адекватно отражают переход от патологии к норме. Однако возвращение к норме при вентрикулярном ремоделировании может быть эффективно диагностировано при мониторинге кардиопротеома [15,20]. Согласно предварительным данным, наиболее обещающими маркерами для кардиопротеомики могут быть тропонины, изоформы α -1фибриногена, изоформы аполипопротеина A1, С реактивный белок и др. В передовых клиниках хирурги уже сейчас читают кардиопротеомы так же уверенно, как электрокардиограммы и ангиограммы [16].

Заключение

Изучение клетки с точки зрения системной биологии предполагает интеграцию всех ее составляющих на разных уровнях организации — от атомного до клеточного и тканевого. Такая интеграция подразумевает взаимосвязь, взаимозависимость и взаимодействие этих составляющих, что лежит в основе их совместного, скоординированного функционирования. Одним из объектов исследования системной биологии являются молекулярные сети, отражающие сложность организации биологических систем. Разные типы молекулярных сетей, включая генные, белковые, метаболические и сигнальные, используются для моделирования реальных процессов, происходящих в клетке. В связи с тем, что белки как ключевые биомолекулы являются участниками почти всех внутри- и межклеточных процессов, моделирование живой клетки требует анализа всей совокупности данных динамической протеомики. Физические белок-белковые взаимодействия, существующие в клетке, образуют белковые сети. Для белковых сетей характерна «безмасштабность», модульность и иерархичность организации, наличие свойства «маленького мира». Последнее обстоятельство определяет быструю динамику процессов, описываемых с помощью белковых сетей. Современные высокопроизводительные экспериментальные методы, используемые для изучения белок-белковых взаимодействий, не лишены недостатков. Результаты, получаемые разными группами авторов весьма противоречивы. В связи с этим одной из актуальных задач на современном этапе развития этой области представляется разработка подходов для получения более надежных и достоверных данных по белок-белковым взаимодействиям. Эти данные способствуют решению в долгосрочной перспективе двух фундаментальных

задач системной биологии: а) выявление динамических структурно-функциональных взаимоотношений на разных уровнях организации живого; б) создание на этой основе динамической модели клетки (виртуальной клетки) и изучение влияния различных факторов на её функционирование. Все это, в свою очередь, способствует развитию новых подходов к изучению механизмов возникновения, диагностике и лечению заболеваний.

Литература

- Addona T.A., Shi X., Keshishian H. et al. A pipeline that integrates the discovery and verification of plasma protein biomarkers reveals candidate markers for cardiovascular disease // *Nat. Biotechnol.* – 2011. – Vol. 29. – P. 635-643.
- Alawieh A., Zaraket F.A., Li J.L. et al. Systems biology, bioinformatics, and biomarkers in neuropsychiatry // *Front Neurosci.* – 2012. – Vol. 6. – P. 187.
- Altelaar A.F., Munoz J., Heck A.J. Next-generation proteomics: towards an integrative view of proteome dynamics // *Nat. Rev. Genet.* – 2013. – Vol. 14. – P. 35-48.
- Carr S.A., Anderson L. Protein quantitation through targeted mass spectrometry: the way out of biomarker purgatory // *Clin. Chem.* – 2008. – Vol. 54. – P. 1749-1752.
- Fliser D., Novak J., Thongboonkerd V. et al. Advances in urinary proteome analysis and biomarker discovery // *Amer. Soc. Nephrol.* – 2007. – Vol. 18. – P. 1057-1071
- Gibbons G.H., Liew C.C., Goodarzi M.O. et al. Genetic markers: progress and potential for cardiovascular disease // *Circulation.* – 2004. – Vol. 109, №25 (Suppl. 1). – P. IV47-IV58.
- Hanash S.M., Baik C.S., Kallioniemi O. Emerging molecular biomarkers--blood-based strategies to detect and monitor cancer // *Nat. Rev. Clin. Oncol.* – 2011. – Vol. 8. – P. 142-150.
- Khale R.S., Marphin L.E., Rotmund A. et al. Environmental mass spectrometry implementation approaches // *J. Pract. Cell biology.* – 2011. – Vol. 13. – P. 2134-2248.
- Khot P.D., Couturier M.R., Wilson A. et al. Optimization of matrix-assisted laser desorption ionization-time of flight mass spectrometry analysis for bacterial identification // *J. Clin. Microbiol.* – 2012. – Vol. 50. – P. 3845-3852.
- Kulasingam V., Diamandis E.P. Strategies for discovering novel cancer biomarkers through utilization of emerging technologies // *Nat. Clin. Pract. Oncol.* – 2008. – Vol. 105. – P. 588-599.
- Latterich M., Abramovitz M., Leyland-Jones B. Proteomics: new technologies and clinical applications // *Europ. J. Cancer.* – 2008. – Vol. 10. – P. 2737-2741.
- Luna Coronell J.A., Syed P. et al. The current status of cancer biomarker research using tumour-associated antigens for minimal invasive and early cancer diagnostics // *J. Proteomics.* – 2012. – Vol. 7. – P. 6-17.
- Mackintosh J.A., Choi A. et al. A fluorescent natural product for ultra sensitive detection of proteins in one-dimensional and two-dimensional gel electrophoresis // *Proteomics.* – 2009. – Vol. 3. – P. 2273-2288.
- Mihm M.J., Yu F., Weinstein D. et al. Intracellular distribution of peroxynitrite during doxorubicin cardiomyopathy: evidence for selective impairment of myofibrillar creatine kinase // *Pharmacology.* – 2012. – Vol. 135. – P. 581-588.
- Nossov V., Amneus M., Su F. et al. The early detection of ovarian cancer: from traditional methods to proteomics. Can we really do better than serum CA-125 // *Amer. J. Obstet. Gynec.* – 2008. – Vol. 199. – P. 215-223.
- Palmblad M., Tiss A., Cramer R. Mass spectrometry in clinical proteomics - from the present to the future // *Proteomics Clin. Appl.* – 2009. – Vol. 3. – P. 6-17.
- Reddy P.J., Sadhu S., Ray S., Srivastava S. Cancer biomarker detection by surface plasmon resonance biosensors // *Clin. Lab. Med.* – 2012. – Vol. 32. – P. 47-72.
- Scruggs S.B., Walker L.A., Lyu T. et al. Partial replacement of cardiac troponin I with a nonphosphorylatable mutant at serines 43/45 attenuates the contractile dysfunction associated with PKCepsilon phosphorylation // *Mol. Cell. Cardiol.* – 2010. – Vol. 40. – P. 465-473.
- Sokolowska I., Woods A.G., Gawinowicz M.A. et al. Characterization of Tumor Differentiation Factor (TDF) and its receptor (TDF-R) // *Cell. Mol. Life Sci.* – 2012. – Vol. 19. – P. 37-53.
- Tiss A., Smith C., Menon U. et al. A well-characterised peak identification list of MALDI MS profile peaks for human blood serum // *Proteomics.* – 2010. – Vol. 10. – P. 3388-3392.
- Vogel C., Abreu Rde S., Ko D. et al. Sequence signatures and mRNA concentration can explain two-thirds of protein abundance variation in a human cell line // *Mol. Syst. Biol.* – 2010. – Vol. 6. – P. 400.
- Wang P., Whiteaker J.R., Paulovich A.G. The evolving role of mass spectrometry in cancer biomarker discovery // *Cancer Biol. Ther.* – 2009. – Vol. 8. – P. 1083-1094.
- Wu T., McGrath K.C. Cardiovascular disease in diabetic nephropathy patients: cell adhesion molecules as potential markers // *Vasc. Health Risk Manag.* – 2005. – №1(4). – P. 309-316.

ПРОТЕОМНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ, БЕЛОК-БЕЛКОВЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)

Б.У. Ирискулов, Б. Муинжанов

Протеомика – это системное изучение «протеома», то есть всех белков, синтезирующихся в клетке или другом объекте (органе, организме). Для достижения цели белки изучают, используя их индивидуальные свойства – функциональную активность или антигенность. Успехи современной протеомики, разработка новых математических и компьютерных подходов и потребности фундаментальной медицины поставили на повестку дня весьма сложную задачу – моделирование живой клетки, решение которой в настоящее время становится возможным с помощью достижений современных теоретических и экспериментальных методов. Клиническая протеомика – это идентификация и количественное определение всех индивидуальных белков, которые содержатся в биологическом материале (сыворотка крови, спинномозговая жидкость, моча, биопсия) и мониторинг изменения их концентраций.

Ключевые слова: моделирование клетки, клиническая протеомика, кардиоваскулярная система, белок-белковые взаимодействия.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Д.Ю. Юлдашева, Д.К. Нажмутдинова

БАЧАДОН БЎЙИНЧАСИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛ НЕОПЛАЗИЯСИ РИВОЖЛАНИШ ХАВФИНИ ПРОГНОЗЛАШДА ГЕНЕТИК ОМИЛЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ

Д.Ю. Юлдашева, Д.К. Нажмутдинова

THE ROLE OF GENETIC FACTORS IN PREDICTING THE RISK OF INTRAEPITHELIAL NEOPLASMS OF UTERINE CERVIX

D.Yu. Yuldasheva, D.K. Najmutdinova

Ташкентская медицинская академия

Кўрсатилишича, ОПВ инфекциясида ТНО α 308 гени p53 гени экспрессиясида таъсир этади, бунинг натижасида tmd2 ва p21 генлари активланади, улар маҳсулотлари p53 ёки ТНО α ни турғунлигини бузади ва циклинга боғлиқ протеинкиназаларни ингибирлайди. Барча келтирилганлар вирус инфекциясини бачадон бўйинчаси ясси эпителийси хужайравий циклига таъсир этишини кўрсатади.

Калит сўзлар: бачадон бўйинчаси саратони, интраэпителиал неоплазия, одамдаги папиллом вируслари, генетик факторлар, скрининг, прогноз кўйиш.

It is shown that in HPV infection gene TNF α 308 affects the expression of p53 gene, resulting in activation of genes mdm2 and p21, which products destabilize p53 or TNF- α and inhibit cyclin-dependent protein kinase. The literature suggests about the impact of viral infection on cell cycle of squamous epithelium of the cervix.

Key words: cervical cancer, intraepithelial neoplasias, human papillomavirus, genetic factors, screening, prognosis.

Рак шейки матки (РШМ) занимает второе место среди злокачественных новообразований органов репродуктивной системы у женщин и первое место среди онкогинекологических заболеваний у женщин в возрасте до 30 лет [3]. РШМ предшествуют цервикальные интраэпителиальные неоплазии (CIN) [13]. В оригинальной терминологии эти поражения были разделены на три стадии: CIN I, включающая недифференцированные клетки на расстоянии одной трети от базальной мембраны до поверхности эпителия, соответствует легкой дисплазии, CIN II на протяжении двух третей этого расстояния соответствует умеренной дисплазии, CIN III на протяжении более чем двух третей толщи эпителиального пласта соответствует тяжелой дисплазией и Cg in situ. Объединение тяжелой дисплазии и Cg in situ в одну категорию было оправдано ввиду сложности их дифференцировки [14].

Заподозрить CIN позволяет цитологическое исследование, обеспечивающее возможность ранней диагностики предраковых состояний РШМ и позволяющее оценить в динамике эффективность проводимой терапии. Точность цитологического теста вариабельна и зависит от многих факторов, таких как методика приготовления мазков, техника приготовления мазков, квалификация лаборанта. Считается, что до 30% случаев РШМ развивается у женщин, которые регулярно проходили цитологический скрининг, при этом забор материала или интерпретация результатов были ошибочными, то есть давали ложноотрицательные результаты [12].

В настоящее время цитологическое исследование является одним из экономически выгодных методов, однако следует принимать во внимание, что чувствительность его составляет 58%, а специфичность не превышает 69% [15]. Одним из ведущих методов обследования больных с патологией шейки матки является кольпоскопия. В настоящее время для интерпретации кольпоскопических кар-

тин используется Международная классификация кольпоскопических терминов, одобренная на 14-м Всемирном конгрессе Международной федерации по кольпоскопии и цервикальной патологии (IFCPC), состоявшемся в июле 2011 года в Рио-де-Жанейро.

Кольпоскопическое исследование обладает невысокой прогностической ценностью – 64,6%, при чувствительности 88,4% и специфичности 43,2%. Наиболее специфичными признаками являются ацетобелый эпителий (прогностическая ценность – 91,7%), йодопозитивная мозаика и пунктуация (77,8%), атипичная зона трансформации (77,4%) [2]. Биопсия шейки матки при кольпоскопии необходима во всех случаях, поскольку гистологическому исследованию экзоцервикса в диагностике предраковых процессов принадлежит решающее значение. Для получения достоверных результатов рекомендуется проводить прицельную биопсию под контролем кольпоскопа из пораженных участков шейки матки. Считается, что кольпоскопически ориентированная биопсия повышает точность диагностики CIN на 25%. Некоторые авторы рекомендуют брать несколько образцов ткани шейки матки, особенно при наличии множественных кольпоскопически неоднородных очагов. Подтверждение этиологической роли вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии РШМ привело к тому, что диагностика папилломавирусной инфекции стала рассматриваться как важнейший элемент скрининга и профилактики этого заболевания [1].

Вместе с тем, несмотря на значительное количество клинических, морфологических, цитогенетических исследований, посвященных предраку и РШМ, показатели прогрессии CIN до конца не определены. Существуют также расхождения относительно выявления экспрессии белка p53 у ВПЧ инфицированных и неинфицированных больных с патологией шейки матки. Мутации гена p53 выявлены лишь у 2,9% ВПЧ-инфицированных женщин [7], то есть

они являются нетипичными для ВПЧ-инфекции. Некоторые исследователи высказывают мнение, что экспрессия мутантных белков p53 и TNF- α 308 зависит от типа ВПЧ [10].

Белок p53 локализуется в клеточном ядре, имеет молекулярную массу 53 кД и состоит из 593 аминокислот. Ген-супрессор p53 кодирует ядерный белок, модулирующий экспрессию генов, ответственный за репарацию ДНК, деление клеток и апоптоз. К настоящему времени в человеческой популяции выявлено два полиморфных аллеля, один из которых имеет в положении 72 пролин, а другой – аргинин. Аллель p53Arg разрушается белком E6 ВПЧ 18 со значительно большей скоростью, чем p53Pro. На основании этих данных некоторые авторы предположили, что аллельное состояние гена p53 может способствовать возникновению РШМ, ассоциированного с папилломавирусной инфекцией.

Одной из важных биологических функций TNF- α является его участие в регуляции апоптоза клеток. Ген TNF- α локализуется в 6 хромосоме в регионе класса III главного комплекса гистосовместимости между HLA-B и HLA-DR. Известно несколько SNP этого гена, локализованных в основном в промоторной области, наиболее изученным из которых является полиморфизм 308G/A промоторной области гена TNF- α . Полиморфизм гена T TNF- α в позициях -308, -238, -863 промоторной области влияет на экспрессию TNF- α .

К настоящему времени существует предложение, что об иммунореактивности p53 можно судить только тогда, если более 75% клеток плоского эпителия экспрессируют p53 и TNF- α 308 [8]. E6 онкопротеин ВПЧ высокого риска супрессирует функцию p53, а именно его способность к репарации ДНК, и в ассоциации с E6 онкопротеином через ряд метаболитов повышает клеточную пролиферацию [5]. В исследованиях последних лет приводятся данные о механизме взаимодействия ВПЧ, белков p53 и TNF- α 308 [15]. Показано, что при ВПЧ инфекции ген TNF α 308 влияет на экспрессию гена p53, вследствие чего активируются гены mdm2 и p21, продукты которых дестабилизируют p53 или TNF- α и ингибируют циклин-зависимые протеинкиназы [4,6,10].

С экспрессией p53 коррелирует экспрессия фактора роста эндотелия сосудов [11], других генов и молекулярных маркеров (Vcl2, C-erb2, p16), могущих иметь значение при малигнизации клеток [8]. Все это свидетельствует о влиянии вирусной инфекции на клеточный цикл плоского эпителия шейки матки. Клиническими исследованиями установлено, что интервал до прогрессии патологических изменений эпителия шейки матки больше при отсутствии экспрессии белка p53 (114 мес.), тогда как интервал до прогрессии патологического процесса уменьшается до 60,8 мес. при экспрессии p53 [10]. С одной стороны, экспрессия белка p53 коррелирует с гистологическим типом, степенью дифференцирования и клинической стадией опухолевого процесса и связана с патогенезом и развитием РШМ [8]. С другой стороны, не выявлена разница в выживаемости больных и продолжительности рецидивов РШМ при экспрессии белка p53 [7], то есть клиническое значение экспрессии p53 у больных с патологией шейки матки окончательно не определено. Попытки усовершенствовать раннюю диагностику РШМ в настоящее время сосредоточены на поиске генов зараженной вирусом клет-

ки-хозяина, экспрессия которых в дисплазиях и карциномах необратимо меняется под действием онкобелков вируса.

Еще одним из важных событий в процессе канцерогенеза являются эпигенетические нарушения – инактивация генов-супрессоров опухолевого роста. Гиперметилирование генов, участвующих в процессе канцерогенеза, является ранним событием образования опухоли и часто обнаруживается при многих предраковых состояниях. Определение метилирования генов-супрессоров в регионах промоторов позволит проводить раннюю диагностику рака, прогнозировать динамику его развития и будет способствовать выбору оптимальной тактики лечения.

Таким образом, данные литературы свидетельствуют, что проблеме РШМ и предшествующим ему процессам посвящено значительное количество исследований, в которых рассматриваются эпидемиологические, клинические, морфологические, молекулярно-биологические аспекты этой сложной формы онкологической патологии гениталий. Установлен значительный спектр цитологических изменений в многослойном плоском эпителии под воздействием разных инфекционных факторов: гиперплазии эпителия, паракератоза, акантоза, гиперплазии базального и парабазального слоев; в слизистой оболочке эндометрия: плоскоклеточной метаплазии цилиндрического эпителия. Применяемые для обследования кольпоскопический, цитологический и гистологические методы позволяют диагностировать уже существующие патологические изменения, поэтому поиск прогностических маркеров, позволяющих определить вероятность злокачественной трансформации на раннем этапе формирования опухоли, является важным направлением исследований при заболеваниях шейки матки. Одним из важных событий в процессе канцерогенеза являются эпигенетические нарушения – инактивация генов-супрессоров опухолевого роста. Мутация генов, участвующих в процессе канцерогенеза, представляет собой раннее событие образования опухоли и часто обнаруживается при многих состояниях.

Вместе с тем, некоторые вопросы не получили окончательного ответа в связи с противоречивыми результатами исследований и отсутствием единого мнения относительно патогенеза РШМ, факторов риска дальнейшей прогрессии CIN – от CIN-1 в CIN-3 и Cr in situ. Учитывая, что современным и новым направлением исследований является превентивная медицина, решение указанных вопросов имеет большое клиническое значение для определения факторов риска развития предрака и РШМ, а также для разработки принципов индивидуальной профилактики этих форм патологии.

Литература

1. Киселев В.И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. – М., 2004. – 179 с.
2. Роговская С.И. Практическая кольпоскопия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 240 с.
3. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России, заболеваемость и смертность. – М., 2010.
4. Шацева Т.А., Мухина М.С. Антиген Ki-67 в оценке опухолевой пролиферации. Его структура и функции // Вопр. онкол. – 2004. – Т. 50, №2. – С. 157-164.

5. Шевченко О.В., Шевченко Вол.О., Шевченко В.О. Специфічна імунна реакція організму як ініціюючий промоторний фактор канцерогенезу (гіпотеза) // Журн. АМН України. – 2004. – №1. – С. 50-64.
6. Brychtova S., Brychta T., Sedlakova E., Kolar Z. Protooncogene c-myc in uterine cervix carcinogenesis // Neoplasma. – 2004. – Vol. 51, №2. – P. 84-89.
7. Carrilho C., Gouveia P., Cantel M. et al. Characterization of human papillomavirus infection, p53, and Ki-67 expression in cervix cancer of Mozambican women // Pathol. Res. Pract. – 2003. – Vol. 199, №5. – P. 303-311.
8. Do Horto dos Santos Oliveira L., Rodrigues E.V., Salles Lopes A.P. HPV 16 detection in cervical lesions, physical state of viral DNA and changes in p53 gene // San Paulo Med. J. – 2003. – Vol. 121, №2. – P. 67-71.
9. Jansen K.U., Shaw A.R. Human papillomavirus vaccines and prevention of cervical cancer // Ann. Rev. Med. – 2004. – Vol. 55. – P. 319-331.
10. Kruse A.J., Skaland I., Janssen E.A. et al. Quantitative molecular parameters to identify low-risk and high-risk early CIN lesions: role of markers of proliferative activity and differentiation and Rb availability // Int. J. Gynecol. Pathol. – 2004. – Vol. 23, №2. – P. 100-109.
11. Munoz N., Bosch F.X., Castellsague X. et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective // Int. J. Cancer. – 2004. – Vol. 111, №2. – P. 278-285.
12. Nuovo J., Melnikow J., Howell L.P. New tests for cervical cancer screening // Amer. Fam. Physician. – 2001. – Vol. 64, №5. – P. 780-786.
13. Reagan J.W., Seiderman I.L., Saracusa Y. The cellular morphology of carcinoma in situ and dysplasia or typical hyperplasia of the uterine cervix // Cancer. – 1983. – Vol. 6. – P. 224-235.
14. Richart R.M. Cervical Intraepithelial neoplasia // Pathol. Ann. – 1973. – Vol. 8. – P. 301-328.
15. World Health Organization (WHO). Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice. – Geneva: WHO, 2006. – http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gcp/text.pdf.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Д.Ю. Юлдашева, Д.К. Нажмутдинова

Показано, что при ВПЧ инфекции ген TNF α 308 влияет на экспрессию гена p53, вследствие чего активируются гены mdm2 и p21, продукты которых дестабилизируют p53 или TNF- α и ингибируют циклин-зависимые протеинкиназы. Данные литературы свидетельствуют о влиянии вирусной инфекции на клеточный цикл плоского эпителия шейки матки.

Ключевые слова: рак шейки матки, интраэпителиальные неоплазии, вирус папилломы человека, генетические факторы, скрининг, прогнозирование.

ЎЗИҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

- Odamdagi DNK 80 000 gendan tarkib topgan.
- O'rtacha umr davomida odam boshidan o'sib chiqadigan sochlarning uzunligi 725 kilometrqa yetadi.
- Sarg'ish-malla odamlarning soqoli qoracha odamlarnikidan ko'ra tezroq o'sadi.
- Gripp epidemiyasi 1918 – 1919 yillarda AQSH va yevropalik 20 milliondan ortiq odamni hayotdan olib ketgan.
- Odamning barmoqlari o'rtacha umri davomida 25 million marta bukilib-yoziladi.
- Odam tug'ilgan payt uning miyasida 14 milliard hujayra bo'ladi va bu o'lgunicha ko'paymaydi. Aksincha, 25 yoshdan keyin kuniga 100 mingdan kamayib boradi. Kitob o'qishga sarflangan 1 daqiqa vaqt 70 taga yaqin hujayrani o'ldiradi. 40 yoshdan keyin inqiroz jarayoni tezlashadi va miya yengillashib, kichrayib boradi.
- Odam suyagining 50 foizi suvdan iborat.
- Odamning bosh miyasida sekundiga 100 000 kimyoviy reaksiya sodir bo'ladi.
- Bola tug'ilganda tizzasining ko'zi bo'lmaydi, u 2-6 yoshda paydo bo'ladi.
- Odam yuragining hajmi mushtumiga teng. Voyaga yetgan odamning yuragi o'rtacha 220-260 gramm og'irlikka ega bo'ladi.
- Odamda 2 million ter bezlari bor. Har bir litr ter uchun 540 kaloriya sarflanadi. Erkaklar ayollarga nisbatan 40 foiz ko'proq ter chiqaradi.

Hasan OLIMOV

НОВЫЙ СПОСОБ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

И.А. Зиякулов

ЛАБОРАТОР ҲАЙВОНЛАРДА ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ПНЕВМОСКЛЕРОЗ МОДЕЛЛАШНИ ЯНГИ УСУЛИ

И.А. Зиякулов

A NEW METHOD OF EXPERIMENTAL MODELING OF PNEUMOSCLEROSIS IN LABORATORY ANIMALS

I.A. Ziyakulov

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: лаборатория ҳайвонларида пневмосклерозни клиникага мос моделини ишлаб чиқиш. **Материал ва усуллар:** текириқлар тана вазни 1900-2100 г бўлган 60 та қуёнларда ўтказилди. Тажрибадаги ҳайвонларнинг умумий бронхига перидурал катетер қўйилди ва 5 кун мобайнида у орқали тальк ва тилларанг стафилококк суспензияси юборилди. Кузатув муддати тажриба бошлангандан 180 кунни ташкил этди. **Натижалар:** сурункали фиброзловчи альвеоляр пневмосклерозни моделлашни янги усули юқори самарадорлиги билан ажралиб туради (97,7%) ва пневмосклероз белгилари тез ривожланади. Бу белгиларга нафас этишмовчилиги, рентген текириқвида ўпка ҳажмини кичрайиши, МВБ ошиши ва ўпка структурасини ўзгаришлари киради. Пневмосклерозни яққол морфологик белгилари тажрибанинг учинчи ойдан то тўртинчи ойигача ривожланди. **Хулоса:** тавсия этилаётган пневмосклероз модели илмий янгиликга эга, клиникада кузатиладиган пневмосклерозга мос ва экспериментал пульмонологияда ишлатилиши мумкин.

Калит сўзлар: фиброзловчи альвеолит, пневмосклероз, тилларанг стафилококк, кимёвий қуйиш.

Objective: Creation of clinically adequate model of pneumosclerosis in laboratory animals. **Materials and Methods:** The studies were conducted on 60 rabbits weighing 1900-2100 g, in which an epidural catheter was established in general bronchus, through it suspension of talc and *Staphylococcus aureus* were administered daily for 5 days. The observation period was 180 days. **Results:** The developed model of fibrosing alveolar pneumosclerosis was characterized by high reproducibility (97,7%) with early development of primary signs of pneumosclerosis in the form of respiratory failure, radiological reduction of lung volume, increased CVP and structural changes in the lungs. Clear morphological signs of pneumosclerosis developed at terms from 3 to 4 months. **Conclusions:** The proposed model of pneumosclerosis is new, adequate to the clinic and can be used in experimental pulmonology.

Key words: fibrosing alveolitis, pneumosclerosis, *Staphylococcus aureus*, chemical burn.

Одним из грозных осложнений хронических рецидивирующих заболеваний легких является фиброзирование легочной ткани с последующим развитием пневмосклероза, частота которых в последнее время прогрессивно возрастает. При этом нарушается эластичность легочной ткани вследствие формирования коллагена межзачаточного вещества с развитием интерстициального фиброза [2,5,8]. В этой ситуации гиповентиляция приводит к повышенному выделению в просвет альвеол фосфатидилохолина (ФХ), снижению синтеза сурфактанта и уменьшению растяжимости легочной паренхимы [1,3,4], а также нарушению неспецифической функции легких. Для изучения механизма этих явлений необходимо создание адекватной модели пневмосклероза легких. Известные экспериментальные модели воспроизведения пневмосклероза отличаются агрессивностью, имеют ряд недостатков и в большинстве случаев не соответствуют клинической картине пневмосклероза [2,3,7].

Цель исследования

Создание адекватной клинике модели пневмосклероза у лабораторных животных.

Материал и методы

Исследования проведены на 60 кроликах массой 1900-2100 г. В зависимости от способа воспроизведения модели животные были разделены на 2 группы по 30 особей в каждой: 1-я – традиционный способ моделирования пнев-

мосиликоза длительным введением известковой пыли (группа сравнения) [3]; 2-я – предлагаемый способ (основная группа).

Для воспроизведения предлагаемой модели животным натошак под эфирным наркозом микротрахеостомиическим путем в общий бронх устанавливали перидуральный катетер, через который ежедневно в течение 5 дней вводили суспензию талька и золотистый стафилококк (*Staph. aureus*) (Патент № IAP 04755). Длительность наблюдения – 180 дней от начала опыта.

Для подтверждения развития пневмосклероза проводили морфологические исследования. После декапитации под легким эфирным наркозом извлекали легочную ткань, фиксировали ее в 10% нейтральном растворе формалина, обезвоживали, заливали в парафин и готовили ультратонкие срезы, которые окрашивали гематоксилином и эозином, и проводили микроскопию. Наряду с этим, животным делали рентгенографию (Siemens, Germany), измеряли центральное венозное давление (ЦВД), оценивали признаки дыхательной недостаточности (ДН). Цифровой материал обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

У животных группы сравнения при длительном введении высоких концентраций известковой пыли наблюдались морфологические признаки пневмосиликоза верхних

дыхательных путей без формирования фиброзирующего альвеолита и пневмосклероза, что совпадает с данными литературы [1,5]. Однако при применении этого метода токсическое воздействие оказывал сам агент, что зачастую сопровождаясь развитием химического ожога верхних дыхательных путей, о чем свидетельствовала высокая летальность (70%) животных [6].

При предлагаемом методе в катетер в течение 5 дней вводили 40 мг талька, смешанного с 0,2 мл 1% раствора лидокаина, из расчета 200 мг сухого вещества на кг массы животного. Выход из наркоза животного во все сроки опытов был адекватным, активизация их (подвижность в клетке, самостоятельное употребление воды и пищи) констатирована через 40 мин. Затем с 6-го дня в течение 2-х дней в вводимую суспензию талька добавляли 300 млн ЕД бульонной культуры золотистого стафилококка для поддержания воспалительного процесса. Выбор кратности и дозировки введения талька объясняется тем, что при введении дозы менее 200 мг/кг воспроизвести патологиче-

ский процесса не удавалось, тогда как при введении более 200 мг/кг массы животные умирали от ДН в течение 2 часов. Такой же результаты наблюдался и при введении различных доз стафилококковой культуры.

Проведенные исследования показали, что в ранние сроки после заключительного введения токсикантов состояние крыс обеих групп оставалось удовлетворительным, однако отмечались повышенная агрессивность животных, полидипсия, а через 10 дней после заключительного введения они становились вялыми, имели место одышка, синюшность кончиков носа и ушей, а к концу второго месяца состояние животных резко ухудшалось. В группе сравнения длительное введение талька оказывало агрессивное действие, что проявлялось высокой летальностью (70%), тогда как при предлагаемом способе летальность была в 3 раза ниже и составила 23,3%.

Сравнительный анализ формирования основных критериев пневмосклероза у животных двух групп выявил существенные различия (табл.).

Таблица

Сроки формирования признаков развития пневмосклероза у крыс группы сравнения (числитель) и основной группы (знаменатель)

Признак	Сроки наблюдения, сут						
	5	10	20	40	80	120	180
ДН	13 2	11 6	5 17	2 26	5 28	15 28	22 29
Рентгенологические признаки уменьшения объема легкого	-	-	-	-	13	18	22
Повышение ЦВД	-	-	-	-	2	7	10
Склеротические изменения в легких	3	18	22	27	28	28	30
Сужение мелких бронхов	-	-	-	-	4	16	19
Сужение мелких бронхов	-	2	7	26	30	30	30
Сужение мелких бронхов	-	-	-	2	12	18	22
Сужение мелких бронхов	-	5	7	26	30	30	30

Так, если в контрольной группе признаки ДН выявлялись раньше, а затем их интенсивность несколько уменьшалась, вновь возрастая к концу 4-6 месяцев, то при предлагаемом способе моделирования ДН развивалась постепенно и к 20-40 суткам выявлялась у 56,7-86,7% животных, нарастая по мере увеличения срока исследования. Рентгенологические признаки пневмосклероза, повышение центрального венозного давления, склеротические изменения в легких, сужение мелких бронхов при предлагаемом способе выявлялись раньше и у всех подопытных животных, тогда как в группе сравнения они начинали формироваться медленно и к заключительному сроку выявлялись у 33,3-73,3% животных.

У крыс основной группы при рентгенографии было выявлено диффузное затемнение в прикорневой зоне с образованием долевого дорожек к периферии легких, которые в последующем проявлялись диффузным затемнением полей легких с усилением прикорневой зоны, а к заключительному сроку выявлялось инфильтративно-склеротическое затемнение легких очагового характера. Такие рентгенологические признаки пневмосклероза как уменьшение объема легких, сужение мелких бронхов и склеротические изменения в легких при предлагаемом способе выявлялись к 20-м суткам, тогда как в группе сравнения – на 2-3-й месяцы исследования (рис. 1).

У экспериментальных животных ЦВД постепенно повышалось с 5-6 мм вод. ст. на 5-е сутки до 10-15 мм вод.

ст. к заключительному сроку, тогда как в группе сравнения повышение отмечалось с 3-го месяца исследования.

При гистологическом исследовании легких экспериментальных животных основной группы обнаружено неравномерное утолщение межальвеолярных перегородок за счет пролиферации макрофагов, гистиоцитов и фибробластов в виде гипертрофии и гиперхромазии ядер, расширения площади, занимаемой волокнистыми структурами эозинофильной окрашиваемости. Наблюдалась также пролиферация альвеолоцитов с десквамацией и формированием клеточных пластов в просвете альвеол. Микроскопически выявлялось перибронхиальное, периаскулярное, перилобулярное разрастание соединительной ткани (рис. 2). Такая патоморфологическая картина соответствует признакам начальной стадии пролиферативного фиброзирующего альвеолярного пневмосклероза.

Межальвеолярные перегородки значительно утолщены и представлены пластинами пролиферативного клеточного инфильтрата и пучками фиброзированной соединительной ткани. В составе пролиферативного инфильтрата преобладают гистиобласты и фибробласты с гипертрофированными ядрами и формированием волокнистых структур. Сосуды не выявляются из-за сужения и склерозирования их стенок. Межальвеолярные перегородки в основном представлены параллельно идущими пучками соединительнотканых волокон и веретенообразных клеточных элементов. Просвет отдельных альвеол заполнен клеточными элементами и сетью волокнистых структур.

Экспериментальная биология и медицина



Рис. 1. Ангиографическое исследование легких кролика основной группы на 20-е сутки наблюдения.

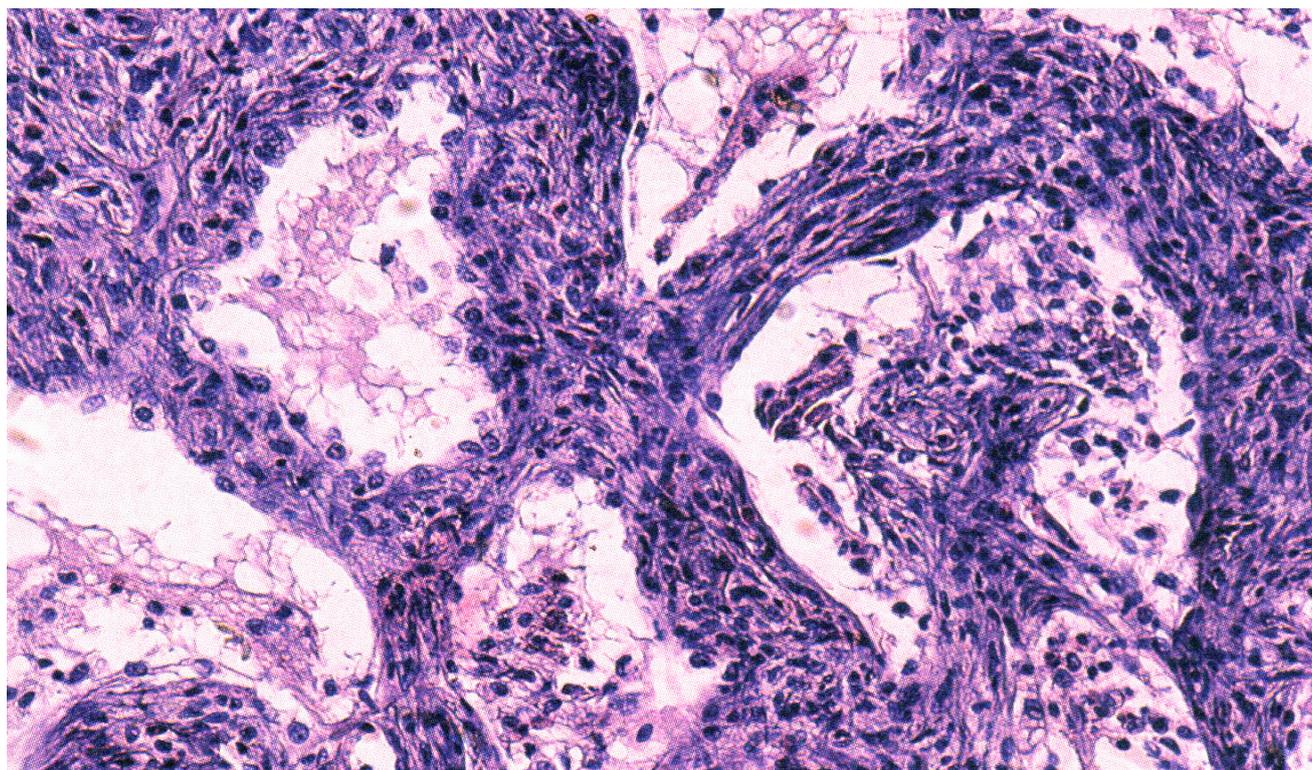


Рис. 2. Перибронхиальное, периваскулярное, перилобулярное разрастание соединительной ткани легких кроликов основной группы. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.: ок. 10, об. 40.

Во многих участках структура легких полностью утрачена, легочная ткань замещена полями фиброза. Такое диффузное утолщение межальвеолярных перегородок характерно для поздних стадий фиброзирующего альвеолярного пневмосклероза (рис. 3).

Таким образом, разработанная нами модель фиброзирующего альвеолярного пневмосклероза характери-

зуется высокой воспроизводимостью (96,7%) с ранним развитием начальных признаков пневмосклероза в виде дыхательной недостаточности, рентгенологического уменьшения объема легкого, повышения ЦВД и структурными изменениями структуры легких. Явные морфологические признаки пневмосклероза развивались в сроки от 3 до 4 месяцев. Они заключались в диффузном уменьше-

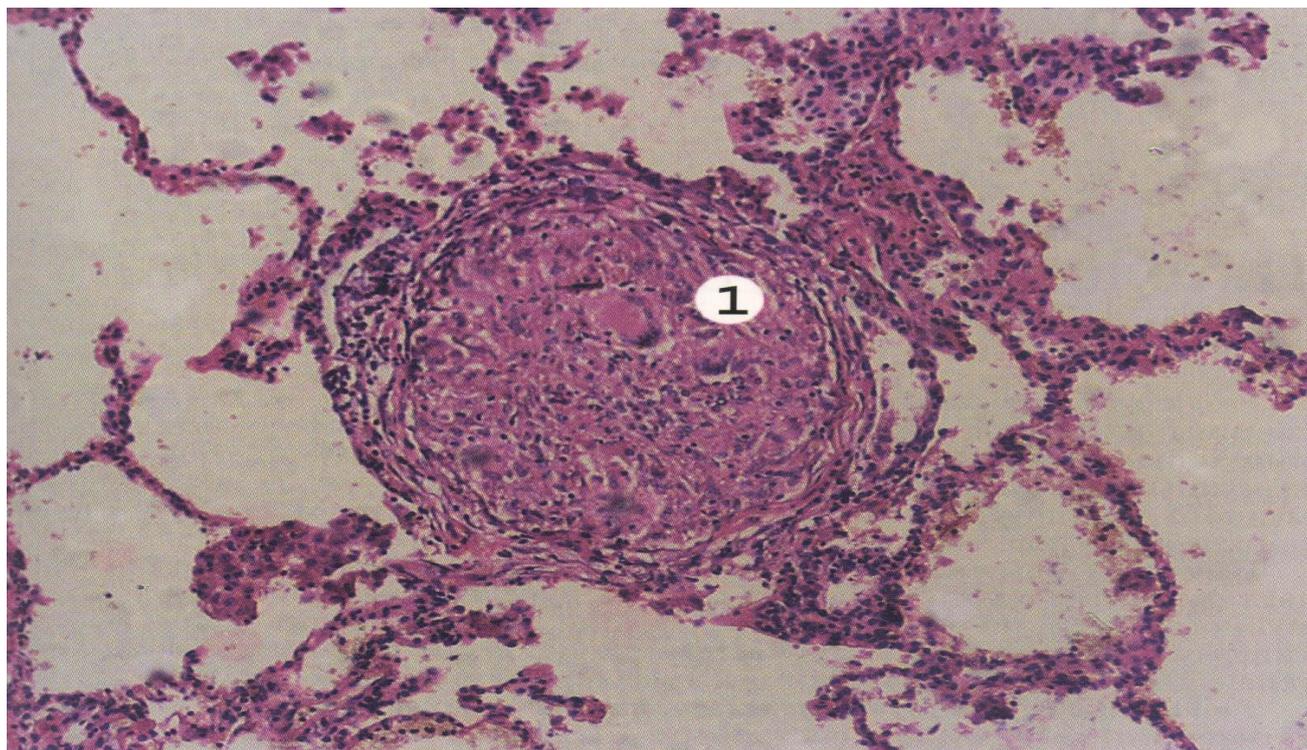


Рис. 3. Диффузное утолщение межальвеолярных перегородок легких кроликов основной группы. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.: ок. 10, об. 40.

нии рентгенологического объема обеих легких, в склеротическом изменении паренхимы легкого и сужении мелких бронхов. На основании полученных данных можно сделать вывод, что предложенная модель пневмосклероза обладает новизной, адекватна клинике и может использоваться в экспериментальной пульмонологии.

Литература

1. Артамонова В.Г., Баянов Э.И. Экспериментальная модель формирования бронхолегочной патологии при действии пыли биологического происхождения // Мед. труда и пром. экология. – 2010. – №5. – С. 9-12.
2. Брунскин В.Г., Гересенинка И.А. Моделирование заболеваний легкого. – М.: Медицина, 1982.
3. Бокша В.Г., Яценко Л.В., Гладкова Н.А., Гах Л.М. Способ моделирования неспецифических заболеваний легких. – Киев, 1979.
4. Есипова И.К. Пневмосклероз // Арх. пат. – 1989. – Т. 59, №12. – С. 41-45.
5. Коган Е.А. Фиброзирующий альвеолит – современные аспекты проблемы // Арх. пат. – 1995. – №4. – С. 5-11.
6. Basak S., Dutta S.K., Gupta S. Bacteriology of wound infection: evaluation by surfactant and quantitative full thickness wound biopsy culture // J. Indian Med. Ass. – 2009. – Vol. 90, №2. – P. 33-34.
7. Chiavolini D., Pozzi G., Ricci S. Animal Models of streptococcus pneumonia // Clin. Microbiol. Rev. – 2008. – Vol. 21. – P. 321-323.
8. Barth R.K., Baecher-Allan C.M., Linares A. Lung inflammation, fibrosis and the concept of fibroblast heterogeneity // Adv. Struct. Biol. – 1996. – Vol. 4. – P. 175-196.

НОВЫЙ СПОСОБ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

И.А. Зиякулов

Цель: создание адекватной клинике модели пневмосклероза у лабораторных животных. **Материал и методы:** исследования проведены на 60 кроликах массой 1900-2100 г, которым в общий бронх устанавливали перидуральный катетер, через него ежедневно в течение 5 дней вводили суспензию талька и золотистый стафилококк. Длительность наблюдения – 180 дней. **Результаты:** разработанная модель фиброзирующего альвеолярного пневмосклероза характеризуется высокой воспроизводимостью (97,7%) с ранним развитием начальных признаков пневмосклероза в виде дыхательной недостаточности, рентгенологического уменьшения объема легкого, повышения ЦВД и структурными изменениями структуры легких. Явные морфологические признаки пневмосклероза развивались в сроки от 3 до 4 месяцев. **Выводы:** предложенная модель пневмосклероза обладает новизной, адекватна клинике и может использоваться в экспериментальной пульмонологии.

Ключевые слова: фиброзирующий альвеолит, пневмосклероз, золотистый стафилококк, химический ожог.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕСБОХОЛА В КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ХРОНИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ

Ш.Р. Мавланов

ЛЕСБОХОЛНИ СУРУНКАЛИ ГЕЛИОТРИНЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ГЕПАТИТДА ЖИГАРНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ ТИКЛАШДАГИ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Ш.Р. Мавланов

EXPERIMENTAL INVESTIGATION OF THE EFFECTIVENESS OF LESBOCHOL IN THE CORRECTION OF THE FUNCTIONAL STATE OF LIVER IN ITS CHRONIC LESION

Sh.R. Mavlanov

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: изланишининг асосий мақсади сурункали гелиотринли гепатит моделида лесбохолни жигарнинг сафро ажратиш фаолиятига таъсирини ўрганиш. **Материал ва усуллар:** тажриба тана вазни 160-210 г бўлган эркак оқ каламушларда ўтказилди. Ҳайвонлар 3 гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳга интакт ҳайвонлар киргизилди. Иккинчи гуруҳ ҳайвонларига гелиотрин 5 мг/100 г дозада 6 ҳафта давомида юборилди. Учинчи гуруҳ ҳайвонларга гелиотрин юқори дозада юборилди ва 14 кун мобайнида лесбохол 25 мг/кг киргизилди. Сафро таркибига кирувчи ўт кислотаси, холестерин ва билирубин миқдори аниқланди. **Натижа:** лесбохол билан даволанган гуруҳ ҳайвонларида ажралган сафро миқдори иккинчи гуруҳ ҳайвонларига солиштирганда 41,5% ошган. Ўт кислоталари, холестерин ва билирубин миқдори даволанмаган гуруҳга солиштирганда 139,4%, 110,6% ва 116,8% га мос равишда ошган. Лесбохол ўткир гепатитда юзага келган бузилишларни бартараф этди. **Хулоса:** тажриба натижаларига кўра шуни айтиш мумкинки, лесбохолни турли этиологияли гепатобилиар тизим касалликларида патогенетик восита сифатида тавсия этиш мумкин.

Калит сўзлар: лесбохол, сафро, гелиотрин, сурункали гепатит.

Objective: To study the effect of lesbochol on exocrine function of the liver in chronic heliotrine hepatitis. **Materials and Methods:** Experiments were carried out on outbred white rats-males weighing 160-210 g: 1st group – intact animals, 2nd group received heliotrine at a dose of 5 mg/100 g for 6 weeks, 3rd group – heliotrine + lesbochol at a dose of 25 mg/kg for 14 days. The concentration of bile and the total amount of bile acids, cholesterol and bilirubin were determined. Results: After treatment, biliary excretion increased by 41,5% compared with the untreated group. Lesbochol increased excretion of bile acids, cholesterol and bilirubin in the bile composition on 139,4; 110,6 and 116,8%, respectively. No significantly different indicators noted for treated and intact animals. **Conclusions:** Lesbochol has the distinct ability to stimulate exocrine function of the liver in its lesions and may be recommended as a mean for pathogenetic treatment of diseases of the hepatobiliary system.

Key words: lesbochol, bile, heliotrine, chronic hepatitis.

Согласно статистике, хроническими диффузными заболеваниями печени в мире страдают примерно 30% людей [1]. Хронические вирусные гепатиты (ХВГ) В и С относятся к социально значимым инфекциям, получившим в настоящее время широкое распространение. ХВГ В в мире зарегистрированы более чем у 350 млн человек, при этом ежегодно от хронических заболеваний печени, включая цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному, обусловленных вирусным гепатитом В, умирают более 1 млн человек [12].

Несмотря на успехи в разработке методов лечения хронических заболеваний печени лекарственными средствами, влияющими непосредственно на причинные факторы, фармакотерапия этой нозологической группы остаётся одной из актуальных проблем современной медицины [1].

В практической медицине потребность в гепатопротекторных средствах, повышающих устойчивость печени к действию разных химических веществ и нормализующих ее метаболизм в условиях напряжения детоксицирующей функции, остается высокой. Исследования, проведенные в последние годы, подтверждают целесообразность применения препаратов на основе лекарственных растений (фитопрепараты), обладающих гепатозащитными свойствами, использование которых способствует уменьшению синдрома цитолиза гепатоцитов, нормализации или существенному улучшению пигментообразующей и экс-

креторной функции [2]. Кроме того, в генезе заболеваний печени и желчевыводящих путей, цитолитического синдрома важную роль играют холестаза и нарушения реологических свойств желчи, приводящие к снижению секреторной и метаболической функции печени, нарушению детоксикации экзо- и эндотоксинов [8,12]. Лесбохол представляет собой сухой экстракт из лекарственных растений: зверобоя шероховатистого (*Hypericum scabrum* L.), зизифоры цветоножечной (*Ziziphora pedicellata* Paziv Vved.), медиазии крупнолистной (*Mediizia macrophylla*) и солодки голой (*Glycyrrhiza glabra* L.).

Ранее нами было показана эффективность лесбохола при остром поражении печени [10]. Однако оценка фармакотерапевтической активности лесбохола при хроническом гепатите не проводилась.

Цель исследования

Изучение влияния лесбохола на внешнесекреторную функцию печени при хроническом гелиотриновом гепатите.

Материал и методы

Эксперименты проведены на 30 беспородных белых крысах-самцах массой 160-210 г, которых содержали в условиях вивария на стандартном рационе питания. Животные были разделены на 3 группы. 1-я группа из 8 крыс была интактной. У животных 2-й и 3-й (по 11 крыс) групп воспроизводили модель хронического токсического гепатита (ХТГ) введением раствора гелиотрина в дозе 5 мг/100

г массы подкожно один раз в неделю в течение 6 недель [5]. Летальность к концу введения гелиотрина составила 20%. Через неделю после заключительного введения гелиотрина животным 1-й группы внутрижелудочно вводили дистиллированную воду в объеме 0,5 мл на 200 г массы в течение 14 дней. Крысам 3-й группы (леченая группа из 9 крыс) вводили лесбохол в дозе 25 мг/кг через металлический зонд внутрижелудочно в течение 14 дней. Крысам 2-й группы (нелеченая группа 7 крыс) вводили дистиллированную воду в объеме 0,5 мл на 200 г массы один раз в сутки в течение 14 дней. Спустя 24 ч после заключительного введения лесбохола исследовали желчевыделительную функцию печени путем введения полиэтиленового катетера в общий желчный проток наркотизированных животных (этаминал натрия 50 мг/кг внутривенно). О холеретическом действии препарата судили по общему количеству выделенной за 4 часа опыта желчи, а также по концентрации и количеству её компонентов, то есть билирубина, холестерина и общих желчных кислот. В часовых порциях определяли концентрацию (мг%) и общее количество (мг на 100 г массы) желчных кислот, холестерина и билирубина методами, описанными ранее [6]. Цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с применением пакета программ Biostat 2008.

Результаты и обсуждение

При хроническом токсическом поражении печени, вызванным гелиотрином, у крыс отмечается угнетение желчевыделительной функции печени. Так, скорость секреции желчи у контрольных крыс (2-я гр.) по сравнению с интактными животными за 4 часа опыта статически значимо снижалось в среднем 38,8% ($p < 0,001$) (табл.). Одновременно отмечалось снижение содержания в жел-

чи желчных кислот на 56,3% ($p < 0,001$), холестерина – на 58,6% ($p > 0,05$) и билирубина – на 54,1% ($p < 0,001$).

Следовательно, при продолжительном действия гелиотрина специфическая функция печени угнетается, что выражается не только в уменьшении выделения желчи, но и в снижении содержания в ней её основных компонентов. Известно, что печень является основным органом поражения при гелиотриновой интоксикации. Хроническое поражение печени характеризуется мегалоцитозом, пролиферацией желчных протоков, некоторым фиброзом и иногда изменением кровяных сосудов подобно вено-окклюзионной болезни [11]. Поражение печени у экспериментальных животных приводит к ее циррозу и иногда к новообразованию [7]. Отмечают, что в основе нарушений функциональной активности гепатоцитов при хроническом воздействии гелиотрина лежит нарушение синтеза нуклеиновых кислот (ДНК) и протеинов в клетках печени [9].

По данным литературы, алкалоид гелиотрин, как и другие гепатотоксины, обладает прооксидантным действием, усиливает цитолиз гепатоцитов и приводит к нарушению метаболических процессов печени. Наряду с усилением процессов перекисного окисления липидов и снижением антиоксидантной защиты организма, а также ингибированием активности ферментных систем гепатоцитов, отмечается нарушение желчеобразовательной и экскреторной функции печени, вследствие этих нарушений развивается холестаз в органе [6,7]. Можно предположить, что в такой ситуации снижается образование желчных кислот из холестерина и их конъюгация с таурином, глицином, гликуронидация билирубина, в результате которого в экскретируемой желчи снижается их содержание.

Таблица

Интенсивность секреции желчи и ее химический состав у крыс с хроническим гелиотриновым гепатитом (за 4 ч опыта на 100 г массы)

Группа	Желчь, мл	Желчные кислоты, мг	Холестерин, мг	Билирубин, кг
1-я	1,34±0,10	6,91±0,49	0,268±0,036	103,7±9,9
2-я	0,82±0,06а	3,02±0,41а	0,111±0,028	47,6±7,7а
3-я	1,16±0,05б	7,23±0,47б	0,238±0,019	103,2±7,2б

Примечание. а – по сравнению с интактными животными, б – по сравнению с нелечеными животными.

Введение лесбохола в дозе 25 мг/кг крысам с токсическом гепатитом способствовало восстановлению желчевыделительной функции печени. После 14-дневного лечения желчевыделение по сравнению с нелеченной группой увеличилось на 41,5% ($p < 0,001$). Кроме того, лесбохол повышал выделение в составе желчи желчных кислот, холестерина и билирубина соответственно на 139,4 ($p < 0,001$), 110,6 ($p > 0,05$) и 116,8% ($p < 0,001$). При этом показатели леченых и интактных животных существенных различий не имели.

Как известно, наиболее важной, чувствительной и специфической функцией печени являются желчеобразовательная. Внешнесекреторная активность печени и химический состав желчи – объективные и достоверные показатели, отражающие функциональное состояние печени [4]. Следовательно, лесбохол оказывает положитель-

ное влияние на изученные показатели. Вероятно, данное соединение устраняет те биохимические нарушения, которые лежат в основе угнетения функционального состояния гепатоцитов под воздействием гелиотрина. Можно полагать, что лесбохол, снижая интенсивность процессов перекисного окисления фосфолипидов биологических мембран гепатоцитов, способствует их регенерации, восстанавливая интенсивность биохимических процессов, осуществляющих синтез первичных желчных кислот и их конъюгацию с таурином и глицином.

Известно, что в составе желчи экскретируется только конъюгированный билирубин [3]. Как видно из таблицы, данные, полученные у леченых животных, свидетельствуют о том, что лесбохол обладает отчетливым восстанавливающим действием на внешнесекреторную функцию

печени при ее хроническом поражении гелиотрином и нормализует содержание основных компонентов желчи.

Таким образом, при хроническом токсическом гелиотриновом гепатите значительно подавляется внешнесекреторная функция печени, что сопровождается уменьшением количества желчных кислот, холестерина и билирубина в составе желчи. Лесбохол отчетливо устраняет эти нарушения. Результаты проведенных фармакологических исследований позволяют заключить, что лесбохол обладает отчетливым свойством стимулировать внешнесекреторную функции печени при ее поражениях и поэтому может быть рекомендован в качестве средства для патогенетического лечения заболеваний гепатобилиарной системы.

Литература

1. Звягинцева Т.Д., Глущенко С.В. Хронические диффузные заболевания печени: патогенетические подходы к лечению // Здоров'я України. – 2010. – №1. – С. 46-47.
2. Крылов Ю.Ф., Смирнов П.А., Флеровский А.А. Метаболизм и биологическая активность субстратов глюкуронирования при экспериментальном сахарном диабете // Экспер. и клин. фармакол. – 1992. – №6. – С. 35-37.
3. Крылова С.Г., Ефимова Л.А., Вымятина З.К., Зуева Е.П. Влияние экстракта корня цикория на морфофункциональное состояние печени у крыс с токсическим гепатитом // Экспер. и клин. фармакол. – 2006. – №6. – С. 34-36.
4. Саратиков А.С., Скакун С.П. Желчеобразование и желчегонные средства. – Томск, 1991. – 260 с.
5. Тухтаев Н.К. Иммуноморфологические нарушения при хроническом гепатите и их иммунокоррекция // Проблеми клініки, діагностики та терапії гепатитів: Збірник праць науково практичної конференції. – Харьков, 2005. – С. 219.
6. Хакимов З.З., Махмудов С.С. Госсипол полимер композициясининг экспериментал ўткир гепатитларда жигарнинг сафро ажратиш фаолиятига таъсири // Ўзбекистон тиббиёт журнали. – 2011. – №1. – С. 99-101.
7. Хакимов З.З., Лубенцова О.В., Аскарлова Ш.Д. Влияние гелиотрина на экскреторную функцию печени и химический состав желчи // Мед. журн. Узбекистана. – 1988. – №4. – С. 44-46.
8. Чучалин В.С., Теплякова Е.М. Коррекция патологий гепатобилиарной системы комплексным растительным средством // Бюл. Сиб. мед. – 2007. – №4. – С. 52-57.
9. Christie S. Liver damage in acute heliotrine poisoning // Austral. J. Exp. Biol. – 1958. – Vol. 36. – P. 413-424.
10. Mavlanov Sh. The influence of lesbokhol to the bile excretory function of liver at its acute damage // Интеллектуальная молодёжь – будущее нашей родины: Сб. науч. тр. по медицине. – Ташкент, 2012. – С. 181-187.
11. Sullman F., Zuckerman A.J. The effect of heliotrine alkaloid on human liver cells in culture // Brit. J. Exp. Pathol. – 1969. – Vol. 50. – P. 361.
12. Wright T. L. Introduction to chronic hepatitis B infection // Amer. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 1-6.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕСБОХОЛА В КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ХРОНИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ

Ш.Р. Мавланов

Цель: изучение влияния лесбохола на внешнесекреторную функцию печени при хроническом гелиотриновом гепатите. **Материал и методы:** эксперименты проведены на беспородных белых крысах-самцах массой 160-210 г: 1-я группа – интактные животные, 2-я – гелиотрин в дозе 5 мг/100 г в течение 6 недель, 3-я – гелиотрин + лечение лесбохолом в дозе 25 мг/кг в течение 14 дней. Определяли концентрацию желчи и общее количество желчных кислот, холестерина и билирубина. **Результаты:** после лечения желчевыделение по сравнению с нелеченой группой увеличилось на 41,5%. Лесбохол повышал выделение в составе желчи желчных кислот, холестерина и билирубина соответственно на 139,4, 110,6 и 116,8%. При этом показатели леченых и интактных животных существенно не различались. **Выводы:** лесбохол обладает отчетливым свойством стимулировать внешнесекреторную функции печени при ее поражениях и может быть рекомендован в качестве средство для патогенетического лечения заболеваний гепатобилиарной системы.

Ключевые слова: лесбохол, желчь, гелиотрин, хронический гепатит.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗВЕНЬЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННОГО И ЕГО АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Ф.М. Гафарова

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА НАФАС ОЛИШ ТИЗИМИ ДИСФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИНГ ПАТОГЕНЕТИК БОСҚИЧЛАРИ ВА УНИ АНТЕНАТАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Ф.М. Гафарова

PATHOGENETIC LINKS OF THE DYSFUNCTIONAL STATE OF RESPIRATORY SYSTEM IN NEWBORN AND ITS ANTENATAL DIAGNOSIS

F.M. Gafarova

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Мақсад: нафас олиш тизимининг дисфункционал ҳолатини чақалоқ организмда метаболит бузилишини ўрганиш. **Материал ва усуллар:** 282 янги туғилган чақалоқ ва уларнинг оналари ўрганилди. Назорат гуруҳида – соғлом болалар, асосий гуруҳида – нафас олиш тизимида бузилиши бор чақалоқлар. 20,5% чақалоқларда эрта неонатал даврида нафас олиш тизимидаги бузилишлар йўқолганлиги текширилди. **Натижалар:** ҳомила ва янги туғилган чақалоқларда турли патологик ҳолатларнинг ўсишига инфекция ўчоқларидаги хавфли омиллар ва экстрагенитал патологияси бор ҳомиладорлар сабаб бўлади. Текширишлар натижасида шу нарса аён бўлдики, чақалоқларда нафас етишмовчилиги ҳомиланинг она қорнида ўсишининг таъсири ва муддатидан олдин туғилиш каби салбий омилларда намоён бўлади. **Хулоса:** ўз вақтида профилактика олиб бориш ва даволаш нафас олиш тизимидаги бузилишларни бартараф этади.

Калит сўзлар: чақалоқ, нафас олиш тизимининг дисфункционал ҳолати, антенатал диагностика.

Objective: To study disorders of functional-metabolic parameters of the newborn body in the development of dysfunctional conditions of the respiratory system. **Materials and Methods:** We examined 282 newborn babies and their mothers. The study is longitudinal cohort (prospective). Control group – healthy children; main group - children with disorders of the respiratory system. 20.5% of the surveyed developed respiratory disorders in early neonatal period. **Results:** the presence of extragenital pathology and foci of infection in pregnant is a risk factor for the development of various pathological conditions of the fetus and newborn. The result of study revealed adverse factors affecting prenatal development of the fetus, contributing to premature birth and development of respiratory failure in newborns. **Conclusions:** Timely conducting of preventive and curative measures reduces the severity of respiratory disorders and the frequency of complications of RDS.

Key words: newborns, dysfunctional condition of the respiratory system, antenatal diagnosis.

Функциональная недостаточность нередко становится отправной точкой становления патологии. Эти отклонения являются основой формирования функциональных расстройств и болезней. Предрасполагающими к возникновению напряженной адаптации, приводящей к ее срыву и развитию патологических состояний у новорожденных, моментами являются все состояния повышенного риска у матери, которые неблагоприятно влияют на реактивность плода [1,2].

Чтобы подготовить младенца к существованию во внешней среде при рождении происходят большие изменения сердечно-легочных функций [3,4]. Жидкость в легких плода быстро замещается воздухом. В связи с раздуванием легких и увеличением оксигенации сопротивление в легочных сосудах заметно падает, вследствие чего увеличивается легочный кровоток, и происходит закрытие артериального протока, овального отверстия и венозного протока. В результате легкие младенца принимают на себя дыхательную функцию, прежде выполняемую плацентой. Если вмешаться в эту нормальную цепь событий перед рождением ребенка, продукция легочной жидкости не останавливается. В результате возникают респираторные нарушения.

Трудности диагностики респираторных нарушений и их регуляции у новорожденных связаны с особенностями

становления функциональной активности этой системы в период ранней постнатальной адаптации.

Особенности нарушения системы дыхания в период новорожденности определяются, прежде всего, тем, что в это время наблюдается тесная связь формирования всех органов ребенка с состоянием здоровья матери, течением у нее беременности и родов [5,7]. Для понимания своеобразия реакций системы дыхания новорожденного необходимо помнить ход антенатального развития бронхолегочного аппарата и воздействие на него родового акта.

Цель исследования

Изучение нарушений функционально-метаболических параметров организма новорожденного в развитии дисфункциональных состояний респираторной системы.

Материал и методы

Обследованы 282 новорожденных и их матери. Проведено когортное продольное (проспективное) исследование: динамическое наблюдение за течением приспособления новорожденных детей, рожденных от матерей с экстрагенитальными заболеваниями, к внеутробной жизни в течение всего периода заболевания, с ежедневными клинической оценкой состояния, определением лабораторных показателей, выполнением инструментальных методов.

Критериями включения в клиническое исследование:

- новорожденные от матерей с различной экстрагенитальной патологией, рожденные в различные сроки гестации (29-40 нед.), лактация без отклонения от нормы, оценка состояния детей по шкале Апгар 6-9 баллов;

- дети, обследованные в раннем и позднем неонатальном периоде, с клиническими проявлениями транзиторного состояния, которые усугублялись в течение раннего адаптационного периода.

Критерии исключения из клинического исследования:

- тяжелые перинатальные гипоксические и травматические поражения центральной нервной системы, имеющие клинические проявления комы I-II степени, пороки развития и генетические дефекты, выявленные в раннем неонатальном периоде;

- дети, страдающие бронхолегочной дисплазией (БЛД), гемолитической болезнью тяжелого течения и нуждающиеся в дополнительной оксигенации после выписки со второго этапа выхаживания.

Контрольную группу составили здоровые дети, основную – дети с нарушениями респираторной системы. Респи-

раторные нарушения в раннем неонатальном периоде обнаружены у 20,5% обследованных новорожденных детей.

Результаты исследования

Наличие у беременной экстрагенитальной патологии и очагов инфекции является фактором риска развития различных патологических состояний плода и новорожденного [6]. Поэтому нами были изучены соматический анамнез и наличие сопутствующих экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) матерей новорожденных. Ретроспективный анализ проведен у всех матерей обследованных детей, при этом учитывались наиболее часто встречаемые соматические заболевания. В результате проведенного исследования выявлены неблагоприятные факторы, влияющие на внутриутробное развитие плода, способствующие преждевременным родам и развитию дыхательной недостаточности у новорожденных (рисунок).

Так, из 76 женщин с многоводием во время беременности (после 26-28 нед. гестации) респираторные нарушения у наблюдались у 42 (55,3%) новорожденных (табл.).

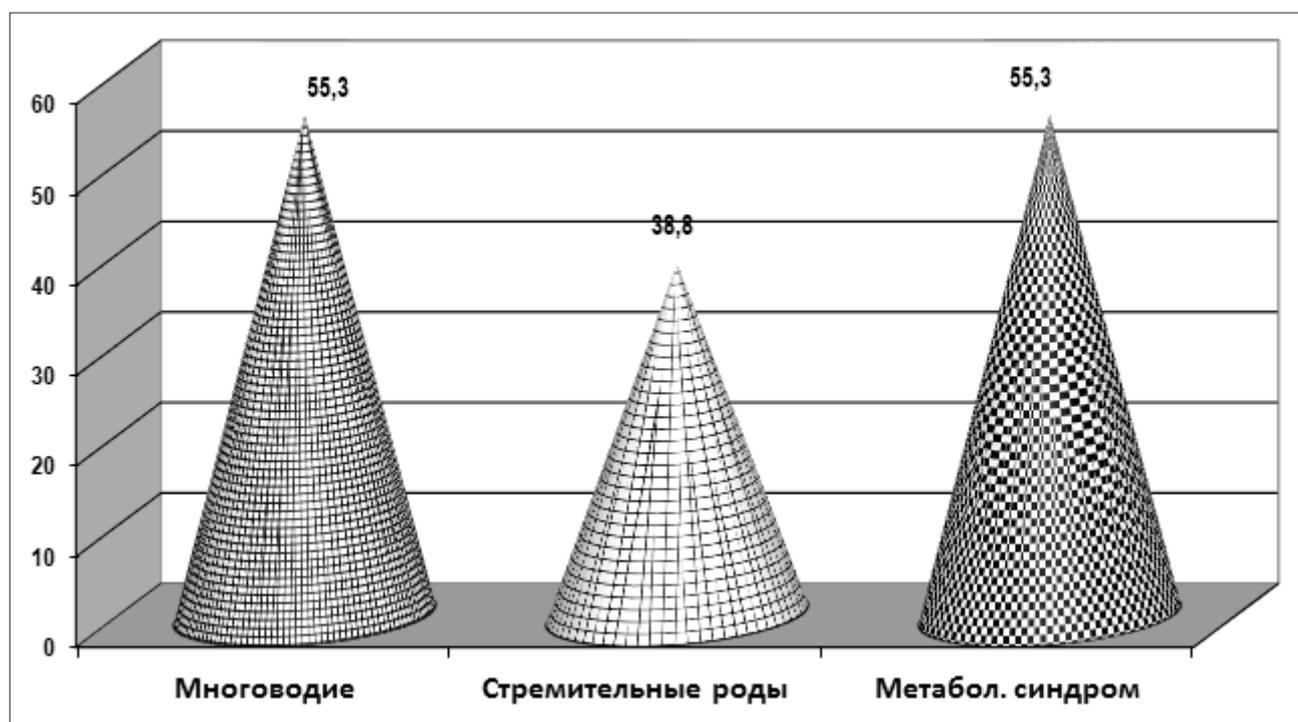


Рисунок. ЭГЗ у матерей новорожденных с респираторными нарушениями.

Таблица

Шанс и риск развития нарушений функции респираторной системы у новорожденных

Экстрагенитальные заболевания у матерей	Число больных, абс. (%)	Шанс развития	Риск развития
При многоводии	42 (55,3)	3,966	2,327
При стремительных родах	24 (35,8)	1,758	1,486
При метаболическом синдроме	47 (55,3)	2,8	1,8

Шансы развития респираторного нарушения у новорожденных детей, рожденных от матерей с многоводием, в 3,28 раза больше, а риск развития в 2,02 раза выше, чем у

женщин без многоводия. При стремительных родах (продолжительность родов менее 6 ч, в среднем $4,5 \pm 0,7$ ч) из 67 женщин респираторные нарушения были у 24 (36%), при наличии метаболического синдрома у матери – у 47 (55,2%) новорожденных. В этой группе беременных со стремительными родами шансы развития нарушения функции респираторной системы были в 1,8 раза выше, чем у беременных без стремительных родов, а риск развития метаболических расстройств в 1,5 раза выше.

У 85 (30%) матерей, беременность у которых протекала с метаболическим синдромом, все рожденные дети в период ранней адаптации имели клинические проявления нарушения функции респираторной системы.

В данной ситуации отмечается прямая связь между патологическими состояниями матери и новорожденного и наличием респираторных нарушений.

Клиническая характеристика состояния ребенка включала оценку характера нарушений функции внешнего дыхания в течение первых 10 дней жизни. Особое внимание обращали на первые минуты и часы жизни (первые 30 мин, 2, 6 и 24 ч после рождения). Согласно методическим рекомендациям, использовали шкалу Silverman и модифицированную шкалу Downs (Шабалов Н.П., 2004). Но окончательное заключение о тяжести дыхательных нарушений составляли только после анализа отобранных 6 показателей: участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, частота дыхания (подсчет за 10 мин), мелкопузырчатые хрипы в легких, КОС (на 2-е сутки жизни), длительность оксигенотерапии, максимальное содержание O_2 в подаваемой смеси.

Через 1 мин после рождения все дети получили оценку 7 баллов по шкале Апгар (только один ребенок получил 6 баллов из-за нерегулярного поверхностного дыхания). Через 5 мин все дети получили 7-8 баллов, и их состояние было расценено как удовлетворительное. Однако уже через 15-30 мин после рождения у 12 детей наблюдалось тахипноэ (частота дыхания 60-80 в мин), у 17 – небольшое участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. При аускультации у 15 детей дыхание было ослабленным, у 8 прослушивались мелкопузырчатые хрипы. В первые два часа жизни эти симптомы сохранялись, но уже к 6-му часу мелкопузырчатые хрипы в легких сохранялись только у 5 детей, еще у 2 дыхание было ослаблено. Показатели КОС у всех детей были в пределах нормы.

Таким образом, разнообразие патологических состояний, приводящих к их развитию, усиливает значение своевременной диагностики дисфункциональных состояний и правильной оценки тяжести нарушений для снижения перинатальной заболеваемости.

Видимо, соматическая и акушерская патология матери отрицательно сказалась на респираторной функции новорожденного. Правильная оценка факторов риска развития респираторного нарушения позволяет более полно подготовиться и организовать эффективную медицинскую помощь таким новорожденным. Своевременное же проведение профилактических и лечебных мероприятий снижает тяжесть дыхательных нарушений и частоту осложнений при РДС.

Литература

1. Авруцкая В.В., Орлов В.И., Пономарева А.Ю. Изменения в эндотелиальной системе сосудов у беременных женщин при гестозе // Рос. бюл. акуш. и гин. – 2007. – №1. – С. 4-7.
2. Азарова Е.В., Бирюкова Т.В., Гриценко В.А., Вялкова А.А. Клинико-анамнестическая характеристика новорожденных с различным течением ранней неонатальной адаптации // Вестн. Уральской мед. акад. науки. – 2007. – №2. – С. 14-17.

3. Бирюкова Т.В., Вялкова А.А., Гриценко В.А., Азарова Е.В. Характеристика новорожденных с респираторными нарушениями // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: Материалы 4-го Рос. конгресса. – М., 2005. – С. 134.

4. Вялкова А.А., Бирюкова Т.В., Гриценко В.А. и др. Клинико-микробиологическая характеристика новорожденных с патологией дыхательной системы // Вестн. Оренбургского гос. ун-та. – 2005. – №5. – С. 15-18.

5. Логвинова И.С., Емельянова А.Е. Факторы риска рождения маловесных детей, структура заболеваемости, смертности // Рос. педиатр. журн. – 2000. – №3. – С. 50-52.

6. Савельева Г.М., Панина О.Б., Сичинава Л.Г. и др. Пренатальный период и его значение в развитии плода и новорожденного // Акуш. и гин. – 2001. – №4. – С. 13-18.

7. De Mol A. Neonatal ecmo and risk factors for the brain // The 5th Congress of the European Academy of paediatric societies EAPS. – Barcelona (Spain), 2014. – P. 122.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗВЕНЬЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННОГО И ЕГО АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Ф.М. Гафарова

Цель: изучение нарушений функционально-метаболических параметров организма новорожденного в развитии дисфункциональных состояний респираторной системы. **Материал и методы:** обследованы 282 новорожденных и их матери. Проведено когортное продольное (проспективное) исследование. Контрольная группа – здоровые дети; основная группа – дети с нарушениями респираторной системы. У 20,5% обследованных новорожденных в раннем неонатальном периоде обнаружены респираторные нарушения. **Результаты:** наличие у беременной экстрагенитальной патологии и очагов инфекции является фактором риска развития различных патологических состояний плода и новорожденного. В результате проведенного исследования выявлены неблагоприятные факторы, влияющие на внутриутробное развитие плода, способствующие преждевременным родам и развитию дыхательной недостаточности у новорожденных. **Выводы:** своевременное проведение профилактических и лечебных мероприятий снижает тяжесть дыхательных нарушений и частоту осложнений при РДС.

Ключевые слова: новорожденные, дисфункциональное состояние респираторной системы, антенатальная диагностика.

ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ

Э.Р. Гафуров, Ш.Т. Махмудов, Б.Б. Усманов, Э.Э. Джураев

КЎКРАК ҚАФАСИ ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ ВА КИСТАЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА ТОРАКОСКОПИЯ

Э.Р. Гафуров, Ш.Т. Махмудов, Б.Б. Усманов, Э.Э. Джураев

THORACOSCOPY IN THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT FOR TUMORS AND CYSTS OF MEDIASTINUM

E.R. Gafurov, Sh.T. Makhmudov, B.B. Usmanov, E.E. Juraev

Ташкентская медицинская академия, Республиканский онкологический научный центр

Мақсад: кўкрак қафаси оралиғи ўсмалари ва кисталарини диагностика ва даволашда торакоскопиянинг аҳамиятини аниқлаш. **Материал ва усуллар:** Республика онкология илмий марказида 2009-2013 йиллар оралиғида 40 та кўкрак қафаси оралиғи ўсмаси, кистаси ва лимфопрлифератив касалликлари билан касалланган беморлар ретроспектив таҳлил қилинди. **Натижалар:** таҳлил натижасида кўкрак қафаси оралиғи аъзолари ўсма касалликлари ва кисталарининг ташхисий аниқлиги 97%га яхшиланганлиги ҳамда жарроҳлик амалиётининг ўртача 92±9 дақиқадан, 80±8 дақиқача, плевра бўшлиғини дренажлаш вақти 3-7 кундан, 1-3 кунгача, беморларнинг госпитализацияси 8-10 кундан, 5-7 кунгача қисқарганлиги аниқланди. **Хулоса:** ёмон сифатли ўсма касалликларида торакоскопия амалиётининг радикаллигига шубҳа қилинганда, кенгайтирилган торакоскопия амалиёти бажарилади.

Калит сўзлар: торакоскопия, кўкрак қафаси оралиғи аъзолари ўсма касалликлари ва кисталари, ташхислаш ва даволаш.

Objective: To identify the value of thoracoscopy in the diagnosis and treatment of tumors and cysts of the mediastinum. **Materials and Methods:** It was conducted retrospective analysis of the results of diagnosis and treatment of 40 patients with tumors, cysts and lymphoproliferative diseases of mediastinum, who were treated at the Republican Oncology scientific center of the Ministry of Public Health of the Republic of Uzbekistan from 2009 to 2013. **Results:** Results showed that the use of thoracoscopy in the diagnosis improves the informativeness on 97%, and in the surgical treatment of tumors and cysts of mediastinum can reduce the duration of operation from average of 92±9 to 80±8 minutes, the time of drainage of the pleural cavity from 3-7 to 1-3 days, hospitalization terms from 8-10 days to 5-7 days. **Conclusions:** Wide thoracotomy should be the preferred in malignant tumors and doubt in radical thoracoscopic surgery.

Key words: thoracoscopy, tumors and cysts of mediastinum, diagnostics, treatment.

Диагностика и лечение новообразований средостения остается одной из наиболее сложных проблем торакальной хирургии. Эти новообразования составляют от 0,5 до 7% всех опухолей человека. По гистологической структуре выделяют более ста различных новообразований данной локализации. Имея общие клинико-рентгенологические характеристики, новообразования средостения обладают разнообразной морфологической структурой, что требует дифференцированного подхода к диагностике и лечению этой патологии [1,2,5].

Стандартные методы обследования больных с новообразованиями средостения – клинический осмотр, рентгенография и компьютерная томография – являются общепризнанными и позволяют в большинстве случаев установить предварительный диагноз и определить топографию опухоли. Специальные методы исследования (пневмомедиастинография, диагностический пневмоторакс, ангиопульмонография и др.) в ряде случаев малоинформативны и не безопасны для пациентов. Поэтому при наличии арсенала неинвазивных диагностических методов исследования в большинстве клиник отказались от данных процедур либо применяют их по специальным показаниям [6,7,9].

В ряде случаев основным и единственным методом доброкачественных и злокачественных опухолей и кист средостения является хирургическое лечение. Однако нередко травма, причиненная при выполнении хирургиче-

ского доступа к новообразованию, несравнимо больше травматичности самого этапа удаления опухоли. Различные доступы к средостенным новообразованиям либо высокотравматичны, либо не позволяют свободно манипулировать в средостении [3,4,11].

На наш взгляд, в настоящее время достойным высокоэффективным конкурентом в лечении больных с новообразованиями средостения является торакоскопический метод. По мнению зарубежных авторов [8,9,10], до 70% операций на органах грудной полости могут выполняться с использованием хирургической техники. Однако такие исследования в республике не проводились.

Цель исследования

Определение значения торакоскопии в диагностике и лечении опухолей и кист средостения.

Материал и методы

Нами проведен ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения 40 больных, из них 21 (52,5%) мужчина и 19 (47,5%) женщин, с опухолями, кистами и лимфопрлиферативными заболеваниями средостения, находившихся на лечении в торакальном отделении Республиканского онкологического научного центра МЗ РУз в 2009-2013 гг. Эти больные составили 4,5-6,3% от общего числа лиц с новообразованиями органов грудной полости. Следует отметить, что в последние 10 лет отмечается тенденция к росту числа больных за счет увеличения пациентов с медиастинальными лимфаденопатиями. Возраст па-

циентов колебался от 3 до 78 лет, средний возраст 46 ± 1 года. Распределение пациентов в зависимости от нозологической группы новообразования представлено в таблице.

Мы не включили в данную группу больных с медиастиальным зобом, не считая его истинной опухолью средостения.

Таблица

Распределение больных по нозологическим группам

Нозологическая группа	Число больных, абс. (%)
Опухоли и кисты вилочковой железы	7 (16,8)
Злокачественные лимфомы	6 (15,0)
Злокачественные мезотелиомы плевры	3 (8,4)
Неврогенные опухоли	2 (6,0)
Опухоли мезенхимального происхождения	2 (4,2)
Кисты	3 (7,2)
Тератомы	3 (7,2)
Саркоидоз	2 (4,2)
Метастазы	5 (14,4)
Лимфаденопатии неясного генеза	3 (8,4)
Параганглиомы	2 (6,0)
Карциноид	2 (4,2)

Всем больным проводились общеклиническое обследование, исследование функции внешнего дыхания, рентгеноскопия, рентгенография, компьютерная томография и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), трансторакальная трепанобиопсия, биопсия периферических лимфоузлов.

Радикальные операции выполнены 21 (53,6%) больному, паллиативные – 1 (1,8%), инвазивные диагностические процедуры – 18 (44,57%).

Результаты исследования

Результат любой операции, в том числе и в хирургии средостения, зависит от выбранного операционного доступа. До 2000 г. в клинике при новообразованиях средостения основным доступом была переднебоковая торакотомия.

Основным показанием к выполнению видеоторакоскопической биопсии был опухолевый процесс средостения, требующий морфологической верификации. Во всех случаях получение биопсийного материала другим способом (трансторакальная трепанобиопсия, биопсия периферических лимфоузлов) было невозможно или эти методы были неинформативными. Процесс верифицирован у 18 больных. У 3 из них диагностирован лимфогранулематоз средостения, у 3 – неходжкинская лимфома, у 3 – злокачественные мезотелиомы плевры, у 2 – саркоидоз, у 5 – метастазы опухолей других локализаций, у 2 – карциноид. Летальных исходов и осложнений не наблюдалось.

Торакоскопическое удаление опухоли средостения осуществлено у 11 больных (51,6% от всех радикальных операций). У 5 (24,2%) больных при выполнении радикальных операций возникла необходимость в переходе на торакотомию: у 2 из них причиной конверсии явилось интраоперационное кровотечение, у 1 – непереносимость однологочной вентиляции, у 2 – выраженный спаечный процесс в плевральной полости. У остальных пациентов торакотомия произведена для определения резектабельности или выполнения комбинированной операции.

Торакоскопия выполнена 2 больным по поводу неврогенных опухолей средостения. У 1 пациента операция удалась, у 1 больной осуществлена конверсия в связи с большими размерами опухоли и невозможностью завершения ее торакоскопически.

По поводу новообразований и кисти вилочковой железы торакоскопия выполнена у 7 больных: опухоль удалена у 5 больных, у 2 операция начата с торакоскопии, но в дальнейшем осуществлена конверсия, операция закончена традиционно. Причинами перехода на торакотомию были большие размеры опухоли (1) и облитерация плевральной полости (10).

Радикальные операции выполнены торакоскопически при инкапсулированных тимомемах у 4 больных, с минимальной инвазией – у 3 из них; лишь у 1 больного при ограниченном прорастании опухоли в паренхиму легкого произведена тимэктомия с атипической резекцией легкого.

По поводу кист средостения различного генеза торакоскопия выполнена 3 больным. Торакоскопически без технических трудностей удалены кисты средостения, расположенные типично в передненижнем средостении (2 б-х), 1 пациенту выполнена конверсия, причиной которой была локализация опухоли глубоко в средостении и технические сложности при мобилизации, обусловленные спаечным процессом в плевральной полости.

В нашем исследовании применение торакоскопии при диагностике повышает информативность на 97%, позволяет сократить длительность операции в среднем с 92 ± 9 до 80 ± 8 минут, сроки дренирования плевральной полости – с 3-7 до 1-3 дней, сроки госпитализации – с 8-10 до 5-7 дней. Таким образом, торакотомия выполнена 10 больным, торакоскопия – 11. У 43 пациентов при торакоскопии возникла необходимость в переходе на торакотомию: у 1 в связи с непереносимостью однологочной вентиляции, у 2 – из-за выраженного спаечного процесса в плевральной полости. В остальных же случаях торакотомия произведе-

на для определения резектабельности или для выполнения комбинированной операции.

Обсуждение

По данным А.Л. Акопова, В.И. Егорова, А.С. Агишева [1], основным показанием к выполнению торакоскопической биопсии явился опухолевый процесс средостения, требующий морфологической верификации. Во всех случаях получение биопсийного материала другим способом (трансторакальная трепанобиопсия, биопсия периферических лимфоузлов) было невозможно или данные методы оказывались неинформативными. Процесс верифицирован у всех 62 больных. У 33 из них диагностирован лимфогранулематоз средостения, у 9 – неходжкинская лимфома, у 11 – злокачественная тимома, у 7 – саркоидоз. У 2 больных биопсия была произведена с целью выяснения активности процесса в остаточных узлах после химиотерапевтического лечения по поводу ранее верифицированного лимфогранулематоза в обоих случаях активности не выявлено.

По данным М.А. Алиева и соавт. [2], торакоскопическое удаление опухоли средостения выполнено 112 больным, что составило 45,5% от всех радикальных операций, осуществленных в клинике за 20 лет, и 63,4% от количества операций, проведенных после освоения торакоскопии. У 20 (15,2%) больных при радикальных операциях осуществлен переход на торакотомию. У 2 больных причиной конверсии явилось интраоперационное кровотечение, у 1 – непереносимость односторонней вентиляции, у 2 – выраженный спаечный процесс в плевральной полости. У остальных 15 больных торакотомия произведена для определения резектабельности или выполнения комбинированной операции.

При изучении отдаленных результатов хирургического лечения больных с новообразованиями средостения торакоскопическим методом в сроки до 5 лет местных рецидивов заболевания не выявлено.

Выводы

1. Для уменьшения количества диагностических торакотомий всем больным с новообразованиями средостения при отсутствии противопоказаний показано проведение торакоскопии.

2. Торакоскопия является методом выбора при невrogenных новообразованиях заднего средостения, типично расположенных целомических кистах, локализованных односторонних новообразованиях тимуса.

3. При злокачественных новообразованиях, сомнениях в радикальности торакоскопической операции предпочтение должно отдаваться широкой торакотомии.

Литература

1. Акопов А.Л., Егоров В.И., Агишев А.С. Хирургическая диагностика новообразований и лимфаденопатий средостения // Материалы 3-го съезда онкологов и радиологов СНГ. – Минск, 2010. – №2. – С. 87.

2. Алиев М.А., Воронов С.А., Ракошев Г.Б. и др. Торакоскопия в хирургическом лечении новообразований средостения // 3-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: Сб. тез. – М., 2009. – №3. – С. 10-11.

3. Дашиев В.А. Применение торакоскопии в диагностике и лечении заболеваний легких, плевры и средостения и эндоскопические операции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Алма-Ата, 1984. – 24 с.

4. Жук Б.М. Торакоскопия в диагностике некоторых заболеваний грудной клетки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Днепропетровск, 2007. – 22 с.

5. Новиков С.Д., Дергунова С.А., Слесаренко А.С. и др. Роль торакоскопии в морфологической диагностике заболеваний легких, плевры и средостения // Эндоскоп. хир. – 2012. – №3. – С. 60-61.

6. Трахтенберг А.Х., Пикин О.В., Пришин Н.А., Поляков В.А. Торакоскопия в диагностике и лечении больных с заболеваниями легких, плевры и средостения // Эндоскоп. хир. – 2011. – №2. – С. 137-138.

7. Тришин А.Х., Оржешковский О.В., Решетов А.В. и др. Диагностика и хирургическое лечение при новообразованиях средостения // Вестн. хир. – 2001. – №1. – С. 11-14.

8. Хамидуллин Р.Г., Сигал Е.Н., Сигал Р.Е. Возможности торакоскопии в диагностике новообразований средостения // Материалы Пленума Правления эндоскопической хирургии РФ. – Казань, 2009. – С. 94-96.

9. Cirino L.M., Milanez De Campos J.R. et al. Торакоскопическая диагностика и лечение опухолей средостения // Chest. – 2012. – Vol. 117, №6. – P. 1787-1792.

10. Roviato G., Varoli F., Nucca O., Vergani C. et al. Торакоскопия при первичных заболеваниях органов средостения // Chest. – 2009. – Vol. 117, №4. – P. 1179-1183.

11. Zierolol D., Halow K. D. Торакоскопическая резекция как метод выбора в лечении нейрогенных опухолей заднего средостения // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 20013. – Vol. 10, №4. – P. 222-225.

ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ, ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ

Э.Р. Гафуров, Ш.Т. Махмудов, Б.Б. Усманов, Э.Э. Джураев

Цель исследования: определение значения торакоскопии в диагностике и лечении опухолей и кист средостения. **Материал и методы:** проведен ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения 40 больных с опухолями, кистами и лимфопрлиферативными заболеваниями средостения, находившихся на лечении в Республиканском онкологическом научном центре МЗ РУз в 2009-2013 гг. **Результаты:** полученные результаты показали, что применение торакоскопии в диагностике улучшает информативность на 97%, а при хирургическом лечении опухолей и кист средостения позволяет сократить длительность операции в среднем с 92±9 до 80±8 минут, сроки дренирования плевральной полости – с 3-7 до 1-3 дней, сроки госпитализации – с 8-10 до 5-7 дней. **Выводы:** при злокачественных новообразованиях, сомнениях в радикальности торакоскопической операции предпочтение следует отдавать широкой торакотомии.

Ключевые слова: торакоскопия, опухоли и кисты средостения, диагностика, лечение.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ

С.С. Давлатов

ЎТКИР ХОЛАНГИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР ДАВОСИДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЁНДАШУВ

С.С. Давлатов

DIFFERENTIATED APPROACH TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLANGITIS

S.S. Davlatov

Самаркандский государственный медицинский институт

Мақсад: ўткир холангит билан оғриган беморларнинг даво натижасини яхшилаш. **Материал ва усуллар:** тадқиқот негизини йирингли холангит билан асоратланган механик сариқлик билан касалланган 217 нафар бемор ташкил этди. Улардан 17 нафарида (1-гурух) инфузион ва антибиотикотерапиядан иборат традицион даво усули; 18 беморда (2-гурух) плазмаферезни гипохлорит натрия ёрдамида плазманинг билвосита электрохимик оксигенацияси қўлланилди (БЭХО) ва 18 беморда (3-гурух) плазмаферезни гипохлорит натрия ёрдамида плазманинг билвосита электрохимик оксигенацияси ҳамда қўшимча озонлаш ёрдамида бажарилди ва детоксикацияланган плазма реинфузияси бажарилди. **Натижалар:** олиб борилган даво мобайнида лаборатор таҳлилларни қиёсий таҳлилида 2 ва 3 текшириш гуруҳидаги беморлар кўрсаткичлари деярли фарқ қилмади. Оператив аралашувдан олдин гиперлейкоцитоз ҳар иккала гуруҳда ҳам намоён бўлди. Бироқ 1-гурухдаги беморларда бу кўрсаткич фақатгина касалхонадан жавоб бериш вақтидагина нормаллашди. 2- ва 3-гурухдаги беморларда эса бу кўрсаткич бирмунча тез нормаллашиб, операциядан кейинги 5 чи суткага тўғри келади. **Хулоса:** ишлаб чиқилган минимал инвазив декомпрессия ва плазмаферезни қўллаш орқали дифференциал босқичли жарроҳлик ёндашув модификацияланган усули механик сариқлик фонидagi оғир даражадаги холемик эндотоксикозли беморларни операциядан олдин тайёрлашда ва шу билан бирга оператив давога кўрсатмаларни кенгайтиришда самарали ҳисобланади.

Калит сўзлар: йирингли холангит, плазмаферез, плазманинг билвосита электрохимик детоксикацияси.

Objective: To improve outcomes for patients with acute cholangitis. **Materials and Methods:** 217 patients with mechanical jaundice of benign genesis complicated by purulent cholangitis were supervised. In 17 patients of the 1st group was used traditional treatment; in 18 patients of the 2nd group – plasmapheresis in combination with indirect electrochemical oxygenation (IECO) of plasma with sodium hypochlorite; in 18 patients of the 3rd group – with additional plasma ozonation (PA with IECO + ozone) and subsequent reinfusion of detoxicated plasma. **Results:** Laboratory values faster normalized in patients of the 2nd and 3rd groups, indicators of leukocytosis at the 5th day after operation. Patients of the 1st group had significant improvement of the studied parameters only at discharge, indicating a more severe purulent intoxication. **Conclusions:** The proposed differentiated stage surgical approach to performing minimally invasive decompressions and plasmapheresis allows quickly inhibiting effects of endotoxemia, cholestasis and liver dysfunction and improving the results of treatment of patients with acute cholangitis.

Key words: suppurative cholangitis, endogenous intoxication, plasmapheresis, indirect electrochemical plasma detoxification.

Гнойный холангит – это одно из наиболее частых и тяжелых осложнений доброкачественных и злокачественных заболеваний желчных путей. Острый гнойный холангит и билиарный сепсис – разные проявления инфекционно-воспалительного процесса, который протекает местно и системно [1,4]. Холангит и билиарный сепсис, которые проявляются комплексом органических и функциональных, общих и местных патологических изменений в организме в результате развития инфекционного процесса в желчных протоках, возникают при нарушении их проходимости и наблюдаются у 17-83% больных холедохолитиазом, стенозом фатерова соска, синдромом Мириizzi [2,6,10]. Среди больных с посттравматическими стриктурами желчных протоков и рубцовыми сужениями билиодигестивных анастомозов холангит выявляется более чем у 80% [1].

Воспалительный процесс в желчевыводящих путях характеризуется не только местным гнойно-деструктивным процессом, но и системными расстройствами, быстро приводящими к тяжелой эндогенной интоксикации и выраженной органной дисфункции. Такое состояние чаще всего рассматривается как холангит, тяжесть морфологических и клинических проявлений которого весьма разнообразна [3,7,10].

Считается, что без хирургического вмешательства острый гнойный холангит приводит к смерти 100% больных. Послеоперационная летальность, по разным данным, колеблется в широких пределах и составляет 13-60% [3,6,8]. В хирургическом лечении холангита достигнуты значительные успехи, связанные с внедрением современных минимал инвазивных вмешательств, однако остается и ряд нерешенных проблем. Одной из них является холецистический эндотоксикоз, сопровождающийся повышением в плазме крови уровня метаболитов (билирубина, мочевины, креатинина, остаточного азота, трансаминаз, олигопептидов средней молекулярной массой и др.) [2,5,9,10]. Послеоперационная летальность колеблется в широких пределах – от 8 до 27% [3,4,8].

Исходя из того, что основной причиной летальных исходов является эндотоксемия, возникает вопрос о детоксикационной терапии. Наиболее исследованный метод адьювантной терапии – плазмаферез (ПА), эффективность которого доказана во многих исследованиях. В то же время возможно улучшение результатов этого метода за счет уменьшения объема плазмозамещения и возможности реинфузии больным очищенной плазмы.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных острым холангитом.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе клиники Самаркандского государственного медицинского института. Под наблюдением были 217 больных с гипербилирубинемией, острым холангитом, билиарным сепсисом и тяжелым билиарным сепсисом, из них 136 женщин и 81 мужчина. Средний возраст больных $65,3 \pm 8,7$ года.

Диагноз острого холангита и билиарного сепсиса ставили на основании данных анамнеза, клинической картины (триада Шарко, пентада Рейнолдса) и результатов лабораторного обследования, позволяющих рассчитывать степень органной недостаточности по шкале SOFA (Sepsis organ failure assessment), и выраженности системной воспалительной реакции по критериям SIRS (Systemic inflammatory response syndrome). Клиническими проявлениями острого холангита были ознобы, внезапный подъем температуры тела до $38-40^{\circ}\text{C}$ с быстрым снижением. У 63% больных ознобы сопровождались появлением желтухи в первые сутки заболевания. Наиболее частыми клиническими симптомами были боль, желтуха, лихорадка. Классические триада Шарко и пентада Рейнольдса встречались сравнительно редко – соответственно у 37 и 9% обследованных.

Таким образом, не было выявлено абсолютных достоверных клинических признаков, позволяющих отличить острый холангит от острого холецистита. Поэтому в диагностике острого холангита мы отдавали предпочтение

высокоинформативным лабораторным и инструментальным методам.

Лабораторная и инструментальная диагностика, помимо общепринятых клинических анализов, включала определение уровня билирубина и его фракций в сыворотке крови, активности сывороточных аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, содержания белка и его фракций, уровня холестерина, протромбина, показателей тимоловой и сулемовой проб.

Неинвазивные методы дооперационной диагностики острого холангита, билиарного сепсиса и патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, на фоне которой они протекали, помимо физикального обследования, включали ультразвуковое исследование, компьютерную томографию. Из эндоскопических методов исследования проводили холедохоскопию, фиброгастродуоденоскопию, лапароскопию, ретроградную панкреатохолангиографию. Окончательный диагноз устанавливался во время операции по характерным изменениям стенок желчных протоков и желчи с определением микрофлоры.

Наиболее частой причиной развития холангита и билиарного сепсиса были холедохолитиаз (65,9%), острый деструктивный холецистит (6,9%), прорыв эхинококковых кист в холедох (6,0%), стриктура терминального отдела холедоха (6,0%), стриктура большого дуоденального соска (5,5%), стриктура билиодигестивного анастомоза (5,1%) и синдром Мириizzi (5,0%).

Все больные острым холангитом и билиарным сепсисом были подвергнуты оперативному лечению (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от вида хирургического лечения

Операция	Число больных
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ)	23
Чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС)	5
Холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха	160
Терминалолатеральный гепатоеюноанастомоз на отключенной по Ру петле	24
Холецистэктомия, дренирование пузырного протока по Аббе – Пиковскому	21
Холедохотомия, наружное дренирование холедоха	12
Всего	217

Тактика хирургического лечения больных острым холангитом, осложненным билиарным сепсисом, была строго дифференцированной, при этом использовали преимущественно трехэтапный способ декомпрессии, плазмаферез и санацию желчевыводящих путей.

Декомпрессия желчных путей позволяла отсрочить радикальную операцию и выполнить ее в более благоприятном периоде. Показаниями к ЭПСТ и ЧЧХС считали холедохолитиаз с воспалительной стриктурой желчных путей или без него, обусловившие развитие острого холангита. Ввиду исходного тяжелого состояния на первом этапе лечения основной задачей предпринимаемой миниинвазивной операции была ликвидация гнойного холангита

путем декомпрессии и восстановление пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку.

Согласно полученным результатам все больные были разделены на четыре группы: группа А – 85 пациентов с механической желтухой без признаков воспалительной реакции (SIRS = 0), группа В – 79 больных с механической желтухой и незначительно выраженной воспалительной реакцией (SIRS один признак) (острый холангит), группа С – 40 пациентов с двумя или более признаками SIRS (билиарный сепсис), группа D – 13 пациентов с двумя или более признаками SIRS и органной дисфункцией SOFA > 0 (тяжелый билиарный сепсис).

У 164 больных А и В (85+79) групп преимущественно (160 больным произвели холецистэктомию, холедохоли-

тотомии и наружное дренирование холедоха) использовали одноэтапное оперативное вмешательство.

У 53 больных С и D (40+13) групп после предварительной миниинвазивной декомпрессии желчевыводящих путей применяли плазмаферез. После улучшения состояния больных и нормализации периферических показателей крови производили оперативное лечение. Эти пациенты были разделены на три подгруппы (табл. 2).

У 17 больных (1-я гр.), наряду с предварительной декомпрессией желчевыводящих путей, применяли традиционное лечение, включающее инфузионную и антибиотикотерапию; у 18 больных (2-я гр.) плазмаферез

сочетали с непрямой электрохимической оксигенацией (НЭХО) плазмы гипохлоритом натрия, а еще у 18 (3-я гр.) пациентов – с дополнительным озонированием плазмы (НЭХО + озон) и последующей реинфузией детоксицированной плазмы. Критерии детоксикации эксфузированной плазмы, делающей возможной ее реинфузию, определены по Н.М. Федоровскому (2004) (табл. 3).

С целью разработки реабилитационной программы для пациентов с холангитом и оценки целесообразности применения методов экстракорпоральной детоксикации нами изучено влияние плазмафереза на основные биохимические и специфические параметры интоксикации.

Таблица 2

Характеристика пациентов с билиарным сепсисом

Группа пациентов	Традиционное лечение	ПА с НЭХО	ПА с НЭХО и озон	Всего, абс. (%)
Билиарный сепсис	13	14	13	40 (75,5)
Тяжелый билиарный сепсис	4	4	5	13 (24,5)
Всего	17	18	18	53 (100)

Таблица 3

Критерии детоксикации эксфузированной плазмы

Показатель плазмы	Критерии реинфузии
Уровень ПСММ (по Габриэляну), усл. ед.	< 0,24
Гематокрит, ед/мл	< 27
Билирубин общ., мкмоль/л	< 32
Креатинин, ммоль/л	< 0,2
Мочевина, ммоль/л	< 8
Общая концентрация альбумина, г/л	> 35
Эффективная концентрация альбумина, г/л	> 30
Связывающая способность альбумина	> 0,86
Резервная связывающая способность альбумина, г/л	> 10

Предложенный наш способ детоксикации организма при холемическом эндотоксикозе (Патент на изобретение UZ, № IAP 04630) включает забор эксфузированной плазмы, добавление в нее раствора гипохлорита натрия в концентрации 1200 мг/л в объемном соотношении 10:1, выдерживание смеси при температуре 6-8°C, аспирационное удаление осадка и реинфузию аутоплазмы. Способ отличается тем, что после добавления в плазму раствора гипохлорита натрия полученную смесь озонируют путем барботирования озонкислородной газовой смесью в течение 10 мин, после чего смесь выдерживают в течение 3-4 ч (без воздействия O₃, время экспонирования плазмы составляет среднем 8-12 ч (RU 2033190 С)).

Результаты и обсуждение

При сравнительной оценке динамики лабораторных показателей в процессе проводимого лечения у больных 2-й и 3-й групп существенных различий не выявлено. Гиперлейкоцитоз до оперативного лечения наблюдался у пациентов обеих групп. Однако после хирургического лечения у больных 1-й группы показатели лейкоцитоза нормализуются только к моменту выписки, что свидетельствует о более выраженной гной-

ной интоксикации. В то же время у больных 2-й и 3-й групп отмечается более быстрое снижение и нормализация лейкоцитоза на 5-е сутки после операции.

Изначально высокий лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) регистрировался у больных всех групп. У больных 1-й группы этот показатель снижался на 46,9% только к моменту выписки. У пациентов 2-й и 3-й групп значительное уменьшение ЛИИ происходило уже на 6-е сутки (64,1%). К моменту выписки изучаемый показатель полностью нормализовался, что связано с более эффективным купированием эндотоксикоза.

Значительная гипербилирубинемия отмечалась у всех больных. Наиболее высокие показатели общего и прямого билирубина с последующим медленным снижением имели место у больных 1-й группы. Напротив, у больных 2-й и 3-й групп установлено снижение общего билирубина на 79,7% в 1-е и на 85,4% на 3-и сутки после операции, что привело к более быстрой нормализации этого показателя. Медленное снижение уровня билирубина у пациентов 1-й группы, несмотря на декомпрессию желчных путей, свидетельствует о сохранении холестаза и нарушении функции печеночных клеток. Предварительная декомпрессия

и плазмаферез у больных 2-й и 3-й групп обеспечили быстрое купирование (на 3-и сут) холестаза, эндотоксикоза, нарушения функции печени.

У больных 1-й группы в 1-е сутки после операции наблюдались высокие цифры креатининемии, длительно сохраняющиеся в дальнейшем, что свидетельствовало о печеночно-почечной недостаточности, которая усугубля-

лась операционной травмой. Напротив, у больных 2-й и 3-й групп креатининемия оставалась в пределах нормы в течение всего послеоперационного периода, так как предварительная декомпрессия и плазмаферез способствовали профилактике печеночно-почечной недостаточности. Основные показатели эндогенной интоксикации у больных 2-й и 3-й групп представлены в таблице 4.

Таблица 4

Основные показатели эндогенной интоксикации у наблюдаемых больных

Показатель	При поступлении	После декомпрессии	2-е сут после ПА с НЭХО	2-е сут после ПА с НЭХО + озон
Общий белок, г/л	77,3±0,3	76,5±0,2	74,5±0,5	74,6±0,45
Мочевина, ммоль/л	16,3±0,8	14,1±0,6	7,2±0,3	7,1±0,3
Креатинин, ммоль/л	0,2±0,01	0,16±0,01	0,07±0,01	0,07±0,01
Билирубин общий, мкмоль/л	218,2±16,4	197,4±9,8	39,3±2,7	38,1±2,5
АЛТ	0,96±0,04	0,85±0,03	0,09±0,05	0,09±0,04
АСТ	1,5±0,05	1,3±0,06	0,2±0,08	0,19±0,09
Молекулы средней массы, усл. ед.	0,85±0,09	0,73±0,08	0,40±0,05	0,39±0,04
Общая концентрация альбумина, г/л	38,7±1,4	37,9±1,1	36,3±2,0	36,4±2,1
Эффективная концентрация альбумина, г/л	18,3±0,5	19,7±0,6	35,2±0,5	35,1±0,5
Связывающая способность альбумина, усл. ед.	0,46±0,03	0,53±0,04	0,9±0,07	0,9±0,08
ЛИИ	3,7±0,01	3,2±0,02	2,8±0,02	2,7±0,03

Как видно из таблицы 4, более эффективным по многим параметрам явилась комбинация ПА с НЭХО и дополнительным озонированием плазмы. Кроме того, дополнительное воздействие озоном позволило уменьшить время экспонирования с 4-16 (в среднем с 8-12 ч) до 3-4 ч. Достоверность полученных данных проверялась с помощью t-критерия Стьюдента ($p=0,05$).

Лабораторные показатели у больных 2-й и 3-й групп нормализовались на 5-6-е сутки.

Послеоперационные осложнения, из которых наиболее частыми были нагноение послеоперационной раны, острая печеночно-почечная недостаточность, холемическое кровотечение и перитонит, отмечалось у 17,7% больных 1-й, у 9,7% – 2-й и у 8,1% – 3-й групп.

Послеоперационная летальность в 1-й группе (6,4%) была в 2 раза выше, чем во 2-й и 3-й группах (3,2%). Основной причиной смерти явилась острая печеночно-почечная недостаточность, ангиохолит, и сепсис.

Во 2-й и 3-й группах умерли наиболее тяжелые больные с гнойным обтурационным холангитом. Предварительная декомпрессия и санация желчных путей с плазмаферезом привела к снижению количества летальных исходов и продолжительности сроков госпитализации в среднем на 5-9 суток.

Среди больных с тяжелой степенью эндогенной интоксикации в послеоперационном периоде наиболее тяжелый эндотоксикоз, полиорганная недостаточность сохранялись в 1-й группе. У пациентов 2-й и 3-й групп результаты хирургического лечения были лучше благодаря разработанному нами лечебно-диагностическому алгоритму.

Таким образом, дифференцированная лечебно-диагностическая тактика при остром холангите, осложненным билиарным сепсисом, с использованием трехэтапного метода декомпрессии, плазмафереза и санации

желчевыводящих путей является более рациональной, что подтверждается значительным сокращением числа осложнений, снижением послеоперационной летальности, ускорением клинического выздоровления.

Выводы

1. Наиболее информативными инструментальными и лабораторными методами, позволяющими на ранней стадии установить диагноз и степень тяжести гнойного холангита, являются эхография гепатопанкреатодуоденальной области в динамике и ЭРПХГ, исследование билирубина, креатинина крови, лейкоцитоза, индексов интоксикации.

2. Наиболее тяжелая степень эндогенной интоксикации выявлена у больных, которым выполняли оперативное вмешательство без сеансов плазмафереза, что сопровождалось высокой летальностью (6,4%). Предварительная малоинвазивная декомпрессия, курс детоксикационной терапии, включающей плазмаферез, позволяют снизить послеоперационную летальность в 4 раза, уменьшить количество осложнений в 2 раза, ускорить клиническое выздоровление больных.

3. Разработанная дифференцированная этапная хирургическая тактика с выполнением миниинвазивных декомпрессий и применение плазмафереза позволяет купировать явления эндотоксикоза, холестаза и дисфункции печени и улучшить результаты лечения больных острым холангитом.

4. Предложенный нами способ плазмафереза является высокоэффективным в предоперационной подготовке у больных с тяжелой степенью холемического эндотоксикоза, способствует стабилизации активности цитолитического (снижение уровня АЛТ и АСТ) и холестатического (снижение содержания билирубина) процесса, улучшает белково-синтетическую функцию печени, позволит мак-

симально ликвидировать основные клинические проявления у этого тяжелого контингента больных и значительно расширить показания к оперативному лечению.

5. Регенерация плазмы больных, эксфузированной при плазмаферезе в течение 3-4 ч раствором гипохлорита натрия и дополнительным озонированием, снижает ее токсичность и делает пригодной для реинфузии в организм больного. Предложенный усовершенствованный плазмаферез с реинфузией экстракорпорально модифицированной аутоплазмы позволяет сократить потребность в донорских белковых препаратах, снизить риск возможных иммунных реакций, риск инфицирования пациента вирусами гепатитов В и С, вирусом иммунодефицита человека, цитомегаловирусом, вирусом герпеса.

Литература

1. Багненко С.Ф., Шляпников С.А., Корольков А.Ю. Современные подходы к этиологии, патогенезу и лечению холангита и билиарного сепсиса // Бюл. Сиб. мед. – 2007. – №3. – С. 27-32.
2. Гейниц А.В., Тогонидзе Н.А., Атаян М.С. Лечение острого холангита. // Анналы хир. гепатол. – 2003. – Т. 8, №1. – С. 107-111.
3. Давлатов С.С. Новый метод детоксикации организма в лечении больных гнойным холангитом // Медиаль. – 2013. – №3. – С. 62-65.
4. Иоффе И.В., Потеряхин В.П. Плазмаферез в комплексном лечении механических желтух, обусловленных холедохолитиазом // Укр. журн. экстремальной медицины им. Г.О. Можаяева. – 2009. – Т. 10, №1. – С. 122-125.
5. Корольков А.Ю. Хирургическое лечение гнойного холангита и билиарного сепсиса при стриктурах терминального отдела желчного протока // Инфекция в хирургии. – 2009. – Т. 7, №1. – С. 13-15.
6. Сюсюкин А.Е., Костюченко А.Л., Бельских А.Н. и др. Современная эфферентная терапия в клинической токсикологии // Эфферентная терапия. – 2004. – №3. – С. 69-71.
7. Шаповальянц С.Г. и др. Эндоскопические методы в лечении рубцовых послеоперационных стриктур желчевыводящих протоков // Анналы хир. гепатол. – 2007. – №2. – С. 70-77.

8. Davlatov S.S., Kasymov Sh.Z., Kurbaniyazov Z.B. et al. Plasmopheresis in the treatment of cholemic endotoxemia // Акад. журн. Зап. Сибири. – 2013. – №1. – С. 30-31.

9. Kantola T., Koivusalo A.M., Hockerstedt K., Isoniemi H. The effect of molecular adsorbent recirculating system treatment on survival, native liver recovery, and need for liver transplantation in acute liver failure patients // Transpl. Int. – 2008. – Vol. 21. – P. 857-866.

10. Patzer J.F. Thermodynamic considerations in solid adsorption of bound solutes for patient support in liver failure // Artif. Organs. – 2008. – Vol. 45. – P. 499-508.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ

С.С. Давлатов

Цель: улучшение результатов лечения больных острым холангитом. **Материал и методы:** под наблюдением были 217 больных механической желтухой доброкачественного генеза, осложненной гнойным холангитом. У 17 больных 1-й группы применяли традиционное лечение, у 18 больных 2-й группы – плазмаферез в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией (НЭХО) плазмы гипохлоритом натрия у 18 больных 3-й группы – с дополнительным озонированием плазмы (ПА с НЭХО + озон) и последующей реинфузией детоксицированной плазмы.

Результаты: лабораторные показатели быстрее нормализовались у больных 2-й и 3-й групп, показатели лейкоцитоза – на 5-е сутки после операции. У больных 1-й группы существенное улучшение изучаемых показателей наступало только к моменту выписки, что свидетельствует о более выраженной гнойной интоксикации. **Выводы:** предложенная дифференцированная этапная хирургическая тактика с выполнением миниинвазивных декомпрессий и плазмаферезом позволяет быстрее купировать явления эндотоксикоза, холестаза и дисфункции печени и улучшить результаты лечения больных острым холангитом.

Ключевые слова: гнойный холангит, эндогенная интоксикация, плазмаферез, непрямая электрохимическая детоксикация плазмы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ

Ф.А. Даминов, З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, Л.М. Хайитов, М. Казаков

КАСАЛЛАНГАН ТУГУНСИМОН БЎҚОҚНИНГ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Ф.А. Даминов, З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, Л.М. Хайитов, М. Казаков

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH NODULAR GOITER

F.A. Daminov, Z.B. Kurbaniyazov, S.S. Davlatov, L.M. Haitov, M. Kazakov

Самаркандский государственный медицинский институт

Мақсад: касалланган тугунсимон бўқоқнинг жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш. **Материал ва усуллар:** САМТИнинг жарроҳлик бўлимида 2009-2013 йиллар давомида қалқонсимон без билан оғриган 281 та бемор кузатилди.

Натижалар: 9 та беморнинг бўқоқ операциядан кейинги 2 йилдан 6 йилгача бўлган даври кузатилди. Операция натижалари яхши. 30 % беморда қалқонсимон безнинг бўйига қарама-қарши атипичли хужайралар намоён бўлди. **Хулоса:** энг яхши операция қилинганда тугунсимон бўқоқда пайдо бўлувчи турли морфологик шакллар гемиструмэктомия, тиреоидэктомиялар кўринади. Рецидивлар кўпинча иқтисодий резекция ва қалқонсимон безни энуклеация қилишда намоён бўлади.

Калит сўзлар: тугунсимон бўқоқ, струмэктомия, рецидив.

Objective: To improve the results of surgical treatment of patients with nodular goiter. **Materials and Methods:** Between 2003-2013 we studied 281 patients with thyroid diseases, who were hospitalized in the Department of Surgery of SamMI clinic.

Results: In the period from 2 to 6 years after surgery, recurrence of nodular goiter was observed in 9 (4,7%) patients. The outcome of operation was favorable. In 30% of patients were revealed atypical cells in the opposite lobe of thyroid gland, although it is clinically looked intact. **Conclusions:** Hemistrumectomy, extremely subtotal resection of the thyroid gland and thyroidectomy are the optimal intervention in different morphological forms of nodular goiter. The number of relapses decreases dramatically after surgical intervention of adequate thyroid substitution therapy. Relapses often occur after conducting economical resection and enucleation of a node of thyroid gland.

Key words: nodular goiter, strumectomy, relapse.

В настоящее время имеются противоречивые данные о факторах, влияющих на прогноз лечения больных узловым зобом. Одни авторы утверждают, что рецидивы узлового зоба определяют гистологические изменения в щитовидной железе [3,4]. Другие считают, что основными факторами, влияющими на возникновение рецидивов, являются объем оперативного вмешательства и адекватность проводимой тиреоидной терапии [1,2]. Поэтому большой интерес представляют определение влияния различных факторов на частоту возникновения рецидива узлового зоба на основании анализа отдаленных результатов хирургического лечения больных узловым зобом и разработка алгоритма индивидуального прогноза для выявления возможного рецидива в отдаленном периоде. Именно отдаленные результаты являются объективным критерием правильного выбора тактики лечения больных узловым зобом.

Цель исследования

Улучшение хирургического лечения больных узловым зобом.

Материал и методы

Под наблюдением в 2006-2013 гг. находился 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, госпитализированный в отделение хирургии клиники СамМИ для оперативного лечения, из них 253 (90,03%) женщины и 28 (9,97%) мужчин в возрасте от 7 до 68 лет (средний возраст – 29±6 лет).

Больных вызывали активным способом, с помощью писем, кроме того был изучен архивный материал клиники СамМИ. У больных изучен анамнез заболевания, особое внимание обращали на длительность заболевания, медикаментозное лечение препаратами тиреоидных гормонов после операции. Проанализированы также такие показате-

тели, как объем операции, осложнения, исходы, ближайшие и отдаленные результаты хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы.

Всем больным проводили общеклиническое обследование, включающее пальпацию щитовидной железы, аускультацию сердца и сосудов, ультразвуковое исследование щитовидной железы и зон регионарного лимфооттока в режиме реального времени (исходно и в различные сроки после операции), определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) (исходно и в различные сроки после операции), гистологическое исследование удаленного препарата.

Степень увеличения щитовидной железы оценивали по классификации О.В. Николаева на основании УЗИ и пальпации щитовидной железы. У 71 (25,3%) больного диагностирован узловой зоб II-III степени, у 210 (74,7%) узловой зоб IV-V степени. На основании оценки патоморфологической формы (по Пенчеву) диффузный зоб выявлен у 44 (15,69%) больных, узловой зоб – у 192 (68,3%), смешанный зоб – у 45 (16,01%). Распределение больных в зависимости от степени увеличения и патоморфологической формы заболеваний щитовидной железы представлено в таблице 1.

Тиреоидный статус обследованных больных устанавливали на основании результатов гормональных исследований крови (определение содержания трийодтиронина, тироксина, ТТГ) и клинической картины (табл. 2).

Оперативному лечению подверглись 278 больных, 3 больных не оперированы из-за тяжелого соматического состояния. Сроки оперативного вмешательства зависели от функционального состояния щитовидной железы. У 48 (17,1%) пациентов оперативное лечение осуществлено в течение от 2 до 9 месяцев после снятия тиреотоксикоза до

эутиреоза (34) и гипотиреоза (14). 230 (81,8%) больным с эу- и гипотиреодным статусом оперативные вмешательства выполнены сразу.

Объем оперативного вмешательства зависел от патоморфологической формы зоба. Тотальная тиреоидэктомия выполнена 7 (2,5%) пациентам с диффузно-токсиче-

ским зобом (5) и злокачественной опухолью левой доли щитовидной железы (2). Субтотальная резекция щитовидной железы произведена 81 (28,8%) больному с диффузным и смешанным зобом. У 190 (67,6%) пациентов объем оперативного вмешательства был ограничен одной долей щитовидной железы (табл. 3).

Таблица 1

Характер заболевания и степень увеличения щитовидной железы по классификации О.В. Николаева

Характер заболевания	Степень увеличения щитовидной железы				Всего	
	II	III	IV	V		
Диффузный токсический зоб	-	13	25	6	44	
Узловой зоб	токсическая аденома	-	4	3	7	
	нетоксический зоб	1	27	69	1	98
	кистозный зоб	-	8	74	3	85
	с-г щитовидной железы	-	1	1	-	2
Смешанный зоб	-	17	27	1	45	
Всего	1	70	199	11	281	

Таблица 2

Функциональное состояние щитовидной железы у обследованных больных

Тиреоидный статус	Число больных, абс. (%)
Гипертиреоз	51 (18,2)
Эутиреоз	177 (62,9)
Гипотиреоз	53 (18,9)
Всего	281 (100)

Результаты и обсуждение

Возникновение осложнений на щитовидной железе во время операции или в раннем послеоперационном периоде напрямую связано с опытом хирурга, количеством выполняемых им операций. В таблице 4 представлены данные о количестве ранних осложнений хирургического лечения пациентов с заболеваниями щитовидной железы в нашей клинике.

В сроки от 1 года до 5 лет результаты хирургического лечения нам удалось проследить у 193 (69,4%) из 278 пациентов, в том числе через 1 год после операции на осмотр явились 89 больных, через 3 года – 68, через 5 лет – 36. Все больные были подвергнуты полному обследованию, которое включало клинический осмотр, пальпацию, оценку тиреоидного статуса с определением ТТГ, тиреоидных гормонов крови и рефлексометрию. Согласно результатам обследования, в состоянии эутиреоза находились 174 (90,2%) пациентов, легкая степень гипотиреоза обнаружена у 6 (3,1%), гипотиреоз средней степени тяжести имел место у 8 (4,1%), тяжелой степени обнаружен у 5 (2,6%). Следует отметить, что тяжелая степень послеоперационного гипотиреоза наблюдалась у больных, перенесших тотальную тиреоидэктомию по поводу злокачественной опухоли щитовидной железы (2) и диффузного токсического зоба (3).

Таблица 3

Объем оперативного вмешательства в зависимости от патоморфологической формы зоба

Объем оперативного вмешательства	Патоморфологическая форма зоба			Всего, абс. (%)
	диффузный	узловой	смешанный	
Тотальная тиреоидэктомия	5	2	-	7 (2,5)
Субтотальная резекция щитовидной железы	36	-	45	81 (28,8)
Гемитиреоидэктомия	-	156	-	156 (55,5)
Субтотальная резекция одной доли щитовидной железы	-	11	-	11 (3,9)
Энуклеация кисты из щитовидно железы	-	23	-	23 (8,2)
Не оперированные	3	-	-	3 (1,1)
Всего	44	192	45	281 (100)

Если учесть, что развитие гипотиреоза после операции на щитовидной железе является логическим нормальным исходом операции, который легко компенсируется назначением тиреоидных гормонов, то полное выздоровление после хирургического метода лечения узлового зоба наступило у 182 (94,3%) больных. Рецидив узло-

го зоба в сроки от 2 до 6 лет после операции наблюдался у 9 больных (4,7%). Все больные с рецидивом узлового зоба неаккуратно выполняли рекомендации эндокринолога и не принимали после операции тиреоидные гормоны. Результаты тонкоигольной аспирационной биопсии совпали с окончательным гистологическим результа-

Таблица 4

Количество ранних осложнений хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы, абс. (%)

Диагноз	К-во операций	Осложнение						Всего	
		кровотечение	транзиторный парез возвратного гортанного нерва	стойкий паралич возвратного гортанного нерва	тиреотоксический криз	гипопаратиреоз			
						транзиторный	перманентный		
Диффузный токсический зоб	41	7 (17,1)	2 (4,9)	-	1 (2,4)	2 (4,9)	-	12 (29,3)	
Узловой зоб	токсическая аденома	7	-	-	-	-	-	-	
	нетоксический зоб	98	3 (3,1)	-	-	-	-	3 (3,1)	
	кистозный зоб	85	2 (2,3)	-	-	-	-	2 (2,35)	
	с-г щитовидной железы	2	-	1 (50)	-	-	-	-	1 (50)
	Смешанный зоб	45	1 (2,2)	2 (4,44)	-	-	1 (2,22)	-	4 (8,9)
	Всего	278	13 (4,7)	5 (1,8)	-	1 (0,36)	3 (1,15)	-	22 (7,9)

том во всех случаях, то есть у этих больных была подтверждена доброкачественность удаленного узла (узлов).

Исходы операции у них были благополучными. У 30% пациентов были выявлены атипичные клетки в противоположенной доле щитовидной железы, несмотря на то, что она клинически выглядела интактной.

Выводы

1. Частота послеоперационных осложнений хирургического лечения заболеваний щитовидной железы очень низкая: послеоперационное кровотечение наблюдалось в 4,7% случаев, временный парез возвратного гортанного нерва – в 5,8%, транзиторный гипопаратиреоз – в 1,15%. случаев стойкого паралича гортанного нерва и перманентного гипопаратиреоза не отмечалось.

2. Адекватными объемами оперативного лечения являются гемиструмэктомия, предельно субтотальная резекция щитовидной железы и тиреоидэктомия.

3. При проведении адекватной заместительной тиреоидной терапии число рецидивов после проведенных оперативных вмешательств резко снижается. Наибольший процент рецидивов независимо от морфологической формы узлового зоба выявлен при проведении экономной резекции и энуклеации узла щитовидной железы (4,7%).

4. Для профилактики послеоперационного рецидива узлового зоба и лечения послеоперационного гипотиреоза необходима заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов под контролем эндокринолога.

Литература

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Кремнинская В.М. Фундаментальная и клиническая тиреоидология: Руководство. – М.: Медицина, 2007. – 816 с.

2. Дедов И.И., Балаболкин М.И., Марова Е.И. Болезни органов эндокринной системы. – М.: Медицина, 2000. – 257 с.

3. Ершова Г.И., Москвичева И.Н. Диагностическая и лечебная тактика при узловом зобе // Клиническая медицина. – 2000. – №12. – С. 54-56.

4. Исмаилов С.И., Алимджанов Н.А., Рашидов М.М. и др. Оценка эффективности хирургического метода лечения узлового зоба // Пробл. биол. и медицины. – 2007. – №1 (47). – С. 26-30.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ

Ф.А. Даминов, З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, Л.М. Хайитов, М. Казаков

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных узловым зобом. **Материал и методы:** под наблюдением в 2003-2013 гг. был 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, госпитализированный в отделение хирургии клиники СамМИ. **Результаты:** в сроки от 2 до 6 лет после операции рецидив узлового зоба наблюдался у 9 (4,7%) больных. Исходы операции были благополучными. У 30% больных выявлены атипичные клетки в противоположенной доле щитовидной железы, несмотря на то, что она клинически выглядела интактной. **Выводы:** оптимальным объемом хирургического вмешательства при различных морфологических формах узлового зоба являются гемиструмэктомия, предельно субтотальная резекция щитовидной железы и тиреоидэктомия. Число рецидивов резко снижается при проведении после оперативного вмешательства адекватной заместительной тиреоидной терапии. Рецидивы чаще наблюдаются после проведения экономной резекции и энуклеации узла щитовидной железы.

Ключевые слова: узловой зоб, струмэктомия, рецидив.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРВИЧНОЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

М.З. Дусмухамедов, К.М. Ахмедова

ASSESSMENT OF RESULTS OF PRIMARY CHEILOPLASTY IN CHILDREN WITH CONGENITAL UNILATERAL CLEFT OF LIP AND PALATE

M.Z. Dusmukhamedov, K.M. Akhmedova

БОЛАЛАРДАГИ ЮҚОРИ ЛАБ ВА ТАНГЛАЙНИНГ ТУҒМА БИР ТОМОНЛАМА ЁРИҒИНИ БИРЛАМЧИ ХЕЙЛОПЛАСТИК НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ

М.З. Дусмухамедов, К.М. Ахмедова

Ташкентский государственный стоматологический институт

Мақсад: юқори лаб ва танглайда туғма бир томонлама ёриқлиқни даволаш учун фойдаланидиган хирургик техник натижаларни – Обухов – Теннисона ва Миллардани нисбатан баҳолаш. **Материал ва усуллар:** ТТА нинг болалар жағ-юз жарроҳлиги бўлими 3 клиникасида ретроспектив текшириш ўтказилди. Болалар Samsung WB150F фотоаппаратида расмга олинди. Барча расмлар стандарт эди. Операциядан сўнг беморнинг лаб ва бурунлари соғломлиги ўлчанди. **Натижа:** болалар ва уларнинг ота-оналаридан сўралганда, Обухова – Теннисона ва комбинация методи қўлланилганда лабнинг юқори оқ қисми ва қайрилиш симметрияси тикланганлиги текширилди. Натижаларга кўра бурун ва лаблар атрофи шакли техник жиҳатдан бир хил. **Хулоса:** субъектив сўроқ натижаларига мувофиқ, Обухова – Теннисона ва комбинация методи Милларда усули олдида аҳамиятсиздек кўринади.

Калит сўзлар: болалар, юқори лаб ва танглайда туғма бир томонлама ёриқлиқ, хейлопластика усули.

Objective: Comparative evaluation of late outcomes of surgical techniques – Obukhova – Tennyson (triangular flap), Millard (rotary flap) and Millard with Obukhova item (combination of rotary flap with triangular flap above the red border of the lips), which are used for the treatment of congenital unilateral cleft of lip and palate. **Materials and Methods:** Retrospective study was conducted in pediatric oral and maxillofacial surgery of the 3rd clinic of TMA. Photographing children was carried out by photo camera Samsung WB150F. All pictures were standardized. Nose and lips of healthy and operated patients were measured. **Results:** Examination of children and survey of their parents showed that the height of white part of lip and the symmetry of the Cupid bow better recovered at using methods of Obukhova – Tennyson and combinations. Physiological configuration of the upper lip and less prominent scars were observed at using Millard methods and combinations. The results of all techniques used were the same in the formation of the red border of lips and nose. **Conclusions:** According to the results of subjective survey, method Obukhova – Tennyson and combinations have a slight advantage over Millard method.

Key words: children, congenital unilateral cleft of lip and palate, cheiloplasty methods.

Число детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба не уменьшается. Почти у 50% детей, родившихся с этой аномалией, имеют место комбинированные расщелины губы и неба, у 82% встречаются односторонние врожденные расщелины [1]. Анализ литературы последних лет показывает, что сегодня применяется более сотни видов хейлопластики. В большинстве клиник широко используются методы, предложенные Tennison (1952), Обуховой (1954) и Millard (1958), каждый из которых имеет свои положительные и отрицательные стороны, поэтому в хирургической практике эти методы нередко комбинируются.

Сравнение результатов различных методов представляет значительные трудности, поскольку операции проводятся у разных пациентов в разном возрасте, измерения производятся спустя различные сроки после оперативного вмешательства. При этом оценка результатов лечения нередко основана на субъективном мнении и удовлетворенности хирурга исходом. Используются и более объективные методы, основанные на стандартизированных компьютерных измерениях. Ещё одна сложность состоит в том, что измерения брались в различных клиниках с различными дооперационными и послеоперационными протоколами. Кроме того, клинический опыт хирургов, оперировавших детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН), различен.

Цель исследования

Сравнительная оценка отдаленных результатов хирургических техник – Обуховой – Теннисона (треугольный лоскут), Милларда (ротационный лоскут) и Милларда с элементом Обуховой (комбинация ротационного лоскута с треугольным лоскутом выше красной каймы губы), которые используются для лечения врожденных односторонних расщелин верхней губы и нёба.

Материал и методы

Ретроспективное исследование проведено в отделении детской челюстно-лицевой хирургии 3-й клиники ТМА. Фотографировали детей фотоаппаратом Samsung WB150F. Все фотографии были стандартизированы. Измеряли нос и губы здоровой и оперированной стороны пациента.

Измерения губы: А/А1 – ширина преддверия носа, В/В1 – расстояние от угла рта до середины колумеллы с обеих сторон, С/С1 – высота от нижнего края верхней губы до входа в преддверие носа, Е/Е1 – расстояние между выступающей точкой линии Купидона до нижнего края верхней губы с каждой стороны. Высота губы: Н/Н1 – высота кожной части верхней губы, разность параметров С и Е.

Измерения носа: F/F1 – длина колумеллы с обеих сторон, G/G1 – длина филтрума с обеих сторон (рисунок).

Полученные данные оценивали по шестибальной шкале: 1-2 балла – неудовлетворительный результат – раз-

ница какого-либо параметра между здоровой и оперированной стороной более 4 мм; 3-4 балла – удовлетворительный результат – разница какого-либо параметра между здоровой и оперированной стороной – 3-4 мм; 5-6 баллов – хороший результат – разница какого-либо параметра между здоровой и оперированной стороной – 1-2 мм.

Кроме того, результаты хейлопластики оценивали на основании опроса родителей по пятибалльной шкале.

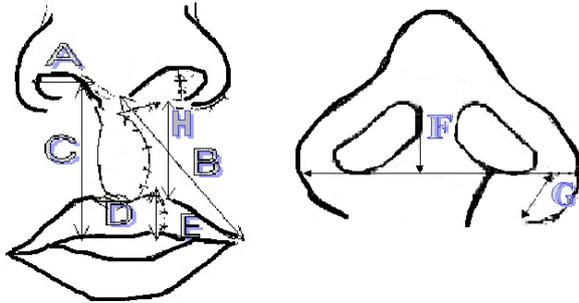


Рисунок. Схема измерений губы и носа.

Под наблюдением были 54 больных, из них 24 (44,44%) девочки и 30 (55,56%) мальчиков. Детей до одного года было 4 (4%), до 3 лет – 33 (61,11%), до 6 лет – 11 (20,37%), до 14 лет – 6 (11,11%). Пациентов с левосторонней аномалией было 32 (59,26%), в том числе 15 (27,78%) девочек и 17 (34,48%) мальчиков, правосторонней – 22 (40,74%), из них девочек 9 (16,67%), мальчиков 13 (24,07%).

Результаты исследования

Для оценки результатов хейлопластики обследование детей и опрос их родителей проводились через 3-6 месяцев после операции. 19 пациентов были оперированы с использованием техники Милларда (1-й метод), 18 – по методу Обуховой – Теннисона (2-й метод), 17 – комбинированным методом (3-й метод).

Результаты фотометрического исследования: А/А1 – ширина преддверия носа: Миллард – 5,5 балла (37,93%), Теннисон – 3,5 балла (24,13%), Миллард с элементом Обуховой – 5,5 балла (37,93%). В/В1 – расстояние от угла рта до середины колумеллы с обеих сторон: Миллард – 3,5 балла (28%), Теннисон – 4 балла (32%), Миллард с элементом Обуховой – 5 баллов (40%). С/С1 – высота от нижнего края верхней губы до входа в предверие носа: Миллард – 4 балла (29,62%), Теннисон – 4,5 балла (33,33%), Миллард с элементом Обуховой – 5 баллов (37,03%). D/D1 – расстояние между выступающей точкой линии Купидона до основания колумеллы с обеих сторон: Миллард – 4,5 балла (31,03%), Теннисон 5 баллов (34,48%), Миллард с элементом Обуховой – 5 баллов (34,48%). E/E1 – расстояние между выступающей точкой линии Купидона до нижнего края верхней губы с каждой стороны. Высота губы (красной): Миллард – 3,0 балла (21,42%), Теннисон – 5,5 балла (39,28%), Миллард с элементом Обуховой – 5,5 балла (39,28%). F/F1 – длина колумеллы с обеих сторон: Миллард – 5,5 балла (36,67%), Теннисон – 4 балла (26,67%), Миллард с элементом Обуховой – 5,5 балла (36,67%). G/G1 – длина филтрома с обеих сторон: Миллард – 5,0 баллов (38,46%), Теннисон – 3 балла (23,07%), Миллард с элементом Обуховой – 5,0 баллов (38,46%). Н/Н1 – высота кожной части верхней губы, разность параметров С и Е: Миллард – 3 балла (27,27%), Теннисон – 4 балла (36,36%), Миллард с элементом Обуховой – 4 балла (36,36%).

Результаты субъективного опроса родителей: после оперативного лечения с использованием метода Милларда: рубец не заметен – у 15 (78,95%) больных, рубец заметен – у 5 (20,05%), красная кайма непрерывна – у 13 (68,42%), красная кайма прерывна – у 6 (31,57%), высота верхней губы восстановлена – у 10 (52,63%), высота верхней губы не восстановлена – у 9 (47,36%), высота верхней губы симметрична с обеих сторон – у 8 (42,1%), высота верхней губы не симметрична с обеих сторон – у 11 (57,89%), уплощения крыла носа нет – у 16 (84,21%), крыло носа уплощено – у 3 (15,89%).

После хирургического лечения по методу Теннисона – Обуховой: рубец не заметен – у 5 (27,78%) больных, рубец заметен – у 13 (72,22%), красная кайма непрерывна – у 15 (83,33%), красная кайма прерывна – у 3 (16,67%), высота верхней губы восстановлена – у 16 (88,89%), высота верхней губы не восстановлена – у 2 (11,11%), высота верхней губы симметрична с обеих сторон – у 12 (66,67%), высота верхней губы не симметрична с обеих сторон – у 6 (33,33%), уплощения крыла носа нет – у 4 (22,22%), крыло носа уплощено – у 14 (77,78%).

После операции по методу Милларда с элементом Обуховой: рубец не заметен – у 11 (64,7%) больных, рубец заметен – у 6 (35,3%), красная кайма непрерывна – у 15 (88,23%), красная кайма прерывна – у 2 (11,76%), высота верхней губы восстановлена – у 16 (94,11%), высота верхней губы не восстановлена – у 1 (5,8%), высота верхней губы симметрична с обеих сторон – у 12 (70,58%), высота верхней губы не симметрична с обеих сторон – у 6 (29,41%), уплощения крыла носа нет – у 8 (47,05%), крыло носа уплощено – у 9 (52,94%).

Обсуждение

Результаты операции хейлопластики зависят от протокола лечения (дооперационное и послеоперационное ортодонтическое лечение, разница в возрасте пациентов во время хирургического вмешательства, различные хирургические техники). В разных центрах оперативные вмешательства у пациентов с односторонней расщелиной верхней губы и нёба осуществляются в различном возрасте: от одного месяца до одного года, в основном от трёх до шести месяцев. В нашем наблюдении операции проводились в одной клинике несколькими опытными хирургами по трём методам. Для оценки полученных результатов использовали цефалометрический анализ [7], антропометрическое исследование [10] и субъективные тесты, основанные на внешнем виде губы с расщелиной и компонентов носа [4]. Рейтинговые оценки основаны на объективном изучении данных фотометрических измерений назолабиального треугольника.

Некоторые авторы различают широкие (8-10 мм и шире) и узкие расщелины; другие объединяют все расщелины в одну группу [2]. При широких расщелинах в некоторых клиниках операции проводились в два этапа. На первом этапе выполняли первичную адгезию губы (кожу и слизистую губы сшивали без мышц). Только через несколько месяцев выполнялась настоящая операция восстановления губы с наложением швов на кожу, слизистую и m. orbicularis oris [9]. Основываясь на операции по технике Теннисона, даже очень широкие расщелины можно закрыть одним этапом [3]. Мы не разделяли пациентов по

ширине расщелины, поэтому влияние её на эстетический результат не оценивалось.

Как и ожидалось, высота белой кожной части верхней губы оказалась наилучшей после операции с использованием техники Теннисона [3].

Одна из самых главных целей операций у пациентов с расщелинами верхней губы и нёба является устранение деформаций носа [6]. Согласно некоторым данным, техника Милларда даёт лучший результат в формировании преддверья носа, чем техника Теннисона [8]. Наше исследование не выявило значительной разницы в результатах этих операций ($p > 0,05$)

В случае первичной хейлопластики было бы целесообразно разделять компоненты носа с компонентами губы. Операция верхней губы не ставит перед собой прямой целью проведения ринопластики, но во время первичной хейлопластики новое преддверье носа формируется, и соотношение носовых хрящей тоже меняется. Продолжается обсуждение вопросов о том, в каком месте нужно производить разрез на коже у преддверья носа для мобилизации хрящей носа во время первичной хейлопластики, или его надо производить во время вторичной операции, как и чем фиксировать мобилизованный хрящ, использовать или не использовать послеоперационные формирующие трубки [5]. Чтобы ответить на эти вопросы, необходимы дальнейшие исследования.

Таким образом, высота белой части губы и симметрия лука Купидона были лучше восстановлены при использовании методов Обуховой – Теннисона и комбинированных. Физиологическая конфигурация верхней губы и менее видимые шрамы наблюдались при использовании методов Милларда и комбинированных. Результаты всех использованных техник были одинаковыми в формировании красной каймы губы и носа. Оценка на основании результатов субъективного опроса показала незначительное преимущество методов Обуховой – Теннисона и комбинированных перед методом Милларда.

Литература

1. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области; Под ред. проф. А.И. Неробеева, проф. Н.А. Плотникова. – М.: Медицина, 1997.
2. Asher-McDade C., Brattstrom V., Dahl E. et al. A six-center international study of treatment outcome in patients with clefts of the lip and palate: Part 4. Assessment of nasolabial appearance cleft // *Palate Craniofac. J.* – 1992. – Vol. 29, №3):409-12.
3. Chowdri N.A., Darzi M.A., Ashraf M.M. A comparative study of surgical results with rotation-advancement and triangular flap techniques in unilateral cleft lip // *Brit. J. Plast. Surg.* – 1990. – Vol. 43. – P. 551-556.
4. Lindsay W.K., Farkas L.G. The use of anthropometry in assessing the cleft lip-nose // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1972. – Vol. 49. – P. 286-293.

5. Nagy K., Mommaers M.Y. Analysis of the cleft-lip nose in submental-vertical view, part I-reliability of a new measurement instrument // *J. Craniomaxillofac. Surg.* – 2007. – Vol. 35, №6-7. – P. 265-277.

6. Numa W., Eberlin K., Hamdan U.S. Alar base flap and suspending suture: a strategy to restore symmetry to the nasal alar contour in primary cleft-lip rhinoplasty // *Laryngoscope.* – 2006. – Vol. 116, №12. – P. 217-217.

7. Ross R.B. Treatment variables affecting facial growth in complete unilateral cleft lip and palate. Part 4. Repair of the cleft lip // *Cleft. Palate. J.* – 1987. – Vol. 24. – P. 75-77.

8. Tan O., Atik B. Triangular with alar base (TAN) repair of unilateral cleft lips: a personal technique and early outcomes // *J. Craniofac. Surg.* – 2007. – Vol. 18, №1. – P. 136-197.

9. Tatum S.A. Two-stage unilateral cleft lip repair // *Facial. Plast. Surg.* – 2007. – Vol. 23, №2. – P. 91-99.

10. Williams H.B. A method of assessing cleft lip repairs: comparison of Le Mesurier and Millard techniques // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1968. – Vol. 41. – P. 103-107.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРВИЧНОЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

М.З. Дусмухамедов, К.М. Ахмедова

Цель исследования: сравнительная оценка отдаленных результатов хирургических техник – Обуховой – Теннисона (треугольный лоскут), Милларда (ротационный лоскут) и Милларда с элементом Обуховой (комбинация ротационного лоскута с треугольным лоскутом выше красной каймы губы), которые используются для лечения врожденных односторонних расщелин верхней губы и нёба. **Материал и методы:** ретроспективное исследование проведено в отделении детской челюстно-лицевой хирургии 3-й клиники ТМА. Фотографировали детей фотоаппаратом Samsung WB150F. Все фотографии были стандартизированы. Измеряли нос и губы здоровой и оперированной стороны пациента. **Результаты:** обследование детей и опрос их родителей показали, что высота белой части губы и симметрия лука Купидона были лучше восстановлены при использовании методов Обуховой – Теннисона и комбинированных. Физиологическая конфигурация верхней губы и менее видимые шрамы наблюдались при использовании методов Милларда и комбинированных. Результаты всех использованных техник были одинаковыми в формировании красной каймы губы и носа. **Выводы:** согласно результатам субъективного опроса, метод Обуховой – Теннисона и комбинированные имеют незначительное преимущество перед методом Милларда.

Ключевые слова: дети, врожденная односторонняя расщелина верхней губы и нёба, методы хейлопластики.

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА КАК МАРКЕР СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

М.М. Каримов, Б.Т. Даминов, У.К. Каюмов

СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИНИ ЎЛЧАШДА ИНСОН ОРГАНИЗМИНИНГ ОҒИРЛИГИ

М.М. Каримов, Б.Т. Даминов, У.К. Каюмов

ODY MASS INDEX AS A MARKER OF SEVERITY OF CHRONIC RENAL FAILURE

M.M. Karimov, B.T. Daminov, U.K. Kayumov

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Мақсад: тана оғирлигига боғлиқ бўлган сурункали буйрак касаллиги билан оғирган беморларда клиренс креатинин ва тугунли фильтрация тезлигини баҳолаш. **Материал ва усуллар:** 97 та СБК билан оғирган бемор қайсики, қонда креатинин ($165 \pm 7,83$ мкмоль/л) ошган ва 95 та нормада ($85 \pm 5,12$ мкмоль/л) бўлган гуруҳ солиштирилди. **Натижалар:** СКФ ўртасида ва тана оғирлиги ўртасида алоқа мавжуд. Оғирликнинг камайиши нефронларга таъсир этади ва СКФ нинг интеграл кўрсаткичлари пасаяди. **Хулоса:** СБК билан оғирган беморларда тугунли фильтрация тезлигини аниқлашда тажрибада организмда MDRD формуласининг саёзлиги кузатилди.

Калит сўзлар: сурункали буйрак касаллиги, тугунли фильтрация тезлиги, организм массаси, тери юзаси.

Objective: To assess the glomerular filtration rate and creatinine clearance in patients with chronic kidney disease (CKD) based on body weight. **Materials and Methods:** The study included 97 patients with CKD, who had elevated creatinine ($165 \pm 7,83$ $\mu\text{mol/l}$) in blood, and 95 people of comparison group with normal creatinine ($85 \pm 5,12$ $\mu\text{mol/l}$). **Results:** There was revealed a definite link between GFR, CC and body weight. GFR decrease at low body weight can be explained by decrease of integral index of GFR and decrease of mass (number) of functioning nephrons. **Conclusions:** Determination of glomerular filtration rate in patients with CKD should be conducted considering body weight and surface according to MDRD formula (to normal body surface).

Key words: chronic kidney disease, glomerular filtration rate, body weight, body surface.

Хроническая болезнь почек (ХБП) по своей распространенности и социально-экономическому ущербу находится в одном ряду с такими важнейшими заболеваниями современности как сахарный диабет и метаболический синдром, артериальная гипертензия, цереброваскулярные заболевания и ишемическая болезнь сердца [5,9]. Проблема ХБП остро стоит как в развитых, так и в развивающихся странах [1,6].

Одним из важнейших критериев ХБП является состояние скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Анализ публикаций свидетельствует о том, что прогноз при ХБП существенно зависит от величины СКФ. В связи с этим ХБП разделяют на пять стадий [8]. Вместе с тем скрининг и диагностика ХБП не могут быть основаны только на расчете СКФ, ибо этот показатель в значительной мере связан с другими заболеваниями и патологическими состояниями. Значительно внимание в диагностике и мониторинге ХБП, наряду со СКФ, придаётся экскреции белка, в том числе и показателю альбуминурии/протеинурии. Это связано с тем, что они являются важными показателями прогноза, а также эффективности лечения ХБП.

Связь массы тела с ХБП неоднозначна. С одной стороны, имеются сведения о связи ХБП с метаболическим синдромом (МС) – одним из ведущих компонентов которого является ожирение (или избыточная масса тела). Показано, что риск развития ХБП при этом синдроме достаточно высок и возрастает по мере увеличения компонентов МС от 0,9% при наличии одного компонента до 9,2%, если присутствуют все пять компонентов МС [7]. При этом по мере увеличения количества компонентов МС соответственно возрастает и распространенность микроальбуминурии (с 4,9 до 20,1%). Вместе с тем, при ХБП имеет место

и снижение массы тела [3,4], которое связывают с потерей белка при этом заболевании.

В связи с этим интерес представляет возможность оценки массы тела в качестве маркера степени тяжести хронической почечной недостаточности на основании скорости клубочковой фильтрации и клиренса креатинина (Кк).

Цель исследования

Оценка скорости клубочковой фильтрации и клиренса креатинина у больных ХБП в зависимости от массы тела.

Материал и методы

Обследованы 97 больных с ХБП, у которых имело место повышенное содержание креатинина ($165 \pm 7,83$ мкмоль/л) в крови. Группой сравнения служили 95 человек с нормальными показателями креатинина ($85 \pm 5,12$ мкмоль/л). Средний возраст больных – $39 \pm 8,7$ года.

Диагноз ХБП выставлялся на основании критериев KDOQI (2002), в которой выделяют 5 стадий этого заболевания. Учитывались такие клинические признаки болезни как утомляемость, сонливость, апатия, мышечная слабость, полиурия, никтурия, анализировались кожные и неврологические симптомы; альбуминурия, протеинурия, гематурия, креатинин, мочевины, а также морфологические изменения и данные визуализационных исследований.

Все больные получали базисное лечение ХБП, включающее диету с ограничением белка, средства, корригирующие нарушенные параметры гомеостаза, гипотензивные, антианемические препараты и др.

Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали по двум формулам:

- расчет СКФ по формуле Cockcroft – Gault, основанной на клиренсе креатинина (Кк) = $88 \times (140 - \text{возраст, годы}) \times \text{масса тела, кг} / 72 \times \text{креатинин сыворотки, мкмоль/л}$;

- расчет СКФ по формуле MDRD с проведением расчётов, учитывающих нормальную поверхность тела. СКФ = $175 \times (\text{креатинин сыворотки, мкмоль/л}/88,4)^{-1,154} \times (\text{возраст, годы})^{-0,203}$.

Показатели массы и площади поверхности тела определяли на основании следующих показателей:

- индекс массы тела (ИМТ) в $\text{кг}/\text{м}^2$, рассчитанный по формуле: масса тела (кг)/рост (м)². При этом в соответствии с величиной индекса ИМТ выделяли группы с пониженной массой тела – ИМТ менее 18,5; нормальной массой тела – ИМТ от 18,6 до 24,9; избыточной массой тела ИМТ – от 25 до 29,9 и ожирением – ИМТ более 30. Площадь поверхности тела определяли по Mosteller (1987).

Результаты и обсуждение

Согласно полученным данным, между СКФ, Кк и массой тела имеется определённая связь (табл.). При оценке СКФ (по формуле Cockcroft – Gault) было показано, что по мере увеличения массы тела нарастает и СКФ. Причём СКФ имеет тенденцию к увеличению при её измерении как по методу Cockcroft – Gault, так и по методу MDRD. Снижение СКФ при пониженной массе тела можно объяснить снижением интегрального показателя СКФ и уменьшения массы (числа) действующих нефронов. В литературе имеются сооб-

щения о том, что снижение СКФ происходит вследствие уменьшения числа действующих нефронов и может служить показателем уменьшения массы функционирующей почечной паренхимы [2].

Другим объяснением полученных результатов может служить то, что креатинин образуется в основном в мышечных тканях в процессе метаболизма креатина. Поэтому принято считать, что степень образования креатина напрямую связана с объёмом мышечной массы. В связи с этим различия в образовании креатинина могут быть связаны с массой тела. В условиях сниженной мышечной массы образование креатинина уменьшается, а его уровень в плазме крови становится ниже, чем при аналогичных показателях клубочковой фильтрации и нормальной массы мышц. В связи с этим при белковой недостаточности концентрация креатинина в плазме крови не может в полной мере характеризовать СКФ. Похожая картина наблюдается при длительной малобелковой диете, поскольку часть креатинина образуется из содержащегося в мясных продуктах креатина.

С целью оценки значения массы тела на СКФ был проведён анализ в группе лиц с нормальным уровнем креатинина. Абсолютные показатели СКФ в группе лиц с

Таблица

Показатели СКФ (мл/мин) у лиц с различной массой тела при повышенном (числитель) и нормальном (знаменатель) уровне креатинина

Показатель	Низкий ИМТ, n=19	Нормальный ИМТ, n=32	Повышенный ИМТ, n=28	Ожирение, n=18
ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$	17,7±0,17 18,1±0,04	24,1±0,15 23,0±0,06	28,3±0,16 ^a 27,5±0,03 ^a	31,9±0,12 ^a 33,4±0,08 ^b
Площадь поверхности тела, м^2	1,6±0,07 1,6±0,06	1,8±0,04 1,8±0,03	1,9±0,03 1,9±0,05	2,1±0,5 ^a 2,1±0,07 ^a
СКФ (по формуле Cockcroft – Gault)	37±0,41 65±0,25	50±0,24 ^a 89±0,42 ^a	59±0,27 ^a 104±0,37 ^b	66±0,36 ^b 117±0,69 ^b
СКФ (по формуле MDRD)	41±0,39 72±0,45	49±0,26 86±0,31	54±0,28 ^a 95±0,32 ^a	58±0,32 ^a 102±0,51 ^a

Примечание. а – $p < 0,05$; б – $p < 0,01$ по сравнению с лицами с пониженной массой тела.

нормальными значениями креатинина были выше, чем у пациентов с повышенным уровнем креатинина. Однако тенденция к увеличению СКФ при повышении массы тела была сопоставима с таковой у больных с повышенным уровнем креатинина.

Выявленные различия были характерны при определении СКФ как по Cockcroft – Gault, так и по методу MDRD с приведением показателей к нормальной поверхности тела.

Вместе с тем, прирост СКФ по методу Cockcroft – Gault между группами с низким ИМТ и ожирением у больных с повышенным уровнем креатинина составил 29 мл/мин, прирост между этими показателями по методу MDRD всего 17 мл/мин. Аналогичная тенденция отмечалась и в отношении различий рассматриваемых показателей среди лиц с нормальными показателями креатинина (соответственно 52 и 39 мл/мин).

Эти данные свидетельствуют о том, что метод определения СКФ MDRD даёт меньший разброс показателей, чем метод Cockcroft – Gault как среди больных ХПБ с повышенным уровнем креатинина, так и среди лиц с нормальными его значениями.

Выводы

1. Определение скорости клубочковой фильтрации у больных с хронической болезнью почек следует проводить с учётом массы и поверхности тела.

2. Анализ скорости клубочковой фильтрации целесообразнее проводить по формуле MDRD (приведенной к нормальной поверхности тела), чем по обычной формуле Cockcroft – Gault.

Литература

1. Бибков Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2007 гг. (Аналитический отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии) // Нефрология и диализ. – 2009. – Т. 11, №3. – С. 144-233.

2. Земченков А.Ю., Томилина Н.А. К/ДОКИ обращается к истокам хронической почечной недостаточности (О новом разделе Рекомендаций К/ДОQI по диагностике, классификации и оценке тяжести хронических заболеваний почек) // Нефрология. – 2004. – Т. 6, №3.

3. Моисеев В.С., Мухин Н.А., Смирнов А.Б. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кар-

дионефропротекции // Рос. кардиол. журн. – 2014. – №8 (112). – С. 7-37.

4. Пан В.Ф., Кван Б.Х.К. и др. Прогнозирование 12-месячной смертности для больных на перитонеальном диализе с использованием «Сюрприз» // Perit. Int. – 2013. – Т. 33. – С. 60-66.

5. Смирнов А.В. и др. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению: Нац. рекомендации // Нефрология. – 2011. <http://journal.nephrolog.ru/ckd/>

6. Швецов М.Ю., Бобкова И.Н., Колина И.Б., Камышова Е.С. Современные принципы диагностики и лечения хронической болезни почек: Метод. руководство для врачей; Под ред. Е.М. Шиловой. – Саратов, 2011.

7. Chen J., Munter P., Hamm L.Z. et al. The metabolic syndrome and chronic kidney disease in US adults // Ann. Intern. Med. – 2004. – Vol. 140. – P. 167-174.

8. National Kidney Foundation KD: Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification // Amer. J. Kidney Dis. – 2002. – Vol. 39 (Suppl. 1). – P. S1-S266.

9. Warwick G., Mooney A., Russon L., Hardy R. Planning, Initiating and Withdrawal of Renal Replacement Therapy // Renal Association of UK, 2014. <http://www.renal.org/>

[guidelines/modules/planning-initiating-and-withdrawal-of-renal-replacement-therapy#sthash.mjjBpYan.dpuf](#)

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА КАК МАРКЕР СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

М.М. Каримов, Б.Т. Даминов, У.К. Каюмов

Цель: оценка скорости клубочковой фильтрации и клиренса креатинина у больных с хронической болезнью почек (ХБП) в зависимости от массы тела. **Материал и методы:** обследованы 97 больных с ХБП, у которых было повышенное содержание креатинина ($165 \pm 7,83$ мкмоль/л) в крови, группа сравнения – 95 человек с нормальными показателями креатинина ($85 \pm 5,12$ мкмоль/л). **Результаты:** между СКФ, Кк и массой тела выявлена определённая связь. Уменьшение СКФ при пониженной массе тела можно объяснить снижением интегрального показателя СКФ и уменьшения массы (числа) действующих нефронов. **Выводы:** определение скорости клубочковой фильтрации у больных с ХБП следует проводить с учётом массы и поверхности тела по формуле MDRD (приведенной к нормальной поверхности тела).

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, скорость клубочковой фильтрации, масса тела, поверхность тела.

ЌИЗИЌАРЛИ МАЪЛУМОТ

INSON SALOMATLIGI

Salomatlik deganda nimani tushunasiz? Bu xususda hamma har xil fikr bildiradi, to'grimi? Kimdir insonning biror dardga chalinmasligi desa yana kimdir bowqa fikrni bildiradi. Umumjahon sog'liqni saqlash tashkilotining nizomida sog'liq «bus-butun jismoniy, ma'naviy va ijtimoiy farovonlik», -deb aytilgan. Salomatlik nafaqat organizmda xastalik belgilarining yo'qligi, balki insonning zimmasiga yuklatilgan vazifani erkin bajara olishi, ma'naviy-ahloqiy va boshqa sotsial masalalarni bishishi bilan ham belgilanadi. Insonning sog'lig'i bu -tug'ma va orttirilgan biologik ko'nikmalar, shuningdek, uning tabiiy va ijtimoiy sifatlarining o'zaro uyg'unlashgan birikmasi bo'lsa, bemorlik ana shu uyg'unlikning buzilishidir. Aholi mehnat qiladigan, turmush kechiradigan va dam oladigan tevarak-atrof muhiti bir-biri bilan o'zaro bog'liq bo'lgan yaxlit bir zanjirni tashkil qiladi. Bular havo va iqlim hodisalari, suv, nabotot va hayvonot dunyosi, inson qo'li bilan bunyodga keladigan texnologik va ijtimoiy muhitdan iborat. Agar mana shu zanjirning biror bir bo'g'ini inson organizmi tomonidan me'yoridan ortiq miqdorda, ko'nikilmagan tarzda qabul qilinsa, u xavf-xatar omiliga aylanadi. Bularga salomatlikka ta'sir etuvchi quyidagi omillar kiradi.

1. Atrof-muhit omillari.

Insonning o'rab turgan muhitning ta'siri barchaga ma'lum. Suv, havo, o'simliklar, hayvonot dunyosi, ovqat mahsulotlari, yashash joyi, kiyim-kechak, turli dori vositalari, biologik profilaktik preparatlar, qishloq xo'jalik zararkunandalariga qarshi ishlatiladigan zaharli kimyoviy moddalar va boshqalar odam atrofini o'rab olgan muhitdir. Sanab o'tilgan omillar esa odamning jismoniy va ruhiy salomatligiga bevosita ta'sir etadi. Yashash sharoitidagi ijtimoiy muammolar ham kishilar sog'lig'iga ta'sir qilishi mumkin.

2. *Noto'g'ri muvofiqlashmagan* va tartibsiz ovqatlanish omili organizmning normal faoliyati buzilishi va kasalliklar kelib chiqishida muhim o'rin egallaydi.

3. *Alkogolizm, tamaki chekish, narkomaniya* (yunoncha -narke-karaxlilik va mania- telbalik, jahl, shod-xurramlik) va *bangilik* ham inson salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

HASAN OLIMOV

КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПУТЕМ АДЕКВАТНОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ НУТРИТИВНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ

С.З. Каримов, Р.О. Шарипов, Н.Н. Ходжибекова

БОШ МИЯ ЖАРОҲАТИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА НУТРИТИВ ЭҲТИЁЖЛАРНИ АДЕКВАТ ТЎЛДИРИШ ОРҚАЛИ ОҚСИЛ-ЭНЕРГЕТИК ЕТИШМОВЧИЛИКНИ БАРТАРАФ ҚИЛИШ

С.З. Каримов, Р.О. Шарипов, Н.Н. Ходжибекова

CORRECTION OF PROTEIN-ENERGY MALNUTRITION IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY THROUGH ADEQUATE COMPENSATION OF NUTRITIONAL NEEDS

S.Z. Karimov, R.O. Sharipov, N.N. Khojibekova

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: бош мия жароҳати бўлган беморларда адекват ва эрта бошланган нутритив ёрдам эффективлигини ўрганиш. **Материал ва усуллар:** бош мия жароҳати билан 38 та бемор ўрганилиб чиқилди ва икки гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ – текширилувчи гуруҳ 18 та бемор (13 та эркак ва 5 та аёл) ва 2-гуруҳ 20 та бемор (14 та эркак ва 6 аёл). Иккала гуруҳ беморларига нутритив ёрдам тариқасида озиклантурувчи эритмалар вақт ва сифатидаги фарқи билан энтерал ва парентерал йўл орқали юборилди. **Натижалар:** текширилаётган гуруҳдаги беморларда ўтказилган нутритив ёрдамдан сўнг ўртача елка айланаси, трицепс бурмасининг тери-ёғ қалинлиги, елка мушаклари айланасига ошгани кузатилди. Шу билан бирга лаборатор қўрсаткичларда ҳам қиёсий гуруҳга нисбатан ижобий ўзгаришлар кузатилди. **Хулоса:** бош мия жароҳати бўлган беморларда адекват ва эрта бошланган нутритив ёрдам энергетик ва оқсил етишмовчилигини сезиларли камайишига, иммун ҳолатнинг яхшиланишига ва ўз навбатида организмни иккиламчи инфекцияга қаршилигини ошишига, ўлим ҳолатини камайишига ва умумий реанимация ва интензив терапия бўлимида даволаниш муддатининг камайишига олиб келади.

Калит сўзлар: нутритив ёрдам, оқсил-энергетик етишмовчилик, бош мия жароҳати.

Objective: To assess the effectiveness of adequate and timely nutritional support in patients with craniocerebral trauma.

Materials and Methods: We examined 38 patients with head injury: 1 group – 18 patients (13 men and 5 women), 2 group (control) – 20 patients (14 men and 6 women). Nutrient mixtures with a difference in time and quality were administered by parenteral and enteral ways for nutritional support of patients in both groups. **Results:** Patients of the 1st group after nutritive support had increase in arm circumference, skin-fat folds over the triceps, the circumference of shoulder muscles, as well as improvement of laboratory parameters. **Conclusions:** Adequate and timely inclusion of nutritional support in the early stages in patients with traumatic brain injury leads to effective regress of energy and protein deficit, improvement of immune status, and, accordingly, resistance to secondary infections, as well as reduction in mortality and stay in the ICU.

Key words: nutritional support, protein-energy malnutrition, traumatic brain injury.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из основных причин инвалидизации и смерти среди наиболее активной части населения [7,9]. Для улучшения результатов лечения пациентов с этой сложной патологией требуется непрерывное совершенствование методов мониторингового наблюдения и интенсивной терапии (ИТ). Проблема лечения ЧМТ заключается как в коррекции первичных повреждений мозгового кровообращения и метаболизма, так и в предупреждении вторичных ишемических поражений мозга [8].

Неотъемлемая составляющая ИТ пациентов, находящихся в критическом состоянии, в том числе вызванным тяжелой ЧМТ, является питание, обеспечивающее организм энергией и пластическим материалом, необходимым для жизнедеятельности всех органов и систем [2,5,6]. Несвоевременное начало нутритивной поддержки крайне неблагоприятно сказывается на состоянии пациента, и потери энергии и белка не могут быть компенсированы в течение всего времени пребывания больного в отделении реанимации [10,11].

Сегодня нутритивная поддержка во всех своих проявлениях – энтеральном, парентеральном фармакологическом питании, наряду с антибактериальной терапией, респираторной и инотропной поддержкой, рациональной инфузионной терапией, являются неотъемлемой частью

обязательного комплекса лечебных мероприятий, проводимых у пациентов с реакциями системного воспалительного ответа инфекционной или травматической природы, перитонитом, сепсисом, ЧМТ, злокачественными новообразованиями, ожоговой болезнью, полиорганной дисфункцией [3,4].

Цель исследования

Оценка эффективности адекватной и своевременной нутритивной поддержки у больных с черепно-мозговой травмой.

Материал и методы

В исследование включены 18 больных (13 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 39 до 56 лет (средний возраст 47,5±2,1) с изолированной ЧМТ (1-я гр.). Нутритивная поддержка осуществлялась парентеральным и энтеральным путем через назогастральный зонд вливанием питательной смеси на ранних этапах госпитализации (первые 24-48 ч госпитализации). Из архивных материалов 2-й клиники ТМА за 2013 г. ретроспективно обследованы 20 больных (14 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 41 года до 58 лет (средний возраст 49,5±2,3) с ЧМТ, которые были включены во 2-ю группу. Больным обеих групп в качестве нутритивной поддержки парентеральное питание проводилось жировыми эмульсиями, аминокислотными растворами и растворами глюкозы, энтеральное питание прово-

дилось столом зондовым реанимационным в зависимости от суточной энергопотребности из расчета соответственно 2500-3500 и 1700-2000 ккал/сут. У больных 2-й группы нутритивная поддержка осуществлялась на 4-6-е сутки, 1-й группы – в первые 24-48 ч госпитализации, при стабилизации жизненно важных функции и подтверждения всасывающей способности кишечника (наличие перистальтики, подтвержденной аускультацией, отрицательная проба «с остаточным содержимым»).

Обследование больных включало клинические и лабораторные методы. Эффективность проводимой терапии оценивали с учетом улучшения общего состояния, клинико-лабораторных показателей. У всех пациентов рассчитывался основной обмен по формуле Харриса – Бенедикта с последующим определением истинного расхода

энергии. Всем пациентам осуществляли следующие соматометрические методы оценки трофологического статуса: тощая масса тела (ТМТ кг), окружность плеча (ОП см), толщина кожно-жировой складки трицепса (ТКЖСТ мм), прогностический индекс гипотрофии (ПИГ%) по И.Е. Хорошилову [1]. Определяли также концентрацию общего белка, альбумина, лимфоцитов, мочевины и креатинина в моче.

Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

Всем пациентам 1-й и 2-й групп в первые двое суток были произведены расчеты соматометрических показателей. Так как эти данные были получены на ранних этапах заболевания (т.е. до начала нутритивной поддержки), их значения практически не отличались друг от друга (табл. 1).

Таблица 1

Соматометрические показатели больных до и после проведенной нутритивной поддержки

Соматометрический показатель	1-я группа		2-я группа	
	до вливания	после вливания	до вливания	после вливания
ОП, см	23,5±1,2 23,9±1,3	26,8±1,4 26,4±1,2	23,9±1,5 24,7±0,9	23,4±1,0 22,8±1,5
КЖСТ, мм	9,4±1,2 11,3±1,1	10,4±1,1 14,5±1,4	9,6±1,4 12,3±1,3	9,6±1,4 12,2±0,9
ОМП, см	23,3±1,2 21,5±1,3	24,6±1,3 22,5±1,2	22,9±0,9 20,2±1,0	24,1±1,1 22,3±1,2

Примечание. В числителе данные лиц женского, в знаменателе – мужского пола.

Полученные данные свидетельствуют о легкой степени недостаточности питания и о начинающемся снижении соматического пула белка.

Расчеты истинной энергопотребности, произведенные у пациентов 1-й группы, показали, что для мужчин в среднем они составляли 2500-3500 ккал/сут, для женщин – 2300-3200 ккал/сут. Прогностический индекс гипотрофии (ПИГ) для больных с черепно-мозговой травмой был равен 16,4%. Из этого можно сделать вывод, что значения ПИГ были близки к гипотрофии легкой степени (20-30%), при наличии которой возрастает риск инфекционных осложнений, несмотря на то, что они соответствовали эйтрофии (до 20%).

Как видно из таблицы 1, у пациентов 2-й группы отмечается значительное снижение соматометрических показателей относительно таковых в 1-й группе, что лишнее свидетельствует о неполноценности и несвоевременности проводимой нутритивной поддержки, в связи с чем пострадал соматический пул белка. А у больных 1-й группы после проведенной нутритивной поддержки отмечаются увеличение окружности плеча на 9,4%, кожно-жировой складки над трицепсом на 13,1% мм, окружности мышц плеча на 9,4%. Это указывает на небольшой, но значимый результат проводимого нами нутритивной поддержки.

Таблица 2

Биохимические показатели крови у больных до (числитель) и после (знаменатель) проведенной нутритивной поддержки

Лабораторные данные	1-я группа	2-я группа
Альбумин, г/л	43,0±1,2 48,1±1,9a	42,1±1,1 45,2±1,0a
Общий белок, г/л	45,2±3,1 64,5±2,8ab	46,9±2,6 55,7±1,9a
Лимфоциты, %	17,9±1,4 25,3±1,4a	18,1±1,2 23,2±2,1a

Примечание. $p < 0,05$: а – по сравнению с данными до вливания, б – по сравнению с данными пациентов 2-й группы.

Как видно из таблицы 2, у больных 1-й группы лабораторные показатели исходно отличались от таковых во 2-й группе: так, был увеличен висцеральный пул белка – альбумина на 11,9%, общего белка на 42,7%, количества лимфоцитов на 41,3%, что свидетельствует об улучшении белкового обмена, изменении метаболизма в сторону ана-

болизма и лучшим состоянии иммунного статуса. После лечения уровень альбумина у пациентов 1-й группы увеличился на 6,4%, общего белка – на 15,7%, количество лимфоцитов возросло на 9%. Это указывало на положительные результаты проводимой нутритивной поддержки.

Таблица 3

Показатели летальности и среднее количество койко-дней

Показатель	1-я группа	2-я группа
Летальность, %	22,6	27,8
Среднее количество койко-дней в ОРИТ	20	25
Среднее количество койко-дней в клинике	28	35

Летальность пациентов обеих групп была связана с основной патологией, но в 1-й группе после проведения своевременной нутритивной поддержки этот показатель снизился на 5,2%, а сроки пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии уменьшились в среднем на 20% (см. табл. 3).

Таким образом, адекватное и своевременное включение нутритивной поддержки на ранних этапах у больных с черепно-мозговой травмой приводит к эффективному регрессу энергетического и белкового дефицита, улучшению иммунного статуса и соответственно сопротивляемости организма вторичным инфекциям, снижению летальности и сроков пребывания в ОРИТ в среднем соответственно на 5,2 и 20%.

Литература

1. Аваков В.Е., Чурилова О.В., Баситханова Э.И. Парентеральное питание при критических состояниях в медицине: Справочник. – Ташкент, 2011.
2. Гельфанд Б.Р., Салтанов А.И. Интенсивная терапия: Нац.руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – Т.1. – С. 210-236.
3. Лейдерман И.Н., Завертайло Л.Л., Мальков О.А. Технология метаболического мониторинга и выбор программы нутритивной поддержки у больного в критическом состоянии // Интенсив. терапия. – 2010. – №1. – С. 65-77.
4. Луфт В.М., Багненко С.Ф., Щербук Ю.А. Руководство по клиническому питанию. – СПб, 2010. – С. 66-89.
5. Луфт В.М., Лапицкий А.В., Захарова Е.В. Протоколы нутриционной поддержки больных (пострадавших) в интенсивной медицине. – СПб, 2007.
6. Мальшев В.Д. Интенсивная терапия: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2012. – С. 410-443
7. Хорошилов И.Е. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию. – СПб: Нормед-издат, 2010.
8. Bhardwaj A., Mirski M. Handbook of neurocritical care. – 2nd ed. – N. Y.: Springer, 2011. – P. 123-144, 307-322.

9. Haugen H.A., Chan L.N., Li F. Indirect calorimetry A practical guide for clinicians // Nutr. Clin. Prac. – 2007. – Vol. 22. – P. 377-388.

10. Povlishock J.T., Bullock M.R., Hillered L.T. et al Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury 3rd Edition // J. Neurotrauma. – 2010. – Vol. 24 (Suppl. 1).

11. Villet S., Chiolerob R., Bollmannb M. et al. Negative impact of hypocaloric feeding and energy balance on clinical outcome in ICU patients // Clin. Nutr. – 2011. – Vol. 24. – P. 502-509.

КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПУТЕМ АДЕКВАТНОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ НУТРИТИВНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ

С.З. Каримов, Р.О. Шарипов, Н.Н. Ходжибекова

Цель: оценка эффективности адекватной и своевременной нутритивной поддержки у больных с черепно-мозговой травмой. **Материал и методы:** обследованы 38 больных с ЧМТ: 1-я группа – из 18 больных (13 мужчин и 5 женщин), 2-я группа (контроль) – 20 больных (14 мужчин и 6 женщин). Для нутритивной поддержки больным обеим групп вводили парентеральным и энтеральным путем питательные смеси с разницей во времени и качестве. **Результаты:** у больных 1-й группы после проведенной нутритивной поддержки увеличение окружности плеча, кожно-жировой складки над трицепсом, окружности мышц плеча, а также улучшение лабораторных показателей. **Выводы:** адекватное и своевременное включение нутритивной поддержки на ранних этапах у больных с черепно-мозговой травмой приводит к эффективному регрессу энергетического и белкового дефицита, улучшению иммунного статуса, и соответственно сопротивляемости организма к вторичным инфекциям, снижению летальности и пребывания в ОРИТ.

Ключевые слова: нутритивная поддержка, белково-энергетическая недостаточность, черепно-мозговая травма.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, У.Б. Беркинов, А.А. Асраров, Ш.Т. Холматов, Д.П. Сахибоев, В.Э. Цай

ЧОВ ЧУРРАЛАРИДА ЛАПАРОСКОПИК ГЕРНИОПЛАСТИКАНИ ИЛК ТАЖРИБАСИ

Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, У.Б. Беркинов, А.А. Асраров, Ш.Т. Холматов, Д.П. Сахибоев, В.Э. Цай

FIRST EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY IN INGUINAL HERNIAS

Sh.I. Karimov, M.Sh. Khakimov, U.B. Berkinov, A.A. Asrarov, Sh.T. Kholmatov, D.P. Sakhiboev, V.E. Tsai

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: чов чурралари билан беморларда лапароскопик герниопластикани самарадорлигини аниқлаш. **Материал ва усуллар.** ТТАнинг 2 клиникасида асоратланмаган чов чурралари билан даволаниётган 11 беморда бажарилган 12 лапароскопик герниопластикани натижалари аниқланган. **Натижалар:** традицион чурра кесишга ўтиш ва амалиёт вақтидаги ва амалиётдан кейинги даврларидаги асоратлар кузатилмади. Яхши косметик эффектга эришилди. Ўртача стационарда касаллар 3 кун даволанган. 6 ой мобайнида чуррани рецидив кузатилмади. **Хулоса:** чов чурралари билан беморларда лапароскопик герниопластикани илк тажрибаси шундай хулоса қилишга имкон беради: бу чов чурралари билан беморларда кам травматик, ишончли усул ва у бир неча тиббий-социал ютуқларга эгадир.

Калит сўзлар: чов чурраси, герниопластика, лапароскопия.

Objective: To assess the effectiveness of laparoscopic hernioplasty in patients with inguinal hernias. **Materials and Methods:** We analyzed results of 12 laparoscopic procedures in 11 patients with uncomplicated inguinal hernias treated in the 2nd clinic of TMA.

Results: There were no cases of conversion to traditional hernioplasty, as well as intra- and postoperative complications. Cosmetic effect was good. The number of bed-days averaged 3. Hernia recurrence within 6 months was not observed. **Conclusions:** Our initial experience of performing laparoscopic hernioplasty in patients with inguinal hernias allows us to conclude that it is a reliable low-traumatic method of treatment with a number of medical and social advantages over known methods.

Key words: inguinal hernia, hernioplasty, laparoscopy.

Первые сообщения о применении лапароскопического метода лечения паховых грыж появились в Германии (L.W. Popp) и США (R. Ger и L. Schultz) в 1990 году. В последнее время этот метод привлекает все большее внимание хирургов [1-7].

Среди различных вариантов лапароскопического лечения грыж наибольшую популярность получила методика чрезбрюшной предбрюшинной фиксации, разработанная J.D. Corbitt [8,9]. Герниопластика по Corbitt обеспечивает фиксацию сетки таким образом, что она покрывает области образования прямой, косой и бедренной грыж, а также подразумевает перитонизацию протеза сформированным лоскутом брюшины. Автор указывает на несколько ключевых моментов вмешательства: дистальная часть большого грыжевого мешка не должна иссекаться во избежание травмы элементов семенного канатика, протез должен закрывать пространство от лонного бугорка до передней верхней ости подвздошной кости, необходимо тщательно фиксировать протез к паховой связке и поперечной фасции. Модификацией этого метода можно считать выделение семенного канатика и помещение его в разрез протеза, закрывающего грыжевые ворота [8,9].

Частота осложнений в послеоперационном периоде, по разным данным, не превышает 2% [10]. Характер осложнений различен, но чаще всего встречаются серомы и гематомы мошонки, реже парестезии и тестикулярная атрофия [11]. Однако отмечаются и тяжелые осложнения, например, тонкокишечная непроходимость, обусловленная развитием рубцовых сращений в области сетчатого протеза [12].

Частота рецидивов после лапароскопической герниопластики составляет 1,5-2%, однако в ряде случаев этот показатель был больше [13-15]. Рецидивы обусловлены

недостаточной фиксацией или неадекватными размерами протеза [5].

Среди преимуществ лапароскопической герниопластики перед с традиционными методами можно назвать малую травматичность вмешательства, что позволяет выполнять сочетанные операции и двусторонние герниопластики и благоприятно отражается на сроках реабилитации больных [8,11]. Сроки госпитализации сокращаются в 1,5 раза, а сроки нетрудоспособности – в 2 раза [3,5,7,8]. Полное восстановление трудоспособности происходит в среднем через 2 недели [2]. Лапароскопическая герниопластика существенно уменьшает риск развития послеоперационных осложнений, особенно инфекционного характера, немаловажен и косметический эффект операции [5,10,12-15].

В то же время существуют и безусловные недостатки лапароскопического метода. Основными из них, по мнению большинства хирургов, является необходимость общей анестезии [3] и высокая себестоимость операции. Кроме того, ряд авторов считают, что этот метод имеет ограничения, в частности при больших паховомошоночных, невосправляемых и ущемленных грыжах [89].

Цель исследования

Оценка эффективности лапароскопического лечения больных с паховыми грыжами.

Материал и методы

В период с февраля по ноябрь 2014 года в клинике факультетской и госпитальной хирургии Ташкентской медицинской академии у 11 больных в возрасте от 21 до 61 года с неосложненными паховыми грыжами выполнено 12 лапароскопических герниопластик. По TAPP методике (Popp L., 1991) прооперированы 5 пациентов, по методике TEP (Dulucq J., 1991) – 6.

В практической деятельности мы пользовались упрощенной и модифицированной нами классификацией паховых грыж по L.M. Nyhus. I тип – это косые паховые грыжи, при которых внутреннее паховое кольцо не расширено, грыжевое выпячивание распространяется от внутреннего пахового кольца до средней трети пахового канала. В нашем наблюдении было 2 больных с I типом. II тип – косые паховые грыжи при значительно расширенном внутреннем паховом кольце. Однако грыжевой мешок не спускается в мошонку, но при натуживании грыжевое выпячивание определяется под кожей в паховой области. Среди оперированных нами со II типом было 5 пациентов. IIIa тип – все виды прямых паховых грыж. IIIб тип – косые паховые грыжи больших размеров. С IIIa типом паховых грыж оперированы 4 больных. IV тип – рецидивные паховые грыжи.

Пациентов на оперативное вмешательство отбирали согласно Guidelines по лапароскопическому лечению паховых грыж [4]. Перед операцией всем пациентам проводилось комплексное обследование. Все они оперированы под общей анестезией с искусственной вентиляцией легких и мышечной релаксацией. Интраоперационно всем пациентам производилась катетеризация мочевого пузыря.

Результаты

При выполнении операции по методике TAPP устанавливали три троакара в следующих точках: первый – 10 мм троакар для введения оптики над пупком; второй – 5 мм троакар для введения рабочего инструмента на середине расстояния между пупком и лоном, 5 мм; третий – 5 мм троакар устанавливался в зависимости от стороны поражения на 2 см кнутри от *spina iliaca anterior superior*.

При выполнении операции по методике TEP использовалась модифицированная установка трех троакаров по средней линии живота (10 мм и два по 5 мм) при односторонней и двусторонней локализации грыж.

Этапы герниопластики по TAPP-методике. Под интубационным наркозом в положении больного на спине производился разрез кожи длиной 1 см непосредственно над/под пупком, накладывался пневмоперитонеум. Вводили оптику и осуществляли ревизию брюшной полости. После вправления грыжевого содержимого в брюшную полость выполнялся дугообразный разрез париетального листка брюшины в медиальном и латеральном направлениях широко над верхним краем грыжевых ворот (рис. 1).

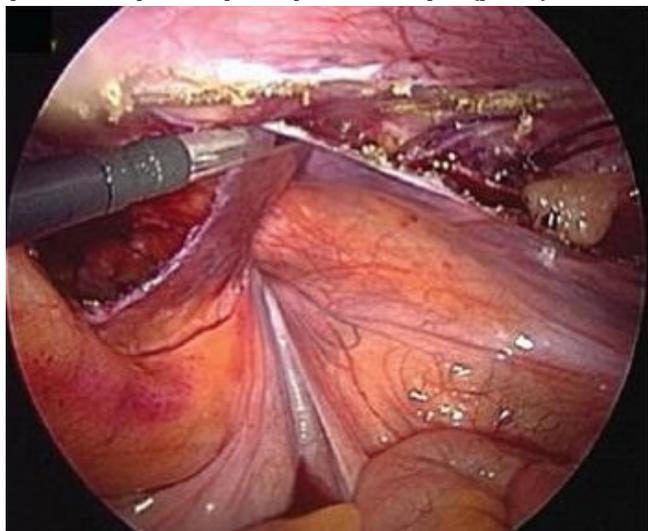


Рис. 1. Рассечение париетального листка брюшины.

Лоскут брюшины вместе с грыжевым мешком тупым и острым путем отделялся от подлежащих структур и поперечной фасции, огибая латеральную и медиальную паховые ямки. Производилось полное выделение анатомических структур, к которым будет осуществляться крепление сетки. Также выделялся верхний край брюшины для того, чтобы сетка свободно помещалась в предбрюшинное пространство. На этом этап выделения заканчивался. Через троакар диаметром 10 мм вводилась полипропиленовая сетка (рис. 2).

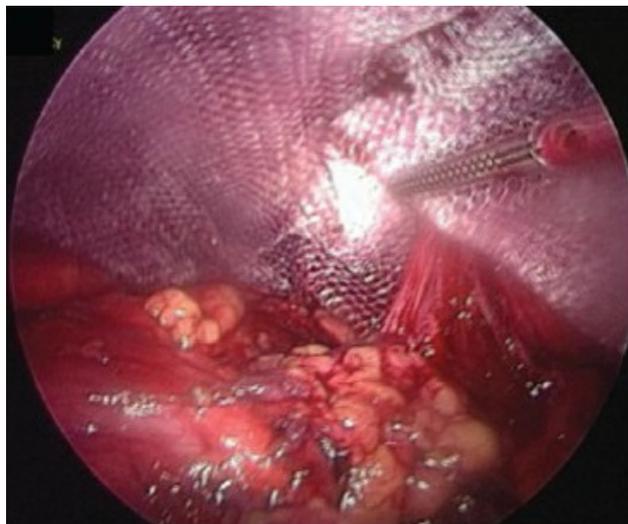


Рис. 2-3. Введение и размещение полипропиленовой сетки при герниопластике по методике TAPP.

Имплантат расправлялся таким образом, чтобы он закрывал медиальную и латеральную паховые и бедренную ямки и прилежал к костно-апоневротическим образованиям паховой области (от лонного бугорка медиально почти до передней верхней подвздошной ости латерально и от связки Купера внизу до нижнего края внутренней косой мышцы вверх). После расправления протеза он должен закрывать все возможные отверстия для выхода паховых и бедренных грыж. После расправления и правильного размещения полипропиленовой сетки она прикреплялась к брюшной стенке (рис. 3).

Мы считаем, что использование методики TAPP целесообразно при необходимости выполнения симультанного лапароскопического вмешательства. Так, у 2 из 5 больных

выполнена еще и лапароскопическая холецистэктомия в связи с хроническим калькулезным холециститом.

Этапы герниопластики по ТЕР-методике. Операция выполнялась под общим интубационным наркозом. Первый троакар диаметром 10 мм вводился под пупком до предбрюшинного пространства, без входа в брюшную полость. При этом производили миниразрез кожи, клетчатки, апоневроза и создавали рабочее пространство. По средней линии вводились два рабочих троакара диаметром 5 мм. В предбрюшинном пространстве тупым путем разделялись рыхлые сращения, выделялся грыжевой мешок из окружающих тканей. Выделялись элементы семенного канатика и поперечная фасция (рис. 4).



Рис. 4. Этапы выделения тканей и элементов семенного канатика.

В предбрюшинное пространство вводился имплантат, который расправлялся и укладывался, как и при TAPP-методе герниопластики. После расправления и помещения протеза в правильную позицию он фиксировался герниостеплером (рис. 5).



Рис. 5. Фиксация полипропиленового имплантата.

Во всех случаях перед установкой полипропиленового протеза выполнялся его раскрой в виде овальной формы. Фиксация осуществлялась в 4-6 точках спиралевидными скрепками (герниостеплер Protack 5 мм компании Auto Suture).

Время выполнения операций варьировало от 60 до 130 минут (при двусторонней локализации). Случаев конверсий к традиционному грыжесечению, а также интраоперационных осложнений не наблюдалось.

В течение от 2 до 3 дней после операции все пациенты получали традиционную антибиотикопрофилактику.

Ни у одного из больных в послеоперационном периоде не наблюдалось выраженного болевого синдрома и не возникало необходимости в анальгетиках. Послеоперационных раневых осложнений не было. Пациенты активизировались в первые сутки после операции. Больных выписывали на 3-и сутки после хирургического вмешательства с рекомендацией приступить к работе через 14 дней.

Обсуждение

Основными показаниями к выполнению лапароскопической операции мы считаем двусторонние грыжи, а также необходимость выполнения сочетанных лапароскопических операций, включающих герниопластику. Кроме того, эта методика может быть полезна у больных с повышенным риском развития раневой инфекции. Объяснение этих показаний следует искать в двух следующих обстоятельствах. Прежде всего, сама технология выполнения вмешательства достаточно сложна, при этом залогом успеха операции является строгое соблюдение основных принципов выполнения вмешательства, в частности адекватный размер сетчатого протеза и правильная фиксация протеза вокруг элементов семенного канатика.

При выполнении лапароскопической герниопластики необходимо обращать внимание на несколько ключевых моментов вмешательства: во-первых, дистальная часть большого грыжевого мешка не должна иссекаться во избежание травмы элементов семенного канатика, во-вторых, протез должен закрывать пространство от лонного бугорка до передней верхней ости подвздошной кости, в-третьих, необходимо тщательно фиксировать протез к подвздошному тракту и поперечной фасции [9].

Тщательное соблюдение всех технических приемов и правил выполнения лапароскопической герниопластики позволили нам добиться хороших результатов. В послеоперационном периоде осложнений мы не наблюдали.

Как указывает J.B. McKernan (1994), в отличие от аппендэктомии, менее дорогие и более простые лапароскопические методики при герниопластике разработаны не были, а любые сложные манипуляции во время вмешательства, безусловно, повышают риск возникновения интраоперационных осложнений и

рецидивов. Об этом говорит и опыт автора, основанный на сравнении результатов лапароскопической и традиционной герниопластики. Оценка частоты рецидивов у больных, оперированных по поводу паховых грыж из разных доступов, продемонстрировала явное преобладание количества рецидивов в контрольной группе (3,3% в основной и 15,0% в контрольной группе) [14].

По данным M.S. Kavic [13], при сравнении результатов лечения больных после традиционной и лапароскопической герниопластики различий по количеству интраоперационных осложнений не выявлено. Напротив, количество послеоперационных осложнений отличалось существенно не в пользу традиционных методик, при этом процент нагноений операционной раны у больных, оперированных в традиционной технике, был достоверно выше (6,7% в основной и 15,1% в контрольной группе). Таким образом, лапароскопическая методика практически исключила опасность нагноения операционной раны, а инфицирование сетчатого протеза в настоящем исследовании и по литературным данным почти не встречается.

С другой стороны, в последние годы появились сообщения о хирургических методиках коррекции грыж, использующих сетчатый протез, но не требующих специального оборудования и инструментов, а также выполняемые по традиционной технике [2,3]. Эффективность этих операций доказана, а распространенность их достаточно широка. Обсуждение подобных вмешательств не входило в задачи проводимых исследований, однако их внедрение, несомненно, сузило показания к лапароскопической герниопластике. Представленный опыт использования герниопластики по Лихтенштейну при рецидиве после лапароскопического вмешательства также характеризует возможности этих методик.

Таким образом, наш первый опыт выполнения лапароскопической герниопластики у больных с паховыми грыжами позволяет заключить, что она является надежным малотравматичным методом лечения, который имеет ряд медико-социальных преимуществ: косметический эффект; максимальный комфорт для пациента в раннем послеоперационном периоде; бесшовная методика, определяющая отсутствие хронической боли, возникающей после фиксации сетки; отсутствует вероятность развития спаечного процесса в брюшной полости; возможность лечения двусторонних грыж через один доступ; возможность выполнения симультанных эндоскопических вмешательств.

Первый опыт лапароскопической герниопластики, отсутствие отдаленных результатов пока не позволяют судить о клинической эффективности методики, однако по мере накопления опыта мы оценим все ее преимущества и недостатки.

Литература

1. Богданов Д.Ю., Протасов А.В., Шухтин А.Ю. Технические особенности выполнения герниопластик с различными имплантатами // Эндоскоп. хир. – 2011. – №1. – С. 35-38.
2. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. – СПб: Фолиант, 2000. – 440 с.
3. Кубышкин В.А., Ионкин Д.А. Лапароскопическая герниопластика // Эндоскоп. хир. – 2005. – №2-3. – С. 42-47.

4. Bittner R., Arregui M. E., Bisgaard T. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal Hernia [International Endohernia Society (IEHS)] // J. Surg Endosc. – 2011. – №25. – P. 2773-2843.

5. Bringman S., Conze J., Cuccurullo D. Hernia repair: the search for ideal meshes // Hernia J. – 2010. – Vol. 14, №1. – P. 81-87.

6. Broek R., Issa Y., Van Santbrink E., Bouvy N. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis // Brit. Med. J. – 2013. – Vol. 347. – P. 5588.

7. Carter J., Quan-Yang Duh. Laparoscopic Repair of Inguinal Hernias // Wld J. Surg. – 2011. – Vol. 35. – P. 1519-1525

8. Corbitt J.D. Laparoscopic Herniorrhaphy // J. Surg. Laparosc. Endosc. – 1991. – Vol. 1. – P. 23-25.

9. Corbitt J.D. Transabdominal preperitoneal herniorrhaphy // Surg. Laparosc. Endosc. – 1994. – Vol. 4. – P. 410.

10. De Paula A.L., Roll S., Miguel P. Laparoscopic transabdominal inguinal hernia repair with a preperitoneal mesh // Ibid. – 2010. – Vol. 4. – P. 411.

11. Fersli G.S. A study of 101 patients treated with extraperitoneal endoscopic laparoscopic herniorrhaphy // Amer. Surg. – 1993. – Vol. 9. – P. 707-708.

12. Ger R., Monroe K., Divivier R., Michzich A. Management of indirect inguinal herniae by laparoscopic closure of the Neck of the sac // Amer. J. Surg. – 1990. – Vol. 159. – P. 371-373.

13. Kavic M.S. Laparoscopic Hernia Repair // J. Surg. Endosc. – 1993. – Vol. 7. – P. 163-167.

14. Koning G.G., Wetterslev J., van Laarhoven C.J.H.M. et al. The Totally Extraperitoneal Method versus Lichtenstein's Technique for Inguinal Hernia Repair // PLoS One. – 2013. – Vol. 8, №1. – P. e52599.

15. Lal P., Kajla R.K., Chander J. et al. Randomized controlled study of laparoscopic total extraperitoneal vs open Lichtenstein inguinal hernia repair // J. Surg Endosc. – 2003. – Vol. 7. – P. 850-856.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, У.Б. Беркинов, А.А. Асраров, Ш.Т. Холматов, Д.П. Сахибоев, В.Э. Цай

Цель: оценка эффективности лапароскопической герниопластики у больных с паховыми грыжами. **Материал и методы:** изучены результаты 12 лапароскопических вмешательств у 11 больных с неосложненными паховыми грыжами, получавших лечение во 2-й клинике ТМА. **Результаты:** случаев конверсий к традиционному грыжесечению, а также интра- и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Отмечен хороший косметический эффект. Количество койко-дней в среднем составило 3. Рецидива грыжи в течение 6 месяцев не отмечалось. **Выводы:** наш первый опыт выполнения лапароскопической герниопластики у больных с паховыми грыжами позволяет заключить, что она является надежным малотравматичным методом лечения, имеющим ряд медико-социальных преимуществ перед известными методами.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, лапароскопия.

МЕСУЛИД В ЛЕЧЕНИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА И АРТРОПАТИИ

Р.Ю. Каттаханова, Б.С. Мамаджанов, Г.Н. Райимов, У.А. Матхаликова

АРТРИТ ВА АРТРОПАТИЯНИ РЕАКТИВ ДАВОЛАШДА МЕСУЛИД

Р.Ю. Каттаханова, Б.С. Мамаджанов, Г.Н. Райимов, У.А. Матхаликова

MESULID IN THE TREATMENT FOR REACTIVE ARTHRITIS AND ARTHROPATHY

R.Yu. Kattakhanova, B.S. Mamajanov, G.N. Rayimov, U.A. Mathalikova

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии, Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Мақсад: артрит ва артропатияни реактив комплекс даволашда месулидни қабул қилишни хавфсизлиги ва натижасини баҳолаш. **Метод ва усуллар:** 86 та артрит билан оғриган беморлар кузатилди: 1-гурӯҳда 46 та артропатия билан оғриган бемор, 2-гурӯҳда 40 та артрит билан оғриган бемор. Бир кунда 2 маҳал, эрталаб ва кечқурун 100 мг месулид таблеткасини 10 кун давомида ичиш буюрилди. **Натижалар:** 1-гурӯҳда месулид оғриқни тўхтатишга ёрдам берди ва аксар беморларда яллиғланишга қарши эффеқтини юқорилиги кузатилди. 2-гурӯҳда натижа пастроқ бўлди. **Хулоса:** месулидни ностероид яллиғланишга қарши воситалар сифатида қабул қилиш мумкин. Шунингдек, ошқозон яраси ва ўн икки бармоқли ичак касалликларида заруриятга қараб узоқ қабул қилиш мумкин.

Калит сўзлар: месулид, ностероид яллиғланишга қарши воситалар, реактив артрит, артропатия, селектив ингибитор ЦОГ-2.

Objective: To assess the efficacy and safety of application of mesulide in the complex treatment for reactive arthritis and arthropathy. **Materials and Methods:** 86 patients with seronegative arthritis were investigated: 1 group - 42 patients with arthropathy, 2 group - 44 patients with reactive arthritis. Mesulid was administered in tablets of 100 mg twice a day, in the morning and evening during meals for 10 days. **Results:** In the 1st group mesulid had a pronounced analgesic and anti-inflammatory action in the vast majority of patients. In the 2nd group, the treatment efficiency was somewhat lower, although there were no significant differences between the groups. **Conclusions:** Mesulid should be considered as a drug of choice in poor tolerability of traditional NSAIDs, history of gastric and duodenal ulcer, and, if necessary, in long-term use of NSAIDs.

Key words: mesulid, non-steroidal anti-inflammatory drugs, reactive arthritis, arthropathy, selective inhibitors of COG-2.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются средствами, активно используемыми как в амбулаторной, так и в стационарной практике. В мире их принимают миллионы пациентов. Большая популярность НПВП объясняется тем, что они обладают противовоспалительным, анальгезирующим и антипиретическим эффектами, воздействуя на симптомы, отмечающиеся при очень широком круге заболеваний [2,3]. НПВП применяются в качестве симптоматических средств для терапии воспалительных и дегенеративных заболеваний суставов, системных заболеваний соединительной ткани.

Основной механизм их действия связан с торможением циклооксигеназы (ЦОГ) – ферментов, обеспечивающих биотрансформацию арахидонової кислоты в простагландин. Выделены две изоформы ЦОГ – ЦОГ-1 и ЦОГ-2. ЦОГ-1 играет важную роль в функционировании слизистой желудка, почек, тромбоцитов, сосудистого эндотелия [4]. Ее подавление в значительной мере опосредует развитие побочных эффектов НПВП. ЦОГ-2 индуцируется непосредственно в зоне воспаления и участвует в развитии воспалительного процесса и болевого синдрома. Торможение ЦОГ-2 лежит в основе анальгетического и противовоспалительного эффекта НПВП.

Применение НПВП при заболеваниях опорно-двигательного аппарата позволяет уменьшить болевой синдром, выраженность объективных и субъективных симптомов воспалительного процесса, повысить уровень двигательной активности [5]. В отличие от посттравматических, дисменорейных и послеоперационных болевых синдромов, лечение хронических заболеваний суставов требует длительного непрерывного приёма этих препаратов.

Вместе с тем необходимость проведения продолжительных и повторных курсов лечения, а в ряде случаев непрерывного приёма НПВП сопряжена с достаточно высоким риском развития побочных эффектов [2,3]. К наиболее частым побочным эффектам относятся поражение ЖКТ, нарушение функции почек, печени, задержка жидкости, повышение артериального давления. Частота их развития для разных препаратов колеблется от 23 до 62%.

Основным негативным свойством всех НПВС является высокий риск развития нежелательных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта. У 30-40% больных отмечаются диспептические расстройства, у 10-20% – эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, у 2-5% – кровотечения и перфорации. В настоящее время выделен специфический синдром – НПВС-гастродуоденопатия [2,3]. Развитие ее связывают с торможением синтеза гастропротекторных простагландинов, повышающих защитные свойства слизистой оболочки желудка, усиливающих образование слизи и бикарбонатов и понижающих секрецию соляной кислоты. Важно отметить, что такое действие реализуется не только при пероральном, но и при других путях введения препаратов. Определенное значение имеет и непосредственное повреждение слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, обусловленное тем, что все НПВП являются слабыми органическими кислотами.

Клинические симптомы при НПВС-гастродуоденопатии почти у 60% больных, особенно пожилых, отсутствуют, поэтому диагноз во многих случаях устанавливают при фиброгастроскопии. Отсутствие клинической симптоматики при НПВС-гастродуоденопатии связывают с

аналгезирующим действием препаратов. Факторами риска гастротоксичности, по данным литературы, являются возраст старше 60 лет, женский пол, семейный язвенный анамнез, пептическая язва в анамнезе, наличие сопутствующих тяжёлых заболеваний внутренних органов, одновременный приём нескольких НПВП, сочетание их с глюкокортикостероидами, применение антикоагулянтов, а также курение, употребление алкоголя [2,3].

Принципиально новые возможности повышения безопасности лечения НПВС появились после открытия двух изоформ циклооксигеназы (ЦОГ), одна из которых – ЦОГ-1 – ответственна за выработку физиологических простагландинов, регулирующих целостность слизистой оболочки, почечный кровоток и функцию тромбоцитов, а вторая – ЦОГ-2 влияет на синтез провоспалительных простагландинов [4]. Оказалось, что избирательная блокада активности ЦОГ-2 сопровождается отчётливым противовоспалительным действием при минимально выраженных побочных эффектах.

К числу препаратов с оптимальным соотношением эффективности и безопасности следует отнести месулид, который в терапевтических дозах относительно селективно действует на ЦОГ-2 типа [1,6]. Месулид (нимесулид) – представитель последнего поколения в эволюции НПВП – группы сульфонанилидов. Кроме указанной селективности, хорошая переносимость месулида обусловлена также тем, что он является первым некислым НПВП. Его pH составляет 6,2-6,5. К важным с терапевтической точки зрения особенностям препарата следует отнести быстрое развитие анальгетического эффекта (уже через 30 мин после приёма), способность ингибировать свободнорадикальное окисление, низкую гепатотоксичность, отсутствие, в отличие от индометацина и некоторых других НПВП, повреждающего действия на суставной хрящ [1,6,7]. Исходя из вышеизложенного, в комплексное лечение реактивных артритов и артропатий препарат месулид нами был включен как самый оптимальный и безопасный.

Цель работы

Оценка эффективности и безопасности применения месулида в комплексном лечении реактивного артрита и артропатии.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 86 больных с серонегативными артритом. 1-ю группу составили 42 больных с артропатией, из них 26 мужчин и 16 женщин. Средний возраст – 44,6 года. Длительность заболевания – 5,7 года (от 3 до 10 лет).

2-я группа состояла из 44 больных с реактивным артритом, в том числе 32 мужчины и 12 женщин. Средний возраст – 35,5 года. Длительность заболевания колебалась от 1 месяца до 3 лет, в среднем – 1,4 года.

У 7 больных с острым и подострым течением реактивного артрита в лечении использовался доксициклин в дозе 0,2 г/сут.

Диагноз артропатии и реактивного артрита устанавливался на основании общепринятых критериев.

Месулид назначали в таблетках по 100 мг два раза в день утром и вечером во время еды. Продолжительность лечения – 10 дней. При хорошем эффекте больные продолжали получать месулид до окончания пребывания в стационаре, при недостаточном лечебном действии или при

отсутствии эффекта препарат отменялся, и назначались другие НПВП.

Для оценки воздействия месулида на воспалительный процесс использовались такие показатели, как уровень самооценки боли по 10-балльной шкале, болезненность суставов в баллах, количество воспаленных суставов, изменение объёма движений в поражённых суставах. Лабораторная оценка активности воспаления проводилась на основании определения количества лейкоцитов в периферической крови, СОЭ, уровня С-реактивного белка в крови, белковых фракций. Контроль возможного токсического влияния препарата на печень и почки осуществлялся путём исследования активности трансаминаз, уровня креатинина, мочевины, общего анализа мочи. Клинико-лабораторные показатели учитывались в начале и по завершению 10-дневного лечения месулидом.

Результаты

Анализ результатов лечения выявил наличие выраженного обезболивающего и противовоспалительного действия месулида у подавляющего большинства пациентов. Так, в 1-й группе у 71% больных уровень боли по результатам оценки самим пациентом уменьшился на 6-8 баллов, у 24% – на 3-5 баллов, у 5% больных уровень боли практически не изменился. У 82% больных отмечалась положительная динамика болевого индекса, у 76% уменьшилось количество воспалённых суставов, у 71% увеличился объём активных движений. Снижение активности воспалительного процесса по лабораторным данным отмечалось у 58% обследованных, нормализация СОЭ, уровня С-реактивного белка, белковых фракций зарегистрирована у 28% пациентов, у остальных динамики не выявлено.

Во 2-й группе эффективность лечения месулидом была несколько ниже, хотя достоверных различий по сравнению с 1-й группой не обнаружено ни по одному из изученных показателей. В результате лечения уровень боли по визуальной шкале уменьшился на 6-8 баллов у 67% больных, на 3-5 баллов – у 21%, остался неизменным – у 12%. Пальпаторное уменьшение болезненности суставов отмечалось у 78% больных, увеличение объёма движений – у 75%. Снижение лабораторных показателей активности воспаления наблюдалось у 72% больных, у остальных обследованных они сохранялись на уровне исходных значений. Меньшая эффективность лечебного действия месулида у больных реактивным артритом может быть обусловлена тем, что на ранних этапах лечения, когда курс антибактериальной терапии только начинается, в полной мере реализуется триггерная роль инфекционного агента, поэтому чисто симптоматическая противовоспалительная терапия оказывается недостаточно результативной.

Мы проанализировали частоту встречаемости различных осложнений при применении месулида. Особый интерес в этом плане представляли гастропатии. Применение месулида значительно снижало число гастропатий. Жалобы на эпигастральные боли, диспепсию, тошноту, диарею предъявляли лишь 9% больных, а эндоскопическое исследование показало отсутствие особых изменений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Особо хочется отметить, что у больных, ранее леченных неселективными НПВС и имевших склонность к развитию желудочно-кишечных эрозий и язв, обострения не отмечалось, а при эндоскопическом исследовании грубых изменений

в слизистой гастродуоденальной зоны не выявлялось. Во время приёма мезулида только у одной больной с наличием в анамнезе хронического гастрита отмечалось появление выраженных болей и развитие воспалительной реакции в слизистой желудка, потребовавшее дополнительного назначения антацидов, после применения которых болевой синдром был купирован. У остальных пациентов переносимость препарата была хорошей, побочных явлений не наблюдалось. Проведённые биохимические исследования крови и анализы мочи подтвердили отсутствие токсического влияния мезулида на функцию печени и почек. Динамический контроль артериального давления не выявил его особых изменений ни у одного из обследованных нами больных.

Таким образом, селективный ингибитор ЦОГ-2 мезулид может с успехом применяться при лечении серонегативных артритов, таких как артропатия, реактивные артриты. При этом следует отметить быстро наступающий выраженный обезболивающий эффект и противовоспалительное действие препарата, что позволяет в короткие сроки улучшить функциональное состояние двигательного аппарата. Мезулид отличается хорошей переносимостью и практически отсутствием побочных действий, что, безусловно, даёт ему определенные преимущества перед другими нестероидными противовоспалительными препаратами. Мезулид реже вызывает желудочно-кишечные осложнения, чем такие традиционные НПВП как диклофенак, ибупрофен или напроксен, не уступая им по эффективности. Кроме того, благодаря более низкой частоте желудочно-кишечных осложнений и соответственно более низким расходам на их лечение применение мезулида с фармако-экономической точки зрения выгоднее, чем использование стандартных НПВП.

Мезулид следует рассматривать как препарат выбора при плохой переносимости традиционных НПВП, наличии в анамнезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также при необходимости длительного применения НПВП.

Литература

1. Корж Н.А., Москаленко В.Ф., Филипенко В.А. и др. Мезулид при лечении артрозов: Метод. рекомендации. – Харьков, 2008 – 14 с.
2. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты (Перспективы применения в медицине). – М.: Анко, 2003. – 143 с.

3. Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов в медицине в начале 21 века // Рус. мед. журн. – 2007. – Т. 11, №7. – С. 375-378.

4. Насонов Е.Л. Специфические ингибиторы ЦОГ-2: решенные и нерешенные проблемы // Клин. фармакол. и терапия. – 2008. – №1. – С. 57-64.

5. Окорочков А.И. Диагностика болезней внутренних органов. – В 3 т. – Т. 2. – Витебск, 1998. – 576 с.

6. Dreiser R.L. Riebenfeld D. Nimesulide in the treatment of osteoarthritis. Double-blind studies in comparison with piroxicam, ketotifen and placebo // Drugs. – 2011. – Vol. 46 (Suppl. 1). – P. 191-195.

7. Rabasseda X. Nimesulide. A selective cyclooxygenase-2 inhibitor anti-inflammatory drugs // Drugs Today. – 2009. – Vol. 234. – P. 365-384.

МЕСУЛИД В ЛЕЧЕНИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА И АРТРОПАТИИ

Р.Ю. Каттаханова, Б.С. Мамаджанов, Г.Н. Райимов, У.А. Матхаликова

Цель: оценка эффективности и безопасности применения мезулида в комплексном лечении реактивного артрита и артропатии. **Материал и методы:** под наблюдением были 86 больных с серонегативными артритами: 1-я группа – 42 больных с артропатией, 2-я группа – 44 больных с реактивным артритом. Мезулид назначали в таблетках по 100 мг два раза в день утром и вечером во время еды в течение 10 дней. **Результаты:** в 1-й группе мезулид оказал выраженное обезболивающее и противовоспалительное действия у подавляющего большинства пациентов. Во 2-й группе эффективность лечения была несколько ниже, хотя достоверных различий по сравнению с 1-й группой не обнаружено. **Выводы:** мезулид следует рассматривать как препарат выбора при плохой переносимости традиционных НПВП, наличии в анамнезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также при необходимости длительного применения НПВП.

Ключевые слова: мезулид, нестероидные противовоспалительные средства, реактивные артриты, артропатия, селективные ингибиторы ЦОГ-2.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

З.Б. Курбаниязов, К.Э. Рахманов, С.С. Давлатов, С.А. Кан

ЎЎ БОСГАН ВЕНТРАЛ ГРИЖАНИ ЖАРРОЎЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

З.Б. Курбаниязов, К.Э. Рахманов, С.С. Давлатов, С.А. Кан

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS AND OBESITY

Z.B. Kurbaniyazov, K.E. Rakhmanov, S.S. Davlatov, S.A. Kan

Самаркандский государственный медицинский институт

Мақсад: хирургик даволаш натижаси анализларига қараб вентрал грижа билан оғриган семиз беморларни комплекс даволаш. **Материал ва усуллар:** ўғ босган вентрал грижа билан илк марта оғриган, қайталанган ва операциядан чиққан 164 та бемор кузатилди. Назорат гуруҳи беморларида маҳаллий тўқима герниопластика ишлаб чиқарилди ва тўрсимон имплант дерматоллипидэктомиядан фойдаланилди. **Натижалар:** назоратдаги беморларнинг кам қисми операциядан кейинги асоратлардан тезда соғайиб кетишди. **Хулоса:** чўзилувчан герниопластиканинг дерматоллипидэктомия билан боғлиқлиги семиз беморларда яхши натижа берди. Операциядан кейинги асоратлар (9,8%) камайган. Касалликнинг қайталанishi ва ўлим билан тугаш ҳоллари бўлмади.

Калит сўзлар: герниоаллопластика, семириш, дерматоллипидэктомия.

Objective: Optimization of complex treatment of obese patients with ventral hernias by a comparative analysis of results of surgical treatment. **Materials and Methods:** Under supervision were 164 obese patients with postoperative, recurrent and primary ventral hernias. Patients in the control group underwent classic hernioplasty with local tissues and prosthetic materials according to indications, in the main group was made hernioplasty using mesh implants with dermolipectomy. **Results:** Patients in the control group observed fewer early postoperative complications, recovered quickly. **Conclusions:** Non-pulling hernioalloplasty in combination with dermolipectomy is optimal for patients with obesity. The last reduced the number of complications in the early (9,8%) and late postoperative period. There were no recurrence of the disease and lethal outcomes.

Key words: hernioalloplasty, obesity, dermolipectomy.

Несмотря на динамическое развитие медицинской науки, лечение вентральной грыжи остается актуальной проблемой. Рост заболеваемости вентральной грыжей сохраняется в основном за счет послеоперационных вентральных грыж, количество которых после выполненных лапаротомий составляет, по разным данным, от 10 до 15% [5,7].

Сочетание грыж передней брюшной стенки с нарушением правильных пропорций передней брюшной стенки и туловища, возникших в результате перерастяжения мышц и увеличения толщины кожно-жировой складки живота, отрицательно сказываются на результатах герниопластики [6,5].

Чрезмерное отложение жировой ткани на передней брюшной стенке с образованием кожно-жирового фартука, кроме причинения эстетических неудобств, является причиной возникновения функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, возникновения болей в спине и появления недержания мочи. Под отвислой кожной складкой, как правило, появляется стойкая опрелость. Создаются также условия для развития застойных явлений в нижних конечностях и варикозного расширения вен. Все эти изменения приводят к ограничению трудоспособности пациента, что позволяет рассматривать пластику передней брюшной стенки как операцию, направленную на коррекцию не только эстетических деформаций, но и функциональных нарушений [5,7].

Поэтому актуально и даже необходимо дополнение герниопластики дерматоллипидэктомией с целью восстановления морфологического состояния брюшной стенки, предшествующего тем изменениям, которые с ней прои-

зошли в результате беременности, перенесенных оперативных вмешательств, длительного грыженосительства, ожирения [6,7].

Цель исследования

Оптимизация комплексного лечения тучных больных с вентральными грыжами путем сравнительного анализа результатов хирургического лечения.

Материал и методы

Проанализированы результаты герниопластики у 164 больных с послеоперационными, рецидивными и первичными вентральными грыжами, страдающих ожирением, из них 50 (30,5%) мужчин и 114 (69,5%) женщин. В возрасте до 45 лет было 35 (21,3%) больных, 46-59 лет – 87 (53,0%), 60-74 лет 39 (23,8%), 75-90 лет – 3 (1,8%). Все операции выполнялись в хирургическом отделении клиники СамМИ в 2007-2013 гг. Больные были разделены на две группы: 72 (43,9%) пациента составили контрольную группу, 92 (56,1%) – основную. Пациентам контрольной группы производилась классическая герниопластика местными тканями и протезирующими материалами по показаниям. Больным основной группы выполнялась герниопластика с использованием сетчатых имплантатов с дополнением дерматоллипидэктомии. Сопутствующая патология несколько чаще встречалась у пациентов основной группы (табл. 1).

По степени птоза передней брюшной стенки пациентов распределяли по классификации А. Matarasso (1989). Минимальный и средний птоз (I-II ст.) отмечался соответственно у 36 и 42 больных с ожирением I-II и III-IV степени, умеренный и выраженный птоз (III-IV ст.) – у 51 и 35 больных с ожирением I-II и III-IV степени (табл. 2).

Таблица 1

Распределение больных контрольной (числитель) и основной (знаменатель) групп в зависимости от сопутствующей патологии, абс. (%)

Сопутствующее заболевание	Число больных
Гипертоническая болезнь	43 (59,7) 56 (60,9)
Ишемическая болезнь сердца	17 (23,6) 24 (26,1)
Хроническая обструктивная болезнь легких	8 (11,1) 7 (7,6)
Сахарный диабет	3 (4,2) 5 (5,4)
Варикозная болезнь нижних конечностей	9 (12,5) 4 (4,3)

Важнейшими факторами, определяющими хирургическую тактику, является локализация грыжи, размер дефекта и наличие рецидивов в анамнезе. Согласно классификации J.P. Chervel, A.M. Rath (1999), у 53 (32,3%)

больных были большие (W_3) и гигантские (W_4) грыжи. У 118 (71,9%) отмечались надпупочные (M_1) и окологривочные (M_2) грыжи. Меньше всего было больных с вентральными грыжами бокового (L) и сочетанного (M+L) расположения. У 115 (70,1%) пациентов были первичные (R_0), у 49 (29,9%) – рецидивные (R_n) грыжи. Распределение больных по локализации грыжи, размер дефекта и количество рецидивов представлено в таблице 3.

Таблица 2

Распределение пациентов контрольной (числитель) и основной (знаменатель) групп по степени абдоминоптоза и степени ожирения

Степень ожирения	Степень абдоминоптоза	
	I-II	III-IV
I-II	12 24	21 30
III-IV	19 23	20 15

Таблица 3

Распределение больных по локализации грыжи, размеру дефекта и количеству рецидивов

Локализация грыжи	Размер дефекта					Всего
	W1	W2	W3	W4		
M1	R0-11	R0-22	R0-10	R0-	R0-43	11
	R1-	R1-4	R1-2	R1-1	R1-7	
	R2-	R2-1	R2-2	R2-1	R2-4	
M2	R0-15	R0-22	R0-5	R0-	R0-42	22
	R1-1	R1-9	R1-1	R1-1	R1-12	
	R2-	R2-1	R2-2	R2-5	R2-8	
	R3-	R3-	R3-	R3-2	R3-2	
M3	R0-2	R0-19	R0-5	R0-	R0-26	15
	R1-1	R1-2	R1-4	R1-2	R1-9	
	R2-	R2-	R2-	R2-6	R2-6	
L	-	R0-1	R0-2	-	R0-3	3
M+L	-	-	-	R0-1 R1-1	R0-1 R1-1	2
Итого	R0-28	R0-64	R0-22	R0-1	R0-115	49
	R1-2	R1-15	R1-7	R1-5	R1-29	
	R2-	R2-2	R2-4	R2-12	R2-18	
	R3-	R3-	R3-	R3-2	R3-2	
	30	81	33	20		

Всем больным проводились общеклинические и биохимические исследования. До и после операции измеряли внутрибрюшное давление. Выполняли УЗИ брюшной полости, пациентам, страдающим ишемической болезнью сердца, проводили эхокардиографию с оценкой таких показателей, как ударный объем и сердечный выброс.

Одним из важных моментов, определяющих исход оперативного вмешательства, следует считать качество предоперационной подготовки. Пациентам с большими и гигантскими вентральными грыжами назначали бесшлаковую диету, с целью профилактики abdominal compartment syndrome (ACS) проводилась тренировка сердца и легких к работе в условиях повышенного внутрибрюшного давления.

Пациентам контрольной группы в зависимости от локализации и размера грыжевого дефекта производилась герниопластика местными тканями и протезирующими материалами. При протезирующих пластиках трансплантат фиксировали по методике «onlay». При необходимости с целью увеличения объема брюшной полости и для предупреждения развития ACS пластика передней брюш-

ной стенки выполнялась ненатяжным способом, то есть наложением сетки на апоневроз без его ушивания, а также комбинированным способом – с добавлением мобилизации влагалищ прямых мышц живота по Ramirez (табл. 4).

Таблица 4

Виды герниопластики, использованные у больных контрольной группы

Вид операции	Число больных, абс. (%)
Натяжные способы пластики	
Пластика по Сапежко	29 (40,3)
Пластика по Мейо	16 (22,2)
Имплантиция эндопротеза по «onlay» с ушиванием дефекта	17 (23,6)
Ненатяжные способы	
Имплантиция эндопротеза по «onlay» без ушивания дефекта	4 (5,5)
Комбинированный способ	
Реконструкция брюшной стенки по Ramirez с применением сетки по «onlay»	6 (8,3)
Всего	72 (100)

У больных основной группы разрез кожи проводилась по грыжевому выпячиванию. Затем подкожно-жировая клетчатка широко отсепаровывалась до апоневроза вокруг грыжевого мешка. После этого проводилась обработка грыжевого мешка, пластика грыжевых дефектов, устранение диастаза прямых мышц живота. Использовали сетчатый имплантат. Для профилактики синдрома малого живота и дыхательной недостаточности по показаниям выполнялась ненатяжная герниопластика без

ушивания апоневроза или реконструкция брюшной стенки по Ramirez (табл. 5). После завершения пластики передней брюшной стенки выполняли дерматолипэктомию (ДЛЭ) по линии, до операции нанесенной на переднюю брюшную стенку, которая окаймляет грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку. Масса избыточного кожно-жирового лоскута варьировала от 4 до 12 кг.

Таблица 5

Виды герниопластики, использованные у больных основной группы

Вид операции	Число больных, абс. (%)
Натяжные способы пластики	
Имплантиция эндопротеза по «onlay» с ушиванием дефекта + ДЛЭ	34 (36,9)
Ненатяжные способы	
Имплантиция эндопротеза по «onlay» без ушивания дефекта + ДЛЭ	44 (47,8)
Комбинированный способ	
Реконструкция брюшной стенки по Ramirez с применением сетки по «onlay» + ДЛЭ	14 (19,4)
Всего	92 (100)

После завершения герниопластики всем больным контрольной и основной групп над апоневрозом оставляли дренажную перфорированную трубку, свободные концы которой выводились ниже горизонтального разреза, фиксировались к коже и дренировались по Редону.

У больных основной группы с целью профилактики ранних осложнений при эндопротезировании во время операции стремились к ликвидации пространств, в которых возможно скопление жидкости. Рекомендуемая постановка дренажей не всегда эффективна и часто сопровождается отделяемым из раны в течение длительного времени. Кроме того, дренажи будучи инородным телом могут провоцировать экссудацию, а при длительной постановке повышать риск инфекционных осложнений. Для этого при ушивании раны использовали вертикальные П-образные швы с широким захватом подкожно-жировой клетчатки и с обязательной фиксацией к протезу и дну раны [4].

В послеоперационном периоде пациентам обеих групп назначалось бандажирование передней брюшной стенки, антибиотикопрофилактика, раннее вставание, дыхательная гимнастика, антикоагулянты, физиотерапия. Дренажную трубку удаляли в сроки от 2 до 8 суток под наблюдением УЗИ в динамике.

Результаты и обсуждение

Эффективность лечения оценивали на основании следующих критериев:

- 1) абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;
- 2) внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;
- 3) раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде;
- 4) отдаленные результаты хирургического лечения.

У больных обеих групп на этапах лечения, в динамике измеряли уровень внутрибрюшного давления. Исходя из полученных данных, были выявлены закономерные изменения показателей внутрибрюшного давления в сторону их повышения на этапах операции, связанных с погружением грыжевого содержимого и герниопластикой. Выполнение ненатяжной герниопластики и комбинированной методики с мобилизацией прямых мышц по Ramirez у 10 пациентов контрольной группы и 58 больных основной группы, благодаря которой удается достичь увеличения объема брюшной полости, позволило избежать повышения внутрибрюшного давления.

У большинства пациентов после операции сохранялась нормальная функция ЖКТ, лишь у 3 больных контрольной и у 1 – основной группы, перенесших герниопластику по поводу гигантской вентральной грыжи, отмечался парез кишечника, купированный медикаментозно. У 4 пациентов контрольной и 2 основной группы наблюдалась задержка мочи.

В контрольной группе бронхолегочные осложнения развились у 6 больных. Явления сердечной недостаточности, которые проявлялись низкими показателями артериального давления, учащением пульса, одышкой, наблюдаемые у 5 больных, у 2 (1,2%) из них они явились причиной летального исхода.

В основной группе внебрюшинные осложнения имели место у 3 больных, в том числе бронхолегочные осложнения – у 2, сердечная недостаточность – у 1 больного 59 лет, страдающего постинфарктным кардиосклерозом.

Раневые осложнения в послеоперационном периоде в контрольной группе наблюдалось у 11 больных, в основной – у 3 (табл. 6).

Таблица 6

Осложнения, наблюдаемые в раннем послеоперационном периоде у больных контрольной (числитель) и основной (знаменатель) групп

Осложнение	Натяжные способы герниопластики	Ненатяжные способы герниопластики	Комбинированный способ	Всего
Абдоминальные осложнения				
Парез кишечника	2/1	-/-	1/-	4
Задержка мочи	2/1	1/-	1/1	6
Внеабдоминальные осложнения				
Бронхолегочные осложнения	5/2	-/-	1/-	8
Сердечно-сосудистая недостаточность	4 (2 летал)/1	1/-	-/-	6
Раневые осложнения				
Инфильтрат	1/1	-/1	2/-	4
Гематома	-/-	1/-	-/-	1
Серома	1/1	1/1	-/-	4
Лимфорей	-/-	-/-	1/-	1
Нагноение раны	1/-	1/-	-/-	2
Некроз края кожного лоскута	1/-	-/-	1/-	2
Итого, абс. (%)	29 (40,3)/ 9 (9,8)			38 (23,8)

Таким образом, у больных контрольной группы послеоперационные осложнения возникали чаще, чем в контрольной группе.

В отдаленные сроки после оперативного вмешательства (от 1 года до 3- лет) результаты лечения удалось проследить у 49 (68,0%) больных контрольной и у 76 (82,6%) основной группы. За это время масса тела у больных контрольной группы существенно не изменилась. У пациентов основной группы имели место глобальные изменения.

Это положительно сказалось на дальнейших жизненных перспективах, поскольку именно абдоминальный тип распределения жировой ткани в наибольшей степени ассоциируется с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2-го типа.

При исследовании уровня гликемии у пациентов контрольной группы существенных изменений не выявлено. У больных основной группы отмечалось достоверное сни-

Таблица 7

Распределение больных контрольной (числитель) и основной (знаменатель) групп в зависимости от сопутствующей патологии в отдаленном послеоперационном периоде, %

Сопутствующее заболевание	Всего больных	До опер.	В отд. периоде
Гипертоническая болезнь	38	59,7	77,5
	23	60,9	30,3
Ишемическая болезнь сердца	16	23,6	32,6
	11	26,1	14,5
Хроническая обструктивная болезнь легких	8	11,1	16,3
	2	7,6	2,6
Сахарный диабет	3	4,2	6,1
	1	5,4	1,3
Варикозная болезнь нижних конечностей	7	12,5	14,3
	1	4,3	1,3

жение изучаемых показателей. Уровень глюкозы крови у пациентов основной группы не превышал 6,1 ммоль/л.

В обеих группах исходно у 99 (60,4%) человек имелась артериальная гипертензия различной степени. При дина-

мическом наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде у больных контрольной группы сохранялись высокие цифр АД, с тенденцией к переходу в более тяжелые степени артериальной гипертензии. У больных основной группы отмечено снижение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более легкие степени артериальной гипертензии (см. табл. 7).

В целом через 3 месяцев после операции у больных основной группы отмечалось улучшение качества жизни по всем компонентам исследования.

Таким образом, при выполнении герниопластики частота послеоперационных осложнений значительно выше, чем при использовании дерматолипэктомии. Кроме того, липоабдоминопластика для пациента существенно лучше как по объективным, так и по субъективным критериям.

Выводы

1. Особенностью больных с вентральными грыжами и ожирением является наличие сопутствующей патологии, требующей особой предоперационной подготовки.

2. Ненатяжная герниоаллопластика и комбинированная герниопластика с мобилизацией прямых мышц живота по Ramirez в сочетании с дерматолипэктомией является оптимальным видом герниопластики у пациентов с ожирением. Надежность пластики грыжевых ворот обеспечивается за счет полипропиленового протеза, а выполнение ненатяжной герниоаллопластики и комбинированной методики позволяет избежать повышения внутрибрюшного давления за счет увеличения объема брюшной полости.

3. В результате применения дерматолипидэктомии удалось снизить количество осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, в том числе раневых с 15,3 до 3,3%, со стороны органов сердечно-сосудистой системы – с 86,9 до 47,2%. Рецидивов заболевания и летальных исходов не было.

4. Герниопластика и дермолипэктомия позволяют избавить пациента не только от физических страданий и неудобств, связанных с ожирением, но и от состояния психологического дискомфорта, возвращают их к полноценной жизни, сокращают период социально-трудовой реабилитации.

Литература

1. Алишанов С.А. Профилактика и лечение осложнений абдоминопластики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 22 с.

2. Егиев В.Н., Чижов Д.В. Проблемы и противоречия «ненатяжной» герниопластики // Герниология. – 2004. – №4. – С. 3-7.

3. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. – М., 2005. – С. 296-358.

4. Кукош М.В., Власов А.В., Гомозов Г.И. Профилактика ранних послеоперационных осложнений при эндотезировании вентральных грыж // Новости хирургии. – 2012. – Т. 20, №5. – С. 32-37.

5. Олейничук А.С. Особенности хирургического лечения вентральных грыж у больных с избыточной массой тела и ожирением: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 156 с.

6. Сидоренков Д.А. Пластическая эстетическая хирургия в лечении ожирения // Анналы пласт., реконструкт. и эстет. хирургии. – 2002. – №4. – С. 107.

7. Федоров Ю.Ю. Современная концепция абдоминопластики // Анналы пласт., реконструкт. и эстет. хирургии. – 2002. – №4. – С.114.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

З.Б. Курбаниязов, К.Э. Рахманов, С.С. Давлатов, С.А. Кан

Цель: оптимизация комплексного лечения тучных больных с вентральными грыжами путем сравнительного анализа результатов хирургического лечения. **Материал и методы:** под наблюдением были 164 больных с послеоперационными, рецидивными и первичными вентральными грыжами, страдающих ожирением. Пациентам контрольной группы производилась классическая герниопластика местными тканями и протезирующими материалами по показаниям, основной – герниопластика с использованием сетчатых имплантатов с дополнением дерматолипэктомии. **Результаты:** у пациентов контрольной группы наблюдалось меньшее количество ранних послеоперационных осложнений, быстрее наступало выздоровление. **Выводы:** ненатяжная герниоаллопластика в сочетании с дерматолипэктомией является оптимальной у пациентов с ожирением. Благодаря последней удалось снизить количество осложнений в ближайшем (9,8%) и отдаленном послеоперационном периоде. Рецидивов заболевания и летальных исходов не было.

Ключевые слова: герниоаллопластика, ожирение, дерматолипэктомия.

КОМБИНИРОВАННАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ НОСОГЛОТКИ

А.А. Маматисаев, Д.Б. Юсупова, М.С. Худоёров, М.А. Маликов

МАҲАЛЛИЙ ТАРҚАЛГАН БУРУН-ХАЛҚУМ САРАТОНИДА КОМБИНИРЛАШГАН КИМЁНУР ДАВО

А.А. Маматисаев, Д.Б. Юсупова, М.С. Худоёров, М.А. Маликов

COMBINED CHEMORADIOTHERAPY FOR LOCALLY SPREAD NASOPHARYNX CANCER

А.А. Mamatisaev, D.B. Yusupova, M.S. Khudoyorov, M.A. Malikov

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский городской онкологический диспансер

Мақсад: бурун-халқум саратонида комбинирлашган нуртерапия ва кимётерапия самарадорлиги ва хавфсизлигини кўрсатиб бериш. **Материал ва усуллар:** дастлаб индукцион кимётерапия (цисплатин асосида) ортидан баравар кимёнуртерапия ва фақат КНТ олган 42 беморда ретроспектив анализ ўтказилди. **Натижалар:** уч йиллик умумий яшовчанлик ва касалликнинг рецидивсиз яшовчанлиги, 1-гурӯҳда 81% (18/22) ва 75% (16/22) га ва фақат кимёнур ўтказилган гурӯҳда 80% (16/20) и 71% (14/20)га тўғри келди. Иккала гурӯҳ беморларида умумий эффект 100% ташкил қилди. **Хулоса:** маҳаллий тарқалган бурун-халқум саратонида бир вақтда кимёнур терапия ва индукцион кимё терапия + кимёнур терапия қўлланилиши ижобий натижага олиб келди. Умумий токсиклик назоратга олиниб, даволашни тўхтатиш ёки чеклашга олиб келмади.

Калит сўзлар: бурун-халқум саратони, индукцион кимётерапия, комбинирлашган кимёнур терапия.

Objective: Retrospective analysis of treatment outcome of locally spread nasopharynx cancer (NC) with use of induction chemotherapy (ICT) followed by chemoradiotherapy (CRT) and separately CRT. **Materials and Methods:** Retrospective analysis of treatment results in 42 patients with locally advanced NC treated with ICT (with cisplatin) followed by concurrent CRT. **Results:** Three-year overall survival and disease-free survival in the 1st group was 81% (18/22) and 75% (16/22), in the 2nd group – 80% (16/20) and 71% (14/20), respectively. In both groups, the total effect was 100%. **Conclusions:** As simultaneous CRT, as ICT with subsequent simultaneous CRT showed objective result in locally spread NC. Toxicity in both cases was controlled.

Key words: nasopharynx cancer, induction chemotherapy, radiation therapy, combined chemoradiotherapy.

Рак носоглотки (РН) – относительно редкое злокачественное новообразование, которое развивается из эпителия носоглотки. Чаще болеют мужчины (соотношение 4:1) в возрастных группах 15-25 и 40-60 лет, преимущественно в странах Юго-Восточной Азии [4,6]. Согласно классификации ВОЗ, выделяют 3 формы рака носоглотки: ороговевающий плоскоклеточный рак (SCC), неороговевающий плоскоклеточный рак (NKC), недифференцированный рак носоглоточного типа (UCNK) [7,8].

РН имеет некоторые особенности, которые отличают его от других карцином головы и шеи, такие как прогноз заболевания и его ассоциация с вирусом Эпштейна – Барра (EBV) [1,10]. На ранних стадиях (T1, 2aN0M0) использование только лучевой терапии обеспечивает 95/100% безрецидивную выживаемость, а при местно-распространенной форме заболевания требуется совместное проведение химио- и радиотерапии [5,6].

Два больших метааналитических исследования показали преимущество параллельной химиолучевой терапии (ХЛТ) перед только лучевой терапией [2,3]. Роль адъювантной химиотерапии остается спорной. Есть сообщения о лучшей общей выживаемости при методе ХЛТ с последующей адъювантной химиотерапией по сравнению только с лучевым лечением [8,9], но это не подтверждено другими исследованиями [4,11].

Неoadъювантная химиотерапия также является допустимым выбором, так как она может регулировать субклинические метастатические очаги, особенно у пациентов с местно-распространенным РН (T4b и/или N2/3). Хотя было выполнено несколько испытаний II и III фазы с применением индукционной химиотерапии с последующей

радиотерапией, никакого неопровержимого доказательства в пользу его эффективности на сегодня не имеется [9].

Цель исследования

Ретроспективный анализ результатов лечения местно-распространенного РН с использованием индукционной химиотерапии (ИХТ) с последующей ХЛТ и отдельно ХЛТ.

Материал и методы

В исследование включены 42 пациента (32 мужчины и 10 женщин) с местно-распространенным РН (T2bN0M0-T4bN3M0), получавшие химиолучевую терапию в 2008-2013 гг. Средний возраст 52 года (диапазон от 18 до 67 лет). У всех больных диагноз был верифицирован гистологически, у большинства имела место недифференцированная карцинома (34 пациента, 80,9%) III-IV стадии (39 пациентов, 92,8 %) (табл. 1).

Больным проведена эпифарингоскопия с биопсией из первоначальной опухоли, компьютерная томография области головы, шеи, груди, живота с контрастированием. Лечение проводилось методами индукционной химиотерапии с последующей ХЛТ (22 пациента 1-й группы) и только ХЛТ (20 пациентов 2-й группы). Для ИХТ использованы платиновые схемы (**PF** – цисплатин по 100 мг/м² в/в в 1-й день и 5-фторурацил по 1000 мг/м² в/в в 1-й и 4-й дни; **TPF** – доцетаксел по 75 мг/м² в/в в 1-й день, цисплатин по 75 мг/м² в/в в 1-й день и 5-фторурацил по 750 мг/м² в/в ежедневно в 1-4-й дни; **TP** – доцетаксел по 75 мг/м² в/в в 1-й день и цисплатин по 75 мг/м² в/в в 1-й день; **CAP+V** – кемолат по 100 мг/м² в/в в 1-й день, доксорубин по 30 мг/м² в/в во 2-й и 3-й дни, циклофосфан (1000 мг/м² в 4-й день, винкристин по 2 мг/м² в 5-й день). Интервал между циклами составлял 21 день.

Таблица 1

Клинические характеристики пациентов

Характеристика больных	Группа	
	1-я	2-я
Пол:		
- муж.	16	18
- жен	6	2
Средний возраст (диапазон), лет	50±1 (24-62)	
Стадия:		
- IIb	1	2
- III	10	8
- IVa	8	7
- IVb	3	3
Статус показателей ECOG:		
- 0	18	13
- 1	4	7
- 2	0	0
Метод лечения:		
- ИХТ+ХЛТ	0	20
- ХЛТ		
Схема ИХТ:		
- PF	8	-
- TRF	4	-
- TR	7	-
CAР+V	3	-
- всего	22	-
ЛТ СОД, Гр:		
70	5	3
66	5	4
60	2	3
Гистологический тип:		
- G1	2	2
- G2	1	2
- G3	2	1
- недифференцированный	17	15

После индукционной химиотерапии была выполнена компьютерная томография головы, шеи, груди и живота и эпифарингоскопия для определения последующего объема терапии. ХЛТ проводили в обеих группах по одинаковой методике. Она включала химиотерапию по схеме PF (цисплатин по 100 мг/м² в/в 1-й день, 5-фторурацил по 1000 мг/м² в/в ежедневно в 1-4-й дни) и лучевую терапию, которую проводили параллельно в 1-м цикле. В объем облучения были включены область носоглотки, зоны субклинического распространения и зоны регионарного метастазирования. Большой опухолевой объем (GTV), клинический объем мишени (CTV), планируемый объем мишени (PTV) и планируемый объем облучения с учетом толерантности окружающих нормальных тканей (RTV) для каждого пациента определяли согласно рекомендациям Международной комиссии ICRU (International Committee on Radiation Units and Measurements) по оценке градиций объемов [7,11].

CTV-T включал GTV-T, то есть заднюю треть носовой впадины, верхнечелюстные пазухи, нижнюю часть тела клиновидной кости, скат черепа и крыловидные ямки. CTV-N охватывал GTV-N (если макроскопически определялись метастазы в лимфоузлах), двусторонние шейные

лимфоузлы (уровни Ib-V), средние надключичные ямки и ретро/парафарингеальное пространство. Учитывая погрешности установки и движения пациента (опухоли), на планируемый объем мишени (PTV) добавлено 5 мм к каждому краю, соответствующему CTV. Для облучения использовали дистанционную гамма-терапию (ДГТ) радионуклидом ⁶⁰Co в режиме обычного фракционирования по 2 Гр ежедневно в течение пяти дней еженедельно, СОД 60-70 Гр. Токсичность была градуирована согласно принципам руководства Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) [7]. Всем пациентам спустя 60-90 дней после лучевой терапии проводили эпифарингоскопию и МРТ, а через 45-50 дней после завершения радиотерапии – компьютерную томографию головы, шеи, груди и живота с контрастом и без контраста. Применяли критерии оценки эффекта солидных опухолей RTOG [7].

Результаты и обсуждение

Эффективность лечения оценивали после его завершения по критериям RECIST 2009 г. (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors). Период наблюдения – от 3 до 58 месяцев (в среднем 48 мес.). В обеих группах общий эффект (ОЭ) и полный эффект (ПЭ) были почти одинаковыми, но в группе больных, получавших индукционную химиотерапию + ХЛТ, показатель был на 5,5% лучше, чем в группе ХЛТ (табл. 2).

Таблица 2

Общие результаты лечения, абс. (%)

Результат	1-я группа	2-я группа
Общий эффект	22 (100)	20 (100)
Полный эффект	21 (95,5)	18 (90)
Трехлетняя общая выживаемость	19 (86,3)	17 (85)
Трехлетняя безрецидивная выживаемость	16 (72,7)	15 (75)
Умерли	3 (13,6)	3 (15,5)
Рецидив/Рост	6 (27,2)	5 (25)

У 20 (соответственно 54,5 и 40%) пациентов из побочных эффектов лечения отмечалась нейтропения, у 29 (63,6 и 75%) – мукозит, у 31 (72,7 и 75%) – ксеростомия, которая у всех больных удавалось контролировать. В отдаленном периоде ксеростомия II степени наблюдалась у 22 (59 и 45%) больных, извращение вкуса у 17 (45 и 35%), подкожный фиброз I степени у 30 (72,7 и 70%).

По данным Л.В. Болотиной [3], РН чрезвычайно чувствителен к ХЛТ. Используя комбинированные методы ХЛТ, можно достигнуть почти полного контроля заболевания даже при местно-распространенных его формах [4]. Три больших исследования III фазы подтвердили преимущество ХЛТ с применением цисплатина и 5-фторурацила перед только ЛТ [9]. Примечательно, что объединенный анализ двух больших исследований (РН-9901 и РН-9902) показал, что доза цисплатина во время ХЛТ оказывала значительное влияние на контроль при местно-распространенном РН [9,11].

Данные В.В. Ма [10] показали, что уровень ДНК EBV значительно коррелирует с объемом опухоли, частотой рецидива и выживаемостью. Раннее обнаружение высоко-го уровня ДНК EBV после ХЛТ может служить показанием

к применению адьювантной ХТ [10]. По данным F. Caponigro, F. Longo, F. Ionna [6], дальнейшая стратегия повышения эффективности химиотерапии состоит в том, чтобы использовать индукционную химиотерапию с последующей ЛТ или ХЛТ. Индукционная химиотерапия, как правило, считается наиболее подходящим методом лечения и вероятнее обеспечивает раннюю эрадикацию отдаленных микрометастазов, особенно при местно-распространенной форме болезни (T4 и/или N2/3). Кроме того, индукционная химиотерапия может уменьшить объем первичной опухоли, чтобы дать более широкое поле для облучения.

В нескольких клинических испытаниях II фазы была использована цисплатин-таксан содержащая индукционная химиотерапия, сопровождаемая ЛТ или ХЛТ, со средним общим эффектом 94% и трехлетней безрецидивной выживаемостью 81% [6,9]. Эти результаты согласуются с нашими данными. В случае тщательного подбора пациентов, возможно, полихимиотерапия окажется наиболее оптимальным методом. Больные, включенные в этот ретроспективный анализ, получали дистанционную телегамматерапию с предсуществующим симулированием. Анализируемое исследование подтверждает, что одновременная ХЛТ представляется стандартным лечением при местно-распространенных формах РН. Определение титров ДНК EBV при лечении химиолучевым методом может быть полезным для подбора пациентов.

Выводы

1. Оптимальным методом лечения пациентов с местно-распространенными злокачественными опухолями носоглотки является комбинированная химиолучевая терапия.

2. Как одновременная ХЛТ, так и индукционная химиотерапия с последующей одновременной ХЛТ показали одинаковый эффект при местно-распространенном РН.

3. Побочные реакции и осложнения разной степени выраженности наблюдаются при всех вариантах химиолучевой терапии. В большинстве случаев токсические проявления не носили выраженного характера, не требовали специальной коррекции и не приводили к отмене лечения.

Литература

1. Белова В.П., Глеков И.В., Поляков В.Г. Опыт лечения недифференцированного рака носоглоточного типа у детей // 5-й съезд онкологов и радиологов СНГ: Материалы. – Ташкент, 2008. – С. 441.

2. Белоусова Н.В., Кондратьева Т.Т., Гурцевич В.Э. и др. Диагностика недифференцированного рака носоглотки // Современные методы диагностики: Тез. докл 5-й межрегион. науч.-практ. конф. – Барнаул, 2003. – С. 280-281.

3. Болотина Л.В., Королева Л.А., Корниецкая А.И. Возможности лекарственной противоопухолевой терапии рака носоглотки // Рос. онкол. журн. – 2010. – №5. – С. 43-46.

4. Вдовина С.Н., Андреев В.Г., Буякова М.Е. Предоперационная магнитно-лучевая терапия в сочетании с ПХТ в качестве радиомодификатора при комбинированном лечении злокачественных образований полости носа и око-

лоносовых пазух // 5-й съезд онкологов и радиологов СНГ: Материалы. – Ташкент, 2008. – С. 155

5. Вдовина С.Н., Андреев В.Г., Гулидов И.А. и др. Результаты комбинированного лечения злокачественных новообразований полости носа и околоносовых пазух в зависимости от способа фракционирования предоперационной лучевой терапии // Вопр. онкол. – 2006. – Т. 52, №2. – С. 196-199.

6. Caponigro F, Longo F, Ionna F. Treatment approaches to nasopharyngeal carcinoma: a review // Anticancer Drugs. – 2010. – Vol. 21. – P. 471-477.

7. Cox J.D., Stetz J., Pajak T.F. Toxicity criteria of Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and the European organization for research and treatment of cancer (EORTC) // Int. J. Rad. Oncol. Biol. Phys. – 2004. – Vol. 23, №5. – P. 1324-1328.

8. Lee A.W., Lin J.C., Ng W.T. Current management of nasopharyngeal cancer // Semin. Radiat. Oncol. – 2012. – Vol. 22. – P. 233-244.

9. Lin J.C., Jan J.S., Hsu C.Y. et al. Phase III study of concurrent chemoradiotherapy versus radiotherapy alone for advanced nasopharyngeal carcinoma: positive effect on overall and progression-free survival // J. Clin. Oncol. – 2003. – Vol. 21. – P. 631-637.

10. Ma B.B., King A., Lo Y.M. et al. Relationship between pre-treatment level of plasma Epstein-Barr virus DNA, tumor burden, and metabolic activity in advanced nasopharyngeal carcinoma // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. – 2006. – Vol. 66. – P. 714-720.

11. Perri F., Bosso D., Buonerba C. et al. Locally advanced nasopharyngeal carcinoma: Current and emerging treatment strategies // Wld J. Clin. Oncol. – 2011. – Vol. 2. – P. 377-383.

КОМБИНИРОВАННАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ НОСОГЛОТКИ

А.А. Маматисаев, Д.Б. Юсупова, М.С. Худоёров, М.А. Маликов

Цель: ретроспективный анализ результатов лечения местно-распространенного РН с использованием индукционной химиотерапией (ИХТ) с последующей ХЛТ и отдельно ХЛТ. **Методы:** проведен ретроспективный анализ результатов лечения 42 пациентов с местно-распространенным РН, получавших индукционную химиотерапию (с цисплатином) с последующей одновременной химиолучевой терапией. **Результаты:** трехлетняя общая выживаемость и безрецидивная выживаемость в 1-й группе составила 81% (18/22) и 75% (16/22), 2-й – 80 (16/20) и 71% (14/20). В обеих группах общий эффект составил 100%.

Выводы: как одновременная ХЛТ, так и индукционная химиотерапия с последующей одновременной ХЛТ показали объективный результат при местно-распространенном РН. Токсичность в обоих случаях была контролируемой.

Ключевые слова: рак носоглотки, индукционная химиотерапия, лучевая терапия, комбинированная химиолучевая терапия.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

М.М. Мирзахмедов

КАТТАЛАРДА ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХИРУРГИК УСУЛЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАНГАН БЕМОЛЛАРНИНГ НАТИЖАЛАРИНИ ТАҚҚОСЛАШ

М.М. Мирзахмедов

COMPARATIVE EVALUATION OF METHODS OF SURGICAL CORRECTION FOR HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN ADULTS

M.M. Mirzakhmedov

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: Гиршпрунг касаллиги билан касалланган беморларда хирургик усуллари билан тақослаш ва амалиётга қўрсатмасини аниқлаш (бир этапли ва кўп этапли) ва жарроҳлик тактикасини танлаш. **Материал ва усуллар:** 15 ёш ва ундан катта 82 та бемор Республика колопроктология илмий марказида 1993-2014 йилга қадар стационар даволанган. **Натижалар:** иккала жарроҳлик усулини натижалари таққослаганда тўғри ичакни икки бригадалари қорин-анал резекция амалиёти Дюамел амалиётига нисбатан яхши натижалар аниқланди. **Хулоса:** тўғри ичакни икки бригадалари қорин-анал резекцияси амалиётдан сўнг кичик тос бўшлиғи нисбатан кам учраганлиги аниқланди.

Калит сўзлар: мегакOLON, гипоганглиоз, катталарда Гиршпрунг касаллиги.

Objective: Comparative evaluation of treatment results of patients with Hirschsprung's disease with regard to indications for surgery (one-stage or multi-stage) and surgical approach. **Materials and Methods:** From 1993 to 2014, were studied 82 patients with Hirschsprung's disease at the age of less than 15 years in the Coloproctology Scientific Center of the Ministry of Public Health of the Republic of Uzbekistan. **Results:** After abdomino-anal resection of the rectum with reduction, complications in patients in the postoperative period were rarer than after operation by modified Duhamel method. **Conclusions:** Abdomino-anal resection of the rectum with reduction improves the quality of life of patients, reduces the number of days of incapacity and disability, and provides economic effect.

Key words: megacolon, hipogangliosis, Hirschsprung's disease in adults.

Болезнь Гиршпрунга является наиболее частой хирургической причиной развития хронического толстокишечного стаза у взрослых. Тактика ведения больных с классическими формами заболевания (ректальная, анальная, наданальная, субтотальная) не вызывает сомнений, тогда как лечение больных с короткой и ультракороткой формой болезни Гиршпрунга продолжает вызывать споры [1-3]. Особенности течения заболевания, его зависимость от морфологических изменений стенки толстой кишки, а следовательно, диагностика и лечебная тактика у взрослых пациентов требуют дальнейшего изучения.

Цель работы

Сравнительная оценка результатов лечения больных с болезнью Гиршпрунга с учетом показаний к операции (одноэтапной и многоэтапной) и хирургической тактики.

Материал и методы

Под наблюдением были 82 пациента с болезнью Гиршпрунга старше 15 лет, получавших стационарное лечение в НЦ колопроктологии МЗ РУз в 1993-2014 г., из них 58 лиц мужского и 24 женского пола. 25,6% больных были в возрасте 15-19 лет, 39% – 20-24 лет, 19,5% – 25-29 лет, 15,9% – 30 и старше.

Пациенты были разделены на 2 группы: 28 (34,1%), больным основной группы выполнена брюшно-анальная резекция (БАР) прямой кишки с низведением проксимальных участков толстой кишки в анальный канал; у 54 (65,9%) пациентов контрольной группы осуществлена операция Дюамеля в модификации.

Болезнь Гиршпрунга диагностировали на основании результатов комплекса клинических, специальных и функциональных методов исследования. В НЦ колопрок-

тологии МЗ РУз разработана специальная схема обследования, позволяющая дифференцировать болезнь Гиршпрунга от других нейроанальных дисплазий, оценить функциональное состояние различных отделов толстой кишки и выявить сопутствующие заболевания.

Результаты исследования

Результаты нашего исследования позволили определить точные критерии диагноза болезни Гиршпрунга у взрослых, к которым относятся наличие запоров с раннего детского возраста в анамнезе; выявление при контрастном рентгенологическом исследовании толстой кишки зоны сужения дистальных отделах толстой кишки с воронкообразным переходом в супрастенотическое расширение; результат трансанальной биопсии стенки прямой кишки по Свенсону.

Стабильное состояние и отсутствие осложнений заболевания у 70 (85,3%) пациентов с болезнью Гиршпрунга позволило провести одноэтапное радикальное хирургическое лечение: 26 (37,2%) из них выполнена БАР прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с наложением колоанального анастомоза (основная группа), 44 (62,8%) – операция Дюамеля в модификации (контрольная группа). 12 (14,6%) больным (2 – основной и 10 – контрольной группы) хирургическое лечение проводилось в 2 этапа. Брюшно-анальная резекция прямой кишки выполнялась с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с наложением колоанального анастомоза. Пациентам с мегаректумом в сочетании с расширением сигмовидной кишки и левосторонним поражением толстой кишки выполняли левостороннюю гемиколпроктэктомию с на-

ложением трансверзоанального анастомоза с избытком. При субтотальном поражении толстой кишки осуществляли резекцию прямой кишки и субтотальную колэктомия с наложением асцендоанального анастомоза с избытком; при расширении только прямой кишки производили резекцию с наложением сигмоанального анастомоза с избытком. Эти операции выполняли синхронно две бригады. Во 2-й группе мегаректум в сочетании с расширенной сигмовидной кишкой диагностирован у 24 (44,4%) пациентов. При расширении всей кишки (16 чел.) ее удаляли и формировали десцендоректальный анастомоз. Больным, у которых была расширена лишь дистальная часть сигмовидной кишки (10 чел.), выполняли резекцию прямой и части сигмовидной кишки с формированием колоректального анастомоза.

Многоэтапное хирургическое лечение позволило не только улучшить общее состояние больных, ликвидировать кишечную непроходимость, но и сохранить часть ободочной кишки при выполнении основного этапа операции: Левосторонняя гемиколэктомия, формирование культи прямой кишки и наложение трансверзостомы произведены 5 (41,6%) больным, передняя резекция прямой кишки, сигмоидэктомия, формирование культи прямой кишки, наложение десцендостомы – 3 (25%), БАР прямой кишки, сигмоидэктомия и наложение десцендостомы – 2 (16,7%), субтотальная колэктомия, формирование культи прямой кишки и наложение асцендостомы – 2 (16,7%). Причинами наложения колостомы были прогрессирующая декомпенсация ободочной кишки на фоне распространенного мегаколона, наличие калового камня в прямой и ободочной кишках, ухудшение общего состояния, вызванное хронической интоксикацией, и нарушение метаболизма. Сроки выполнения второго этапа хирургического лечения составляли 6-18 месяцев и зависели, главным образом, от причины, вызвавшей необходимость многоэтапного лечения.

В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечались у 18 (22%) оперированных больных. Умер 1 (1,21%) пациент. Поздние послеоперационные осложнения в виде стриктуры колоректального анастомоза имели место у 8 (9,75%) пациентов: у 2 (25%) – после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал, у 6 (75%) – после операции Дюамеля в модификации.

В отдаленные сроки после хорошие результаты достигнуты у 85% обследованных. Анализ факторов, влияющих на отдаленные функциональные результаты после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал, показал статистически достоверную их зависимость от распространенности гипо- или аганглионарной зоны.

Осложнения послеоперационного периода у больных контрольной группы встречались чаще, чем основной. В

этой группе операции длилась на 30 мин меньше, а время пребывания в клинике было на 4 дня короче, чем после операции Дюамеля.

Таким образом, преимущество брюшно-анальной резекции прямой кишки заключается еще и в том, что у больных основной группы такие серьезные осложнения, как абсцесс полости малого таза, некроз и ретракция низведенной кишки, перитонит встречались соответственно в 1,8; 1,5 и 1,2 раза реже, чем после операции Дюамеля.

Через 3, 6 и 12 месяцев у больных основной группы наблюдалась более выраженная положительная динамика нормализации основных показателей.

Выводы

1. Сравнение двух методов хирургического лечения показало значительное преимущество брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением при дистальной форме болезни Гиршпрунга перед методом Дюамеля в модификации.

2. Осложнения послеоперационного периода у больных контрольной группы встречались чаще, чем основной. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением повышает качество жизни пациентов, уменьшает количество дней нетрудоспособности и инвалидность, дает экономический эффект.

Литература

1. Абайханов Р.И., Киргизов И.В. Диагностика и хирургическая лечения ректальных форм болезни Гиршпрунга у детей // Рос. вестн. детской хирургии. – 2014. – №2. – С. 16-18.
2. Воробей А.В., Махмудов А.М., Высоцкий Ф.М. 40-летний опыт лечения болезни Гиршпрунга у взрослых в Беларуси // Вопр. организации и информатизации здравоохран. – 2010. – №4. – С. 92-96.
3. Воробьев Г.И., Жученко А.П., Ачкасов СИ., Бирюков О.М. Болезнь Гиршпрунга у взрослых: 25-летний опыт клиники // Акт. вопр. колопроктол. (Самара). – 2003. – №2. – С. 414.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

М.М. Мирзахмедов

Цель: сравнительная оценка результатов лечения больных с болезнью Гиршпрунга с учетом показаний к операции (одноэтапной и многоэтапной) и хирургической тактики. **Материал и методы:** под наблюдением в НЦ колопроктологии МЗ РУз в 1993-2014 гг. были 82 пациента с болезнью Гиршпрунга в возрасте старше 15 лет. **Результаты:** после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением осложнения у больных в послеоперационном периоде встречались реже, чем операции по методу Дюамеля в модификации. **Выводы:** брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением повышает качество жизни пациентов, уменьшает количество дней нетрудоспособности и инвалидность, дает экономический эффект.

Ключевые слова: мегаколон, гипоганглиоз, болезнь Гиршпрунга у взрослых.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕНАШИВАНИЯ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРУКТУРНО-ОПТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СЫВОРОТКИ КРОВИ

Д.Ф. Нажметдинова, М.Н. Негматуллаева

ҚОН ЗАРДОБИНИНГ ТАРКИБИЙ-ОПТИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ АНИҚЛАШ ЙЎЛИ БИЛАН ҲОМИЛАДОР АЁЛНИНГ ҲОМИЛАНИ ҚОРНИДА УЗОҚ ОЛИБ ЮРИШГА ЭРТА ТАШХИС ҚЎЙИШ ИМКОНИАТЛАРИ

Д.Ф. Нажметдинова, М.Н. Негматуллаева

POSSIBILITY OF EARLY DIAGNOSIS OF ADVANCED PREGNANCY BY DETERMINING STRUCTURAL AND OPTICAL PROPERTIES OF BLOOD SERUM

D.F. Najmetdinova, M.N. Negmatullaeva

Бухарский государственный медицинский институт

Мақсад: ҳомиладорликнинг қон зардоби таркибий-оптик хусусиятлари ҳолатларига таъсирини аниқлаш ҳамда ҳомилалини узоқ олиб юришда туғруқ фаолияти ривожланишини прогноз қилишда текширишининг ушбу усулини ўзига хослиги ва таъсирчанлигини баҳолаш. **Материал ва усуллар:** 200 нафар ҳомиладор аёллар текширувдан ўтказилди: улардан 50 нафаридан ҳомиладорлик даври 39-40 ҳафталик (1-гурӯҳ), 74-41 ҳафта (2- гурӯҳ) 75-42 ҳафта ва ундан ортиқ (3-гурӯҳ). **Натижалар:** ҳомиладор аёл қон зардобининг таркибий тузилишининг кутилаётган туғруқ фаолияти билан ўзаро ишончли боғлиқлиги аниқланди. Радиал симметрик суратга эга қон зардоби фасцияларининг мувофиқ морфологик турларини ҳомиладор аёлларда аниқланганида кутилмагандаги тўлғоқ ҳолатини рўй беришидан бир неча кун аввал прогнозлаш имконияти пайдо бўлди. Бошқа морфологик турларда кутилмагандаги тўлғоқ ҳолатини олдиндан айтиб бериш имконияти йўқ. **Хулоса:** фасция таркибий тузилишининг ўта паст даражада эканлиги ва унинг радиал-симметрик суратининг йўқлигида, айниқса, ҳомиладорликнинг 42-ҳафтасидан ошган муддатда, туғруқ фаолияти ривожланишининг бузилишини олдиндан айтиб бериш мумкин. Бу ўз навбатида туғруқ услубини танлашни, ҳамда бачадон торайиши фаолиятидаги бузилишларни ва унинг окситоцин, ҳамда простагландин дори воситалари билан даволашга таъсирчанлигини аниқлашни талаб этади.

Калит сўзлар: ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиб кетиши, қон зардобининг таркибий-оптик хусусиятлари, туғруқ фаолияти.

Objective: To assess the influence of pregnancy on the state of structural and optical properties of blood serum and to evaluate the specificity and sensitivity of this method of examination in predicting development of labor activity in advanced pregnancy. **Materials and Methods:** There were examined 200 pregnant women: 50 women at gestation terms of 39-40 weeks (1 group), 74 women – 41 week (2 group), 75 women – 42 weeks or more (3 group). **Results:** A significant association between the structural organization of blood serum of the pregnant and upcoming labor was revealed. It was determined the possibility of predicting spontaneous labor a few days before its identification in pregnant corresponding morphological types of fascia serum, which had radially symmetrical pattern. It is not possible to make the forecast of development of spontaneous labor activity in other morphological types. **Conclusions:** In the presence of extremely low levels of structureborne and the absence of radially symmetric pattern of fascia, especially in the gestation of more than 42 weeks, forecasting of violation in the development of labor activity is possible that require the choice of tactics of delivery and determine violations of the contractile activity of the uterus and its refractoriness to medical correction with oxytocin and prostaglandins.

Key words: advanced pregnancy, structural and optical properties of blood serum, labor activity.

Перенашивание беременности является одним из наиболее значимых факторов риска осложнений в родах для матери и плода [5,9]. При этом выявление параметров, с помощью которых можно определить точный срок доношивания и начало родовой деятельности, представляет собой сложную задачу. Поэтому все ошибки в тактике родоразрешения бывают напрямую связаны с трудностями в постановке диагноза перенашивания [6,7].

В последние годы одним из интенсивно развивающихся направлений клинической диагностики является изучение процессов структурирования биологических жидкостей – сложных многокомпонентных систем, динамически изменяющихся при обменных нарушениях и иных патологических процессах [8]. Изучение морфологии биологических жидкостей является дополнительным лабораторным методом диагностики, позволяющим определить не конкретные показатели состава биологической жидкости, а взаимодействие всех ее составляющих и энергетические связи между ними, отражающие метаболиче-

ские и системные нарушения в органах и тканях матери в конкретный период времени [2,4].

Выявляемые морфологические критерии позволяют установить наличие в организме матери гипоксических, ишемических и других процессов, которые могут способствовать патологическому течению подготовительного периода родов, развитию перенашивания беременности и дают возможность в динамике оценить эффективность проводимой индукции родовой деятельности [1,3].

Цель исследования

Выявление влияния беременности на состояние структурно-оптических свойств сыворотки крови и оценка специфичности и чувствительности данного метода исследования в прогнозировании развития родовой деятельности при переносимой беременности.

Материал и методы

В группах проспективного наблюдения нами были обследованы 200 беременных женщин. У 50 беременных сроки беременности составляли 39-40 недель (1-я гр.), у

74 – 41 неделя (2-я гр.), у 75 – 42 недели и более (3-я гр.). Средний возраст женщин при переносимой беременности составил 25-37 лет, при пролонгированной – 18-35 года, при доношенной беременности – 20-30 лет. Юных первородящих (до 20 лет) при пролонгированной беременности было несколько больше (23,3%). Обращает на себя внимание тот факт, что пациенток старше 30 лет в 3-й группе было в 1,5 раза больше, чем во 2-й. То есть в развитии переносимой беременности могут иметь значение предстоящие первые роды у женщин старше 30 лет, поскольку беременность у них протекает в условиях относительной плацентарной недостаточности вследствие худшей адаптации репродуктивной системы. Безусловно, для более позднего развития спонтанной родовой деятельности имеют значение те дистрофические изменения в эндометрии, которые часто встречаются у перво- и второродящих женщин старше 30 лет.

Изучение гинекологического анамнеза обследованных женщин показало, что частота выявления инфекций, передающихся половым путем, и хронических воспалительных заболеваний придатков матки у пациенток с переносимой беременностью была достоверно выше, чем при пролонгировании.

По-видимому, изменения микробиоценоза родовых путей и хронические воспалительные заболевания вызывают существенные изменения рецепторного аппарата матки, снижают его чувствительность к биологически активным соединениям и гормонам, препятствуя своевременному развитию родовой деятельности.

Результаты исследования

Мониторинг показателей картины оптической плотности сыворотки крови проводили для прогнозирования развития родовой деятельности и течения родов, подготовки к родам, выбора времени и оптимального метода родоразрешения. В 1-й группе мониторинг проводился однократно, по 2-й и 3-й группам – 2-3-кратно.

У 50 беременных 1-й группы с доношенной беременностью в сроке 39-40 недель при однократном определении структурно-оптических свойств сыворотки крови методом клиновидной дегидратации морфологическая картина фасции имела умеренное структурное строение и радиально-симметричный рисунок (рис. 1).

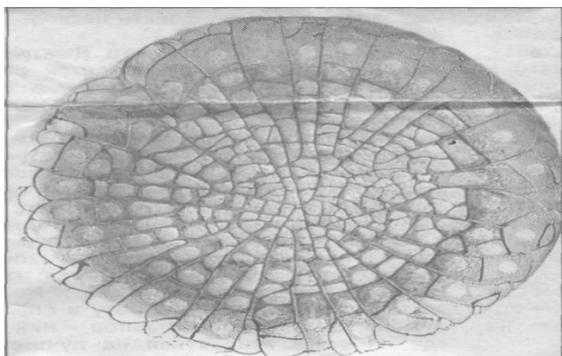


Рис. 1. Радиально-симметричный рисунок (умеренный уровень) структурной организации.

Степень зрелости шейки матки, которую у беременных этой группы определяли мануально по шкале Бишопа, в среднем была равна 9 баллам или больше. Родовая деятельность у пациенток этой группы наступила в сроке 39-40 недель спонтанно, роды протекали гладко, с поло-

жительной динамикой родовой деятельности, через естественные родовые пути.

Во 2-ю группу, как было отмечено ранее, были включены 75 женщин с пролонгированной беременностью, хотя до настоящего времени единого мнения в отношении пролонгированной беременности не существует. Некоторые авторы (Игнатко И.В., Стрижаков А.Н., 2006) относят пролонгированную беременность к патологическим состояниям, Е.А. Чернуха [8], G.M. Cario (1984) полагают, что пролонгированная беременность представляет собой один из вариантов нормы. Отсутствие четких критериев дифференциальная диагностика пролонгированной и переносимой беременности в большинстве случаев не позволяет разграничить эти понятия.

При исследовании оптической плотности сыворотки крови у 20 (26,6%) женщин 2-й группы в сроке гестации 41 недель обнаружен морфологический тип фасции с крайне низким уровнем структурной организации, отсутствием радиально-симметричного рисунка (рис. 2).

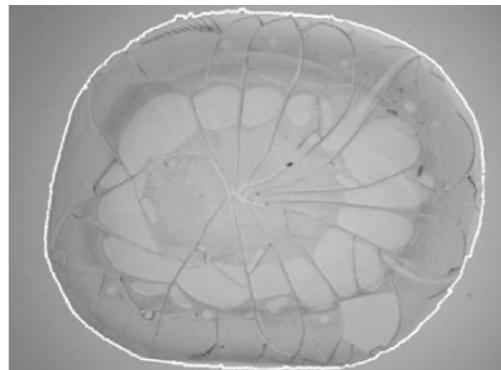


Рис. 2. Отсутствие радиально-симметричного рисунка (низкий уровень структурной организации).

Несмотря на превышающий срок гестации, спонтанная родовая деятельность у них не наступила, поэтому было решено индуцировать роды простагландинами. У остальных 55 (73,3%) беременных констатирован умеренный уровень строения структуры и радиально-симметричный рисунок. Спустя 2-3 суток после обследования и корригирующей метаболической терапии (витамин В 2,0 в/м, кальций хлорид 10% 10,0 в/в, но-шпа 2% 2,0 в/м, хофитол 2,5-5,0 мл раствора) развилась спонтанная родовая деятельность с положительной динамикой и благополучным исходом родов для матери и плода.

В 3-ю группу вошли 75 беременных с переносимой беременностью со сроком гестации более 42 недель. У 25 (33,3%) из них имелся выраженный радиально-симметричный рисунок. Спустя 24-48 часов после поступления в стационар у них спонтанно развилась активная родовая деятельность, все женщины благополучно родоразрешены. У 50 (66,7%) беременных этой группы при определении структурно-оптических свойств сыворотки крови отмечался крайне низкий уровень структурной организации с отсутствием радиально-симметричного рисунка и другие варианты системного построения фасции сыворотки крови. Эти 50 беременных были отнесены в группу риска развития аномалии родовой деятельности с учетом данных анамнеза и течения настоящей беременности.

Подготовка к родам начиналась в ближайшие дни после поступления в стационар и проводилась различными

методами (простагландины, антагонисты прогестерона, амниотомия, утеротоники).

Только у 33 (66,0%) из 50 беременных в течение 3-5 дней был получен положительный эффект от проводимой медикаментозной подготовки организма к родам. Зрелости шейки матки к родам по шкале Бишопа составляла более 7-8 баллов, при бимануальном исследовании шейка матки зрелая.

У 17 (34,0%) пациенток медикаментозная коррекция родовой деятельности эффекта не дала, зрелость шейки матки не наступила, и после оценки состояния внутриутробного плода с помощью УЗИ (биофильный плод), доплерометрии (среднемозговой артерии плода) коллегиально была выбрана акушерская тактика. При мониторинге оценки структурно-оптических свойств сыворотки крови беременных были получены те же картины с низкой структурной организацией фасции.

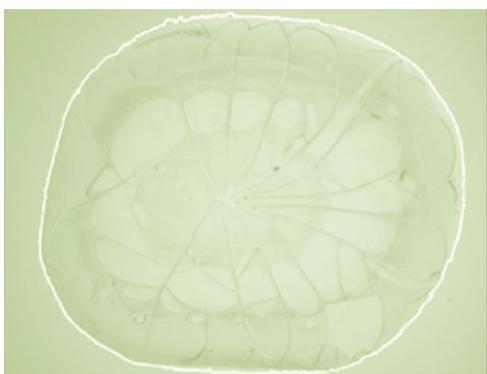


Рис. 3. Отсутствие радиально-симметричного рисунка (низкий уровень структурной организации).

Анализ полученных результатов выявил достоверную связь между структурной организацией сыворотки крови беременной и предстоящей родовой деятельностью. Определена возможность прогнозирования спонтанной родовой деятельности за несколько дней до ее начала при обнаружении у беременных соответствующих морфологических типов фасций сыворотки крови, которые имели радиальный симметричный рисунок. При других морфологических типах сделать прогноз развития спонтанной родовой деятельности не представляется возможным.

Выводы

1. Если за 3-5 дней до родов при исследовании сыворотки крови методом клиновидной дегидратации у беременной обнаруживают умеренный уровень структурной организации и радиально-симметричный рисунок фасции, то можно достоверно прогнозировать развитие хорошей родовой деятельности в предстоящих родах и ее спонтанное начало.

2. При наличии крайне низкого уровня структурного строения и отсутствии радиально-симметричного рисунка фасции, особенно в сроке гестации более 42 недель, возможно прогнозирование нарушения развития родовой деятельности, требующее выбора тактики родоразрешения. Кроме того, это исследование позволяет диагностировать нарушения сократительной деятельности матки и рефрактерность ее к медикаментозной коррекции окситоцином и простагландинами.

Литература

1. Габриелян А.Р. Современные аспекты акушерской тактики при перенашивании беременности: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005.
2. Михельсон А.А. Роль биологически активных веществ в подготовке и инициации родов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов н/Д, 2009.
3. Нурманбетова Д.С., Нугманова М.И. Исходы для матери и плода в зависимости от длительности перенашивания // Вестн. врача общ. практ. – 2003. – Ч. 2. – С. 75-77.
4. Сичинова А.Г., Сонголова Е.Н., Горюшина Н.Б., Панина О.Б. Состояние шейки матки при перенесенной беременности. Прогнозирование исхода родов // Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. – 2007. – №6. – С. 21-24.
5. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Перенесенная беременность. – М.: Изд-кий дом «Династия», 2006.
6. Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Баев О.Р., Рыбин М.В. Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь // Акуш. и гинея. – 2000. – №5. – С. 8-12.
7. Тарасова Л.Г. Клиническая оценка роли антител к коллагену III типа и морфологической картины сыворотки крови у детей больных туберкулезом легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Астрахань, 2009. – 18 с.
8. Трубникова Л.И., Шабалин В.Н., Шатохина С.Н. Диагностическая значимость показателей морфоструктуры биологических жидкостей при сахарном диабете у беременных. – М., 2003.
9. Чернуха Е.А. Перенесенная беременность. – М.: Медицина, 2007. – 58 с.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕНАШИВАНИЯ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРУКТУРНО-ОПТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СЫВОРОТКИ КРОВИ

Д.Ф. Нажметдинова, М.Н. Негматуллаева

Цель: выявление влияния беременности на состояние структурно-оптических свойств сыворотки крови и оценка специфичности и чувствительности данного метода обследования в прогнозировании развития родовой деятельности при перенесенной беременности. **Материал и методы:** обследованы 200 беременных женщин: 50 в сроке беременности 39-40 недель (1-я гр.), 74 – 41 неделя (2-я гр.), 75 – 42 недели и более (3-я гр.). **Результаты:** выявлена достоверная связь между структурной организацией сыворотки крови беременной и предстоящей родовой деятельностью. Определена возможность прогнозирования спонтанной родовой деятельности за несколько дней до ее начала при обнаружении у беременных соответствующих морфологических типов фасций сыворотки крови, которые имели радиальный симметричный рисунок. При других морфологических типах сделать прогноз развития спонтанной родовой деятельности не представляется возможным. **Выводы:** при наличии крайне низкого уровня структурного строения и отсутствии радиально-симметричного рисунка фасции, особенно в сроке гестации более 42 недель, возможно прогнозирование нарушения развития родовой деятельности, требующего выбора тактики родоразрешения, а также определение нарушения сократительной деятельности матки и рефрактерности ее к медикаментозной коррекции окситоцином и простагландинами.

Ключевые слова: перенашивание беременности, структурно-оптические свойства сыворотки крови, родо-вая деятельность.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ

Ф.Р. Насиров, А.И. Хасанов, Д.Х. Мирхамидов, Х.Б. Худойбердиев, О.М. Рахмонов, С.С. Касимов, Р.А. Хашимов

СИЙДИК КАНАЛИ СТРИКТУРАСИГА ЧАЛИНГАН БЕМОЛЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАНЛАШГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ОМИЛЛАР

Ф.Р. Насиров, А.И. Хасанов, Д.Х. Мирхамидов, Х.Б. Худойбердиев, О.М. Рахмонов, С.С. Касимов, Р.А. Хашимов

FACTORS INFLUENCING THE CHOICE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH URETHRAL STRICTURE

F.R. Nasirov, A.I. Hasanov, D.H. Mirhamidov, H.B. Khudoiberdiev, O.M. Rakhmonov, C.S. Kasimov, R.A. Khashimov

Ташкентская медицинская академия, Республиканский специализированный центр урологии

Мақсад: уретра стриктурасига чалинган беморларни даволаш усулларини танлашга таъсир этувчи омилларни аниқлаш. **Материал ва усуллар:** уретра стриктурасига чалинган ва турли жарроҳлик амалиётларини ўтказган 109 та беморнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил қилинди. Шу беморлардан 53-тасига рентген назорати остидаги уретра эндоскопик реканализацияси, пиривордида стриктура соҳаси трансуретрал резекцияси билан, 23-тасига трансуретрал ички оптик уретротомия, 33-тасига эса турли турдаги сийдик каналини тиклаш амалиётлари ўтказилди. **Натижалар:** изланишимиз мобайнида олинган маълумотлар таҳлили шуни кўрсатдики, уретра стриктурасига чалинган беморларни даволаш усулларини танлашга таъсир этувчи асосий омиллар – беморнинг ёши, ёндош касалликлар борлиги, анестезиологик ҳавф даражаси ва уретра стриктурасини жойлашган жойи ва стриктуранинг узунлиги эканлиги аниқланди. **Хулоса:** уретра эндоскопик реканализацияси билан оғриган беморларда сийдик қопи бўйнининг стриктурага мойиллиги бошқа стриктурага чалинганларга қараганда кўпроқ.

Калит сўзлар: уретра стриктураси, уретра эндоскопик реканализацияси, трансуретрал резекция, трансуретрал ички оптик уретротомия, уретра пластикаси.

Objective: to determine the factors influencing the choice of treatment of patients with urethral stricture. **Material and Methods:** conducted retrospective analysis of medical records of 109 patients with urethral stricture, which were made of different kinds of operations on the urethra, 53 endoscopic recanalization of the urethra under radiological control with subsequent transurethral resection of the area of the stricture, 23 – transurethral internal optical urethrotomy, 33 different types of urethroplasty. **Results:** the main factors influencing the choice of treatment of patients with urethral stricture, are the patient's age, presence of comorbidities, the degree of anaesthetic risk surgical intervention, localization and length of the stricture. **Conclusions:** endoscopic recanalization of the urethra in patients with stricture, located in the neck of the bladder is more effective than in patients with different localization of the stricture.

Key words: urethral stricture, endoscopic recanalization of the urethra transurethral resection, transurethral internal optical urethrotomy, urethroplasty.

Лечение стриктуры уретры остается одной из наиболее сложных проблем урологии, о чем свидетельствует высокий процент осложнений и рецидивов, требующих проведения многократных повторных операций. До недавнего времени основными методами лечения стриктуры уретры были сложные реконструктивно-пластические операции, неудовлетворительные результаты которых наблюдались более чем у 25% больных [2,4].

В связи с развитием и внедрением новых технологий значительно расширился арсенал малотравматичных вмешательств в лечении столь сложной патологии. Известно, что выбор рациональной тактики лечения больных со стриктурой уретры зависит от качества и полноты предоперационной диагностики [1,6,10].

Одним из основных факторов, влияющих на выбор метода лечения [5] и во многом прогноз стриктуры уретры, в том числе рецидивной, является дооперационная оценка изменений уретры и периуретральных тканей [3,9], а также точное установление особенностей стриктуры [8].

Если правильно отбирать пациентов для лечения, основываясь на результатах используемого диагностического метода, то удастся достичь снижения частоты рецидивов уретры, причем значительного [7].

Цель исследования

Определение факторов, влияющих на выбор метода лечения больных со стриктурой уретры.

Материал и методы

Проведено обследование и лечение 109 больных со стриктурой болезнью уретры в возрасте от 16 до 80 лет (средний возраст 43,6±17,8 года), обратившихся в 2011-2014 гг. в АО «Республиканский специализированный центр урологии». При обращении в клинику у 64 (58,7%) пациентов имелся надлобковый цистостомический дренаж, установленный ранее в связи с невозможностью самостоятельного мочеиспускания, у 45 (41,3%) пациентов максимальная объемная скорость потока мочи была снижена в среднем до 4,3 мл/с (диапазон от 1,0 до 12,0).

В зависимости от цели исследования больные были разделены на 3 группы: 1-я группа – 53 больных, которым была проведена эндоскопическая реканализация уретры под рентгенологическим контролем; 2-я группа – 23 мужчины, которым выполнена трансуретральная внутренняя оптическая уретротомия; 3-я группа – 33 больных, у которых осуществлены различные виды уретропластики.

Для определения фактора, повлиявшего на выбор метода лечения, сравнивали следующие показатели: возраст

пациента, сопутствующие заболевания, степень анестезиологического риска оперативного вмешательства, локализация стриктуры, протяженность стриктуры уретры.

По возрасту больные были распределены согласно отчетной форме №7 МЗ РУз и Международной классификации болезней 10 (МКБ-10).

Анестезиологический риск вмешательств определяли по классификации оценки объективного статуса больного, принятой Американским обществом анестезиологов (ASA).

Полученные материалы обработаны статистически с помощью программы MS Office Excel 2007, StatSoft Statistica 8.0 с использованием критериев Стьюдента – Фишера.

Результаты

Анализ характера оперативных вмешательств в зависимости от возраста пациентов показал, что лицам молодого возраста чаще (75,7%) выполнялась уретропластика, реканализация произведена половине пациентов (47,2%), ТУВО уретротомия – у 39,1%. У лиц пожилого возраста

чаще прибегали к реканализации уретры (22,6%), а уретропластика осуществлена лишь у 6,1% больных (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту в зависимости от вида оперативного вмешательства, абс. (%)

Возраст, лет	Вид оперативного вмешательства		
	реканализация	ТУВО уретротомия	уретропластика
15-44	25 (47,2)	9 (39,1)	25 (75,7)
45-64	16 (30,2)	10 (43,5)	6 (18,2%)
65 и старше	12 (22,6)	4 (17,4)	2 (6,1)
Всего	53 (100)	23 (100)	33 (100)

Что касается сопутствующих заболеваний, то в группе пациентов, которым была выполнена уретропластика, сопутствующие заболевания встречались значительно реже, чем в двух других группах (табл. 2).

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от характера сопутствующего заболевания

Сопутствующее заболевание	Вид оперативного вмешательства		
	реканализация	ТУВО уретротомия	уретропластика
ИБС	20	4	3
СД	2	4	3
ИБС+СД	3	1	-
ИБС+анемия	1	-	-
Анемия	-	1	-
ХПН	-	1	-
Всего, абс. (%)	26 (49,1)	11 (47,2)	6 (18,2)

Анализ частоты выполненных оперативных вмешательств в зависимости от степени анестезиологического риска оперативного вмешательства показал, что в группе пациентов, которым была выполнена уретропластика, риск оперативного вмешательства по классификации

оценки объективного статуса больного, принятой Американским обществом анестезиологов, в основном был I и II степени, тогда как реканализацию уретры и ТУВО уретротомию проводили пациентам с III и IV степенями риска (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от степени анестезиологического риска, абс. (%)

Степень	Вид оперативного вмешательства		
	реканализация	ТУВО уретротомия	уретропластика
I	13 (24,5)	9 (39,1)	10 (30,3)
II	21 (39,6)	6 (26,2)	19 (57,6)
III	18 (34,0)	7 (30,4)	4 (12,1)
IV	1 (1,9)	1 (4,3)	-
Всего	53 (100)	23 (100)	33 (100)

При анализе частоты оперативных вмешательств в зависимости от локализации стриктуры уретры выявлено, что реканализацию уретры чаще выполняли пациентам, у которых стриктура уретры располагалась в области шейки мочевого пузыря (50,9%), а уретропластику и ТУВО уретротомию – пациентам со стриктурой, расположенной в бульбарной части уретры, соответственно в 75,8% и 91,3% случаев (табл. 4).

Протяженность стриктуры у пациентов 1-й группы составила 0,4-2,3 см (в среднем 1,0±0,3), во 2-й группе – 0,4-1,8 см (в среднем 0,7±0,2), в 3-й – 0,5-3,5 см (в среднем 1,1±0,3). Сравнительный анализ протяженности стриктуры между группами выявил отсутствие статистически достоверных различий в длине стриктуры (p>0,05).

Анализ показал, что пациентам с более протяженной стриктурой уретры чаще выполняли уретропластику, тогда как пациентам с менее протяженной стриктурой – ТУВО уретротомию. Реканализацию уретры чаще проводили пациентам, у которых длина стриктуры составляла 0,5-1,0 см (табл. 5).

Заключение

Результаты исследования показали, что основными факторами, влияющими на выбор метода лечения больных со стриктурой уретры, являются возраст, наличие сопутствующих заболеваний, степень анестезиологического риска оперативного вмешательства, локализация и протяженность стриктуры.

Клиническая медицина

Таблица 4

Распределение больных в зависимости от локализации стриктуры уретры, абс. (%)

Локализация стриктуры	Вид оперативного вмешательства		
	реканализация	ТУВО уретротомия	уретропластика
Мембранозная часть	6 (11,4)	-	3 (9,1)
Бульбарная часть	8 (15,1)	21 (91,3)	25 (75,8)
Вишачий отдел	8 (15,1)	2 (8,7)	4 (12,1)
Шейка м/пузыря	27 (50,9)	-	-
Два отдела	4 (7,5)	-	1 (3,0)
Всего	53 (100)	23 (100)	33 (100)

Таблица 5

Распределение больных в зависимости от протяженности стриктуры уретры, абс. (%)

Протяженность стриктуры, см	Вид оперативного вмешательства		
	реканализация	ТУВО уретротомия	уретропластика
До 0,5	8 (15,1)	10 (43,5)	2 (6,1)
0,6-1,0	38 (71,7)	11 (47,8)	20 (60,6)
Более 1,0	7 (13,2)	2 (8,7)	11 (33,3)
Всего	53 (100)	23 (100)	33 (100)

Выводы

1. Эндоскопическая реканализация уретры у пациентов со стриктурой, расположенной в области шейки мочевого пузыря, более эффективна, чем у пациентов с другой локализацией стриктуры.

2. Клиническая эффективность эндоскопической реканализации уретры более значительна и стабильна при лечении больных со стриктурой уретры протяженностью до 1,0 см, чем у пациентов с более протяженными стриктурами.

Литература

1. Зубарев А.В., Чепуров А.К., Зайцев Н.В. и др. Возможности лучевой диагностики в выборе тактики лечения при сложных стриктурах уретры // Мед. визуализация. – 2002. – №2. – С. 61-68.

2. Мартов А.Г., Саидов И.Р., Камалов А.А., Гуцин Б.Л. Эндоскопическая реканализация в лечении облитераций уретры // Урология. – 2002. – №4. – С. 28-34.

3. Чепуров А.К., Зубарев А.В., Кривобородов Г.Г., Зайцев Н.В. Использование биоразстворимых стентов в лечении сложных стриктур уретры // Урология. – 2002. – №5. – С. 49-54.

4. Шевченко Ю.Л., Лоран О.Б., Нестеров С.Н. и др. Приоритеты аутоотрансплантационного материала в заместительной уретропластике // Анналы хир. – 2006. – №6. – С. 55-58.

5. Bircan M.K., Sahin H., Korkmaz K. Diagnosis of urethral strictures: is retrograde urethrography still necessary? // Int. Urol. Nephrol. – 1996. – Vol. 28, №6. – P. 801-804.

6. Davies T.O., McCammon T.A., Jordan G.H. Bulbar urethral reconstruction: does ultrasound add to preoperative planning? // J. Urol. – 2009. – Vol. 181, №4 (Suppl.). – С. 16.

7. Koraitim M.M. Post-traumatic posterior urethral strictures: preoperative decision making // Urology. – 2004. – Vol. 64, №2. – P. 228-231.

8. Morey A.F., McAninch J.W. Role of preoperative sonourethrography in bulbar urethral reconstruction // J. Urol. – 1997. – Vol. 158, №4. – P. 1376-1379.

9. Pansadoro V., Emiliozzi P. Iatrogenic prostatic urethral strictures: classification and endoscopic treatment // Urology. – 1999. – Vol. 53, №4. – P. 784-789.

10. Sung D.J., Kim Y.H., Cho S.B. et al. Obliterative urethral stricture: MR urethrography versus conventional retrograde urethrography with voiding cystourethrography // Radiology. – 2006. – Vol. 240, №3. – P. 842-848.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ

Ф.Р. Насиров, А.И. Хасанов, Д.Х. Мирхамидов, Х.Б. Худойбердиев, О.М. Рахмонов, С.С. Касымов, Р.А. Хашимов

Цель: определение факторов, влияющих на выбор метода лечения больных со стриктурой уретры. **Материал и методы:** проведен ретроспективный анализ историй болезни 109 пациентов со стриктурой уретры, которым были выполнены различные виды операций на уретре, из них 53 эндоскопическая реканализация уретры под рентгенологическим контролем с последующей трансуретральной резекцией зоны стриктуры, 23 – трансуретральная внутренняя оптическая уретротомия, 33 – различные виды уретропластики. **Результаты:** основными факторами, влияющими на выбор метода лечения больных со стриктурой уретры, являются возраст, наличие сопутствующих заболеваний, степень анестезиологического риска оперативного вмешательства, локализация и протяженность стриктуры. **Выводы:** эндоскопическая реканализация уретры у пациентов со стриктурой, расположенной в области шейки мочевого пузыря более эффективна, чем у пациентов с другой локализацией стриктуры.

Ключевые слова: стриктура уретры, эндоскопическая реканализация уретры, трансуретральная резекция, трансуретральная внутренняя оптическая уретротомия, уретропластика.

IMPORTANCE OF REFLUXATE NATURE IN THE MANIFESTATION OF CLINICAL AND ENDOSCOPIC SIGNS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Z.M. Orziev, D.H. Yuldasheva, B.Y. Muzaffarov

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ РЕФЛЮКС КАСАЛЛИГИНИ КЛИНИК-ЭНДОСКОПИК БЕЛГИЛАРИНИ ПАЙДО БЎЛИШИДА РЕФЛЮКСАТ ХАРАКТЕРИНИНГ ХУСУСИЯТИ

З.М. Орзиев, Д.Х. Юлдашева, Б.Ю. Музаффаров

ЗНАЧЕНИЕ ХАРАКТЕРА РЕФЛЮКСАТА В ПРОЯВЛЕНИИ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

З.М. Орзиев, Д.Х. Юлдашева, Б.Ю. Музаффаров

Bukhara State Medical Institute

Мақсад: гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) клиник-эндоскопик белгилари ва рефлюксат характери ўртасидаги ўзаро боғлиқликни яхшилаб ўрганиш. **Материал ва усуллар:** ГЭРК билан рўйхатда турган 74 та бемор таҳлил қилинди ва уларда касалликнинг клиник-эндоскопик белгилари ва рефлюксат характери ўртасида алоқа ўрнатилди. **Наतिжалар:** ишқорли рефлюксатда, қачонки рефлюксат нордон таъмга эга бўлганда оғизда тахир маза пайдо бўлди. Эрозив рефлюкс-эзофагит нордонлиги билан характерланади, унинг нозрозив шакли ишқорли рефлюксат учун. **Хулоса:** ГЭРК клиник-эндоскопик белгиларини пайдо бўлишига таъсири ХР да аниқ кўринади.

Калит сўзлар: гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги, рефлюксат характери, нордон рефлюкс, ишқорли рефлюкс.

Цель: изучение возможной взаимосвязи между характером рефлюксата (ХР) и клиничко-эндоскопическими признаками гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). **Материал и методы:** анализ проявлений ведущих клиничко-эндоскопических признаков у 74 больных ГЭРБ с учетом характера рефлюксата позволил установить связь между проявлениями клиничко-эндоскопических признаков болезни и характером рефлюксата. **Результаты:** в случаях щелочного рефлюкса более выраженными оказались горечь во рту, а когда рефлюксат приобретал кислый характер, то существенно возрастала значимость изжоги и отрыжки. Эрозивный рефлюкс-эзофагит более характерен для кислого, его неэрозивная форма – для щелочного рефлюкса. **Выводы:** ХР оказывает определенный эффект на клинические и эндоскопические проявления симптомов ГЭРБ.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, характер рефлюксата, кислый рефлюкс, щелочной рефлюкс.

Conducted epidemiological studies of today indicate high prevalence of gastroesophageal reflux disease (GERD) in the population [2,6,10]. GERD has increased fast and is the leader among the common diseases of the digestive system. The incidence of GERD among the population is higher than official statistics presents because not all patients refers for medical help. The highest prevalence of heartburn, the main symptom of GERD, in the United States amounts from 17.8% to 25% of the population experience it at least once a week [1,7]. Our republic on the occurrence of GERD has rather vague data. According to several Uzbek studies, the prevalence of GERD in our country is also quite large [2].

Of course, the severity of important clinical and endoscopic aspects of GERD depends on a number of factors involved in its development [1,6]. Recently, specialists [3,5,8,9] have reoriented the vector of their interests consciously to the refluxate nature (RN) as a source of potentiating manifestation of clinical and endoscopic signs of GERD. Obviously, there are not many publications devoted to the chain link of refluxate and symptoms of GERD. At the same time, some fragments of this issue are still not entirely clear that dictates the need for further studies in this direction. Hence, the purpose of the study was to investigate the possible connection between RN and clinical and endoscopic signs of GERD.

Materials and Methods

There were examined 74 patients with GERD, 40 of them (54%) were men and 34 (46%) were women aged from 18 to 57 years (mean age 34±4,2 years). Verification of the diagnosis of GERD was based on the results of clinical and medical his-

tory, radiographic and endoscopic studies using the classification of GERD proposed in 2009 [4]. Evaluation of GERD symptoms (heartburn, regurgitation were evaluated according to the severity of their perception) was carried out using a quantitative 4-point Likert scale: no symptom - 0 points; loosely defined, revealed on questioning - 1 point; moderately expressed - 2 points; constantly felt, but not hinders daily activities - 3 points; severe, hinders daily activities - 4 points.

The patients were divided into two representative groups by age and number of patients, the average length of history, gender indicators, severity of BMI Quetelet. The main criterion for distinguishing patients served RN studied by transient pH-measurement, first in vivo, and then in vitro. For the implementation the last refluxate was removed through the endoscope and immersed in a test tube, and then ex tempore held RN - Geometry, using a universal pH meter BFRL-S20 (China). On the eve of the study patients took no antacids, coffee, fruit juices, citrus fruits. Controls were the results of pH-measurement in vivo of 12 healthy individuals. For the study were obtained consent of most participants and members of the Ethics Committee for Human Rights in Biomedicine at the Bukhara Medical Institute. The results obtained were processed statistically using Student's t-test and the differences were considered significant at $p < 0,05$.

Results and Discussion

We obtained the following results of study. In patients with alkaline refluxate, GERD pH metry indicators averaged 8,7±0,9, severity was minimal but differed from pH indices of control group (6,9±0,8) ($p < 0,05$). In GERD patients with acid refluxate,

pH metric study showed the mean values $2,6 \pm 0,3$ significantly differing from results of healthy individuals ($p < 0,001$). The pH-measurement of GERD patients with alkaline and acid refluxates in the expression differed significantly ($p < 0,001$).

For a comparative analysis of the clinical manifestations of GERD with RN was originally installed range of leading symptoms that adversely affect the quality of life. Later, each symptom of GERD was analysed, especially its relation to RN. The severity of signs was estimated by the point Likert scale with some additions made by the authors. As follows from the data presented in the table, frequency of manifestation of leading symptoms of GERD was different, some of them were clearly dependent on RN. This dependence increasingly concerned manifestations as regurgitation, odynophagia, at least bitter taste in the mouth, heartburn. Among all the clinical signs, stable heartburn was the most characteristic and proved sign of GERD. It depended on RN spectrum. Thus, if the frequency of manifestation of the symptom in patients with CD was 97,3%, alkaline refluxate appeared and was slightly less than 75%. As

can be seen, the differences were not impressive. But the significant difference was in the degree of perception of heartburn, which was directly correlated with RN. The severity of heartburn in one third of the patients with acid refluxate was high (+++), in many of them was moderate (++) and in the others was weak (+). Individuals with alkaline refluxate observed several different alignment degree of heartburn perception. Only at the tenth part of them was high (+++), in the remaining ones was equally represented moderate (++) and weak (+) degrees of heartburn perception.

Impressive was the incidence of other equally important clinical sign of GERD-burping. It was revealed almost in all (94,7%) GERD patients with acid reflux and only in 16,6% patients with alkaline reflux. The contrast revealed in terms of the common symptoms of regurgitation with adequate laboratory and instrumental signs can be useful as a clinical indicator, which allows differentiating GERD from acid and alkaline refluxates (Table).

Table

Leading clinical symptoms of GERD, depending on the nature of refluxate

Symptoms	Symptoms of GERD with acid refluxate, n=38		Symptoms of GERD with alkaline refluxate, n=36	
	Frequency, abs (%)	Frequency (in points)	Frequency, abs (%)	Frequency (in points)
Heartburn	37 (97,3±2,6)	3,5±0,9	27 (75±7,2)	2,1±0,5*
Eructation	36 (94,7±3,6)	3,3±0,6	6 (16,6±6,2)	1,4±0,8a
Bitter taste in the mouth	13 (34,2±7,6)	1,8±0,4	33 (91,6±4,6)	3,8±0,9b
Regurgitation	33 (86,8±5,4)	3,1±0,7	32 (88,8±5,2)	3,7±0,9*

Note. a - $p < 0,05$; b - $p < 0,001$ - significant differences between GERD patients with acid and alkaline refluxates.

Burping noted in patients with acid refluxate, but the re-sounding belch. At alkaline refluxate was serial burping. Moreover, burp sometimes was accompanied by regurgitation of liquid with sour taste, and, secondly, by bitter. The identified differences between manifestation of symptoms in the patients examined and burping increase the chances of diagnostic and clinical signs and can be very useful in the differentiation of RN.

Bitter taste in the mouth was more typical for alkaline refluxate. This symptom occurred in 91,6% of alkaline refluxate. At the same time, at acid refluxate it noted in 34,2%. In light of these results it can be assumed that the diagnostic potential of bitterness in the mouth is high enough and the presence of other clinical sign proving it can serves as an indicator in the delineation of RN. It should be emphasized that only a symptom of regurgitation in patients with GERD was regardless of RN. Equally attractive features had manifestations of endoscopic signs of GERD-related RN indicators.

According to the data obtained, patients with GERD with either alkaline and acid refluxates had often erosive reflux-esophagitis, peptic one than other forms. Thus, in the first case it occurred in approximately 8%, while in the second case was in only 2% of patients, regardless of GERD indicators of RN. In this case, we should specify what forms of erosive reflux-esophagitis were more characteristic for alkaline refluxate, which occurred in 19% of patients with that form of refluxate. In contrast to this, in alkaline refluxate patients were much more likely to have non-erosive form of reflux-esophagitis,

which was observed in 21% of patients with alkaline refluxate. Ulcerative form of reflux-esophagitis, as above-mentioned, was much less common, but in contrast to erosive one, it was fairly evenly detected in patients with GERD, regardless of pH-metric indicators of refluxate.

Thus, on the basis of our studies we can conclude that RN has a certain effect on the characteristics of clinical and endoscopic manifestations of GERD symptoms. Clinical signs of odynophagia, dysphagia, and bitter taste in the mouth were more typical for alkaline refluxate, while heartburn, regurgitation, on the contrary, for acid refluxate. Erosive form of reflux-esophagitis was much more common in acid refluxate, and non-erosive form - for alkaline refluxate.

References

1. Babak O.J., Fadeenko G.D. Gastroesophageal reflux disease. - Киев: Интерфарма, 2000.
2. Delvaux M. Pathophysiology, diagnosis and treatment of gastro-esophageal reflux // Доктор. - 1994. - №5. - С. 12-14.
3. French-Belgian Consensus Conference on Adult Gastro-oesophageal Reflux Disease. Diagnosis and treatment report of a meeting held in Paris, France on 21-22 January 1999. The jury of the consensus conference // Europ. J. Gastroenterol. Hepatol. - 2000. - Vol. 12. - P. 129-137.
4. Justine E.V., Karrian I.U., Heung W. et al. Differences in clinical characteristics between patients with nonerosive reflux disease and reflux esophagitis // Clin. Gastroenterol. Hepatol. - 2008. - Vol. 1, №3. - P. 169-175.

Клиническая медицина

5. Lim L.G., Ho K.Y. Gastroesophageal reflux disease at the turn of millennium // *Wld J. Gastroenterol.* – 2003. – Vol. 9, №10. – P. 2135-2136.

6. Mavlyanov I.R., Orziev Z.M., Marufhanov X.M. On the feasibility of establishing a new clinical klassssifikatsii gastroesophageal reflux disease // *Мед. журн. Узбекистана.* – 2009. – №5. – С. 98-101.

7. Rose S., Achkar E., Easley K. Gastroesophageal reflux disease // *Dig. Dis. Sci.* – 1994. – Vol. 39. – P. 2063-2068.

8. Ryss E.S Gastroesophageal reflux disease // *Wld Med.* – 1998. – №6 (computer version).

9. Sharma N., Agrawal A., Freeman J. et al. Analysis of persistent symptoms of gastroesophageal reflux disease during treatment with PPIs based on the data pH - impedance // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2008. – Vol. 1. – P. 193-197.

10. Sheptulin A.A. Gastroesophageal reflux disease: the controversial and unresolved issues // *Клин. мед.* – 2008. – №6. – С. 8-11.

gastroesophageal reflux disease (GERD). **Materials and Methods:** Results of analysis of manifestations of the leading clinical-endoscopic signs in 74 patients with GERD, considering the nature of the refluxate, were analyzed. In this case, there was established relationship between manifestations of clinical-endoscopic signs of the disease and the refluxate nature. **Results:** In the case of alkaline reflux were more pronounced bitterness in the mouth, in acidic refluxate were significantly increased heartburn and regurgitation. Erosive reflux-esophagitis was more characteristic for acidic reflux, its non-erosive form – for alkaline reflux. **Conclusions:** RN has a certain effect on the characteristics of clinical and endoscopic manifestations of GERD symptoms.

Key words: gastroesophageal reflux disease, refluxate nature, acid reflux, alkaline reflux.

IMPORTANCE OF REFLUXATE NATURE IN THE MANIFESTATION OF CLINICAL AND ENDOSCOPIC SIGNS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Z.M. Orziev, D.H. Yuldasheva, B.Y. Muzaffarov

Objective: To investigate the possible connection between refluxate nature (RN) and clinical and endoscopic signs of

ЌИЗИЌАРЛИ МАЪЛУМОТ

Клиническая
медицина

KISHINI QIYNAMAYDIGAN KASALLIK

Ko'cha kuyda, issiq havoda yurganingizda birdan biror bir a'zongizga birdan toshma toshib bezovtalanish holatlari bo'lganmi? Buni katta yoshdagi buvijonimizga yoki ota-onamizga ko'rsatsak "bolam qichima toshibdi" deyishadi to'g'rimi? Bugun biz sizlarga aynan qichima to'g'risida kichkina ma'lumot bermoqchimiz.

Qichima, — badanga tariqdek mayda, uchi pufakchali, pushti rang yoki sog'lom teri rangidagi toshmalar toshishi bilan kechadigan kasallik. Toshmalar qo'l va oyoqlarning yuzalarida, dumbada paydo bo'lali. Irsiy omillar, ba'zi ovqat mahsulotlari, dori-darmonlarning organizmga allergik ta'siri va boshqalar qichima ning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bolalar va kattalarda uchraydigan tugunchali qichima bor. Bolalar qichimasida badanning qattiq qichishib turishi bolaning uyqusi bilan ishtahasini buzadi, u injiq bo'lib qoladi. Kattalar qichimasida toshmalar bel, qorin va boshqa sohalarga toshadi, ular qattiq qichishadi va bemor qashiganda pufakchalar yorilib, eroziyaga aylanadi. Undan ajralgan suyuqlik qotib, qizg'ish po'stloqlar hosil bo'ladi. Kasallik surunkali kechishi va qaytalanib turishi natijasida teri qalinlashib, unda qoramtir dog'lar yuzaga keladi. Qashiganda tirnalgan joylar oqarib, chandiqlanadi. Ko'pincha kasallik ikkilamchi infeksiya bilan murakkablashadi. Bunda bemorning umumiy ahvoli o'zgarib, asabiy holat vujudga keladi. Ba'zan keksalarda uchraydigan qichimada badanga hech narsa toshmaydi, faqat qashig'an joyda tirnoq izlari qoladi. Qichimada bemorning nerv sistemasi buziladi, uyqusi yo'qoladi, terisi quruqshab, limfa tugunlari kattalashadi.

Davosi xususida to'xtaladigan bo'lsak, qichimani mutaxassis shifokor davolaydi. Ammo uyda farzandlaringizga va yaqinlaringizga qichima paydo bo'lmasligi uchun bolalar, shuningdek, kattalar ovqatiga alohida e'tibor berish lozim. Bolalarni qo'shimcha ovqatlantirishda, albatta, shifokor bilan maslahatlashib olish zarur. Ochiq havoda sayr qilish, yoz kunlari oftobda toblanish, dengizda cho'milish tavsiya etiladi. Bola qattiq qashinmasligi uchun tirnog'ini bot-bot olib turish, terining yiringli kasalliklariga xos alomatlar paydo bo'lsa, albatta, shifokorga ko'rinish kerak. Qichimaning oldini olish uchun parhez saqlash, shirinliklar, achchiq, sho'r, dudlangan ovqatlar iste'mol qilmagan ma'qul.

Hasanjon OLIMOV

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

К.Э. Рахманов, З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, А.А. Эгамбердиев

ЧОВ ГРИЖАСИДА ЧЎЗИЛМАЙДИГАН ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

К.Э. Рахманов, З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, А.А. Эгамбердиев

AN IMPROVED METHOD OF NON-PULLING HERNIOALLOPLASTY IN INGUINAL HERNIAS

K.E. Rakhmanov, Z.B. Kurbaniyazov, S.S. Davlatov, A.A. Egamberdiev

Самаркандский государственный медицинский институт

Мақсад: чов грижасида чўзилмайдиган герниопластикани қўллашда янги аллопластика усулини жорий қилиш. **Материал ва усуллар:** 47 та беморнинг хирургик даво натижалари ўрганилди. 33 (70,2%) таси Лихтенштейн усули билан одатий герниоаллопластика қилинган. 14 (29,8%) таси чов грижаси аллопластика усул тадбиқ этилди. **Натижалар:** асосий гуруҳда узоқ вақт касаллик кузатилмади, назорат гуруҳидаги беморларда юқори сифатли гиперплазия қайд этилди. **Хулоса:** чов каналига техник реконструкцияни таклиф этиш травмалар камайишига қаратилган.

Калит сўзлар: чов грижаси, чўзилмайдиган герниопластика.

Objective: To optimize non-pulling hernioplasty in inguinal hernias by introducing a new method of alloplasty. **Materials and Methods:** We studied results of surgical treatment of 47 patients, in 33 (70,2%) of them hernioalloplasty was performed by usual Liechtenstein method, in 14 ones (29,8%) was applied the developed by us alloplasty of inguinal hernias. **Results:** In the main group were observed no relapses in late period, in the control group disease recurrence was observed in 1 patient with benign prostatic hyperplasia. **Conclusions:** The proposed technique for reconstruction of inguinal canal, aimed at reducing the morbidity and the time of intervention, can be used in practical work.

Key words: inguinal hernia, non-pulling hernioalloplasty.

Выбор способа пластики, которая позволит снизить процент осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, – одна из актуальных проблем современной герниологии.

Аутопластика паховых грыж сопровождается высокой частотой рецидивов заболевания 8-10% [2,4]. Поэтому в последнее время доминирующим принципом хирургического лечения грыж стала пластика с использованием современных синтетических материалов. Протезирование пахового канала не только значительно снижает вероятность развития рецидива грыжи – по данным литературы до 0-2%, но и позволяет больному вернуться к активной жизни без ограничения физических нагрузок [3,4].

Известны сотни различных способов хирургического лечения паховых грыж. Применяемые сегодня современные методы ненатяжной герниопластики отличаются друг от друга техникой восстановления пахового канала. Некоторые виды операций имеют своей целью механическое укрепление пахового канала, другие – восстановление его функции. Наибольшей популярностью из-за своей простоты и пользуется способ I.L. Lichtenstein, который относится к группе ненатяжных, неэндоскопических пластик.

Методика Лихтенштейна в настоящее время является, вероятно, одним из наиболее распространенных способов пластики пахового канала. Однако этот способ имеет ряд недостатков, которые снижают его эффективность. Нежелательной компрессии подвергается семенной канатик, что может привести к нарушению кровоснабжения, отеку яичка. У некоторых пациентов паховая связка, которая является нижним краем апоневроза наружной косой мышцы, не обладает достаточной прочностью, и надежность пластики снижается с риском возникновения рецидива. После герниопластики по Лихтенштейну рецидивы наиболее часто возникают в медиальном углу пахового промежутка [4,5]. Это соответствует проекции наружно-

го пахового кольца и требует дополнительного укрепления этой зоны.

Для устранения этих недостатков мы предлагаем новый метод реконструкции пахового канала при любых по степени сложности паховых грыжах.

Цель исследования

Оптимизация ненатяжной герниопластики при паховых грыжах путем внедрения нового способа аллопластики.

Материал и методы

Проанализированы результаты хирургического лечения 47 пациентов, которым в хирургическом отделении клиники СамМИ в 2009-2013 гг. была выполнена герниоаллопластика по поводу паховой грыжи. 1-ю группу, служившую контролем, составили 33 (70,2%) пациента, у которых герниоаллопластика производилась обычным способом Лихтенштейна. У 14 (29,8%) больных (основная группа) мы применили разработанный нами прием аллопластики паховых грыж. В обеих группах преобладали мужчины – в контрольной они составляли 94,6%, в основной – 91,2%, старше пятидесяти лет – соответственно 76,7 и 80,4%.

В таблице представлено распределение пациентов в зависимости от типа грыжи по классификации L.M. Nyhus (1993). Косые грыжи, имеющие расширенное смещенное внутреннее паховое кольцо без выпячивания задней стенки пахового канала (II тип), имели место у 4 (7,02%) больных контрольной группы. Прямые грыжи (IIIА тип) выявлены у 5 (8,8%) больных, косые грыжи с большим расширенным внутренним паховым кольцом (IIIВ тип) – у 25 (43,8%), рецидивные паховые грыжи (IVА тип – прямые, IVВ тип – косые) – у 13 (22,8%) [1].

Результаты исследования

Модифицированный нами способ герниоаллопластики паховых грыж заключался в следующем. У больных после обычного разреза кожи рассекали апоневроз наружной косой мышцы живота. Высоко выделяли и удаляли

грыжевой мешок. Затем выделяли семенной канатик на всем его протяжении. У внутреннего отверстия пахового канала оголяли поперечную фасцию. Под семенной канатик подводили трансплантат (полипропиленовая сетка, протез) размером примерно 8x12 см. Следующим этапом формировали внутреннее отверстие пахового канала. Поперечную фасцию здесь подшивали к латеральному краю трансплантата по всей окружности. Внутреннее кольцо вновь созданного пахового канала должно иметь диаметр 0,8-1,0 см. Медиальный край трансплантата подшивали к надкостнице симфиза и лонного бугорка. Затем на верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота, которая окутывает края внутренней косой и поперечной мышцы, накладывали П-образные швы. Первое введение иглы проводили на 1 см от края апоневроза, затем иглу проводили через края мышц с выколом у самого края апоневроза, захватив заднюю часть полипропиленовой сетки. Этой же иглой опять выполняли вкол у самого края апоневроза, и проводя иглу через края мышц, осуществляли выкол на 1 см от края и завязывали узел. Таких швов накладывали в количестве 4-5. Натягивая трансплантат, среднюю часть фиксировали к паховой связке и нижнему лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота обычными узловыми швами в количестве 4-5. Семенной канатик укладывали на образованный желобок. Далее переднюю часть полипропиленовой сетки фиксировали к верхнему лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота, которая образовывала переднюю стен-

ку искусственного пахового канала. Накладывали швы на кожу (рисунок).

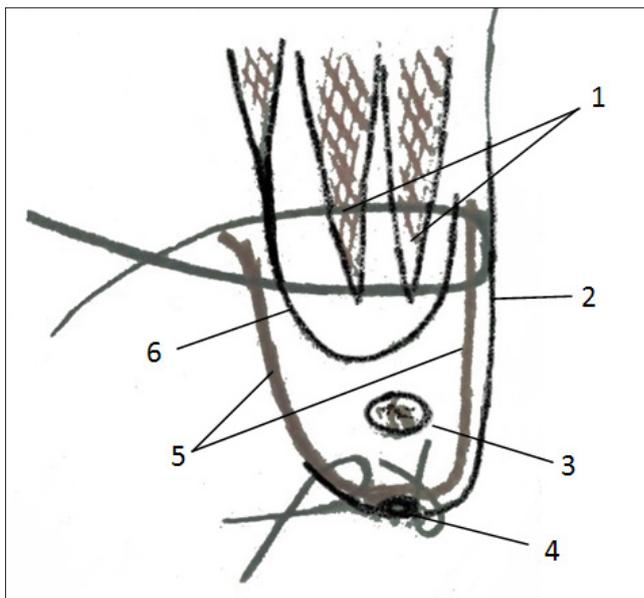


Рисунок. Схема операции. 1 – внутренняя косая и поперечная мышца, 2 – поперечная фасция, 3 – семенной канатик, 4 – нижний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота, 5 – аллотрансплантат (поверхностная и глубокая часть), 6 – верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота.

Таблица

Распределение пациентов в зависимости от типа грыжи, абс. (%)

Тип грыжи	Контрольная группа	Основная группа	Всего
II	4 (12,1)	-	4 (7,02)
IIIA	3 (9,1)	2 (14,3)	5 (8,8)
IIIB	18 (54,5)	7 (50)	25 (43,8)
IVA	-	1 (7,1)	1 (1,7)
IVB	8 (24,2)	4 (28,6)	12 (21,05)
Всего	33	14	47

При выполнении герниопластики по Лихтенштейну (контрольная группа) операция в среднем продолжалась 56,5±12,4 мин, при использовании разработанного нами способа операции (основная группа) – 39,7±13,6 мин. Таким образом, в основной группе продолжительность операции была меньше, чем в контрольной.

Болевой синдром после операции был слабо или умеренно выражен у всех пациентов, но ни одному больному не потребовалось введения наркотических анальгетиков. При любом способе аллопластики, несмотря на инертность синтетического материала, вокруг него развивается тканевая реакция, сопровождающаяся выделением большого количества серозного экссудата, формировались длительно персистирующие серомы [4,6]. У 8 (24,2%) больных контрольной группы в раннем послеоперационном периоде наблюдали длительно персистирующую серому с мацерацией кожи вокруг раны. В основной группе подобных осложнений не наблюдалось. Нагноения раны не отмечалось ни в основной, ни в контрольной группе.

Результаты оперативного лечения прослежены в сроки от 12 месяцев до 3 лет у 25 больных контрольной и у всех больных основной группы. В отдаленном периоде в основной группе рецидивов заболевания не наблюдалось. В контрольной группе рецидив отмечался у 1 пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. После устранения этиологического фактора больному выполнена повторная операция разработанным нами модифицированным методом.

Таким образом, предложенная нами техника реконструкции пахового канала, направленная на снижение травматичности и уменьшение времени вмешательства, может широко использоваться в практической работе. Данный способ более надежен благодаря тому, что имплантат находится под мышцами, но прилегает к апоневрозу. При таком варианте, во-первых, внутрибрюшное давление равномерно распределено по всем точкам фиксации и меньше вероятности оторвать сетку от ткани, во-вторых, когда сетка фиксируется к апоневрозу, реже

развивается тканевая реакция, с формированием длительно персистирующей серомы. Способ универсален и поэтому может применяться как при косых, так и при прямых паховых грыжах. В гораздо меньшей степени нарушаются топографо-анатомические взаимоотношения в паховой области, а в условиях грыжесечения при рецидивных и многократно рецидивирующих грыжах эти взаимоотношения восстанавливаются. Способ малотравматичен, прост и, самое важное, патогенетически оправдан.

Литература

Адамян А.А., Федоров А.В., Гогия Б.Ш. К вопросу о классификации паховых грыж // Хирургия. – 2007. – №11. – С. 44-45.

Бекоев В.Д., Кринь В.А., Троянов А.А. и др. Рецидив паховой грыжи (проблема и пути возможного решения) // Хирургия. – 2003. – №2. – С. 45-47.

Борисов А.Е., Митин С.Е. Современные методы лечения паховых грыж // Вестн. хир. – 2006. – Т. 165, №4. – С. 20-22.

Мошкова Т.А., Васильев С.В., Олейник В.В. Оптимизация аллопластики паховых грыж // Вестн. СПб ун-та. – 2008. – Сер. 11, вып 2. – С. 140-144.

Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. – М.: Триада-Х, 2003. – С. 46.

Шулутко А.М., Эль Саид А.Х., Данилов А.И., Мецатурия Р.М. Результаты пластики «без натяжения» по методике

Лихтенштейна у больных с паховыми грыжами // Анналы хир. – 2003. – №2. – С. 74-77.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

К.Э. Рахманов, З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, А.А. Эгамбердиев

Цель: оптимизация ненатяжной герниопластики при паховых грыжах путем внедрения нового способа аллопластики. **Материал и методы:** изучены результаты хирургического лечения 47 пациентов, у 33 (70,2%) из которых герниоаллопластика выполнена обычным способом Лихтенштейна, у 14 (29,8%) применен разработанный нами прием аллопластики паховых грыж. **Результаты:** в основной группе в отдаленном периоде рецидивов заболевания не наблюдали, в контрольной рецидив заболевания отмечался у 1 пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. **Выводы:** предложенная техника реконструкции пахового канала, направленная на снижение травматичности и уменьшении времени вмешательства, может использоваться в практической работе.

Ключевые слова: паховая грыжа, ненатяжная герниоаллопластика.

ЌИЗИҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

TANA HAQIDA FAKT

- Yurak tanadan tashqarida ham urishi mumkin.
- Yurak inson tanasidagi urish bosimi bilan qonni 10 metrgacha sachratishi mumkin.
- Kiprikda haqiqiy qisqichlar yashaydi.
- Agar tanadagi barcha qon tomirlari birlashtirilsa, bu lenta bilan yer sharini ikki marta aylanish mumkin.
- Og'izda yer yuzidagi odamlardan ko'proq bakteriyalar yashaydi.
- Qizarib ketsangiz, oshqozoningiz ham qizaradi.
- Ba'zi g'urralarda ham tish va sochlar o'sishi mumkin.
- Kechqurun yotganingizda bo'yingiz ertalab turganingizdagiga qaraganda kaltaroq bo'ladi.
- Inson 30 yoshdan so'ng har o'n yilda 1-1.5 sm. cho'kib boradi.
- O'pich kariyesdan saqlaydi.
- Inson tanasi nur tarqatadi, ammo buni oddiy ko'z bilan ko'rib bo'lmaydi.
- 1940 yillarda 75 foiz amerikaliklar rangli tushni juda kam ko'rishlarini e'lon qilishgan.
- Insonlarda ham tananing ba'zi a'zolarini o'chirish imkoniyati bor.
- Qayg'u, baxt yoki piyoz sababli oqadigan ko'zyoshlarning tarkibi har xil bo'ladi.
- Ayollarning miyasi homiladorlik paytida kichrayadi. Yarim yildan keyingina avvalgi holiga qaytadi.
- Yangi tug'ilgan chaqaloqdagi suyaklar katta odamnikiga qaraganda 90 foiz ko'proq bo'ladi.

Hasan OLIMOV

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

Г.У. Самиева, Х.Э. Карабаев

БОЛАЛАРДА ЎТКИР РЕЦИДИВЛАНУВЧИ ЛАРИНГОТРАХЕИТНИНГ РИВОЖЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Г.У. Самиева, Х.Э. Карабаев

PECULIARITIES OF FORMATION OF RECURRENT ACUTE LARYNGOTRACHEITIS IN CHILDREN

G.U. Samieva, H.E. Karabaev

Самаркандский государственный медицинский институт, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Мақсад: болаларда ўткир рецидивланувчи ларинготрахеитнинг ривожланиш механизмини ўрганиш. **Материал ва усуллар:** текширувлар Тошкент шаҳар 3-сон инфекцион клиникасида 2011-2014 йиллар мобайнида даволанган 275 та касалларда олиб борилди. **Натижалар:** текширувлар натижаси шуни кўрсатдики, УСЛ кўпинча УРВИ фонида ривожланиб, бола организмдаги аллергия фон уни кечишини қийинлаштиради. Ундан ташқари УСЛ да кўпинча стенознинг II даражаси кузатилади ва ўғил болалар қизларга нисбатан кўпроқ хасталанади. Касалликнинг хуружи куз ва қиш фаслларига тўғри келади. Буларнинг ҳаммаси касалликнинг рецидивланишига олиб келади. **Хулоса:** УСЛТ билан касалланган беморларда рецидив ҳолатларини пайдо бўлишига қуйидаги факторлар мойиллик яратади: тез-тез УРВИ билан касалланиш, аллергия касалликлар, акушерлик анамнези ва наслийлик.

Калит сўзлар: ўткир стенозловчи ларинготрахеит, қайталанувчи, бирламчи.

Objective: To study the mechanism of formation of recurrent acute laryngotracheitis (RALT) in children. **Materials and Methods:** 275 children with primary and recurrent stenosing laryngotracheitis were studied, who were treated in the Tashkent city hospital №3 from 2011 to 2014. **Results:** The study has found that RALT developed in the background of ARVI, complicated by associated allergies and burdened premorbid background, stenosis of II degree prevailed, boys suffered more often than girls. Moreover, there was a seasonality of the disease, exacerbations occurred more often in winter, autumn and autumn-winter seasons. All these factors form the recurrence of disease. **Conclusions:** Repeated ARVI, allergic diseases, burdened hereditary, obstetric background that indirectly or directly form recurrent stenosing laryngotracheitis are the main risk factors of RALT.

Key words: acute stenosing laryngotracheitis, recurrent, primary.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ), в том числе и ОРВИ, являются самыми распространёнными в детском возрасте, составляя до 90% инфекционной патологии [1-3]. Из числа детей, больных ОРЗ, ежегодно регистрируемых в Москве (60-90 тыс.), острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) встречается в 7,5-8% случаев, то есть общее число больных со стенозом гортани в год в среднем составляет 5-6 тысяч [5].

Большую актуальность в последнее время приобрела проблема рецидивирования ОСЛТ [8]. Некоторые специалисты рассматривают эту форму ОСЛТ как фактор высокого риска развития бронхиальной астмы [6-8]. Однако частота и причины возникновения рецидивов острых стенозирующих ларинготрахеитов не уточнены, плохо изучены патогенез и клинические проявления этой формы заболевания [3].

Значительная частота возникновения стенозирующего ларинготрахеита у детей раннего возраста объясняется рядом анатомо-физиологических особенностей строения верхних дыхательных путей: узостью просвета гортани, обильной васкуляризацией слизистой оболочки, выраженным развитием подслизистого слоя, склонностью к спазмам и отекам [4].

Цель исследования

Изучение механизма формирования острого рецидивирующего ларинготрахеита у детей.

Материал и методы

Клинико-лабораторное обследование проведено у 275 детей с первичным и рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом (РСЛТ), которые поступили на лечение в городскую инфекционную больницу №3 г. Ташкента в 2011-2014 гг. Все обследованные в зависимости от формы

острого стенозирующего ларинготрахеита согласно классификации Ю.В. Митина (1986) были разделены на 2 группы: 1-я – 122 (44,4%) ребенка с первичным стенозирующим ларинготрахеитом; 2-я – 153 (55,6%) больных рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом. Соотношение девочек и мальчиков в 1-й группе – 1:1,8, во 2-й – 1:1,7.

Результаты и обсуждение

Первый эпизод стеноза гортани у детей на фоне ОРВИ наблюдался в возрасте от 1 года до 6 лет. Анализ преморбидного фона детей с этой патологией не выявил существенных отличий у детей с первичным и рецидивирующим СЛТ, что позволяет рассматривать их как стадии длительно текущего заболевания.

Первичный СЛТ у 26 (21,3%) наблюдался в возрасте до 1 года, у 53 (43,4%) – от 1 года до 3 лет, у 43 (35,2%) – от 3 до 6 лет.

В возрасте 1 года СЛТ впервые перенесли 37 (24,2%) детей, от 1 года до 3 лет – 64 (41,8%), от 3 до 6 лет – 52 (34,0%). Один раз в году рецидив наблюдался у 39 (25,5%) больных, 1 раз в полтора года – у 8 (5,2%), 3 раза в году – у 82 (53,6%), чаще 3 раз в году – у 24 (15,7%). У 18 (11,8%) пациентов интервал между первым и повторным СЛТ составлял 1 месяц, у 19 (12,4%) – 2-4 месяца. Большинство рецидивов наблюдалось через 4-8 месяцев у 27 (17,6%), через 1-2 года – у 29 (19,0%), спустя более 2 лет – у 42 (27,5%) детей.

Анализ респираторного анамнеза также показал, что 46 (30,1%) детей между первым и повторным эпизодом СЛТ не имели вирусно-бактериальных заболеваний, 20 (13,1%) имели 1 случай заболевания ОРВИ, 22 (14,4%) больных – 2 случая, 38 (24,8%) – от 3 до 5, и 27 (17,6%) – более 5 случаев ОРВИ, то есть 42,7% детей между первым

и повторным СЛТ переболели ОРВИ (которые не сопровождались синдромом стеноза гортани) 3 раза и более.

У 79 (64,8%) детей, госпитализированных с первым эпизодом ОСЛТ, и у 51 (33,3%) ребенка с РСЛТ в остром периоде стеноза гортани имелись выраженные симптомы интоксикации, в том числе высокая температура тела. Катаральный синдром в виде конъюнктивита, заложенности носа, ринофарингита отмечался у 96 (75,2%) детей с рецидивирующим ($p < 0,001$) и у 103 (84,4%) – с первичным СЛТ (табл. 1).

Таблица 1

Данные объективного обследования детей с ОСЛТ, абс. (%)

Симптом	1-я группа	2-я группа
Осиплость или охриплость	122 (100,0)	153 (100,0)
Катаральный синдром	103 (84,4)	96 (62,7)*
Грубый лающий кашель	109 (89,3)	146 (95,4)
Грубый влажный кашель	13 (10,7)	78 (51,0)*
Дыхание бесшумное	64 (52,5)	29 (19,0)*
Высокая температура	79 (64,8)	51 (33,3)*
Нет изменений в легких	64 (52,5)	27 (17,6)*
Сухие свистящие хрипы	48 (39,8)	21 (13,7)*
Разнокалиберные влажные хрипы	10 (8,2)	35 (22,9)*

Примечание. * – $p < 0,001$ по сравнению с данными 1-й группы.

У 109 (89,3%) больных 1-й и у 146 (95,4%) – 2-й группы был «лающий» кашель, практически у всех детей отмечались осиплость или охриплость голоса, разнокалиберные свистящие хрипы у детей с РСЛТ наблюдались в 3,5 раза чаще, чем у детей с ПСЛТ. При физикальном обследовании в легких при РСЛТ не выявлено изменений у 27 (17,6%) детей, сухие свистящие хрипы выслушивались у 21 (13,7%), разнокалиберные влажные – у 35 (22,9%) ($p < 0,001$). При ПСЛТ аускультативно изменения в легких не выявлены у 27 (17,6%) обследованных, сухие свистящие хрипы определялись у 48 (39,8%), разнокалиберные влажные – у 10 (8,2%) детей.

Что касается симптомов дыхательной недостаточности, то у детей с РСЛТ они встречались гораздо чаще, чем у детей с ПСЛТ, что свидетельствует об их более ослабленном состоянии. Среди больных с РСЛТ инспираторная одышка встречалась на 79,3% ($p < 0,001$), шумное дыхание – в 2,1 раза, западение податливых мест грудной клетки – в 2,9 раза чаще, чем у детей с ПСЛТ (табл. 2).

При РСЛТ продолжительность стеноза гортани до 1-х суток отмечалась у 88 (57,5%) пациентов, до 3-х суток – у 51 (33,6%), более 3-х суток – у 15 (9,8%); при ПСЛТ – соответственно у 50 (41%), 56 (45,9%) и 16 (13,1%).

Степень тяжести синдрома крупа у больных определялась на основании клинических данных (табл. 3).

ОСЛТ I степени наблюдался у 30 (24,6%) детей с ПСЛТ и у 26 (17,0%) – с РСЛТ. При этом общее состояние больных было средней тяжести, они были спокойными, активными. В покое отмечались лишь симптомы ларингита, дыха-

ние бесшумное. При волнении или беспокойстве ребенка возникали кратковременные приступы инспираторной одышки с небольшим втяжением яремной ямки.

Таблица 2

Симптомы стеноза и его продолжительность у обследованных детей, абс. (%)

Симптом	1-я группа	2-я группа
Симптомы стеноза		
Инспираторная одышка	81 (66,4)	129 (84,3) ^в
Шумное дыхание	58 (47,5)	124 (81,0) ^в
Западение податливых мест грудной клетки	27 (22,1)	79 (51,6) ^в
Продолжительность стеноза гортани, сут.		
До 1	50 (41,0)	88 (57,5) ^б
От 1 до 3	56 (45,9)	51 (33,6) ^а
Более 3	16 (13,1)	15 (9,8)

Примечание. а – $p < 0,05$, б – $p < 0,01$, в – $p < 0,001$ по сравнению с данными больных 1-й группы.

Таблица 3

Частота симптомов дыхательной недостаточности у обследованных детей, абс. (%)

Симптом	1-я группа	2-я группа
Инспираторная одышка	81 (66,4)	129 (84,3) ^в
Бледность кожных покровов	98 (80,3)	107 (69,9) ^в
Цианоз носогубного треугольника	73 (59,8)	117 (76,5) ^б
Акроцианоз	17 (13,9)	21 (13,7)
Общий цианоз	9 (7,4)	22 (14,4)
Тахикардия	79 (64,8)	51 (33,3) ^б
Раздувание крыльев носа	60 (49,2)	137 (89,5) ^в
Напряжение мышц шеи	73 (59,8)	103 (67,3)
Участие в акте дыхания межреберных мышц	53 (43,4)	104 (68,0) ^в

Примечание. То же, что и к табл. 2.

II степень отмечалась у 80 (65,6%) у детей с ПСЛТ и у 104 (68,0%) – с РСЛТ. Общее состояние таких детей было беспокойным. Они периодически переходили в возбужденное состояние, повышалась влажность кожи, нарушался сон. Симптомы ларингита сохранялись, вместе с тем имели место четкие признаки стеноза. Шумное стенотическое дыхание с затрудненным вдохом отмечалось как в покое, так и при беспокойстве, и сопровождалось втяжением уступчивых мест грудной клетки (яремной ямки, над- и подключичной ямок, межреберных промежутков и отчасти эпигастральной области). При волнении шумное затрудненное дыхание усиливалось, приступы стеноза становились более частыми. Инспираторная одышка определялась и во сне. Кроме того, отмечались симптомы дыхательной недостаточности: одышка, бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, тахикардия при сохранении ритмичного пульса.

Стеноз III степени наблюдался у 12 (9,8%) детей с ПСЛТ и у 23 (15,0%) – с РСЛТ. Дети были крайне беспокойными, возбужденными, потливыми, временами отмечалась спутанность сознания. Положение было вынужденным – с запрокинутой головой. Симптомы ларингита выражены. Шумное дыхание было слышно на расстоянии. Одышка приобретала смешанный характер. Отмечалось максимальное втяжение уступчивых мест грудной клетки, особенно эпигастральной области. В момент вдоха наблюдалось западение грудины. Выражены признаки дыхательной недостаточности: резкая одышка, общий цианоз,

тахикардия, раздувание крыльев носа, напряжение мышц шеи, учащение экскурсии грудной клетки. Дыхание в легких ослаблено из-за резко выраженного стеноза гортани. Диагностировались существенные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: мраморный рисунок кожи, тахикардия, застой крови в малом круге кровообращения, тоны сердца приглушенные или глухие, пульс слабый, парадоксальный (выпадение пульсовой волны на вдохе).

При IV степени стеноза наступает асфиксия. В настоящее время практически не встречается. Среди наблюдаемых нами детей случаев асфиксии не было (рис. 1).

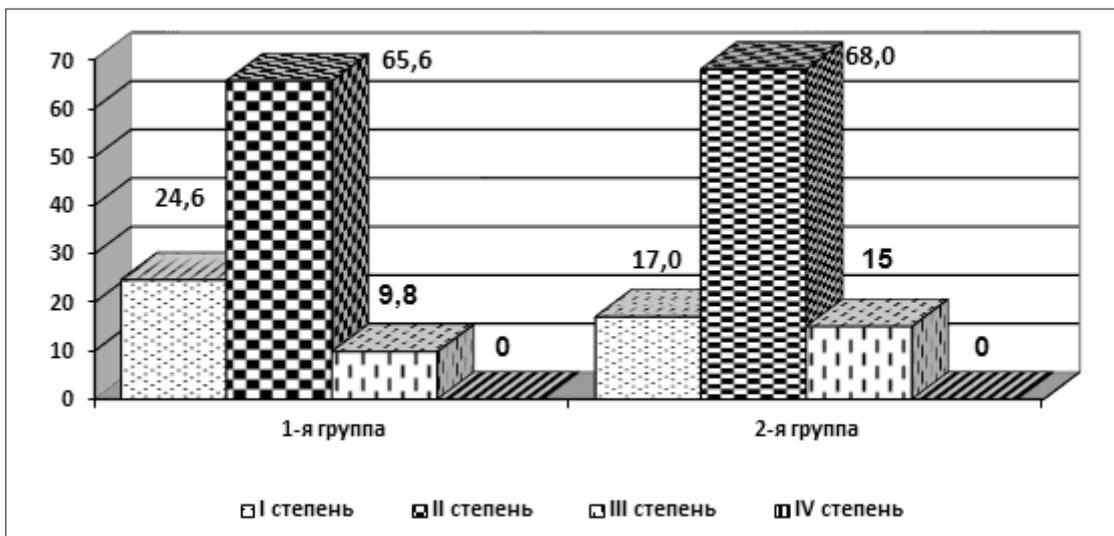


Рис. 1. Распределение обследованных детей по степени тяжести ОСЛТ, %.

Подавляющее большинство больных поступали в стационар с клиникой синдрома ОСЛТ II степени. Развитие синдрома крупа до III степени отмечалось лишь в единичных случаях, преимущественно у детей с рецидивирующим течением заболевания.

У всех больных заболевание сопровождалось выраженными симптомами интоксикации в виде субфебрильной и фебрильной температуры, головной боли, слабости, снижения аппетита, вплоть до его отсутствия. Достоверных различий в проявлениях интоксикационного синдрома в группах больных ОЛТ и РЛТ нами не выявлено.

У всех наблюдаемых нами детей отмечались типичные клинические симптомы ОСЛТ в виде изменения голоса (осиплость, охриплость, вплоть до афонии), грубого, сухого непродуктивного («лающий») кашля.

При сборе анамнеза было выявлено, что у 94,8% детей с рецидивирующим ларинготрахеитом заболевание возникло на неблагоприятном аллергическом фоне. В то время как при остром ларинготрахеите аллергическая патология в анамнезе выявлена лишь у 33,6% обследованных (рис. 2).

Клиническая медицина

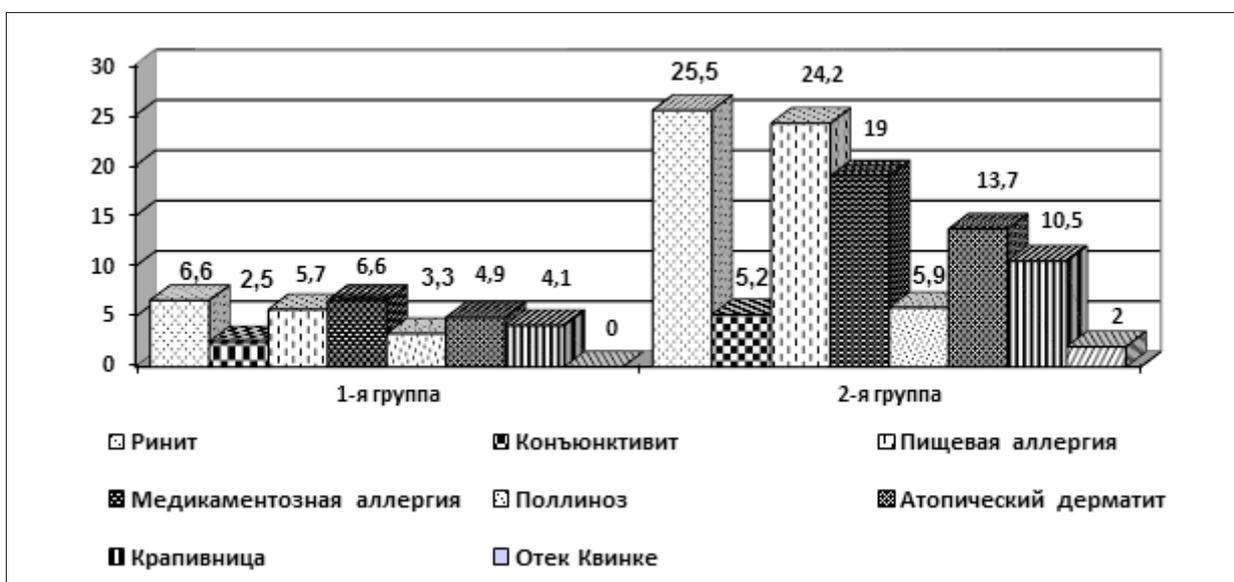


Рис. 2. Аллергические заболевания у обследованных детей с ОСЛТ.

У пациентов с рецидивирующим течением ОСЛТ достоверно чаще встречались такие аллергические заболевания и реакции, как крапивница – у 16 (10,5%) ($p < 0,001$), атопический дерматит – у 21 (13,7%) ($p < 0,01$), медикаментозная аллергия – у 29 (19,0%) ($p < 0,01$), аллергический ринит – у 39 (25,5%) ($p < 0,001$), пищевая аллергия – у 37 (24,2%) ($p < 0,001$), атопический дерматит – у 21 (13,7%) ($p < 0,01$). Это позволяет сделать вывод о большой роли аллергического компонента в патогенезе заболевания.

Прослеживается сезонность заболевания, обострения чаще наблюдались в зимний, осенний и осенне-зимний сезоны года, но значимого различия не зарегистрировано. Авторы отмечают роль внешней среды (климат, сезон года) и ее загрязнения в развитии ОСЛТ, однако анализ последствий их совместного воздействия на патогенез стеноза не проводился (табл. 4).

Таблица 4

Сезонность заболевания у обследованных детей с ОСЛТ, абс. (%)

Сезон	1-я группа	2-я группа
Зимний	20 (16,4)	31 (20,3)
Весенний	15 (12,3)	18 (11,8)
Зимне-весенний	16 (13,1)	19 (12,4)
Летний	9 (7,4)	6 (3,9)
Осенний	27 (22,1)	36 (23,5)
Осенне-зимний	31 (25,4)	38 (24,8)
Нет сезонности	4 (3,3)	5 (3,3)

Таким образом, анализ преморбидного фона детей, страдающих ОСЛТ, позволил выявить основные факторы риска развития заболевания: повторные ОРВИ, аллергические заболевания, отягощенный наследственный, акушерский анамнезы, которые косвенно или прямо формируют рецидивирующий стенозирующий ларинготрахеит.

Литература

1. Балаболкин И.И. Профилактика аллергических болезней у детей // Аллергические болезни у детей; Под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина. – М.: Медицина, 2013. – С. 319-324.
2. Баранов А.А. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 591 с.

3. Лобушкова И.П., Спиридонова Е.А. Синдромальная диагностика дыхательной недостаточности у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом // Детские инфекции. – 2009. – Т. 8, №3. – С. 59-61.

4. Милькинт К.К., Соминина А.А., Голованова А.К., Суховецкая В. Ф. Новые подходы к диагностике острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей // 6-й Российский съезд врачей-инфекционистов. – СПб, 2003. – С. 372-373.

5. Самсыгина Г.А. Амоксициллин клавуланат в лечении заболеваний респираторного тракта у детей // Педиатрия. – 2007. – №1. – С. 3-8.

6. Учайкин В.Ф., Савенкова М.С., Карасева Е.И. Синдром крупа как проявление респираторного аллергоза // Педиатрия. – 2006. – №6. – С. 33-37.

7. Харламова Ф.С. Острые респираторные инфекции со стенозирующим ларинготрахеитом у детей: современные возможности этиотропной и противовирусной терапии // Детские инфекции. – 2011. – Т. 5, №3. – С. 47-52.

8. Харламова Ф.С., Крылатых В.Ю., Легкова Т.П. и др. Патогенетическая обоснование и преимущества терапии ОРЗ с синдромом крупа у детей Кларатадином // Детские инфекции. – 2012. – №1. – С. 36-40.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

Г.У. Самиева, Х.Э. Карабаев

Цель: изучение механизма формирования рецидивирующего острого ларинготрахеита у детей. **Материал и методы:** под наблюдением были 275 детей с первичным и рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом, которые лечились в городской инфекционной больнице №3 г. Ташкента в 2011-2014 гг. **Результаты:** при обследовании детей с РСЛТ было установлено, что ОСЛТ начинается на фоне ОРВИ, отягощается сопутствующей аллергией, отягощенным преморбидным фоном, преобладает II степень стеноза, мальчики болеют чаще, чем девочки, прослеживается сезонность заболевания, обострения наблюдаются чаще в зимний, осенний и осенне-зимний сезоны года. Все эти факторы формируют рецидив заболевания. **Выводы:** основными факторами риска развития заболевания являются повторные ОРВИ, аллергические заболевания, отягощенный наследственный, акушерский анамнезы, которые косвенно или прямо формируют рецидивирующий стенозирующий ларинготрахеит.

Ключевые слова: острый стенозирующий ларинготрахеит, рецидивирующий, первичный.

ИЗМЕНЕНИЕ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА ГЭК (НИРХЕС 200/0,5)

З.Б. Урунов, Б.Ю. Юсупова, С.Н. Наврузов, Ж.Б. Бобоев

БОШ МИЯ ЖАРОҲАТИНИ ОЛГАН БЕМОРЛАРДА ГЭК ПРЕПАРАТИ (НИРХЕС 200/0,5) ҚЎЛЛАНИЛГАНДА ҚОН ИВИШ ТИЗИМИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

З.Б. Урунов, Б.Ю. Юсупова, С.Н. Наврузов, Ж.Б. Бобоев

CHANGE IN COAGULATION SYSTEM OF PATIENTS WITH CRANIOCEREBRAL TRAUMA AT USE OF GEK (NIRHES 200/0,5)

H.B. Urunov, B.Yu. Yusupova, S.N. Navruzov, J.B. Boboev

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: *нирхес 200/0,5* препаратини қўлаб бош ми я жароҳатини олган реанимацион беморларда даволаш самардорлигини ошириш ҳамда гемодинамик ва гемостаз тизимининг асосий бузилишларини коррекциялаш. **Материал ва усуллар:** *ТТА 2-клиникаси реанимация бўлимида даволанган 50 нафар бемор ўрганилди. Барча беморлар бош ми я ўткир шикастланиши билан интенсив даво олди, шу жумладан нирхес 200/0,5* препарати *0,5-1,0/сут* хажмда. Беморлар куйидаги босқичларда текширилди; дори воситасини қабул қилишдан олдин, инфузиядан 2,6 ва 12 соат ўтгандан сўнг. Марказий гемодинамика ва коагулограмма кузатилди. **Наतिжалар:** *БМЖ беморлар нирхес жўнатилгандан кейин гемодинамика стабиллашди, гиперкоагуляция ривожланиши олди олинди. Бу айниқса инфузия бошланганидан 2 кун ўтиб яққол намоён бўлди. Хулоса:* *БМЖ ли беморларда нирхес 200/0,5* препарати базис даво таркибида қўлаб гемодинамик кўрсаткичлар нормаллашишига ва қон реологияси яхшиланишига эришилди.

Калит сўзлар: *нирхес, гемостаз, оғир бош ми я жароҳати.*

Objective: *To increase the effectiveness of treatment of resuscitation patients with craniocerebral trauma (CCT) and correction of hemodynamic and main links of hemostasis with drug nirhes 200/0,5. Materials and Methods:* *We examined 50 patients with CCT treated in the intensive care unit of the 2nd clinic of TMA. All patients received drug nirhes 200/0,5 in the volume of 0,5-1,0 l per day in the complex intensive therapy for acute brain damage. Indices of central hemodynamics and coagulation were determined before use of the drug and after 2, 6 and 12 h after the start of infusion. Results:* *The introduction of nirhes for CCT patients contributed to stabilization of disturbed hemodynamics and prevented development of hypercoagulation. This was manifested more significantly in patients after 2 days from the infusion start that was associated with prolonged exposure of the drug in the bloodstream, improving of oxygen and other components delivery. Conclusions:* *Nirhes 200/0,5 in the complex therapy for severe CCT leads to normalization of hemodynamic parameters and improvement of blood rheology.*

Key words: *nirhes, hemostasis, severe craniocerebral trauma.*

Травмы черепа и головного мозга являются одной из самых актуальных проблем современной нейрохирургии [7]. По данным ВОЗ, частота черепно-мозговой травмы (ЧМТ) во многих странах мира имеет тенденцию к росту. Число пострадавших ежегодно в среднем увеличивается на 2%. Мировая статистика последних лет, подтверждающая данные ВОЗ, свидетельствует о непрерывном росте острых травм мозга и их последствий [3]. Зарубежные авторы указывают, что распространённость ЧМТ колеблется в пределах 1,80-7,2 на 1000 населения [6]. Мужчины получают ЧМТ в 2-3 раза чаще, чем женщины, большинство пострадавших приходится на возраст 25-45 лет [5].

В связи с высокой летальностью и развитием тяжелых последствий с временной или стойкой утратой трудоспособности пострадавших интенсивная терапия ЧМТ приобретает особую актуальность [4]. Несмотря на многочисленные исследования в области патогенеза первичных и вторичных повреждений головного мозга, разработка современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных с тяжелой ЧМТ существенно не изменилась, летальность остается на уровне 35-68% [5].

В Республике Узбекистан в течение года за помощью в среднем обращается 120 тыс. пострадавших с ЧМТ, 15% из них – с тяжелой травмой головного мозга [6]. По мнению многих авторов, наблюдается неуклонный рост ЧМТ в среднем на 1,5% в год, а летальность колеблется от 10

до 80%. В силу указанных обстоятельств ЧМТ из чисто медицинской переходит в социальную и экономическую проблему. Высокий черепно-мозговой травматизм как серьёзная социально-экономическая проблема диктует необходимость дальнейшего совершенствования организации травматологической помощи населению.

В последние годы все больше внимания уделяется изучению нарушений гемостаза при ЧМТ и их патогенетической значимости [2]. Установлено, что у пострадавших развивается локальное или диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови, которое усугубляет течение основного заболевания и приводит к развитию тяжелых экстракраниальных осложнений [1].

Цель исследования

Повышение эффективности лечения реанимационных больных с черепно-мозговой травмой и коррекции нарушений гемодинамики и основных звеньев системы гемостаза препаратом нирхес 200/05.

Материал и методы

Обследованы 50 больных с ЧМТ, находившихся в лечении в отделениях хирургической реанимации 2-й клиники ТМА, из них 36 мужчин и 14 женщин, средний возраст 38,4±1,2 года. У 10 пациентов было сотрясение головного мозга, у 7 – ушиб головного мозга легкой степени, у 13 – ушиб головного мозга средней степени тяжести, 20 – ушиб головного мозга тяжелой степени.

Все больные получали интенсивную терапию острого повреждения головного мозга, в том числе препарат нирхес 200/0,5 в объеме 0,5-1,0 л /сут. Больных обследовали на следующих этапах; исходно, до применения препарата и через 2, 6 и 12 ч после начала его инфузии. Показатели коагулограммы были исследованы до лечения и в 1-е и 2-е сутки после применения препарата нирхес 200/0,5. Мониторинг системы гемодинамики проводили по показателям систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), частоты сердечных сокращений (ЧСС) и центрального венозного давления (ЦВД). Состояние системы гемостаза больных оценивали по лабораторным показателям гематокрита, определяли время свертываемости крови (ВСК) по Ли – Уайту, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс (ПТИ), содержание фибриногена, фибринолитическую активность, этаноловый тест на автоматическом коагулометре.

Полученные данные обрабатывали методами вариационной статистики, рекомендованными для медико-биологических исследований. Показатели представлены в виде среднеарифметического вариационного ряда и стандартной ошибки среднего арифметического ($M \pm m$). Достоверность различий средних величин оценивали с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

У больных с ЧМТ наблюдалось некоторое снижение показателей гемодинамики: САД, ЦВД и учащение ЧСС (табл. 1). Сопоставление изучаемых показателей с клиникой ЧМТ показало, что тяжесть клинического проявления патологии не полностью согласуется с показателем ДАД.

Как видно из результатов поэтапного мониторинга состояния больных, после применения препарата нирхес 200/0,5 наблюдалась тенденция к восполнению ОЦК. Показатели САД и ДАД через 2 ч после инфузии препарата увеличилась соответственно на 8,4 и 13,6%; отмечалось урежение ЧСС на 2% и повышение ЦВД на 23,4% по сравнению с исходными данными. На следующем этапе (через 6 ч после начала инфузии препарата) регистрировалось повышение САД на 13,2%, ДАД на 16,6%; урежение ЧСС на 3% и повышение ЦВД на 46,8%. Через 12 ч после начала инфузии показатели системной гемодинамики существенно стабилизировались, что выражалось в увеличении САД и ДАД соответственно на 17,9 и 19,6%, снижении ЧСС на 5% и увеличении ЦВД на 57,4%.

Результаты изучения показателей гемостаза представлены в таблице 2. Как видно из таблицы, у больных с ЧМТ исходно наблюдается тенденция к развитию гиперкоагуляции. После применения препарата нирхес 200/0,5 наблюдалось некоторое изменение показателей свертывания крови в сторону гипокоагуляции.

Таблица 1

Показатели гемодинамики у больных с изолированными ЧМТ, $M \pm m$

Показатель	Исходно	После инфузии		
		через 2 ч	через 6 ч	через 12 ч
САД, мм рт. ст.	106,66±2,3	115,83±2,0*	120,56±1,9*	125,32±2,4*
ДАД, мм рт. ст.	66,67±2,7	75,54±2,5*	76,66±2,6*	78,65±2,2*
ЧСС, уд./мин	102,66±5,4	100,16±5,1	99,03±5,2	97,33±4,9
ЦВД, мм вод. ст.	47,83±4,5	58,24±5,1*	69,16±5,9*	74,58±6,4*

Примечание. * $p < 0,05$ по сравнению с исходными данными.

Через 24 ч после начала инфузии препарата нирхес 200/05 отмечалось снижение гематокритного числа на 8,2%, удлинение ВСК на 4%, снижение уровня фибриногена и ПТИ на 7,7 и 4%, удлинение АЧТВ на 11,5%. Тенденция к изменению изучаемых показателей особенно выражена на 2-е сутки после начала инфузии препарата нирхес 200/05. Так, гематокритное число увеличилось на 22%, ВСК удлинилось 13%, уровень фибриногена снизился на 9%,

ПТИ на 9,2%, АЧТВ удлинилось на 12,2%. Этаноловый тест во всех этапах исследования оставался отрицательным.

Согласно полученным нами результатам, на всех этапах наблюдения за больными с ЧМТ при применении препарата нирхес 200/05 показатели системы гемодинамики и гемостаза изменялись в положительную сторону. Более значительно эти показатели улучшались на поздних этапах.

Таблица 2

Показатели свертывающей системы крови у больных с изолированными ЧМТ, $M \pm m$

Показатель	Исходно	После инфузии	
		через 1 сут	через 2 сут
Нт, %	37,41±3,95	33,916±2,52	29,25±2,01*
ВСК по Ли – Уайту, мин	3,10±1,02 3,35±1,03	3,25±1,02 4,15±1,07	3,50±1,02 4,30±1,06
Фибриноген, мг%	368,8±30,7	341,9±26,5	335±25,1*
ПТИ по Квику, %	98,41±4,8	94,75±4,2	90,15±3,9
АЧТВ, с	26,90±2,1	30,20±2,15	32,65±2,30*
Этаноловый тест	отр.	отр.	отр.

Примечание. * – $p < 0,05$ по сравнению с исходными данными.

Согласно данным литературы, при применении препаратов ГЭК, в частности раствора нирхес 200/0,5, отмечается улучшение реологических свойств, стабилизация системной гемодинамики, что опосредованно приводит к улучшению тканевой перфузии головного мозга, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, способствует укорочению срока нахождения больных в отделении интенсивной терапии и реанимации, тем самым позволяя раньше реабилитировать больных с тяжелой ЧМТ [8].

Как показали наши исследования, препарат нирхес 200/0,5 у больных с тяжелой ЧМТ оказывал выраженный положительный эффект. Положительное влияние на гемодинамический профиль и свертывающую систему организма связано с терапевтическим действием инфузионных препаратов на основе гидроксиэтилкрахмала, которое заключается в способности связывать и удерживать воду в сосудистом русле [2]. При инфузии препарата нирхес 200/05У аллергических реакций и побочных эффектов у пациентов не наблюдалось.

Таким образом, препарат нирхес 200/0,5 в комплексном лечении больных с тяжелой ЧМТ значительно повышает эффективность терапии, позволяет уменьшить или на время отменить прием дорогостоящих лекарственных препаратов.

Выводы

1. Препарат нирхес 200/0,5 в комплексе с базисной терапией тяжелых черепно-мозговых травм приводит к нормализации показателей гемодинамики путем улучшения реологии крови.

2. У больных с ЧМТ после применения препарата отмечалось некоторое улучшение системы гемостаза в сторону гипокоагуляции.

Литература

1. Афонин Н.И. Современные принципы инфузионно-трансфузионной терапии острой кровопотери // Вестн. службы крови России. – 2010. – №2. – С. 13-16.

2. Буланов С.А., Городецкий В.М., Шулутко Е.М. Коллоидные объемозамещающие растворы и гемостаз // Рос. журн. анест. и интенсив. терапии. – 2009. – №2. – С. 25-31.

3. Бутров А.В., Борисов А.Ю. Современные синтетические коллоидные плазмозамещающие растворы в интенсивной терапии острой кровопотери // Consilium Medicum. – 2005. – Т. 7, №6. – С. 472-476.

4. Молчанов И.В., Буланов А.Ю., Шулутко Е.М. Некоторые аспекты безопасности инфузионной терапии // Клини. анест. и реаниматол. – 2004. – Т. 1, №3. – С. 19-24.

5. Молчанов И.В., Гольдина О.А., Горбачевский Ю.В. Растворы гидроксиэтилированного крахмала – современные и эффективные плазмозамещающие средства инфузионной терапии. – М.: Изд-во НЦССХ им. А.И. Бакулева РАМН, 2008. – 137 с.

6. Молчанов И.В., Серов В.Н., Афонин Н.И. и др. Базовая инфузионно-трансфузионная терапия. Фармако-экономические аспекты // Вестн. интенсив. терапии. – 2010. – №1. – С. 10-13.

7. Умарова Х.С., Ахмедиев М.М. Клинико-эпидемиологическая характеристика черепно-мозговой травмы в Узбекистане. – Ташкент, 2006. – С. 21-23.

8. Boldt J., Mueller M., Menges T. et al. Influence of different volume therapy regimens on regulators of the circulation in the critically ill // Brit. J. Anaesth. – 2009. – Vol. 77. – P. 480-487.

ИЗМЕНЕНИЕ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА ГЭК (НИРХЕС 200/0,5)

З.Б. Урунов, Б.Ю. Юсупова, С.Н. Наврузов, Ж.Б. Бобоев

Цель: повышение эффективности лечения реанимационных больных с черепно-мозговой травмой и коррекции нарушений гемодинамики и основных звеньев системы гемостаза препаратом нирхес 200/05. **Материал и методы:** обследованы 50 больных с ЧМТ, находящихся на лечении в отделении реанимации 2-й клиники ТМА. Все больные в комплексе интенсивной терапии острого повреждения головного мозга получали препарат нирхес 200/0,5 в объеме 0,5-1,0 л /сут. Показатели центральной гемодинамики и коагулограммы определяли до применения препарата и через 2, 6 и 12 ч после начала инфузии. **Результаты:** введение нирхеса больным ЧМТ способствовало стабилизации нарушенной гемодинамики, предупреждало развитие гиперкоагуляции. Более выражено это проявлялось у пациентов через 2 дня от начала инфузии, что связано с длительным пребыванием препарата в кровеносном русле, улучшением доставки кислорода и других компонентов. **Выводы:** нирхес 200/0,5 при комплексном применении с базисной терапией тяжелых ЧМТ приводит к нормализации показателей гемодинамики с улучшением реологии крови.

Ключевые слова: нирхес, гемостаз, тяжелая черепно-мозговая травма.

ДРЕНИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

М.Ш. Хакимов, А.А. Адылходжаев

ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛ РЕЗЕКЦИЯДА УМУМИЙ ПАНКРЕАТИК ЙЎЛИНИ ДРЕНАЖЛАШ

М.Ш. Хакимов, А.А. Адылходжаев

DRAINAGE OF MAIN PANCREATIC DUCT IN GASTROPANCREATOINTESTINAL RESECTION

M.Sh. Khakimov, A.A. Adylkhodjaev

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: гастропанкреатодуоденал резекцияда, умумий панкреатик йўлини ташқи дренажлаш усули билан периампуляр ўсмаларда хирургик натижаларни яхшилаш. **Материал ва усуллар:** 2008-2014 йилларда 38 беморларга периампуляр ўсмалар билан гастропанкреатодуоденал резекция (ГПДР) амалиёти бажарилди. 12 беморга ГПДР умумий панкреатик йўли ички дренаж йўли билан бажарилди, 16 беморга реконструктив босқичда умумий панкреатик йўлини ташқи дренажлаш усули билан амалиётлар бажарилди (умумий гуруҳ). **Натижалар:** контрол гуруҳда 2 (16,7%) беморда "С" турли панкреатик фистула аниқланди ва ўлим билан кузатилди. 1 (8,3%) беморда "В" турли панкреатик фистула аниқланди, консерватив чоралар билан даволланган. Умумий гуруҳда 1 (6,3%) беморда "А" турли панкреатик фистула аниқланди. **Хулоса:** гастропанкреатодуоденал резекцияда панкреатик йўлини ташқи дренажлаш усули кўрсатмалари: меъда ости безини юмшоқ паренхимаси, ва кичик диаметрли умумий панкреатик йўли. Панкреатик фистулани ривожланишига ушбу усул хавфлигини камайтиради.

Калит сўзлар: гастропанкреатодуоденал резекция, периампуляр ўсмалари, умумий панкреатик йўли, панкреатик фистула.

Objective: To improve the results of surgical treatment for tumors of periampular zone by external drainage of the main pancreatic duct at gastropancreatointestinal resection. **Materials and Methods:** Gastropancreatointestinal resection (GPIR) was performed in 38 patients with periampular tumors. In 12 patients was conducted GPIR with internal drainage of the main pancreatic duct (control group), in 16 patients at the reconstructive stage was implemented external drainage of the main pancreatic duct (main group). **Results:** In control group 2 (16,7%) patients were diagnosed with pancreatic fistula type C with lethal outcome. 1 (8,3%) patients had pancreatic fistula type B, treated conservatively. In main group 1 (6,3%) patient had pancreatic fistula type A. **Conclusions:** External drainage of the main pancreatic duct at gastrointestinales GPIR is indicated for friable parenchyma of the pancreas and small diameter of the main pancreatic duct. It helps to reduce the risk of pancreatic fistula.

Key words: gastropancreatointestinal resection, periampular tumor, main pancreatic duct, pancreatic fistula.

На сегодняшний день единственным радикальным методом лечения периампулярных опухолей (ПАО) является хирургический – панкреатодуоденальная резекция (ПДР). Необходимо отметить, что хирургия поджелудочной железы (ПЖ) сопряжена с высоким риском развития таких осложнений, как несостоятельность панкреатодигестивного соустья, острый послеоперационный панкреатит и панкреонекроз. Разработка множества технологических приемов и внедрение в клиническую практику различных медикаментозных способов их профилактики не привели к существенному снижению количества послеоперационных осложнений, которые диагностируются при ПДР с частотой от 32,5 до 100% с госпитальной летальностью от 3,0 до 25,7% [3,4,13].

Важнейшим элементом профилактики осложнений со стороны культы поджелудочной железы и обеспечения благоприятных условий для заживления анастомоза и его герметичности является адекватная декомпрессия протоковой системы культы железы в раннем послеоперационном периоде, которая достигается временным наружным, наружно-внутренним или внутренним дренированием панкреатической культы. Временная декомпрессия протоковой системы особенно показана больным с неадаптированной и условно-адаптированной культей ПЖ, малым и средним диаметром главного панкреатического протока культы, а также при технических сложностях формирования панкреатоэнтероанастомоза [15].

Причиной, обуславливающей необходимость временного дренирования протоковой системы культы ПЖ, является обеспечение свободного оттока секрета из культы, поддержание интрадуктального давления на секреторном уровне, протезирование элиминационной функции панкреатокишечного соустья и изоляция его от панкреатического секрета на период заживления анастомоза [1,11].

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения опухолей периампулярной зоны путем наружного дренирования главного панкреатического протока при гастропанкреатодуоденальной резекции.

Материал и методы

Нами проанализирован опыт лечения 38 больных с ПАО в возрасте от 28 до 64 лет, находившихся на стационарном лечении во 2-й клинике Ташкентской медицинской академии в 2008-2014 гг., из них 21 (55,3%) мужчина и 17 (44,7%) женщин. По результатам проведенного лабораторно-инструментального обследования у 24 (63,2%) пациентов диагностировано поражение головки ПЖ, у 10 (26,3%) – фатерова соска, у 3 (7,9%) – терминального отдела холедоха, у 1 (2,6%) – двенадцатиперстной кишки.

Все больные поступали в клинику с механической желтухой, длительность которой составила от 18 до 45 дней. Большинство пациентов имели субкомпенсированную стадию печеночной недостаточности (классификация К.З. Мининой, 1988).

Диагноз ставили на основании результатов комплексного обследования, включающего мультислайсную компьютерную томоангиографию (МСКТА), МРТ-панкреатохолангиографию (МРПХГ), определение уровня опухолевых маркеров СА 19-09, РЭА, диагностическую лапароскопию.

На основании обследования нерезектабельными считали случаи, когда опухолевая инвазия распространялась на стенки сосудов со стенозированием и окклюзией её просвета более 50%, при наличии асцита, канцероматоза брюшины, метастатических узлов корня брыжейки, чревного стола, ворот печени, паракавальных, парааортальных, ретрокруральных лимфатических узлов.

В качестве радикального метода лечения всем больным была выполнена стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). На реконструктивном этапе панкреатикодигестивный анастомоз накладывался между тощей кишкой. С целью профилактики несостоятельности выполнялось дренирование главного панкреатического протока.

В зависимости от вида дренирования все пациенты были разделены на 2 группы. 12 больным 1-й группы выполнена ГПДР с внутренним дренированием главного панкреатического протока. 2 группу (основную) составили 16 пациентов, которым на реконструктивном этапе выполнено наружное дренирование главного панкреатического протока.

В послеоперационном периоде несостоятельность панкреатического анастомоза (панкреатическая фистула) определяли согласно классификации, предложенной Международным панкреатическим комитетом (2005), согласно которой под панкреатической фистулой понимали состояние, характеризующееся нарушением герметичности между железой и окружающими тканями (кишкой) и попаданием сока в окружающее пространство (и через дренаж наружу), с отделяемым в любом количестве через дренаж на 3-и сутки после операции, с уровнем амилазы, более чем в 2,5 раза превышающем уровень амилазы в крови. При этом количество отделяемого значения не имело.

По клиническим проявлениям панкреатические фистулы делились на три типа. Тип А, наиболее часто называемый «транзитной фистулой», – фистула без клинических проявлений. Пациент питается через рот и чувствует себя нормально, назначения антибиотиков или аналогов соматостатина не требуется.

Фистула типа В – этот уровень фистулы требует смены лечения. Наиболее часто пациент требует частичного или полного парентерального питания; если дренаж стоит неадекватно, и на КТ определяются скопления жидкости, проводится дополнительное дренирование. Эта стадия сопровождается болями, повышением температуры, лейкоцитозом. Таким больным часто назначают антибиотики и аналоги соматостатина. Как правило, этот уровень несостоятельности приводит к увеличению количества койко-дней или повторной госпитализации. При неадекватном лечении эта стадия может переходить в более тяжелую форму.

Фистула типа С – наиболее тяжелая форма, состояние пациента может быть тяжелым, требуется тотальное парентеральное питание, часто необходима интенсивная терапия, назначаются внутривенные антибиотики и аналоги соматостатина. Возможно развитие сепсиса и поли-

органной недостаточности. В этом случае возможны релапаротомии.

Результаты

Лечение было двухэтапным. На первом этапе после интенсивной подготовки осуществляли декомпрессию и санацию желчных протоков с последующей терапией, направленной на восстановление функционального состояния печени и гомеостаза. С целью декомпрессии желчных путей мы применяли методику чрескожной чреспеченочной холангиостомии.

После нормализации лабораторных данных и функционального состояния организма переходили к радикальным операциям.

Для этого всем больным основной группы с целью профилактики несостоятельности панкреатикоюноанастомоза выполнена ГПДР с наружным дренированием главного панкреатического протока. (Заявка на изобретение №IAP 20140342 от 21.08.14 г.).

Методика осуществлялась следующим образом: после удаления гастропанкреатодуоденального комплекса реконструктивный этап начинали с подготовки тощей кишки для наложения гепатикоюно- и панкреатикоюноанастомозов. Для этого, отступя 5 см от культи тощей кишки по противобрыжечному краю электрокоагулятором формировали отверстие диаметром 2-3 мм, далее выше указанного отверстия на 4-5 см формировали отверстие диаметром от 5 до 8 мм, равное диаметру гепатикохоледоха. После этого в главный панкреатический проток через правый печеночный проток, гепатикохоледох, проксимальное и дистальное отверстие тощей кишки заводили полихлорвиниловую дренажную трубку диаметром от 2 до 4 мм, имеющую на своем основании 2-4 боковых отверстия. Диаметр дренажной трубки соответствовал диаметру главного панкреатического протока (рис. 1-2).

После установки дренажа между задней стенкой поджелудочной железы над протоком и стенкой тощей кишки накладывали узловы швы, после чего накладывали узловы швы между главным панкреатическим протоком и тощей кишкой по типу «проток-слизистая» с использованием прецизионной техники (рис. 3).

После сформированного панкреатикоюноанастомоза выполнялась гепатикоюностомия по стандартной методике (рис. 4-5).

Дренаж выводили на боковую стенку живота, для визуального контроля отделяемого по дренажу и санации дренажной системы. Дополнительно дренировали подпеченочное пространство, область панкреатикоюноанастомоза и зону хвоста поджелудочной железы.

Клиническую эффективность контролировали по количеству панкреатического сока, отделяемого по дренажу, установленному в главный панкреатический проток, качеству и количеству отделяемого по дренажам, установленным в брюшной полости.

В ближайшем послеоперационном периоде в контрольной группе у 2 (16,7%) больных была диагностирована панкреатическая фистула типа С с аррозивным внутрибрюшным кровотечением, потребовавшим повторного оперативного вмешательства. Было выполнено ушивание культи поджелудочной железы. Оба пациента погибли от прогрессирующей полиорганной недостаточности и острой постгеморрагической анемии.

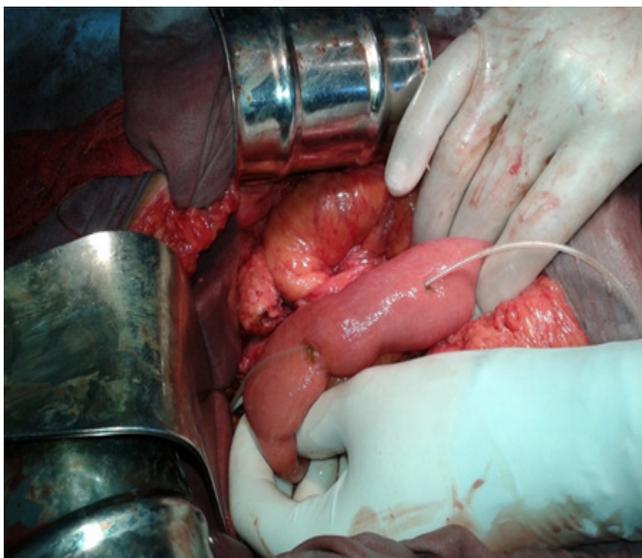


Рис. 1. Дренаж проведен через проксимальное и дистальное отверстия тощей кишки.

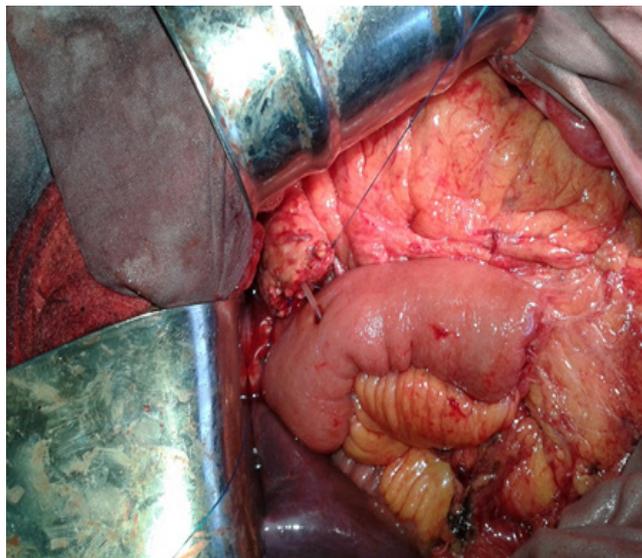


Рис. 2. Боковые отверстия дренажа находятся в просвете главного панкреатического протока, сформирован гепатикоеюноанастомоз.

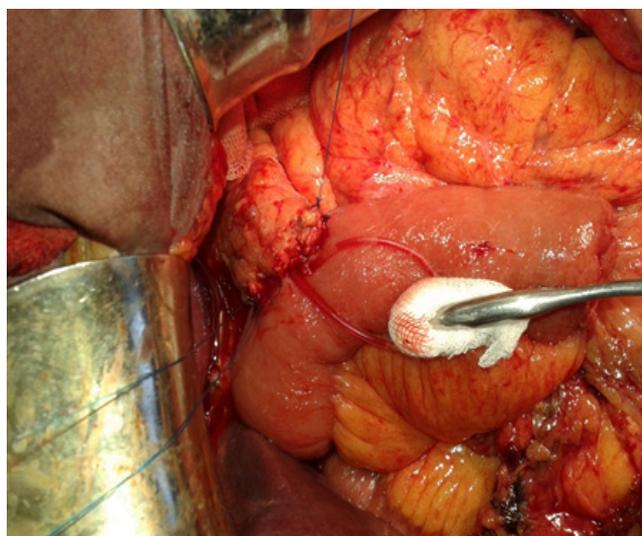


Рис. 3. Наложена задняя губа панкреатикодигестивного анастомоза и швы между главным панкреатическим протоком по типу «проток-слизистая».

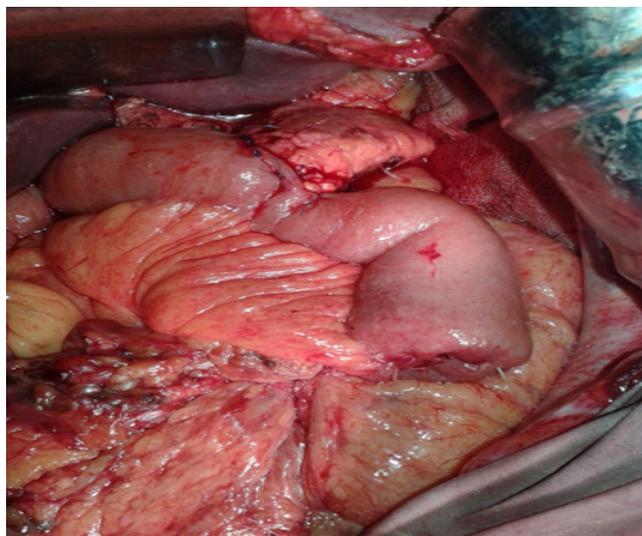


Рис. 4. Окончательный вид сформированных анастомозов.

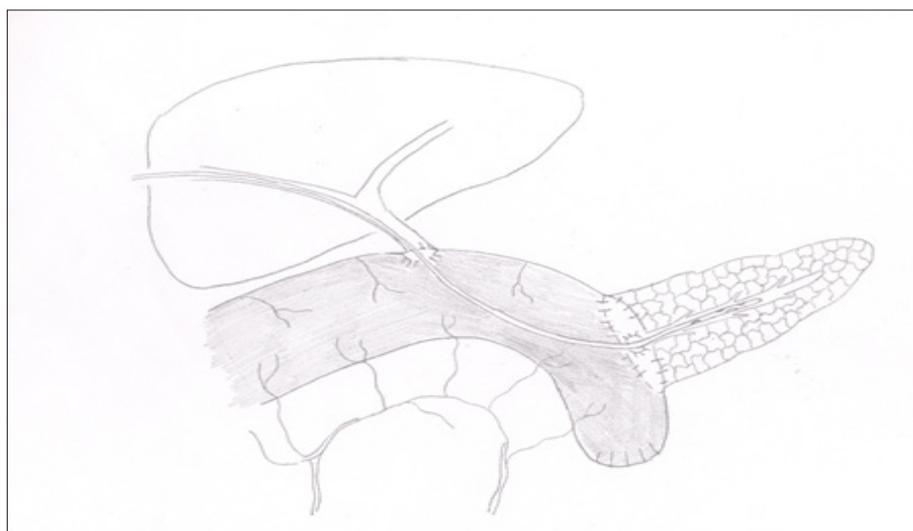


Рис. 5. Наружное дренирование главного панкреатического протока при гастропанкреатодуоденальной резекции.

Клиническая медицина

У 1 (8,4%) больного отмечалось подтекание панкреатического сока по дренажу, установленному в брюшную полость – состояние расценено как панкреатическая фистула типа В. Назначение консервативной терапии позволило избежать фатальных последствий, пациент был выписан на 34-е сутки после операции. У 4 (33,4%) пациентов имела место миграция внутренних дренажей.

У больных основной группы наружное дренирование главного панкреатического протока позволяло контролировать количество отделяемого панкреатического сока.

У 1 (6,3%) больного отмечалось транзитное повышение уровня L-амилазы в дренажной трубке, установленной в области панкреатикоюноанастомоза, до 150 Ед/л. Коррекция проводимой консервативной терапии позволила добиться нормализации состояния пациента к 14-м суткам после операции. Больной в удовлетворительном состоянии был выписан на 18-е сутки послеоперационного периода. В 1 наблюдении наблюдался летальный исход, причиной которого стал желчный перитонит вследствие подтекания желчи вокруг холангиостомы из-за миграции её в кишечник (табл.).

Таблица

Характер специфических осложнений в раннем послеоперационном периоде, абс. (%)

Осложнение	Контрольная группа	Основная группа	Всего
Панкреатическая фистула типа А	3 (25)	1 (6,25)	4
Панкреатическая фистула типа В	1 (8,33)	-	1
Панкреатическая фистула типа С	2 (16,6)	-	2
Желчный перитонит	-	1 (6,25)	1
Итого	6 (49,6)	2 (12,5)	7 (28,6)

Время пребывания больных основной группы в стационаре в среднем составляло 14,2±2,4 койко-дня, в контрольной группе – 19,4±3,4 койко-дня. В отдаленном периоде каких-либо достоверных различий в результатах хирургического лечения в двух группах не выявлено. Таким образом, предложенная методика показала свою простоту и эффективность.

Обсуждение

Только хирургическое лечение позволяет надеяться на долгосрочную выживаемость больных с периапулярными опухолями, поэтому панкреатодуоденальная резекция остается единственным радикальным методом.

В настоящее время благодаря успехам развития хирургии, анестезиологии и реанимации ГПДР стала более распространенной операцией, однако количество послеоперационных осложнений достаточно велико, что обуславливает высокую послеоперационную летальность, которая, по разным данным, составляет 10-57,4% и только в некоторых крупных специализированных клиниках не превышает 5-15% [2,4,5,10,15].

Разработка технических аспектов и улучшение возможностей послеоперационного ведения больных позволили значительно снизить послеоперационную летальность при выполнении этого вмешательства, но «краеугольным камнем» операции остается панкреатодигестивный анастомоз, на долю недостаточности которого приходится наибольший процент послеоперационных осложнений. В частности, восстановление непрерывности пищеварительного тракта после ГПДР и основной момент – формирование панкреатодигестивных анастомозов, остается весьма актуальной проблемой, которая еще далека от своего разрешения из-за развития множества осложнений. При этом самым грозным и порой фатальным

является несостоятельность панкреатодигестивных анастомозов [2,8,9,15].

Одним из ключевых моментов наложения панкреатодигестивных анастомозов является использование прецизионной техники [6,12]. Анализ полученных результатов подтвердил тот факт, что использование прецизионной техники с наложением анастомоза с сопоставлением слизистого и мышечных слоев позволяют повысить герметичность анастомоза и предотвратить прорезывание швов. Необходимо отметить что факторами, предрасполагающими к несостоятельности, являются жировая инфильтрация ПЖ, «сочная», мягкая ПЖ без признаков фиброза, нерасширенный ППЖ, массивная интраоперационная кровопотеря и мультивисцеральная резекция [1,2,7,14,15-17]. Дренирование главного панкреатического протока, особенно при неадаптированной железе и малого диаметра главного панкреатического протока, предотвращают попадание агрессивного сока в зону анастомоза и предупреждает развитие панкреатической фистулы [15].

Выводы

1. Основной задачей, направленной на предупреждение развития панкреатической фистулы, является создание герметичности между кишкой и культей железы, которую можно добиться путем наружного дренирования главного панкреатического протока.
2. Наружное дренирование главного панкреатического протока при гастропанкреатодуоденальной резекции позволяет определять дебит панкреатического сока, его качественный состав, а установленные парапанкреатические дренажи – прогнозировать риск развития панкреатической фистулы.
3. Наружное дренирование главного панкреатического протока показано при рыхлой паренхиме поджелудоч-



ной железы и малом диаметре главного панкреатического протока.

4. Применение методики «проток-слизистая» с одновременным дренированием протоковой системы поджелудочной железы способствует быстрому заживлению шва анастомоза и предотвращает риск развития панкреатической фистулы.

5. При появлении панкреатической фистулы типа В необходимо динамическое наблюдение, при появлении перитонита или арозивного кровотечения – решение вопроса о релапаротомии.

Литература

1. Данилов М.В., Глабай В.П., Кустов А.В. и др. Двухэтапная обработка культи поджелудочной железы при панкреатодуоденальной резекции // *Анналы хир. гепатол.* – 1998. – №3(2). – С. 51-58.

2. Кригер А.Г., Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г. и др. Послеоперационный панкреатит при хирургических вмешательствах на поджелудочной железе // *Хирургия.* – 2012. – №4. – С. 14-19.

3. Кубышкин В.А., Вишневицкий В.А. Рак поджелудочной железы. – М.: ИД Медпрактика-М, 2003. – С. 76-78.

4. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. – М.: Медицина, 2007. – 448 с.

5. Путов Н.В., Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю. Рак поджелудочной железы. – СПб: Питер, 2005. – 396 с.

6. Aranha G.V., Aaron J.M., Shoup M. Critical analysis of a large series of pancreaticogastrostomy after pancreaticoduodenectomy // *Arch. Surg.* – 2006. – Vol. 141, №6. – P. 574-579.

7. Ball C.G., Howard T.J. Does the type of pancreaticojejunostomy after Whipple alter the leak rate? // *Adv. Surg.* – 2010. – Vol. 44. – P. 131-148.

8. Choon-Kiat H.O., Friess H., Buchler M.W. et al. Complications of pancreatic surgery // *HPB.* – 2005. – Vol. 7. – P. 99-108.

9. De Castro S.M., Kuhlmann K.F., Busch O.R. et al. Delayed massive hemorrhage after pancreatic and biliary surgery: embolization or surgery? // *Ann. Surg.* – 2005. – Vol. 241. – P. 85-91.

10. Gueroult S., Parc Y., Duron F. et al. Completion pancreatectomy for postoperative peritonitis after pancreaticoduodenectomy: early and late outcome // *Arch. Surg.* – 2004. – Vol. 139, №1. – P. 16-19.

11. Hamaana Y., Suzuki T. Total pancreatic duct drainage for leakpro of pancreaticojejunostomy // *Surgery.* – 1994. – Vol. 115, №1. – P. 22-26.

12. Hashimoto Y., Traverso L.W. Pancreatic anastomotic failure rate after pancreaticoduodenectomy decreases with

microsurgery // *J. Amer. Coll. Surg.* – 2010. – Vol. 211, №4. – P. 510-521.

13. Kelemen D., Papp R., Baracs J. et al. Treatment of pancreatic and periampullary tumours in our department in the last 10 years // *Magy Seb.* – 2009. – Vol. 62, №5. – P. 287-292.

14. Ramacciato G., Mercantini P., Petrucciani N. et al. Risk factors of pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy: a collective review // *Amer. Surg.* – 2011. – Vol. 77, №3. – P. 257-269.

15. Ribero D., Amisano M., Zimmiti G. et al. External tube pancreatectomy reduces the risk of mortality associated with completion pancreatectomy for symptomatic fistulas complicating pancreaticoduodenectomy // *J. Gastrointest. Surg.* – 2013. – Vol. 17, №2. – P. 332-338.

16. Van Berge M.I., Allema J.H., van Gulik T.M. et al. Delayed massive haemorrhage after pancreatic and biliary surgery // *Brit. J. Surg.* – 1995. – Vol. 82. – P. 1527-1531.

17. Z'Graggen K., Uhl W., Friess H., Buchler M.W. How to do a safe pancreatic anastomosis // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* – 2002. – Vol. 9. – P. 733-737.

ДРЕНИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

М.Ш. Хакимов, А.А. Адылходжаев

Цель: улучшение результатов хирургического лечения опухолей периапулярной зоны путем наружного дренирования главного панкреатического протока при гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР). **Материал и методы:** ГПДР выполнена 38 больных с периапулярными опухолями. У 12 пациентов ГПДР произведена с внутренним дренированием главного панкреатического протока (контроль), 16 на реконструктивном этапе осуществлено наружное дренирование главного панкреатического протока (основная группа). **Результаты:** в контрольной группе у 2 (16,7%) больных была диагностирована панкреатическая фистула типа С с летальным исходом. У 1 (8,3%) пациента была панкреатическая фистула типа », купированная консервативно. В основной группе у 1 (6,3%) пациента была панкреатическая фистула типа А. **Выводы:** наружное дренирование главного панкреатического протока при гастропанкреатодуоденальной резекции показано при рыхлой паренхиме поджелудочной железы и малом диаметре главного панкреатического протока, и способствует снижению риска развития панкреатической фистулы.

Ключевые слова: гастропанкреатодуоденальная резекция, периапулярные опухоли, главный панкреатический проток, панкреатическая фистула.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

С.А. Хасанов, У.А. Иргашева

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЕМОРЛАРДА КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШНИ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

С.А. Хасанов, У.А. Иргашева

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

S.A. Hasanov, U.A. Ergasheva

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Мақсад: сурункали тонзиллитни қандли диабет беморларда клиник кечишининг ўзига хослигини ўрганиш ва шу гуруҳлар учун оптимал даво ни танлаш. **Материал ва усуллар:** 90 та бемор текширувдан ўтказилди, Беморлар 3 гуруҳга ажратилди: 1) КД СТ сиз; 2) КД+ХТ; 3) СТКД сиз. **Натижалар:** беморларнинг танглай муртаклари элюдрил антисептик воситаси ёрдамида 10 мл га 100 мл стерил физиологик суюқлик билан 10 кун ювилди, Микробиологик текширув шуни кўрсатдики асосий гуруҳ беморларда даволашдан сўнг танглай муртаклари нормал микробиоцинозининг тикланиши 13 (93%), назорат гуруҳида 7 (46%). **Хулоса:** СТ фонда КД тез-тез қайталаниш билан кечади ва асосий касаллик кечишининг оғир шакли ривожланишига олиб келади. СТ даволаш схемасини давом эттириш КД беморларда юқори клиник натижа беради ва асосий касаллик кечишига ижобий таъсир кўрсатади.

Калит сўзлар: сурункали тонзиллит, қандли диабет, элюдрил кечиши, даволаш.

Objective: To study features of the course of chronic tonsillitis (CT) in patients with diabetes mellitus (DM) and selection of optimal treatment. **Materials and Methods:** We examined 90 patients, who were divided into 3 groups: 1 – DM without CT; 2 – DM+CT; 3 – CT without DM. **Results:** Patients' palatine tonsils were washed with antiseptic solution eludril 10 ml in 100 ml of sterile saline daily within 10 days. Microbiological study showed restoration of normal microflora of the tonsils after treatment in 13 (93%) patients of 2 group (DM+CT) and only in 7 (46%) of 3 group (CT). **Conclusions:** CT against DM occurs with frequent exacerbations and contributes to the development of severe underlying disease course. The scheme of treatment of CT patients with DM has sufficient clinical effect and positively influences on the course of the underlying disease.

Key words: chronic tonsillitis, diabetes mellitus, eludril.

Хронический тонзиллит (ХТ) и его осложнения остаются одной из актуальных проблем медицины. Немаловажное значение хронический очаг инфекции в небных миндалинах имеет при сахарном диабете (СД) – наиболее распространенном эндокринном заболевании [4,5]. Если изучению сердечно-сосудистых заболеваний, патологии почек и нижних конечностей у пациентов с СД посвящено много работ, то состояние ЛОР-органов при СД до конца не изучено [2].

Очаговая инфекция небных миндалин ослабляет островковый аппарат ткани поджелудочной железы. Обострения хронического тонзиллита способствуют манифестации латентного или декомпенсации явного СД. Глубокие нарушения обмена веществ при СД, в свою очередь, благоприятствуют обострениям хронического тонзиллита [4,5]. Таким образом, создается порочный круг. Актуальность данной проблемы очевидна, если учесть, что хронический тонзиллит, по разным данным, встречается у 13,5-60,6% больных СД и является наиболее частым сопутствующим заболеванием, требующим оперативного вмешательства [4,5]. Санация миндалин заметно стабилизирует компенсацию обменных нарушений, что еще раз убеждает в патогенетической взаимосвязи этих заболеваний.

Цель работы

Изучение особенностей течения ХТ у больных СД и выбор оптимального метода лечения.

Материал и методы

Обследованы 90 больных, из них 20 (32,5%) лиц женского и 70 (67,5%) мужского пола, в возрасте от 40 до 65

лет. Все пациенты разделены на 3 группы: 1-я – СД без ХТ; 2-я – СД+ХТ; 3-я – ХТ без СД.

СД диагностирован у 60 (66,6%) больных, длительность заболевания диабетом – от 5 до 20 лет. У 12 (20%) больных СД была стадия компенсации, у 28 (46,7%) – субкомпенсации, у 20 (33,3%) – декомпенсации. Следует отметить, что хронический тонзиллит чаще встречался при субкомпенсированном – у 12 (42,8%) и декомпенсированном диабете – у 18 (90%). Хронический тонзиллит диагностирован у 60 (66,6%) больных, из них у 8 (13,3%) была простая форма, у 30 (50%) – токсико-аллергическая форма I ст. и у 22 (36,6%) – токсико-аллергическая форма II ст.

Клиническое обследование и динамическое наблюдение больных проводились по специально разработанной нами карте, в которой учитывались анкетные данные, жалобы больного, данные анамнеза (в том числе длительность ХТ и СД, частота и характер заболеваний), результаты объективного осмотра состояния ЛОР-органов, лабораторного и инструментального исследований, наличие сопутствующих заболеваний внутренних органов.

Все пациенты получали местное консервативное лечение, которое включало промывание небных миндалин антисептическим раствором элюдрила, разбавленным из расчета 10 мл на 100 мл стерильным физиологическим раствором ежедневно в течение 10 дней. Элюдрил – антисептический, противовоспалительный, обезболивающий и ранозаживляющий раствор. Содержит хлоргексидина диглюконат 0,10%, который оказывает выраженное антибактериальное, противогрибковое и противовоспа-

лительное действие; хлорбутанол 0,50%, который обладает длительным местным обезболивающим эффектом; натрия докузат – поверхностно-активное вещество, которое улучшает дисперсию и сохраняет длительную стойкость действующих веществ на слизистой оболочке.

В процессе лечения обращали внимание на чистоту промывного раствора лакун, уменьшение гиперемии краев небных дужек, регрессию симптомов Преображенского, Зака и очаговой интоксикации, а также на положительную динамику основного заболевания. Эффективность проводимой терапии оценивали по окончании курса лечения и при наблюдении в течение 6 месяцев. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики стандартным пакетом программ Microsoft Excel с использованием t критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

До начала исследования выраженность как объективных, так и субъективных симптомов у больных была примерно одинаковой (табл. 1). После курса комплексной терапии проводился контрольный бактериологический посев. Микробиологическое исследование показало восстановление нормального микробиоценоза небных миндалин после лечения у 13 (93%) больных 2-й (СД+ХТ) и лишь у 7 (46%) – 3-й (ХТ) группы.

Таблица 1

Основные жалобы больных при поступлении, абс. (%)

Признак	ХТ, n=30	СД, n=30	ХТ + СД, n=30
Неприятный запах изо рта	23 (76,7)	5 (16,7)	27 (90,0)
Периодические боли в горле, иррадиирующие в уши	20 (66,7)	7 (23,3)	27 (90,0)
Покалывание и жжение в миндалинах	20 (66,7)	2 (6,7)	26 (86,6)
Периодические боли в области суставов	6 (20,0)	8 (26,7)	18 (60,0)
Субфебрильная температура тела	16 (53,3)	3 (10,0)	14 (46,7)
Сухость и дискомфорт в горле	6 (20,0)	17 (56,7)	19 (63,3)
Снижение аппетита	20 (66,7)	6 (20,0)	20 (66,6)
Недомогание	13 (43,4)	14 (70,0)	23 (76,6)

Как видно из таблицы 1, 27 (90,0%) больных, предъявляли жалобы в основном на неприятный запах изо рта, 20 (66,7%) – на периодические боли в горле иррадиирующие в уши, 20 (66,7%) – на покалывание в миндалинах и чувства жжение, 6 (20,0%) – на летучие боли в области суставов, 16 (53,3%) – на субфебрильное повышение температуры тела, 6 (20,0%) – на сухость в горле, 20 (66,7%) – на снижение аппетита, 13 (43,4%) – на недомогание. Данные анамнеза, касающиеся перенесенного тонзиллита, были подтверждены записями в амбулаторных картах обследованных больных.

При орофарингоскопии обращали внимание на состояние слизистой оболочки полости рта и глотки, размер небных миндалин, наличие сращения дужек с миндалинами, состояние регионарных лимфатических узлов. У больных ХТ отмечались различные местные изменения, характерные для хронического воспаления (табл. 2): казеозные пробки лакун небных миндалин выявлены у 22 (73,3%),

отечность слизистой оболочки над верхним полюсом небных миндалин – у 16 (53,3%), гиперемия и инфильтрация верхних отделов передних дужек – у 14 (46,7%), отежность верхних отделов передних дужек – у 13 (43,3%), отежность верхних отделов небных миндалин – у 8 (26,7%), жидкий гной в лакунах небных миндалин – у 8 (26,7%), зачелюстной лимфаденит и увеличение поверхностных шейных лимфатических узлов – у 17 (56,7%).

Таблица 2

Частота встречаемости местных признаков ХТ у больных СД, абс. (%)

Признак	ХТ, n=30	СД, n=30
Гиперемия и инфильтрация верхних отделов передних дужек	14 (46,7±9,1)	14 (46,7±9,1)
Отечность верхних отделов передних дужек	13 (43,3±9,0)	17 (56,7±9,0)
Отечность слизистой оболочки над верхним полюсом небных миндалин	16 (53,3±9,1)	23 (76,7±7,7)
Жидкий гной в лакунах небных миндалин	8 (26,7±8,1)	22 (73,3±8,1)
Казеозные пробки лакун небных миндалин	22 (73,3±8,1)	8 (26,7±8,1)
Увеличение регионарных шейных лимфатических узлов	17 (56,7±9,0)	18 (60,0±8,9)

Согласно результатам наших наблюдений, совпадающим с данными литературы, обострения хронического тонзиллита у больных сахарным диабетом протекают вяло, боли в глотке выражены слабо, ощущается дискомфорт в горле, неясные тянущие боли, иррадиирующие в уши, незначительно повышается температура (табл. 3). При фарингоскопии отмечают рыхлые небные миндалины с застойно гиперемизированными дужками, налеты не характерны и встречаются крайне редко. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, но безболезненны при пальпации. Следует подчеркнуть, что именно из-за отсутствия выраженных общих и местных симптомов при обострениях хронического тонзиллита у больных сахарным диабетом трудно его диагностировать, определить истинную частоту, своевременно назначить лечение.

Таблица 3

Частота основных клинических симптомов у больных СД, абс. (%)

Признак	Число больных	Мужчины	Женщины
Головные боли	14 (46,7±9,1)	8 (50,0±12,5)	6 (42,9±13,2)
Слабость	17 (56,7±9,0)	9 (56,3±12,4)	8 (57,1±13,2)
Снижение аппетита	23 (76,7±7,7)	11 (68,8±11,6)	12 (85,7±9,4)
Раздражительность	8 (26,7±8,1)	4 (25,0±10,8)	4 (28,6±12,1)
Сухость кожи	21 (70±7,6)	10 (62,5±12,1)	11 (78,6±11,0)
Обложенность языка	12 (40,0±8,9)	7 (43,8±12,4)	5 (35,7±12,8)
Полиурия	16 (53,3±9,1)	7 (43,8±12,4)	9 (64,3±12,8)
Жажда	23 (76,7±7,7)	11 (68,8±11,6)	12 (85,7±9,4)

Между тем своевременная диагностика хронического тонзиллита у больных сахарным диабетом чрезвычайно важна: даже клинически слабовыраженное обострение тонзиллита усиливает симптомы диабета – жажду, сухость во рту, полиурию, зуд кожных покровов и др., что приводит к декомпенсации сахарного диабета [4]. Мы наблюдали 16 таких больных. У 5 больных сахарный диабет манифестировал после ангины, у 1 – после ОРВИ, сопровождавшегося ангиной. Обобщая результаты клинического обследования больных, можно сделать вывод, что ХТ на фоне СД протекает вяло, симптомы его выражены слабее (56%), чем у больных без диабета. Декомпенсация сахарного диабета чаще наблюдалась у больных хроническим тонзиллитом.

Принимая во внимание полученные нами результаты, можно говорить об образовании порочного круга, обуславливающего взаимовлияние и взаимоотягощение заболевания небных миндалин и СД, что диктует необходимость выбора метода адекватной консервативной терапии для этого контингента больных. Учитывая, что ХТ встречается почти у половины больных СД, а также отрицательное влияние его обострений на течение основного заболевания, становится очевидной необходимость санации инфекционно-аллергического очага в глотке [5,7,8].

Известно, что сочетание гнойной инфекции и СД является крайне неблагоприятным фактором, так как приводит к быстрой декомпенсации СД и в дальнейшем к развитию кетоацидоза, на фоне которого происходит ухудшение течения гнойного процесса [3,6,9]. На фоне гипергликемии наблюдается гликозилирование белков, повышается концентрация глюкозы практически во всех тканях организма, что является прекрасной питательной средой для гноеродных микроорганизмов, большинство из которых обладает сахаролитической активностью. Кроме того, макро- и микроангиопатии, а также невротия способствуют повышению проницаемости кожных покровов и слизистых, а также снижению их барьерной функции. Помимо указанного механизма снижения общей резистентности макроорганизма, возникают нарушения общего и местного иммунитета, которые имеются у большинства больных СД [1].

Выводы

1. ХТ на фоне СД встречается у 50% больных; ХТ протекает с частыми обострениями и способствует развитию декомпенсированной формы основного заболевания.

2. Лечение элюдрилом способствует значительному уменьшению клинических проявлений ХТ и частоты его рецидивов в виде ангин.

3. Консервативное лечение ХТ у больных СД с использованием предложенной нами схемы оказывает выраженный клинический эффект и благоприятно влияет на течение основного заболевания.

Литература

1. Амонов Ш.Э Хронический тонзиллит у детей больных хроническим вирусным гепатитом В: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 1992. – 18 с.

2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Возможности лечения сахарного диабета 2 типа на современном этапе // Рус. мед. журн. – 2009. – Т. 10, №11. – С. 496-502.

3. Бирюкова Е.В., Гуров А.В., Юшкина М.А. // Человек и лекарство: Тез. докл. 18-й Рос. науч. конф. – М., 2011. – 580 с.

4. Гуров А.В., Бирюкова Е.В., Юшкина М.А. Сахарный диабет и гнойно-воспалительные заболевания ЛОР-органов // Сахарный диабет. – 2012. – №2. – С. 54-59.5.

5. Гуров А.В., Бирюкова Е.В., Юшкина М.А. Возможности применения Фромилида Уно в терапии гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов у больных сахарным диабетом // Леч. дело. – 2012. – №1. – С. 73-76.

6. Зуфаров К.А., Тухтаев К.Р., Юсупов Ф.Н. Цитологическая особенность небных миндалин при хроническом тонзиллите // Журн. ушн., нос., горл. бол. – 1981. – №3. – С. 16-20.

7. Хасанов С.А., Даминов Т.А., Аманов Ш.Э. Некоторые показатели клеточного и гуморального иммунитета у детей, больных хроническим тонзиллитом // 1-й съезд иммунологов и аллергологов Таджикистана: Тез. докл. – Душанбе, 1991. – С. 150-151.

8. Хасанов С.А., Кирсанов В.И. Особенности клиники и хирургического лечения хронического тонзиллита у больных с тиреоидной патологией // Вестн. оториноларингол. – 1997. – №5. – С. 34-36.

9. Arnáiz-García M.E., Alonso-Peña D., González-Vela Mdel C. et al Cutaneous mucormycosis: report of five cases and review of the literature // J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. – 2009. – Vol. 62, №11. – P. 434-441.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

С.А. Хасанов, У.А. Иргашева

Цель: изучение особенностей течения хронического тонзиллита (ХТ) у больных сахарным диабетом (СД) и выбор оптимального метода лечения. **Материал и методы:** обследованы 90 больных, которых разделили на 3 группы: 1-я – СД без ХТ; 2-я – СД+ХТ; 3-я – ХТ без СД. **Результаты:** пациентам промывали небные миндалины антисептическим раствором элюдрила 10 мл на 100 мл стерильного физиологического раствора ежедневно в течение 10 дней. Микробиологическое исследование показало восстановление нормального микробиоценоза небных миндалин после лечения у 13 (93%) больных 2-й (СД+ХТ) и лишь у 7 (46%) – 3-й (ХТ) группы. **Выводы:** ХТ на фоне СД протекает с частыми обострениями и способствует развитию тяжелых форм течения основного заболевания. Предложенная схема лечения ХТ больных СД дает достаточный клинический эффект и благоприятно влияет на течение основного заболевания.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, сахарный диабет, элюдрил.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ И ОРГАНАХ СРЕДОСТЕНИЯ

Ш.Н. Худайбергенов, О.Т. Ирисов, О.Д. Эшонходжаев, Р.Я. Хаялиев, Н.Т. Турсунов

ЎПКА ВА КЎКРАК ОРАЛИҒИ АЪЗОЛАРИДА БАЖАРИЛГАН ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИНГИ ЭРТА ПЛЕВРА ИЧИГА ҚОН КЕТИШ ВА ИВИБ ҚОЛИШ АСОРАТИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Ш.Н. Худайбергенов, О.Т. Ирисов, О.Д. Эшонходжаев, Р.Я. Хаялиев, Н.Т. Турсунов

RESULTS OF TREATMENT OF EARLY INTRAPLEURAL BLEEDING AND CLOTTED HEMOTHORAX AFTER OPERATIONS ON THE LUNGS AND MEDIASTINUM ORGANS

Sh.N. Khudaybergenov, O.T. Irisov, O.D. Eshonkhodjaev, R.Ya. Hayaliev, N.T. Tursunov

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова

Мақсад: ўпка ва кўкрак оралиғида бажарилган операциялардан кейинги эрта плевра ичига қон кетиш ва ивиб қолиш асоратини даволаш натижаларини баҳолаш. **Материал ва усуллар:** 2003 йилдан 2008 йилгача проф. С.В. Очаповский номидаги №1-чи Ўлка Клиник Шифохонаси қошидаги Кўкрак қафаси Хирургияси Марказида (Краснодар шаҳри) ҳамда 1999 йилдан 2011 йилгача академик В. Вохидов номидаги Республика Ихтисослаштирилган Хирургия марказининг ўпка ва кўкс оралиғи хирургияси бўлимида жарроҳлик амалиёти бажарилган ва жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда плевра бўшлиғи асоратлари билан хасталанган 327 беморнинг текшириш ва даволаш натижалари келтирилган. **Натижалар:** 116 бемордан 65 таси 1-суткадаёқ қайта операция қилинди ва шу беморларнинг 98,5% (64 тасида) яхши натижага эришилди. Қон кетишини консерватив даволаб тўхтатишга уриниш ва 2-сутка ва ундан кейин қайта операция қилиш қониқарсиз натижаларни 4 баробар ошишига олиб келади, яъни 1,5% дан 5,6% гача. **Хулоса:** Қайта операция қилиб даволашни фаол жарроҳлик усули ИПСни ўрнига келтириш қобилиятини узайрита олади ва қайта операция қилиш самарадорлигини оширади ҳамда ўлимлар сони камайишига олиб келади.

Калит сўзлар: операциядан кейинги эрта интраплеврал қон кетиш, плевра ичида қон ивиб қолиши, қон тўхтатиш, видеоторакоскопия.

Objective: To assess the results of treatment of early intrapleural bleeding and clotted hemothorax after operations on the lungs and mediastinum organs. **Materials and Methods:** We analyzed results of examination and treatment of 327 patients with postoperative intrapleural complications, operated in SSC at the Regional clinical hospital №1 named after professor C.V. Ochapovsky (Krasnodar) from 2003 to 2008, and in the Department of surgery of the lungs and mediastinum of the RSSC named after academician V. Vakhidov from 1999 to 2011. **Results:** Development of postoperative bleeding was observed in 116 patients. 65 of them were operated in the first days after development of complications, while the share of satisfactory results amounted for 98,5% (64 of 65 patients). Trying to conduct conservative hemostasis and perform the second operation at the second day increases the number of unsatisfactory results almost 4-fold from 1,5 to 5,6%. **Conclusions:** Active surgical tactics in the treatment of postoperative intrapleural bleeding can extend the ability to perform IPC and improve the effectiveness of repeated operations with reduction of mortality.

Key words: postoperative intrapleural bleeding, clotted hemothorax, hemostasis, videothoracoscopy.

Внутриплевральное кровотечение является грозным осложнением первых часов и дней после операции. Несмотря на большие достижения в хирургии лёгких и органов средостения, избежать этого осложнения не удастся. По данным литературы, оно встречается в 2-20% случаев. Своевременно предпринятая реторакотомия устраняет причину кровотечения и нередко спасает жизнь больному [1,3,5,8,11]. Внутриплевральные кровотечения после резекций лёгких по поводу туберкулеза и другой патологии лёгких возникают у 1-7% больных [4]. По мнению многих ученых, внутриплевральные кровотечения и свернувшийся гемоторакс чаще развиваются у больных с облитерированной плевральной полостью, а также при продолжительности операции более двух часов [2,3,5,9,10].

Цель исследования

Оценка результатов лечения ранних внутриплевральных кровотечений и свернувшегося гемоторакса после операций на лёгких и органах средостения.

Материал и методы

В основу исследования положены результаты обследования и лечения 327 больных с послеоперационными вну-

триплевральными осложнениями, оперированных в ЦГХ при краевой клинической больнице №1 им. проф. С.В. Очаповского (г. Краснодар) в 2003-2008 гг. и в отделении хирургии лёгких и средостения РСЦХ им. акад. В. Вахидова в 1999-2011 гг. В зависимости от предпринятой тактики ведения и использования в лечебно-профилактическом комплексе новых технологий все больные были разделены на две группы. Основную группу составили 102 больных, оперированных после 2006 года, в контрольную группу включены 225 пациентов, наблюдаемых до 2006 года. Тактика ведения больных с внутриплевральными осложнениями отличалась комплексом новых технологий, внедренных параллельно в двух центрах после 2006 года.

Послеоперационные кровотечения в двух группах отмечались у 116 больных, в том числе у 41 (40,2% от всех внутриплевральных осложнений – 102) в основной и у 75 (33,3% от всех осложнений – 225) – контрольной.

Диагностика продолжающегося внутриплеврального кровотечения не представляет особых трудностей. У больных наблюдались выраженная бледность, холодный пот, стремительное ухудшение состояния, отсутствие эффекта от проводимого лечения: гемостатической терапии,

переливания крови, сердечных средств, а также поступление по дренажной трубке из плевральной полости большого количества содержимого, интенсивно окрашенного кровью, с высоким содержанием в нем гемоглобина (более 50 г/л), снижение уровня гемоглобина и гематокрита крови. Рентгенологически на стороне операции определяется интенсивное тотальное или субтотальное затенение. В некоторых случаях выявляется тень с неровными контурами, сливающаяся с тенью средостения или расположенная пристеночно на фоне жидкости в плевральной полости. Такая картина наблюдается при наличии сгустка в плевральной полости.

Нужно сказать, что в постановке диагноза внутриплеврального кровотечения ведущей является клиническая картина. Другие методы исследования лишь дополняют и подтверждают его. Не следует придавать значения выделению крови по дренажной трубке. Нередко кровотечение в плевральную полость есть, а по трубке отделяемого нет (трубка забила сгустком крови, фибрина, непроходима вследствие пережатия, неудачно поставлена и т. д.).

Постановка диагноза внутриплеврального кровотечения после операции должна быть быстрой, так как иногда счет идет на минуты. При подозрении на кровотечение в послеоперационном периоде одновременно должны проводиться мероприятия, направленные на уточнение диагноза, то есть самые необходимые диагностические процедуры. В это же время проводятся мероприятия лечебного характера по выведению больного из тяжелого состояния и одновременно разворачивается операция для срочной реторакотомии. Только при такой организации дела в клинике удавалось спасти больных даже с большой, массивной кровопотерей, в том числе в одном

уникальном случае со соскользнувшей со ствола лёгочной артерии лигатурой. Мы видели неудачи там, где кровотечение вначале казалось небольшим, и слишком долго проводилось наблюдение с консервативным лечением в виде переливания крови и других средств, реторакотомия выполнялась через много часов, а иногда через сутки и позже после возникновения подозрения на внутриплевральное кровотечение. Такая тактика ошибочна. При подозрении на кровотечение, подтвержденное дополнительными методами исследования, тактика должна быть активной – срочная повторная операция.

В тех случаях, когда кровотечение в плевральную полость не угрожает жизни больного, а после переливания крови, гемостатических и других средств состояние его становится удовлетворительным, предположительно кровотечение остановилось, реторакотомия в первые часы, а может быть и сутки-двое не произведена, успокаиваться нельзя [6,7]. Как правило, в этих случаях в плевральной полости образуется сгусток. Выполнение МСКТ грудной клетки дает четкие представления о состоянии оставшейся части легкого и позволяет диагностировать свернувшийся гемоторакс. Такому больному после уточнения диагноза показана реторакотомия. Неправильно надеяться на то, что с помощью фибринолитических и других средств удастся растворить сгусток. Надо согласиться с мнением большинства хирургов, рекомендующих в этих случаях реторакотомию и удаление сгустка. Во всех наблюдениях, где мы пытались консервативными мероприятиями, применяя различные медикаменты, растворить сгусток, успех не был достигнут, и больных пришлось оперировать.

Как было отмечено выше, кровотечения наблюдались у 116 больных. У 70 (60,3%) из них отмечалось интра-

Таблица 1

Распределение больных по типу интраплеврального геморрагического синдрома, абс. (%)

Тип геморрагического синдрома	Всего больных	Основная группа	Контрольная группа
Интраплевральное кровотечение	70	24 (58,5)	46 (61,3)
Свернувшийся гемоторакс	37	14 (34,1)	23 (30,7)
Пристеночная гематома	9	3 (7,3)	6 (8,0)
Всего	116	41 (100,0)	75 (100,0)

плевральное кровотечение, у 37 (31,9%) – свернувшийся гемоторакс, у 9 (7,8%) – пристеночная гематома (табл. 1).

У большинства пациентов послеоперационное кровотечение развивалось после выполнения резекционных вмешательств. Однако следует отметить, что частота этого осложнения зависела от типа выполненной операции. Благодаря применению современных интраоперационных технологий по достижению гемостаза количество кровотечений уменьшилось с 1,6 до 0,9%, то есть в 1,3-3 раза (табл. 2).

Результаты

Проведенный анализ показал, что на исход лечения больных с послеоперационным внутриплевральным кровотечением абсолютное влияние оказывает фактор хирургической активности. Попытки остановки кровотечения консервативно в большинстве случаев не имеют успеха. Так, из 116 больных 65 (56%) были оперированы в

первые сутки после развития осложнения, при этом удовлетворительные результаты составили 98,5% (у 64 из 65 пациентов). Попытка консервативного гемостаза и выполнение повторного вмешательства на вторые сутки повышает количество неудовлетворительных результатов почти в 4 раза – с 1,5 до 5,6% (из 18 больных, оперированных в эти сроки, умер 1). В дальнейшем частота неудовлетворительных результатов нарастала и в сроки более пяти суток достигала 16,7% (1 больной из 6 оперированных умер от сердечно-сосудистой недостаточности с развитием коагулопатии и рецидивом кровотечения). В промежуточные сроки – на третьи сутки из 15 оперированных больных выжили 13 (86,7%), в сроки от 3 до 5 суток из 12 больных выжили 10 (83,3%) (рис. 1).

Анализ результатов повторных операций по поводу внутриплеврального кровотечения показал, что в основной группе удовлетворительные результаты получены у

40 (97,6%) больных, а в контрольной – у 69 (92,0%). Умерли 1 (2,4%) и 6 (8,0%) больных (рис. 2).

Активная хирургическая тактика, предпринятая в основной группе, и возможность улучшения гемостаза путем применения аргоноплазменной коагуляции повлияли и на вероятность выполнения повторного миниинвазивного вмешательства. Так, видеоторакоскопия (ВТС) в основной группе успешно выполнена 30 (73,2%) пациентам,

с переходом на конверсию только у 3 (7,3%) больных, тогда как в контрольной группе этот метод был применен только у 17 (22,7%) больных, а частота конверсий достигла 21,3% (16 пациентов). Соответственно реторакотомия произведена у 7 (17,1%) пациентов основной и у 41 (54,7%) – контрольной группы, то есть в целом у 10 (24,4%) и 57 (76,0%) пациентов с традиционным повторным вмешательством (табл. 3).

Таблица 2

Распределение больных основной (числитель) и контрольной (знаменатель) групп в зависимости от частоты послеоперационного интраплеврального кровотечения

Характер операции	Кол-во операций	Кол-во осложнений, абс. (%)
Операции на трахее	104 43	- -
Пневмонэктомия	356 341	7 (2,0) 13 (3,8)
Резекционные вмешательства	1839 1569	28 (1,5) 30 (1,9)
Операции при эхинококкозе	445 678	2 (0,4) 4 (0,6)
Декортикация	101 116	- -
VATS	1050 975	3 (0,3) 10 (1,0)
Торакомиопластика	24 10	- -
Операции на средостении	334 280	1 (0,3) 13 (4,6)
Прочие	564 561	- 5 (0,9)
Всего	4817 4573	41 (0,9) 75 (1,6)

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от способа остановки послеоперационного интраплеврального кровотечения

Способ остановки кровотечения	Основная группа	Контрольная группа
Реторакотомия	7 (17,1)	41 (54,7)
ВТС	30 (73,2)	17 (22,7)
Конверсия	3 (7,3)	16 (21,3)
Консервативно	1 (2,4)	1 (1,3)
Всего	41 (100,0)	75 (100,0)

На фоне коагулопатии повторное кровотечение развилось у 4 пациентов, кроме того, у 1 больного контрольной группы отмечался рецидив геморрагического синдрома в первые сутки после реторакотомии после первичной билобэктомии, связанный с неэффективным гемостазом. Послеоперационные осложнения включали нагноение

раны, пневмонию, сердечно-сосудистую и полиорганную недостаточность. Сроки пребывания в стационаре после повторных операций больных основной группы сократились на $6,2 \pm 0,2$ суток ($8,4 \pm 0,2$ против $14,6 \pm 0,3$ суток в контрольной группе, $p < 0,05$).

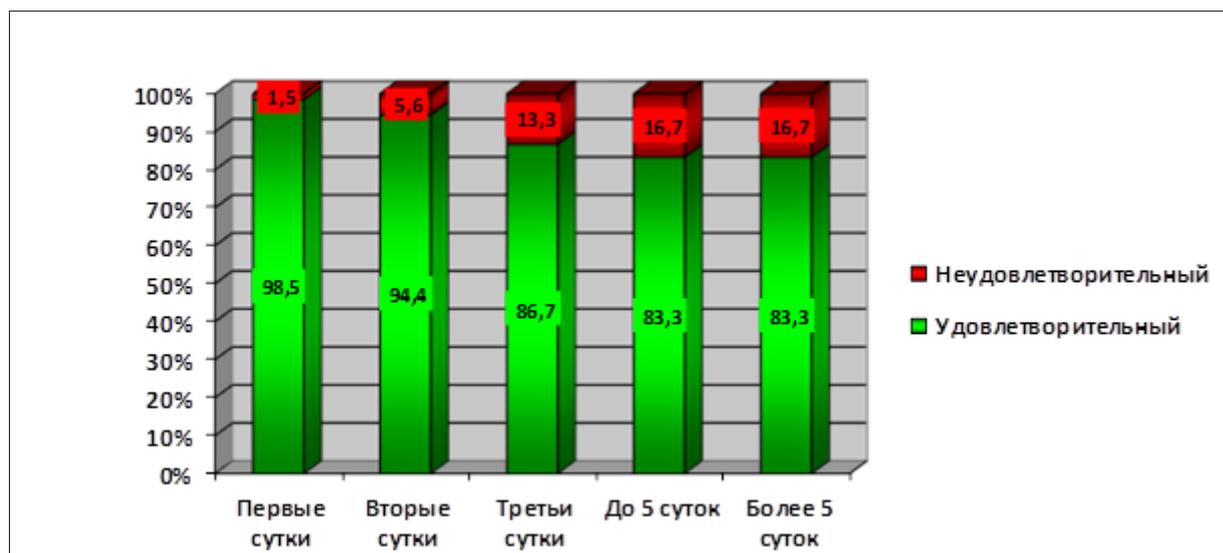


Рис. 1. Результаты лечения в зависимости от сроков выполнения повторных вмешательств с момента начала интраплеврального кровотечения, %.

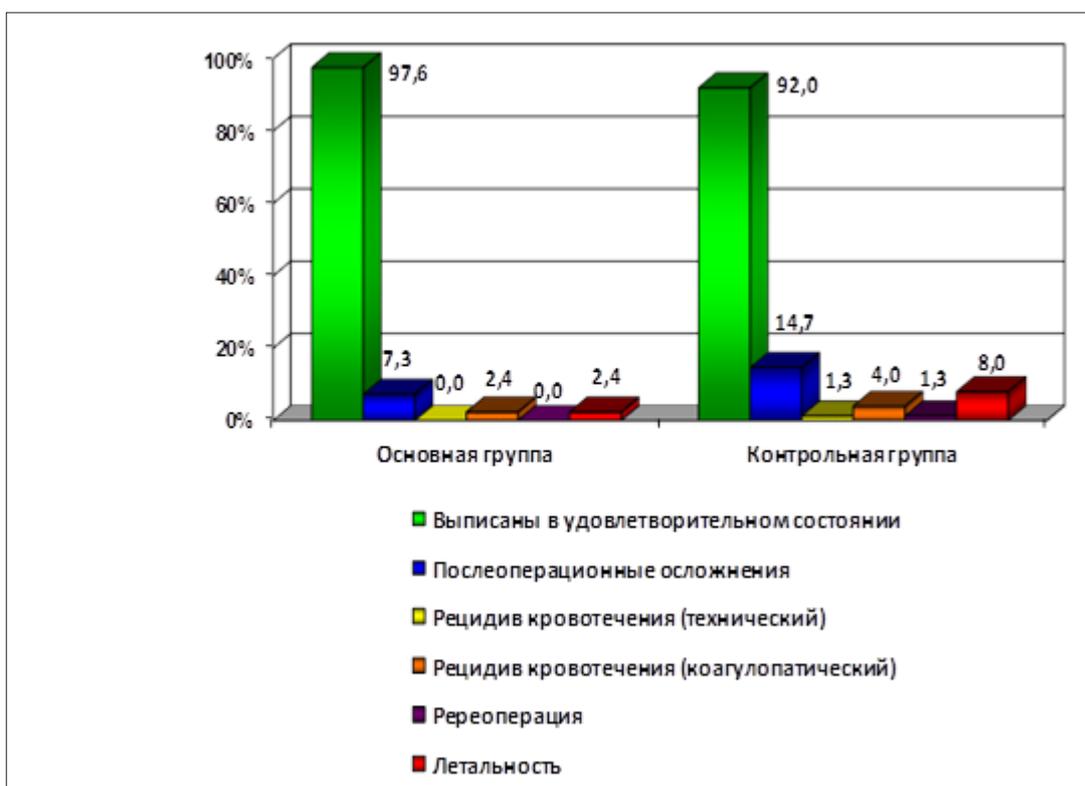


Рис. 2. Результаты лечения послеоперационных интраплевральных кровотечений, %.

Таким образом, технически грамотная операция с тщательной перевязкой магистральных сосудов, остановкой кровотечения из всех кровоточащих участков грудной стенки является одним из главных условий профилактики внутриплеврального кровотечения после операции. Если последнее возникло, то выполненная по показаниям ранняя реторакотомия в большинстве случаев спасает больному жизнь и позволяет избежать тяжелых осложнений.

Активная хирургическая тактика с интраоперационным применением аргоноплазменной коагуляции позволяет увеличить количество торакоскопических вмешательств по поводу внутриплевральных кровотечений с 22,7 до 73,2%, обеспечивая возможность санации и адек-

ватного гемостаза как мелких сосудистых источников, так и поверхности легкого. В свою очередь активная тактика и улучшение интраоперационного гемостаза при всех типах повторных операций на легких позволили увеличить количество удовлетворительных результатов лечения послеоперационных внутриплевральных кровотечений с 92,0 до 97,6% и снизить летальность с 8,0 до 2,4%.

Выводы

1. Малоинвазивные вмешательства имеют ряд преимуществ при ликвидации послеоперационных внутриплевральных кровотечений: малотравматичны, сокращают сроки пребывания больных в стационаре и, тем самым,

Клиническая медицина

сокращают материальные расходы. Применение ВТС при свернувшихся гемотораксах является методом выбора.

2. Благодаря применению при послеоперационных внутриплевральных кровотечениях и свернувшемся гемотораксе малоинвазивных технологий количество осложнений уменьшилось в 2 раза, на 6,2±0,2 суток сократилось количество койко-дней ($p<0,05$).

3. Применение интраоперационной технологии аргон-плазменного гемостаза при вмешательствах на легких и органах средостения позволяет снизить частоту развития послеоперационного интраплеврального кровотечения с 1,8 до 1,0% при традиционных операциях и с 1,0 до 0,3% при выполнении видеоторакоскопических вмешательств.

4. Активная хирургическая тактика при лечении послеоперационных внутриплевральных кровотечений позволяет увеличить возможности для выполнения ВТС с 22,7 до 73,2% и повысить эффективность повторных операций с 92,0 до 97,6% со снижением летальности с 8,0 до 2,4%.

Литература

1. Бисенков Л.Н. Торакальная хирургия. – М., 2004. – 1920 с.

2. Вагнер Е.А., Кабанов А.Н., Павлов В.В. Реторакотомии и повторные операции при заболеваниях и травмах легких. – Пермь, 1998. – 146 с.

3. Ермолов А.С., Стоногин В.Д. Реторакотомия в связи с кровотечением в раннем послеоперационном периоде после операций на лёгких и органах средостения // Пробл. туб. – 2001. – №2. – С. 36-37.

4. Стручков В.И., Недвецкая Л.М., Долина О.А. и др. Хронические нагноительные заболевания лёгких, осложненные кровотечением. – М., 1985.

5. Эпштейн А.М. Внутриплевральное кровотечение и свернувшийся гемоторакс после частичных резекций легких и пневмонэктомии по поводу туберкулеза // Диагностика и лечение осложнений в хирургической практике. – Пермь, 1990. – С. 18-21.

6. Broderick S.R. Hemothorax: Etiology, diagnosis, and management // Thorac. Surg. Clin. – 2013. – Vol. 23, №1. – P. 89-96.

7. Cermák J., Fiala P., Novák K. et al. Hemothorax as a complication of thoracotomy // Rozhl. Chir. – 1991. – Vol. 70, №10-11. – P. 484-488.

8. Fabbrucci P., Nocentini L., Secci S. et al. Video-assisted thoracoscopy in the early diagnosis and management of

post-traumatic pneumothorax and hemothorax // Surg. Endosc. – 2008. – Vol. 22, №5. – P. 1227-1231.

9. Mahmood I., Abdelrahman H., Al-Hassani A et al. Clinical management of occult hemothorax: a prospective study of 81 patients // Amer. J. Surg. – 2011. – Vol. 201, №6. – P. 766-769.

10. Solaini L., Prusciano F., Bagioni P. et al. Video-assisted thoracic surgery (VATS) of the lung: analysis of intraoperative and postoperative complications over 15 years and review of the literature // Surg. Endosc. – 2008. – Vol. 22. – P. 298-310.

11. Trondsen E. The history of development of physical methods of hemostasis in surgery // Europ. J. Surg. – 1998. – Vol. 164, №4. – P. 297-303.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ И ОРГАНАХ СРЕДОСТЕНИЯ

Ш.Н. Худайбергенов, О.Т. Ирисов,
О.Д. Эшонходжаев, Р.Я. Хаялиев, Н.Т. Турсунов

Цель: оценка результатов лечения ранних внутриплевральных кровотечений и свернувшегося гемоторакса после операций на легких и органах средостения. **Материал и методы:** проанализированы результаты обследования и лечения 327 больных с послеоперационными внутриплевральными осложнениями, оперированных в ЦГХ при Краевой клинической больнице №1 им. проф. С.В. Очаповского (г. Краснодар) с 2003 по 2008 гг. и в отделении хирургии легких и средостения РСЦХ им. акад. В. Вахидова с 1999 по 2011 гг. **Результаты:** развитие послеоперационного кровотечения отмечено у 116 больных. 65 из них были оперированы в первые сутки после развития осложнения, при этом доля удовлетворительных результатов составила 98,5% (64 из 65 пациентов), попытка консервативного гемостаза и выполнение повторного вмешательства на вторые сутки повышает количество неудовлетворительных результатов почти в 4 раза – с 1,5 до 5,6%. **Выводы:** активная хирургическая тактика при лечении послеоперационных внутриплевральных кровотечений позволяет увеличить возможности для выполнения ВТС и повысить эффективность повторных операций со снижением летальности.

Ключевые слова: послеоперационное внутриплевральное кровотечение, свернувшийся гемоторакс, гемостаз, видеоторакоскопия.

ЌИЗИҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

DUNYODA ENG TINIQ VA TOZA SUV QAYERDA, BILASIZMI?

Bu Yangi Zelandiyadagi Moviy ko'l – "Rotomairewhenua" ko'lining suvi hisoblanadi. Chuqurligi 76 metrli ko'l Janubiy orolda, dengiz sathidan 1200 metr balandlikda joylashgan bo'lib, atrofidagi go'zal tabiat manzarasi bilan birgalikda betakror uyg'unlik hosil qilgan. Suvi shunchalik tozaki, distillangan suvga tenglashtirish mumkin. 76 metrli tubigacha aniq ko'rinib turadi. Ko'l davlat tomonidan muhozafta qilinadigan hududda joylashgan bo'lib, yetib borish amri mahol. Ko'l sho'ng'ish esa butkul taqiqlangan. Ko'lining manbasi ancha yuqorida joylashgan muzliklar hisoblanadi. Atrofdagi quyuq daraxtzor tufayli yangi quyilgan suv ko'lni loyqalatib yubormaydi. Quyidagi teshik orqali suv doim ko'ldan tashqariga sizib turadi. Ko'l suvi 24 soat ichida to'liq yangilanadi. Ba'zan qattiq yomg'ir ko'lga muz bo'laklarini oqizib keladi va suvini biroz xiralashtiradi. Lekin 2-3 kun ichida yana avvalgi holiga qaytadi. Achinarlisi, iqlim o'zgarishlari tufayli ko'lining manbai hisoblangan muzliklari tobora kichrayib bormoqda.

Hasan OLIMOV

САЛАР ОЧИҚ СУВ ҲАВЗАСИНИ САНИТАР-ТОПОГРАФИК ТЕКШИРИШ

Г.Т. Искандарова, А.М. Юсупхўджаева, Ф.М. Тўрахонова

САНИТАРНО-ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТКРЫТОГО ВОДОЕМА САЛАР

Г.Т. Искандарова, А.М. Юсупхўжаева, Ф.М. Тўрахонова

SANITARY-TOPOGRAPHIC SURVEY OF OPEN WATER SALAR

G.T. Iskandarova, A.M. Yusupkhodjaeva, F.M. Turahonova

Тошкент тиббиёт академияси

Цель: анализ результатов санитарно-топографического и санитарно-химического исследования источника централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения Салар. **Материал и методы:** часть водоканала Салар изучена с помощью визуального, санитарно-химического и бактериологического методов исследования. **Результаты:** на берегах водоканала Салар, который протекает по территории населенного пункта, расположены частные жилые дома. Существует несколько источников загрязнения водоема: резиновый завод, завод по переработке кожи, скотомогильники. Образующиеся сточные воды загрязняют водоем в нижней части и становятся причиной загрязнения на выходе водоема из города. **Выводы:** на основании санитарных правил и норм №0172-04 "Санитарная охрана открытых водоемов от загрязнения" водоем соответствует II категории.

Ключевые слова: источники загрязнения водоемов, санитарно-топографическое исследование, очистка сточных вод.

Objective: Analysis of the results of sanitary-topographic and sanitary-chemical study of the source of centralized drinking water supply Salar. **Materials and Methods:** Part of water Salar was studied using visual, sanitary-chemical and bacteriological methods.

Results: There are private houses on the banks of the water Salar, which flows through the territory of the settlement. There are several sources of pollution of the water: rubber plant, processing plant, skin, animal burials. The wastewater pollutes water in the bottom and become a cause of pollution at the outlet of the reservoir from the city. **Conclusions:** According to the sanitary rules and norms No. 0172-04 "Sanitary protection of open water from pollution", the reservoir corresponds to category II.

Key words: sources of water pollution, sanitary-topographic survey, wastewater treatment.

Очиқ сув ҳавзаларини муҳофаза қилиш халқ хўжалигининг олдида турган асосий муаммолардан биридир. Мазкур муаммони ҳал этиш аҳоли ўртасида ичак инфекцияларини олдини олиш ва аҳолини тоза ичимлик суви билан таъминлаш масалаларини ҳал этишга имкон яратади. Ичимлик суви ва аҳоли томонидан хўжалик – маиший мақсадларда фойдаланиладиган сув объектлари биологик, физик ва кимёвий омиллар билан ифлосланмаган бўлиши керак. Сув таркибидаги кимёвий моддалар, биологик фаол моддалар, микроорганизмлар санитар қоидалар бўйича меъёрлаштирилиши керак. Сув ҳавзаларини маълум мақсадлар учун фойдаланишда санитар эпидемиологик хулосасидан сўнг рухсат берилди [1,3].

Мамлакатимизнинг табиий бойликларидан рационал фойдаланиш ва уларнинг муҳофаза қилишга мустақилликнинг дастлабки йилларидан бошлаб катта эътибор қаратилди. Сув ресурсларидан оқилона фойдаланиш эса Давлат иқтисодиётининг асосий вазифаларидан бири бўлиб қолди. Бу вазифалар ўз ўрнида очиқ сув ҳавзаларини муҳофаза қилишга қаратилган бир қанча чора-тадбирлар ишлаб чиқишга сабаб бўлди.

Аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш муаммолари табиатни ҳимоя қилишга қаратилган чора тадбирларнинг ўз вақтида бажарилиши билан узвий боғланган [1,5].

Тадқиқот мақсади ва вазифалари

Тошкент шаҳри аҳолисига сифатли ва етарли марказлаштирилган ичимлик – хўжалик суви таъминоти маъналаридан бири ҳисобланган Салар каналини санитар-топографик ва санитар-кимёвий текширувдан ўтказиш ҳамда олинган натижаларни таҳлил қилиш.

Тадқиқот усуллари ва материаллар

Тадқиқот объекти сифатида Салар каналининг маълум бир қисмлари ўрганилди. Бунда очиқ сув ҳавзаси ва уни ўраб турган ҳудуд анъанавий визуал, анамнестик, санитария-кимёвий ва бактериологик текширувлардан ўтказилди [4]. Салар каналини санитария-топографик текширишда оқим бўйлаб қуйи қисми ва уни ўраб турган ҳудуднинг санитария ҳолати баҳоланди. Бунда ўрганилган ҳудуд давомийлиги дарёнинг сув сарфи ва оқим тезлигига боғлиқ бўлади. Санитария-топографик текшириш асосида лаборатория текширув натижалари таҳлил қилинди. Бунда сувнинг органолептик, кимёвий ва бактериологик кўрсаткичлари таҳлил натижалари ётади. Сув манбасини санитария текширув ўтказилганда дарёдаги сув сарфи ўрганилиши зарур.

Олинган натижалар ва уларни муҳокамаси

Тошкент шаҳридаги очиқ сув ҳавзалари аҳоли томонидан турли мақсадларда кенг фойдаланилади. Шулардан бири Салар очиқ сув ҳавзаси бўлиб, у Тошкент шаҳридан 6 км юқорида, Чирчиқ дарёсининг энг асосий ирмоғи Бўзсув каналидан сув олади. Шаҳарнинг қуйи қисмига ўтган сари, яъни шимолий-шарқдан, жанубий-ғарбга оқиб, шаҳардаги кичик ариқлар тизимидаги ортиқча сувларни ҳамда кўп миқдордаги оқава сувларни ҳам ўз таркибига қабул қилиб олади.

Шаҳардан ташқарида эса бу канал Қора-сув магистрал ирригацион каналларига қуйилади. Канал бошланиш жойидан 25 км қуйида Салар каналидан Жун-ариқ канали бошланади, 45 км. да эса Ниёзбошариғи бошланади. Ушбу ариқлардан аҳоли турли мақсадларда фойдаланади.

Салар каналининг 36 км.лик масофаси текширилди. Бунда “Салар” канали сувидан ташқари унга ёндош бўлган йирик ариқлар, яъни Қора-сув ариқларининг суви ҳам текширилди. Салар сувда тузлар миқдорининг ортишига асосий сабаб унга грунт сувларининг қуйилишидир. Салар канали сувининг сифати кимёвий ва бактериологик кўрсаткичларини яхшиланиши шаҳар ҳудудини ўзидаёқ бошланади. Салар канали сувининг Қора-сув ирригацион каналларига қўшилиши канал суви сифатини ижобий томонга ўзгартиради. Сўнгра оқим бўйлаб канал сувда ўзгаришлар кузатилмайди. Каналдаги сувда ўзини-ўзи тозалаш жараёни ёз ойларида жадал кетади, баҳор, куз ва қиш ойларида эса пасайиб боради. Салар, Қора-сув ирригацион каналлари сувининг сифати таққосланганда, янги ифлосланган сув Саларда, энг кам ифлосланган сув эса Жун каналда оқиши аниқланди.

Сув сифатини баҳолашда ўзига маиший ҳамда ишлаб чиқариш корхона чиқинди суви, яъни Саъдий кўчасидан, вокзал олди ҳудудидан, Ўзгариш”маҳалласидан тери ишлаш корхонасидан келувчи коллекторлардан намуналар олинди. Намуна олиш ҳар 4 соатда ўтказилиб, олинган намуналар сони 6 тани ташкил этди. Бундай синамалар ҳар ойда бир марта март ойидан декабр ойигача олиниб, ўрганилди.

Тошкент шаҳар ҳудудидаги Салар суви сифатини ўрганиш мақсадида каналнинг 5 км жойи белгилаб олинди. Салар канали суви сифатини баҳолаш учун унинг 5 км қисми мунтазам ўрганилди. Бунинг учун Салар бошланиши жойидан 13,2 км қуйи қисми танланди. Чунки шу танлаб олинган ҳудудда Салар канали ўз таркибига юқори турувчи барча манбалардан тушувчи сувлар ташланади. Салар канали суви таркибидаги ўз-ўзини тозалаш жараёнига таъсир этувчи омилларни ўрганишда, сувнинг суюлиши ва биокимёвий оксидланиш ҳолати инobatга олинди. Бунинг учун магистрал канали сувининг таъсири сезиларли бўлади.

Салар канали суви сифатини биокимёвий оксидланиш кўрсаткичлари ҳисобига яхшиланиб боришини Саларнинг икки тармоғи: Саларнинг бошланиш жойидан 25 км қуйи жойи ҳамда Жун каналининг 17 км қуйи қисмлари ўрганилди. Бу икки тармоқни ўрганишдан асосий мақсад Салар канали оқим бўйлаб қуйида ҳам ариқларни сув билан таъминловчи манба, ҳам суғориш далаларидан сув қабул қилувчи канал вазифасини бажаради.

Жун эса фақат дала ва боғларга сув тарқатувчи канал вазифасини бажаради. Сувни ўз-ўзини тозалаш жараёнини тузатишда булардан ташқари ҳар икки тармоқнинг оралиқ нуқталаридан синамалар олиб баҳоланади. Белгиланган нуқталардан намуналар икки хил мавсум: қиш ва ёз ойларида олиб баҳоланди.

Салар сувини кимёвий-бактериологик текшириш натижасида қуйидаги маълумотлар олинди:

Биринчи пунктдан олинган намуна натижасига кўра Салар канали суви тоза дарё сувига тенглаштирилиши мумкин.

Ёз ойларида Салар канали қишга нисбатан кимёвий ва бактериологик жиҳатдан кўпроқ зарарланади. Салар каналининг ўртача сув сарфи ёз ойларида 11,9 м³/с, оқимга қарши 5,5 м³/с ни ташкил этмоқда.

Салар канали сувини ўз-ўзини тозалаш жараёнини тузатиш учун канал суви икки оқимга бўлинди: биринчи оқим сувларни тўлиқ аралаш иш жойи (18,2 км) ва иккин-

чи оқим эса Жун-Салар гидростатида (25 км) этиб белгиланди.

Биринчи оқимдан олинган намуна натижаларига кўра сувни суюлишини сув сифатига қандай таъсир кўрсатиши ўрганилди. Ёз ойларида Жун канали 30 м³/с бўлганда у Салар канали суви билан аралашини натижасида канал суви сифати яхшиланди. Қиш ойларида эса Жунда сув сарфи 2,04 м³/с бўлганда, Салар сувининг сифати сезиларсиз ўзгаради.

Аналитик маълумот натижаларини таққослаш натижасида Саларнинг иккита тармоғидаги сувнинг сифати яхшиланиб бориши маълум бўлди (шаҳардан ташқарида 6,8 км жойи) оқим бўйлаб Саларнинг қуйи қисми ўрганилмади, чунки шаҳардан ташқарига чиққандан сўнг Салар каналига янги, қўшимча ифлослантирувчи манбалар тушади.

Қиш ойларида Жун-Салар тармоғида сувнинг сифат кўрсаткичини пасайиши натижасида биринчи оқимнинг қуйи қисмида сувни ўз-ўзини тозалаш жараёни тўхтади (гидростатнинг 15 км қисмида), иккинчи оқим яъни Жун каналда сувни қуйи қисмида сувнинг сифати 0,2 м³/с, бўлган бир пайтда, канал сувига жуда кўп янги ва турли хилдаги ифлослантирувчи манбалар ташланади.

Ариқ сувдаги бактериологик кўрсаткичлар ҳар икки тармоқда ҳам қиш кунларида яхши томонга ўзгаради. Сув тармоғининг охириги нуқталарида бактерияларни нобуд бўлиши 68% ни ташкил этади, аммо уларда сувни ўз-ўзини тозалаш жараёни охирига етмайди. Тоза дарё суви учун бактериялар кўрсаткичи 250 дан 2500 гача (Н.С. Строганов бўйича) бўлишига рухсат этилади. Аммо текширув натижасида олинган маълумотларда бактериал кўрсаткичлар меъёрдан юқорилиги аниқланди. Қиш фаслида Салар канали сувининг 25-60 км қисмида сув сифатининг яхшиланишининг асосий сабаби грунт сувларининг қўшилишидир. Сувни ўз-ўзини тозалаш жараёни самарадорлигини баҳолаш учун сувдаги КБЭнинг фоизлардаги нисбати бўйича аниқланди (Н.С. Строганов бўйича) [2,4]. Сувни бактериал кўрсаткичлар бўйича ўз-ўзини тозалаш тезлигини 1 соат давомида бактериялар сонини фоизларда пасайиши билан ифодаланди.

Салар-Жун каналининг иккинчи тармоғидаги ўз-ўзини тозалаш жараёни фақат сувни биокимёвий оксидланиши ҳисобига ҳамда сувнинг юза реаэрация ҳисобига содир бўлади. Салар – Жун канали 11 км қуйи қисмида сувнинг аралашини 3 соат 50 минутни ташкил этади, бунда КБЭ нинг соатлик пасайиш фоизи 10,3% бактериаларнинг нобуд бўлиши 11,3%. Салар канали суви таркибига тушган зарарли моддаларни йўқотиши учун 12,5 соат вақт сарфланади. Салар-Жун каналда сувни бактериал жиҳатдан ўз-ўзини тозалаш жараёни тезроқ кетади.

Хулоса

Каналдаги сув сарфи 48 га тенг. Каналдаги сувнинг оқим тезлиги 0,8 м/сек ли ташкил этади. Ёғингарчилик пайти ва куз, баҳор ойларида сув даражасини ортиши кузатилмайди. Канал туби ва қирғоқлари лойли. Канал аҳоли пункти ёнида, қирғоқларида, турар-жой бинолари, жумладан, хусусий уйлар жойлашган. Сув ҳавзасини ифлослантирувчи бир қанча омиллар: резина заводи, терини қайта ишлаш заводи, қушхоналар мавжуд. Мазкур корхоналардан ажралиб чиқаётган оқава сувлар Салар каналини қуйи, яъни шаҳардан чиқиш жойи қисмини ифлослантиришига сабаб бўлмоқда. Салар каналининг санитар ҳолати тўғрисида умумий хулоса шуки, канал бошланиш

жойида сув ҳавзаси суви 1-тоифаси даражасига мос келади, аммо қуйида унинг таркибига бир қанча ифлослантувчи манбалардан оқава сувларнинг аралашishi натижасида сув ҳавзаси 2-тоифа сув ҳавзаси даражасига мос бўлади.

Адабиётлар

1. Аликбаева Л.А. Научные основы обеспечения гигиенической безопасности эксплуатации городских очистных сооружений с технологией сжигания осадка сточных вод: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – СПб, 2008. – 47 с.

2. Гриднева М.А. Совершенствование отведения и очистки поверхностных сточных вод урбанизированных территорий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2004. – 20 с.

3. Красовский Г.Н. Новый аспект концепции санитарной охраны водоемов // Окружающая среда и здоровье населения: Материалы конф. – М., 2003. – С. 193-200.

4. Малышев В.В. Эколого-эпидемиологическая оценка водных объектов мегаполиса // Гигиенические проблемы водоснабжения населения и войск: Материалы конф.; Под. ред. Ю.В. Лизунова. – СПб: ВМедА, 2003. – С. 97-99.

5. Санитар қоида ва меъёр №0172-04 “Очиқ сув ҳавзаларини санитария муҳофаза қилиш”. – Тошкент, 2004.

САЛАР ОЧИҚ СУВ ҲАВЗАСИ САНИТАРИЯ-ТОПОГРАФИК ТЕКШИРИШ

Г.Т. Искандарова, А.М. Юсупхўджаева, Ф.М. Тўрахонова

Мақсад: марказлаштирилган ичимлик – хўжалик суви таъминоти манбалари Салар каналини санитар-топогра-

фик ва санитар-кимёвий текширувдан ўтказиш ва олинган натижаларни таҳлил қилиш. **Материал ва усуллар:** тадқиқот объект сифатида Салар каналининг маълум бир қисмлари ўрганилди. Бунда очиқ сув ҳавзаси ва уни ўраб турган ҳудуд анъанавий визуал, анамнестик, санитария-кимёвий ва бактериологик текширувлардан ўтқазилди.

Натижа: канал аҳоли пункти ёнида, қирғоқларида турар жой бинолари жумладан хусусий уйлар жойлашган. Сув ҳавзасини ифлослантувчи бир қанча омиллар: резина заводи, терини қайта ишлаш заводи, қушхоналар мавжуд. Мазкур корхоналардан ажралиб чиқётган оқава сувлар Салар каналини қуйи, яъни шаҳардан чиқиш жойи қисмини ифлослантуришига сабаб бўлмоқда. **Хулоса:** санитария қоида ва меъёр №0172-04 “Очиқ сув ҳавзаларини санитар муҳофаза қилиш”га мувофиқ баҳоланди ва II тоифа сув ҳавзаларига киритилди.

Калит сўзлар: сув ҳавзаларини ифлослантувчи манбалар, санитар-топографик текшириш, чиқинди сувларни тозалаш.

ҚИЗИҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

ОБИ НАЙОТ TANQISLIGI

Hisob-kitoblar shuni ko'rsatmoqdaki, 2020—2025 yillarga kelib, barcha chuchuk suv resurslari inson faoliyati uchun egalab bo'linadi, ya'ni suv ham investitsiya manbaiga aylanishi va sotilishi ehtimoli bor. Dunyo miqyosida so'nggi 100 yilda suv sarflanishi olti marotaba oshgan. Bu ketishda 2050 yilga kelib insoniyatga hozirgiga nisbatan ikki barobar ko'proq suv zarur bo'ladi. Suv esa kamaygandan kamayib boraveradi. Hozirning o'zida dunyo miqyosida 1.1 milliard inson doimiy ravishda suv tanqisligi bilan kurashmoqda. 2 milliard odam bu muammoga vaqti-vaqti bilan duch kelib turibdi. Bu sayyoramiz aholisining yarmi chuchuk suvga zoriqqanligidan dalolat beradi. Har kuni 6000 nafarga yaqin odam (asosan bolalar) bu muammo u yoki bu oqibatlari tufayli nobud bo'lmoqda. 2030 yilga kelib 500 mln ga yaqin odam suv izlab qit'adan qit'aga ko'chib yuradi. Bu muammo butun insoniyatni o'ylantirib, 22 mart kuni Butun jahon suv kuni deb e'lon qilingani bejizga emas. Umuman olganda, dunyo miqyosida ichimlik suvi ta'minoti kelajakda qanday bo'lishi bo'yicha mutaxassislar quyidagi ikki taxminni bildirmoqdalar. (Eng qizig'i, har ikkala taxmindan Xitoy bilan Hindiston omili bor. Aynan shu ikki davlat aholisi eng ko'p bo'lishi bilan birga, rivojlanish sur'ati bo'yicha ham etakchilik qilishmoqda). Hozirdanoq dunyodagi aholisi 10 mln. kishidan ortiq 22 davlat ichimlik suvi tanqisligi va oqava tizimlar etishmasligidan aziyat chekmoqda. Eng murakkab vaziyat esa Xitoyda yuz beryapti. Mamlakatdagi 600 ta shahardan 550 tasi yuqoridagi muammoga ozmi-ko'pmi duch kelgan. Hindistonda ham bu boradagi ahvol havas qilgudek emas. Kelajakda suvga bo'lgan talabning oshib borishi, qishloq xo'jaligi mahsulotlari, ya'ni oziq-ovqat muammosini keltirib chiqaradi. Bu muammo insonlarning yanada kuchli tabaqalanishiga olib keladi. Shundoq ham qashshoqlik hukm surayotgani kamlik qilayotgandek, yildan-yilga qurg'oqchilik avj olayotgan Afrika qit'sidan millionlab muhojirlar Evropa va Osiyoga qarab yo'l olishadi. Bu esa o'z navbatida ijtimoiy muammolarni, irqiy ziddiyatlarni keltirib chiqaradi.

Hasan OLIMOV

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ

Б.М. Маматкулов, Д.А. Устамадалиева

ФАРҶОНА ВОДИЙСИДАГИ ОНАЛАР ЁЛИМИГА САБАБ БЎЛУВЧИ ТУҒУРУҚ ЁШИДАГИ АЁЛЛАР СОҒЛИГИГА ТАЪСИР ЭТАДИГАН ОМИЛЛАРНИ ЎРНИ

Б.М. Маматкулов, Д.А. Устамадалиева

THE ROLE OF SOME FACTORS OF WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH AS A CAUSE OF MATERNAL MORTALITY IN THE FERGHANA VALLEY

B.M. Mamatkulov, D.A. Ustamadaliyeva

Ташкентская медицинская академия

Мақсади: Фарғона водийсида фертил ёшдаги аёлларнинг социал статусининг оналар ўлимидаги ўрни. **Материал ва усуллар:** Фарғона водийсининг Фарғона, Наманган, Андижон вилоятларидаги 2003–2013 йилларда оналар ўлимини ижтимоий тиббий омиллар билан боғлиқ ҳолда ўрганилган. **Натижалар:** Фарғона водийсида оналар ўлимининг $\frac{3}{4}$ қисмини қуйидаги асосий омиллар ҳисобига кузатилади: хомилдорлик даврида экстрагенитал касалликлар; хомилдорлик даврида келиб чиққан патологиялар; туғиш ва ундан кейинги даврларда кузатилган асоратлар; ятрогения. Оналик ўлимига олиб келувчи қўшимча сабабларга тиббий ижтимоий, ижтимоий гигиеник ва тиббий ташкилий омилларни киритиш мумкин. **Хулоса:** оналар ўлимига олиб келувчи сабаблар ичида биринчи ўринни акушерлик асоратлар, иккинчи ўринда экстрагенитал касалликлар, учинчи ўринда ижтимоий омиллар, тўртинчи ўринда аёлнинг ёши туради.

Калит сўзлар: оналик ва болаликни ҳимоялаш, она ўлими, хавfli омиллар.

Objective: To determine the role of social status of fertile age women in the structure of causes of maternal mortality in the Ferghana valley. **Materials and Methods:** From 2003 to 2013, the dynamics of maternal mortality in Ferghana, Namangan and Andijan regions was studied in conjunction with some socio-medical factors. **Results:** The following four reasons define more than three quarters of all maternal deaths in the Ferghana valley: extragenital diseases during pregnancy; pathology that developed during pregnancy; complications arising during childbirth and the postpartum period, as well as iatrogeny. Complex medico-social, social-hygienic, medical and organizational factors are additional reasons behind the risk of maternal mortality. **Conclusions:** In the development of maternal mortality obstetric complication is on the first place, extragenital diseases are on the second one, social category is on the third place and age is on the fourth place.

Key words: protection of motherhood and childhood, maternal mortality, risk factors.

По данным ВОЗ, в мире от осложнений беременности и родов ежегодно умирают 600 тыс. женщин и более 8 млн младенцев [2,4]. Каждую минуту в развивающихся странах одна женщина умирает от осложнений во время беременности или родов, которые можно было бы предотвратить или излечить. Большая часть смертей рассматривается как предотвратимые, а безопасные роды и ведение акушерских осложнений являются единственной и самой решающей мерой по спасению жизни в ходе антенатального и послеродового ухода [1].

Исконно Центрально-Азиатский регион характеризовался высокой материнской и детской смертностью [1,3]. Со времени обретения Республикой Узбекистан независимости Президент страны особое внимание уделяет вопросам охраны здоровья материнства и детства, рождению и воспитанию здорового поколения. Благодаря этому были реализованы целевые Государственные программы, направленные на выполнение задач в рамках программ «Здоровая мать – здоровый ребенок», «Соғлом авлод учун», «Она ва бола», «Скрининг матери и ребенка», Постановления Президента РУз № ПП-1144 от 1 июля 2009 года, программы мер по дальнейшему усилению и повышению эффективности проводимой работы по укреплению репродуктивного здоровья населения, рождению здорового ребенка, формированию физически и духовно развитого поколения на 2009-2013 гг. и др. [2]. Благодаря реализации этих программ показатели материнской и младенческой смертности снизились более чем в

3 раза, была достигнута демографическая стабильность, продолжительность жизни увеличилась с 67 до 72,5 лет [5]. Вместе с тем детальный анализ причин материнской смертности, факторов, обуславливающих материнскую смертность, в республике не проводился. Особенно это касается такого густо населенного региона с высокой рождаемостью как Ферганская долина.

Цель работы

Определение роли социального статуса женщин фертильного возраста в структуре причин материнской смертности в Ферганской долине.

Материал и методы

Проанализирована динамика материнской смертности в Ферганской, Наманганской и Андижанской областях за достаточно длительный период (2003-2013 гг.) во взаимосвязи с некоторыми социально-медицинскими факторами согласно статистическим данным МЗ РУз и данным областных эпидемиологических центров. Такой анализ позволит определить тенденцию этого процесса, оценить ее особенности и на основе полученных материалов разработать меры профилактики по снижению материнской смертности. Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

Ретроспективный анализ материнской смертности за указанный период выявил резко очерченный волнообразный ее характер. Так, наибольшая смертность отмечалась в 2003-2006 гг., к 2007-2008 гг. она снизилась, и к 2009 гг.

вновь возросла. С 2010 г. регистрируется постепенное снижение данного показателя (рисунок).

Анализ материнской смертности в различных регионах Ферганской долины показал, что наименьшие значения ее регистрировались в Андижанской области, где этот показатель возрастал до 2004-2005 гг., а затем постепенно снижался. В Наманганской области высокая смертность сохранялась в 2003-2006 гг., затем несколько снижалась и вновь возросла к 2009 г., существенно снизившись в следующем году. Тенденция к снижению сохранялась и в по-

следующие годы. Причем снижение было существенным именно в этом регионе Ферганской долины. Такая же динамика отмечается и в Ферганской области, однако выраженность была ниже, чем в других областях. В отличие от Андижанской и Наманганской областей, в Ферганской области во все сроки наблюдения материнская смертность сохранялась на высоком уровне, несмотря на тенденцию к снижению, необходимо уделить внимание состоянию беременных и проводить мероприятия по снижению материнской смертности.

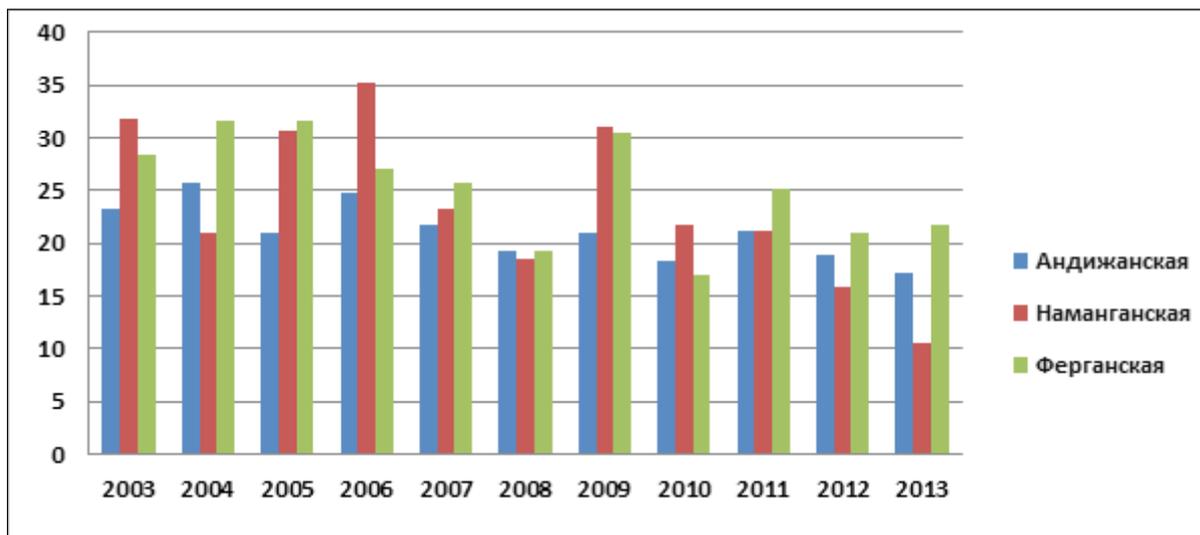


Рисунок. Показатели материнской смертности в Ферганской долине за 2003-2013 гг.

Анализ материнской смертности в зависимости от социальных факторов показал, что возраст рожениц и родильниц варьировал от 17 лет до 41 года, составляя в среднем $26,3 \pm 1,3$ года. В возрастной структуре умерших женщин на первом месте были родильницы в возрасте 20-24 лет (30,9%), на втором – 25-29 лет (28,1%), на третьем – 30-34 лет (16,9%). То есть большинство (59%) женщин погибли в самом репродуктивном возрасте (20-29 лет), а смертность среди юных родильниц составила 11,2%.

Анализ причин материнской смертности в зависимости от места жительства и возраста показывает, что в возрасте 20-24 лет преобладают городские жительницы (34,6%), а в возрасте 30-39 лет – жительницы села (30,1%), среди жителей города этот показатель составил 22,9%.

Анализ причин материнской смертности в Ферганской долине показал, что более $\frac{3}{4}$ всех материнских потерь в Ферганской долине определяют 4 причины: экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ) – 26%; патология, развившаяся во время беременности, – 32%; осложнения, возникшие во время родов и в послеродовом периоде – 34%; ятрогения – 8%.

По результатам анализа акушерских осложнений, в структуре материнской смертности у жительниц города и села ведущей причиной смерти были акушерские кровотечения (соответственно 23,9 и 18,3%). Второе место занимали ЭГЗ, причем все они были характерны для жительниц города. Следует сказать, структура причин материнской смертности в зависимости от места жительства была не одинаковой и зависела от возраста.

Первое место занимали осложнения во время родов, они были причины материнской смертности у 34% рожениц.

В основном это были гипотонические кровотечения, которые выявлялись с высокой частотой при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (ПОНРП) (30%), атонии матки (35%), разрывах шейки матки с геморрагическим шоком (8%). Сюда также входят перитонит (25%), эмболия околоплодными водами (8%), родовое излитие околоплодных вод (4%).

На втором месте причиной материнской смертности были осложнения во время беременности, выявленные у 32%. В основном это были гестоз (83,8%), внематочная беременность (9,2%), пузырный занос (7%). На третьем месте среди причин материнской смертности были ЭГЗ: инфекционные болезни (60%), болезни сердечно-сосудистой системы (ССС) (16%), болезни мочеполовой системы (6%), болезни крови (8%), болезни системы пищеварения (6%), паразитарные заболевания (4%). У 8,6% женщин причиной смерти была ятрогения.

Дополнительными причинами, усугубляющими риск материнской смертности, являются комплекс медико-социальных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов. Выявленные нами социальная дизадаптация женщин, низкий уровень образования, неустроенность семейного положения, нежелание данной беременности и т.д., определяют на сегодняшний день медико-социальный портрет умерших и высокие показатели материнской смертности в Ферганской долине.

Сравнительный ретроспективный анализ динамики материнской смертности показал, что в начальный период нашего исследования достаточно высокий удельный вес занимала такая причина как кровотечения, показатель которой возросли с 30,1 до 42,2%, несколько снизилась

Гигиена, санитария и эпидемиология

частота сепсиса, частота гестоза оставалась стабильной. Необходимо отметить, что разрыв матки как причина материнской смертности в последний период не был зарегистрирован.

Преэклампсия и эклампсия как причина смерти чаще отмечались у жительниц сельской смертности (соответственно 12,6 и 5,6%). Послеродовые гнойно-септические заболевания у горожанок (5,6%) отмечались чаще, чем у жительниц села (2,8%).

Определенную роль в материнской смертности играет паритет беременности и родов [1,2,4]. При анализе материнской смертности самый высокий удельный вес ее отмечался у повторнородящих, на втором месте были первородки, на третьем – многорожавшие, что диктует необходимость выделения их в группу высокого риска и наблюдения с раннего срока гестации в женской консультации. Такая методика позволит определять и сформировать группы риска женщин на территории, она удобна для использования на уровне первичного звена. Результаты необходимы для более действенной программы профилактики различных осложнений во время беременности и родов с целью снижения неблагоприятного прогноза, то есть материнской смертности.

Выводы

1. Показатели материнской смертности имеют резко очерченный волнообразный характер: наиболее высокие показатели отмечались в 2005 и 2009 гг., более высокие показатели материнской смертности характерны для Наманганской и Ферганской областей.

2. 70% материнской смертности обусловлены 4 причинами: экстрагенитальными заболеваниями; патологией, развившейся во время беременности; осложнениями, возникшими во время родов и послеродовом периоде; ятрогенией.

3. Среди причин материнской смертности первое место занимают акушерские кровотечения, второе – экстрагенитальные заболевания, третье место – социальная категория с градацией «домохозяйки», четвертое – возраст с градацией «20-24 года».

Литература

1. Абдуллаходжаева М.С., Алланазаров И.М., Бабанов Б.Х. Экстрагенитальные заболевания, как основная причина материнской смертности // Педиатрия (Узб.). – 2003. – Спец. вып. – С. 101-103.

2. Асадов Д.А., Вафокулова У.Б. Организационные, медицинские и социальные аспекты снижения материнской

смертности в регионе высокой рождаемости: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 1993. – 35 с.

3. Асадов Д.А., Ёрқулов А.Б. Анализ причин младенческой смертности в Республике Узбекистан за 1998 год и пути её снижения // Педиатрия. – 1999. – №4. – С. 10-15.

4. Бобожонов А.С. Туғиш ёшидаги аёлларда ўлим ва унинг эпидемиологик хусусиятлари // Ўзбекистон тиббиёт журнали. – 2003. – №3. – 3-8 б.

5. Исаков Э.З. Медико-социальные аспекты современных демографических процессов в Узбекистане: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2009. – С. 45-46.

6. Камилов А.И. Охрана материнства и детства в Республике Узбекистан: состояние и перспективы // Мед. журн. Узбекистана. – 2011. – №6. – С. 18-21.

7. Маматкасимов А.М., Султанов С.Н., Мухамедова Ш.С. Основные причины материнской смертности у женщин юного возраста по Республике Узбекистан за 1999-2011 годы // Педиатрия (Узб.). – 2012. – Спец. вып. – С. 19-20.

8. Медико-демографические исследования Узбекистана в 2009 году. // Институт акушерства и гинекологии МЗ РУз. – Мэриленд (США), 2010. – С. 112-114.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ

Б.М. Маматкулов, Д.А. Устамадалиева

Цель: определение роли социального статуса женщин фертильного возраста в структуре причин материнской смертности в Ферганской долине. **Материал и методы:** проанализирована динамика материнской смертности в Ферганской, Наманганской и Андижанской областях за 2003-2013 гг. во взаимосвязи с некоторыми социально-медицинскими факторами. **Результаты:** более ¾ всех материнских потерь в Ферганской долине определяют 4 причины: экстрагенитальные заболевания во время беременности; патология, развившаяся во время беременности; осложнения, возникшие во время родов и послеродовом периоде, ятрогения. Дополнительными причинами, усугубляющими риск материнской смертности, являются комплекс медико-социальных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов. **Выводы:** в развитии материнской смертности на первое место выходят акушерские осложнения, на второе – экстрагенитальные заболевания, третье – социальная категория, четвертое – возраст.

Ключевые слова: охрана материнства и детства, материнская смертность, факторы риска.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ МЕДСЕСТЕР, РАБОТАЮЩИХ В ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Х.Е. Рустамова, И.И. Идрисова, К.У. Эшбаева

ОНКОЛОГИЯ БЎЛИМЛАРИДА ИШЛАЙДИГАН ҲАМШИРАЛАРНИНГ КАСБГА АЛОҚАДОР ШАХСИЯТИНИНГ ДЕФОРМАЦИЯСИ

Х.Е. Рустамова, И.И. Идрисова, К.У. Эшбаева

PROFESSIONAL DEFORMATIONS OF THE INDIVIDUAL OF NURSES WORKING IN ONCOLOGY DEPARTMENTS

H.Ye. Rustamova, I.I. Idrisova, K.U. Eshbaeva

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: онкология бўлимларида ишлайдиган ҳамшираларнинг касбга алоқадор шахсиятининг деформациясини ўрганиш. **Материал ва усуллар:** онкология касалхонасининг турли бўлимларида ишлайдиган ҳамширалар. **Натижалар:** “эмоционал зўриқиш” (“эмоциональное выгорание”) синдроми тиббиёт фаолиятида долзарб муаммолардан бири эканлигини кўрсатди ва “эмоционал зўриқиш” синдроми касбий фаолият жараёнида пайдо бўлади деган гипотезани тўғрилигини тасдиқлади, бундан ташқари иш жойидаги бўлиб ўтадиган стресс ҳам меҳнат фаолиятига, ҳам уй шароитига таъсир этишини исботлади. **Хулоса:** беморнинг бошдан кечирган ҳиссий зўриқиши ҳамшираларга таъсир қилиб, ҳаддан ташқари озиб кетишларига сабаб бўлади.

Калит сўзлар: ҳамшира, эмоционал зўриқиш, касбга алоқадор шахсиятнинг деформацияси.

Objective: To study the characteristics of professional deformation of the individual of nurses working in Oncology departments. **Materials and Methods:** The study involved nurses of different ages working in different units of the oncology hospital. Information on socio-demographic characteristics of the subjects was obtained by questionnaire, as well as using Boyko's method “Diagnostics of the level of emotional burnout”. **Results:** Nurses working in Oncology departments have increased risk of occupational stress. Psychological difficulty is the high emotional intensity associated with distinct experiences, as well as physical and psychological suffering of people in crisis illness that threatens their lives. **Conclusions:** Nurses expressed specific emotional exhaustion in the structure of emotional burnout as a result of excessive emotional involvement in the experience of patient.

Key words: nurse, syndrome of emotional burnout, occupational stress.

Профессиональная деятельность медсестры отличается некоторыми особенностями, обусловленными высоким уровнем ответственности за жизнь и здоровье людей, а также работой в условиях постоянного контакта с пациентами, психика которых изменена заболеваниями. На личность медсестры негативно действует ряд факторов, предрасполагающих к возникновению и развитию профессиональной деформации личности [1,2].

Согласно статистическим данным Международной организации труда (МОТ) за 1983-2000 гг., по критерию возникновения профессионального стресса профессия медсестры относится к числу профессий высокого риска, так как практически 50% работающих медсестер подвергаются воздействию хронического стресса на работе [1].

Цель исследования

Изучение особенностей проявления профессиональной деформации личности медсестер, работающих в онкологических отделениях.

Материал и методы

Рассматривая профессиональные деформации в общем плане, Э.Ф. Зеер отмечает: «...Многолетнее выполнение одной и той же профессиональной деятельности приводит к появлению профессиональной усталости, обеднению репертуара способов выполнения деятельности, утрате профессиональных умений и навыков, снижению работоспособности...». Психологическими характеристиками, сопутствующими проявлениям профессионального стресса у медицинских сестер, являются высокий уровень тревожности и пессимистичности, избыточный контроль над проявлением негативных реакций. Уровень эмоциональ-

ного выгорания медицинских сестер находится в прямой зависимости от уровня нервно-психической неустойчивости, личностно-адаптационного потенциала и выраженности акцентуированных черт характера. На развитие профессионального стресса у медицинских сестер влияют социально-демографические характеристики, такие как возраст, уровень образования, должность и стаж работы.

Для выяснения профессиональной деформации личности медсестер, работающих в онкологических отделениях, объектом исследования был выбран Республиканский онкологический научный центр. В исследовании участвовали медицинские сестры разного возраста, работающие в разных отделениях онкологической больницы, с тяжело-больными людьми, в стационарных отделениях с круглосуточным режимом работы. Респонденты в возрасте 20-30 лет составляли 40%, 31-40 лет – 25%, 41-50 лет – 35%. Со стажем работы 1-5 лет было 30% опрошенных, 6-10 лет – 25%, 11-15 лет – 15%, 16-20 лет – 20%, более 20 лет – 10%.

Для решения поставленной цели использовали анкетирование, с помощью которого была получена информация о социально-демографических характеристиках испытуемых, а также методику «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко, предназначенную для диагностики «синдрома эмоционального выгорания», возникающего у человека в процессе выполнения различных видов деятельности, связанных с длительным воздействием ряда неблагоприятных стресс-факторов.

Результаты и обсуждение

В ходе анкетирования было выявлено, что состояние своего здоровья считают очень хорошим 20% опрошен-

ных, хорошим, но с некоторыми заболеваниями – 30%, удовлетворительным – 40%, плохим – 10%. В качестве отрицательных факторов, влияющих на рабочую деятельность, 30% указали на физические, а 35% – на эмоциональные нагрузки, 15% – на взаимоотношения с коллегами, 20% – на отношение руководства к медсестрам. Положительными факторами, влияющими на рабочую деятельность, 35% опрошенных считают любимую работу, 30% – прекрасный коллектив, 15% – возможность карьерного роста, 20% – возможность учебы и повышения своей ква-

лификации. На бессонницу жаловались 65% опрошенных медсестер, не страдали бессонницей 35% опрошенных; стресс на рабочем месте оказывал очень сильное влияние на трудовую деятельность у 60%, несильно – у 30%, мало – у 10% опрошенных; трудовая деятельность отражается на домашней обстановке очень сильно у 50%, иногда – у 40%, не отражается – у 10% анкетированных медсестер.

Результаты исследования по методике «Диагностика “эмоционального выгорания”» представлены на рисунке.

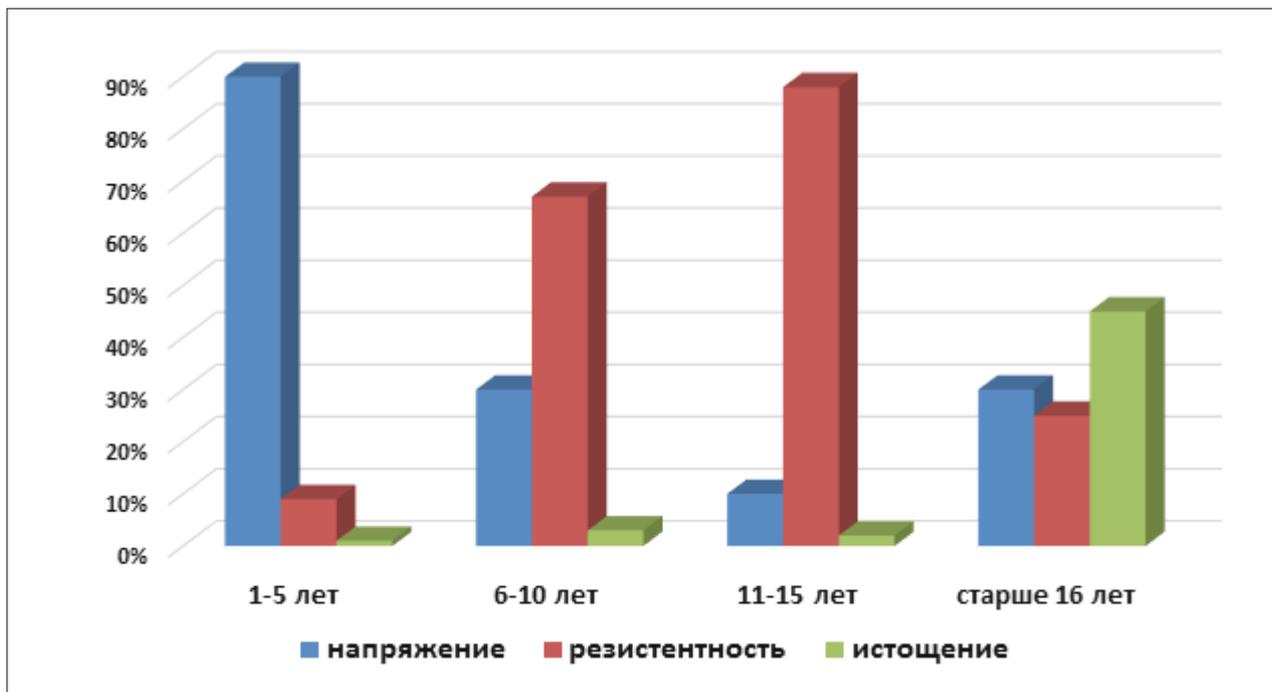


Рисунок. Результаты методики «Диагностика “эмоционального выгорания”».

Как показали результаты проведенного нами анкетирования, у медработников с меньшим стажем работы (до 5 лет) сильнее выражены симптомы фазы напряжения. Скорее всего, это связано с процессом адаптации начинающего медика к профессиональной деятельности, принятием новой роли, несоответствием между ожиданиями и действительностью.

У медработников со стажем работы от 5 до 10 лет показатели фаз напряжения имеют тенденцию к снижению. Это объясняется определенным уровнем адаптации. Но для данной группы медработников характерны высокий уровень сопротивляемости и устойчивости.

Наиболее устойчивой к синдрому “эмоционального выгорания” оказалась группа медработников со стажем от 11 до 15 лет. Этот период деятельности связан с достижением определенного профессионального мастерства.

Для медработника со стажем более 15 лет показатели по всем трем фазам имеют тенденцию к повышению. Можно предположить, что это связано с возрастными особенностями медработников данного профессионального периода. Но сильнее выражены симптомы фазы истощения, что свидетельствует о том, что с увеличением стажа работы профессия “приедается”, а также об истощении нервной системы и общей усталости.

Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают гипотезу, что синдром “эмоционального вы-

горания” развивается в процессе профессиональной деятельности.

Выводы

1. Синдром “эмоционального выгорания” является актуальной проблемой медицинской деятельности, так как он оказывает негативное влияние на здоровье медсестер.
2. Для медицинских сестер специфично выраженное эмоциональное истощение в структуре эмоционального выгорания как результат чрезмерной эмоциональной вовлеченности в переживания пациента.
3. Выраженность фаз синдрома не носит монотонный возрастающий характер, существует определенная закономерность его проявления, зависящая от возрастных и профессиональных кризисов личности медсестер.

Литература

1. Безносов С.П. Профессиональная деформация личности. – СПб: Речь, 2004. – 272 с.
2. Бугаева Т.К. Личностные характеристики медсестры, влияющие на качество трудовой деятельности // Медсестра. – 1990. – №4. – С. 20-21.
3. Гаврилов В.Е. Психолого-физиологические и медицинские основы профориентации и профотбора молодежи на рабочую профессию. – М., 1989. – С. 57-150.
4. Зеер Э.Ф. Психология профессий: Учеб. пособие для студентов вузов. – 5-е изд., перераб., и доп. – М.: Академический проект; Фонд «Мир», 2008. – 336 с.

5. Никишина В.Б., Молчанова Л.Н. Состояние выгорания медицинских работников в контексте внутрипрофессиональной деятельности // Известия ПГПУ им. В.Г. Беллинского. – 2011. – Т. 24. – С. 986-992.

6. Щербакова Т.Н. Развитие психологической компетентности профессионала: учеб пособие. – Ростов н/Д, 2007. – 192 с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ МЕДСЕСТЕР, РАБОТАЮЩИХ В ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ.

Х.Е. Рустамова, И.И. Идрисова, К.У. Эшбаева

Цель: изучение особенностей проявления профессиональной деформации личности медсестер, работающих в онкологических отделениях. **Материал и методы:** в исследовании участвовали медицинские сестры разного возраста, работающие в разных отделениях онкологической больницы. Информация о социально-демографи-

ческих характеристиках испытуемых была получены в ходе анкетирования, а также с помощью методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко. **Результаты:** у медсестер, работающих в онкологических отделениях, риск проявлений профессионального стресса повышен. Психологической трудностью является высокий психоэмоциональный накал, связанный с выраженными переживаниями, а также физическими и психологическими страданиями людей, находящихся в кризисном состоянии болезни, которая угрожает их жизни. **Выводы:** для медицинских сестер специфично выраженное эмоциональное истощение в структуре эмоционального выгорания как результат чрезмерной эмоциональной вовлеченности в переживания пациента.

Ключевые слова: медсестра, синдром эмоционального выгорания, профессиональный стресс.

КИЗИҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

GIPOKRAT QASAMYODINI UNUTMADIKMI?

Agar shifokor xatoga yo'l qo'ysa, majburiyatlariga mas'uliyatsizlik bilan yondashsa, uni Gippokrat qasamyodiga zid ravishda ish tutganlikda ayblashadi. Barcha xabardor bo'lgan, ammo uning to'liq mazmuni haqida ozchilik biladigan o'sha mashhur qasamyod aslida qanday, uning paydo bo'lish tarixi nima bilan bog'liq

Ma'lumki, shifokor bo'lishni istagan har bir inson Gippokrat qasamyodini qabul qiladi. Shu bois mutaxassis u yoki bu sabab tibbiy yordam ko'rsatishdan bosh tortsa, bemorlar uning majburiyatlarini aynan shu ont orqali eslatishga urinadilar. Chunki ko'pincha Gippokrat qasamyodi shifokorning insonlarga sadoqatli xizmati va uning insoniylik, xolislik, fidoyilik g'oyalari sodiqligi bilan uyg'un holda tushuniladi.

Aslida shifokorlarning axloq me'yorlarini tartibga soluvchi qoidalar azal-azaldan mavjud bo'lgan. Bizgacha yetib kelgan manbalarda keltirilishicha Gippokrat qasamyodi miloddan avvalgi V asrda qadimgi yunon tilining ioncha shevasida yozilgan. Mana shu yerdan qator davriy nomutanosibliklar boshlanadi. Umuman olganda, keng jamoatchilikda qasamyod shaxsan Gippokrat tomonidan yozilgan, degan qarashlar shakllangan. Lekin ko'plab mutaxassislar qasamyod matni biroz kechroq - mutafakkir vafo-tidan so'ng, miloddan avvalgi 356 yillardan keyingi davrda yozilgan, degan fikrda. Vaqt o'tishi bilan u sayqallashib borgan. Ko'p marotaba qayta ishlangan va tahrir qilingan. Matn ilk marotaba keng jamoatchilik uchun 1848 yilda Jenevada «Tibbiy burch» jurnalida chop etilgan, ammo 2400 yil avval yozilgan Gippokrat qasamyodining asl nusxasi bizgacha yetib kelmagani rost. (**Qasamyoddan parcha**)

“Davolash usulini imkonim boricha bilimimga tayangan holda biron-bir ziyon va adolatsizlikka yo'l qo'ymay, bemorlar manfaatiga qarataman. Hech qachon o'limga olib keluvchi dorini uni so'ragan insonga bermayman, bunday niyatni amalga oshirish yo'lini ko'rsatmayman. Pok va halol yashayman, davolash san'atimni ham xuddi shu yo'l bilan amalga oshiraman. Qaysi xonadonga kirib bormay, zararli, g'arazli va nohaq niyatlarni emas, balki faqat bemor foydasini ko'zlayman. Davolash davomida, shuningdek, boshqa paytlarda ham inson hayotiga taalluqli va oshkor etilmasligi kerak bo'lgan nimaniki ko'rsam, eshitsam, ularni sir saqlayman. Agar men qasamyodni buzmay amal qilsam, hayotim va davolash san'ati sohasida omad, odamlar orasida mashhurlik berilsin, yolg'on ont ichib, so'zidan qaytganlar esa buning aksiga muhtalo bo'lsin».

Hasan OLIMOV

Гигиена,
санитария и
эпидемиология

МАРКАЗЛАШТИРИЛГАН ИЧИМЛИК-ХЎЖАЛИК СУВИНИ АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИ УЧУН ҲАВФСИЗЛИГИНИ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ

З.Б. Торемуратова, Ш.Ф. Шодиев, Д.А. Ақромов

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

З.Б. Торемуратова, Ш.Ф. Шодиев, Д.А. Ақромов

ECOLOGO-HYGIENIC ASSESSMENT OF SAFETY OF CENTRALIZED WATER SUPPLY FOR PUBLIC HEALTH

Z.B. Toremuratova, Sh.F. Shodiev, D.A. Akromov

Тошкент тиббиёт академияси

Цель: гигиеническое обоснование оптимизации контроля химических веществ в Головном сооружении по подготовке питьевой воды г. Ташкента. **Материал и методы:** санитарно-гигиенические и бактериологические исследования проводились в Головном сооружении по подготовке питьевой воды Боз-су г. Ташкента в 2011-2013 гг. **Результаты:** за последнее время качество воды водоемов I и II категорий в местах водопользования не изменилось. Из отобранных для лабораторного исследования проб по микробиологическим показателям 0,7%, а по санитарно-химическим показателям 1,1% не соответствуют гигиеническим нормативам. **Выводы:** необходимо внести изменения в закон "О воде и водопользовании", провести гигиеническое нормирование химических веществ в воде водоемов и внедрить полученные результаты в практику.

Ключевые слова: население, питьевая вода, химические вещества, централизованная система водоснабжения, экология, безопасность.

Objective: Hygienic substantiation of optimization control of chemical substances in the headwork for the preparation of drinking water in Tashkent city. **Materials and Methods:** Sanitary-hygienic and bacteriological studies were conducted in the headwork for the preparation of drinking water Boz-su in Tashkent city from 2011 to 2013. **Results:** For the last time, in the places of water use the water quality of waters of I and II categories has not changed. 0.7% of selected for laboratory testing of samples for microbiological indicators and 1.1% of sanitary-chemical indicators do not meet hygienic standards. Therefore, it is necessary to amend the law "On water and its use", to conduct hygienic regulation of chemical substances in water, as well as to implement the results obtained into practice.

Key words: population, drinking water, chemicals, centralized water supply, environment, safety.

Учинчи минг йилликнинг бошланиши икки муҳим тенденция билан баҳоланади. Биринчидан, ҳозирги цивилизация глобал экологик муаммоларга дуч келди (иқлим ўзгариши, озон қатлами бузилиши, чучук ичимлик сувининг танқислиги ва ифлосланиши, ерлар ва ўрмонлар таназули, биохилма-хилликнинг йўқ қилиниши, ортиқча чиқиндиларнинг ҳосил бўлиши ва уларни утилизациялаш муаммоси ва ҳоказо). Иккинчидан, дунё жадал суръатлар билан ўзгариб бормоқда. Шунинг учун кечаги мезонлар билан ҳозирги вазиятни объектив баҳолашнинг иложи йўқ, келажак истиқболларини белгилаш ҳақида сўз юритмаса ҳам бўлади [1,3].

Шунинг учун макро ва микроэлементларни инсон организми учун зарарли таъсир даражасини ўрганиш ичимлик суви таркибидаги кимёвий моддаларни гигиеник меёрлаштириш натижалари сув таъминоти соҳасида амалиёт фаолиятини олиб бораётган мутахассисларга ичимлик суви таркибидаги илмий асослари ичимлик сувини аҳоли саломатлик ҳолатига ва санитария турмуш шароитларига ноқулай таъсирини олдини олишга қаратилган [2,3].

Тадқиқот ишининг мақсад ва вазифалари

Тошкент шаҳри аҳолисини сифатли ичимлик суви билан таъминлаш тармоқларида сувни кимёвий таркибини назорат қилиш тартибини такомиллаштириш бўйича гигиеник талабларни асослаб бериш ҳисобланди. Мақсадга эришиш учун ичимлик сувини тайёрлаш бош иншоотларида СХМ тўғри фойдаланилишини баҳоланди.

Тадқиқот материаллари ва усуллари

Тадқиқот объекти Боз-су сув тайёрлаш бош иншоотлари. Иншоот 1931 йилда қурилган бўлиб, Тошкент шаҳри

аҳолисини ичимлик суви билан таъминлайди. Бир кунлик сув таъминлаш ҳажми 105 минг м³. Сув таъминоти манбаси Боз-су канали. Иншоотнинг умумий майдони 44 га. Хизмат кўрсатадиган ишчилар сони – 120 нафар. Иш IV сменада ташкил этилган. Тошкент шаҳри аҳолисини марказлаштирилган ичимлик билан таъминлаш тармоқлари орқали юборилаётган ичимлик сувининг 2011, 2012 ва 2013 йиллар давомидаги Тошкент шаҳар Давлат санитария эпидемиология назорат маркази санитария-гигиена ва санитария бактериология лабораторияларининг текширув натижалари таҳлил қилинди. Ичимлик сувини органолептик кўрсаткичлари ва кимёвий таркиби апробациядан ўтган усуллар ёрдамида текширилди.

Шахсий тадқиқот натижалари

Истеъмолчи сувдан фойдалангандан сўнг уни ифлослантиради, бу ўз навбатида тоза сув манбалари аста-секин ифлосланишига олиб келади ва уни ҳимоя қилиш бўйича тадбирлар қўлланишини талаб этади [4].

Ичимлик суви тайёрлаш "Боз-су" бош иншоотларининг технологик жараёни қуйидагилардан иборат:

1. Сув олиш иншооти
2. Аралиш камераси
3. Тиндиргич (2 кўндаланг)
4. Бирламчи хлорлаш жойи
5. Бирламчи кўтариб берувчи насослар
6. Фильтрлаш биноси
7. Гипохлорид калций қўллаш билан хлорлаш
8. Тоза сув сақлаш резервуари
9. Иккиламчи кўтариб берувчи насослар
10. Тақсимловчи тармоқ

Боз-су каналдан сув олиш жойи аҳоли яшаш пунктидан сув оқимининг юқорисида ташкил этилган.

Бош иншоотлар 1 – санитария ҳимоя минтақаси 44 гектармайдон, жумладан, сув ҳавзасидан 3,87 гектар майдонни эгаллаган. Майдоннинг барча томони девор билан ўралган. Минтақада асосан ичимлик сувини тайёрлаш учун тозалаш ва зарарсизлантириш иншоотлари ҳамда маъмурий бинолар жойлашган. Ичимлик сувини тайёрлашнинг биринчи босқичида сув ҳавзасидан сувни олиш жойда коагулянтнинг ишчи эритмаси қўшилади ва аралаштириш камерасига ўтади. Аралаштириш камерасининг эни 4 метр, узунлиги 54 метр, чуқурлиги 2 метр, туби нотекис бўлиб, сув билан коагулянтни тўлиқ аралаштириш ва коагулянтни гилролизга учрашиши учун фойдаланилади. Коагулянт сифатида алюминий сульфат ($Al_2(SO_4)_3 \cdot 18H_2O$) эритмасидан фойдаланилади. Коагулянтнинг дозаси сувни лойқалик кўрсаткич даражаси бўйича аниқланади. Боз-су бош иншоотларида ичимлик суви сифатини яхшилашнинг асосий усулларида сувни тиндириш (сувдаги муаллақ моддаларни ва сувга ранг берувчи коллоид ва органик моддалардан тозалаш) ва зарарсизлантириш (ичимлик сувини патоген микроорганизм-лардан ҳоли қилиш) усуллари қўлланилади.

Кўндаланг тиндиргич – 2 дона бўлиб, тўғри бурчак шаклида, туби 3-4 метр, сувнинг ҳаракат тезлиги 2-4 мм/с ташкил этади. Сув тарқалишини яхшилаш учун тиндиргичнинг барчакенглиги бўйича махсус мосламалар ўрнатилган.

Тиндиргичларда асосан паға-паға ҳосил бўлиш жараёни кечади. Тиндиргичларга тушадиган сувнинг умумий ҳажми 90 минг м.куб атрофида.

Тиндиргичларнинг тубини турли чўкма, ифлосликлардан тозалаш учун земнарадан фойдаланилади, тозалаб олинган чўкмалар канализацияга ташланади. Тиндиргичдаги сувдан ҳар ҳафтада 2 маротаба лойқалигини ва коагуляция жараёнининг самарадорлигини текшириш учун синама олиб баҳоланиб турилади. Сувни аҳоли юбориш кучланиши электр энергиясини қуввати ўзгарганда кузатилиб туради. Объектда профилактика ишлари йилда икки марта кузги мавсумда (сентябрь) ва баҳорги мавсумда (апрель) ўтказилади.

Филтрлаш цехи: бир дона филтрнинг майдони 40 х 20 м.м.кв.; филтрларнинг умумий сони 18 дона, улардан 6 донаси кўндаланг, 12 донаси айлана.

Улардан 7 та филтр 2,500 м³ сув ҳажмини кўтаришда, 18 та филтр 9000 м³ сувни кўтаришда (ёз мавсумида) ишлатилади.

Филтрлаш цехи жойлашган бино тоза, ёруғ ва жорий таъмирдан ўтказилган, 1,5 метр даражада ёғли бўёқ билан бўялган. Намлиги меёрда, Хона қуруқ, сувни оқиши ва камчиликлар йўқ, филтрлаш цехи ходимлари махсус кийимлар билан таъминланган, махсус кийимларнинг захираси ҳам мавжуд.

Филтрлашдан ўтган сувларнинг сифати доимо лаборатория таҳлилидан ўтказилиб турилади. Сувнинг сифатини текшириш учун синамалар филтрланишидан ва тоза сув сақланадиган резервуарга тушишидан аввал ДавСт 950: 2011 бўйича текширилади.

Филтр жараёнидан тозаланиб ўтган сув тоза сув сақланадиган резервуарга келиб тушади. Резервуар ярим ер ости шаклида, темир бетондан қурилган бўлиб, тоза сувни йиғиш ва сақлаш учун хизмат қилади.

Резервуар бир йилда бир маротаба тозаланади ва дезинфекция қилинади. Бунинг учун махсус комиссия тузилиб, уларни таркибига диспетчер, санитария врачлари, қоровул ва бош иншоот ходими кирилади. Тозалаш ва дезинфекция қилиш жараёни камида бир ҳафта давом этади.

Тоза сув сақланадиган резервуардан сўнг сувни тақсимловчи тармоққа юборишдан аввал сувни сифати кимёвий-бактериологик кўрсаткичлар бўйича лаборатория текширувидан ўтказилади.

Бу ерда ДавСт 950-2011 бўйича қуйидаги кўрсаткичларга текширилади:

- эркин ва боғланган қолдиқ хлор миқдори;
- сувни кимёвий таркиби бўйича кўрсаткичлар (рН, қаттиқлиги, хлоридлар, нитратлар, нитритлар ва бошқ.);
- органолептик хусусияти (таъми, ҳиди, ранги, лойқалиги, тиниқлиги);
- бактериологик кўрсаткичлар.

Боз-су сув тайёрлаш бош иншоотларини иш самарадорлигини гигиеник баҳолаш мақсадида 2011, 2012 ва 2013 йиллар давомида олинган сув синамаларни Тошкент шаҳар ДСЭНМ санитария-гигиена ва бактериологик лаборатория текширув натижаларини таҳлил қилинди. 2011, 2012 ва 2013 йиллар давомида ҳар ойда ДавСт 950 – 2011 бўйича сувнинг ҳиди (балларда), қўшимча таъми (балларда), ранги (градусда), лойқалиги (мг/дм. куб.да) тиниқлиги (см да) рН, азот аммиак (мг/л), азот нитрит (мг/л), азот нитрат (мг/л), умумий қаттиқлиги (мг/л), қуруқ қолдиқ (мг/л), хлоридлар (мг/л), сульфатлар (мг/л), фтор (мг/л) кўрсаткичлари бўйича 14 тадан синама олиниб мунтазам лаборатория текширувидан ўтказилди.

Лаборатория таҳлилидан олинган натижалар шуни кўрсатдики, сув таъминоти манбасининг сувдан фойдаланиш жойларида олинган синамалар таҳлили I ва II тоифали сув ҳавзаларида сувнинг сифати охириги йилларда кескин ўзгармаган. Сувдан олинган синамаларнинг микробиологик таҳлил кўрсаткичлари бўйича гигиеник нормативлар талабларига жавоб бермайдиган сув намуналарининг умумий сонидан 0,7%, санитар-кимёвий кўрсаткичларга олинган синамаларнинг умумий сонидан 1,1% ни ташкил этди.

Сув таъминоти бош иншоотларини иш самарадорлигини гигиеник баҳолаш мақсадида олиб борилган текшириш натижаларига асосланиб Ўзбекистон Республикаси “Сув ва сувдан фойдаланиш тўғрисидаги” қонунга гигиеник асосланган ўзгартиришларни киритиш, очиқ сув ҳавзалари таркибидаги кимёвий моддаларни гигиеник меъёрлаштириш ва олинган натижаларни амалиётга тадбиқ этиш ҳамда очиқ сув ҳавзаларини ифлослантирувчи манбалар таъсиридан ҳимоя қилиш учун давлат санитария назоратини олиб боришга жиддий ёндошишни талаб этади.

Хулоса

1. Яшаш жойларида ноқулай омиллар билан боғлиқ (сув-ҳаво, озик-овқат маҳсулотлари ифлосланиши, меҳнат ва турмуш ҳамда дам олиш шароитлари ва шу кабилар) аҳоли соғлиғи учун хавфни баҳолаш соҳасида қонунчилик ва меъёрий баъзаларини янада такомиллаштириш.

2. Санитар-эпидемиологик хизмат моддий-техник базасини такомиллаштириш.

3. Сувни истеъмол қилишнинг ҳисобланган солиштирма меъёрларини қисқартириш.

Гигиена, санитария и эпидемиология

4. Сув узатиш тармоқларини қайта таъмирлаш ва техник қайта жиҳозлаш.

Адабиётлар

1. Атанязова Р.А., Юсупов Б.У., Свентицкая О.И. Гигиеническая оценка загрязнения водоемов г. Ташкенте // Мед. журн Узбекистана. – 2004. – №5. – С. 120-122.

2. Беляев Е.Н., Чибуряев В.И., Фоткин М.И. Оценка риска влияния факторов среды обитания как составная часть деятельности Госсанэпиднадзора // Гиг. и сан. – 2002. – №6. – С. 7-9.

3. Искандаров Т.И., Ильинский И.И., Искандарова Г.Т. Современные проблемы гигиены воды и водоснабжения населения, санитарной охраны водоемов в специфических условиях Узбекистана: Метод. рекомендация. – Ташкент, 2006. – 356 с.

4. Отабаев Ш.Т., Искандаров Т.И. Коммунал гигиена: Дарслик. – Тошкент, 1994.

5. Усманов У.М. Некоторые итоги деятельности санитарно-эпидемиологической службы по контролю состояния окружающей среды в Ташкентской области // Гиг. и сан. – 2004. – №3. – С. 24-26.

МАРКАЗЛАШТИРИЛГАН ИЧИМЛИК-ХЎЖАЛИК СУВИНИ АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИ УЧУН ҲАВФСИЗЛИГИНИ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ

З.Б. Торемуратова, Ш.Ф. Шодиев, Д.А. Акрмов

Мақсад: Тошкент шаҳри аҳолисини сифатли ичимлик суви билан таъминлаш бош иншоотларида сувни кимёвий

таркибини назорат қилиш тартибини такомиллаштириш бўйича гигиеник талабларни асослаб бериш. **Материал ва усуллар:** тадқиқот объекти, “Боз-су” сув тайёрлаш бош иншоотлари. Тошкент шаҳри аҳолиси марказлаштирилган ичимлик билан таъминлаш тармоқларини орқали юборилаётган ичимлик сувининг 2011, 2012 ва 2013 йиллар давомидаги Тошкент шаҳар ДСЭНМ санитария – гигиена ва бактериология лабораторияларининг текширув натижалари таҳлили. **Натижа:** сувдан фойдаланиш жойларида, I ва II тоифали сув ҳавзаларида сув сифати охириги йилларда кескин ўзгармаган. Микробиологик кўрсаткичлари бўйича гигиеник нормативлар талабларига жавоб бермайдиган сув намуналарининг сони 0,7%, санитар-кимёвий кўрсаткичлари бўйича 1,1% ни ташкил этди. **Хулоса:** бу ўз навбатидан “Сув ва сувдан фойдаланиш тўғрисидаги” қонунга гигиеник асосланган ўзгартиришларни киритиш, очиқ сув ҳавзалари таркибидаги кимёвий моддаларни гигиеник меъёрлаштириш ва олинган натижаларни амалиётга тадбиқ этиш ҳамда очиқ сув ҳавзаларини ифлослантирувчи маънбалар таъсиридан ҳимоя қилиш учун давлат санитария назоратини олиб боришга жиддий ёндошишни талаб этади.

Калит сўзлар: аҳоли, гигиена, санитария, ичимлик суви, коли-титр, коли-индекс, бактериологик кўрсаткичлар, кимёвий моддалар, тақсимловчи тармоқ, марказлаштирилган сув таъминоти, экология, хавфсиз.

ҚИЗИҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

SUVNI TEJAB ISHLATYAPMIZMI?

Suv jahondagi eng tanqis va hisobli manbaga aylandi. Mutaxassislarining fikricha, sayyoramizdagi suv zahiralariidan faqatgina 2,5 foizigina ichish uchun yaroqli ekan. Shundan 0,5 foizidan insoniyat o'z manfaati yo'lida foydalanmoqda. Ichimlik suvidan foydalanish darajasi aholi miqdorining ko'payish darajasi bilan bevosita bog'liq jarayon. Lekin, shu bilan birga, aholining miqdori sarf qilinadigan suvning miqdoriga doimo mutanosib bo'lavermaydi. Masalan, rivojlangan Yevropa mamlakatlarida aholi miqdorining kamayishi kuzatilayotgan bir paytda, ichimlik suvidan foydalanish koeffitsienti doimo yuqorilab boryapti. Bundan 40—50 yillar muqaddam Toshkent shahrida suv iste'mol qilish miqdori qariyb 5 barobar kam bo'lib, aholining ehtiyojini to'la qondira olgan. XX asrning 60-yillari o'rtalarida Toshkent shahrining aholisi 1 mln. atrofida edi. Lekin ishlatiladigan suv miqdori yuqorida ta'kidlanganidek, 5 barobar kam sarflanar edi. Hozir esa Toshkentning aholisi 3 mln. kishidan ziyod bo'lib, kuniga 2,5 mln. m. kub toza ichimlik suvi sarflanayotir. BMT bayonotiga ko'ra, har bir kishining toza ichimlik suvga bo'lgan kundalik ehtiyojini 50 litr miqdorda belgilash maqsadga muvofiq ekan. BMT bergan ma'lumotlarga ko'ra, er yuzida 2000 yilda umumiy aholisi 2,1 mlrd. kishini tashkil etadigan 61 ta davlatda suv iste'moli bu me'yordan kam bo'lgan. 2050 yilga kelib, jahon aholisining 45 foizi (ya'ni, 4,2 mlrd kishi) o'z aholisini kuniga 50 litr suv bilan ta'minlay olmaydigan mamlakatda yashashiga to'g'ri kelar ekan. Toshkent shahrida toza ichimlik suviga bo'lgan ehtiyojning tobora ortib borish tendensiyasi aslida aholi sonining ko'payishidan emas, balki, birinchidan, kishilarda tozalik va ozodalikning, shuningdek, sanoatda toza ichimlik suvga bo'lgan ehtiyojning kuchayib borishi bilan o'Ichansa, ikkinchidan, toza ichimlik suvidan oqilona foydalanish darajasining susayishi natijasida ro'y bermoqda. Agar biz rivojlangan mamlakatlardagi yirik shaharlaridagi suv iste'molini hisobga oladigan bo'lsak, qarama-qarshi manzarani ko'rishimiz mumkin. Masalan, Yaponiya poytaxti Tokioda o'tgan asrning 50-yillarida toza ichimlik suviga bo'lgan ehtiyoj har bir kishiga bir kunga qariyb 400 litrga to'g'ri kelgan bo'lsa, bu ko'rsatkichni 2000 yilda 160 litrga tushira olganlar. Suvdan oqilona foydalanish hayot zaruratidir. Toshkent shahri aholisining jon boshiga suv sarfi yildan yilga oshmoqda. Agar XX asrning o'rtalarida Toshkent shahri aholisining jon boshiga kuniga o'rtacha 550—600 litr toza ichimlik suv sarflangan bo'lsa, shu bugungi kunda bu ko'rsatkich 1136 litrga ko'tariladi. Bundan shu xulosa kelib chiqadiki, mamlakatning ijtimoiy- iqtisodiy taraqqiyot darajasi toza ichimlik suviga bo'lgan ehtiyojni belgilab beruvchi omilga aylanadi, yani mamlakatning ijtimoiy- iqtisodiy rivojlanish darajasi qanchalik yuqori bo'lsa, suvdan oqilona foydalanish usullari darajasi ham yuksaladi.

Hasan OLIMOV

К ВОПРОСУ ОБ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

У.А. Тўймачев, М.Д. Махсумов, М.М. Муяссарова, Ф.У. Юлдашева, Н.К. Стожарова

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ ПАЙДО БЎЛИШИНИНГ ХАВФЛИ ФАКТОРЛАРИ ҲАҚИДА АҲОЛИ ХАБАРДОРЛИГИ

У.А. Тўймачев, М.Д. Махсумов, М.М.Муяссарова, Ф.У. Юлдашева, Н.К.Стожарова

TO THE QUESTION ABOUT AWARENESS OF THE POPULATION ABOUT RISK FACTORS FOR HIV-INFECTION

U.A. Tuymachev, M.D. Mahsumov, M.M. Muayassarova, F.U. Yuldasheva, N.K. Stozharova

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: оммалашган ВИЧ-инфекция ва унинг пайдо бўлишини хавфли факторлари ҳақида аҳолининг хабардорлик даражасини ўрганиш. **Материал ва усуллар:** Тошкент вилояти Зангиота туманидаги 100 та респондентдан анкета саволларига жавоб олиш усулида социологик тадқиқот ўтказилди. **Натижалар:** 40% респондент ВИЧ-инфекция ҳақида билмайди, 65% унинг оммавий тарқалишинидан хабарсиз 75% эса СПИДнинг организмни заҳарлаши касалликнинг биринчи белгиларидан бошланишини билмайди. 30 ёшдан юқори бўлган гуруҳда (20%) СПИД касаллигининг пайдо бўлиши ($p \leq 0,01$) ҳақида маълумотга эга эмас. 30% ўсмир ва 52% ёш оналар қориндаги болага ҳам бу касаллик юқиши мумкинлигини билмайди. **Хулоса:** Тошкент вилояти Зангиота туманидаги аҳолининг ВИЧ-инфекция касаллиги ҳақида хабардорлик даражаси ўрганилиб, саволларга жавоб берилди, шунингдек, бу ишга аҳолининг ўрта қисмини жалб этиш зарур.

Калит сўзлар: катталар, ўсмирлар, ВИЧ, тарқалган, хабардорлик даражаси, профилактика.

Objective: To study awareness of the population about risk factors for HIV-infection. **Materials and Methods:** Sociological study was carried out in 100 respondents in Zangiata district of Tashkent region based on personal structured interviews using a specially designed questionnaire. **Results:** 40% of respondents had no understanding about features of HIV-infection, 65% were not aware of its extent and duration of the latent period, and 75% were not aware of the initial symptoms appear when infected with AIDS. People who may know nothing about AIDS as a disease were significantly less (20%) in the group older than 30 years ($p \leq 0,01$). 52% of young people and only 30% of adults did not know about the prenatal-to-child transmission from sick mother. **Conclusions:** Awareness on issues of epidemiological characteristics of the prevalence and prevention of HIV-infection in Zangiata district of Tashkent region is quite low; therefore, it is necessary to intensify the work of outreach work, especially among young people.

Key words: adults, adolescents, HIV prevalence, knowledge, prevention.

СПИД – это хроническое инфекционное заболевание, поражающее иммунную систему человека, передающееся через кровь и половые контакты. Как таковой эпидемический процесс начался во время «сексуальной революции» – период заражения и сформировался в 80-х годах XX века – период эпидемии. К 2004 г. в странах Юго - Восточной Азии ВИЧ были заражены уже более 1 млн человек [3,4,9]. К 2007 г. в Европе и странах СНГ насчитывалось более 1,5 млн зараженных.

Сегодня вирусом иммунодефицита человека каждый день заражаются 7 тыс. человек. Общее число больных и носителей превышает 42 млн. Большинство зараженных СПИДом проживают в странах с низким экономическим развитием [1,5,8,9]. Однако эта проблема приобретает актуальность и в странах СНГ. Так, в 2013 г. распространенность заражения ВИЧ на 100 тыс. населения в Украине составила 444,9 случаев, в России – 400,3, в Казахстане – 86,8. В Узбекистане, по данным литературы, в 2013 г. число ВИЧ-инфицированных достигло 24121, или 79,6 случая на 100 тыс. населения [1,3,4].

СПИД широко распространен среди людей, употребляющих наркотики внутривенно. По данным А.С. Хикматуллаевой и соавт. [8], до 43% потребителей инъекционных наркотиков имеют признаки заражения ВИЧ. Существуют и другие пути передачи. Так, в 2011 г. в Узбекистане доля парентерального пути передачи инфекции составила 38,1%, заражение половым путем отмечалось в 45,9% случаев, вертикальным путем – в 5%. В 2008 г. эти показатели составили соответственно 49, 24 и 4%, что нагляд-

но показывает, что возросла частота заражения ВИЧ половым путем [6].

Ввиду возрастных особенностей восприятия и поведения жертвами эпидемии становятся, главным образом, подростки и молодежь. Почти 80% всех новых случаев инфицирования, зарегистрированных в СНГ в период с 1997 по 2000 гг., приходится на молодежь в возрасте до 29 лет. С момента инфицирования ВИЧ до появления первых признаков СПИДа может пройти 10 лет. Человек, инфицированный ВИЧ, выглядит и чувствует себя здоровым на протяжении многих лет, но при этом он может инфицировать других людей, что делает проблему распространения ВИЧ еще более важной [2-4].

Исходя из достаточно высокой степени социальной значимости СПИДа, в Республике Узбекистан, начиная с 1998 г. были приняты многочисленные правовые документы: Закон «О предупреждении заболевания СПИД» (1991), Закон «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» (1999), Постановление Кабинета министров «О дополнительных мерах по дальнейшему усилению социальной защиты одиноких престарелых, наркоманов и ВИЧ-инфицированных на 2011-2015 годы» (2011), Закон «О противодействии распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» (2013) и др. Эти документы определили основу «Государственной межотраслевой программы борьбы со СПИДом». Особое место в программе по борьбе с ВИЧ отводится просветительным программам среди населения страны, особенно среди молодежи [1,2].

Цель исследования

Изучение уровня осведомленности населения о факторах риска возникновения и распространения ВИЧ-инфекции.

Материал и методы

Нами было проведено социологическое исследование на основе персонального формализованного интервьюирования по специально разработанной анкете 100 респондентов в Зангиатинском районе Ташкентской области. Полученные данные были обработаны статистически с помощью пакета прикладных программ статистического анализа Excel на компьютере Pentium 4.

Результаты и обсуждение

Среди опрошенных нами респондентов 40% составляли мужчины, 60% женщины. В возрасте 15-18 лет нами были опрошены 50 (50%) человек, 30-44 лет – 35 (35%), 45-59 лет – 5 (5%), в возрасте 60 лет и старше – 10%. Средний возраст опрошенных 30,5±0,2 года. Такое распределение по возрасту было обосновано тем, что уровень риска заражения ВИЧ наиболее высок в возрасте 15-25 лет, так, например, более чем из 550 тыс. человек, носителей ВИЧ, живущих в России, каждый пятый моложе 19 лет [1,3,4].

Среди всех респондентов узбеки составляли 80%, русские – 8%, казахи – 12%. В группе подростков 76% составляли узбеков, 10% – русские, 14% – казахи. В группе взрослых 84% опрошенных были узбеки, 26% русские, 10% казахи.

Уровень образования имеет немаловажное значение в получении и усвоении знаний по различным направлениям, в том числе и по вопросам профилактики заболеваний. Распределение респондентов по данному признаку показало, что по 2% составляли лица с начальным школьным и неполным средним образованием, 65% – со средним, 13% – со средним специальным, 2% – с неполным высшим и 16% – с высшим образованием. Таким образом, 96% респондентов

со средним и высшим образованием имеют достаточно высокую возможность получать сведения по медицинским вопросам, в том числе и по СПИДу, представленные в периодической печати и средствах массовой информации.

Проблема ВИЧ, связанная с серьезной угрозой не только для системы здравоохранения, но и для экономической и национальной безопасности стран, сегодня приобрела глобальные масштабы. В связи с высоким уровнем временной нетрудоспособности, инвалидизации и смертности при данной патологии на социальную защиту ВИЧ-инфицированных выделяются огромные средства. Решение этой проблемы во многих случаях определяется санитарно-гигиеническим поведением населения и уровнем его информированности об основных особенностях возникновения, передачи, развития и профилактики данного заболевания [2]. Изучение осведомленности населения Зангиатинского района показало, что 40% респондентов не имели понятия об особенностях ВИЧ-инфекции, 65% не знали о степени ее распространенности и продолжительности латентного периода, а 75% не были осведомлены о том, какие начальные признаки заболевания появляются при заражении СПИДом (табл. 1). Распределение материала по возрастным группам показал, что 60% респондентов в возрасте 15-18 лет не имели ясного представления о ВИЧ-инфекции, 70% не представляют себе уровень распространенности СПИДа в мире и Узбекистане, о продолжительности латентного периода не знали 70%, а 80% не были знакомы с начальными проявлениями данной патологии. В группе старше 30 лет было достоверно меньше (20%) лиц, не имеющих представления о СПИДе как о заболевании (p<0,01). Однако при ответах на более конкретные вопросы об уровне распространенности и начальных симптомах не знали соответственно 60 и 70% лиц этого возраста, однако разность на 10% со сравниваемой группой молодежи не является статистически достоверной.

Таблица 1

Изучение осведомленности населения о ВИЧ-инфекции, абс. (%)

Возрастная группа	Не имеют понятия о ВИЧ-инфекции	Не представляют себе степень распространения ВИЧ-инфекции	Имеют плохое представление о продолжительности латентного периода ВИЧ-инфекции	Не знают о начальных признаках ВИЧ-инфекции
Подростки 15-18 лет	30 (60)	35 (70)	35 (70)	40 (80)
Группа взрослого населения 30-75 лет	10 (20)	30 (60)	35 (70)	35 (70)
Все респонденты	40 (40)	65 (65)	65 (65)	75 (75)

Таким образом, приведенные в таблице 1 данные показывают, что уровень осведомленности по основным вопросам о ВИЧ-инфекции в изучаемых группах достаточно низок. В среднем только 30-35% респондентов имеют полноценные знания о проблеме СПИДа. Однако подростки

15-18 лет хуже осведомлены об особенностях развития и распространенности ВИЧ, чем люди зрелого возраста, что является отрицательным социальным показателем, так как молодежь представляет основную группу риска возникновения данного заболевания.

Гигиена, санитария и эпидемиология

Распределение населения Зангиатинского района по уровню знаний об источниках заражения и путях передачи ВИЧ представлено в таблице 2. Из приведенных данных видно, что в группе лиц старше 30 лет уровень неосведомленности в вопросах об источниках заражения несколько ниже (26%), чем среди молодежи (40%). Достоверное различие наблюдается также и в уровне неосведомленности о путях передачи ВИЧ: среди взрослых он составляет 10%,

а среди молодежи 48% ($p \leq 0,01$). Число лиц в возрасте 15-18 лет, не имевших понятия о методах диагностики ВИЧ, в 3 раза больше, чем среди взрослых – соответственно 48 и 12%. Не имели правильного представления о путях передачи патологии 48% опрошенных среди молодежи и только 10% – среди лиц 30-75 лет. О внутриутробном заражении ребенка от больной матери не знали 52% молодых людей и только 30% взрослых.

Таблица 2

Осведомленность населения о путях передачи ВИЧ-инфекции, абс. (%)

Возрастная группа	Не осведомлены об источниках ВИЧ-инфекции	Не знают о путях передачи ВИЧ-инфекции	Имеют плохое представление о передаче инфекции от матери к ребенку	Не знают о методах выявления заражения ВИЧ-инфекцией
Подростки 15-18 лет	20 (40%)	24 (48)	26 (52)	22 (44)
Группа взрослого населения 30-75 лет	13 (26%)	5 (10%)	15 (30)	6 (12)
Все респонденты	33 (33%)	29 (29%)	41 (41)	28 (28)

Таким образом, подростки в среднем в 3-4 раза хуже осведомлены о таких основополагающих в области профилактики вопросах как источники и пути передачи ВИЧ.

Профилактика является основным средством борьбы с распространением СПИДа во всем мире, поэтому уровень знаний населения в этой области имеет первостепенное значение. Несмотря на работу, проводимую по формированию здорового образа жизни среди населения медицинскими работниками, органами образования и средствами

массовой информации, население Зангиатинского района Ташкентской области показало достаточно низкую осведомленность и в этих вопросах (табл. 3). Каждый четвертый респондент не смог ответить на вопрос о группах риска и основных профилактических мерах. Более трети подростков не имеют достаточных знаний о группах риска и методах профилактики заражения ВИЧ. Среди взрослых этот же показатель ниже в 2,4 раза ($p \leq 0,01$).

Таблица 3

Осведомленность населения о путях профилактики ВИЧ-инфекции, абс. (%)

Возрастная группа	Не имеют понятия о том, как предотвратить заражение ВИЧ-инфекцией	Имеют неправильное понятие о группах риска ВИЧ-инфекции
Подростки 15-18 лет	15 (30)	18 (34)
Группа взрослого населения 30-75 лет	8 (16)	7 (14)
Все респонденты	23 (23)	25 (25)

Таким образом, общий уровень осведомленности населения по профилактике ВИЧ среди изучаемых групп (75-77%) в целом соответствует среднереспубликанскому уровню, который, по данным Н. Айтжановой, Н.С. Атабекова [1], в 2011 г. составил 66,5% от числа населения страны, однако эта цифра еще очень далека от идеальной, стремящейся к 100%.

Выводы

1. Уровень осведомленности населения Зангиатинского района Ташкентской области по вопросам эпидемиологической характеристики распространения и профилактики ВИЧ достаточно низок.

2. Уровень знаний среди подростков 15-18 лет ниже, чем среди взрослого населения.

3. Необходимо активизировать работу по проведению просветительской работы в вопросах профилактики СПИДа среди всего населения, и особенно среди молодежи, что будет способствовать снижению риска возникновения и распространения данной патологии.

Литература

1. Айтжанова Н., Атабеков Н.С. Надежный заслон глобальной проблеме // Организация и управление здравоохранением. – 2014. – №1. – С. 42-46.

2. Атабеков Н.С. Ситуация в Узбекистане по ВИЧ/СПИД и задачи медицинских работников по профилактике его распространения // Организация и управление здравоохранением. – 2011. – №3. – С. 9.

3. ВИЧ-инфекция: важно знать!: Доказательное руководство; Под ред. Н.А. Крючкова. – М., 2009. – 178 с.

4. Данные Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом на 30 июня 2006 г. – М., 2006. – 85 с.

5. Рустамова Х.Е., Стожарова Н.К., Абдурашитова Ш.А., Эшбаева К.У. Вопросы распространенности инфекционной и паразитарной заболеваемости // Гигиенические проблемы охраны здоровья населения на современном этапе и пути их решения: Материалы науч.-практ. конф. – Ташкент, 2010. – С. 140-141.

6. Умарходжаев Ш.У., Раджабов Г.Х. Анализ ситуации в области профилактики ВИЧ инфекции среди молодежи // Материалы 9-го Республиканского съезда эпидемиологов и гигиенистов, санитарных врачей и инфекционистов Узбекистана. – Ташкент, 2010. – С. 152.

7. Умиров С.Е., Хакимов М.М., Мустафаева Д.А. и др. Проявление эпидемического процесса ВИЧ инфекции // Материалы 9-го Республиканского съезда эпидемиологов и гигиенистов, санитарных врачей и инфекционистов Узбекистана. – Ташкент, 2010. – С. 153.

8. Хикматуллаева А.С., Мустафаев Х.Н., Абдусаттаров А.М. и др. Инфицирование ВИЧ, ЦМВ, ВГП и вирусами гепатитов В и С потребителей инъекционных наркотиков // Материалы 9-го Республиканского съезда эпидемиологов и гигиенистов, санитарных врачей и инфекционистов Узбекистана. – Ташкент, 2010. – С. 162.

9. Gable L., Gostin L.O., Hodge J.G. HIV/AIDS, reproductive and sexual health, and the law // Amer. J. Public Health. – 2008. – Vol. 98, №10. – P. 1779-1786.

К ВОПРОСУ ОБ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

У.А. Тўймачев, М.Д. Махсумов, М.М. Муяссарова, Ф.У. Юлдашева, Н.К. Стожарова

Цель: изучение уровня осведомленности населения о факторах риска возникновения и распространения ВИЧ-инфекции. **Материал и методы:** проведено социологическое исследование на основе персонального формализованного интервьюирования по специально разработанной анкете 100 респондентов в Зангиатинском районе Ташкентской области. **Результаты:** 40% респондентов не имели понятия об особенностях ВИЧ-инфекции, 65% не знали о степени ее распространенности и продолжительности латентного периода, а 75% не были осведомлены о том, какие начальные признаки заболевания появляются при заражении СПИДом. В группе старше 30 лет было достоверно меньше (20%) лиц, не имеющих представления о СПИДе как о заболевании ($p \leq 0,01$). О внутриутробном заражении ребенка от больной матери не знали 52% молодых людей и только 30% взрослых. **Выводы:** уровень осведомленности населения Зангиатинского района Ташкентской области по вопросам эпидемиологической характеристики распространения и профилактики ВИЧ достаточно низок, поэтому необходимо активизировать работу по проведению просветительской работы особенно среди молодежи.

Ключевые слова: взрослые, подростки, ВИЧ, распространенность, уровень знаний, профилактика.

ЌИЗИҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

– Chaqaloqlik davrida (1 oy) inson bolasi 22 soat, emadigan chaqaloq (1 oydan soʻng) 18-19 soat sutkasiga uxlashini bilasizmi?
– Ovoz boylamlari 1 sekunda 8-10000 marta tebranishi mumkin. Ovozning oʻtkirliги ovoz boylamlarining kalta yoki uzunligiga bogʻliq. Ayollard ularning uzunligi 18-20 mm, erkaklarda 20-22 mm. Oʻsmirlarda (13-16 yoshda) ovozning oʻzgarishi sezilarli darajada bilinadi.

– Biz yeydigan ovqatlar qaysi organizmlarimizdan oʻtishini bilasizmi? Bu jarayon quyidagi tartibda boʻladi: ogʻiz boʻshligʻi → halqum → qiziloʻngʻach → oshqozon (oshqozon osti bezi) → (jigar) oʻn ikki barmoqli ichakka oʻt suyuqligini quyadi → oʻn ikki barmoqli ichak → ingichka ichak → yoʻgʻon ichak → toʻgʻri ichak → anal teshigi. Bu jarayonda oziq-ovqatlar molekulyar darajagacha parchaladi.

– Inson organizmidagi eng katta bez jigar boʻlib ogʻirliги katta odamda 1500 gr keladi.

– Terimizdagi tuklar soni har 50 kunda, kipriklar har 3-5 oyda almashinadi. Sogʻlom odamning sochi bir kecha kunduzda 0,4 mm oʻsadi, ayollarning bir tuk sochi 100 gr yuk koʻtara oladi.

– Agarda inson miya poʻstlogʻining pushti va egatlari yozib tekislangan, uning umumiy sathi 1468-1670 sm²ni tashkil qiladi. Miya yarim sharlari peshana, tepa, ensa qismlarga boʻlinadi.

– Odam va yuksak hayvonlarning tana harorati doimiy bir xil saqlanadi, yaʼni 36,2-36,8° C atrofida boʻladi.

– Bir kecha kunduzda katta odamda oʻrtacha 500 ml ter ajraladi va uning tarkibida 2 gr osh tuzi (NaCl), 1 gr atrofida azot (N₂) qoldigʻi ajraladi.

Hasan OLIMOV

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ОСНОВА ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В СТАРОСТИ

Ш.Я. Закирходжаев, М.У. Салихов, Д. Рашидов, Н. Нарзиев

РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНИШ – ҚАРИШ ЖАРАЁНИНИ ТИКЛАШНИНГ АСОСИ

Ш.Я. Закирходжаев, М.У. Салихов, Д. Рашидов, Н. Нарзиев

RATIONAL NUTRITION IS THE BASIS OF RECOVERY PROCESSES IN ELDERLY

Sh.Ya. Zakirkhodjaev, M.U. Salihov, D. Rashidov, N. Narziev

Ташкентская медицинская академия

Кексалар организми – мураккаб жараён бўлиб, организмда оксидланиш процессининг заифлашиши, энергетик потенциал билан боғлиқлик ва ҳаёт учун муҳим бўлган органлар вазифасининг пасайиши билан характерланади. Қарияларни рационал овқатланиши керакли факторларни сақланиши ва организмда ҳаёт учун муҳим бўлган жараёнларда намоён бўлади. Мақолада кексалар асосий овқатланиш принциплари келтирилган.

Калит сўзлар: геронтология, гериатрия, тикловчи овқатланиш, кексалик ёши, геродиететика.

Raging is a complex process characterized by attenuation of oxidative processes in the body and associated energy potentials, as well as by reduced function of vital organs. Rational nutrition in old age (gerodietetics) is an important factor in the preservation and restoration of vital processes of the body. The article provides the basic principles of nutrition of elderly and old people.

Key words: gerontology, geriatrics, recovery nutrition, old age, gerodietetics.

Старение организма – это сложный и противоречивый процесс, характеризующийся ослаблением окислительных процессов в тканях и связанных с ними энергетических потенциалов, одновременным нарастанием интенсивности гликолиза, увеличением сопряженности окисления и фосфорилирования, ростом активности некоторых дыхательных ферментов, снижением функции ряда желез внутренней секреции и т.д. [7,9,13]. При старении организм мобилизует свои резервы для поддержания на необходимом уровне многих процессов, поэтому наблюдается определенное снижение его «надежности», уменьшается запас его «прочности». Он становится более уязвимым к действию повреждающих факторов.

Нормальная физиологическая старость развивается медленно и характеризуется сохранением определенных умственных и физических сил, работоспособности, интереса к окружающему. При этом в организме постепенно развиваются атрофические изменения, которые способствуют равномерному понижению его функциональных и реактивных возможностей. Физиологически «нормальная» старость наступает, как считают ученые, в возрасте, превышающем 100-120 лет [2,6,15]. Однако такое естественное завершение жизненного процесса обрывается в связи с различными заболеваниями или бывает обусловлена случайными причинами. Патологическая старость связана с многочисленными нарушениями в организме, наступающими в результате перенесенных в течение жизни различных заболеваний и воздействия всевозможных вредных факторов, нередко характеризующихся неравномерным нарушением функции какой либо одной системы: нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной и др. [3,9, 14].

Рациональное питание в старости (геродиететика) – важный фактор профилактики патологических наслоений и основа восстановления жизненно важных процессов при старении. Представленные ниже основы геродиететики необходимо учитывать при организации лечебного пи-

тания пожилых и старых людей, то есть в практике гериатрии – лечение заболеваний в старости [4,10].

Основные принципы питания практического здоровых пожилых и старых людей: 1) строгое соответствие энергоценности пищевого рациона фактическим энергозатратам; 2) антисклеротическая направленность питания за счет изменения химического состава рациона и обогащения его продуктами – источниками антисклеротических веществ; 3) разнообразие продуктового набора для обеспечения оптимального и сбалансированного содержания в рационе всех незаменимых факторов питания; 4) использование продуктов и блюд, обладающих достаточно легкой перевариваемостью, в сочетании с продуктами, умеренно стимулирующими секреторную и двигательную функции органов пищеварения; 5) строгое соблюдение режима питания с более равномерным по сравнению с молодым возрастом распределением пищи по отдельным приемам; 6) индивидуализация питания с учетом обмена веществ и состояния отдельных органов и систем [3,11]. Энергетическая потребность организма в старости уменьшается из-за снижения интенсивности обменных процессов и ограничения физической активности. В среднем энергоценность пищевого рациона в 60-69 лет и 70-80 лет составляет соответственно 80 и 70% от таковой 20-40 лет. Некоторые пожилые люди склонны к переяданию. Стареющий организм особенно чувствителен к избыточному питанию, которое не только ведет к ожирению, но и сильнее, чем в молодом возрасте, предрасполагает к атеросклерозу, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, сахарному диабету, желчнокаменной и мочекаменной болезни, подагре и т.д., а в конечном итоге способствует преждевременному старению [6,7]. В среднем энергоценность суточного рациона для пожилых мужчин и женщин должна составлять соответственно 9,6 и 8,8 мДж (2300 и 2100 ккал), а для старых – 8,4 и 8 мДж (2000 и 1900 ккал).

В старости снижается интенсивность самообновления белков, что определяет уменьшение потребности в белках. Однако недостаточное поступление белков усугубляет возрастные изменения обмена веществ и более быстро, чем в молодом возрасте, ведет к различным проявлениям белкового дефицита в организме. Суточная потребность в белках составляет для пожилых мужчин и женщин в среднем соответственно 70 и 65 г, а для старых – 60 и 57 г. Животные белки должны составлять 50-55% от общего количества белка. Как источники животных белков желательны молочные и рыбные продукты невысокой жирности, нерыбные морепродукты. Мясо животных и птиц умеренно ограничивают. Избыточное поступление белков отрицательно влияют на стареющий организм, вызывают излишнюю нагрузку на печень и почки, способствует развитию атеросклероза [1,5,8].

Содержание жиров в рационе пожилых мужчин и женщин не должно превышать в среднем соответственно 75 и 70 г в день, а после 75 лет – 70 и 65 г. Ограничению подлежат источники животных жиров, особенно тугоплавких, в частности мяса и колбас жирных сортов. Молочные жиры, обладающие легкой усвояемостью, содержащие лецитин и жирорастворимые витамины, могут составить до 1/3 всех жиров рациона. Не менее 1/3 жиров должны составлять растительные масла, в которых больше таких важных для пожилых и старых людей веществ, как фосфатиды, ситостерин, витамин Е, а также растительные масла в натуральном виде (в салатах, винегретах, кашах), а не после тепловой обработки. Жирные кислоты растительных масел оказывают положительное влияние на обмен веществ, в частности без холестерина, в стареющем организме [2,3].

Содержание углеводов в рационе пожилых мужчин и женщин в среднем должно составлять соответственно 340 и 310 г, для старых – 290 и 275 г. Как источники углеводов предпочтительны продукты, богатые крахмалом и пищевыми волокнами (клетчатка, пектин и др.): хлеб из муки грубого помола и отрубной, крупа из цельного зерна, овощи, фрукты, ягоды. Пищевые волокна необходимы для стимуляции двигательной функции желудочно-кишечного тракта и желчеотделения, так как у пожилых людей нередко запоры и застойные явления в желчном пузыре. Пищевые волокна способствуют легкоусвояемости углеводов, прежде всего сахара, кондитерских изделий, сладких напитков. Содержание их не должно превышать 15% от всех углеводов, а при склонности к ожирению – 10% [8,10,12].

В старости возможно как перенасыщение организма некоторыми минеральными веществами, так и их недостаточность. Например, соли кальция откладываются в стенках кровеносных сосудов, суставах и других тканях. При дефиците кальция в пище или избытке пищевых веществ ухудшается его усвоение, кальций выводится из костей. Это, особенно на фоне недостатка белков, может привести к старческому остеопорозу. Потребность организма пожилых и старых людей в кальции – 0,8 г, а в фосфоре – 1,2 г. Количество магния целесообразно увеличить до 0,5-0,6 г в день, учитывая его антиспазмическое действие, способность стимулировать перистальтику кишечника и желчеотделение, нормализовать обмен холестерина. При достаточно высоком содержании калия в рационе (3-4 г в день) следует умеренно ограничивать количества

натрия хлорида – до 10 г в день, главным образом, за счет уменьшения потребления соленых продуктов. Особое значение это имеет при склонности к повышению артериального давления.

При физиологическом старении изменяется обмен ряда витаминов, но эти изменения не указывают на повышенную потребность в витаминах. Однако у части пожилых и старых людей наблюдается витаминная недостаточность, обусловленная нерациональным питанием или нарушением усвоения витаминов [10,11]. Надо ориентироваться на обеспечение витаминами за счет их естественных источников – пищевых продуктов. Это не исключает дополнительную витаминизацию, в частности витамином С в зимне-весенний период, а также периодический прием поливитаминных препаратов (декамевит, ундевит и др.) в малых дозах – 1 таблетку в день.

Таким образом, основными принципами режима питания пожилых и старых людей являются регулярный прием пищи, исключение длительных промежутков между ними, исключение обильных приемов пищи. Это обеспечивает нормальное переваривание и предупреждает перенапряжение всех систем организма, обеспечивающих усвоение пищевых веществ.

Литература

1. Бахриддинов Ш.С., Туляганова К.А., Юнусова С. ва бошқ. Ахоли ўртасида аминокислоталар етишмовчилигини саломатлик кўрсаткичларига таъсирини ўрганиш: Услубий кўлланма. – Тошкент, 2014. – 20 б.
2. Валенкевич Л.Н. Гастроэнтерология в гериатрии. – Л.: Медицина, 1991. – 220 с.
3. Дильмак В.М. Хронобиологические аспекты в геронтологии и гериатрии // Хронобиология и хрономедицина; Под ред. Ф.И. Комарова. – М.: Медицина, 1989. – С. 63.
4. Дусчанов Б., Рузиметов Б., Исмоилов Б. Питание как основной фактор долголетия пожилых людей // Вестн. Хорезмской акад. Мамуна. – 2013. – №1. – С. 18-20.
5. Камынина Л.Л. Гликемические эффекты пищи // Диабет – образ жизни. – М., 2011. – С. 7-8.
6. Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Руководство по гастроэнтерологии. – М.: Медицина, 2010. – С. 749-767.
7. Курбонов Ш., Дусчанов Б., Курбонов, Рахматуллаев Ё. Узоқ умр кўриш ва рационал овқатланиш // Хоразм Маъмуна акад. ахборотномаси. – 2013. – №1. – С. 79-82.
8. Медовар Б.Я. Рационализация питания людей старших возрастов // Тезисы и рефераты докладов 5-го Всесоюзного съезда геронтологии и гериатрии. – Киев, 1988. – С. 142.
9. Насриддинова Н.Н. Гериатрия в деятельности врача общей практики: Учебник для мед. вузов. – Ташкент: Шарқ, 2004. – 368 с.
10. Смолянский Б.Л., Абрамова Ж.И. Справочник по лечебному питанию для диетсестер и поваров. – М.: Медицина, 1984. – 302 с.
11. Худайбергенов А.С. Проблемы питания в геронтологии // Вестн. Хорезмской акад. Мамуна. – 2013. – №1. – С. 64-67.
12. Чеботарев Д.Ф. Словостарости. – М.: Знание, 1992. – 62 с.
13. Чеботарев Д.Ф., Маньковский Н.Б., Фролькис В.В. Руководство по геронтологии. – М.: Медицина, 1978. – С. 23.
14. Якушин С., Филиппов Е. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: курс на здоровый образ жизни // Врач. – 2011. – №4. – С. 2-6.

15. Sobotka L. Basics in clinical Nutrition // S. Nutrition. – 2010. – Vol. 14. – P. 788.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ – ОСНОВА ВОССТА- ВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В СТАРОСТИ

Ш.Я. Закирходжаев, М.У. Салихов, Д. Рашидов,
Н.Нарзиев

Старение организма – это сложный процесс, характе-
ризующийся ослаблением окислительных процессов в ор-

ганизме и связанных с ними энергетических потенциалов и снижением функции жизненно важных органов. Раци-
ональное питание в старости (геродиететика) является
важным фактором сохранения и восстановления жизнен-
но важных процессов организма. В статье описаны основ-
ные принципы питания пожилых и старых людей.

Ключевые слова: геронтология, гериатрия, восстано-
вительные питания, старческий возраст, геродиететика.

ЌИЗИЌАРЛИ МАЪЛУМОТ

QARIGANDA AQLIY NUQSONLAR TASHQI QIYOFADAGI NUQSONLAR KABI YAQQOLROK, KO'ZGA TASHLANA BOSHLAYDI F. LAROSHFUKO

Qarilik — organizm hayotining yoshga bog'liq muayyan bir davri, muqarrar ravishda yuz beradigan jarayon. A'zo va sistemalarda o'ziga xos o'zgarishlar ro'y berib boradi, bu esa asta-sekin organizmning hayotga moslashuv imkoniyatlari susayishiga olib keladi. Odamlarning qarilik davri 75 yoshdan keyin boshlanadi. Odatda, qarilikning dastlabki belgilari odamda yetuklik davridan so'ng boshlanadi. Lekin aslini olganda, qarilik organizmning o'sishi va rivojlanishi to'xtagandan keyin sezila boshlaydi. Masalan, 30—35 yoshlarda biologik jarayonlarning faollik darajasi pasaya boshlaydi. Qarish turli to'qima va a'zolarda bir vaqtda boshlanmaydi va turli darajada kechadi, u organizm hujayralari yashash xususiyatlarining asta-sekin susaya borishidan iborat. Qarish jarayoni, birinchi navbatda, yurak qon-tomir va nerv sistemasiga ta'sir qiladi. Bunda bir faoliyatdan ikkinchisiga o'tish qobiliyati qiyinlashadi.

Qarilikda organizmning moslanuvchanlik va tiklanish imkoniyatlari susayadi. Bu esa kasalliklarning avj olishiga va ularning ancha og'ir o'tishiga sabab bo'ladi. Shuning uchun kasallikning oldini olish barvaqt qarishga yo'l qo'ymaslikka yordam beradi. Hozirgacha qarilik sabablari to'g'risida aniq fikr yo'q, lekin u bir qadar irsiyatga ham bog'liq. Ba'zi oilalarda uzoq umr ko'ruvchilarning nasldan naslga o'tganligi ma'lum. Ayollarda qarilikning erkaklarga nisbatan kechroq kuzatilishi genetik xususiyatlarga va boshqa omillarga (masalan ayollarda chekish, spirtli ichimliklar ichish kam) ham bog'liq bo'lishi mumkin.

– Yaponiyaning Saitama prefekturasida istiqomat qiluvchi 111 yoshli Sakari Momoi rasman Guinness rekordlari kitobi bo'yicha sayyoraning eng keksa erkagi deb topildi. Sakari Momoi 1903-yil 5-fevral kuni tug'ilgan. Kimyo fani o'qituvchisi bo'lgan Sakari Momoi o'z faoliyatini Fukusima va Saitama prefekturalarida olib borgan. U uzoq yashashning hech qanday sirini bilmasligini aytib o'tdi. Biroq tibbiy muassasa xodimlarining ta'kidlashicha, Momoi sog'lom hayot tarzi yuritadi va doim ovqatlanib yuradi. Eng keksa erkak maqomiga Sakari Momoi nyu-yorklik sobiq eng keksa erkak Aleksander Imich vafotidan so'ng sazovor bo'ldi. Ma'lum qilinishicha, Aleksander Imich Momoidan bir kun avval dunyoga kelgan.

Ma'lumot uchun, ayni damda yer sayyorasining eng keksa ayoli unvoni yaponiyalik Misao Okavaga tegishli bo'lib, u hozirda 116 yoshdadir.

– Amerikalik olimlar keksayish jarayoni 39 yoshda tananing bosh qismida boshlanishini aniqlashdi. Ma'lum bo'lishicha, shu yoshda organizm miyelin moddasini zarur miqdorda ishlab chiqarishdan to'xtaydi. Ushbu kimyoviy birikma asab hujayralarini yemirilishdan qutqaradi. U bo'lmasa, hujayralar "o'la" boshlaydi. Jarayon ortga qaytarib bo'lmaydigan tusga kiradi va qarilik boshlanadi. Kaliforniyadagi universitet mutaxassislari miyelinsiz yurak va qon tomirlari, mushaklar va skeletning ahvoli ham yomonlashishini aniqladi. To'g'ri ovqatlanish, jismoniy mashq qilish, yaxshi kayfiyat ko'rkam bo'lib qolishga yordam bersa-da, miyelin tanqisligi natijasida hujayralarning qarish jarayonini to'xtatib bo'lmaydi.

Hasan OLIMOV

В помощь
практическому
врачу

ВОПРОСЫ НЕЙРОЛЕЙКОЗА ПРИ ЛЕЙКОЗАХ У ВЗРОСЛЫХ: ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Н.Х. Ишчанова, У.Н. Нуриддинова, Ш.Г. Сабирова

ЛЕЙКОЗЛАР БИЛАН ОҒРИГАН КАТТАЛАРДА НЕЙРОЛЕЙКОЗНИНГ САВОЛЛАРИ: ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА

Н.Х. Ишчанова, У.Н. Нуриддинова, Ш.Г. Сабирова

QUESTIONS OF NEUROLEUKEMIA IN ADULTS WITH LEUKEMIA: TREATMENT AND PREVENTION

N.H. Ishchanova, U.N. Nuriddinova, Sh.G. Sabirova

Ташкентская медицинская академия

Гематологиянинг долзарб саволларидан бири, бу лейкозларнинг ва уларнинг асоратларининг кўпайиши муаммолари. Булардан бири бу нейролейкоздор. Маълумки, лейкоз билан оғриган беморларнинг яшаш муддатини узайтиши билан нейролейкознинг кузатилиши ҳам ортади. Айрим олимларнинг маълумотларига кўра 1 йил яшаган беморлар орасида нейролейкоз 26,8% кузатилган; 3 дан 5 ёшгача умр кўрган беморларда, нейролейконинг кузатилиши 70,5% ва 92,1% ташкил қилади. Нейролейкознинг асосий даволаш ва профилактика принципларидан бири дифференциациялаш принципи, даволаш ва профилактика режимини танлашда беморларда рецидивларнинг ривожланиш хавф омилларини инобатга олиш.

Калит сўзлар: лейкоз, нейролейкоз, учраш сони, даволаш, профилактика, химиотерапия, метотрексат, цитозар, преднизолон, нур терапия.

The incidence of leukemia and its dangerous complications, one of which is neuroleukemia, is constantly growing. The frequency of neuroleukemia increases sharply with increasing life expectancy of patients with leukemia. So, from the number of patients who have lived 1 year, neuroleukemia occurred in 26,8%; if the life expectancy was increased to 3 and 5 years, the frequency of neuroleukemia were respectively 70,5 and 92,1%. The most important principle in the treatment and prevention of neuroleukemia is the principle of differentiation, considering risk factors for relapse in patient when prescribing the mode of treatment and prevention.

Key words: leukemia, neuroleukemia, frequency, treatment, prevention, chemotherapy, methotrexate, cytosar, X-ray therapy.

Заболываемость лейкозами с их грозными осложнениями, одним из которых является нейролейкоз, неуклонно увеличивается [1,2]. Нейролейкоз (нейролейкемия, менингеальная лейкемия, лейкемический менингиоз), представляющий собой метастатическое поражение центральной и периферической нервной системы, чаще всего является неврологическим осложнением различных форм острого лейкоза [2]. Впервые поражение нервной системы лейкозным процессом описано в 1823 г. Это осложнение проявляется головной болью, рвотой, сонливостью или раздражительностью, эпилептическими припадками, в тяжелых случаях комой [1].

Нейролейкоз может развиваться как в период ремиссии, так и в острой фазе заболевания, может протекать субклинически и обуславливать в последующем рецидивы заболевания. По мнению А.И. Воробьева (1990), нейролейкоз – это не клиника, а цитоз [7]. На основании патоморфологических исследований С.В. Жолобовой (2009) установлено, что имеются два пути проникновения лейкозных клеток в ЦНС. Контактный путь – это проникновение этих клеток с костей черепа и позвоночника на твердую мозговую оболочку и ее воронки черепных и спинномозговых нервов. Это доказывалось частотой вовлечения в процесс нервных стволов, преимущественной локализацией лейкозных клеток в оболочках основания мозга, в твердой оболочке и строме тройничных узлов, в оболочках гипофиза, сочетанием лейкемидов на коже волосистой части головы с наличием лейкозных инфильтратов на твердой оболочке свода черепа и узорами костей черепа. Второй путь метастазирования – диапедезный – из переполненных сосудов мягкой оболочки в ликвор и вещество мозга по околосоудистым пространствам [5].

Установлено, что с увеличением продолжительности жизни больных с лейкозами частота нейролейкоза рез-

ко повышается. Так, из числа больных, проживших 1 год, нейролейкоз возник у 26,8%; при увеличении продолжительности жизни до 3 и 5 лет нейролейкоз выявлялся соответственно у 70,5 и 92,1% пациентов [3,4]. Причем, отсутствие клинических проявлений нейролейкоза не означает отсутствия лейкозного поражения оболочек. Так, у 50% больных без клинических проявлений нейролейкоза и с нормальной цереброспинальной жидкостью при морфологическом исследовании выявляется лейкозная инфильтрация оболочек головного мозга. В случае поражения вещества головного мозга может обнаруживаться очаговое поражение при компьютерной томографии или патологический очаг на ЭЭГ [4].

Благодаря развитию и совершенствованию методов диагностики и лечения лейкозов, с 2000-х годов эффективность лечения и профилактики лейкозов в Узбекистане значительно возросла. Практическая помощь НИИГиПк МЗ РУз в овладении технологиями лечения и в подготовке медицинского персонала путем стажировки специалистов в ведущих мировых клиниках, позволила внедрить современные протоколы лечения лейкозов не только в клинике института, но и в областных гематологических центрах. Однако, несмотря на успехи, проблема нейролейкоза при лейкозах далека от своего решения. Протокольное лечение не исключает возможности развития рецидива и фатального вторичного лейкоза. Неоднозначен результат терапии в различных возрастных группах больных. По разным статистическим данным, только 10-30% больных имеют длительную медиану жизни и безрецидивного течения лейкозов [9,15].

Низкий уровень диагностической базы в городских и областных медицинских центрах, отсутствие высококвалифицированных врачей-лаборантов не позволяет провести адекватную диагностику с верификацией всех осо-

бенностей диагноза и факторов риска. До сих пор широко практикуется бессистемное лечение по разным химиотерапевтическим схемам без соблюдения дозоинтенсивности и этапности основной терапии, что соответственно повышает риск развития нейролейкоза.

Начиная с 70-х годов разрабатываются программы тотальной терапии острого лейкоза, предусматривающие, наряду с проведением противорецидивной терапии, и профилактику нейролейкоза. Однако и в настоящее время не существует радикальных программ профилактики нейролейкоза – частота возникновения последнего остается высокой, особенно у больных-долгожителей, при наличии прогностически неблагоприятных факторов в начальном периоде лейкоза <http://www.blackpantera.ru/leykoz/> [3,7,9]. С внедрением в практику профилактики нейролейкоза частота возникновения последнего снизилась, но в целом она составляет 15%.

Таким образом, очевидно, что профилактические мероприятия снижают частоту нейролейкоза, но процент больных с поражением нервной системы лейкозным процессом остается высоким. Иными словами, используемые в настоящее время средства и методы профилактики в различной комбинации и ритмах не позволяют добиться полной эрадикации лейкозных клеток в нервной системе и, как следствие этого, возникновение нейролейкоза отодвигается на более отдаленные сроки. Поэтому требуется поиск более действенных мероприятий профилактики нейролейкоза.

Поскольку профилактические мероприятия в настоящее время не обеспечивают полную эрадикацию лейкозных клеток в нервной системе, то актуальной проблемой остается лечение нейролейкоза. При проведении специфического лечения ученые рекомендуют назначать дезинтоксикационные и дегидратационные препараты (лазикс, магния сульфат, 40% раствор глюкозы), препараты, улучшающие обменные процессы в нервной системе (кислота глютаминовая, аминалон), адаптогены (экстракт элеутерококка жидкий, экстракт левзеи жидкий) [7].

По данным многих авторов, эффект терапии определяется, главным образом, локализацией лейкозной инфильтрации и схемой лечения, в меньшей степени – формой острого лейкоза. Поэтому до назначения лечения они рекомендуют провести неврологическое обследование больного и определить форму нейролейкоза, установить, какие отделы преимущественно вовлечены в патологический процесс [9].

Попытки дополнить индукционную терапию при остром лейкозе средствами, препятствующими развитию нейролейкоза, предпринимались с 60-х годов. По мнению большинства исследователей, применение одного метотрексата в период индукции ремиссии существенно снижает частоту развития нейролейкоза [12]. Однако последующие наблюдения показали, что даже многократное интратекальное введение метотрексата не устраняет опасности развития нейролейкоза. В связи с этим в программах «тотальной» терапии, наряду с интратекальным введением метотрексата, предусматривалось облучение головного и спинного мозга [10].

В настоящее время накоплен достаточный опыт различных гематологических школ по применению комбинированной химиолучевой профилактики нейролейкоза у

взрослых. По данным многих авторов [8], благодаря лучевой терапии (с облучением головного и спинного мозга до уровня S3) у 207 больных в дозе 2400 Рад достигнута более чем трехлетняя выживаемость 50% больных без развития нейролейкоза.

Согласно данным Е.Р. Рогачева и соавт. [6], наилучшие результаты были получены при сочетанном применении метотрексата и цитозара в дозе 10 мг/м² 2-3 раза в неделю с облучением черепа и позвоночного столба в дозе 2400 Рад. При указанном методе профилактики нейролейкоза развился у 6,6% пациентов, а среди больных, не получавших профилактического лечения (76 больных), – у 34%. В период ремиссии осуществляли однократное интратекальное введение метотрексата в дозе 0,5 мг/кг 1 раз в 10 дней с облучением головного (120 Рад в 2 дня) и спинного (70 рад) мозга. Полная ремиссия в течение 3-х лет наблюдалась у 72 больных группы сравнения [6].

Профилактика нейролейкоза должна начинаться рано – в периоде индукционной терапии. Многие зарубежные гематологи предпочитают комбинированный метод, включающий облучение головы в суммарной дозе 18-24 Гр и эндолюбарное введение метотрексата 12,5 мг/м² 4-6 раз интервалом 3-5 дней, возможно сочетание метотрексата и цитозара (30 мг/м²) [11,12]. Тестом, подтверждающим диагноз, является исследование ликвора, глазного дна, ЭЭГ, присоединение неврологической симптоматики, для лечения наиболее универсальное средство – интратекальное введение метотрексата в дозе 12,5 мг/м² каждые 5 дней [8].

Помимо метотрексата, многие отечественные и зарубежные авторы рекомендуют вводить и другие цитостатические препараты: цитозар (30 мг/м²), циклофосфан (80-100 мг/м²). В случае недостаточного эффекта целесообразно использовать лучевую терапию в локальной разовой дозе 50-200 Гр через 1-2 дня, курс продолжают до клинического эффекта. Лечение нейролейкоза следует продолжать до полной санации ликвора [9].

Плохой прогноз лечения взрослых пациентов с изолированной нейролейкемией объясняет неослабевающий интерес специалистов к этой проблеме: четырехлетняя общая выживаемость среди взрослых составляет лишь 6% [4].

Необходимость профилактики нейролейкоза у взрослых пациентов была доказана различными зарубежными многоцентровыми рандомизированными исследованиями [4,13], сравнивавшими результаты лечения в двух группах пациентов с острым лимфобластным лейкозом: в одной профилактика нейролейкоза включала краниальное облучение (24 Гр) и интратекальное введение метотрексата, в другой она была исключена из терапии. В ходе исследования были получены следующие данные: в 1-й группе поражение ЦНС имело место у 10,7% больных, во 2-й (без проведения профилактики нейролейкоза) – 35,29%. Разница между безрецидивной и общей выживаемостью в двух группах не обнаружена.

Подобные результаты были получены российскими учеными при ретроспективном анализе итогов лечения 248 пациентов (1969-1983 гг.): поражение ЦНС развилось у 32% из числа тех пациентов, которым профилактика не проводилась. В группе больных, в курс лечения которых входила профилактика нейролейкоза, этот показатель составил 12,5% [9].

Практика показывает, что частота развития нейролейкоза неодинакова в разных группах больных. Неблагоприятными факторами считаются высокий уровень лактатдегидрогеназы сыворотки (>600 ед/л) и высокий пролиферативный индекс ($S+G_2M > 14\%$): при которых в течение года нейролейкемия развивается у 55% пациентов, а среди больных с нормальными показателями она отмечается у 4% [12].

Если целесообразность профилактики нейролейкоза как неотъемлемой части лечения ОЛЛ в настоящее время признана [14], то выбор стратегии и тактики ее профилактической терапии, определения «золотого стандарта» в онкогематологии до сих пор вызывает споры.

Существует несколько основных вариантов профилактики нейролейкоза. Первый – интратекальная терапия, которая эффективно предупреждает возникновение нейролейкемии у больных лейкозом при стандартном риске развития рецидива. По некоторым данным, при интратекальном введении метотрексата частота развития нейролейкоза у взрослых пациентов составляет 8-19% [4,14]. Трехкомпонентная интратекальная терапия (ТИТ) обеспечивает неплохие результаты у взрослых пациентов. Наиболее эффективна она в группе стандартного риска, в то время как в группе высокого риска даже в сочетании с высокодозной терапией отмечается высокая частота нейролейкоза [8].

Второй вариант профилактики нейролейкоза – сочетание интратекальной терапии и системной высокодозной химиотерапии, являющееся результативным у взрослых пациентов с острым лимфобластным лейкозом (частота нейролейкоза – 3-12%) [10,11]. Этот вариант профилактики также эффективен у больных, исключение составляют больные с исходно высоким лейкоцитозом. После отказа от краниального облучения в этой группе больных регистрировалась высокая частота нейролейкоза – до 26%, несмотря на проводившуюся интратекальную и интенсивную системную терапию [11].

Третий вариант, действенность которого подтверждается данными многочисленных исследований, – подключение краниального облучения (18-24 Гр) к интратекальной терапии. Частота нейролейкоза после реализации данного варианта профилактики составляет 4,7-16,1% [9].

Проведение лучевой терапии ученые рекомендуют проводить как во время индукции, так и после консолидации. Следует отметить, что у взрослых пациентов со стандартным риском перенос облучения со второго месяца терапии на более поздний срок и замена на высокодозную терапию при высоком риске с одновременным введением ТИТ во время консолидации, реиндукции и поддерживающей терапии сопровождались увеличением частоты поражения ЦНС и ухудшением общих результатов [14].

Таким образом, важнейшим принципом лечения и профилактики нейролейкоза является принцип дифференцированности, предписывающим при выборе режима лечения и профилактики учитывать наличие у больного факторов риска развития рецидива.

Литература

1. Воробьев А.И., Кременецкая А.М., Лорие Ю.Ю. и др. «Старые» и «новые» опухоли лимфатической системы // Тер. арх. – 2000. – №7. – С. 9-13.

2. Лория С.С., Румянцев А.Г., Дербенева Л.И. Некоторые прогностические характеристики при остром лимфобластном лейкозе в подростковом возрасте // Гематол. и трансфузиол. – 2001. – №2. – С. 24.

3. Лукьянова Н.Ю., Кулик Г.И., Чехун В.Ф. Роль генов p53 и bcl-2 в апоптозе и лекарственной резистентности опухолей // Вопр онкол. – 2000. – Т. 46, №2. – С. 121-128.

4. Маякова Н.В., Карачунский А.И. Нейролейкемия. Проблемы диагностики, профилактики и лечения // Гематол. и трансфузиол. – 2000. – №6. – С. 35-39.

5. Петерсон И. С., Тупицын Н. Н., Махонова Л. А., Матвеева И. И. Морфоиммунологическая характеристика крупноклеточных анапластических лимфом у детей // Вопр. гематол., онкол. и иммунол. в педиатрии. – 2003. – Т. 1, №1. – С. 79-82.

6. Рогачева Е.Р., Лаврухин Д.Б., Фечина Л.Г. Инициальная нейролейкемия как фактор риска острого лимфобластного лейкоза у детей при терапии по различным протоколам // Гематол. и трансфузиол. – 2007. – Т. 52, №6. – С. 17-22.

7. Руководство по гематологии. – В 3 т.; Под ред. А. И. Воробьева. – М.: Ньюдиамед, 2002. – Т. 1. – 280 с.

8. Филатов Л.Б. Нейролейкемия у взрослых пациентов с острым лимфобластным лейкозом: проблемы и перспективы // Тер. арх. – 2007. – №11. – С. 79-87.

9. Филатов Л.Б., Юбкин В.И. Краниальное облучение как элемент профилактики нейролейкемии у взрослых больных острым лимфобластным лейкозом // Гематол. и трансфузиол. – 2006. – Т. 51, №2. – С. 10-17.

10. Cortes J. Central nervous system involvement in adult acute lymphocytic leukemia // Hematol. Oncol. Clin. North Amer. – 2010. – Vol. 15, №1. – P. 145-162.

11. Gokbuget N., Hoelzer D. Meningeosis leukaemica in adult acute lymphoblastic leukemia // Neuro-oncol. – 2008. – Vol. 38, №2-3. – P. 167-180.

12. Ravandi F., Cortes J., Estrov Z. et al. CD56 expression predicts occurrence of CNS disease in acute lymphoblastic leukemia // Leukemia Research. – 2010. – Vol. 26, №7. – P. 643-649.

13. Surapaneni U.R., Cortes J., Thomas D. et al. Central nervous system relapse in adults with acute lymphoblastic leukemia // Cancer. – 2012. – Vol. 94, №3. – P. 773-779.

14. Takeuchi J., Kyo T., Naito K. et al. Induction therapy by frequent administration of doxorubicin with four other drugs, followed by intensive consolidation and maintenance therapy for adult acute lymphoblastic leukemia: the JALSC- ALL93 study // Leukemia. – 2012. – Vol. 16, №7. – P. 1259-1266.

15. Thomas X., Danaila C., Le Q. H. et al. Long-term follow-up of patients with newly diagnosed adult acute lymphoblastic leukemia: a single institution experience of 378 consecutive patients over a 21-year period // Leukemia. – 2011. – Vol. 15, №12. – P. 1811-1822.

ВОПРОСЫ НЕЙРОЛЕЙКОЗА ПРИ ЛЕЙКОЗАХ У ВЗРОСЛЫХ: ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Н.Х. Ишчанова, У.Н. Нуриддинова, Ш.Г. Сабинова

Заболееваемость лейкозами и его грозными осложнениями, одним из которых является нейролейкоз, постоянно растет. Частота нейролейкоза резко повышается с увеличением продолжительности жизни больных с лейкозами. Так, из числа больных, проживших 1 год, нейролейкоз возникал у 26,8%; если продолжительность жизни

увеличивалась до 3 и 5 лет, то частота нейролейкоза составляла соответственно 70,5 и 92,1%. Важнейшим принципом лечения и профилактики нейролейкоза является принцип дифференцированности, предписывающий при выборе режима лечения и профилактики учитывать наличие у больного факторов риска развития рецидива.

Ключевые слова: лейкоз, нейролейкоз, частота, лечение, профилактика, химиотерапия, метотрексат, цитозар, лучевая терапия.

ЌИЗИЌАРЛИ МАЪЛУМОТ

INSON ORGANIZMI HAQIDA QIZIQARLI MA`LUMOTLAR.

– Olimlarning tasdiqlashicha, inson 100.000.000.000.000 ta (yuz trillion deb o`qiladi) hujayradan tashkil topgan. Solishtirish uchun: filni olsak, u 6.500.000.000.000.000 ta (olti yarim kvadrilion) hujayradan iborat.

– Inson organizmining 60 foizi suvdan iborat lekin suv tekis taqsimlanmagan. Yog` to`qimalarining 20, suyaklarning 25, jigarning 70, mushaklarning 75, qonning 80 va miyaning 85 foizi suvdan tashkil topgan. Qolgan 40 foiz esa quyidagilar oqsillar-19, yog` va yog`simon moddalar-15, mineral moddalar-5 va uglevodlar-1 foizni tashkil qiladi.

– Tanamizdagi eng muhim unsurlar kislarod, uglerod, vadorod va azotdir. Ular balog`at yoshidagi kishi gavdasining katta kichikligiga qarab, 70 kilogrammgacha vaznga ega. Bundan tashqari kalsiy va fosfor ham ko`p. Ular jamlansa, 2 kilogrammga yaqin chiqadi. Kaliy, oltingugurt, natriy, xlor bir necha o`n gramm chiqadi. Inson tanasida 6 gramm temir moddasi bo`lib u asosan gemogloblin tarkibida bo`ladi va kislarod tashishda ishtirok etadi.

– Olimlarimiz insonda nechta suyak borligini aniq aytib bera olmaydi. Sababi suyaklar soni insonlarda har xil bo`ladi. 20 foiz insonda umurtqa pog`onasi o`zgalarnikidan sal boshqacharoq, har yigirma kishidan birida bitta qovurg`a ziyodroq. Ikkinchidan yosh kattargan sayin suyaklar soni o`zgarib boradi. Ayrim suyaklar birga qo`shilib bitta yahlit suyakni hosil qiladi. Dumg`aza suyagi besh-ta bir-biri bilan jips qo`shilib o`sib ketgan suyakdan iborat. Ularni bitta deb sanash kerakmi yoki beshta? Shu boisdan ham “inson suyaklari 200 dan ziyodroq” jumlasini ko`proq ishlatiladi. Ayrim manbalarda esa 206 ta deb ham yuritiladi.

– Eng uzun suyak boldir hisoblanadi. Uzunligi, odatda, inson bo`yining 27,5 foizni tashkil qiladi. Eng kalta suyak esa o`rta qu-loqning eshituv suyakchasidir. Uning uzunligi 3-4 millimetrga teng. Qattiq tovush eshitilganda suyakchanning o`ziga hos “richagi” o`zgarib, tovush balandligini koeffitsentini tushuradi.

– Inson mushaklari sonini olimlar aniq aytib bera olmaydi. Odatda olimlarimiz 400 tadan 860 tagacha deb tahmin qiladilar. Mushaklar tana vaznining erkaklarda-40, ayollarda-30 foizini tashkil qiladi.

– Tinch holatda yotgan inson sutkasiga 12-20 marta nafas olib chiqardi. 400-500 litr kislarod yutadi. Boshqa jonzotlar bilan nafas olishni solishtirsak. Otlar daqiqasiga 12, kalamushlar 60, kanareyka 108 marta nafas olib chiqaradi.

– Katta yoshli odamning yuragi sutkasiga 10 ming litr qonni haydab beradi. Bir marta yurak qisqarganida aortalarga 130 millilitr qon haydaladi. Tinch, hotirjam turganda yurak daqiqasiga 70-72 marta uradi. Ayollarda 6-8 taga ko`proq. Solishtirish uchun: filning yurak urushi daqiqasiga-20, buqa-25, qurbaqa-30, xonaki quyon-200, sichqon-500 marta uradi.

Hasan OLIMOV

В помощь
практическому
врачу

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Ш.Ш. Кудратов, Х.К. Садилова, Д.У. Арипова, М.П. Мирзаев

ШИШГАН СЎЛАК БЕЗЛАРИНИ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА УЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ УЛЬТРАТОВУШ БИЛАН ДАВОЛАШ

Ш.Ш. Кудратов, Х.К. Садилова, Д.У. Арипова, М.П. Мирзаев

THE PREVALENCE OF TUMORS OF SALIVARY GLANDS AND MODERN POSSIBILITIES OF THEIR ULTRASONIC DIAGNOSTICS

Sh.Sh. Kudratov, H.K. Sadikova, D.U. Aripova, M.P. Mirzaev

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ультратовушли компьютер томографиясида сўлак безларини диагнозлашда скрининг, шунингдек, сифатли даволашда назорат усули асосли ҳисобланади. Сут безлари шишида, буйракни радикал хирургик даволашда, рецидовларни ўсишини назорат қилишда рангли ва энергетик кодли усуллардан фойдаланилади. Шишган сўлак безларини даволашда қўлланиладиган ЦДК ва ЭДК ҳали етарлича ўрганилмаган. Шунинг учун қоннинг спектр кўрсаткичларини диагнозлашда, энг яхши даво усулини танлашда, сўлак безларини даволашда динамик назорат методида доплер усулини яхшилаб ўрганиш зарур.

Калит сўзлар: шишган сўлак бези, хирургик даво, назорат ва доплер.

Ultrasonic computed tomography is considered to be the primary screening method for diagnosing tumors of the glands, as well as a method of quality control of the treatment. Using the techniques of color and energy encoding was proved for tumors of the mammary glands, kidneys to assess the radical surgical treatment and control development of recurrence. The use of CDC and EDC for tumors of the salivary glands for these purposes has not been sufficiently studied. Therefore, there is the need for more detailed study of Doppler techniques and spectral indices of blood flow in the diagnosis, treatment and as a method of dynamic control in the treatment of lesions of the salivary glands.

Key words: tumors of the salivary glands, surgical treatment, monitoring, dopplerography.

Опухоли слюнных желез являются тем разделом клинической онкологии, в котором по-прежнему остается много нерешенных вопросов. Это касается буквально каждого случая, с которым сталкиваются патоморфологи и клиницисты. Как ни странно, но опухолевая патология слюнных желез малоизвестна широкому кругу врачей.

Среди всех новообразований человека опухоли слюнных желез составляют от 1-2 до 5% от всех новообразований головы и шеи [12-14]. На протяжении многих лет эти цифры довольно стабильны и не имеют тенденции к снижению [4,7,9].

Большинство новообразований слюнных желез имеют эпителиальную природу – 95%, неэпителиальные опухоли составляют лишь 3%, причем на долю злокачественных приходится около 0,6% [1,3].

Наиболее часто опухоли локализируются в околоушных слюнных железах – 90%, на долю подчелюстных желез приходится 5,0%, подъязычных – 0,1%, малых слюнных желез – 4,9%. Опухоли малых слюнных желез могут развиваться в любой анатомической части полости рта, однако чаще наблюдаются на твердом небе (65%), на границе мягкого и твердого неба (12%), на альвеолярных отростках верхней челюсти (15%) [2]. Довольно редко опухоли малых слюнных желез встречаются в верхних дыхательных путях: полости носа, придаточных пазухах, гортани [16].

Чаще опухоли слюнных желез бывают доброкачественными – 60%. Самой распространенной доброкачественной опухолью является смешанная опухоль плеоморфная аденома, причем в 80-90% случаев она развивается в околоушной слюнной железе. Соотношение опухолей околоушной и подчелюстной слюнной желез – от 6:1 до 15:1 [5,6].

В отличие от больших слюнных желез, среди малых слюнных желез преобладают злокачественные новообразования (77,7%), 47,9% из которых составляют аденокистозные карциномы [8].

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественных новообразований больших слюнных желез в 2006 г. в России составило 1102; на долю пациентов-мужчин пришлось 0,26%, женщин – 0,23%. Наибольшее число больных встречается в возрастной группе 15-39 лет с некоторым преобладанием мужчин (соотношение мужчин и женщин – 1,3:1,0) [1].

По данным А.И. Пачеса, Т.Д. Таболиновской (2008), на 100 опухолей околоушной слюнной железы приходится 10 опухолей малых слюнных желез и 1 опухоль подъязычной слюнной железы. Доля злокачественных опухолей околоушной слюнной железы составляет менее 25%, подчелюстной слюнной железы – 50%, малых слюнных желез – более 80%. Все опухоли подъязычной слюнной железы являются злокачественными [10]. По данным зарубежных авторов, 82% опухолей выявляются в околоушной слюнной железе, 9% – в подчелюстной и 8% – в малых слюнных железах [11].

Многочисленные исследования свидетельствуют о значительном преобладании доброкачественных опухолей слюнных желез – до 80% в структуре опухолевых поражений [15,18,20].

Основной морфологической формой среди доброкачественных опухолей является плеоморфная аденома – 85,3%. Причем 86% плеоморфных аденом локализуется в околоушной слюнной железе, 6% – в поднижнечелюстной железе, 0,2% – в подъязычной, 7,8% – в малых слюнных

железах [17,19]. Второе место по частоте занимает аденолимфома – 9,2% [23].

Среди злокачественных новообразований ведущая роль принадлежит аденоидно-кистозной карциноме – 33,3%. Большая часть аденоидно-кистозной карциномы (59,4%) развивается в малых слюнных железах, 29% – в околоушной слюнной железе, 10% – в поднижнечелюстной, 1,6% – в подъязычной. Доля мукоэпидермоидных карцином составляет 22,9%. Этот морфологический тип опухолей в большинстве случаев поражает околоушную слюнную железу (78,2%), затем малые слюнные железы (17%), поднижнечелюстную слюнную железу (3,9%) и в незначительной степени подъязычную слюнную железу (0,9%). Третье место среди морфологических типов принадлежит аденокарциноме – 12,9%. Эта опухоль также в большинстве случаев поражает околоушную железу (59,2%), далее малые слюнные железы (31,5%>). Аденокарцинома чаще, чем другие типы опухолей развивается в подъязычной слюнной железе (6,9%), реже всего наблюдается в поднижнечелюстной слюнной железе (2,3%) [22].

Этиологические факторы опухолей слюнных желез до настоящего времени остаются не выясненными. Как и для других новообразований, рассматривается влияние вредных факторов окружающей среды, генетических аномалий. Определенную роль играют воспалительные заболевания, алиментарные факторы, гормональные нарушения. В последние годы активно изучается влияние вирусной инфекции Эпштейна – Барра на развитие опухолей слюнных желез, особенно аденолимфом.

Вторичное поражение слюнных желез встречается в 5% от всех форм злокачественных опухолей, которые в большинстве представлены метастазами меланомы и плоскоклеточного рака [21].

В 80% случаев в слюнные железы метастазируют новообразования области головы и шеи. Метастазы опухолей указанной области локализуются в околоушной слюнной железе, тогда как до 85% случаев опухоли отдаленных локализаций метастазируют в поднижнечелюстную слюнную железу. Из отдаленных локализаций чаще всего метастазируют раки легкого (особенно мелкоклеточный), молочной железы, почки. Пик частоты встречаемости метастатического поражения слюнных желез приходится на возраст 70-80 лет, пациенты в основном (70%) лица мужского пола [25].

При изучении объемных образований слюнных желез ультразвуковой метод диагностики предлагается как метод выбора [24-26]. Применение УЗКТ позволяет в 100% случаев визуализировать объемное образование, а в 98,4% определить его точную локализацию [23,24]. Необходимо отметить, что минимальный размер опухоли, который можно диагностировать на УЗКТ, составляет всего 0,5 см [24].

Большинство авторов описывают доброкачественные опухоли как гипозоногенные, с четкими ровными контурами образования, округлой или дольчатой формы, с задним акустическим усилением [16,20]. Дольчатость формы является характерной ультразвуковой особенностью плеоморфной аденомы, что важно для дифференциальной диагностики [4]. Многие специалисты отмечают гомогенность структуры тоже как характерную особенность, однако структура зависит от состава опухоли и разрешающей способности ультразвукового аппарата. При использова-

нии датчика с высокой частотой определяется неомогенная структура с множеством гиперэхогенных включений [11,19]. Иногда ультразвуковая картина плеоморфной аденомы напоминает картину кистозного поражения, когда структура образования анаэхогенная и есть выраженное усиление заднего эхо-сигнала [14].

Активно изучается применение методик трехмерного сканирования для так называемых «small parts»: яичек, щитовидной железы, паращитовидных желез [6,7,10], однако в современной литературе представлены лишь единичные работы, посвященные изучению заболеваний слюнных желез с помощью 3Д ультразвукового исследования. Указывают на большие возможности 3Д метода в диагностике патологии подчелюстной слюнной железы. Так, с помощью методик трехмерной реконструкции изображения возможно более точно определить локализацию процесса – вне- или внутрижелезистая, дифференцировать кисты от солидных образований. Совместное применение ЦДК, ЭДК и трехмерной эхографии позволяет визуализировать мельчайшие сосуды органа, оценить ангиоархитектонику исследуемой области. Это в свою очередь значительно повышает возможности ультразвукового метода в ранней диагностике новообразований слюнных желез и дифференциально-диагностическом поиске [13].

Изменения эластичности или упругости тканей, вызванные различными заболеваниями, является важным дифференциально-диагностическим критерием. Этот принцип старинного искусства пальпации положен в основу нового ультразвукового метода – эластографии [13]. С помощью ультразвуковой волны и небольшой механической компрессии можно определить степень деформации ткани органа, при этом мягкие части будут деформироваться в большей, а твердые – в меньшей степени. Качественные и количественные изменения структуры органа под влиянием ультразвукового сигнала отражаются в виде цветовой шкалы и могут быть подсчитаны при помощи количественных показателей. Таким образом, данные эластографии служат важным дополнительным критерием оценки характера изменений в тканях различных органов и помогают в дифференциальной диагностике новообразований [3,13].

В современной литературе появились данные об успешном использовании эластографии при повреждениях молочных желез, щитовидной железы, предстательной железы, лимфатических узлов. Много работ посвящено исследованиям диффузных цирротических изменений печени, заболеваниям поджелудочной железы, гинекологической патологии [4,6,8]. Данные о применении данной методики для оценки состояния слюнных желез ограничены. Так, У. Кибареш и соавт. (2009) были осмотрены всего 12 пациентов с опухолями околоушной слюнной железы. Преобладали доброкачественные опухоли (7 плеоморфных аденом, 1 онкоцитомы, 1 аденолимфома), которые демонстрировали эластические качества. Злокачественные опухоли в исследовании были представлены двумя мукоэпидермоидными карциномами, которые при эластографии были абсолютно неэластичными образованиями. Авторы отмечали трудности при проведении исследования из-за ограничения доступа сосцевидным отростком, козелком уха. Адекватно, по их мнению, может быть оценена лишь поверхностная доля околоушной слюнной железы

[12]. Результатов применения эластографии при опухолях подчелюстной и подъязычной слюнных желез мы не встретили.

Таким образом, информация о применении эластографии является неполной, поэтому необходимо более тщательное изучение данной методики.

Литература

- Агапов В.С., Ланюк С.В., Панин М.Г. и др. Диагностика и комплексное лечение больных с опухолями челюстно-лицевой области // Юбилейный сборник работ, посвященный 60-летию кафедры госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – М., 1998. – Ч. 1. – С. 86-90.
- Аллохвердиева Г.Ф. Возможности комплексной ультразвуковой томографии в диагностике и оценке эффективности противоопухолевого лечения метастазов в регионарных лимфатических узлах при опухолях головы и шеи: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 133 с.
- Афанасьев В.В., Щипский А.В. Динамическая сиалосцинтиграфия в дифференциальной диагностике хронических заболеваний слюнных желез // Юбилейный сборник работ, посвященный 60-летию кафедры госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – М., 1998. – Ч. 1. – С. 137-138.
- Быкова А.А. Комплексная сонография в диагностике и лечении объемных образований больших слюнных желез: Дис. ... канд. мед. наук. – М.: МГМСУ, 1999. – 134 с.
- Варшавский А.И. Опыт диагностики и лечения опухолей слюнных желез. Обзор 554 наблюдений // Материалы 3-й Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб, 1998. – С. 21.
- Варшавский А.И. Диагностика и лечение опухоли Вартана // Труды 5-го съезда стоматологической ассоциации стоматологов России. – М., 1999. – С. 36.
- Варшавский А.И., Губерская Т.А., Варшавская А.А. Ультразвуковое исследование околоушных слюнных желез при болезни и синдроме Шегрена // Юбилейный сборник работ, посвященный 60-летию кафедры госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – М., 1998. – Ч. 1. – С. 144-146.
- Губин Н.А., Мартемьянов С.В. Хемодектома шеи: современные возможности диагностики и лечения // Материалы 3-й международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб, 1998. – С. 32.
- Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2006 году // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2008. – Т. 19, №2. – С. 10.
- Добромыслова Н.А. Лучевая диагностика новообразований слюнных желез // Вопр. онкол. – 2000. – Т. 46, №4. – С. 472-476.
- Добромыслова Н.А., Амосов В.И., Петрова Н.Л. Объемные процессы шеи: лучевая диагностика и контроль за эффективностью лечения // Материалы 4-й Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб, 1999. – С. 52-53.
- Добромыслова Н.А., Петров Н.Л., Матина В.Н. Роль УЗИ и КТ в диагностике новообразований слюнных желез // Материалы 3-й международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб, 1998. – С. 32.
- Добромыслова Н.А., Амосов В.И., Петрова Н.Л., Кириллов А.Л. Эхография и тонкоигольная аспирационная биопсия при новообразованиях шеи // Материалы 4-й международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб, 1999. – С. 53.
- Дьякова С.В., Нечаева М.В., Москаленко Г.Н., Абрамов В.А. Диагностика опухолей слюнных желез у детей // Материалы 3-й международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб, 1998. – С. 33.
- Зубарев А.В. Трехмерная и эхоконтрастная ангиография // Мед. визуализация. – 1997. – №2. – С. 12-17.
- Зубарев А.В. Эластография - инновационный метод поиска рака различных локализаций // Вестн. МедЦИ. – 2009. – №4. – С. 16-21.
- Зубарев А.В., Гаждонова В.Е., Чуркина С.О. Методические рекомендации по использованию инновационного метода соноэластографии для поиска рака различных локализаций. – М.: ГМУ УД Президента РФ. – 21 с.
- Зубарев А.В., Козлов В.П., Матякин Г.Г. и др. Современные возможности ультразвукового метода в диагностике рака предстательной железы // Кремлевская медицина. – 2000. – №4. – С. 75-78.
- Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Мед. информ. агентство, 2004. – С. 48-67.
- Козлов В.А., Артюшенко Н.К., Шалак О.В., Гирина М.Б. Ультразвуковая доплерография сосудов макро- и микроциркуляторного русла тканей полости рта, лица и шеи // Материалы 4-й международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб, 1999. – С. 74-75.
- Кондрашин С.А. Лучевая диагностика заболеваний слюнных желез. Дис. д-ра мед. наук. – М.: МГМСУ, 1997. – 141 с.
- Кондрашин С.А. Возможности комплексной сонографии в диагностике опухолей слюнных желез // Материалы 2-го Международного конгресса стоматологов. – Тбилиси, 2000. – С. 69.
- Boccatto P, Altavilla G, Blandamura S. Fine needle aspiration biopsy of salivary gland lesions. Are appraisal of pitfalls and problems // Acta Cytol. – 1998. – Vol. 42, №4. – P. 888-898.
- Buckland J.R., Manjaly G., Violaris N., Howlett D.C. Ultrasound-guided cutting-needle biopsy of the parotid gland // Laryngol. Otol. – 1999. – Vol. 113, №11. – P. 988-992.
- Canbay A.E., Knorz S., Heimann K. D. Sonography and scintigraphy in the diagnosis of cystadenolymphomas (Warthin tumor) // Laryngorhinootologie. – 2002. – Vol. 8L, №11. – P. 815-824.
- Capaccio P, Cuccarini V, Ottaviani F. et al. Comparative ultrasonographic, magnetic resonance sialographic and videoendoscopic assessment of salivary duct disorders // Ann. Otol., Rhinol., Laryngol. – 2008. – Vol. 117, №4. – P. 245-252.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Ш.Ш. Кудратов, Х.К. Садикова, Д.У. Арипова, М.П. Мирзаев

Ультразвуковая компьютерная томография считается основным скрининговым методом диагностики опухолей желез, а также методом контроля качества проведенного лечения. Доказано использование методик цветового и энергетического кодирования при опухолях молочных желез, почек для оценки радикальности хирургического ле-

чения и контроля развития рецидивов. Применение ЦДК и ЭДК при опухолях слюнных желез для этих целей еще недостаточно изучено. Поэтому необходимо более подробное изучение доплеровских методик и спектральных показателей кровотока в диагностике, выборе оптималь-

ного метода лечения и как метода динамического контроля при лечении объемных образований слюнных желез.

Ключевые слова: опухоли слюнных желез, хирургическое лечение, контроль, доплерография.

ҚИЗИҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

QIZAMIQ HAQIDA BILASIZMI?

Havo tomchi yo'li orqali yuqadigan yuqumli kasalliklarga qizamiq misol bo'la oladi.

Isitma ko'tarilishi, intoksikatsiya, yuqori nafas yo'llari shilliq qavatining zararlanishi, terida qizil toshmalarni paydo bo'lishi xarakterlanadigan o'tkir yuqumli kasallikdir. Kasallik qo'zg'atuvchisi juda "uchuvchan", tashqi muhitga chidamsiz bo'lgan filtirlanuvchi virusdir. Qizamiq virusi piramiksoviruslar oilasiga kirib, tarkibida RNK – polimeraza, murakkab antigenlar tutadi. Virionning asosiy subbirlklari – gemaglyutilin, gemolizin, nukleokaspid va membrane oqsili immunogenligi darajasi bo'yicha bir-biridan farq qiladi. Qo'zg'atuvchi antibiotiklarga ancha chidamlidir.

Kasallik manbai faqat qizamiq bilan og'rigan bemor bo'lib, u kasallikning birinchi belgilari paydo bo'lgan davridan boshlab atrofidagilar uchun xavfli bo'lib qoladi. Ammo xastalikning 5 kuniga kelib (pnevmoniya asoratlari bo'lgan 2 kundan boshlab), yuqumlilik xususiyatini yo'qotgan va atrofidagilar uchun xavfsiz bo'lib qoladi. Infeksiya asosan havo tomchi yo'li bilan tarqaladi. Kasallikka moyillik onalari qizamiq bilan og'rib o'tgan, uch oylikkacha bo'lgan chaqaloqlardan boshqa hamma yoshdagi odamlarda ham juda yuqoridir. Yuqumli darajasi 90-95% ni tashkil qiladi. Qizamiq bilan ko'proq kasallanish 1 yoshdan tortib 4-8 yoshgacha bo'lgan bolalarda qayd etiladi.

Kasallikning inkubatsion davri 9-10 kungacha kamdan-kam 17 kungacha, passiv immunizatsiya olgan bolalarda 21 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik uch davrga bo'linadi. 3 kundan 5 kungacha cho'ziladigan katta prodromal davri, toshma toshish(3 kun) davri va 2 haftagacha cho'ziladigan rekonvalesentsiya davri shular jumlasidandir. Kasallikning birinchi davriga behollik, isitmaning ko'tarilishi, tumov, yo'tal va konyunktivit xos bo'ladi. Yana muhim tashxisiy belgilaridan biri lunj shilliq pardasi qizil rangli ingichka gardish bilan o'ralgan mayda dog'lar va qattiq tanglayda egzatemalarning paydo bo'lishidir. Toshma toshish davrida qaytadan isitma ko'tariladi. Toshma dog'simon populyoz ko'rinishda bo'lib, 1-kuni quloqlar orasini, 2-kuni gavdani, 3-4 kunlari qo'l-oyoqlarni qoplaydi. Toshma toshishining 4-kunidan boshlab toshma qanday paydo bo'lgan bo'lsa, xuddi shunday yo'qola boshlaydi va pigmentatsiya davrida o'tadi.

Toshma qaytayotganda teri qipiqsimon mayday po'st tashlaydi. Bu davrga kelib, isitma pasayadi kartaral holatlar kamayadi, bemorning umumiy ahvoli yaxshilana boshlaydi.

Davosi. Kasallikni davolashda yaxshi tashkil etilgan gigiyenik shart-sharoitlar, yaxshi parvarish, sifatli ovqatlantirish va bemorni ikkilamchi infeksiyalardan saqlash kabilarni ahamiyati katta.

Bolalarda qizamiqqa qarshi immunizatsiya L-16 qizamiq vaktsinasi bilan o'tkaziladi. Tirik vaktsinalar bilan qizamiqqa qarshi emlashlar 10 oylikdan boshlab 8 yoshgacha o'tkaziladi. Qizamiq bo'lgan bolalarga 12 oylik bo'lganda davolash yoki profilaktika maqsadida immunoglobulin qilinganda o'zida qizamiqqa qarshi antitelolar tutgan qon preparatlari yuboriladi yoki qon quyilganda vaktsinatsiya o'tkaziladi. Qizamiq vaktsinasi qo'llashda 3 oydan keyingina ruxsat etiladi. Tirik vaktsina bilan vaktsinatsiya o'tkaziladigandan so'ng 2 hafta o'tgach, immunoglobulin qilish mumkin.

Hasan OLIMOV

В помощь
практическому
врачу

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОВ УСТРАНЕНИЯ ПЕРФОРАЦИЙ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ

Ш.Ш. Кудратов, А.Х. Рахмонов, Д.Ш. Абдуллаев, М.П. Мирзаев

ГАЙМОР БЎШЛИҒИ ПАСТКИ ДЕВОРИНИНГ ПЕРФОРАЦИОН БАРТАРАФ ЭТИШ УСУЛИНИ ТАКОЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ

Ш.Ш. Кудратов, А.Х. Рахмонов, Д.Ш. Абдуллаев, М.П. Мирзаев

WAYS TO IMPROVE METHODS OF REMOVING PERFORATIONS OF THE BOTTOM WALL OF MAXILLARY SINUS

Sh.Sh. Kudratov, A.H. Rakhmonov, D.Sh. Abdullaev, M.P. Mirzaev

Ташкентский государственный стоматологический институт

Адабиётларда гаймор бўшлиғи пастки деворини перфорацион пластик ёпиш усули кўп қайд этилган, бироқ амбулатор шифокори учун энг қулай ва мақбул бу услуга оид кўрсатмалар мавжуд эмас. Кўп жиҳатдан бу муаммага одонтогеник перфорацион факторлар имкон туғдириб, унинг ўлчамини аниқлашда перфорацион хирургик ёпиш усулини асослаш кўплаб изланишларни тақозо этади.

Калит сўзлар: гаймор бўшлиғи, пастки жағ бўшлиғи перфорацияси, пластик, регенерация, остеопластик материаллар, остеоиндуктив материаллар, регенерация, трансплантат.

The literature describes a large number of techniques in plastic closing the perforations of the bottom wall of maxillary sinus, but there are no indications of ways, which are the most convenient and acceptable for a wide practice of physician in outpatient clinics. Many aspects of this problem, such as factors contributing odontogenic maxillary perforations in the overall structure of diseases of the maxillary sinus; justification of the choice of method of surgical closure of the perforation defect with regard to its size, as well as the study of dynamics of reparative processes in the area of perforation of the bottom of maxillary sinus under the influence of polymer films and others require further study.

Key words: maxillary sinus, perforation of the maxillary sinus, plasty, regeneration, osteoplastic materials, osteoinductive materials, directed tissue regeneration, bone marrow transplant.

Развитие и клиническое течение одонтогенных перфораций верхнечелюстной тесно связано с топографо-анатомическим взаимоотношением зубов верхней челюсти и верхнечелюстной пазухи. Одонтогенные верхнечелюстные перфорации всегда были предметом особого внимания представителей двух специальностей – оториноларингологов и стоматологов [11]. Интерес к изучению данной патологии не ослабевает и в наши дни, о чем свидетельствует большое количество работ, опубликованных в странах СНГ и за рубежом [15].

Впервые верхнечелюстную пазуху открыл и зарисовал Леонардо да Винчи в XV веке. Свое название она получила по имени Highmore, который в 1651 г. подробно описал ее анатомическое строение. Уже в начале второй половины XIX столетия появились первые работы о предположительных причинах её заболевания [10,25].

Верхнечелюстные синуситы, возникающие в результате перфорации и инфицирования пазухи со стороны зубов, относятся к одонтогенным.

Так, по данным В.В. Лузиной и соавт. [17], 24-50% заболеваний верхнечелюстной пазухи имеют одонтогенную природу. Такого же мнения придерживается и В.П. Уваров (1962), Среди больных с одонтогенным синуситом процент перфоративных форм достаточно велик и колеблется в пределах 41,2-77,2 [10,22,25].

Различают три типа строения верхнечелюстной пазухи: пневматический, склеротический, промежуточный (Кручинский Г.В., Филиппенко В.С., 1991). Согласно данной литературы чаще встречается первый из них.

Наличие тонкой костной пластинки между верхушками зубов, обращенных к верхнечелюстной пазухе, создает условие, когда одонтогенная инфекция может распростра-

няться, прежде всего, контактным путем на слизистую оболочку пазухи (Бардах Я., 1956; Левенец А.К., 1965; Schulte H., 1984). С другой стороны, костная пластинка над верхушками корней зубов настолько тонка, что при удалении зуба может повреждаться. В результате этого возникает сообщение полости рта с верхнечелюстной пазухой, являющееся воротами проникновения инфекции (Иванов В.Д., 1976; Богатов А.И., 1991; Бобров В.М., 2002; Щипский А.В., 2005). Такие анатомические особенности predispose к инфицированию верхнечелюстных пазух из патологических периапикальных очагов, обуславливая возможность возникновения перфораций дна пазух при операциях удаления задних групп зубов верхней челюсти [6].

По мнению многих авторов [4,6,8], одонтогенные перфорации встречаются гораздо чаще, чем диагностируются.

В последние десятилетия отмечается рост перфоративных верхнечелюстных синуситов, что, вероятно, связано с несвоевременным обращением больных с кариесом зубов со всеми вытекающими отсюда последствиями. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи возникает как по вине врача, при травматическом или неправильном удалении зуба, неосторожном исследовании лунки кюретажной ложечкой и удалении грануляций с ее дна, так и в результате индивидуальных особенностей строения верхней челюсти или предшествующих патологических процессов в области верхушки корня зуба. Вскрытие интактной верхнечелюстной пазухи во время экстракции зуба может осложниться гайморитом, особенно в тех случаях, когда остается стойкое сообщение между ротовой полостью и верхнечелюстной пазухой. Неизбежно инфицирование слюной, богатой микрофлорой и остатками пищи, прони-

кающими изо рта во время еды через перфорацию. Всё это может привести к воспалению слизистой оболочки пазухи. Вероятность возникновения гнойно-воспалительного процесса увеличивается при проталкивании корней в гайморову пазуху.

Возникшее сообщение полости рта с верхнечелюстным синусом требует от врача принятия срочных мер по закрытию дефекта, так как ороантральное сообщение в будущем становится воротами проникновения инфекции [6,9].

Вопросам диагностики, профилактики и лечения перфораций верхнечелюстной пазухи посвящено большое количество работ [7,10,17].

При традиционных методах лечения дефект костной ткани не восстанавливается, ушивается только слизистая оболочка, что приводит к резкому нарушению формы альвеолярного отростка, а в 9-10% случаев – к расхождению краёв раны и формированию стойких свищей [14,18,26,28].

Вопросы костной пластики ороантральных перфораций, направленной на возмещение потери костной ткани с целью дальнейшего рационального протезирования, освещены недостаточно [3]. В последнее время широко используется направленная регенерация костных структур. Известен ряд клинических методик лечения больных с применением различных остеопластических материалов с целью восполнения дефектов костной ткани челюстей, возникающих после различных оперативных вмешательств [1,13,15].

Метод направленной регенерации тканей основан на том, что разные клетки, участвующие в процессе заживления, регенерируют во всех видах хирургических дефектов со своей собственной скоростью. Это явление получило название «биологической гонки» [30,32].

В последнее время ведётся поиск остеоиндуктивных и остеокондуктивных материалов, отвечающих современным требованиям, предъявляемым к костнопластическим материалам.

Существует несколько классификаций остеопластических материалов, в частности, по происхождению и по способностью воздействовать на остеогенетические процессы. Наиболее полная и в то же время простая и полезная для клинициста классификация была создана E.S. Cohen (1988). В ней остеозамещающие препараты в зависимости от выраженности регенеративного потенциала разделены на 4 группы:

1) остеоиндуктивные – способные вызывать остеогенез, цементагенез и рост периодонтальной связки, трансформируя недифференцированные мезенхимальные клетки в бластные;

2) остеокондуктивные – способные выполнять роль пассивного матрикса для новой кости;

3) остеонейтральные — способные только заполнять костные пространства и не являющиеся опорой для новой кости;

4) материалы для направленной тканевой регенерации (НТР).

Часто для изготовления композиционных материалов для НТР используются компоненты из других видов соединительной ткани – кожи, сухожилий, мозговой оболочки и т.д. [31].

В 1981 г. G. Gara, D. Adams создали классификацию, согласно которой они разделили материалы на следующие группы:

1) аутогенные – источником материала является сам пациент;

2) аллогенные – донором является другой человек;

3) ксеногенные – донором является животное.

«Золотым стандартом» в костной пластике являются аутотрансплантаты. Донорский участок может находиться в полости рта либо вне её. Следует однако учитывать, что само по себе применение аутотрансплантата отнюдь не гарантирует блестящий результат. К недостаткам при их использовании можно отнести длительность операции, продолжительное послеоперационное лечение, варибельность заживления. При использовании аутотрансплантатов требуется наличие двух «хирургических зон». Этот метод дает хороший объем костного регенерата, но сопряжен с дополнительной хирургической травмой. Кроме того, работа с аутокостью предполагает высокий профессионализм врача, знание всего технологического процесса – от забора костной ткани до полного закрытия костного дефекта, а также приобретение специального дорогостоящего инструментария. Анализ литературы показывает, что аутогенная кость обладает высокими биопластическими свойствами, но не всегда обеспечивает возможность полного восстановления анатомической формы челюсти [20,25].

Аллогенные трансплантаты широко применяются в пародонтальной хирургии в виде лиофилизированной костной ткани, брешкокости, формализированной ткани и костных тканей в свежемороженом виде. Тем не менее, в них в небольшом количестве всё же содержатся специфические антигены, которые, попадая в лимфоидный аппарат, вызывают иммунные реакции [5,24].

Ауто- и аллотрансплантаты не всегда удается сформировать и зафиксировать в соответствии с рельефом дефекта, требуются дополнительные материалы для фиксации. Заготовка трансплантационных материалов включает забор сырья, применение специальных методов консервации, стерилизации и хранения. Даже создание банков трансплантантов не решает проблемы их производства в нужном количестве [14,19].

При выборе материала для трансплантации авторы, как правило, учитывают ряд факторов, каждый из которых должен быть оценен с позиции пригодности. Для остеопластики важны предсказуемость регенерации, биосовместимость, остеоиндуктивный и остеокондуктивный эффект, безопасность (отсутствие инфицирования биологическая и иммунологическая совместимости), доступность в приобретении и наличие необходимого его количества, скорость васкуляризации [9,18].

В настоящее время все более широкое распространение получают синтетические материалы, применяемые с целью улучшения процессов заживления и восстановления костной ткани в области дефектов челюстей [30,34].

Анализ публикаций о современных способах и материалах для направленной костной регенерации показал, что в настоящее время для восстановления костной структуры наиболее часто используются препараты на основе синтетического гидроксиапатита (ГА) [5,26,35]. В стоматологии на протяжении 30 лет используются материалы

на основе ГА, которые находят все большее распространение в пародонтологии, хирургической стоматологии для устранения внутрикостных полостей в качестве стимулятора репаративного остеогенеза, при лечении больных с переломами челюстей, для устранения перфораций дна верхнечелюстной пазухи [8,17].

Семаам-Аби-Халиль Жорж [23] заполнял костный дефект порошком гидроксиапатита. Этот же способ несколько раньше применял и Э.М. Осипян (1998). И.А. Романов и соавт. (1998) закрывали перфорационное отверстие остеогенным материалом Колапол. О.Е. Ларина (2003) в качестве остеопластического средства для закрытия перфорационного костного дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти использовала клеевую композицию МК-9М.

В клинике широко применяются ГА как естественного, так и синтетического происхождения. Материалы на основе ГА по своему минеральному составу близки к натуральной кости, так как фазовый состав минеральной части живой кости представлен кристаллами ГА (Абоянц Р.К., 1996; Жирули Г.Н., 2001). Так, к его положительным характеристикам относятся такие показатели как легкость стерилизации, продолжительный срок хранения, высокий уровень биосовместимости и медленная резорбция в организме [32]. Как было показано в экспериментальных гистоморфологических исследованиях, синтетический ГА является биоинертным и хорошо совместимым с костью материалом [9,24].

В настоящее время основную часть биоматериалов из ГА для восстановления костных дефектов получают из хрящевой или костной тканей человека или различных животных. Трансплантаты из бычьей кости изготавливают из натуральной кости путем удаления из нее органических веществ. Основным преимуществом этого материала по сравнению с подобными синтетическими является структура, схожая с человеческой костью. Неорганическая бычья кость – это «скелетный» гидроксиапатит, содержащий микро- и макропоры кортикальной и губчатой кости, остающиеся после химического или термического удаления органических веществ. Наличие естественной пористой структуры очень важно для прорастания новой костной ткани.

Наиболее распространены в настоящее время ксеногенные остеопластические материалы Bio-Oss (Geistlich, Швейцария). Их используют для заполнения костных полостей, периодонтальных карманов и увеличения высоты альвеолярного отростка челюстей (Грудянов А.И., Ерохин А.И., 1998). Компания CeraMed (США) выпускает ряд остеопластических материалов, из которых к группе ксеногенных относится OsteoГраф/N – естественный неорганический бычий микропористый гидроксиапатит (100% гарантия отсутствия протеина). В кости препарат подвергается клеточной резорбции и замещается собственной костью пациента [10,15].

Положительный эффект ГА после его имплантации в костную полость объясняется, по-видимому, не только osteoconductive свойствами материала, но и его способностью сорбировать на своей поверхности белки, индуцирующие остеогенез. Многочисленные экспериментальные исследования показали, что ГА характеризуется достаточно высокой биосовместимостью, не вызывает ал-

лергических реакций и не обладает мутагенными свойствами [5,22,35].

Сегодня используется несколько видов ГА, но либо в виде пористой керамики, которая представляет собой временный каркас и постепенно резорбируется по мере прорастания новообразованной костной ткани, либо представлена нерезорбируемой керамикой, применяемой для контурной пластики. Довольно часто к материалам, сделанным на основе гидроксиапатита, добавляется коллаген. Коллаген (от греческого kolla – клей, genes – рождающий) — это фибриллярный секреторный белок, наиболее распространенный в организме человека. Он входит в состав всех тканей, которым необходим каркас или механическая поддержка для придания им структурной прочности и необходимой формы. Наиболее часто в организме встречается коллаген 1-го типа, который составляет 90% всего коллагена организма. Считается, что коллаген обладает способностью привлекать остеогенные клетки и способствует их прикреплению к поверхности гидроксиапатита [27,35].

На сегодняшний день разработаны и производятся несколько видов композиций на основе ГА: Колапол, Гидроксиапол, Гап-кол, Остим-100, КоллапАн. Порошок и гранулы, пластины ГА удобно применять для заполнения костных карманов и полостей в челюстях (Воробьев Ю.И. и др., 1995; Панкратов А.С., 1995; Баладян В.А., 2000; Григорьян А.С. и др., 2000). Эти препараты обладают выраженными остеогенными свойствами, усиливающими репаративные процессы в поврежденных тканях, способствуя быстрому заживлению костной раны и восстановлению костной структуры.

Применение современных биокомпозиционных материалов и новых технологий успешно решает задачу восстановления структуры костной ткани, что в конечном итоге позволяет максимально сохранить костную ткань для дальнейшего ортопедического лечения. Однако, несмотря на широкую популярность ГА, отдаленные результаты его применения изучены недостаточно. Практикующему врачу не остается ничего другого, как скрупулезно изучать рынок существующих материалов, следя за новыми открытиями в данной области и опираясь на серьезную научно подтвержденную информацию [7].

В последнее время ведется поиск osteoinductive материалов, наиболее полно отвечающих современным требованиям. Вместе с тем, как указывают многие авторы [30,34], при костной пластике далеко не всегда создается адекватный остеогенез. Исследователи указывают, что чем больше по размерам дефект кости, тем вероятнее образование участков с формированием только фиброзной или не минерализующейся остеоидной ткани. Даже аутокость не всегда полностью ремоделируется в зрелую костную ткань, и не всегда происходит ее полноценная минерализация. Одной из попыток улучшить остеогенез стало применение комбинации аутокости и аллокости, аллокости и ксенотканей, всех этих материалов с синтетическим остеопластическим материалом. Если небольшие дефекты кости, заполненные биоматериалами в разных комбинациях, давали хороший остеогенез, то в других случаях результаты далеко не всегда были удовлетворительными [21,30,34].

К сожалению, многие из применяемых препаратов имеют отдельные недостатки, что диктует необходимость поиска новых, более совершенных материалов [5,16].

Одним из перспективных достижений в медицине в целом, и в стоматологии, в частности, стало использование для ускорения регенеративных процессов в ране факторов роста. Это относительно новая биотехнология – одно из направлений тканевой инженерии и клеточной терапии, которые в настоящее время привлекают все большее внимание медицинской общественности [34].

Наиболее доступным источником получения аутогенных факторов роста являются тромбоциты. Все эти факторы находятся в α -гранулах тромбоцитов. Среди них – фактор роста тромбоцитов (PDGF-aa, PDGF-bb, PDGF-ab), два трансформирующих фактора β (TGF- β 1, TGF- β 2), фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) и фактор роста эпителия (EGF), инсулиноподобный фактор роста (IGF), фактор роста фибробластов (FGF), антигепариновый фактор, фактор активации тромбоцитов [29,34].

В настоящее время, учитывая большое число операций по закрытию ороантрального сообщения, актуальной становится профилактика воспалительных осложнений верхнечелюстного синуса. Имеются лишь единичные работы, посвященные изучению эффективности использования препаратов на полимерной основе в лечении больных с перфорациями дна верхнечелюстного синуса [33].

В литературе описано большое количество методик пластического закрытия перфораций, однако отсутствуют указания на способы, наиболее удобные и приемлемые для широкой практической деятельности врача амбулаторного звена. Этим и определяется актуальность нашего исследования.

Несмотря на всё это, диагностика и выбор метода лечения перфораций гайморовой пазухи остается одной из наиболее сложных проблем [12]. Многие ее аспекты, такие как факторы, способствующие одонтогенным верхнечелюстным перфорациям, в общей структуре заболеваний верхнечелюстного синуса; обоснование выбора методики хирургического закрытия перфорационного дефекта с учетом его размера, а также изучение динамики репаративных процессов в области перфорации дна верхнечелюстного синуса под влиянием полимерных пленок, аутоплазмы крови, обогащенной тромбоцитами и биокомпозиционных материалов в зависимости от размера костного дефекта, остаются не решенными и поэтому необходимо их дальнейшее изучение.

Литература

1. Автина Н.В. Разработка и исследование лекарственных препаратов с метронидазолом для лечения воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дис. ... канд. фармацевт. наук. – Курск, 2004. – 21 с.
2. Адда Ф. Способствование рубцеванию в параимплантологии // Стоматология. – 2003. – №6. – С. 4-26.
3. Анастасов А.Н. Разработка методов восстановления объема костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти при подготовке к дентальной имплантации: Автореф. дис. ... канд. фармацевт. наук. – Новосибирск, 2002. – 21 с.
4. Анютин Р.Г., Романов И.А. Хирургическое лечение больных с перфоративным одонтогенным гайморитом // Рос. ринол. – 1996. – №2-3. – С. 72.
5. Безруков В.М., Григорянц Л.А. Зубосохраняющие операции в амбулаторной хирургической практике // Труды 5-го съезда Стоматологической ассоциации России. – М., 1998. – С. 224-226.
6. Бобров В.М., Мазарова А.А., Нагинская Л.М. Хронические одонтогенные гаймориты по данным ЛОР-отделения МСЧ №4 // Рос. ринол. – 2002. – №2. – С. 88-90.
7. Богатов А.И., Захарова И.А., Малахова М.А. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы: Учеб. пособие. – М., 2003. – С. 6-14.
8. Бускина А.В., Гербер В.Х. К вопросу о клинической классификации хронического одонтогенного гайморита // Вестн. оториноларингол. – 2000. – №2. – С. 20-22.
9. Волков М.В., Гришин Г.Г. Новое направление в костной пластике // Ортопед., травматол., протезирование. – 1981. – №6. – С. 1-6.
10. Губин М.А., Куликовский В.Ф., Шевченко Л.В. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит. – Белгород, 2006. – 160 с.
11. Гюсан А.О. Одонтогенное воспаление верхнечелюстной пазухи // Тезисы докладов 4-го Всероссийской научно-практической конференции оториноларингологов. – М., 2006. – С. 197.
12. Захарова Г.П. Клинико-иммунологические особенности и лечение больных кистоподобными образованиями верхнечелюстных пазух: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 1993. – 20 с.
13. Иванов А.С. Особенности расположения верхушек корней многокоренных зубов в альвеолярном отростке верхней челюсти // Арх. анат. – 1976. – Т. LXX, вып. 4. – С. 61-65.
14. Козлов В.С., Шиленкова В.В., Шиленков А.А. Синуситы: современный взгляд на проблему // Consilium Medicum. – 2003. – Т. 5, № 4. – С. 212-218.
15. Коротких Н.Г., Лазутиков О.В., Ларина О.Е. Остеопластика перфораций в комплексном лечении больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами // Стоматология. – 2003. – №4. – С. 40-43.
16. Лазарев А.И. Диагностика и лечение воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи препаратами на полимерной основе: Дис. ... канд. мед. наук. – Курск, 1988. – 219 с.
17. Лузина В.В., Мануйлов О.Е., Мельников А.В. Амбулаторное лечение больных одонтогенным гайморитом // Стоматология. – 1986. – Т. 65, №2. – С. 60-62.
18. Лузина В.В., Чергештов Ю.И. Практика ведения больных при перфорациях верхнечелюстного синуса // Актуальные проблемы современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2001. – Вып. 1. – С. 50-52.
19. Маринина Т.Ф., Савченко Л.Н., Иванова Л.И. Биофармацевтическая оценка стоматологических лекарственных пленок противовоспалительного и анестезирующего действия // Разработка, исследование и маркетинг фармацевтической продукции: Материалы 58-й межрегион. конф. по фармации и фармакологии. – Пятигорск, 2003. – С. 124-126.
20. Радкевич А.А., Гюнтер В.Э. Опыт использования остеогенной ткани в хирургическом лечении генерализованного пародонтита // Пародонтология. – 2001. – №1-2. – С. 63-68.

21. Робустова Т.Г., Гребенникова И.П. Плазма, обогащенная тромбоцитами, при костно-восстановительных операциях на челюстях // Рос. стоматол. журн. – 2005. – №2. – С. 19-22.
22. Романов И.А. Лечение больных одонтогенными перфоративным гайморитом с применением остеопластических материалов: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 312 с.
23. Семаан-Аби-Халиль Ж. Оценка результатов оперативного лечения больных с хроническим одонтогенным гайморитом. Профилактика осложнений и новые способы лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 1992. – 18 с.
24. Танкаев А.С. Применение отечественных остеопластических материалов для повышения эффективности немедленной дентальной имплантации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 20 с.
25. Танфильев Д.Е. Клиника и лечение одонтогенных гайморитов. – СПб, 1968. – 3 с.
26. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: ООО Червона Рута-Туре, 2002. – 1024 с.
27. Федоровская Л.Н. Экспериментально-клиническое обоснование применения хирургических методов увеличения объема костной ткани альвеолярного отростка при его атрофии на этапах зубной имплантации: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2002. – 29 с.
28. Шевченко Л.В. Клинико-лабораторная характеристика, диагностика и лечение острого одонтогенного синусита: Дис. ... канд. мед. наук. – Воронеж, 2001.
29. Anitua E. Plasma rich in growth factors: Preliminary results of use in the preparation of future sites for implant // Int. J. Oral. Maxillofac. Implants. – 1999. – Vol. 14. – P. 529-535.
30. Babusch Ch. The Use Platelet Rich Plasma with Implant Reconstructive Procedures // International College Oral Implants World Congress. – Buenos Aires, 1999.
31. Boyne P.J. Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal defects // J. Oral Surg. – 1972. – Vol. 30, №2. – P. 87-91.
32. Krauser S.T., Yukna R.A., Callan D.P. Результаты трёхлетних наблюдений при использовании НКМ/П-15 (Пен Ген П-15) с целью устранения пародонтальных дефектов у человека // Пародонтология. – 2001. – №3 (21). – С. 44-45.
33. Landersberg R. Quantification of Growth Factor Levels Using a Simplified Method of Platelet-Rich Plasma Gel Preparation // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2000. – Vol. 58, №3. – P. 297-300.
34. Marx R.E. Platelet-Rich Plasma (PRP): What Is PRP and What Is Not PRP? // Implant. Dent. – 2001. – Vol. 10, №4. – P. 225-233.
35. Salsbury R.L., Searschell R.J., Slighter R.G. Evaluation of hydroxy apatite root implantans in baboons // J. Oral. Maxillofac. – 1985. – Vol. 43, №2. – P. 73-79.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОВ УСТРАНЕНИЯ ПЕРФОРАЦИЙ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ

Ш.Ш. Кудратов, А.Х. Рахмонов, Д.Ш. Абдуллаев, М.П. Мирзаев

В литературе описано большое количество методик пластического закрытия перфораций нижней стенки гайморовой пазухи, однако отсутствуют указания на способы, наиболее удобные и приемлемые для широкой практической деятельности врача амбулаторного звена. Многие аспекты этой проблемы, такие как факторы, способствующие одонтогенным верхнечелюстным перфорациям, в общей структуре заболеваний верхнечелюстного синуса; обоснование выбора методики хирургического закрытия перфорационного дефекта с учетом его размера, а также изучение динамики репаративных процессов в области перфорации дна верхнечелюстного синуса под влиянием полимерных пленок и др. требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: гайморова пазуха, перфорация верхнечелюстной пазухи, пластика, регенерация, остеопластические материалы, остеоиндуктивные материалы, направленная тканевая регенерация, трансплантат.

ЌИЗИҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

- Odam tanasidagi issiqlikning 80 foizi boshidan chiqib ketadi.
- Notanish ish bilan ilk bor shug'ullanish miyani rivojlantirishning eng yaxshi usuli. Aqliy salohiyati o'zingizdan ustun bo'lgan odamlar bilan suhbatlashish ham miya rivojiga tez ta'sir ko'rsatadi. Miya xuddi muskullar singari qancha ko'p ishlasa, shuncha ko'p o'sadi.
- Bitta odamning tanasida butun yer yuzidagi odamlardan ko'proq tirik organizm yashaydi.
- Burun insonning butun umri davomida kattalashadi.
- Bir dona soch 3 kg gacha yuk ko'tarishi mumkin.
- Inson organizmga zarur kislarodni 99% nafas organlari, 1%teri orqali oladi.
- Erkaklarning miyasi 30 yoshdan so'ng quriy boshlaydi va 60 yoshlarga borganda uning 30%i qurib qoladi. Ayollar organizmida bu jarayon kuzatilmaydi.
- Sog'lom ayolning ko'krak bezidan 1-1,5 l sut ajralishi kerak.
- Erkak kishi umr bo'yi 22 tonna ovqat va 33000 litr suyuqlik iste'mol qilsa, ayollar bu borada ancha "ochko'zroq" ekan, ya'ni 25 tonna ovqat va 37000 litr suyuqlikni paqqos tushirar ekan.
- Boshdan soch bir kunda 40-60 tacha to'kiladi, umr bo'yi esa 1,5 mlndan ortiq soch tolasi tushadi. Bu me'yoriy hol.
- Odam uxlamasdan 10 kecha kunduz, ovqat yemasdan esa 1 hafta yashashi mumkin.

Hasan OLIMOV

CARCINOSARCOMA OF THE GALL BLADDER MIMICKING GANGRENOUS CHOLECYSTITIS: CASE REPORT

Kim Myong Jin, G. E. Rakhmonova

ЙИРИНГЛИ ХОЛЕЦИСТИТ КЎРИНИШИДАГИ ЎТ ҚОПИ КАРЦИНОСАРКОМАСИ: КЛИНИК ВАЗИЯТ

Kim Myong Jin, Г.Э.Рахмонова

КАРЦИНОСАРКОМА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИМИТИРУЮЩИЙ ГАНГРЕНОЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Kim Myong Jin, Г.Э.Рахмонова

Tashkent Medical Academy,

Yonsey Severance Hospital, Yonsey University, South Korea

Биз катта ёшли аёлда ўт қопи ўсмаси, йирингли холециститнинг клиник ва радиологик аломатларига ҳамда сўнги жарроҳлик амалиётидан сўнг ўт қопи карциносаркомасининг патологик натижаларини ёритиб бердик. Чунки шунга ўхшаш белгилар, бир қанча алгоритмлар радиологик, серологик ва клиник мезонларга асосланди. Шунинг асосида тасвирлар энг ишончли таъхисларда қўлга киритилиши мумкин, чунки ушбу операциядан биологик намуналарни қўлга киритиш мушкулдир. Клиник, серологик ва радиологик таълим ўт қопи ўсма касаллиги билан оғриган беморларда ижобий натижа бера олади.

Калит сўзлар: ўт қопи карциносаркомаси, йирингли холецистит

Описан случай из практики. Пожилая пациентка с раком желчного пузыря в стадии клинических и рентгенологических признаков гангренозного холецистита. Диагноз карциносаркомы желчного пузыря подтвердили биоптатом патологического материала после операции холецистэктомии. С учетом особенностей диагностики клинических, радиологических и серологических методов были разработаны алгоритмы. Гистология представляет собой единственный способ подтвердить точный диагноз, но поставить диагноз данным методом до операции не представляется возможным из-за трудности получения биоптата.

Ключевые слова: рак желчного пузыря, гангренозный холецистит.

Gallbladder (GB) cancer is the fifth most common tumor of the digestive system and the most frequent of those arising in the biliary tree biliary tree malignancy and is the fifth most common malignancy of the alimentary tract after colorectal, pancreatic, gastric, and esophageal carcinoma [4,12] and is found incidentally in 1–3% of cholecystectomy specimens [5] and three times more common in women than men. Higher prevalences have been reported from New Mexico, Bolivia, Chile, Israel, and northern Japan [8]. GB cancers can present as a mass replacing the gallbladder, wall thickening, or an intraluminal polyp on sonography or CT. Presentation of the tumor as diffuse or focal wall thickening is problematic because acute and chronic cholecystitis are included in the differential diagnosis [14]. The diagnosis of gallbladder carcinoma is usually unsuspected. Early-stage carcinoma is typically diagnosed incidentally because of inflammatory symptoms related to coexistent cholelithiasis or cholecystitis. One percent of patients undergoing cholecystectomy for cholelithiasis has an incidental gallbladder carcinoma [15]. Diffuse gallbladder wall thickening is a frequently detected finding on cross-sectional imaging in clinical practice; this finding can result from a broad spectrum of pathologic conditions. Among these conditions, acute cholecystitis, chronic cholecystitis, gallbladder carcinoma, and adenomyomatosis are common diseases that cause diffuse or focal gallbladder wall thickening [13,14]. When gallbladder cancer manifests as wall thickening, it is challenging to diagnose because it mimics the appearance of more common acute and chronic inflammatory conditions of the gallbladder [7]. Cholelithiasis is a well-established risk factor for the development of gallbladder carcinoma [9], and gallstones are present in 74–92% of affected patients [11]. Gallstones cause chronic irritation and inflammation of the

gallbladder, which leads to mucosal dysplasia and subsequent carcinoma [2].

According to a prior autopsy study of patients with gallbladder cancer [13], the majority (68%) of gallbladder carcinomas are diffusely infiltrating lesions, whereas the remaining gallbladder carcinomas (32%) exhibit intraluminal polypoid growth. Gallbladder carcinomas are epithelial in origin and account for 98% of all gallbladder malignancies. The remainders are sarcomas, lymphomas, carcinoid, metastases, and other unusual malignancies. Adenocarcinomas account for 90% of gallbladder carcinomas and are characterized by glands lined by cuboidal or columnar cells, which may contain mucin. They may be well, moderately, or poorly differentiated, depending on the degree of gland formation. There are several histologic variants of adenocarcinoma recognized: papillary, intestinal, mucinous, signet-ring cell, and clear cell [3]. Many tumors contain more than one histologic variant.

Sonography, CT, and MRI all allow direct visualization of the normal and thickened gallbladder wall. Traditionally, sonography is used as the initial imaging technique for evaluating patients with suspected gallbladder disease because of its high sensitivity in the detection of gallbladder stones, its real-time character, and its speed and portability [4].

However, CT has become popular for evaluating the acute abdomen and often is the first technique to show gallbladder wall thickening [12], or CT may be used as an adjunct to an inconclusive sonography examination or for staging of disease. It is often detected at a late stage of the disease because of the lack of early or specific symptoms. Gallbladder carcinoma has various imaging appearances, ranging from a polypoid intraluminal lesion to an infiltrating mass replacing the gallbladder, and it may also present as diffuse mural thickening. Associated findings such as invasion of adjacent structures,

В помощь
практическому
врачу

secondary bile duct dilatation, and liver or nodal metastases may help in differentiating it from acute or xanthogranulomatous cholecystitis [5,17].

Symptoms of gallbladder cancer include jaundice (yellowing of skin and whites of eyes), pain, fever, nausea and vomiting, bloating, and lumps in the abdomen, itchiness, loss of appetite, losing weight without trying, yellowing of the skin and the whitening of the eye (jaundice).

Case report

A 71 year old woman admitted to peripheral hospital jaundice associated with mild weight loss and fatigue. Her laboratory test showed elevated ALT – 102 IU/L (5,0-46,0 normal range), AST – 301 IU/L (normal range 13,0-34,0 IU/L), amylase – 2540 U/L (normal range 30-115 U/L), Lipase - 3510 U/L (normal range 5,0-60,0 U/L), Glucose – 220 mg/dl (normal range 70-110 mg/dl). CEA and CA – 19-9 were negative.

Abdominal CECT (Contrast Enhanced Computed tomography) scan (fig. 1) showed dilatation of gall bladder with indistinct GB wall and pericholecystic fluid collection. Irregular thickened and enhancement of GB wall.

Common bile duct shows distension with wall enhancement without obstruction, probably secondary inflammation. Diffuse pancreatic swelling with peripancreatic fluid collection, probably combined pancreatitis. Also founded fluid collection in subhepatic, perisplenic space, bilateral paracolic gutters and pelvic cavity and borderline para-aortic lymph nodes are presented.

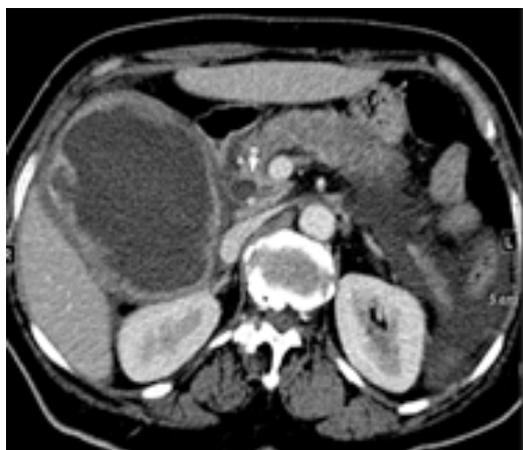


Fig. 1. Left arterial phase of abdominal CECT in coronal and right portal phase of CECT axial projection.

On F18- FDG-PET-CT (Positron emission tomography) (fig. 2) also revealed for ruling out cancer which showed, abnormal

GB distension with intraluminal linear densities, irregular wall, and pericholecystic fluid collection and fat infiltration showing intense FDG uptake, highly suggesting of malignant lesions. Also diffuse FDG uptake notes in the pancreas, also like due to pancreatitis.

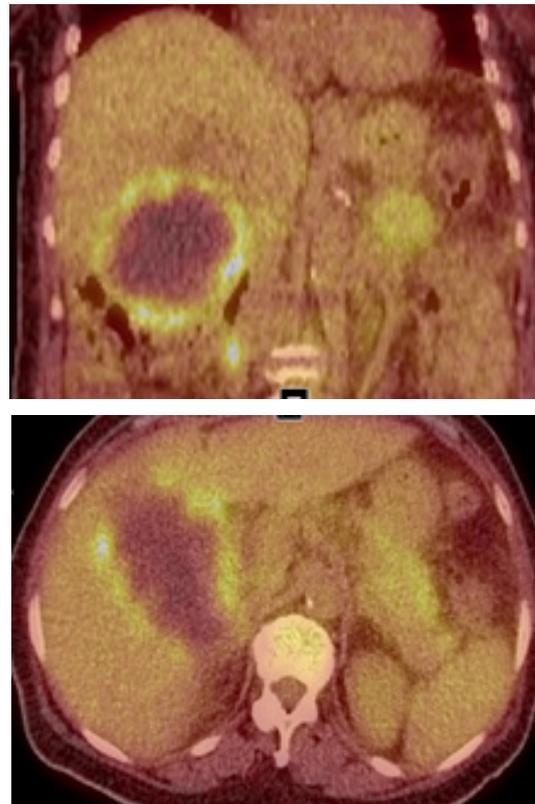


Fig. 2. Left F18- FDG-PET-CT in coronal and right axial projection.

EUS (Endoscopic ultrasound) showed irregular GB wall thickening with debris, GB distension, with ascites with highly suggesting gall bladder cancer without liver invasion.

After all patient underwent gall bladder extended cholecystectomy (fig. 3 sur. pathology)

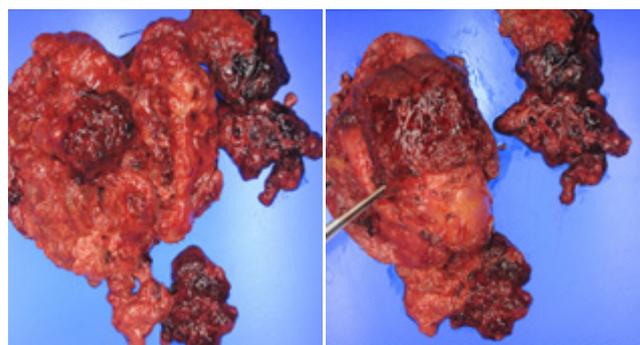


Fig. 3. Surgical material after operation. GB was 12.5x11x4.

Pathology result was carcinosarcoma with tumor exciding until muscular layer without lymphovascular invasion. Immunohistochemical stain result was positive in tumor cells and CEA, actin, caldesmon and myogen was negative for tumor cells. After what TNM stage was pT1b/pN1.

Follow up CT after immediate post operation 5 day (fig. 4) showed small amount of fluid collection in the operation bed without significant complication.

В ПОМОЩЬ
ПРАКТИЧЕСКОМУ
ВРАЧУ

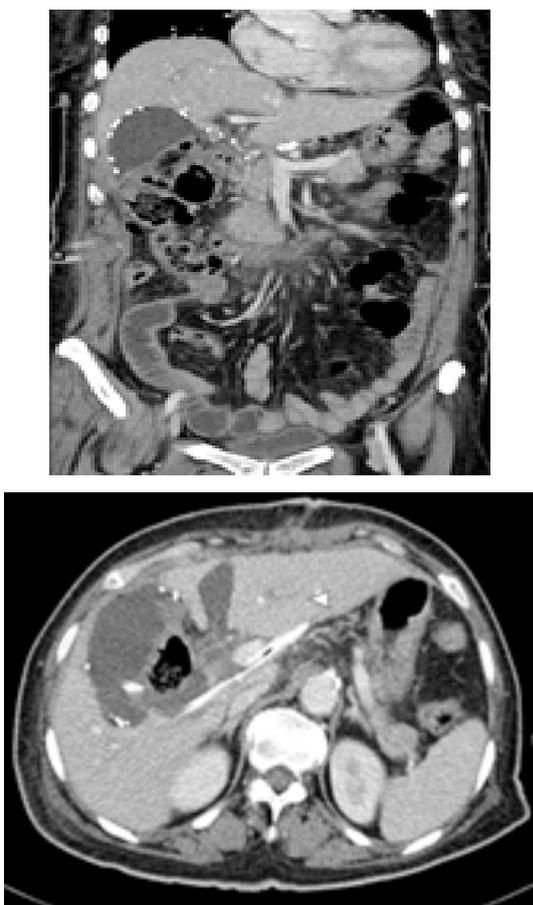


Fig. 4. Left abdominal CECT in coronal and right portal phase of CECT axial projection.

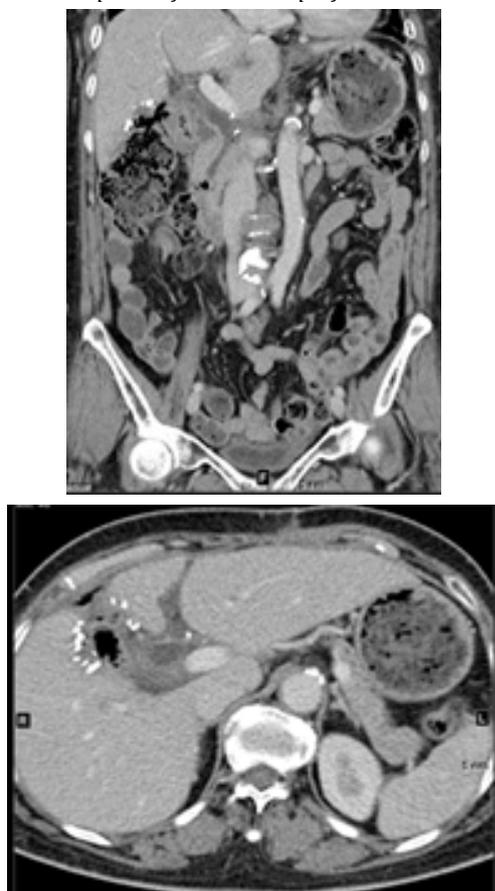


Fig. 5. Left abdominal CECT in coronal and right portal phase of CECT axial projection.

After 1 month CT (fig. 5) was small amount of fluid around ligamentumteres, without evidence of local recurrence or distant metastasis.

Discussion

Gangrenous or necrotizing cholecystitis is a severe advanced form of acute cholecystitis with a higher morbidity and mortality rate than uncomplicated acute cholecystitis [10]. Clinical and laboratory characteristics are often nonspecific and indistinguishable from those in patients with acute cholecystitis without gangrene, and the diagnosis is often not made preoperatively [1,16].

Furthermore, CT is often performed if acute cholecystitis is not the primary diagnostic consideration at the time of imaging.

Researchers have vigorously attempted to differentiate malignant from benign diffuse gallbladder wall thickening using various imaging evaluation techniques including sonography, CT, and MRI. Although sonography has been the screening method of choice in the diagnosis of gallbladder disease [9], making an accurate diagnosis may be difficult using sonography because thickening of the gallbladder wall is nonspecific, MDCT has become the imaging technique that is more widely used to detect and characterize gallbladder wall thickening. The most common enhancement patterns of gallbladder cancer by CECT were a highly enhanced thick inner wall layer seen during the arterial phase, but the most common pattern of chronic cholecystitis was isoattenuation of the thin inner layer.

The therapeutic options for gallbladder carcinoma are limited because of the late stage of disease at presentation in most cases. In addition, there is no standardized therapy for gallbladder carcinoma. Systemic or regional chemotherapy has had little success [8]. Some reports have demonstrated an increase in survival time for patients who underwent palliative or adjuvant radiation therapy [6]. Although surgical resection is the mainstay of therapy, the extent of resection for each stage of disease remains controversial. Most authors agree that T1N0M0 disease requires a simple cholecystectomy. Aggressive surgery (including cholecystectomy with en bloc segmental hepatic resection, lymph node dissection, and common bile duct resection and reconstruction if necessary) is performed to provide adequate control of local disease and potential cure for patients with stage T1b or TNM stage 2 and 3 carcinomas.

Gallbladder carcinoma manifesting as diffuse gallbladder wall thickening has a differential diagnosis that includes the more common inflammatory and noninflammatory causes of wall thickening. These conditions include heart failure, cirrhosis, hepatitis, hypoalbuminemia, renal failure, and cholecystitis. Occasionally, a pericholecystic abscess, gallbladder necrosis, or fistula formation to adjacent bowel can complicate acute cholecystitis. The findings in these cases may simulate those of an aggressive neoplastic process. Gallbladder carcinoma should be suspected when there are features of a focal mass, lymphadenopathy, hepatic metastases, and biliary obstruction at the level of the portahepatis. Gangrenous and xanthogranulomatous cholecystitis is a pseudotumoral inflammatory condition of the gallbladder that radiologically simulates gallbladder carcinoma. The CT features of gangrenous cholecystitis and gallbladder carcinoma overlap substantially thus, these entities cannot be reliably differentiated. Both diseases may demonstrate gallbladder

wall thickening, infiltration of the surrounding fat, hepatic involvement, and lymphadenopathy.

Conclusion

Gallbladder carcinosarcoma can mimic gangrenous cholecystitis for patients presenting with acute elevation of liver enzymes. Clinical, cerological and radiological studies for these patients can give positive results if all procedures provides and correlates carefully.

References

1. Ahmad M.M., Macon W.L. Gangrene of the gallbladder // Amer. Surg. – 1983. – Vol. 49, №3. – P. 155-158.
2. Albores-Saavedra J. et al. The precursor lesions of invasive gallbladder carcinoma. Hyperplasia, atypical hyperplasia and carcinoma in situ // Cancer. – 1980. – Vol. 45, №5. – P. 919-927.
3. Albores-Saavedra J., Henson D.E., Sobin L.H. The WHO Histological Classification of Tumors of the Gallbladder and Extrahepatic Bile Ducts. A commentary on the second edition // Cancer. – 1992. – Vol. 70, №2. – P. 410-414.
4. Baron R.L. Computed tomography of the biliary tree // Radiol. Clin. North Amer. – 1991. – Vol. 29, №6. – P. 1235-1250.
5. Gore R.M. et al. Imaging benign and malignant disease of the gallbladder // Radiol. Clin. North Amer. – 2002. – Vol. 40, №6. – P. 1307-1323.
6. Houry S. et al. Gallbladder cancer: role of radiation therapy // Hepatogastroenterology. – 1999. – Vol. 46 (27). – P. 1578-1584.
7. Levy A.D., Murakata L.A., Rohrmann C.A. Gallbladder carcinoma: radiologic-pathologic correlation // Radiographics. – 2001. – Vol. 21, №2. – P. 295-314.
8. Levin B. Gallbladder carcinoma // Ann. Oncol. – 1999. – Vol. 34. – P. 129-130.
9. Lowenfels A.B. et al. Gallstones and risk of gallbladder cancer // J. Natl. Cancer Inst. – 1985. – Vol. 75, №1. – P. 77-80.
10. Morfin E., Ponka J.L., Brush B.E. Gangrenous cholecystitis // Arch. Surg. – 1968. – Vol. 96, №4. – P. 567-573.
11. Nagorney D.M., McPherson G.A. Carcinoma of the gallbladder and extrahepatic bile ducts // Semin. Oncol. – 1988. – Vol. 15, №2. – P. 106-115.
12. Roberts J.W., Daugherty S.F. Primary carcinoma of the gallbladder // Surg. Clin. North Amer. – 1986. – Vol. 66, №4. – P. 743-749.
13. Sons H.U., Borchard F., Joel B.S. Carcinoma of the gallbladder: autopsy findings in 287 cases and review of the literature // J. Surg. Oncol. – 1985. – Vol. 28, №3. – P. 199-206.
14. van Breda Vriesman A.C. et al. Diffuse gallbladder wall thickening: differential diagnosis // Amer. J. Roentgenol. – 2007. – Vol. 188, №2. – P. 495-501.
15. Wanebo H.J., Vezeridis M.P. Carcinoma of the gallbladder // J. Surg. Oncol. Suppl. – 1993. – №3. – P. 134-9.
16. Wilson A.K. et al. Gangrenous cholecystitis in an urban VA hospital // J. Surg. Res. – 1994. – Vol. 56, №5. – P. 402-404.
17. Zissin R., et al. CT of a thickened-wall gall bladder // Brit. J. Radiol. – 2003. – Vol. 76 (902). – P. 137-143.

CARCINOSARCOMA OF THE GALL BLADDER MIMICKING GANGRENOUS CHOLECYSTITIS: CASE REPORT

Kim Myong Jin, G.E. Rakhmonova

We report the case of aged woman with suspicious to gall bladder cancer with clinical and radiological signs of gangrenous cholecystitis and final after operation pathology result was carcinosarcoma of the GB. Because of similar features, several algorithms have been proposed for based on radiological serological and radiological criteria. However, histology represents the only way to obtain definitive diagnosis; even it is difficult to obtain biological samples before operation. Clinical, cerological and radiological studies for suspecting GB cancer patients can give positive results if all procedures provide and correlates carefully.

Key words: gall bladder carcinosarcoma, gangrenous cholecystitis.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ГАММА-ФОНА В Г. ТАШКЕНТЕ

Н.А. Алламуратов

ТОШКЕНТ ШАҲРИНИНГ ҲОЗИРГИ ГАММА-ФОН ҲОЛАТИ

Н.А. Алламуратов

CURRENT STATE OF GAMMA BACKGROUND IN TASHKENT

N.A. Allamuratov

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: Тошкент шаҳри даволаш-профилактик муассасаларида қўлланилишида чора-тадбирларнинг даражасининг заруриятлигини баҳолаш. **Материал ва усуллар:** аналитик, инструментал, ижтимоий-гигиеник ва статистик усуллар қўлланилган. **Натижалар:** ҳозирги кунгача маълумки, Тошкент шаҳрининг гамма-фон кўрсаткичи оралиқ кўрсаткичларга эга ва 0,14дан-0,18гача мЗв/йилига тенг ва 20 йил ичида ўзгариш кузатилмади. Баъзи бир туманларида йил фаслига нисбатан алоҳида флукуацион радиофонии кузатилган. Катта транспорт магистрал ва йирик саноат объектларида гамма-фон кўрсаткичи 12%дан-28%гача аҳоли яшаш жойига нисбатан юқорилиги маълум бўлди. **Хулоса:** Тошкент шаҳри аҳолисининг йиллик ташқи нурланиш фони ўртача 1,40-1,49 мЗв/й тенглиги кўрсатди.

Калит сўзлар: радиацион гамма-фон, Тошкент шаҳрининг замонавий кўрсаткич, мафсумий флукуация, ҳудуднинг инфраструктураси, аҳолининг йиллик нурланиш дозалари.

Objective: Assessment of the current value of the natural gamma radiation background in Tashkent city and its role in the formation of effective equivalent dose of external exposure of the population. **Materials and Methods:** Analytic tools and computational methods were used. **Results:** It was established that now the value of gamma background in Tashkent is average, ranging from 0,14 to 0,18 $\mu\text{sv/h}$; in the last 20 years this value has not changed. In some areas of the city are marked seasonal fluctuations in background radiation. In the areas of allocation of highways and large industrial facilities, the value of gamma background on 12-28% higher than in residential areas. **Conclusions:** Annual dose of background radiation exposure of the population in Tashkent can be characterized as medium - 1,40-1,49 mSv/year.

Key words: radiation gamma background, current value in Tashkent, seasonal fluctuations, dependence on infrastructure of territory, annual radiation dose of population.

Радиационная безопасность населения Республики Узбекистан обеспечивается выполнением «Закона Республики Узбекистан о радиационной безопасности» [4], которым предусмотрено регулирование отношений не только в связи с использованием источников ионизирующих излучений (ИИИ) в различных сферах деятельности человека, но и в связи с воздействием естественного и техногенно-измененного радиационного фона.

Человек не может изменять величину естественного радиационного фона (ЕРФ), поэтому требования Международных норм и правил радиационной безопасности не распространяются на космическое излучение и внутреннее облучение человека, создаваемое природными радионуклидами. Вместе с тем, во всех странах предусмотрена необходимость систематического контроля фонового облучения населения, так как это является важной частью обеспечения его радиационной безопасности [1,5,7].

При анализе научных работ, опубликованных по данной проблеме в последние 15 лет, нам не удалось выявить ни одного исследования состояния радиационного гамма-фона в нашей республике. Последние наблюдения по четырем природно-климатическим зонам республики проводились в конце 90-х годов прошлого столетия [3]. Что касается города Ташкента, то мы не нашли публикаций по характеристике гамма-фона в более ранние сроки.

Цель исследования

Оценка современной величины естественного радиационного гамма-фона в г. Ташкенте и его роли в формиро-

вании эффективной эквивалентной дозы внешнего облучения населения.

Материал и методы

Проанализированы результаты 648 замеров гамма-фона, произведенных в 2012-2013 гг Городским ЦГСЭН. Проведен картографический анализ территории г. Ташкента с целью выбора точек наблюдения в зависимости от административного района, рельефа местности, типа застройки жилых кварталов, характера используемых строительных материалов, наличия производственных объектов и т.д. Всего было намечено 216 точек наблюдения. В 2014 г. проведены собственные измерения величины гамма-фона в выбранных точках с учетом сезона года. Инструментальные измерения величины гамма-фона в намеченных точках (мкЗв/ч) выполнялись прибором ДКС-АТ-11-21, прошедшем госповерку в 2013 г. Общее число замеров – 250. Все цифровые материалы подвергнуты статистической обработке с использованием соответствующих компьютерных программ.

Результаты и обсуждение

Статистическая обработка архивных материалов Гор-ЦГСЭН показала, что в 2012-2013 гг. величина гамма-фона по городу в среднем составляла 0,16 мкЗв/ч. По районам города выявлены некоторые различия средних величин гамма-фона. В холодный период года самые низкие значения гамма-фона зарегистрированы в Алмазарском, Шайхантахурском, Юнус-Абадском и Яккасарайском районах (от 0,14±0,001 до 0,15±0,003 мкЗв/ч). Самые вы-

сокие показатели оказались в Бектемирском, Мирабадском и Яшнабадском районах (по $0,18 \pm 0,004$ мкЗв/ч). В теплый период года самые низкие показатели составляли $0,15 \pm 0,003$ мкЗв/ч (Алмазарский, Юнусабадский и Шайхантохурский районы), а самые высокие – до 18 мкЗв/ч (Мирабадский, Бектемирский и Сергелийский районы). Таким образом, прослеживается явная зависимость гамма-фона от характера объектов, дислоцированных в местах проведения замеров, а именно в тех районах, на территории которых много крупных промышленных объектов. Величина гамма-фона на $0,02-0,03$ мкЗв/ч выше, чем в районах, где таких объектов минимальное количество.

Измерения величины гамма-фона в выбранных точках в 2014 г. показали, что средняя величина мощности дозы гамма-излучения в г. Ташкенте в настоящее время составляет $0,17 \pm 0,003$ мкЗв/ч, то есть не имеет достоверных отличий от показателей ЦГСЭН за 2012-2013 гг. Наши исследования также показали, что в трех районах города (Алмазарский, Шайхантохурский и Юнусабадский) гамма-фон достоверно ниже, чем в среднем по городу – соответственно $0,15 \pm 0,002$, $0,15 \pm 0,001$ и $0,17 \pm 0,003$ мкЗв/ч ($p < 0,05$), а в трех районах города (Сергелийский, Бектемирский и Чиланзарский) величина гамма-фона достоверно выше, чем в целом по городу, особенно в Бектемирском районе – $0,19 \pm 0,004$ мкЗв/ч. В трех последних районах расположено большинство крупных предприятий (в Бектемирском районе – в основном предприятия стройиндустрии), что, на наш взгляд, обуславливает выброс атмосферных загрязнений, содержащих естественные радионуклиды – это и отражается на величине гамма-фона. По-видимому, для оценки этого предположения необходимы специальные исследования по определению величины атмосферных выпадений в разных районах города.

Инфраструктура различных территорий (транспортные магистрали, площади, внутриквартальная территория) также имеет значение для величины гамма-фона: в парковых зонах и в кварталах малоэтажной застройки мощность дозы гамма-фона на 12% ниже, а на транспортных магистралях и в зонах многоэтажной застройки – на 12% выше средней величины в городе ($p < 0,05$). Наиболее высокие показатели мощности дозы гамма-излучения во всех районах имели место на площадях и автомагистралях (до $0,22$ мкЗв/ч).

Необходимо также отметить, что ни в одном случае нами не выявлено высоких показателей гамма-фона, являющихся свидетельством радиоактивного загрязнения территории или наличия какого-то мощного источника радиации, влияющего на величину гамма-фона. Этим территория г. Ташкента отличается от территории, например, г. Москвы, где разные участки территории имеют столь резко выраженные различия в уровне радиации, что это позволило экологами провести разграничение территории города по уровню радиоактивного загрязнения [3].

Сопоставление полученных нами данных с результатами исследований, проведенных в конце 90-х годов прошлого века [3], позволяет говорить о том, что в юго-восточной зоне республики, где располагается г. Ташкент, величина гамма-фона за сравниваемый период практически не изменилась. По данным Д.А. Зарединова [3], мощность дозы гамма-излучения здесь колебалась от единиц до нескольких десятков мкр/ч (максимальная величина

– 60 мкр/ч, то есть $0,6$ мкЗв/ч, составляя в среднем $15-18$ мкр/ч ($0,15-0,18$ мкЗв/ч). Практически такие же величины выявлены и нами. Данный факт следует расценивать как весьма положительный, так как даже небольшое увеличение гамма-фона за минувшие 15-20 лет говорило бы о том, что территория г. Ташкента подвержена влиянию транслокации радиоактивных веществ, обусловленных радиационными авариями последних лет (авария на Чернобыльской АЭС, трагические события на Фукусиме и др.).

Об этом же свидетельствуют и рассчитанные нами средние величины годовых эффективных эквивалентных доз внешнего облучения населения г. Ташкента за счет ЕРФ. Определено, что в целом по городу эта доза составила $1,40-1,49$ мЗв/год. Вместе с тем, расчет годовой дозы внешнего фонового облучения населения по отдельным районам города показал, что эти дозы имеют некоторые различия. Самую большую дозу внешнего фонового облучения получают жители Бектемирского района – $1,66$ мЗв/год, самую маленькую – жители Алмазарского района – $1,23$ мЗв/год.

В конце прошлого столетия, по данным Д.А. Зарединова [3], эффективная эквивалентная доза внешнего облучения населения РУз в целом за счет космического излучения и естественных радионуклидов составляла в среднем около 650 мкЗв или $0,65$ мЗв в год ($0,07$ мкЗв/ч). В Ташкентской области внешнее фоновое облучение составляло $701-1480$ мкЗв/г или $0,7-1,5$ мЗв/год. Иначе говоря, за последние 20 лет эффективная эквивалентная доза внешнего облучения населения в этом регионе практически не изменилась.

В сравнении с данными мировых исследований [1,2,6], годовые дозы внешнего фонового облучения населения г. Ташкента могут быть охарактеризованы как средние, так как считается, что нижняя граница фонового гамма-облучения составляет $0,016$ мЗв/год, а максимально зарегистрированная доза составила $28,1$ мЗв/год.

Выводы

1. В настоящее время величина гамма-фона в г. Ташкенте находится на среднем уровне, составляя от $0,14$ до $0,18$ мкЗв/ч; в течение последних 20 лет эта величина практически не меняется, что является благоприятным показателем, свидетельствующим об отсутствии на территории города радиоактивных выпадений, мигрирующих в атмосфере в связи с аварийными ситуациями на ядерных объектах.

2. Зависимости величины гамма-фона от сезона года в целом по городу не выявлено. Однако в отдельных районах города отмечаются достоверные сезонные флуктуации радиационного фона, что, возможно, связано с уровнем запыленности и величиной радиоактивных выпадений из воздуха.

3. В зонах размещения транспортных магистралей и крупных промышленных объектов величина гамма-фона в г. Ташкенте на $14-28\%$ выше, чем в жилых зонах, что, возможно, также связано с уровнем выпадений на различные поверхности выбросов транспорта и промышленных предприятий; данные обстоятельства требуют проведения специальных исследований.

4. Годовые дозы внешнего фонового облучения населения г. Ташкента могут быть охарактеризованы как средние – $1,40-1,49$ мЗв/год; за последние 20 лет эффектив-

ная эквивалентная доза внешнего облучения населения в этом регионе практически не изменилась.

Литература

1. Александров Ю.А. Основы радиационной экологии: Учеб. пособие. – Йошкар-Ола, 2007. – 270 с.
2. Белозерский Г.Н. Радиационная экология. – М.: Естественные науки, 2010.
3. Зарединов Д.А. Гигиеническая оценка источников ионизирующих излучений природного и техногенного происхождения и доз облучения населения Республики Узбекистан: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2001. – 49 с.
4. О радиационной безопасности: Закон РУз. – Ташкент, 2000.
5. Руководство по методам контроля за радиоактивностью окружающие среды; Под ред. И.А. Соболева, Е.А. Беляева. – М.: Медицина, 2002. – 432 с.
6. Стожаров А.Н., Квиткевич Л.А., Аветисов А.Р. и др. Радиационная медицина: Учеб. пособие для студентов мед. вузов. – 2-е изд., перераб. и доп.; Под общ. ред. А.Н. Стожарова. – Минск: БГМУ, 2012. – 143 с.
7. Шандала Н.Н., Петухова Э.В., Савкин М.Н. и др. Результаты радиационного мониторинга в Москве // Гиг. и сан. – 2001. – №1. – С. 26-30.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ГАММА-ФОНА В Г. ТАШКЕНТЕ

Н.А. Алламуратов

Цель: оценка современной величины естественного радиационного гамма-фона в г. Ташкенте и его роли в формировании эффективной эквивалентной дозы внешнего облучения населения. **Материал и методы:** использованы аналитические, инструментальные и расчетные методы исследования. **Результаты:** установлено, что в настоящее время величина гамма-фона в г. Ташкенте находится на среднем уровне, составляя от 0,14 до 0,18 мкЗв/ч; в течение последних 20 лет эта величина практически не изменилась. В отдельных районах города отмечаются сезонные флюктуации радиационного фона. В зонах размещения транспортных магистралей и крупных промышленных объектов величина гамма-фона на 12-28% выше, чем в жилых зонах. **Выводы:** годовые дозы внешнего фонового облучения населения г. Ташкента могут быть охарактеризованы как средние – 1,40-1,49 мЗв/год.

Ключевые слова: радиационный гамма-фон; современная величина в г. Ташкенте, сезонные флюктуации, зависимость от инфраструктуры территории, годовые дозы облучения населения.

ЌИЗИҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

TOSHKENT METROPOLITENI

Toshkent metropoliteni - Toshkent shahar yulovchilar transporti korxonalarini uyushmasi tarkibidadir. Toshkent metropoliteni qurilishi 1972 yilda boshlangan. Birinchi liniyasi 9 ta stansiyadan iborat bo'lib uzunligi 11,4 kmni tashkil etadi. Yo'nalishning birinchi qismi («Sobir Rahimov», «Chilonzor», «Mirzo Ulug'bek», «Hamza», «Yoshlik», «Xalqlar do'stligi», «Paxtakor», «Mustakillik maydoni», «Milliy bog» bekatlari) 1977 yil 6 noyabrda, ikkinchi navbati («Hamid Olimjon», «Pushkin», «Buyuk ipak yo'li» bekatlari, uzunligi 4,1 km) 1980 yilning 18 avgustida foydalanishga topshirildi. Bekatlar soni 12 taga yetdi.

Toshkent metropolitenida umumiy uzunligi 4,8 km bo'lgan ikkinchi liniyasining birinchi qismi («Alisher Navoiy», «Uzbekistan», «Kosmonavtlar», «Oybek», «Toshkent» bekatlari) 1984 yil noyabr oyida, ikkinchi qismi esa («Mashinasozlar», «Chkalov» bekatlari, uzunligi 3,3 km) 1987 yilning noyabrida ishga tushdi. Shu liniyaning uchinchi qismi 1989 yilning noyabr oyida («G'afur G'ulom», «Chorsu» bekatlari, uzunligi 2,4 km), to'rtinchi qismi («Tinchlik» va «Beruniy» bekatlari, uzunligi 3,8 km) 1991 yil 30 aprelda ishga tushdi. Bu liniyaning umumiy uzunligi qarib 14,3 kmga yetdi. Toshkent metropolitenining shahar markazini Yunusobod turar joy massivi bilan bog'laydigan (umumiy uzunligi 14 km) uchinchi liniyasining birinchi qismi («Mingo'rik», «Yunus Rajabiy», «Abdulla Qodiriy», «Minor», «Bodomzor», «Habib Abdullayev» bekatlari) 2001 yilning 26 oktyabrda ishga tushdi.

Toshkent metropolitenida qatnaydigan poyezdlarning o'rtacha tezligi 39 km/soat, maksimal tezligi esa 65 km/soatga etadi. Toshkent metropolitenida sutkasiga o'rtacha 270—300 ming yo'lovchi tashiladi. Yo'lovchilarga qulaylik yaratish uchun ba'zi bekatlarda eskalatorlar o'rnatilgan. Metrodagi «Chilonzor», «Hamza» bekatlari gumbazsimon, «Mustaqillik maydoni» bekatlari yig'mamonolit konstruksiyali kolonna tipida, boshqa bekatlar esa kolonna tipida qurilgan. Har bir bekatning badiiy me'morlik hamda haykaltaroshlik nuqtai nazaridan bezatilishi ramziy ravishda shu bekat nomini aks etdiradi. Ularda madaniy, monumental dekorativ va amaliy san'atning milliy an'analari o'z aksini topgan. Bekatlarga bezak berishda, asosan, mamlakatimizning tabiiy resurs zaxirasidan chiqadigan qora, qizil, kulrang granitlar, turli xil marmar, keramika, stomalit, yog'och, oyna, turli xil metall va boshqalaridan foydalanilgan.

Ma'lumot uchun aytish mumkinki, Toshkent metropoliteni 9 balli zilzilaga bardosh bera oladi. Toshkent metropolitenining umumiy uzunligi 38,25 km, bekatlar soni 29 ta. Metro qurilishi va navbatdagi yo'l hamda bekatlarni loyihalash ishlari davom etmoqda.

Hasan OLIMOV

Трибуна
МОЛОДЫХ

ILGARI O'TKAZILGAN ANTIGIPERTENZIV DAVONING INSULT RIVOJLANISHI, UNING TURI, KECHISHI VA YAKUNI BILAN BOG'LIQLIGI

X.A. Rasulova, S.A. Usmanov, M.N. Khanova, M.M. Abulova, M.A. Janikulova, B.J. Rahmonov, J.A. Hudoyberdiev

СВЯЗЬ ПРЕДЫДУЩЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ С РАЗВИТИЕМ ИНСУЛЬТА, ЕГО ТИПОМ, ТЕЧЕНИЕМ И ПОСЛЕДСТВИЯМИ

X.A. Расулова, С.А. Усманов, М.Н. Ханова, М.М. Абулова, М.А. Джаникулова, Б.Ж. Рахмонов, Ж.А. Худойбердиев

RELATIONSHIP BETWEEN PREVIOUS ANTIHYPERTENSIVE THERAPY AND STROKE DEVELOPMENT, ITS TYPE, COURSE AND CONSEQUENCES

Kh.A. Rasulova, S.A. Usmanov, M.N. Khanova, M.M. Abulova, M.A. Janikulova, B.J. Rakhmonov, J.A. Khudoyberdiev

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Цель: оценка влияния основных факторов риска инсульта и антигипертензивной терапии на течение и последствия инсульта. **Материал и методы:** обследованы 188 больных с впервые развившимся инсультом в возрасте $68,2 \pm 5,4$ года, из них 90 мужчин (47,8%) и 98 женщин (52,2%). 1-я группа – 54 (28,7%) больных, регулярно принимавших антигипертензивные препараты, 2-я группа – 134 (71,3%) пациентов, не получавших или нерегулярно принимавших антигипертензивную терапию. **Результаты:** среди больных, регулярно получавших антигипертензивную терапию, реже развивался геморрагический инсульт. Среди подтипов ишемического инсульта во 2-й группе часто отмечались атеротромботический и гемодинамический подтипы инсульта. **Выводы:** проведение адекватной и регулярной антигипертензивной терапии и мониторинга больных с АГ позволяет снизить риск развития инсульта, тяжелых его форм и в случае острой катастрофы более лучшему восстановлению неврологического дефицита, чем при отсутствии или плохом лечении АГ.

Ключевые слова: инсульт, подтипы, артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия.

Objective: To assess the impact of major risk factors of stroke and antihypertensive therapy on the course and consequences of stroke. **Materials and Methods:** Were studied 188 patients with first-ever stroke at the age of $68,2 \pm 5,4$ years - 90 males (47,8%) and 98 females (52,2%). Patients were divided into 2 groups: group 1 – 54 (28,7%) patients, regularly taking antihypertensive drugs, 2 group – 134 (71,3%) patients, who had not received or irregularly taken antihypertensive therapy. **Results:** Patients regularly treated with antihypertensive therapy less developed hemorrhagic stroke. Among the subtypes of ischemic stroke, atherothrombotic and hemodynamic subtypes of stroke were often noted in the 2nd group. **Conclusions:** Adequate and regular antihypertensive therapy and monitoring patients with hypertension reduces the risk of stroke, its severe types and in the case of acute catastrophe leads to better recovery of neurological deficit than in the absence or poor treatment for hypertension.

Key words: stroke, subtypes, hypertension, antihypertensive therapy.

Сerebrovaskulyar kasalliklar sonining ortishi hozirda keng tarqalgan tibbiy-ijtimoiy muammolardan hisoblanadi. Insultni tarqalishi butun dunyoda ortib bormoqda. Rossiyada har yili 450 mingta yangi holatlar aniqlanmoqda, O'zbekistonda 40-45 mingdan ortiq. Umumiy o'lim holatlaridan miya qon aylanishining o'tkir buzilishi 21,4 foizni, insultdan keyingi nogironlikka olib kelishi esa 1 ming aholi orasida 3,2 ta holatni tashkil etadi va birlamchi nogironlikni sababi sigatida birinchi o'rinda turadi. Nogironlik asosida harakat va kognitiv buzilishlar yotadi. Insultni boshdan o'tkazgan bemorlarning 10 foizi doimiy parvarishga va birovlarining yordamiga muxtoj bo'ladilar [1,2,4].

Arterial gipertenziya (AG) serebral insultning asosiy omili hisoblanadi. Uning paydo bo'lish havfi AG og'irligi bilan to'g'ri korrelyatsiyalanadi. Ma'lumki, AG ning vaqtida va adekvat antihypertenziv davosi serebral fojeani oldini olishi mumkin. AG darajasi va insult paydo bo'lish xavfi orasida to'g'ridan to'g'ri bog'liqlik mavjud: diastolik AB ning 10 mm.sim.ust. dan ortishi insult paydo bo'lish xavfini 2 marotaba oshiradi, ayniqsa yoshlar va o'rta yoshlilar orasida.

Shuningdek, AG va serebrovaskulyar kasalliklari bor bemorlarni davolashda ba'zi gumonli savollar mavjud. Bu nafaqat dori preparatlari bilan davolashni, balki AB ning bosqichli va antihypertenziv terapiyaning aktivlik darajasini ham o'z ichiga oladi [3,5].

Ishning maqsad

Insult rivojlanishida sabab omillarning, antihypertenziv davoning, uni o'ziga xos kechishi, og'irlik darajasi va yakuniga ta'sirini baholash.

Material va usullar

Mazkur tekshirishda 2013-2014 yil davomida ToshPTI klinik bazalari nevrologik bo'limiga kelib tushgan katta yoshdagi bemorlarni tekshirish va davolash natijalari berilgan. Tekshiruvga birlamchi insulti bo'lgan 188 ta bemor kiritilgan. Ulardan 90 tasi (47,8%) erkak va 98 tasi (52,2%) ayollar, ularning o'rtacha yoshi $68,2 \pm 5,4$ ni tashkil qilgan. Tekshirish maqsadi va masalariga ko'ra bemorlar 2 guruhga bo'lingan: birinchi guruh 54 kishidan (28,7%) iborat bo'lib, ular insultgacha doimiy ravishda antihypertenziv dori vositalarini qabul qilganlar. Ikkinchi guruh 134 ta (71,3%) bemordan iborat, ularga AG ni davolash o'tkazilmagan yoki doimiy o'tkazilmagan.

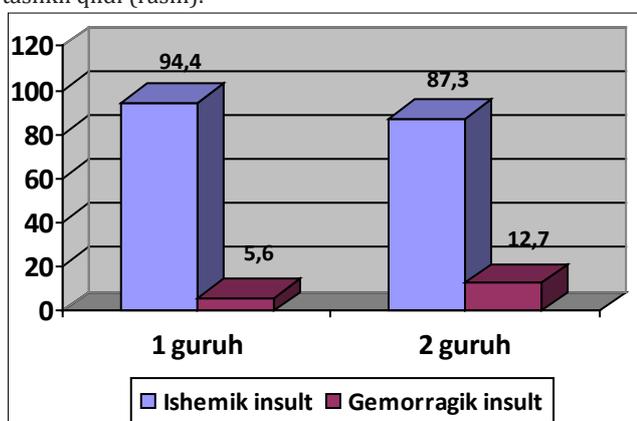
Nevrologik yetishmovchilik darajasi Original va Skandinav shkalalari bo'yicha baholandi. Barcha bemorlar og'irlik darajasiga ko'ra quyidagi podgruppalariga bo'lindi: yengil, o'rtacha va og'ir. Insult o'chog'i kattaligiga ko'ra bemorlar 3 guruhga bo'lingan: mayda o'choqli (15 mmgacha), o'rtacha o'choqli (15-50 mm), katta o'choqli (50 mmdan katta). Ishemik insultlar turlari (podtiplari) bo'yicha: atherotrombotik (ATI), kardioembolik (KEI), gemodinamik (GDI), lacunar (LI), gemoreologik (GRI), noma'lum etiologiyali (NEI) tiplarga bo'lindi.

Barcha bemorlarga somatik, nevrologik, neyrovizualizatsion (bosh miya KT) tekshiruvlar o'tkazildi.

Statistik analiz Statistica 6,0 for Windows programma paketi yordamida amalga oshirildi. Ma'lumotlar o'rtacha ko'rsatkichli M bilan, xatoliklar esa m bilan ko'rsatilgan. Turli guruhlardagi miqdoriy ko'rsatkichlari orasidagi farqlar ahamiyatligi Studentning t-kriteriyasi bo'yicha o'tkazildi. Bog'lanmagan tanlanganlarni solishtirish uchun Mann-Uitni testining p darajasi ishlatildi. Sifatli ko'rsatkichlar orasidagi farqlar χ^2 kriteriyasi yordamida aniqlandi (bunda kritik ko'rsatkich - 3,84, $p=0,05$). $p<0,05$ bo'lganda farqlar statistik ahamiyatli hisoblandi.

Natijalar

Tekshiruv davri davomida ishemik insulti (II) bo'lgan 163 ta, gemorragik insulti (GI) bo'lgan 25 ta bemor tekshirildi va davolandi, shu jumladan 1 ta subaraxnoidal qon quyilishi bo'lgan bemor ham. Birinchi guruhda GI bo'lgan bemorlar 5,6% ni (GI va II nisbati 1:17), ikkinchi guruhda 12,7% ni (1:7) tashkil qildi (rasm).



Rasm. Ilgari o'tkazilgan antigipertenziv davoga bog'liq holda ishemik va gemorragik insultlarning nisbati, %.

Bemorlarni ikki guruhda og'irlik darajasi bo'yicha taqsimlanishi quyidagicha: Birinchi guruhda yengil darajasi 20,4%, o'rtacha darajada 55,5%, og'ir insult bilan 24,1%. Ikkinchi guruhda esa 20,9; 61,9; 16,4% mos ravishda. Ikkala guruhda ham o'rtacha og'irlikdagi bemorlar soni ko'proq ($\chi^2=0,67$, $p=0,41$). O'choq kattaligiga ko'ra: o'rtacha kattalikdagi - 108 ta (64,3%), katta o'choqli - 45 ta (26,8%), mayda o'choqli - 35 ta (20,8%) bemor aniqlandi. Guruhlar bo'yicha quyidagicha: birinchi guruhda mayda o'choqli - 11 (20,4%), o'rtacha - 27 (50%), katta o'choqli - 16 (29,6%); ikkinchi guruhda mayda - 24 (17,9%), o'rtacha - 81 (60,5%), katta - 29 (21,6%). Ikkala guruhda o'rtacha o'choqli bemorlar ko'proq bo'lgan.

Ishemik insulti (II) bo'lgan bemorlar quyidagicha taqsimlandi: ATI - 48 (28,6%), KEI - 35 (20,8%), GDI - 27 (16,1%), LI - 26 (15,5%), GRI - 2 (1,2%), NEI - 30 (17,8%).

Guruhlarda taqsimlanishi: birinchi guruhda ATI 11 (19,6%), KEI - 15 (29,4%), GDI - 6 (11,8%), LI - 7 (13,7%), GRI - 1 (2%), NEI - 12 (23,5%). Ikkinchi guruhda ATI - 38 (38,5%), KEI - 20 (17,1%), GDI - 21 (17,9%), LI - 19 (16,2%), GRI - 1 (0,9%), NEI - 18 (15,4%). Mann - Uitni kriteriyasi bo'yicha ikki guruhlar orasidagi farqlar aniqligi ATI bo'yicha 2,32 ($\chi^2=4,93$; $p<0,05$) va GDI bo'yicha 2,1 ($\chi^2=4,01$; $p<0,05$).

Natijalar insult shkalalari bo'yicha tahlil qilinganda ikkala guruhdagi bemorlarda davodan so'ng dinamikada yaxshilangan, ko'proq birinchi guruhda ($p<0,001$).

Adabiyotlarga ko'ra [3,4], AG da serebrovaskulyar kasalliklarning ko'p uchrashi quyidagilarga bog'liq:

- AG si bor bemorlarning shifokorga kech va o'gir darajali AG bilan uchrashi;
- Umumamaliyot shifokorlari tomonidan yurak-qon tomir asoratlarini hisobga olgan holda yahshi tekshirilmasligi;
- Antigipertenziv davoni noadekvatligi;
- Maqsadli AB ga erishish darajasining pastligi;
- AG si bor bemorlarni dinamik nazorat qilmaslik;
- Bemorlar tomonidan uzoq va davomiy shifoga komplayensning pastligi.

Hulosa

Shu tariqa, AG si bor bemorlarning antigipertenziv davoni doimiy olganlari olmagan yoki doimiy olmaganlariga nisbatan gemorragik insult bilan kamroq kasallanadilar. Shuningdek doimiy bo'lmagan antigipertenziv davoni olganlarda ATI va GDI uchrash chastotasi davoni olganlarga nisbatan ko'proq. Doimiy davoni olganlarda kasallik ancha yengil shaklda kechgan va funktsional o'zgarishlar tezroq tiklangan.

Adabiyotlar

1. Гафуров Б.Г., Аликулова Н.А., Лукашевич Л.Л. Особенности патогенеза и лечения ишемических мозговых инсультов в пожилом и старческом возрасте // Журн. теорет. и клин. медицины. - 2000. - №3. - С. 211-212.
2. Варакин Ю.А., Верещагин Н.В. и др. Артериальная гипертония и профилактика инсульта: Краткое руковод. для врачей. - М., 1996. - С. 1-16.
3. Прогресс во вторичной профилактике инсультов (основные результаты исследования PROGRESS study group) // Клин. фармакол. и терапия. - 2001. - Т. 10, №4. - С. 39.
4. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации // Рус. мед. журн. - 2000. - Т. 8, №8. - С. 318.
5. Blood pressure lowering treatment trialist's collaboration // Lancet. - 2000. Vol. 355. - P. 1955.

ILGARI O'TKAZILGAN ANTIGIPERTENZIV DAVONING INSULT RIVOJLANISHI, UNING TURI, KECHISHI VA YAKUNI BILAN BOG'LIQLIGI

X.A. Rasulova, S.A. Usmanov, M.N. Khanova, M.M. Abulova, M.A. Janikulova, B.J. Rahmonov, J.A. Hudoyberdiev

Maqsad: insult rivojlanishida sabab omillar, antigipertenziv davoni, uni o'ziga xos kechishi va yakuniga ta'sirini baholash.

Material va usullar: Tekshiruvga birlamchi insulti bo'lgan 188 ta bemor kiritilgan. Ulardan 90 tasi (47,8%) erkak va 98 tasi (52,2%) ayollar, ularning o'rtacha yoshi $68,2 \pm 5,4$ ni tashkil qilgan. Tekshirish maqsadi va masalari 2 guruhga bo'lingan: birinchi guruh 54 kishidan (28,7%) iborat bo'lib, ular insultgacha doimiy ravishda antigipertenziv dori vositalarini qabul qilganlar. Ikkinchi guruh 134 ta (71,3%) bemordan iborat, ularga AG ni davolash o'tkazilmagan yoki doimiy o'tkazilmagan. **Natijalar:** muntazam antigipertenziv terapiya olgan bemorlarda gemorragik insult kam rivojlandi. 2-guruhdagi ishemik insuldda aterosklerotik va gemodinamik insult tiplari ko'proq qayd etildi. **Xulosa:** doimiy va bir xil antigipertenziv terapiya o'tkazish va AG bilan og'ir bemorlar monitoring insult rivojlanishi xavfini kamaytiradi. Uning og'ir formasi va ba'zan o'tkir halokatlarida nevrologik defisitda AG ni yomon davolagandan ko'ra yaxshiroq tiklanadi.

Kalit so'zlar: insult, tiplari, arterial gipertenziya, antigipertenziv terapiya.

Трибуна
МОЛОДЫХ

ПРОГРАММИРОВАННАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

У.Р. Рискиев

ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ПЕРИТОНИТНИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ПРОГРАММАЛАШТИРИШ

У.Р. Рискиев

PROGRAMMED VIDEOLAPAROSCOPY IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE PERITONITIS

U.R. Riskiyev

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Мақсад: эндохирургияк технологиялар ва релапаротомни қўллаш орқали операциясидан кейинги перитонитни даво натижаларини яхшилаш. **Материал ва усуллар:** Республика илмий маркази тез ёрдам бўлимининг жарроҳлик бўлимида 2002-2014 йиллар (1 босқич), шунингдек, 2002-2009 (2 босқич) йилларда даволанган 88 (37,1%) беморларнинг тиббий варақаси ўрганилди. **Натижалар:** операциядан кейинги асоратлари юқори бўлган беморларга программалашган видеолaparоскопия қўлланилганда натижа $6,5 \pm 1,5$ дан $3,8 \pm 1,7$ муддатда намён бўлди. **Хулоса:** операциясидан кейинги перитонитга аниқ таъхис қўйишда техник усуллардан фойдаланиш (рентгенологик, УЗИ ва видеолaparоскопия) аҳволни аниқлашда ёрдам беради.

Калит сўзлар: операциядан кейинги перитонит, релапаротомия, видеолaparоскопия.

Objective: Improvement of treatment results for postoperative peritonitis (PP) by optimizing indications for endosurgical technologies and relaparotomy. **Materials and Methods:** We studied medical records (medical history) of patients re-operated in the surgical wards of the Republican scientific center of emergency medicine from 2002 to 2014 (I period), as well as prospectively studied 88 (37,1%) patients treated from 2002 to 2009 (II period before the introduction of minimally invasive interventions). **Results:** Using a programmed videolaparoscopy in patients with high risk of postoperative complications has led to a significant decrease in terms of detection of PP from $6,5 \pm 1,5$ to $3,8 \pm 1,7$ bed-days ($p < 0.05$). **Conclusions:** Determining timely diagnosis of PP is an integrated approach that includes the mandatory use of instrumental methods of research (X-ray, ultrasound and videolaparoscopy).

Key words: postoperative peritonitis, relaparotomy, videolaparoscopy.

Несмотря на постоянное развитие хирургических технологий и применение новых методов лечения в хирургии, количество послеоперационных внутрибрюшных осложнений не уменьшается. Их частота в зависимости от тяжести течения заболевания и объёма оперативного вмешательства колеблется от 0,39 до 25% [2,3,9] и не имеет тенденции к снижению [6].

Установление показаний к релапаротомии и своевременность её проведения сопряжены с решением хирургом серьёзных профессиональных и психологических вопросов. Трудности диагностики ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений, приводящие к несвоевременному выполнению повторных операций у 17-48% больных, являются одной из главных причин их неблагоприятного исхода [1,7,8].

Высокая летальность после релапаротомии, достигающая 55%, а также случаи «напрасных» релапаротомий, усугубляющих тяжесть состояния больного, выполняемых в 5% случаев, заставляют искать более совершенные методы диагностики и лечения [5,10].

Незаменимым диагностическим средством в неясных случаях является лапароскопия. Лапароскопические операции – новые перспективные методы, требующие разработки, более полного изучения и совершенствования оперативной техники, а также сравнения с аналогичными открытыми операциями. Использование эндовидеохирургических вмешательств имеет ряд известных преимуществ перед традиционными оперативными вмешательствами. Эти преимущества позволяют успешно применять лапароскопические вмешательства в послеоперационном периоде, а при необходимости осуществлять

динамический контроль состояния внутрибрюшной картины с выполнением лечебных манипуляций [4].

Цель исследования

Улучшение результатов лечения послеоперационного перитонита (ПП) путем оптимизации показаний к применению эндохирургияческих технологий и релапаротомии.

Материал и методы

Проанализированы результаты диагностики и лечения послеоперационного перитонита, возникшими после абдоминальных вмешательств по поводу острых заболеваний и повреждений органов брюшной полости, повторно оперированных в хирургических отделениях Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2002-2014 гг. Изучалась медицинская документация (истории болезни), отражавшая состояние здоровья пациента и данные проведенных исследований, а также содержащая сведения о выполненных оперативных вмешательствах и результатах патологоанатомического исследования.

За 13 лет были прооперированы 43188 больных. Углубленному анализу результатов лечения подверглись 237 (0,55%) больных с ПП, потребовавших выполнения релапаротомии.

С целью проведения сравнительного анализа результатов усовершенствованной нами диагностики и лечения ПП в экстренной хирургии научное исследование было разделено на два периода. I период (2002-2009 гг.) охватывал время до активного внедрения в практику экстренной абдоминальной хирургии миниинвазивных методов диагностики и лечения ПП (контрольная группа). Ретроспективно за этот период были изучены 149 (62,9%) больных, у которых, при наличии показаний в послеоперационном

периоде выполнялась релапаротомия. II период (2010-2014 гг.) охватывал время после широкого применения миниинвазивных технологий (основная группа). Проспективно в этот период изучались 88 (37,1%) больных.

Истории болезни отбирали на основании протоколов релапаротомий в операционных журналах. Распреде-

ние больных ПП по полу и возрасту выявило явное преимущество мужчин, которых было в 1,8 раза больше, чем женщин – соответственно 152 (64,14%) и 85 (35,86%). Большинство пациентов были в возрасте 45-54 (рис. 1), средний возраст пациентов 51,1±17,7 года.

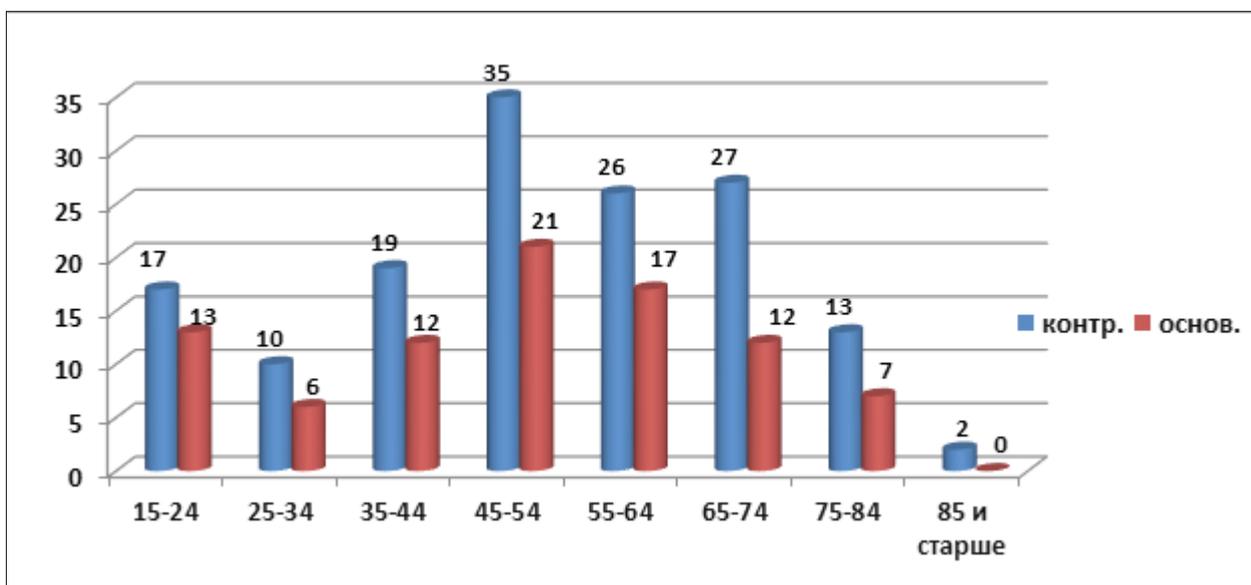


Рис. 1. Распределение больных по возрастным группам.

Для диагностики послеоперационного перитонита у пациентов контрольной группы применялись общепринятые методы: общий анализ крови и мочи, биохимия крови, рентгеноскопия брюшной полости, УЗИ и КТ. При лечении использовались открытые методы лечения доступом релапаротомия. Больным основной группы, кроме перечисленных исследований, проводилась программированная видеолaparоскопия брюшной полости как для диагностики, так и для лечения ПП в 1-, 3- и 5-е сутки после операции. Новый метод осмотра органов брюшной полости с помощью гибкого эндоскопа – видеолaparоскопия в нашей клинике был разработан и внедрен в 2010 г. (Получен патент на изобретение №IAP 04782).

Первичная обработка результатов исследований проведена с применением базовых методов биомедицинской статистики (Гланц С., 1999). Для расчетов использованы статистические методы оценки различий средних величин при помощи t-критерия Стьюдента. Сравнение на этапах исследования проведено между периодами. Отличия считались достоверными при $p < 0,05$. Статистический анализ выполнялся с помощью программы MedCalc (Belgium) согласно требованиям к проведению анализа медицинских данных. Вычисления при статистической обработке проведены в программе электронных таблиц Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

Данные о характере первичной патологии у больных представлены на рис. 2. Анализ первичной патологии, после которой развился ПП, показал, что первое место по частоте занимали осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка (19%), далее идет осложненные формы ЖКБ (16,9%) и опухоли органов брюшной полости (16%).

Главной причиной неудовлетворительных результатов лечения ранних ПП является несвоевременная диагностика их и промедление с выполнением повторного оперативного вмешательства. При анализе причин развития ПП (табл.) с сопоставлением летальности данной категории больных, если не брать группу с мезентериальным тромбозом и вскрытием абсцессов в брюшную полость, так как количество наблюдений мало, то самая высокая летальность наблюдается при развитии ПП, связанного с кишечником, то есть вследствие несостоятельности кишечных швов и анастомозов, повреждения кишечной стенки, некроза кишки. Течение послеоперационного желчного перитонита благоприятнее, чем калового перитонита. Это связано с влиянием патогенной кишечной флоры на организм.

Согласно публикациям в англоязычной медицинской литературе перспективы совершенствования профилактики и лечения тяжелых форм ПП в настоящее время связываются с обновленной формулировкой основных принципов лечения, обозначаемых теперь как “sourcecontrol” и “damagecontrol”, то есть “контроль источника” и “контроль повреждения”. Цель sourcecontrol – радикальное устранение источника перитонита и полную ликвидацию патоморфологического субстрата, способного поддерживать персистирующую и рецидивирующую инфекции (суперинфекции). По сути эти операции являются «вторым ударом» (secondhit) для тяжелообольного с ПП, у которого воспалительный ответ уже «включен», и таким образом обостряют SIRS (рис. 3).

Глубинные механизмы фатального действия «второго удара» до конца не исследованы, но ясно, что они характеризуются системным воспалением в сочетании с микроваскулярными повреждениями, снижением мезентериального и спланхического кровотока, снижением

Трибуна
МОЛОДЫХ

перфузионного давления органов ЖКТ, нарастающим ин-

терстициальным отеком, прежде всего легких, и полиорганной недостаточностью.



Рис. 2. Распределение больных ПП с зависимости от характера первичной патологии.

Таблица

Причины развития ПП показатели летальности в группах больных

Причина развития ПП	Контрольная группа	Основная группа
Несостоятельность кишечных швов и анастомозов	85 57 (67)	36 15 (41)
Негерметичность шва после операций на печени и желчных путях	22 10 (45)	21 9 (42)
Продолжающийся дооперационный перитонит (Прогрессирование исходного инфекционного процесса)	20 18 (90)	14 7 (50)
Повреждение кишечной стенки	10 8 (80)	4 3 (75)
Некроз кишки (культы кишки, колостомы)	7 6 (85,7)	6 5 (83)
Тромбоз мезентериальных сосудов	4 4 (100)	4 3 (75)
Вскрытие абсцесса в брюшную полость	1 1 (100)	3 -
Всего	149 104 (69,8)	88 42 (47,7)

Примечание. В числителе число больных, в знаменателе – количество умерших, абс. (%).

Достоверные клинические симптомы внутрибрюшного осложнения (поступление по дренажу содержимого полого органа) отмечались у 27% пациентов с распространенным ПП. Другие признаки осложнений, определяемые при клиническом исследовании, не были специфичными и носили вероятностный характер, позволяя лишь с различной степенью достоверности предполагать развитие того или иного внутрибрюшного осложнения. Информативность клинического обследования увеличивалась при определении у больного нескольких симптомов осложнения (2-3 и более). При этом чем позднее диагностировалось осложнение, тем большее количество признаков осложненного течения послеоперационного периода определялось. Вероятность постановки диагноза на осно-

вании результатов клинического обследования увеличивалась у пациентов, когда в послеоперационном периоде имело место наличие «светлого промежутка». В этих случаях появление любого симптома, свидетельствовавшего об ухудшении состояния больного, рассматривалось как наиболее вероятное следствие возникшего внутрибрюшного осложнения. Определение клинических признаков ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений существенно ограничивалось у пациентов, которым после вмешательства проводилась продленная ИВЛ. Основными клиническими симптомами, наблюдаемыми у больных в этой ситуации, являлись гемодинамические показатели (ЧСС, АД) и отсутствие положительной динамики в состоянии на фоне проводимой интенсивной терапии.

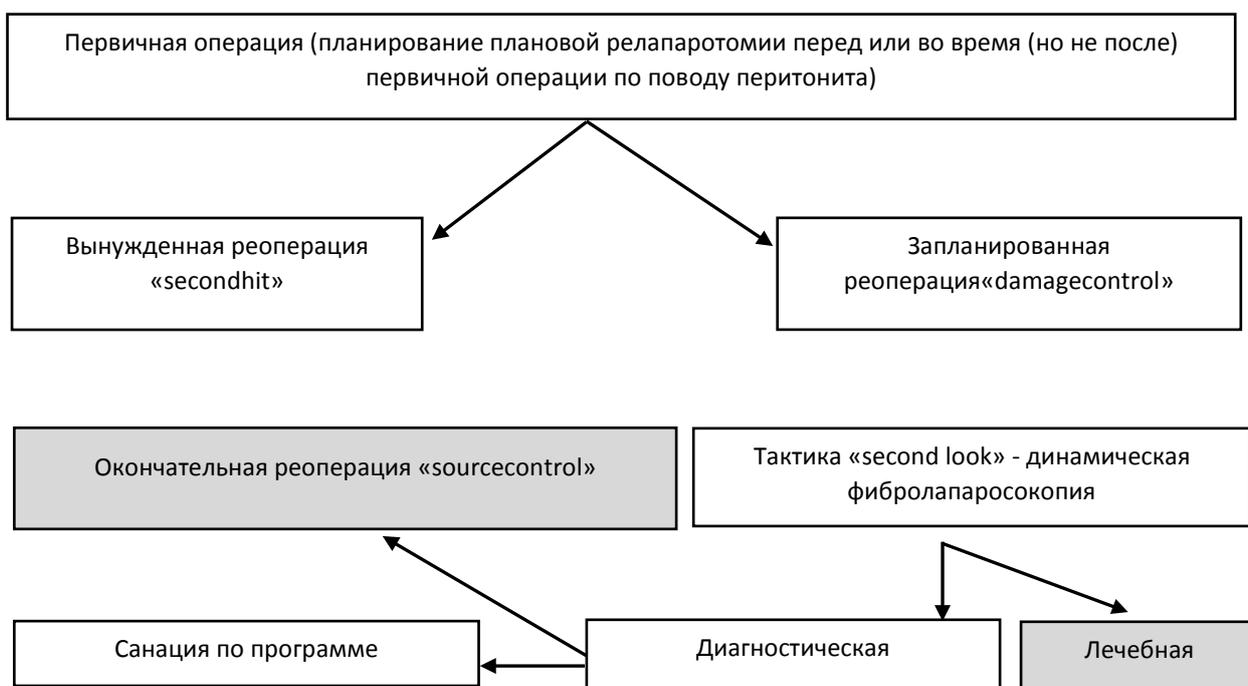


Рис. 3. Алгоритм выбора действий хирурга по поводу ПП во время выполнения первичной операции.

Трудности диагностики ПП на основании клинического обследования стали причиной того, что у 46 (30,8%) пациентов контрольной группы показания к повторному оперативному вмешательству установлены через сутки и более после появления первых клинических симптомов внутрибрюшных осложнений. С учетом этого основные задачи клинического и лабораторного обследований сосредотачивались на установлении первых признаков возможного внутрибрюшного осложнения.

У пациентов основной группы при подозрении на ПП применялся комплексный подход, составным элементом которого являлось использование методов инструментальной диагностики (УЗИ и видеолaparоскопия).

Использование программированной видеолaparоскопии у больных с высоким риском развития послеоперационных осложнений дало достоверно снизить сроки выявления послеоперационного перитонита с $6,5 \pm 1,5$ до $3,8 \pm 1,7$ к/дн ($p < 0,05$). Всем известно, что чем раньше была выявлена и устранена внутрибрюшное осложнение, тем выше вероятность благоприятного исхода.

Больным основной группы с распространенным послеоперационным перитонитом использован видеолaparоскопический метод санации, явившийся альтернативой релапаротомии. Условия их применения включали надежное устранение источника перитонита; состоятельность наложенных анастомозов и швов; отсутствие значительных фибринозных наложений в трудных для санации отделах брюшной полости, в частности, между кишечными петлями; отсутствие деструкции полого органа.

Несмотря на проводимую терапию у части больных развивается повторная несостоятельность наложенных на желудок, тонкую и толстую кишки швов, в контрольной группе у 18 (12,1%), в основной группе у 6 (6,8%). Все больные были взяты на повторную операцию.

С применением программированной видеолaparоскопической санации брюшной полости в послеоперационном периоде у больных с ПП абсцессы брюшной полости

не развились, так как патологическая жидкость из брюшной полости во время была санирована. В контрольной группе в послеоперационном периоде у 4 (2,7%) пациентов после второй операции развились абсцессы брюшной полости различной локализации. Эти больные по поводу абсцессов были подвергнуты повторным оперативным вмешательствам в третий раз.

Универсальные возможности видеолaparоскопии сделали возможным применение данного варианта хирургического вмешательства – санации брюшной полости при ПП, которую мы применили у больных основной группы. Это стало определяющим фактором достоверного снижения летальности у данной категории пациентов с 69,8 до 47,2% ($P \chi^2 = 0,002$), а также позволило избежать выполнения напрасных диагностических релапаротомий. Это привело к улучшению результатов лечения ПП.

Выводы

1. Отклонения в нормальном течении послеоперационного периода объективного и субъективного характера расцениваются с позиции развития ранних хирургических осложнений. Верификация их основана, в первую очередь, на оценке клинических и лабораторных показателей.
2. Определяющим условием своевременной диагностики ПП является применение комплексного подхода, включающего обязательное использование методов инструментальных исследований (рентгенологических, УЗИ и видеолaparоскопии), показания к которым определяются в соответствии с прогнозируемым риском возникновения внутрибрюшного осложнения.
3. Использование программированной видеолaparоскопии в комплексном лечении ПП позволили своевременно диагностировать возникшие осложнения, достоверно снизить сроки выявления послеоперационного перитонита с $6,5 \pm 1,5$ до $3,8 \pm 1,7$ к/дн ($p < 0,05$). Это стало определяющим фактором достоверного снижения летальности у данной категории пациентов с 69,8% до 47,2%

Трибуна
молодых

($R\chi^2=0,002$), а также позволило избежать выполнения напрасных диагностических релапаротомий.

Литература

1. Асраров А.А. Хирургические и эндоваскулярные методы профилактики и лечения гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности у больных с разлитым гнойным перитонитом: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 1994. – 420 с.

2. Баринов Е.Х. Лечебно-тактические ошибки в практике абдоминальной хирургии // Главный врач: хозяйство и право. – 2012. – №2. – С. 52-53.

3. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Профессиональная ошибка в послеоперационном ведении больного как причина трагедии // Мед. экспертиза и право. – 2012. – №1. – С. 50.

4. Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Акинчиц А.Н. и др. Методологические и технологические аспекты релапароскопии // Хирургия. – 2006. – №11. – С. 35-39.

5. Березин А.В., Макаров А.И., Баранов С.Н., Галашев Н.В. Состояние неотложной хирургической помощи при абдоминальной патологии в Приполярном регионе // Экология человека. – 2008. – №9. – С. 42-45.

6. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. – 240 с.

7. Григорьев С.Г., Петров В.А., Григорьева Т.С. Релапаротомия. Вопросы терминологии // Хирургия. – 2003. – №6. – С. 60-63.

8. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия. – М.: Трида-Х, 2000. – 496 с.

9. Назыров Ф.Г., Девятов В.Я. Драмы и трагедии в хирургии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 18 с.

10. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Эрметов А.Т., Са-метдинов Н.Ю. Диагностика и лечение послеоперационного перитонита с применением лапароскопической техники // Эндоскоп. хир. – 2006. – Т. 12, №2. – С. 144.

ПРОГРАММИРОВАННАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

У.Р. Рискиев

Цель: улучшение результатов лечения послеоперационного перитонита (ПП) путем оптимизации показаний к применению эндохирургических технологий и релапаротомии. **Материал и методы:** изучена медицинская документация (истории болезни) больных, оперированных повторно в хирургических отделениях Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2002-2014 гг. (I период), а также проспективно изучены 88 (37,1%) больных, получивших лечение в 2002-2009 гг. (II период до внедрения миниинвазивных вмешательств). **Результаты:** использование программированной видеолапароскопии у больных с высоким риском развития послеоперационных осложнений привело к достоверному снижению сроков выявления послеоперационного перитонита с $6,5\pm 1,5$ до $3,8\pm 1,7$ койко-дня ($p<0,05$). **Выводы:** определяющим условием своевременной диагностики ПП является применение комплексного подхода, включающего обязательное использование методов инструментальных исследований (рентгенологических, УЗИ и видеолапароскопии).

Ключевые слова: послеоперационный перитонит, релапаротомия, видеолапароскопия.

ЎҚИЗҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

- Qon hujayrali ham nobud bo`lib turadi va o`rniga boshqa yangilari paydo bo`ladi.
- Eritrasitlarning yashash davri 90-125 kun, leykositlarniki esa bir necha kungacha.
- Inson ko`zi 130-250 ta sof, 5-10 million aralash ranglarni ajirata oladi.
- Shimpanzening II guruh qonini odamga va II guruh odam qonini shimpanze maymuniga quyilganda ijobiy natija olingan.
- Insonning burun bo`shlig`ida o`rtacha 30-40 mln atrofida hid bilish retseptorlari bor.
- Chang`i sportida 8 soat davomida 100 km masofani bosib o`tgan sportchining yuragi 35 tonna qonni arteriya tomirlariga chiqaradi.
- Inson yuragi yoshga qarab puls urushini bilasizmi? Bir yoshlik bolada pulsning soni daqiqasiga 110 ta, 5 yoshda 90 ta, 10 yoshda 80 ta, 16 yoshdan boshlab 70-72 taga yetadi ya`ni katta odamlarniki singari yurak pulsi ura boshlaydi.
- Inson kekirdak(traxeya)sini uzunligi yoshga qarab 9-13 sm gacha bo`ladi.
- Siydik pufagining hajmi katta odamda 500-700 ml bo`ladi. Bir sutkada katta yoshdagi odamda 1,5 litr siydik ajraydi.
- Qon gruppalari hammada har xil ekanligini bilamiz, lekin I gruppaga qon 40 foiz, II gruppaga qon 39 foiz, III gruppaga qon 15 foiz, IV gruppaga qon 6 foiz odamda tarqalganini bilasizmi?
- Odam organizmining motori yurakning og`irligi erkaklarda 220-300 gr, ayolarda 180-220 grni tashkil etadi.
- Bir kecha kunduzda yurak 100000 marta qisqarib kengayadi va 10 tonna qonni arteriya qon tomirlariga chiqaradi (uning ishini 64 kg yukni 300 metr balandlikka chiqarish bilan) taqqoslash mumkin.

Hasan OLIMOV

О РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЭКСПЛУАТАЦИИ ИСТОЧНИКОВ ИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. ТАШКЕНТА

Д.К. Сайлиев

ТОШКЕНТ ШАҲРИДА ДАВОЛАШ-ПРОФИЛАКТИК МУАССАСАЛАРИДА ИОНЛАНТИРУВЧИ НУРЛАНИШ МАНБАЛАРИНИ ҚЎЛЛАНИШИДА АҲОЛИНИ РАДИАЦИОН ХАВФСИЗЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШ ТЎҒРИСИДА

Д.К. Сайлиев

ABOUT RADIATION SAFETY OF POPULATION IN EXPLOITATION OF IONIZING RADIATION SOURCES IN TASHKENT MEDICAL INSTITUTIONS

D.K. Sayliev

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: Тошкент шаҳри даволаш-профилактик муассасаларида ИНМ қўлланилишида чора-тадбирларнинг даражасининг заруриятлигини баҳолаш. **Материал ва усуллар:** ИНМ қўлланиладиган ДПМ атрофида жойлашган аҳоли ва худудлар. Аналитик, инструментал, ижтимоий-гигиеник статистик усуллар қўлланилган. **Натижалар:** ИНМдан фойдаланган вақтда унинг яқинида нурланиш дозаси гамма-фонига нисбатан ошганлиги маълум бўлди. Ўлчаш давомида 50м масофадан ва ундан узоқлашганда нурланиш дозаси камайиб бориши ва гамма-фон кўрсаткичлар билан тенглиги кузатилди. Аҳоли ичида радиофобия мойиллиги шахслар борлиги, лекин ИНМ ҳақида ахбороти йўқлиги ҳам маълум бўлди ва ДПМ атрофида яшовчи аҳоли саломатлигига ИНМ нинг ҳеч қанака ножўя таъсири йўқлиги аниқланди.

Калит сўзлар: ИНМдан фойдаланиш, унинг қўлланилиши, аҳоли ичида радиацион хавфсизлиги.

Objective: To assess the extent of necessary measures to ensure radiation safety of the population in the exploitation of ionizing radiation sources (IRS) in Tashkent hospitals. **Materials and Methods:** the objects of study: territory and population living in the hospitals areas using IRS. Analytical, instrumental, socio-hygienic and statistical studies were used. **Results:** There is significant increasing dose of penetrating radiation in the immediate vicinity of IRS at the time of their use, in comparison with the values of gamma background; at a distance of 50 m or more from the accommodation facilities IRS dose rate is reduced to the background level. Annual external radiation doses of the observed population are at the level of external dose background radiation received by the entire population of Tashkent. There was noted the presence of radiophobia in individuals, who do not have adequate information about IRS, but not objectively identified effects of IRS on the health of people living near the observed IRS.

Key words: ionizing radiation sources, radiation safety of population.

В условиях широкого использования источников ионизирующих излучений (ИИИ) Статья 6 Закона РУз «О радиационной безопасности» (№120-11-2000г) о социальной защите граждан при использовании ИИИ имеет большое значение как с позиций возможного влияния используемых источников на радиационную обстановку в районе их размещения, так и с позиций отсутствия такого влияния. Нередки ситуации, когда среди населения имеет место агравация степени опасности используемых реальных и предполагаемых источников излучений, что чаще всего связано с отсутствием полной и объективной информации о радиационном состоянии окружающей среды, а также дозах получаемого населением облучения [1-3].

В условиях нашей республики радиационная безопасность населения должна обеспечиваться, в частности, организацией радиационного контроля, в том числе контроля состояния радиоактивности внешней среды, обусловленной естественной и техногенно-измененной радиоактивностью контролируемой территории, а также гигиенической оценкой дозовых нагрузок на население, создаваемых этими источниками облучения. Большое значение имеют организация системы информации о радиационной обстановке и санитарно-просветительная работа по вопросам радиационной гигиены [4].

Согласно результатам различных исследований, использование ИИИ в лечебно-профилактических учреждениях не создает опасности для населения [3,5]. Однако в нашей республике не проводится систематический ана-

лиз радиационной обстановки в зонах дислокации соответствующих ЛПУ, не ведется анализ ее значимости для формирования доз облучения населения, население не информируется о радиационной обстановке на территории республики. Это создает условия для возникновения радиофобии среди населения, обоснованность которой вызывает большие сомнения.

Цель исследования

Оценка степени необходимости мероприятий по обеспечению радиационной безопасности населения при эксплуатации источников ионизирующих излучений в ЛПУ г. Ташкента.

Материал и методы

Объектом исследования явилась территория г. Ташкента в целом и особо – территория в зонах расположения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), использующих большее по сравнению с другими ЛПУ количество источников ионизирующих излучений. Для достижения поставленной цели проведен анализ основных ИИИ, используемых в ЛПУ г. Ташкента и определена их дислокация. В зоне размещения исследуемых объектов намечены точки для проведения замеров мощности дозы гамма-излучения: непосредственно в зоне размещения ИИИ – в соответствующей проекции на территории ЛПУ, на границе территории, на расстоянии 50, 100 м от территории ЛПУ и на территории ближайших жилых массивов или улиц с жилыми домами. Замеры мощности дозы гамма-излучения произведены прибором ДКС-АТ-11-21. Проведен опрос-ин-

тервью двух групп населения для выявления радиофобии, произведен расчет доз облучения населения, проживающего в зоне размещения исследуемых ИИИ.

При проведении исследований использованы аналитический, инструментальный, социолого-гигиенический и статистический методы [6].

Результаты и обсуждение

На основе анализа материалов учета ИИИ, проводимого ГорЦГСЭН, выявлены лечебно-профилактические учреждения, которыми используются наиболее значимые ИИИ. К числу таких объектов отнесены 3 онкологических учреждения и 3 научных центра, дислоцированных в г. Ташкенте: Республиканский онкологический научный центр (РОНЦ), городской онкологический диспансер (ГОД), областной онкологический диспансер (ОблОД), Республиканский научно-исследовательский институт эндокринологии (РНИИЭ), Республиканский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (РНИИТО), Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП).

Методом визуальных исследований на исследуемых объектах фиксировались временные интервалы наибольшей нагрузки ИИИ. Проведенные измерения мощности дозы радиации на территории объектов наблюдения в непосредственной близости от мест размещения источников ионизирующих излучений в 5 из 6 случаев показали, что в период наибольшей нагрузки ИИИ рядом с помещениями в зоне проекции источников мощность дозы излучения достоверно выше, чем на остальной территории. Так, на территории РОНЦ рядом с рентгенорадиологическим корпусом эта доза составила 0,19 мкЗв/ч, а на остальной территории – 0,16 мкЗв/ч, в ГОД и в ОблОД эти дозы составили соответственно 0,19 и 0,15 мкЗв/час, в РНИИЭ – 0,18 и 0,14 мкЗв/ч, в РНИИТО – 0,18 и 0,16 мкЗв/ч, в РНЦЭМП – 0,18 и 0,17 мкЗв/ч. Однако уже на расстоянии 50 м от зданий, в которых размещены ИИИ, ни в одном ЛПУ не установлено превышения мощности дозы над фоновой величиной – 0,15-0,17 мкЗв/ч. Соответственно не выявлено никакого влияния ЛПУ на фоновые показатели на расстоянии 100 м и на территории ближайших жилых массивов. В этих условиях работники ЛПУ, не относящиеся к категории А «Персонал», то есть к лицам, непосредственно работающим с ИИИ, получают годовые дозы внешнего облучения 1,22-1,43 мЗв/год, что соответствует внешнему фоновому облучению населения г. Ташкента.

Следовательно, облучение населения, создаваемое в настоящее время использованием в ЛПУ ИИИ г. Ташкента, не представляет никакой опасности для населения.

Безопасность для населения ИИИ, используемых в ЛПУ, подтверждается и результатами опроса-интервью двух групп населения, проведенного нами в зоне расположения одного из наиболее значимых объектов наблюдения – РОНЦ. Опрос группы лиц (18 человек) из числа технических работников ЛПУ, которые знают о том, что в РОНЦ используется облучение больных, выявил тот факт, что среди этих лиц имеет место 100% настороженность в отношении опасности источников излучения для населения. При этом ни один из опрошенных не смог дать хотя бы приблизительной характеристики ионизирующих излучений и их источников. Интервьюирование второй группы лиц (33 человека), которым намеренно не зада-

вался вопрос об использовании в РОНЦ источников излучения, показал, что, несмотря на достаточно длительное (не менее 6 лет) проживание этих людей рядом с РОНЦ, они не назвали ни одной жалобы, которая свидетельствовала бы о негативном влиянии ИИИ на показатели здоровья и самочувствие опрошенных: жалобы, большая часть которых была связана с повышением артериального давления, предъявляли в основном пожилые люди.

Это говорит о том, что никаких защитных мероприятий при использовании ИИИ в ЛПУ г. Ташкента проводить не нужно, тем более что в соответствии с СанПиН 0193-06 (п. 5.3.3.) «Защитные мероприятия должны проводиться в том случае, если мощность дозы гамма-излучения в жилых и общественных зданиях превышает мощность дозы на открытой местности на 0,3 мкЗв/ч».

Выводы

1. В период работы ИИИ в лечебно-профилактических учреждениях в непосредственной близости к зданиям, в которых размещены ИИИ, отмечается достоверное увеличение мощности дозы проникающей радиации по сравнению с величинами гамма-фона на данной территории; на расстоянии 50 м и более от объектов размещения ИИИ ни в одном случае не выявлено увеличения мощности дозы излучения по сравнению с величиной гамма-фона для г. Ташкента.

2. Рассчитанные величины годовых доз внешнего облучения лиц из числа работников, находящихся на территории объектов наблюдения, показали, что эти дозы не отличаются от годовых доз внешнего фонового облучения, получаемых населением г. Ташкента.

3. Среди немедицинских работников, осведомленных о применении ИИИ в онкологических ЛПУ, существует мнение о негативном влиянии излучения на население; при этом у этих лиц полностью отсутствовали знания о свойствах ионизирующих излучений и их источников. Объективная оценка самочувствия людей показала, что использование ИИИ даже в таком крупном ЛПУ как РОНЦ никак не отражается на самочувствии населения близлежащего жилого массива даже при условии многолетней работы этих источников.

4. Выявленная радиофобия у части населения обусловлена, с одной стороны, низким уровнем радиационно-гигиенической грамотности населения, а с другой, отсутствием информированности населения о радиационной обстановке как в целом по городу, так и в зоне расположения ЛПУ.

5. Полученные результаты позволяют заключить, что использование ИИИ в ЛПУ г. Ташкента не представляет никакой опасности для населения и не требует проведения специальных защитных мероприятий. Однако необходимо усиление санитарно-просветительной работы и организации системы информации населения о радиационной обстановке в городе, и в частности в зоне расположения исследованных нами ЛПУ.

Литература

1. Александров Ю.А. Основы радиационной экологии: Учеб. пособие. – Йошкар-Ола, 2007. – 270 с.
2. Алексахин Р.М. Изучение последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Радиобиология. – 1993. – Т. 33, вып. 1. – С. 3-14.

3. Ключенович В.И., Бортновский В.Н., Зинович В.Н. Санитарный надзор за обеспечением радиационной безопасности в лечебных учреждениях: Учеб. пособие. – Гомель, 2012. – 58 с.

4. Нормы радиационной безопасности (НРБ-2006) и основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ-2006): СанПиН № 0193-06. – Ташкент, 2006.

5. Стожаров А.Н., Квиткевич Л.А., Аветисов А.Р. и др. Радиационная медицина: Учеб. пособие для студентов мед. вузов. – 2-е изд., перераб. и доп.; Под общ. ред. А.Н. Стожарова. – Минск: БГМУ, 2012. – 143 с.

6. Шандала Н.Н. Петухова Э.В., Савкин М.Н. и др. Результаты радиационного мониторинга в Москве // Гиг. и сан. – 2001. – №1. – С. 26-30.

О РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЭКСПЛУАТАЦИИ ИСТОЧНИКОВ ИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. ТАШКЕНТА

Д. К. Сайлиев

Цель работы: оценка степени необходимости мероприятий по обеспечению радиационной безопасности на-

селения при эксплуатации источников ионизирующих излучений (ИИИ) в ЛПУ г. Ташкента. **Материал и методы:** объекты исследования: территория и население, проживающее в зонах расположения ЛПУ, использующих ИИИ. Использованы аналитический, инструментальный, социолого-гигиенический и статистический методы исследования. **Результаты:** в непосредственной близости к ИИИ в момент их использования отмечается достоверное увеличение мощности дозы проникающей радиации по сравнению с величинами гамма-фона; на расстоянии 50 м и более от объектов размещения ИИИ мощность дозы снижается до фоновых величин. Годовые дозы внешнего облучения наблюдаемого населения находятся на уровне доз внешнего фонового облучения, получаемых всем населением г. Ташкента. Отмечено наличие радиофобии у лиц, не имеющих соответствующей информации об ИИИ, но объективно не выявлено влияния ИИИ на самочувствие людей, проживающих вблизи наблюдаемых ИИИ.

Ключевые слова: источники ионизирующих излучений, радиационная безопасность населения.

ЎЗГАНАҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

TOSHKENT TELEMİNORASI

Toshkent teleminorasi haqida va uning qanday qurilganligi haqida bilasizmi? O'rta Osiyodagi eng baland bino deya tilga olinadigan Toshkent teleminorasi nima uchun qurilganini? Unda ma'lumotlarga razm soling.

XIX asrning 60-yillariga kelib televideniye va radio O'zbekiston madaniy hayotida mustahkam joy egallay boshladi. 1957-yilda bunyod etilgan 180 metrlik birinchi O'zbekiston telemarkazi 4 millionlik poytaxt va Toshkent viloyati aholisi ehtiyojini yetarlicha qondirish, televideniye ko'rsatuvlarini ko'paytirish va tog'li tumanlarga dasturlarni yetkazishga o'zlik qilib qoldi. 1971-yilning 1-sentabrida O'zbekiston Aloqa vazirligi (hozirgi Respublika Aloqa va axborotlashtirish agentligi) tasarrufida Toshkent radiotelevideniye uzatish markazi qurilishi direksiyasi tashkil etildi. Qisqa fursat ichida yangi teleminora loyihasini tayyorlashga kirishildi. Loyiha juda sinchkovlik bilan o'rganildi, qayta-qayta sinovlardan o'tkazildi. Chunki bunday balandlikdagi inshoot qurilishi hali tajribada bo'lmagandi. 1978-yilda teleminora qurilishi boshlandi. Teleminora qurilishi "11-Balandqurilish" boshqarmasi quruvchilari tomonidan amalga oshirildi. 1984—85-yillardagi qahraton qish sharoiti, balandlik va muntazam shamol, tobora yuqorilab borayotgan qurilmalar nishab o'lchovini to'g'ri olish oson kechmadi. Qurilishda rossiyalik mutaxassislar ham faol ishtirok etishdi. Minora qurilishi 25 tonna yukni 240 metr balandlikka ko'tarish qobiliyatiga ega bo'lgan maxsus kran yordamida amalga oshirildi. Olti yillik qurulishdan so'ng 1985-yil 15-yanvarda Poytaxtning Yunusobod tumani Bo'zsuv yoqasida Toshkent teleminorasi qad rostladi, inshootning eng baland nuqtasida bayroq hilpiray boshladi.

Ishga tushirilayotgan paytida Toshkent teleminorasi jahonda balandligi bo'yicha to'rtinchi o'rinda turgan. O'shanda u Toronto, Moskva, Nyu-York va Tokiodagi inshootlar qatorida dunyoning buyuk minoralari xalqaro federatsiyasining a'zosi ga aylangan. Bugungi kunda u Markaziy Osiyoning shu xildagi yagona va eng baland binosi hisoblanadi. MDH davlatlari teleminoralari ichida esa, Ostankinodan keyingi ikkinchi o'rinni egallaydi.

Har qanday inshootning mustahkamligi albatta poydevoriga bog'liq. Teleminoraning to'rt tayanchi va unga tutashgan uchta oyoqlari 11 metrlik chuqurlikdan ko'tarilib chiqilgan, bir-biri bilan bog'lanmagan temir-beton asoslarga tayangan bo'lib, muvozanatini o'ta yuqori darajada ushlab turishga qodir klassik tizim yaratildi. Qurilmaga tirgak bo'lib turgan po'lat oyoqlar uzunligi — 93 metr, po'lat oyoqlar poydevorining diametri esa 15 metrdir. Teleminoraning balandligi — 375 metrni tashkil etadi. Taqqoslash uchun aytish mumkinki, bu balandlik 14 ta to'qqiz qavatli uy va yana bitta bir qavatli uyning umumiy balandligi bilan teng. Minoraning og'irligi (jihozlarsiz)— 6000 tonna. Bu esa 6192 dona „Neksiya“ avtomobilining jamlangan og'irligiga teng deganidir. Teleminoraga chiqish uchun Shveysariyaning uchta "Shindler" lifti o'rnatilgan bo'lib, ularning tezligi 1 soniyada 4,8 metrni tashkil qiladi. Toshkent teleminorasining asosiy vazifalari tele- va radiouzatuvdir. Signal Toshkent shahri, Toshkent viloyati, qisman Sirdaryo viloyati hamda Qozog'iston janubiga uzatiladi.

Hasan OLIMOV

Трибуна
молодых

БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ҲАЁТ СИФАТИ

Н.С. Шарипова

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Н.С. Шарипова

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

N.S. Sharipova

Тошкент тиббиёт академияси

Цель: исследование состояния здоровья и качества жизни больных бронхиальной астмой. **Материал и методы:** проведен статистический анализ качества жизни, физического и эмоционального состояния, а также влияния их на состояние здоровья путем анкетирования 670 больных бронхиальной астмой и 420 практически здоровых лиц, проживающих в аналогичных условиях. **Результаты:** установлено более хорошее состояние здоровья астматиков, проживающих в Ташкентской области по сравнению с больными, проживающими в Бухарской области, а также отрицательное влияние астматического статуса на образ жизни, физическое и эмоциональное состояние. **Выводы:** у астматиков, проживающих в Ташкентской области, качество жизни, состояние здоровья, физическая активность и эмоциональное состояние выше, чем у лиц, проживающих в Бухарской области.

Ключевые слова: бронхиальная астма, образ жизни, качество жизни, медицинская активность, состояние здоровья, группа "случай-контроль".

Objective: To study the health status and quality of life of patients with bronchial asthma. **Materials and Methods:** Statistical analysis of quality of life, physical and emotional state, as well as their influence on health by means of questionnaires of 670 patients with bronchial asthma and 420 healthy individuals living in similar conditions. **Results:** It was established better health state of asthmatics living in Tashkent region, compared to patients living in Bukhara region, as well as the negative impact of asthma status on lifestyle, physical and emotional conditions. **Conclusions:** In asthmatics living in Tashkent region quality of life, health status, physical activity and emotional state are higher than those of asthmatics living in Bukhara region.

Key words: bronchial asthma, lifestyle, quality of life, medical activity, health status, "case-control" group.

Бронхиал астмадан касалланиш, уни келтириб чиқарувчи хавфли омиллар, касалликка чалинган беморларнинг турмуш тарзи ва ҳаёт сифатини ўрганиш касалланишнинг тиббий-ижтимоий қирраларини, беморларнинг саломатлик ҳолатини, турмуш сифатини баҳолаш имконини беради [1-6].

Тадқиқот мақсади

Бронхиал астма билан касалланган беморларнинг саломатлик ҳолати ва ҳаёт сифатини ўрганиш.

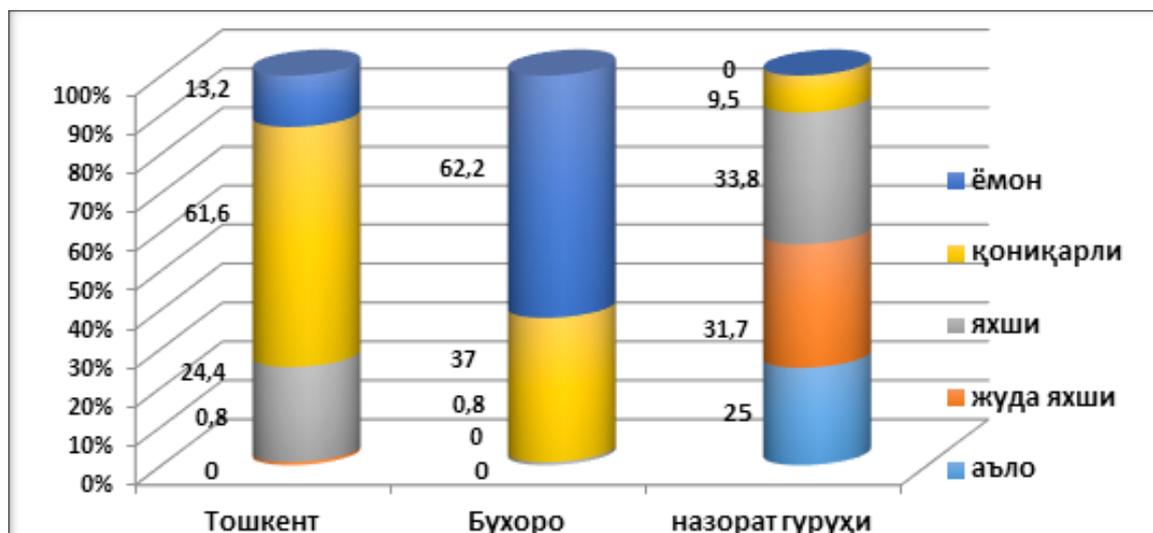
Материал ва усуллар

Беморларнинг ҳаёт сифатини ўрганиш учун ҳар иккала вилоятда жами 670 нафар бронхиал астма билан касалланган беморлар (ҳодиса гуруҳи) ва 420 нафар аналогик

шароитда истиқомат қиладиган, лекин бронхиал астма билан касалланмаган (назорат гуруҳидаги) шахслар жалб қилинди. Бунда Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан тақлиф қилинган SF-36 сўровномасидан фойдаланилди.

Натижа ва таҳлиллар

Тадқиқот натижаларининг таҳлили шуни кўрсатдики, назорат гуруҳидагилар (бронхиал астма билан касалланмаган шахслар) да жисмоний ва ижтимоий фаоллик юқори кўрсаткични ташкил қилган. Ўз саломатлик ҳолатини улар қуйидагича баҳолашди (расм). Тошкент вилоятида яшовчи астматикларнинг саломатлик ҳолати Бухоро вилоятига нисбатан анча яхши эканлиги аниқланди.



Расм. Асосий ва назорат гуруҳидагиларнинг ўз саломатлик ҳолатини баҳолаш даражаси.

Жумладан, саломатлик ҳолатини жуда ёмон баҳоловчи контингент Бухоро вилоятида Тошкент вилоятига нисбатан 4,7 марта кўп учраган ва аксинча саломатлик ҳолатини яхши деб баҳоловчилар Тошкентда Бухоро вилоятига нисбатан 30 марта кўп. Саломатлик ҳолатини жуда яхши деб баҳоловчи респондентлар эса Бухоро вилоятида умуман кузатилмади. Назорат гуруҳида эса бу ҳолат бутунлай аксини ифодалаган. Ўз саломатлик ҳолатини ёмон деб ҳисоблайдиган контингент бу ҳудудда топилмади.

Ўтган йилдаги саломатлик ҳолатига нисбатан таққослаганимизда беморларнинг 40,8% Бухоро вилоятида ва 23,2% Тошкент вилоятида саломатлигини бироз ёмонлашганлигини, 17,5% Бухорода ва 2,0% Тошкент вилоятида анча ёмонлашганлигини таъкидлаган. Натижалардан кўриниб турибдики, Бухоро вилоятидаги астматикларнинг саломатлик ҳолати тошкентлик астматиклардан 2 баробар ёмон

Ўз саломатлик ҳолати ўтган йилдагига нисбатан ўзгаришсиз қолган беморлар Бухоро вилоятида атиги 41,3% ташкил қилган бўлса, Тошкентда бу кўрсаткич 51,2% га етган. Демак, бухоролик астматикларнинг саломатлик ҳолати йилдан-йилга ёмонлашиб бормоқда. Ўтган йилга нисбатан 0,4% бухоролик беморларда ва 4,0% тошкентлик беморларда саломатлик ҳолати яхшиланган. Бу Тошкентда ўз саломатлигини яхши деб ҳисобловчи беморлар 10 баробар кўп эканлигидан дарак бермоқда. Назорат гуруҳидагиларнинг 6,8% саломатлик ҳолатини ўтган йилдагига нисбатан анча яхши, 16,2% эса бироз яхши эканлигини айтган. 70,6% да деярли ўзгариш кузатилмаган, 6,4% респондент саломатлигининг салбий томонга ўзгараётганлигидан хавотирда.

Беморларнинг саломатлик ҳолати уларнинг айрим жисмоний кучни талаб қиладиган юмушларни бажаришларига салбий таъсир кўрсатган. Беморларнинг аксариятида айрим жисмоний зўриқишлар: югуриш, спортнинг айрим турлари билан шуғулланиш, узоқ масофага юриш, бир нечта поғонага кўтарилиш каби машғулотларни бажариш сезиларли даражада қийинчилик туғдирган.

Тошкент вилоятидаги бронхиал астма билан касалланган беморларнинг айрим турдаги жисмоний машқларни бажариш имконияти Бухоро вилоятидаги астматиклардан 20,0% юқори. Жумладан, Бухоро вилоятидаги беморлар учун 1 км дан ортиқ масофага юриш, зинанинг бир неча бўлимларига кўтарилиш тошкентлик беморларга нисбатан 2 баробар кўп миқдорда етарлича ҳалал берган бўлса, назорат гуруҳида бундай машқларни бажариш ҳеч қандай қийинчилик туғдирмаган.

Бронхиал астма билан касалланган беморларнинг жисмоний ҳолати кейинги 4 ҳафта ичида уларнинг иш фаолиятига салбий таъсир кўрсатган. Натижада Бухоро вилоятида 60% беморлар иш фаолиятига сарфлаган вақтини қисқартиришга мажбур бўлган, 43,9% ўзи истаганидан кам иш бажарган, 43,7% айрим юмушларни бажаришга қийналишган, 47,9% да эса жисмоний фаолият чекланган. Тошкент вилоятида бу кўрсаткич мос ҳолда 83,2%, 76,8%, 80,8%, 76,4% га тенг.

Тадқиқот натижалари беморларнинг саломатлик ҳолати уларнинг жисмоний фаолликларига салбий таъсирини ўтказишини кўрсатмоқда. Айниқса бу Тошкент вилоятидаги беморларда яққол намоён бўлган ва бу Бухоро вилоятига нисбатан 1,6 марта кўп кузатилгани аниқланди.

Сўровнома маълумотларига кўра беморларнинг эмоционал ҳолати ҳам уларнинг айрим жисмоний юмушларини бажаришларида қийинчилик туғдирган.

Эмоционал ҳолат натижасида беморларнинг аксарияти ишга сарфлаган вақтини қисқартиришга мажбур бўлган. Бу Тошкент вилоятида Бухоро вилоятига нисбатан 1,5 баробар кўп кузатилган.

Беморларнинг эмоционал ҳолати уларнинг атрофдагилари: оиласи, қариндошлари, дўстлари билан муносабатларига ҳам ўз салбий таъсирини кўрсатган. Жумладан, беморларнинг 46,7% да бу ҳолат сезиларли, 8,2% да кучли, 2,4% да жуда кучли ифодаланган. Қайсики, назорат гуруҳидагиларнинг 76% нинг эмоционал ҳолати атрофдагилар билан муносабатларига умуман таъсир қилмаган, 19,6% да бироз салбий таъсир қилган.

Жисмоний оғриқ бронхиал астмада энг кўп кузатиладиган ҳолатлардан бўлиб, бундай беморларнинг 10,5% да оғриқ кейинги 4 ҳафта ичида жуда кучли бўлган (Бухоро вилоятида). Тошкент вилоятида эса бу кўрсаткич 3,2% ни ташкил қилган. Демак, бухоролик астматикларда кучли оғриқ 3.3 баробар кўп кузатилган. Шунингдек, бухоролик беморларнинг 15,1% да кучли, 32,4% да ўртача, 19,3% да бироз суст, 17,7% да эса оғриқ характери жуда суст бўлган. 5% бемор кейинги 4 ҳафта ичида жисмоний оғриқни умуман ҳис қилмаган. Бу кўрсаткич Тошкент вилоятида мос ҳолда 22,8%, 45,6%, 17,6%, 2,8% ва 6,4% ни ташкил қилган. Назорат гуруҳида эса жисмоний оғриқни умуман ҳис қилмаслик ҳисси 57,8% ни ташкил қилган. Қолган қисмида оғриқ айрим ҳолатларда ва жуда суст характерда бўлиши қайд қилинган. Жумладан, 23,6%да оғриқ характери жуда суст, 12,5%да суст, 6,1% да эса сезиларли оғриқ кузатилган.

Касаллик беморларнинг кайфиятига ҳам таъсирини ўтказган. Касалликнинг тез-тез хуружи сабабли беморларнинг аксариятида тушқун кайфият кузатилган. Жумладан, тадқиқотга жалб қилинган беморларнинг 33,4% Бухорода ва 78,2% Тошкентда кейинги 4 ҳафта ичида ўзини умуман тетик ҳис қилмаган. Бу Тошкентда 3,4 баробар юқори кўрсаткич эканлигини кўрсатмоқда. Назорат гуруҳида ўзини тетик ҳис қилиш ҳолати 79%ни ташкил қилган. Шунингдек, азобланиш ҳисси Бухоро вилоятида 2,3 марта, ҳорғинлик ҳисси 1,9 марта, ўта тушқунлик ҳисси эса 24% га кўп учраши аниқланди.

Тошкент вилояти беморлари орасида эса бахтиёрлик ҳисси Бухоро вилоятига нисбатан 45%, кучга тўлалик ҳисси 9 марта, ўзини тетик ҳис қилиш ҳисси 2,4 марта кўп кузатилган. Назорат гуруҳида эса бу кўрсаткичлар акс ифодани кўрсатган. Бу ҳолатлар албатта улар турмуш сифатининг яхши эмаслигидан дарак беради.

Сўровнома ўтказилгач, беморлар ўз соғлиги тўғрисида куйидаги хулосага келишди. Беморларнинг 67,8% ўзини бошқаларга нисбатан касалликка тез берилувчан деб ҳисоблайди. 23,4% саломатлигини бошқаларга нисбатан ёмон эмас деб таъкидлаган. 41,5% бемор саломатлигининг ёмонлашиш эҳтимоли мавжудлигидан хавотирда. Тошкент вилоятида бу кўрсаткичлар мос ҳолда 45,2%, 40,4%, 44,8% га тенг. Назорат гуруҳидаги шахсларнинг эса 80,7% сўровнома ўтказилгандан кейин ўз саломатлик ҳолатини яхши деб баҳоламоқда.

Хулоса

1. Тошкент вилоятида яшовчи астматикларнинг саломатлик ҳолати Бухоро вилоятига нисбатан анча яхши. Беморларнинг аксариятида айрим жисмоний машғулотларни бажариш сезиларли даражада қийинчилик туғдирган.

2. Беморларнинг саломатлик ҳолати уларнинг жисмоний фаолликларига салбий таъсирини ўтказишини кўрсатмоқда. Тошкент вилоятидаги беморларда бу ҳолат Бухоро вилоятига нисбатан 1,6 марта кўп кузатилган.

3. Эмоционал ҳолат натижасида беморларнинг аксарияти ишга сарфлаган вақтини қисқартиришга мажбур бўлган. Бу Тошкент вилоятида Бухоро вилоятига нисбатан 1,5 баробар кўп кузатилган.

4. Касаллик беморларнинг кайфиятига ҳам таъсирини ўтказган. Беморларнинг 33,4% Бухорода ва 78,2% Тошкентда кейинги 4 ҳафта ичида ўзини умуман тетик ҳис қилмаган. Бу Тошкентда 3,4 баробар юқори кўрсаткич эканлигини кўрсатмоқда. Шунингдек, азобланиш ҳисси Бухоро вилоятида Тошкент вилоятига нисбатан 2,3 марта, ҳорғинлик ҳисси 1,9 марта, ўта тушкунлик ҳисси эса 24% га кўп учраши аниқланди.

Адабиётлар

1. Абдусаламов А.Б. Принципы социально-трудовой реабилитации при бронхиальной астме // Пульмонология. – 2004. – №2. – С. 85-89.

2. Абдуфаттаев А.А. Медико-социальные аспекты стойкой утраты трудоспособности населения Республики Узбекистан: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2004. – 188 с.

3. Аваян Л.М. Характеристика лиц, впервые признанных инвалидами вследствие бронхиальной астмы (по материалам Хамовнического бюро медико-социальной экспертизы г. Москвы) // Клин. мед. – 2007. – №6. – С. 36-37.

4. Аукадеев Э.И., Иксанов Х.В., Тазиев Р.В. Освоение новых методологических подходов к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2006. – №1. – С.13-15.

5. Волков С.С. Статистика и здоровье населения. Показатели заболеваемости, инвалидности и физического развития населения // Главная мед. сестра. – 2006. – №2. – С. 59-69.

6. Джураева Д.Х. Первичная инвалидность в Навоинской области Республики Узбекистан // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2007. – №2. – С. 28-29.

БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРАЛАРНИНГ ҲАЁТ СИФАТИ

Н.С. Шарипова

Мақсад: бронхиал астма билан касалланган беморларнинг саломатлик ҳолати ва ҳаёт сифатини ўрганиш. **Материал ва усуллар:** мазкур илмий мақолада 670 нафар бронхиал астма билан касалланган ва 420 нафар мазкур касаллик билан касалланмаган, лекин аналогик шароитда истиқомат қиладиган шахслар ўртасида сўровнома асосида уларнинг ҳаёт сифати, жисмоний ва эмоционал ҳолати ҳамда унинг беморлар саломатлигига таъсири ўрганилди.

Натижалар: Тошкент вилоятида яшовчи астматикларнинг саломатлик ҳолати Бухоро вилоятига нисбатан анча яхши эканлиги, шунингдек, беморларнинг саломатлик ҳолати уларнинг жисмоний фаолликларига салбий таъсирини ўтказиши аниқланди. **Хулоса:** Тошкент вилоятида яшовчи астматикларнинг саломатлик ҳолати Бухоро вилоятига нисбатан яхши ва Тошкент вилоятидаги беморларда улар саломатлигининг салбий таъсири Бухоро вилоятига нисбатан 1,6 марта кўп кузатилган. Тошкент вилоятида Бухоро вилоятига нисбатан 1,5 баробар эмоционал ҳолатнинг саломатлигига таъсири кўп кузатилган.

Калит сўзлар: бронхиал астма, турмуш тарзи, ҳаёт сифати, тиббий фаоллик, саломатлик ҳолати, “ҳодиса-назорат” гуруҳи.

ҚИЗИҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

– Inson tanasidagi qon oqadigan tomirlarning umumiy uzunligi 100.000 km.

– Tinch paytda qon qanday taqsimlanishni bilasizmi? Qon umumiy hajmining chorak qismi mushaklarda, boshqa chora-gi buyraklarda, 15 foizi oshqozon devoir tomirlarida, 10 foizi jigarda, 8 foizi miyada, 4 foizi venalarda, 13 foizi o'pka va boshqa a'zolarda taqsimlangan bo'ladi.

– Har bir eritrosit tarkibida 270 million gemogloblin molekulasi mavjud. Katta yoshdagi kishilarda har soatda 5 milliard eritrosit va 2 milliard leykosit nobud bo'ladi, o'rniga yangi hujayralar yuzaga keladi. Ularni esa suyak iligi va taloq ishlab chiqaradi. Insonda mavjud bo'lgan iliklarning jami og'irligi 2.600 grammgacha yetadi. 70 yillik umr mobaynida u 650 kg. eritrosit va 1 ton-na leykosit ishlab beradi.

– Odam tanasida qon tahminan 25 grammgacha almashar ekan.

– Inson asab tizimi tahminan 10 milliard neyronlardan tashkil topgan. Asab hujayralarining faqat 1 foizi “mustaqil ish” bilan mashg'ul. Ya'ni, tashqi muhitdan hislarni oladi va mushaklar ustidan nazorat yuritadi. To'qson to'qqiz foizi esa oraliq hujayralar hisoblanib, kuchaytirgich va uzatgich vazifasini o'taydi.

– O'ttizdan oshgandan so'ng insonda kuniga 30-50 ming asab hujayralari nobut bo'la boshlaydi.

– Neyronlarning yarmidan ko'pi katta miya yarim sharlarida joylashgan.

Hasan OLIMOV

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ

С.А. Юлдашева

БОЛАЛАРДА ЎРТА ОТИТ ЗАМБУРУҒИНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИГА НИСБАТАН ТАВСИФ

С.А. Юлдашева

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF EFFECTIVENESS OF TREATMENT FOR FUNGAL MIDDLE OTITIS IN CHILDREN

S.A. Yuldasheva

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Мақсад: ўзига хос антимикот терапиядан фойдаланиш билан болалардаги отомикозни даволашнинг самарадорлигини ошириш. **Материал ва усуллар:** ўрта отитнинг замбуруғ-бактерияси билан касалланган 4 ёшдан 18 ёшгача бўлган 67 та бемор кузатилди: 32 (51,6%) – асосий гуруҳ ва 30 (48,3%) – назорат гуруҳи. **Натижалар:** ўрта отит замбуруғи билан оғриган беморларда кўп учрайдиган касаллик қўзғатувчи омиллар қўзғориндай кўпаяувчи *Candida* (75,2%) уруғида кўринади, моғор замбуруғи улуши 24,8% ни ташкил этади. Юқори терапевтик самарадорлиги етарлича ҳисобга олинди ва сифатли эмперик терапия декаметоксин буюрилган беморларда яхши кечди. **Хулоса:** асосий гуруҳдаги беморларда клиник натижа белгилари бошқа даво схемаларидан фойдаланганга қараганда кўпроқ кузатилди, шунингдек, декометоксин фунгицидди, протостацидди, вирусоцидди ва антимикробли таркибга эга.

Калит сўзлар: отомикоз, диагностика, даволаш, декаметоксин.

Objective: To increase the effectiveness of treatment of otomycosis in children with use of specific antifungal therapy. **Materials and Methods:** Under supervision were 62 patients aged from 4 to 18 years with middle otitis of fungal-bacterial etiology: 32 (51,6%) patients of main group and 30 (48,3%) patients of control group. **Results:** In patients with middle fungal otitis yeast-like fungi of *Candida* genus are predominant organisms (75,2%), the proportion of fungi is 24,8%. Considering the high therapeutic efficacy and tolerability, the patients were prescribed decamethoxin as empirical therapy. **Conclusions:** In patients of main group observed a more pronounced clinical effect than when using other regimens, as decamethoxin has fungicidal, prostacidic, antiviral and antimicrobial activity.

Key words: otomycosis, diagnosis, treatment, decamethoxin.

В последние годы микозы с их разнообразной локализацией и клиническими проявлениями углублённо изучаются врачами различных специальностей. Так, по данным ВОЗ, 20% населения всего мира, то есть каждый пятый житель планеты, поражены грибковой инфекцией [1,3,4,8]. Широкое распространение грибов в природе и их постоянное присутствие как в окружающей среде, так и в организме обуславливают неизбежность контактов и инфицированность ими человека.

В настоящее время отмечается увеличение числа больных с микотическим поражением ЛОР-органов, и в частности наружного и среднего уха, включая послеоперационные полости среднего уха. Рост числа больных обусловлен как существенным увеличением факторов риска развития микоза, так и бессистемным неконтролируемым применением местных антибактериальных препаратов при лечении отита. Кроме того, прослеживается тенденция к развитию резистентности гриба-возбудителя микоза к специфическим противогрибковым препаратам [1,2,4,5-7]. Регистрируется повышение удельного веса хронического грибкового воспаления с частыми рецидивами, не поддающимися медикаментозной коррекции, что, в свою очередь, приводит к увеличению сроков нетрудоспособности и инвалидизации населения [3,5].

Цель работы

Повышение эффективности лечение отомикоза у детей с использованием специфической антимикотической терапии.

Материал и методы

В исследование были включены 62 пациентов в возрасте от 4 до 18 лет средними отитами грибково-бактериаль-

ной этиологии, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении ТашПМИ. Диагноз ставили на основании совокупности результатов клинических, анамнестических, отоскопических и микологических исследования. В основную группу были включены 32 (51,6%) больных, из них 11 (17,7%) девочек и 21 (33,9%) мальчик, в контрольную – 30 (48,3%) больных, в том числе 7 (11,3%) девочек и 23 (37%) мальчика. Пациенты контрольной группы получали комбинированную терапию, включающую приём системного препарата флуконазол по 50 мг в сутки в течение 14 дней и местное лечение, которое заключалось во введении в наружный слуховой проход ватной турунды, смоченной 1% спиртовым раствором нафтифина 2 раза в сутки в течение 14 дней. Больные основной группы получали комбинированную терапию – системный препарат итраконазол по 50 мг в сутки в течение 10 дней и местную терапию – мазь клотримазол и раствор декаметоксина (1:5). Раствор применяли в виде посменных аппликаций на ватной турунде в течение 5-7 мин с интервалом 12 часов, вложенной в наружный слуховой проход, затем смазывание мазью 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Клиническую эффективность оценивали на 3-й, 8-й и 10-й дни лечения. Эффект считали хорошим при исчезновении всех симптомов и объективных признаков острого или хронического воспаления, их возвращения к исходному уровню (до обострения), достижении ремиссии к окончанию лечения (12-14 дней). Об умеренном эффекте говорили при сохранении некоторых клинических признаков заболевания, которые были значительно менее выражены к 10-12-му дню лечения. О плохом результате говори-

ли при отсутствии эффекта от проведенной терапии или ухудшения состояния пациента к концу 4-х суток лечения.

Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

Клинически отомикозы проявлялись выделениями из уха. На боль в ухе жаловались 56-67% обследованных, головная боль на стороне больного уха различной интенсивности отмечалась у 37-63%, зуд в наружном слуховом проходе – у 73-84% обследованных (табл.).

В результате микологических исследований установлено, что при грибковом среднем отите доминировали дрожжеподобные грибы рода *Candida*, выявленные у 46 (75,2%) больных, второе место занимали грибы рода *Aspergillus* – у 16 (24,8%). Из дрожжеподобных грибов рода *Candida* чаще всего обнаруживался грибок *C. albicans* (у 33 больных), несколько реже – *C. krusei* (у 8), *C. sake* (у 3), *C. pseudotropicalis* (у 2). У 16 больных возбудителем отомикоза были различные плесневые грибы, в основном это были грибы вида *A. niger* (у 9), *A. fumigatus* (у 4), другие виды аспергиллов (у 2). У 1 больного выявлен грибок рода *Mucor*.

Таблица

Клинические проявления отомикоза у больных до (числитель) и после (знаменатель) лечения

Жалоба	Основная группа, n=32	Контрольная группа, n=30
Выделения из уха	31 5	29 12
Боль в ухе	18 1	20 3
Головная боль на стороне больного уха	20 2	11 2
Зуд в ухе	27 -	21 1

Таким образом, у больных со средним грибковым отитом преобладающими возбудителями являются дрожжеподобные грибы рода *Candida* (75,2%), доля плесневых грибов составляет 24,8%.

Проведенные у пациентов контрольной группы лечебные мероприятия способствовали тому, что число больных, у которых продолжались выделения из уха уменьшилось в 2,42; число пациентов, которых по-прежнему жаловались на боли в области уха и головные боли уменьшилось соответственно в 6,67 и 5,5 раза; жалобы на зуд в наружном слуховом проходе сохранялись лишь у одного пациента. У больных основной группы, которые получали лечение по предложенной нами схеме, эффект был более выраженным: число больных с клиническими проявлениями заболевания уменьшилось соответственно в 6,2; 18; 10 и 27 раз, что указывает на этиотропное действие примененного лечения.

В процессе лечения больных со средним грибковым отитом оценивали также переносимость декамтоксина. После лечения у больных основной группы наблюдалось уменьшение головных болей, исчезновение зуда, боли в ухе и выделений из уха.

Хороший эффект получен у 26 больных основной и у 19 – контрольной группы. К 3-5-м суткам больные отмечали улучшение общего состояния и уменьшение жалоб со стороны уха. Результат лечения расценен нами как умеренный эффект у 5 больных основной и у 7 – контрольной группы. К 10-12-му дню некоторые клинические признаки сохранялись, но стали менее выраженными. Лечение оказалось не эффективным у 1 пациента основной и у 4 – контрольной группы.

Через 14 дней, то есть после полного курса лечения хороший эффект наблюдался у 19 (63,3%) больных контрольной группы. Улучшение состояния отмечали 7 (23,3%) пациентов. Отсутствие эффекта от проводимой терапии констатировано у 4 (13,4%). В основной группе при использовании системного препарата итраконазола

в сочетании с клотримазолом и раствором декаметоксина (1:5) хороший эффект получен у 26 (81,3%) пациентов, улучшение состояния – у 5 (15,6%), эффект отсутствовал у 1 (3,1%).

Таким образом, учитывая достаточно высокую терапевтическую эффективность и хорошую переносимость пациентами декаметоксина, препарат может быть рекомендован для использования в качестве эмпирической терапии у больных со средними грибковыми отитами.

Выводы

1. Итраконазол и местное лечение раствором декаметоксина и мазью клотримазолом приводит к более выраженному клиническому эффекту, чем другие схемы лечения. Это объясняется тем, что декаметоксин обладает фунгицидными, простоцидным, вирусоцидным и антимикробным действиями.

2. Предложенная нами схема лечения является высокоэффективной и хорошо переносимыми пациентами.

Литература

1. Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии // *Consillium medicum*. – 2011. – Т. 3, №8. – С. 371-374.
2. Кунельская В.Я. Современное состояние вопроса диагностики и лечения грибковых заболеваний ЛОР-органов // *Вестн. оториноларингол.* – 2009. – №4. – С. 75-79.
3. Крюков А.И., Кунельская В.Я., Петровская А.Н. и др. Отомикоз: Метод. рекомендации. – М., 2002. – 11 с.
4. Лучихин Л.А. Врачебные ошибки как следствие некоторых объективных причин // *Вестн. оториноларингол.* – 2008. – №1. – С. 8-11.
5. Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. – М., 2003. – С. 65-74.
6. Тарасова Г.Д. Тактика лечения больных с воспалительными заболеваниями уха // *Рос. оториноларингол.* – 2007. – №1. – С. 202-206.
7. Aneja K.R., Sharma C., Joshi R. Fungal infection of the ear: A common problem in the north eastern part of Haryana // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* – 2010. – Vol. 74, №1. – P. 604-607.

8. Pontes Z.B., Silva A.D., Lima E.O. et al. Otomycosis: a retrospective study // – 2009. – Vol. 75, №3. – P. 367-370.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ

С.А. Юлдашева

Цель: повышение эффективности лечения отомикоза у детей с использованием специфической антимикотической терапии. **Материал и метод исследования:** под наблюдением были 62 пациентов в возрасте от 4 до 18 лет со средними отитами грибково-бактериальной этиологии: 32 (51,6%) больных основной группы и 30 (48,3%) –

контрольной группы. **Результаты:** у больных со средним грибковым отитом преобладающими возбудителями являются дрожжеподобные грибы рода *Candida* (75,2%), доля плесневых грибов составляет 24,8%. Учитывая достаточно высокую терапевтическую эффективность и хорошую переносимость пациентам назначали декаметоксин в качестве эмпирической терапии. **Выводы:** у больных основной группы наблюдался более выраженный клинический эффект, чем при использовании других схем лечения, так как декаметоксин обладает фунгицидными, протостцидным, вирусоцидным и антимикробным действием.

Ключевые слова: отомикоз, диагностика, лечение, декаметоксин.

ЎЗИҚАРЛИ МАЪЛУМОТ

BOLALARDA UCHRAYDIGAN KO'KYO'TAL KASALLIGI HAQIDA

Ko'kto'tal – bosqichli kechadigan, biroz intoksikatsiya hamda spazmatik yo'tal xurujlari bilan namoyon bo'luvchi o'tkir yuqumli kasallikdir.

Kasallik manbai bemor odam, u kasallikning birinchi kundan boshlab to 4-6 haftasigacha atrofdegilar uchun xafli. Asosan bu kasallik bilan 1 – 5 yoshdagi bolalar kasallanadi.

Kasallikning yashirin davri 3-14 kun. Kasallik kechishida 3 davr farqlanadi. Kataral davri -quruq yo'tal, ba'zan haroratning ko'tarilishi va yuqori nafas yo'llarida biroz kataral belgilar bilan namoyon bo'ladi. Keyinchalik yo'tal zo'rayib boradi va kasallikning 10-12 kunlariga kelib spazmatik davri boshlanadi. Bunda bola vaqti – vaqti bilan qisqa – qisqa, biroq tez – tez va ustma – ust yo'taladi va oxirida chuqur shovqinli nafas oladi Yo'tal paytida yopishqoq balg'am ajraladi va ba'zan bola qusadi. Spazmatik davr 2-8 hafta, ba'zan ortiqroq davom etadi. Tuzalish davrida xurujlar kundan – kunga kuchsizlanib va kamayib boradi va bola sog'ayib ketadi.

Kasallik tashxisi qo'zg'atuvchini aniqlash, ya'ni bakteriologik usul bilan hal etiladi. Bu maqsadda "yo'tal plastinkasi" yoki pastali tampon usullaridan foydalaniladi.

Ko'kto'talni davolashda bolaning doimiy toza havoda bo'lishi, yo'tal qo'zg'atishi mumkin bo'lgan noxush omillardan saqlanishi, ko'p uxlashi va to'g'ri ovqatlanishini ta'minlash katta ahamiyatga ega. Bolani qiziqarli o'yin bilan band qilish yo'tal xurujlarini ancha kamaytiradi.

Hasan OLIMOV

СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ЎҚИТИШНИНГ ПЕДАГОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Н. Ниёзова

Тошкент тиббиёт академияси

Сўнги пайтларда соғлом турмуш тарзини шакллантиришга доир кўплаб илмий рисоалар, қўлланма ва мақолалар чоп этилаётган бўлса-да, уни шакллантиришнинг илмий-услубий жиҳатларини чуқур ўрганиш ва ҳаётга татбиқ этиш масалалари ҳанузгача долзарблигича қолмоқда. Соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва ривожлантириш нафақат ижтимоий масала, балки давлат сиёсатининг ажралмас қисми эканлиги боис, мақоламиз контекстида унинг педагогик технологиялар орқали ўқитиш хусусиятлари мазмун-моҳиятига тўхталиб ўтишни жоиз деб билдик.

Мамлакатимизда малакали ва сифатли кадрларни тайёрлаш давлат сиёсати даражасига кўтарилган масала бўлиб, бунда олий таълимнинг алоҳида ва салмоқли ўрни бор. Олий таълимнинг сифат кўрсаткичлари малакали кадрларни тайёрлашда талабаларнинг интеллектуал салоҳиятини юксалтириш, касбга йўналтириш ишлари профессор-ўқитувчилар томонидан машғулот пайтида қўлланиладиган янги педагогик технологиялар билан ҳам боғлиқ. Албатта, таълим тизимида янги педагогик технологияларни қўллашнинг ўзига хос услублари мавжуд бўлиб, у бугунги даврда ўқув услубий дастур, мажмуа, электрон модулларга киритилган услубий қондалар сифатида намоён бўлмоқда. Ана шу педагогик технологиялар орқали соғлом турмуш тарзини фанлар орқали ўқитишнинг долзарб масалалари таълим тизимининг моҳиятига киритилган асосий мезондир.

Ҳўш, соғлом турмуш тарзини шакллантириш масалалари бугунги таълим тизимида, хусусан, тиббиёт, олий ўқув юртлирида қандай педагогик технологиялар асосида олиб борилмоғи лозим? Одатда педагогик технологиялар белгиланган муайян вақт мобайнида машғулотнинг самарали боришини таъминлаган ҳолда, бўлажак шифокор кадрларга соғлом турмуш тарзининг барча жиҳатларига доир амалий кўникмаларни шакллантира олиши мақсадга мувофиқ. Фикримизча, педагогик технологияларнинг сифати янгиликлар билан тўлдирилганлиги билан характерланади, яъни илгаридан мавжуд педагогик технологиялар билан соғлом турмуш тарзининг назарий ва амалий хусусиятларини тушунтириб бўлмайди. Айтмоқчимизки, айрим педагогик технологияларнинг доимий тақрорланиб туриши соғлом турмуш тарзини шакллантиришга хос билимларни бойитиб бормади, бунда педагоглардан машғулот технологияларини мавзулар моҳиятига қараб ўзгартириши талаб қилинади. Педагогларнинг янги педагогик технологияларни қўллаши изланувчанлиги ва касбий маҳоратининг ортганлигидан далолат бериши шубҳасиз. Шу ўринда айтиш керакки, ҳанузгача машғулотлар олиб борилишида “Ақлий ҳужум”, “Қор ўйини”, “Блиц-саволлар” сингари педагогик технологиялардан нарига ўтмайдиган ҳолатлар ҳам учрамоқда. Биз бу билан бу технологиялар педагогик усуллардан чиқарилган ёки қўллаш мумкин эмас демоқчи эмасмиз, бироқ ҳар биримиз

нафақат соғлом турмуш тарзини шакллантиришда янги педагогик технологияларни ишлаб чиқиши, балки барча фан машғулотларига янги технологияларни татбиқ этишини янада такомиллаштиришни давр тақозо қилаётганлигини, замон шиддат билан ўзгариб бораётганида эскирган услублар билан дарс сифати ва ёшларимиз тафаккурини бойитиб бўлмаслигини тушунишимиз айни ҳақиқат.

Машғулот жараёнларида соғлом турмуш тарзини шакллантиришдаги асосий тушунча ва кўрсатмалар “**Ёдда тутинг!**” услуби орқали мустаҳкамланиб борилса мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз. Аслида “Ёдда тутинг!” педагогик технология бўлмаса-да, бироқ машғулотнинг сифатли ўтишини таъминлаб беради. “Ёдда тутинг!”нинг ўзига хос хусусияти, талаба машғулот пайтида барча ахборотларни жамлаб, ҳар бир янгиликни ёдда сақлаб боришида намоён бўлади. Бу усул талабаларнинг хотирасини мустаҳкамлашга ва билимларни мукамал сақлаб қолишига кўмак беради. “Ёдда тутинг!” усулининг мазмуни шундан иборатки, машғулотда педагогик технология қўлланилишидан аввал ўқитувчи томонидан мавзуга доир муҳим, баҳс мунозарага сабаб бўладиган маълумотлар қисқа тарзда айтилади, буни ёдда сақлаш лозимлиги, бу қўлланиладиган технологияда амал қилиниши таъкидланади. Буни, ҳатто, талабалар кичик гуруҳларга бўлиниб ишлайдиган бўлса, бир-бирига айтиши ҳам мумкин. Аммо “Ёдда тутинг!” плакатлар ёки доскага ёзиб қўйилмайди. Масалан: машғулот пайтида “Соғлом турмуш тарзини шакллантиришнинг ижтимоий масалалари” кичик мавзусида “Ёдда тутинг!”да қайд этилган “гигиеник маданият”, “соғлом турмуш тарзи” сингари тушунчаларнинг таърифи сўралиши мумкин. Талабалардан қай бири таърифларни тўғри келтирса, соғлом турмуш тарзини шакллантиришнинг ижтимоий масалаларига янгилик киритган бўлади. Ваҳоланки, гигиеник маданият таърифи ё маърузада айтилади, ёхуд талабаларнинг мустақил қидириб топиб келиши тайинланади.

Педагогик технологиялар орасида “**Тушунарли метод**” услуби таълим тизимида кириб келганлигига муайян вақт ўтган бўлса-да, унинг қўлланилишини мукамаллаштириш зарур. Чунки кейинги даврларда соғлом турмуш тарзига хос янги тушунча ва амалий кўникмалар кириб келмоқдаки, бу машғулот жараёнида фақатгина янги тушунчалар билан танишишни тақозо этмай, балки шу тушунчаларнинг ҳаётдаги иботи, унинг мазмуни ва таҳлилини талабалар чуқур англаб етмоғи лозим, деб ҳисоблаймиз. Мисол тариқасида, бу услуб бўйича соғлом турмуш тарзига доир бир қанча тушунчалар, жумладан: **сани тария маданияти, саломатлик фалсафаси, биологик ахлоқ** кабилар берилган бўлса, гуруҳлар ҳар бир тушунчага ўз фикрини айтади, унга доир қўшимча маълумотлар ҳам бериб борилади. Охирида берилган тушунчалардан жумлалар тузилади. Бу технология тахминан шундай кўринишда бўлади:

Тушунчалар	Бу тушунча нима-ни англатади?	Бу тушунчага сизнинг муноса-батингиз?	Бу тушунчага қўшимча маълумот
Санитария маданияти	1 гуруҳ. Санитария маданияти - жамиятда гигиеник меъёрларнинг тадбиқ этилишини таъминлайдиган ҳамда амалга оширадиган ижтимоий жараёндир	Ижобий (фикрларни кенгроқ тарзда ҳам баён қилиш мумкин)	Санитария эпидемиология станциялари Санитария-гигиена факультети Тошкент маданият коллежи
Саломатлик фалсафаси			
Биологик ахлоқ			

Бу тушунчалардан тузилган жумлалар: **Саломатлик фалсафаси** бу – инсон саломатлигига бўлган эътибор ва қарашларнинг барча қирраларини қамраб олган ижтимоий категория бўлиб, унинг инфратузилмасини бошқа омиллар сингари **санитария маданияти** ва **биологик ахлоқ** ҳам ташкил этади.

Инсон ўз саломатлигини сақлашда ўзидаги зарарли одатларга (тамаки чекиш, алкоголь маҳсулотларини истеъмол қилиш, ҳаракатсизлик, гигиенага риоя қилмаслик, дангасалик, бўш вақтини оқилона ташкил этишдаги нуқсонлари ва ҳ.к.) танқидий ёндашиб, бу муаммоларни ечиш қobiliятини ривожлантириш масалалари бугунги кунда таълим жараёни орқали ҳам таҳлил этилиши мақсадга мувофиқ. Айнан бунда “Танқидий фикрлаш” педагогик технологияси мақбул услублардан бири бўлиб, бунда талабалар мавзуга доир турли фикрларни таққослай олиши, ҳукм чиқариш ва аналитик баҳс юритиши услубнинг моҳиятини ифода этади. “Танқидий фикрлаш”ни ўтказиш усулида соғлом турмуш тарзини шакллантиришга оид қуйидаги саволлар ечими топилиши мумкин: дангасаликни бартараф этишнинг оптимал вариантлари нималардан иборат ва у соғлом турмуш тарзини шакллантиришда қандай натижалар билан тавсифланади? (Талабалар томонидан турли фикрлар, ҳаётий мисоллар келтирилади ва энг мақбул оптимал йўналишлар танлаб олинади ва ҳ.к.) Ёки бошқа бир савол: кам ҳаракатлиликнинг инсон саломатлигига салбий таъсирини санаб ўтинг (кам ҳаракатлилик

туфайли келиб чиқадиган зарарли одатлар ва касалликлар ҳақида баҳс-мунозара ҳамда уни бартараф этиш таъмоийллари илгари сурилади).

Хуллас, соғлом турмуш тарзини ўқитишнинг ўзига хос усул ва услублари кўп бўлиб, машғулотларни педагоглар ўзлари ва талабалар тўпланган маълумотлар, манбалар билан бойитиб бориши мумкин. Муҳими, педагогик технологиялар орқали бераётган билимларимиз мамлакатимизга сифатли кадрлар тайёрлаш, соғлом турмуш тарзини қарор топтириш саъй-ҳаракатларида ўз ўрнини топмоғи даркор. Хулосамизга кўра, соғлом турмуш тарзини ўқитишда қўлланилаётган педагогик технологияларнинг хусусиятлари қуйидагиларда кўринади:

биринчидан, соғлом турмуш тарзи ижтимоий зарурат эканлигини инобатга олган ҳолда, кундалик ҳаётда уни шакллантиришнинг концептуал асосларини ишлаб чиқишда янги услубларга эга бўлиш имкониятлари излаб топиш;

иккинчидан, соғлом турмуш тарзини ўқитишда янги педагогик технологияларнинг сифати ва аҳамияти муҳим бўлиб, бу малакали кадрлар салоҳиятини таъминлаб беради;

учинчидан, педагогик технологияларни такомиллаштириш, сўнги замонавий манбалардан фойдаланиш, аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини шакллантиришнинг янги қирраларини кашф этишга кўмак беради.

Изоҳ: мақолада педагогик технологияларга доир саволлар мисол тариқасида олинди.

Юбилей профессора Б.Д. Бабаджанова



Бабаджанов Бахтиёр Дусчанбаевич родился 16 марта 1955 года. В 1978 году окончил лечебный факультет Ташкентского государственного медицинского института. Кандидатскую диссертацию на тему: «Разработка и оценка эффективности различных моделей синдрома хронической абдоминальной ишемии» защитил в 1983 году, докторскую диссертацию на тему: «Роль и место кишечно-печеночной недостаточности в патогенезе острых разлитых перитонитов» – в 1990 году. Профессор кафедры общей и детской хирургии лечебного факультета Ташкентской медицинской академии. В 1991-1995 гг. – проректор по научной работе Второго ТашГосМИ. С 1994 года – директор Республиканского центра гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз.

В 1995-2013 гг. возглавлял кафедру общей хирургии. Автор 268 работ по проблеме хирургической инфекции и септологии, в том числе электронного руководства по общей хирургии, 5 монографий, свыше 30 изобретений. Подготовил 2 докторов и 9 кандидатов медицинских наук.

Бахтиёр Дусчанбаевич – опытный клиницист, педагог и последователь пионера гнойной хирургии профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого в Узбекистане. Он является высокопрофессиональным специалистом. Имея большой опыт работы в государственных учреждениях, он проявляет высокие организационные способности при разработке механизмов реализации задач в соответствии со стратегией в области здравоохранения, проводимой государством.

Бахтиёр Дусчанбаевич владеет способностью объективно оценивать ситуацию и брать на себя ответственность при принятии кардинальных решений. Будучи высокообразованным специалистом, он всегда доступен для диалога с сотрудниками и больными. Благодаря своей отзывчивости он справедливо заслужил уважение коллектива и пользуется авторитетом среди окружающих.

Б.Д. Бабаджанова отличают широта интересов, высокая эрудиция, сочетающаяся с умением выделить главное звено в решении научных проблем, целеустремленность, трудолюбие и стремление направить свою деятельность на скорейшее решение стоящих перед ним вопросов. Много сил и энергии он отдает подготовке кадров, а также общественной работе.

За годы своей трудовой деятельности он работал главным хирургом РУз, членом специализированного совета, председателем проблемной комиссии по хирургии ТМА, членом ВАК РУз.

Свой юбилей Б.Д. Бабаджанов встречает полным сил и энергии, новых идей и замыслов, с множеством различных планов на будущее и чувством уверенности в выполнении поставленных перед ним задач.

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) обязательным 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.

СОДЕРЖАНИЕ

• Новые педагогические технологии •

ҲАЛОКАТЛАР ТИББИЁТИНИ ЎҚИТИШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР А.В. Любин, М.С. Малежик, Н.И. Перепелицын	3
---	---

• Обзоры •

ПРОТЕОМНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ, БЕЛОК-БЕЛКОВЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ) Б.У. Ирискулов, Б.Т. Муинжанов	5
---	---

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ Д.Ю. Юлдашева, Д.К. Нажмутдинова	9
---	---

• Экспериментальная биология и медицина •

НОВЫЙ СПОСОБ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ И.А. Зиякулов	12
--	----

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕСБОХОЛА В КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ХРОНИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ Ш.Р. Мавланов	16
--	----

• Клиническая медицина •

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗВЕНЬЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННОГО И ЕГО АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА Ф.М. Гафарова	19
---	----

ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ Э.Р. Гафуров, Ш.Т. Махмудов, Б.Б. Усманов, Э.Э. Джураев	22
--	----

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ С.С. Давлатов	25
--	----

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ Ф.А. Даминов, З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, Л.М. Хайитов, М. Казаков	30
--	----

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРВИЧНОЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА М.З. Дусмухамедов, К.М. Ахмедова	33
---	----

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА КАК МАРКЕР СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ М.М. Каримов, Б.Т. Даминов, У.К. Каюмов	36
---	----

КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПУТЕМ АДЕКВАТНОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ НУТРИТИВНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ С.З. Каримов, Р.О. Шарипов, Н.Н. Ходжибекова	39
---	----

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, У.Б. Беркинов, А.А. Асраров, Ш.Т. Холматов, Д.П. Сахибоев, В.Э. Цай	42
---	----

МЕСУЛИД В ЛЕЧЕНИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА И АРТРОПАТИИ Р.Ю. Каттаханова, Б.С. Мамаджанов, Г.Н. Райимов, У.А. Матхаликова	46
---	----

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ З.Б. Курбаниязов, К.Э. Рахманов, С.С. Давлатов, С.А. Кан	49
---	----

КОМБИНИРОВАННАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ НОСОГЛОТКИ	
А.А. Маматисаев, Д.Б. Юсупова, М.С. Худоёров, М.А. Маликов	54
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ	
М.М. Мирзахмедов	57
ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕНАШИВАНИЯ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРУКТУРНО-ОПТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СЫВОРОТКИ КРОВИ	
Д.Ф. Нажметдинова, М.Н. Негматуллаева	59
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ	
Ф.Р. Насиров, А.И. Хасанов, Д.Х. Мирхамидов, Х.Б. Худойбердиев, О.М. Рахмонов, С.С. Касымов, Р.А. Хашимов	62
IMPORTANCE OF REFLUXATE NATURE IN THE MANIFESTATION OF CLINICAL AND ENDOSCOPIC SIGNS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE	
Z.M. Orziev, D.H. Yuldasheva, B.Y. Muzaffarov	65
УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ	
К.Э. Рахманов, З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, А.А. Эгамбердиев	68
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ	
Г.У. Самиева, Х.Э. Карабаев	71
ИЗМЕНЕНИЕ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА ГЭК (НИРХЕС 200/0,5)	
З.Б. Урунов, Б.Ю. Юсупова, С.Н. Наврузов, Ж.Б. Бобоев	75
ДРЕНИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ	
М.Ш. Хакимов, А.А. Адылходжаев	78
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
С.А. Хасанов, У.А. Иргашева	83
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ И ОРГАНАХ СРЕДОСТЕНИЯ	
Ш.Н. Худайбергенов, О.Т. Ирисов, О.Д. Эшонходжаев, Р.Я. Хаялиев, Н.Т. Турсунов	86
• Гигиена, санитария и эпидемиология •	
САЛАР ОЧИҚ СУВ ҲАВЗАСИНИ САНИТАР-ТОПОГРАФИК ТЕКШИРИШ	
Г.Т. Искандарова, А.М. Юсупхўджаева, Ф.М. Тўрахонова	91
РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ	
Б.М. Маматкулов, Д.А. Устамадалиева	94
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ МЕДСЕСТЕР, РАБОТАЮЩИХ В ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ	
Х.Е. Рустамова, И.И. Идрисова, К.У. Эшбаева	97
МАРКАЗЛАШТИРИЛГАН ИЧИМЛИК-ХЎЖАЛИК СУВИНИ АҶОЛИ САЛОМАТЛИГИ УЧУН ХАВФСИЗЛИГИНИ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИК БАҶОЛАШ	
З.Б. Торемуратова, Ш.Ф. Шодиев, Д.А. Акромов	100
К ВОПРОСУ ОБ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	
У.А. Тўймачев, М.Д. Махсумов, М.М. Муяссарова, Ф.У. Юлдашева, Н.К. Стожарова	103

• В помощь практическому врачу •

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ - ОСНОВА ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В СТАРОСТИ

Ш.Я. Закирходжаев, М.У. Салихов, Д. Рашидов, Н.Нарзиев	107
ВОПРОСЫ НЕЙРОЛЕЙКОЗА ПРИ ЛЕЙКОЗАХ У ВЗРОСЛЫХ: ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА	
Н.Х. Ишчанова, У.Н. Нуриддинова, Ш.Г. Сабирова	110
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ	
Ш.Ш. Кудратов, Х.К. Садикова, Д.У. Арипова, М.П. Мирзаев	114
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОВ УСТРАНЕНИЯ ПЕРФОРАЦИЙ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ	
Ш.Ш. Кудратов, А.Х. Рахмонов, Д.Ш. Абдуллаев, М.П. Мирзаев	118
CARCINOSARCOMA OF THE GALL BLADDER MIMICKING GANGRENOUS CHOLECYSTITIS: CASE REPORT	
Kim Myong Jin, G. E. Rakhmonova	123

• Трибуна молодых •

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ГАММА-ФОНА В Г. ТАШКЕНТЕ	
Н.А. Алламуратов	127
ILGARI O'TKAZILGAN ANTIGIPERTENZIV DAVONING INSULT RIVOJLANISHI, UNING TURI, KECHISHI VA YAKUNI BILAN BOG'LIQLIGI	
Х.А. Rasulova, С.А. Usmanov, М.Н. Khanova, М.М. Abulova, М.А. Janikulova, В.Ж. Rahmonov, J.A. Hudoyberdiev	130
ПРОГРАММИРОВАННАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА	
У.Р. Рискиев	132
О РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЭКСПЛУАТАЦИИ ИСТОЧНИКОВ ИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. ТАШКЕНТА	
Д.К. Сайлиев	137
БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОЛЛАРНИНГ ҲАЁТ СИФАТИ	
Н.С. Шарипова	140
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ	
С.А. Юлдашева	143

• Истоки •

СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ЎҚИТИШНИНГ ПЕДАГОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	
Н. Ниёзова.....	146
ЮБИЛЕЙ ПРОФЕССОРА Б.Д. БАБАДЖАНОВА.....	148