МУНДАРИЖА

ОГЛАВЛЕНИЕ

МУХАРРИР МИНБАРИ 5

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

ҲУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ

ПРАВО И ЭКОНОМИКА

Азимов Р. И., Қосимова Д.А., Нурмуминов М.Ш. Ўзбекистон Республикасида сил касаллиги тарқалганлиги ва силга қарши олиб борилаётган чора-тадбирлар 6

Азимов Р. И., Қосимова Д.А., Нурмуминов М.Ш. Распространённость туберкулёза и противотуберкулезные мероприятие в Республике Узбекистан

МЕНЕЖМЕНТ ВА МАРКЕТИНГ

МЕНЕДЖМЕНТ И МАРКЕТИНГ

Худайбергенов А.М., Абдурахимов З.А. Врач ва магистрларни анъанавий ва янги масофодан ўқитиш натижаларининг солиштирма тахлили 8

Худайбергенов А.М., Абдурахимов З.А. Сравнительный анализ результатов традиционного и новых методов дистанционного обучения среди магистров и врачей

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОДЛАР АМАЛИЁТГА

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

Жуламанова Д.И., Абралов Х.К., Ибадов Р.А. Тетрада Фалло беморларга артериялар аро анастамоз қўйилганда, операциядан кейинги қисқа вақт ичида кичик қон айланиш доирасида гиперволемия ривожланишига туртки бўлган кўрсаткичлар 12

Жуламанова Д.И., Абралов Х.К., Ибадов Р.А. Предикторы развития гиперволемии малого круга кровообращения в ближайшем послеоперационном периоде после наложения межартериального анастамоза у больных с тетрадой Фалло

Эшпулатов А.С., Хошимов Ш.У., Кан Л.Э., Ахмедова Ш.С., Шек А.Б. Аралаш дислипидемияси бор номуқим стенокардияли беморларда комбинациялашган терапиянинг самарадорлиги ва ҳавсизлигини баҳолаш 15

Эшпулатов А.С., Хошимов Ш.У., Кан Л.Э., Ахмедова Ш.С., Шек А.Б. Оценка эффективности и безопасности комбинированной терапии в лечении смешанных дислипидемий у больных нестабильной стенокардией

Акбаров М.М., Касымов Ш.З., Рустамов А.Ф., Тилемисов Р.О., Ташкенбаев Ф.Р. Йирингли холангитни эндоскопик даволаш усуллари 18

Акбаров М.М., Касымов Ш.З., Рустамов А.Ф., Тилемисов Р.О., Ташкенбаев Ф.Р. Эндоскопические методы лечения гнойного холангита

Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б. Болаларда ичак мальротацияси 22

Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б. Мальротация кишечника у детей

Бабаханова Н.Н., Шадыбекова О.Б. Ўткир лимфобласт лейкоз билан оғриган болаларда индукция вақтида гемостаз тизимининг ҳолати 26

Бабаханова Н.Н., Шадыбекова О.Б. Состояние системы гемостаза у детей с острым лимфобластным лейкозом в период индукции

Ибрагимова С.З., Бабаханова Н.Н., Арипова Н.Б., Ризаева Ф.А., Еримбетова И.О. Ўзбекистонда ўткир лимфобластли лейкоз бўлган болаларда ALL-MB-2008 протоколи билан даволаш натижалари 28

Ибрагимова С.З., Бабаханова Н.Н., Арипова Н.Б., Ризаева Ф.А., Еримбетова И.О. Результаты терапии острого лимфобластного лейкоза у детей по протоколу МБ-2008 в Узбекистане

Нигматова М.С., Исхаков Э.Д., Юнусова З.Д. Лейкозли беморларда полихимиотерапиянинг ҳар хил босқичларида буйрак функциясининг прогностик кўрсаткичлари 31

Нигматова М.С., Исхаков Э.Д. Юнусова З.Д. Прогностическое значение нарушения функции почек у больных с лейкозом на различных этапах полихимиотерапии

Вахидова Ш.Ф., Обидова М.М. Эритремияли беморларда амбулаторияли даволовчи эритроцитаферезни қўлланилиши 33

Вахидова Ш.Ф., Обидова М.М. Применение амбулаторного лечебного эритроцитафереза у больных эритремией

Каримов Х.Я., Шевченко Л.И., Алимов Т.Р., Турсунов Б.Б., Заидова Ш.З. Куйиш шокида қон ўрнини босувчи "Янтаропротеин"ни самарадорлиги **36**

Каримов Х.Я., Шевченко Л.И., Алимов Т.Р., Турсунов Б.Б., Заидова Ш.З. Эффективность кровезаменителя «Янтаропротеина» при ожоговом шоке

Турсунова Н.А., Исматова Г.Н., Тургунова Д.П. Кундузги гематологик бўлимнинг иш тажрибаси **38**

Турсунова Н.А., Исматова Г.Н., Тургунова Д.П. Опыт работы гематологического дневного стационара

Азизов К.Т., Махкамова Ф.Т., Пулатов О.А. Ўсмирлик ёшдаги болаларда кариесни даволашда герметикларнинг солиштирма тахлили **41**

Азизов К.Т., Махкамова Ф.Т., Пулатов О.А. Сравнительная характеристика герметиков при лечение кариеса у детей подросткового возраста

Дальжанов Б.М., Искандарова М.А. Инсоннинг конституционал хусусиятларини иридологик баҳолаш **45**

Дальжанов Б.М., Искандарова М.А. Иридологическая оценка конституциональных особенностей человека

Закирова Л.Т. Сут бези саратони билан касалланган ёш аёлларда реконструктив пластик операцияларнинг ҳаёт сифатига таъсири **48**

Закирова Л.Т. Влияние реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных раком молочной железы

Индиаминов С.И., Дехканов Т.Д. Ўлимнинг айрим турларида лаборатор тажрибада ҳайвонлар мия ичи қон томирлари периваскуляр бўшлиғи ҳолати **51**

Индиаминов С.И., Дехканов Т.Д. Состояние периваскулярного пространства внутримозговых сосудов лабораторных животных при некоторых видах смерти

Исматова Г.Н., Турсунова Н.А., Толипова М.Х. Кундузги бўлим шароитида октагам қўллаш тажрибаси **54**

Исматова Г.Н., Турсунова Н.А., Толипова М.Х. Опыт применения октагама в дневном стационаре

Наврузов Э. Б. Пахта ёғида эркин госсиполни тўпланиш хавф омилларига оид **56**

Наврузов Э. Б. К оценке факторов риска накопления свободного госсипола в хлопковом масле

Наврузова В. С., Юлдашева Н. Ш., Раззаков А. Р. Бачадон бўйни саратони билан хасталанган ёш аёлларда кимёнур терапия сифатини ошириш **59**

Наврузова В. С., Юлдашева Н. Ш., Раззаков А. Р. Оптимизация химиолучевого лечения рака шейки матки у женщин молодого возраста

Маматқулов Б. М., Нурмуминов М. Ш. Самарқанд вилоятида катта ёшдагилар орасида сил билан касалланиш кўрсаткичлари ва касалланиш кўрсаткичига таъсир қилувчи омиллар **63**

Маматқулов Б. М., Нурмуминов М. Ш. Показатель заболеваемости туберкулезом среди взрослого населения Самаркандской области и факторы влияющие на него

Халматова Н.М., Нуриддинова У.Н., Сабирова Ш.Г., Сабитходжаева С.У., Шевченко Л.И. Тромбоцитопатия билан оғриган беморларда цинарикснинг ижобий таъсири **65**

Халматова Н.М., Нуриддинова У.Н., Сабирова Ш.Г., Сабитходжаева С.У., Шевченко Л.И. Положительное действие препарата цинарикс при тромбоцитопатии

Касимова Д.А., Маматкулов Б.М., Сайдалиева М.Н. Болаларда темир танқислик анемиясининг клиник ўзига хос хусусиятлари **67**

Касимова Д.А., Маматкулов Б.М., Сайдалиева М.Н. Особенности клиники железодефицитной анемии у детей раннего возраста

Комилжанова Д.К., Джураева Г.Т., Сидикходжаева М.А., Шодиева Х.Т. Альгодисменореяни даволашда замонавий ёндашувлар **69**

Комилжанова Д.К., Джураева Г.Т., Сидикходжаева М.А., Шодиева Х.Т. Современный подход к лечению альгодисменореи

Ташпулатова Л.Х., Шарипова Н.С., Касимова Д.А. Сурхондарё вилоятида алюмин за- **72**

Ташпулатова Л.Х., Шарипова Н.С., Касимова Д.А. Особенности распространенности

вод таъсири натижасида тарқалган аллергик касалликларнинг ўзига хос хусусиятлари

аллергических заболеваний в районе воздействия алюминиевого завода в Сурхандарьинской области

Ашуров З.Ш., Хасанова К.Д. Опийли наркомания билан касалланган беморларни ижтимоий дезадаптация даражасига шахс ва клинико-психопатологик хусусиятларнинг таъсири **75**

Ашуров З.Ш., Хасанова К.Д. Влияние личностных и клинико-психопатологических особенностей на уровень социальной дезадаптации больных опийной наркоманией

Авезова Г.С., Чориева Ш.Э., Маматқулов Б. Бир ёшгача бўлган болалар касалланиш хусусиятлари (Тошкент шаҳри материаллари асосида) **79**

Авезова Г.С., Чориева Ш.Э., Маматкулов Б. Особенности заболеваемости у детей первого года жизни (по материалам города Ташкента)

Джалилова С.Х., Ибодуллаев З.Р. Сурункали юрак етишмовчилиги билан асоратлашган гипертоник касаллигига дучор бўлган беморлардаги ҳавотир деперссив бузилишларни терапияси (флувоксамин намунасида) **82**

Джалилова С.Х., Ибодуллаев З.Р. Терапия тревожно – депрессивных расстройств при гипертонической болезни, осложнённой хронической сердечной недостаточностью (на примере флувоксамина)

Мамаджанова Н.Н. Бачадон миомаси билан аёлларда жаррохлик аралашувининг гемокоагуляция ва тромботик асоратлар ривожланишига таъсири **84**

Мамаджанова Н.Н. Влияние оперативного вмешательства на гемокогуляцию и риск тромботических осложнений у женщин с миомой матки

Даулетова М.Ж. Хомиладор аёлларда юрак қон-томир касалликлари: структураси гестация, туғруқнинг кечиши ва туғруқни амалга ошириш усуллари **90**

Даулетова М.Ж. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных: структура особенности течение гестации, родов и методы родоразрешения

Хаширбаева Д.М. Ишлаб чиқариш ҳавфли ва зарарли омилларининг узоқ муддатли таъсири ва уни оқибатларини номоён бўлиши орасидаги боғланишни аниқлаш **92**

Хаширбаева Д.М. Выявление связи между длительным воздействием опасных и вредных производственных факторов и его вероятными последствиями

ТИББИЙ ТАЪЛИМ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Амалиётчи врачлар диққатига **95**

Вниманию практикующих врачей

Горбунова И.Г. Врачларнинг амалий фаолиятида статистик хисоб ва тахлилларни ташкил қилиш **97**

Горбунова И.Г. Организация статистического учета и анализа в практической деятельности врача

ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР, ИЛМИЙ МУШОХАДАЛАР

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ, НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Маматкулов Ш.М., Шаймарданов Э.К. Туғруқдан кейинги анал инконтиненцияни даволашнинг назарий ва амалий асослари **102**

Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Маматкулов Ш.М., Шаймарданов Э.К. Основные положения развития теории и практики лечения послеродовой анальной инконтиненции

Сахарова О.И., Махмудова А.Д., Хайрутдинова Н.Х., Бабаева О.В., Хасанова К.Т. Транексам кислотаси – гематологик беморларга гемостатик терапия сифатида замонавий восита **105**

Сахарова О.И., Махмудова А.Д., Хайрутдинова Н.Х., Бабаева О.В., Хасанова К.Т. Транексамовая кислота как современное средство гемостатической терапии гематологических больных

Курбанова Ш.М. Мусиқатерапия саногенез омили **109**

Курбанова Ш.М. Музыкотерапия как фактор саногенеза

Тиббиёт янгиликлари (Интернет) **113**

Новости медицины (Интернет)

АМАЛИЙ ШИФОКОРГА ЁРДАМ

Ким К.А., Ахмедова Р.Т., Рахмонов Р.Я., Холматов Х.Х., Ибрагимова Д.Р. Шошилинч педиатрия амалиётида гипотермиянинг клиник холати **115**

Сайдахмедов И.О., Кодирова А.З., Махмудов Н.И., Мамаджанов Б.С. Вирусли пневмония: ташхисот ва даволашнинг ўзига хос хусусиятлари **117**

РЕЦЕНЗИЯЛАР

Мамадов Ю.М., Хўжамбердиев М.А., Маматов Б.Ю. Клиник фармакология дарслигига **119**

ЮБИЛЕЙЛАР

Усманходжаев М. С. **120**

Хожаев А. **121**

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Ким К.А., Ахмедова Р.Т., Рахмонов Р.Я., Холматов Х.Х., Ибрагимова Д.Р. Клинический случай гипотермии в практике экстренной педиатрии

Сайдахмедов И.О., Кодирова А.З., Махмудов Н.И., Мамаджанов Б.С. Вирусная пневмония: Особенности течения, диагностики и лечения

РЕЦЕНЗИИ

Мамадов Ю.М., Хўжамбердиев М.А., Маматов Б.Ю. Клиническая фармакология

ЮБИЛЕИ

Усманходжаев М. С.

Хожаев А.

МУХАРРИР МИНБАРИ

Ўзбекистон врачлар ассоциацияси ўз аъзолари ва барча тиббиёт ходимларини ҳамда журнал ўқувчиларини чин юракдан "НАВРЎЗ" байрами билан табриклайди, уларга халқни соғлиғини сақлаш каби олийжаноб касбларида улкан зафарлар ва омад тилайди.

2015 йил Ўзбекистон Республикаси Президенти томонидан "Кексаларни эъзозлаш йили" деб эълон қилинди. Ўзбекистон врачлар ассоциацияси ҳам ушбу йилга ўзининг муносиб хиссасини қўшиш ва тиббиёт соҳасида кўп йиллар давомида самарали меҳнат қилган врачларни қўллаб-қувватлашни режалаштирган.

Жорий йилда Ўзбекистон врачлар ассоциацияси Президиуми иш режасига биноан ўз фаолиятини бошлади. Биринчи ва иккинчи йиғилишларида Кенгашга тайёргарлик ишлари муҳокама этилди ва 2014 йил якунларига бағишланган Ўзбекистон врачлар ассоциацияси Кенгаши, 2015 йил 4-апрелда Тошкент шаҳрида ўтказилди. Бундан ташқари 2015 йилда катта тадбирлардан аввалги йиллар каби "Аҳолининг касалланиш кўрсаткичларига таъсир қилувчи хатарли омиллар ва уларни олдини олишда долзарб масалалар"га бағишланган ҳудудий илмий-амалий конференцияни Жиззах ва Сирдарё вилоят врачлари учун Гулистон шаҳрида ўтказиш ражалаштирилган.

Ассоциация бўлимлари ҳам жорий йилда ўз фаолиятларини тасдиқланган иш режалари, штат ва даромад ва харажатлар сметаларига биноан бошладилар. Ўтган йили Ўзбекистон врачлар ассоциацияси, Ассоциациянинг Сурхондарё ва Самарқанд вилоятлари томонидан Олий Мажлиси ҳузуридаги Нодавлат нотижорат ташкилотларини ва фуқаролик жамиятининг бошқа институтларини қўллаб-қувватлаш жамоат фондидан ютилган грантлар якунланмоқда.

2015 йилда Ўзбекистон врачлар ассоциациясининг бюллетенининг ташкил топганига 20 йил тўлди. 1995 йилдаги журналга нисбатан таққослаганда журнал бўлимлари 1,5 баробар , хажми 5 баробар, обунаси 20 баробар ортди. Журналга янги масофадан ўқитиш, тиббиёт янгиликлари ва бошқа бўлимлар киритилди. Шу сабабли Ўзбекистон врачлар ассоциациясининг бюллетенининг ўтган йиллар давомида нуфузи ортди, унда нашр этилаётган мақолалар нафақат илмий, балки амалиётда фаолият кўрсатаётган врачлар учун ҳам қизиқарли ва фойдали бўлмоқда. Биргина масофадан ўқитиш дастури орқали 2015 йилда 400 дан ортиқ ўқувчи қатнашди ва уларнинг аксарияти 18 соатли сертификатларга эга бўлишди.

Ўйлайманки, 2015 йил ҳам Ўзбекистон врачлар ассоциацияси ва унинг журналларига омадли келади. Режалаштирилган барча ишларимизни юқори даражада амалга ошириб, аҳоли саломатлик кўрсаткичларини яхшиланишига, тиббиёт соҳасининг илми ва амалиётини ривожлаништиришга интиламиз.

УДК: 616-002.5:616.9-036-614.21

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА СИЛ КАСАЛЛИГИ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА СИЛГА ҚАРШИ ОЛИБ БОРИЛАЁТГАН ЧОРА-ТАДБИРЛАР

Азимов Р. И., Қосимова Д.А., Нурмуминов М.Ш.
(ТТА)

21 асрнинг бошида сил ўз долзарблигини сақламоқда ва бутун жаҳон соғлиғини сақлаш тизимининг долзарб муаммоси деб ҳисобланмоқда. Сил касаллининг сонини ошиб боришига ва ўлим сонини кўпайишига, унинг структурасининг ёмонлашишига ижтимоий-иқтисодий, экологик, демографик, миграцион жараёнлар ва бошқа омиллар таъсир қилади.

Калит сўзлар: туберкулёз, профилактика, ревакцинация.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ТУБЕРКУЛЁЗА И ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ МЕРОПРИЯТИЕ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Туберкулёз сохраняет свою актуальность и является приоритетной проблемой здравоохранения во всем мире. На рост заболеваемости и смертности от ТБ, ухудшение его структуры оказывают влияние неблагоприятные социально-экономические, экологические, демографические факторы, миграционные процессы, негативные поведенческие факторы.

Ключевые слова: туберкулёз, профилактика, ревакцинация.

PREVALENCE OF THE TUBERCULOSIS AND CARRIED OUT ANTITUBERCULAR ACTION IN REPUBLIC UZBEKISTAN

In beginning XXI of a century the tuberculosis keeps the urgency and is priority of problems public health services all over the world. On growth morbidity and death rates from TB, influence deterioration of its structure unfavorable social and economic, ecological, emigration factors, migratory processes and also negative behavioral factors.

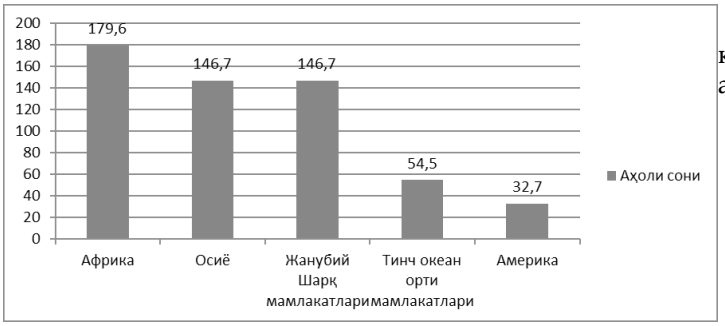
Keywords: tuberculosis, preventive maintenance, revaccination.

Мавзунинг долзарблиги: Ўтган икки аср мобайнида катта эпидемия ҳисобига кўп инсонлар умрига завол бўлган сил касаллиги XXI асрга келиб ҳам барча дунё мамлакатлари учун ўта муҳим муоммо бўлиб қолмоқда. Сил билан хасталаниш ва ундан ўлиш кўрсаткичларининг ортиб боришига, ушбу касаллик оғир клиник шаклларининг учраётганлигига нохуш ижтимоий ва иқтисодий, экологик, дермографик омиллар, миграцион жараёнлар ва инсонлар орасида алкогализм, наркомания ҳамда ОИТС билан хасталаниш каби иллатларнинг бораётганлиги сабаб бўлмоқда[1]. Ривожланаётган давлатларда ўрта ҳисобда зарарланиш, ривожланган мамлакатлардагига қараганда 15-20 баравар кўп[1,2]. Республикамизда мавжуд баъзи қийинчиликларга қарамай, янги туғилган чақалоқларни БЦЖ вакцинацияси билан эмлаш мунтазам амалга оширилмоқда. Бу кўрсаткич 99,5-99,8% ни ташкил қилади. Шу билан биргаликда ревакцинация ва туберкулиндиагостикани амалга оширишни ташкил қилишда БЦЖ вакцинаси ва туберкулин етишмаслиги билан боғлиқ қийинчиликлар мавжуд. 2010 йилда республикамизнинг деярли барча вилоятларида болалар ва ўсмирларнинг 2 та гуруҳида БЦЖ ревакцинацияси ва туберкулиндиагностикаси ўтказилмади. Туберкулинодиагностика билан болаларни қамраб олишнинг камайиши болалар орасида силнинг кичик, барвақт аниқланган шакллари сонининг 2002 йилдаги 67% га нисбатан 2009 йилдаги 29% гача камайишига олиб келди[2].

Ишнинг мақсади: Ўзбекистон Республикаси аҳолиси ўртасида сил касаллигининг тарқалганлиги бўйича асосий статистик маълумотларни таҳлил қилишдан иборат.

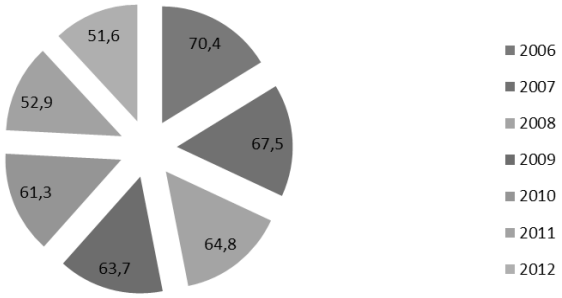
Текширув материаллари ва услублари: Ўзбекистон Республикасида аҳолиси ўртасида охирги 10 йил ичида сил касаллигининг тарқалганлиги бўйича асосий статистик маълумотларни таҳлил қилинди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига қараганда, ер юзи аҳолисининг учдан бир қисми сил микобактерияси билан зарарланган, шулардан, ҳар йили 8-10 млн инсон касаланади ва 2,5-3 млн касалликдан вафот этади[1,2].



Расм-1.Турли мамлакатларда сил касаллиги билан касалланиш (100 000 аҳолига)

Ўзбекистан Республикасида Республика Саломатлик ва тиббий стастистика институтининг маълумотига кўра қўйидагича:



Расм-2. Ўзбекистонда сил билан касалланиш(100 000 аҳолига)

Республикамизда сил касаллигининг тарқалишига экологик вазиятнинг ўзгаришлари, айрим жойларда аҳолининг мавжуд ижтимоий-иқтисодий аҳволи, одамлар миграцияси, ОИТС га дучор бўлган беморлар орасида полирезистент сил шаклларининг кўпайиши сабаб бўлмоқда. Бироқ, охирги йилларда профилактик ва эпидемияга қарши тадбирларнинг ҳамда DOTS стратегиясининг тадбиқ қилиниши натижасида касалланиш, ўлим кўрсаткичларининг бир қатор барқарорлашишига ва камайишига эришилди[2].

Сил билан касалланиш динамик кўрсаткичларининг энг юқори даражаси 2002 йилда 100 минг аҳолига нисбатан 79,4 га тенг бўлган бўлса [2],2012 йилга келиб 51,6 ни ташкил қилди, яъни бу кўрсаткич 35% га камайишига эришилди.

Юқорида кўрсатилганидек, Ўзбекистонда 2002 йилдан бошлаб DOTS дастури бутун вилоятларда тадбиқ қилинган. Агарда 1990-1995 йилларда силга қарши дорилар таъминлашидаги қийинчиликлар ва узилишлар туфайли силни даволаш самараси кўрсаткичлари, яъни балғамда сил таёқчалари ажралиши тўхташи 78,4% ни, деструкция ёпилиши 74,0% ни ташкил қилган бўлса, DOTS дастури тадбиқ қилинганидан сўнг 2009 йилга келиб илк бор ўпка сили аниқланган беморлар балғамида сил таёқчалари ажралишининг тўхташи 87,3% ни, деструкциянинг беркилиши 79,2% ни ташкил этди[2].

Республикамизда сил бўйича ўлим кўрсаткичи йил сайин пасайиб бормоқда ва бу кўрсаткич 2002 йилда 100 минг аҳолига нисбатан 12,3 ни ташкил этган, 2009 йилга келиб 6,1 га тенг бўлди, яъни 51,2% га камайди[2].

Касалланиш ва ўлим кўрсаткичларининг таҳлили фақат сил касаллигининг таркалиши, силга карши ўтказилаётган тадбирлар сифати хақида тасаввур қилиш учун эмас, балки, умуман олганда, Республика бўйича эпидемия жараёнини белгилаб берувчи қонун-қоидаларни баҳолаш учун зарур. Бу оғир дардга қарши курашиш мамлакатимиз мустақилликка эришганидан кейин янги босқичга ўтди. Бу соҳадаги профилактик, комплекс даволаш, кўзатиш ишлари Республика ҳукуматининг диққат-эътиборида турибди. Силга қарши чора-тадбирлар давлат ҳисобидан бепул амалга оширилади[2].

Республикада сил бўйича эпидемик ҳолат танглиги сақланиб қолган ҳолда, шуни таъкидлаш жоизки, маълум даражада касаллаликнинг камайиш тенденцияси кузатиляпти. Келтирилган кўрсатгичларга асосланган ҳолда силдан касалланиш ва ўлим кўрсатгичларининг аста-секин камайиб бориши башорат қилинмоқда[2,3].

Хулоса: 2011 йилда Республикамиз хукумати томонидан 2011-2015 йилларга мўлжалланган силга қарши Миллий дастурнинг қабул қилиниши фикримизнинг яққол далилидир. Ушбу дастур сил билан касалланган беморлар ва силга қарши кураш муассасаларида ишлаётган тиббиёт ходимларининг манфатларини, хақ-хуқуқларини ҳимоя этадиган хуқиқий базани такомиллаштиришга, силга қарши кураш муассасалари структурасини оптималлаштиришга, уларни

ҳозирги замон талабига тўла-тўкис жавоб берадиган капитал таъмирлаш ва реконструкция қилишга, замонавий тиббиёт ускуналари билан таъминлашга қаратилган.

АДАБИЁТЛАР

1. TreireM., Rosingo V., Soining forces to defelop weapons against TB: together we must // Bull. World health organ - 2002 - v80 № 6 - p. 424.

2. А.М. Убайдуллаев, Ф.К. Ташпулатова, Ф.Т. Абсадикова, "Ўзбекистонда сил касаллиги эпидемиологик холати ва профилактикаси".// Ўзбекистон тиббиёт журнали, 2011.№5 б-39.

3.Убайдуллаев А.М., Хамракулов Р.Ш., Стояновский Э.А., Атауллаева Х Э. «Эпидемиология и организация борьбы с туберкулезом в Узбекистане»./ Проблемы туберкулеза -1997. №7 -с.20-22.

УДК: 616.02-414.0

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННОГО И НОВЫХ МЕТОДОВ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СРЕДИ МАГИСТРОВ И ВРАЧЕЙ

Худайбергенов А.М., Абдурахимов З.А.
(АВУ, ИЗИМС, ТашПМИ)

Теоретических знаний больше у магистров, чем у врачей, хотя практических знаний больше у врачей. Вместе с тем, анализ показал, что знания полученные путём традиционного или дистанционного (журнал, интернет) обучения, практически не отличаются.

Ключевые слова: дистанционное обучение, интернет обучение, традиционное обучение.

ВРАЧ ВА МАГИСТРЛАРНИ АНЪАНАВИЙ ВА ЯНГИ МАСОФАДАН ЎҚИТИШ НАТИЖАЛАРИНИНГ СОЛИШТИРМА ТАХЛИЛИ

Магистратурани битирганлар билан врачларнинг билимларни тахлил қилинганда, магистрлар билимларни юқорилиги аниқланади, шу билан бирга врачларнинг тажрибалари кўп. Ўзлаштириш даражаси тахлил қилинганда одатий ва масофадан (журнал ва интернет) ўқитиш усулларнинг фарқи деярли йўқлиги аниқланди.

Калит сўзлар: масофадан ўқитиш, интернет ўқитиш, одатий ўқитиш.

COMPARATIVE ANALYSIS OF TRADITIONAL AND NEW METHODS DISTANCE LEARNING AMONG THE MASTERS AND DOCTORS

Studies have shown that in theorytical knowledge have been identified in more among masters than the doctors, although no doubt that the more doctors have the practical experience. The knowledge gained through traditional teaching or distance (internet and magazine form of training) learning, do not differ.

Key words: distance learning, internet of based, Journal of based.

Быстрые изменения медицинской теории и практики требуют от врачей постоянного повышения квалификации. Это связано с отрывом от работы и дома, дополнительными финансовыми расходами. В американской литературе существует особая единица измерения оценки устаревания знаний специалистов, так называемый, период полураспада компетентности. В результате устаревания знаний по мере появления новой информации компетентность медиков через 3-4 года снижается на 50 %. Такая быстрая динамика устаревания знаний должна учитываться образовательными стандартами и программами подготовки специалистов[1-6].

Цель исследования: проанализировать результаты различных форм обучения по одной тематике магистров и врачей.

Материал и методы. Материалами являлись результаты тестовых заданий для 136 респондентов, прошедших курс обучения на тему «Совершенствование подходов и экономическая эффективность профилактики ряда хронических заболеваний».

Результаты и их обсуждение. Для выполнения цели нами совместно с Ташкентским педиатрическим медицинским институтом и Ташкентским институтом усовершенствования врачей была разработана учебная программа на тему «Совершенствование подходов и экономическая эффективность профилактики ряда хронических заболеваний». Обучение проводилось традиционным (прямыми формами в течение 1 час 10 минут), дистанционным (интернет и журнальная форма обучения) методами обучения. Ретроспективным методом изучены результаты тестовых заданий среди 72 магистров и 64 врачей.

Традиционные методы обучения магистров и врачей (в виде презентации). Магистры 2 курса прошли обучение на кафедре «Общественное здоровье, организация и управление здравоохранением» в 2014 году. Для врачей обучение проводилось в Институте здоровья и медицинской статистики. После обучения каждому участнику было предоставлено 20 минут для ответов на тестовые вопросы и получены следующие результаты. Среди магистров европейской группы

Таб. №1

Анализ данных при различных формах обучения по теме «Совершенствование подходов и экономическая эффективность профилактике ряда хронических заболеваний»

№	ФИО	Кол-во участ-ников	Коли-чество тестов	До презентации, в том числе				После презентации, в том числе				Сред. время
				затр. время	Среднее кол-во пра-вильных ответов	процент от мак-си-маль-ного	Дата	затр. время	Среднее кол-во пра-вильных ответов	процент от мак-си-маль-ного	Дата	
	Магистры											
1	Магистры 2 курса (евро группа)	26	15	20	10	66,7	21.11.14	20	10,8	72	28.11.14	20
2	Магистры 2 курса (нац.группа)	27	15	Не изучалось				20	10,7	71,3	28.11.14	20
3	Интернет (онлайн) обучение на сайте ассоциации	19	15	7,4	10,6	70,6	2013-2014 гг.	4,5	11,7	73	2013-2014 гг.	5,9
	Врачи											
4.	Врачи в институте здоровья и медицинской статистики	22	15	Не изучалось				20	9,4	62	4.11.14	20
5.	Журнальная форма обучения	42	15	Не изучалось				Не ограничено	12	81	В период 2013 г.	-
	всего	136										

Таб. №2

Сравнительная оценка результатов тестирования проведенного среди магистров и врачей согласно теме **«Совершенствование подходов и экономическая эффективность профилактике ряда хронических заболеваний»** (неудовлетворительно, удовлетворительно, хорошо и отлично)

№	Наименование курса (вид обучения участников)	Количество участников	Количество тестов	Среднее количество правильных ответов	Средние баллы в переводе на проценты	в том числе,			
						55,9 и ниже (8 и ниже) неудов	56-70,9 (9-10) удов	71-85,9 (11-12) хорошо	86% и выше (13 и выше) отлично
1.	Магистры 2 курса (евро группа)	26	15	10,8	72	2 (7,5%)	7 (27%)	15 (58%)	2 (7,5%)
2.	Магистры 2 курса (национальная группа)	27	15	10,7	71,3	2(7%)	10 (37%)	10 (37%)	5 (19%)
	Всего магистры	53	15	10,8	71,7	4 (8%)	17 (32%)	25 (47%)	7 (13%)
3.	Интернет (онлайн) обучение на сайте ассоциации	19	15	11,7	73	-	8 (42%)	10 (53%)	1 (5%)
	Всего участники интернет обучения	19	15	11,7	73	-	8 (42%)	10 (53%)	1 (5%)
4.	Врачи в институте здоровья и медицинской статистике	22	15	9,4	62	8 (36,5%)	8 (36,5%)	4 (18%)	2 (9%)
5.	Журнальная форма обучения	42	15	12	81	-	6 (14%)	17 (41%)	19 (45%)
	Всего врачи	64	15	10,7	71,5	8 (13%)	14 (22%)	21 (32,5%)	21 (32,5%)
	Всего участников	136	15	11	72	12 (9%)	39 (29%)	56 (41%)	29(21%)

проведена сравнительная оценка результатов до и после обучения. До презентации, в среднем, правильных ответов было 10 (66,7%), после презентации – 10,8 (72%). Магистры европейской группы были заранее информированы о тестировании. Магистры национальной группы без предупреждения прошли тестирование сразу после презентации. По результатам тестирования в национальной группе правильных ответов – 10,7 (или 71,3%). Среди практикующих врачей правильных ответов было значительно меньше, чем у магистров европейской и национальной групп (62%).

Интернет-обучение. Для внедрения новых форм обучения нами была размещена учебная программа «Совершенствование подходов и экономическая эффективность профилактики ряда хронических заболеваний» на сайте Ассоциации врачей Узбекистана (www.avuz.uz). Разработана автоматическая программа отметки и сохранения данных. Участие в тестовых заданиях, обучение и тестирование проводилось на добровольной основе. После регистрации участники получали доступ к учебным программам. Таким образом прошли регистрацию и приняли участие по данной теме 19 магистров и врачей. В среднем, каждый участник отвечал по 4 раза на тесты. Все данные по согласию с участниками были сохранены на сервере сайта, которые включали дату участия, количество потраченного времеми на ответов и процент правильных ответов. При исходном уровне правильных ответов было 10,6 (70,6%), и потрачено, в среднем, 7,4 минуты; после ознакомления с темой правильных ответов было – 11,7 (73%).

Журнальная форма обучения. Тема «Совершенствование подходов и экономическая эффективность профилактики ряда хронических заболеваний» была напечатана в журнале «Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана». В журнальной форме обучения приняли участие 42 врача из различных регионов Узбекистана и РК – 1 врач; Бухарской области - 9; Андижанской области - 7; Сурхандарьинской области - 2; г. Ташкента - 3; Ташкентской области - 3; Джизакской области - 5; Наманганской области 2; Кашкадарьинской области - 1; Самаркандской области – 8; Навоийской области – 2 и Сырдарьинской области – 1 врач.

Журнальная форма дистанционного обучения была платной. Каждый врач должен был оплатить 50 % от минимальной заработной платы. Успешно ответившим на тесты (более 65%) врачам были выданы сертификаты, которые можно использовать для получения квалификационной категории.

Сравнительный анализ результатов и оценки знаний (таб. №2). Оценку «неудовлетворительно» получили 4 (8%) магистра, у 8 (36,5%) врачей прошедших обучение традиционным методом. Удовлетворительную оценку получили 17 (32%) магистров и 8 врачей (36,5%). Хорошую оценку получили 25 (47%) магистров и 4 (18%) врача. Отличную оценку получили 7 (13%) магистров и 2 (9%) врача.

Большинство (73%) врачей ответили на оценку «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». Лишь 40% магистров получили такие оценки. Оценку «хорошо» и «отлично» получили 27% врачей и 60% магистров.

Среди участников интернет программы неудовлетворительных ответов не было. Удовлетворительно ответили 42%, хорошо и отлично ответили 58% участников.

Среди участников журнальной формы обучения неудовлетворительных ответов также не было. Удовлетворительно ответили 6 (14%) участников, хорошо и отлично – 36 (86%).

Выводы. Проведенное исследование показало, что теоритических знаний больше у магистров, чем у врачей, хотя практического опыта больше у врачей. Знания, полученные путём традиционного обучения или дистанционного (интернет и журнальная форма обучения) обучения, практически не отличаются, а по оценкам даже превосходят обучение традиционным методом. Следовательно, в систему повышения квалификации врачей необходимо активно внедрять дистанционные методы обучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения РУз за № 202 от 12 июля 2012 года «О сроках и порядке прохождения повышения квалификации и переподготовки врачей в учреждениях системы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан».

2. Постановление Кабинета Министров РУз. «О совершенствовании системы повышения квалификации и переподготовки медицинских работников». № 319 от 18 декабря 2009 г. С. 6.

3. Коротков Ю., Стульева Т. О сертификации и лицензировании за рубежом. Врач.-1995.-№4.-С. 2-3.

4. Evans C.E., Haynes R.B., Gilbert J.R. et al. An educational package on hypertension for primary care physicians: Older physicians benefit most. Can Med Assoc J 1984.130 P.719.

5. McCauley R.G., Paul W.M., Morrison G.H. et al. Results of 5 years of peer assessment of physicians office practices by the College of Physicians and Surgeons of Ontario. Can Med Assoc J 1990. 84 P.162.

6. Davis D.A., Thomson M.A., Oxman A.D., Haynes R.B. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA 1995.274:P.700-705.

УДК:616.121–007.253:616.24–089.86–036.882.08

ТЕТРАДА ФАЛЛО БЕМОРЛАРГА АРТЕРИЯЛАР АРО АНАСТАМОЗ ҚЎЙИЛГАНДА, ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ҚИСҚА ВАҚТ ИЧИДА КИЧИК ҚОН АЙЛАНИШ ДОИРАСИДА ГИПЕРВОЛЕМИЯ РИВОЖЛАНИШИГА ТУРТКИ БЎЛГАН КЎРСАТКИЧЛАР

Жуламанова Д.И., Абралов Х.К., Ибадов Р.А.
(Ак. В.Вахидов номидаги РИХМ)

Ушбу мақола, тетрада Фалло беморларига классик ўмров-ўпка анастамози Блелок-Тауссиг бўйича ҳамда Фогарти типига мансуб қон томир катетери модификацияланган анастамоз ўрнатиш натижасида олинган дастлабки, натижаларга кўра якуний хулоса берилди. Натижаларга кўра, эрта операциядан кейинги асоратларга киради: кичик қон айланиш доирасининг гиперволемияси, операциядан кейинги қон кетишлар ва ўткир юрак етишмовчилиги ривожланиши. Далилларга кўра, Фогарти муаллифлик усули бўйича, юрак ўпка гемодинамикасини фаол бошқариш, ўлим холатини 1,6% фоизга тушишига ҳамда анастомоз гиперфункциясини ва юрак ўпка етишмовчилигини олдини олишга ёрдам беради.

Калит сўзлар: тетрада Фалло, ўмров-ўпка анастамози, кичик қон айланиш гиперволемияси.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ МЕЖАРТЕРИАЛЬНОГО АНАСТАМОЗА У БОЛЬНЫХ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО

В статье приведён анализ ближайших результатов классического подключично-легочного анастомоза по Blalock-Taussig и модифицированного анастомоза с помощью сосудистого катетера типа Фогарти у больных тетрадой Фалло. Отмечено, что в раннем послеоперационном периоде основными осложнениями являются: гиперволемия малого круга кровообращения, послеоперационные кровотечения и развитие острой сердечной недостаточности. Доказано, что активное применение авторского способа управления сердечно-легочной гемодинамикой с помощью катетера Фогарти позволяет достоверно снизить уровень летальности на 1,6% и избежать гиперфункции анастомоза и развития сердечно-легочной недостаточности.

Ключевые слова: тетрада Фалло, подключично-легочный анастомоз, гиперволемия малого круга кровообращения.

DEVELOPMENT OF HYPERVOLEMIC PREDICTORS IN PULMONARY BLOOD CIRCULATION IN NEAR AFTER OPERATED PERIOD AFTER APLYING ANASTAMOSES BETWEEN ATRIUM IN PATIENTS WITH TETRADO FALLOT

In article summation made up by consolidated analysis nearest results classical subclavian -pulmonary anastomos Blalock-Taussig and modified anastomosis by means of vascular catheter Fogarti beside the tetralogy Fallot patients. Noted, that at early postoperative the period by main complications are: hypervolemia of pulmonary circulation, postoperative bleedings and development acute heart failure. It is proved that active using the author's way of management heartily-pulmonary hemodynamics by means of catheter Fogarti allows realistically to reduce the level lethality on 1,6% and avoid the hyperfunction of anastomosis and developments cardiopulmonary failure.

Keywords: tetralogy of Fallot, subclavian-pulmonary anastomos, hypervolemia of pulmonary circulation.

Тетрада Фалло беморларга артериялар аро анастамоз (ААА) қўйилганда операциядан кейинги қисқа вақт ичида нисбатан кўп учрайдиган асоратлардан кичик қон айланиш доирасида гиперволемия ривожланишидир.

Кескин қон оқимининг кўпайиши юракнинг чап бўлимларида оғир асоратлар ривожланиши яъни ўпка шишишига ҳамда ўткир юрак чап қоринчаси етиш моъчилигига олиб келади. Ушбу асоратлар оқибатида операциядан кейин кузатилган ўлим холатлари 75 - 15,6% кўтарилган [Chen Q. et al.,2001; Ghail A., et al., 2002; Kondo C. et al. 1995]. Шунга кўра операциядан кеймнги қисқа вақт ичида ААА қўйилган тетрада Фалло бўлган беморларда кичик қон айланиши доирасида гиперволемия ривожланишига туртки бўлган омилларни олдини олиш долзарб вазифа бўлиб хисобланади.

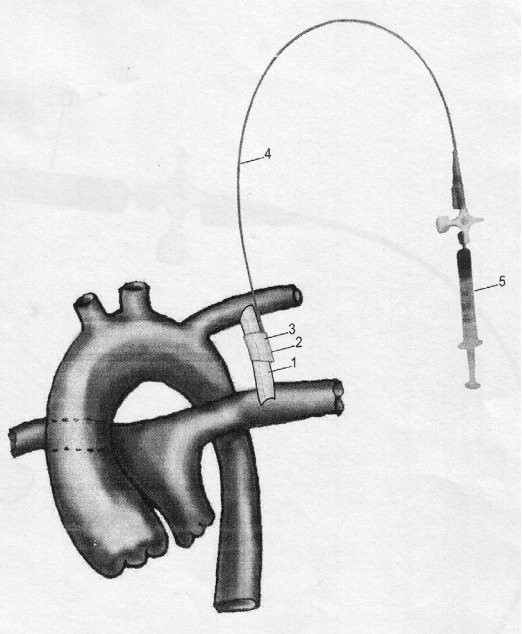
Анастамоз гиперфункциясига сабаб анатомик яъни (катта ўячамли анастамоз, кичик қон айланиш доирасидаги қон томирларнинг гипоплазияси) ҳамда физиологик – гемодинамик силжишлар яъни кичик қон айланиш доирасига нисбатан қон оқимининг тўғри келмослиги (тахикардия, ҚБнинг ошиши, веноз қайтишнинг пасайиши) (Зиньковский М.Ф., 2002).

Ушбу холатдаги беморларни стандарт усуллар билан ташхислаш, етарли даражада маълумот беради. Эрта операциядан кейинги холатда қондаги газ алмашинувини ҳар 3-4 соатда кузатиш лозим (асосан pH, paO_2 ва SaO_2). Гиперфункция ривожланиш илк белгиси paO_2 ва SaO_2 ошиши, сўнгра кичик қон айланиш доирасида қон оқимининг кучайиши, ўпка артерияси артериола

туридаги қон томирлар хажмига куч келиши ҳамда альвеолалар бўшлигига суюқликларни оқиб чиқиши ва рефлектор томирлар торайишига (Китаев рефлекси), артериал қондаги газ алмашинувининг ёмонлашуви кузатилади, гемодинамик кўрсаткичлар пасайишига, юрак қон томирларининг ўткир етишмаслигига олиб келади.

Текширувлар мақсади: Ушбу тадқиқотнинг мақсади операциядан кейинги қисқа вақт ичида ТФ бўлган беморларда ААА қўйилгандан кейин кичик қон айланиш доирасида гиперволемия ривожланишига туртки омилларни аниқ ўрганишдир.

Материал ва усуллар: 2007йилдан бошлаб артериалар аро анастамоз орқали бошқариш усули қўлланилмоқда, ушбу усул орқали ЎОЎдан кичик қон айланиш доирасига отилиб чиққадиган қон босими бошқарилади, бу ўз навбатда қўйилган анастамозга қон отилиш оқиминии чегаралаш учун муҳимдир. Ўмров ости ҳамда ўпка артериал системаси таркибий қисимларини ўлчаб ўпка оқимига қон отилиш системали миёрини бошқариш мумкин. Бу ўз навбатда анастамоз гиперфункция бўлиши ҳамда ўпка артериал системасида юқори босимни олдини олади, бу ўз навбатда юрак қон томир етишмовчилигига сабаб омилларни олдини олади.



Сўр. 1. Фогарти катетери билан бошқариладиган ўмров ости ҳамда ўпка артериал анастамози.

Тадқиқот академик В.Вахидов номидаги РИЖМ базасида ўтказилди, 2007-2014й мобайнида операция қилинган 80 нафар беморларда ҳамда барча холатларда модификациялашган Блелок-Таусcиг (БТ) анастамози қуйилган. Касаллар 1ёшдан то 22 ёшгача (ўртача 8,7 ± 0,9 ёш). Беморларнинг 43 (53,75%) эркаклар, 37 - (46,25%) аёллар.

Ҳамма 80 нафар беморлар стандарт клиник ва инструментар усуллар ёрдамида текширувдан ўтказилди, ЭКГ, ЭхоЭГ ва рентгенологик текширувлар, коронаровентрикулография.

Натижалар: Эхокардиография - ВПС беморларга ташхис қўйишда асосий ноинвазив усулдир. ТФда юрагининг ишлаш қобиляати ўзгариш ЧҚ хажм жихатдан камайиши, ўпка артерия шохчаси ва устуни гипоплазияси ривожланиши билан изохланади. ЭХОКГни бахолаш учун қўйдаги маълумотлардан фойдаланилди, анатомик ўзгаришларнинг акс этганлиги ва юрак ички гемодинамик ўзгаришлар босқичи айнан: ўпка артериясининг устун ва шохлари ўлчами, клапан қопқоғи хусусияти ўзгариши (1 жадвал).

Хавфли омилларни бахолаш учун қўйдаги кўрсаткичларни аниқланди. Nakata чиқувчи индекси, чап қоринча (ЧҚ) охирги диастолик хажми, операциядан кейинги қисқа вақт ичида гемодинамик кўрсаткичлари: юрак артериал босими, марказий веноз босим, юракнинг қисқариш тезлигидир.

КДИ ЧҚ кичик қон айланиш доирасидан қон оқимининг қайтиши пасайиши билан, кичик қон айланиш доирасида гиперволемия ривожланиши учун муҳим омилдир.

1 жадвал

Тетрада Фалло беморларнинг чап қоринча эхокардиографик кенг хажимли кўрсаткичлари (n=80)

	КДОЧҚ операциядан олдин	КДИЧҚ операциядан олдин	КСОЧҚ операциядан олдин	УО операциядан олдин	ФВ% операциядан олдин
I гуруҳ	23,42±1,95	25,28±1,06	7,63±0,89	16,48±1,28	69,21±1,47
II гуруҳ	20,82±2,12	27,30±1,92	6,52±0,88	14,78±1,76	69,62±1,71

p>0,05

1 жадвалдан кўриниб турибдики иккала гуруҳ беморларда 30мл дан паст КДИ ЧҚ, ЧҚнинг гиперплазиясини акс эттирди, демак ушбу ААА қўйиш усулини ҳамма холатларда қўллаш мумкинлигидан далолат беради.

Узлуксиз ҳамда импулсив равишда доплерография усули билан қон оқимининг (ламинар, турбулент) ЎА, ЎҚ, ЎБ ва ЧБ характери баҳоланди, трикуспидал ва ЎАнинг яққол етишмовчилиги борлиги ҳамда ГСД ЎА клапани билан баробарлигини кўрсатади. Олинган натижаларга кўра хисоб кўрсаткичлари аниқланди яъни Nakata индекс кўрсаткичи.

2 жадвал

Ўпка артерияси шохи ва танасининг гипоплазия даражаси

	Д ств. ЎА операциядан олдин	Д Л ЎА операциядан олдин	Д Пр ЎА операциядан олдин	ЎҚ/ЎА градиенти	Nakata индекси
I гуруҳ	1,11±0,06	0,97±0,04	0,98±0,04	74,84±5,37	206,80±15,63
II гуруҳ	0,95±0,08	0,94±0,06	0,87±0,07	84,42±3,90	195,23±17,71

p>0,05

Тана юзаси мойдонинг ўпка артерияси шохининг кундаланг кесишуви егиндисига нисбати деб хисобланади.

Nakata индекси = $(S_{LPA}+S_{RPA})/BSA$

Нормада ушбу кўрсаткичлар 330-350 мм²/м²га ўзгаради ва ўпка артериясининг ривожланиш даражасини кўрсатади, демак кичик қон айланиш доирасини ҳам акс эттиради. Nakata кўрсаткичи беморнинг холатини баҳолашда мухумлидир ва функционал қобилиятини, ҳамда бирламчи радикал коррекция қобилиятини баҳолаш.

Гумонли белгиларининг мос келмаслиги кичик қон айланиш доираси ўртасида ҳамда қон оқимининг хажми ААА бўйича Nakata индекси ва КДИ ЧҚ билан баҳоланади.

Солиштирма тахлиллар шуни кўрсатдики анастамоз гиперфункцияси кўзатилганда Nakata индекси ва КДИ аниқ паст эди (3 жадвал).

3 жадвал

Солиштирма Nakata индекси ва ЧҚКДИси тахлиллари

Кўрсаткич	Неосложненное течение (n=61)	Анастомоз гиперфункцияси (n=17)	P
Nakata индекси	239,5±9,6	157,5±11,6	<0,001
ЧҚКДИ индекси	27,9±0,9	22,0±1,7	<0,05

Жадвалдан кўриниб турибдики операциядан кейинги қисқа вақт ичида беморларда анастамоз гиперфункцияси кузатилган, Nakata индекси эса 157,5±11,6 мм²/м², КДИ ЧҚ – 22,0±1,7, кичик қон айланиш доирасининг гиперволемия бўлмаган беморларда эса ушбу кўрсаткичлар Nakata индекси 239,5±9,6 мм²/м², КДИ ЧҚ - 27,9±0,9 мл/м²ни ташқил қилади.

Хулоса:

Олинган маълумотларга кўра кичик қон айланиш доирасида анастамоз гиперфункция бўлишига хафв борлигини кўрсатди. Шунга кўра анастамоз гиперфункция бўлишига туртки омиллар индекси Nakata ва КДИ деб хисобланди, кичик қон айланиш доирасини холатини кўрсатадиган яънида аниқ кўрсаткичлари ААА қўйишдан олдинги гемодинамик кўрсаткичлар МВБ ва ЮКТ, бу ўз навбатда анастамозда эрта гиперфункция ривожланиши кўрсатувчи хабарли белгилардан бўлиб хисобланади.

АДАБИЁТЛАР

1. Амосов Н. М., Зиньковский М. Ф. Хирургическое лечение тетрады Фалло. Киев, Журнал Здоровья. 1982. 215с..
2. Байдья П.Р. Многоэтапный подход в лечении тетрады Фалло при гипоплазии системы легочной артерии // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2002.№1.С.65-69
3. Багатурия Д.Ш. Допплерэхокардиографическая оценка гемодинамических показателей у больных с тетрадой Фалло// Кардиология. №11. 2002. С.25-27
4. Бокерия Л.А., Туманян М.Р., Зеленикин М.А., и др. Анализ ближайших результатов хирургического лечения тетрады Фалло у детей раннего возраста // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.-2001 №1.-С. 4-10
5. Бураковский В.И., Бухарин В.А., Подзолков В.П., Радикальное хирургическое лечение тетрады Фалло// Последние достижения хирургии на открытом сердце. - М., 1988. - С. 10-29.
6. Бураковский В.И., Бухарин В.А., Подзолков В.П., Радикальное хирургическое лечение тетрады Фалло// Последние достижения хирургии на открытом сердце. - М., 1988. - С. 10-29.
7. Богатурия Д.Ш. Допплерэхокардиографическая оценка гемодинамических показателей у больных с тетрадой Фалло // Кардиология №11.2002.С.25-27.
8. Зиньковский М.Ф., Лазоришинец В.В., и др. Ложная аневризма поключичной артерии после двухэтапной коррекции тетрады Фалло // Сердцево-судинна хирургия. К.2002.С.132-134

9. Chen Q., Monro J.L. Division of modified Blalock-Taussig shunt at correction avoids distortion of the pulmanory artery // Ann Thorac. Surg 2001; 71.P.1265-1266.

10. Hayabuchi Y, Inoue M, Sakata M, Kagami S. Multidetector-row computed tomography visualized peripheral pulmonary artery patency in a patient with occluded modified Blalock-Taussig shunt. //Int J Cardiol. 2009 Nov 6. P. 29-31.

УДК: 616.127-009.72/616.13-004.6-085

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СМЕШАННЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Эшпулатов А.С., Хошимов Ш.У., Кан Л.Э., Ахмедова Ш.С., Шек А.Б.
(РСЦК)

Цель: изучить эффективность и безопасность комбинированной терапии в лечении смешанной дислипидемии у больных нестабильной стенокардией

Материал и методы. Обследовано 40 больных с нестабильной стенокардией (НС). Половине пациентов (n=20, I группа) назначали лечение симвастатином в дозе 10 мг/сут в комбинации с фенофибратом 145 мг/сут; другая половина (n=20, II группа) получала розувастатин 10 мг/сут.

Результаты. После двух месяцев терапии уровень ОХС снизился на 10,7% и 18,6% (P<0,05), а ХС ЛПНП - на 6,0% и 16,5%, при лечении комбинацией и розувастатином. Уровень ТГ снизился на 34,8% (P<0,001), и 43,3% (P<0,001), в 1 и 2 группе, причём у принимавших розувастатин в большей степени (P<0,05).

Заключение. Комбинированное лечение симвастатин с фенофибратом и монотерапия розувастатином сопровождается снижением уровня общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ и вч С-РБ, при отсутствии побочных эффектов.

Ключевые слова: нестабильная стенокардия, смешанная дислипидемия, аполипопротеин А-I, аполипопротеин В, С-реактивный белок

АРАЛАШ ДИСЛИПИДЕМИЯСИ БОР НОМУҚИМ СТЕНОКАРДИЯЛИ БЕМОРЛАРДА КОМБИНАЦИЯЛАШГАН ТЕРАПИЯНИНГ САМАРАДОРЛИГИ ВА ҲАВСИЗЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Максад: Аралаш дислипидемияси бор номуқим стенокардияли беморларда комбинациялашган терапиянинг самарадорлиги ва ҳавсизлигини ўрганиш.

Материал ва методлар. Текширувга номуқим стенокардияли, аралаш дислипидемияни IIB туридаги 40 бемор киритилди. Беморларнинг ярмига (n=20, I гуруҳ) симвастатинни 10 мг/сут ва фенофибратни 145 мг/сут комбинацияда берилди. Беморларнинг иккинчи ярми (n=20, II гуруҳ) розувастатинни 10 мг/сут дозада буюрилди.

Натижалар. Розувастатин ва комбинацияли даво билан 2 ой давомида умумий ХС миқдори 10,7% ва 18,6 % тушди (p<0,05), ЗПЛП ХС миқдори эса 6,0 % ва 16,5 % тушди. 1 ва 2 гуруҳларда мос равишда ЗЮЛП ХС миқдори 8,7% ва 11,1% га ошди. ТГ миқдори 1 ва 2 гуруҳларда мос равишда 34,8% га (p<0,001) ва 43,3% га (p<0,001) камайди.

Хулоса. Шундай қилиб, олинган натижалар аралаш дислипидемияси бор номуқим стенокардияли беморларда симвастатинни фенофибрат билан комбинацияли икки ойлик даволаш самарадор ва ҳавфсиз эканлигини кўрсатди.

Калит сўзлар: номуқим стенокардия, аралаш дислипидемия, аполипопротеин А-I, аполипопротеин В, С-реактив оксил.

EFFICACY AND SAFETY EVALUATION OF THE COMBINED THERAPY OF MIXED DISLIPIDEMIA AT PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA PECTORIS

Material and methods. There were examined 40 patients with unstable angina (UA), with mixed dyslipidemia type IIB. Half of the patients (n = 20, I group) randomly assigned treatment with simvastatin 10 mg / day in combination with fenofibrate 145 mg daily. II gr (n = 20,) received rosuvastatin 10 mg / day, increasing it to 20 mg / day with no effect after 1 month.

Results. After two months of treatment, the level of total cholesterol decreased by 10,7% and 18,6 % (P < 0,05) and LDL-C – 6,0% and 16,5 % , in the treatment combination and rosuvastatin, respectively. The concentration of HDL-C increased by 8,7% and 11,1 %, respectively, in group 1 and 2, however, the increase was nonsignificant. TG decreased by 34.8 % (P < 0,001) and 43,3 % (P < 0,001) in Group 1 and 2 , where in taking rosuvastatin had a greater extent (P < 0,05), which was somewhat unexpected.

The conclusion. Thus, the results indicate that combined therapy with simvastatin and fenofibrat is effective and safe in treatment of mixed dislipidemia at patients with unstable angina pectoris.

Key words: unstable angina, mixed dyslipidemia, apolipoprotein A-I, apolipoprotein B, and C-reactive protein

Результаты многочисленных эпидемиологических исследований показывают, что смешанные дислипидемии являются важным фактором развития ишемической болезни сердца (ИБС) [3,5,8,9]. В связи с этим, одним из важных факторов при выборе гиполипидемических препаратов является их влияние на уровень триглицеридов (ТГ) [2,6]. Однако при применении комбинаций гиполипидемических препаратов нередко возрастает риск побочных реакций, что требует оценивать не только эффективность комбинированной терапии, но и её безопасность. В ряде исследований показана высокая эффективность представителя нового поколения статинов – розувастатина [1,7,10], однако эффективность его в виде монотерапии при смешанных дислипидемиях заслуживает дальнейшего изучения.

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность комбинированной терапии в лечении смешанной дислипидемии у больных нестабильной стенокардией.

Материал и методы. В исследование включены 40 больных нестабильной стенокардией (НС), соответствующей II В классам классификации E. Braunwald со смешанной дислипидемией IIB типа (уровень ХС ЛПНП >100 мг/дл, ТГ >200 мг/дл, но не выше 400 мг/дл). Средний возраст обследованных составил 60,7±7,9 лет, у 17 (42,5%) в анамнезе был инфаркт миокарда давностью не менее 3 месяцев; сахарный диабет имели 13 (32,5%) больных.

Половине пациентов (n=20, I группа) в случайном порядке назначали лечение симвастатином в дозе 10 мг/сут в комбинации с фенофибратом (трайкор) 145 мг сут. При отсутствии достижения целевого уровня ХС ЛПНП < 100 мг/дл через 1 месяц, дозу симвастатина увеличивали до 20 мг/сут; другая половина (n=20, II группа) получала розувастатин 10 мг/сут, с увеличением её до 20 мг/сут, при отсутствии эффекта через 1 месяц. В исследование не включали больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), перенесенным менее, чем 3 месяца назад, сахарным диабетом (СД) 2 типа в стадии декомпенсации, с сердечной недостаточностью (СН) III-IV ФК; сложными нарушениями ритма сердца; тяжёлыми нарушениями функции печени, почек.

Протокол исследования включал стационарное лечение (9-10 дней) и этап амбулаторного наблюдения после выписки больного из стационара – 2 месяца. На стационарном этапе у больного в день поступления, регистрировали жалобы, данные анамнеза (факторы риска, динамику болевого синдрома за неделю до госпитализации), клинические, гемодинамические показатели (частота сердечных сокращений - ЧСС, систолическое и диастолическое артериальное давление - САД, ДАД), ЭКГ покоя в 12 отведениях, клинические анализы и уровень тропонина при подозрении на ОИМ. На второй день проводили биохимические анализы, эхокардиографическое и ультразвуковое исследования сонных артерий.

Базисная терапия включала: антикоагулянты (гепарин или клексан) в остром периоде (100%), антиагреганты (100%), бета-адреноблокаторы (бисопролол, 100%), при необходимости – нитраты (95%) и ингибиторы АПФ (95%).

При проведении статистического анализа полученных данных использованы возможности электронных таблиц Microsoft Excel и пакета статистического анализа Statistica 6.0.

Результаты. Из табл. 1 видны исходные показатели липидов (общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПВП и КА), биомаркеров липидного обмена (АпоА-1, АпоВ и соотношение АпоВ/АпоА-1) в обеих группах существенно не различались. После двух месяцев терапии уровень общего ХС снизился на 10,7% и 18,6% (P<0,05), а ХС ЛПНП - на 6,0% и 16,5% при лечении комбинацией и розувастатином. Концентрация ХС ЛПВП возросла на 8,7% и 11,1%, соответственно, в I и II группе, однако увеличение носило недостоверный характер. Уровень ТГ снизился на 34,8% (P<0,001), и 43,3% (P<0,001), в I и II группе, причём у принимавших розувастатин в большей степени (P<0,05), что оказалось несколько неожиданным. В обеих группах одинаково возросла концентрация Апо А1 – на 22,5% (P<0,001) и 20,0% (P<0,001), а также снизилось соотношение АпоВ/АпоА-I – на 17,6% (P<0,001) и на 22,4% (P<0,001).

При сравнении исходных значений маркеров воспаления (вчСРБ, лейкоциты, СОЭ) не выявлено достоверных различий между изучаемыми группами (табл. 1). Концентрация маркера воспаления – вчС-РБ в I группе уменьшилась на 48% (P<0,01) и во II - на 40% (P<0,05), то есть несколько более выраженно в группе комбинированной терапии.

В связи с титрованием доз препаратов при двухмесячной терапии не зарегистрированы побочные эффекты в виде повышения уровня АЛТ, АСТ в 3 раза и уровня креатинфосфокиназы в 5 и более.

Обсуждение. Комбинированная терапия статинами и фибратами – одна из наиболее эффективных мер контроля липидов при выраженной гипертриглицеридемии [2], что подтверждают и результаты нашего исследования. Результаты рандомизированного клинического исследования SAFARI, в котором использовалась комбинация фенофибрата 200 мг с симвастатином у больных с комбинированной ГЛП и сахарным диабетом 2 типа, показали, что данная комбинация позволяет эффективно и безопасно добиться дополнительного снижения уровня ТГ и ХС ЛПНП по сравнению с монотерапией симвастатином [4]. В группе комбинированной терапии уровень ТГ снизился на 43% против 20% в гр. монотерапии симвастатином, а снижение

уровня ХС ЛПНП составило 31% против 26% в группе монотерапии симвастатином, соответственно.

Табл. 1

Динамика уровня липидов крови и биомаркеров липидного обмена в исследуемых группах (M±SD)

Показатели	I группа (n=20) Симвастатин + фенофибрат		**II группа (n=20) Розувастатин**	
	исход	**после лечения**	**Исход**	**после лечения**
Общий ХС, мг/дл	219,7±26,7	196,3±47,7	223,7±51,4	182,1±57,4*
ТГ, мг/дл	298,0±51,5	194,3±41,5***	284,8±75,1	161,4±46,8***(*)
ХС ЛПНП, мг/дл	121,0±26,0	115,0±35,7	128,3±40,0	107,1±37,7
ХС ЛПВП, мг/дл	39,2±7,9	42,6±15,5	38,6±6,3	42,9±9,0
ХСЛПОНП, мг/дл	59,3±10,3	38,8±8,3***	56,8±15,0	32,2±9,3***(*)
КА, отн.ед.	4,8±1,0	3,8±0,7***	4,8±0,9	3,3±1,0***
АпоА-I, мг/дл	142,0±30,0	174,0±25,5***	145,1±19,6	174,9±23,1***
Апо В, мг/дл	103,7±18,3	106,5±13,4	107,4±29,2	101,6±28,6
АпоВ/АпоА-I	0,74±0,14	0,61±0,10*	0,76±0,28	0,59±0,19*
вчСРБ, г/л	5,0±3,7	2,6±1,9**	5,0±4,1	3,0±2,2*
Лейкоциты (10'9/л)	6,6±2,3	6,5±1,3	6,6±1,6	6,6±1,0
СОЭ, мм/ч	8,1±6,6	7,3±5,3	9,9±6,3	8,5±4,3

Примечание: * P<0,05, ** P<0,01, ***P<0,001 – достоверность различия относительно исходного значения; (в случае непараметрического распределения – критерий Вилькоксона);

(*) P<0,05, (**) P<0,01, (***) P<0,001 – достоверность различия относительно принимающих розувастатин (в случае непараметрического распределения – критерий Манна-Уитни)

Заключение. Комбинированное лечение симвастатином и фенофибратом (2 месяца) при смешанной дислипидемии у больных нестабильной стенокардией сопровождается снижением уровня общего и холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов и высокочувствительного С-реактивного белка при отсутствии побочных эффектов в случае титрования дозы. Это является важным аргументом в пользу её применения наряду со статинами нового поколения (розувастатин), особенно больным с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов Г.П. Розувастатин (крестор). Клинические аспекты применения. Монография продукта. М: Астра Зенека 2004;79.

2. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза» Национальные клинические рекомендации, Москва 2009: 20-105.

3. Brindle P, Emberson J, Lampe F, et al. (2003). "Predictive accuracy of the Framingham coronary risk score in British men: prospective cohort study". BMJ 327 (7426): 1267.3. MRFIT research group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk factor changes and mortality results. JAMA 1982; 248:1465–77.

4. Grundy S.M, Vega GL, Yuan Z et al. Effectiveness and tolerability of simvsatatin plus fenofibrate for combined hyperlipideamia (the SAFARI trial). Am. J. Cardiol. 2006;98(3):427-8.

5. Heinonen OP, Huttunen JK, Manninen V et al. The Helsinki Heart Study: coronary heart disease incidence during an extended follow-up. J Intern Med 1994:235:41-9.

6. Jones P.H., Davidson M.H., Stein E.A. et al. and STELLAR Study Group. Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin versus atorvastatin, simvastatin, and pravastatin across doses (STELLAR Trial). Am J Cardiol 2003;92:152-160.

7. Olsson A. G. Rosuvastatin in dyslipidaemia and coronary heart disease. Science Press 5. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial results. II. The relationship of reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol lowering. JAMA 1984 Jan 20; 251(3):365-74.

8. Rifkind BM. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial. Drugs. 1986;31 Suppl 1:53-60.

9. Schuster H., Fox J.C. Investigating cardiovascular risk reduction-the Rosuvastatin GALAXY Programm. Exp Opin Pharmacother 2004; 5 (5): 1187–200.

10. Schuster H. The Galaxy Program: an update on studies investigating efficacy and tolerability of rosuvastatin for reducing cardiovascular risk. Expert Rev Cardiovasc Ther 2007; 5 (2): 177–93.

УДК: 616.361-072.1+616-002.3-06

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Акбаров М.М., Касымов Ш.З., Рустамов А.Ф., Тилемисов Р.О., Ташкенбаев Ф.Р.

(ТМА)

Традиционные операции при гнойном холангите представляют серьезную угрозу для больных, что обуславлено нарушением топографо-анатомических взаимоотношений органов, функциональным и органическим нарушением органов брюшной полости особенно у больных старших возрастных групп с тяжелой сопутствующей патологией. В связи с этим всё больший интерес вызывают малоинвазивные методы, в первую очередь, эндоскопические, папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), назобилиарное дренирование, литоэкстракция и транспапиллярное эндо-протезирование холедоха.

Ключевые слова: холангит, гнойное воспаление, осложнение.

ЙИРИНГЛИ ХОЛАНГИТНИ ЭНДОСКОПИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Анъанавий усулда ўтказилган жарроҳлик амалиёти қанчалик юқори техникада ўтказилмасин, беморлар учун жиддий жарохат етказиб, қорин бўшлиғи аъзоларини топографик-анатомик ўзгаришларига олиб келади, бу эса функционал ва органик бузилишлар билан намоён бўлади. Айниқса ёши катта ва оғир қўшимча касаллиги бор беморларда кузатилади. Шунинг учун катта диққат эътибор қам инвазив усулларга қаратилган. Буларга эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), назобилиар дренажлаш, литоэкстракция ва холедохни транспапиляр эндопротезлаш киради.

Калит сўзлар: холангит, йирингли яллиғланиш, асорат.

ENDOSCOPIC THERAPY PURULENT CHOLANGITIS

Despite the high level of surgical techniques, the traditional surgery for suppurative cholangitis pose a serious threat to patients that be conditioned the violation topographic relations agencies as well as functional and organic violations of the abdominal cavity. Especially we can see it in older patients with severe comorbidities. In connection with this growing interest is the use of minimally invasive techniques in the first place, endoscopic, as namprimer papilloma sphincterotomy (EPST), nazobiliar drainage, lithoextraction and transpapillary choledoch arthroplasty.

Keywords: cholangitis, purulent inflammation, complications.

Гнойный холангит является наиболее тяжелым осложнением доброкачественных и злокачественных заболеваний желчных путей. Сочетанное поражение желчных протоков с гнойным холангитом отмечается в 20 - 30% случаев; послеоперационная летальность при данной патологией составляет 15 - 45% [1,2]. Основной причиной летальности является прогрессирующая печеночно-почечная недостаточность, а развитие холангиогенных гнойных осложнений усугубляет течение заболевания и исход [16,19]. Несмотря на то, что гнойный холангит - спутник обструкции желчных протоков, в настоящее время он приобрёл статус самостоятельной проблемы. В значительной степени это обусловлено увеличением числа больных с осложненными формами желчекаменной болезни, снижением эффективности антибактериальных препаратов в лечении гнойных заболеваний, склонностью гнойного холангита к генерализации с образованием множественных абсцессов печени, развитием билиарного сепсиса [17].

Клиническая картина гнойного холангита развивается вследствие токсемии, вызываемой попаданием патогенной кишечной флоры в желчь и размножением ее в замкнутом пространстве. Микроорганизмы проникают в желчные протоки тремя основными путями: гематогенным, энтеральным и лимфогенным. Кишечная микрофлора поступает в воротный кровоток через кишечную стенку. Часть этих микроорганизмов задерживается ретикулоэндотелиальной системой и выделяется в желчь. При нарушении проходимости желчных протоков происходит размножение микроорганизмов в желчи, а при полной обтурации холедоха концентрация микроорганизмов в желчи приближается к их концентрации в толстой кишке.

При бактериальном исследовании желчи, взятой из внепеченочных желчных протоков, у больных острым гнойным холангитом наиболее часто обнаруживаются кишечная палочка, протеи, клебсиеллы, энтеробактерии, цитобактерии, синегнойная палочка, реже - стафилококк и стрептококк [11]. Важное место занимает неклостридиальная анаэробная инфекция. При тяжелом течении заболевания с наиболее выраженными признаками гнойной интоксикации

в большинстве наблюдений возбудителями инфекции были ассоциации E.coli и облигатного анаэроба семейства Bacteroides, особенно B. flagitis.

Патогенез, стадии развития заболевания и клиническая картина гнойного холангита складываются из трёх синдромов: холестаза, эндотоксикоза и полиорганной недостаточности.

Основную патогенетическую роль в возникновении гнойного холангита играет резкое повышение внутрипротокового давления, сопровождающегося нарушением пассажа желчи. Холестаз создает благоприятные условия для размножения микроорганизмов. Нарастание воспалительного отека стенки протока и непосредственное действие на ткани бактериального токсина приводят к ухудшению условий оттока желчи. Желчь больных, страдающих механической желтухой, содержит продукты клеточного распада, что делает ее токсичной. Токсическое действие желчи и изменение ее качественного состава выражается в угнетении секреции желчных кислот, повышении вязкости желчи, прогрессировании билирубинемии, уменьшении потребления кислорода клетками печени [5]. При повышении давления в холедохе до 300 - 450 мм вод. ст. возникает холангиовенозный и холангиолимфатический рефлюкс, в результате которого бактерии и эндотоксины из инфицированной желчи попадают в системные кровотоки и лимфатоки [20]. Токсические ингредиенты желчи, попадая в кровь, приводят к прогрессированию токсемии, которая сопровождается нарушением функции сердечно-сосудистой системы, печени, почек, центральной нервной системы, что в конечном итоге может реализоваться развитием синдрома полиорганной дисфункции.

В республиканском специализированном центре хирургии им. акад. В.Вахидова с 2011по 2013г наблюдались 48 больных с гнойным холангитом, из них с острым обтурационным холангитом – 6 (12,5%). При ЭРПХГ холедохолитиаз выявлены у 27 (56,5%) больных, стенозирующий папиллит – у 4 (8,5%), сочетание холедохолитиаза со стенозирующим папиллитом у 4 (8,5%), опухоли билиопакреатодуоденальной зоны – у 7 (14,5%), Возраст больных колебался от 25 до 82 лет, женщин было 19 (39,5%), мужчин – 29 (60,0%). У 8 (16,6%) из 48 больных не удалось ликвидировать блок холедохоэндоскопическим путем, литоэкстракция была невозможна из-за несоответствия размеров конкрементов и терминального отдела холедоха. Им выполнено назобилиарное дренирование спиралевидным дренажом с целью декомпрессии и предупреждения повторной обтурации холедоха с оставленным конкрементом. 3(6,2%) из них установлен ЧЧХС. После установки НБД и ЧЧХС больным проводилось промывание желчных путей антисептическими растворами. После купирования приступов механической желтухи и холангита этим пациентам произведены холецистэктомия, холедохолитотомия с дренированием желчных протоков, ХДА'. Всем больным, в предоперационном периоде и после оперативного вмешательства проводилась антибактериальная терапия по результатам бак. посева. Послеоперационная летальность составила 6,2%. Погибла одна больная из-за не купирующихся приступов холангита вследствие множественных холангиогенных абсцессов печени, два – из-за системно-восполительной реакции вследствие полиорганной недостаточности.

Для распознания патологии внепеченочных желчных протоков и холангита использовались клинико-лабораторные и специальные инструментальные методы исследования. Особые сложности в диагностике гнойного холангита возникали при субклинических формах, когда клиническая картина была не выражена. Всем больным с синдромом механической желтухи, поступающим в стационар, выполняли общие и биохимические анализы крови. В периферической крови в большинстве случаев выявляли лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, увеличение СОЭ. Среди лабораторных методов наибольшее значение имело определение уровня свободного и связанного билирубина, ферментов крови, что позволяло отличить паренхиматозную желтуху от механической, выявить степень повреждения гепатоцитов и функциональную способность печени. Во многих случаях отмечалась выраженная диспротеинемия сывороточного белка, которая связана с интоксикацией организма и нарушением функционального состояния печени [4].

Большое значение в абдоминальной хирургии имеет ультразвуковое исследование. Данный метод безопасный, простой, высоко информативный. Большим достоинством УЗИ является возможность повторных исследований, одновременной оценки состояния печеночной паренхимы, внутри- и внепеченочных протоков, желчного пузыря, поджелудочной железы [13, 15]. Всем больным с признаками механической желтухи при поступлении было произведено УЗИ брюшной полости. В 96% случаев выявлена гипертензия желчевыводящих протоков: у 27 больных обнаружены конкременты холедоха; в 37 случаях имелись признаки гнойного холангита.

Точные сведения о характере и уровне блока желчеоттока можно получить, лишь сочетанными рентгеноконтрастными исследованими желчных путей: ЭРПХГ, чрескожной чреспеченочной холецистохолангиографии, лапароскопической холецистохолангиографии [13].

В настоящее время ЭРПХГ является наиболее информативным методом исследования желчных путей [3, 7, 10, 19]. Данный вид исследования с вмешательством на БДС с 2011 по 2013годы в центре хирургии им. акад. В.Вахидова выполнены 42 больным с нарушением желчных протоков неясного генеза, для выявления его характера, оценки состояния желчных и протока поджелу-

дочной железы. Данное исследование позволило установить изменения характера желчи, причины внутрипротокового холестаза (конкременты холедоха, доброкачественные и бластоматозные сужения БДС и терминального отдела холедоха и др.). ЭРПХГ в 95% случаев позволила решить диагностические проблемы и выполнить адекватные вмешательства для разрешения явлений холестаза или рекомендовать рациональный метод лечения в каждом конкретном случае [19].

В 28,6% случаях ЭРПХГ с вмешательством на БДС и в терминальном отделе холедоха носила экстренный характер, из-за нарастания явлений эндотоксикоза вследствие нарушения желчных путей и гнойного холангита.

При отсутствии клинической картины и визуальных признаков нарушения желчных путей при эндоскопическом методе исследования из протоковой системы производился забор желчи для определения бактериальной обсемененности (бактериохолии). Оценка параметров протоковой желчи имеет большое значение в определении оптимальной тактики дренирования и санации желчных путей. Состояние желчи определяет особенности течения заболеваний желчных протоков послеоперационного периода, течение и прогноз эндогенной интоксикации и послеоперационных осложнений [18]. В 5% случаев у больных без клинических признаков нарушения желчных путей бактериохолия была $>10^5$ микроорганизмов в 1 мл желчи, что является показателем активного микробно-воспалительного процесса в желчевыводящих путях.

К бактериологическим методам исследования, относятся определение степени микробной обсемененности с помощью прямой фазово-контрастной микроскопии. Степень обсемененности определяется подсчетом количества бактерий в данном препарате.

Первостепенное значение в лечении гнойного холангита имеет декомпрессия желчных путей с последующей их санацией. После декомпрессии улучшается тканевая гемоперфузия и выделительная функция печени, увеличивается базальный кровоток по воротной вене, функциональный резерв печени, прекращается усиленное поступление эндотоксина в кровяное русло и создаются оптимальные условия для восстановления нарушенных функций печени и других органов и систем.

Несмотря на высокий уровень хирургической техники, анестезиологической и реанимационной помощи традиционные операции представляют серьезную травму для больных, нарушают топографо-анатомических взаимоотношений органов, что ведет к функциональным и органическим нарушениям; сопровождаются большим количеством осложнений (13,6 - 30,4%) и высокой летальностью (7,0 – 17,0%) особенно у больных старших возрастных групп с тяжелой сопутствующей патологией. В связи с этим все больший интерес вызывают малоинвазивные методы. В первую очередь, эндоскопические, таких, как папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), назобилиарное дренирование, литоэкстракция и механическая литотрипсия, транспапиллярное эндопротезирование холедоха. Большинству больных, которым выполнялась ЭРПХГ, была произведена ЭПСТ. Как метод выбора для 80 - 90% пациентов с калькулезно-воспалительными заболеваниями органов панкреатобилиарной зоны. Внедрение ЭПСТ в хирургию панкреатобилиарной зоны в полной мере разрешило вопросы декомпрессии желчевыводящей системы при ее опухолевой и рубцовой обструкции на фоне механической желтухи и острого холангита. В большинстве случаев (88,9%) ЭПСТ выполнена типичным способом, в остальных использовались неканюляционные или комбинированные методики. 12 больным (11,1%) вмешательство выполнено в два и более этапов из-за технических трудностей или возникшего кровотечения из папиллотомического разреза.

Лечебная тактика при холедохолитиазе в настоящее время стала более активной в связи с разработкой различных методов литоэкстракции и литотрипсии. Арсенал современных инструментов для литоэкстракции состоит из жестких и мягких корзинок Дормиа, баллонных катетеров. Жесткие корзины предпочтительны в случаях, когда диаметр камня сопоставим с диаметром терминального отдела холедоха. Баллонные катетеры и мягкие корзины целесообразно применять при мелких камнях, особенно при флотирующих конкрементах. Литоэкстракция показана пациентам с отягощенным анамнезом, когда нежелательны повторные исследования; опасности вклинения камней в терминальном отделе холедоха; их спонтанном отхождении; сочетании холедохолитиаза и холангита; множественных мелких конкрементах. Противопоказана литоэкстракция в том случае, когда диаметр конкремента превышает диаметр терминального отдела холедоха и размеры папиллотомического отверстия. По нашим данным, необходимость в выполнении литоэкстракции возникает у 43 - 69% пациентов.

Лечение гнойного холангита у больных с нарушением желчных протоков путем системного введения антибактериальных препаратов малоэффективно вследствие нарушения поглотительно-выделительной функции гепатоцитов на фоне снижения микроциркуляции в печени, вызванной длительной желчной гипертензией. Более эффективна методика местного лечения гнойного холангита [8]. Для местного лечения гнойного холангита помимо антисептических растворов мы применяли озонированный раствор в желчные пути через НБД или ЧЧХС. Это

обеспечивает подавление инфекции, способствует улучшению реологии желчи и пассажа ее в двенадцатиперстную кишку за счет высокой бактерицидной активности. Однако не следует забывать, что холестаз вызывает нарушения переваривающей, всасывательной, детоксикационной, барьерной и других функций кишечника в связи с тем, что после декомпрессии и при промывании НБД или ЧЧХС токсичная желчь попадает в кишечник. Поэтому промывание желчных путей через НБД было ограничено до 40 - 60 мл антисептического раствора. В тех случаях, когда промывание протоков происходило при непосредственном визуальном контроле эндоскопа, например, после ЭПСТ, с помощью катетера; количество антисептического раствора увеличивалось до 100 - 150 мл за счет того, что поступающая в двенадцатиперстную кишку токсичная желчь активно удалялась с помощью отсоса. 18 больным местное лечение гнойного холангита при установленном НБД, проводилось озонированным физиологическим раствором сразу после вмешательства на БДС и в течение 3 - 5 дней после него один раз в сутки по 50 - 60 мл. Контроль за эффективностью лечения осуществлялся на основании клинико-лабораторных данных и динамики бактериохолии. Сравнивая результаты местного лечения гнойного холангита растворами антисептиков и озонированными растворами, мы установили, что бактериальная обсемененность желчи снижается до уровня менее 10^5 в 1 мл желчи у больных после местной озонотерапии, в среднем, на $2 \pm 0,5$ дня быстрее, чем при традиционных методах санации.

Мы считаем неэффективным промывание НБД антибиотиками, так как введенные в протоковую систему они не задерживаясь выходят через дренаж, не создавая достаточной концентрации на определенное время в данном объеме.

Для купирования проявлений тяжелого эндотоксикоза, связанного с нарушением желчных протоков, гнойным холангитом и печеночной недостаточностью, проводились внутривенные инфузии озонированным раствором. Результаты указывают на высокий детоксикационный эффект в/в инфузий озонсодержащих растворов, что подтверждает литературные данные [12]. Озонирование, с одной стороны, усиливает перекисное окисление липидов, с другой, стимулирует внутриклеточный синтез антиоксидантов. Это дает возможность клетке осуществлять для энергетических целей не только внутримитохондриальное, но и внемитохондриальное окисление жирных кислот. На субклеточном уровне озонотерапия может характеризоваться как один из эффективных способов поддержания энергетического гомеостаза организма [14]. Использование этих методов лечения сокращает выраженность синдрома печеночной недостаточности. В 1,7 – 2,3 раза быстрее снижаются показатели эндотоксикоза, на 36% – частота гнойных осложнений, в 1,8 – послеоперационная летальность.

Применение современных эндоскопических методов лечения билиарной обструкции в сочетании с методами озонотерапии (местной и общей) является высокоэффективным лечебно-диагностическим комплексом при остром холангите у больных с синдромом нарушение желчных путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алтыев Б.К, Назыров Ф.Г., Ваккасов М.Х., Садыков Х.Т. Комплексное лечение гнойного холангита у больных неопухолевой обструкции внепеченочных желчных протоков. // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - т. 3. - № 3.- С. 30.
2. Буянов Б.М., Егоров В.И. Один из способов снижения летальности при операциях по поводу механической желтухи. // В сб.: 1–й Московский международный конгресс хирургов. – М. – 1995. – с. 389–39
3. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Кузовлев Н.Ф. и др. Вопросы патогенеза тяжести течения, клинических синдромов и дифференциального лечения гнойного холангита. // Хирургия. – 1997. – №1. – с. 77–78
4. Балалыкин А.С. ЭРПХГ, ЭПТ и чреспапиллярные операции - успехи и проблемы. // Сб. тезисов 3-го Моск. межд. конгресса по эндоскопической хирургии. - М. - 1999. - С. 22 - 24.
5. Гостищев В.К., Мисник В.И., Меграбян Р.А., Воротынцев А.С. Исследование больных заболеваниями желчных путей, осложненных механической желтухой, в дооперационном периоде. // Сб. тезисов 1-го Моск. межд. конгресса хирургов. - М. - 1995. - С. 304 - 305.
6. Данович А.Э., Рычагов Г.П., Назаренко П.М. Роль ЭРПХГ в диагностическом алгоритме заболеваний панкреатобилиарной системы. // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – т. 3. - № 3. - С. 55 - 56.
7. Даценко Б.М., Захарченко Ю.Б., Тамм Т.И. Лечение гнойного холангита. // Матер. 3 конф. хирургов-гепатологов “Новые технологии в хирургической гепатологии”. - СПб. - 1995. - С. 367 - 368.
8. Иванов В.И., Петров Ю.А. Рентгеноэндоскопические вмешательства в диагностике причин механической желтухи. // Сб. тезисов 1-го Моск. межд. конгресса хирургов. - М. - 1995. - С. 305 - 307.
9. Каргаполов Ю.А., Сысолятин А.А., Назаров А.А., Кулеша В.Ф. Пути оптимизации антибактериальной терапии в лечении острого холангита. // Матер. 3 конф. хирургов-гепатологов

"Новые технологии в хирургической гепатологии". - СПб. - 1995. - С. 378 - 379.

10. Касумьян С.А., Лелянов А.Д., Сергиенко В.И., Буянов А.Л., Некрасов А.Ю., Соколовский С.А. Применение озона в лечении гнойного холангита. // Матер. 3 Всерос. научно-практ. конф. "Озон и методы эфферентной терапии в медицине". - Н. Новгород. - 1998. - С. 64 - 65.

11. Крендаль А.П. Современные методы инструментальной диагностики механической желтухи. // Сб. тезисов 1-го Моск. межд. конгресса хирургов. - М. - 1995. - С. 30 - 301.

12. Лебкова Н.П. Ультраструктурные аспекты озонотерапии. // Матер. 3 Всерос. научно-практ. конф. "Озон и методы эфферентной терапии в медицине". - Н. Новгород. - 1998. - С. 33.

13. Лупальцов В.И., Сенников И.А., Хаджиев А.Ч. К вопросу хирургической тактики лечения больных с острым холангитом. // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - т. 3. - № 3. - С. 80 - 81.

14. Луцевич Э.В., Мешков В.М., Семенов М.В., Уханов А.П. Эндохирургические вмешательства у больных холедохолитиазом. // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - т. 3. - № 3. - С. 81.

15. Маскин С.С., Голуб Б.В., Аль-Аудат Незар. Оценка параметров состояния желчи при субклинических формах холангита. // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - т. 3. - № 3. - С. 83 - 84.

16. Перминова Г.И., Соколов А.А., Кингсеп Н.А., Рыжкова Л.В., Кашек А. Сложные случаи интерпретации рентгенологических данных в диагностике причин механической желтухи. // Матер. 4-го Моск. межд. конгресса по эндоскопической хирургии. - М. - 2000. - С. 227 - 229.

17. Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е., Тодуров И.М. Гнойный холангит. Патогенез и принципы лечения. // Матер. 2-го конгресса Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. - СПб. - 1998. - С. 56.

18. Ситников В.А., Стяжкина С.Н., Белоусов А.Н., Андрукович Ф.Ф. Антисептическая, детоксикационная и иммунокоррегирующая терапия в комплексном лечении гнойного холангита. // Матер. 3 конф. хирургов-гепатологов "Новые технологии в хирургической гепатологии". - СПб. - 1995. - С. 391 - 392.

19. Токин А.Н., Чистяков А.А., Никитин В.А., Мамалыгина Л.А., Желябин Д.Г., Кудряш В.Л. Холедохолитаз. Диагностика и лечение. // Матер. 4-го Моск. межд. конгресса по эндоскопической хирургии. - М. - 2000. - С. 319 - 320.

УДК: 616.34-007.272-053.1-053.2-089.22: 611.34

МАЛЬРОТАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б.

(ТашПМИ)

В статье представлены данные 123 детей с нарушениями ротации и фиксации кишечника, наблюдавшихся авторами в 2002-2013 г. Подробно анализируются формы течения и анатомические варианты ротационных нарушений. Приведены морфологические компоненты и операционные находки, характерные для отдельных клинико-анатомических форм мальротации кишечника.

Ключевые слова: мальротация, клиника, анатомические формы, диагностика, дети.

БОЛАЛАРДА ИЧАК МАЛЬРОТАЦИЯСИ

Ушбу мақалода 2002 - 2013 йилларда муаллифларнинг кўзатишида бўлган 123 нафар болаларда ичаклар ротация ва фиксацияси бузилиши баён этилган. Ротация бузилишининг анатомик вариантлари ва кечишнининг шакллари батафсил келтирилган. Ичаклар мальротацияси турли анатомик шакллари учун характерли белгилар ва операция жараёнида аниқланадиган ўзгаришлар тўғрисида сўз юритилади.

Калит сўзлар: мальротация, клиникаси, анатомик шакллари, ташхислаш, болалар.

MALROTATION OF THE INTESTINE IN CHILDREN

This article presents data of the studying of 123 children with intestine malrotation and fixation being under observation by the authors during the period from 2002 to 2013. The forms of development of malrotation and anatomic variants of the rotations disorders are analyzed in details. There are shown morphological components and operation findings characteristic for some clinical-anatomical forms of intestinal malrotation.

Key words: malrotation, clinical picture, anatomic forms, diagnosis, children.

Актуальность. Мальротация – аномалия положения и фиксация тонкой, толстой кишок и порочное формирование брыжейки в результате незавершенного или неправильного вращения эмбриональной пуповинной петли. Частота незавершенного поворота кишечника по данным литературы колеблется от 1:500 до 1:6000 новорожденных, у мальчиков наблюдается в 2 раза чаще, чем у девочек [7]. Встречаемость мальротации кишечника в популяции составляет 33% - 50% среди новорожденных с непроходимостью желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [2].

У 35-40% больных диагноз устанавливается на первой неделе жизни, в 50-60% случаев – в неонатальном периоде. На первом году жизни аномалии ротации выявляются в 75-90% случаев, в остальных случаях – в более старшем возрасте [1,3,8]. В литературе представлены единичные случаи мальротации кишечника среди взрослых [4,6].

Анатомические варианты этой патологии имеют разные клинико-рентгенологические проявления и требуют дифференцированного лечения. Данные литературы о мальротации кишечника в большинстве случаев содержат описание отдельных наблюдений. Внедрение эндохирургических операций и лапароскопической техники при мальротациях является новым перспективным направлением, пока доступным лишь ведущим центрам детской хирургии [5,9].

Смертность от мальротации, по данным различных авторов, колеблется от 6,9% - до 22,2%[4,9], в отдельных регионах достигает 50%[10].

Цель настоящего исследования – на основе собственных клинических наблюдений и литературных данных систематизировать характерные клинические и интраоперационные проявления отдельных анатомических форм мальротации и аномалий фиксации кишечника у детей.

Материалы и методы. В 2002-2013 г. в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились 123 ребенка в возрасте от одного дня до 15 лет с различными формами мальротации кишечника, что составляет 37,6% от 327 больных с врожденной кишечной непроходимостью. Среди больных были 81 (65,9%) мальчик и 42 (34,1%) девочки. 116 (94,3%) больным выполнены оперативные вмешательства. Родители 7 (5,7%) детей при наличии показаний к хирургическому лечению по различным причинам временно отказались от операций. Больным проводились комплексные клинико-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические - обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование ЖКТ, ирригография. В сложных случаях проведена КТ органов брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. У 62 (50,4%) больных мальротация кишечника проявилась классическими клинико-рентгенологическими признаками высокой кишечной непроходимости: у 48 (77,4%) - частичной, у 14 (22,6%) - полной. У 61 (49,6%) больного превалировали признаки низкой кишечной непроходимости (полной – 52,5%, частичной – 47,5%). Из 62 у 38 больных высокая кишечная непроходимость была обусловлена изолированной мальротацией, у 24 (38,7%) в сочетании с другими аномалиями развития желудочно-кишечного тракта. Из 61 больного у 36 низкая кишечная непроходимость связана с изолированной мальротацией, у 25 (41,0%) имелись сопутствующие аномалии ЖКТ.

У 96 (78,0%) больных мальротация имела острое, у 20 (16,3%) – хроническое, у 7 (5,7%) –хронически-рецидивирующее течение.

Выраженность клинических признаков высокой обструкции зависела от степени сдавления двенадцатиперстной кишки патологическими тяжами брюшины и/ или аномальным расположением толстой кишки. Ранними и основными признаками явились рвота с примесью желчи. Нарушения отхождения кишечного содержимого проявляются задержками стула и газов малыми порциями до полного их прекращения. Независимо от уровня непроходимости у новорожденных отмечались приступообразные боли и вздутие живота, выражавшиеся беспокойством. В отдельных случаях наблюдалась асимметрия живота с вздутием в эпигастральной области и западением ниже пупка. Пальпаторно определялись напряжение мышц передней брюшной стенки и усиление болезненной реакции ребенка. Состояние детей прогрессивно ухудшалось, нарастали явления интоксикации, обезвоживания и электролитные нарушения. Раздражительность сменялась вялостью, адинамией, снижением физиологических рефлексов, бледно-серой окраской кожного покрова и его мраморностью.

При хронически-рецидивирующем течении мальротации клиническая манифестация наблюдалась в виде частичной кишечной непроходимости. Продолжительность приступа - от 4 часов до 2-3 дней; у детей 2-3 раза в месяц отмечалась рвота, сопровождавшаяся болями в животе и другими клиническими признаками. У некоторых - 1 раз в два - три месяца. Светлый промежуток длился от нескольких месяцев до нескольких лет. Физическое развитие ребенка при данном типе мальротации не соответствовало фактическому возрасту, нарастал дефицит массы тела.

Приводим анатомическую характеристику и клиническую семиотику при отдельных вариантах мальротации кишечника, позволяющих оптимизировать диагностику и хирургическую тактику.

Синдром Ледда (СЛ)- наиболее частый вид мальротации кишечника- наблюдался у 34 (27,6%) больных преимущественно в период новорожденности. Характерным для данного вида мальротации является заворот средней кишки вокруг общей брыжейки. Дуоденальная непроходимость, вызванная сдавлением тяжами брюшины, соединяющими duodenum с высоко расположенной и фиксированной слепой кишкой. Классическая триада компонентов отмечена у 22 (64,7%) из 34 больных синдромом Ледда. У 12 (35,3%) детей выявлены анатомические вари-

ации, возникающие при аномалиях поворота средней кишки на пути из левого верхнего квадранта живота через правый верхний к правому нижнему. У 7 детей разные отделы толстой кишки были спаяны с двенадцатиперстной кишкой или отдельными участками тонкой кишки внетипичной локализации. Это обусловило изменения анатомической структуры, прикрепления, нарушения синтопии и чрезмерное расширение верхней горизонтальной и нисходящей частей двенадцатиперстной кишки. У 5 больных отсутствовала связка Трейца, дуодено-еюнальный переход располагался справа, отсутствовало типичное прикрепление брыжейки.

Характерными для СЛ у части больных были отсутствие трофических нарушений в кишечнике при наличии заворота; выявление расстройств мезентериального кровообращения от незначительного до некроза кишечника различной протяженности. Выраженность ишемических нарушений кишечника зависит от степени нарушения артериального притока и венозного оттока по верхне - брыжеечным сосудам. Ишемия кишечника проявляется симптомами острого живота, кишечным кровотечением, прогрессированием полиорганной недостаточности и обостряет течение СЛ. Среди 29 оперированных новорожденных у 7 отмечено расстройство кровообращения в кишечнике. 3 из них оперированы в 1-2 сутки жизни, что свидетельствует о возникновения заворота еще до рождения. При хронически рецидивирующем течении СЛ сосудисто-циркуляторные нарушения кишечника у детей до одного года были умеренно выраженными. Однако длительный заворот приводил к венозному застою и лимфостазу в брыжейке кишечника, выявленным во время операции и очевидно, являющихся причиной развития вторичных нарушений функций ЖКТ, усугубления дисбактериоза, расстройства кишечного всасывания и задержки физического развития.

Изолированный заворот тонкой кишки. У большинства больных отделы colon имеют обычное расположение. Перекручивание различной протяженности наблюдается в пределах тонкой кишки и характеризуется быстрым развитием некроза. Не исключаются отдельные компоненты нарушения фиксации кишечника. Мы наблюдали 22 (17,9%) таких случая из 123 больных с мальротациями. У 10 (45,5%) больных заворот возник на фоне анатомических причин врожденного характера: аномалия развития брыжейки и брыжеечных сосудов; кишечная непроходимость (атрезии, мембраны, удвоения, кисты брыжейки). При резком увеличении приводящего отдела наступает заворот с охватом и отводящего сегмента; нередуцированный тяж желточного протока – у 2; другие патологические тяжи брюшной полости – у 6. В 4 наблюдениях причина заворота тонкой кишки не выяснена. Патология, как правило, сопровождалась нарушением трофики до некроза различной протяженности и перфорации кишечника с развитием перитонита. Преобладали клинико-рентгенологические признаки полной низкой кишечной непроходимости у 17 (77,3%) больных и перфоративного перитонита у 5 (22,7%). В 2 наблюдениях выявлены характерные для высокой кишечной непроходимости признаки, обусловленные сопутствующими аномалиями развития ЖКТ, сдавлением начального отдела тонкой кишки отдельными спайками или патологическими образованиями, создающими конгломерат вокруг завернутого отдела тонкой кишки.

При патологической фиксации (ПФ) -19 (15,4%) больных на фоне завершения вращения кишечника или в случаях мальротации отмечается сращение различных отделов тонкой и/или толстой кишки или необычное припаяние кишечных петель к париетальной брюшине без заворота. Клиническая картина ПФ отличалась скудностью клинической симптоматики в виде умеренного болевого синдрома при явлениях частичной кишечной непроходимости у новорожденных или признаков толстокишечного стаза у детей более старших возрастных групп. Самостоятельное или опорожнение кишечника при помощи клизм или на фоне приема слабительных средств приводило к исчезновению болей в животе и снижение остроты симптомов кишечной непроходимости. На обзорных рентгенограммах отмечены признаки частичной кишечной непроходимости: уровень жидкости в расширенном желудке и верхних отделах кишечника и снижению пневмотизации вплоть до полного отсутствия газа в нижележащих кишечных петлях. Контрастное исследование ЖКТ, проведенное новорожденным, выявило признаки частичной низкой кишечной непроходимости. На ирригограммах не удалось определить специфичные признаки. Однако удлинение отдельных частей или всей толстой кишки имелось у большинства обследованных как и при других ротационных нарушениях. Рентгенологические признаки и клинические данные непатогномоничны для диагноза патологической фиксации. Во всех наших наблюдениях он был интраоперационной находкой.

Для мальротации с заворотом средней кишки (16 (13,0%) больных) характерно наличие неротированной средней кишки и расположение всей толстой кишки с одной стороны (слева), в редких случаях - справа. Неправильно развитыми сегментами двенадцатиперстная кишка и начальный отдел тонкой находятся латерально по отношению к верхним брыжеечным сосудам, отсутствует дуодено-еюнальная флексура и обычная фиксация двенадцатиперстной кишки к задней брюшной стенке. Меняются взаимоотношения duodenum с поджелудочной железой и печенью. Толстая кишка, располагающаяся вместе с тонкой кишкой имеющая общую бры-

жейку, чаще всего бывает нефиксированной. Среди наблюдавшихся нами 16 (13,0%) больных патология преимущественно диагностирована у 12 (75,0%) новорожденных. Кроме того у 2 до 3- месячного возраста, у 1 больного 6 – месячного и у 1 в возрасте до 7 лет. Особенностью заворота средней кишки является вовлечение различных по протяженности участков кишечника поскольку под средней кишкой подразумеваются отделы от вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки до середины поперечно-ободочной, кровоснабжаемые art. mesenterica superior. Степень заворота колеблется от неполного до 360^0 и более, обуславливая течение (острое - 12 или рецидивирующее - 4) и особенности клинической картины: кишечной непроходимости или перитонита. При завороте средней кишки как при отдельных вариантах мальротации характерен лимфовенозный стаз при невыраженных некротических изменениях в кишечнике. Среди 16 оперированных детей с заворотом средней кишки у 5 (31,3%) выявлены локальные участки некроза отдельных сегментов тонкой или толстой кишок. В этих наблюдениях в клинической картине превалировали симптомы острого живота. В остальных случаях – признаки кишечной непроходимости. У новорожденных отмечены клинико-рентгенологические признаки полной высокой (56,3%) и низкой (43,7%) кишечной непроходимости.

Мезоколикопариетальные грыжи (МКПГ) – перемещение тонкого кишечника и ретроперитонеальной его фиксации в мезоколон в пределах брюшной полости. Образуются в брюшинных карманах и складках в процессе внутриутробного поворота. При правосторонней грыже тонкая кишка не совершает нормального поворота вокруг верхней брыжеечной артерии, а остается в правом верхнем квадранте и оказывается заключенной справа позади мезоколон. Правая половина толстой кишки при этом ротируется и фиксируется ретроперитонеально на любом участке правого фланга живота. МКПГ слева возникает в случае, когда тонкая кишка ротируется влево и внедряется в мезоколон между нижней брыжеечной веной и забрюшинным пространством. Толстая же кишка продолжает ротацию до нормального положения, заключая тонкую кишку в мешок мезоколон. При этом нижняя мезентериальная вена образует узкую шейку мешка. Мы наблюдали 14 (11,4%) детей с мезоколикопариетальной грыжей: 5 новорожденных, 2- грудного возраста, 7 – старше одного года. 5 пациентов были женского пола, 9 - мужского. Правосторонняя грыжа диагностирована у 9 больных, левосторонняя - у 5. У 10 больных в грыжевом мешке оказалась часть кишечника, у 4- полное внедрение петель тонкой кишки. Удлинение толстой кишки выявлено у всех больных.

В 7 наблюдениях МКПГ была самостоятельным заболеванием; у остальных наряду с внутренней грыжей обнаружены сопутствующая патология ЖКТ.

Неполная ротация (НР) – вращение против часовой стрелки прекращается при повороте на 180^0. При этом фиксированная слепая кишка лежит под печенью в области правого подреберья. Ротация двенадцатиперстной кишки также не происходит. Дуодено-еюнальный изгиб находится справа от средней линии и по отношению к верхней - брыжеечным сосудам. Сужения корня общей брыжейки, содержавшие брыжеечные сосуды, и прикрепления в виде узкой ножки создают предпосылки для возникновения заворота. Наблюдали 12 (9,8%) детей различных возрастных групп. У 7 больных неполная ротация кишечника констатирована по результатам исследований. Из-за отсутствия выраженных клинических явлений пациенты находятся под наблюдением в выжидательной тактике. У 5 больных диагноз неполной ротации установлен во время операции по поводу врожденной кишечной непроходимости (высокой - 2, низкой - 3).

Для НР характерны умеренно выраженные признаки рецидивирующей кишечной непроходимости. Ни у одного из оперированных с данной патологией заворот не осложнился некрозом. Однако в трех наблюдениях отмечены венозный застой и невыраженный лимфостаз в брыжейке кишечника. Отсутствие некроза кишечника в этих случаях можно объяснить частичной фиксацией слепой кишки в области правого подреберья и относительно большим участком фиксации корня брыжейки

Отсутствие ротации возникает при задержке поворота средней кишки после повторного возвращения ее в брюшную полость из целома пупочного стебелька. При данном нарушении поворота с наличием общей брыжейки желудок, двенадцатиперстная и вся толстая кишка лежат слева, а тонкая кишка – справа. Дооперационная верификация данного анатомического варианта мальротации в сочетании с врожденной кишечной непроходимостью очень сложна.

Идентичность обзорной рентгенографии брюшной полости и контрастных исследований желудочно-кишечного тракта (расположение толстой кишки слева и тонкой кишки справа) является наиболее частой рентгенологической находкой и оценивается как синистропозиция толстой кишки. Только во время оперативного вмешательства по поводу врожденной кишечной непроходимости у 3 новорожденных были обнаружены эти характерные для отсутствия ротации кишечника изменения.

Обратная ротация возникает при повороте кишечника на 180^0 в обратном направлении, то есть по часовой стрелке (при физиологическом вращении - против часовой стрелки). Постартериальный сегмент кишечника входит в брюшную полость первым; зачаток правой половины

толстой кишки оттесняет ее дистальные части налево. В результате участок, из которого образуется поперечная ободочная кишка, оказывается под верхней брыжеечной артерией. Дальнейшее формирование порока усугубляется неправильной фиксацией других отделов толстой кишки к задней брюшной стенке или брыжейке тонкой кишки. Дефекты фиксации, несоразмерный рост отдельных участков кишки в сочетании с аномалиями желудочно-кишечного тракта создают благоприятные условия для возникновения заворота.

Обратная ротация выявлена у 3 (2,4%) из 123 больных с мальротацией кишечника: до 3 лет - 1; старше 10 лет - 2. Мальчиков было – 2, девочек - 1. Все поступили с направительным диагнозом: частичная кишечная непроходимость, синдром рвоты. У детей периодически возникали и самостоятельно проходили явления хронически-рецидивирующий кишечной непроходимости, что послужило поводом для неоднократной госпитализации в различные стационары. У всех отмечены отставание в физическом развитии и дефицит массы тела.

Заключение. Нарушения ротации и аномалии фиксации кишечника представлены многочисленными анатомическими формами с различной частотой встречаемости. Преобладают завороты средней и тонкой кишки (30,9%), синдром Ледда (27,6%). Отсутствие и обратная ротация встречаются редко. Многообразные формы пороков ротации и фиксации кишечника у 96 (78,0%) больных имел острое течение, у 20 (16,3%) – хроническое, у 7 (5,7%) – хронически-рецидивирующее течение.

Анализ анамнестических данных показал сложность диагностики и отсутствие настороженности врачей разных специальностей по отношению к порокам ротации и фиксации кишечника. Течение ротационных нарушений у детей независимо от возраста определяется степенью сдавления или заворота (частичной, полной) как в отдельных частях тонкой кишки, так и на протяжении всей средней кишки. Мальротация в 60,2% случаях манифестируется как изолированная патология, у 39,8% сочетается с другими формами ВКН. Окончательный вид верифицируется во время операции, когда уточняются анатомические изменения, характерные для отдельных видов аномалий ротации и фиксации кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грона В.Н., Журило И.П., Перунский В.П., Лепихов П.А. Нарушения фиксации и ротации кишечника у новорожденных// Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – Киев, 2007. - Т. 6, № 3. – С.29-33.
2. Перевозчиков Е.Г., Сварич В.Г. Синдром мальротации у детей старшего возраста// Здоровье человека на Севере. – 2009. - №1. – Т. 2. - С.7-8.
3. Рачкова Н.С., Хавкин А.И. Проблема дуоденальной гипертензии у детей// РМЖ. – 2006. – Том 14. - №3 – С. 163–165.
4. Ademuyiwa AO, Sowande OA, Ijaduola TK, Adejuyigbe O. Determinants of mortality in neonatal intestinal obstruction in Ile Ife, Nigeria. Afr J Paediatr Surg. – 2009.N.2.pp.11-3.
5. Hsiao M., Langer J.C. Value of laparoscopy in children with a suspected rotation abnormality on imaging //Journal of Pediatric Surgery. – 2011. – vol.46, N.7. – pp. 1347–1352.
6. Kotze P. G, Martins J. F, Rocha J. G, Freitas C. D, Steckert J S, Fugita E. Ladd procedure for adult intestinal malrotation: Case report // ABCD Arq Bras Cir Dig. – 2011. – vol. 24(1). – pp. 89-91.
7. Miller A. J., Rode H., Cywes S. Malrotation and volvulus in infancy and childhood // Semin. Ped. Surg. - 2003. - vol. 12, N 4. - pp. 229 - 236.
8. Nahvi H., Khorgami Z. Midgut malrotation in older children//Acta Medica Iranica.–2008. – vol. 46. N.2. pp. 133-136.
9. Nasir A. A., Abdur-Rahman L. O., Adeniran J. O. Outcomes of surgical treatment of malrotation in children// African journal of paediatric surgery. 2011. – vol. 8. – pp. 8 – 11.
10. Osifo O.D., Oriaifo I.A. Rebiatric Intestinal Volvulus management problems and outcome in a recource poor region// Annals of pediatric Surgery. – 2008. – vol.4, N 384. – pp. 69-73.

УДК 616.155.392.2-036.66-06:616-018ю74-053.2

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В ПЕРИОД ИНДУКЦИИ

Бабаханова Н.Н., Шадыбекова О.Б.
(НИИ ГиПК МЗ Руз)

Цель работы – изучить состояние гемостаза до лечения у детей с ОЛЛ в период индукции. Исследование проведено у 35 детей в возрасте от 1 года до 14 лет. Установлено, что нарушения в системе гемостаза при ОЛЛ развиваются до начала лечения, что диктует необходимость комплексной диагностики нарушений гемостаза с помощью высокоинформативных методик.

Ключевые слова: острый лимфобластный лейкоз, состояние гемостаза, дети.

ЎТКИР ЛИМФОБЛАСТ ЛЕЙКОЗ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ИНДУКЦИЯ ВАҚТИДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИНИНГ ҲОЛАТИ

Ишнинг мақсади: ўткир лимфобласт лейкоз билан оғриган болаларда индукция вақтида гемостаз ҳолатини ўрганиш. Текширув 1ёшдан 14 ёшгача бўлган 35 та бемор болаларда ўтказилди. Шу маълум бўлдики ўткир лимфобласт лейкозда гемостаз тизимида даво бошланмасдан олдин ўзгаришлар мавжуд экан, шунинг учун гемостаз текширувини юқори информатив усуллари билан ўтқазиш керак.

Калит сўзлар: ўткир лимфобласт лейкоз, гемостаз ҳолати, болалар.

STUDY THE STATE OF HEMOSTASIS BEFORE TREATMENT IN CHILDREN DURING INDUCTION PERIOD

The aim of the work was to study the state of hemostasis before treatment in children with acute lymphoblastic leukemia (ALL) during induction. The study was conducted in 35 children aged 1 year to 14 years. Found that hemostatic disorders in ALL develops before treatment, which necessitates complex diagnostics hemostatic disorders using highly informative techniques.

Key words: acute lymphoblastic leukemia, hemostatic condition, children.

Актуальность. В структуре злокачественных новообразований детского возраста ведущее место занимают лейкозы, на их долю приходится 30-35% всех онкологических заболеваний. Острая лимфобластная лейкемия является самым распространенным злокачественным состоянием, представляющим около одной трети всех случаев рака у детей. Состояние гемостаза у детей с ОЛЛ изучено недостаточно, так как исследования проводились ограниченным спектром недостаточно информативных методик. В связи с этим изучение состояния системы гемостаза у детей с ОЛЛ является актуальной проблемой, решение которой позволит уточнить структурные сдвиги в патологии гемостаза, оценить их влияние на развитие геморрагического синдрома, корригировать выявленные нарушения и предупреждать развитие геморрагических или тромботических осложнений. Очевидно, что решение этих задач имеет принципиальное значение для улучшения результатов лечения детей с ОЛЛ.

Цель работы – изучить состояние системы гемостаза до лечения у детей с ОЛЛ в периоде индукции до начала терапии.

Материалы и методы. Исследование проведено у 35 детей с острым лимфобластным лейкозом в возрасте от 1 года до 14 лет в момент первичной диагностики до начала терапии. Распределение детей по возрасту и полу представлено в таб. 1.

Таблица 1. Распределение детей с ОЛЛ по возрасту и полу

Пол	Группа детей		
	2-5 лет	5-10 лет	10-14 лет
мальчики	4	12	3
девочки	6	7	3
Всего	10	19	6

Изучены основные звенья системы гемостаза: прокоагулянтное, антикоагулянтное, фибринолитическое, маркеры внутрисосудистого тромбообразования.

Определяли активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновую активность по Quick, концентрацию фибриногена по Клауссу, активность АТ-III модифицированной тест системой «Реаклот-АТ-III , протеин С, качественный метод определения D-димера, концентрацию растворимых комплексов мономеров фибрина (РКМФ) с помощью ортофенантролиновой пробы.

Результаты и обсуждение. При изучении исходного состояния системы гемостаза у больных с первично установленным диагнозом острый лимфобластный лейкоз установлено укорочение АЧТВ и увеличение концентрации фибриногена в 1.4 раза по сравнению с контрольной группой (таб.2) ,что свидетельствует об активации системы гемостаза по внешнему и внутреннему пути. Протромбиновый индекс у больных с ОЛЛ снижался по сравнению с контрольной группой ($p<0.05$)

Отмечено снижение фибринолитической активности плазмы в 2,5 раза по сравнению со здоровыми, что способствует повышению риска тромботических осложнений в период индукции заболевания.

При изучении антикоагулянтного звена системы гемостаза выявлена тенденция к снижению уровня АТ-III.

У больных с ОЛЛ увеличено содержание РФМК в 2 раза по данным ортофенантролиновой пробы. У 57% больных качественная реакция на наличие Д-димера была положительной. Так

как Д-димер - один из наиболее чувствительных маркеров тромбообразования, наличие положительной качественной реакции у 57% больных требует профилактики тромбоэмболических осложнений. Указанные изменения свидетельствуют о развитии у больных с ОЛЛ в периоде индукции 1 фазы диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

Таблица 2. Показатели системы гемостаза у детей с ОЛЛ в стадии индукции (X+m)

Наименование теста	Группа сравнения (n=20)	Больные (n=35)
Активированное частичное Тромбопластиновое время сек.	40±2	34±1.6*
Протромбиновая активность по Quick %	95±2.0	85±3.6*
Тромбиновое время сек.	8±0.5	10±0.4*
Концентрация фибриногена мг\дл	340±20	395±37*
Протеин С, НО	1,0±0,3	1,0±0,1*
РФМК,ортофенантролиновый тест,мг/100мл	3,38±0,5	6,1±0,4*
XII-а зависимый фибринолиз,мин.	8±2	19,1±1,3*
Антитромбин III,%	98±2,0	87±2,4*
Д-димер (положительный),%	0	57

Примечание. *-различия достоверны по сравнению с донорами.

Выводы. Нарушения в системе гемостаза при ОЛЛ развиваются до начала лечения и носят разнонаправленный характер, что диктует необходимость комплексной диагностики нарушений гемостаза с помощью высокоинформативных методик.

ЛИТЕРАТУРА

1.Баркаган Л.З. Нарушения гемостаза у онкогематологических больных. /З.С.Баркаган/ В кн: Клиническая онкогематология. Руководство для врачей под редакцией М.А.Волковой. М.:Медицина,2001г.

2.Баркаган Л.З. Нарушение гемостаза у детей./Л.З.Баркаган.М.,1993г.

3.Борисова М.В. Особенности течения острых лейкозов у детей Красноярского края и результаты лечения с учетом сопроводительной терапии:автореф.дис.канд.мед.наук (М.В.Борисова-Красноярск,2007г.

4.Гончарук З.Н. Клинико-аналитическая характеристика дебюта острого лимфобластного лейкоза у детей./Материалы XII Русско-японского мед.симпозиума.Красноярск,2005г.

5.Рощик А.С. Состояние системы гемостаза у детей с острым лимфобластным лейкозом на программной химиотерапии:АВТОРЕФ.дис.канд.мед.наук(Рощик А.С.-Барнаул.2009г.

6.AthaleU. H . Thrombosis in children with acute lymphoblastic leukemia; epidemiology of thrombosis in children with acute lymfoblastic leukaemia/U.N.Athale,AKC.Chan//Trombosis Res.2003.-Vol.111.-P.125131

УДК 616.155.392-036.11-053.2-08-036.86-07

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ ПО ПРОТОКОЛУ МБ-2008 В УЗБЕКИСТАНЕ

Ибрагимова С.З., Бабаханова Н.Н., Арипова Н.Б., Ризаева Ф.А., Еримбетова И.О.
(НИИ ГиПК МЗ Руз)

Проведена комплексная оценка результатов лечения детей с острыми лимфобластными лейкозами по протоколу ALL-MB-2008 в клинике НИИ Г и ПК с 2009 по 2013 г. Клиническая эффективность лечения определялась у 222 пациентов. 5-летняя EFS составила 72±13%, OS – 75±2%.

Ключевые слова: острый лимфобластный лейкоз, протокол ALL-MB-2008, выживаемость.

ЎЗБЕКИСТОНДА ЎТКИР ЛИМФОБЛАСТЛИ ЛЕЙКОЗ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ALL-MB-2008 ПРОТОКОЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Гематология ва қон қуйиш илмий текшириш институтининг клиникасида 2009 йилдан 2013 йилгача бўлган вақт ичида ўткир лимфобластли лейкози бўлган болаларда ALL-MB-2008 протоколи билан даволаш натижалари бахоланган. Даволашнинг клиник натижаси 222 беморда аниқланган. 5-йиллик EFS 72±13%, OS – 75±2% деб аниқланди.

Калит сўзлар: ўткир лейкоз, ALL-MB-2008 протоколи, яшаш давомийлиги.

RESULTS TREATMENT OF ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA PROTOCOL MB-2008 IN UZBEKISTAN

The purpose of our research was the estimation of results of treatment in triel ALL-MB-2008 of childhood acute lymphoblastic leukemia in clinic of the Scientific Research Institute of Hematology and Blood Transfusion from 1993 to 2011. 222 children with acute lymphoblastic leukemia were included in research for an estimation of clinical efficiency. Overall survival was 75±2%, event free survival 72±13%.

Key words: acute lymphoblastic leukemia, triel ALL-MB-2008, survival rate.

Актуальность. Лечение детей с ОЛЛ является одним из наиболее впечатляющих достижений медицины в последнее время. Современные программы химиотерапии позволяют добиться излечения 80% пациентов с ОЛЛ (Карачунский А.И., 2000; Pui C.H., 2000).

С 1991 г. НИИ детской гематологии (ныне федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии Минздравсоцразвития России, Москва) использует для лечения детей с ОЛЛ оригинальный протокол Москва-Берлин, созданный в сотрудничестве с клиникой Шарите (Берлин, Германия), основными характеристиками которого являются замена преднизолона на дексаметазон, применение длительного режима терапии L-аспарагиназой и использование пролонгированной интратекальной терапии тремя препаратами (Румянцев А.Г., 1996; Карачунский А.И., 1997).

С 2009г. НИИ Г и ПК участвует клиника в очередном исследовании МБ-2008 для лечения детей с ОЛЛ в качестве группы наблюдения.

Цель исследования – оптимизация лечения острого лимфобластного лейкоза у детей на основе применения и анализа эффективности протокола ALL-MB-2008.

Материалы и методы исследования В настоящей работе проанализированы 222 больных с первично-диагностированным ОЛЛ (не получавшие предшествующей химиотерапии или получавшие лечение только преднизолоном продолжительностью до 10 дней), получавшие терапию по протоколу ALL-MB-2008, в клинике НИИГ и ПК (г.Ташкент) с 01.01.2009г. по 01.01.2014 г.

Критерии включения: возраст менее 15 лет на момент постановки диагноза; диагноз ОЛЛ, подтвержденный морфологическими и цитохимическими исследованиями и иммунофенотипированием клеток костного мозга; наличие информированного согласия родителей (опекунов) пациента на лечение.

Диагностика ОЛЛ проводилась во всех случаях общепринятыми методами путем цитологического и цитохимического исследования мазков костного мозга с морфологической оценкой согласно FAB критериям. Диагноз ОЛЛ ставился при наличии более 25% лимфобластов в костном мозге.

Иммунофенотипирование лейкемических клеток было выполнено 144 пациентам согласно стандартизированным процедурам.

Ремиссию диагностировали при обнаружении в костномозговом пунктате не более 5% бластных клеток при полиморфной цитологической картине костного мозга, нормальных анализах крови и ликвора и отсутствии экстрамедуллярных проявлений лейкоза.

Смерть в индукции (ранняя смерть) регистрировалась у пациентов, погибших до окончания индукционной терапии или до момента констатации ремиссии. Смерть в ремиссии констатировали при гибели детей от различных причин при отсутствии признаков лейкоза. Пациента считали потерянным из-под наблюдения (lost of follow-up – LFU) при отсутствии информации о нем более 6 мес.

Результаты терапии ОЛЛ оценивали по числу пациентов, у которых была достигнута полная ремиссия (ПР), количеству ранних смертей, рецидивов, летальных исходов в ПР и числу пациентов, находящихся в продолжительной ПР (ППР), а также по показателям общей (overall survival – OS), безсобытийной (event-free survival – EFS), безрецидивной (relapse-free survival – RFS) выживаемости.

Статистические вычисления были выполнены с помощью программ, STATISTICA 6.0 Различия между сравниваемыми параметрами считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Проведен ретроспективный анализ терапии 222 больных по протоколу ПХТ ОЛЛ-МБ-2008.

Обращает на себя внимание, что частота индукционных смертей довольно высока и составляет 4,0% для всех пациентов; при этом показатели индукционной летальности не различались у пациентов SRG и ImRG. За время наблюдения 11 из 222 пациентов выбыли из-под наблюдения. 200 из 222 (90%) пациентов достигли ПР. Смертность в ремиссии различалась в SRG и ImRG и составила 1,2% и 5,7%, соответственно. Основной причиной высокой смертности у больных ImRG были инфекционные осложнения на фоне фебрильной нейтропении. У всех, погибших в ремиссии развился тяжелый сепсис бактериально-грибковой этиологии с синдромом полиорганной недостаточности. У 2 пациентов зарегистрировано развитие вторичных опухолей через

2,2 и 3,4 мес. после окончания терапии ОЛЛ, соответственно. У 17 пациентов (7,6%) зарегистрировано развитие рецидива ОЛЛ. В целом и среди отдельных групп риска преобладали изолированные костномозговые рецидивы. Рецидивы с поражением яичек не зарегистрированы.

Таблица 1. Результаты терапии всех больных и в зависимости от группы риска.

	Всего		SRG		ImRG		HRG	
	n	%	n	%	n	%	n	%
n	222	100	78	100	122	100	22	100
Смерть в индукции	9	4,0	3	3,8	4	3,2	2	9,0
Рефрактерные к терапии (non-responder)	9	4,0	0	0,00	1	0,8	8	36,4
Отказ от ХТ	4	1,8	2	2,5	1	0,8	1	4,5
Достигли ПР	**200**	**90**	**73**	**93,5**	**116**	**95**	**11**	**50**
Рецидивы (всего)	17	7,6	2	2,5	11	9	4	18,1
Вторая опухоль	2	0,26	0	0,00	1	0,8	1	4,5
Смерть в ремиссии	10	4,5	1	1,2	7	5,7	2	9
LFU	11	4,9	5	6,4	6	4,9	0	0,00
ППР	160	72	63	80,7	84	68	4	18,1

Почти у 95% пациентов наблюдалась высокая частота инфекционных осложнений при первичном поступлении, что затрудняло проведение химиотерапии. На этапах консолидации инфекционные осложнения развились у 93 больных ImRG (80,1%). У 22 пациентов (18,9%) развился тяжелый сепсис, что потребовало применения антибиотиков группы карбапенемов, колониестимулирующего фактора, внутривенных иммуноглобулинов. Применяли внутривенный иммуноглобулин Октагам («Octapharma») в курсовой дозе 0,4-,06 мг/кг.

5-летняя EFS составила 72±13%, OS – 75±2%. У пациентов SRG EFS составила 80,7±13%, OS –82±2%, у ImRG уровень EFS и OS был 68±2% и 72±2%, соответственно. У пациентов HRG EFS составила только 18,1±6%, а OS – 19,7±6% . Сняты с лечения 50 пациентов.

Выводы. Эффективность протокола ALL-MB 2008 оказалась достаточно высокой, а общая выживаемость больных с ОЛЛ соответствует стандартам, установленным в большинстве современных протоколов и составляет 82% для группы стандартного риска и 72% – для группы промежуточного риска.

Но сохраняется высокий уровень индукционной и ремиссионной летальности. Частота индукционных смертей составляет 4% для всех пациентов. Смертность в ремиссии различалась в группах стандартного и промежуточного риска и составила 1,2%; и 5,7% соответственно. По критериям стратификации, используемым в ALL-MB-2008, пациенты иммунофенотип бластных клеток у которых по тем или иным причинам неизвестен, относились к ImRG, несмотря на то, что у них не было других факторов риска (лейкоцитоз, поражение средостения или ЦНС). Этот фактор увеличил количество больных в ImRG , что привело к необоснованному увеличению токсичности терапии, повышению смертности от инфекционных осложнений и увеличению стоимости сопроводительной терапии. Таким образом, проведение иммунофенотипирования бластных клеток должно стать обязательным стандартом в диагностике ОЛЛ. Совершенствование принципов сопроводительной терапии, применение современных методов диагностики, увеличение опыта и квалификации медицинского персонала позволило внедрить новый эффективный риск-адаптированный протокол лечения, который значительно улучшил результаты лечения острых лимфобластных лейкозов у детей в Узбекистане.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кисляк Н.С. Гемобластозы у детей. Педиатрия. 1980; 5: 3–12.
2. Румянцев А.Г., Самочатова Е.В., Ҳамдан Т.Терапия
острого лимфобластного лейкоза у детей по программе BFM. Педиатрия. 1991; 11: 58–63.
3. Румянцев А.Г., Владимирская Е.Б.Состояние онкогематологической службы в России. Гематология и трансфузиология. 1996; 41 (2):
4. Карачунский А.И., Румянцев А.Г., Штакельберг А. и др. Сравнение протоколов ALL-BFM-90 и ALL-MB-91 для лечения острого лимфобластного лейкоза у детей (предварительные ре-зультаты). Педиатрия. 1995; 2: 10–14.
5. Карачунский А.И., Мякова Н.В., Ю.В. Румянцева и др. Результаты мультицентрового

исследования лечения острого лимфобластного лейкоза у детей по программам ALL-MB-91/ ALL-BFM-90m: анализ эффективности и токсичности. Тер. ар-хив. 2007; 79 (7): 19–26.

6. Karachunskiy A, Herold R, von Stackelberg A et al.Results of the first randomized multicentre trial on childhood acute lymphoblastic leukaemia in Russia. Leukemia. 2008; 22 (6): 1144–1153.

УДК: 616.155.392:616.61-085

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ЛЕЙКОЗОМ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Нигматова М.С., Исхаков Э.Д. Юнусова З.Д.
(НИИ ГиПК МЗ Руз)

В статье приведены данные по изучению нарушений функции почек у больных острым лейкозом на различных стадиях полихимиотерапии (ПХТ). До начала ПХТ нарушения функции почек отмечаются у 17,07% пациентов, в фазе индукции ПХТ – у 29,27% пациентов. У больных острым лейкозом нарушения функции почек более выражены, чем у больных хроническим миелобластным лейкозом. Наиболее частым нарушением функции почек при проведении ПХТ является обострение хронического пиелонефрита и нефропатия – 45,83%, выраженные изменения отмечены в стадии дебюта болезни. Терапия, направленная на коррекцию функционального состояния почек, позволила восстановить функции почек у 35,6% больных острым лейкозом и 46,1% хроническим миелобластным лейкозом.

Ключевые слова: лейкоз, почечные функции, полихимиотерапия, хронический пиелонефрит.

ЛЕЙКОЗЛИ БЕМОРЛАРДА ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯНИНГ ҲАР ХИЛ БОСҚИЧЛАРИДА БУЙРАК ФУНКЦИЯСИНИНГ ПРОГНОСТИК КЎРСАТКИЧЛАРИ

Мақолада ўткир ва сурункали лейкоз ташхиси қўйилган беморларда полихимиотерапия (ПХТ) жараёнида буйрак функцияси ўрганилган. Тадқиқодлар натижаси шуни кўрсатдики, ПХТ бошланмасдан буйрак функциясини бузилиши 17,07% беморларда аниқланди, ПХТ жараёнида эса бу кўрсаткич 29,27% ташкил этди. Сурункали лейкозларга кўра ўткир лейкоз ташхисида бу кўрсаткичлар анча юқори бўлди. Буйрак функциясини бузилиши кўрсаткичлари орасида сурункали пиелонефрит энг кўп аниқланди – 45,83%, энг оғир ўзгаришлар эса касалликни дебют жараёнида кузатилди. Ўтказилган муолажалар ва мақсадли терапия натижасида 35,6% ўткир лейкоз ва 46,1% сурункали лейкоз беморларда буйрак функцияси тикланди.

Калит сўзлар: лейкоз, буйрак функцияси, полихимиотерапия, сурункали пиелонефрит.

PROGNOSTIC VALUE OF RENAL FUNCTION IN PATIENTS WITH LEUKEMIA IN VARIOUS STAGES POLYCHEMOTHERAPY

This article presents data on the study of renal dysfunction in patients with acute leukemia at different stages of polychemotherapy (PCT). It was found that before PCT renal dysfunction observed in 17.07% of patients, and in the induction phase of PCTs in 29.27% of patients, while in patients with acute leukemia, renal dysfunction are more pronounced than in patients with chronic myeloid leukemia. The most common renal impairment during an exacerbation of chronic PCTs pyelonephritis and nephropathy - 45.83%, marked changes are noted in the opening stages of the disease. Conducting therapies aimed at correcting renal function, has restored renal function in 35.6% of patients with acute leukemia, chronic 46.1% myeloid leukemia.

Keywords: leukemia, kidney function, chemotherapy, chronic pyelonephritis.

Актуальность. За последние десятилетия достигнуты значительные успехи в лечении лейкозов. Удается достичь ремиссии у 90% больных. Однако осложнения со стороны почек являются одним из факторов неблагополучного прогноза течения и исхода ОЛ и ХЛ (Knaus W. A и др.). Современные методы полихимиотерапии (ПХТ) позволяют повысить пяти летнюю без рецидивную выживаемость у 45%. (Савченко В. Г. соавт. 2008г.). Однако ранняя летальность составляет 6-20%, что связано во многих случаях с токсическим воздействием на органы и ткани, особенно почки и легкие. Нарушения функции почек как частое осложнение, при полихимиотерапии (ПХТ) у больных острыми лейкозами (ОЛ) и хроническими лейкозами (ХЛ), является основной причиной прерывания программного лечения, снижения показателей ремиссии, повышения риска рецидивов болезни и летального исхода. По данным разных исследований, осложнения со стороны почек наблюдаются у 20-50% больных ОЛ и ХЛ, а частота почечной недостаточности остается постоянной в дебюте заболевания (Eleutherakis Papaiakovou V. и др.,).

Почки участвуют в элиминации продуктов цитолиза, метаболизма лекарственных препаратов, в связи с этим исход лечения во многом зависит от функциональных возможностей почек (Шулутко В.И., 2002). Нарушению функции почек в значительной степени способствует несо-

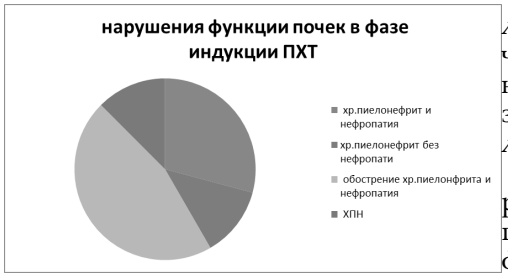
ответствие выраженности цитолиза и естественного клиренса продуктов деградации клеток, лекарственных метаболитов. Современная ПХТ предусматривает интенсификацию лечения с увеличением дозы лекарств, что обеспечивает высокую эффективность противоопухолевого лечения. Но наряду с этим неизбежно повышается риск токсического поражения почек и легких. В связи с этим возникает необходимость поиска баланса между эффективностью ПХТ и токсическим воздействием на органы.

В Узбекистане выход в ремиссию и 5-летняя выживаемость за последние годы значительно возросли (Исхаков Э.Д., Казакбаева Х.М. 2011, 2012, 2013 г). Однако осложнения со стороны почек в периоде ПХТ остаются малоизученными аспектами онкогематологии. С учетом изложенного впервые в гематологической практике Узбекистана проведены исследования среди больных с ОЛ и ХЛ, посвященные изучению частоты и характера нарушений функций почек.

Цель исследования - изучить нарушения функции почек на различных этапах полихимиотерапии у больных острым и хроническим лейкозом, прогностическое значение нарушений функций почек на течение и исход болезни.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены среди 82 больных , из них 55 острым лейкозом и 27 хроническим лейкозом на различных этапах химиотерапии в 1 гематологической клинике НИИГиПК. Проведено специальное анкетирование пациентов, изучены функциональные показатели почек в момент установления диагноза, на фоне полихимиотерапии и в дебюте болезни. Оценены следующие параметры функции почек – общий анализ мочи, креатинин, остаточный азот, суточный диурез, показатели УЗИ, клинические проявления нарушения функции почек, особенности преморбидного фона у больных с нарушением функции почек. Индикаторами исследования также явились данные анамнеза (факторы риска - курение, инфекции, нефротоксичные агенты, питание).

Результаты и обсуждение. При первичном обращении до ПХТ из 82 больных у 14 (17,07%) выявлено нарушение функции почек. В процессе проведения фазы индукции ПХТ у 24 пациентов (29,27%) установлено нарушение концентрационной и фильтрационной функции почек. Из них у 7 (29,16%) диагностированы пиелонефрит и нефропатия; у 3 (12,5%) – нефропатия без пиелонефрита; у 11 (45,83%) – стадия обострения хронического пиелонефрита, нефропатия; у 3 (12,5) – установлена хроническая почечная недостаточность.



Нарушение функции почек у 24 пациентов не позволило провести высокодозную ПХТ в полном объеме, что обусловило повышение риска развития осложнений ПХТ, рецидивов болезни и летальности. Для указанных 24 пациентов нарушение функции почек явилось неблагоприятным прогностическим фактором .

При анализе функционального состояния почек на различных этапах ПХТ установлено, что на всех этапах выявляются в основном канальцевые и нарушения фильтрационной способности почек, более выраженные у больных острым лейкозом. На этапе индукционной ПХТ развился отечный синдром у 64,6% больных с ОЛЛ и 36,9% с ХМЛ, острая почечная недостаточность – у 8,8% с ОЛЛ и у 25,2% с ХМЛ.

Повышение эхогенности почек по данным УЗИ при ОЛЛ отмечено у 28,7% больных, при ХМЛ – у 18,3%. Расширение чашечно-лоханочной системы выявлено у 3 больных с ОЛЛ и одного с ХМЛ.

Терапия, направленная на коррекцию функционального состояния почек, позволила восстановить функции почек у 35,6% больных ОЛЛ, 46,1% ХМЛ.

В дебюте заболевания повышение уровня мочевой кислоты достоверно выше у больных с ОЛЛ, чем у больных ХМЛ - 0,58 мкмоль/л и 0,31 мкмоль/л, соответственно. Отечный синдром и гипостенурия также в дебюте заболевания достоверно чаще отмечались у больных с ОЛЛ. Показатели гипокальциемии, гипокалиемии, гипонатриемии в дебюте заболевания у больных ОЛЛ и ХМЛ были более выражены, чем в стадии индукции ПХТ, что обусловлено повышенной экскрецией этих электролитов с мочой.

Выводы.

1. До начала ПХТ нарушения функции почек отмечаются у 17,07% пациентов, а в фазе индукции ПХТ – у 29,27% пациентов; при этом у больных ОЛЛ нарушения функции почек более выражены, чем у больных ХМЛ.
2. Наиболее частым нарушением функции почек при проведении ПХТ является обострение хронического пиелонефрита и нефропатия – 45,83%, выраженные изменения отмечены в стадии дебюта болезни.
3. Терапия направленная на коррекцию функционального состояния почек, позволила восстановить функции почек у 35,6% больных ОЛЛ, 46,1% ХМЛ.

4. Нарушение функции почек явилось неблагоприятным прогностическим фактором для пациентов с ОЛ и ХЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даминов Б.Т. Современные подходы к лечению анемии у больных хронической почечной недостаточностью: уаучное издание / Б.Т. Даминов, О.В. Скосырева, Д.А. Эгамбердиева, И.А. Рузметова // Медицинский журнал Узбекистана. - Т., 2007. - №1. - С. 91-97. - Библиогр.: 20 назв.
2. Козловская Л. Сердечно- сосудистые эффекты эритропоэтина у больных консервативной стадией хронической почечной недостаточностью : научное издание / Л. Козловская, Ю. Милованов, В. Фомин, Л. Милованова, Н. Мухин // Врач. - М., 2004. - №10. - С. 57-59. - Библиогр.: 20 назв.
3. Милованов Ю.С. Анемия у больных с хронической почечной недостаточностью: принципы терапии : научное издание / Ю.С. Милованов, Л.В. Козловская, А.Ю. Николаев, В.В. Фомин, Л.Ю. Милованова // Леч. врач. - М., 2005. - №7. - С. 16-20. - Библиогр.: 13 назв.
4. Милованов Ю.С. Препараты железа в лечении анемии у больных с ХПН : научное издание / Ю.С. Милованов, Л.В. Козловская, Л.Ю. Милованова // Леч. врач. - М., 2005. - №10. - С. 44-47. - Библиогр.: 9 назв.
5. Фесюк А.Ф. Применение препарата «Венофер» для коррекции дефицита железа у пациентов, находящихся на программном гемодиализе : научное издание / А.Ф. Фесюк, А.И. Мордик, Е.В. Борисова, А.В. Борисов, Е.В. Ловчинский // Терапевт. архив. - М., 2003. - №8. - С. 59-61. - Библиогр.: 13 назв.
6. Шило В.Ю. Активатор рецепторов эритропоэтина длительного действия - новый подход к оптимизации лечения нефрогенный анемии: научное издание / В. Ю. Шило // Клиническая фармакология и терапия. - Москва, 2009. - №5. - С. 58-62. - Библиогр.: 21 назв.

УДК 616.155.191 - 615.38

ПРИМЕНЕНИЕ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕБНОГО ЭРИТРОЦИТАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ ЭРИТРЕМИЕЙ

Вахидова Ш.Ф., Обидова М.М.
(НИИ ГиПК МЗ РУз)

С целью настоящей работы явилось изучения влияния количества удаленной аутоэритроцитарной массы на функциональное состояние организма, а также на частоту и кратность проведения сеансов эритроцитафереза у больных эритремией.

Лечебный эритроцитаферез был проведен у 15 больных (5 женщин, 10 мужчин), которым произведено 150 процедур (75 посещений) в возрасте от 35 до 67 лет, давность заболевания составляло от 1 года до 6 лет.

Об эффективности эритроцитафереза при эритремии свидетельствует динамика снижения уровня гемоглобина и числа эритроцитов, а также стихания клинических проявлений плеторического синдрома как результат уменьшения объема циркулирующих эритроцитов и показателя гематокрита.

Лечебный эритроцитаферез в большинстве случаев является безопасной, эффективной трансфузиологической операцией у больных с эритремией, о, чем свидетельствует проведение этой процедуры в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: эритремия, эритроцитаферез, плеторический синдром, трансфузиология.

ЭРИТРЕМИЯЛИ БЕМОРЛАРДА АМБУЛАТОРИЯЛИ ДАВОЛОВЧИ ЭРИТРОЦИТАФЕРЕЗНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Эритремияли беморларда эритроцитаферезни қўллашдан мақсад олиб ташланган аутоэритроцит массани организмнинг функционал ҳолатига, шунингдек қайта такрорлаш муолажаси таъсирини ўрганишдан иборатдир.

Даволовчи эритроцитаферез 35 дан 65 ёшгача бўлган 15 беморда (5 аёл, 10 эркак) 150 муолажа (75 қатнов) ўтказилди, касаллик давомийлиги 1 йилдан 6 йилгача. Эритремияда эритроцитаферез самарадорлиги эритроцит сони ва гемоглобин миқдори, шунингдек плетор синдромининг камайиши, эритроцитларнинг циркуляр (айланиш) ҳажмининг ва гематокрит кўрсаткичининг пасайиши билан боғлиқдир.

Кўпгина ҳолатларда эритремияли беморларда эритроцитаферез зарарсиз, амбулатор шароитида қўлланиладиган самарали трансфузиологик жарроҳлик муолажаси ҳисобланади.

Калит сўзлар: эритремия, эритроцитаферез, плетор синдроми, трансфузиология.

THE USING OF MEDICAL ERYTROPHARESIS AT THE PATIENTS WITH ERYTHROMIES

For the purpose of the present work was studying of influence of quantity removed autoerytrocities weights on a functional condition of organism, and also on frequency and frequency rate of carrying out of sessions of erytropharesis at the patients with erytromies.

The medical erytropharesis has been spent at 15 patients (5 women, 10 men) by which 150 procedures (75 visitings) at the age from 35 till 67 years are made, made prescription of disease from 1 year till 6 years.

Dynamics of decrease in level of haemoglobin and number testifies to efficiency of erytropharesis at erythromy, and also down up of clinical displays of pletoryc syndrome as result of reduction of volume circulating of erythrocytes and an indicator os hemotacrites.

Medical erythropharesis in most cases is safe, effective of transfusion operation at patients with erytromies to what carrying out of this procedure in out-patient conditions testifies.

Key words: Erytromies, erytropharesis, pletoryc syndrome, transfusion.

Одним из путей совершенствования лечения в данной области медицины является использование метода цитафереза для коррекции клеточного состава крови и клеточного иммунитета, для удаления продуктов клеточного распада (Воинов В.А., 2002).

Среди болезней системы крови наибольший интерес в плане эффективного использования экстракорпорального гемафереза представляют полицитемические состояния, характеризующиеся увеличением числа эритроцитов, уровня гемоглобина и гематокритной величины.

К полицитемическим состояниям относятся эритремия (истинная полицитемия, болезнь Вакеза) и вторичная (симптоматическая) полицитемия (Фарманкулов Х.К. и др., 2008, 2009, 2012).

Эритремия (истинная полицитемия) относится к группе хронических миелопролиферативных заболеваний, которые характеризуются абсолютным увеличением массы циркулирующих эритроцитов (эритроцитоз), уровня эритропоэтина в моче и плазме крови больных с колебанием от нормальных величин до нуля. Низкий уровень эритропоэтина обусловлен увеличением эритроцитарной массы. В 2/3 наблюдений при эритремии отмечается увеличение числа тромбоцитов и лейкоцитов. Клиническая картина определяется увеличением массы циркулирующих эритроцитов, что сопровождается цианозом, спленомегалией, гепатомегалией, сосудистыми осложнениями (тромбозы, геморрагии, кровотечения), ДВА-(диссеминированная внутрисосудистая агрегация тромбоцитов), ДВС-(диссеминированная внутрисосудистая свертывания) синдромом, симптоматической артериальной гипертензией, язвы 12-перстной кишки, нефропатией (Калинин Н.Н., 2006, 2007).

Современная медицина располагает различными методами очищения крови вне организма: гравитационный плазмаферез, криоплазмаферез, эритроцитаферез, тромбоцитаферез, лейкоцитаферез и другие. Каждый метод имеет показания к применению, достоинства и недостатки. Наиболее универсальным для больных эритремией является лечебный эритроцитаферез (Постников А.А., 2008; Сведенцов Е.П., 1999).

Эритроцитаферез (ЭЦФ) – удаление части циркулирующих эритроцитов с последующим возвращением аутоплазмы и замещением удаляемого объема эритроцитов. Курс лечения состоит из 1-2 и более процедур, число которых зависит от исходного количества эритроцитов, стадии заболевания, наличия гепатоспленомегалии, эффекта предыдущей процедуры. Необходимо также учитывать пол, вес и возраст больного. Оптимальное количество удаляемых эритроцитов за одну процедуру для женщин, в среднем, составляет 20% объема циркулирующих эритроцитов (ОЦЭ), для мужчин – 25% ОЦЭ при повышенном уровне эритроцитов. При сниженных значениях гемоглобина (110 г/л и ниже), объем удаляемых эритроцитов составляет 15% ОЦЭ (Воробьев А.И., 2006; Калинин Н.Н., 2007; Ковалева Л.Г., 2006).

Лечебный эффект соответствует двум градациям:

– Клинико-гематологическая ремиссия - купирование симптомов заболевания, нормализации всех показателей периферической крови;

– Клинико-гематологическая компенсация - нормализация показателей красной крови при исходном лейкоцитозе и тромбоцитозе.

Большинство больных (90%) отмечают субъективное улучшение непосредственно после процедуры. Некоторые больные старше 50 лет ощущают слабость и требуют 2-3-дневной адаптации. Хорошая переносимость больными эритроцитафереза позволяет осуществлять его в амбулаторных условиях (Воробьев А.И., 2006; Постников А.А., 2008).

Цель настоящей работы – изучить влияние количества удаленной аутоэритроцитарной массы на функциональное состояние организма; установить показания, частоту и кратность сеансов эритроцитафереза.

Материалы и методы. Лечебный эритроцитаферез проведен 15 больным (5 женщин, 10 мужчин), которым произведено 150 процедур (75 посещений) в возрасте от 35 до 67 лет, давность заболевания – от 1 года до 6 лет.

У пациентов были жалобы на слабость, головную боль, покраснение лица, кожный зуд, повышение артериального давления, оссалгии, уменьшение силы, объема движений и чувствительности в конечностях.

В I-II стадиях эритремии у больных отмечались повышенные показателей красной крови (гемоглобин в пределах 170-239 г/л, эритроциты - 6,8-7,59*10^{12}/л, гематокрит- 0,62-0,78 л/л, объем циркулирующих эритроцитов от 40,16±4,30 до 53,71±9,67 мл/кг).

При исследовании биохимических показателей у больных эритремией содержание билирубина (с 9,0±0,8 до 7,6±0,3 мкмоль/л) и тимоловая проба (5,6±0,75 - 5,9±0,3 ед.) колебалось в пределах допустимого уровня, кроме достоверного снижения содержания общего белка (74,0±1,46 до 65,3±1,37 г/л).

Лечебный эритроцитаферез проводился прерывистым способом с использованием одноразовых пластиковых контейнеров «Гемакон-500/300», устройства для переливания крови, кровезаменителей, рефрижераторной центрифуги (РС-6) с крестообразным ротором путем разделения крови на эритроцитарную массу и плазму.

За одну процедуру у больного брали кровь в объеме 500 мл. Количество отделяемой эритроцитарной массы при каждом сеансе составляло 220-400 мл. Недостаточное снижение количества эритроцитов, гематокрита, гемоглобина после 1-2 процедуры являлся показанием для повторным процедурам. Курс лечения включал 3-6 процедур с интервалом 2-3 дня.

Объем удаляемой эритроцитарной массы, число и периодичность процедур зависели от степени тяжести и течения основного процесса. Проводился контроль по показателям периферической и свертывающей системы крови и других. Нарушений этих показателей во время курсов лечения не наблюдалось, самочувствие и общее состояние больных были удовлетворительными. Замещение изъятых эритроцитов осуществлял равным объемом изотонического раствора натрия хлорида в 2:1 в зависимости от сопутствующих сосудистых заболеваний, склонности к гиперкоагуляции.

Обсуждение. Подтверждением эффективности лечебного эритроцитафереза у больных с эритремией является купирование клинических проявлений плеторического синдрома (исчезновение головных болей, кожного зуда, нормализации артериального давления), снижение уровня гемоглобина (с 239±6,56 до 156±4,72 г/л), число эритроцитов (с 7,59±0,25 до 5,2±0,12*10^{12}/л), показателя гематокрита (с 0,62±0,03 до 0,48±0,02 л/л) и уменьшение объема циркулирующих эритроцитов (с 46,93±6,98 до 42,76±5,33 мл/кг).

При исследовании биохимических показателей у больных эритремией содержание билирубина (с 9,0±0,8 до 7,6±0,3 мкмоль/л) и тимоловая проба (5,6±0,75 - 5,9±0,3 ед.) колебались в пределах допустимого уровня, кроме достоверного снижения содержания общего белка (74,0±1,46 до 65,3±1,37 г/л).

Заключение. Лечебный эритроцитаферез в большинстве случаев является безопасной, эффективной трансфузиологической операцией для больных с эритремией.

Об эффективности эритроцитафереза при эритремии свидетельствует динамика снижения уровня гемоглобина и числа эритроцитов, стихание клинических проявлений плеторического синдрома как результат уменьшения объема циркулирующих эритроцитов и показателя гематокрита. При нарастании симптомов миелоидной пролиферации (панцитоз, сплено-гепатомегалия) целесообразно переходить на цитостатическое лечение с возможным возвратом к эксфузионной терапии при эритремических рецедивах.

Такое чередование двух методов лечения позволяет сократить дозу и интенсивность цитостатических средств, уменшить их побочные и мутагенное действия, получить оптимальный клинико-гематологический эффект.

К процедуре эритроцитафереза с лечебной целью необходимо подходить дифференцированно, учитывая не только клинический статус больного, но и клинико-лабораторные показатели в зависимости от стадии патологического процесса.

Ответная реакция организма на эритроцитаферез проявляется соответственно объему изъятого концентрата эритроцитов, кратности, частоты и длительности курса лечения методом гемокоррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1.Воробьев А.И. Очерки по производственной и клинической трансфузиологии. Москва, Ньюдиамед, 2006.

2.Воинов В.А. Эфферентная терапия. Москва, 2002.

3.Ковалева Л.Г. Эксфузионная терапия эритремии и эритроцитоза. Очерки по производственной и клинической трансфузиологии. Москва, Ньюдиамед, 2006.- с.487-492

4.Калинин Н.Н. Лечебный цитаферез. Очерки по производственной и клинической трансфузиологии. Москва, Ньюдиамед, 2006.- с.485-486

5.Калинин Н.Н. Эритроцитаферез в лечении эритремии. В кн.: Клиническое применение экстракорпоральных методов лечения. - М.: ЗАО «Трекпор Технолоджи», 2007.- с.127-129

6.Постников А.А.Лечебная практика очищения крови.-М.: Практическая медицина, 2008.
7.Руководство по трансфузионной медицине. Сведенцов Е.П. Киров, 1999.
8.Фарманкулов Х.К., Осипова Л.А., Давранов М.Э. Характеристика основных показателей гемограммы в аспектах их диагностического значения. Практическое пособие. Ташкент, 2008. - 59с.
9.Фармонкулов Х.К., Оппоқхўжаев Э. Амалий трансфузиологиядан қўлланма. Ташкент, 2009. – 159 б.
10.Фарманкулов Х.К. Лейкозлар ва лимфомалар. Амалий қўлланма. Тошкент, 2012. - 223-232 б.

УДК 616-001.36-02:616-005.4

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЯ «ЯНТАРОПРОТЕИНА» ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ

Каримов Х.Я., Шевченко Л.И., Алимов Т.Р., Турсунов Б.Б., Заидова Ш.З.
(НИИ ГиПК МЗ РУз)

В данной работе была изучена эффективность действия кровезаменителя янтаропротеина, разработанного в нашем институте, при экспериментальном ожоговом шоке. Опыты проводили на 60 крысах самцах на модели ожогового шока, где было изучено водно-электролитное, кислотно-основное состояние и выраженность эндогенной интоксикации. Полученные результаты показали, что янтаропротеин восстанавливает кислотно-основное, водно-электролитное состояние и снижает выраженность эндогенной интоксикации при ожоговом шоке.

Ключевые слова: «Янтаропротеин», ожоговый шок, водно-электролитное состояние, кислотно-основное состояние, эндогенная интоксикация.

КУЙИШ ШОКИДА ҚОН ЎРНИНИ БОСУВЧИ “ЯНТАРОПРОТЕИН”НИ САМАРАДОРЛИГИ

Ушбу ишда гематология ва қон қуйиш илмий текшириш институтида қуйиш шокида янги қон ўрнини босувчи препарат ўрганилди. Изланиш 60 та эркак каламушларда куйиш шоки моделида сув-электролит, эндоген интоксикация жараёнлари ўрганилди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики янтаропротеин сув-туз, кислотали-асосий холатни тиклайди, эндоген жараённи пасайтиради.

Калит сўзлар: “Янтаропротеин”, куйиш шоки, сув-туз алмашинуви, эндоген интоксикация.

EFFICIENCY OF A NEW BLOOD SUBSTITUTE “YANTAROPROTEIN” IN BURN SHOCK

In this work we studied the efficiency of the blood substitute Yantaroprotein, developed in our institute, in experimental burn shock. Experiments were conducted on 60 male rats model of burn shock, which has been studied water and electrolyte, acid-base status and the severity of endogenous intoxication. The results showed that “Yantaroprotein” restores the acid-base, fluid and electrolyte status and reduces the severity of endogenous intoxication in burn shock.

Keywords: “Yantaroprotein” burn shock, fluid and electrolyte status, acid-base status, endogenous intoxication.

Создание высокоэффективных кровезаменителей во многом обеспечивает прогресс интенсивной терапии ожогового шока и имеет большое значение в его лечении. В настоящее время при ожоговом шоке применяются кровезаменители, способные восполнить дефицит объема циркулирующей крови, восстанавливающие водно-солевое, кислотно-основное состояние, метаболизм в клетках, обладающие антиоксидантным и дезинтоксикационным действием. В нашем институте разработан кровезаменитель «Янтаропротеин», в состав которого включены янтарная кислота и белок, полученный из молозива коров на ранних сроках лактации [2]. «Янтаропротеин» – универсальный белково-солевой раствор, оказывающий наряду с перечисленными свойствами иммуномодулирующее, гемостимулирующее, противовоспалительное, антиоксидантное действия, обладающий способностью усиливать регенерацию тканей, повышать неспецифическую резистентность организма, восстанавливать метаболические процессы на клеточном и тканевом уровнях.

Цель работы – изучить эффективность янтаропротеина при экспериментальном ожоговом шоке.

Материалы и методы. Опыты проводились на 60 крысах-самцах весом 180-200г. Модель ожогового шока воспроизводили методом наложения медной пластинки размерами 3х3 см, нагретой до 200°С, в области спины крысы под эфирным наркозом [4].

У животных регистрировали показатели кислотно-основного состояния (pH артериальной крови) и электролиты крови (концентрацию ионов калия и натрия) [5], показатели эндогенной интоксикации в плазме и эритроцитах: уровень средних молекул (СМ), концентрацию

олигопептидов, сорбционную ёмкость эритроцитов (СЕЭ) [1, 3]; рассчитывали индексы токсемии и индекс интоксикации по формулам. Уровень pH крови определяли на приборе «Radelkis OP-215», электролитный состав крови – содержание ионов натрия и калия – на биохимическом полуавтоматическом анализаторе Mindray BA88 с использованием тест-систем «Human».

Животные были разделены на 4 группы. I группа – интактные, II – группа – контрольная (ожог без лечения), III – ожоговый шок после инфузии реосорбилакта, IV – ожоговый шок после введения янтаропротеина.

Сравнение эффективности действия янтаропротеина проводили с применением реосорбилакта, широко применяемого в медицинской практике. Кровезаменители вводили в дозе 40 мл/кг массы тела животного в период от 2 ч до 2 ч 30 мин после ожога. В дальнейшем в течение 3 дней вводили 10 мл на 1кг массы тела животного.

Статистическая обработка полученных данных производилась при помощи критерия Стьюдента с использованием программ Excel и Биостат. Критерием статистической значимости было значение P<0,05.

Результаты и обсуждение. В течение 2ч после ожога у животных возникали нарушения кислотно-основного состояния, приводящие к метаболическому ацидозу, на, что указывало снижение уровня pH крови в течение 24 часов до 7,26±0,02 ед.

При изучении электролитного состава крови статистически значимых изменений концентрации Na^+ и K^+ в плазме в первые 2ч после ожога выявлено не было (табл. 1). Однако концентрация K^+ возрастает в 1 сутки после ожога, увеличиваясь в 1,4 раза; незначительно снижалась концентрация Na^+. Ожог приводит к развитию олигурии. Показатели эндогенной интоксикации в течение 2 часов практически не изменялись (табл. 2).

Через 6 часов показатели начинали увеличиваться, и наиболее высоких значений достигали к 3 суткам. Уровень СМ увеличивался в 3,0 раза в плазме и в 2,4 раза в эритроцитах. Концентрация олигопептидов увеличивалась в 3,3 и в 2,5 раза, соответственно. Сорбционная емкость эритроцитов (СЕЭ) увеличивалась в 2,7 раза. Индекс токсемии в плазме увеличивается в 10,1 раз, а в эритроцитах – в 6,0 раза, индекс интоксикации в 7,3 раза.

Таблица 1

Изменения показателей при ожоговом шоке и после инфузии кровезаменителей у крыс(M±m).

Периоды исследования		Показатели		
		Натрий ммоль/л	Калий ммоль/л	pH, услов. ед.
Интактные		141,56±1,3	3,7±0,15	7,42±0,05
Ожог (на 3 сутки)		137,8±1,5	5,18±0,1*	7,26±0,02*
Ожог	+ инфузия реосорбилакта	138,5±1,2	3,72±0,1^	7,31±0,02
	+ инфузия реоманнисола	139,1±1,1	3,69±0,1^	7,38±0,03^

Примечание: *- достоверность различия (p<0,05) при сравнении результатов с показателями интактных животных; ^ то же (p<0,05) при сравнении результатов с данными, полученными через 3 сутки после ожога; # - то же (p<0,05) при сравнении результатов с данными, полученными через 3 сутки после инфузии реосорбилакта.

Таблица 2

Изменения показателей эндогенной интоксикации при ожоговом шоке и после инфузии кровезаменителей (M±m).

Изучаемые показатели	Интактные	Ожог (на 3-и сутки)	Ожог	
			+ инфузия реосорбилакта (на 3-и сутки)	+ инфузия янтаропротеина (на 3-и сутки)
В плазме				
СМ, усл. ед. плазма	10,20±0,4	30,9±1,01*	22,1±0,9*^	18,2±0,4*^#
Концентрация олигопептидов, г/л	0,59±0,06	1,97±0,1*	0,823±0,07*^	0,695±0,1^
Индекс токсемии.	6,02±0,2	60,87±1,3*	18,2±0,06*^	12,65±1,3*^#
Индекс интоксикации	19,67±1,3	143,3±1,6*	44,1±1,9*^	33,5±2,5*^#
В эритроцитах				
СМ, усл. ед. эритроциты	19,5±0,4	47,1±1,7*	32,1±1,4*^	26,4±1,1*^#
Концентрация олигопептидов	0,70±0,08	1,75±0,01*	0,806±0,05*^	0,790±0,1*^
Индекс токсемии	13,65±0,1	82,43±0,1*	25,87±0,2*^	20,86±2,5*^#
СЕЭ (%)	30,10±3,01	81,1±2,1*	41,0±1,4*^	35,1±1,1^#

Примечание: *- достоверность различия (p<0,05) при сравнении результатов с показателями

интактных животных; ^ - то же (p<0,05) при сравнении результатов с данными, полученными через 3 сутки после ожога; # - то же (p<0,05) при сравнении результатов с данными, полученными через 3 сутки после инфузии реосорбилакта.

Таким образом, при ожоговом шоке существенно изменяются кислотно-основное состояние, водно-электролитный обмен, показатели эндогенной интоксикации.

Введение реосорбилакта в первые сутки давало незначительный эффект, лишь на 3 сутки после лечения изучаемые показатели восстанавливались. pH крови возрастал до 7,31±0,02 на 0,05 ед. Инфузия реосорбилакта восстанавливала водно-электролитный состав, снижалось содержание K^+ в плазме, приближаясь к исходному уровню. Объем диуреза у животных увеличивался в 2 раза.

Наблюдение за изменениями показателей эндогенной интоксикации показали, что концентрация СМ снижалась в 1,4 раза в плазме и в 1,5 раза в эритроцитах, а олигопептидов 2,4 раза в плазме и в 2,2 раза в эритроцитах, по сравнению со II группой.

Соответственно, снижался уровень индексов токсемии в плазме в 3,3 раза и в эритроцитах в 3,2 раза, а индекс интоксикации был ниже в 3,2 раза. СЕЭ снизилась почти вдвое по сравнению с II группой.

При введении янтаропротеина все изучаемые показатели восстанавливались до исходного уровня или были близки к нему. Происходила полная коррекция pH крови до 7,38±0,03, увеличиваясь на 0,07 единиц. Концентрация Na^+ и K^+ в плазме находилась в пределах исходных значений. Диурез в результате инфузий возрастал в 3 раза, что больше, чем у животных III группы.

После инфузий янтаропротеина понижался уровень эндогенной интоксикации ниже, чем в III группе, как в плазме, так и в эритроцитах. СМ снижались в плазме в 1,7, а в эритроцитах в 1,8 раза. Концентрация олигопептидов в плазме снижалась в 2,8, а в эритроцитах в 2,2 раза, индекс токсемии был ниже в плазме в 4,8 раза, в эритроцитах 4,0 раза, а индекс интоксикации в 4,3 раза, СЕЭ понизилась в 2,3 раза.

Сравнение результатов применения обоих кровезаменителей показало, что после применения янтаропротеина, по сравнению с показателями после инфузии реосорбилакта: концентрация СМ в плазме и в эритроцитах в 1,2 раза, концентрация олигопептидов была в плазме в 1,2, а в эритроцитах в 1,02 раза, индекс токсемии в плазме в 1,4, а в эритроцитах в 1,2 раза, индекс интоксикации в 1,3 раза, СЕЭ в 1,2 раза ниже.

Полученные результаты показали, что кровезаменитель янтаропротеин восстанавливает кислотно-основное, водно-электролитное состояния и снижает выраженность эндогенной интоксикации при ожоговом шоке.

Вывод: Кровезаменитель «Янтаропротеин» нормализует кислотно-основное состояние, электролитный состав крови и обладает хорошим дезинтоксикационным действием при ожоговом шоке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончаренко М.С., Семко Г.А., Гладкая Е.А. Оптимизация обследования здоровья школьников путем использования диагностики эндогенного токсикоза и антиоксидантной защиты // Валеология, 2011. – № 3. – С. 11-14

2. Заявка № IAP 20100433 от 08.09.2010 год (состав кровезаменителя «Янтаропротеина»).

3. Копытова Т.В. Исследование сорбционной емкости мембран эритроцитов для оценки характера эндогенной интоксикации при дерматозах. // Клинич. лаб. диагностика, 2006 – №1. – С.18-19.

4. Легеза В.И., Зиновьев Е.В., Хребтович В.Н., Актуальные вопросы экспериментального моделирования термических ожогов кожи // Патологическая физиология и экспериментальная терапия, 2004.-№3. – С. 25-28

5. Методы клинических лабораторных исследований / Под редакцией проф. В.С. Камышникова // Москва «МЕДпресс_информ». 2011, – 750с.

УДК:616.15-082.4-07-08

ОПЫТ РАБОТЫ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Турсунова Н.А., Исматова Г.Н., Тургунова Д.П.

(НИИ ГиПК МЗ РУз, ТашИУВ)

Дневной стационар клиники НИИГ и ПК функционирует с 1996 года. Возрастной диапазон пролеченных - от нескольких месяцев до 85 лет. Количество пациентов с гемобластозами увеличилось с 5% в 2008г. до 44,8% в 2013г. Среди детей преобладают больные с ОЛЛ, получающиетерапию по протоколу МВ-2008. Среди взрослых преобладают пациенты с хроническими формами гемобластозов. Ряд больных с гемобластозами нуждались в паллиативной ПХТ. Про-

цент больных с различными формами анемий уменьшился с 681 (57,61 %) в 2008г до 100(7,8%) в 2013г. Больные с патологией гемостаза составляли четверть пролеченных пациентов в 2008г, в 2013 году их количество уменьшилось до 9,1%. Риск внутрибольничной инфекции в ДС минимален. Гематологический ДС является эффективной формой оказания специализированной диагностической и лечебной помощи большой группе больных с патологией системы крови.

Ключевые слова: дневной стационар, гемобластозы, анемии, геморрагические диатезы.

КУНДУЗГИ ГЕМАТОЛОГИК БЎЛИМНИНГ ИШ ТАЖРИБАСИ

Г ва ҚҚ ИТИ клиникасининг кундузги бўлими 1996 йилдан буён фаолият кўрсатади. Гемабластоз ташхиси билан даволанган беморлар сони 5% дан (2008 йил) 44,8% га (2013 йил) кўтарилди. Болалар орасида ЎЛЛ ташхиси билан МВ-2008 протоколи бўйича даволанувчи беморлар кўпчиликни ташкил қилади. Катталар орасида эса гемобластозларнинг сурункали шакли билан касалланган беморлар кўпроқ. Гемобластоз билан бир қатор беморлар паллиатив ХТ ўтказишга муҳтож. Камқонликнинг турли хил шакли билан касалланган беморлар фоизи 2008 йил 681 (57,61%) дан 2013 йил 100 (7,8%) га камайди. 2008 йилда гемостаз патологияси бор беморлар даволаниб чиққан беморлар умумий сонининг тўртдан бир қисмини ташкил қилган. 2013 йилда эса уларнинг сони 9,1% га камайди. Кундузги бўлимда касалхона ичи инфекцияси хавфи жуда ҳам кам. Бу эса ўз навбатида касалхона ичи инфекциясининг олдини олиш қўшимча чора-тадбирларига кетувчи ҳаражатларни камайтирди. Гематологик кундузги бўлим қон тизими патологияси бўлган беморлар катта гуруҳига ташхис қўйиш ва даволаш бўйича ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатувчи самарали бўлимдир.

Калит сўзлар: кундузги бўлим, гемобластозлар, камқонлик, геморрагик диатезлар.

WORK EXPERIENCE OF HEMATOLOGY DAY CLINIC

The day clinic is functioning since1996 y. The age diapason was from few months to 85 year. The leukemia patients quantity increased from 5% at 2008 to 44,8% at 2013y. Among children the majority of patients are children withALL who was treated by protocol ALL-MB-2008. There is a lot of adult patient with chronic leukemia. Some leukemia patients needed palliative chemotherapy. The percentage of different forms of anemia was decreased from 681 (57,61 %) at 2008y to 100(7,8%) at 2013y. The amount of all patients with hemostasis pathology composed a quarter of all treated patients at 2008 year, the amount decreased to 9,1% in 2013 year. The risk of inpatient infection was low, that allowed to minimize cost of additional preventive maintenance. The hematology day clinic is effective, professional diagnostic department for treatment actions for large group of patients with blood pathologies.

Key words: day clinic, children, adults, leukemia, anemia, hemostasis pathology, treatment.

В современном мире развитие системы здравоохранения направлено на развитие первичной амбулаторной медицинской помощи. Приоритетом развития системы стал принцип общеврачебной/семейной практики. Оказание медицинской помощи семейными врачами получило в мире широкое распространение и охватило такие страны, как Канада, Великобритания, Австралия, Новая Зеландия, Греция, Испания, Португалия, Израиль, Индия, Сингапур. В ряде стран пошли по пути создания, так называемых, «дневных» клиник, в которых пациенты с общими симптомами проходят полное обследование за один день [5]. Медицинская помощь населению в условиях дневного стационара оказывается с максимальным использованием современных медицинских стационарозамещающих технологий.

Лечение в дневном стационаре дает определенные преимущества для пациентов: сокращение сроков диагностических мероприятий, пребывание большую часть суток дома, в семье; исключение стрессовой ситуации, связанной с госпитализацией; подбор медикаментозной терапии на фоне обычного ритма жизни; возможность получения инфузионной комплексной терапии [2,3,4].

В последние годы улучшились результаты лечения различных заболеваний крови, в том числе острых и хронических гемобластозов. Современные протоколы лечения позволяют достичь длительной ремиссии заболевания; увеличивается количество больных, нуждающихся в многомесячной поддерживающей химиотерапии, не требующей госпитализации в круглосуточное гематологическое отделение [1].

Целый ряд больных с депрессиями кроветворения и различными геморрагическими диатезами могут получать лечение в дневных стационарах.

Цель работы – рассмотреть результаты оказания специализированной медицинской помощи гематологическим больным в дневном стационаре клиники НИИГ и ПК за 2008-2013гг.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ историй болезней больных, госпитализированных в дневной стационар (ДС) за 2008-2013гг.

Результаты и их обсуждение. Дневное гематологическое отделение организовано в составе клиники НИИГ и ПК в январе 1996 года на 40 коек.

Отделение располагается на первом этаже и состоит из четырех палат с 23 кроватями. С января 2008 года отделение переоборудовано на 50 коек, с марта 2010г – 55.

В отделении получают стационарное лечение больные с системными заболеваниями крови, патологией гемостаза, различными формами анемий.

Ежегодно в ДС лечатся более тысячи пациентов, из них около половины получали лечение неоднократно, есть случаи ежемесячной госпитализации до 14 госпитализаций в год. Женщин, обратившихся за помощью, всегда больше, чем мужчин. Возрастной диапазон больных составлял от нескольких месяцев до 85 лет.

Таб.1 Посещаемость ДС клиники НИИГ и ПК в 2008-2013г.

Годы	Число больных	Число койко-дней	Средняя продолжительность одной госпитализации
2008	1074	17217	16,7
2009	1157	18388	17
2010	1082	18700	14,4
2011	961	16775	16,6
2012	1044	15815	15,1
2013	1279	17023	13,3

Как следует из таблицы 1, в 2011 году было некоторое снижение количества пролеченных пациентов, но за последние годы потребность в отделении возросла судя по возросшему количеству госпитализированных. Из года в год снижается длительность госпитализации, что объясняется тем, что время на постановку диагноза сократилось до 1-2 дней, адекватная терапия начинается со дня госпитализации.

Таб. 2 Больные гемобластозами, лечившехся в ДС клиники НИИГ и ПК в 2008-2013гг.

Заболевание	Всего больных					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ОМЛ	7	22	16	21	33	27
ОЛЛ	12	19	37	141	153	237
ОНЛ	6	17	7	10	20	8
ХМЛ	15	40	35	79	83	129
ХЛЛ	12	18	21	31	40	35
ММ		4	2	21	19	19
СМ	1	6	1	9	9	9

За 6 лет наблюдений количество пролеченных пациентов с гемобластозами увеличилось с 5% в 2008г. до 44,8% в 2013г.

Внедрены и используются современные протоколы лечения и препараты: МВ-2008, Протокол Хёльцера, АЛЛ — МВ — 2002 у подростков, 5 + ЦФ, 5 + 6 - МП, 5 + этопозид; интерферон + весаноид, COMP, COAP, CHOD, mini-CHOP, малые дозы цитозара и др. Количество ежегодных курсов ПХТ варьировало от 6 у больных с ОМЛ и до 8 с ОЛЛ.

Дети с ОЛЛ, получающие программную терапию по протоколу МВ-2008, имеют высокий процент выхода в ремиссию. Поэтому с 2010 года ежегодно увеличивается количество детей, получающие в ДС программную поддерживающую терапию.

Среди взрослых пациентов дела обстоят хуже. Так, рост количества взрослых с острыми формами лейкозов, получающие терапию в ДС, незначителен, чаще всего они нуждаются в паллиативной помощи.

Из таблицы №2 следут, что дневное пребывание в стационаре актуально для взрослых пациентов с такими хроническими формами лейкоза, как: хронический миелолейкоз, хронический лимфолейкоз (ХЛЛ), эритремия, миеломная болезнь. Их ведение в ДС позволяет сохранять непрерывность лечения, что положительно отражается на качестве жизни и работоспособности. Для больных с ХЛЛ, получающих химиотерапию, чаще всего встает вопрос о сниженной резистентности к различным бактериальным и вирусным инфекциям. В отделении имеется опыт применения таких иммуноглобулинов, как октагам. Наблюдается снижение продолжительности пребывания в ДС среди данной группы пациентов.

Многие больные с гемобластозами нуждались в паллиативной ПХТ, терапии малыми дозами цитостатиков на фоне заместительной терапии компонентами крови, что продлевало им жизнь. Такое ведение пациентов дает возможность не оставаться им без специализированной медицинской помощи.

Успех лечения гемобластозов во многом зависит от сопроводительной терапии, которая включает трансфузионную гемокомпонентную терапию, антибиотики широкого спектра. Необходимо отметить, что риск внутрибольничной инфекции в ДС был минимален, что снижало затраты на дополнительные меры профилактики внутрибольничной инфекции. Но остается актуальным вопросы карантина при сезонных респираторных инфекциях.

Процент пролеченных больных с различными формами анемий уменьшился с 681 (57,61 %)

в 2008г до 100(7,8%) в 2013г. При железодефицитном характере анемии использовались препараты железа. Достаточно часто встречались анемии, требующие введения эритропоэтинов, при выраженной гипоксии и анемии тяжелой степени - переливания эритроцитарной массы.

В 2008г. каждый десятый госпитализированный больной страдал различной формой гемолитической анемии. Эти пациенты являются обособленной группой, большей частью представленной детьми с наследственной гемолитической анемией (b-талассемией). Их количество к 2013году увеличилось до 20,7%. Заместительная гемокомпонентная терапия параллельно с хелаторной, оказываемая пациентам с данной патологией, позволила уменьшить количество гемотрансфузий за одну госпитализацию.

Больных с апластической анемией всегда было мало среди больных ДС: от 0,83% в 2008г. до 5,2% в 2013г. Есть небезуспешные случаи ведения пациентов, когда после верификации диагноза начинается иммуносупресивная терапия (циклоспорином А) на фоне заместительной терапии компонентами крови.

Больные с патологией гемостаза составили четверть пролеченных пациентов в 2008г. К 2013 году их количество уменьшилось до 9,1%. Зачастую это больные с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП), болезнью Виллебранда, гемофилией, геморрагическим васкулитом. Обращаемость этих пациентов связана с развитием геморрагического синдрома. У нас накоплен опыт наблюдения и лечения больных с ИТП, у которых использовали в качестве иммуномодулирущего лечения внутривенные иммуноглобулины. Стойкое повышение количества тромбоцитов и купирование геморрагического синдрома способствует длительной ремиссии заболевания, вследствие чего больные не нуждаются в частой госпитализации. Обращаемость пациентов с гемофилией А низкая и стабильна за эти годы. Они все чаще получают генноинженерные факторы свертывания, намного реже используется криопреципитат.

Выводы: Сдерживание расходов на медицинские услуги и поиск новых подходов к улучшению здоровья населения способствует усиление роли ДС велика не только в период верификации диагноза, но и при плановом лечебном процессе. Все больные клиники, обследуются по единым протоколам диагностики и лечения.

Гематологический ДС является эффективной формой оказания специализированной диагностической и лечебной помощи большой группе больных с патологией системы крови, во многом сохраняющей качество жизни больных. Рациональная организация работы ДС позволяет увеличить доступность этого вида помощи населению. Пациент получает доступ к диагностике, обследованию и лечению без отрыва от обычной домашней среды, что особенно ценно для пожилых пациентов и семей с детьми; можно начать лечение немедленно, не дожидаясь госпитализации в круглосуточный стационар.

В ДС возможно обеспечить преемственность стационарной и амбулаторных служб в программном лечении пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А.И., Бриллиант М.Д. Опыт амбулаторного лечения больных гемобластозами/ Тер. архив-1977, №8.-С.3-9.
2. Исмоилов И., Сувонов Х.А., Рахматов К.К., Исмоилова Н.И. Дневные стационары в лечебно-профилактических учреждениях Навоийского Горнометаллургического комбината. Навои, 2010. 37с.
3. Калининская А.А., Горохова Т.А. Дневной стационар как механизм повышения эффективности использования коечного фонда во фтизиатрии /334http://vestnik.mednet.ru/content/view/320/30/lang,ru/

Леонов С.А., Зайченко Н.М. Особенности учета и отчетности о деятельности дневного стационара медицинской организации/ http://vestnik.mednet.ru/content/view/278/27/lang,ru

4. Щепин О.П., Трегубов Ю.Г., Асланян Э.А. Актуальные вопросы развития муниципального здравоохранения //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. №4. С. 25-27.

УДК:610.02-346.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕРМЕТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Азизов К.Т., Махкамова Ф.Т., Пулатов О.А.
(ТашПМИ)

Высокая стоматологическая заболеваемость среди детей и подростков республики является одной из важных проблем современного здравоохранения и представляет угрозу состоянию здоровья детей.

Ключевые слова: дети, кариес, лечение.

ЎСМИРЛИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА КАРИЕСНИ ДАВОЛАШДА ГЕРМЕТИКЛАРНИНГ СОЛИШТИРМА ТАХЛИЛИ

Ўсмирлар ва болалада стоматологик касалланиш замонавий соғлиқни сақлашнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, болалар саломатлик кўрсаткичларига салбий таъсир кўрсатади.

Калит сўзлар: болалар, кариес, даволаш.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF SEALANTS IN THE TREATMENT OF DENTAL CARIES IN CHILDREN AT ADOLESCENCE AGE

High dental disease among children and adolescents in our Republic is one of the important problems of modern health care and is a threat to the health of children.

Key words: children, caries, treatment.

Проблема высокой стоматологической заболеваемости детей и подростков в нашей республике остается одной из наиболее острых и актуальных, представляющих реальную угрозу состоянию здоровья детей.

Исследования свидетельствуют о том, что проблема фиссурного кариеса по – прежнему актуальна. По данным зарубежных стоматологов, фиссуры первых постоянных моляров поражаются в первые годы после прорезывания в 82,6% случаев, а фиссуры вторых постоянных моляров – в 84,2% случаев.[6,7,8]

Высокая распространенность фиссурного кариеса связана с особенностями их анатомической формы, длительным периодом их созревания по сравнению с гладкими поверхностями зубов, ретенцией пищевых остатков, отсутствием качественной гигиены и сложностью диагностики. Местные методы профилактики кариеса фторсодержащими зубными пастами, гелями, растворами позволяют снизить поражаемость зубов, однако не предотвращают поражение кариесом фиссур жевательных зубов. Установлено, что эффективным методом профилактики кариеса на окклюзионных поверхностях (редукция 70-80%) является герметизация ямок и фиссур.[2]

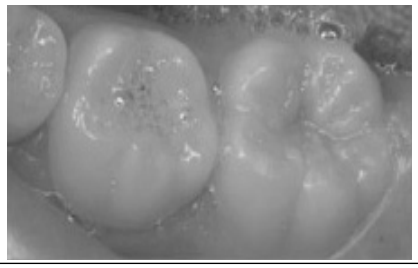
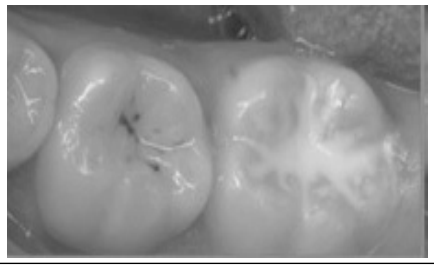
Цель исследования – оценить результаты герметизации фиссур I постоянных моляров такими пломбировочными материалами, как стеклоиономерный цемент и «Грандио Сил» (Grandio Seal) компании VOCO (Германия).

Материалы и методы. Работа основана на результатах обследования 60 интактных первых постоянных моляров у детей в возрасте 13 - 18 лет, не отягощенных соматическими заболеваниями проживающих г.Ташкенте за период 2012-2014 гг.

Применяли метод герметизации фиссур. Учитывая, что первый постоянный моляр имеет глубокие труднодоступные фиссуры, поражения которых кариесом наиболее вероятно, после тщательного удаления зубного налета и чистки зубов проводили запечатывание фиссур 1пМ стеклоиономерным цементом и «Грандио Сил» (Grandio Seal) .

При оценке эффективности герметика учитывали сохранность материала, отсутствие или наличие кариозного поражения.

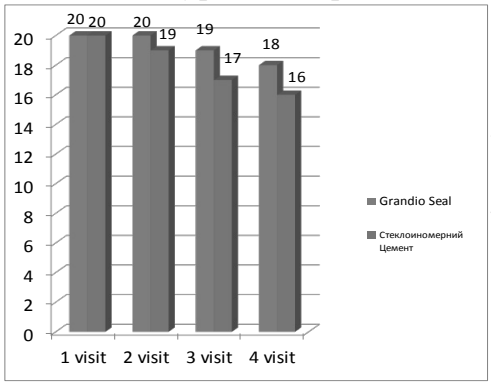
Результаты и обсуждение. Оценка прочности и адгезивных свойств проводилась по результатам наблюдения в динамике за уровнем сохранности силанта в стоматологическом кабинете при обращении пациента за терапевтическим лечением.

Рисунок 1 **До запечатывания**	**Рисунок 2** **После запечатывания**
	

Сравнительная характеристика прочности и адгезивных свойств силантов через неделю выявило 100% сохранность у детей 1 профилактической группы и частичную утрату у 5% 2 группы.

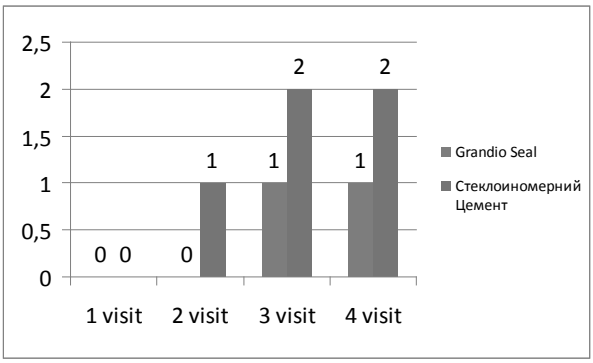
Рисунок 3
Во время запечатывания

Диаграмма 1
Динамика уровня сохранности силанта (полная сохранность)



Через месяца у 95% детей 1 группы отмечается полная сохранность силанта, у 5% – частичная потеря силанта. У детей 2 группы отмечается частичная утрата у 10% и полная утрата – у 5%, при полной сохранности у 85% обследованных.

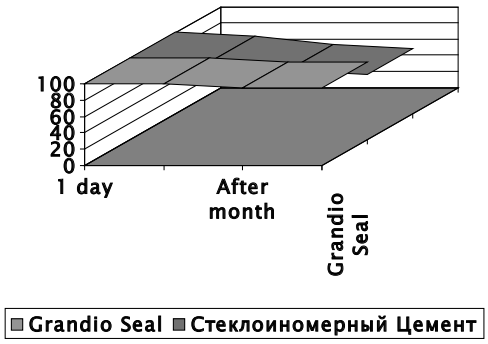
Диаграмма 2
Динамика уровня сохранности силанта(частичная сохранность)



Через 6 месяцев у 90% детей 1 группы отмечается полная сохранность силанта, у 5% – частичная потеря силанта, у 5% – полная утрата. У детей 2 группы отмечается частичная утрата у 10% и полная – у 10%.

Полученные данные свидетельствуют, что у детей 1 группы, у которых был применен жидкотекучий светоотверждаемый материал “Grandio Seal”,силант имел более прочные связи со структурами зуба и адгезивность, чем во 2 группе, где был применен стеклоиономерный цемент.

Диаграмма 3
Динамика уровня сохранности силанта



Потеря герметика обусловлена нарушением изоляции и загрязнении слюной герметизируемой поверхности, износом герметика вследствие стирания, повышенного окклюзионного давления и нарушения краевого прилегания. Важным фактором также является активность кариеса: при высоком значении КПУ ретенция герметика ниже. Наибольшая ретенция наблюдалась в центральных ямках верхних моляров, затем – в фиссурах нижних моляров и дистальной борозде верхних моляров [4].

Фиссурные герметики, как и все композиты, требуют соблюдения технологии: качественной очистки поверхности зубов, кислотного протравливания поверхности и идеальной изоляции поверхности от влаги. По этим причинам их применяют в основном детям старше пяти лет в постоянных зубах [5]. Дети младшего возрас-

та с трудом переносят длительные манипуляции, часто работа осложняется гиперсаливацией [1,3]. Спорным остается вопрос о кислотном травлении эмали при использовании композиционных герметиков. Нет единой точки зрения по поводу длительности протравливания молочных, постоянных и зубов с незрелой эмалью и завершенным процессом минерализации [4].

Низкая чувствительность СИЦ к влаге позволяет герметизировать даже частично прорезавшиеся, прикрытые десной зубы, что особенно актуально для детей с декомпенсированным течением кариеса. Накоплен большой опыт использования СИЦ в качестве герметиков фиссур постоянных зубов. По профилактике кариеса окклюзионной поверхности молочных моляров встречаются единичные публикации [4]. По данным Glass R.L. Community Dent. 1997, ретенция СИЦ, используемого без кондиционирования эмали, в течение года составила 75% во вторых временных молярах и 50% – в первых. Кариес выявлен в единичных случаях [ПО]. Однако Hold. R.D. Br.Dent. J.1996 не выявили различий в поражении кариесом в течение 12-30 месяцев после герметизации СИЦ фиссур первых молочных моляров у детей в возрасте 18-30 месяцев по сравнению с детьми, получавшими стандартный пакет стоматологических услуг без герметизации моляров .

Несмотря на признание эффективности герметизации фиссур стоматологическими ассоциациями многих стран, герметики до сих пор используются только *20%* детей в возрасте 5-17 лет и еще реже – детям младшего возраста.

В странах с высокой интенсивностью кариеса герметики остаются наиболее эффективным средством профилактики окклюзионного кариеса как с экономической, так и с этической точки зрения. Установлено, что в популяции с низкой распространенностью кариеса за пять лет необходимость в лечении окклюзионного кариеса постоянных моляров возникала в 2 раза реже у лиц, которым проводилась герметизация фиссур. Герметики использовали только для 16,3% первых и 11,6 % вторых постоянных моляров. Каждые 10 наложенных герметиков во вторых постоянных молярах и 15 в первых постоянных молярах предотвращали необходимость наложения одной пломбы на окклюзионной поверхности.

Состояние контрольных зубов через 6 месяцев (табл. 1).

Таблица 1

	Кариес не наблюдается		Фиссурный кариес	
n=60	91,9%	37	8,1%	3

Рисунок.4

Анализ сохранности герметика.

Выводы. 1. Герметизация фиссур позволяет предотвратить развитие кариозного процесса на жевательных поверхностях зубов. Однако профилактическая эффективность силантов зависит от срока их сохранности на поверхности зубов, гигиенического статуса полости рта детей.

2. Через 6 месяцев после герметизации у 90% детей 1 группы отмечается полная сохранность силанта, у 5% частичная потеря силанта, у 5% – полная утрата. У детей 2 группы отмечается частичная утрата у 10% и полная утрата у 10%.

3. При применение стеклоиономерного цемента и «Грандио Сил» (Grandio Seal) в фиссурах моляров даже после их утраты не отмечается рецидивный кариес, что объясняется минерализующим свойством герметиков.

ЛИТЕРАТУРА

1.Барер Г.М., Кузьмина И.Н. Особенности диагностики ранних форм кариеса жевательной поверхности первых постоянных моляров //Новое в стоматологии.-1996.-Т.43,К2.-С.3-4.*

2.Зеновский В.П., Вилова Т.В. Герметизация фиссур как метод выбора в профилактике кариеса у детей Архангельской области /Стоматология детского возраста и профилактика.-М., 2001.-N 2.-С.28-32.

3. Зуфаров А.А., Алимова М.Г., Ибрагимова М.Х., Юлдашева А.С. Локализация кариеса на первых постоянных молярах у детей //Клиническая стоматология.- Ташкент, 1994.-С.37-40.

4.Иванова Г.Г., Буянкина Р.Г., Жорова Т.Н. Микролокализация кариеса на жевательных поверхностях моляров //Стоматология.-1987.-Т. 66.-N 3.-С.25-27.

5. Попруженко Т.В., Герасимович Т.Н. Особенности кариеса фиссур постоянных моляров у детей и выбор метода герметизации //Современная стоматология (Минск).- 2001.- № 1.-С. 19-20.

6. Hirano Y. Computer-assisted reconstruction of enamel fissures and carious of human premolars

/ Y. Hirano, T. Aoba // J. Dent. Res . 1995
7. Glass R.L. A Clinical trial of two fluoride dentifrices in an area of low caries prevalence / R.L. Glass, M.N.Naylor // Community Dent. 1997.
8. Hold. R.D. The weaning diet and dental health./ R.D. Hold, P.J. Moynihan // Br.Dent. J.1996.

УДК: ***340.6:617.711-08-053***

ИРИДОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА

Дальжанов Б.М., Искандарова М.А.
(НФ ТашПМИ)

На основании проведенной иридодиагностики 73 трупов лиц, умерших скоропостижно от заболеваний и закончивших свою жизнь самоубийством установлена взаимосвязь патологических изменений на радужке и конституциональными особенностями человека. Так установлено, что у людей со светлыми глазами радиальный тип радужки встречается, в среднем, в 10 раз чаще, чем у темноглазых, тогда как радиально-гомогенный у темноглазых. Были установлены следующие взаимосвязи, так тип конституции от типа радужки, плотность радужки от наследственной предрасположенности к каким – либо генетическим особенностям индивидуума, рельеф радужки от имеющихся заболеваний, а пигментные пятна от возраста человека. Таким образом, с судебно – медицинской и криминалистической позиции вышеприведенные исследования могли бы оказать неоценимую помощь экспертам при определении индивидуальных особенностей для идентификации личности.

Ключевые слова: иридодиагностика, судебная медицина, конституциональные особенности

ИНСОННИНГ КОНСТИТУЦИОНАЛ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ИРИДОЛОГИК БАҲОЛАШ

Жами 73 ўз ўзини ўлдирганларнинг мурдаларини текшириш натижасида уларнинг рангдор пардасини конституционал холатига мос тадқиқотлар олиб борилди. Радиал типдаги рангдор пардалар оч ранг кўзли одамларда тўқ ранг кўзли пардаларга нисбатан 10 баравар кўпроқ учраганини таъкидлаш мумкин. Рангдор пардасининг тузилишига қараб одамнинг айрим хусусиятларини аниқлаш мумкин. Масалан, конституционал хусусиятлари, жинси, ёши ёки кандай касалликларга чалинганликни ва бошқалар. Ушбу илмий тадқиқотларда олинган натижалар суд тиббий экспертизасидан ўтказилган мурдаларда одамнинг ҳаётлигида кечган касалликлар ва бошқа индивидуал хусусиятларини аниқлашга амалий ёрдам сифатида хизмат қилиши мумкин.

Калит сўзлар: иридодиагностика, суд тиббиёти, конституционал хусусиятлар.

IRIDOLOGY EVALUATION OF CONSTITUTIONAL FEATURES OF PEOPLE

Based on our iridodiagnostic 73 corpses of persons who died suddenly from disease and ended his life by suicide found an association of pathological changes in the iris and constitutional peculiarities of man. It has been found that people with light eyes iris radial type occurs on average 10 times more than the dark-eyed, while radially-homogeneous in dark-eyed. The following relationships have been established, so the type of constitution on the type of the iris, the density of the iris from a hereditary predisposition to how - or genetic characteristics of the individual, the relief of the iris of the existing conditions, and age spots on the age of the person. Thus, a forensic - medical and criminal position above studies could provide invaluable assistance to the experts in determining the individual characteristics for identification.

Key words: iridology, forensics, constitutional features.

Актуальность. Научное обоснование основ иридодиагностики настолько сложно, что осмысление имеющейся информации представляет даже для врачей трудность. Эта информация включает обоснование наличия в организме сложнейших иридоорганных нервных связей, знание строения и функции тонких, периферических и центральных нервных структур, анатомии и физиологии радужки [2, 8].

Иридодиагностика — не принципиально новый метод, а лишь разновидность осмотра. Однако ряд существенных особенностей метода и самой радужки делают диагностику по ней исключительно эффективной и уникальной [3, 5].

По своему строению радужка представляет нейро-сосудисто-мышечно-пигментое образование и, по существу, является выдвинутым на периферию участком головного мозга [4]. Сложность структуры радужки определяет появление в ней знаков, связанных с изменением ее нервов, сосудов, мышечных волокон и пигментов. Все эти изменения, подвергаются непосред-

ственному визуальному анализу. На радужке визуально проявляются и знаки, отражающие наследственные дефекты в органах и тканях. Это обусловлено тем, что формирование радужки при зарождении человека происходит не изолированно от всего организма, а во взаимосвязи с мельчайшими его деталями [7].

Уникальные возможности иридодиагностики заключаются в выявлении наследственных дефектов отдельных органов и тканей, в том числе и до их клинической реализации, в любом возрасте [6].

Сотни известных патологических изменений на радужке — иридознаков имеют конкретную интерпретацию, позволяющую определять характер и выраженность патологических изменений в организме. Знаки общего характера дают информацию об изменениях на уровне всего организма, локальные иридознаки - о патологии конкретных органов [6, 8].

Получение информации основано на точном знании иридотопограмм, сотен признаков их клинической интерпретации. Совершенно необходимо хорошее знание нормальной и патологической физиологии [4].

По данным литературы, поражение внутренних органов сопровождается появлением определенных иридологических признаков [2, 4, 7]. Применение иридодиагностики в судебной медицине при идентификации личности в доступной литературе не отражено.

Все сказанное прослужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования: изучить изменения на радужке глаз умерших лиц скоропостижно от различных заболеваний, а также закончивших жизнь самоубийством для разработки судебно – медицинских иридодиагностических идентификационных карт.

Материалы и методы исследования: Материалами для исследования послужило изучение радужки глаз у 73 трупов лиц, умерших скоропостижно от заболеваний или закончивших жизнь самоубийством путем самоповешения и отравления (36 случаев).

Среди умерших скоропостижно из 73 трупов – 54 были мужского пола (74%), 19 – женского пола (26%). Возраст умерших, в среднем, составлял 58,6±0,7 лет.

Основными причинами смерти скоропостижно – скончавшихся людей были: хроническая ишемическая болезнь сердца (40,3%), инфаркт миокарда (32,2%), пневмония на фоне ишемической болезни сердца(18,8%), геморрагический панкреотит (4,6%), кровотечение в результате язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (2,3%) и другие (1,8%).

Среди трупов лиц, умерших путем самоповешения и отравившихся, лица женского пола (63,7%) превалировали над лицами мужского пола. Средний возраст их составил 38,2±0,7 лет. Среди отравившихся наиболее часто была использована уксусная кислота (58,8%) и лекарственные препараты (23,4%), в остальных случаях (6%) были использованы мышиный яд, мышьяк, фосфорорганические инсектициды, формалин и др.

Иридодиагностика включает в себя исследования радужки глаза визуально и с помощью различных осветительных приборов. То же самое мы использовали при исследовании трупного материала: иридоскопию и фотографирование радужки. С этой целью применялись щелевые лампы российского производства – ЩЛ – 56, ЩЛТ и ЩЛ – 56М, для освещения радужки применяли наиболее простой метод – фокальный.

Результаты исследования. Считается доказанным, что невозможно найти двух людей с абсолютно одинаковыми лицами. Это также верно по отношению к глазам, так как радужка каждого человека совершенно неповторима. Она настолько индивидуальна, что могла бы сослужить огромную услугу в криминалистике и судебной медицине, поскольку ее картина в сотни раз богаче и точнее любого дактилоскопического отпечатка. Из множества структурных комбинаций радужки, отражающих конституциональные особенности человека, удается выделить пять простейших типов (табл. 1).

Таблица 1

Частота встречаемости различных типов радужки у людей с различным цветом глаз (%) (по Е. С. Вельховеру) [3]

Цвет глаз	Число обследованных	Типы радужек				
		Радиальный	Радиально-волнистый	Радиально-гомогенный	Радиально-лакунарный	Лакунарный
Голубой	450	5,6	78,0	1,7	8,7	6,0
Синий	174	6,1	66,9	-	17,0	10,0
Серый	222	4,9	81,6	-	8,2	5,3
Светло-коричневый	275	0,4	44,4	46,0	5,1	4,1
Коричневый	196	1,2	12,0	83,8	2,1	0,9
Темно-коричневый	150	-	-	88,0	7,8	4,2

Как видно из таблицы, у людей со светлыми глазами радиальный тип радужки встречался, в

среднем, в 10 раз чаще, чем у темноглазых. Радиальный тип радужки в исследуемых нами случаях составил, в среднем, 4,8±0,6%.

У второго типа радужки вид радиально идущих и несколько утолщенных трабекул. Это так называемый, нейрогенный тип конституции, для которого характерны астенографические проявления и склонность к спазмам. В наших наблюдениях он встречался наиболее часто (46,8%).

Третий тип радужки – радиально–гомогенный – характеризуется сочетанием радиального рисунка в зрачковом поясе с плотным гомогенно отрешенным цилиарным кругом. Наблюдается этот тип почти исключительно у темноглазых людей, служит признаком хорошей конституции и наблюдается у здоровых людей. По нашим наблюдениям этот тип радужки исключительно наблюдался у трупов лиц, умерших в молодом возрасте (20 – 35 лет).

Четвертый тип радужки – радиально–лакунарный – представлен в виде истонченной стромы с рассеяно–листовидными впадинами – лакунами, занимающими до 30% поверхности радужки. Указанный тип радужки характерен для лиц с ослабленной конституцией и склонностью к дисфункции и хроническим заболеваниям. Данный тип радужки в наших случаях встречается у трупов лиц, умерших от различных травматических заболеваний с частотой в 7,3%.

Пятый тип радужки – лакунарный, характеризуется тонкой, местами разорванной стромой с хаотическим рисунком трабекул и большим количеством лакун. Это наиболее слабый тип радужки, свидетельствующий о выраженной неполноценности многих органов и систем. Встречается у светлоглазых людей в 2 раза чаще, чем у темноглазых. В наших наблюдениях этот тип радужки отмечался у 4,9% трупов.

Наряду с архитектоникой или типом радужки большое значение в иридологии придается определению плотности радужных структур. Принято считать, что, чем чаще и плотнее радужка глаза, тем здоровее и крепче организм. Различают несколько степеней плотности радужки: плотностью твердого, среднего и мягкого дерева.

Проведенны исследования радужки у 36 трупов закончивших жизнь самоубийством путем повешения. Из 36 исследованных трупов у 31 (86%) были регистрированы радужки, имеющие слабую или очень слабую плотность, что может свидетельствовать о наследственной предрасположенности к суициду.

Исследования плотности радужки имеют прямое отношение к определению прогноза тяжелых заболеваниях и выявлению предрасположенности к генетическим особенностям индивидуума. Оценка этих особенностей важна не только в судебно – медицинской и клинической практике, но и в работе медицинских экспертных комиссий.

Интересную информацию в плане морфогенеза представляют различия рельефа радужки. Изучение рельефа дает данные о защитных и резервных возможностях человека. Поверхность радужки не выглядит ровной или плоской, а представляет собой конгломерат выпуклостей и впадин. От центра (зрачка) поверхность радужки поднимается к возвышению автономного кольца, форма которого весьма вариабельна.

Наряду с архитектоникой или типом радужки для определения индивидуальных свойств человека большое значение в иридологии придаётся определению плотности радужных структур. Принято считать, что, чем чаще и плотнее радужка глаза, тем здоровее и крепче организм [5,8].

Анализ наших исследований показал, что у трупов лиц, умерших скоропостижно, радужки глаз имели наименьшую плотность в случаях, когда заболевания, приведшие к смерти отличались в более молодом возрасте (от 30 до 40 лет). У умерших в более преклонном возрасте (от 50 и выше) радужки имели более плотную структуру.

Различают семь разновидностей рельефа. Мы регистрировали следующие:

- мискообразный, характеризуется вдавленностью зрачкового пояса в средней части. Встречались у умерших от сердечно – сосудистых заболеваний.

- уплощенно–латеральный, характеризуется вдавленностью склона цилиарного пояса, свидетельствующий к склонности к депрессиям и суицидальным попыткам. В наших наблюдениях встречался у покончивших жизнь самоубийством.

- кратерообразный, характеризуется крутым склоном выступающего вперед зрачкового пояса. Встречается при эндокринных и гуморальных нарушениях. В наших случаях этой тип рельефа отличался в случаях смерти от геморрагического панкреатита.

- закругленно – утолщенный, где поверхность радужки как бы набухшая, угол Фукса (образованный зрачковым поясом и автономным кольцом) отсутствует. В наших случаях встречался при смерти от гипертонической болезни и атеросклерозе в результате геморрагического инсульта.

- плоский, характеризуется полным исчезновением автономного кольца. Свидетельствует о предрасположенности к различным хроническим инфекционным заболеваниям.

- локально–деформированный, свидетельствует о наличии тяжелой хронической болезни, склонности к суицидам, что подтвердилось в наших наблюдениях.

При исследовании трупов неизвестных лиц особое значение приобретает вопрос об определении возраста. В этом отношении определенную помощь эксперту могут оказать знания по иридодиагностике. Даже по пигментным пятнам на радужке глаз, можно судить не только о возрасте исследуемого, но и о перенесенных заболеваниях. Так, большинство иридологов отмечают, что у здоровых людей, особенно в детском возрасте, радужка выглядит чистой и прозрачной. Считается твердо установленным, что, чем здоровее организм, тем чище, одноцветнее и плотнее радужка. У больных людей и людей пожилого возраста она становится более тусклой, иногда грязноватой, как правило, многоцветной, с отдельными пигментными пятнами и полями.

Заключение. Иридология имеет очень древние корни. Опыт древних врачей в «глазной диагностике» до сих пор успешно используется в восточной и европейской медицине.

Уникальные возможности иридодиагностики в выявлении наследственных дефектов, предрасположенности к суицидам, индивидуальных свойств организма, а также распознавание различных хронических заболеваний с большим успехом могут быть примененқ в судебно – медицинской и криминалистической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов М.С. Иридодиагностика с компьютером. – Т.: Ибн Сины, 1991. – 194 с.
2. Архипова О.М., Коновалова Н.Г., Егоров Г.Е. Опыт применения иридодиагностики в спортивной медицине.// Полисистемные неспецифические синдромы в клиническом полиморфизме заболеваний нервной системы и их коррекция: Сборник трудов международной конференции (Новокузнецк, 20 - 21 февраля 2002). - Новосибирск, 2002. - С. 95 - 97.
3. Вельховер Е.С. Клиническая иридология. – М.: Орбита, 1992 -432с.
4. Данилюк О. А. Практическая иридодиагностика и фитотерапия М.: Феникс, 2006. – 115 с.
5. Джексон-Мейн П. Иридодиагностика для всех. - Издательство: Росмэн, 2005. – 110 с.
6. Кривенко В.В., Лисовенко Г.С., Потебня Г.П., Сядро Т.А. Иридодиагностика: Справочник. – Киев: Украинская Советская Энциклопедия. – 1991. – 139 с.
7. Мюллер – Маккерт И. Диагностика заболеваний по радужной оболочке глаза. – М.: Мир книг, 2007. – 136с.
8. Пау Г. Иридология. – М.: Микко, 2011. – 144с.

УДК: 618.19-006.6-055.2-089.844-036.8

ВЛИЯНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Закирова Л.Т.
(РОНЦ)

Мастэктомия - является серьезным травмирующим фактором для женщин, приводящей к достоверному ухудшению качества жизни по всем параметрам (физическим и психологическим), однако одномоментные реконструктивно-пластические операции улучшают качество жизни до уровня показателей, которые наблюдаются у здоровых женщин. Реконструкция молочной железы – эффективный способ реабилитации пациенток, перенесших радикальное лечение рака молочной железы. Представлены результаты сравнительного анализа качества жизни пациентов с новообразованиями молочной железы, оперированных с применением методов реконструктивно-пластической хирургии.

Ключевые слова: рак молочной железы, качество жизни, реконструктивно-пластические операции.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ЁШ АЁЛЛАРДА РЕКОНСТРУКТИВ ПЛАСТИК ОПЕРАЦИЯЛАРНИНГ ҲАЁТ СИФАТИГА ТАЪСИРИ

Мастэктомия - аёл учун ҳаёт тарзини барча қирралари бўйича (физиологик, психологик, социал) травмага олиб келувчи омил хисобланади. Реконструктив пластик операциялар ҳаёт тарзини соғлом аёл каби бўлишига ёрдам беради. Қуйидаги натижаларда сут бези саратони бўйича радикал даво ва реконструктив-пластик операция ўтказган беморларнинг ҳаёт сифати солиштирма тарзда кўрсатилган.

Калит сўзлар: сут бези саратони, ҳаёт сифати, реконструктив-пластик операция.

EFFECT OF THE PLASTIC RECONSTRUCTION SURGERY OPERATIONS FOR QUALITY OF LIFE OF YOUNG PATIENTS WITH BREAST CANCER

Mastectomy is a serious traumatic factor for women, leading to a significant deterioration in the quality of life for all parameters (physical and psychological), but the first-stage reconstructive plastic surgery improves quality of life to performance level that have been observed in healthy women.

Breast reconstruction - an effective way of rehabilitation of patients after radical treatment of breast cancer. The results of the comparative analysis of the quality of life in patients with breast tumor operated by the methods of reconstructive plastic surgery.

Keywords: breast cancer, quality of life, reconstructive - plastic surgery.

Актуальность. В мире ежегодно выявляются около 1 млн. новых случаев рака молочной железы. Число погибающих от этого заболевания составляет приблизительно половину от общего количества заболевших. Несмотря на то, что в большинстве случаев РМЖ ранее встречалось в возрасте 55-65 лет, а в настоящее время заболевание увеличивается в молодом возрасте.

Современные методы лечения больных РМЖ позволяют значительно продлить жизнь пациенткам. Однако, качество жизни остается неудовлетворительным. Несмотря на широкое применение органосохраняющего лечения, радикальная мастэктомия по-прежнему является основным типом оперативного вмешательства даже при ранних стадиях РМЖ. Известно, что РМЭ оказывает на психику женщины длительный травмирующий эффект [1,2]. Установление диагноза: рак молочной железы и последующее удаление молочной железы приводит к психическим расстройствам женщин из-за потери работы или выходе на инвалидность, распаде семьи, эмоциональной изоляции, приобретении пагубных привычек.

Качество жизни, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), является «многомерной, сложной структурой, включающей восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, уровня независимости, взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также свое отношение к значимым характеристикам окружающей среды» [4]. Все более остро встает вопрос повышения качества жизни молодых пациенток. В связи этим одномоментная операция по удалению опухоли восстановлению молочной железы является средством психологической защиты женщины.

Цель: изучить качество жизни молодых женщин, которые проходили лечение по поводу РМЖ, включающее одномоментные реконструктивно-пластические операции.

Материал и методы исследования. Проведено психологическое обследование 93 больных РМЖ, получивших лечение в РОНЦ МЗРУз. Основную группу составили 45 больных, которым одновременно была выполнена реконструктивно-пластическая операция. В контрольную группу вошли 48 больных, которым выполнялась только РМЭ. Обе группы были сопоставимы по социально-демографическим характеристикам (таб. 1).

Таблица 1.

Социально-демографические характеристики больных РМЖ

Образование		Профессия		Семейное положение		Всего
Высше	Среднее	Работает	Неработает	Замужем	Не замужем	
41	52	68	25	92	1	93

Больным проводилось хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия по общим принципам в различных сочетаниях в зависимости от стадии болезни.

Для оценки качества жизни больных РМЖ были исследованы: состояние здоровья, психоэмоциональное состояние, социальный статус, семейное окружение, личные контакты, привычки, связанные с проведением досуга. В обследовании больных использовали методы структурированного интервью, позволяющего собрать первичную информацию о больной, и экспериментально-психологические методы (модифицированная шкала самооценки Дембо-Рубинштейна, шкала тревоги и депрессии (HADS)).

Шкала самооценки Дембо-Рубинштейна основана на непосредственной оценке таких личностных качеств, как «здоровье», «ум», «характер», «счастье». Адекватной самооценка считается при количестве баллов от 45 до 74.

Шкала тревоги и депрессии (HADS) применяется для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой шкале, при этом выделяются 3 области его значений: 0–7 – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 – «субклинически выраженная тревога /депрессия»; 11 и выше – «клинически выраженная тревога и депрессия».

Обследование проводилось трижды: при поступлении в стационар, после выполнения хирургического лечения и через 12-16 месяцев после операции.

Результаты. При исследовании по методике HADS при поступлении выявлен повышенный уровень тревоги у всех больных обеих групп, у 82% – высокий. Это связано с тяжелым психогенным стрессом, в основе которого боязнь операции, ведущей к изменениям контуров тела, потере женственности, привлекательности. Клиническими признаками тревоги являются напряжение, беспокойство, нервозность, рассеянность, снижение интеллектуально-мнестических

функций. Возможность одновременного восстановления молочной железы облегчает психологическое состояние, связанное с хирургическим лечением заболевания.

Средние значения уровня тревоги после хирургического лечения несколько снижаются, у больных основной группы он ниже, чем у больных группы контроля (таблица 2). В отдаленном периоде уровень тревоги незначительно снижается, оставаясь чуть выше нормы у большинства пациенток.

Таблица 2.

Уровень тревоги больных

Этапы лечения	РМЭ	РМЭ + РПО
Этап поступления	12,2	12,1
После хирургического лечения	10,6	8,7
Через 1 год	9,2	8,2

В обеих группах при поступлении отмечается депрессивноя симптоматика. Депрессивное состояние различной степени выраженности обнаружено у 74 (79,6%) женщин. Депрессивная симптоматика больных обусловлена реакцией на заболевание, неопределенностью будущего, изменением социально-активной роли. Клинически эта симптоматика проявляется в виде подавленности, угнетенности, заторможенности движений, или, наоборот, неусидчивости, гиперактивности, суетливости. У многих больных нарушаются сон и аппетит, появляются одышка, чувство нехватки воздуха, боли в области сердца, тахикардия, колебания артериального давления, диспептические расстройства.

Депрессивная симптоматика снижается в послеоперационном периоде. У больных, которых одновременно была выполнена реконструктивно-пластическая операция, уровень депрессии достоверно ниже, чем в контрольной группе. (таблица 3)

Таблица 3.

Уровень депрессии у больных РМЖ после хирургического лечения

Этапы лечения	РМЭ	РМЭ + РПО
После хирургического лечения	12,2	8,6

По шкале Дембо-Рубинштейна все женщины при поступлении и выписке оценивали свое здоровье, счастье, радость, возможность для отдыха и развлечений, красоту, удовлетворенность интимными отношениями, материальное положение, активность, удовлетворенность профессией, общительность. (таблица 4) Ретроспективная оценка по большинству шкал оказалась выше у больных основной группы, чем контрольной.

Таблица 4.

Результаты самооценки больных РМЖ по шкале Дембо- Рубинштейна

Шкала	Основная группа (после хирургического лечения)	Контрольная группа. (после хирургического лечения)
1. Общительность	64,6	54,3
2. Здоровье	59,4	49,2
3. Красота	55,2	52,2
4. Материальное положение	56,5	50,5
5. Удовлетворенность интимными отношениями	52,7	50,3
6. Радость	67,7	48,9
7. Активность	61,5	55,2
8. Счастье	53,4	44,6
9. Удовлетворенность профессией	57,9	53,8
10. Возможности для отдыха и развлечений	59,2	45,1

Сравнительный анализ демонстрирует статистически значимые различия в контрольной и группе сравнения, свидетельствующие о значительном ухудшении качества жизни после радикального лечения РМЖ. Изменения затрагивают психологические и физические компоненты. Наибольшие различия отмечаются в следующих шкалах: оценка красоты у больных с РМЭ+РПО после лечения незначительно выше, чем больные с РМЭ, небольшой диапазон между ними говорит о сохранности осознания своей внешней привлекательности в основной группе. Показатели шкал «счастье», «удовлетворенность профессией», «возможности отдыха и развлечений» тоже несколько выше. По сравнению с женщинами контрольной группы снижение таких

важных жизненных параметров у больных после РМЭ приводит к социальной дезадаптации женщин.

Обсуждение. Хирургическое удаление молочной железы снижает уверенность в себе, поддерживает память о заболевании. Излеченых больных не диагноз РМЖ оказывает основное инвалидизирующее действие, а именно мастэктомия ведет к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации, которая превосходит и заметно отличается от инвалидизации при многих других онкологических заболеваниях. Исследования показывают, что дефекты внешности, даже не имеющие функционального значения с точки зрения медицины, приводят к глубокой деформации личности, значительно ухудшают качество жизни [1, 4, 5].

Важнейшая составляющая в комплексной реабилитации больных РМЖ – хирургическое восстановление молочной железы. В социально-психологической реабилитации женщин безусловна положительная роль реконструктивно-пластических операций, так как они не только решают проблему косметических последствий радикальных операций, но и уменьшают психологический стресс, вызванный мастэктомией, в этом состоит основной результат нашего исследования.

Выводы

1. Радикальная мастэктомия является серьезной психологической травмой для женщин, приводящей к достоверному ухудшению качества жизни по физическим и психологическим параметрам.
2. Одномоментные реконструктивно-пластические операции улучшают качество жизни до показателей здоровых женщин.
3. Больные РМЖ после реконструктивно-пластических операций нуждаются в психосоциальной поддержке также, как и пациентки без реконструктивно-пластического компонента реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асеев А.В. Качество жизни женщин, больных раком молочной железы и меланомой кожи. Автореферат дисс. д. м. н. - СПб. - 1998.
2. Ахматнуров С.С. Нервно-психические расстройства у больных злокачественными новообразованиями в отдаленном периоде после радикальной мастэктомии. Дисс к.м.н. Томск, 1992.
3. Г.А.Ткаченко, Х.С. Арсланов, В.А. Яковлев, С.Н. Блохин. Вопросы онкологии, 2008, № 6, 724-728.
4. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 1999. – № 6. – 293 с.
5. Пиковский Ю.Б., Климашин Ю.И., Руденко К.Н., Климашин А.Ю. Задачи организации объективной психодиагностики в соматической клинике. // Материалы 5 Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии. Москва.- 2002. - с.113.
6. Parker PA, Youssef A, Walker S, et al. Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. // Ann Surg Oncol. - 2007. - 14. - 11. - 3078-3089.

УДК 611.145.13:591.4.139

СОСТОЯНИЕ ПЕРИВАСКУЛЯРНОГО ПРОСТРАНСТВА ВНУТРИМОЗГОВЫХ СОСУДОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИДАХ СМЕРТИ

Индиаминов С.И., Дехканов Т.Д.
(СамГосМИ)

Экспериментально-морфологическим методом изучено периваскулярное пространство вокруг внутримозговых кровеносных сосудов головного мозга крыс и кроликов при смерти от передозировки наркоза и массивной кровепотери. Установлено, что вокруг внутримозговых кровеносных сосудов (за исключением капиляров) имеется переваскулярное пространство, способствующее функциональному расширению этих сосудов без давления на вещество мозга. При смерти от массивной кровопотери происходит резкое расширение этого пространства вследствии уменьшения диаметра внутримозговых кровеносных сосудов в результате их обескровливания, спазма и дисфункции, что не происходит при смерти животных от передозировки наркоза.

Ключевые слова: наркоз, массивное кровотечение, переваскулярное пространство.

ЎЛИМНИНГ АЙРИМ ТУРЛАРИДА ЛАБОРАТОР ТАЖРИБАДА ҲАЙВОНЛАР МИЯ ИЧИ ҚОН ТОМИРЛАРИ ПЕРИВАСКУЛЯР БЎШЛИҒИ ҲОЛАТИ

Миқдори оширилган наркоз ва ўткир массив қон йўқотиш оқибатидаги ўлимда қуён ҳамда каламушларни мия ичи қон томирлари периваскуляр бўшлиғи ҳолати ўрганилди. Қайд

қилиндики, мия ичи қон томирлари атрофида (капиллярлардан ташқари) периваскуляр соҳада бўшлиқ мавжуд бўлиб, бу бўшлиқ мия тўқимасига босимсиз мия ичи қон томирларининг кенгайиш имконини беради.

Ўткир массив қон йўқотиш оқибатидаги ўлимда қон томирларининг камқонлиги, спазми ва дисфункцияси оқибатида периваскуляр бўшлиқ янада кескин кенгаяди, наркоз миқдори оширилиши оқибатидаги ўлимда эса бундай ҳолат кузатилмади.

Калит сўзлар: наркоз, қон кетиши, периваскуляр соҳа.

THE STATE OF PERIVASCULAR SPACES INTRACEREBRAL VESSELS OF LABORATORY ANIMALS IN CERTAIN TYPES OF DEATH

The relative amount of perivascular space around intracerebral blood vessels of the brain is one of the indicators of intracerebral blood supply of cerebral blood vessels (arteries and veins), its volume depends on the blood supply vessels located within this space.

The wall of intracranial blood vessels are inextricably linked to the pia mater lining the perivascular space inside.

When death from massive blood loss due to a sharp decrease in the diameter of intracranial vascular connective tissue fibers, connecting them with a wall of perivascular spaces, stretched and partially broken off.

Keywords: anesthesia, massive bleeding, perivascular space.

Кровоснабжение головного мозга отличается от других органов тем, что в нём внутримозговые кровеносные сосуды расположены в особом пространстве, называемом периваскулярным. Данное пространство создаёт возможность для расширения кровеносных сосудов без сдавления мозгового вещества. Это пространство, по данным одних авторов, содержит пиальную пластинку [2], по другим – соединительнотканную. Также имеются данные, что это пространство заполнено спинномозговой жидкостью. Следовательно, внутри мозга существуют две жидкие среды, которые расположены рядом и сопряженной работой способствуют нормальному внутричерепному давлению. Эти две жидкие среды вместе способствуют нормальной гидратации головного мозга. В литературе имеются сведения о развитии периваскулярного отёка и переходе в это пространство глиоцитов при некоторых состояниях. Однако необходимо иметь в виду что, в посмертном периоде до изъятия материала головного мозга проходит определённое время, в течение которого могут происходить изменения объёма и состава содержимого данного пространства. Следовательно, изучение состояния периваскулярного пространства внутримозговых сосудов лабораторных животных в материалах, полученных сразу после забоя животного, более информативно для оценки танатогенеза различных состояний.

Цель исследования – изучить морфологию периваскулярного пространства внутримозговых сосудов головного мозга лабораторных животных в танатогенезе массивной кровопотери и передозировки наркоза.

Материал и методы исследования. Исследовался головной мозг 4 крыс и 3 кроликов, умерших от передозировки наркоза, а также 4 крыс и 4 кроликов, умерших от острой массивной кровопотери в результате перерезки брюшной аорты под наркозом. Кусочки головного мозга фиксировали в 12% нейтральном формалине. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином-эозином методами Ван-Гизона и Маллори. Просмотр препаратов, измерение и фотографирование проводили на микроскопе Leica, sisteme GmbH Wetzlar (Португалия).

Результаты исследования. Периваскулярное пространство вокруг внутримозговых кровеносных сосудов обнаружено нами во всех случаях исследования головного мозга кроликов и крыс. На продольных срезах сосудов это пространство сопровождает сосуд на всем протяжении. На поперечных срезах это пространство представлено в виде светлого кольца вокруг кровеносных сосудов. Когда кровеносный сосуд наполнен кровью и расширен, объём пространства уменьшается, и оно видно в виде узкого светлого ободка (рис.1). При уменьшении диаметра кровеносного сосуда наоборот увеличивается объём этого пространства. Следовательно можно предположить, что диаметр этого пространства в мозговой ткани постоянный, его относительный объём изменяется в зависимости от изменения диаметра и кровенаполнения сосуда, расположенного в этом пространстве. Когда кровеносный сосуд находится в состоянии спазма, объём периваскулярного пространства возрастает. Нами также обнаружены соединительнотканные структуры в этом пространстве, которые соединяют стенки сосуда со стенкой периваскулярного пространства.

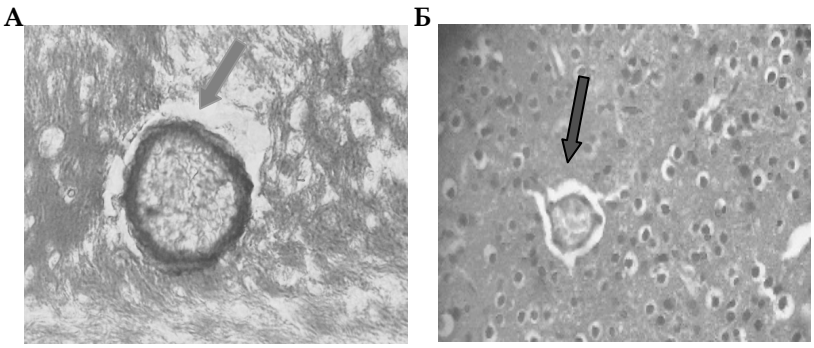


Рис. 1. Периваскульярное пространство (указано стрелкой) вокруг кровеносных сосудов головного мозга кролика(А) и крысы (Б) при смерти от передозировки наркоза. А. Окраска по методу Маллори. Б. Окраска гематоксилином и эозином. Об. 20, ок. 10.

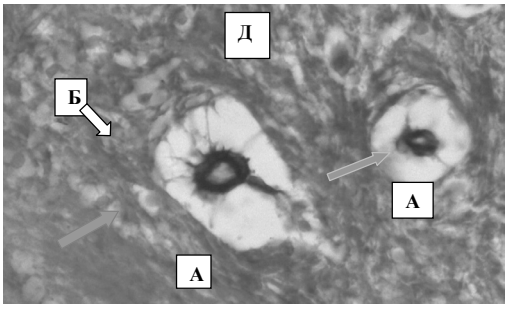


Рис. 2. Периваскулярное пространство при спазме артерий (указано стрелками) головного мозга крысы при смерти от острой кровопотери.

А. Периваскулярное пространство. Б. Соединительнотканные волокна. Д. Вещество мозга Окраска по Ван – Гизону. Об.20, ок.10.

При небольшом уменьшении диаметра сосуда волокна соединительной ткани видны расположенными радиарно в велосипедного виде «спиц колёса» (рис.2). При резком уменьшении диаметра кровеносных сосудов и при их дисфункции, видимо, эти волокна обрываются, и сосуд теряет связь со стенкой периваскулярного пространства. Данная картина представлена на препарате в виде оптически светлой полости без какого - либо содержимого (рис. 3).

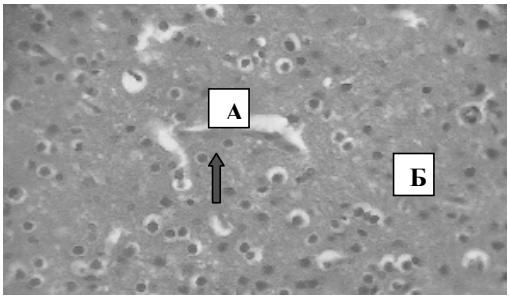


Рис.3 Периваскулярное пространство (А) вокруг спазмированной внутримозговой артерии (указано стрелкой) крысы при смерти от массивной кровопотери. Б. Вещество мозга. Гематоксилин – эозин. Об. 40, ок.10.

При этом можно различить вокруг всех внутримозговых артерий головного мозга периваскулярное пространство, а при умеренном сужении их почти всегда обнаруживаются структуры, связывающие их со стенкой этого пространства. Вокруг капилляров головного мозга нами ни в одном случае не обнаружено перикапиллярное пространство. Капилляры вплотную прилегают к веществу мозга. Вокруг вен периваскулярное пространство значительно меньше по сравнению с таковым окружении внутримозговых артерий.

Обсуждение полученных результатов исследования. Полученные результаты наших исследований свидетельствуют, что периваскулярное пространство вокруг внутримозговых кровеносных сосудов – реально существующее образование как в норме, так и при нарушении кровоснабжения головного мозга. Оно имеется вокруг внутримозговых артерий и внутримозговых вен. Это пространство отличается вокруг внутримозговых сосудов головного мозга у кроликов и крыс. При смерти от массивной кровопотери происходит резкое обескровливание внутримозговых кровеносных сосудов (в основном артерий). Это приводит к уменьшению диаметра сосудов и увеличению объёма периваскулярного пространства. Наши данные совпадают с мнением тех авторов (1), которые предполагают существование этого пространства, как предохраняющего от сдавления вещества мозга при повышении кровяного давления внутри сосудов. Если иметь в виду, что кровяное давление имеет заметную амплитуду функционального изменения, то наличие и значение этого пространство становится вполне понятным. При заболеваниях, связанных с нарушением мозгового кровообращения, по-видимому, происходит расширение внутримозговых кровеносных сосудов, и они оказывают определённое давление на нервные окончания мягкой мозговой оболочки, сопровождающей кровеносных сосудов, и это, в свою очередь, приводит к появлению симптомов повышения внутримозгового давления. Таким образом, вокруг внутримозговых кровеносных сосудов головного мозга существуют определённое запасное пространство, дающее возможность, функциональным расширениям этих сосудов не оказывая давление на вещество мозга. Когда чрезмерное повышение кровяного давления превосходит возможности компенсаторного расширения, вероятно, появляются те или иные патологические симптомы и синдромы со стороны головного мозга. Если имеет в виду, что обмен

веществ между кровью и структурами мозга происходит транскапиллярно, то становится понятным отсутствие такого пространства вокруг капилляров мозга.

Выводы:

Относительный объём периваскулярного пространства вокруг внутримозговых кровеносных сосудов головного мозга является одним из показателей кровенаполнения внутримозговых кровеносных сосудов головного мозга (артерий и вен), который зависит от степени кровенаполнения сосудов,расположенных внутри этого пространства.

Стенка внутримозговых кровеносных сосудов неразрывно связана с мягкой мозговой оболочкой, выстилающей периваскулярное пространство изнутри.

При смерти от массивной кровопотери, вследствие резкого уменьшения диаметра внутримозговых сосудов соединительнотканные волокна, связывающие их со стенкой периваскулярного пространства, натягиваются и частично обрываются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Москаленко Ю.Е. Кровоснабжение головного мозга. В кн. Физиология сосудистой системы.1984. Издательство «Наука». Л. Глава 11, С.352-381.

2. Москаленко Ю.Е. Проблемы регуляции мозгового кровообращения и их связь с ликвородинамикой. //Региональное кровообращение и микроциркуляция 2002, № 1. С.78-82

3. Хем А., Кормак Д. Гистология. В 5 томах, Издательство «Мир» 1983, том 4. стр. 212-214

УДК 616.15-082.4-085.273

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОКТАГАМА В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

Исматова Г.Н., Турсунова Н.А., Толипова М.Х.

(НИИ ГиПКМЗ РУз)

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) является самой частой иммунной гемопатией у детей и взрослых.Восемь больных с первично установленным диагнозом ИТП в условиях дневного стационара получили внутривенный иммуноглобулин G (ОКТАГАМ).Уровень тромбоцитов до лечения колебался от единичных до 56 тыс. На фоне терапии у 75% пациентов количество тромбоцитов достигло, в среднем, 207,8 тыс. У всех больных был купирован геморрагический синдром. Период наблюдения за больными после лечения составляет от 3 месяцев до более полугода. Новых эпизодов геморрагического синдрома не отмечалось ни у одного пациента. Максимально быстрый результат, отсутствие побочных эффектов ставит ОКТАГАМ на первое место в ряду рекомендуемых препаратов для лечения ИТП.

Ключевые слова: тромбоцитопения, геморрагический синдром, лечение, внутривенный иммуноглобулин.

КУНДУЗГИ БЎЛИМ ШАРОИТИДА ОКТАГАМ ҚЎЛЛАШ ТАЖРИБАСИ

Идиопатик тромбоцитопеник пурпура (ИТП) болалар ва катталарда кўп учрайдиган иммун гемопатия бўлиб ҳисобланади. Кундузги бўлим шароитида бирламчи аниқланган ИТП ташхиси билан саккизта беморга вена ичига иммуноглобулин G (ОКТАГАМ) юборилди. Даводан олдин тромбоцитлар миқдори 0 дан 56,0 мингача бўлган. Даволаниш мобайнида 75% беморларда тромбоцитлар миқдори ўртача 207,8 мингга кўтарилди. Даволаш жараёнидан сўнг беморларда кузатилган қон кетишлар тўхтади. Даводан кейин беморлар 3 ойдан 6 ойгача ва ундан ортиқ вақт назоратда бўлди. Шу давр мобайнида даво олган беморлар орасида геморрагик синдром кузатилмади. ИТП ни даволашда тавсия қилинадиган дорилар орасида юқори самара бериши ва ножўя таъсирлари йўқлиги билан ОКТАГАМ биринчи ўринда туради.

Калит сўзлар: тромбоцитопения, геморрагик синдром, даволаш, вена ичи иммуноглобулини.

EXPERIENCE GAINED FROM USE OCTAGAM INDAYCLINIC

Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) is frequent immune blood disease occurred between children and adult. Eight patients with firstly recorded ITP diagnose were treated by IV immunoglobulin G (OCTAGAM). The platelet amount was less than 56 thousands. After treatment platelet count of 75% of all patients was increased to the average 207,8 thousands. The bleeding of all patients has stopped. Observation over patients took from 3 to more than 6 month. The new cases of bleeding were not observed. The rapidresults bring OCTAGAM to the first line of therapy of ITP.

Key words: thrombocytopenia, hemorrhagic syndrome, treatment, IV immunoglobulin.

Одну из ведущих позиций среди всех иммунобиологических лекарственных средств, зарегистрированных и разрешенных, занимают внутривенные иммуноглобулины. Опыт исполь-

зования антител в составе лечебных сывороток для профилактики и лечения инфекционных заболеваний имеет более, чем 100-летнюю историю. В то же время практическое применение непосредственно иммуноглобулинов стало возможным только в 50 годы XX столетия после разработки E.J. Kohn (1952) метода спиртового фракционирования плазмы крови. Благодаря этому открытию появилась возможность не только выделять в чистом виде и в большом количестве гаммаглобулины из нормальной плазмы, но и готовить из них лечебные препараты, содержащие антитела в высокой концентрации.

Вначале иммунобиологическая фарминдустрия наладила выпуск иммуноглобулинов для внутримышечного введения (ИГВМ). Они характеризуются низкой скоростью поступления молекул иммуноглобулина в системный кровоток и высоким уровнем их разрушения в месте введения. Попытки внутривенного введения препаратов ИГВМ оказались неудачными, сопровождались выраженными побочными эффектами. В дальнейшем было показано, что серьезные побочные эффекты при внутривенном введении ИГВМ обусловлены мощной стимуляцией системы комплемента агрегатами, состоящими из молекул иммуноглобулина. Оказалось, что в процессе производства ИГВМ происходит активация Fc-фрагмента иммуноглобулина, что приводит к образованию иммуноглобулиновых агрегатов. Только после разработки и внедрения в практику специальных методов обработки плазмы, препятствующих активации Fc-фрагмента молекулы антитела, появилась возможность производства безопасных препаратов иммуноглобулина для внутривенного введения (H.E. Schultze, G. Schwick, 1962; S. Barandum, et al., 1962). В 70–80 годы были внедрены технологии, позволившие создать внутривенные иммуноглобулины (ВВИГ), открывшие новую эру в лечении иммунной недостаточности и аутоиммунных заболеваний [1].

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) (МКБ D 69.3) является самой частой иммунной гемопатией у детей и взрослых и регистрируется с частотой 16-32 случая на 1млн населения в год. Симптомы ИТП известны еще со времен Гиппократа, но только в 1735 году Верльгоф описал ее как “болезнь пятнистых геморрагий” у молодых женщин. Верльгоф также описал случаи спонтанного и полного выздоровления. А почти через 150 лет было доказано, что причиной геморрагий при болезни Верльгофа является уменьшение количества тромбоцитов в циркуляции [2].

Чаще всего ИТП заболевают дети, в особенности девочки. У взрослых опять же преобладают случаи заболевания среди женщин в возрастной группе 20-40 лет. ИТП может протекать в острой форме или приобретать хронический – вялотекущий характер.

Тактикой лечения впервые выявленной ИТП у детей должны стать «бдительное ожидание и наблюдение», поскольку в большинстве случаев в течение 2 месяцев наступает спонтанная ремиссия (Масчан А.А., 2010). При необходимости лечения, высоком риске возникновения угрожающего жизни кровотечения методом выбора является введение высоких доз внутривенного иммуноглобулина. В лечении ИТП ВВИГ стали применять с 1981г. после сообщения P.Imbach и соавт., которые впервые показали высокую эффективность ВВИГ в лечении впервые выявленной (острой) и хронической ИТП у детей. Эффективность лечения связана с блокадой антитромбоцитарных антител и системы макрофагов, модуляцией хелперной и супрессорной активности Т-лимфоцитов. Эффект достигается в 40-60%. Октагам содержит в основном иммуноглобулин G с широким спектром антител против инфекционных агентов, а также следовые количества IgA и IgM. Обладает всеми свойствами иммуноглобулина G (IgG), встречающегося у здоровых. Изготавливается из пула плазмы не менее, чем от 3600 доноров. Распределение IgG по подклассам практически соответствует таковому в нормальной человеческой плазме. Адекватные дозы препарата могут восстановить патологически низкий уровень IgG до нормального уровня.

Цель – оценить результат использования внутривенного иммуноглобулин G (ОКТАГАМ) больным с ИТП.

Материал. Восемь больных с первично установленным диагнозом ИТП в условиях дневного стационара получили внутривенный иммуноглобулин G (ОКТАГАМ). Шестеро были женского пола. Возраст одного ребенка был 1 мес., у остальных средний возраст – 20,9 лет (13-29 лет). Уровень тромбоцитов до лечения колебался от единичных до 56 тыс. У всех больных имелся геморрагический синдром различной локализации: кожный в виде гематом, десневое, маточное и кровотечение из носа.

Группу сравнения составили 10 больных, сопоставимых по возрасту и полу, получавших лечение в дневном стационаре. Геморрагический синдром дебютировал в виде кожного - петехии и сливные гематомы, желудочно-кишечного и кровотечения из мочеполового тракта. Уровень тромбоцитов не отличался значительно от основной группы.

Внутривенный иммуноглобулин G (ОКТАГАМ) был рекомендован и использован в основной группе в курсовой дозе 0,5-1 г/кг веса больного. Курсовая доза препарата вводилась в 2-3 приема. Реакций и осложнений на введение не было. У одной больной отмечался незначительный подъем температуры тела до 37 ^{0} С.

В группе сравнения использовался преднизолон в дозе 1-2 мг/кг в течение 3 недель р.о. на фоне соответствующей симптоматической и гемостатической терапии.

В основной группе на фоне терапии у шестерых пациенток из 8 количество тромбоцитов достигло, в среднем, 207,8 тыс. У всех больных был купирован геморрагический синдром. У двоих пациентов количество тромбоцитов не увеличилось. Период наблюдения за больными после лечения с использованием ОКТАГАМА в дневном стационаре составляет от 3 месяцев до более полугода. Новых эпизодов геморрагического синдрома не отмечалось ни у одного пациента. У двоих уровень тромбоцитов колеблется в пределе от 50 до 100тыс. У остальных количество тромбоцитов выше 100 тыс.

В группе сравнения также отмечался подъем уровня тромбоцитов выше 100тыс. с купированием геморрагического синдрома, но у 6 из 10 больных после снижения дозы преднизолона пошел спад и уровня тромбоцитов с последующим возобновлением геморрагий на коже и десневом кровотечении. Количество тромбоцитов снизилось вновь до критических цифр, что потребовало смены тактики лечения (пульстерапия метилпреднизолоном, спленэктомия). Из побочных эффектов следует отметить развитие у 3 больных явлений гиперкортицизма, у двоих-симптомов артериальной гипертензии.

К настоящему времени мы располагаем единичным опытом использования стимуляторов рецепторов тромбопоэтина (элтромбопага) у мужчины 22 лет с острой ИТП. Прием препарата продолжался около полугода. Уровень тромбоцитов на фоне терапии поднялся с единичных до 200тыс. Но с момента снижения дозы препарата и перехода на поддерживащий режим пошел и обвал уровня тромбоцитов. Последующее увеличение дозы препарата эффекта не дало. Срок наблюдения за больным составляет более 1,5 года. Колебание тромбоцитов находится в пределах 30-90 тыс. без геморрагического синдрома.

Вывод. Постоянный прогресс в терапии гематологических заболеваний улучшает результаты лечения. Для терапии ИТП рекомендуются 3 класса препаратов: высокие дозы ВВИГ, глюкокортикоиды и антирезусный иммуноглобулин, а в последние годы – и стимуляторы рецепторов тромбопоэтина. Максимально быстрый эффект, отсутствие побочных эффектов ставит ВВИГ на первое место в ряду рекомендуемых препаратов для лечения ИТП. Использование ВВИГ (ОКТАГАМА) изменило прогноз такого грозного по осложнениям заболевания как ИТП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кондратенко И.В., Заплатников А.Л., Бологов А.А. Внутривенные иммуноглобулины:, что и когда? (Лекция)// В помощь практикующему врачу (лекции, обзоры), 2 0 1 0, 58, № 4, стр.3-8.
2. Масчан А.А., Румянцев А.Г. Иммунная тромбоцитопения у детей: от консенсуса в терминологии к консенсусу в лечении//Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии,2010,т.9,№1, стр.3-11.

УДК:613,6:614,7:611.018

К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА НАКОПЛЕНИЯ СВОБОДНОГО ГОССИПОЛА В ХЛОПКОВОМ МАСЛЕ

Наврузов Э. Б.
(ТМА)

Установлено, что в масле-полуфабрикате, полученном путем холодного прессования, содержание свободного госсипола наибольшее и составляет 1,0-1,5 мг\кг. Наименьшее содержание свободного госсипола выявлено в масле-полуфабрикате, полученном путем экстрагирования (0,2-0,3мг\кг). Дальнейшие технологические процессы очистки в виде отбеливания, рафинации и дезодорации способствуют снижению свободного госсипола до допустимого уровня (0,1 мг\кг), если применено качественное стандартное сырьё.

Ключевые слова: свободный госсипол, полуфабрикат, технологический режим.

ПАХТА ЁҒИДА ЭРКИН ГОССИПОЛНИ ТЎПЛАНИШ ХАВФ ОМИЛЛАРИГА ОИД

Пахта ёғини совуқ мухитда пресслаш йўли билан тайёрланган ярим махсулотлари таркибида эркин госсипол миқдори энг кўп 1,0-1,5мг/кг ни ташкил этди. Энг қам миқдор эса экстрагирлаш йўли билан олинган ярим махсулот ёғларида аниқланди (0,2-0,3мг\кг).Технологик жараённинг кейинги оқлаш, рафинациялаш ва дезодорациялаш босқичларида эркин госсиполнинг миқдори рухсат этилган даражасигача (0,1 мг\кг) камайишига олиб келиши кузатилди.

Калит сўзлар: эркин госсипол, ярим махсулот, технология тартиби.

ON THE ESTIMATION OF THE RISK FACTORS OF ACCUMULATION OF FREE GOSSYPOL IN COTTONSEED OIL

Objective: To evaluate the risk factors that contribute to the accumulation of free gossypol in cottonseed oil at various kinds of technology of its production. Research methods. The free gossypol was investigated in accordance with the "Guidelines for determination of free gossypol in cottonseed oil» № 012-3 / 0149 2008 y. Research Results: It was found that the oil-semi-finished product obtained by cold pressing, the content of free gossypol and is the largest 1.0-1.5 mg \ kg. The lowest content of free gossypol found in oil-semifinished obtained by extraction (0,2-0,3mg \ kg). Further purification processes as bleaching, refining and deodorization help reduce free gossypol to an acceptable level (0.1 mg \ kg) when applied standard quality raw materials. **Conclusion:** The use of standard materials and a complete cleaning cycle, refining and deodorization semis cottonseed oil, help reduce free gossypol to the value set by the sanitary regulations.

Key words: free gossypol: the content in processed foods and in cottonseed oil at different technological modes of production.

Актуальность исследования. В последние годы в рамках реализации планов по реформе системы здравоохранения и интеграции в мировую торгово-экономическую систему в Узбекистане начата переориентация гигиенической регламентации пищевой продукции на уровень мировых стандартов ФАО/ВОЗ. Важнейшей задачей является научное обоснование гигиенических регламентов факторов риска загрязнения пищевой продукции, в особенности местных продуктов питания, пользующихся популярностью среди населения, с позиций обеспечения её конкурентоспособных свойств. Из числа растительных жиров, используемых в питании населения Республики Узбекистан и Средней Азии, важнейшим продуктом является хлопковое масло. Одной из проблем, связанных с обеспечением качества и безопасности хлопкового масла является проблема снижения содержания в нем свободного госсипола на основе улучшения технологии производства и совершенствования контроля его качества и безопасности.

Госсиполы являются важной составной частью хлопкового масла. Это токсичные фенолообразные вещества, обладающие заметными антиокисляющими свойствами. Они обязательно присутствуют в семенах хлопка, поэтому неочищенное хлопковое масло может содержать госсиполы в значительных количествах.

Изучению физико-химических свойств, пищевой ценности хлопкового масла посвящены научные исследования ведущих нутрициологов нашей республики [1,2,3]. Вместе с тем, несмотря на наличие множества публикаций о токсических свойствах госсипола, до сих пор не проведено ни одной работы, посвященной обоснованию целенаправленных мероприятий по снижению риска загрязнения хлопкового масла токсичными веществами, в особенности свободным госсиполом. Существующие стандарты качества и безопасности хлопкового масла, включая стандарт Кодекса Алиментариус (Codex STAN 2007 с дополненниями 2003, 2005 гг) [4], не содержат рекомендаций по снижению уровня свободного госсипола в хлопковом масле.

Цель настоящего исследования – оценить факторқ риска, способствующие накоплению свободного госсипола в хлопковом масле при различных технологиях его производства.

Методы и объем исследований. Содержание свободного госсипола в хлопковом масле определяли в соответствии с «Методическими указаниями по определению свободного госсипола в хлопковом масле», № 012-3/0149, 2008 г[5]. Методика основана на извлечении госсипола из хлопкового масла в виде госсиполята калия, очистке экстракта от коэкстрактантов, переводе госсиполята калия в свободный госсипол с последующим его определением методом распределительной хроматографии в тонком слое (для очень малых количеств госсипола с массовой долей порядка 10^{-5} %) или фотометрическим методом (при содержании госсипола более 10^{-4}%). Минимально детектируемое количество хроматографическим методом - 0,5 мкг [5].

Исследованқ более 100 образцов хлопкового масла, полученного различными технологическими приемами. В настоящее время применяются технологии получения хлопкового масла путем прессования и экстракции. В связи с тем, что в республике при извлечении масел из семян хлопчатника применяется как холодное, так и горячее прессование, нами изучены виды хлопковых масел, получаемых всеми способами: холодного и горячего прессования, экстрагирования.

Полученные данные подвергли статистической обработке с расчетом средней арифметической изучаемых показателей (M) и ошибки средней величины (m). Статистическая значимость изменений при сравнении средних величин определялась по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P). За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P<0,05$.

Результаты проведенных исследований и их обсуждение. При холодном прессовании получают масло, отличающееся максимальной биологической ценностью, обусловленной наиболее полным сохранением в нем биологически активных компонентов. Однако, в жмыхе оста-

ется большое количество неизвлеченного масла, в связи с, чем требуется дополнительное его экстрагирование или горячее прессование жмыха. Масла, полученные горячим прессованием, интенсивнее окрашены и более ароматизированы за счет продуктов разложения, образующихся в процессе нагревания. Метод горячего прессования позволяет снизить содержание в масле слизистых и белковых веществ и таким образом обеспечить большую устойчивость масла при продолжительном хранении. Горячим прессованием в большей степени, чем холодным удается извлечь масло из семян, однако в жмыхе все же остается 6-8% жира. Для большего выхода масла используется комбинированное извлечение масла путем нагревания семян в специальных жаровнях (форчаны) с последующим извлечением остаточных количеств экстрагированием.

Результаты исследований показали (табл. 1), что в масле-полуфабрикате, полученном путем холодного прессования (нерафинированного и недезодорированного) содержание свободного госсипола большее по сравнению с образцами масла, полученными другими способами: Содержание свободного госсипола в масле холодного прессования достигает 1,0±0,05 мг\кг. В масле-полуфабрикате, полученном путем горячего прессования, содержание свободного госсипола на 20-25% ниже – 0,7±0,03мг\кг. Наименьшее содержание свободного госсипола выявлено в хлопковом масле-полуфабрикате, полученном путем экстрагирования – 0,2±0,02мг\кг.

Установлено, что последующие технологические процессы очистки хлопкового масла в виде отбеливания, рафинирования и дезодорации приводят к дальнейшему снижению свободного госсипола.

Отбеливание и очистка показаны как форма отделения нежелательных компонентов масел, которые в конечном итоге могут сами разрушить масло. Обычная щелочная нейтрализация и отмывка, по данным Patterson H.B.W., снижает уровень фосфатидов и госсиполов до величины менее 100г/т каждого, оставляя возможность дальнейшего их снижения при отбеливании активированными углями (7). До сих пор не найдены методы физического удаления госсипола, поэтому химическая очистка все еще доминирует [2].

По данным наших исследований, наибольшее снижение содержания свободного госсипола в хлопковом масле достигается после процессов рафинации и дезодорации (табл. 1): содержание свободного госсипола составляет ниже 0,1мг\кг в масле экстракционном и горячего прессования, подвергнутом полному циклу рафинации и дезодорации. В остальных видах хлопкового масла содержание госсипола превышает 0,1мг\кг.

Таблица 1.

Содержание свободного госсипола в полуфабрикатах и хлопковом масле, полученном при различных технологических режимах, мг\кг, M±m

Технологические приемы и виды продукции	Содержание свободного госсипола
Холодное прессование: масло необработанное (полуфабрикат) масло рафинированное и дезодорированное	 1,0±0,05 не определяется
Горячее прессование: масло необработанное (полуфабрикат) масло рафинированное и дезодорированное	 0,7±0,03 не определяется
Экстракционное: масло необработанное (полуфабрикат) масло рафинированное и дезодорированное	 0,2±0,02 не определяется

Более высокий уровень свободного госсипола выявлен в образцах масел, полученных из нестандартных по качественным критериям семян хлопчатника (табл. 2).

Таблица 2.

Содержание свободного госсипола в полуфабрикатах и хлопковом масле, полученном при различных технологических режимах из нестандартных семян хлопчатника, мг\кг, M±m

Технологические приемы и виды продукции	Содержание свободного госсипола
Холодное прессование: масло необработанное (полуфабрикат) масло рафинированное и дезодорированное	 1,2±0,05 0,1±0,02
Горячее прессование: масло необработанное (полуфабрикат) масло рафинированное и дезодорированное	 0,9±0,02 0,1±0,02
Экстракционное: масло необработанное (полуфабрикат) масло рафинированное и дезодорированное	 0,3±0,02 0,1±0,02

Содержание свободного госсипола в данных образцах выше на 10-15% по сравнению с образцами, полученными из стандартных семян. Данное положение свидетельствует о необходимости внедрения в масложировую промышленность рекомендаций международной системы контроля «От фермы до ложки» (HACCP) по анализу факторов риска на контрольных критических точках [6].

Выводы:

1. Наибольшим риском накопления свободного госсипола обладает полуфабрикат масла, полученного холодным прессованием, неподвергнутого очистке, отбелке и дезодорации; содержание свободного госсипола в нем достигает 1,0±0,05 мг\кг.

2. Из числа неподвергнутых полному циклу очистки, рафинации и дезодарации видов полуфабрикатов хлопкового масла, наименьшее содержание свободного госсипола выявлено в хлопковом масле, полученном путем экстрагирования - 0,2±0,02 мг\кг.

3. Процессы рафинации и дезодорации снижают риск накопления свободного госсипола в хлопковом масле. Наибольшее снижение содержания свободного госсипола в хлопковом масле может быть достигнуто после процессов рафинации и дезодорации – вплоть до величин ниже допустимых (0,1 мг\кг)

4. Уровень свободного госсипола в образцах масел, полученных из нестандартных семян хлопчатника, на 10-15% превышает показатели образцов масел, полученных из стандартных семян.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байкулов А. А., Худайберганов А.С. Токсикологическая оценка хлопкового масла.//Ж. Токсикологический вестник.Москва,2001.-№2.С.-21-23.

2. Кодекс Алиментариус. Жиры, масла и производные продукты. Совместная программа ФАО\ВОЗ по стандартам на пищевые продукты. Изд. «Весь Мир». Москва.-2007, -66с.

3. Методические указания по определению свободного госсипола в хлопковом масле. Утверждено министерством здравоохранения Республики Узбекистан за № 012-3/0149, 2008 г..-23 с.

4. Системы обеспечения качества и безопасности пищи.Руководство по пищевой гигиене и системе критических контрольных точек при анализе опасного фактора (НАССР).Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций.Служба качества и стандартизации пищевых продуктов. Отдел пищи и питания. Рим, -2003.-232 с.

5. Jones L. A. Quality Control for Processing and Processed Fats, in Analysis of Oil cotton. Elsevier, London and New York, 1989. - P. 129-142.

6. Patterson H.B.W., Handling and Storage of Oilseeds, Oils, Fats and Meal// Elsevier Science, Essex.- 1989, pp.86 and 949.

УДК: 618.146-006.6:616-073.75-085

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Наврузова В. С., Юлдашева Н. Ш., Раззаков А. Р.
(РОНЦ)

Основными методами лечения больных РШМ являются лучевой, хирургический и лекарственные, которые используются как в комбинациях, так и раздельно. В исследование включены 94 больных РШМ молодого возраста, которым проведена традиционная СЛТ, химиолучевая терапия и химиотерапия и лучевое лечение с применением радиомодификатора. Анализ результатов лечения показал, что эффективность терапии и качество жизни выше в группе, где проводили химиотерапию и лучевое лечение с применением радиомодификатора.

Ключевые слова: рак шейки матки, химолучевая терапия.

БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН ЁШ АЁЛЛАРДА КИМЁНУР ТЕРАПИЯ СИФАТИНИ ОШИРИШ

Бачадон бўйни саратонини даволашда асосан, кимётерапия, жарроҳлик ва нуртерапия усуллари мустакил ёки бир - бири билан комбинирлашган холда бажарилади. Текширувларимизга 94 нафар бачадон бўйни саратонини аниқланган ёш бемор аёллар киритилган. Беморларга одатий қўшма нур терапияси, кимёнуртерапияси ва кимётерапияси ва нуртерапияси радиомодификаторлар билан биргаликда қўлланган. Натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, кимёва нуртерапиялари радиомодификаторлар билан биргаликда қўлланган холатларда нафақат даво самарадорлиги, балки балки беморларнинг ҳаёт сифати ҳам бошқа гуруҳларга нисбатан юқоридир.

Калит сўзлар: бачадон бўйни саратони, кимё-нур терапия.

OPTIMIZING CHEMORADIATION THERAPY FOR CERVICAL CANCER IN YOUNGER WOMEN

The main treatments for patients with cervical cancer are radiation, surgical and medical, which are used in combination with each other or separately. The study included 94 patients with cervical cancer

younger who underwent traditional combined radiotherapy, chemoradiotherapy and chemotherapy and radiation treatment with radiomodifier. The results of treatment showed that the effectiveness of the therapy and quality of life is higher in the group where the received chemotherapy and radiation therapy using radiomodifier.

Keywords: cervical cancer, chemoradiation therapy.

Введение. Несмотря на концепции о фоновых и предраковых процессах шейки матки и его лечения, надежного тестового контроля проблема рака шейки матки (РШМ) до настоящего времени остается одной из актуальных в онкогинекологии [3,7,12]. По данным ВОЗ ежегодно в мире выявляют 550 000 новых случаев заболевания, около 300 000 женщин умирают от РШМ [1,13].

В структуре онкогинекологических заболеваний в Узбекистане в 2013 году первое место занимает рак шейки матки с удельным весом 6,5% (в 2012 г. – 6,8%), на втором месте – рак яичников (РЯ) - 2,8% (в 2012 г.- 2,7%), на третьем – рак тела матки (РТМ) – 2,3% (в 2012 г. – 2,4%). В целом в структуре смертности от онкогинекологической патологии первое место занимает РШМ12,1% (2012г. – 13%), на втором РЯ – 4,4% (2012г. – 5,3%), на третьем РТМ – 2,9% (2012г. – 3,3%).

По данным многих авторов, пятилетняя выживаемость больных, в среднем, при III стадии составляет – 47-62,1%; при IV стадии (паллиативная терапия)- 9-12% [2,6,8,10].

Основными методами лечения больных РШМ являются лучевой, хирургический и лекарственные, которые используются как в комбинациях друг с другом, так и раздельно. У больных РШМ в ранних ($T_{1б}$-$T_{2а}$) стадиях наиболее приемлемыми являются хирургический метод и лучевая терапия в различной последовательности [3,6,7]. С 90-годов прошлого века химиолучевая терапия (ХЛТ) находит все более широкое применение: появились убедительные данные, обосновывающие эффективность применения химиопрепаратов до проведения и/или одновременно с курсом сочетанной лучевой терапии (СЛТ) по сравнению только с лучевым методом [5]. Многие исследователи отмечают возможность использования регионарной внутриартериальной полихимиотерапии (РВА ПХТ) при РШМ, так как этот метод, показывает высокую его эффективность и значительное уменьшение общетоксических реакций [4,11,12]. Особый интерес вызывают публикации NarimatsuAkio и соавт.(1995) о применении внутриартериальной химиотерапии (ВАХТ) при местно-распространенных (МР) формах РШМ.

Проведение неоадъювантной химиотерапии позволяет уменьшить массу опухоли, ликвидировать микрометастазы, увеличить операбельность, снизить частоту метастазирования в лимфатические узлы до 10% [8,9,10]. Следует отметить тот факт, что проведение неоадъювантной химиотерапии (НПХТ) увеличивает общую 5-летнюю выживаемость больных РШМ при $I_{b2–IIb}$ до 83%, а при III стадии – до 45% [6,11,13].

Статистические данные последних лет показывают, увеличение частоты возникновения РШМ среди женщин молодого возраста, в связи с чем, наиболее актуальным и востребованным является поиск новых и совершенствование существующих методов комбинированного и комплексного лечения.

Цель – сравнить эффективность комбинированных методов лечения больных с МРРШМ с последующей оптимизацией схем ХЛТ.

Материалы и методы: Исследования проведены в отделении онкогинекологии РОНЦ МЗ РУз у 94 больных МР РШМ. В зависимости от стадии заболевания больные были распределены на три группы: $T_{2б}N_{0-1}M_0$ – 47 (50%), $T_{3а}N_{0-1}M_0$ – 35 (37,2%), $T_{3б}N_1M_0$ – 12 (12,8%) больных, которые подвергались традиционной лучевой терапии с применением различных схем химиотерапии. Средний возраст больных составил 39±6,2лет.

Всем больным проведены следующие стандартные методы исследования:клинико-лабораторные, ультразвуковые, эндоскопические, рентгенологические, радионуклидные, гистологические, цитологические, консультации смежных специалистов, а также иммунологические методы исследования.

Для оценки эффективности лечения проведён осмотр с измерением размеров первичной опухоли, объёма параметральной клетчатки, местную распространенность процесса до начала лечения и в динамике - морфологически, эхографически и томографически. Непосредственные результаты лечения оценивали по классификации ВОЗ.

У всех больных гистологически выявлен плоскоклеточный рак шейки матки с различной степенью дифференцировки: высокодифференцированный-у 36,4%, 28,2% и 27,3%, умереннодифференцированный - 39,3%, 42,9%, 51,5% и в остальных случаях - низкодифференцированный.

Анализ литературы и опыт ведущих отечественных и зарубежных ученых позволил наиболее эффективные схемқ терапии при лечении РШМ. Учитывали молодой возраст пациенток. Больные были распределены в зависимости от проводимой терапии на 3 группы:

1 группа – 32 больных, которым проведена системная химиотерапия с использованием препаратов на основе платины и 5 фторурацила (5-ФУ) в сочетании с лучевой терапией из расчета мг/м2, 2-4курса в зависимости от параметров опухолевого процесса и эффективности терапии, затем вторым этапом проводилась сочетанная лучевая терапия по стандартам лечения.

2 группа: 28 больных, которым проведена химиотерапия препаратом Кселода (капецитабин) пероральнов сочетании с локальной радиомодификацией и лучевой терапией;

Методика комбинированного химиолучевого лечения с радиомодификацией метронидазолом (МЗ) была унифицирована и состояла из трех знаков:

а) больные получали сочетанную лучевую терапию (СЛТ) по радикальной программе, по принципу чередования дистанционной и внутриполостной гамма-терапии;

б) параллельно с лучевой терапией больные перорально получали Кселоду (капецитабин) по 1250мг/м2 (по3-4 капсуле 2 раза в день) через 30 минут после еды в течение 14 дней; суммарно доза препарата на 1 курс, в среднем, составляла -105-140 г.;

в) в зависимости от объема опухоли шейки матки перед брахитерапией нами проводилась локальная радиомодификация метронидазолом: за 15-30минут до сеанса брахитерапии 0,5% раствор метронидазола (метрогила, метрида) вводили интра-(непосредственно в опухоль шейки матки) и паратуморально (в параметральные инфильтраты) в первые 3-4 сеанса в дозе 2мг/см^3 объема опухоли (в среднем вводили 40-60мл раствора метронидазола).

3группа (контрольная) -34 больных, которым проводилитрадиционную СЛТ.

Показанием для проведения химиолучевого лечения на фоне радиомодификации служили: относительно большие по объему опухоли, неблагоприятный рост (эндофитная или экзо-эндофитная), относительно молодой возраст больных.

Результаты и обсуждение: Сравнительный анализ изменений объема опухоли показал, что отмеченоболее заметное уменьшение исходного объема опухоли (исходный объем опухоли в группах, в среднем, 94 ± 14,7 см^3), чем при применении только лучевого воздействии: 50±6,2 см^3 (группах исследования) против 77±5,4см^3 (контрольная группа). Так по результатам окончания первого этапа лечения исходная разница первичного очага между основной и контрольной группами составила 17±9,6см^3, что показывает уменьшение объема опухоли к середине лечения у больных первой группы в 2,4 раза, а контрольной в 1,6, соответственно. Изучение полученных данных по токсичности проводимой химиотерапии показал, что явления гематологической токсичности в виде анемии, лейкопении, лимфопении в первой группе больных наблюдалисьу 41% больных, а во второй- у 43,8%, соответственно.

Степень токсичности примененных схем химиотерапии со стороны органов желудочно-кишечного трактапоказал 22% и 24,5%, соответственно. В редких случаях после окончания лечения отмечалась преходящая аллопеция. У одной больной, из-за выраженного токсического эффекта проведена корректировка дозы препарата кселоды.

Нами проведен анализ выживаемости больных МРРШМ в зависимости от методов лечения. Результаты расчетов показали, что выживаемость больных МРРШМ в группах наблюдения значительно отличаются по времени наблюдения.

1-годичная кумулятивная выживаемость достигала максимума, показатели 2 летней выживаемости после проведения химиолучевого лечения в сочетании с радиомодификатором (ХЛЛ+РМ) составил 71,0±10,3%, что явилось достоверно лучшим результатом по эффективности проведенной терапии в сравнении с группой, которым проведена СЛТ. Так, после проведения ХЛЛ+РМ у больных значительно улучшились показатели 3 летней выживаемости (64,0±9,4%),что сравнительно больше, чем у больных после проведения СЛТ(30,9±5%) и химиолучевого лечения без применения радиомодификатора (ХЛЛ) (30,0±6,1%). (Табл.).

Таблица

Сравнительный анализ выживаемости групп наблюдения в зависимости от используемого вида терапии

Группы наблюдений	1-годичная выживаемость	2 летняя выживаемость	3 летняя выживаемость
ХЛЛ	78,9±7,2%	65,0±5,9%	50,0±6,1%
ХЛЛ+РМ	89,3±9,7%	71,0±10,3%	64,0±9,4%
СЛТ	68,4±8,2%	50,0±9,2%	41,8±5,1%

Анализ проведенной терапии показал, что в первый году больных в основной группе отмечалось достоверное уменьшение рецидивов в 1,5 раза по сравнению с первой и третьей группами (26% и 17,8% соответственно**)**. Во второй группе в сроки до 3 лет в 1,3 раза меньше метастазов по сравнению с группой больных, в которой использовали только ХЛЛ или СЛТ (32,1% и 42%), соответственно. Изучение возникновения метастатических очагов до 1 года показало, что они выявлялись у больных основной группы реже, причем в 2 раза реже, чем при применении СЛТ и 1,2 раза реже, чем при использовании ХЛЛ (10,7% и 6,7% соответственно). Сравнительный анализ изучаемых групп показал,что использование системной химиотерапии и облучения в сочетании с радиомодификацией уменьшало объем опухоли в 1,5 раза больше по сравнению с группой с использование только лучевой терапии. Также при использовании только СЛТ отмечалось наибольшее число побочных эффектов со стороны периферической крови и ЖКТ

(токсический эффект). Рецидивы и метастазы больше всего развивались в группе больных с проведением традиционной СЛТ. Анализ выживаемости больных в группах по формам роста опухоли показал, что при экзофитной формой роста опухоли во второй группе максимальная кумулятивная выживаемость к 1 году составила 100%, но этот показатель снижался ко 2 году до 77,7%, а 3 летняя выживаемость отмечена у 68,3% больных. При эндофитных опухолях в группе больных после проведения ХЛЛ+РМ выживаемость до 3 лет отмечалась у 67,7%, при смешанных формах роста максимальные показатели выживаемости до 80% отмечалась до 1 года. Эти показатели несколько отличались от показателей больных,у которых использовалась только СЛТ. Так, при экзофитной форме роста опухоли после СЛТ одногодичная выживаемость составила 68,4%, 2 годичная снижалась до 50%, а 3 годичная составляла 41,8%, соответственно. При этом в группе больных с использованием СЛТ при эндофитной форме опухоли одногодичная выживаемость составила 53,6% и снижалась в последующие годы до 8%. При смешанных формах роста максимальные показатели выживаемости до 80% отмечались до 1 года. Несмотря на максимальную выживаемость в 1 год наблюдения (100%) при смешанной форме роста, у больных ко 2 и 3 году идет снижение этих показателей (до 27,2±5,2%), соответственно.

Заключение. Проведенный анализ использования различных методов лечения больных раком шейки матки молодого возраста показал, что применение химиотерапиии лучевого лечения в сочетании с радиомодификацией обеспечивает реальную возможность повышения эффективности лечения, уменьшения показателей рецидивов и метастазов. Изучение отдаленных результатов СЛТ, ХЛЛ и ХЛЛ в сочетании с РМ показало, что показатели 3-летней выживаемости при использовании ХЛЛ в сочетании с РМ, в среднем, на 10-24%выше, чем вдругих группах. Высокие показатели качества жизни позволяют считать настоящие методқ лечения перспективным направлением в онкогинекологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М., Двойрин В.В. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения России и некоторых стран СНГ в 2011.- М., 2012. - 286с.
2. Акимов А.А., Иванов С.Д., Хансон К.П. Апоптоз и лучевая терапия злокачественных новообразований. //Вопросы Онкологии - 2003-Том.49, №3. С. 261-265.
3. Баранов С.Б., Гусейнов К.Д. Оценка эффективности предоперационной химиолучевой терапии больных раком шейки матки $T_{1b-2ab}N_{0-1}M_0$. //Вопросы онкологии.- 2003.-Том.49, №5. - С.612-614.
4. Березовская Т.П. Магнитно-резонансная томография в стадировании рака шейки матки. //Вопросы онкологии. - 2003. -Том.42, №2. - С.227-231.
5. Гарин А.М. Скромные успехи лекарственного лечения трех диссеминированных или местно-распространенных форм опухолей, считавшихся в начале 90 годов химиорезистентными. //Современная онкология. -2000.-Том.2, №4.-С.4-8.
6. Иванов С.Д., Акимов А.А., Акимов М.А. Молекулярно-клеточные механизмы устойчивости опухоли к цитостатикам и возможные пути преодоления этой химиорезистентности. // Успехи соврем.биол.- 2001.-Том.121.-С. 198-210.
7. Косенко И.А. Оптимизация лучевого, комбинированного и комплексного лечения больных раком шейки матки с неблагоприятным прогнозом //Матер. III съезда онкологов СНГ-2004, Ч.II.-С.203.
8. Лукьянова Н.Ю., Кулик Г.И., Чехун В.Ф. Роль генов p53 и bcl-2 в апоптозе и лекарственной резистентности опухолей. //Вопр. онкол. -2000. -Том.46, №2. -С. 121-128.
9. Benedetti-Panic P., Greggy S., Colombo A. Neoadjuvant Chemotherapy and Radical Surgery Versus Exclusive Radiotherapy in Locally Advanced Squamous Cell Cervical Cancer: Results From the Italian Multicenter Randomized Study. //J. Clin. Oncol. -2002.-Vol.20. -P. 179-188.
10. Bloss J.D., Blessing J.A., Behrens B.C. Randomized Trial of Cisplatin and Ifosfamide With or Without Bleomycin in Squamous Carcinoma of the Cervix: A Gynecologic Oncology Group Study. //J. Clin. Oncol. -2002. -Vol.20. -P.1832-1837.
11. Cheng Xi., Shumo C. The prognosis of women with stage IB1-IIB node-positive cervical carcinoma after radical surgery. //World. J. Surg. Oncol. -2004.-Vol.2.-P. 47.
12. Eifel P.J., Winter K., Morris M. Pelvic Irradiation with Concurrent Chemotherapy Versus Pelvic and Para-Aortic Irradiation for High-Risk Cervical Cancer: An Update of Radiation Therapy Oncology Group Trial (RTOG) 90-01. //J. Clin. Oncol. -2004.-Vol.5. -P. 872-883
13. Greenlee R., Murray T., Bolden S. Cancer statistics, 2001. //CA Cancer. I.Clin. -2001. - Vol.36. - P.5115.

УДК:616-097:614.21

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА КАТТА ЁШДАГИЛАР ОРАСИДА СИЛ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ ВА КАСАЛЛАНИШ КЎРСАТКИЧИГА ТАЪСИР ҚИЛУВЧИ ОМИЛЛАР

Маматқулов Б. М., Нурмуминов М. Ш.
(ТТА)

Сил касаллиги инсониятнинг унга қарши курашиш бўйича юксак малакасига қарамасдан долзарб муоммолигича қолмоқда. Ҳар йили дунё бўйича 9 млн. янгидан касалланиш аниқланса, 2 миллионга яқин инсон сил касаллигидан вафот этади.

Калит сўзлар: касалланиш, иммунитет, диспансер, иммигрант

ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ И ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕГО

Туберкулёз остаётся глобальной проблемой современности. Ежегодно в мире регистрируют 9 млн. новых случаев заболевания туберкулёзом и почти 2 млн. умерших от него.

Ключевые слова:заболеваемость, иммунитет, диспансер, иммигрант

MORBIDITY RATE OF TUBERCULOSIS AMONG ADULT POPULATION OF THE SAMARKAND AREA AND FACTORS INFLUENCING IT

The tuberculosis remains a global problem of the present. Despite a mankind wide experience in struggle against it, annually in the world register 9 million new cases of disease by tuberculosis and almost 2 million died from it.

Key words:morbidity,immunity,dispensary, immigrant.

Мавзунинг долзарблиги: Сил касаллиги инсониятнинг унга қарши курашиш бўйича юксак малакасига қарамасдан долзарб муоммолигича қолмоқда. Ҳар йили дунё бўйича 9 млн янгидан касалланиш аниқланса, 2 миллионга яқин инсон сил касаллигидан вафот этади[1].

Сил касаллиги ижтимоий – иқтисодий ривожланишда жиддий тўсиқ ҳисобланади.Сил билан касалланганлар 75% экономик продуктив ёшдагилар ҳисобланади.95 % га яқин сил касаллиги билан касалланганлар ва 99 % шу касалликдан вафот этувчилар ривожланаётган мамлакатлар аҳолиси ҳисобланади, асосан Африка, Сахарини жанубидаги мамлакатлар ва Жануби- Шарқий Осиё мамлакатларини мисол қилиш мумкин[3,4].

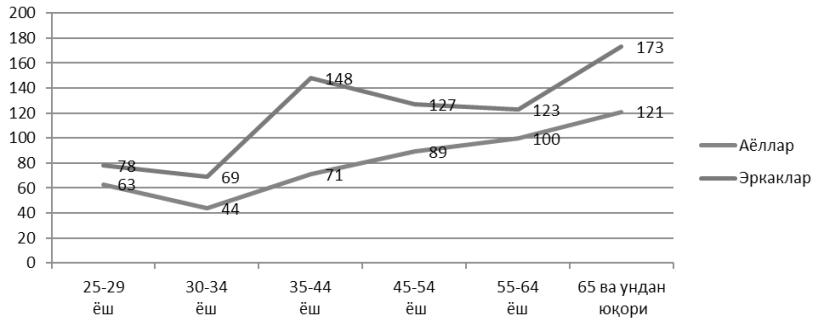
Касаллик кўпайишига асосий сабаб бўлиб 90-95% холларда сил билан оғриган бемор ҳисобланади; қорамолларда ўчрайдиган сил шакллари ҳам қўшимча манба саналади. Касалликнинг очиқ тури билан хасталанган бемор хафли бўлиб ҳисобланади. Бунда соғлом кишининг сил микобактерияларини ажратувчи бемор билан узоқ вақт давомида мулоқатда бўлиши катта аҳамиятга эга. Бу ҳодиса, кўпинча оилада, хонадонда ёки микобактерия ажратувчи бемор бўлган жамоада рўй бериши мумкин. Маълумотларга кўра, сил билан касалланган бемор йўталганида ажратадиган 2 мингдан 5 мингтача яқин сил таёкчалари ҳавода муаллақ ҳолатда бўлиши ва 2-9 метр масофага тарқалиши мумкин. Емирилиш босқичидаги ўпка силига чалинган бемор балғами билан кунига 15-100 млн сил микобактерияларини ажратиши аниқланган[2]. Ривожланаётган давлатларда ўрта ҳисобда зарарланиш, ривожланган мамлакатлардагига қараганда 15-20 баравар кўп. Ўзбекистан Республикаси ҳам жадал ривожланаётган мамлакат ҳисобланади. Жойларда эмлаш ва қайта эмлаш ишлари суст бажарилаётганлиги бўлганлиги сабабли аҳоли, айниқса болалар орасида сил билан зарарланиш даражаси юқорилигича қолмоқда[2].

Ишнинг мақсади: Самарқанд вилояти аҳолиси ўртасида сил касаллигининг тарқалганлиги бўйича асосий статистик маълумотларни таҳлил қилишдан иборат.

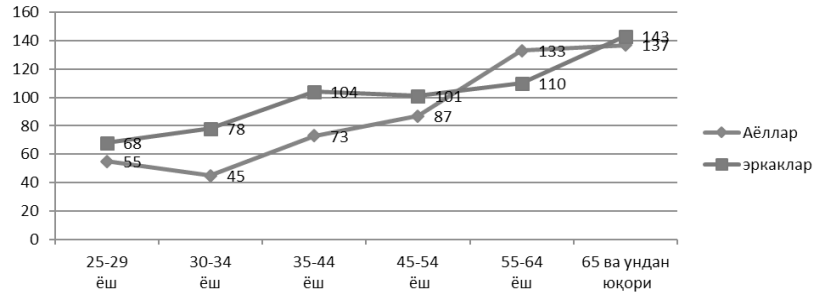
Текширув материаллари ва услублари: Республика саломатлик ва статистика институти маълумотлари асосида Самарқанд вилояти аҳолиси ўртасида 2008 йилдан 2012 йилгача бўлган сил билан касалланиш кўрсаткичларини статистик усулда таҳлил қилиш.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Самарканд вилоятида аҳолисининг Республика Саломатлик ва тиббий стастистика институтининг маълумотига кўра сил касаллиги биринчи марта аниқланган беморлар сони қўйидагича:

Самарқанд вилоятида 0 дан 65 гачава ундан юқори ёшдаги аёл ва эркакларда биринчи марта сил билан касалланиш кўрсаткичини таққослайдиган бўлсак, 2008 йилда 661(аёл), 1009(эркак), 2009 йил 809(аёл), 1029(эркак), 2010 йил 798(аёл), 928(эркак), 2011 йил 744(аёл), 792(эркак), 2012 йил 655(аёл), 777(эркак)ларда аниқланган, бундан кўриниб турибдики 2008 йилга қараганда 2012 йилга келибсил билан касалланиш кўрсаткичиаёлларда 0.9 % га камайган бўлса, эркакларда 23% га камайган.



Расм-1. Самарканд вилояти аҳолиси ўртасидасил касаллиги биринчи марта аниқланган беморлар сони (2008 йил)



Расм-2. Самарканд вилояти аҳолиси ўртасида сил касаллиги биринчи марта аниқланган беморлар сони(2012 йил)

Шундан биринчи марта сил билан касалланиш умумий кўрсаткичи 25 дан 65гача ва ундан юқори ёшдадаги аёл ва эркакларда, 2008йил бўйича 488(аёл), 718(эркак), 2009 йил бўйича 567(аёл), 695(эркак), 2010 йил бўйича 603(аёл), 659(эркак), 2011 йил бўйича 591(аёл), 614(эркак), 2012 йил бўйича530(аёл), 604(эркак)ларда биринчи марта сил билан касалланиш аниқланган.Бу ерда, 2008 йилга қараганда 2012 йилга келиб 25 дан 65 гача ва ундан юқори ёшдагилар орасида аёлларда касалланиш кўрсаткичи 7.9 % га ортган, эркакларда эса 15.9 % га камайган.

Ўзбекистонда 2002 йилдан бошлаб DOTS дастури бутун вилоятларда тадбиқ қилинган. Агарда 1990-1995 йилларда силга қарши дорилар таъминлашидаги қийинчиликлар ва узилишлар туфайли силни даволаш самараси кўрсаткичлари, яъни балғамда сил таёқчалари ажралиши тўхташи 78,4% ни, деструкция ёпилиши 74,0% ни ташкил қилган бўлса. DOTS дастури тадбиқ қилинганидан сўнг 2009 йилга келиб илк бор ўпка сили аниқланган беморлар балғамида сил таёқчалари ажралишининг тўхташи 87,3% ни, деструкциянинг беркилиши 79,2% ни ташкил этди[2].

Самарқанд вилояти аҳолиси ўртасида сил касаллиги билан касалланиш кўрсаткичларига таъсир қилувчи омилларга қўйидагиларни мисол келтириш мумкин: (1) аҳолининг яшаш тарзи; (2) аҳолининг тиббий билим савияси; (3) ижтимоий шароит; (4) иммигрантлар сонинг кўплиги ва бошқалар.

2011 йилда Республикамиз хукумати томонидан 2011-2015 йилларга мўлжалланган силга қарши Миллий дастури қабул қилинган бўлиб, ушбу дастур сил билан касалланган беморлар ва силга қарши кураш муассасаларида ишлаётган тиббиёт ходимларининг манфатларини, хақ-хуқуқларини ҳимоя этадиган хуқиқий базани таккомиллаштиришга, силга қарши кураш муассасалари структурасини оптималлаштиришга, уларни ҳозирги замон талабига тўла-тўкис жавоб берадиган капитал таъмирлаш ва реконструкция қилишга, замонавий тиббиёт ускуналари билан таъминлашга қаратилган. Ундан ташқари беморларни стандарт асосида тулақонли даволашга, ёш кадрларни тайёрлашга, аҳоли орасида санитария-тушунтириш ишларини янги босқичга олиб чиқишга алоҳида эътибор берилган[2].

Хулоса:Самарқанд вилояти аҳолисида сил касаллиги илк марта аниқланган беморлар кўрсаткичини ортишини олдини олиш учун қўйидаги чора-тадбирларни амалга тадбиқ этиш лозим.

1. Аҳолини силга қарши тиббий, специфик иммунитетини оширишга қаратилган профилактик тадбирларни ўтказиш, яъни силга қарши эмлаш, касаллик учоғида яшовчи шахсларни соғломлаштириш;
2. Силга дучор бўлган беморларини барвақт аниқлаш, диспансер ҳисобига ўтказиш;
3. Санитария ва маориф ишларини ташкил қилиш;
4. Аҳолини турмуш тарзи ва ижтимоий шароитини яхшилаш борасида чора тадбирлар ишлаб чиқиш.

АДАБИЁТЛАР

1. Скачкова Е. И. Обоснование и разработка региональной модели организации борьбы с

туберкулёзом в современных социально-экономических и эпидемиологических условиях: Автореф дис. … д-ра мед.наук. – М., 2008. – 50 с.

2. А.М. Убайдуллаев, Ф.К. Ташпулатова, Ф.Т. Абсадикова, "Ўзбекистонда сил касаллиги эпидемиологик холати ва профилактикаси".// Ўзбекистон тиббиёт журнали, 2011. №5, 39-41 бет.

3. А.Д.Асадов, А.К.Хамраев, Л.Т.Мирварисов. Современное состояние распространенности лекарственно-устойчивыхформ туберкулёза.//Медицинский журнал Узбекистана, 2012 . №6, 73-75 с.

4. Коллин Бемфорд. Потенциал для внутрибольничной передачи туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью туберкулёза в южноафриканской третичной больнице. Южноафриканский медицинский журнал. 2011; 100(7):1024-1026 с.

УДК 616-053.2+616.15+615.38.

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА ЦИНАРИКС ПРИ ТРОМБОЦИТОПАТИИ

Халматова Н.М., Нуриддинова У.Н., Сабирова Ш.Г., Сабитходжаева С.У., Шевченко Л.И.

(ТМА, НИИ ГиПК)

Цель исследования – изучить состояние клеточного метаболизма у лиц допризывного возраста с тромбоцитопатиями. Исследование проведено у 30 допризывников с тромбоцитопатиями. Результаты исследования свидетельствуют, что нарушения клеточного метаболизма являются одной из важнейших патогенетических причин нарушения функциональной активности тромбоцитов у больных ТП.

Ключевые слова: клеточный метаболизм, допризывник, тромбоцитопатия, цинарикс.

ТРОМБОЦИТОПАТИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЦИНАРИКСНИНГ ИЖОБИЙ ТАЪСИРИ

Ушбу илмий ишда тромбоцитопатия билан оғриган беморларда цинарикснинг ижобий таъсири ўрганилди. Тромбоцитопатия билан оғриган 30 та чақирув ёшигача бўлган ўсмирларда текширув олиб борилди. Олинган натижаларга асосланиб шу нарса маълум бўлдики, тромбоцитопатия билан оғриган ўсмирларда хужайра метаболизмининг бузилиши, тромбоцит функционал активлигининг бузилиши муҳим бир патогенетик сабабларидан бири бўлиб хисобланади.

Калит сўзлар: хужайра метаболизми, чақирув ёшигача бўлган ўсмирлар, тромбоцитопатия, цинарикс.

POSITIVE ACTION OF MEDICINE SINARIKS AT THROMBOCYTOPATIA (TP)

Research objective presented to study of a condition cellular metabolism at draft age. Research is spent at 30 patients who are at draft age with thrombocytopatia. Results of research testify that, infringements of a cellular metabolism are one of the major pathogenetic causes of infringement functional platelet activity at patients TP.

Keywords: cellular metabolism, draft age, thrombocytopatia, sinariks.

Введение. Система гемостаза обеспечивает остановку кровотечения при нарушении целостности сосуда, сохраняя в организме необходимый объем циркулирующей крови и поддерживая нормальное кровоснабжение органов [1]. Тромбоциты играют ключевую роль в процессах сосудисто-тромбоцитарного гемостаза начальной стадии тромбообразования [2]. 36-80% всех случаев кровоточивости у больных составляют нарушения первичного (тромбоцитарного) звена гемостаза, в связи с, чем тромбоцитопатии представляют собой серьезную проблему [1,2]. В настоящее время все более актуальной становится проблема изучения диагностики, особенно на ранних стадиях, поскольку больные долгое время безуспешно лечатся у других специалистов [5].

Состояние метаболической и функциональной активности клеток периферической крови напрямую зависит от метаболического статуса организма и позволяет оценить наиболее важные звенья энергетического обмена в тканях, которые нередко задолго до болезни реагируют на изменения в организме. Особенности реакций нейтрофилов при тромбоцитопатиях у допризывников, а также их состояние после лечения практически не изучены. Лечение тромбоцитопатии не всегда эффективно. Поэтому поиск лекарственных средств, способных повысить эффективность лечения представляет значительный научно- практический интерес. Одним из таких препаратов является цинарикс. Ц**ель** настоящего исследования – изучить эффективность применения препарата цинарикс в лечении допризывников с приобретенными тромбоцито-

патиями.

Материал и методы исследования. Клинико – лабораторные исследования проведены у 103 юношей допризывного возраста (15 – 17 лет), страдающих приобретенными тромбоцитопатиями. Диагноз ТП верифицирован по основным критериям заболевания, подтверждающим качественную неполноценность тромбоцитов и нарушения тромбоцитарного звена гемостаза. Больные были выявлены скрининговым исследованием с использованием карты – опросника во время медицинского обследования. В соответствии с поставленной целью определяли активность миелопероксидазы (МП) в нейтрофилах периферической крови по методу Лилли (1969г.) в условных единицах (у.е.), рассчитанных с помощью индекса Keplou и кислой фосфатазы (КФ) по методу Нарциссова Р.П. (1970) в модификации Островской Л.В. (1973) в динамике. Все больные разделены на 2 группы: 1 группу составили 55 допризывников с приобретенными тромбоцитопатиями, которым проводилось основное базисное лечение; 2 группу составили 48 допризывников с приобретенными тромбоцитопатиями, которым в комплексе с основным базисным лечением назначался препарат цинарикс по 2 таблетки 3 раза в день в течение 10 дней.

Обсуждение результатов. Проведенные исследования в обеих группах до лечения показали изменения ферментного профиля лейкоцитов. Учитывая, что МП и КФ являются важными клеточными ферментами, изменения их активности в опытных группах до лечения свидетельствует о наличии дисбаланса защитных реакций в организме, обусловленных длительным воздействием вредоносных факторов. Анализ данных до лечения показал, что активность МП нейтрофилов в обеих обследуемых группах оказалась ниже контрольного уровня (220,3±3,1у.е.), и составила, в среднем, 154,7±2,7у.е.; а активность КФ по отношению к контролю (38,6±2,82 у.е.) наоборот повышалась и составила, в среднем, 49,7±2,7 у.е. (таб. 1.).

Таблица 1.

Показатели клеточного метаболизма у допризывников с тромбоцитопатиями до лечения

Показатель	Группы	
	Контрольная группа n=40	Группа больных n=103
МП,у.е	220,3±3,1	154,7±2,7<0,001
КФ, у.е	38,6±2,82	49,7±2,7 >0,05

Примечание. *P<0.05 по сравнению с контролем.

После проведенного лечения отмечено достоверное повышение активности МП нейтрофилов в обеих группах обследуемых в сравнениями с данными до лечения и составила в 1 группе больных 164,6±2,4у.е., а во 2 группе больных этот показатель составил 196,9±2,5у.е., что оказалось намного выше по отношению к результатам 1 группы. Активность КФ несколько снизилась в обеих группах по отношению с данными до лечения и составила в 1 группе больных 46,6±1,4у.е., а во 2 – 40,2±1,2у.е.

Таблица 2.

Показатели клеточного метаболизма у допризывников с тромбоцитопатиями после лечения

Показатель	Группы		
	Контрольная группа n=40	1 гр., n=55	2 гр., n=48
МП,у.е	220,3±3,1	164,6±2,4 <0,001	196,9±2,5 <0,001
КФ, у.е	38,6±2,82	46,6±1,4 <0,001	40,2±1,2 <0,001

Примечание. *P<0.05 по сравнению с контролем.

Полученные результаты показали, что применение препарата цинарикс положительно влияет на состояние клеточного метаболизма, так как возрастание активности МП нейтрофилов и снижение активности КФ свидетельствует о несомненном повышении защитных возможностей клеток организма, а значит восстановительном характере метаболических преобразований под влиянием проведенного лечения, что позволяет рекомендовать его в комплексном лечении тромбоцитопатий.

Выводы

1. Изучение активности окислительно-восстановительных ферментов ПМ и КФ в лейкоцитах периферической крови показало значительное нарушение их активности и метаболического состояния.
2. Положительное влияние препарата цинарикс на состояние клеточного метаболизма позволяет рекомендовать его в комплексном лечении тромбоцитопатий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базарный В.В., Тихонина Е.А., Шилко Ю.В. Цитохимическая характеристика нейтрофильных гранулоцитов. Клиническая лаборатория диагностика,2007, №8, 48-50.
2. Гусева С.А., Дубкова А.Г., Вознюк В.П. Наследственные и приобретенные гематологические синдромы в клинической практике. ЛОГОС, Киев, 2000,146с.
3. Махмудова А.Д. и соавт.// Методич. рекомендация, Ташкент- 2007 год, С.20.
4. Park B. H., Firkig S. M., Smitwick E. M. Lancet, 2008, vol. 2, p. 532—534;
5. Stuart J., Gordon K, Lee T. J. Histochem. Cytochem., 2005, vol. 7, p. 477.

УДК:616.728.2:616-010-094

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Касимова Д.А., Маматкулов Б.М., Сайдалиева М.Н.
(ТМА)

Железодефицитная анемия (ЖДА) – широко распространенное заболевание, которое регистрируется у 20% населения нашей планеты. По данным ВОЗ, в мире ЖДА страдают более 500 тыс. человек.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, распространенность, фертильный возраст.

БОЛАЛАРДА ТЕМИР ТАНҚИСЛИК АНЕМИЯСИНИНГ КЛИНИК ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Темир танқислик анемияси – кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, дунё бўйича бу касаллик билан касалланганлар 20% ни ташкил этади. ЖССТ маълумотларига қараганда, бутун дунё бўйича темир танқислик анемияси билан 500минг аҳоли азият чекар экан.

Калит суз: Темир танқислик анемияси, тарқалганлик, фертил ёш.

FEATURES OF CLINIC OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN INFANTS

Iron deficiency anemia (IDA) - a widespread disease, which is recorded in 20% of the population of our planet. According to WHO, the world's IDA affects more than 500 thousand individuals.

Keywords: children, iron deficiency anemia, prevalence, childbearing age.

В течение последних десятилетий анемия остаётся одной из ведущих проблем здравоохранения в Центральной Азии. Согласно исследованию, проведенному в 1988 году казахским институтом питания в четырех регионах Казахстана, распространенность анемии среди беременных женщин составляла от 60 до 80%. В другом исследовании, проведенном в 1993 году Американской корпорацией Crosslink, распространенность анемии в Муйнакском районе Каракалпакской Автономной Республики Узбекистана составляла 60% среди женщин и 80% среди детей. Распространенность анемии изучалась многими отечественными учеными в Узбекистане[7,8,9]

Цель исследования: изучить особенности клиники ЖДА у детей раннего возраста Зангиотинского района.

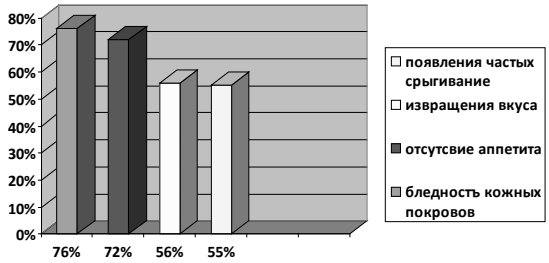
Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 125 детей с ЖДА в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. Возраст обследованных был: от 3 месяцев до 1 года - 74 детей, от 1 года до 2 лет - 29 детей, от 2 до 3 лет - 22 детей. Среди больных преобладали дети первого года жизни.

Диагноз ЖДА устанавливали на основании уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови /ОЖЖС/, коэффициента насыщения трансферрина железом /КНТ/, латентной железосвязывающей способности сыворотки крови /ЛЖЖС/, десфераловой сидероурии.

При оценке тяжести ЖДА пользовались рекомендациями ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 67 ребёнка (53,6%), со средней тяжестью - 45 детей (36,0%), а тяжёлая степень анемии была диагностирована у 14 ребёнка (11,3%). Следует отметить, что из 41 ребёнка с тяжелой и средне-тяжёлой анемией преобладали дети до 1 года.

Результаты и обсуждение. Клинические признаки и жалобы родителей характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто родители отмечали бледность кожных покровов - 95 детей (76,0%), отсутствие аппетита - у 91 (72,6%), извращение вкуса - употребление земли, глины, мела - у 70 (56,6%), появление частых срыгивание у 69 детей (55,2%) и рвоты - 18 (14,3%). (Диаг.№1).

Анкетирование жалоб родителей с диагнозом ЖДА у детей



При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек выявлена почти у всех обследованных. У многих больных отмечен эпителиальный синдром в виде сухости кожи – 56 (44,8%), сухость и выпадения волос – 52 (41,6%), ломкость и истончение ногтей – 25 (20,8%). У некоторых больных выявлена гиперпигментация кожных покровов, чаще всего на лице, шее, боковых поверхностях грудной клетки – 16 (12,8%). У детей старше года довольно часто встречались изменения слизистой ротовой полости в виде атрофии сосочков языка – «лакированный язык» - 32 (25,5%), так называемые, «заеды» в углах рта – ангулярный стоматит – 31 (24,5%).

Нами также были отмечены отклонения в психомоторном развитии, особенно четко проявляющиеся на 1 году жизни. Дети поздно начали держать голову, сидеть, стоять, ходить, говорить – 71 (56,6%). У 96 (78,8%) детей выявлено снижение эмоционального тонуса, быстрая смена настроения; дети были малоподвижными, вялыми – (45,6%), плаксивыми, капризными – 44 (35,2%); снижен интерес к окружающему, игрушкам. Выявлены были также отклонения функции внутренних органов и систем; сердечно-сосудистой системы 64 (51,2%), которые сводились к наличию систолического шума, тахикардии и незначительному расширению границ сердца. У 30 детей (24,5%) выявленқ гепатомегалия и увеличение селезенки. Одним из признаков дефицита железа у детей раннего возраста, особенно при тяжелых и средне–тяжёлых формах, явилось отставание в физическом развитии. Выявлено 95 (76,0%) детей с признаками гипотрофии и гипостатуры. Гипотрафия отмечалась преимущественно у 53 детей в возрасте до 1 года (42,4%).

Характерными были показатели лабораторных исследовании: низкий уровень гемоглабина, уменьшение содержания его в отдельном эритроците, понижение гематокритной величины, цветового показателя, уменьшение общего числа эритроцитов, сидеропения, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови и значительное уменьшение коэффициента насыщения трансферрина.

Выводы.

Таким образом, железодефицитная анемия у детей раннего возраста с высокой частотой наблюдается у детей до 1 года, а в клинической картине преобладают кожно-эпителиальный синдром, изменения в системе органов пищеварения, в нервной, сердечно-сосудистой системах.

Железодефицитная анемия (ЖДА) необычайно широко распространённое заболевание, регистрируемое у 20% населения планеты. По данным ВОЗ, ЖДА широко распространена среди детей и женщин детородного возраста во всем мире.[1]

Железодефицитная анемия признана в качестве одной из важнейших проблем мирового здравоохранения. Согласно эпидемиологическим данным, опубликованным в середине 80 гг. Всемирной организацией Здравоохранения, распространенность анемии в мире составляет 35% среди женщин и 43% среди детей. В развивающихся странах около половины женщин и детей страдают анемией. В США и Европе анемия выявляется у 7-12%, в Японии - 8% населения. Наиболее высокие показатели распространенности заболевания установлены в ряде стран Африки и Юго-Восточной Азии (15, 52), где почти половина женщин и детей страдают анемией. Железодефицитное состояние и её последствия наносят огромный социально-экономический ущерб развитию стран, затраты на ее лечение составляют около 5% национального валового дохода, тогда как на профилактические мероприятия достаточно затратить всего 0,3%.[2,3,4]

ЛИТЕРАТУРА

1.Анемии у детей: диагностика и лечение /под ред. А.Г.Румянцева, Ю.Н.Токарева. М., 2006. 128 с.

2. Анастевич Л.А. Железодефицитная анемия у детей грудного и младшего возраста : научное издание / Л.А.Анастевич, А.В. Малкоч // Лечащий врач. -М ., 2006.- N7.-С 66-70. -Библиогр. 22 назв.

3. Белошевский В.А. Железодефицит у взрослых, детей и беременных анемий. Воронеж, 2010. 121 с.

4.Дворецкий Л.И. Железодефицитные анемии. //Русский медицинский журнал. 2007. №19. С.1234-1242.

5. Идельсон Л.И. Гипохромные анемии. //Медицина, 2001.190с.

6.Иноятова Х.П. Особенноти клиники и течения железодефицитной анемии у детей раннего возраста : научное издание / Х.П.Иноятова // Medical exspress.- Ташкент, 2011.- №2.-С.30-31

7. Ли. Г.А. Улучшение качества лечения и профилактики железодефицитной анемии у детей : научное издание / Г.А. Ли, З.А.Гиясова, А.В.Фазылов// Терапевтический вестник Узбекистана. - Ташкент, 2011.-№2-3.- С 162-163

8. Стандарт медицинской помощи больным железодефицитной анемией : научное издание // Клинич лабораторная дигностика. -М., 2006. - №11. - С.54

Сулейманова Д. Современные аспекты профилактики железодефицитной анемии среди детей и подростков / Д.Сулейманова // Здравоохранение Узбекистана. - Т., 2010.-№50.-С. 4-5

9. Тошбоев О.С. Особенности клиники железодефицитной анемии у детей раннего возраста / О.С.Тошбоев, Ш.К.Хакимов, Г.Т. Нуритдинова, М.П. Позилжонова и др // Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний системы крови и проблемы трансфузиологии : сборник научных трудов научно-практической конференции с международным участием (22-23 ноября 2007г.). - Андижан, 2007 .- С.45-46.

УДК: 618.17-008.8:616-005.2-085: 611.839.35

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АЛЬГОДИСМЕНОРЕИ

Комилжанова Д.К., Джураева Г.Т., Сидикходжаева М.А., Шодиева Х.Т.
(ТМА)

В статье представлены, результаты исследований по применению низкодозированного эстроген-гестагенного препарата Мидиана в сочетании с НПВП – целебрекс при дисменорее. Выбор вышеуказанных препаратов патогенетически обоснован. Всего обследовано 60 женщин в возрасте 22-38 лет страдающих альгодисменореей Проведена оценка болевого синдрома и психоэмоционального состояния женщин страдающих синдромом тазовых болей. Обследование включало сбор анамнеза, общеклинические, гинекологические обследования, ультразвуковое обследование. Все обследованные были разделены на две группы: 1 – 30 женщин, которым было проведено лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, 2 – 30женщин, которым после лечения - целебрексом (НПВС) проведенном в дни менструации, с 5-го дня менструального цикла был назначен пероральный контрацептив – мидиана. Оценку эффективности лечения проводили на основании жалоб и клинико-лабораторных данных. Степень выраженности болевого синдрома оценивалась с помощью визуально-аналоговой шкалы (VAS). При оценке эффективности боли по шкале VAS исходный уровень составил 82мм. На фоне проведенной терапии в течении 3 менструальных циклов, во 2 группе, этот показатель снизился до 10 мм, уже после месячного курса (НПВС в дни менструации) с последующим назначением с 5-го дня менструации – комбинированного орального контрацептива Мидиана.

Ключевые слова: альгодисменорея, мидиана, целебрекс, лечение, тазовая боль у женщин.

АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР

Мақолада дисменореяда паст дозали эстроген-гестаген препарати Мидиана ностероид яллиғланиши яллиғланишга қарши восита-целебрекс билан биргаликда қўлланилишидаги изланишлар натижалари келтирилган. Юқорида кўрсатилган доривоситаларининг қўлланилиши патогенетик исботланган. Альгодисменорея бўлган 22-38 ёшдаги 60 та аёл текширилди. Чаноқдаги оғриқлари билан касалланган аёлларнинг оғрик синдроми ва руҳий эмоционал ҳолати баҳоланган. Изланишлар анализ йиғиш, умумклиник, гинекологик текширишлар, ультратовуш текширишларни ўз ичига олади. Барча аёллар 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ -30та аёлда ностероид яллиғланишга карши воситалар; 2-гуруҳ-30 та аёлда целебрекс билан даволангандан сўнг ҳайзнинг 5-кунидан перорал контрацептив Мидиана тайинланди. Даволаш самараси шикоятлар ва клиник-лаборатор маълумотларни баҳолаб ўтқазилди. Оғрик синдроми даражаси визуал-аналог шкала (VAS)бўйича баҳоланди ва дастлабки даражаси 82 мм ни ташкил этди. 3та ҳайз цикли давомида 2 гуруҳда ўтқазилган даволаш фонида биринчи ойда (ҳайз кунлари НЯКВ даволашдан кейин ҳайзнинг 5-кунидан АОК Мидиана тайинланганда бу кўрсаткич 10мм гача камайди.

Калит сўзлари: альгодисменорея, мидиана, целебрекс, даволаш усуллари, чаноқдаги оғриқлар.

MODERN APPROACH IN TREATMENT OF DYSMENORRHEA

The article presents the results of research on the application of low-dose estrogen-progestin drug Midiana in combination with NSAIDs - Celebrex during dysmenorrhea. Selection of the above drugs pathogenetically substantiated. Total surveyed 60 women in age 22-38 years suffering with algomenorrhea. Pain and psycho-emotional condition of women suffering from pelvic pain syndrome assessed. The examination included medical history, clinical, gynecological examination, ultrasound examination. All women were divided into two groups: 1st group - 30 women who were treated with non-steroidal anti-inflammatory drugs, the 2nd group – 30 women, after the treatment with Celebrex

(NSAID) conducted during menstrual bleeding, from the 5th day of the menstrual cycle Tab. Midiana was prescribed. Evaluation of treatment effectiveness was carried out on the basis of complaints, clinical and laboratory data. The severity degree of pain was assessed by using a visual analog scale (VAS). In assessing the effectiveness of pain by VAS score baseline was 82mm. Against the background of the therapy within 3 menstrual cycles in group 2, this figure fell to 10 mm after a monthly treatment course (NSAIDs during the menstrual bleeding), followed by prescription of combined oral contraceptive Midianf from the 5th day of menstrual cycle.

Keywords: algodysmenorrhea, Midian, Celebrex, treatment, pelvic pain in women.

Тазовые боли, как симптом, присущий большинству гинекологических заболеваний, являются самой распространенной жалобой, причиняют материальный и моральный ущерб женщине, представляют медицинскую и социальную проблему. Наличие стойкого болевого синдрома приводит к расстройствам психического и физического здоровья, являясь причиной временной и стойкой утраты трудоспособности [1, 2, 3].

В медицинской практике проявление тазовой боли с ее последствиями рассматривают синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) [5,7].

Болезненные менструации в международной классификации болезней закодированы термином «альгодисменорея», подразумевающим болезненность менструаций, не имеющей органической природы. Этот циклический патологический процесс характеризуется появлением в дни менструации выраженных болей внизу живота, которые могут сопровождаться резкой общей слабостью, тошнотой, рвотой, головной болью, головокружением, отсутствием аппетита, повышением температуры тела до 37-38С, ознобом, сухостью во рту, вздутием живота, ощущением «ватных» ног, обмороками и другими эмоциональными и вегетативными расстройствами. Иногда ведущим симптомом может быть одна из перечисленных жалоб, которая больную беспокоит больше, чем боль. Сильная боль истощает нервную систему, способствует развитию астенического состояния, снижает память и работоспособность [11,12].

Все симптомы при альгодисменорее можно разделить на эмоционально-психические, вегетативные, вегетативно-сосудистые и обменно-эндокринные.

Эмоционально-психические: раздражительность, анорексия, депрессия, сонливость, бессонница, булимия, непереносимость запахов, извращение вкуса.

Вегетативные: тошнота, отрыжка, икота, познабливание, ощущение жара, потливость, гипертермия, сухость во рту, частое мочеиспускание, тенезмы, вздутие живота.

Вегетативно-сосудистые: обмороки, головная боль, головокружение, тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, боли в сердце, похолодание, чувство онемения рук и ног, отёки век, лица [10,13].

Обменно-эндокринные: рвота, ощущение «ватных» ног, общая резкая слабость, зуд кожи, боли в суставах, отеки, полиурия.

Цель исследования – оценить болевой синдрома и психоэмоциональное состояние женщин, страдающих тазовыми болями.

Методы исследования. На первом этапе работы мы провели комплексное обследование 80 женщин, обратившихся в Центр Здоровья женщин при клинике ТМА. Обследование включало сбор анамнеза, общеклинические, гинекологические, ультразвуковое обследование. После комплексного обследования под нашим наблюдением осталось 60 женщин, страдающих альгодисменореей, в возрасте от 22 до 38лет (средний возраст 30лет). Все обследованные были разделены **на две группы: 1** – 30 женщин, которым проведено лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, **2** – 30женщин, которым после лечения НПВС в дни менструации, с 5 дня менструального цикла назначали пероральный контрацептив – **мидиану.**

В 1 группе мы сочли целесообразным применение – Целебрекса, так как из препаратов группы НПВС могут использоваться селективные ингибиторы ЦОГ-2, так и препараты неселективного действия (ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2). Несомненным преимуществом обладают селективные препараты, которые в гораздо меньшей степени, чем неселективные, угнетают синтез гастропротекторных Pg, а значит, таят гораздо меньший риск развития гастралгий, эрозивно-язвенных поражений ЖКТ. Именно к их числу принадлежит целекоксиб (Целебрекс), обеспечивающий стойкую анальгезию. В первые дни появления боли - 400 мг единовременно, в последующие дни - однократный прием в течение суток - 200 мг. Следует отметить и такое преимущество целекоксиба, как отсутствие влияния на время кровотечения и свертываемость крови. Прием этого препарата не усиливал менструальных выделений [11,13].

Во 2 группе к указанной терапии, мы с 5 дня менструации добавили, препарат МИДИАНА - низкодозированный монофазный эстроген-гестагенный контрацептив (Гедеон-Рихтер, Венгрия), который содержит 30 мкг этинилэстрадиола и 3мг Дроспиренона. Дроспиренон, содержащийся в препарате, обладает антиминералокортикоидным действием и способен предупреждать увеличение массы тела и появление других симптомов (например отеков), связанных

с эстрогензависимой задержкой жидкости. Дроспиренон также обладает антиандрогенной активностью и способствует уменьшению акне (угрей), жирности кожи и волос. Такой эффект дроспиренона подобен действию естественного прогестерона, вырабатываемого женским организмом. Это учитывалось нами при выборе контрацептива особенно женщинам с гормонозависимой задержкой жидкости – избыточной массой тела, угревой сыпью (акне) и себореей. Таблетки принимались каждый день примерно в одно и то же время, запивая небольшим количеством жидкости, в последовательности, указанной на блистерной упаковке, по 1 таблетке в сутки в течение 21 дня подряд, с последующим 7-дневным интервалом [8,9,10].

Эффективность лечения оценивали на основании жалоб и клинико-лабораторных данных.

Обследование включало специально разработанную нами анкету, в которой отражены качественные и количественные характеристики боли. Интенсивность этих симптомов оценивалась в баллах (от 0 до 3), суммарная оценка представляла собой болевой индекс. Психоэмоциональное тестирование проведено путем определения реактивной и личностной тревожности по шкале Спилберга-Ханина.

Степень выраженности болевого синдрома оценивалась с помощью визуально-аналоговой шкалы (VAS), представляющей собой линейку, на одну сторону которой нанесен прямоугольник длиной 100мм, окрашеный по нарастающей цветовой гамме (от белого к черному цвету). Белому цвету соответствует надпись «отсутствие боли», а черному – «максимальная боль». Степень интенсивности боли определяется по аналогии с изменением насыщенности цвета путем перемещения курсора, указывающего числовой индекс степени тяжести боли по горизонтальной шкале длиной 100мм, расположенной на обороте линейки. Визуально аналоговая шкала является простым и неинвазивным методом, позволяющим быстро оценить интенсивность болевой симптоматики и эффективность проводимой терапии. Оценку боли по VAS (100мм) проводили до начала терапии и в динамике после лечения. В динамике лечения пациентка сама регистрировала в ею составленном протоколе числовой индекс боли. Кроме этого пациентки отмечали эффективность терапии по 4-балльной шкале (0 – нет боли, 1- незначительный, 2-удовлетворительный, 3-хороший, 4-превосходный эффект).

Результаты и обсуждение. Длительность альгодисменореи у женщин, находившихся под нашим наблюдением, составила: 2 года у – 30 (50 %), 5лет – у 20 (33,3 %), более 5 лет – у 10 (16,6 %). Рецидивы во время менструаций отмечали 37 (61,6%). В анамнезе не было беременностей у 15 (25%) пациенток, одни роды - у 20 (33,3%), двое и трое родов – у 25 (41,6%).

Невынашиванием беременности страдали 23% (38,3) женщин, самопроизвольный выкидыш имел место у 14%, поздние выкидыши – у 7%, преждевременные роды – у 7%.

Изучение гинекологической заболеваемости показало, что 55% пациенток страдали воспалительными заболеваниями придатков, хроническим эндометритом – 47%, цервицитом – 17%, кольпитом – 21%, бесплодием – 13%.

Основными жалобами были выраженные боли в пояснице и внизу живота за 2-3 дня до- и в дни менструации. Нарушение менструального цикла наблюдалось более, чем у половины женщин. Так, гиперполименорея была у 50% обследованных, олигоменорея – у 19%.

Анализ анкет показал, что основными жалобами являются боли внизу живота и пояснице: 17% расценивали боль как незначительную, 30% - тяжелую, 53% - умеренную. По шкале Спилберга-Ханина более, чем у половины женщин имелся высокий уровень реактивной и личностной тревожности. Очевидно это было связано с характером боли.

Следует отметить, что у 25% женщин определились вегетативные расстройства: так болевой синдром сопровождался головными болями у 30%, отечностью – у 19,7%, сердцебиением – у 10,6%.

При оценке эффективности боли по шкале VAS исходный уровень составил 82мм. На фоне проведенной терапии в течении 3 менструальных циклов во 2 группе, этот показатель снизился до 10 мм, после месячного курса (НПВС в дни менструации) с последующим назначением с 5 дня менструации – комбинированного орального контрацептива Мидиана.

Высокий эффект лечения установлен у 92% женщин 2 (3,8 балла) и у 88% 1 группы (3,2 балла). Из них не испытывали никаких болевых ощущений 88,7% пациенток 2 и 75,6% 1 группы. Остальные женщины 3,7% и 12,4%, соответственно, 2 и 1 групп ощущали незначительный дискомфорт.

Итак, основными средствами лечения первичной альгодисменореи являются пероральные контрацептивы и нестероидные противовоспалительные препараты.

Контрацептив – Мидиана, уменьшает объем менструальных выделений за счет торможения пролиферации эндометрия и подавления овуляции. В условиях ановуляции секреция ПГ эндометрием снижается. Мидиана вызывает снижение порога возбудимости гладкомышечной клетки и ее сократительную активность, тем самым способствуя снижению внутриматочного давления, частоты и амплитуды сокращений мышцы матки. Усиление сократительной активности матки может быть результатом увеличения концентрации эстрогенов в лютеиновой фазе цикла. Эстроген может стимулировать высвобождение ПГF2a и вазопрессина. Использование

комбинированных эстроген-гестагенсодержащих монофазных контрацептивов, в частности, препарата – Мидианы, приводит к снижению концентрации эстрогенов, а значит и ПГ, и исчезновению или снижению выраженности симптомов дисменореи. Кроме того, Дроспиренон, содержащийся в препарате, обладает антиминералокортикоидным действием и способен предупреждать увеличение массы тела и появление других симптомов (например отеков), связанных с эстрогензависимой задержкой жидкости. Дроспиренон также обладает антиандрогенной активностью и способствует уменьшению акне (угрей), жирности кожи и волос [4,6,14].

При наличии разнообразных нарушений репродуктивной системы в виде, нарушений менструальной функции адекватная гормональная терапия позволяет провести коррекцию имеющихся нарушений.

Для женщин, страдающих альгодисменореей, возможно применение НПВП. Несомненным преимуществом обладают селективные препараты, к их числу принадлежит целекоксиб (Целебрекс), обеспечивающий стойкую анальгезию и отсутствие влияния на время кровотечения и свертываемость крови.

Выводы: Синдром тазовых болей представлен гинекологической патологией с малым морфофункциональным проявлением, вегетативным нарушением и психоэмоциональным расстройством. Основной принцип лечения дисменореи - фармакотерапия, направленная на нормализацию менструального цикла и снижение продукции простагландинов. Лечение должно быть строго индивидуальным, в зависимости от особенностей женского организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бороян Р.Г. Простагландины: Взгляд на будущее. - М.: - 1993.- С. 96.
2. Бакулева Л.П., Кузьмина Т.И. и соавт. Альгодисменорея. // Учебное пособие - М.- 1988. - С.20.
3. Говорухина Е.М. Альгодисменорея // Акушерство и гинекология. - 1980.-№6. – С. 58-61.
4. Прилепская В.Н. и соавт. Гормональная контрацепция - М.- 1998. - 215с.
5. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - Санкт-Петербург. – 1995.- С.65-72.
6. Межевитинова Е.А. Контрацепция и здоровье женщины - М.- 1998.- №2.-С.29-39.
7. Межевитинова Е.А., Роговская С.И., Прилепская В.Н. Русский вестник акушера-гинеколога.- М.- №3.- 1994.- С.7-11.
8. Ian Milsom. Gunila Sundel et all. J. Contraception 1990. - 42 (5): 497-506.
9. Гарольд Р. Берман, Бартон В. Колдуэл: Репродуктивная эндокринология.// Под редакцией С.С.К. Йена, Р.Б. Джаффе. - М.- 1998.- №1- С.212-239.
10. Рихард М., Лакритц, Пауль К. Вайнберг: Гинекологические нарушения. Под редакцией К.Дж, Пауэрстейна. - М.- 1995. – С.91-101.
12. Эфтимиос Делигеороглу, Д.И, Арвантинос Некоторые подходы к изучению и лечению дисменореи.// Вестник Российской Ассоциации акушеров гинекологов - 1996.- №4 – С.50-60.
14. Anita L. Nelson, MD, Contraceptive technology – USA. - 2008. - P.95-141.

УДК:616-056.3/.4:543.31:577.4(575.1)

СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТИДА АЛЮМИН ЗАВОД ТАЪСИРИ НАТИЖАСИДА ТАРҚАЛГАН АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Ташпулатова Л.Х., Шарипова Н.С., Касимова Д.А.
(ТТА)

Ҳозирги кунда катталар паталогияси орасида етакчи ўринни эгалловчи аллергик касалликлар экологик омилларга боғлиқлиги маълум. Мамлакатимиз ва чет эл олимларининг изланишлари натижасида иммун тизимини баҳолашда, аллергик касалликларнинг тарқалиши, атмосфера ҳавосининг ифлосланиши таъсирида келиб чиқадиган, яъни атроф муҳитнинг зарарли омилларини ўрганиш асосий ўринни эгаллайди.

Калит сўзлар: аллергия, тарқалганлик, экологик омиллар.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЙОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ АЛЮМИНИЕВОГО ЗАВОДА В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Очевидна экологическая обусловленность аллергических заболеваний, которые занимают одно из ведущих мест в патологии у взрослого населения. Исследования отечественных и зарубежных авторов по оценке состояния иммунной системы и изучению аллергической заболеваемости у взрослых в условиях воздействия вредных факторов окружающей среды, в том числе загрязнений атмосферного воздуха, свидетельствуют о неоднозначном их влиянии. Характеристика опосредованного воздействия на результативный признак так велика, что нуждается в постоянном изучении в зависимости от меняющегося состояния окружающей среды.

Ключевые слова: аллергия, распространённость, экологические факторы.

FEATURES OF PREVALENCE RATE OF ALLERGY DISEASES IN THE ALUMIN PLANT AREA IN SURKHANDARYA REGION

Obvious ecological conditionality allergic diseases, which occupy one of leading places in the pathology of the adult population. Research domestic and foreign authors to assess the state of the immune system and the study of allergic diseases in adults in terms of exposure to harmful environmental factors, including air pollution, according to their impact on ambiguous. Characteristics of the indirect effects on symptom score so high that requires constant study, depending on the changing state of the environment.

Keywords: allergy, prevalent, ecological factors.

Мавзунинг долзарблиги. Касаллик диагностикаси ва даволанишнинг яхшиланишига қарамасдан, дунё миқёсида аллергик касалланиш ва ўлим суръати йилдан-йилга ошиб бормоқда[1]. Кўп ҳолларда аллергиянинг энг долзарб муаммоларидан бири - бу ҳар хил регионлардан касалликнинг тарқалганлигини аниқлаш муҳим ўрин тутмоқда[2]. Ўйлаймизки, аллергик касалликларнинг клиник кўринишининг пайдо булишида аллерген камида 2-3 сезон таъсир килиш керак[3]. Қишлоқ аҳолиси аллергик касалликлар билан тез-тез касалланишига карамасдан, шаҳар аҳолисига нисбатан қам кўрсаткични ташкил килмоқда[4,5].

Тадқиқот мақсади. Сурхондарё вилоятида алюмин завод таъсири натижасида тарқалган аллергик касалликларнинг охирги 5 йил ичида ўзига хос хусусиятлари статистик таҳлил қилиш.

Натижалар ва таҳлил. Сурхондарё вилояти аллергик касалликларнинг тарқалишига кўра Республикада етакчи ўринни эгаллайди. Вилоятда касалланиш бўлган давр кескин суратлар билан ошиб борди. Айниқса, 2009 йилда касалланиш 2005 йилга нисбатан 101,2% га ошган. 2007 йилда касалланиш бирмунча камайган бўлсада, 2012 йилга келиб бу кўрсаткич яна юқори даражага эришди. Сурхондарё вилоятида аллергик касалликларнинг тарқалганлик даражасини Тошкент вилояти билан таққослаганимизда қуйидаги натижаларга эришдик.

Тошкент вилоятида аллергик касалланиш даражаси гарчи Сурхондарё вилоятига нисбатан анча паст бўлсада, йилдан-йилга кескин суратлар билан ошиб бормоқда. Жумладан, касалланиш 2012 йилга келиб 2005 йилга нисбатан 28.5% га ошган. Ҳар иккала ҳудудни туманлар миқёсида олиб қиёслаганимизда қуйидаги натижаларга эришдик. Тошкент вилоятининг шаҳар ва туманларида аллергик касалланиш бир хилда тарқалмаган (Диаграмма №1).

Касалланишнинг энг паст даражалари вилоятнинг Оҳангарон, Пискент, Ангрен туманларида кузатилган. Касаллик шунингдек, Сурхондарё вилоятининг туманлари орасида ҳам бир хилда тарқалмаган. Айниқса, вилоятнинг Қумқўрғон, Жарқўрғон, Олтинсой туманлари ҳамда Термез шахрида нисбатан касалланиш даражаси бирмунча паст кўрсаткичда булса, Сариосиё, Узун, Денов туманларида касалланиш даражаси юқори катталикни ташкил қилмоқда.

Аллергиянинг умумий касалланиш динамикасини Сурхондарё вилояти туманлари миқёсида таҳлил қилганимизда Термез шахри ва туманларида касалланиш 2005-2012 йиллар давомида 1.2 мартага ошганлигини кўрамиз.

Таҳлил қилиш жараёнида вилоятнинг шаҳар ва туманларини 3 гуруҳга бўлдик. Унга кўра:

I гуруҳ –Аллергик касалланиш энг кўп тарқалган ҳудуд. Бунга: Сариосиё, Узун, Денов туманлари киради (10 000 аҳолига ўртача 16.0 ва ундан кўп).

II гуруҳ –Аллергик касалланиш ўртача тарқалган ҳудуд. Бунга: Қумқўрғон, Жарқўрғон, Шўрчи туманлари киради (10 000 аҳолига ўртача 13.0-17.0).

III гуруҳ Аллергик касалланиш вилоятга нисбатан қам тарқалган ҳудуд - Бойсун тумани киради (10 000 аҳолига ўртача 13.0 ва ундан кам).

Кейинги 10 йил ичида Тожикистон Республикаси алюмин завод орқали ёмон иқлим Сурхондарё га келмоқда. 17 м/сек тезликдаги эсаётган шамол хаво оркали атмосфера таркиби салбий томонга ўзгармоқда, хавода азот, фтор, олтингугурт ва натрий миқдорининг ошиши кузатилмоқда.

Сурхондарё вилоятининг шаҳар ва туманларида атмосфера таркибида асосий зарарловчи чанглар, заводнинг чиқинди чанглари ҳисобланади. Вилоят миқёсида атмосферанинг ифлосланиш даражаси юқори. Аллергик касалланиш вилоятининг шаҳар ҳудудида атмосфера ҳавосининг ифлосланиш даражаси қишлоқ ҳудудига нисбатан 60% га юқори. Жумладан, чанг (70%), водород сульфиди (65%), углерод оксиди (11 баробар), азот оксиди (8 баробар) қишлоқ

ҳудудига нисбатан юқори кўрсаткични ташкил қилган бўлса, ис гази шаҳарга нисбатан қишлоқ ҳудудида 69% дан юқори эканлиги аниқланди.

Ҳаво таркибида олтингугурт ва азот миқдорининг ошиши нафас йўллари шиллиқ қаватлари ўтказувчанлигининг ошишига сабаб бўлади. Бунинг натижасида бронх секрециясининг кучайишига, бронхлар обструкцияси ва унинг оқибатида эса бронхоспазмга олиб келади,натижада аллергик бронхит ва бронхиал астма касалликларининг ривожланишига сабаб булмоқда.

Сурхондарё вилоятида эса айнан шу элементлардан атмофера ҳавосининг ифлосланиш даражаси юқори. Айниқса, энг юқори кўрсаткич 2005 ва 2009 йилларга тўғри келмоқда.

Шунингдек, 1 йилда ўртача бир кунлик зарарли моддаларнинг атмосфера таркибида йиғилиши шаҳар ҳудудида 1.87% ни ташкил қилса, қишлоқ ҳудудида бу кўрсаткич 1.73% ни ташкил қилмоқда. Жумладан, шаҳарда чангнинг 1 кунлик йиғилиши 0.43% углерод оксиди - 0.38%, ис гази – 1.1%, азот оксиди - 0.066% га тенг. Қишлоқ ҳудудида эса бу ҳолат мос ҳолда 1.8%, 0.4%, 0.35%, 1.0%, 0.061% ни ташкил қилмоқда.

Яна шуни таъкидлаш жоизки, саноат ва қишлоқ хўжалиги корхоналарининг энг кўп жойлашган ҳудудида, табиийки, шу корхона зарарли чиқиндиларидан атмосфера ҳавосининг ифлосланиш даражаси ортиб боради. Сурхондарё вилоятининг шаҳар ва туманлари орасида ана шундай хавфли ҳудудлар ажратиб олинди. Унга кўра:

I даражали энг хавфли ҳудуд: Сариосиё, Узун, Денов туманлари киради.

II даражали хавфли ҳудуд: Кумкургон, Жаркургон, Шурчи, Олтинсой туманлари киради.

III даражали хавфли ҳудуд: Ангор, Бандихон туманлари ва Термез шаҳарлари киради.

Аллергик касалланиш Сурхондарё вилоятининг айрим регионларида кўп тарқалиш сабабини таҳлил қилганимизда қуйидагиларга эришдик: саноат нисбатан ривожланган ва атмосфера ҳавоси ифлосланган туманлар (Сариосиё, Узун, Денов, Олтинсой, Шўрчи) экологик томонидан хавфлилиги жиҳатидан энг юқори ҳисобланади. Энг кўп аллергенларга сабаб бўлувчи ,пахтани қайта тозалаш заводи, ғишт заводи, ёғ-мой комбинати, тўқимачилик ва тикув фабрикалари айнан шу туман ҳудудларида жойлашган ва Тожикистон Республикасига чегарадош туманлар хисобланади. Бу эса аҳолининг аллергенлар билан доимий контактда бўлишига сабаб бўлмоқда. Ангор ва Бандихон туманлари ҳавосининг ифлосланиш даражаси бирмунча пастроқ бўлишига сабаб, саноат корхоналари деярли йўқ. Шу сабабли мазкур ҳудудларда аллергик касалликлар нисбатан қам тарқалган.

Шаҳар ҳудуди атмосфераси таркибида азот, олтингугурт, углерод миқдори қишлоқ ҳудудига нисбатан салкам 2 баробар юқори эканлиги аниқланди. Атмосферанинг чангланиш даражаси ўртасидаги фарқ эса унча катта эмас. Шаҳар ҳудудида бу кўрсаткич 8% га юқори эканлиги аниқланди.

Демак, ҳавонинг ифлосланиши билан бир қаторда аллергик касалликларнинг келиб чиқишида саноат корхоналарининг ҳам роли муҳим аҳамият касб этади.

Касалликнинг жинслар орасида тарқалганлик даражасини таҳлил қилганимизда аллергик касалланиш ҳар иккала ҳудудда аёлларда эркакларга нисбатан юқори эканлиги аниқланди. Бу ҳолат Тошкент вилоятида 50:41 нисбатни ташкил қилган бўлса, Сурхондарё вилоятида мос ҳолда 47:43 нисбатни ташкил қилмоқда.

Сурхондарё вилоятида эркаклар орасида аллергик касалланиш 2005-2012 йилларда сезиларли равишда ошиб борган. Аёлларда эса бу ҳолат ўзгача тус олган: 2009 йилда аллергик касалланиш максимал даражага етган (1.1 мартага ошган) ва бу ҳолат 2012 йилга бориб бироз камайган.

Тошкент вилоятида 18 ёшгача бўлган беморлар жами касалланишнинг 9.2% ни, Сурхондарё вилоятида эса бу кўрсаткич 11.2% ни ташкил қилмоқда. Шунингдек, катта ёшдагилар орасида касалланиш даражаси Тошкент вилоятида 18-35 ёшдагилар орасида 30.3%, 40-45 ёшдагилар орасида – 20.3%, 50-55 ёшдагилар орасида – 20.1%, 60 ва ундан юқори ёшдагилар орасида эса 15.0% ни ташкил қилмоқда. Сурхондарё вилоятида эса бу кўрсаткич мос ҳолда 18.8%, 30.5%, 20.3%, 16.1% га тенг.

Натижалар асосида кўриниб турибдики, Сурхондарё вилоятида 18-35 ёшгача бўлган касалланган беморлар кўпчиликни ташкил қилган бўлса, Тошкент вилоятида 35-40 ёшдагилар орасида касалланиш даражаси 1.4 мартага кўп.

Аллергик касалланишларнинг тарқалиши турли ёшларда, турли жинсларда, шунингдек, шаҳар ва қишлоқ аҳолиси орасида кескин фарқ қилади. Катта ёшдаги аҳоли орасида аллергик касалланиш шаҳар аҳолиси орасида қишлоқ аҳолисига нисбатан юқори кўрсаткични ташкил қилади.

Юқорида қайд қилганимиздек, Сурхондарё вилоятининг шаҳар ҳудудида (Термез шаҳри) атмосфера ҳавосининг ифлосланиш даражаси қишлоқ ҳудудига нисбатан бирмунча юқори фоизни ташкил қилади (50:41).

Таҳлил натижаларига кўра катта ёшдагилар орасида аллергик касалланиш шаҳар аҳолиси ва

қишлоқ аҳолиси орасида динамикада ошиб борган. Шунингдек, шаҳарда истиқомат қиладиган аёллар орасида касалланиш даражаси қишлоқда яшайдиган аёлларга нисбатан 120.4% га кўп. Юқорида таъкидлаганимиздек, аллергик касалланиш болалар орасида жами касалликнинг 11.1% ни, катталар орасида 69.3% ни, кексалар орасида эса 14.2% ни ташкил қилади. Турли ёшдагилар орасида шаҳар ва қишлоқда истиқомат қилувчи беморларда эса бу кўрсаткич қуйидагича тус олган. Аллергик касалланиш шаҳар ва қишлоқ аҳолиси орасида таққосланганда 18 ёшгача бўлганлар орасида қишлоқ аҳолиси орасида юқори (32:63).

Хулоса.

1. Сурхондарё вилояти аллергик касалланиш бўйича Республикамизда етакчи ўринни эгаллайди. Касалланиш даражаси 10 000 аҳолига ўртача 16.8±0.33 ни ташкил қилади. Вилоятда касалланиш бўлган даврда кескин суръатлар билан ошиб борди. Айниқса, 2009 йилда касалланиш 2005 йилга нисбатан 111.3% га ошган. 2007 йилда касалланиш бирмунча камайган бўлсада, 2012 йилга келиб бу кўрсаткич яна юқори даражага эришди. Тошкент вилоятида аллергик касалланиш даражаси гарчи Сурхондарё вилоятига нисбатан анча паст бўлсада, йилдан йилга кескин суръатлар билан ошиб бормоқда. Жумладан, касалланиш 2012 йилга келиб 2005 йилга нисбатан 32.8% га ошган.
2. Сурхондарё вилоятида атмосферанинг ифлосланиш даражаси юқори. Вилоятнинг шаҳар ҳудудида атмосфера ҳавосининг ифлосланиш даражаси қишлоқ ҳудудига нисбатан 60% юқори. Шунингдек, 1 йилда ўртача бир кунлик зарарли моддаларнинг атмосфера таркибида йиғилиши шаҳар ҳудудида 1.76% ни ташкил қилса, қишлоқ ҳудудида бу кўрсаткич 1.61% ни ташкил қилмоқда.
3. Касалликни ёш-жинсга нисбатан таҳлил қилганимизда, аллергик касалликлар билан касалланган беморларнинг асосий қисми 40-50 ёшдагилар ташкил қилади.Сурхондарё вилоятида 18 ёшгача бўлган аллергик касалликлар билан касалланган беморлар кўпчиликни ташкил қилган бўлса, Тошкент вилоятида 18-35 – айнан меҳнатга лаёқатли ёшдагилар орасида касалланиш даражаси Сурхондарё вилоятида шу ёшдагилардан 1.4 мартага кўп. Жинсга нисбатан олганимизда аёллар орасида касалланиш эркакларга нисбатан юқори. Бу ҳолат Тошкент вилоятида 50:41 нисбатни ташкил қилган бўлса, Сурхондарё вилоятида мос ҳолда 47:43 нисбатни ташкил қилмоқда ($p<0.05$).

АДАБИЁТЛАР

1. Абдусалямов А.А., Тухватулина Р.Р. Перспективы улучшения аллергической службы Узбекистана // Ташкент, 2000. - С. 12.

2. Абелевич М.М. Аллергические заболевания: пособие для врачей. - Москва, Медицина, 2008. - 25 с.

3. Назаров А.А., Ирсалиева Ф.Х., соавт. //Аллергические заболевания, Руководство по профилактике и лечению. Ташкент.-2006.-с.136.

4.Намазова Л.С., Огородова Л.М., соавт. Медицинская газета//. Лечащий врач №4.-2011.-с.10-19.

5**.** Сидоров П. Конспект врача //. Медицинская газета. №44 (1498).2010.- С. 7-9.

УДК:616.89-008.441.13:613.83

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Ашуров З.Ш., Хасанова К.Д.

(ТМА)

Дан анализ влияние личностных и клинико-психопатологических особенностей на уровень социальной дезадаптации больных опийной наркоманией. Освещены факторы способствующие развитию заболевания, динамика основных клинических симптомов, личностных изменений больных опийной наркоманией, проведены данные о соматической отягощенности, социальные значение.

Ключевые слова:опийная наркомания, личностные изменение, социальная дезадаптация, аддиктивная деформация

ОПИЙЛИ НАРКОМАНИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ИЖТИМОИЙ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ДАРАЖАСИГА ШАХС ВА КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРНИНГ ТАЪСИРИ

Куйида опийли наркомания билан касалланган беморларни ижтимоий дезадаптация даражасига шахс ва клинико-психопатологик хусусиятларнинг таъсири таҳлили келтирилган бўлиб, касалликни ривожланишига олиб келувчи омиллар, асосий клиник белгилар,опийли

наркомания билан касалланган беморлардаги шахс ўзгаришлари,соматик мойиллик,ижтимоий аҳамияти ёритиб берилган.

Калит сўзлари: опийли наркомания, шахс ўзгаришлари, ижтимоий дезадаптация, аддиктив деформация.

THE INFLUENCE OF PERSONAL AND CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES ON THE LEVEL OF SOCIAL DISADAPTATION OF PATIENTS WITH OPIUM ADDICTION

TThe analysis of the impact of personal and clinical and psychopathological features of the level social exclusion of patients with opioid addiction. Highlights the factors contributing to the development of the disease, the dynamics of the main clinical symptoms, personality changes of patients with opioid addiction, conducted data on somatic family history, social significance.

Keywords: opium addiction, personality change, social exclusion, addictive deformation

Проблема опийной наркомании является одной из наиболее актуальных как для здравоохранения, так и общества в целом. Это обусловлено тяжелыми медицинскими и социальными последствиями злоупотребления психоактивными веществами, среди которых на первом месте находится социальная дезадаптация. Это низкая трудовая занятость, высокая криминогенность поведения и судимость, нарушение семейных связей[4]. Ряд авторов указывает на астению, охватывающую интеллектуальную сферу этих больных, длительное употребление опийных препаратов отражается на их умственной работоспособности [1].

Внимательно изучая представленное авторитетными учеными описание клиники наркоманий и психического статуса пациентов, нельзя не заметить утрату ситуационного контроля и неспособность больных к самосовершенствованию. Пациенты становятся грубыми, безапелляционными, утрачивают способность к диалогическому мышлению, спору с самим собой. Характерна грубая примитивная лживость, изворотливость, безнравственность поступков при декларации высоких морально-этических качеств. Резко повышается внушаемость, появляются несвойственное ранее хвастовство, зачастую принимающее характер безудержного, переоценка собственной личности.

Выраженность и характер медико-социальных последствий наркоманий определяются преморбидными особенностями заболевания с одной стороны, и клиническими, с другой [2]. Современные исследования подтвердили высокую частоту отягощения алкоголизмом семей больных наркоманией [18]. Из преморбидных характеристик больных опийной наркоманией отмечены признаки минимальной мозговой дисфункции в детском возрасте вследствие перинатальной патологии: эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям, детский невротизм, психические травмы, трудный пубертат с преобладанием психического инфантилизма, дефицит внимания, органическое поражение головного мозга, черепно-мозговые травмы. К биологическим факторам, способствующим формированию наркомании, относится нарушение функции катехоламиновой системы (низкая концентрация дофамина в моче и крови) [12].

Решающую роль исходной, преморбидной личностной почвы в патопластическом оформлении клинической картины психической болезни большинство психиатров считают постулатом еще с прошлого столетия. Тогда же стали предприниматься попытки установить «личность наркомана» или «особый преморбид наркомана». П.Б. Ганнушкин считал конституциональных эпилептоидов, неустойчивых и циклотимиков, наиболее предрасположенными к наркомании. А.Е. Личко к наиболее предрасположенным к наркомании относил лиц с неустойчивым и шизоидным типами акцентуаций. Часто встречаются такие преморбидные черты, как неустойчивость, конформность, возбудимость, истероидность, гипертимность и их сочетание. Некоторые авторы среди наименее прогностически благоприятных для течения наркомании выделяли выраженные возбудимые, неустойчивые, истероидные и эпилептоидные черты в преморбидном статусе личности. В исследованиях последних лет отмечены высокая частота психического инфантилизма, примитивности, невротизации личностей в преморбиде, девиантные формы поведения (делинквентное аддиктивное и аутоагрессивное поведение) [7].

В литературе не представлен доминирующий или особый тип наркозависимой личности. Изменению личности при наркоманиях уделяется достаточное внимание в литературе. Больные наркоманиями обычно описываются как психопатические личности, отмечается логичная взаимосвязь между выраженностью личностных изменений и тяжестью наркотической зависимости, основным критерием которой является интенсивность патологического влечения к психоактивным веществам (ПАВ) [5].

Большое значение в формировании “наркоманической” личности авторы придают экзогенно-токсическому фактору и психоорганическим изменениям [13].

Очевидной патологической основой быстро развивающихся личностных изменений служат мотивационные нарушения, что в первую очередь проявляется доминирующим положением наркотиков в иерархии субъективных ценностей больных.

Стойкие личностные сдвиги у больных опийной наркоманией, как проявления нажитой психической конституции обозначаются такими терминами, как «аддиктивная деформация личности» или «патологическое развитие личности по аддиктивному типу». Аддиктивные личностные расстройства представляют собой психопатологический феномен, относительно резистентный к действию психотропных лекарственных средств. Аддиктивная деформация личности у больных опийной наркоманией создает почву для персистенции психопатологических нарушений аффективного и невротического регистров и систематической актуализации патологического влечения к наркотику [6].

Многие авторы подтверждают, что сами опиаты способны сформировать мощный психоаддиктивный эффект, искажающий структуру личности, способствующий психопатизации. Многие исследователи, занимавшиеся изучением наркомании, описывали личностные нарушения больных и связанные с ними медицинские и социальные последствия. Одни авторы указывают, что личность наркомана изменяется под влиянием социальных факторов. Другие подчеркивают токсическое влияние наркотика. Существенным фактором, определяющим формирование «наркоманической» личности, являются личностные девиации в преморбиде, «антисоциальная направленность личности» [3].

Существуют универсальные проявления аддиктивной личности, при всех формах наркомании и токсикомании, при алкоголизме: стремление к удовольствию и связанная с этим систематическая актуализация влечения к ПАВ, эгоцентризм, ослабление волевых процессов, лживость и другие аффективные расстройства.

При опийной наркомании в основе универсальной психопатологической реакции лежат непереносимость дискомфорта, повышенная психическая уязвимость, привычка к обретению чувственных удовольствий путем эксплуатации «системы вознаграждения», определяющие особый профиль аберрации личности [17].

Токсическое действие наркотиков с формированием аффективных нарушений связано с кустарным изготовлением препаратов, одновременным приемом других ПАВ, «недоброкачественным» составом героина с множеством токсических добавок, злоупотребление алкоголем [9].

В формировании наркомании значительная роль отводится неблагоприятным микросоциальным воздействиям. В большинстве случаев имеет место искаженная семейная структура (неполные семьи, отсутствие отца). Помимо отсутствия модели мужского поведения в неполных семьях роль матери минимизирована (недостаток общения, воспитание по типу гипоопеки). В семьях больных наркоманией выявляются проблемы эмоциональной депривации. Чувство незащищенности, возникшее в раннем детстве, в последующем формирует личность с чертами дефицитарности: заниженной самооценкой, чувством неуверенности в себе и недоверия к окружающим. В семьях наркоманов часто фиксируются низкий материальный уровень, конфликтные внутрисемейные отношения, эмоциональная холодность, отчужденность [19]. Большинство больных опийной наркоманией не имеют семьи. В семьей больных, состоящих в браке, отмечаются конфликтность, неустойчивость семейных взаимоотношений.

Характерными проявлениями интеллектуально-мнестических нарушений являются: торпидность мышления, бедность воображения, нарушения непосредственной и опосредованной памяти, мотивационного компонента памяти и динамики мнестической деятельности, в редких случаях — ослабление фиксационной и репродуктивной памяти.

Интеллектуально-мнестические нарушения имеют транзиторный характер. Длительный отказ от употребления наркотиков приводит к определенному улучшению интеллектуально-мнестических функций, хотя полное восстановление не наступает. [10]

Мотивационные нарушения главным образом проявляются постоянным стремлением к получению удовольствия, в первую очередь, путем употребления наркотика. Свойственная любому субъекту необходимость в положительных эмоциональных состояниях и психофизическом комфорте у наркозависимых приобретает гипертрофированный характер, занимает доминирующее положение среди других потребностей. [14]

Ю.П. Сиволап и В.А. Савченков считают, что при опийной наркомании отмечаются непсихотические (пограничные) и психотические (психозы) психопатологические проявления. Пограничные психопатологические состояния представлены расстройствами невротического спектра, мотивационными нарушениями и стойкими изменениями личности, аффективными расстройствами (дисфории, депрессивные синдромы, гипоманиакальные состояния), расстройствами пищевого поведения. Помимо астенических состояний и вегетативных расстройств авторы выделяют следующие невротические нарушения: тревожные, фобические, ипохондрические расстройства, нарушения сна. В работах этих исследователей описаны такие феномены, как «фобия отмены», «страх третьего дня» [8].

Клинические особенности опийной наркомании, тяжелые медицинские и социальные последствия определяют неблагоприятный прогноз. По мнению П.Д. Шабанова, спонтанные

ремиссии при наркоманиях не наблюдаются. Перерывы в наркотизации обычно вынужденные (отсутствие наркотика, арест, госпитализация). По данным Т.А. Киткиной , почти в 40% случаев течение наркомании является безремиссионным. В.А. Гавенко с соавторами считают, что выздоровление крайне редко, и только у одной пятой больных может быть достигнута ремиссия. К факторам, влияющим на формирование ремиссии, относятся: личностные особенности больного в преморбиде, возраст начала формирования заболевания, его длительность и тяжесть, положительная установка больного на лечение и отказ от наркотиков, полная критика к заболеванию, позитивное влияние микросоциального окружения, наличие в анамнезе «спонтанных» и терапевтических ремиссий, продолжительность непрерывного терапевтического воздействия [16].

Одним из важных показателей, указывающих на тяжесть последствий злоупотребления наркотиками, является преждевременная смертность. Наиболее частыми причинами смерти наркоманов являются несчастные случаи, отравления в результате передозировки, насилия, травмы, болезни внутренних органов [11].

Суицидальные тенденции свидетельствуют о неблагоприятном течении опийной наркомании и отмечаются на всех стадиях наркотической зависимости. Основными причинами аутоагрессивных актов в структуре наркотической зависимости являются аффективные расстройства, личностные изменения (психопатизация), органические поражения центральной нервной системы. Клинически оно подразделяется на 3 типа: депрессивное, демонстративно-шантажное и аффективно-возбудимое. Помимо суицидальных (явных) существуют несуицидальные (скрытые) формы аутоагрессивного поведения, тесно связанные с напряженностью патологического влечения к наркотику и формированием психопатизации и изменениями личности.

В литературе описаны социальные последствия злоупотребления наркотиками. Отмечается низкая трудовая занятость, высокий риск агрессивного и криминогенного поведения, судимостей, нарушения внутрисемейных связей. Более 90% героиноманов, однажды совершают уголовное преступление, а к суду привлекается практически каждый третий больной наркоманией. Чаще всего больные совершают криминальные действия в период острого абстинентного синдрома, редко — в состоянии наркотического опьянения. Размывание нравственных ориентиров и криминализация мировоззрения описаны в литературе как феномен моральной деградации, в ряде случаев достигающей степени «нравственного слабоумия». В процессе хронической опийной наркотизации у большинства больных снижается социальный статус. У работающих больных наблюдаются неоднократные нарушения трудовой дисциплины, ослабление профессиональных навыков, трудности в выполнении работы. По данным других исследователей в динамике болезни снизили свой профессиональный уровень 100% обследуемых с опийной наркоманией [20].

Таким образом, представленный фактографический материал свидетельствует о неоднозначности взглядов на этиологию, патогенез, клинику и медико-социальные последствия опийной наркомании. Ясно, что при прогнозировании дальнейшей динамики заболевания у каждого конкретного пациента следует учитывать совокупность преморбидных, клинических, личностных и социальных особенностей. Данные о продолжительности ремиссий при опийной наркомании свидетельствуют о недостаточной эффективности существующих методов терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1.Анохина И.П., Шамакина И.Ю. Современные проблемы наркологии. Современные проблемы генетики зависимости от психоактивных веществ Москва, 2005. 39—52с.

2.Ашимов М.К. Анализ наркологической ситуации по Астраханской области за 2004 год. Общие аспекты и перспективные направления развития наркологической службы: Материалы научно-практической конференции 6—7 сентября 2005 г. Астрахань, 2005. 39—56с.

3.Бисалиев Р.В. Суицидальные и несуицидальные формы аутодеструктивного поведения при опийной наркомании: Дисс.на соискание ученой степени к.м.н. Астрахань, 2005. 108 с.

4.Благов Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. Москва, 1994. 24с.

5.Бисалиев Р.В. Наркология №4 Москва,2009. 64-65с.

6.Богданов С.И. Медико-социальные последствия злоупотребления наркотиками (клинико-эпидемиологическое исследование в Екатеринбурге): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. Москва, 2002. 30с.

7.Великанова Л.П., Каверина О.В., Бисалиев Р.В. Наркология: Учебное пособие. Ростов-на-Дону, 2006. 384 с.

8.Гофман А.Г. Клиническая наркология. Москва. МИКЛОШ, 2003. 215 с.

9.Дмитриева Т.Б., Игонин А.А., Клименко Т.В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты). Москва. МНЦ «Инфокоррекция», 2003. 316 с.

10.Козлов А.А. Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями. Автореф.дисс.канд.. Москва 1999.

11.Клименко Т.В., Дворин Д.В., Субханбердина А.С. Динамика противоправной активности у больных с различными психическими расстройствами на фоне злоупотреблении опиатами. Психическое здоровье и безопасность в обществе: Научные материалы первого национального конгресса по социальной психиатрии 2—3 декабря 2004 г. Москва, 2004. 66—67с.

12.Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные тенденции распространенности наркологических расстройств в России в 2003—2004 годах. Вопросы наркологии. 2005, №3.57—67с.

13.Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные психические расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты).Москва. МЕДпрессинформ, 2003. 328 с.

14.Минко А.И., Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах. Ростов-на-Дону: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003. 480 с.

15.Москаленко В.Д. Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска): Руководство по наркологии в 2 т. Под ред. Н.Н. Иванца. Москва. Медпрактика-М, 2002. Т. 2. 182—189с.

16.Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. Москва. Анахарсис, 2001. 208 с.

17.Рохлина М.Л. Клиника наркоманий и токсикоманий: Руководство по наркологии: в 2 т. Под ред. Н.Н. Иванца. Москва. Медпрактика-М, 2002. Т. 1. 269—367с.

18.Рохлина М.Л., Козлов А.А., Мохначев С.О. Аффективные нарушения при героиновой наркомании. Вопросы наркологии. 2002. №1.20—26с.

19.Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. Москва, Медицина, 2005. 304 с.

20.Хотовицкий А.В. Клинико-иммунный статус больных героиновой наркоманией и пути его терапевтической коррекции: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. Москва, 2002. 18с.

УДК:616-053.37:612.018:577.7

БИР ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАР КАСАЛЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ (ТОШКЕНТ ШАҲРИ МАТЕРИАЛЛАРИ АСОСИДА)

Авезова Г.С., Чориева Ш.Э., Маматқулов Б.
(ТТА)

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, бир ёшгача болалар касалланиш даражаси ва структурасида нафас олиш аъзолари касалликлари, перинатал даврдаги алоҳида ҳолатлар, туғма аномалиялар етакчи ўринларни эгаллади. Ҳамма ёш даврларда ўғил болалар касалланиш кўрсаткичлари қизларникига нисбатан юқори бўлган.

Калит сўзлар: болалар, болалар саломатлиги, болалар касалланиши

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ (ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДА ТАШКЕНТА)

Исследования показали, что в структуре заболеваемости детей первого года жизни доминируют болезни органов дыхания, отдельные состояния, возникающие в перинатальный период, врожденные аномалии. Показатели заболеваемости мальчиков во всех возрастных периодах жизни выше, чем у девочек.

Ключевые слова: дети, здоровье детей, заболеваемость детей

THE PECULIARITIES OF THE MORBIDITY OF THE CHILDREN OF THE FIRST YEARS

The results of researches show that, the diseases of respiratory tract, certain conditions in perinatal period and inborn abnormalities dominate in the morbidity rat in children at the age of 1. The morbidity indexes of boys in all the age group are higher in comparison to girls.

Key words: children, child's health, morbidity of children.

Болалар ҳаётининг биринчи йили, айниқса, биринчи ойидаги касалланиш тузилмаси ва даражаси умумий амалиёт шифокорлари, гинеколог ва доялар, неонатологлар ҳамда соғлиқни сақлаш ташкилотчиларининг диққат марказида туради. Чунки биринчи 2 ойлик даврдаги болалар касалланишининг камайиши кейинчалик болалар ўлимининг пасайишида муҳим омиллардан бири ҳисобланади [1,2,4].

Тадқиқот мақсади. Бир ёшгача бўлган болалар касалланишини болаликнинг турли даврларига кўра ёш жинс жиҳатдан чуқур таҳлил этиш.

Материал ва тадқиқот усуллари. Бир ёшгача болалар касалланишларини ўрганиш учун учун Тошкент шаҳридаги 4 туман: Чилонзор, Яккасарой, Олмазор, Шайхонтохур туманлари ва ҳар бир тумандан биттадан поликлиника 39-, 23-, 18-, 44-поликлиникалар "қуш уяси-уялаб

танлаш" усулида танлаб олинди ва уларга бириктирилган 1150та болалар саломатлигини динамикада кузатиш орқали ўргандик. Биз касалланишларни болалар ўлимининг халқаро қабул қилинган қуйидаги ёшлар тизимига биноан улар ҳаётининг биринчи йили даврларини: 0-2 (ҳаётининг биринчи ойини алоҳида кўрсатилган ҳолда), 3-5 ой, 6-8 ой ва 9-11 ойларига кўра таҳлил қилдик.

Болалар касалланишларини ўрганиш манбалари бўлиб қуйидаги бирламчи қайд - ҳисобот ҳужжатлари олинди: боланинг ривожланиш тарихи (112-ш), алмашинув харитаси (113-ш), стационар беморлар картаси (003/ш). Олинган маълумотлар махсус ишлаб чиқилган "Эрта ёшдаги болаларнинг касалланиши ва тиббий хизмат кўрсатиш ҳолатини ўрганиш харитаси"га ёзиб борилди.

Тадқиқот натижалари муҳокамаси. Тадқиқотимиз натижалари, бир ёшгача бўлган болаларда энг юқори касалланиш кўрсаткичлари улар ҳаётининг биринчи уч ойида (879,9‰), ҳамда энг пасти эса 9-11ойлик (285,3‰) даврига тўғри келишини аниқлади (жадвал).

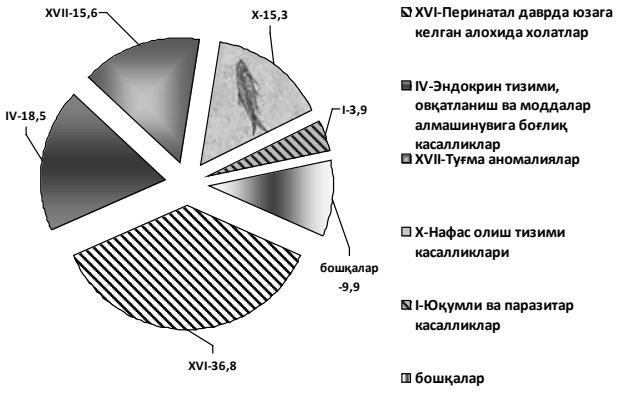
Биринчи ёшдаги барча касалланишларнинг 37,9% биринчи 3 ойлик давридаги болалар касалланишига, 33,7% 3-5ойликка, 15,9% 6-8 ойликка, 12,3% - 9-11 ойлик даврларга тўғри келиши қайд қилинди. Биринчи 3 ойлик даврида болаларнинг касалланиши 9-11 ойликка қараганда 25,6% юқори экан. Боланинг ёши катталашган сайин касалланиш кўрсаткичлари пасая боради.

Жадвал

Бир ёшгача бўлган болалар ёш даврлари бўйича касалланиш кўрсаткичлари (мазкур ёш гуруҳидага 1000 нафар болага нисбатан)

Ёши (ойларда)	Касалланиш (‰)		
	ўғил болалар	қиз болалар	иккала жинс
0-2	907,0	846,7	879,9
3-5	806,7	753,1	782,6
6-8	381,3	356,0	370,0
9-11	294,0	274,5	285,3
1ёшда жами	2390,2	2231,3	2318,6

0-2 ойлик даврдаги болалар касалланиши тузилмасида биринчи ўринни перинатал даврида юзага келган алоҳида холатлар (36,8%), иккинчи ўринни эндокрин тизими, овқатланиш, модда алмашинувининг бузилишига боғлиқ касалликлар (18,5%), учинчи ўринни туғма аномалиялар (15,6%) ва тўртинчи ўринни нафас олиш аъзолари касалликлари (15,3%), бешинчи ўринни юқумли ва паразитар касалликлар (3,9%) эгаллайди. Бу касалликлар мазкур ёшдаги касалликларнинг 90,1%ни ташкил этди (1 расм).

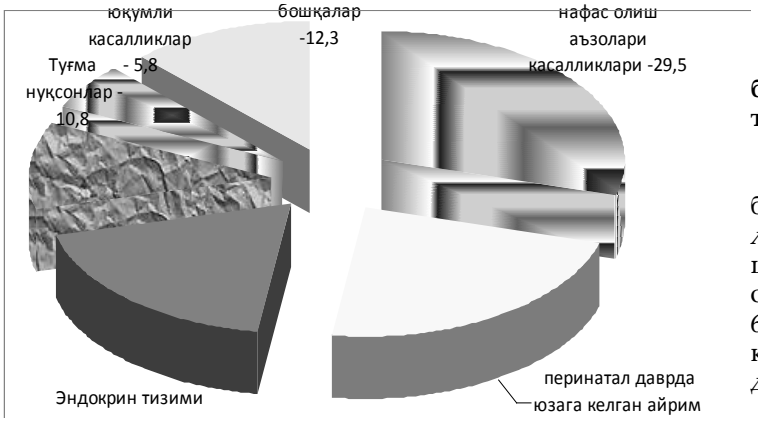


1. расм. 0-2 ойлик болалар касалланиши тузилмаси

0-2 ойлик чақалоқларнинг перинатал даврида юзага келган айрим ҳолатлар билан касалланиши мазкур ёш гуруҳидаги ҳар 1000 нафар болага 324,0 ташкил этди. Бу синф касалликлари орасида перинатал энцефалопатия (ПЭП), асфикция ва ўпка ателектази, туғруқ жарохатлари, ва конъгацион сариқлик етакчилик қилади. Ўтказилган қатор ўхшаш тадқиқотларда ҳам шундай натижалар олинган. Жумладан А.А. Ефимова (2002) маълумотларига кўра, болаларнинг амбулатор карталари таҳлил қилинганда, поликлиника шароитида 90%гача перинатал энцефалопатия ташхиси қўйилган [3]. Бу болаларда тиббий кўрик ўтказилганда эса, атиги 14,1% болада касаллик тасдиқланган. Демак, шундан хулоса қилиш мумкинки, перинатал энцефалопатия кўрсаткичи гипердиагностика оқибатида асоссиз юқори бўлиб, аслида перинатал энцефалопатия ташхиси болаларнинг 10-15% касаллик сифатида тасдиқланади. Бош миянинг перинатал шикастланишлари ташхиси фақат тўлиқ лаборатор ва инструментал текширувлардан сўнг, клиник маълумотларга асосланиб қўйилиши керак. Болада тремор (+), лиқилдоқлар таранглашуви (+), гиперэстезия (+), чинқириш (+), горизонтал нистагм (+/-), безовталик (+/-), Грефе симптом (+/-) бўлгандагина мия ичи гипертензияси ташхиси қўйилади [5].

Болалар ҳаётининг биринчи йилидаги алоҳида даврларидаги касалланиш тузилмаси 0-2 ойлик давридан ташқари барчасида умуман бир хилликни ташкил этди: нафас олиш аъзолари касалликлари (29,5%) биринчи ўринни, перинатал даврда юзага келувчи алоҳида ҳолатлар иккинчи (22,7%), эндокрин тизим касалликлари, овқатланиш, модда алмашинувининг бузилишига боғлиқ касалликлар (18,9%) учинчи, туғма аномалиялар (12,3%) тўртинчи, юқумли ва паразитар касалликлар (5,8%) бешинчи ўринни эгаллаган (2 расм).

Болалар ҳаётининг биринчи йилида нафас олиш аъзоларининг касалланиш даражаси мазкур ёшдаги ҳар 1000 та болага 682,4ни ташкил этди ва 0-2 ойлик даврда 134,8‰; 3-5 ойликда 214,0‰; 6-8 ойликда 185,8; 9-11 ойликда 148,0‰га тенг бўлди. Бир ёшгача бўлган болаларда нафас олиш аъзолари касалликлари орасида юқори нафас йўлларининг ўткир инфекцияси ва грипп (200,0‰) асосий ўринни эгаллайди. Ҳаётининг биринчи йилидаги ёш даврлари бўйича респиратор касалликларнинг даражасини ўрганиш алоҳида аҳамият касб этади.



2. расм. 1 ёшгача бўлган болаларнинг касалланиш тузилмаси (%)

Боланинг ёши ортиб бориши билан пневмония билан касалланиш даражасининг кўпая бориши аниқланди, жумладан у 0-2 ойликда 31,0‰, 3-5 ойликда 46,1‰, 6-8 ойлик даврда 58,5‰ни ташкил қилди. Энг юқори касалланиш даври 6-8 ойликка тўғри келди.

Бир ёшгача бўлган болалар касалликлари тузилмасида иккинчи ўринни перинатал даврдаги алоҳида холатлар эгаллайди, бироқ бу асосан 0-2 ойлик даврдаги болаларнинг мазкур синф касалликларидан касалланишлари юқорилиги ҳисобига юз берди (асосан ПЭП ҳисобига). Бу синф касалликлари: туғруқ жарохатлари, асфиксия ва ўпкалар ателектази, конъюгацион сариқлик, чақалоқлар гемолитик касаллиги. Қизлар касалланиши ўғил болаларникига нисбатан юқорилиги аниқланди.

Болалар ҳаётининг биринчи йилида эндокрин тизими, овқатланиш ва модда алмашинувининг бузилиши билан боғлиқ касалликларнинг тарқалиш даражаси шу ёшдаги ҳар 1000 нафар болага 438,0ни ташкил қилди ва учинчи ўринни эгаллади. Бу синф касалликлари орасида асосан рахит, аллергик диатез ва гипотрофия етакчилик қилди. Рахит билан касалланиш бутун эндокрин тизими, овқатланиш ва модда алмашинувининг бузилиши билан боғлиқ касалликлар синфининг 42%ни ташкил этади.

Туғма аномалияларинг 1 ёшгача бўлган болалар орасида тарқалганлик даражаси 251,5‰ни ташкил этди. Бу синф касалликлари ҳам 0-2 ойлик даврида бир ёшгача бўлган болалар касалланишлари орасида етакчилик қилди. 0-2 ойлик чақалоқлар ўртасида туғма аномалияларнинг тарқалиши мазкур ёшдаги ҳар 1000 та болага 137,0ни ташкил этди. Чақалоқлар туғма ривожланиш нуқсонлари орасида биринчи ўринни таянч аппарати аъзоларининг аномалиялари эгаллаган бўлиб, улардан энг кўп учрайдигани чаноқ-тос бўғимининг дисплазияси ва туғма бўйин қийшиқлигидир. Бу синф касалликлар ўғил болаларга нисбатан қизларда 1,3 марта кўп қайд қилинди.

Ҳаётининг биринчи йилидаги болаларнинг касалланиш даражаси бўйича юқумли ва паразитар касалликлар 1000 нафар боладан 134,5 ташкил этиб, ундан кейинги ўринни эгаллади. Боланинг ёши катталашиб бориши билан бирга юқумли ва паразитар касалликлар билан касалланишлар даражаси ҳам ортиб боради. Болалар ҳаётининг биринчи йилида юқумли ва паразитар касалликлари орасида юқумли табиатга эга диарея ва гастроэнтерит биринчи ўринни эгаллаган. Ушбу касаллик билан касалланишнинг юқори даражаси 6-8 ойликда, паст даражаси 0-2 ойликка тўғри келган (мазкур ёшдаги ҳар 1000 та болага 22,0‰ ва 27,4‰).

Хулосалар.

1. Бир ёшгача бўлган болаларда энг юқори касалланиш кўрсаткичлари улар ҳаётининг биринчи уч ойида (879,9‰), ҳамда энг пасти эса 9-11ойлик (285,3‰) даврига тўғри келиши аниқланди. Биринчи марта касалланиш ёки касалликларни бола ҳаётида 1-бор қайд этилиши 21,1% бола ҳаётининг биринчи ойига, 71,8 %ни дастлабки уч ойлик даврига тўғри келиши аниқланди.

2. 0-2 ойлик даврдаги болалар касалликлари тузлмасида етакчи ўринларни перинатал даврида юзага келган алоҳида холатлар (36,8%), ташкил этди. Чақалоқларнинг перинатал даврида юзага келган айрим ҳолатлар билан касалланиши мазкур ёш гуруҳидаги ҳар 1000 нафар болага 324,0 ташкил этди. Ушбу ёшда бу синф касалликлари орасида перинатал энцефалопатия (ПЭП), асфикция ва ўпка ателектази, туғруқ жарохатлари, ва конъюгацион сариқлик етакчилик қилди.

3. Перинатал энцефалопатия ташхисининг умумий амалиёт врачлари томонидан гипердиагностикасига йўл қўйилаётганлиги уларни чақалоқлик даври касалликлари ва уларнинг диагностикаси бўйича малакаларини оширишни тақазо қилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Абайдулина М. Здоровый ребенок - счастье семьи : научное издание // Народное слово. - Ташкент, 2013. - N251 (24 декабря). - С. 1-2
2. Абакаров С. С., О. Б. Черняховский, Е. С. Кешишян. Влияние экологических и социально-экономических условий жизни на заболеваемость детей раннего возраста // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - М., 2011. - N3. - С. 105-107.
3. Ефимова А. А. Вопросы современной педиатрии // Москва -2002, т.1, № 6, с. 9-12).
4. Маматкулов Б. Медико –социальные аспекты формирования, охраны и улучшения здоровья детей первых 7 лет жизни// Дис. … Д-ра мед. наук. – Ташкент, 1997. – 334с.
5. Щеплягина Л.А., Курмачева Н.А. Йодная профилактика у детей раннего возраста // РМЖ, Том 11, №12, 2003

УДК 616.89-005:616.12-008.64-08

ТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО – ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (НА ПРИМЕРЕ ФЛУВОКСАМИНА)

Джалилова С.Х., Ибодуллаев З.Р.
(ТМА)

В статье приводится опыт применения препарата флувоксамина, который относится к антидепрессантам группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина больным гипертонической болезнью, осложнённый хронической сердечной недостаточностью. Флувоксамин уменьшает тревожно – депрессивные расстройства у больных ГБ осложнённый ХСН, поэтому его можно рекомендовать для лечения больных с заболеваниями сердечно – сосудистой системы, в частности, гипертонической болезнью, осложненной ХСН.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, хроническая сердечная недостаточность, тревожно – депрессивные расстройства, психо – эмоциональная сферы.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН АСОРАТЛАШГАН ГИПЕРТОНИК КАСАЛЛИГИГА ДУЧОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДАГИ ҲАВОТИР ДЕПЕРССИВ БУЗИЛИШЛАРНИ ТЕРАПИЯСИ (ФЛУВОКСАМИН НАМУНАСИДА)

Мақолада серотонин қайта сўрилишини танлаб ингибирловчи антидепрессантлар гуруҳига кирувчи флувоксамин дори воситасини, сурункали юрак етишмовчилиги билан асоратланган гипертоник касаллиги билан хасталанган беморларда қўллаш тажрибаси ҳақида малумот берилган. Шу аниқландики, сурункали юрак етишмовчилиги билан асоратланган гипертоник касаллигига дучор бўлган беморлардаги ҳавотир – депрессив бузилишларни флувоксамин камайтиради. Шунинг учун, юрак – қон томир системасидаги касалликларда кўзатиладиган, айнан сурункали юрак етишмовчилиги билан асоратланган гиперток касаллигида ҳавотир – депрессив бузилишларни даволаш режасига флувоксамин дори воситасини тавсия етиш мумкин.

Калит сўзлар: гипертоник касаллиги, сурункали юрак етишмовчилиги, ховотир – депрессив бўзилишлар, психо – эмоционал спектрни текшириш усуллари.

TREATMENT OF ANXIOUS DEPRESSING DISORDERS AT ESSENTIAL HYPERTENSION, COMPLICATED BY CHRONIC HEART INSUFFICIENCY (ON THE EXAMPLE OF FLUVOXAMIN)

The article provides information on the experience of use of Fluvoxamine drug, which relates to antidepressants from the group of selective serotonin reuptake inhibitors at patients with essential hypertension, complicated by chronic heart insufficiency. It was shown, that Fluvoxamine decreases anxiously depressive disorders at patients with essential hypertension, complicated by chronic heart insufficiency. That is why Fluvoxamine can be recommended for treatment of anxiously depressive disorders at patients with cardiovascular system diseases, particularly at essential hypertension.

Keywords: Essential hypertension, chronic heart insufficiency, anxiously depressive disorders, research of psycho-emotional sphere.

Тревожно – депрессивные состояния являются наиболее частой формой психо - эмоциональной патологии у пациентов кардиологических учреждений амбулаторной и госпитальной сети. Частота депрессий у этих больных колеблется от 20 до 45%[1-3].

Особую клиническую значимость тревожно – депрессивные расстройства (ТДР) приобретают у больных с артериальной гипертензией (АГ), так как в этих случаях всегда присутствуют переживания тревоги разной степени выраженности, вплоть до панических приступов. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается одним из самых распространенных и прогностически неблагоприятных осложнений гипертонической болезни (ГБ) [4]. Необходимо признать, что психосоматические расстройства осложняют течение ХСН и основного заболевания

и влекут за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка: они снижают качество жизни больных; приводят к повышению смертности, в том числе и внезапной; повышают риск суицидов; увеличивают количество и продолжительность госпитализаций; способствуют снижению профессионального статуса; приводят к раннему выходу на инвалидность [5 – 10].

Препаратами выбора при терапии ТДР у больных кардиологического профиля являются антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). На первый план выдвигаются такие характеристики, как переносимость и безопасность [11–12].

При выборе препарата следует ориентироваться на побочные действия лекарственного средства, а также, как данный препарат взаимодействует с гипотензивной терапией. С учетом отмеченных критериев, нами был выбран препарат флувоксамин. Препарат практически не влияет на обмен норадреналина, характеризуется слабым сродством к альфа- и бета-адренорецепторам, а также гистаминовым, допаминовым, серотониновым и м-холинорецепторам. Не оказывает токсического влияния на сердце не вызывает ортостатическую гипотензию и седацию [13].

Цель работы: исследовать эффективность терапии тревожно – депрессивных расстройств у больных с гипертонической болезнью, осложнённой хронической сердечной недостаточностью на примере флувоксамина.

Материалы и методы. Нами было обследовано 34 больных кардиологического стационара 1 клиники ТМА с гипертонической болезнью (ГБ), осложненные ХСН, в возрасте от 47 до 58 лет, из них 22 женщин и 12 мужчин. Больные были разделены по группам: 1 группу составили больные ГБ осложнённые с ХСН получавшие только базисную терапию соматического заболевания (17 больных), 2 группу составили больные ГБ осложнённые с ХСН получавшие комплексное лечение соматического заболевания и ТДР флувоксамином по 50мг 1 раз в сутки, в вечернее время 28 дней (17 больных). Для оценки ТДР были применены госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS), а также шкала Гамильтона оценки депрессии. Состояние больных оценивалось до начало терапии, на 14 и 28 дни терапии.

Диагноз ГБ, осложнённое ХСН был верифицирован на основании клинико-анамнестических, общеклинических и клинико-лабораторных исследований, в том числе по ЭКГ, ЭхоКС, по уровню ферментов, общего холестерина, липопротеидов низкой и очень низкой плотности, коагулограммы, сахара в крови.

Соматическое состояние было оценено как относительно удовлетворительное или средней степени тяжести. Все получали необходимую лекарственную терапию в соответствии с имеющимся соматическим заболеванием и стандартами терапии.

Результаты исследования. В 1 группе у пациентов, получивших флувоксамин уровень исходного суммарного балла составил (уровень ТДР по HDRS) 22,3 ± 2,1; а во 2 - группе составил 20,75 ± 2,3 (различия в группе недостоверны).

Через 4 недели лечения этот показатель значительно снизился в 1- й группе – до 11,1 ± 1,4 балла; а во 2 группе до 15,6 ± 1,2 балла по шкале Гамильтона (таблица 1).

Таблица 1.

Динамика показателей по шкале Гамильтона (HDRS)

Препарат	Д 0	Д 14	Д 28
1 группа(n=17)	22,3 ± 2,1	15,7 ± 1,2	11,1 ± 1,4*
2 группа (n=17)	20,75 ± 2,3	18,69 ± 2,1	15,6 ± 1,2

* - отличие от исходного показателя достоверно, $p \leq 0,01$

Уровень ТДР по госпитальной шкале тревоги и депрессии, в 1 группе пациентов, получивших флувоксамин, исходный суммарный балл составил 16,8 ± 1,5; во 2 группе - 17,8 ± 1,9 (различия в группах недостоверны).

Через 4 недели лечения этот показатель также значительно снизился в 1 группе – до 11,4 ± 1,3* балла; а во 2 группе – до 13,4 ± 1,5 (Таблица №2).

Таблица №2.

Динамика показателей тревоги по шкале HADS

Препарат	Д 0	Д 14	Д 28
1 группа (n=17)	16,8 ± 1,5	12,5 ± 1,1	11,4 ± 5,3*
2 группа (n=15)	17,8 ± 1,9	13,6 ± 1,4	13,4 ± 1,5

* - отличие от исходного показателя достоверно, $p \leq 0,01$

Как видно из таблиц, после лечения отмечено достоверное изменение в 1 группе, а во второй группе отличие было не достоверным.

После отмены препарата по окончании исследования в течении недели ни у одного пациента клинически и субъективно не отмечалось синдром отмены в виде усиления тревоги и ухудшения соматического состояния.

При инструментальном исследовании соматического состояния пациентов (объективный ос-

мотр, результаты ЭКГ, тест с физической нагрузкой) также отмечалось улучшение результатов. Все пациенты отмечали субъективное улучшение самочувствия, что отражалось на их поведении – значительно снизилась интенсивность ипохондрических реакций, плаксивость, напротив, повысилась комплаентность пациентов к терапии.

У пациентов, не получавшие в комплексной терапии флувоксамин, показатели динамики шкал Гамильтона и HADS редуцировали лишь за счет снижения интенсивности соматических симптомов. Комплаентность пациентов данной группы была низкая.

Заключение. Проведенное исследование показало, что флувоксамин является эффективным безопасным средством лечения невротических расстройств тревожно – депрессивного спектра у пациентов с гипертонической болезнью, осложнённой хронической сердечной недостаточностью. Психофармакологическая ценность флувоксамина значительно повышается за счет сочетания его с гипотензивной терапией, низкой степенью побочных эффектов (низкий уровень седации, очень низкая выраженность антихолинергического эффекта, очень низкая способность вызывать ортостатическую гипотензию).

Флувоксамин можно рекомендовать для лечения тревожно – депрессивных расстройств у больных с заболеваниями сердечно – сосудистой системы, в частности, при гипертонической болезнью, осложненной ХСН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rudisch B, NemeroffCB. Epidemiology of comor-bid coronary artery disease and depression. Biol Psychiat2003;54 (3):227-40.
2. Ruo B, Rumsfeld jS, Hlatky MA et al. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. JAMA 2 003; 290 (2): 215-21.
3. Williams JWJr, Kerber CA, Mulrow CD et al. Depressive disorders in primary care: prevalence, functional disability, and identification J Gen Intern Med 1995; 10 (1):7-12.
4. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., 2006.
5. Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Алексеева Н.П., Недошивин А.О.,Нестерова И.В., 2005;
6. Koening H. G., Meador K. G., Shelp F. et al, 1991;
7. Смулевич А.Б. Клинико-фармакологические эффекты антидепрессантов. Психиат. и психофармакотер. 2003; Прил. 1: 3-6.
8. Dunner DL, Lipschitz A, Pitts CD et al. Efficacy and tolerability of controlled-release paroxetine in the treatment of severe depression: post hoc analysis of pooled datafrom a subset of subjects in four double-blind clinical trials. Clin Ther 2005; 27 (12): 1901-11.
9. GoldenRN, Nemeroff CB, McSorley P et al Efficacy and tolerability ofcontrolled-release and immediate-release paroxetine in the treatment ofdepression. J Clin Psychiat 2002; 63 (7): 577-84.
10. Kasper S, Olivieri L, Di Loreto G et al. A comparative, randomised, double-blind study of trazodone prolonged-release and paroxetine in the treatment of patients with major depressive disorder. Curr Med Res Opin 2005; 21 (8): 1139-46.
11. Miner CM, BrownEB, GonzalesJS et al. Switching patientsfrom daily citalopram, paroxetine, or sertraline to once-weekly fluoxetine in the maintenance of responsefor depression. J Clin Psychiat 2002; 63 (3): 232-40.
12. Rapaport MH, Schneider LS, Dunner DL et al Efficacy of controlled-release paroxetine in the treatment of late-life depression. J Clin Psychiat 2003; 64 (9): 1065-74.
13. Trivedi MMM, Pigotti TA, Perera P et al. Effectiveness of low doses of paroxetine controlled release in the treatment of major depressive disorder. J Clin Psychiat 2004; 65 (l0): l356-64.

УДК: 618.14 – 006.36 – 005.6/7 – 089.168.1

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ГЕМОКОГУЛЯЦИЮ И РИСК ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Мамаджанова Н.Н.
(РСНПМЦ АиГ)

С целью оценки влияния оперативного вмешательство на состояние гемостаза нами проведено ретроспективное исследование истории женщины оперированные по поводу миомы матки. Полученные результаты показывали, что хирургическая травма непосредственно влияет на повышения коагуляционного и тромбогенного потенциала крови усугубляя состояние гемостаза крови у женщин в после операционном периоде.

Ключевые слова: миома матки, гемостаз, оперативное лечение, экстирпация матки, кончервативная миомэктоми, коагуляционный потенциал крови.

БАЧАДОН МИОМАСИ БИЛАН АЁЛЛАРДА ЖАРРОҲЛИК АРАЛАШУВИНИНГ ГЕМОКОАГУЛЯЦИЯ ВА ТРОМБОТИК АСОРАТЛАР РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ

Жарроҳлик аралашувининг гемостаз тизимига таъсирини баҳолаш мақсадида бачадон миомасининг жарроҳлик усулидаги давоси ўтказилган турли ёшдаги аёллари касаллик тарихларининг кенг кўламдаги ретоспктив тахлили ўтказилди. Олинган тахлил натижалари жарроҳлик аралашувлари беморларнинг ташрихдан кейинги гемостаз тизимида ҳолатида коагуляцион ва тромбоген потенциалларининг бевосита ортишига олиб келишини кўрсатди.

Калит сўзлар: бачадон миомаси, гемостаз, жарроҳли даво, бачадон экстирпацияси, консерватив миомэктомия, қоннинг коагуляцион имкониятлари.

INFLUENCE OF OPERATIVE INTERVENTION ON HAEMOCOAGULATION AND RISK OF THROMBOTIC COMPLICATIONS AT WOMEN WITH UTERINE MYOMA

For the purpose of an estimation of influence operative intervention on a condition of a hemostasis we have carried out retrospective research of case histories of woman operated concerning a uterine myoma. The received results shown, that the surgical trauma directly influences increases of coagulation and thrombogene potential of blood aggravating a condition of hemostasis at women on the post operative period.

Key words: estimation, influence, operative intervention, homeostasis, uterine myoma.

Актуальность. Лечение миомы на всех этапах развития медицины вызывало множественные дискуссии. Основным методом лечения миомы матки является сочетание консервативных и хирургических воздействий. Однако, несмотря на достаточно результативные консервативные методы, частота радикальных операций остается высокой и составляет 80% [1, 4, 6]. И это все болше увеличивает частоту послеоперационных тромботических осложнений среди больных оперированных по поводу миомы матки. Об этом свидетельствует данные Озолини Л.А. при ретроспективном исследовании истории болезней больных с миомой матки, что тромботические осложнение после влагалищном удалении матки возникали в 7%, а после абдоминальным доступом 13% случаях [1, 2, 5]. В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что при проведении оперативного вмешательства имеет место воздействие комплекса стресс факторов, включающих не только травматический компонент, но и гуморальные реакции. Установлено, что оперативное вмешательство повышает риск тромбообразования на 10 раз [3, 4, 7], особенно если оно продлится более 45 мин и бывает расширенным, сопровождается с массивным кровопотерям. Актуальность данного положения является с тем, что в большинстве случаях (80%) послеоперационные тромбозы глубоких вен протекают бессимптомно, и проявляются на 27 сутки после выписки из стационара [5].

Целью исследования оценить влияние оперативного вмешательство на состояние гемостаза у больных с миомой матки.

Материалы и методы исследования. Нами проведено ретроспективное исследование 158 истории болезни женщин с миомой матки, проведенные оперативное вмешательство в объеме экстирпация матки с придатками или без них в отделении гинекологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерство и гинекологии (РСНПМЦ АиГ) в течение 2005-2008 гг. Средний возраст пациенток составил 45±8 лет. В общем числе исследуемых больных 76 из них были женщины в возрасте после 40 (I группа), 40 были до 40 лет (II группа) не принимавшие гормональную терапию. 35 женщин с миомой матки, которые принимавшие гормональную терапию до операции были включены в III группу. Все больные поступили в гинекологическое отделение РСНПМЦ АиГ с диагнозом симптомной миомы матки на оперативное лечение, в дальнейшем подтвержденным гистологически. Всем больным наряду с неспецифических мероприятий (эластическое бинтование, ранняя активизация, обильное питье), медикаментозная тромбопрофилактика была проведена с НФГ по 2500 ЕД п\к каждый 8 часов в послеоперационном периоде.

Для сравнения гемостазиологических показателей изучена система гемостаза 20 относительно соматически здоровых женщин репродуктивного возраста без гинекологических заболеваний (контрольная группа).

Оценка состояние гемостаза осуществлено в динамике до и на 1-, 3-, 7- сутки послеоперационного периода в лаборатории гемостаза РСПНМЦ АиГ с использованием реактивов фирмы Барнауль (Россия), который включал в себе определение: активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), протромбиновое время (ПВ), протромбиновое отношение (ПО), международное нормализованное отношение (МНО), концентрация растворимых фибрин ономерных комплексов (РФМК) и фибриногена, количество тромбоцитов.

Результаты и обсуждения. Средний размер матки вместе с миоматозным узлом составил 12±4 недель (min. 7 недель; max. 24 недель), у 70% больных диагностирована миома матки с интерстициальным расположением единичного узла. В структуре экстрагенитальных заболеваний

доминирующими оказались сердечно-сосудистые заболевании (40%), ожирение (20%), анемия (30%), варикозное расширение вен нижних конечностей (14,8%), заболевании желудочно-кишечного тракта (14,8%). У большинства больных выявлено несколько сопутствующих заболеваний, наиболее часто отмечено сочетание ожирение, гипертонической болезни, анемия и варикозной болезни.

При анализе записей протокола проведенного оперативного вмешательства получены следующие данные (таб. 1). Продолжительность выполнения оперативного вмешательство колебалась от 40 до 120 минут, в отличие от 2 группы (38%) в подавляющем большинстве случаев у больных 1 и 3 групп (51,3% и 47% соответственно) продлилась до 100-120 минут, а у пациенток 2 группы в 33% случаев не превышала 45 минут, так как у 1 и 3 групп это составило соответственно 17,1 и 28% .

Таблица 1. Объем, продолжительность оперативного вмешательства, анестезии, объем интаоперационной кровопотери (ретроспективный анализ)

Показатель	1-я группа (n=76)	2-я группа (n=40)	3-я группа (n=35)
Объём оперативного вмешательства:			
Экстирпация матки	58 (76,2%)	9 (22,5%)	14 (40%)
Надвлагалищная ампутация матки	13 (17,2%)	3 (7,5%)	15 (42,8%)
Консервативная миомэктомия (ЛТ)	1 (1,3%)	14 (35%)	3 (8,6%)
Консервативная миомэктомия (ЛС)	4 (5,3%)	14 (35%)	3 (8,6%)
Продолжительность операции:			
До 45 мин	13 (17%)	12 (30%)	12 (34%)
От 45 до 60 мин	22 (29%)	13 (32,5%)	9 (26%)
Более 60 мин	41 (54%)	15 (37,5%)	14 (40%)
Объем кровопотери:			
До 100 мл	12 (15,8%)	21 (52,5%)	11 (31%)
До 200 мл	33 (43,2%)	14 (35%)	16 (46%)
До 300 мл	21 (27,6%)	3 (7,5%)	7 (20%)
До 400 мл	5 (6,6%)	2 (5%)	1 (3%)
До 500 мл	5 (6,6%)	0	0
Вид анестезии:			
СМА	62 (82%)	21 (52,5%)	27 (77,2%)
ОКА	7 (9%)	15 (37,5%)	4 (11,4%)
Эндотрахеальный наркоз	7 (9%)	4 (10%)	4 (11,4%)
Объём инфузии во время операции:			
До 1600	64 (84,2%)	27 (67,5%)	29 (82,8%)
Более 1600	12 (15,8%)	3 (7,5%)	5 (14,2%)
Свежее замороженная плазма	6 (7,9%)	1 (2,5%)	3 (8,6%)

Данные на таблицы 1 свидетельствуют о том, что наиболее часто расширенным оперативным вмешательствам по поводу миомы матки подвергаются в основном женщины в возрасте старше 40 лет. Это ещё раз подтверждает, что женщины с миомой матки позднего репродуктивного и перименопаузального возраста являются тромбопасными в силу высокой частоты встречаемости данной патологии, также высокой частоты проводимых расширенных операций по поводу миомы. Следовательно, применение оптимальных тромбопрофилактических мер при проведении хирургической лечение миомы у данных женщин является необходимым.

Все консервативные миомэктомии ЛС доступом проведены под эндотрахеальным наркозом, а в остальных оперативных вмешательствах, произведённые лапаротомическим доступом, предпочтение отдавалась в основном спинномозговой анестезии (СМА), так как этот метод признан самым приемлемым в предотвращении тромботических осложнений. Во 2 группе, как и в 3 у 18 (60%) пациенток оперативное вмешательство проводилось под спинномозговой анестезией, а у 12 (40%) - под эндотрахеальным наркозом.

Интраоперационная кровопотеря до 400 мл и до 500 мл наблюдался в основном у больных 1 группы. По-видимому, это было обусловлено тем, что у данной группы женщин чаще выполнялись радикальные операции, и более чем в половине случаев длительность операции превышала 60 мин.

Женщины 2 группы в большинстве случаев подвергались оперативному лечению в объеме консервативной миомэктомии лапаротомическим (КМЭ ЛТ) и лапароскопическим доступом (КМЭ ЛС). Послеоперационное ухудшение гемостазиологической картины почти не наблюдалось у тех, которым были выполнены КМЭ ЛС. А у некоторых больных, которые подвергались КМЭ ЛТ, в первые сутки после операции наблюдалось слабое повышение концентрации РФМК, но оно снизилось к 3 или 7 суткам.

Продолжительность стационарного лечения 1 группы больных в среднем составила 11,4±4,86 дня (до 17 дней), тогда как у 2 группы - 5,7±2,6 дня (от 3 до 8 дней), а в 3 - 8,5±3,7 дня (13 дней).

Изучение течения послеоперационного периода у больных ретроспективного анализа показало, что послеоперационный период у 3 (3,9%) женщин 1 группы и у 2 (5,7%) 3 группы на 5 сутки осложнился вторичным заживлением послеоперационной раны. У 2 (2,5%) больных 1 и у 1 (2,8%) 2 группы на 25, а у 1 3 группы на 27 сутки после выписки стационара наблюдался острый тромбофлебит, вследствие чего больные вновь поступили в стационар.

Установлено, что миома матки сопровождается нарушением системы гемостаза, характеризующимся ускорением внутреннего каскада механизмов свертывания крови и повышением коагуляционного потенциала [1, 2, 6]. Но вначале эти изменения носят компенсаторный характер, поэтому не у всех женщин с миомой матки при проведении оперативных вмешательств развиваются тромботические осложнения в послеоперационном периоде. Присоединение факторов, провоцирующих тромбообразование, связанных с состоянием больной, миоматозного узла, и оперативное вмешательство способствуют в дальнейшем переходу компенсаторных состояний к декомпенсаторным, вследствие чего послеоперационный период у них осложняется тромбообразованием [4-7]. Нас интересовало состояние гемостаза до проведения оперативного вмешательства и изменения гемостазиологической картины в послеоперационном периоде в динамике. При этом мы обращали внимание в основном на факторы, влияющие на исходное состояние свертывания, и факторы провоцирующие тромбообразование после проведение операции.

Для ориентировки о состоянии гемостаза мы сосредоточились в основном на показателях РФМК, фибриногена и АПТВ, ПВ, ПО. Поскольку сдвиг данных параметров гемостаза (повышение количества РФМК и фибриногена, укорочение АПТВ и ПВ) прогнозирует предтромботическое состояние в организме, наличие тромбинемии, активацию свёртывающей системы.

Однако, анализируя результаты исследования параметров гемостаза у обследованных больных, стоит отметить, что каких-либо специфических изменений гемостаза, позволяющих прогнозировать без клинических и специальных методов тромботических состояний, не выявлено.

Выявлены изменения показателей гемостазиограммы, характерные для гиперкоагуляции, но без клинической картины диагностика была затруднительна. Данные изменения параметров гемостазиограммы характеризовались скорее, как предтромботическое состояние.

В то же время именно исследование системы гемостаза при выявлении предтромботических состояний позволяло своевременно назначать медикаментозную профилактику тромботических осложнений, избегать возможного развития тромбоза.

Анализ предоперационного состояния гемостаза на основании результатов скрининговых исследований показал, что в гемостазиологических показателях больных 1 и 3 групп, готовящихся к оперативному лечению, по отношению к показателям контрольной группы и 2 группы женщин, имелись статистически достоверные отличия (табл. 2).

Так, предоперационная гемостазиологическая картина у больных 1 и 3 групп характеризовалась предтромботическим состоянием, свидетельствующим об ускорении внутренней активации механизмов свертывающей системы, повышении коагуляционного и тромбогенного потенциала крови.

Как видно из таблицы 3, у женщин 1 группы при поступлении в стационар средний исходный уровень РФМК составил 4,0±1,0 мг %, который по сравнению с контрольной группой (2,8±1,3 мг %) был на 48 % больше (при достоверности $p<0,05$); а у больных 2 группы исходный уровень РФМК был повышен на 60,7% по сравнению с контрольной. Тогда как у женщин 2 группы он составил 3,1±1,8 мг % и по сравнению с контрольной группой был повышен на 11%.

Исходное среднее значение параметров АПТВ и фибриногена было в пределах нормы, однако при отдельном анализе результатов гемостазиограммы (рисунок) у некоторых женщин 1 и 3 групп выявлено укорочение АПТВ до 28 сек. При тщательном исследование клинико-анамнестических данных обнаружено, что они имели артериальную гипертензию, неразвивающуюся беременность при поступлении, некроз миоматозного узла, миому матки гигантских размерах, злокачественный рост миомы. Среди них были женщины с повышенной концентрацией фибриногена (более 4,5 г/л).

Изучение состояния гемостаза, проведенное в динамике послеоперационного периода позволило нам подтвердить выдвинутую нами гипотезу в начале исследования.

Приведенные в таблице 2 данные демонстрируют, что у больных, не- смотря на проведение медикаментозной профилактики тромботических осложнений НФГ, в послеоперационном периоде происходило статистически достоверное повышение коагуляционного и тромбогенного потенциала крови по сравнению исходным его состоянием.

Анализ результатов гемостазиологического исследования крови выявил повышение количества РФМК и фибриногена по сравнению с исходным уровнем, которое было до операции. У 1 группы больных на 1, 3 и 7 сутки послеоперационного периода наблюдалось повышение концентрации РФМК в крови, самая высокие средние значения выявлены на 7 сутки после операции

(в среднем 7,3±0,8 мг %) и по сравнению с исходным уровнем были достоверно повышены на 47%, а по отношению с контролем в 2,6 раза. Концентрация фибриногена начала нарастать с 3-х суток после операции, высокие ее значении отметили к 7 суткам (в среднем 4,3±0,6 г/л).

Таблица 2. Показатели гемостазиограммы до и на 1, 3, 7 сутки после оперативного вмешательства на фоне проведённого тромбопрофилактики с НФГ (М±σ)

Показатели		До	1- сутки	3- сутки	7-сутки
I группа (n=180)	Фибриноген (2-4 г/л)	2,8±0,5	2,9±0,6	3,8±0,7**	4,3±0,6**
	АЧТВ 32-42 сек)	37,7±4,8	37,4±5,2	36,4±5,1	31,2±6,2**
	ПВ (14-17 сек)	15,5±1,2	16,0±1,4	15,9±0,8	15,9±0,9
	ПО (0,7-1,1 ED)	1,0±0,1	1,1±0,1	1,1±0,1	1,1±0,1
	МНО (0,9-1,3)	1,0±0,1	1,1±0,1	1,1±0,1	1,1±0,1
	РФМК (до 3,5 мг%)	4,0±2,4*	5,1±1,6**	6,1±2,3**	7,1±1,5**
	Т (170-380 х 109)	210,3±42,1	203,1±32,6	229,0±66,7	215,0±35,4
II группа (n=60)	Фибриноген (2-4 г/л)	2,7±0,6	3,0±0,6	3,5±0,6	3,9±0,7**
	АЧТВ (32-42 сек)	37,9±3,9	37,8±6,0	36,0±5,2	31,2±3,4**
	ПВ (14-17 сек)	15,7±0,9	15,9±1,4	15,8±1,0	16,1±1,5
	ПО (0,7-1,1 ED)	1,1±0,1	1,1±0,1	1,1±0,2	1,1±0,2
	МНО (0,9-1,3)	1,1±0,1	1,1±0,1	1,1±0,2	1,1±0,2
	РФМК (до 3,5 мг%)	3,1±1,8	5,0±1,1**	4,5±0,9**	4,7±1,3**
	Т 170-380 х 109	218,4±41,5	202,0±29,3	196,3±31,5	171,0
III группа (n=35)	Фибриноген (2-4 г/л)	2,8±0,6	3,0±0,5	3,6±0,6	3,9±0,7
	АЧТВ (32-42 сек)	38,5±3,9	38,2±6,4	35,8±5,5	31,2±3,4**
	ПВ (14-17 сек)	15,7±0,9	15,9±1,4	15,9±1,0	16,1±1,5
	ПО (0,7-1,1 ED)	1,1±0,1	1,1±0,1	1,1±0,2	1,1±0,2
	МНО (0,9-1,3)	1,1±0,1	1,1±0,1	1,1±0,2	1,1±0,2
	РФМК (до 3,5 мг%)	4,5±1,1*	5,0±0,9**	6,0±1,5**	5,3±1,0**
	Т 170-380 х 109	219,6±44,4	194,3±24,0	198,8±34,8	171,0

Примечание: * достоверно по отношению с контрольным, ** достоверно по отношению с исходным (р<0,05)(рфмк мг%)

У больных 3 группы, в отличие остальных, максимальный пик повышения концентрации РФМК зафиксирован на 3 сутки (в среднем 6,0±1,5 мг %), которая снизилась к 7 суткам. У обеих групп (2, 3) исследуемых, в отличии от 1 группы, повышение количества фибриногена произошло на 7 сутки послеоперационного периода (3,9±0,7 г/л), так как повышение РФМК у этих больных свидетельствовало о тромбинемии. Присоединение нарастания количества фибриногена на 7 сутки подтверждает усиление свёртывания у больных в послеоперационном периоде.

Напротив, гемостазиологические изменения в послеоперационном периоде у больных 2 группы несколько отличались от остальных. Коагуляционный потенциал крови не так уж повышался от исходного уровня. Резкое повышение концентрации РФМК зарегистрировано на 1 сутки в послеоперационном периоде, что на 38% больше исходного, а после этого на 3 и 7 сутки отмечалось постепенное снижение его уровня (4,5±0,9 мг % и 4,7±1,3 мг % соответственно). Однако при изучении концентрации РФМК и фибриногена у всех по отдельности нами было выявлено, что у данных категорий женщин после проведения расширенных оперативных вмешательств, несмотря на нормальные исходные значения гемостазиологических параметров, отмечалось резкое ухудшение состояния гемостаза в сторону гиперкоагуляции. Это проявлялось значительным нарастанием концентрации РФМК и фибриногена.

Анализ результатов АЧТВ показал, что у всех групп больных аналогично на 7 сутки наблюдалось его укорочение, что свидетельствует о сдвиге времени свёртывания в сторону гиперкоагу-

ляции. Синхронное повышение количества РФМК и фибриногена и одновременное укорочение АЧТВ подтверждает предтромботическое состояние, что требует оптимальной тромбопрофилактики.

У пациенток, перенесших экстирпацию матки, как основной метод лечения миом матки, на 3 день послеоперационного периода изменения гемостазиологических показателей носили более грубый характер по сравнению с больными, перенесшими КМЭ ЛС и КМЭ ЛТ. Происходило статистически достоверное увеличение количества фибриногена и РФМК, укорочение АЧТВ на 7 сутки (табл. 2).

Таким образом, расширенные оперативные вмешательств, проводимые у женщин с миомой матки, является ведущим провоцирующим фактором риска развития тромботических осложнений в послеоперационном периоде, что требует соответствующей оптимальной тромбопрофилактики.

Вывод. 1. Оперативное вмешательство при лечении миомы, являясь хирургической травмой для организма, спровоцирует коагуляционного и тромбогенного потенциала крови, степень гемостазиологических нарушений которая напрямую зависит от объема, длительности оперативного вмешательство, а также, хирургической техники, объема кровопотери и метода анестезии.

2. Женщины в возрасте после 40 лет являются тромбоопасными, проведение расширенных оперативных вмешательств позволяет их отметить высокого группу риска развития тромботических осложнений, требующую соответствующую специфическую тромбопрофилактику. При этом, профилактика с НФГ у данного контингента больных не позволяет привести коагуляционный потенциал к исходному уровню, которых у них был до операции. Следовательно, необходимо применять другие методы медикаментозной профилактики, например низкомолекулярные гепарины.

Рис 3. 6. Динамика изменения концентрации РФМК до и на 1, 3 и 7 сутки после операции пр проведение тромбопрофилактки с НФГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винокурова Е.А. Влияние оперативного лечения на гемокоагуляцию у больных раком и миомой тела матки//Вестник российского акушер и гинекологов, Россия, Москва, 2009., - №4.,-С 34-38.

2. Иванов А. В. Пучков К.В. система гемостаза при хирургическом стрессе: дискуссионные аспекты факторов тромбоопасности при лапароскопических вмешательствах//Pasific medical journal, 2007, № 1, С. 31-34

3. Jeffrey I. Weitz Unanswered questions in venous thromboembolism//Thrombosis Research (2009) 123 Suppl. 4, S2–S10

4. Marco Falcone, Pietro Serra Massive pulmonary embolism in a woman with leiomyomatous uterus causing pelvic deep venous thrombosis//Ann Ital Med Int 2005; 20: P. 104-107

5. Nao Suzuki1, Norihito Yoshioka, Tatsuru Ohara1, Noriyuki Yokomichi, Takafumi Nako1,Risk factors for perioperative venous thromboembolism: A retrospective study in Japanese women with gynecologic diseases //Thrombosis Journal 2010, 8:17

6. Nao Suzuki, Fumio Kataoka, Atsushi Higashiguchi, Takeshi Hirao, Intermittent pneumatic compression for prevention of pulmonary thromboembolism after gynecologic surgery // Thrombosis Journal 2005, 3:18

7. Paul A Kyrle, Sabine Eichinger Deep vein thrombosis // Lancet 2005; 365: 1163–74

УДК: 618.33+618.2:616.127-002-061/184

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: СТРУКТУРА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ, РОДОВ И МЕТОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Даулетова М.Ж.
(РСНПМЦ АиГ)

В статье приведены данные полученные от ретроспективного исследования истории родов беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, родоразрешенных за период 2011 г. в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерство и гинекологии (РСНПМЦ АиГ).

Ключевые слова: сердечно-сосудистые патологии, миокардит, беременные.

ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ЮРАК ҚОН-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ: СТРУКТУРАСИ ГЕСТАЦИЯ, ТУҒРУҚНИНГ КЕЧИШИ ВА ТУҒРУҚНИ АМАЛГА ОШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ушбу мақолада Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказида 2011 йил мобайнида юрак қон-томир хасталиклари билан туғруқ содир бўлган хомиладорларнинг туғрук тарихлари ретроспектив тахлил натижалари келтирилган. Бундан ташқари, регионимизда хомиладорлар орасида юрак қон-томир хасталикларининг учраш кўлами ва уларнинг стуктурасининг ўзига ҳослиги тахлил килинган.

Калит сўзлар: юрак қон-томир хасталиклари, хомиладор, туғруқ

CARDIAC DISEASES IN PREGNANT WOMEN: PREVALENCE, STRUCTURE, FEATURES OF GESTATION, LABOR AND METHOD OF DELIVERY

In this article there were demonstrated the results of the retrospective analyses of the case histories of pregnant women with the cardiac diseases, delivered during the period of the 2011 year at the Republican specialized scientific practice medical centre of obstetrics and gynecology. Besides, there were analyzed peculiarities of the prevalence of the cardiac diseases and their structure among the pregnant women in Uzbekistan.

Key words: cardiac diseases, pregnant women, delivery

Актуальность. Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных занимают ведущее место среди всей экстрагенитальной патологии. На их долю приходится более 60% всех болезней внутренних органов во время беременности и родов [5] Эти заболевания, являются одной из ведущих причин материнских и перинатальных потерь, нередко вызывают серьезные осложнения со стороны матери и плода, приводят к инвалидизации женщин [2,4].

Знакомство с доступной литературой показало, что на современном этапе нет обобщающих трудов и четких методических рекомендаций по тактике ведения беременности, родов и послеродового периода при ряде ССЗ с учетом гемодинамической нагрузки, обусловленной гестационным процессом (В И Кулаков, В Н Серов, 1998, Л А Бокерия, 2000). Вместе с тем, при сочетании ССЗ с беременностью возникают ситуации, мало известные как кардиологам, так и акушерам, но требующие оптимальных решений и нередко быстрых действий [3, 1]. А также, актуальным является вопрос о методе родоразрешения у данной категории беременных. Более того, нет доступных литературных данных о структуре ССЗ по нозологическим формам и связанных с ними акушерских осложнений в нашем регионе. Соответственно, до сегодняшнего дня не существует единого руководство или протокола ведение по отдельным нозологическим формам ССЗ у беременных.

Цель настоящей работы - изучить распространенность сердечно-сосудистых патологий и их структуру у беременных, особенности течение гестации, родов и методы родоразрешения

Материалы и методы исследования. Нами проведено ретроспективное исследование истории родов беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, родоразрешенных за период 2011 г. в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерство и гинекологии (РСНПМЦ АиГ). При этом по данным записи истории родов, нами тщательно проанализированы клинико-анамнестические данные, течения беременности, родов, послеродового периода и состояния новорожденных. Кроме этого, изучены записи данных лабораторных функциональных исследований, эхокардиография (ЭХОКГ), электрокардиография (ЭКГ). Все полученные данные были подвергнуты статистической обработке.

Результат и их обсуждения. В РСНПМЦ АиГ в 2011г общее количество родов составляло 3146, из их числа у 400 женщин имело место сердечно-сосудистая патология (ССП). Результаты ретроспективного анализа показали, что среди общей популяции беременных, поступившихся на родоразрешение в РСНПМЦ АиГ в 2011 году, 12,7% женщин имели ССП. Анализ показал, что среди нозологических форм ССП наиболее часто встречались постмиокардитический кардиосклероз (ПМКС) - 26%, миокардит - 24% и ревматизм - 23%, которые почти в 4 раза чаще зарегистрировались по сравнению с приобретенными пороками сердца (ППС) – 6%, пролапсом

митрального клапана (ПМК) – 5% и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ДССЗ) – 4%. Врожденные пороки сердца (ВПС) встречались у 15% женщин. (рис. 1).

Известно, что наиболее частым осложнением ССЗ для течения гестации, родов, послеродового периода является развития недостаточности кровообращения (НК). Во время беременности, особенно во второй половине, наблюдается физиологическое увеличение объема циркулирующей крови почти на 40-50%. По мере прогрессирования степени НК этот физиологический процесс обусловливает перегрузку на сердце, с последовательным неблагоприятным влиянием на состояние матери и плода. Это в свою очередь способствует развитию и усугублению акушерских осложнений.

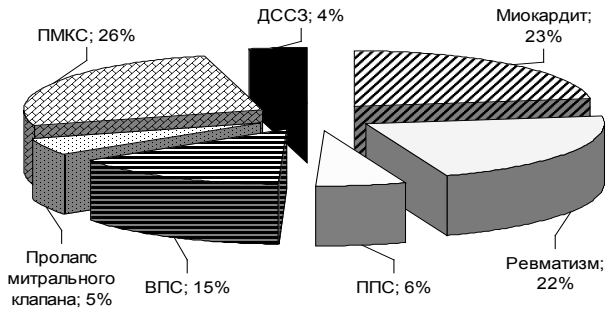


Рис 1. Структура ССЗ у беременных

Проведенный нами анализ показал, что недостаточность кровообращения (НК) имела место у 86,1% женщин с ССП. Наибольшая частота НК отмечалась у женщин с ВПС и составила 94%, у женщин с ППС НК имела место в 92% случаях, при миокардитах в 91% случаев. Следует отметить, что по частоте встречаемости НК у женщин с ВПС находится на первом месте, но в абсолютных числах уступает миокардитам, в связи с наименьшей распространенностью по сравнению последним. Анализ степени НК у беременных с ССП наглядно демонстрировал, что НК IA степени встречались в более половине случаев при всех нозологических формах. У беременных с ПМК НК IA степени встречалась в 73% случаев. Но по частоте встречаемости среди ССП у беременных ПМК занимает последнее место. При этом, НК - IБ степени зарегистрированы у каждой 3-й беременной с миокардитами и ВПС, а НК - II степени наиболее часто обнаружены (15%) при ППС. Особенно важно отметить, что у беременных с миокардитами НК развивался во время и после родов внезапно.

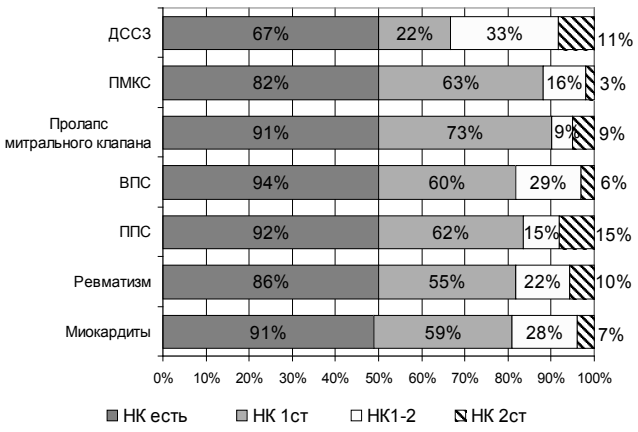


Рис. 2. Особенности степени выраженности НК у беременных с ССЗ при его различных нозологических формах.

При анализе анамнестических данных у этих женщин отмечается высокая частота вирусной инфекции. Эти женщины в большинстве случаев не предъявляли жалоб указывающие на сердечно-сосудистую патологию, вследствие чего у них миокардит не был во время диагностирован. Напротив, женщины с ВПС, ППС, а также с ревматизмом находились на учете у кардиолога и на протяжении беременности были под их наблюдением.

Известно, что выбор метода и срока родоразрешения у беременных с ССП является не простой задачей перед практическим врачом. В настоящее время увеличивается частота абдоминального родоразрешения и удельный вес беременных с рубцом на матке. Ретроспективный анализ метода родоразрешения у беременных с ССП показал, что данные женщины в половине случаев подвергались к абдоминальному родоразрешению, среди которых в наибольшей частоте оказались беременные с ППС (85%) (рис. 3).

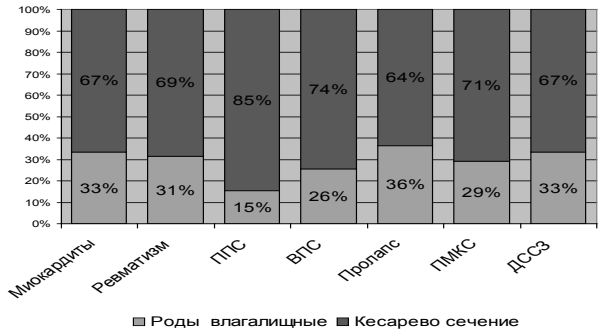


Рис. 3. Методы родоразрешения у беременных с ССП

У беременных с ревматизмом, ПМКС, ВПС в 94% случаев роды произошли в сроке 38-40 недель. Напротив, при миокардитах, ПМК и ВПС почти у каждой 6-й беременной отмечались преждевременные роды, в 13%, 18% и 15% соответственно. В 77% случаев беременные с ССП подвергались абдоминальному родоразрашению, в связи с дистрессом плода, клинический узкий таз явился показанием для абдоминального родоразрешения в

6%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) в 5%, неправильные положения плода в 5%, миопия средней и тяжелой степени в 4%, тазовое положение плода в 3% случаев. Оценка состояния новорожденных показала что в ---% оценка по шкале Апгар составила 8-9 баллов, в ---% 6-7балла и в---% 5 и ниже.

Вывод. Таким образом, ретроспективный анализ показал, что ССП занимает 1-е место среди экстрагенитальных заболеваний среди беременных. Наиболее часто встречающейся ССП в нашем регионе являются ПМКС (26%), миокардит (23%) и ревматизм (22%). Однако, здесь следовало бы отметить, что среди этих нозологических форм наиболее важным, требующим дальнейшего изучения, являются миокардиты, в связи с затрудненностью диагностики, внезапным развитием НК во время и после родов, угрожая жизни, как беременной, так и плода. Высокий показатель абдоминального родоразрешения беременных с ССП связан не только с ЭГЗ патологией, но и развитием акушерских осложнений в родах. Беременные с ССП являются группой риска на развитие НК и других акушерских осложнений, что требует дальнейшего усовершенствования ведение беременности и родов при ССП, а также, разработки методов ранней диагностики миокардитов.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Бухонкина Ю.М. Оптимизация диагностики и лечения беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на всех этапах гестации// автореф. Дисс. Док.мед.наук.. Москв, 2010. - С.45.

2. Сафир Д.И., Струбовщикова Е.В. Сердечно-сосудистая патология и беременность. Уч.-метод. пособие. – Барнаул, 2003. - С. 234.

4. Elkyam U, Tummala PP, Rao K, et al. Maternal and fetal outcomes of subsequent pregnancies in women with peripartum cardiomyopathy.N Engl J Med 2001;355:1567–71.

5. Stephan Hetmans. Myocarditis and heart failure: need for better diarnostic, predictive, and therapeutic tools // Eur. Heart J. – 2007. – Vol. 28, №11. – P. 1279–1280.

УДК: 613.62:658.018

ВЫЯВЛЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ДЛИТЕЛЬНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ОПАСНЫХ И ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ И ЕГО ВЕРОЯТНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Хаширбаева Д.М.
(НИИ СиГ)

Аннотация. При изучении медицинских и социальных вопросов, связанных с оценкой последствий наступления профессионального риска, выявление связи между длительным воздействием опасных и вредных производственных факторов и его вероятными последствиямиявляется одним из важнейших задач сохранения здоровья и трудоспособности работающего контингента.

Ключевые слова: работающие, производственные факторы, профессиональный риск, заболеваемость.

ИШЛАБ ЧИҚАРИШ ҲАВФЛИ ВА ЗАРАРЛИ ОМИЛЛАРИНИНГ УЗОҚ МУДДАТЛИ ТАЪСИРИ ВА УНИ ОҚИБАТЛАРИНИ НОМОЁН БЎЛИШИ ОРАСИДАГИ БОҒЛАНИШНИ АНИҚЛАШ

Тиббий ва ижтимоий масалалар ечимини топишда, зарарли ва ҳавфли ишлаб чиқариш омилларнинг узоқ вақт таъсир этиши ва унинг таъсири натижасида эҳтимолли оқибатлари орасида узвий боғлиқликни аниқлаш, ишлаётган аҳоли меҳнат қилиш қобилиятини ва саломатлигини сақлашда энг асосий муаммоларидан биридир.

Калит сўзлар: ишловчилар, ишлаб чиқариш омиллари, касбий хавф-хатарлик, касалланиш.

THE LINKS BETWEEN PROLONGED EXPOSURE TO DANGEROUS AND HARMFUL INDUSTRIAL FACTOR AND ITS LIKELY CONSEQUENCES

In the study of health and social issues associated with the assessment of the effects of the onset of occupational risk, identifying the link between long-term exposure to hazardous and harmful factors and its possible consequences is one of the most important tasks of maintaining health and disability working contingent.

Keywords: worker, industrial factors, occupational risk, morbidity.

В ряде отраслей хозяйства, определяющих уровень научно-технического прогресса страны и экономическое её развитие решаютсяпроблемы связанные с профессиональным риском ущерба здоровью основных работающих в неблагоприятных производственных условиях. Методология рисков в медицине труда позволяет установить не только дозо-эффективные зависимости между длительным воздействием опасных и вредных производственных факторов и вероятностью причинения вреда жизни и здоровью работника, но и обосновать необходимость

мер профилактики, определить их структуру и приоритетность[1, 2].

Установлено, что одним из важнейших мест в управлении производственной деятельностью промышленных предприятий занимает оценка рисков. От способности прогнозирования вероятных последствий риска зависит реализация важнейших функций управления: планирование деятельности с нейтрализацией последствий неожиданного наступления неблагоприятных событий [2, 3, 4].

В связи с этим целью исследований является решение медицинских и социальных вопросов, связанных с оценкой последствий наступления профессионального риска, выявление связи между длительным воздействием опасных и вредных производственных факторов и его вероятными последствиями

Материал и методы исследований.Для оценки профессиональных рисков в сфере управления охраной труда используются две группы методов: 1-методы, оценивающие риск возникновения производственных травм работников в процессе трудовой деятельности; 2-методы, основанные на разработках специалистов медицины труда, с помощью которых устанавливаются количественные закономерности возникновения профессиональных заболеваний работников под воздействием вредных факторов производственной среды и трудового процесса.

Результаты и обсуждение. В гигиене труда профессиональный риск рассматривается как аспект установления качественных и количественных закономерностей возникновения профессиональной и производственно-обусловленной заболеваемости.Для этого необходимо изучение всех факторов производственной среды и трудового процессакак источниковухудшения здоровья работающего. Задачаспециалистов этой области является выявление причин или факторов риска обуславливающих возможные последствия длительного воздействия опасных и вредных производственных факторов, а также разработка технических и организационных мер по снижению уровня факторов риска[3].

В настоящее время Министерством здравоохранении Республики Узбекистан используется современные методы оценки профессионального риска ив тоже время, вопросыоценкистепени воздействия факторов риска на здоровье работника, с помощью накопленной дозы воздействия опасных и вредных производственных факторов, удовлетворительно разработаны только для ограниченного числа факторов риска и носят пока «точечный» или в лучшем случае фрагментарный характер. Имеется статистическая база в области охраны труда, которая дает только общие представления об уровнях профессионального риска, занятых в неблагоприятных условиях труда по отдельным факторам риска, – шуму, вибрации, запыленности, загазованности и т.д., но при этом не учитывается степень повреждения здоровью и утрата трудоспособности работников. В существующей системе оценки и управления профессиональным риском в Узбекистане система охраны труда делится на три направления: оценка факторов риска, оценка последствий риска и компенсация последствий риска.Установлено, что оценка факторов риска и их последствий необходимо проводить по схеме: риск –> последствия –> разработка мер по предотвращению и минимизации рисков.

Для проведения анализа оценки профессионального риска следует придерживаться последовательностиследующих этапов:выявление источников и природы профессионального риска; определение объектов воздействия профессионального риска – профессиональных групп работающих и отдельных работников;оценка последствий профессионального риска для здоровья и трудоспособности конкретных профессиональных групп работников в условиях длительной трудовой занятости (экспозиции риска), а также отдельных работников с помощью систематического мониторинга состояния их здоровья;разработка мер по профилактике и компенсации риска.Знание о данных характеристиках профессионального риска, имеет важное значениев управлении рисками, включая меры по выбору и формированию обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваниях, а также льготного пенсионного обеспечения за работу во вредных и опасных условиях труда[4].

Следовательно, выявление вероятности проявления профессионального риска во времени, определение тяжести их последствий для определенных групп работающих и отдельных работников позволяет принимать меры по профилактике и минимизации рисков, оценить объемы финансовых страховых ресурсов для компенсации утраты заработков и финансирования лечебных, оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

Выводы.На основе полученных результатов проведённых методик, посвященныхфакторам профессионального риска выявленыряд корреляционных связи между длительным воздействием опасных и вредных производственных факторов и вероятностью причинения вреда жизни и здоровью работника:

- причинно-следственных взаимосвязи факторов профессионального риска и видов утраты здоровья и трудоспособности работа в определенных отраслях экономики, производствах и занятости длительное время по определенным профессиям, вызывающим риск производственно-

обусловленной и профессиональной заболеваемости, производственного травматизма, последствиями которых выступает временная и (или) постоянная утрата трудоспособности и летальный исход;

- вероятность проявления профессионального риска и степень (тяжести) их последствий – в конкретных профессиональных группах и на индивидуальном уровне оценивается, когда анализируются случаи наступления утраты временной и/или постоянной трудоспособности, в том числе приводящей к инвалидности;

- возраст потерпевших на производстве (из-за ОВПФ или неблагоприятных психофизиологических факторов трудового процесса), так называемый средний возраст инвалидности из-за несчастного случая на производстве или средний возраст погибших на производстве;

- факторыпрофессионального риска, вероятность их проявления и степень (тяжести) их последствий, с одной стороны, и виды предоставляемых компенсационных выплат и длительность получения пособий или пенсий, с другой стороны.

К вероятным последствиям профессионального риска для здоровья и трудоспособности работающих,относится: утрата временной трудоспособности; наступление стойкой нетрудоспособности (постоянная нетрудоспособность);профессиональное заболевание и необходимость оказания пострадавшим на производстве медицинского лечения, медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;летальный исход из-за несчастных случаев на производстве и необходимость социальной защиты иждивенцев погибших, вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания.

Полученные данные позволят разработать научно-обоснованные профилактические мероприятия по снижению и предупреждению риска ущерба здоровью.

ЛИТЕРАТУРА

1. МервиМуртонен. Оценка рисков на рабочем месте // Практическое пособие. Выпуск 1. Опыт Финляндии - Москва, 2007. - с. 64.
2. Под общей редакцией д.э.н. проф. Н.П. Пашина. Выявление и оценка риска как одна из форм профилактики и предупреждения производственного травматизма и профессиональных заболеваний: //М.ФГУ «ВНИИ охраны труда и экономики труда» Росздрава, - Москва, 2007. – с. 236.
3. Хаширбаева Д.М., Адылов У.Х. Процесс оценки и управления профессиональными рисками, как основа разработки мер по охране здоровья и безопасности труда работников // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2014. № 1. - С. 73-75.
4. Халметов Р.Х., Адылов У.Х. Совершенствование правового регулирование оценки условий труда на современном этапе развития системы управления профессиональными рисками // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2014. № 1. - С. 62-64.

АМАЛИЁТЧИ ВРАЧЛАР ДИҚҚАТИГА

(Масофадан ўқитиш дастурининг босқичлари хақида)

Тиббиёт ходимларини диплом олди ва дипломдан кейинги босқичда ўқитиш ва малакасини ошириш хозирги кунинг долзарб муаммолардан бири булиб келмоқда.

Шифокорларни дипломдан кейинги босқичда ўқитиш қуйидаги усуллар ёрдамида амалга оширилди:

- кундузги ёки ишдан кейинги шаклдаги махсус ўқув курслари;
- шифохона маъмурияти таклифига биноан юқори малакали мутахассисларни таклиф этиш;
- тиббий ёрдам кўрсатишга лицензия олишдан олдин белгиланган миқдордаги малака ошириш соатларини мажбурий ўқитиш;
- аккредитациядан ўтган махсус ўқув дастурлари орқали масофадан ўқитиш;
- тиббиёт ассоциациялари журналлари ёки интернет орқали (on-line) ўқитиш усуллари.

Ўзбекистон врачлар ассоциация (кейинчалик ЎВА – деб юритилади) Уставига кўра врачларни дипломдан кейинги босқичда ўқитиш ташкилотнинг асосий вазифаларидан бири бўлиб хисобланади.

Шуни эътиборга олиб ва амалиётчи врачларни масофадан ўқитиш тизимини ташқил қилиш мақсадида журналимизнинг биринчи сонидан бошлаб, махсус ўқув дастурлари нашр этилмоқда. Бу ўқув дастурлари ТошВМОИнинг 144соатлик асосий малака ошириш курсига қўшимча хисобланади.

Ушбу сонда ТошВМОИ томонидан тайёрланган «**Врачларнинг амалий фаолиятида статистик хисоб ва тахлилларни ташкил қилиш**» мавзусидаги 18 соатлик ўқув дастур киритилган бўлиб, у барча йўналишдаги врачлар учун мўлжалланган.

Махсус ўқув дастури билан танишиб, гувохномага эга бўлмоқчи бўлган врачлар фақатгина журналда босиб чиқилган тестларга жавоб бериб (ксеро нусха қабул қилинмайди), жавоблар варақасини ЎВА ёки ЎВА Қорақалпоғистон Республикаси, Тошкент шахар ва барча вилоятлар бўлимларига топширишлари лозим. Тестларга тўғри жавоб бериб, етарли балга эга бўлган врачларга масофадан ўкиб малака оширганликларини тасдиқловчи гувохнома берилади. ўқитиш тартиби 4 босқичдан иборат бўлади (ўқитиш босқичларининг схемаси илова қилинади).

Гувохнома олмоқчи бўлган врачлар, ўқув дастури харажатларини коплаш учун ЎВАнинг Кенгаш қарорига биноан қуйидаги ҳисоб рақамига чекланган миқдордаги суммани, яъни 30 минг сўм йиғим хақи ўтказишлари лозим:

х/р 20212000200125581001
АТИБ Ипотека банкининг Яккасарой филиали
МФО 01017,
ИНН 201199688,
ОКОНХ 98600
Тел. 2680817, 2673235.

Бунда врачнинг исми шарифи паспорти бўйича катта харфлар билан ёзилади (ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ), иш жойи, ташкилотнинг юмалоқ муҳри билан тасдиқланган ва телефон рақамлари кўрсатилиши лозим.

Масофадан ўқитиш босқичларининг схемаси

ВНИМАНИЮ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

На сегодняшний день додипломное и постдипломное образование медицинских работников и повышение их квалификации является одной из основных проблем.

Постдипломное образование врачей осуществляется следующими методами:

- на специальных курсах в дневное и послерабочее время;
- приглашением администрации учреждения высококвалифицированных специалистов;
- обязательное прохождение повышения квалификации в количестве установленных часов перед получением лицензии на медицинскую деятельность;
- дистанционное образование по специальным аккредитованным программам;
- через интернет (on-line) или в специальных медицинских журналах.

Одним из основных направлений деятельности Устава Ассоциация врачей Узбекистана (далее АВУ) является постдипломное повышения квалификация врачей.

В связи с этим, а также для организации дистанционного метода обучения с первого номера 2010 года в журнале публикуются специальные учебные программы. Эти учебные программы являются дополнением к основным программам повышения квалификации обучаемым на базе ТашИУВ в количестве 144 часа.

В этом номере представлены учебные программы на 18 часов для врачей всех специальностей подготовленные ТашИУВ на темы «**Организация статистического учета и анализа в практической деятельности врача».**

Желающие врачи могут ознакомиться с учебной программой, для получения удостоверения они должны ответить только на изданные в журнале АВУ тесты (ксерокопия не принимается), после чего надо направить ответы в АВУ или отделения АВУ по Республики Каракалпакстан, городу Ташкенту и областных отделений. Врачам, ответившим правильно на тесты и набравшие достаточное количество баллов будут выданы удостоверения, подтверждающие их дистанционное обучение. Порядок обучения состоит из четырех этапов (этапы дистанционного обучения прилагаются).

Врачи желающие получить удостоверение согласно решению Совета должны перечислить фиксированный сбор в размере 30 тысяч сум для покрытия расходов по подготовке учебной программы на следующий расчетный счет АВУ:

х/р 20212000200125581001
Яккасарайский филиал АТИБ Ипотека банка
МФО 01017,
ИНН 201199688,
ОКОНХ 98600
Тел. 2680817, 2673235.

При этом врачи должны указать ФИО заглавными буквами по паспорту (ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ), место работы, заверенные круглой печатью организации и контактные телефоны.

Схема этапов дистанционного обучения

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА И АНАЛИЗА В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Горбунова И.Г.
(ТашИУВ)

ВРАЧЛАРНИНГ АМАЛИЙ ФАОЛИЯТИДА СТАТИСТИК ХИСОБ ВА ТАХЛИЛЛАРНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

ORGANIZATION OF STATISTICAL ACCOUNTING AND ANALYSIS IN PHYSICIAN PRACTICE

Статистика – наука, изучающая количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественными особенностями. Медицинская статистика является одной из отраслей общей статистики.

Различают три основных направления медицинской статистики:

- теоретические и методические основы
- статистику здоровья населения
- статистику здравоохранения.

Соответственно этим направлениям в задачи медицинской статистики входит:

1. Применение методов медицинской статистики в экспериментальных, клинических, гигиенических и лабораторных исследованиях.
2. Выявление особенностей состояния здоровья населения и факторов, его определяющих.
3. Изучение данных о сети, деятельности и кадрах лечебно-профилактических учреждений, о результатах лечебно-оздоровительных мероприятий.

Статистические методы находят все более широкое применение не только в научных исследованиях, но и в повседневной практике врача любой специальности. Знание методов статистического анализа является основой аналитического мышления врача. Статистические методы используются для определения различных норм санитарно-гигиенического характера, расчета доз лекарственных препаратов, оценки эффективности профилактических и лечебных мероприятий, определения стандартов диагностики и лечения, физического развития различных групп населения. Следовательно, каждый врач должен знать теоретические основы медицинской статистики, уметь правильно использовать ее методы и оценить накопленную информацию в различных областях своей деятельности. От подготовленности врача в вопросах медицинской статистики во многом зависит правильный анализ работы любого подразделения здравоохранения, оценка эффективности профилактических и лечебных мероприятий и показателей общественного здоровья.

Медицинская статистика играет важную роль в оценке состояния здоровья населения, деятельности медицинских учреждений, планировании и прогнозировании различных служб здравоохранения. Повышение социально-экономической значимости здравоохранения требует совершенствования статистических исследований в повседневной практической и научной деятельности врача-клинициста, гигиениста, организатора здравоохранения. Следовательно, врачу любой специальности постоянно приходится иметь дело со статистическими исследованиями различных сторон своей деятельности.

Учетная медицинская документация. Статистические данные, используемые для анализа, формируются путем регистрации анализируемых явлений в официальной учетной медицинской документации. Учетная медицинская документация представляет собой систему документов, предназначенную для записи данных, характеризующих состояние здоровья групп населения и отдельных лиц, отражающих характер, объем и качество оказываемой им медицинской помощи. Она вводится в действие приказами Министерства здравоохранения. Введение неутвержденных форм, изменение и дополнение действующей документации категорически запрещается.

Учетная медицинская документация применяется не только в учреждениях здравоохранения, но и в других сферах. Так, «Медицинская справка о рождении» (форма 103/у), «Врачебное свидетельство о смерти» (форма 106/у), «Врачебное свидетельство о перинатальной смерти» (форма 106-2/у) являются основанием для регистрации рождаемости и смертности в органах ЗАГС. Заключения судебно-медицинских экспертов передаются в органы правопорядка для проведения следственных мероприятий. Справки об освобождении от работы, медицинские заключения предоставляются в администрацию организаций и учреждений, во врачебно-экспертные комиссии для освидетельствования и экспертизы трудоспособности.

В настоящее время перечень типовых форм, их вид (бланк, тетрадь, журнал), форматы, сроки хранения и образцы утверждены приказом Министерства здравоохранения от 26.06.2006 года № 287. Согласно приказу все формы учетных документов разделены на 10 групп:

1.1. Медицинская документация, используемая в стационарах
1.2. Медицинская документация для амбулаторно-поликлинических учреждений
1.3. Медицинская документация, используемая в стационарах и поликлиниках.
1.4. Медицинская документация учреждений скорой помощи
1.5. Медицинская документация учреждений судебно-медицинской экспертизы
1.6. Медицинская документация лабораторий
1.7. Медицинская документация службы крови
1.8. Медицинская документация службы СПИД
1.9. Медицинская документация санитарно-профилактических учреждений
1.10. Медицинские документы, используемые в органах и учреждениях здравоохранения

По своему характеру учетная документация относится к документации сугубо служебного назначения. Она должна быть доступна только лицам, имеющим к ней профессиональное отношение, и поэтому предусматривается особая система ее хранения и использования. Основные документы, содержащие информацию о лечении, подлежат длительному хранению: «Медицинская карта стационарного больного» (форма 003/у) хранится в течение 25 лет, «Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре» (форма 008/у) – постоянно.

Медицинская отчетность. Медицинская отчетность – система документов установленной формы, представляемых органами и учреждениями здравоохранения вышестоящим органам по подчиненности и органам государственной статистики. Медицинская отчетность отражает состояние здоровья населения, объем и качество получаемой медицинской помощи, ресурсы учреждений здравоохранения и эффективность их использования.

Основу медицинской отчетности составляют годовые отчеты учреждений и органов здравоохранения. Однако помимо годовых имеется еще ряд отчетов с более частой периодичностью, позволяющих следить за изменением состояния здоровья населения в целом и отдельных его групп, а также отчеты, позволяющие оценивать ход выполнения программы реформирования здравоохранения.

Положения и стандарты на отчетную документацию утверждаются Государственным комитетом по статистике (Госкомстатом). Каждая форма отчета, кроме содержательной части, имеет специальную часть, в которой указывается: Периодичность данной отчетности; номер формы; дата ее утверждения; сроки представления; количество экземпляров; учреждение, которому представляется отчет.

Порядок составления отчетов определяется инструкциями и методическими указаниями, которые разрабатывает Госкомстат совместно с Министерством здравоохранения (Минздравом). Различают государственную и отраслевую медицинскую отчетность.

Государственная медицинская отчетность. Государственная медицинская отчетность в рамках Программы государственных статистических работ ежегодно утверждается Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан. Отчеты представляются как органам государственной статистики, так и учреждениям медицинской статистики по подчиненности.

Отраслевая медицинская отчетность. Формы отраслевой медицинской отчетности разрабатываются и утверждаются Минздравом по согласованию с Госкомстатом. Они представляются учреждениям медицинской статистики по подчиненности.

Временная оперативная отчетность. При необходимости получения отчетов с более частой периодичностью, чем государственные и отраслевые, на ограниченный срок вводится временная оперативная отчетность. Формы временной оперативной отчетности утверждаются приказом Минздрава и предоставляются тем учреждениям медицинской статистики, которые определены этим приказом.

Примечание. Оперативный (от латинского operatio – действие) – действенный; способный быстро и четко выполнять что-либо.

Статистика здоровья. Состояние здоровья населения и его отдельных контингентов характеризуют следующие группы показателей: демографические показатели; показатели заболеваемости; показатели инвалидности; показатели физического развития.

Заболеваемость населения. Заболеваемость является одним из важнейших критериев, характеризующих здоровье населения. Одной из обязательных функций врача любого лечебно-профилактического учреждения и центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора является регистрация и анализ выявленных заболеваний, травм, отравлений, несчастных случаев, а также анализ проблем, связанных со здоровьем. **Поэтому основным требованием к врачу лечебного профиля является правильность диагностики и учета выявленной патологии или проблемы, связанной со здоровьем. Установление диагноза** – это, прежде всего, предмет и результат врачебной деятельности. Качество диагностики определяется уровнем квалификации врача, а также диагностическими возможностями учреждения, которые врач использует для постановки диагноза. С момента установления диагноза сведения о заболеваниях

становятся предметом статистического анализа. Полнота же полученной информации зависит от знаний врачом системы учета и регистрации выявленной патологии, а также методики представления данных о болезнях и проблемах, связанных со здоровьем, в соответствующих отчетных статистических формах. Данные о числе зарегистрированных заболеваний позволяют проводить статистический анализ распространенности, структуры заболеваемости, ее исходов, своевременности взятия под наблюдение. Анализ заболеваемости обслуживаемого населения в практической деятельности врача необходим не только для оценки эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий, но и для прогноза заболеваемости, планирования объема профилактических осмотров, определения контингента для диспансерного наблюдения, госпитализации, санаторно-курортного лечения, трудоустройства определенного контингента больных, целенаправленного проведения работы по формированию здорового образа жизни.

Традиционная система сбора данных о заболеваемости основывается на сплошном методе учета всех выявленных случаев. При комплексных социально-гигиенических исследованиях используется выборочный метод изучения заболеваемости по специально разработанной программе. При этом обследуются отдельные контингенты населения, объединенные каким-либо общим признаком (пол, возраст, место жительства, условия труда). Метод позволяет выявить влияние условий труда, быта, организации медицинской помощи и т.д. на уровень и распространенность заболеваемости.

При изучении заболеваемости необходимо пользоваться единой методологической основой, включающей правильное применение терминов и одинаковое их понимание, унифицированную систему учета, сбора и анализа информации.

Основные термины и определения. Первичная заболеваемость – совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые выявленных заболеваний в отчетном году. Показатель рассчитывается путем умножения числа вновь выявленных заболеваний на 1000 (10 000, 100 000) и деления на среднегодовую численность населения.

Общая заболеваемость (распространенность) – совокупность всех имеющихся заболеваний, как впервые выявленных в отчетном году, так и в предыдущие годы, по поводу которых больной обратился за медицинской помощью в данном году. Показатель рассчитывается путем умножения суммы вновь выявленных и ранее существовавших заболеваний, по поводу которых было обращение в отчетном году, на 1000 (10 000, 100 000) и деления на среднегодовую численность населения.

Патологическая пораженность – совокупность заболеваний, и патологических состояний, выявленных при медицинских осмотрах. В основном это хронические заболевания, а также острые заболевания, имевшиеся в момент осмотра. Показатель рассчитывается путем умножения числа заболеваний, выявленных путем активных медицинских осмотров, на 1000 (10 000, 100 000) и деления на среднегодовую численность населения.

Истинная заболеваемость – совокупность всех заболеваний, выявленных по данным обращаемости и при медицинских осмотрах в отчетном году. Показатель рассчитывается путем умножения суммы заболеваний, выявленных по данным обращаемости и при медицинских осмотрах в отчетном году, на 1000 (10 000, 100 000) и деления на среднегодовую численность населения.

Основные источники получения информации о заболеваемости: обращения населения за медицинской помощью; медицинские осмотры населения или его отдельных групп; причины смерти; специальные исследования (анкетирование, опрос населения о перенесенных заболеваниях).

В зависимости от цели анализа используют различные источники получения статистических материалов и в соответствии с этим различают следующие виды заболеваемости.

1. Заболеваемость по данным обращаемости за медицинской помощью:

а) общая заболеваемость

б) инфекционная заболеваемость

в) заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями

г) госпитализированная заболеваемость

д) заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

2. Заболеваемость по данным медицинских осмотров

3. Заболеваемость по данным о причинах смерти.

Общая заболеваемость – это совокупность заболеваний (острых и хронических), зарегистрированных среди тех или иных групп населения за определенный календарный год. Изучение общей заболеваемости проводится по данным обращаемости населения в амбулаторно-поликлинические учреждения. Данные общей заболеваемости необходимы для полной характеристики здоровья населения. Единицей наблюдения является первичное обращение пациента к врачу по поводу конкретного заболевания в данном календарном году. Основными учетными документами являются: «Лист уточненных диагнозов» Медицинской

карты амбулаторного больного (ф. 025/у) и Истории развития ребенка (ф.112/у), а также Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (ф. 025-2/у).

Порядок заполнения «Листа уточненных диагнозов». На «Лист уточненных диагнозов» заносятся диагнозы, установленные при обращении пациентов в амбулаторно-поликлиническое учреждение или при оказании им помощи на дому. Диагноз записывается на «Лист» только после его уточнения. Если при обращении больного обнаруживается острое или хроническое заболевание, по поводу которого больной раньше ни в какое лечебное учреждение не обращался, то заболевание считается впервые выявленным и отмечается на «Листе» знаком «+» (плюс). При обращении больного по поводу хронического заболевания, выявленного в предыдущие годы, в отчетном году на «Листе» оно отмечается знаком «–» (минус). При повторных обращениях по поводу данного заболевания в том же году запись на «Листе» не производится. Острые заболевания, которые могут возникнуть у одного пациента несколько раз заново (ОРВИ, ангина, абсцессы, травмы), всякий раз считаются впервые выявленными и отмечаются на «Листе» знаком «+» (плюс).

Порядок заполнения «Статистического талона для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (ф. 025-2/у). Талон заполняется на основании записи в «Листе уточненных диагнозов» Медицинской карты амбулаторного больного (ф. 025/у) или Истории развития ребенка (ф.112/у) на все заболевания и травмы, кроме острых инфекционных заболеваний, учитываемых по Экстренным извещениям об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (ф. 058/у). **Порядок регистрации диагнозов в Талоне такой же, как на Листе уточненных диагнозов.**

В кожно-венерологических учреждениях Талон заполняется только на кожные болезни. В специализированных учреждениях (психоневрологических, наркологических, онкологических, противотуберкулезных) Талон не заполняется.

На основании разработки данных по «Статистическим талонам для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (ф. 025-2/у) заполняется отчетная форма № 12-SSV «Отчет о заболеваниях, зарегистрированных в районе деятельности учреждения».

Инфекционная заболеваемость. В Узбекистане действует строгая система контроля над инфекционной заболеваемостью, что связано с необходимостью проведения текущих и предупредительных противоэпидемических мероприятий. Все медицинские данные о больном заносятся в медицинскую документацию (Медицинская карта амбулаторного больного, История развития ребенка). Кроме того, **медицинский работник, установивший диагноз или заподозривший инфекционное заболевание, обязан составить Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (ф.058/у) и в течение 12 часов передать в территориальный Центр Госсанэпиднадзора (по месту регистрации заболевания независимо от места жительства больного).** Сведения о заболевшем также регистрируются в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (ф. 060/у).

На основании разработки данных по «Экстренным извещениям» заполняется отчетная форма № 7-tibbiyot «Отчет об инфекционных и паразитарных заболеваниях».

Заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями. Организация специального учета таких важнейших неэпидемических заболеваний, как туберкулез, болезни, передающиеся половым путем, микозы (трихофития, микроспория), фавус, чесотка, трахома, злокачественные новообразования, психические заболевания и наркологические расстройства, связана с тем, что они требуют раннего выявления, всестороннего обследования больных. Больные, выявленные в любом лечебно-профилактическом учреждении, берутся на учет специализированными диспансерами. На всех больных, у которых выявлено заболевание, заполняется «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, болезни передающейся половым путем, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания» (ф. 089/у), «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (ф. 090/у), «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании (ф. 091/у). В случае выявления бациллярного туберкулеза, сифилиса, гонореи, грибковых заболеваний, чесотки, трахомы оформляется не только «Извещение» по форме 089/у, но и «Экстренное извещение» по форме 058/у, которое передается в территориальный ЦГСЭН в установленном порядке. **«Извещения» по формам 089/у, 090/у, 091/у составляются на больных, у которых заболевание выявлено:**

1) при самостоятельном обращении в поликлинику за медицинской помощью
2) при целевых и периодических профилактических осмотрах
3) при медицинском освидетельствовании
4) при обследовании в стационаре
5) во время операции
6) на вскрытии

Составленные «Извещения» в **трехдневный срок** отсылаются в соответствующие диспансеры (кабинеты ЦРБ) по месту постоянного жительства больного.

На основе разработки данных по «Извещениям» о важнейших неэпидемических заболеваниях заполняются отчетные формы № 7-SSV «Отчет о злокачественных заболеваниях», № 8-SSV «Отчет о заболеваемости туберкулезом», № 9-SSV «Отчет о кожно-венерических заболеваниях», № 10-SSV «Отчет о психических заболеваниях и расстройствах поведения», № 11-SSV «Отчет о наркологических расстройствах».

Госпитализированная заболеваемость. Единицей учета является случай госпитализации больного в стационар, а учетным документом – «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф.066/у), которая заполняется на основании «Медицинской карты стационарного больного» (ф. 003/у) и является статистическим документом, содержащим сведения о больном, выбывшем (выписанном, умершем) из стационара. Изучение госпитализированной заболеваемости дает более углубленную информацию о частоте отдельных наиболее тяжелых заболеваний, качестве диагностики и лечения, преемственности в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений.

На основании разработки «Статистических карт выбывшего из стационара» составляется отчетная форма № 2 SSV «Отчет о деятельности стационара».

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности занимает особое место в статистике заболеваемости в силу социально-экономической значимости. Данный вид заболеваемости изучается среди работающего населения. Единицей наблюдения при этом является каждый случай потери трудоспособности в отчетном году. На уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности влияют условия труда, быта, организация трудовых процессов, качество медицинской помощи, врачебной экспертизы и возрастно-половой состав работающих. Причинами временной нетрудоспособности являются не только болезнь или травма, но и санаторно-курортное лечение, отпуск по беременности и родам, карантин, уход за заболевшим членом семьи, временный перевод на другую работу, протезирование в условиях стационара. **Документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность являются: листок нетрудоспособности, книга регистрации листков нетрудоспособности – ф. 036/у, справка о временной нетрудоспособности при заболевании вследствие опьянения – ф. 094/у, врачебное заключение о переводе беременной на другую работу – ф. 084/у, справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком – ф. 138/у, справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся колледжей, лицеев, о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, дошкольное учреждение – ф. 095/у.** На основании разработки данных о временной нетрудоспособности составляется «Отчет о временной нетрудоспособности» (приложение № 3 к отчету № 3SSV «Отчет о деятельности лечебно-профилактического учреждения»).

Для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности используются следующие статистические показатели: число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих, число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих, средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности.

Важным методическим моментом при изучении заболеваемости является применение единой группировки болезней. Эту функцию выполняют классификации болезней. В настоящее время в нашей стране действует Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ 10). Внедрение МКБ 10 определено приказом Минздрава Республики Узбекистан от 21.01.2003 г. № 31 «О внедрении Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра в деятельность учреждений здравоохранения».

МКБ 10 является: нормативным документом, обеспечивающим единство и сопоставимость материалов о здоровье населения, об эпидемиологической ситуации и деятельности учреждений здравоохранения, как в пределах страны, так и между странами, а также вторым после латинского языка средством общения медицинских работников всех стран мира. Классификация разделена на 21 класс. Классы I-XVII предназначены для кодирования заболеваний и других патологических состояний. Класс XVIII предназначен для кодирования симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях. Класс XIX предназначен для кодирования травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних факторов. Класс XX предназначен для кодирования любых внешних причин болезней и других патологических состояний. Класс XXI предназначен для кодирования причин обращения пациента, не являющегося больным в момент посещения учреждения здравоохранения. Для правильной шифровки заболеваний, практикующие врачи должны не только освоить правила применения классификации, но и своевременно и качественно заполнять учетные медицинские документы (истории болезни, амбулаторные карты, статистические талоны уточненных диагнозов, экстренные извещения, листки временной нетрудоспособности и т.д.).

Таким образом, творческий, научно обоснованный подход медицинских работников к выполнению лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических мероприятий невозможен без обобщения, сравнительного анализа результатов практической деятельности. Широкое применение методов медицинской статистики в оперативной и плановой работе врача будет способствовать повышению качества лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жидкова О. И. Конспект лекций по медицинской статистике. Москва. Медицина 1983г.
2. Журавлева К.И. Статистика в здравоохранении. Москва. Медицина 1981г.
3. Кучеренко В.З. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения. Москва. ГЭОТАР - Медиа 2007г.
4. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. Москва. ГЭОТАР - Медиа 2012г.
5. Международная классификация болезней десятый пересмотр. Русско-узбекское издание. Ташкент 2004г.
6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 21.01.2003г. № 31.
7. Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 26.06.2006г. № 287.

УДК 616.3+616.6+618+613.88.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РАЗВИТИЯ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

(обзор литературы)

Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Маматкулов Ш.М., Шаймарданов Э.К.
(НЦ Колопроктологии МЗ РУз.)

Данный обзор освещает основные причины развития, клинику, диагностику, а также результаты хирургичекого лечения послеродовой анальной инконтиненции. В статье приведены данные зарубежных и отечественных авторов, занимающихся проблемой тазовой хирургии.

Ключевые слова: послеродовая травма промежности, анальная инконтиненция, сфинктеропластика.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ АНАЛ ИНКОНТИНЕНЦИЯНИ ДАВОЛАШНИНГ НАЗАРИЙ ВА АМАЛИЙ АСОСЛАРИ

Ушбу адабиётлар таллили туғруқдан кейинги анал сфинктери етишмовчилигини келтириб чиқарувчи сабаблари, клиник кўриниши, диагностикаси ва жарроҳлик усулида даволаш натижаларига бағишланган. Мақолада чанок туби жарроҳлиги муаммолари билан шуғулланувчи чет эл ва юртимиз мутахасисларининг маълумотлари келтирилган.

Калит сўзлар: туғруқдан кейинги оралиқ травмаси, анал сфинктер етишмовчилиги, сфинктеропластика.

BASIC PROVISIONS DEVELOPMENT THEORY AND PRACTICE TREATMENT OF POSTPARTUM ANAL INCONTINENCE

This overview highlights the major reasons for the development, clinic and diagnostics, as well as the results of surgery to treat postpartum anal incontinence. The article presents data of foreign and domestic authors concerned with the issue of pelvic surgery.

Keywords: postpartum perineal trauma, anal incontinence, sphincterplasty.

До сих пор проблема влияния родов на травматизацию структур тазового дна является актуальной и дискутабельной несмотря на большое количество исследований в том числе в рамках доказательной медицины. Роды являются основной причиной недержания кала и газов у женщин, но это не привлекает достаточного внимания акушеров-гинекологов. Акушеры-гинекологи часто стыдливо умалчивают о разрывах промежности III степени и об их осложнениях в дальнейшем [7].

Частота разрывов промежности III степени колеблется от 0,4 до 5%. В России частота разрывов мягких тканей родового канала колеблется от 10,3 до 40%, причем у первородящих они встречаются в 9 раз – 73%. В Республике Узбекистан за 2005 год по статистическим данным было 524517 родов, из них с разрывом промежности в 14020 (2,68%) случаях [3-5].

Согласно данным многих авторов [5,10,12,15,18], факторами риска разрыва промежности III степени являются наложение акушерских щипцов и вакуум-экстрактора, роды у первородящих, крупный плод (более 4000 г), срединная эпизиотомия, индуцированные роды, неправильное предлежание плода, эпидуральная анестезия, продолжительность второго периода родов более

1 ч, дистоция плечиков плода, экстракция плода, неправильное оказание ручного пособия при рождении плода.

Под термином «анальной инконтиненции» (АИ) подразумевается частичное или полное нарушение произвольного удержания содержимого толстой кишки.

Доказано, что эта патология неблагоприятно влияет на общественное, социальное, клиническое и психологическое состояние женщин. При этом отмечается социальная изоляция, возникновение депрессивных состояний, сексуальная дисфункция у пациенток с симптомами недержания кала и мочи. Множество женщин с АИ не ищут медицинской помощи, считая невозможными для себя обсуждение такой деликатной проблемы в том числе и с колопроктологом [11].

Приблизительно 10% женщин в течение жизни перенесли операции на тазовом дне, и почти 30% этих операций - по поводу рецидива болезни. Этот факт позволяет предположить, что с увеличением количества выполняемых оперативных вмешательств частота рецидивов и неудовлетворительных результатов останется высокой несмотря на введение множества новых диагностических методов, инструментальных средств, усовершенствование техники хирургических операции [3,17].

Для упреждения тяжелых родов в государственной программе «Год здорового ребенка», которым стал 2014 год в нашей стране, предусмотрен комплекс мероприятий по охране материнства и детства. Президент Узбекистана И. А. Каримов наряду улучшением качества жизни женщин считает необходимой широкомасштабную информационно-разъяснительную работу, по повышению их медицинской культуры [1].

За последние три года обследовано свыше 535 тысяч беременных женщин для выявления заболеваний. Реализация программы «Скрининг матери и ребенка» обеспечила сокращение рождаемости детей с врожденными пороками развития по сравнению с 2000 годом в 1,8 раза. Однако уровень деятельности работников медицинских учреждений в должной мере не отвечает современным требованиям, особенно по раннему выявлению и профилактике заболеваний [2].

Поэтому большое значение приобретает оценка основных положений развития теории и практики достоверной диагностики, эффективного хирургического и реабилитационного лечения АН у женщин.

В решении проблемы АИ важна объективная диагностика нарушений функции запирательного аппарата прямой кишки для подтверждения клинического диагноза, выбора метода лечения и оценки его эффективности при различных повреждениях анального жома. Такие элементарные и субъективные обозначения слишком расплывчаты, а их объективизация, как это ни удивительно для нашего высокотехничного века основывается до сих пор, главным образом, на пальцевом ректальном исследовании [11,12]. Колопроктолог, проводя первичный осмотр пациентки, сначала определяет, степень тяжести АИ и влияние этой патологии на образ жизни больной. В процессе беседы с пациенткой, врач пытается найти, подсказки, которые могли бы указать на истинную причину возникновения АИ. Например, если на врачебном приеме находится рожавшая женщина, она должна подробно описать весь родовой процесс [6].

Для полноты картины, функционирования и строения анального канала требуются дополнительные исследования. Например, манометрия. С помощью этого исследования, можно определить параметры сжатия и расслабления мышечных групп анального канала. При помощи специального катетера измеряют и силовые импульсы, идущие от мышц, чтобы определить насколько сильны или ослаблены мышечные группы анального канала [14].

Другие исследования используются для определения насколько правильно функционируют нервы, расположенные в анальном канале, которые иннервируют мышечные группы [15, 17].

Кроме субъективных ощущений для определения степени недостаточности большое значение имеет объективная характеристика сократительного аппарата прямой кишки. В норме мышечный тонус сфинктера, по данным сфинктерметрии (на сфинктерометре с тензодатчиком М-258К), равен, в среднем, в покое 32,8мА (миллиампер), при максимальном сокращении анального сфинктера он возрастает, в среднем, до 62,7мА и более. При I степени недостаточности анального сфинктера показатели сфинктерометрии снижаются до 24,8 в покое и 53,7мА при напряжении, при II степени – до 16,2-36,8мА, при III степени – до 8,2- 12,7мА [4].

Учитывая полиэтиологичность заболевания важно систематизировать различные формы АИ. В литературе встречаются различные классификации АИ. Наиболее удобной является классификация В.Д. Федорова (1984) [8].

1. Без органического нарушения запирательного аппарата (функциональной этиологии): I степени - недержание газов; II степени — недержание неоформленного (жидкого) кала; III степени — недержание плотного кала.
2. С органическим нарушением запирательного аппарата (врожденная; травматическая - операция на прямой кишке и промежности, роды, травмы) – I, II, III степени.

3. Смешанная (функциональная; врожденная; травматическая) – I, II, III степени.

Для каждой степени недостаточности применяются различные виды лечения. При I степени с дефектом сфинктера менее 25 % основным методом лечения является консервативный. При недостаточности анального сфинктера II—III степени показано хирургическое лечение [13].

При лёгкой степени слабости мышц заднего прохода рекомендуются физкультура (плавание), соблюдение чёткого ритма и качества питания (профилактика поносов), прохладный водный туалет после стула, полное опорожнение кишечника (иногда неоднократное) в определенное время до ухода на работу., что касается таких специальных мер, как гимнастика анального сфинктера и рефлекторное восстановление его тонуса и силы по типу обратной связи (методика Биофидбек), то эти методы лечения используются специалистами-колопроктологами и дают определенный результат при настойчивом применении [6,9,13].

Установлено, что III степень разрыва промежности сочетается с высокой частотой остаточных структурных повреждений и симптомов вследствие неадекватного первичного зашивания разрывов. По данным A.H.Sultan и соавт. [18], у 47% женщин после зашивания разрыва промежности III степени имелись симптомы анальной недостаточности. Сонографически дефект сфинктера был выявлен у 85% женщин.

Другие исследователи [16] приводят высокую частоту анальной недостаточности после ушивания разрывов промежности III степени. Плохой исход первичного ушивания разрыва сфинктера прямой кишки объясняют прежде всего неадекватной техникой ушивания и недостаточным опытом врача. Акушеры при первичном ушивании пердпочитают соединять концы разорванного сфинктера двумя или тремья восьмиобразными швами [7,12]. Специалисты-колопроктологи предпочитают отдельные швы. При этом положительный эффект получен в 75% случаев [9,10].

Большинство авторов [4,14,15] больным с органической недостаточностью сфинктера заднего прохода I—II степени, дефектом протяженностью до одной четверти окружности заднепроходного канала, распространением рубцового процесса до уровня перианальной кожи, слизистой оболочки и мышцы сфинктера, любой локализацией дефекта по окружности канала, деформацией отверстия заднего прохода рекомендуют сфинктеропластику. При более выраженных изменениях запирательного аппарата прямой кишки выполняют сфинктеролеваторопластику. Показаниями к ней являются органическая недостаточность сфинктера II—III степени, наличие дефекта до одной четверти его окружности по передней или задней полуокружности заднепроходного канала, распространение рубцового процесса на мышцу сфинктера заднего прохода, а также недостаточность II—III степени, развившаяся в результате выпадения прямой кишки после ликвидации последней [5,8].

При недостаточности II—III степени с дефектом сфинктера до одной трети окружности и локализацией по боковым или переднезадним полуокружностям, распространением рубцового процесса на сфинктер и мышцы тазового дна некоторые авторы [16] рекомендуют сформировать запирательный аппарат прямой кишки и укрепить тазовое дно. С этой целью выполняют сфинктероглютеопластику — замещение дефекта сфинктера коротким лоскутом большой ягодичной мышцы.

Для больных с обширным повреждением сфинктера заднего прохода оптимально создание искусственного запирательного аппарата дистального отдела прямой кишки и формирование тазового дна из длиных лоскутов одной или двух больших ягодичных мышц. Операция может быть выполнена в 1 или 2 этапа, поочередно используя правую и левую ягодичные мышцы. Целесообразность этой техники объясняется тем, что большие ягодичные мышцы наиболее близко расположены к прямой кишке. Они обладают большой массой, имеют длинные мышечные волокна. Иннервация их, как и мышц наружного сфинктера, осуществляется из крестцового сплетения. Большие ягодичные мышцы, сокращаясь, способствуют наружному сфинктеру в удержании кишечного содержимого [8,16].

Часто неудовлетворительные послеоперационные результаты связаны с поздней обращаемостью больных. Многое зависит от степени разрыва промежности и протяженности повреждения анального сфинктера. Разошедшиеся концы сфинктера со временем перерождаются в грубую рубцовую ткань, что значительно усложняет ее выделение из окружающих тканей во время операции. Б.Н. Жуков и соавт. [3] отмечают, что положительные результаты оперативного лечения послеродовой АИ напрямую зависят от ранних сроков обращения за помощью и степени разрыва промежности.

Анализ литературы показывает актуальность проблемы анальной инконтиненции. Примерно, 6-10% женщин имеют нарушения акта дефекации после родов, у 1/3 остаются скрытые повреждения сфинктера. Это может сопровождаться немедленными симптомами или предрасполагать в дальнейшем к развитию недержания кала и газов. Анальная инконтиненция приводит не только снижению трудоспособности и качества жизни пациентов, но и вызывает социальную самоизоляцию за счет сильных душевных и психологических переживаний. Необходимы даль-

нейшие разработки способов диагностики и хирургических вмешательств, усовершенствование существующих, чтобы свести к минимуму травму промежности при родах через естественные родовые пути.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каримов И. А. Углубление демократических реформ и формирование гражданского общества – основа будущего Узбекистана // Народное слово. – 2013. – 10 декабря. – С.3.
2. Каримов И. А. 2014 год станет годом развития страны высокими темпами, мобилизации всех возможностей, последовательного продолжения оправдавшей себя стратегии реформ. – Ташкент: Узбекистан, 2014. – С.52.
3. Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Савинов А.И. Посттравматическая недостаточность анального сфинктера. // Тез. докл. науч. конф. с междунар. участием, посвященной 40-летию ГНЦ колопроктологии . – М., 2005. – С. 70-71.
4. Маткаримов С.Р. Хирургическая реабилитация больных послеродовым разрывом ректовагинальной перегородки, сочетанной недостаточностью анального сфинктера: дис…. на соиск. канд. мед наук.- Ташкент, 2008г.
5. Наврузов С.Н., Маткаримов С.Р., Маматкулов Ш.М., Наврузов Б.С. Хирургическое лечение послеродовых разрывов ректовагинальной перегородки, сочетанной недостаточностью анального сфинктера. // Колопроктология. - 2008. - № 2(24). С. – 17-18.
6. Подмаренкова Л.Ф., Шеломкова Г.А., Полетов Н.Н., Гагиева Э.Ю. Консервативное лечение недостаточности анального сфинктера. Актуальные вопросы колопроктологии. Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России с международным участием. Самара 2003;111—112.
7. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. – М.: Изд. журнала Status praesens, 2011. – 688с.
8. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н., Ан В.К. Руководство по колопроктологии. – М.: Д Медпрактика-М, 2004, – 488 с.
9. Цхай Б.В., Нурбеков А.А., Шакеев К.Т. Лечение послеоперационной анальной инконтиненции. // Актуальные вопросы колопроктологии. Маер. II съезда колопроктологов России с междунар. участием. – Уфа, 2007. – С. 119-120.
10. Berger MB, Delancey JO, Fenner DE. Racial differences in fecal incontinence in community-dwelling women from the EPI study. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2013 May-Jun;19(3):169-74.
11. Ellington DR, Polin MR, Szychowski JM, Deng L, Richter HE. The effect of obesity on fecal incontinence symptom distress, quality of life, and diagnostic testing measures in women. Int Urogynecol J. 2013 May 4.
12. Huebner M, Gramlich NK, Rothmund R, Nappi L, Abele H, Becker S. Fecal incontinence after obstetric anal sphincter injuries. Int J Gynaecol Obstet. 2013 Apr;121(1):74-7.
13. Kroesen AJ. [Pelvic floor and anal incontinence. Conservative therapy]. Chirurg. 2013 Jan;84(1):15-20.
14. Mayer AP, Files JA, Foxx-Orenstein AE. If you don't ask her, she won't tell you: fecal incontinence in women. J Womens Health (Larchmt). 2013 Jan;22(1):104-5.
15. Menees SB, Smith TM, Xu X, Chey WD, Saad RJ, Fenner DE. Factors associated with symptom severity in women presenting with fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 2013 Jan;56(1):97-102.
16. Omar MI, Alexander CE. Drug treatment for faecal incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 11;6:
17. Sansoni J, Hawthorne G, Fleming G, Marosszeky N. The revised faecal incontinence scale: a clinical validation of a new, short measure for assessment and outcomes evaluation. Dis Colon Rectum. 2013 May;56(5):652-9.
18. Sultan A. H., Kamm M. A., Hudson C. N. et. al. // New Engl. J. Med. – 1993. – Vol.329. – P.1905 – 1911.

УДК 615.273.5.03:616

ТРАНЕКСАМОВАЯ КИСЛОТА КАК СОВРЕМЕННОЕ СРЕДСТВО ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (Обзор литературы)

Сахарова О.И., Махмудова А.Д., Хайрутдинова Н.Х., Бабаева О.В., Хасанова К.Т.
(НИИ ГиПК МЗ РУз, РНПМЦ АиГ МЗ РУз, Адванс Фармасьютикал Бизнес)

Транексамовая кислота – синтетическое антифибринолитическое средство, сходное с эпсилон-амино-капроновой кислотой, с более мощным и продолжительным действием. В течение нескольких десятилетий эти средства применяются преимущественно в хирургической и акушерской практике, при кровотечениях на фоне фибринолиза.

Проанализированы около 30 научных работ зарубежных авторов по этому вопросу. Дана

оценка гемостатического эффекта, фармакокинетики, переносимости препарата, противопоказаниям и разнообразным способам применения. Особо отмечена возможность снижения потребности в переливании компонентов аллогенной крови, концентратах факторов свертывания крови, стоимости лечения.

Ключевые слова: транексамовая кислота, фармакокинетика, гемостаз.

ТРАНЕКСАМ КИСЛОТАСИ – ГЕМАТОЛОГИК БЕМОРЛАРГА ГЕМОСТАТИК ТЕРАПИЯ СИФАТИДА ЗАМОНАВИЙ ВОСИТА

Транексам кислотаси - синтетик антифибринолитик восита, эпсилон-амино-капрон кислотасига ўхшайди, кучлироқ ва узоқроқ таъсир кучига эга. У бир неча ўн йилликлар давомида бутун дунёда, асосан жарроҳлик ва акушерлик амалиётида фибринолиз фонидаги қон кетишларда қўлланилади.

Авторлар томонидан 30 га яқин чет эл олимларининг илмий ишлари ўрганилган. Гемостатик самарага, фармакокинетикага, дорининг ўзлаштирилишига, кўрсатма ва қўлланилишининг турли усулларига баҳо берилган, аллоген қон компонентларини, қон ивиши омили концентратларини қуйишга эҳтиёж камайишига ва шу билан биргаликда даволаниш баҳосининг имкониятлари камайишига алоҳида эътибор қаратилган.

Калит сўзлар: транекса кислотаси, фармакокинетика, гемостаз.

TRANEXAMIC ACID AS BEING PRESENT HEMOSTATIC THERAPY OF HEMATOLOGICAL PATIENTS

Tranexamic acid - a synthetic anti-fibrinolytic agent, similar to the epsilon-amino-caproic acid, having more potent and long lasting effect. For several decades, these tools are used worldwide mainly in surgical and obstetric practice,

with bleeding on the background of fibrinolysis.

The authors have done a great job. Analyzed about 30 scientific works of foreign authors on this subject. The evaluation of hemostatic effect, pharmacokinetics, tolerability, contraindications and varied methods of use. Highlighted the possibility of reducing the need for allogeneic blood transfusion components in concentrates of coagulation factors and thereby reduce the cost of treatment.

Key words: Tranexamic acid, pharmacokinetics, hemostas.

В последние годы антифибринолитические препараты приобретают особую значимость в связи с участившимися случаями гемотрансмиссивных заболеваний, так как снижают потребность в переливании компонентов аллогенной крови, потребность в концентратах факторов свертывания крови, стоимость лечения [22,23].

Транексамовая кислота (ТК) относится к группе средств антифибринолитического действия. В мире с 1964 года ТК широко и успешно используется при местных и генерализованных гиперфибринолитических кровотечениях: в гемотологии, акушерстве и гинекологии, стоматологии, хирургии, онкологии и других областях медицины; при кровотечениях, связанных с гипокоагуляционными нарушениями первичного и вторичного гемостаза (в том числе при тромбоцитопатиях, гемофилии и болезни Виллебранда) [2].

Метод лечения с применением ингибиторов фибринолиза внедрен несколько десятилетий назад, те же вещества используются до сих пор. Сюда входят апротинин натурального происхождения; производная аминокислотного лизина – эпсилон-аминокапроновая кислота (ε-АКК); более эффективная транексамовая кислота (ТК).

ТК - синтетическая транс-пара-(аминометил)-циклогексанкарбоновая кислота с молекулярной массой 157 (Да). Гемостатический эффект основан на ингибировании фибринолиза, то есть растворении фибриновых волокон [4, 5]. ТК блокирует лизин-связывающие сайты не только в плазминогене, но и в уже образовавшемся плазмине, препятствуя его взаимодействию с фибрином. В этом механизме действия – ТК – обладает преимуществом перед ε-АКК – прочностью связывания с молекулами плазминогена и плазмина; в различных клинических случаях обладает в 10-20 раз более сильным гемостатическим действием, чем ε-АКК. Побочный эффект либо отсутствует, либо крайне незначителен [4, 6, 7].

Гемостатический эффект ТК объясняется ее комплексным воздействием на разные звенья системы гемостаза – функцию тромбоцитов, фибринолиз, свертывающую систему крови и стимуляцию синтеза коллагена, благодаря которой увеличивается эластичность фибринового сгустка, что также ускоряет остановку кровотечения [3].

Обычная доза препарата - 20-25 мг/кг внутрь или 10 мг/кг в/в – позволяет достичь плазменного уровня в 30-50 мкг/мл [4].

Фармакокинетика препаратов ТК подробно изучена. Разные авторы свидетельствуют об их быстрой всасываемости (в течение часа при внутривенном введении) и быстром (в течение суток) выведении из организма; антифибринолитическая концентрация в различных тканях со-

храняется в течение 17 ч, в плазме - до 7-8 ч; после внутривенного введения концентрация снижается постепенно в течение 6 ч; период полувыведения составляет 3 ч; распределяется в тканях относительно равномерно (исключение — спинномозговая жидкость); объем распределения составляет 33% массы тела; 90% введенной дозы выделяется в неизмененном виде почками в течение первых 12 ч клубочковой фильтрацией [4, 8]. Разнообразны и способы применения ТК: внутривенный, пероральный и местный (в виде полосканий рта).

Авторы единодушны также в оценке хорошей переносимости препаратов ТК. При оральном применении иногда случались желудочно-кишечные расстройства (тошнота, рвота, диарея, боли в животе). Скорость внутривенного введения ТК не должна превышать 100 мг в минуту, так как более быстрое введение может вызвать гипотонию и головокружение [4, 10].

ε-АКК и ТК противопоказаны пациентам с почечным кровотечением и тем, кто проходит лечение с применением антиингибиторного коагуляционного комплекса FEIBA. Повторные инъекции ε-АКК или ТК также противопоказаны во время острой фазы диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови [11]. Во избежание риска появления тромбоза ТК противопоказана пациентам с тромбоэмболическими заболеваниями в прошлом, а для больных с почечной недостаточностью рекомендуется снижение дозировки [12].

Клиническое применение препаратов ТК многообразно. Приоритетной областью применения являются гинекология и акушерство [4, 13, 14].

Классический случай применения ТК – меноррагии, то есть, обильные менструальные кровопотери от 80 мл крови и выше в течение одного цикла. Исследования показали, что у женщин, подверженных меноррагии, содержание тканевого плазминоген-активирующего фактора в эндометрии в первый день цикла выше, чем у женщин с нормальной кровопотерей. [4, 9].

По мнению Winikoff и соавт. [15], обильное менструальное кровотечение начиная с менерхе является общим симптомом для женщин с такими геморрагическими расстройствами, как болезнь Виллебранда (БВ), тромбоцитарная дисфункция, дефицит факторов VII, X, XI и для тех, кто страдает гемофилией А или В. Распространенность БВ у женщин с меноррагиями в настоящее время составляет от 5 до 20%. Меноррагия является одним из наиболее распространенных геморрагических признаков БВ, отмеченны у 60-95% женщин с этим геморрагическим расстройством [16]. Это касается и маточных кровотечений пубертатного периода, когда пероральное использование препаратов ТК предпочтительнее. Эффективность гемостаза с помощью ТК сопоставима с таковой при применении комбинированных оральных контрацептивов [1].

Несколько контролируемых клинических исследований показали, что ТК, принимаемая во время менструации, снижает кровопотерю на 34-59% по сравнению с плацебо или контрольными пациентами. Сокращая кровопотерю, препарат также улучшает качество жизни женщин. [17, 9, 30].

Рекомендуемая оральная доза ТК составляет около 15 мг на кг массы тела каждые шесть-восемь часов; в общем виде, 1-1,5 г три раза в сутки от начала цикла до прекращения кровотечения. Некоторые пациентки с БВ общую суточную дозу 3-4 г принимали за один прием. Эта высокая доза переносилась хорошо, была удобной и эффективной при лечении меноррагии [18, 19].

Лечение при вагинальных родах и кесаревом сечении должно проводиться индивидуально и включать ингибиторы фибринолиза. Не смотря на то, что интенсивное кровотечение после родов может быть следствием разных причин, ясно, что при этом присутствует высокий уровень фибринолитической активности. При отделении плаценты происходит резкое снижение содержания ингибитора активатора плазминогена (PAI-2), а матка в это время становится крайне богатой активаторами плазминогена. У пациенток с БВ фактор Виллебранда (ФВ) снижается после родов в течение нескольких недель, как происходит с факторами VIII и IX в случае гемофилии А и В. Это увеличивает риск послеродового кровотечения. Поэтому ТК представляет собой полезную альтернативу препаратам крови для таких пациенток [21].

Согласно Demers с соавт. (2005), разработавших для Общества Акушеров и Гинекологов Канады согласительный документ по ведению врожденных геморрагических расстройств, в родах следует оказывать соответствующую помощь женщинам, страдающим гемостатическими расстройствами, совместно с центрами по лечению гемофилии. В этом обзоре указывается, что «врожденные геморрагические расстройства, такие, как болезнь Виллебранда, дефицит FXI, синдром Бернара Сулье, нарушения тромбоцитов, тромбоцитопения и т.д., не являются противопоказанием для гормональной и негормональной терапии (антифибринолитический препарат ТК, а также десмопрессин). Эти виды лечения являются терапией первой линии». [20].

В 2007 году Всемирная Организация Гемофилии опубликовала обзор «Ингибиторы фибринолиза при лечении геморрагических расстройств» (2007), согласно которому всем пациентам с геморрагическими расстройствами можно применять ингибиторы фибринолиза (ТК, ε-АКК) внутривенно, орально или местно – для профилактики и лечения с некоторыми исключениями (почечное кровотечение, лечение с применением полной дозы концентрата активированного

протромбинового комплекса). Для пациентов с почечной недостаточностью доза должна быть снижена [4].

В обзоре указано, что число доз антигемофильных препаратов и концентрата соответствующего фактора у пациентов с гемофилией и БВ, а также время пребывания их в стационаре существенно уменьшались при включении в схему лечения в качестве превентивной меры, препаратов ТК и антибиотиков при стоматологических и отоларингических вмешательствах . [22, 23].

При БВ для купирования таких кровотечений рекомендуется оральное или местное применение препаратов ТК индивидуально или в сочетании с десмопрессином или концентратом фактора Виллебранда [24].

Об успешной терапии ТК кровотечений, связанных с гематологическими нарушениями, сообщено в многочисленных исследованиях: при синдроме Бернара Сулье [25], дефиците фактора VII [26], при лейкозах [27], тромбоцитопениях и различных нарушениях тромбоцитов, таких, как тромбастения Гланцмана и болезни пула накопления [3, 28, 29].

Вывод. Таким образом, антифибринолитические агенты, чаще всего ТК, показывают благоприятное влияние на пациентов с врожденными и приобретенными геморрагическими расстройствами. Тяжелые побочные эффекты не подтверждены документально. ТК можно применять внутривенно, орально или местно. Растущее осознание, что через компоненты крови передаются болезни, усилило развитие стратегий по уменьшению аллогенного переливания крови при операциях, включающих применение антифибринолитических агентов. Это также может снизить потребность в концентратах факторов коагуляции, сократить затраты. При возникновении кровотечения активизируется процесс гемостаза, включающий фибринолиз. Поэтому применение ингибиторов фибринолиза самостоятельно или как дополнение к другой гемостатической терапии для пациентов с геморрагическими расстройствами чтобы уравновесить их недостаточный прогемостатический процесс оправданно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коколина В. Ф. Детская и подростковая гинекология. М.: Медпрактика-М., 2006. С. 174–228;
2. Лынник Л.В, Глухова М.М., Кривошеева Н.А. Применение нового антифибринолитического средства – транексамовой кислоты при геморрагическом синдроме и выраженной тромбоцитопении в терминальной стадии хронического лимфолейкоза. Трудный пациент № 11, том 5, 2007, с. 18-20
3. Обзор Лечение тромбоцитопатий http//portal-gematologija.ru/krov/157.html
4. Tengborn L. Fibrinolytic inhibitors in the management of bleeding disorders // reatmtnt of Htmophilia. – 2007. - № 42. – 15 p.
5. Duangrat C., Wongsri K., Pongpaibul Y. Spectrofluorimetric determination of tranexamic acid in hydrogel patch formulations by derivatization with naphthalene-2,3-dicarboxaldehyde/cyanide // J. Cosmet. Sci. – 2007. – Vol. 58, № 3. – P. 215-227
6. Wiman B., Wallen P. The specific interaction between plasminogen and fibrin. A physiological role of the lysine binding site in plasminogen.Thromb Res 1977; 10(2):213–22.
7. Levy J.H. Anti-inflammatory strategies and hemostatic agents: old drugs, new ideas // Hematol. Oncol. Clin. North. Am. – 2007. – Vol. 21, № 1. – P. 89-101.
8. Shapiro F., Zurakowski D., Sethna N. Tranexamic acid diminishes intraoperative blood loss and transfusion in spinal fusions for duchenne muscular dystrophy scoliosis // Spine. – 2007. – Vol. 32, № 20. – P. 2278-2283
9. Srinil S., Jaisamrarn U.Treatment of idiopathic menorrhagia with tranexamic acid // Med. Assoc. Thai. – 2005. – Vol. 88, Suppl. 2. – S1-S6
10. Greaves M., Watson H.G. Approach to the diagnosis and management of mild bleeding disorders // J. Thromb. Haemost. – 2007. – Vol. 5, Suppl 1. – P. 167-174.
11. Levi M, Toh CH, Thachil J, Watson HG. Guidelines for the diagnosis and management of disseminated intravascular coagulation. British Committee for Standards in Haematology. Br J Haematol. 2009 Apr;145(1):24-33
12. Ip P.P., Lam K.W., Cheung C.L. et al. Tranexamic acid-associated necrosis and int ralesional thrombosis of uterine leiomyomas: a clinicopathologic study of 147 cases emphasizing the importance of drug-induced necrosis and early infarcts in leiomyomas // Am. J. Surg. Pathol. – 2007. – Vol. 31, № 8. – P. 1215-1224
13. Lindoff C, Rybo G, Astedt B. Treatment with TA during pregnancy
and the risk of thrombo-embolic complications. Thromb Haemost 1993; 70(2):238–40
14. Henry DA, O'Connell DL. Effects of fibrinolytic inhibitors on mortality
from upper gastrointestinal haemorrhage. BMJ 1989; 298:1142–6.
15. Winikoff R, Amesse C, James A, Lee C, Pollard D. The role of haemophilia treatment centres in provid- ing services to women with bleeding disorders. Haemophilia 2004; 10 (Suppl 4):196–204

16. Kujovich JL. Von Willebrand's disease and menorrhagia: prevalence, diagnosis, and management. Am J Hematol 2005; 79(3):220–8
17. Bonnar J, Sheppard BL. Treatment of menorrhagia during menstruation: randomised controlled trial of ethamsylate, mefenamic acid, and TA. BMJ 1996; 313(7057):579–82
18. Ong YL, Hull DR, Mayne EE. Menorrhagia in von Willebrand disease successfully treated with single daily dose TA. Haemophilia 1998; 4(1):63–5;
19. Mohri H. High dose of TA for treatment of severe menorrhagia in patients with von Willebrand disease. J Thromb Thrombolysis 2002; 14(3):255–7
20. Demers C, Derzko C, David M, Douglas J; Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Gynaecological and obstetric management of women with inherited bleeding disorders. J Obstet Gynaecol Can 2005; 27(7):707-32.

УДК: 542.06-824

МУЗЫКОТЕРАПИЯ КАК ФАКТОР САНОГЕНЕЗА

Курбанова Ш.М.
(ТашИУВ)

В этой статье приведены результаты многочисленных исследований о значении музыкотерапии для лечения и профилактики заболеваний. Особое внимание уделяется возможностям применения музыки, которая может способствовать не только снятию стресса, облегчению боли повышению резервных возможностей организма, но влиять на течение и прогноз психосоматической патологии. Изложены практические рекомендации, связанные с влиянием классической музыки на регуляцию психофизиологических процессов.

Ключевые слова: музыкотерапия, защитно-компенсаторные механизмы, профилактика заболеваний.

МУСИҚАТЕРАПИЯ САНОГЕНЕЗ ОМИЛИ

Ушбу мақоллада касалликларнинг даволаш ва профилактикасида мусиқатерапиянинг моҳияти борасида кўпдан-кўп изланишлар натижалари келтирилган. Мусиқанинг қўлланиши имкониятларига алоҳида диққат эътибор қаратилган. Мусиқа нафақат стресс холатини ечиш, оғриқни енгиллаштириш, организмнинг резерв имкониятларини ошириш, балким психосоматик патологияларнинг давомийлиги ва уларнинг ривожига таъсир этади. Психофизиологик жараёнларининг бошқарилишига классик мусиқанинг таъсири борасида амалий кўрсатмалар келтирилган.

Калит сўзлар: мусиқатерапия, химоя-компенсатор механизмлари, касалликларнинг олдини олиш чоралари.

MUSICOTHERAPY AS A FACTOR SANOGENESIS

This article presents the results of numerous studies about the importance of music therapy for the treatment and prevention of diseases. Special focus attention on using of music, which can not only help reduce stress, relieve pain, improve the protective and compensatory mechanisms of organism, but also affect the course and prognosis of psychosomatic pathology. Provides practical guidance related to the influence of classical music on the regulation of psychophysiological processes.

Key words: music therapy, protective and compensatory mechanisms, disease prevention.

Общеизвестно, что стрессовый фактор может повлиять на возникновение, дальнейшее развитие самых различных заболеваний, что является показанием для применения психотерапии в комплексе лечебных мероприятий [4]. Современный уровень медицины требует рассматривать терапию всех заболеваний с позиций целостного подхода. Поэтому до сих пор остаются открытыми вопросы поиска методов, объединяющих влияние на психологическом, психическом и физиологическом уровнях жизнедеятельности человека и позволяющих, таким образом, осуществлять индивидуальную психосоматическую гармонизацию всего организма. Требуются такие методы, которые могли иметь не только терапевтическое значение, но могли бы выполнять функцию превенции, даже на этапах отсутствия каких-либо структурных патологических изменений («настройка» организма на донозологическом этапе).

К таким методам можно отнести особый вид оздоровительной практики, как музыкальная терапия. Музыкотерапия - это целенаправленное применение музыки или музыкальных элементов для достижения терапевтических и профилактических целей, а именно, восстановления, поддержания и содействие психическому и физическому здоровью. В соответствии с классификацией, предложенной Национальным центром комплементарной и альтернативной медицины Национального института здоровья США, музыкотерапия относится к группе телесно-ментальных влияний и энергетической медицины (звукотерапия) в равной степени [12], что

подчеркивает важность указанного метода. Таким образом, является актуальным рассмотрение данного метода с позиций поиска эффективных, рентабельных и легко воспроизводимых методик оздоровления.

В настоящее время звук рассматривается как динамический фактор регуляции саногенеза. При этом частота, тембр, громкость музыкальных тонов указываются в качестве биологически активных параметров воздействия, а музыка, написанная в соответствии с законами гармонии, выполняет роль целенаправленного контролируемого сигнала для поддержания в организме антистрессорных реакций активации [7]. Физиологические реакции в ответ на воздействие музыкой разнообразны. Выделяют кардиоваскулярные, респираторные, гормональные, ментальные, а также ускорение нейротрансмиссии, модуляцию гормональной активности [11,13].

Любая музыка представляет собой звуковую волну, ее воздействие можно разделить на физическое и психофизиологическое. Слышание — всего лишь один аспект гораздо большего, динамического процесса, который заключается не только в восприятии звуков, пространственной координации, но и в нейроиммуноэндокринной модуляции в ответ на активацию лимбических структур. При прослушивании музыкальных произведений очаг положительной индукции конкурирует с очагом патологической доминанты и может существенно ослабить негативное влияние последнего на состояние организма. Указанные особенности влияния акустических сигналов на психологический и соматический компоненты составляют основу психосоматической гармонизации, «настройки» тонких граней целостного организма.

«Музыка «соприкасается» с нашими органами чувств намного раньше, чем любой другой возбудитель. Поэтому информация, получаемая через слуховые рецепторы, оказывается наиболее значимой. Она мобилизует нейроны и приводит к возникновению четких ощущений, а вместе с тем и реакции на ощущения в виде эмоций и чувств» [3]. В исследованиях, посвященных изучению влияния различных раздражений на органы чувств, выявлено, что наиболее сильное воздействие на эмоции при наиболее длительном периоде адаптации оказывают звуковые стимулы [3]. Суммируя представления о механизмах влияния музыки на организм посредством органов слуха, можно отметить, что звуки воспринимаются и проходят сложнейшую обработку в слуховом анализаторе, в частности в корковых структурах височных долей головного мозга [10]. При восприятии слушателя энергичная мажорная, умеренно громкая музыка тонизирует, а мелодичная, негромкая, умеренно медленная, мажорная и минорная музыка оказывает седативное действие. Кроме того, возникающие реакции слуховой адаптации порождают определенные эстетические переживания, активно влияющие на психоэмоциональное состояние человека. Положительное эмоциональное возбуждение при звучании приятных мелодий усиливает внимание и стимулирует интеллектуальную деятельность [10].

Изучение вегетативных реакции в зависимости от характера музыки дало возможность сделать следующие выводы: мажорная музыка быстрого темпа учащала пульс, повышала максимальное артериальное давление, увеличивала тонус мышц, повышала температуру кожных покровов предплечья [1].

Оригинальные исследования посвящены изучению функциональных изменений ЦНС при восприятии музыки. При этом осуществлялась запись электроэнцефалограмм у испытуемых с одновременной регистрацией кожно-гальванических реакций. Обнаруженные данные свидетельствовали об изменении потока возбуждения в кортико-таламических и кортико-лимбических кругах. Более глубокие положительные эмоции при прослушивании определенных музыкальных произведений сопровождались изменениями ЭЭГ, свидетельствующими о большой активности коры головного мозга, учащением сердечных сокращений и частоты дыхательных движений. Авторы пришли к заключению, что мелодии, доставляюшие человеку радость, замедляют пульс, увеличивают силу сердечных сокращений, способствуют расширению сосудов и нормализации артериального давления, а раздражающая музыка даёт прямо противоположный эффект [5,8].

Прослушивание мелодичной музыки в спортивном темпе негромкого звучания оказывало на больных седативное воздействие, а на ЭЭГ фиксировалось уменьшение в частотном спектре α-ритма или заметное увеличение его индекса, увеличение амплитуды α-ритма и снижение амплитуды быстрых колебаний. Музыка энергичная, с четким ритмом, контрастная, умеренного темпа и громкости давала тонизирующий эффект, что сопровождалось депрессией α-ритма, увеличением амплитуды и индекса быстрых колебаний. Анализ церебральной гемодинамики на основании данных реоэнцефалограмм показал, что в подавляющем большинстве случаев при прослушивании музыки происходила нормализация мозгового кровообращения [2].

Воздействие музыкой влияет не только на ЦНС, но и на функции других жизненно важных физиологических систем: кардиореспираторной, мышечной, пищеварительной.

Изучения влияния музыкальных воздействий на состояние студентов перед экзаменом и на эффективность выполнения ими тестовой операторской деятельности, выявили, что определенным образом подобранные музыкальные произведения улучшают самочувствие, снижают

психоэмоциональное напряжение, нормализуют вегетативный тонус и повышают эффективность деятельности обследуемых [9].

Музыка – это испытанное средство обезболивания при местных хирургических вмешательствах. Звуковые волны обладают активизирующим действием на противоболевую активность через виброрецепторы (тельца Паччини) при частотах акустических воздействий до 200 Гц. В целом ряде стран музыка в обязательном порядке включается в схему предоперационной подготовки тех пациентов, которым назначены обширные полосные операции. Во Франции, в Национальном институте переливания крови, во время операций передается музыка, подобранная в строгом соответствии с ее физиологическим действием на организм, индивидуальными особенностями человека и характером заболевания. В голландских больницах проводятся исследования по выявлению воздействия музыки на течение болезней сердца. В Московском медицинском центре «Эйдос» музыкотерапия используется для лечения сахарного диабета – там выявили прямую связь между уровнем сахара в крови и психологическом состоянием человека. В этом центре применяют звуки природы (шум моря, шелест деревьев, пение птиц и т.п.) для расслабления больных.

В Гетингемском университете (Германия) провели эксперимент: на группе добровольцев испытывали эффективность средств для сна и записи колыбельных песен. На удивление, мелодии оказались намного эффективнее медикаментов – сон был крепким и глубоким.

Терапевтическое сочетание иглорефлексотерапии в комплексе с музыкотерапией при лечении функциональных нарушений толстой кишки обнаруживает высокую клиническую эффективность. Данная методика позволила получить положительную динамику в моторике толстой кишки с одновременной оптимизацией общего состояния, уменьшением эмоциональной лабильности, улучшением вегетососудистых реакций [6].

В ряде больниц Голландии исследовалось влияние музыки на течение заболеваний сердечно-сосудистой системы. Выявлено, что специально подобранная классическая музыка помогает преодолевать состояние одиночества, улучшает психоэмоциональный фон, оказывая позитивное влияние на гемодинамику. В результате проведенных исследований показано положительное воздействие музыки на больных с сердечными заболеваниями.

Новые изыскания в области альтернативных (минующих слух, аппликационных) музыкальнотерапевтических воздействий являются также актуальными, позволяя осуществлять местное воздействие акустическими сигналами на органы.

Звук частотой 3 кГц при аппликации акустического излучателя на проекцию почек активизирует диурез на 20-25% у лиц со сниженной выделительной функцией. Этот метод позитивно воздействует и при лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей [10].

Существующие исследования показали, что наиболее возбуждающим действием обладает музыка Вагнера, "Балеро" Равеля, "Весна священная" Стравинского с их нарастающим ритмом. "Каприз №24" Паганини в современной обработке повышает тонус организма, настроение.

Уравновешиванию нервной системы способствуют записи со звуками природы: шум моря, леса, пение птиц и т.п., также пьесы из цикла «Времена года» Чайковского, "Лунная соната" Бетховена.

"Полезной" для здоровья также считаются: К.Монтеверди – мадригалы, Ж.Б.Люлли – сюиты для оркестра, А.Вивальди – концерт для двух мандолин, И.С.Бах – "ХТК" и "Рождественская оратория", Глюк – "Орфей и Эвридика", любые произведения Моцарта и Бетховена, Россини – "Севильский цирюльник", Глинка – "Камаринская", Лист – "Прелюды", "Фантазия на венгерские народные темы", Верди – "Риголетто", "Травиата", Брамс – "Венгерские танцы", Чайковский – "Евгений Онегин", "Лебединое озеро", "Щелкунчик", Григ – "Пер Гюнт" и т.д.

Европейскими специалистами было также отмечено, что музыка действует избирательно - в зависимости не только от её характера, но и от инструмента, на котором исполняется. Например, звучание кларнета положительно влияет на систему кровообращения, струнные инструменты действуют преимущественно на сердечно-сосудистую систему, а флейта позитивно воздействует на легкие и бронхи слушателей.

Самой полезной для здоровья и красоты специалисты считают музыку Моцарта. Произведения Моцарта рекомендуются для снятия стресса, эффективного усвоения учебного материала, от головной боли, а также во время восстановительного периода, например, после студенческой сессии, ночной смены, экстремальных ситуаций и т.д.

Постепенно растущее признание эффективности музыкальной терапии привело к необходимости разработки академической программы по подготовке профессиональных музыкотерапевтов. Первая учебная программа в Великобритании была осуществлена в Лондоне в 1961 г., а в 1975 г. там же был основан Центр музыкальной терапии. В Германии музыкотерапевты, подготовленные по системе Нордоффа-Роббинса, начали работу в 1978 г. в больнице Хердеке и в Музыкальном колледже в Аахене. В 1985 г. при медицинском факультете университета Виттен/

Хердеке был организован Институт музыкальной терапии.

Работая совместно с врачами и исследователями, сотрудники этого института распространили применение музыкотерапии на многие области: детскую и взрослую психиатрию, педиатрию, спинномозговые травмы, невропатологию, психосоматические заболевания, внутренние болезни, интенсивную терапию [14,15].

В дальнейшем учебные музыкально-терапевтические программы были внедрены в ряде других стран Европы.

Музыкальная терапия как независимая дисциплина широко практикуется в США; сфера ее применения постоянно расширяется в Австралии, Японии, Новой Зеландии, Южной Америке и других странах.

Современные исследования показали, что возможности применения музыкотерапии в лечебно-профилактической медицине достаточно широки и могут включать в себя разнообразные программы: для снятия стресса и облегчения боли у взрослых и детей; для повышения резервных возможностей организма человека в центрах здоровья; для больных бронхиальной астмой; для взрослых с отклонениями в развитии; для контингента психиатрических больниц и клиник всех возрастных групп; для лиц, страдающих психосоматическими расстройствами; для пациентов реабилитационных центров, имеющих физические нарушения; для престарелых и лиц, нуждающихся в постоянном уходе; для детей, страдающих нарушениями речи и отстающих в развитии, и т. д.

Таким образом, умело подобранная музыка оказывает целенаправленное влияние на деятельность человека, способствуя ритмической перестройке организма. Под влиянием музыки, физиологические процессы протекают более сбалансировано, за счет этого активизируются и усиливаются защитно-компенсаторные механизмы. С помощью музыкотерапии пациент может достичь большей психической и физической стабильности, приобрести возможность лучше и эффективней функционировать в социуме. При этом, по мнению немецких исследователей, музыкотерапия как наука имеет, по меньшей мере, три существенных преимущества по сравнению с другими методами лечения, поскольку не вызывает побочных эффектов, привыкания, экономически целесообразна, поскольку при максимуме результативности требует затрат минимума средств [16].

Учитывая саногенное влияние музыки и эффективность применения при лечении заболеваний, необходимо включить в комплекс лечебно-профилактических мероприятий музыкотерапию, как самостоятельный или дополнительный вид терапии.

Подобный эффективный диалог представляется залогом успеха в становлении и признании музыкотерапии как саногенетической технологии, что обеспечит новые возможности осознанного применения звука как основы рассмотренного метода оздоровления.

Именно комплексное, гармонизирующее влияние музыкотерапии, позволяет сделать вывод о перспективности использования данного направления в системе лечебно-профилактической медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голдмен Д. Целительные звуки. Издательский дом «София», Москва, 2003
2. Гринева И. М. Изучение особенностей музыкального восприятия у больных с начальными проявлениями неполноценности кровоснабжения мозга: Дис. ... канд. мед. наук. - Л., 1981.
3. Декер-Фойгт Г.Г. Введение в музыкотерапию (Пер. с нем.). ПИТЕР, Санкт-Петербург, 208 с.
4. Карвасарский Б.Д. (ред.) Психотерапевтическая энциклопедия. ПИТЕР, Санкт-Петербург, 2006, 944 с.
5. Захарова Н. Н., Авдеев В. М. Функциональные изменения центральной нервной системы при восприятии музыки // Журн. высш. нерв. деят. - 1982. - Т. 32. вып. 5. - С. 915-929.
6. Лапшин В. П., Левитан М. Х. и др. Иглорефлексо- и музыкотерапия в лечении функциональных нарушений толстой кишки // Труды НИИ проктол. - 1992. - Т. 1. - С. 160.
7. Самсонова Г.О. Музыкотерапия в комплексе оздоровительных технологий. В кн.: А.А. Хадарцев (ред.) Специальные разделы восстановительной медицины. Теория и практика восстановительной медицины, Т. V, Дизайн-Коллегия, Тула — Москва,2006, с. 14–60
8. Тарханов, И.Р. О гальванических явлениях в коже человека при раздражении органов чувств и различных формах психической деятельности / И.Р. Тарханов // Вестник клинической и судебной психиатрии и неврологии. 1889. - № 1. - С. 73-75.
9. Фудин Н. А., Тараканов О. П., Классик С. Я. Музыка как средство улучшения функционального состояния студентов перед экзаменом // Физиология человека. - М., 1996. - Т. 22, №2. -С. 1-9.
10. Шушарджан С.В. Руководство по музыкальной терапии. Медицина, Москва,2005, 450 с.; Шушарджан С.В. Современные методы музыкальной терапии и эффекты, возникающие

при воздействии музыкой и различными акустическими сигналами на организм человека. 2005, Традиционная медицина, 2(7): 23–29.; Шушарджан С. В. Психофизиологические и биофизические основы адаптогенно-восстановительных эффектов музыко-вокалотерапии: Дис. ... д-ра мед. наук. - М.. 1994.

11. Fukui H., Toyoshima K. Music facilitate the neurogenesis, regeneration and repair of neurons. Med. Hypotheses., 2008, 71(5): 765–769.

12. Hawks J.H., Moyad M.A. CAM: definition and classification overview. Urol. Nurs., 2006, 23(3): 221–223.

13. Möckel M., Röcker L., Störk T. et al. Immediate physiological responses of healthy volunteers to different types of music: cardiovascular, hormonal and mental changes. Eur. J. Appl. Physiol. Occup. Physiol., 1994, 68(6): 451–459.

14. Nordoff P., Robbins C. Musik als Therapie fur behindene Kindder. - Kiett-Cotta, 1983.

15. Priestly M. Music Therapy in Action. - London. 1975.

16. Tüpker R. Reader musiktherapie. Institut für Musikwissenschaft und Musikpädagogik Westfälische Wilhems-Universität, Műnster, 2008, 174 s.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ (ИНТЕРНЕТ)
ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАРИ (ИНТЕРНЕТ)

Вредна ли кока-кола

Кока-кола – один из самых любимых напитков подрастающего поколения. Но так ли он безвреден для молодого организма? Давайте попробуем разобраться. Вредна ли кока-кола? Врачи – диетологи в один голос говорят, что этот напиток очень вреден для молодого организма. Специалисты утверждают, что этим «напитком радости» можно чистить унитазы, мельхиоровые ложки и моторы грузовиков. Представляете, что происходит в нашем организме, после того как туда попадает выпитая нами кока-кола?!! Исследования показали, что регулярное употребление колы чревато развитием гипертонии. Синтетический сахарозаменитель, содержащийся в коле и других подобных напитках, искусственно возбуждает жажду, побуждая пить еще и еще, а в больших дозах вызывает нервные расстройства, депрессии и нарушения умственного развития. Консервант тоже «хорош»: угнетает активность ферментов, прежде всего – расщепляющих жиры и крахмал (здравствуй, ожирение!). Поэтому наш ответ на вопрос: «Вредна ли кока-кола?» – да! Старайтесь по возможности как можно меньше пить кока-колы, отдавая предпочтение минеральной воде и сокам, и будьте здоровы!

LiveJournal

Лапша быстрого приготовления вредит сердцу

Такое популярное блюда, как лапша быстрого приготовления - очень вредна для сердца. К такому выводу пришли американские ученые. Они выяснили, что те люди, которые употребляли в пищу это блюдо два-три раза в неделю, имели очень большой риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и инсульта. При этом, чаще всего от последствий употребления быстрорастворимой лапши страдают женщины. Исследования проводились в азиатских странах, т.к. именно там постоянно используют лапшу быстрого приготовления в разных блюдах. Самый высокий уровень употребления лапши установлен в Южной Корее. Поэтому неудивительно, считают ученые, что за последние время в этой стране заметно вырос процент людей, страдающих от сердечно-сосудистых заболеваний и диабета, а также от ожирения. Они уверены, что лапша быстрого приготовления играет в этом большую роль. т.к. содержит большое количество соли.

nanofizika-bio.ru

Сахар-белый враг

Мы все знаем, что употребление большого количества соли оказывает негативное влияние на сердце и сосуды. А вот врачи из Канзаса выяснили, что сахар повышает давление гораздо больше, чем соль. Сахар способен оказывать влияние на гипоталамуса, который учащает сердечный ритм и повышает давление. Кроме того, сахар способствует выработке инсулина, а это также учащает сердцебиение и приводит к повышению давления. Врачи считают, что снижение количества соли в рационе уменьшит риск развития ожирения и сердечнососудистых заболеваний. Но американские ученые предупреждают, что снижение употребления соли, приведет к увеличению употребления сахара. А это, в свою очередь, приведет не только к ожирению и развитию диабета, но и к развитию других, не менее серьезных заболеваний.

nanofizika-bio.ru

Первое в мире искусственное сердце работает уже 2 месяца

Состояние пожилого француза, в груди которого на протяжении вот уже 2 месяцев бьется первое в мире искусственное сердце, значительно улучшилось. Он давно дышит самостоятельно и ежедневно увеличивает расстояние, которое проходит во время прогулок.

К двухмесячному «юбилею» исключительно важного события в мире медицины врачи парижской клиники имени Жоржа Помпиду (George Pompidou Hospital) обнародовали пресс-релиз о состоянии 76-летнего пациента, которому 18 декабря минувшего года впервые в мире было имплантировано полноценное искусственное сердце.

Сердце, которое теперь бьется в груди больного, страдавшего тяжелой сердечной недостаточностью — уникально, поскольку впервые французским ученым из компании Carmat, удалось создать модель, обладающую способностью изменять объем крови, поступающей в артерии больного, в зависимости от величины физической нагрузки.

В пресс-релизе также сообщается, что больной дышит самостоятельно, еще 10 января он прекратил принимать препараты, предотвращающие тромбообразование, и у него хороший аппетит.

В настоящее время пациент ежедневно занимается лечебной физкультурой, причем дистанция, которую он проходит каждый день, постоянно увеличивается.

Mail.Ru

Лучшим средством для профилактики и лечения рака является быстрая ходьба

Физические нагрузки, несомненно, полезны для человека. Однако особое внимание представителям сильного пола необходимо обратить на быструю ходьбу. Именно ходьба названа учеными одним из самых эффективных способов борьбы с онкологией. Эксперты провели масштабное исследование среди 1455 мужчин 60 лет. У всех участников уже был рак простаты на начальной стадии.Эксперимент продолжался около 3 лет, все это время ученые тщательно следили за состоянием здоровья, скоростью прогрессирования заболевания, метастазами и случаями летального исхода.

Результаты показали удивительное влияние быстрой ходьбы на состояние здоровья мужчин. Развитие рака предстательной железы значительно замедлялось у добровольцев, которые занимались быстрой ходьбой около 3 часов в неделю. Ходьба способствовала тому, что опухоли перестали расти. Кроме того, интенсивность нагрузок и количество часов сказывались на результате.

Чем больше мужчины ходили, тем лучше себя ощущали. Однако медленные прогулки не давали подобного эффекта, заболевание продолжало развиваться. Эксперты уверяют, что мужчинам необходимо заниматься быстрой ходьбой несколько часов в неделю, чтобы предотвратить развитие одного из самых опасных заболеваний.

Copyright © Новости онкологии

Один апельсин в день защитит от рака

Обзор научных исследований, в которых изучалось благотворное влияние апельсина на организм человека, а в частности его противораковые свойства, позволили ученым заключить, что регулярное употребление этого цитрусового фрукта может предотвратить развитие онкологических заболеваний. Исследователи представили сведения о выявлении очевидной связи между употреблением апельсинового сока и предотвращением рака. В статье под названием «Апельсиновый сок и химопрофилактика рака» обсуждается присутствие предполагаемого механизма, участвующего в процессе предотвращении рака, а также возможное использование его в медицине в будущем.

Несмотря на потенциальную токсичность при чрезмерном употреблении апельсиновый сок обладает многочисленными положительными эффектами, в частности из-за большого содержания в нем антиоксидантов.

Результаты более ранних исследований показали, что апельсиновый сок сокращает риск развития лейкемии у детей, а также предупреждает развитие рака груди, печени и кишечника. “Апельсиновый сок может служить химиопрфилактикой на каждой стадии обнаружения и прогрессирования рака”, отметили ученые.

Copyright © Новости онкологии

Ученые: классическая музыка помогает онкологическим больным

Исследования американских ученых привели их к выводу, что прослушивание классической музыки во время прохождения курса лечения от онкологических заболеваний может поспособствовать выздоровлению пациента. Когда человеку сообщают, что он болен раком, он впадает в депрессивное состояние, из которого очень сложно выйти. Специалисты советуют в таком случае три недели слушать исключительно классическую музыку. Исследователи

заметили, что при такой терапии больной начинает осознавать нужные вещи и начинали верить в выздоровление, это придавало им сил. Также, прослушивание классики возможно применять как обезболивающее средство, передает Vladtime. Но основное требование, чтобы музыка была спокойной и умиротворяющей.

Copyright © Новости онкологии

Продукты для профилактики рака

Для того чтобы предотвратить развитие рака, нужно отрегулировать свой рацион. Врачи и диетологи утверждают, что есть продукты, которые способны снизить риск появления данного заболевания. Так, фасоль и другие бобовые содержат много полезных веществ, обладающих способностью подавлять рост опухолей. Капуста всех сортов (брокколи, цветная, брюссельская и т.д.) содержит вещества, способные ингибировать рост раковых клеток толстой кишки, молочной железы, головного мозга и легких.

imedexpert.ru

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПОТЕРМИИ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

Ким К.А., Ахмедова Р.Т., Рахмонов Р.Я., Холматов Х.Х., Ибрагимова Д.Р.
(ФФРНЦЭМП)

Описан клинический случай лечения с благоприятным исходом гипотермического состояния. Определены факторы, влияющие на результаты клинических исследований при гипотермии в практике экстренной педиатрии. Было проведено политермометрическое исследование по изучению состояния гипотермии. Подробно описаны методики проведения и результаты диагностических исследований при гипотермических состояниях. Авторы отмечают, что не всегда – скрытая стадия гипотермии остаётся скрытостью, а при тщательном обследовании больных можно выявить различные отклонения.

Ключевые слова: гипотермия, клиническое исследование, экстренная педиатрия.

ШОШИЛИНЧ ПЕДИАТРИЯ АМАЛИЁТИДА ГИПОТЕРМИЯНИНГ КЛИНИК ХОЛАТИ

Гипотермияни муваффакиятли даволашни клиник холати келтирилган. Шошилинч педиатрия шароитида гипотермия холатини клиник текширувлари натижаларига таъсир этувчи омиллар белгиланган. Гипотермия холатини ўрганишни политермометрик текширув усуллари олиб борилган. Гипотермик холатларни олиб бориш услублари ва диагностик текширувлар натижалари хақида маълумот келтирилган. Муаллифлар ҳамма вақт ҳам эрта яширин гипотермия яширин холатда кузатилмай, балки яхшилаб текширилганда турли орган ва тизимларда жараёнлар аниқлашини кўрсатишган.

Калит сўзлар: гипотермия, клиник изланиш, шошилинч педиатрия.

CLINICAL CASE OF THE HYPOTHERMIA IN PRACTICAL OF EMERGENCY PEDIATRICS

Treatment clinical case with favorable outcome of the complicated dislocation of the hypothermia. The factors influence on the positive result at dislocation of the hypothermia in practical of emergency pediatrics. The study was thermometric carried has been made on studding condition of hypothermia. Results of methods and diagnostic investigations of this hypothermics status. Authors mark, that not always the late of stages of the hypothermia remain hidden, and careful examination may reveal various deviations.

Key words: hypothermia, clinical carried, emergency pediatrics.

Гипотермия – патологическое состояние организма при снижении температуры на 0,5 и более градусов С. Гипотермия, как правило, является результатом многочисленных этиологических факторов, патологических состояний и заболеваний. [1, 2, 5, 6, 8-10]. Сложность или примитивность диагностики гипо- и гипертермии состоит в том, что при общих клинических проявлениях (озноб, сонливость, нарушение ритма сердца) в 75-80% случаев имеют схожую картину. Основным критерием выступает температура тела ребенка. [3, 6, 8-10]. В современной литературе по гипотермии имеются разноречивая информация, тем более в случаях длительной и тяжелой гипотермии. В доступной нам зарубежной и отечественной литературе описание случая длительной гипотермии у ребенка раннего возраста на фоне сочетанных патологий и клинико-патогенического лечения не обнаружено. [2, 5, 6-10]. Учитывая возраст и пол ребенка, разноречивость и ограниченность информации, осложнения, возникающие в первые же часы и оказывающие негативное воздействие на развивающийся организм ребенка в будущем. Одним из основных факторов является иммунитет, по понятным причинам необходим и важен, тем более при сочетанных патологиях. Температура тела человека относится к числу физиологических констант организма. В зарубежных руководствах в качестве нормальной указывают $37,5^0$

С, против отечественных 36,6^{0}С, потому, что ими принято измерять Т^0 тела ректально или во рту. [6-10]. В мировой клинической практике достаточно подробно изучены общее переохлаждение и замерзание организма, в следствии длительного пребывания на холоде. В отличие от вышесказанного, гипотермические состояния изучены и освещены, в частности, в экстренной педиатрии, недостаточно и противоречиво. [2, 6-10]. Принимая во внимание метаболические изменения уже при снижении Т^0 тела до одного градуса (36^0-35^0) и опасные осложнения при длительной и прогрессирующей гипотермии, актуальность проблемы дала нам повод для изучения. На базе Ферганского филиала РНЦЭМП, в отделении экстренной педиатрии, проведены этио-патогенические исследования и анализ детей с гипотермией за 2011, 2012, 2013 и 2014 года включительно. Отмечена экспрессия и рост детей с гипотермией: В 2011 году наблюдалось 10 больных детей (из них 7 мальчиков и 3 девочек), в - 2012-14 больных детей (10 мальчиков и 4 девочек), в - 2013-18 больных детей (13 мальчиков и 5 девочек) и в 2014 году, уже в первом квартале-5 детей (3 мальчика и 2 девочки). Большее количество приходится на возраст от 6-ти месяцев до 3- х лет, что составляет 45 % от общего количества. У этих детей гипотермия отмечалась, в среднем, до 35,4 ^{o} С, длительность патологии, на фоне специфической терапии, в среднем, составило, в среднем, 7,3 дней, тяжесть состояния, в среднем, эквиваленте расценивалась как средней степени. Течение основного заболевания коррелировало с клинико-патологическим процессом. В дальнейшем, при клиническом анализе и четко проводимых физикальных измерений, в частности температуры тела, длительное время (до недели более) проводилась терапия гипотермии и сочетанных патологий. В отличие от многих зарубежных и отечественных авторов, подавляющее количество больных детей, исходя из клинико-патогенических и лабораторных данных, были с инфекционной, в частности вирусной, и токсико-медикаментозной этиологией, что коррелирует с данными отечественных авторов. [2, 6-10].

Описание случая. Больная Д., 1 года, и.б. № 19908 поступила 01.12.2013. в отделение экстренной педиатрии ФФРНЦЭМП с жалобами, со слов матери, на повышение температуры тела до 39 градус С, кашель, ринит, слабость, сонливость, капризность, снижение аппетита. **Из анамнеза:** Со слов матери, указанные жалобы появились около недели назад. У ребенка отмечалось периодическое повышение температуры, преимущественно в ночное время. Мать связывала состояние с простудным заболеванием и проводила амбулаторно антибиотикотерапию и жаропонижающую терапию. Отмечено бесконтрольное, неадекватное и избыточное применение парацетамола, цефтриаксона и нафтизина. Педиатр по месту жительства проводил консервативную терапию, так же оказавшуюся неэффективной. **Объективно :** Общее состояние девочки средней тяжести. Сознание ясное. Ребенок вялый, адинамичный, капризный. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовой окраски. Температура тела 39 градусов С. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Возрастное развитие соответствует. Лимфоузлы без особенностей. Слизистые выделения из носа серозного характера. Миндалины не увеличены. Кашель редкий, сухой, тихий. Дыхание через нос затруднено в следствии ринита, без участия вспомогательных мышц. Цвет носогубного треугольника нормальный. В легких жесткое дыхание. Сердечные тоны ритмичные. Пульс слабого наполнения и напряжения 130 ударов в минуту. Артериальное давление 80/55 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня языка. Живот симметричный, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены. Общий анализ крови: Нв 97 г/л, эр. 3 , цв.пок. 0,9, тр. 180, л. 5,0, с. 48 %, п. 2 % , лимф. 46 %, мон. 3%, СОЭ 27 мм/ч. Биохимические и клинические анализы крови, мочи и кала без особенностей. Пациентке произведена компьютерная томография головного мозга, патологические изменения не выявленқ.

Инфекционно-аллергический статус со стороны клинических и параклинических лабораторных исследований без патологических отклонений. Консультация детского инфекциониста подтвердила полученные данные. Девочка консультирована офтальмологом и невропатологом, нарушений с этих сторон не отмечено. Показатели температуры измерялись общепринятыми методами (аксиллярный, оральный и анальный), так и специалогическим (интрааурикулярный) способом. За основной способ принят метод измерения Т^o С, в среднем, ухе. Режим измерения температуры распределялся в первые 2 суток составлял каждые 2 часа в дневное время и каждые 3 часа в ночное время. В последующие дни регистрация температуры тела производилась каждые 4 часа в дневное время и дважды в ночное. Измерения производились стандартными и электронными градусниками. Основной метод измерения в нашем исследовании проводился интрааурикулярным аппаратом «BD Instant Ear Thermometer» производства США компании «BD and BD – of Becton, Dicknson and Company». Температура девочки в момент поступления 39° С. В последующие часы температура снизилась на 2° и варьировала на субфебрильных параметрах 36 часов. К вечеру вторых суток зарегистрирована субнормальная температура 35,8^o С. В следующие восемь часов изменения были в пределах 35,5 – 36 ^{o}С. На третьи сутки дневная температура оставалась в пределах 37° С, но вечернее измерение снова зарегистрировало снижение Т^{o}С до субнормальных цифр. В последующие сутки температурный график установился

следующим образом: снижение температуры тела регистрировалась в ночное время , тогда как в дневное время оставалась в пределах нормы, либо незначительно повышалась. Исследование температурного режима проводилась на фоне стандартной терапии.

Заключение. На основании перечисленных объективных данных при поступлении был выставлен предварительный диагноз: Острая респираторная инфекция. В дальнейшем, после получения всех результатов клинических исследований диагноз был изменен. Был выставлен клинический диагноз: Острая респираторная инфекция. Гипотермия. Анемия I степени. Девочка находилась в стационаре 10 койко –дней. Гипотермические графики Т° С изменились незначительно. В последние двое суток снижения Т°С не отмечалось. Девочка выписана в относительно хорошем состоянии. Следует отметить, что в дальнейшем в течении 6 месяцев и 3 недель пациентка снова дважды поступала в стационар. Общий и клинический статус практически идентичны. Особо следует отметить, что под тотального контроля температурного режима у девочки уже на третьи сутки были купированы симптомы респираторного патологии. Лечение респираторного заболевания проводилась с учетом того, что девочка была сенсибилизирована в следствии неверного амбулаторного и доклинического вмешательства. Длительное наблюдение за девочкой, с высокой степенью вероятности, позволяет утверждать о вкявлении особого случая длительной гипотермии, при отсутствии известных этиологических и патогенетических механизмов и патологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов М.Б., Черненькая Т.В. Алгоритмы и организация антибиотикотерапии. Издательский дом Видар М 2004; 104-124.
2. Вестник эестренной медицины. Научно-практический журнал Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана 2014; 2: 168-169.
3. Геппе Н.А., Розинова Н.Н., Волков И.К., Мизерницкий Ю.Л. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. Трудный пациент. 2009 ; Т. 7; 1-2: 35-39.
4. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста. Под ред. Г.А.Самсыгиной. М Миклош. 2006; 279-287 .
5. Острые респираторные у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа. М 2004; 68 -74 .
6. Лихорадка у детей. Под редакцией А.Саиба Эль – Радхи, Дж.Кэрролла, Н.Клейна М., Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа». 2013; 250-270.
7. От симптома к диагнозу. Клинические разборы в педиатрии. Под ред. В.В.Чемоданова. М Издательство «Литерра». 2011; 145-164.
8. Dorothy N.E., Fung P., Lefkowitz M. et al. Hypothermia and sepsis (Letter). Ann. Intern. Med. 1985; Vol. 141. P 308.
9. Reeves M.M., Lewis F.J. Total body cooling in critically febrile patients. Surgery. 1958; Vol. 1. P. 84-90.
10. Lewin S., Brettman L.R., Holzman R.S. Infecnions in hyporhermyc patients. Arch. Intern. Med. 1981; Vol. 141; P 308.

УДК 616 24 – 002.1

ВИРУСНАЯ ПНЕВМОНИЯ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (Случай из практики)

Сайдахмедов И.О., Кодирова А.З., Махмудов Н.И., Мамаджанов Б.С.
(ФФРНЦЭМП)

Вирусная пневмония- воспаление легких, вызванное любым вирусом. Это заболевание может привести к летальному исходу. В статье описаны формы, виды и симптомы на основании практического лечения в ФФРНЦЭМП.

Ключевые слова: пневмония, вирус, мокрота.

ВИРУСЛИ ПНЕВМОНИЯ: ТАШХИСОТ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Вирусли пневмония – турли вирус сабабли ўпканинг яллиғланишидир. Бу касаллик ўлим ҳолатларига олиб келиш мумкин.

Мақолада ШТТЕИМФФда амалиётдаги тажрибамизга кўра пневмония шакллари, турлари ва симптомлари ёритилган.

Калит сўзлар: пневмония, вирус, балғам.

VIRUS PNEUMONIA. FEATURES OF DEVELOPMENT DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DISEASES

Viral pneumonia is pneumonia caused by any virus. This disease can be fatal. The article describes the forms, types and symptoms based on practical in our hospital treatment.

Key words: pneumonia virus, sputum.

Вирусная пневмония- воспаление легких, вызванное любым вирусом. Течение вирусной пневмонии несколько отличается от обычного воспаления легких отсутствием высокой температуры и признаками интоксикации. Болезнь поражает альвеолы – тонкостенные пузырьки, которые служат для насыщения крови кислородом. Важное значение для развития вирусной пневмонии имеют иммунный статус, возраст больного, время года, наличие заболеваний среди других членов семьи, эпидемическая обстановка, скученность.

Причины. Наиболее частыми возбудителями вирусной пневмониии являются: herpeszoster, вирус гриппа, аденовирусы, цитомегаловирусы.

Симптомы. Первичная вирусная (ранняя) пневмония развивается в первые-вторые сутки гриппа и протекает тяжело со следующими общими симптомами: выраженный токсикоз, ломота, диффузная миалгия, сильная головная боль, озноб, рвота, инъецирование склер глаз.

Главные симптомы – боли в грудной клетке, прострация, выраженная одышка с диффузным цианозом, кашель вначале сухой, потом (с 3 дня) с выделением большого количества кровавой мокроты. На основании физикальных данных инфильтрацию легочной ткани сразу обнаружить часто не удается. Аускультативно в легких определяются глухие влажные хрипы через 3-5 дней там, где были боли в грудной клетке.

Рентгенологически выявляют единичные или множественные очаговые затемнения округлой (их число и размеры соответствуют тяжести пневмонии), неправильной формы или диффузный интерстициальный инфильтрат. В тяжелых случаях могут быть видны билатеральные интерстициальные затемнения. У лиц молодого и среднего возраста без сопутствующей патологии такая вирусная пневмония протекает легче и подвергается обратному развитию. Обычно «сильная» пневмония возникает у лиц пожилого возраста с заболеваниями сердца.

Вторичная поздняя (постгриппозная, бактериальная) пневмония присоединяется к гриппу через 6 суток (и позже) и чаще обусловлена бактериальной суперинфекцией (гемофильная палочка, золотистый стафилококк, пневмококк). Обычно после снижения лихорадки улучшение состояния сменяется ухудшением: вновь повышается температура тела, появляется кашель с отделением гнойной мокроты. При физикальном и рентгенологическом обследовании легких обнаруживают признаки сегментарной (или долевой) инфильтрации легких. Изменения крови неспецифичны: при неосложненном гриппе число лейкоцитов, как правило, в норме, а при первичной вирусной пневмонии встречаются лейкоцитоз (или даже лейкопения), выраженность которых зависит от степени тяжести пневмонии и осложнений.

Аденовирусная пневмония занимает второе место по частоте среди вирусных пневмоний. Она может быть спорадической, но чаще носит эпидемический характер с более частой заболеваемостью в закрытых коллективах (например, новобранцы в казарме). Такая пневмония обычно нетяжелая и всегда связана с поражением верхних дыхательных путей (фарингит, фарингоконъюнктивит). Пневмония начинается незаметно с головной боли, повторных познабливаний, лихорадка не превышает 38 °С и держится 2-5 дней. У половины больных отмечаются симптомы ринита; часто имеются гиперемия мягкого неба, боли в горле, конъюнктивит, охриплость голоса. Почти у каждого больного появляются сухой, приступообразный кашель (или с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты), загрудинная боль. При аускультации выслушивается небольшое количество влажных хрипов. Диагноз без рентгенологического исследования не может быть поставлен с уверенностью. Нередко оно обнаруживает довольно значительные очаги, мало проявляющиеся клинически. Со стороны крови особых изменений нет. Тяжелые формы редки. Полное выздоровление наступает в течение 1-3 недель. Больные нередко в течение всей болезни остаются на ногах.

В отделение экстренной терапии Ферганского филиала научного центра экстренной медицинской помощи в 2012-13 гг. на лечении находились 1159 больных с диагнозом внестационарной пневмонии, из них 646(55,7 %) мужчин, 513 (44,3 %) женщин. После лечения с улучшением выписаны 1134 больных, летальный исход наступил у 25 (2,1 %) больных.

Лечение больных включал антибиотики цефолоспарины 3-4 поколения, респираторные фторхинолы , отхаркивающие, витамины группы «В», реосорбилакт,раствор натрий гидрокарбонат, циклоферон по схемы, иммуномодуляторы и препараты разжижающие крови:гепарин,эноксипарин. После выписки больным рекомендовано санаторно-курортное лечение.

Критерием выздоровления мы считаем нормализацию температуры, прекращение кашля, одышки, симптомов интоксикации, нормализацию показателей крови, исчезновение мокроты, улучшение иммунного статуса.

Наши исследования по поводу диагностики, своевременного выявления, госпитализации и лечения вирусных и бактериальных пневмониипозволяет сделать следующие выводы.

Вирусные пневмонии часто маскируются общеклиническими симптомами ОРВИ, характеризуются скудной клинической картиной.

На ранних этапах выявления необходимо обратить внимание на анамнез и симптоматику заболевших пневмонией с затяжным течением.

В лечение необходимо включать противовирусные препараты.

Необходимо учитывать преморбидный фон и наличие сопутствующих заболеваний со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной систем, патологии желудочно-кишечного тракта.

Точная диагностика и комплексное лечение вирусной и бактериальной пневмоний даёт положительный прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Циклоферон - от эксперимента в клинику / под ред. М.Г. Романцова. - СПб., 2002.
2. Романцов М.Г., Горячева Л.Г., Коваленко А.Л. Противовирусные и иммунотропные препараты в детской практике. - СПб., 2008.
3. Соколова Т.М., Урываев Л.М., Тазулахова Э.Б. // Вопр. вирусологии. - 2005. - № 2. - С. 32-36.
4. Коваленко А.Л., Казаков В.И., Слита А.В. Цитология. - 2002. - №7. - С. 659-664.
5. Циклоферон: от эксперимента в клинику / под ред. Ф.И. Ершова, М.Г. Романцова. - М., 1997. - 89 с.
6. Фрейдлин И.С. Дефекты иммунной системы. - СПб., 1998.
7. Дидковский Н.А., Наровлянский А.Н., Ковален- ко А.Л. Циклоферон в клинической практике. - СПб., 2000.
8. Романцов М.Г., Селькова Е.П., Гаращенко М.В. Антибиотики и химиотерапия. - 2009. - №9-10. - С. 37-41.
9. Романцов М.Г., Сологуб Т.В., Шульдяков А.А. Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2010. - №11. - С. 30-33.
10. Романцов М.Г., Голофеевский С.В. Антибиотики и химиотерапия. - 2010. - №1-2. С. 30-35.
11. Исаков В.А., Кобалова И.В., Ерофеева М.К. // Русский медицинский журнал. - 2011. - №21.
12. Романцов М.Г., Сологуб Т.В. // Клиническая медицина. - 2011. - №1.
13. Шульдякова О.Г., Петленко С.В., Коваленко А.Л. // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. - 2005. - №3. - С. 31-36.
14. Кондратьева Е.И., Матвеева Л.А., Тютева Е.Ю. // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. - 2005. - №1. - С. 41-44.
15. Селькова Е.П., Ботвиньева В.В., Жекалов А.Н. // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. - 2004. - №1. - С. 39-43.

КЛИНИК ФАРМАКОЛОГИЯ ДАРСЛИГИГА

ТАҚРИЗ

Мамадов Ю.М., Хўжамбердиев М.А., Маматов Б.Ю.
(АндДТИ)

Кадрлар тайёрлаш миллий дастури ғояларини амалда кенг тадбиқ этиш борасида юқори сифатли авлод дарсликларини замонавий талабларга жавоб берадиган қилиб яратиш муҳим аҳамият касб этади.

Охирги йилларда айниқса бундай фаолиятга эхтиёж мамлакатимиз қўламида ортди ва Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги тасарруфидаги таълим муассасаларида, хусусан тиббиёт институт/академияларида айнан шу масала долзарблашди. Буни бир неча сабаблари бор. Биринчидан, бизнинг фикримизча, кафедралар даражасида авлод алмашиши жадал кетаётган бир босқичда, Ўзбекистоннинг ва хорижий мамлакатларнинг тиббиёт соҳадаги етук олимлари қўлга киритган илмий, илмий-услубий натижаларини жамлаб дарслик ёзиш сустлашди. Иккинчидан, тиббий маълумотларни янгиланиши замонга мос тезлашди ва уларни қамраб олиб ўқув адабиётларни яратиб бориш янада катта салоҳият, нашр тажрибаси ва илмий дунё қараш талаб эта бошлади. Чунончи, 2014 йилда эълон қилинган статистикага кўра-тиббий информацияни икки баробарга янгиланиши ҳар 18 ойда содир бўла бошланди (қиёслаш учун-бу жараён ўтган асрда тубдан фарқ қилган ёки тиббиётга таъсир эта оладиган янгилик 50-100 йилда бир марта қайд этилган!!), 2013 йил давомида 55 та халқаро қўламли рандомизацияланган текширувлар ўтказилди ва натижалари эълон қилинди, 800 та клиник тавсиялар чоп этилди ва 5000 та журнал мақолалари нашр қилинди.

Шу боис, Республикамизда клиник фармакология соҳасини ривожланишига катта хисса қўшган олимлар томонидан чоп этдирилган ушбу дарслик, шак-шубҳасиз, янги авлод адабиётларини яратиш йўлида қилинган заҳматли, шарафли ва катта меҳнатни махсули бўлган ишдир.

Аввало, муаллифлар хақида фикр билдириш керак бўлади-ки, улар хозир бармоқ билан санаш даражасида кам бўлган, нашр тажрибаси ва ёзув нутқи хозир-жавоб мутахассис-клиницист-педагоглар қаторидаги мамлакатимизда танилган олимлар қаторида туришади. Ушбу дарслик 4-чи қайта ишланган нашр хисобланади ва ундаги мазмун давлат таълим стандартларига тўла жавоб беради ёки унинг моҳияти/йўналишлари Ўзбекистон Республикаси давлат таълим стандартлари ва ўқув режасига киритилганлиги алоҳида эътиборни жалб қилади.

Маълумки, дорилар оқими йил сайин "селсимон" кўпайиш тенденцияси билан қўламлашиб бормоқда ва таъбир жоиз бўлса, амалиёт шифокори ёки бугунги талаба учун гўёки "дорилар

чангалзори” вужудга келади. Беш юз мингдан ортиқ ном билан ифодаланувчи дори воситалари бозорга чиқарила бошланди.

Демак, “чангалзордан” тиканни беморга киритмасдан (дорининг зарар томонини йўқотиш йўли билан) олиб чиқиб кетиш ўта мураккаблашди ва уни ечиш йўлларидан бири, бу мунтазам клиник фармакология дарслигини янгилаб туришдир.

Муаллифларни энг аввало айнан шундай йўл тутиб бораётганликлари, ушбу дарслик тимсолида, яққол сезилади. Бу ҳам, бир томондан ибратли ва иккинчи томондан, тахсинга лойиқ ишдир.

Олдинги нашрларни тўлдириб, сифатлаштириб ва замонавийлаштириб ҳамда клиник фармакологиянинг мақсад ва вазифаларини мутлоқ акс этдириб яратилган дарслик, авваламбор, талабалар онги боп шаклда назариёт ва амалиётни уйғунлаштирган ҳамда шифокор фаолияти томон кескин яқинлаштирилган.

Дарслик 2 та бўлим 28 та бобда баён этилган. Уларнинг тиббий ва адабий тили, дарслиги ва аниқлиги, тўлиқлилиги ва фақат клиник фармакологиянинг “мағизий” йўналишларини мужассамлаштира олганлиги дарсликни салоҳиятини ва таъсирчанлигини оширган. Иллюстрация материаллари бой ва мазмунли-ки, улар талабаларнинг кўрув хотирасини ҳам қабул қилиш ва билиш жараёнига камарбаста қилиб қўйган.

Бир мазмунли фикр билан дарсликни баҳолаш керак бўлса, бемалол айтиш мумкин-ки, у клиник фармакологияни юқори босқичга олиб чиқа олган ва тўлик замонавийлаштирган.

Мен, Ўзбекистондаги ўзларининг дарслик ва монографиялар ёзиш мактабига эга бўлган йирик мутахассис-олимларимиз ижод намуналарини кузатиб бораман. Улар талаблар ва шифокорлар қалбига аллақачон буюк-устоз-ўргатувчи муаллифлар бўлиб кириб боришган-ки, келгусида яратиладиган адабиётларини улардан кутиб шифокорлар яшашади. Мен учрашувлар чоғида бу нарсани кўп марта шохиди бўламан. Академик Ш.И.Каримов, профессор А.Г.Гадоев, профессор И.Р.Мавлянов, академик А.М.Убайдуллаев, профессор У.К.Каюмов ва профессор Ш.Носировларни шу ўринда мен фахр туйғуси ва алоҳида эътибор билан тилга оламан.

Улар қаторига ушбу дарслик муаллифларини ҳам қўшилиб, дарслик яратиш “усталари” бўлиб мамлакатимизда кўринганларини у билан танишиш давомида сездим ва хис қилдим.

Дарсликни кўп сонли тиражда чоп этиш мақсадга мувофиқ ва ўз вақтида қилинган самарали иш бўлади, деб ўйлайман.

Андижон давлат тиббиёт институти ВФОМ терапия кафедраси мудири, профессор Н.С.Мамасолиев

УСМАНХОДЖАЕВУ МУХТАРУ САИДОВИЧУ – 80 ЛЕТ

Усманходжаев Мухтар Саидович родился 10 июня 1935 года в семье служащих в г.Ташкенте. Он закончил среднюю школу в 1951 году и поступил в медицинское училище им.Ахунбабаева. Окончив училище на отлично, в 1954 году поступил на санитарно-гигиенический факультет Ташкентского медицинского института. В 1960 году после окончания института был направлен на работы в Хорезмскую область. Проработал до 1963 года в г. Хиве на должности главного врача горрайсанэпидстанции. С 1963 года был переведен в вновь организованную Сырдарьинскую область, где работал гл. врачем горсэс г.Гулистана, зав.горздравотделом и гл.врачем облсанэпидстанции.

В 1980 году переведен начальником гл.санэпидуправления Минздрава Республики Узбекистан, в 1984 году переведен гл.врачем Республиканской санэпидстанции. С назначением глав. врачем РЕССЭС начал заниматься строительством нового здания санэпидемстанции, которое расположено на улице Бунёдкор, дом 46 города Ташкента. В 1986 году направлен зав. Облздравотдела в Бухарскую область, а 1988 года переведен в Минздрав и назначен зав.отделом контроля и делопроизводства. В 1989 году был избран первым заместителем Республиканского Фонда Милосердия и здоровья.

Мухтар Саидович является организатором и хорошим профессиональным специалистом в области эпидемиологии и санитарии. По этим специальностям он имеет высшую категорию, защитил диссертацию и получил звание кандидат медицинских наук.

В областях неоднократно избирался депутатом областного совета. По рекомендации Минздрава Республики Узбекистан избран первым заместителем председателя Республиканского Фонда Милосердия и здоровья. Деятельность Фонда была направлена на нравственное воспитание, развитие в обществе идеалов гуманизма, сострадания и коллективизма, чувство ответственности за сохранение и укрепление здоровья народа.

В течение небольшого времени Фонд стал достаточно богатой организацией и начал помогать населению Узбекистана. И по сей день Фонд продолжает помогать людям, адаптироваться в новых экономических условиях малоимущим гражданам Республики. В основном это люди – инвалиды войны и труда, одинокие престарелые, малообеспеченные и многодетные семьи, проживающие в

Узбекистане.

Под его руководством и личным участием осуществлены практически все социальные, медико-оздоровительные и благотворительные программы, среди них наиболее важным являлись «Сердоболие», «Ветеран», «Инвабыттехника», «Помощь сегодня – помощь сейчас».

Особой заслугой Усманходжаева М.С. является то, что по его инициативе впервые в Узбекистане выпущена в свет газета Фонда «Мехригиё», где первым гл. редактором был известный журналист Кориев Максуд, малоимущим были организованы бесплатные столовые для обеспечения горячим питанием, магазин «Дар», где реализовался набор продуктов повседневного спроса бесплатно, доплата к пенсии, обеспечение медикаментами, одеждой и обувью, очковой оптикой, ремонт квартир, организовались свадьбы молодым малоимущим, обряды обрезание, решение вопросов больных в госпитализации, оплата немощным за питание в период нахождения больных в стационарах. Практиковалось денежное вложение в депозиты в банках для сирот из детских домов г.Ташкента. А также в текущем порядке постоянно решались их материальные проблемы.

За несколько лет работы Фонда – его деятельность была одобрена и обозначено школой передового опыта среди фондов СНГ. Фонд Милосердия и здоровья в повседневной своей работе сотрудничал с несколькими общественными организациями. Это совместное проведение благотворительных мероприятий, решение проблем нуждающихся, взаимная материальная помощь и т.д. Хорошие деловые отношения между Фондом Милосердия и фондами «Махалля», «Нуроний», Детский фонд, «Ассоциация Чернобыльцев» и особенно с Ассоциацией врачей Узбекистана помогли повысить деловые и профессиональные качества в работе.

Ассоциация врачей Узбекистана представляет собой общественно-управляемую организацию, объединяющую на добровольных началах врачей, работающих как в государственных медицинских учреждениях, так и занимающихся частной практикой. За многолетнее существование Ассоциации врачей Узбекистана богата историческими событиями в медицинской общественности в нравственно-этическом воспитании, познание правовых законов и защита прав и интересов медицинских работников, особенно врачей, а также повышению их профессиональных и деловых качеств на работе. Мухтар Саидович участвует во всех проводимых научно-практических конференциях Ассоциации, выступает с докладами и публикациями по экологическим проблемам Узбекистана. Он является председателем Ревизионной комиссии Ассоциации, членом Попечительского совета Фонда Милосердия и здоровья.

М.С. Усманходжаевым написана книга «Воспоминание» для грядущего поколения под названием «Пройденный путь» (Радости и огорчения) в редакции как «Автобиографический очерк».

За личный вклад в дело «милосердие» Усманходжаев Мухтар Саидович Указом Президента награжден медалью «Шухрат».

Женат. Имеет четырех дочерей, внуков и правнуков.

Уважаемый Мухтар Саидович, просим Вас принять от чистого сердца поздравления с 80-летним юбилеем и пожелания крепкого здоровья, счастья и благополучия в семье и желаем долго трудится во имя добра и милосердия.

Общественный Фонд Милосердия и здоровья Узбекистана
Ассоциация врачей Узбекистана

ХОЖАЕВ АМОНГАЛДИ 70 ЁШДА

Хожаев Амон (Амонгалди) 1945 йил 12 майда Хоразм вилояти Қўшкўпир туманида туғилган. 1967 йилда Тошкент тиббиёт институтига ўқишга кирди. 1971 йилда Москвада ўтказилган Бутуниттифоқ талабалар слётининг делегати бўлди. Бу слётда Амонгалди бир гуруҳ делегатлар қаторида «Шавкатли меҳнат учун» медали билан мукофотланди. У 1974 йил Ташкент тиббиёт институтини имтиёзли диплом билан тугатгандан кейин, эпидемиология кафедрасига ассистент қилиб қолдирилди ва 1982 йилда тиббиёт фанлари номзоди диссертациясини мувоффақиятли ёклади. А. Хожаев 1984 йилда Ўзбекистон Ресубликаси Соғлиқни сақлаш вазирлигига врач инспектор вазифасига ишга таклиф қилинди. 1985 йили у Республика санитария-эпидемиология станцияси бош врачининг эпидемиология ишлари бўйича ўринбосари, 1986 йил декабрда Навоий вилояти соғлиқни сақлаш бўлимига мудир этиб тайинланди. У 1988 йилда Бутиниттифоқ врачларнинг съездига делегат этиб сайланди ва «СССР соғлиқни сақлаш аълочиси» унвони билан мукофотланди. 1988 йилда Сирдарё ва Жиззах вилоятлари қўшилди. А. Хожаев янги Сирдарё вилояти соғлиқни сақлаш бўлими мудирининг ўринбосори - вилоят санитария эпидемиология станцияси бош врачи қилиб тайинланди. Бу вазифада ҳам у жонбозлик кўрсатиб, вилоят соғлиқни сақлаш тизимини яхшилашда ўз хиссасини қўшди. 1992 йил юртимизнинг истиқлолга эришиши унинг ёшлигидан орзу қилиб юрган

мақсадларини амалга ошириш учун имкониятлар эшигини очди. Унинг орзуси таянч-харакат аъзоларидаги касалликлар билан оғриган беморларга тўғри ташхис қўйиб, самарали даволаш эди.У Новокузнецк врачлар малакасини ошириш институти неврология, рефлексотерапия кафедраси мудири профессор Ван Вай Ченга шогирд тушишга аҳд қилди ва ўн йилдан ортиқ унинг раҳбарлигида остеохондроз, умртқалар орасидаги диск чурраси, артроз каби касалликларга Европа ва шарқ тиббиётлари усулларини мужассамлаштириб, ташхис қўйиш ва самарали даволаш сирларини ўрганди. Бир неча марта рефлексотерапия, мануал терапия, хитойча нуқтали уқалаш бўйича расмий малакасини ошириб мутахассислик сертификатларини олди. 1998 йили устоз раҳбарлигида ўзини хусусий «MANODA- AMON» тиббиёт марказини очиб, 2002 йилнинг охиригача фаолият кўрсатди. 2002 йилда Новокузнецк врачларнинг малакасини ошириш институтида устози Ван Вай Чен раҳбарлигида мўъжизали меридианлар бўйича 6-ойлик курсини битириб, расмий хужжат олди. Ван Вай Чен Амонгалдига у сертификат топширар экан Амонгалди, сен бизни кафедрамизда бор бўлган ҳамма курсларда бир неча мартадан ўқидинг, амалий тажрибани ҳам етарлича орттирдинг, энди Ван Вай Ченнинг шогирдиман дейишга хақлисан, деб унга оқ йўл тилади. 2003 йил А. Хожаев Тошкент шаҳрига кўчиб келди. Истиқлол туфайли юртимиздаги давлат тиббиёт муассасалари билан бир қаторда хусусий тиббиёт муассасаларини очишга давлатимиз раҳбарлари томонидан кенг йўл очиб берилган ва уларни ривожлантириш учун барча шарт-шароитлар ва енгилликлар яратилган эди. Туман хокимиятида 10 кун ичида «MANODA- AMON» МЧЖ сининг Низоми тасдиқланиб, гувохнома берилди. А.Хожаевнинг аризасига биноан Республика соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан «MANODA-AMON» шифохонасига неврология, кардиология мутахассислиги бўйича фаолият юргизиш учун лицензия берилди. А. Хожаев атрофига юқори малакали шифокор ва ҳамшираларни тўплади. Шифохонага мурожат қилган беморлар кундан кунга кўпайиб, энди катторок бинони ижарага олишга тўғри келди. 2005 йилда Учтепа тумани Боғистон кўчасидаги 3-қаватли бино ижарага олиниб, таъмирланди. Республикамизда неврологияни асосчиларидан бири, устоз, мархум профессор Мажидов Наби Мажидович шифохонани очилиш лентасини кесиб, оқ фотиха берди. Лекин тез кунда бу бино ҳам торлик қилиб талабга жавоб бермай қолди. Юртбошимизни кичик бизнес, тадбиркорликни қўллаб-қувватлаши тўғрисидаги қарорлари ёрдам берди. 2007 йил Тошкент шаҳар хокимиятининг қарори билан шифохона учун янги бино ажратилди, уни сотиб олиш ва қайта таъмирлаш учун «MANODA- AMON» МЧЖ сига имтиёзли кредит берилди. 2008 йилда «MANODA- AMON» МЧЖ клиникасининг янги ўзининг хусусий биносини очилди. 2012 йил «MANODA- AMON» клиникаси базасида, янги қурилган 2-қаватлик бинода янги «SHAHLO-SHIFO» МЧЖ клиникаси очилди. 2012 йил 120 000 АКШ доллар миқдорида кредит олиниб, Буюк Британиядан жаҳон андозалари талабларига жавоб берадиган юқори технологияли, остеохондроз, умуртқалараро диск чурраси, артроз каби касалликларни жарроҳлик усилисиз самарали даволайдиган тиббиёт асбоб-усканалари келтирилиб, ишга туширилди. Тиббиёт фанлари номзоди, юқори малакали врач невролог, олий тоифали, юқори малакали врач кардиолог, УЗИ бўйича мутахассис, врач лаборантлар ишга қабул қилинди. А. Хожаев раҳбарлик қилаётган шифохона 20 ўриндан ташкил қилинган, ҳар йили минглаб остеохондроз, умиртқалараро диск чурраси, артроз каби касалликлардан дард чекаётган беморлар соғломлаштирилмоқда. А. Хожаев 70 ёшга кирган бўлишига қарамасдан Жанубий Корея, Санкт-Петербург, Москва, Хитой мамлакатларидаги ҳамкасблари билан тажриба алмашиб, янгиликларни ўрганиб, клиникасида амалга тадбиқ қилиб келмоқда.

Ўзбекистон врачлар ассоциацияси Хожаев Амонгалдининг 70 ёшли юбилейи билан чин юракдан табриклайди, унга сиҳат саломатлик, ишларида каттадан-катта муваффақиятлар тилайди.

Ўзбекистон врачлар ассоциацияси

ПОДПИСАНО В ПЕЧАТЬ 13.03.2015 Г.
ФОРМАТ 60Х84 1/8. ОБЪЁМ 19 П/Л
ТИРАЖ ЭКЗ. 2500
ОТПЕЧАТАНО В ТИПОГРАФИИ
ООО “DM NASHR SERVIS”,
ТАШКЕНТ, УЛ. УСМАНА НОСИРА 91.