МУНДАРИЖА

МУХАРРИР МИНБАРИ 5

МЕНЕЖМЕНТ ВА МАРКЕТИНГ

Курбанов Р.Д., Мамутов Р.Ш. Кардиология хизматининг фаолияти ва уни ривожлантириш истиқболлари 6

Гафарова Ф.М., Бабаджанов А.С. Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида чақалоқлар патронажи сифати ва уни оптималлаштириш йўллари 11

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОДЛАР АМАЛИЁТГА

Ходжаев Н.И., Рахимова Ш.Ҳ., Базаров А.Б. Самарқанд вилоятида фармацевтика соҳасини ислоҳ қилиш натижалари таҳлили 17

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Ирназаров А.А., Саттаров О.Т. Чов чурраларида герниопластиканинг уруғ тизимчаси қон томирларига таьсири 20

Эрметов А.Т., Ботиров А.К., Темиров Р.И., Хужамбердиев И.Р., Худойбердиев Б.А. 60 ёшдан юқори ёшдаги гастродуоденал ярадан қон кетган беморларда ярадан қайта қон кетиш хавфини олдиндан аниқлашга асосланиб даволаш алгоритми 27

Юнусов Р.С., Темиров Р.И., Саидметов Ш.М., Исабоев Ш.Б., Султонов Ш.И. Сигмасмон ичак буралишида радикал хирургик ёндашишни ўрни ва афзалликлари 30

Ахмедов Ш.Ш., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р., Хамраев Б.У. Катталарда дегенератив-дистрофик касалликларда сон-чаноқ бўғимини тотал эндопротезлаш 32

Гайбуллаев А.А., Кариев С.С. «Поч- 36

ОГЛАВЛЕНИЕ

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

МЕНЕДЖМЕНТ И МАРКЕТИНГ

Курбанов Р.Д., Мамутов Р.Ш. Деятельность кардиологической службы и перспективы ее развития

Гафарова Ф.М., Бабаджанов А.С. Качество патронажа новорожденных в первичном звене здравоохранения и пути его оптимизации

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

Ходжаев Н.И., Рахимова Ш.Х., Базаров А.Б. Результаты анализа реформирования фармацевтическорй отрасли в Самаркандском вилояте

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Ирназаров А.А., Саттаров О.Т. Влияние герниопластики при паховых грыжах на гемодинамику семенных сосудов

Эрметов А.Т., Ботиров А.К., Темиров Р.И., Хужамбердиев И.Р., Худойбердиев Б.А. Алгоритм лечения больных старше 60 лет с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

Юнусов Р.С., Темиров Р.И., Саидметов Ш.М., Исабоев Ш.Б., Султонов Ш.И. Роль и преимущество радикальной хирургической тактики при завороте сигмовидной кишки

Ахмедов Ш.Ш., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р., Хамраев Б.У. Эндопротезирование тазобедренного сустава при дегенеративно-дистрофических заболеваниях у взрослых

Гайбуллаев А.А., Кариев С.С. Фито-

кам» фитопрепаратини кальций уролитиазини даволашда қўллаш

препарат «Почкам» для лечения больных с кальциевым уролитиазом

Усманова Д.Д., Иргашева Н.М. Яллиғланиш ва яллиғланишга қарши бўлган цитокинларни сурункали мия ишемиясидаги иштироки **40** Усманова Д.Д., Иргашева Н.М. Участие воспалительных и противовоспалительных цитокинов в развитии хронической мозговой ишемии

Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Хамраева Г.Ш., Стопницкий А.А., Ибрагимов С.И. Болаларда ўткир захарланишларда гемодинамик ўзгаришлар **44** Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Хамраева Г.Ш., Стопницкий А.А., Ибрагимов С.И. Изменения гемодинамики при отравлениях у детей

Закирова У.И. Бирламчи бўғин болалар соғлиқни сақлаш тизими кучи билан сурункали гастродуоденити мавжуд бўлган ўсмирларда реабилитация тадбирларини ташкил қилиш ва бошқариш **49** Закирова У.И. Организация и совершенствование реабилитационных мероприятий у подростков с хроническим гастродуоденитом силами первичного звена системы детского здравоохранения

Ходжаева А.С. Антибиотикга резистентлик бўлган даврида қизлардаги вульвовагинитни патогенетик даволаш **54** Ходжаева А.С. Патогенетическое лечение вульвовагинитов у девочек в условиях антибиотикорезистентности

Байназаров М.М., Миркасимова Х.Х., Маматова Р.Н. Ўзбекистон Республикаси Жиззах вилоятидаги Қрим-Конго геморрагик иситмаси касаллиги билан муқаддам касалланиб тузалганларнинг эпидемиологик мониторинги **57** Байназаров М.М., Миркасимова Х.Х., Маматова Р.Н. Эпидемиологический мониторинг за переболевшими Крымской-Конго геморрагической лихорадкой в Джизакской области республики Узбекистан

Бойманов Ф.Х.,Индиаминов С.И., Мардонов Т.М. Санчилган – кесилган жароҳатларни ўрганишда график моделлаштириш усулларини қўллаш **62** Бойманов Ф.Х.,Индиаминов С.И., Мардонов Т.М. Применение метода графического моделирования при изучении морфологии колото-резаных ран

Шамсиев А.Я., Рузиев Ш.И. Суд тиббиёти амалиётида ўз жонига қасд қилишни замонавий дерматоглифик ва иридодиагностик усулда аниқлаш ва унга мойилликни баҳолаш **66** Шамсиев А.Я., Рузиев Ш.И. Современные методы дерматоглифики и иридодиагностики в судебно-медицинской практике при выявлении и оценке склонности к суициду

Искандаров Т.И., Романова Л.Х., Искандарова Г.Т., Шоюсупова Х. Ғўза дефолианти «Фанкальцийдеф» ни сув ҳавзалари сувида рухсат этилган концентрацияси (РЭК) ни илмий асослаб бериш **70** Искандаров Т.И., Романова Л.Х., Искандарова Г.Т., Шоюсупова Х. Научное обоснование предельно-допустимой концентрации (ПДК) в воде водоемов дефолианта хлопчатника «Фанкальцийдеф»

Ходжаев Н.И., Рахимова Ш.Ҳ., Базаров А.Б. Самарқанд вилоятида қишлоқ **75** Ходжаев Н.И., Рахимова Ш.Ҳ., Базаров А.Б. Формирование сельских врачеб-

врачлик пунктларининг шаклланиши ва ҳозирги аҳволи

ных пунктов и их состояние на сегодня в Самаркандской области

Акбарходжаев А.А. Пациентлар орасида анкеталаш ўтказиш йўли билан санаторийлар фаолиятини баҳолаш натижалари **79**

Акбарходжаев А.А. Результаты оценки деятельности санаториев с использованием анкетирования среди пациентов

Аккиев Б.Т., Курбанов Р.Д. Q-тишчали миокард инфарктини ўтказган беморларда омега-3 ТЁКларининг турли даражадаги юрак ритми вареабеллигига таъсири **83**

Аккиев Б.Т., Курбанов Р.Д. Влияние омега – 3 полиненасыщенных жирных кислот на различные уровни вариабельности ритма сердца у больных с Q-волновым инфарктом миокарда

ТИББИЙ ТАЪЛИМ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Амалиётчи врачлар диққатига **89**

Вниманию практикующих врачей

Алиджанов Ф.Б., Маҳамадаминов А.Г. Стационаргача босқичда гастроинтестинал қон кетишлар диагностикаси ва шошилинч ёрдам **91**

Алиджанов Ф.Б., Маҳамадаминов А.Г. Диагностика и экстренная помощь гастроинтестинальных кровотечений в стационарных условиях

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИГА

ВНИМАНИЮ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

Маматова Т.Ш., Махамадалиев Э.Ю. Вирусли отит ва қандли диабет **100**

Маматова Т.Ш., Махамадалиев Э.Ю. Вирусный отит и сахарный диабет

Маматова Р.Н., Миркасимова Х.Х., Абдуллаев У.М. Хантавирусли инфекция ва Ғарбий Нил иситмаси **103**

Маматова Р.Н., Миркасимова Х.Х., Абдуллаев У.М. Хантавирусная инфекция и лихорадка Западного Нила

Якубов А.А., Салаев О.С., Хамраев Р.Р., Муллабаева Г.У., Курбанов Р.Д., Султанхонов С.С.Қоринчалар экстрасистолияси ўчоғини радиотўлқинли аблациясига альтернатив йўл **107**

Якубов А.А., Салаев О.С., Хамраев Р.Р., Муллабаева Г.У., Курбанов Р.Д., Султанхонов С.С. Альтернативный доступ к очагу желудочковой экстрасистолии

Темиров Р.И., Ходжаев Х.Б., Абдуллаев У.У., Хужамбердиев И.Р., Исабоев Ш.Б. Ўн икки бармоқли ичакнинг ёпиқ шикастида диагностик лапароскопиянинг роли **112**

Темиров Р.И., Ходжаев Х.Б., Абдуллаев У.У., Хужамбердиев И.Р., Исабоев Ш.Б. Роль диагностической лапароскопии при закрытых повреждениях двенадцатиперстной кишки

ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР, ИЛМИЙ МУШОХАДАЛАР

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ, НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Норов А.У. Бел стенози клиникаси, ди- **114**

Норов А.У. Состояние проблемы изу-

агностикаси ва жаррохлик даволанишини ўрганиш муаммалари ҳолати

чения клиники, диагностики и хирургического лечения поясничного стеноза

Авезов М.И., Рахимов А.П.,Юсупов Д.Д. Полипоз риносинуситларни ташхислашда онкомаркерларнинг аҳамияти **120** Авезов М.И., Рахимов А.П., Юсупов Д.Д. Роль онкомаркеров в диагностике полипозного риносинусита

Ахмедов А.И., Турсуметов А.А. Чурраларни аллогерниопластика операциядан кейинги ярали асоратлари ва уларнинг профилактикаси **124** Ахмедов А.И., Турсуметов А.А. Раневые осложнения после аллогерниопластики послеоперационных грыж и их профилактика

Тиббиёт янгиликлари (Интернет) **131** Новости медицины (Интернет)

ЎЗБЕКИСТОН ВРАЧЛАР АССОЦИАЦИЯСИ БАРЧА ШИФОКОРЛАРНИ МУБОРАК РАМАЗОН ХАЙИТ АЙЁМИ БИЛАН ТАБРИКЛАЙДИ!

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

Один из самых великих и вечных праздников в мировой истории, праздник светлой грусти, трепетного почтения, гордости и глубокой благодарности. 9 мая все жители страны, как и миллионы людей во всем мире поздравляют ветеранов: во всех городах проходят праздничные концерты, угощения, благотворительные акции, вручения наград.

В эти теплые весенние и благополучные дни мы отмечаем дорогой и значимый для всех нас праздник - День памяти и почестей! Выражаем искреннюю благодарность всем ветеранам за героический труд, великий оптимизм и самоотверженность!

Ассоциация врачей Узбекистана всей души желает доброго здоровья, оптимизма, крепости духа и молодости души, благополучия в семье и личного счастья!

За последние два года в Узбекистане одним из главных направлений государственной политики стала реформа здравоохранения, нацеленная на обеспечение для всех слоев населения, особенно жителей отдаленной сельской местности, доступа к высококачественным медицинским услугам. С этой целью принято более 100 нормативно-правовых документов, предусматривающих системные меры по комплексному развитию всех направлений данной сферы.

Закуплено 1283 единицы авторанспорта экстренной медицинской помощи, в результате время прибытия по вызову сократилось с 20 – 30 минут до 10 – 15 минут, радиус обслуживания сократился до 5–12 км. За последний год в Узбекистан приглашено 311 зарубежных специалистов. В сотрудничестве с ними проведено более 800 сложных хирургических операций. Более 290 отечественных специалистов повысили квалификацию в ведущих клиниках мира.

С принятием постановления Президента по развитию частных медицинских учреждений в Узбекистане за последний год число частных клиник увеличилось с 3040 до 4073. Впервые в истории медицины страны разрешено предоставление лицензии частным клиникам на такие направления, как абдоминальная хирургия, торакальная хирургия, нейрохирургия, онкология, травматология и детская хирургия.

По Национальному календарю прививок дети за счет государства получают профилактическую прививку против 12 управляемых инфекций. Затраты на прививки против инфекционных заболеваний полностью покрываются из Государственного бюджета, охват прививками достиг 99,5 процента

В 2018 г на строительство и реконструкцию медицинских учреждений будет выделено 753,6 миллиарда сумов. Дополнительно будет направлен 141 миллиард сумов на оснащение современной технической аппаратурой специального автотранспорта, создание диспетчерских служб, которые станут координировать скорую медпомощь. Кроме того, в бюджете предусмотрен 51 миллиард сумов на оснащение 200 районных и городских медицинских объединений высокотехнологичными УЗИ-сканерами.

Во-исполнение распоряжения Президента Республики Узбекистан «Об организации критического изучения и подготовки предложений по кардинальному совершенствованию системы здравоохранения» от 10 мая 2018 года №5274 проводится широкомасштабная работа по разработке программы по оптимизации системы управления в сфере медицинской помощи, улучшению инфраструктуры, разработке нормативов и стандартов медицинской помощи, совершенствованию лекарственного обеспечения, развитию партнерства между государственным и частным сектором, внедрению в сферу современных информационных и медицинских технологий.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ

КАРДИОЛОГИЯ ХИЗМАТИНИНГ ФАОЛИЯТИ ВА УНИ РИВОЖЛАНТИРИШ ИСТИҚБОЛЛАРИ

ACTIVITIES OF THE CARDIOLOGICAL SERVICE AND PROSPECTS OF ITS DEVELOPMENT

Курбанов Р.Д., Мамутов Р.Ш.

(РСЦК)

Эпидемиологическая ситуация в Республике Узбекистан в отношении неинфекционных заболеваний свидетельствует о сохраняющейся устойчивой тенденции высоких показателей заболеваемости и смертности от сердечно- сосудистых заболеваний (ССЗ), при этом основной причиной является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Острый инфаркт миокарда (ОИМ) – одно из наиболее частых проявлений ИБС и одна из наиболее частых причин смерти среди населения развитых стран. В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости ОИМ, особенно среди лиц молодого и среднего возраста.

Несмотря на повсеместное снижение госпитальной летальности от ОИМ, общая смертность от этого заболевания до сих пор остается высокой, достигая 30–50% от общего числа заболевших. Важными причинами этого являются особенности лечения больных в широкой врачебной практике, которые часто не соответствуют существующим стандартам. Особую роль по оценке соблюдения стандартов лечения играют специально организованные исследования – регистры. Регистры ОИМ являются наиболее точным отражением реальной клинической практики, они характеризуют степень применения стандартов и положений из руководств.

Анализ смертности от болезней системы кровообращения среди лиц трудоспособного возраста (на 100 тыс. трудоспособного населения в возрасте 25-64 лет) показывает, что Узбекистан среди стран СНГ занимает 8-е место (среди женщин - 121,3, среди мужчин вдвое больше - 220,7), смертность существенно меньше, чем в РФ (241,9 и 762,8 на 100 тыс. населения), в Казахстане (252,2 и 672,3), Украине, Белоруссии, однако существенно выше, чем в европейских странах, таких как Германия, Франция, Швеция и др. (37,0 и 107,4).

Умершие от последствий артериальной гипертензии (АГ) составляют до 19,3%, от ИБС – 51,3%, от некоронарогенных заболеваний сердца -0,15 % и от ЦВЗ –20,8%. Следовательно, ИБС является причиной половины всех случаев смерти больных с кардиоваскулярной патологией, АГ и мозговой инсульт - более 1/3 случаев.

В то же время в 80-х годах прошлого века в результате реализации комплексных профилактических программ определилась выраженная тенденция снижения распространения факторов риска (ФР): АГ, курения и гиперхолестеринемии и последовавшим за этим снижением смертности от ССЗ, в первую очередь – в США, Канаде, Великобритании, Австралии. В конце 70-80-х годов эти тенденции в Европе стали четко выраженными. Анализ показал, что снижение смертности от ССЗ наблюдалось в результате отказа от курения и нерационального питания, а также контроля уровня артериального давления (АД) и гиперхолестеринемии.

Контроль АД позволяет снизить риск развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) на 50%, инсультов - на 40%, ИБС – на 30%, снижение уровня холестерина позволяет уменьшить смертность и риск инфаркта миокарда на 25-40%, отказ от курения – на 35-40%.

Это диктует необходимость широкого внедрения профилактических подходов в борьбе с ССЗ, базирующихся на контроле основных факторов риска. В настоящее время «Стратегия борьбы с факторами риска», согласно рекомендациям ВОЗ, включает в себя следующие направления:

1. Популяционная стратегия: мероприятия, направленные на повышение образовательного уровня населения, формирование у людей установки на здоровый образ жизни и создание условий для его реализации. Это в первую очередь, государственная политика по охране здоровья населения, экономическая политика,

а также система использования средств массовой информации.

2. Стратегия «высокого риска»: выявление лиц с высоким уровнем риска развития болезни и их коррекция. Эти мероприятия являются сугубо медицинскими и требуют специальной подготовки медицинского персонала по методам выявления и профилактики.

3. Вторичная профилактика: раннее выявление, лечение и реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Анализ ситуации в нашей республике показывает, что основные закономерности, определяющие ситуацию с ССЗ, следующие:

Сохраняющаяся высокая смертность и инвалидизация от ССЗ;

Высокая заболеваемость и распространенность ФР развития ССЗ;

Малоэффективная работа врачей первичного звена здравоохранения по профилактике и лечению ССЗ, которая во многом объясняется недостаточной активностью врачей амбулаторно-поликлинического звена в выявлении и профилактике факторов риска, низкой приверженностью больных к лечению и населения в целом к ведению здорового образа жизни;

Высокий процент повторных госпитализаций, недостаточное соблюдение стандартов диагностики и лечения в стационарах республики;

Недостаточное проведение высокотехнологичных вмешательств, таких как коронарография с ангиопластикой и стентированием, хирургическое лечение аритмий, аортокоронарное шунтирование и др.

Низкий охват санаторным этапом реабилитации больных, перенесших ОИМ, мозговой инсульт и операции на сердце;

Приказом МЗ РУз № 347 от 20.11.2009г. определено вертикальное управление специализированной службой, головным учреждением по кардиологической службе является РСЦ Кардиологии, мощностью 200 коек в 10 профильных кардиологических отделениях с отделением реанимации на 9 коек.

В течении 2017 г. в стационаре РСЦК пролечено 7639 больных, в том числе 1113 больных льготного контингента при средней длительности пребывания 9,6 дней. В консультативной поликлинике Центра проконсультировано 24730 больных (1975 льготный контингент), которым проведено 19,8 тысяч электрокардиографических, 10,5 тыс. ультразвуковых, 18,5 тыс. комплексных биохимических исследований, 1370 велоэргометрических проб и 2413 суточных холтеровских мониторирований. Активно внедряются высотехнологические методы лечения и за 1 год проведено 3481 вмешательств, в том числе 245 радиочастотных аблаций, 1719 коронароангиографий (КАГ), из которых 978 со стентированием, 238 аортокоронарных шунтирований и 75 протезирований клапанов.

Областные кардиологические диспансеры и филиалы РСЦК являются основными организационно-методическими и лечебно-диагностическими центрами в регионах и на сегодня в Республике функционируют 3 филиала РСЦК (Хорезмский, Наманганский и Кашкадарьинский) и 9 областных кардиологических диспансеров (ОКД), в том числе республиканский в Каракалпакстане. Кашкадарьинский, Сурхандарьинский, Андижанский, Наманганский, Ферганский, Ташкентский, Сырдарьинский, Джизакский филиалы и ОКД укреплены кадрами (главврачи), подготовленными в РСЦ кардиологии. Существенно улучшается их материально-техническая база: Сурхандарьинский областной диспансер оснащен современным диагностическим оборудованием (ВЭМ комплекс, ЭХОКГ, Суточный монитор ЭКГ, биохимический анализатор) и в настоящее время завершаются работы по реконструкции. Наманганский филиал размещен на своём прежнем месте после реконструкции и здесь созданы кардиологические отделения, отвечающие современным требованиям. Здесь организовано единственное в Ферганской долине кардиохирургическое отделение, где проводятся сложные хирургические операции, укрепилась материально-техническая база. За последние 2 года закуплено современное медицинское оборудование на сумму 971600 долларов США. В 2013 году для ОКД закуплена ангиографическая установка на сумму 624600 долларов США и с 2014г. начали проводить коронароангиографические исследования и стентирование. В Ургенчском филиале после капитального ремонта функционирует отделение кардиохирургии, гостиничный комплекс на 10 человек, имеется современное диагностическое, лабораторное оборудование, уникальный реанимобиль. Завершаются работы по капитальной реконструкции Кашкадарьин-

ского филиала, который будет оснащен самым современным, в том числе и кардиохирургическим, оборудованием. Созданы отделения рентгенэндоваскуляроной хирургии в Ферганской, Навоийской, Самаркандской, Бухарской областях и Республике Каракалпакстан, где проводятся коронароангиография и стентирование коронарных сосудов. В 2013 году Андижанский ОКД выиграл Японский грант, на средства которого проведена закупка современного диагностического оборудования, а в 2017 г. выделено здание бывшей детской больницы. где сегодня практически завершены активные работы по реконструкции. За последние годы высокотехнологические методы исследований и лечения внедрены в Наманганской (до 600 коронарографий в год), Хорезмской (500 КАГ), Ферганской (500 КАГ), с мая 2017 года в Навоийской (70 КАГ) и с июня в Бухарской (190 КАГ) областях.

В областных кардиологических диспансерах развернуты 1135 коек. По сравнению с 2010 годом (993 койки) отмечается рост коечного фонда диспансеров за счет Наманганского (170), Кашкадарьинского (110) и Сырдарьинского (65) ОКД В ОКД имеется 266,25 штатных должностей, из которых занято 247, в том числе в поликлинических отделениях ОКД 94 штатных должностей, занято 88, физических лиц- 73. В стационарах ОКД пролечено за 2017 год 41961 больных, что на 5,8 тысяч больше, чем в 2010 году, при средней длительности пребывания больного 8,1 дней и обороте койки 37.

После реструктуризации в системе здравоохранения в районных ЛПУ отдельные кардиологические отделения были объединены с терапевтическими, но в большинстве ЛПУ районного звена диагностика ССЗ завершается снятием ЭКГ. Больные с ССЗ находятся на лечении на кардиологических койках, развернутых в составе терапевтических отделений. В следствии этого коечный фонд ЛПУ кардиологической службы по сравнению с 2010 годом уменьшился на 359 и в 2015 году составил 2945. Однако с 2016 г. проводится перепрофилизация общетерапевтических отделений ЦРБ для создания межрайонных кардиологических отделений по 20-30 коек (по 3-5 в каждой области), в результате чего планируется создание 84 отделений с общим коечным фондом 1850 и на 01.01.2018 года число кардиологических коек составило 4161 (увеличение по сравнению с 2015 г. на 1100 коек). Всего в ЛПУ за год пролечено 198174 кардиологических больных, что на 48,2 тыс. б-х больше по сравнению с 2016 годом, при средней длительности пребывания 7,5 койко- дней, оборот койки составил – 43,7, а кардиологическая койка работала с достаточной нагрузкой -325,6 дней в году с наибольшими показателями в Джизакской, Наманганской, Сырдарьинской, Хорезмской областях.

В ЛПУ количество штатных единиц составило 899,5 врачебных должностей, из которых 818,75 заняты 778 физическими лицами, укомплектованности -91 % . В поликлинических ЛПУ и диспансерных отделениях ОКД имеется 515 (в том числе в составе ОКД-84) штатных должностей, занято 443,5 единиц 423 физическими лицами при укомплектованности 86,2%, с наличием 50,5 вакантных должностей. В то же время имеется 80,5 вакантных штатных врачебных должностей, в основном в поликлинических ЛПУ- 71,5, с наибольшей потребностью в Сурхандарьинской (10 единиц), Ташкентской (11), Ферганской (5), Сырдарьинской (5) и Джизакской (2,75) областях.

Категорийность имеют 558 кардиолога, в том числе 305 высшую,124- первую и 129 –вторую квалификационную категорию.

Первичным элементом амбулаторно-поликлинических учреждениях являются кардиологические кабинеты и сегодня функционирует 392 кардиологических кабинета при обеспеченности 0,6 на 30 тыс. взрослого населения, число посещений в которые составило 2523,9 тыс.

За последнее время увеличилось число кабинетов функциональных исследований, на 01.01.2018г. функционирует 3429 кабинетов ЭКГ, где снято 5497,7 тыс. электрокардиограмм, проведено 23 тыс. ВЭМ исследований, 189 тыс ЭХОКГ, 11,7 тыс. Холтеровских исследований.

Благодаря поддержке Министерства здравоохранения улучшается материально-техническая база специализированных Центров. В РСЦКардиологии за счёт средств госбюджета в 2010 году закуплена кардиоангиографическая система, вслед за РСЦХ им. акад. В.В. Вахидова и РНЦЭМП, и с 2010г. успешно освоены коронарография и ангиопластика со стентированием, а с 2015 г. создано кардиохирургичесое отделение, где проводятся

все современные виды кардиохирургических вмешательств, в том числе на открытом сердце (АКШ, клапанная пластика и др.). Широкий комплекс кардиохирургических вмешательств внедрен в работу Хорезмского, Наманганского филиалов РСЦК.

Во исполнение пр. МЗ РУз № 263 от 11.09.2012 года в РСЦК подготовлены 20 тем лекций и демонстрационный материал по пропаганде здорового образа жизни среди широких слоев населения. В районах Джизакской области руководителями лабораторий РСЦК регулярно осуществлены выезды, проведено 137 мероприятий, в лекциях и беседах участвовали 5665 населения, в т.ч. и медработники. Разосланы 297 комплектов информационного материала. Мероприятия организованы в ЛПУ, СВП, махаллях и учебных заведениях. Опубликованы 19 публикаций в местных газетах, организованы выступления по радио и местному телевидению.

В последние 5 лет, благодаря активизации первичных осмотров, в республике ежегодно увеличивается выявляемость больных АГ на 3-5% в год. Однако этого недостаточно, так как по научным данным распространенность АГ во взрослой популяции составляет до 35,7%, в том числе у мужчин - 28,1%, среди женщин - 40,6%.

Летальность от острого инфаркта миокарда является одним из основных показателей работы ЛПУ кардиологической службы. По данным медицинской статистики за 2017 г. пролечено в стационарах Республики 18652 больных острым инфарктом миокарда, что на 6,3 тыс. больных больше, чем в 2010 году (12863), при этом летальность от ОИМ составила 11,0 % и в последние годы стабилизировалась на данных показателях.

Показатели заболеваемости основными сердечно-сосудистыми заболеваниями (БСК) на 100 тыс. взрослого населения на 01.01.2018г. составили 3163,7 (в 2015 г. 2056,5), в т.ч. ГБ- 1027, (2015 г.-793,9); ИБС – 381 (2015 г.-332,5). Рост показателей заболеваемости основными сердечно – сосудистыми заболеваниями свидетельствует об активизации процесса их выявления в условиях амбулаторно-поликлинического звена.

Следует отметить, что абсолютное количество впервые зарегистрированных случаев БСК по Республике составило 683373 (2015 г. -635850) и за 5 лет этот показатель вырос в 1,4 раза. По основным нозологиям этот показатель в абсолютных цифрах составил; АГ- 221757, ИБС –82308, ЦВЗ- 26966.

Показатели болезненности основными сердечно – сосудистыми заболеваниями по Республике на 100 тыс. взрослого населения на 01.01.2018г. составили - 9569 (в 2015 г.-7.811,4), в т.ч. ГБ – 4290,1 (в 2015 г.-3.375,8); ИБС – 1883,3 (в 2015 г.-1384,3); ЦВЗ – 486,4 (в 2015 г.-335,1)

Абсолютное количество зарегистрированных заболеваний БСК составило 2065664 (в 2015 году 1825696). По сравнению с 2010 годом (1432022) отмечается рост более чем в 1,3 раза. Наибольшее увеличение отмечается в отношении АГ -882265, что свидетельствует об активизации охвата диспансерным наблюдением больных кардиологического профиля.

Показатели диспансерного учета больных основными сердечно- сосудистыми заболеваниями на 100 тыс. взрослого населения на 01.01.2018г. по Республики составили – 6554.4, в том числе больных с ГБ – 3342,3; ИБС – 1452,9; ЦВЗ - 1376,4.

Ежегодно регистрируется порядка 16-18 тыс. случаев ОИМ, а стационарная летальность от ОИМ по стране стабилизировалась на уровне 10-11%. Однако, как свидетельствуют исследования по Регистру ОИМ, до 2/3 смертных случаев от ОИМ приходится на догоспитальный этап, на котором практически не использовалась тромболитическая терапия и качество оказания медицинской помощи требует кардинального улучшения.

С этой целью издан приказ МЗ РУз № 106 от 17 марта 2014г «О совершенствовании организации оказания экстренной помощи больным острым коронарным синдромом и острым инфарктом миокарда».

Результаты анализа свидетельствуют о значительном росте использования метода тромболитической терапии (ТЛТ) и по данным отчетов за год ТЛТ проведена у 53% от общего количества больных ОКСсПST с показаниями для проведения ТЛТ. Если общая летальность от ОИМ составила 12,8%, при использовании ТЛТ данный показатель был 7,2 % (p=0,02). В ряде областей охват ТЛТ подлежащего контингента (больные с ОКСсПST) составил от 20 % до 75 %, а данный показатель в РСЦ Кардиологии был 93,9 %. За год тромболизис проведен 53% пациентам, имевшим пока-

зания к проведению данной процедуры.

Особую роль в оценке соблюдения стандартов лечения играют специально организованные исследования – регистры. Регистры ОИМ являются наиболее точным отражением реальной клинической практики, они характеризуют степень применения стандартов и положений из руководств. Вместе с тем, признавая важное значение разработанных за рубежем регистров и основанных на них клинических рекомендациях, следует признать, что они не всегда учитывают весь спектр определяющих факторов. Для научного обоснования отмеченной тенденции необходимо создание «Национального Регистра ОИМ», имеющего важное значение в снижении заболеваемости, инвалидности и смертности населения нашей стране.

Во исполнение Приказа МЗ РУз № 422 от 17.11.14 г. «О мерах по совершенствованию организации оказания медицинской помощи лицам с АГ» проведены семинары с участием главных специалистов областей, в областях с участием районных кардиологов, что позволило увеличить число впервые выявленных больных с АГ до 1,3 миллиона. Только за 2016 г. АГ выявлена у 470347 лиц, из которых на диспансерный учет взято 271548 (58%), а в целом за 3 года реализации данного приказа позволила снизить число осложнений от данной патологии на 27%, а число гиспитализаций на 34%, выхода на инвалидность на 52%.

Во исполнение Приказа МЗ РУз № 347 от 20.11.2009г. «О головном специализированном учреждении» в РСЦК организована подготовка кадров для кардиослужбы республики.

- С 2003 года в РСЦК осуществляется подготовка кадров по клинической ординатуре. На сегодняшний день всего подготовлено 187 кардиологов, них 129 для регионов страны. В настоящее время на базе РСЦК обучаются 18 клинических ординаторов первого и второго года обучения.

С 2011 года в РСЦК совместно с ТашИУВ организованы курсы по повышению квалификации. Было организовано 4 тематических цикла: «Клиническая кардиология», «Основы функциональной диагностики в кардиологии», «Неотложная кардиология», «ЭХОкардиография». Программа лекционных и учебных занятий согласована с ТашИУВ и утверждена Минздравом РУз. На сегодняшний день обучение в РСЦК прошли 151 врача, в основном по циклам клиническая кардиология – 50, функциональная диагностика -34, неотложная кардиология -31 и Эхокардиография- 36. Кроме этого 18 специалистов из регионов проходили стажировку на рабочем месте в РСЦК.

Разработаны программы и регулярно проводятся «Школа по артериальной гипертонии», «Школа по аритмологии и сердечной недостаточности» с приглашением врачей-кардиологов и врачей амбулаторно-поликлинического звена в г. Ташкенте и Ташкентской области. Всего проведено отдельно по каждому району г. Ташкента 12 школ с приглашением врачей кардиологов и врачей ВОП. Подобные школы семинары проведены в Самарканде, Фергане, Термезе, Ургенче, Бухаре. В них участвовали 583 слушателей. С целью внедрения результатов научных исследований и разработок с 2014 года начаты «Мастер-классы» с выездом специалистов в регионы. На сегодняшний день проведено подобные акции в Намангане, Андижане, Хорезме, Самарканде, Сырдарье, Фергане, Навои, Бухаре, Нукусе, Ташкенте.

Заключение

В Узбекистане создана и укрепляется материально-техническая база кардиологической и кардиохирургической службы, но для ее завершения требуется организация Навоийского ОКД и стационарного отделения в Андижанском ОКД.

Одним из показателей деятельности кардиослужбы и первичного звена здравоохранения является увеличение выявляемости и охвата диспансерным учётом больных ССЗ. Однако, по данным эпидемиологических исследований, показатели заболеваемости и болезненности существенно меньше, чем истинная распространённость сердечно-сосудистых заболеваний среди населения, что требует активного выполнения приказа МЗ РУз №422 от 17.11.14 г. «О мерах по совершенствованию организации оказания медицинской помощи лицам с АГ».

Необходимо активизировать выполнение пр. МЗ РУз № 106 от 17.03.14 г. и обеспечить возможность максимального проведения тромболизитической терапии (по показаниям и наличием медикаментов) во всех районах страны.

Активизация выявления факторов риска ССЗ и организация профилактических мероприятий с учётом опыта международ-

ных программ является основной задачей здравоохранения, с участием кардиологической службы и Центра здоровья с его филиалами.

В республике под головным руководством РСЦХ имени акад. Вахидова и РСЦ кардиологии внедряются и будут дальше развиваться современные высокотехнологичные методы интервенционной кардиологии и кардиохирургии.

В свете реструктуризации здравоохранения необходимо завершить создание новых межрайонных кардиологических отделений за счет реорганизации общетерапевтических отделений ЦРБ с учетом того, что в них лечится больше половины от числа пролеченных больных.

Существуют проблемы с реабилитацией растущего количества больных, перенесших ОИМ, мозговой инсульт и операции на сердце,но с недостаточным числом учреждений этого профиля в г. Ташкенте и регионах, что требует создания нескольких региональных отделений реабилитации, возможно на базе физиотерапевтических областных больниц.

Необходимо создание «Национального Регистра ОИМ» с разработкой единого алгоритма по стандартному ведению данной категории больных.

Проведение пилотных профилактических вмешательств по выявлению и устранению факторов риска, в отдельно взятых районах и регионах могло бы способствовать накоплению опыта для разработки национальных профилактических программ (программа Здоровье-3).

УДК: 614.2: 616 – 053. 31 - 08

КАЧЕСТВО ПАТРОНАЖА НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ

Гафарова Ф.М., Бабаджанов А.С.

(ТашИУВ, ТашПМИ)

Проблема качества патронажа новорожденных является одной из самых актуальных в здравоохранении. Для оценки качества патронажной службы первичного звена проводили аудит, позволяющий идентифицировать случаи дисфункциональных состояний. Полученные результаты исследования показали крайне низкую информированность врачей общего профиля о дисфункциональных состояниях у новорожденных. Это приводит к неадекватности их действий имеющейся ситуации, утрате контроля над ней, и, как следствие, возникновению развернутой патологии или к ухудшению прогноза дисфункциональных состояний.

Ключевые слова: патронаж, новорожденные, дисфункциональное состояния.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИНГ БИРЛАМЧИ БЎҒИНИДА ЧАҚАЛОҚЛАР ПАТРОНАЖИ СИФАТИ ВА УНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ

Соғлиқни сақлаш тизимидаги долзарб муаммолардан бири чақалоқлар патронажининг сифатидир. Бирламчи бўғинидаги патронаж хизматида бахолаш учун аудит ўтказилди, бунда дисфункционал холатларнинг қанчалик учрашини аниқлаш эътиборга олинди. Текширувлар натижаси шуни кўрсатдики, умумий амалиёт шифокорлари чақалоқларда учрайдиган дисфункционал холатлар хақида жуда кам маълумотга эга. Бу холат мавжуд вазиятнинг етарли бўлмаган харакатларига, унинг устидан назоратни йўқотишига ва натижада батафсил патология пайдо бўлишига ёки дисфункционал холат прогнозининг ёмонлашишига олиб келади.

Калит сўзлар: патронаж, чақалоқлар, дисфункционал холатлар.

QUALITY CARE FOR NEWBORNS IN PRIMARY HEALTH CARE AND WAYS OF ITS OPTIMIZATION

The problem of quality of patronage of newborns is one of the most urgent in health care. The audit was conducted to assess the quality of the primary care service, and to identify cases of dysfunctional states. The results of the study showed a very low awareness of general practitioner about dysfunctional condition.of newborns. This leads to inadequacy of their actions in the current situation, loss of control over this pathology, and, as a consequence,

the occurrence of advanced pathology or to a deterioration in the forecast of dysfunctional condition.

Key words: newborns, dysfunctional condition.

Актуальность исследования. Приоритетным направлением реформ в здравоохранении является реструктуризация первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) – основного звена при оказании населению медицинской помощи [1,2].

В Постановлениях Президента РУз 2017-2018г.г. по вопросам здравоохранения в Республики Узбекистан большое внимание уделяется усилению и совершенствованию профилактической работы, формированию здорового образа жизни, воспитание гармонично развитого поколения, выявление факторов риска и причинно-следственных связей заболеваний.

При этом проблема качества патронажа новорожденных является одной из самых актуальных в здравоохранении.

Международное общество социальной педиатрии и детского здоровья (ISSOP), «Европейская конфедерация педиатров первичной медицинской помощи» (ECPCP), Европейская педиатрическая ассоциация (EPA), Союз европейских педиатрических обществ (UNEPSA), Фонд охраны здоровья матери и ребенка (FUNDASAMIN), подчеркивают, что проблемы, с которыми сталкиваются родители, обусловлены особенностями системы здравоохранения. К числу общих проблем причисляют, в частности, недооценку тревожных признаков, например, функциональных нарушений в неонатальном периоде, задержки речи и т.д., которая весьма распространена среди педиатров [4,5].

Серьезные пробелы имеют место не только в решении сложных ситуаций. Неспособность проводить грамотную оценку развития ребенка и отсутствие навыков консультирования может привести к утрате возможности предотвращения некоторых проблем развития, снижению их воздействия и в целом, к отсутствию возможности поддержать развитие ребенка, которые должны проводиться в течение первых лет жизни [6,7].

В Центре здоровья и развития ребенка в городе Триест (Италия) был проведен анализ информированности врачей-педиатров в вопросе распознавания ранних признаков функциональных расстройств. Вопросник, распространенный среди 150 итальянских педиатров, выявил некоторые из существующих пробелов в практике. Например, половина педиатров не знает, какие проблемы с развитием нервной системы можно ожидать у недоношенных детей с очень низкой массой тела в течение первого года жизни; более 40% педиатров не знакомы с критериями определения задержки речи; более 60% не в состоянии идентифицировать аномалии развития моторики у новорожденных, которые нуждаются в оценке специалиста [8].

Умение педиатра распознавать факторы, которые влияют на морфофункциональное и психомоторное развитие ребенка, выявлять отклонения, интерпретировать их и консультировать родителей по эти вопросам, может значительно улучшить состояние ребенка и семейное благополучие в целом, а также значительно снизить число некачественно предоставляемых услуг. В то же время, если педиатры учреждений первичной медицинской помощи не умеют предоставить компетентную помощь при явных или скрытых проблемах в вопросах раннего развития ребенка, это может нанести существенный ущерб и здоровью, и социальным функциям ребенка.

Модернизация первичного звена здравоохранения, создание условий для оказания эффективной медицинской помощи на догоспитальном этапе, а также усиление профилактической направленности здравоохранения, возможны только при комплексном подходе: укрепление материально-технической базы, переоснащение амбулаторно-поликлинических учреждений современным медицинским оборудованием наряду с укомплектованием квалифицированными кадрами и внедрением необходимых стандартов диагностической и лечебной помощи и другой нормативно-методической документации [9].

Формирование мониторинга качества амбулаторно-поликлинической помощи ставит данные исследования в ряд весьма актуальных, т.к. данная форма контроля качества поликлинической помощи позволяет в определенной мере управлять этим качеством [10].

Цель. Оценить качество неонатального патронажа новорожденных с дисфункциональными состояниями в семейных

поликлиниках(СП) и сельских врачебных пунктах (СВП). Изучить информированность врачей общей практики и матерей о функциональных расстройствах здоровья новорожденных.

Материалы и методы исследования. Для оценки качества патронажной службы первичного звена мы проводили аудит, позволяющий идентифицировать случаи дисфункциональных состояний, которых потенциально можно было бы избежать. Качество патронажа изучено по материалам экспертной оценки:

- анкетирование 70 матерей (больных детей находящихся в стационарном лечении в 4 городской клинической больницы им И. Иргашева г. Ташкента за период 2016-2017гг.) на предмет осведомленности об особенностях периода новорожденности;

- на основе опроса определяли уровень информированности 70 врачей общей практики (ВОП), курсантов кафедры педиатрии ТашИУВ в период прохождения ими курсов усовершенствования, о дисфункциональных состояниях у новорожденных;

- ретроспективный анализ историй развития ребенка (формы 112) – СП Зангиатинского и Букинского района Ташкентской области, МПЦП №8 г. Ташкента.

Была разработана специальная «Карта экспертной оценки качества патронажа новорожденных детей», которая включала следующие разделы:

- осведомленность матерей о периоде новорожденности;

- осведомленность ВОП в вопросах о значении ДФС, их диагностике, оказании помощи, необходимости инструктажа матерей;

- оформление карты историй развития ребенка. Для проведения экспертизы качества патронажа были привлечены 4 высококвалифицированных специалиста неонатолога, имеющие высшую категорию, со стажем не менее 20 лет, трое из них имели ученую степень кандидата медицинских наук.

Результаты исследования. Одним из основных требований к качеству медицинской помощи детям является ее доступность. Для ее оценки использовались анкетный опрос матерей об их осведомленности по особенностям периода новорожденности (навыки ухода за младенцем, выявление отклонений в состоянии и т.п.), эффективности неонатального патронажа, об инструктаже со стороны ВОП (педиатров) по вопросам распознавания и действиям при дисфункциональных состояниях у новорожденного (табл.1).

По мнению экспертов, позднее выполнение первого патронажного визита у более 15% новорожденных это, в первую очередь, показатель недисциплинированности врачей. Несмотря на высокий процент своевременного охвата новорожденных детей первичным патронажем, уровень его осуществления оценен экспертами как недостаточный (судя по ответам на второй и шестой вопрос). Установлено, что 38,6 % матерей не удовлетворены инструктажем патронажных врачей по вопросам ухода и оценки состояния новорожденного.

Во втором разделе «карты экспертизы» участники опроса (ВОП и педиатры) должны были указать частоту выявляемости у новорожденных дисфункциональных состояний и обосновать тактику ведения. Опросник был заполнен не полноценно, большая часть опрошенных на многие вопросы не сумела ответить. Результаты показали, что большая часть ВОП ничего знает о ДФС в неонатальном периоде или не умеет их выявлять (табл. 2).

Анализ историй развития ребенка (формы 112) показал, что 85,9% врачей общего профиля СП и СВП не отражали ДФС в записях при осмотре новорожденного, что указывает на неосведомлённость врачей (табл. 3).

Полученные результаты исследования показали крайне низкую информированность ВОП о ДФС у новорожденных.

К сожалению, в учебных программах (утвержденных ЦОМС МЗ РУз) для подготовки - 10 месячные и повышении квалификации ВОП, абсолютно не обнаружили тематики по перинатологии, неонатологии.

Следовательно, крайне важно определить диагностические и прогностические критерии и разработать алгоритм диагностики ДФС у новорожденных. Эти критерии дадут возможность своевременного выявления функциональных нарушений, повышения качества неонатальной помощи, оказываемой новорожденным в учреждениях первичного звена здравоохранения, дают возможность расширения нормативов для дальнейшего совершенствования диагностики функциональных нарушений, и оказания адекватной помощи в амбулаторных условиях (приказ №777 РУз.). Внедрение этих рекоменда-

Таблица 1.

Данные анкетирования матерей о распознавании отклонений в состоянии новорожденного

Вопросы		Абс (n =70)	%
Знайте ли Вы о периодах новорожденности (источник по знанию): - читаю по интернету		17	25
	- спрашиваю у близких	28	40
	- спрашиваю у врача	25	35
2. Когда был осуществлен первый патронажный визит после выписки из родильного дома: - первые 3 дня		11	16
	- первая неделя	46	66
	- в течении 15 дней	10	14.3
	- после того, как мы сами вызвали врача	3	4.3
3. Вы получили ответ на все ваши вопросы о вашем малыше в патронаже у врача:			
	- да, удовлетворен	43	61.4
	- не полностью	27	38.6
	- не удовлетворен ответами врача	-	-
4. При каких обстоятельствах вы обращаетесь к врачам:			
	- при любых непонятных ситуациях у моего ребенка	18	26
	- при появлении признаков болезни у ребенка	52	74
5. Какие тревожные признаки Вам известны (по перечислениям матерей)			
	- вздутие, срыгивание	70	100
	- повышение температуры	70	100
	- не берёт грудь	11	16
	- желтушность	64	91,4
	- изменение цвета кожи	9	13
	- хриплое дыхание	70	100
	- постоянно беспокойный	70	100
6. Когда Ваш ребенок болеет, куда вы обращаетесь:			
	- в поликлинику	22	31.4
	- в стационар	7	10
	-к частному обслуживанию	11	16
	- к знакомому врачу	30	43

ций в деятельность учреждений первичного звена здравоохранения позволит сократить осложнения, к которым могут привести функциональные нарушения (ФН) в периоде новорожденности.

Выводы. Установлено, что врачи общей практики крайне слабо, а в массе своей совершенно не информированы о функциональных нарушениях у новорожденных. Только в 16,6% всех изученных историй развития ребенка (форма 112) имеются данные о выявленных ДФС. Врачи не знают разновидностей ДФС и, соответственно, не умеют их дифференцировать.

Таблица 2

Опросник для ВОП на предмет знания и умения выявлять, а также тактики ведения новорожденных с ДФС

Функциональные нарушения	Количество опрошенных (n=70)		
	Выявление/тактика ВОП	Правильные ответы	
		абс	%
Желтушность:			
- проявления (с какого дня жизни)	- с 1 го дня жизни	32	45,7
	- с 3 дня жизни	38	54,3
- продолжительность	- 15 дней	26	37,1
	- 1 мес.	44	62,9
-неудовлетворительное состояния	- при осмотре	4	5,7
- уровень общего билирубина	не определен	68	97,1
Тактика ВОП	- обильное питье, галстена, активир. уголь, хофитол, гепамерц	60	85,7
	- наблюдение 30-40 дней	4	5,7
	- госпитализирую	6	8,6
Отечность:	Не распознонность данных признак	61	87,1
- проявления (с какого дня жизни)	со 2 дня жизни	9	12,9
- продолжительность.	7-10 дней	9	12,9
Олигоурия:	Не распознонность данных признак	64	91,4
- проявления (с какого дня жизни);	с 5 дня жизни	6	8,6
- продолжительность	10 дней	6	8,6
Тактика ВОП	нет ответа	70	100,0
Респираторные нарушения:	Не распознонность данных признак	61	87,1
- цианоз кожи	обнаружено	4	5,7
- втяжение грудины	-	0	0
- хрипы при дыхании	со 2 дня жизни	9	12,9
- ЧД в 1/мин	не определена	68	97,1
Тактика ВОП	нет ответа	70	100,0
Гастроинтестинальные синдромы (продолжительность):	- 10 дней	8	11,4
	- 30-40 дней жизни	47	67,1
регургитация, колика, функциональная диарея, дисхезия	- до 3-х мес.	15	21,4

Тактика ВОП	диета маме, массаж животика, боботик, антифлаг, коликвел, эспумизан	70	100,0
Симптомы нарушения кровообращения:	Не распознонность данных признак	65	92,9
- холодные конечности	обнаружено	2	2,8
- бледность кожных покровов	обнаружено	5	7,1
- цианоз	обнаружено	4	5,7
- венозная сеть на животе	обнаружено	2	2,8
- внезапные приступы беспокойства	обнаружено	5	7,1
- приглушенность тонов сердца	-	0	0,0
- *систолический шум*	-	0	0,0
- *расширение границ относительной сердечной тупости*	-	0	0,0
- дисритмия	-	0	0,0
Тактика ВОП	нет ответа	70	100,0
Нарушения ЦНС (изменения неврологического статуса):	Не распознонность данных признак	58	82,8
- сосательный рефлекс снижен	-	0	0,0
- умеренная/ выраженная гипо- или гиперрефлексия	-	0	0,0
- умеренное/ выраженное угнетение или возбуждение	обнаружено	12	17,1
- умеренная/ выраженная мышечная гипер- или гипотония	обнаружено	6	8,6
-гиподинамия	-	0	0,0
Тактика ВОП	- нет ответа	8	11,4
	- консультация невропатолога	4	5,7

Таблица 3

Степень отражаемости ДФС у новорожденных в амбулаторной карте (форме 112) (ретроспективный анализ)

Функциональные нарушения	Ответ (n=110)			
	Отражены		Не отражены*	
	абс	%	абс	%
Желтушность	106	96,4	4	3,6**
Отечность	0	0,0	0	0,0
Олигоурия	3	2,7	107	97,3***
Гастроинтестинальные синдромы	17	6,4	93	84,5**
Симптомы нарушения кровообращения	0	0,0	110	100,0***
Нарушения ЦНС (изменения неврологического статуса)	5	4,5	95	95,5***

Примечание:*- в записях симптомы не отражены, ** - рекомендована коррекция; ***- консультация узких специалистов.

Как и следовало ожидать, врачи не знают исходов и осложнений, в которые могут трансформироваться ДФС. Соответственно, их действия в таких ситуациях не предусматривают профилактических мероприятий в отношении таких исходов. Это приводит к неадекватности их действий имеющейся ситуации, утрате контроля над ней, и, как следствие, возникновению развернутой патологии или к ухудшению прогноза ДФС.

Для улучшения сложившегося положения необходим пересмотр и дополнение существующих учебных программ по неонатологии как в до-, так и последипломном образовании, чтобы обеспечить необходимый уровень патронажной помощи в первичном звене здравоохранения республики.

Чрезвычайно важно, чтобы педиатры/ВОП не только сами умели своевременно диагностировать ДФС и проводить необходимую коррекцию и профилактику, но и обучали молодых матерей уже в ходе первых патронажных визитов вовремя распознавать ранние признаки развивающегося ДФС и своевременно обращаться за медицинской помощью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С. О показателях для оценки качества и эф-фективности работы врачей общей практики (семейных врачей). //Вестник семейной медицины. – Москва, 2005. – № 2(04). – С. 7 – 11.

2. Калининская А.А., Короткое Ю.А., Чижикова Т.В., Сулъкина Ф.А. Состояние первичной медико-санитарной помощи в России. //Вестник семейной медицины. Москва. - 2008. - №7. - С. 30 - 32.

4.JulijeMestrovic, PaoloManzoni. Врожденные пороки сердца. //Педиатрическая фармакология 2016. Т. 13. №5.С.502-503.

5. ВаппСМ, WallanderЛ, 00 В. et al. Home-based early intervention and the influence of family resources оп cognitive development. Pediatrics.2016; 137 (4).

6. Engle P. Tamburlini G. Young ME. The role of the health sector in early childhood development. In: Handbook of Early Childhood Oevelopment Research and Its Impact оп Global Policy. OxfordUniversityPress. 2013.

7. Tamburlini G. Early interventions for child development: rationale. evidence and best practices. Medico e Bambino. 2014;33:232-9.

8. GiorgioTamburlini, AnduenaAlushaj. Центр здоровья детей некоммерческой организации Должен ли педиатр знать больше о раннем развитии ребенка. //Педиатрическая фармакология 2016. Т. 13. №5.С499-501.

9. Мирзиёев Ш.М. У страны, где дети здоровы, -великое будущее.// 2017 г. – Кн. «Критический анализ, жесткая дисциплина и персональная ответственность должны стать повседневной нормой в деятельности каждого руководителя»..- С.26.

10. Баранов А.А., Ильин А.Г. соавт. Пути повышения качества и доступности медицинской помощи детям в условиях первичного звена здравоохранения. //Вопросы современной педиатрии. 2009, 8 (4): 5-9.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ФАРМАЦЕВТИКА СОҲАСИНИ ИСЛОҲ ҚИЛИШ НАТИЖАЛАРИ ТАҲЛИЛИ

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА РЕФОРМИРОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОРЙ ОТРАСЛИ В САМАРКАНДСКОМ ВИЛОЯТЕ

RESULTS OF ANALYSIS OF REFORMING PHARMACEUTICAL INDUSTRY IN SAMARKAND REGION

Ходжаев Н.И., Рахимова Ш.Ҳ., Базаров А.Б.

(СамДТИ)

Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 1998 йил 10 ноябрдаги «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури тўғрисида»ги 2107-сонли

Фармониасосида мамлакатимизда хусусий дорихоналар ва фармацевтика воситаларини ишлаб чиқариш фаолиятига рухсат берилди. Бу ўз навбатида аҳолини дори-дармон ва тиббий воситалар билан таъминлашни анча яхшилади. Мустақиллик йилларида аҳолининг турмуш даражаси анча ўсди, ижтимоий-иқтисодий ҳолати ҳам анча яхшиланди. Шунга қараб тиббий хизматга ва дори воситаларига талаби кундан-кунга ошиб борди. Аммо, мамлакатимизда фаолият кўрсатаётган фармация саноати ва аҳолига дори-дармон воситаларини етказиб берувчи муассасалар аҳолининг бугунги кундаги эҳтиёжи ва тўла ҳақли талабини тўла қондира олмаяпти.

Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев мамлакатимиз раҳбарлигининг илк кунларидан бошлаб Республикамиз Биринчи Президенти Ислом Каримовнинг халқ фаровонлиги йўлида амалга оширган ишларини давом эттириб, қатор фармон ва қарорлар қабул қилди.

Аҳоли ва тиббиёт муассасаларининг арзон ва сифатли дори-дармон воситалари ҳамда тиббиёт буюмлари билан таъминланганлик даражасини янада ошириш, уларнинг нархини белгилаш бўйича очиқ-ошкора механизмни жорий этиш, мамлакатимизда арзон ва сифатли препаратлар бўлишига қарамасдан ташхис қўйиш ва даволаш стандартларида кўзда тутилмаган ҳамда асосан қиммат импорт дори-дармон воситаларини тавсия этиш каби номақбул амалиётнинг олдини олиш ва келгусида бундай ҳолатларга йўл қўймаслик мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2016 йил 31 октябрдаги “Аҳолини дори-дармон воситалари ва тиббиёт буюмлари билан таъминлашни янада яхшилашга доир чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПҚ-2647-сонли ҳамда Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2016 йил 20 декабрдаги 2685-сонли “Аҳолини дори воситалари билан таъминлашни янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида”ги қарорлари эълон қилинди. Мазкур қарорда кўзда тутилган барча чора-тадбирлар, биринчи навбатда, аҳолини сифатли ва арзон дори-дармон воситалари ва тиббиёт буюмлари билан таъминлашга, аҳолини саломатлигини янада мустаҳкамлашга хизмат қилади.

Вилоятимиздаги дори-дармон воситалари ва тиббиёт ашёлари ишлаб чиқарувчи ва реализация қилувчи қуйидаги муассасалар мавжуд:

“Самарқанд Дори-Дармон”АЖга қарашли 15 та дорихона ва 78та шаҳобча. Шундан 36 таси қишлоқ врачлик пунктлари қошида.

Тайёр дори воситалари ва тиббиёт ашёлари билан савдо қилиш ҳуқуқига эга бўлган жами 581 та дорихона муассасалари, шундан, 522 та чакана, 29 та улгуржи корхоналар фаолият кўрсатади.

Вилоятдаги дори воситалари ва тиббий буюмларни ишлаб чиқарувчилар сони 5 та бўлиб 32 турдаги дори воситалари ва тиббий ашёлар ишлаб чиқарилади.

Вилоятимизда 2016 йилда 162,7 гектар майдонда 23 турдаги доривор ўсимликлар экилиб, 247,9 тонна ҳосил олинди. Барча тиббиёт муассасаларида “Фито бар”лар фаолияти йўлга қўйилди. 2017 йилда 324 та дорихоналар иштирокида умумий қиймати 539,0 млн. сўмга тенг лойиҳалар амалга ошириш дастури ишлаб чиқилди. Бунинг натижасида вилоятда 20 турдаги доривор ўсимликларни етиштириш йўлга қўйилиши керак.

Ушбу қарорга асосан воситачилар сонидан қатъий назар улгуржи нархга 15 фоизгача, чакана улгуржи нархнинг устига 20 фоизгача устама қўйилиши кўрсатиб берилган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2016 йил 31 октябрдагиПҚ–2647-сон “Аҳолини дори воситалари ва тиббий буюмлар билантаъминлашни янада яхшилашга доир чора-тадбирлар тўғрисида”ги қарориижросини таъминлаш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2016 йил 21 ноябрдаги 71-сонли “Барча дорихоналарда бўлиши мажбурий бўлган дори воситалари ва тиббий буюмлар рўйхатини тасдиқлаш тўғрисида”ги буйруғиқабул қилинган.

Ушбу буйруқ билан барча дорихоналарда бўлиши мажбурий бўлган дори воситалари ва тиббийбуюмлар рўйхати тасдиқланган. Буйруқнинг расмий эълон қилинган кундан эътиборан уч ой ўтгач кучгакириши белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 14 февралдаги “Дори воситалари ва тиббиёт буюмларини сотиш, фармацевтика фаолиятини лицензиялаш тартибини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-2773-сонли қарори қабул қилинди. Мазкур қарорга асосан 2017 йил 1 апрелдан бошлаб дори воситалари ва тиббиёт ашёларини чакана сотишни лицензиялаш вилоят ҳокимлиги

томонидан амалга оширилиши белгиланди. Лицензияловчи орган қонун ҳужжатларини бузилиши, шу жумладан, дори-дармон воситалари ва тиббиёт буюмларининг нархини белгилаш тартиби қўпол бузилганлиги оқибатида ўша манзилда жойлашган бинодан 3 йил муддат ичида дорихона очилишига рухсат берилмайди ва дорихона мудири 3 йил муддатга фармацевтика соҳасида ишлай олмайди.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 12 майдаги “Фармацевтика фаолиятини лицензиялаш тартибини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 284-сон қарори Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Дори воситаларини ва тиббиёт буюмларини сотиш, фармацевтика фаолиятини лицензиялаш тартибини янада такомиллаштириш чора-тадбилари тўғрисида”ги 2017 йил 14 февралдаги 2773-сонли қарорига мувофиқ қабул қилинган.

Мазкур қарор билан:

Дори воситалари ва тиббий буюмларни чакана реализация қилишни лицензиялаш тартиби тўғрисидаги Низом;

Дори воситалари ва тиббий буюмларни чакана реализация қилишучун лицензия бериш бўйича ҳудудий комиссиялар тўғрисидаги Низом;

Доривоситалариватиббийбуюмларничакана реализация қилишучун лицензия беришбўйичаҳудудийкомиссияларнингнамунавийтаркиби;

Фармацевтика фаолиятини (доривоситалариватиббийбуюмларничакана реализация қилишбунданмустасно) лицензиялаштартибитўғрисидаги Низом;

Фармацевтика фаолиятинилицензиялашда электрон ахбороталмашинувисхемаситасдиқланди.

Шунингдек қарорда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан дори воситалари ва тиббий буюмларни чакана реализация қилиш ҳуқуқи учун олдин берилган лицензиялар уларнинг амал қилиш муддати тугагунига қадар амал қилиш, дори воситалари ва тиббий буюмларни чакана реализация қилиш учун берилган лицензиялар фармацевтика фаолиятининг бошқа йўналишларини амалга ошириш ҳуқуқи учун лицензиялардан алоҳида берилиши ва Ўзбекистон Республикасининг барча ҳудудида амал қилиши белгиланади.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 12 майдаги 284-сонли “Фармацевтика фаолиятини лицензиялаш тартибини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги қарорини бажариш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг буйруғи қабул қилинди.

Ушбу буйруқда 10 кунлик муддатда Иқтисодиёт ва маблағ билан таъминлаш бош бошқармаси ва Электрон соғлиқни сақлашни ривожлантириш “Uzmedinfo” маркази билан биргаликда қонун ҳужжатларининг аниқланган бузилиши, шу жумладан дори воситалари ва тиббий буюмларнинг нархини белгилаш тартиби қўпол равишда бузилганлиги оқибатида лицензиясининг амал қилиши тўхтатилган дорихоналар ва филиалларнинг манзиллари реестрлари ва ходимлари реестрлари маълумотлар базасини ишлаб чиқиш ва жорий этиш топширилди.

Аҳолини ижтимоий ҳимоя қилишни кучайтириш ва арзон нархларда дори воситалари ҳамда тиббиёт буюмлари билан таъминлаш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 17 июлдаги “Аҳолини дори воситалари ва тиббиёт буюмлари билан таъминлаш тизимини такомиллаштириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги Қарори қабул қилинди. Қарорда аҳолини ижтимоий аҳамиятга эга дори-воситалари ва тиббиёт буюмлари билан таъминлаш даражасини ошириш мақсадида Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ижтимоий дорихона тармоқлари ташкил этилиб, аҳолига дори воситалари ва тиббиёт буюмларини белгиланган нархларда сотиш асосий вазифаси этиб белгиланди.

Хулоса:

Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 1998 йил 10 ноябрдаги «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури тўғрисида»ги 2107-сонли Фармонимамлакатимизда хусусий дорихоналар очиш ва фармацевтика воситаларини ишлаб чиқариш фаолиятини барпо қилишга замин яратди.

Вилоятимизда 2016 йилда 162,7 гектар майдонда 23 турдаги доривор ўсимликлар экилиб, 247,9 тонна ҳосил олинди. 2017 йилда эса бу кўрсаткич 3-4 мартага ошади ва 324 та дорихоналар иштирокида умумий қиймати 539,0 млн. сўмга тенг лойиҳалар амалга оширилади. Бунинг натижасида вилоятда 20 турдаги доривор ўсимликларни етиштириш йўлга қўйилади.

Аввалги ўрнатилган тартибдан ўлароқ,

Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Дори воситаларини ва тиббиёт буюмларини сотиш, фармацевтика фаолиятини лицензиялаш тартибини янада такомиллаштириш чора-тадбилари тўғрисида”ги 2017 йил 14 февралдаги 2773-сонли Қарориасосида дори воситалари ва тиббий буюмларни чакана реализация қилиш учун берилган лицензиялар фармацевтика фаолиятининг бошқа йўналишларини амалга ошириш ҳуқуқи учун лицензиялардан алоҳида берилади ва Ўзбекистон Республикасининг барча ҳудудида амал қилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 1998 йил 10 ноябрдаги «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури тўғрисида»ги 2107-сонли Фармони.
2. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2016 йил 31 октябрдаги “Аҳолини дори-дармон воситалари ва тиббиёт буюмлари билан таъминлашни янада яхшилашга доир чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПҚ-2647-сонли Қарори.
3. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2016 йил 20 декабрдаги 2685-сонли “Аҳолини дори воситалари билан таъминлашни янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори.
4. Ўзбекистон Республикаси Президентининг2017 йил 14 февралдаги “Дори воситаларини ва тиббиёт буюмларини сотиш, фармацевтика фаолиятини лицензиялаш тартибини янада такомиллаштириш чора-тадбилари тўғрисида”ги 2773-сонли Қарори.
5. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 17 июлдаги “Аҳолини дори воситалари ва тиббиёт буюмлари билан таъминлаш тизимини такомиллаштириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги Қарори.
6. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 12 майдаги 284-сонли “Фармацевтика фаолиятини лицензиялаш тартибини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори.
7. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2016 йил 21 ноябрдаги 71-сонли “Барча дорихоналарда бўлиши мажбурий бўлган дори воситалари ва тиббий буюмлар рўйхатини тасдиқлаш тўғрисида”ги буйруғи.

УДК: 616.34-007.43-031:616-089.841

ВЛИЯНИЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ НА ГЕМОДИНАМИКУ СЕМЕННЫХ СОСУДОВ

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Ирназаров А.А., Саттаров О.Т.

(ТМА)Резюме

Цель исследования - оценить изменения репродуктивной функции мужчин после различных вариантов грыжесечения путем изучения показателей кровотока в семенных сосудах и результаты спермограммы. Обследованы 62 пациента, оперированных по поводу паховой грыжи. Анализ показал преимущества эндовизуальных способов ликвидации абдоминальных грыж именно у больных фертильного возраста. У больных, страдающих паховой грыжей в фертильном возрасте, нарушается кровоток по сосудам семенного канатика и яичка, что способствует нарушению сперматогенеза. Это требует ранней оперативной коррекции паховых грыж.

Ключевые слова: паховая грыжа, лапароскопическая герниопластика, сосуды семенного канатика

ЧОВ ЧУРРАЛАРИДА ГЕРНИОПЛАСТИКАНИНГ УРУҒ ТИЗИМЧАСИ ҚОН ТОМИРЛАРИГА ТАЬСИРИ

Текширувдан мақсад – ҳар хил турдаги чурра кесишлари амалиётидан сўнг эркаклар репродуктив фаолияти ўзгаришларини уруғ тизимчаси қон томирлари ва спермограм-

ма натижалари орқали баҳолаш. Материал ва усуллар. ТТА 2-клиникасида 2014-2017 йилда стационар даво олган, чов чурраси билан хасталанган 62 беморнинг даволаш натижалари ўрганиб чиқилди. Ўтқазилган тадқиқот натижаларига кўра фертил ёшдаги беморларда қорин чурраларини эндовизаул жаррохлик йўли билан бартараф этиш бир қанча устунликларга эга. Айнан фертил ёшдаги беморларда чов чурралари уруғ тизимчаси ва ёрғоқ томирларида қон айланиши бузилиши билан бирга кечади, бу эса сперматогенезни бузилишига олиб келади. Буларнинг барчаси чов чурраларини эрта муддатда бартараф этиш зарурлигини кўрсатади.

Калит сўзлар: чов чурраси, лапароскопик герниопластика, уруғ тизимчаси қон томирлари

INFLUENCE OF HERNIOPLASTY AT THE INGUINAL HERNIA TO HEMODYNAMICS OF THE SPERMATIC VESSELS

The aim of the study was to assess the nature of changes in the reproductive function of men after various hernivum were performed by studying the blood flow parameters in the spermatic vessels and the results of the spermogram. Material and methods. The results of a study of 62 patients operated on for inguinal hernia are presented. Results of the study. from 2014 to 2017, in our analysis showed the advantages of endovisual methods of eliminating abdominal hernias precisely in patients with fertile age. In patients with inguinal hernia of fertile age, there is a disturbance of blood flow along the vessels of the spermatic cord and testicle, which contributes to the violation of spermatogenesis. All this requires an early operative correction of inguinal hernias.

Key words: inguinal hernia, laparoscopic hernioplasty, vessels of the spermatic cord

Введение. В 60% случаев паховые грыжи встречаются в работоспособном возрасте. По данным Европейского общества урологов (ESU), данная патология в 13-15% наблюдений приводит к бесплодию [4,5,12]. Наиболее частой причиной нарушения репродуктивной функции в этих случаях является варикоцеле. Следует отметить, что около 30% юношей и мужчин среднего возраста страдают варикоцеле различной степени [2,6,11]. Во многих публикациях одним из факторов развития варикозных расширений тестикулярных вен является длительная физическая нагрузка на пациента. Наряду с развитием варикоцеле это считается главным пусковым механизмом формирования паховых грыж [3,8].

Детальное обследование пациентов в предоперационном периоде повышает результаты хирургического лечения при паховых грыжах [1,9,10]. При этом роль дуплексного сканирования сосудов яичка у больных велико, способствует решению социальной проблемы бесплодия после грыжесечения по поводу паховой грыжи [3,7,12].

Цель исследования - оценить изменения репродуктивной функции мужчин после различных вариантов грыжесечений изучением показателей кровотока в семенных сосудах и результаты спермограммы.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты обследования и лечения 62 пациентов с паховыми грыжами во 2клинике ТМА с 2014 по 2017 год. Возраст больных - от 18 до 30 лет. Длительность заболевания у 36 (58%) пациентов составила до 1 года, у 26 (42%) – более 1 года. 19 больным проведена операция Лихтенштейна, 18 – лапароскопическая герниопластика по типу TAPP (Transabdominal Preperitoneal Repair), 25 пациентам – по типу TEP (total extraperitoneal Repair).

В качестве неинвазивного исследования скоростных показателей кровотока по сосудам семенного канатика использовался цветное дуплексное сканирование артерий и вен семенного канатика. Исследовали скоростные показатели кровотока: средняя скорость артериального кровотока (ССАК), средняя скорость венозного кровотока (ССВК) и дефицит кровотока (ДК). Исследование проводили до операции и на 30 день после хирургического вмешательства. В качестве контроля использовали скоростные показатели кровотока у 21 здоровых лиц.

У лиц с сопутствующим нарушением репродуктивной функции для оценки

роли хирургической манипуляции нами были изучены результаты спермограммы больных до- и после оперативных вмешательств (табл. 1).

Результаты исследования. Для сравнительной оценки результатов дуплексного исследования семенных сосудов у 21 здоровых лиц нами были определены параметры кровотока, данные которых приняты за норму (табл. № 2).

В норме диаметр артерии яичка составил слева 0,14±0,2 см, вены – 0,17±0,1 см, ССАК–14,17±1,3 см/с, ССВК–11,85±1,2 см/с. Показатели дуплексного сканирования семенных сосудов справа превышали аналогичные критерии кровотока слева, что, на наш взгляд, обусловлено анатомическим строением и углом впадения сосудов мошонки слева. Однако статистически достоверные отличия между показателями дуплексного исследования семенных сосудов слева и справа не отмечены.

Исследования выявили особенности показателей дуплексного сканирования семенных сосудов у больных с паховыми грыжами в зависимости от длительности заболевания.

У пациентов с паховыми грыжами длительностью до 1 года на здоровой стороне ССАК составил 14,07±4,23 см/с, ССВК – 11,23±2,76 см/с, на стороне поражения ССАК составил 11,27±2,34 см/с, ССВК –11,42±3,76 см/с, ДК на пораженной стороне составил 19,76%, Диаметр артерии семенного канатика был 0,10±0,07 см, вены – 0,19±0,06 см (табл. № 3).

При длительности заболевания более 1 года на стороне поражения ССАК составил 10,25±2,25 см/с, ССВК–10,33±2,68 см/с, ДК на пораженной стороне составил 19,88%, диаметр артерии семенного канатика был 0,08±0,01 см и вены – 0,35±0,02 см. Длительное грыженосительство способствует уменьшению диаметра сосудов

Таблица 1

Нормальные показатели спермограммы

Показатели	Норма
Объем	2-6 мл
Цвет	белый, серовато-белый
Время разжижения	10-60 минут
Вязкость	До 2 см
pH (реакция)	pH 7,2-8,0
Количество сперматозоидов в 1 мл	более 20 млн. (или 20*[6])
Количество сперматозоидов в эякуляте	40-500 млн. (или 40-500*[6])
Подвижность сперматозоидов A (активно-подвижные) B (малоподвижные с прямолинейным движением) C (малоподвижные без прямолинейного движения) D (неподвижные)	категория A – более 25%, либо A+B – более 50%
Патологические сперматозоиды	доля нормальных сперматозоидов должна быть больше 50%, либо более 30% с нормальной морфологией головки
Жизнеспособность	живых сперматозоидов более 75%; по стандартам ВОЗ – более 50%
Лейкоциты	не более 1 млн. (или 3-4 в поле зрения, или не более 1*[6])
Эритроциты	отсутствуют

Таблица 2

Результаты дуплексных сканирований в контрольной группе больных

	d=артерии (см)	d=вены (см)	ССАК (см/с)	ССВК (см/с)	ДК (%)
слева	0,14±0,2	0,17±0,1	14,17±1,3	11,85±1,2	7,5
справа	0,15±0,18	0,18±0,12	14,2±1,4	12,01±1,1	6,7

Таблица 3

Показатели дуплексного сканирования семенных сосудов у больных с паховыми грыжами

	d=артерии (см)	d=вены (см)	ССАК (см/с)	ССВК (см/с)	ДК (%)
На здоровой стороне	0,14±0,2	0,17±0,1	14,07±4,23	11,23±2,76	8,0
На пораженной стороне до 1 года	0,10±0,07	0,19±0,06	11,27±2,34	11,42±3,76	19,76
На пораженной стороне более 1 года	0,08±0,01	0,35±0,02	10,25±2,25	10,33±2,68	19,88

семенного канатика и снижает скоростные параметры (рис. 1).

Параметры дуплексного сканирования семенных сосудов нами были изучения в раннем послеоперационном периоде на 3-5 сутки. После операции Лихтенштейна ССАК на стороне поражения оказалась ниже, чем на здоровой стороне ($p<0,05$). Разность ССАК на пораженной и здоровой стороне, которая до операции, в среднем, составляла 3,31 см/с, уменьшилась до 2,96 см/с и ССВК уменьшилась на 1,11 см/с. Диаметр артерии семенного канатика составил 0,09±0,02 см, вены – 0,3±0,02 см (табл. 4).

У больных, перенесших лапароскопическую герниопластику по методике ТАРР, в послеоперационном периоде ССАК на пораженной стороне увеличился, в среднем, на 1,54 см/с по сравнению с дооперационным показателем и составил 12,3±1,14 см/с, ССВК повысился на 0,46 см/с. Диаметр артерии семенного канатика составил 0,10±0,02см, вены – 0,23±0,02 см.

В группе пациентов, перенесших лапароскопическую герниопластику по методике ТЕР, на пораженной стороне ДК составил 8,05%, что на 11,77% меньше, чем в дооперационном периоде. В послеоперационном периоде ССАК возрос на 2,31 см/с, ССВК – на 0,69 см/с. Диаметр артерии семенного канатика составил 0,12±0,03см, вены – 0,2±0,02 см. При длительности заболевания более 1 года восстановление скоростных параметров происходило более медленными темпами.

Наличие паховой грыжи - один из факторов нарушения сперматогенеза. Хирургическое вмешательство в паховой области в результате повреждения сперматических протоков и мелких сосудов усугубляет процесс нарушения репродуктивной функции [1]. В 10-13% случаев отмечаются изменения в сперматогенезе после ненатяжных открытых способов герниопластики [7, 11].

Нами изучены результаты спермограмм, которые свидетельствовали о положительных изменениях в послеоперационном периоде (табл. 5). Выполнение лапароскопических методик способствовало более лучшим сдвигам в сперматогенезе, что, на наш взгляд, были обусловлены, во-первых, меньшей травматизацией сперматических протоков и сосудов, и, во-вторых, улучшением показателей кровотока в семенных сосудах при миниизвазивных способах герниопластики.

Обсуждение результатов. Сегодня некоторые исследователи указывают, что эндовизуальные операции при паховых грыжах являются альтернативой открытым операциям [2, 7]. Однако наши результаты свидетельствуют, что лапароскопическая герниопластика является методом выбора в хирургическом лечении паховых грыж.

Бурные обсуждения, посвящённые хирургии паховой области, всегда требуют

Таблица 4

Результаты дуплексных сканирований после операции Лихтенштейна

	d=артерии (см)	d=вены (см)	ССАК (см/с)	ССВК (см/с)	ДК (%)
Ср. показателей сосудов до операции	0,09±0,04	0,27±0,03	10,76±2,21	10,87±3,13	19,82
После операции Лихтенштейна	0,09±0,02	0,3±0,02	11,11±1,12	10,12±1,51	13,14
После ТАРР	0,10±0,02	0,23±0,02	12,3±1,14	11,33±1,54	9,57
После ТЕР	0,12±0,03	0,2±0,02	13,07±1,05	11,56±1,60	8,05

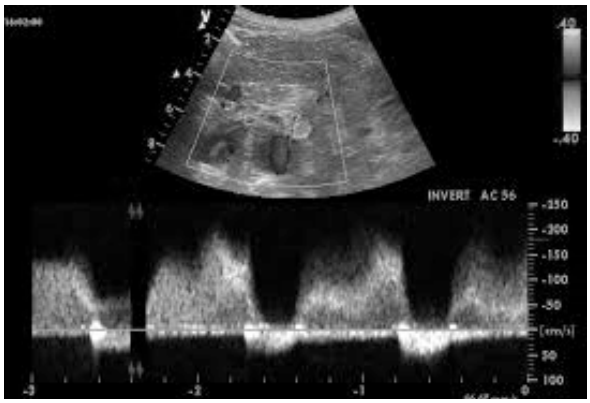


Рис. 1. Дуплексное изображение сосудов семенного канатика до операции.

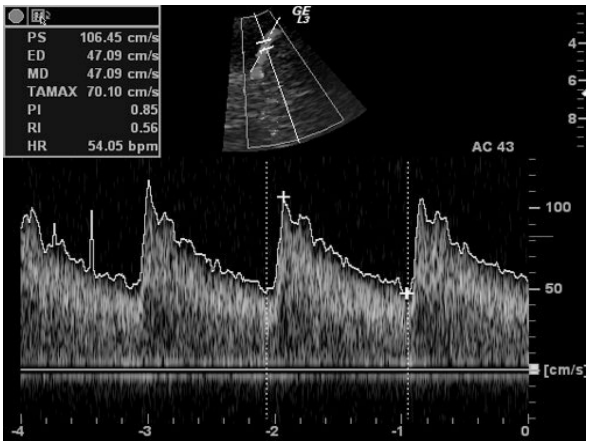


Рис. 2. Дуплексное изображение сосудов семенного канатика после операции Лихтенштейна.

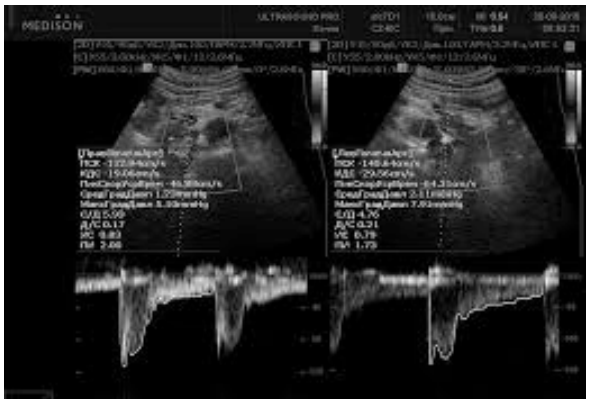


Рис. 3. Дуплексное изображение сосудов семенного канатика после ТАРР.

Рис. 4. Дуплексное изображение сосудов семенного канатика после ТЕРь.

обоснованных фактов для оптимального выбора безопасного хирургического метода вмешательства. Ряд авторов считают, что ненатяжные открытые операции более практичны, чем лапароскопические. Аргументами этих хирургов являются дороговизна эндоскопических инструментов и расходных материалов, недостаточные навыки и опыт.

Операция Лихтенштейна оправдывает

себя при больших невправимых и паховo-мошоночных грыжах [1, 8, 10]. Метод имеет некоторые недостатки. В истории хирургии паховой области всем известно, что самой надёжной пластикой при паховых грыжах является укрепление задней стенки пахового канала (метод Постемпского), при котором «укрываются» все паховые дефекты [5, 9]. Однако из-за возможности влияния на сперматогенез, выполнение пластики пахового канала по методу Постемпского следует ограничивать для лиц репродуктивного возраста. Еще одним недостатком операции Лихтенштейна, как и всех открытых способов, являются возможные травмы анатомических структур паховой области. При подготовке протезного материала производится овальный разрез, откуда проходит семенной канатик. Это создает условия для постоянной травмы семенного канатика протезным материалом, что в дальнейшем приводит к атрофии m.crimaster, травмам сосудов канатика, иногда к кровотечениям из них, хроническому воспалению и нарушению пассажа спермы по сперматическому протоку. По данным некоторых зарубежных авторов, подобные осложнения достигают 50-60% [2, 4, 11]. После установки сетчатого протеза его фиксируют к наружной и внутренней косой мышце и паховой связке. При этом интрамускулярные нервы легко травмируются и вызывают нарушения функциональной деятельности органов паховой области. Несмотря на подобные негативные моменты, операция Лихтенштейна технически несложна и вполне оправда себя при наличии противопоказаний к общей анестезии и в ургентной хирургии [3, 5, 9].

Трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика не требует дополнительного опыта практикующего эндоскопического хирурга [1, 8]. Одним из этапов трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики является диагностическая лапароскопия, идентификацияи расширения паховых колец и оценка состояния бедренной ямки. Лапароскопическая герниопластика - менее безопасный метод, значительно снижающий риск повреждения мелких сосудов семенного канатика и сперматического протока. По данным Европейского общества герниологов, в 70-80% наблюдений при выполнении TAPP сохраняется целостность жизненно важных анатомических структур [6, 12]. Однако после каждой интраабдоминальной манипуляции нередко развивается спаечный процесс. В литературе приводятся данные, что повышение интраабдоминального давления при инсуфляции углекислого газа способствует развитию асфиксии за счет регургитации желудочного содержимого в 0,5-3% случаев, гиперкоагуляции – до 2%, длительному сохранению болевого синдрома в животе за счет свободного газа в послеоперационном периоде – до 5% наблюдений [1, 7, 9]. При «слепом» выделении париетального листа брюшины изнутри риск повреждения семенного канатика эндоскопическом инструментом достигает 4-6% [3, 6, 10]. Однако наши наблюдения свидетельствуют, что диагностическая лапароскопия позволяет более адекватно визуализировать паховую область, и вероятность повреждения семенного канатика значительно меньше, чем при TEP.

TEP исключает негативные моменты перечисленных методик герниопластики. Основным сложным моментом операции является вхождение в экстраперитонеальное пространство, которое располагается между париетальной брюшиной и влагалищем мышц передней брюшной стенки. По экстраперитонеальной поверхности брюшины вводятся эндоскопические инструменты для визуальной идентификации анатомических структур паховой области. При этом четко дифференцируются и выделяются элементы семенного канатика. Инсуфляция газа в экстраперитонеальную область способствует расширению просвета между брюшиной и апоневрозом. В 85% случаев без острых манипуляций тупым путем выделяются все элементы грыжи [2, 3, 8].

Особое значение имеет венец смерти (corona mortis) – сосудистая аномалия, наблюдаемая, приблизительно, у 15-30% людей. Она представляет собой выраженный анастомоз между запирательной артерией и нижней надчревной артерией и находится латеральнее от внутреннего пахового кольца. Учитывая риск повреждения указанного сплетения после выделения грыжевого мешка и элементов семенного канатика, протезный материал фиксируют в симфиз и spina iliaca anterior superior. Основным преимуществом TEP для лиц фертильного возраста является адекватная визуальная идентификация элементов семенного канатика и минимальный риск повреждения анатомических структур паховой области.

Таблица 5

Показатели спермограмм при различных методах герниопластики

Показатели	До операции	Лих-н	ТАРР	ТЕР
Объем (мл)	4 ±1,3	3±1,4	3±1,6	4±1,2
Время разжижения (минут)	40±16	30±17	33±18	35±15
Вязкость (см)	1,09±0,26	1,1±0,15	1,26±0,14	1,4±0,21
pH (реакция)	6,2±1,1	6,7±1,1	6,8±1,2	7,1±1,2
Количество сперматозоидов в 1 мл (млн или1*^{6})	17^{x6}±1,1	19^{x6}±1,4	20^{x6}±1,5	22^{x6}±1,6
Количество сперматозоидов в эякуляте (млн или1*^{6})	110^{x6}±3,1	220^{x6}±3,8	332^{x6}±4,2	451^{x6}±5,1
Подвижность сперматозоидов (%)	A-17±1,4 B-16±1,1 C-18±1,4 D-49±1,3	A-26±1,1 B-18±1,2 C-19±1,2 D-44±1,3	A-28±1,0 B-26±1,3 C-24±1,2 D-22±1,1	A-31±1,2 B-27±1,1 C-25±1,0 D-17±1,1
Патологические сперматозоиды (%)	26±1,4	17±1,8	13±1,6	11±1,5
Жизнеспособность (%);	38±1,7	57±3,6	69±4,1	76±3,8
Лейкоциты (млн или1*^{6})	2^{x6}±0,1	0,9^{x6}±0,4	0,7^{x6}±0,3	0,6^{x6}±0,2
Эритроциты	3^{x6}±0,1	0,6^{x6}±0,1	abs	abs

Причиной развития паховых грыж у мужчин репродуктивного возраста во многих случаях является тяжелая физическая нагрузка. В большинстве случаев паховая грыжа носит односторонний характер. По данным литературы, в 70-80% наблюдений она встречается справа [4, 11, 12]. Следовательно, для у молодых пациентов с односторонней грыжей ТЕР является операцией выбора. Однако для больных старшего возраста с двухсторонней грыжей предпочтительна ТАРР.

Проведенный анализ показал преимущества эндовизуальных способов ликвидации абдоминальных грыж именно у больных фертильного возраста. Результатов спермограмм коррелируют с показателями дуплексного исследования сосудов семенного канатика. У больных, страдающих паховой грыжей в фертильном возрасте, нарушается кровоток по сосудам семенного канатика и яичка, что способствует нарушению сперматогенеза. Все это требует ранней оперативной коррекции паховых грыж.

Выводы. Паховая грыжа у лиц репродуктивного возраста является фактором риска нарушения сперматогенеза и требует раннего оперативного вмешательства.

Выполнение ТЕР максимально улучшает показатели кровотока в семенных сосудах и положительно влияет на сперматогенез. Эта методика оптимальна для пациентов репродуктивного возраста с целью сохранения их фертильности.

Для пациентов старшего возраста с двухсторонней грыжей предпочтительна ТАРР.

Операция Лихтенштейна является технически несложным вмешательством и при противопоказаниях к общей анестезии может быть методом выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астраханцев А.Ф., Крупнов Н.М. Паховая грыжа и нарушение репродуктивной функции у мужчин в аспекте современных представлений андрологии // Вопросы клинической урологи. - Рязань: Изд-во Рязанск. обл. тип., 2017, С. 192-194.

2. Зотов И.В. Морфология яичка при косых и прямых паховых грыжах // Воен. мед.

журнал., 2015, №4. С. 79-80.
3. Погорелый В.В., Погребняк И.О. Профилактика ишемии яичка при грыжах паховой локализации // Материалы 5-го Российского научного форума «Мужское здоровье и долголетие». - М., 2017, С. 77.
4. Протасов А.В., Кутин А.А. Безнатяжная герниопластика: отдаленные результаты и осложнения // Герниология, 2016, №1. С. 33-34.
5. Протасов А.В., Рутенберг Г.М. Влияние различных видов паховой герниопластики на репродуктивную функцию мужчины // Эндоскопическая хирургия, 2017, №4. С. 124-126.
6. Сизякин Д.В. Патогенез бесплодия у мужчин при нарушении кровообращения яичек, диагностика и лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ростов, 2015, С. 24.
7. Табуйка А.В. Влияние сетчатого имплантата на репродуктивные органы при моделировании операции герниопластики (экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2016, С. 19.
8. Fujisava M., Hiramine C. Decrease in apoptosis of germ cell in the testis of men // World. J. Urol., 2017, №17(19). P. 296-301.
9. Hansen K.A., Eyster K.M. Infertility: an unusual complication of inguinal hernioraphy // Fertil. Steril., 2016, №1(86). P. 217-218.
10. Kingsnorth A.N. Treating inguinal hernias: Open mesh Lichtenstein operation is preferred over laparoscopy // BMJ, 2014, №7431(328). P. 59-60.
11. Nakamura N. Temperature sensitivity of human spermatogonia and spermatocytes // Arch. Androi., 2017, №19 (32). P. 127-132.
12. Yavetz H. Fertility of men following inguinal hernia repair // Andrologia, 2016, № 5(8). P. 446-448.

УДК 616/617. Т-33

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Эрметов А.Т., Ботиров А.К., Темиров Р.И., Хужамбердиев И.Р., Худойбердиев Б.А.

(НамОблФРНЦЭМП)

Из 318 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, выделены 69 больных старше 60 лет, которые были разделены на 2 группы. При лечении основной группы больных по предложенному алгоритму повторные кровотечения снизились с 29% до 14,2%, частота экстренных операций - с 80% до 45%; послеоперационные осложнения - с 35% до 20,7%, летальность - с 21,4% до 11,6%.

Ключевые слова: двенадцати перстной кишки, алгоритм, летальность, экстренная операция.

60 ЁШДАН ЮҚОРИ ЁШДАГИ ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАДАН ҚОН КЕТГАН БЕМОРЛАРДА ЯРАДАН ҚАЙТА ҚОН КЕТИШ ХАВФИНИ ОЛДИНДАН АНИҚЛАШГА АСОСЛАНИБ ДАВОЛАШ АЛГОРИТМИ

Мақолада Меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги қон кетиши билан асоратланган 318 та бемордан 69 та 60 ёшдан юқори ёшдаги беморлар ажратиб олинган. Ажратиб олинган беморлар 2 та гурухга бўлиб ўрганилган. Асосий гурухга кирган беморларда таклиф қилинган алгоритмдан фойдаланиб ёрдам кўрсатилганда қайта қон кетиш хавфи 29,4 дан 14,2%, га шошилинч операциялар сони 85 дан 45% пасайтирилган бу ўз навбатида операциядан кейинги асоратларни 35,2 дан 20,7% гача ва ўлим ҳолатини 21,4 дан 11,6% гача камайишига олиб келган.

Калит сўзлар: ўн икки бармоқли ичак, алгоритм, ўлим ҳолати, шошилинч операция.

THE ALGORITHM OF TREATMENT OF PATIENTS OVER 60 YEARS WITH ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING

In the article 318 patients with peptic ulcer of stomach and of intestine complicated with bleeding were observed. Among them 69 patients older than 60 years were identified. These patients were divided into 2 groups During the treatment by proposed algorithm of the main group of patients occurrences of repeated bleeding decreased from 29% to 14.2%, the frequency of emergency operations changed from 80% to 45%, and postoperative complications decreased from 35% to 20.7% and mortality rate came down from 21.4% to 11.6%.

Keywords: duodenum ulcer, algorithm, mortality rate, emergency operations.

Введение. Современный период в хирургии язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) характеризуется стремлением к индивидуализированному подходу при решении вопроса о выборе оптимального объёма хирургического вмешательства и хирургической тактики [1,3,6]. Особое место в хирургическом лечении ЯГДК занимает диагностика. Не менее трудным остается выбор рациональной хирургической тактики в каждом конкретном случае кровотечения. Не оправдали себя слишком активная и пассивная тактика. Нет согласованности в понимании экстренности оперативного лечения, что характеризуется совершенно различным толкованием немедленной, срочной, экстренной, неотложной и отсроченной операции. Поэтому поиск оптимальной хирургической тактики в лечении ЯГДК продолжается и по сей день [2,9,10].

Материал и методы. На базе РНЦЭМП Наманганского филиала с 2010 по 2016г. по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ЯБДПК), осложненной кровотечением, в хирургическое отделение поступили 318 больных. Из них больных пожилого и старческого возраста было 69 (21,6%).

Мы с 2014 года внесли коррективы в тактику хирургического лечения. Мы выделили две условные группы: контрольную - 36 (52,2%) больных; исследуемую - 33 (47,8%) больных.

Из 69 больных с ЯГДК мужчин пожилого и старческого возраста было 48(71,7%), женщин – 21(28,3%), соотношение мужчин и женщин 3:1.

При определении хирургической тактики важное значение имеет оценка исходного состояния организма больного и степень кровопотери. Правильное их определение влияет на результаты хирургического лечения. Тяжесть состояния больных пожилого и старческого возраста с ЯГДК и степень кровотечения определяли по методике Н.Н. Велигоцкого с соавт. [5]. У больных ОЦК и объем кровопотери определяли по номограмме П.Г. Брюсова [4], согласно которой мы выделили легкую, среднюю и тяжелую степень и кровотечения.

Результаты и их обсуждение. У наших больных (69) с ЯБЖ 6 (8,6%) и ЯБДПК 63(91,4%), осложненной кровотечением в 36(52,1%) случаях кровотечение из язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 33 (47,8%) и желудка – 3 (4,2%) протекало без других осложнений ЯБ. Кровотечение у 5 (7,2%) больных протекало на фоне компенсированного пилородуоденального стеноза (ПДС) из язвы ДПК у 4 (5,7%) и желудка у 1 (1,5%). Суб- и декомпенсированного ПДС из язвы ДПК у 7 (5,1%) и 2 (2,8%), соответственно. Пенетрация отмечена у 15 (21,7%) больных из язвы ДПК, у 13(18,8%) и желудка у 2 (2,9%) больных. В 1(1,4%) случае кровотечение протекало на фоне перфорации язвы ДПК. Сочетание кровотечения, пенетрации и различной степени ПДС отмечено у 3 (4,3%) больных из язвы ДПК у 2 (2,8%) и желудка у 1 (1,5%).

Сопутствующая терапевтическая патология диагностирована в 37 (53,6%) случаях. Наибольшую часть составили заболевания сердечно-сосудистой системы – 26 (37,6%). Заболевания органов дыхания - 6 (8,6%), хронические заболевания печени и желчевыводящей системы – 5 (7,2%). Наличие сопутствующей терапевтической патологии влияло на исходы лечения, требовало их коррекции.

Сочетанная хирургическая патология диагностирована в 9 (13,0%) случаях. У данных больных наиболее часто диагностированы ЖКБ 6(8,6%), вентральные грыжи - в 3 (4,4%), что нередко затрудняло определение хирургической тактики.

По мере накопления опыта работы

мы разработали алгоритм хирургической тактики ввиду неудовлетворенности результатами лечения 36 (52,1%) больных пожилого и старческого возраста. На наш взгляд, это связано с тем, что мы порой придерживались активной, порой - активно-выжидательной тактики, т.е. допускали тактические ошибки, упущения в технике операций.

Разработанный и внедренный в нашу клинику алгоритм отражает индивидуально-активную хирургическую тактику лечения больных с ЯГДК, основанную на прогнозе рецидива.

При предложенном алгоритме [8] всех больных с ЯГДК мы осматривали, тщательно изучали анамнез болезни. Обращали внимание на длительность язвенного анамнеза, наличие кровотечения из язвы в анамнезе, ранее проведенное эндоскопическое исследование и его заключение; сроки от начала кровотечения до поступления в стационар и его клинические проявления.

Одновременно изучали наличие сопутствующей терапевтической, хирургической патологии. Проводили клиническое и лабораторное исследование состояния больного на данный момент и степень тяжести кровотечения. Этим самым мы подготавливали больного для проведения эндоскопического исследования.

После проведения изложенных процедур оценивали состояние больного на наличие у него постгеморрагического шока. При диагностировании явлений постгеморрагического шока мы выводили больного из этого состояния, затем проводили экстренную эндоскопию.

В контрольной группе было 36 человек. Из них с ЯБЖ было - 4 (11,1%). Все они подлежали оперативному лечению. С ДЯ составили – 32(88,9). При этом 21 (35,0%) из них подлежали консервативному, 15 (41,6%) - оперативному лечению.

В исследуемой группе было 33 человек. Из них- 2 (6,0%) – с ЯБЖ. Консервативному лечению подлежал 1 больной, оперативному – тоже 1. Больные с ЯБДПК было 31 (93,9%), из них консервативному лечению подлежали 9(29,0%) больных, оперативному – 22(71,0%).

При определении хирургической тактики мы придерживались эндоскопической классификации язвенных кровотечений J.Forrest и соавт. (1987).

Правильный прогноз рецидива геморрагии может помочь хирургу избежать неоправданного выжидания, которое может привести к экстренной операции на высоте рецидива кровотечения, и необоснованного оперативного вмешательства. В этой связи нами разработаны критерии угрозы рецидива кровотечения и алгоритм его прогноза [7].

Заключение. Предложенный алгоритм лечения больных старше 60 лет с ЯГДК, основанный на прогнозе рецидива кровотечения, позволяет провести рациональную перегруппировку в рамках неотложных хирургических вмешательств, чего невозможно добиться при традиционном активно-выжидательном подходе. Внедрение алгоритма позволило снизить рецидивы кровотечения с 29,4 до 14,2%, экстренные операции - с 85 до 45%; послеоперационные осложнения - с 35,2 до 20,7%), летальность - с 21,4 до 11,6%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айсханов С.К., Вртанов С.А., Рамазанов М.М. Активная индивидуализированные тактика лечения больных с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Вестн. Хир. 1992; 4-5-6; 21-23.
2. Алтиев Б.К., Рихсибеков З., Мухамедов Х. Прогнозирование рецидива кровотечения из острых гастродуоденальных язв. Хир. Узб. 2003; 3; 11.
3. Аталиев А.Е., Мавлянов А.Р., Мадаминов Р.Н. Обоснование лечебной тактики при гастродуоденальных кровотечениях. Хир. Узб. 2003; 3; 12-13.
4. Брюсов П.Г. Определение величины кровопотери в неотложной хирургии. Вестн. хир. 1986; 6; 122-127.
5. Велигоцкий Н.Н., Зайцев Б.Т., Дерман А.И. Индивиудально-активная тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенного генеза. Хирургия 1989; 8; 88-91.
6. Хаджибаев А.М., Гулямов Б.Т., Асамов Х.Х. и др. Тактика хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной профузным кровотече-

нием. Хир. Узб. 2003; 3; 86-87.
7. Хужамбердиев И.Р., Ниязматов Б.Б., Батиров А.К., Хакимов Д.М. и др. Критерии угрозы рецидива кровотечения и алгоритм его прогноза. Рац. предл. №1674 от 12.11.04г.
8. Хужамбердиев И.Р., Ниязматов Б.Б., Батиров А.К., Хакимов Д.М. и др. Алгоритм лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенного генеза, основанной на прогнозе его рецидива. Рац. предл. №1675 от 12.11.04г.
9. Шапкин Ю.Г. Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях. Саратов. 1998: 254.
10. Schroders C.P., Imhof M., Ohmann C. und and. Ulkusblutung beim alten patienten: primar konservative oder operative Therapie? Langenbecks Archiv fur Chirurgie. 1996. 113 (suppl): 467-469.

УДК 616/617. Т-33

СИГМАСМОН ИЧАК БУРАЛИШИДА РАДИКАЛ ХИРУРГИК ЁНДАШИШНИ ЎРНИ ВА АФЗАЛЛИКЛАРИ

Юнусов Р.С., Темиров Р.И., Саидметов Ш.М., Исабоев Ш.Б., Султонов Ш.И.

(РШТТЁИМ НамВилФ)

Мақолада сигмасимон ичакнинг буралиши диагнози билан оператив даво ўтказилган 31 та бемор натижалари кўрсатилган. Муаллиф 26 та беморда радикал, 5 та беморда паллиатив оператив даво ўтказилганлиги, паллиатив оператив даво ўтказилган беморларнинг 40% да сигмасимон ичакни қайта буралиши кузатилганлиги сабабли беморнинг умумий ҳолати ва ҳамрох касалликларини ҳисобга олган ҳолда радикал оператив даво ўтказиш афзалликларини кўрсатиб ўтган.

Калит сўзлар: Сигмасимон ичак, радикал, полиатив, анастамоз, колостома, резекция.

РОЛЬ И ПРЕИМУЩЕСТВО РАДИКАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЗАВОРОТЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

В статье представлен 31 больной, оперированный по поводу заворота сигмовидной кишки. 26 больным произведена радикальная операция, 5 - паллиативная. Необходимостью выполнения радикальных оперативных вмешательств у данной категории больных является высокая частота рецидива данного заболевания - 40% случаев. Поэтому этим больным в первую очередь следует выполнять резекцию сигмовидной кишки с наложением анастомоза или выведения одноствольной колостомы.

Ключевые слова: сигмовидная кишка, колостома, резекция.

THE PLACE AND BENEFITS OF A RADICAL SURGICAL INTERVENTION AS A TREATMENT OF THE SIGMOID COLON OBSTRUCTION

The article shows that 31 patients are operated due to the sigmoid colon obstruction.. The author notes that 26 patients underwent radical surgery and 5 patients have palliative treatment. It is necessary to carry out radical operative interventions in this category patients as the frequency of recurrence of this disease is high, about - 40% of cases. Therefore, these patients should first perform a resection of the sigmoid colon with the imposition of an anastomosis or removal of a single-stemmed colostomy.

Keywords: sigmoid colon, radical, palliative, anastomosis, colostomy, resection.

Кириш. Ўткир ичак тутилиши қорин бўшлиги ургент касалликларини 3,5-9% гачани ташкил қилади. Ўткир ичак тутилишини 3-5% ни сигмасимон ичакнинг буралиши ташкил қилади [1]. Сигмасимон ичакнинг буралишини диагностикаси ургент хирургияга қийинчилик туғдирмайди. Беморнинг шикояти, касаллик анамнези, қорин бўшлиги обзор рентгенографияси, ультратовуш текшируви (УТТ), лозим бўлса, барий контрастли ирригография беморга диагноз қўйиш учун етарли ҳисобланади.

Материал ва услублар. РШТЁИМ Наманган вилоят филиали 3-шошилинч хирургия бўлимида 2010-2015 йиллар давомида 31 та беморда сигмасимон ичак буралиши диагнози билан даволанган. Булардан эркаклар 28 та (90,3%) - аёллар 3 та (9,7%) ни ташкил этади. Беморлар 16-29 ёшгача 8 (25,8%) та 30 ёшдан 49 ёшгача 17(54,8%) та 50 ёшдан 60 ёшгача 5 та(16,1%) 60 ёшдан юқориси 1 (3,3%) та. Беморнинг асосий қисми 17 таси (54,8%) 30 ёшдан - 49 ёшгачани ташкил қилди. Ушбу ёшдаги беморлар меҳнатга лаёқатли ёшдагилар ҳисобланади. Беморларнинг 22 (70,9%) таси шахар аҳолиси, 9 (29,1%) таси қишлоқ аҳолиси. Беморларнинг касаллик бошлангандан шифохонага мурожаат қилган вақти кўриб чиқилганда 21 (67,7%) таси касаллик бошлангандан сўнг 6 соатгача бўлган муддатда мурожаат қилган. 5 (16,1%) таси 6-12 соат ичида мурожаат қилган. 4 (12.9%) таси 12-24 соат ичида мурожаат қилган. 1 (3.3%) таси 24 соат сўнг мурожаат қилган. Беморларнинг 26 (83,8%) тасига беморинг шикояти, касаллик анамнези, касалликнинг маҳаллий кўриниши, қорин бўшлиги УТТ, қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопиясига асосланиб диагноз қуйилган. 5 (16.2%) та беморда касалликка хос симптомлар шубҳали бўганлиги сабабли юқоридагиларга қўшимча барий контрастли ирригоскопия текшируви ўтказилиб, диагнозга аниқлик киртилган. Беморларнинг 28 (90,3%) тасида шифохонага мурожаат қилгандан 6 соат ичида операция ўтказилган. 3 (9,7%) тасида гиповолемия ҳолати ва гемодинамик кўрсаткичлари ностабил бўлганлиги сабабли қиска муддатли операция олди тайёргарлиги ўтказилиб 6-12 соат ичида операция қилинган. Беморларнинг 6 (19,3%) таси Сигамасимон ичакни қайта буралиши билан тушган. Беморларнинг анамнези кўриб чиқилганда барчаси охирги 2 йил ичида Гаген-Торну бўйича мезосигмапексия операцияси ўтказганлиги аниқланди. Беморларнинг 8 (25,8%) тасида операция вақтида сигмасимон ичак некрози аникланди.

Натижа ва уларнинг мухокамаси. Бизнинг илмий марказимизга келган 31 та бемордан 5 (16,1%) тасида беморнинг аҳволи оғирлиги перитонит тарқалган характерда бўлганлиги ва хамрох касалликларини хисобга олиб, Гаген-Торну бўйича мезосигмапексия операцияси ўтказган.

Беморларнинг 26 (82,9%) тасида Сигмасимон ичак резекцияси dessenda-recta анастамоз қўйиш, йўғон ичак ретроград интубацияси операциясини ўтказдик. Операциядан сўнг 2-кунидан бошлаб ретроград интубация қилинган трубка оркали ёғли микро клизма қилинди. Операциядан сўнг 5 кунида ретроград интубация қилинган трубка олиб ташланди.

Бизнинг илмий марказимизда Гаген-Торну бўйича мезосигмапексия операцияси ўтказган 5 (16,1%) та беморларимизнинг 2 (40%) таси сигмасимон ичакнинг қайта буралиши билан илмий марказимизга қайта мурожаат қилган. Сигмасимон ичакни резекция қилиб анастамоз қўйган 26 (82,9%) беморларнинг 1 (3,2%) тасида операциядан сўнг 7 кунида анастамоз чоклари етишмовчилиги белгиси пайдо бўлди. Анастамоз остига қўйилган дренаждан йиринг аралаш ичак суюқлиги ажралиши кузатилди. УТТ текширувида қорин бўшлиғида озод суюқлик аниқланмаганлиги, бемор перитониал белгилар бўлмаганлиги сабабли антибактериал, инфузион даво давом эттирилди. Операциядан сўнг 12 кунида қорин бўшлиғига қўйилган дренаждан ажралма чиқиши тўхтади. УТТ текширувида озод суюқлик аниқланмади қорин бўшлиғи қўйилган дренаж олиб ташланди.

Хулоса. 1.Мезосигмапексия операция ўтказилган беморларнинг 25% сигмасимон ичакнинг қайта буралиши диагнози билан қайта мурожаат қилди. Шуларни ҳисобга олиб сигмасимон ичак буралиши диагнози билан операцияга олинган беморларда перитонитни характери, беморнинг ҳаёт учун мухим аъзоларидаги ҳамрох касалликлари ва операцион бригада ва хирургнинг малакасига қараб радикал операция қилишни таклиф этамиз.

2. Беморда ҳаёт учун муҳим аъзолар ҳамрох касалликлари бўлган ҳолатда ҳам мезосигмапекция операцияси ўтказмасдан балки сигмасимон ичак резекцияси қилиб бир стволли сигмастома қўйиш мақсадга мувофиқдир

3. Сигмасимон ичак резекцияси ўтказилган беморларнинг барчасида йўғон ичак ретроград интубацияси қилиш, операциядан сўнг 2 кунидан бошлаб ёғли микроклизма қилишни зарур бўлади. Операциядан сўнгги микро ёғли клизмани йўлга қўйиш ретроград интубация қилинган трубка тешикларни ахлат массаси билан тўлиб қолишини олдини олиб, трубка ўтказувчанлигини доимийлигини таъминлаб беради.

4. Сигмасимон ичак резекция операциясидан сўнг чоклар етишмовчилиги белги-

лари пайдо бўлганда беморда перитониал белгилар бўлмаса, УТТ текширувида қорин бўшлиғида озод суюқлик аниқланмаса фаол кутиш тактикасидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

АДАБИЁТЛАР

1. Савалев В.С Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. « Триада-Х» Москва. 2004: 504 ст.

УДК 617.581-089

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ВЗРОСЛЫХ

Ахмедов Ш.Ш., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р., Хамраев Б.У.

(БухГМИ)

Успех эндопротезирования тазобедренного сустава, особенно при явлениях дисплазии, зависит от стабильности ацетабулярного и феморального компонента эндопротеза при правильных их анатомических соотношениях. Правильные анатомические соотношения можно достигнуть только реконструктивными костно-пластическими вмешательствами в области вертлужной впадины и проксимального конца бедренной кости.

Ключевые слова: тотальное эндопротезирование, дегенеративно-дистрофические заболевания.

КАТТАЛАРДА ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРДА СОН-ЧАНОҚ БЎҒИМИНИ ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ

Сон-чаноқ бўғими дегенератив дистрофик касалликлари билан 92 та бемор тахлил қилинган. Беморларга сон-чаноқ бўғимини тотал эндопротезлаш амалиёти ўтқазилган. Операция натижалари Харрис бўйича ўрганилган (64 % яхши, 20 % қониқарли).

Калит сўзлар: тотал эндопротезлаш, дегенератив-дистрофик кассаликлар.

THE ANTHROPLASTY OF THE HIP AT DEGENERATE-DYSTROPHIC DISEASES AT ADULTS

The success of the anthroplasty of the hip, especially on the appearance of dysplasia depends on stability of an acetabular and femoral components of endoprosthesis at their correct anatomic parities. Correct anatomic parities can be reached only by reconstructive osteoplastic interventions in the area of an acetabular hollow and a proximal end of a femur.

Keywords: total anthroplasty, degenerate-dystrophic diseases.

Актуальность. Увеличение числа больных с дегенеративно-дистрофическими поражениями тазобедренного сустава представляет серьезную медико-социальную проблему [4]. В различных странах Европы частота поражения тазобедренного сустава колеблется от 4 до 20 на 10000 населения. Снижение возрастного порога заболевания и увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста определяет прирост указанной заболеваемости в РФ более 10% в последние годы [1,5]. Процесс характеризуется прогрессирующим течением, вызывает тяжелые статико-динамические расстройства и приводит к высокому проценту инвалидности [2,6]. Начавшись вследствие многочисленных этиологических причин, поражение сустава прогрессирует на фоне патологической биомеханики сустава. Различные сочетания факторов биологической и механической природы определяют индивидуальные особенности патогенеза процесса, изменения анатомии сустава, клинических проявлений заболевания и прогноз восстановления опорно-двигательной функции конечности. Формирование патологической биомеханики сустава снижает

эффективность консервативных методик лечения дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава. Ведущим методом лечения является хирургический [1,8]. К радикальным методикам относятся операции артродеза, замещения пораженной части сустава биологическими и не биологическими материалами (в последнее время преимущественно тотальное эндопротезирование), а также околосуставные остеотомии.

Цель нашего исследования. Оценка эффективности эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями.

Материал и методы. Нами с 2011 по 2016 гг. произведено 92 операций по замене тазобедренного сустава искусственными имплантами. Мужчин было 41 (44,5 %), женщин 51 (55,5%). При распределении больных по возрасту оказалось: с 26-40 лет 14 человека, в возрасте от 41 до 60 лет 52 больных, 61-80 лет 26 больных. Как видно основной контингент больных соответствовал наиболее трудоспособному возрасту.

В качестве имплантатов для эндопротезирования использовались тотальные эндопротезы конструкции Zimmer (51), Irene (32), DePuy (6), и гибридных сборок (3), где, часто имплантированным тотальным эндопротезом был эндопротез конструкции Zimmer.

Тотальное замещение тазобедренного сустава выполнено больным при диспластическом коксартрозе в 52 случаях, с идиопатическимв 33 и с посттравматическим коксартрозом в 5 случаях, в 2 случаях больные оперированы с ревматоидным артритом.

Большая часть имплантаций эндопротезов оказалась осуществлена больным с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями.

В зависимости от возраста, конструкции эндопротеза, характера патологии и выраженности остеопороза производился выбор метода фиксации компонентов эндопротеза. В 16 случаях использована цементная фиксация, в 3 случаях цементная фиксация вертлужного компонента с механической фиксацией ножки. Без цементная фиксация компонентов суставов применена при 73 операциях.

Для оценки степени дисплазии тазобедренного сустава использовалась классификация Growe [9], согласно которой проксимальное смещение головки бедренной кости на расстояние менее 10% высоты таза (менее 50% высоты головки) соответствует I степени дисплазии, на расстояние 10-15% высоты таза (50-75% высоты головки) – II степени, на расстояние 15 - 20% высоты таза (75-100%высоты головки) – III степени, на расстояние более 20% высоты таза (более 100% высоты головки) – IV степени (табл.2.).

Табл.1.

Распределение больных по классификации Growe

Степень	Число больных
I степень	44
II степень	35
III степень	8
IV степень	5
Итого	92

На рентгенограммах с диспластическим коксартрозам наблюдались: краевой склероз, пологость крыши вертлужной впадины (уменьшение угла вертикального наклона вертлужной впадины и угла Веберга), грибовидная деформация головки бедренной кости с кистозными очагами и асептическим некрозом. У больных, долгое время пользовавшихся костылями, на фоне дегенеративно-дистрофических изменений наблюдался остеопороз бедренной кости и атрофия мышц пораженной нижней конечности. Доминирующая часть больных состояла на учете у ортопедов с детства, регулярно получали курсы консервативного лечения, 11 из которых ранее были подвержены оперативному вмешательству (открытые вправления, опорные остеотомии Шанца, межвертельные остеотомии, формирование крыш вертлужной впадины). Вследствие недоразвития вертлужной впадины у этих пациентов наблюдался подвывих или вывих головки бедренной кости. Сопутствующая приводяще-сгибательнаяконтрактура и ограничение движений в тазобедренном суставе затрудняло у них передвижение, походка была <<утиной>>.

Для изучения отдаленных результатов использовали клинический, рентгенографический, физиологический, биомеханический и статистический методы. При клиническом обследовании изучались:

жалобы больного, объем движений в протезированном суставе, укорочение оперированной конечности, необходимость использования дополнительной опоры при ходьбе. При рентгенологическом обследовании оценивали состояние и позицию бедренного и вертлужного компонентов эндопротеза, степень износа пары трения, состояние костного ложа. Обследование проводилось в двух плоскостях, сагиттальной и фронтальной, при этом во фронтальной плоскости для уточнения стабильности ножки эндопротеза дополнительно использовали компьютерную томографию. Биомеханические исследования конкретизировали степень опорности и возможности функции передвижения пациента с диспластическим коксартрозом до и после операции. Все полученные данные были обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. При предоперационном планировании эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с коксартрозом нами по рентгенограммам была проанализирована форма костномозгового канала бедренной кости при различных степенях выраженности дисплазии. Так, у пациентов с собственно дисплазией тазобедренного сустава форма костномозгового канала была нейтральной конической или с углом наклона конуса 1°. При подвывихе в тазобедренном суставе 1 и 2 степени угол наклона составлял от 3 до 5°, при этом в 6 случаях угол наклона конуса был 1°. При полном вывихе в тазобедренном суставе угол наклона конуса был более 7°. Таким образом, при подборе формы и дизайна ножки необходимо тщательно учитывать изложенные выше параметры, чтобы, во-первых, при обработке проксимального отдела бедренной кости рашпилями удалять минимально необходимый объем костной ткани, во-вторых, не уменьшать прочность фиксации ножки в ее дистальном отделе из-за несоответствия объема костномозгового канала и объема ножки эндопротеза. При рентгенографии в боковой проекции определяли угол изгиба бедренной кости во фронтальной плоскости, и, если он оказывался более 7°, с целью профилактики перфорации бедренной кости рашпилем заказывалась конструкция с изогнутой или укороченной ножкой. В ходе исследования нами было отмечено 2 (4 %) подобных случая у больных с полным вывихом головки бедренной кости. С целью изучения внутренней формы и стенок проксимального отдела костномозгового канала бедренной кости в сагиттальной плоскости в 32 (64 %) случаях дополнительно проводили компьютерную томографию. При этом выявлено, что при дисплазии 2 стадии и полном вывихе головки бедренной кости форма канала своеобразна – она сужается в медиальном направлении и расширяется в латеральную сторону. Следовательно, при данных формах диспластического коксартроза целесообразно использовать ножку эндопротеза типа «триклин» с подобранным в прямой проекции углом наклона конуса, что позволит достичь максимальной прочности ее фиксации в костномозговом канале бедра на всем протяжении ее имплантации и минимального удаления неизмененной костной ткани. Для получения объективных данных о результатах хирургического лечения больных с использованием предложенной схемы предоперационного планирования нами было произведено биомеханическое обследование 26 пациентов до оперативного лечения и 18 больных через 3 года после операции. Обследование показало положительную динамику функции опороспособности оперированной конечности и функции передвижения. Полученные данные доказали, что полного восстановления показателей до нормальных не наступило, и чем тяжелее стадия диспластического коксартроза (учитывая наличие предшествующих оперативных вмешательств), тем хуже результат оперативного вмешательства. У всех больных отмечались боли в пораженных суставах, резкое ограничение движений, выраженная комбинированная контрактура смешанного генеза, хромота; 39 (78 %) пациентов пользовались при ходьбе дополнительной опорой – из них 9 (23 %) мужчин и 30 (77 %) женщин. Лабораторно обследована в послеоперационном периоде вся группа больных из 50 человек. По выполненному общему анализу крови и обследованию титра стафилококкового анатоксина ни в одном случае не удалось получить убедительных данных о наличии позднего глубокого нагноения, т. е. они находились в пределах физиологической нормы. Отдаленные результаты лечения исследовались нами через 3 года после операции и изучались по общепринятой схеме (хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный) с использованием

шкалы Харриса. Хорошим результатом у 32 (64 %) пациентов признавался исход операции, когда больной избавлялся от болей в оперированном суставе, функция тазобедренного сустава достигала 80–90 % от нормативных величин амплитуды движений, конечность становилась опор способной. Удовлетворительный результат отмечался у 10 (20 %) пациентов – при этом после проведенного лечения больные предъявляли жалобы на умеренные боли в оперированном суставе во время ходьбы, функция сустава была несколько ограниченной (амплитуда движений восстанавливалась на 50–70 % от нормативных величин), больные использовали дополнительную опору при ходьбе. Неудовлетворительный результат лечения отмечен у 8 (16 %) пациентов, когда больной испытывал постоянные боли во время ходьбы, функция в оперированном суставе не восстанавливалась, состояние больного не улучшалось или даже ухудшалось. В случаях, когда были поражены оба тазобедренных сустава, а эндопротезирование сделано с одной стороны, использование дополнительной опоры при ходьбе на оценку результатов операции не влияло. Предварительная оценка результатов тотального эндопротезирования проводилась в срок от 6 до 8 месяцев, в это время больной полностью нагружал оперированную конечность. Следует отметить, что опороспособность конечности у всех больных практически полностью восстановилась. На рентгенограммах имеет место следующая картина: положение эндопротеза в основном остается первоначальным, линия резорбции костной ткани по контуру конструкции в 13 (26 %) случаях превышает 2 мм. Наличие параартикулярныхоссификатов выявлено у 8 (16 %) больных, однако они не повлияли на функцию оперированного сустава.

Выводы.

1. Использование данного метода предоперационного планирования и индивидуальный подбор бедренного компонента эндопротеза обеспечивает стабильную фиксацию имплантата и удовлетворительные клинические результаты эндопротезирования тазобедренного сустава в средне-отдаленные сроки.

2. Проведенное клинико-рентгенологическое, биомеханическое, физиологическое и лабораторное обследование результатов операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава разборными конструкциями эндопротезов с различным дизайном и формой ножки позволило в 84 % случаев установить хорошие и удовлетворительные исходы операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Филиппенко В.А., Танькут В.А., Жигун А.И., Петренко Д.Е., Кона- рева Н.Н. Система подбора оптимальной конструкции эндопроте- за тазобедренного сустава // Материалы 7 съезда травматологов- ортопедов Республики Беларусь. Минск, 2004. С. 363-364.

2. Тихилов Р.М., Сивков В.С., Артюх В.А., Шубняков И.И., Цем- ко Т.Д. Опыт применения конического бедренного компонента (Wagner) в эндопротезировании тазобедренного сустава // Травматология и ортопедия России. 2008. № 1. С. 5-11.

3. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава / под ред. Р.М. Тихилова, В.М. Шаповалова. СПб., 2008. 324 с.

4. Малютин А.П., Логунов А.Л., Загородний Н.В. // Актуальные вопросы практической медицины: сборник научных трудов к 60-летию ГКБ № 13. М.: РГМУ, 2005. С. 388-392.

5. Плющев А.Л. Диспластический коксартроз. Теория и практика. М.: Лето-принт, 2007. 495 с.

6. Абельцев В.П. Хирургическое лечение диспластического коксартроза. М.: Медицина, 2008. 224 с.

7. Среднесрочные результаты первичного эндопротезирования тазобедренного сустава имплантатами фирмы «Zimmer» цементной и бесцементной фиксации / Слободской А.Б. [и др.] // Травматология и ортопедия России. 2011. № 2. С. 44-49.

8. Wiberg G. Studies on dysplastic acetabula and congenital subluxation of hip joint // Acta Chir. Scand. 2006. Suppl. 83. P. 58.

УДК 616.613-003.7+615.254

ФИТОПРЕПАРАТ «ПОЧКАМ» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАЛЬЦИЕВЫМ УРОЛИТИАЗОМ

Гайбуллаев А.А., Кариев С.С.

(ТашИУВ)

Самый распространенный тип уролитиаза в Узбекистане, как и во всем мире – кальциевый. Страдают чаще лица работоспособного возраста. После освобождения от конкремента главной задачей для них становится предупреждение рецидива. При этом особо значение фитопрепаратов.

Цель исследования изучить свойства фитопрепарата «Почкам» в лечении больных с кальциевым типом уролитиаза.

Исследованы 20 пациентов с неосложненным течением кальциевого уролитиаза в возрасте 44,1±13,7 лет.

Препарат показал умеренный диуретический эффект; тенденцию повышения pH мочи > 5,8; снижения оксалурии (на 15,83%) и кальциурии (на 10,94%); усиление цитратурии (на 5,51%) и магниурии (на 8,06%). С 30-х суток АР[CaOx] снизился до 2,52±1,02 (p<0,05). Следовательно, продолжительность фитотерапии препаратом «Почкам» должна быть не менее 1 месяца. Проведение повторного или очередного курса профилактики после завершения приема «Почкам» рекомендуется не позже 30 суток. Урикурический эффект (на 30,1%) препарата диктует необходимость контроля и дополнительной медикаментозной коррекции по необходимости.

Ключевые слова: фитотерапия, кальций-оксалатный уролитиаз, профилактика и метафилактика уролитиаза, индекс ионной активности.

«ПОЧКАМ» ФИТОПРЕПАРАТИНИ КАЛЬЦИЙ УРОЛИТИАЗИНИ ДАВОЛАШДА ҚЎЛЛАШ

Уролитиазнинг кальцийли тури нафақат Ўзбекистонда, балки бутун дунёда энг кўп учрайдиган тури бўлиб хисобланади. Ундан асосан иш қобилиятидаги ёшда бўлган беморлар азият чекадилар. Конкремент олиб ташлангандан сўнг, энг асосий вазифа бўлиб тошни такрорланишини олдини олишдир. Бу ҳолатда фитопрепаратларнинг ўрни аҳамиятли хисобланади.

Тадқиқот мақсади: калций уролитиазили беморларни даволашда “Почкам” фитопрепаратининг хусусиятларини ўрганиш хисобланади.

Ўртача 44,1±13,7 ёшда бўлган 28 нафар кальций уролитиазили беморлар давоси тахлил қилинган.

Препарат енгил диуретик таъсир кўрсатди; пешоб pH кўрсаткичини 5,8 дан юқори кўтарилиш тенденцияси аниқланди; оксалурия (15,83% га) ва калцийурия (10,94% га) камайиши; цитратурия (5,51% га) ва магнийурия (8,06% га) ошгани кузатилди.

Даволанишнинг 30 кунидан бошлаб АР[CaOx] 2,52±1,02 га (p<0,05) пасайди. Шу сабабли, препаратни қўллаш давомийлиги камида 1 ой бўлиши керак. “ПОЧКАМ” ни тугатгандан сўнг такрорий ёки мунтазам профилактика курсини 30 кундан кечиктирмай ўтказиш зарур. Препаратнинг экскрециясини кучайтириш фаолиятини (30,1% га) мониторинг ўтказиш зарур ва заруратга қараб қўшимча дори-дармонларни қўллаш керак.

Калит сўзлар: фитотерапия, кальций оксалат уролитиази, уролитиаз профилактикаси ва метафилактикаси, ион фаоллиги индекси.

PHYTO MEDICINE «POCHKAM» FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH CALCIUM UROLITHIASIS DISEASE

The calcium type of urolithiasis is common in Uzbekistan, as well as in the world. The most patients are in working age. After the elimination the calculus, the main task for them is to prevent recurrence. The PHYTO medicine has special role in this case.

The aim: to study the properties of PHYTO medicine “Pochkam” in the treatment of calcium urolithiasis.

Twenty patients with uncomplicated calcium urolithiasis aged 44.1±13.7 years were studied.

The “Pochkam” has showed a mild diuretic effect; tendency to increase urine pH> 5.8; decrease in oxaluria (by 15.83%) and calciuria (by 10.94%); the increase citraturia (by 5.51%) and magnesuria (by 8.06%). The AP [CaOx] decreased to 2.52±1.02 (p<0.05) from the 30th day of therapy. Therefore, the duration of phytotherapy should be at least 1 month. The next or repeat course of prevention after treatment course of “Pochkam” is recommended no later than 30 days.

The uricuretic effect (by 30.1%) of the “Pochkam” dictates the necessity of monitoring or additional correction.

Key words: phytotherapy, calcium oxalate urolithiasis, prophylaxis and metaphylaxis of urolithiasis, ionic activity index.

Введение. Для пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ) после ликвидации или самостоятельного отхождения камня основной задачей становится предупреждение рецидивного камнеобразования. При этом следует помнить, что несмотря на избавление от конкремента, причина заболевания не исчезает. Поэтому профилактика должна носить длительный или даже непрерывный характер [1, 2]. Вследствие этого экономические аспекты также играют важную роль и в настоящее время широко обсуждаются [3, 4]. Современный темп жизни не оставляет возможности изменить работу, режим дня и постоянно соблюдать диету. И если учесть, что преобладают среди больных с МКБ лица трудоспособного возраста, вполне ясно, почему большинству пациентов не удается вовремя принимать необходимые препараты, и даже порой они забывают их принимать. И в этом отношении особое значение приобретают растительные препараты, особенно в капсулированных и таблетированных формах. Сегодня на фармацевтический рынок республики регулярно поступают новые фитопрепараты. Большинство из них - это мочегонные средства. Только на основе рецептов народной медицины их рекомендуют для лечения мочекаменной болезни. К сожалению, они не имеют доказательную базу, которая могла бы подтвердить их лечебные свойства. Одним из таких препаратов является фитопрепарат «Почкам», зарегистрированный в ФК МЗ РУз и широко применяемый в урологии. Поэтому целенаправленное изучение их способностей кроме изменения диуреза, влиять на другие параметры мочевого камнеобразования с разработкой обоснованных рекомендаций и противопоказаний важно для решения вышеуказанной проблемы [5, 6, 7].

Самым распространенным типом мочевого камнеобразования в Узбекистане, как и во всем мире является – кальциевый тип. Страдают этим заболеванием чаще всего лица трудоспособного возраста от 30 до 50 лет [4, 8, 9]. Следовательно, самую большую часть когорты больных с МКБ будут составлять они, и именно у них не будет возможности выполнять все предписания врача в полном объеме и тем более регулярно проходить обследование. Поэтому для них важно назначение лекарственного средства, которое могло бы одномоментно корректировать несколько параметров камнеобразования [6, 7].

С этой целью нами проведено открытое клиническое исследование свойств препарата «Почкам» в лечении больных с кальциевым типом мочевого литогенеза.

Материал и методы. В исследование были включены 20 пациентов с неосложненным течением кальциевого уролитиаза в возрасте 44,1±13,7 лет (от 22 до 68 лет). Среди них – 10 были мужчины, и 10 – женщины.

В течение 8 недель больные принимали препарат «Почкам» по 2 драже 3 раза в день за 30-40 мин до еды. Наблюдение продолжали еще 4 недели после прекращения приёма препарата.

В качестве критериев оценки были отобраны – суточный диурез (СД), клубочковая фильтрация (КФ) и канальцевая реабсорбция (КР), pH мочи, суточная экскреция кальция (Ca), оксалата (Ox), мочевой кислоты (Ur), магния (Mg), лимонной кислоты (Cit) и неорганического фосфора (Pi). Рассчитывали индекс ионной активности кальций-оксалатного соединения для определения состояния процесса мочевого камнеобразования (AP[CaOx]). Силу мочегонного действия препарата оценивали согласно рекомендациям Х.Х. Холматова (1979).

Результаты. Все результаты исследования приведены в таблице.

Препарат в среднем увеличил диурез

на 26,2% от исходной величины и обнаружил умеренное мочегонное действие. Положительный диуретический эффект начинается сразу после начала приёма препарата и продолжается до 45 суток лечения. Максимальное увеличение диуреза наблюдали на 45 сутки до 32% (умеренный мочегонный эффект). После прекращения приема препарата хотя на 20 сутки разница с исходным недостоверна, но уровень в среднем выше исходного вплоть до 30 суток. Следовательно, повторный курс фитотерапии только с целью стимуляции диуреза можно начать через 1 месяц после предыдущего.

Диуретическая способность препарата обусловлена постепенным увеличением КФ к 20 и 30 суткам приема препарата и снижением КР в ранние сроки (15 сутки фитотерапии). Начиная с 20-х суток даже наблюдается рост КР, но это не привело к понижению мочегонного эффекта препарата.

Хотя достоверного изменения реакции мочи в период фитотерапии не обнаружено. Наблюдалась тенденция роста pH мочи, в результате чего на 30 и 60 сутки она была выше 5,8 и уже отсутствовала необходимость в ее коррекции.После прекращения приема препарата наблюдается обратное снижение показателя ниже 5,8.

С15-х суток фитотерапиинаблюдается тенденция снижения кальцийурии. Снижение стабильно в течение всего курса лечения. Дажена 10 и 20 сутки после прекращения приема капсул «Почкам» экскреция кальция с мочой ещё ниже исходного уровня. То есть продолжительность лечебного действия по критерию снижения кальцийурии составляет не менее 20 суток после прекращения курса фитотерапии. Необходимость коррекции экскреции кальция возникнет только через 3 недели.

В экскреции оксалатов обнаружили достоверное снижение к концу курса - на 60 сутки. Но после отмены эффект оказался непродолжительным до 10 суток.

Препарат продемонстрировал урикурический эффект. Уже с 15-х суток фитотерапиинаблюдается рост экскреции с мочой мочевой кислоты. Только на 20 сутки после прекращения приема препарата, экскреция мочевой кислоты снизилась до исходного уровня.

В начальные сроки фитотерапии 15 и 30 сутки наблюдается рост магнийурии. Но постепенно, к 45-м суткам произошло обратное снижение – эффект оказался непродолжительным. После окончания лечения только на 20 сутки магнийурияснизилась до исходной величины.

Экскреция лимонной кислоты имела явную тенденцию роста, которая достигла максимума на 60 сутки лечения. Это повышение сохраняется до 20 суток после прекращения лечения.

Фосфатурия увеличилась в период фитотерапии. Рост достоверен на 30 и 45 сутки фитотерапии ($p<0,05$). На 60 сутки наблюдали максимальное повышение показателя($p<0,05$).На20 сутки после окончания лечения экскреция НФ снизилась до исходной величины.

Индекс ионной активности кальций-оксалатного соединения – расчётная величина учитывающая ряд факторов участвующих в мочевом литогенезе. В процессе фитотерапии обнаружили достоверное снижение индекса с 30-х суток. Эффект продолжителен вплоть до конца и курса и 10 суток после прекращения приема «Почкам».

Обсуждение. Для исходного состояния включенных в исследование пациентов характерен повышенный риск литогенеза (AP[CaOx]=4,06±1,35). Это закономерное следствие снижения защитных факторов (гипоцитратурия и гипомагнеурия), а так же усиления факторов способствующих камнеобразованию - низкий pH мочи, повышение экскреции кальция и оксалата с мочой, на фоне сниженного диуреза.

Препарат «Почкам» проявил умеренный диуретический эффект.Механизм его мочегонного действия- постепенный рост КФ и снижение КР, который выразился максимально к 30 суткам лечения. Хотя «Почкам» реакцию мочи достоверно не изменял, но в результате фитотерапии pH мочи больных оказалась выше 5,8 и уже не требовала дополнительной коррекции. Явная тенденция снижения оксалурии обнаруживается с 45 суток фитотерапии и приобретаетдостоверность к 60 суткам (на 15,83% от исходного уровня в среднем). Кальциурия также имеет тенденцию снижения(на 10,94% от исходного уровня в среднем). В период лечения усиливалась экскреция с мочой цитратов и магния – ингибиторов мочевого литогенеза(на 5,51% и 8,06% от исходного уровня в среднем соответственно). Вследствие этого, начиная только с

Таблица

Изменения критериев оценки эффективности фитотерапии (n=20).

		Курс фитотерапии				После прекращения курса		
M±m	Исходн.	15 сут	30 сут	45 сут	60 сут	10 сут	20 сут	30 сут
Диурез, л	1,25±0,19	1,44±0,19	1,58±0,16*	1,65±0,14*	1,64±0,13*	1,46±0,18	1,29±0,23	1,33±0,17
КФ	79,6±24,3	86,8±21,56	139,8±13,7*	149,2±45,7*	95,29±8,12	74,19±0,85	71,22±0,66	79,44+0,26
КР	97,8±0,5	97,7±0,4	99,1±0,01*	98,8±0,2	98,5±0,2	99,3±0,01	98,01±0,2	98,46+0,19
pH	5,38±0,21	5,55±0,23	5,84±0,34	5,56±0,40	5,96±0,40	5,73±0,29	5,54±0,29	5,57±0,44
Ca	6,51±1,15	5,84±0,84	5,97±0,91	5,56±1,20	5,82±1,35	6,14±0,86	6,1±0,91	6,53+1,10
Ox	0,60±0,24	0,60±0,13	0,56±0,25	0,45±0,16	0,41±0,26*	0,51±0,11	0,63±0,23	0,61+0,20
Ur	3,48±1,26	5,49±1,17	3,82±1,28	4,44±1,17	4,36±0,78	4,53±0,67	3,49±1,16	3,57+1,01
Mg	2,73±0,33	2,86±0,56	3,08±0,54	2,91±0,55	2,95±0,48	2,88±0,96	2,75±0,31	2,79+0,28
Cit	2,27±0,26	2,20±0,22	2,37±0,51	2,40±0,28	2,61±0,52	2,40±0,15	2,29±0,19	2,32+0,20
Pi	6,04±1,22	7,68±1,93	9,23±2,08	9,01±3,78	10,00±2,48	8,98±2,67	6,24±1,18	6,19+1,11
AP[CaOx]	4,06±1,35	3,16±0,76	2,52±1,02*	2,15±0,77*	1,79±0,89*	1,99+0,86*	2,82+0,91	4,08±1,36
*-p<0,05 с исходным показателем; суточная экскреция Ca, Ox, Ur, Mg, Cit, Pi в ммоль/сут								

30-х суток(AP[CaOx]=2,52±1,02) вплоть до 60-х суток (AP[CaOx]=1,79±0,89) лечения наблюдаетсязначительное (p<0,05) снижение индекса ионной активности кальций-оксалатного камнеобразования.Следовательно, продолжительность фитотерапии уролитиаза препаратом «Почкам» должна быть не менее 1 месяца.

Но в процессе лечения наблюдали рост суточной экскреции промоутера - мочевой кислоты (на 30,01% от исходного уровня в среднем).Поэтому для коррекции урикурического действия препарата его назначение следует сочетать со средствами влияющими на метаболизм мочевой кислоты или щелочными цитратами.

Усиление экскреции с мочой мочевой кислоты и неорганического фосфора может быть связано с повышением КФ и угнетением КР в период приема «Почкам». Так как они имеют соответствие в изменениях в одинаковые сроки наблюдения. Другихпризнаков, подтверждающих изменения метаболизма вышеуказанных параметров мы не наблюдали. Считается, что повышение уровня неорганического фосфора в моче может способствовать увеличению буфферных её свойств, что в определенной степени способствует снижению активности мочевого литогенеза [9].

После прекращения фитотерапии активность камнеобразования к 20 суткам хотя и не имеет достоверного различия с исходным уровнем (AP[CaOx]=2,82+0,91), но он ниже его. И только к 30 суткам они сравниваются. Следовательно,терапевтические свойства «Почкам» можно считать достаточно стойкими и необходимость повторного курса лечения возникает только через 1 месяц после завершения предыдущего лечения.

Заключение. Препарат может быть рекомендован для длительного лечения кальциевого уролитиаза, с целью умеренного усиления диуреза, снижения оксалурии, усиления цитратурии без необходимости в коррекции реакции мочи. Но под контролем и дополнительной коррекцией урикурии препаратами влияющими на метаболизм мочевой кислоты или щелочными цитратами. Лечебный эффект препарата начинается только с 30 суток терапии, поэтому продолжительность лечения должна быть не менее 1 месяца. Проведение повторного или очередного курса профилактики после завершения приема «Почкам» рекомендуется не позже 30 суток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dallera JE, Chandhoke PS. 2007. Epidemiology and Incidence of Stone Disease. Current Clinical Urology, Urinary Stone Disease: The Practical Guide to Medical and Surgical

Management. Stoller ML, Meng MV (Eds.). Humana Press Inc., Totowa, NJ, 2007. pp 27-34.
2. Bijarnia RK, Kaur T, Singla SK, Tandon C. 2009. A Novel Calcium Oxalate Crystal Growth Inhibitory Protein from the Seeds of Dolichosbiflorus (L.). TheProteinJournal 28(3-4):351-357.
3. Strohmaier WL. 2000. VolkswirtschaftlicheAspekte des Harnsteinleidens und der Harnsteinmetaphylaxe. Urologe A 39:166-170.
4. Trinchieri A. 2006. Epidemiological trends in urolithiasis: impact on our health care systems. Urological Research 34(2):151-156.
5. Allen L. Rodgers, Dawn Webber, RonicaRamsout, Mayur Danny I. Gohel.2014. Herbal preparations affect the kinetic factors of calcium oxalate crystallization in synthetic urine: implications for kidney stone therapy. Urolithiasis, June 2014, Volume 42, Issue 3, pp 221-225
6. Gaybullaev AA, Kariev SS. 2013. Effect of long-term Canephron® N treatment on urinary risk factors associated with idiopathic calcium urolithiasis. A non-randomized, open-labelled study. Zeitschrift fur Phytotherapie; 34: 16-20.
7. Gaybullaev AA, Kariev SS. 2012. Phytotherapy of calcium urolithiasis with extracts of medicinal plants: changes of diuresis, urine pH and crystalluria. Medical and Health Science Journal, MHSJ. Volume 10, pp.74-80
8. Türk, C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Straub M, Seitz C. 2017. EAU Guidelines on urolithiasis. European Association of Urology: 1-72.
9. Hesse A., Tiselius H.G., Siener R., Hoppe B. 2009. Urinary stones: diagnosis, treatment, and prevention of recurrence. 3rd Ed.

UDC: 616.831-005.4-036.12:612.017.1-092

THE ROLE OF THE INFLAMMATORY AND ANTI-INFLAMMATORY CYTOKINES IN DEVELOPMENT OF CHRONIC BRAIN ISCHEMIA

Usmanova D.D., Irgasheva N.M.

(TashPMI)

The levels of pro-and anti-inflammatory cytokines (IL-1β, IL-6, TNF-α) in 133 patients with chronic cerebral ischemia (CCI), mean age 56,2±0,4 years were studied . All patients were divided into 2 groups. One group was 65 (42.5%) patients with CCI, which developed mainly in arterial hypertension (AH). In group 2 included 68 (44.5%) patients with CCI, which developed mainly on the background of atherosclerosis. The control group consisted of 20 (13.0%) from healthy people. It was found increased content level IL-1β, TNF-α and IL-6 in both groups of patients, especially in patients with CCI on the background of AH.

Key words: cytokines, chronic cerebral ischemia, arterial hypertension, atherosclerosis.

УЧАСТИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ МОЗГОВОЙ ИШЕМИИ

Изучен уровень воспалительных и противовоспалительных цитокинов (IL-1β, IL-6, TNF-α) в 133 пациентах с хронической мозговой ишемией (CCI), средний возраст которых составил 56,2±0,4 года. Все пациенты были разделены на 2 группы. Одна группа была 65 пациентами (на 42,5%) с CCI, который развивался, главным образом, при артериальной гипертонии (AH). В группе 2, включенной 68 пациентов (на 44.5%) с CCI, который развивался, главным образом, на фоне атеросклероза. Контрольная группа состояла из 20 (13.0%) от здоровых пациентов. Это было сочтено увеличенным уровнем содержания IL-1β, TNF-α и IL-6 в обеих группах пациентов, особенно в пациентах с CCI на фоне AX.

Ключевые слова: цитокины, хроническая мозговая ишемия, артериальная гипертония, атеросклероз.

ЯЛЛИҒЛАНИШ ВА ЯЛЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ БЎЛГАН ЦИТОКИНЛАРНИ СУРУНКАЛИ МИЯ ИШЕМИЯСИДАГИ ИШТИРОКИ

Мақолада яллиғланиш ва яллиғланишга қарши бўлган цитокинларнинг таъсири 56,2±0,4 ёшдаги сурункали мия ишемияси мавжуд бўлган 133 нафар пациентларда ўрганилди. Шулардан 65 нафарида на (44.5%) артериал гипертензия натижасида ривожланган.

Калит сўзлар: Цитокинлар, сурункали мия ишемияси, артериал гипертензия, атеросклероз.

Relevance: Cerebral ischemia, which is the most common cause of impaired brain function, is accompanied by immune changes [1,2,3,7]. Numerous studies have demonstrated the involvement of inflammation in atherogenesis and the development of chronic cerebral ischemia (CCI). Even with relative functional preservation, patients with CCI develop autoimmunization to the structural components of the nervous tissue, which depends not only on the antigen release beyond the blood-brain barrier (BBB), but also on the violation of the complex regulation of the neuroimmune system that determines immune homeostasis [4,5]. However, the role of the immuno-mediated inflammatory process as a possible universal component of the pathogenesis of CCI of various genesis (for example, developing against arterial hypertension (AH) or atherosclerosis) is unspecified. Research A. Siren et al. [8] showed that prolonged hypertension may cause activation of intercellular adhesion molecule (intercellular adhesion molecule ICAM-1) on endothelial cellsand perivascular accumulation of leukocytes in brain tissue, which reflects a peculiar predisposition to impairment of microcirculation in patients with AH. Being the only immunocompetent factor in the CNS, microglia participates in all reactions of cerebral tissue to the damaging effect of ischemia [5,7]. At the basis of destabilization of the atherosclerotic process of chemotherapy is the ulceration and rupture of atherosclerotic plaque. It was found that when microcirculation is impairedand during brain tissue ischemia, microglia begins to produce a wide range of compounds toxic to the brain tissue, including proinflammatory cytokines [3,7,8]. Microglia also performs specialized immune functions, inducing and supporting an inflammatory reaction in the brain tissue, which ultimately leads to delayed neuronal loss, changes in microcirculation and BBB [2,4,7]. After infiltration of the perivascular tissue with active leukocytes, the level of proinflammatory cytokines-TNF-α, IL-1β, IL-6 is increased, produced by humoral cells as well as local perivascular macrophages and microglial cells, as well as by endothelial cells and astrocytes [8,9]. Local production of cytokines plays an important role in the further activation of effector immune cells and the production of inflammatory mediators, leading to neuronal damae [6].

Thus, in the development of cerebrovascular diseases of the CNS, take part universal pathogenetic mechanisms, primarily vascular and immuno-mediated inflammatory processes that are closely related to each other, which require not only a study of their pathogenetic significance, but also need to correct these disorders.

The aim of the study was to study the state of pro- and anti-inflammatory cytokines (IL-1β, IL-6, TNF-α) in patients with chronic cerebral ischemia (CCI), depending on the predominant genesis of development.

Materials and methods: With above said aim, we examined 133 patients who were in the departments of neurology of the City Clinical Hospital#6, the Central Clinical Hospital of the State Joint-Stock Railway Company “Uzbekistanrailways” and the family polyclinic # 56 in 2010-2013. The average age of the patients was 56.2 ± 0.4 years. All the examined patients were divided into 2 groups depending on the pathogenesis of the development of CCI. 1 group comprised 65 (42.5%) patients with CCI, which developed mainly on the background of AH. The second group included 68 (44.5%) patients with CCI, which developed mainly against the background of atherosclerosis. The control group for comparison of immunological studies was 20 (13.0%) of practically healthy donors. Studies of the cytokine content (IL-1β, IL-6, TNF-α) in serum of peripheral blood were determined by ELISA analysis using commercial test systems Vector-Best, Novosibirsk, Russia Federation, 2013. Statistical processing was carried out on a personal computer Pentium-4.

Table 1

Indexes of thepro- and anti-inflammatory cytokines(IL-1β, IL-6, TNF-α) in examined patients

Index	control(n=20)	1 group(n=65)	2 group (n=68)
IL-1β	6,24±0,60	11,4±1,10**	8,9±0,64*^
IL-6	3,42±0,37	7,4±0,86**	6,5±0,62**
TNF-α	2,15±0,23	6,3±0,76**	4,6±0,48**^

Note. * - the differences with respect to the control group are significant (* - P <0.05, ** - P <0.001); differences with respect to data between groups of patients ^ - P> 0.05)

The results and discussion. We studied serum concentrations of pro- and anti-inflammatory cytokines (IL-1β, TNF-α and IL-6) in patients with CCI. Comparative analysis of proinflammatory cytokines in patients with CCI in both groups of patients revealed a reliable difference with the values of the control group (p <0.05 and p <0.001). It was found that the serum level of TNF-α in the group of patients of groups 1 and 2 was increased by 2.9 and 2.12 times, respectively, while in the control group it was 2.15 ± 0.23 pg / ml. We found a significant increase in the levels of TNF-α in groups of patients with CCI, against the background of AH, in the first group of patients, the level of TNF-α was increased 1.4 times compared with the value of the second group. Consequently, we found a significant increase in serum TNF-α in both groups of patients with CCI, which can serve as an immunological criterion for assessing the state of immunity in CCI and for assessing the severity of neurologic changes. The obtained data are presented in Table 1.

The comparative analysis between the groups showed that a reliable difference in the proinflammatory cytokine content was found. In the first group of patients the TNF-α content was increased, than in the 2 nd group. Thus, in the first group of patients, TNF-α was 6.3 ± 0.76 pg / ml, while in the second group it was 4.6 ± 0.48 pg / ml.

It has been established that TNF-α is one of the most widely studied pro-inflammatory cytokines. It is known that TNF-α is produced by macrophages, monocytes, mast cells, lymphocytes. The mechanism of action is pro-inflammatory, activates macrophages, granulocytes and cytotoxic cells, stimulates the process of inflammation. It is TNF-α that plays a huge role in the development of inflammatory vascular lesions. Excessive levels of pro-inflammatory cytokines, such as TNF-α and IL-1β, contribute to the maintenance of the inflammatory process in the body as a whole and can contribute to increased blood coagulation.

We studied the serum concentration of IL-1β, which belongs to the key pro-inflammatory cytokines. IL-1β is mainly produced by macrophages and phagocytes, as well as by lymphocytes, fibroblasts, epithelial cells. IL-1β initiates and regulates inflammatory, immune processes, activates neutrophils, T- and B-lymphocytes, stimulates the synthesis of acute phase proteins, cytokines, adhesion molecules, prostaglandins. It is exactly for IL-1βrefers activation of the inflammatory-regulatory cascade reaction, as well as for IL-1β refers macrophage stimulation and synthesis of IL-6 and TNF-α.

The study of this cytokine revealed a reliable increase in the serum of patients with CCI. Moreover, the highest content of IL-1β was diagnosed in the group of patients of the 1st group. Thus, in 1 group IL-1β was increased 1.8 times, in the 2 nd group - 1.4 times. It was shown that IL-1β was reliably elevated in both groups of patients. Due to statistical analysis, the reliability between the investigated groups of patients with CCI was revealed. Thus, it was shown that in the first group of patients IL-1βit was 11.4 ± 1.10 pg / ml, whereas in the second group it was 8.9 ± 0.64 pg / ml. The content of IL-1β in both groups differed by 1.3 times, while it had a reliable nature. Therefore, there is a reliable difference in the IL-1β content between groups of patients. The data obtained are presented in Table 1.

It is known that the normal function of the immune system is built on the balance of the contents of TX1 and TX2 cells, based on the equivalent production by them regulatory cytokines having pro- and anti-inflammatory directions [2,9]. It was found that TX1 cells produce powerful cytokines with a pro-inflammatory effect, such as IL-1β, TNF-α, etc. [6,8]. TX2 cells secrete anti-inflammatory cytokines, such as IL-4, IL-6, etc., which

stimulate the predominantly humoral immunity unit. Violation of the balance of production of cytokines TX1 / TX2 is important in the immunopathogenesis of the development of CCI and its progression. Based on the foregoing, we studied the content of the key anti-inflammatory cytokine IL-6 in the serum of peripheral blood of patients with CCI.

Analysis of the content of IL-6 in the serum of peripheral blood of patients with CCI allowed to reveal a reliable increase in all study groups with respect to control. Thus, IL-6 in the first group of patients was 7.4 ± 0.86 pg / ml, whereas in the second group - 6.5 ± 0.62 pg / ml. At the same time, there was no significant difference between the groups.

Consequently, we found a significant increase in the concentration of IL-6 in the group of individuals with CCI against the background of AH, but no reliable differences were found.

Thus, the analysis let to conclude that the serum content of pro- and anti-inflammatory cytokines, such as IL-1β and TNF-α, was reliably elevated in patients with CCI. At the same time, we showed that the contents of the studied cytokines are the most elevated in the first group of patients suffering from AH.

According to the literature, we also found that in all patients there is an increase in key pro-inflammatory cytokines against the background of a pronounced anti-inflammatory cytokine. It is known that the violation of the cytokine balance in the direction of hyperproduction of proinflammatory ones is accompanied by excessive symptoms of inflammation, and sometimes it is the central link of the pathogenesis of chronic lesions of the cardiovascular system at the systemic level [1, 4, 9]. In connection with this, the characteristic clinical manifestations of such processes in most patients were asthenic syndrome, apathy, weakness, subfebrile fever, decreased appetite, which are under the control of pro-inflammatory cytokines.

Conclusions:

1. In the pathogenesis of CCI development of hypertonic and atherosclerotic genesis, both pro- and anti-inflammatory cytokines play an important role.

2. An increased level of IL-1β, TNF-α and IL-6 levels was found in both groups of patients, mainly in CCI patients with AH.

LITERATURE

1. Vereshchagin N.V. Pathology of the brain in atherosclerosis and arterial hypertension / N.V. Vereshchagin, V.A. Morgunov, T.S. Gulevskaya. - M: Medicine, 1997.-288 p.

2. Gomazkov O.A. Apoptosis of neuronal structures and the role of neurotrophicgrowth factors. Biochemical mechanisms of efficiencyof brain peptide preparations / O.A. Gomazkov // Journal neurol. and a psychiatrist. Stroke (attachment). - 2002. - Issue 7. - P. 17-21.

3. Grinshtein A.B., Schneider N.A. Cerebrovascular complications of arterial hypertension. Krasnoyarsk: KSMA 2002; 160.

4. GusevV.I., Skvorcova V.I. Ischemia of the brain. M: Medicine 2001; 327.

5. Skvorcova V.I., Nasonov U.L., JuravlevaE.Yu. and others. Clinicoimmunobiochemical monitoring of local inflammatory factors in the acute period of hemispheric ischemic stroke. Journal of Neurology and Psychiatry 1999; 5: 27-32.

6. Banati R.B., Gehrmann J., Kreutlberg G.W. In: Cellular and molecular mechanisms of ischemic brain damage (K. Siesjo, T. Wieloch, ets.). 1996; 329—337.

7. De Vries H.E., Kui per J., De Boer A.G. et al. The blood-brain barrier in neuroinflammatory diseases. Pharmacol Rev 1997; 49: 2: 143—155.

8. Siren A.-L., McCarron R.M., Liu Y. et al. In: Microcirculatory stasis in the brain (M. Tomita, G. Mchedlishvili, W.I. Rosenblum, W.-D. Heiss, Y. Fukuuchi, ets.). Amsterdam, ExcerptaMedica 1993; 169—175.

9. Wood, P. Differential regulation of IL-1 alpha and TNF alpha release from immortalized murine microglia (BV-2) / P. Wood // Life Sci. - 1994. - Vol. 55, № 9. - P. 661-668.

УДК:617.297:615.9-036.17-288

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Хамраева Г.Ш., Стопницкий А.А., Ибрагимов С.И.

(РНЦЭМП, ТашИУВ)

Острые экзогенные отравления у детей вызывают практически все известные синдромы поражения сердечно-сосудистой системы. Они часто являются непосредственной причиной смерти в раннем периоде интоксикации. Расстройства функции кровообращения могут быть связаны как с непосредственным избирательным токсическим действием веществ на сердце (при отравлении кардиотоксическими веществами), так и нарушением других органов и систем. Эффективность лечения определялась своевременным удалением яда из организма и немедленно начатой дезинтоксикационной терапией. Острое отравление медикаментами вызывало сравнительно более тяжелую ОЦН, отклонения гемодинамики у детей до 3 лет

Ключевые слова: гемодинамика,медикаментозные отравления, дети.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЗАХАРЛАНИШЛАРДА ГЕМОДИНАМИК ЎЗГАРИШЛАР

Болаларда ўткир экзоген заҳарланишлар юрак-қон томирларининг шикастланишини келтириб чиқаради. Улар кўпинча интоксикациянинг дастлабки даврида ўлимнинг бевосита сабаби ҳисобланади. Юрак-қон айланиш фаолиятининг бузилиши моддаларнинг бевосита токсик таъсири (кардиотоксик моддалар билан заҳарланиш вақтида) ёки бошқа органлар ва тизимларнинг бузилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Даволашнинг самарадорлиги заҳарнинг танадан ўз вақтида олиб ташланиши билан бир қаторда детоксикацион терапияни бошлашга боғлиқдир. Дори воситалар ўткир заҳарланиши 3 ёшгача бўлган болаларда нисбатан оғир ўткир церебрал етишмовчилик, гемодинамик ўзгаришларга олиб келди.

Калит сўзлар: гемодинамика, дори воситалардан захарланиш, болалар.

HEMODYNAMIC CHANGES IN ACUTE POISONING IN CHILDREN

Acute exogenous poisoning in children causes almost all known syndromes of cardiovascular damage. They are often the direct cause of death in the early period of intoxication. Disorders of the circulatory function can be related either to direct selective toxic effects of substances on the heart (when poisoning with cardiotoxic substances), or to violation of other organs and systems. The effectiveness of treatment was determined by the timely removal of the poison from the body and immediately started detoxification therapy. Acute drug poisoning caused a relatively heavier acute cerebral insufficiency, deviations of hemodynamics in children under the age of 3 years.

Keyword: hemodynamics, drugpoisoning, children.

Отравления у детей представляют собой основную и предотвратимую причину заболеваемости и смертности во всем мире. Большой удельный вес в общем числе экзогенных отравлений составляют отравления у детей. В России и странах Западной Европы регистрируются 2,0 - 3,0 случая отравлений химической этиологии на 1000 детей. Количество смертельных случаев от отравлений в детском возрасте (среди несчастных случаев) занимает 4-е место, уступая по численности травме, ожогам и утоплению и превышает общее число погибших от детских инфекций. По данным ВОЗ в 1990 г. от отравлений погибло 187,7 тыс. человек, из них 17,5% -дети [1,3].

Острые экзогенные отравления у детей вызывают практически все известные синдромы поражения сердечно-сосудистой системы. Они часто являются непосредственной причиной смерти в раннем периоде интоксикации. Расстройства функции кровообращения могут быть связаны как с непосредственным избирательным токсическим действием веществ на серд-

це (при отравлении кардиотоксическими веществами), так и нарушением других органов и систем [2,5,6]. Непреднамеренное отравление составляло 68,5% от общего потребления, хотя среди подростков 84,1% проглатываний имели суицидальное намерение. Во всех возрастных группах наиболее частыми факторами были неопиоидные анальгетики, жаропонижающие средства и противоревматические средства [2,3]. По данным различных авторов [2,3,6] отравление у детей дошкольного возраста в основном непреднамеренно и обычно связано с нефармацевтическими средствами, тогда как отравление у подростков в основном преднамеренное (самоповреждение). В современной медицинской литературе недостаточно материалов по комплексному изучению нарушений системы кровообращения при отравлениях у детей. Данные отечественной и зарубежной литературы касаются в основном изменений сердечной деятельности у взрослых [1,4,5,7]. Публикации, посвященные расстройствам гемодинамики у детей, крайне малочисленны, носят описательный характер. Практически не освещен вопрос о нарушениях функции сердечно-сосудистой системы в зависимости от вида химической травмы, ее степени тяжести, возраста больных и путей их патогенетического лечения.

Цель исследования. Изучить изменения гемодинамики при острых отравлениях у детей.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ данных гемодинамики 32 детей в возрасте от 1,5 до 18 лет, поступивших по тяжести состояния в ОРИТ токсикологии РНЦЭМП в 2015 году. Изучены следующие параметры:Т С°, систолическое артериальное давление (САД) в мм.рт.ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) в мм.рт.ст., ударный объем (УО) мл, минутный объем кровообращения (МОК) в л/минуту, общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) в дин.с.см$^{-5}$м, двойное произведение (ДП) в ед, общий вегетативный тонус (ОВТ) в ед, частота дыхания (ЧД) в минуту, частота сердечных сокращений (ЧСС) ударов в минуту, показатель сатурации кислорода в %. Диагноз - отравление медикаментами установлен при поступлении на основании анамнеза, клинических проявлений, лабораторных исследований. Больные поступали в течение первого часа после выявления факта энтерального приема препарата. Ведущим методом лечения был метод дезинтоксикационной терапии форсированием диуреза, синдромная коррекция нарушений гомеостаза.

При поступлениии немедленно всем детям проводили промывание желудка, назначали по показаниям активированный уголь, дезинтоксикационную терапию, медикаментозную коррекцию. В связи с тяжестью состояния двое больных в связи с депрессией дыхания были переведены на ИВЛ. Через 8-12 часов после восстановления адекватного дыхания, рефлексов, сознания произвенена экстубация. Учитывая физиологические возрастные особенности организма детей параметры гемодинамики рассматривали в возрастном аспекте. Так, средний возраст 17 больных (53% от общей численности больных) 1 группы составил 2,3±0,4 лет, во 2 группе 5 детей (16%) рассматривались результаты исследований детей со средним возрастом 4,9±0,3 лет, 3 группу составили 10 пострадавших (31%) в возрасте 15±0,5 лет. Точное количество принятых медикаментов у большинства детей при опросе родителей и детей старшего возраста установить не удалось.

Как представлено в таблице 1, если в 1 группе частота отравлений среди мальчиков и девочек была равной, то во 2 группе 80% оказались дети мужского пола, в 3 – 80% составили девочки.

Результаты и обсуждение. Признаки ОЦН различной степени тяжести при поступлении наблюдались у всех детей (табл.2). Так, в коматозном состоянии поступили 35% детей 1 группы, 40% - 2 группы, 20%-3 группы. То есть в старшей группе наблюдалось наименее выраженное нарушение функции ЦНС, в данной группе выявлено наибольшее число интоксикационных психозов (60%). Более глубокое нарушение сознания у детей первых лет жизни (1 группа) могло быть связано с возрастными особенностями - незрелостью, проницаемостью гематоэнцефалического барьера, меньшей защищенностью ЦНС от повреждающего действия принятых медикаментов. Однако, при более глубоком анализе клинического материала нам удалось выявить другие факторы, повлиявшие на тяжесть отравления.

Нарушения сознания были обусловлены преимущественно фармакологически-

Таблица 1.

Количество больных	1-3 года	3,1-7 лет	От 7 до 18 лет
Средний возраст в годах	2,3±0,4	4,9±0,3	15±0,5
Мальчики	9 (52%)	4 (80%)	2 (20%)
Девочки	8 (48%)	1 (20%)	8 (80%)
Всего	17	5	10

Таблица 2.

Острая церебральная недостаточность по возрастам

Нарушение сознания	1 группа	2 группа	3 группа
Кома 1	6 (35%)	2 (40%)	2 (20%)
Сопор, сомнолентность	5 (29%)	2 (40%)	1 (10%)
Интоксикационный психоз	4 (23%)	1 (20%)	6 (60%)
Судорожный синдром	2 (13%)	0	1 (10%)
Всего	17	5	10

Таблица 3.

Медикаменты, вызвавшие острое отравление у детей

Медикаменты	Количество больных	Средний возраст больных (в годах)	Количество больных по возрастам		
			Возраст до 3 лет	3,1-7	7,1-18
Азалептол	8 (25%)	2,3±0,4	8 (100%)	0	0
Карбамазепин	3 (9,3%)	2,4±0,4	4 (100%)	0	0
Димедрол	5 (15,6%)	12,6±3,8	0	0	5 (100%)
Бензонал	2 (6)	3,8±1,6	1	1	0
Амилтриптилен	5 (15,6%)	13±3,2	0	1 (20%)	4 (80%)
Цинаризин	3 (9,3%)	3,6±1,1	1	1	0
Комбинированное: алкоголь+сонат	1 (3%)	15	0	0	1
Финлепсин	1 (3%)	2	1	0	0
Корвалол	1 (3%)	2,3	1	0	0
Конвулекс	2 (6%)	11±4,5	0	0	1
Перманганат калия	1 (3%)	3	0	1	0

ми свойствами и соответственно эффектами препаратов, чем гипоксическим повреждением головного мозга или возрастной ранимостью ЦНС детей младшего возраста. Объективным показателем тяжести отравления, как известно, является необходимость более продолжительной дезинтоксикационной, коррегирующей интенсивной терапии. Подтверждением является успешность дезинтоксикационной терапии у больных 1 группы. Так, длительность интенсивной дезинтоксикационной терапии (таблица3) при отравлении азалептолом составила в 1 группе 15,7±7,9, карбамазепином 16±3 часов. Необходимость сравнительно более длительной интенсивной дезинтоксикационной терапии во 2 группе , которая составила при отравлении бензоналом у 1 больного 37 часов, амитриптилином 23,5±12 часов, димедролом 18,7±6,7 часов можно объяснить особенностями фармакологического действия и количеством принятого препарата в старшей группе (со слов родственников).

Как видно из представленных данных в таблице 4, несмотря на явные признаки ОЦН, различной степени нарушения сознания, судорожный синдром, существенных досто-

Таблица 4.

Продолжительность интенсивной терапии в условиях ОРИТ (в часах)

Медикаменты	Возраст до 3 лет	**3,1-7 лет**	**7,1-18 лет**
Азалептол	15,7±7,9	0	0
Карбамазепин	16±3	0	0
Димедрол	17	0	18,7±6,7
Бензонал	12	35	0
Амилтриптилен	0	7	23,5±12
Цинаризин	10	7	0
Комбинированное: алкоголь+соннат	0	0	11
Финлепсин	20	0	0
Корвалол	10	0	0
Конвулекс	0	0	11
Перманганат калия	0	4	0

Таблица 5.

Возрастные особенности изменений гемодинамики при острых отравлениях медикаментами у детей

Изучаемые параметры	1 - 3 года		3,1-7 лет		7,1-18 лет	
	до интенсивной терапии	после	до инт.тер.	после	до инт.тер.	после
Т С°	36,6±0,2	36,7±0,1	36,6±0,2	36,7±0,03	36,6±0,2	36,6±0,1
САД, мм.рт. ст.	99,9±6,6	98,0±6,0	92,5±8,8	90,3±10,3	107,5±8,5	110,5±3,8
ДАД,мм. рт.ст.	58,3±6,4	58,0±3,1	57,0±3,5	58,8±6,3	69,0±7,2	67,0±5,6
УО, мл	43,0±9,7	41,1±6,8	46,9±11,0	41,8±14,1	44,0±4,8	49,3±5,7
МОК, л / мин.	7,0±1,5	5,8±1,1	5,7±1,4	4,8±2,0	4,5±0,7	4,2±0,5
ОПСС,- дин.с.см$^{-5}$м	763,8±119,3	880,9±140,8	855,3±118,1	1160,0±136,2	1228,7±102,7*	1355,6±178,4
ДП,ед	132,3±18,6	111,0±11,1	112,1±9,8	100,9±23,5	111,9±22,1	93,9±7,3
ОВТ,ед	1,4±0,3	1,1±0,2	1,1±0,3	0,9±0,4	1,0±0,2	0,9±0,1
ЧД в минуту	25,3±2,9	24,3±1,5	27,0±3,0	24,5±1,5	20,6±1,8	24,0±3,8
ЧСС уд./ мин	132,5±16,4	113,4±11,0	121,8±8,3	109,5±6,3	102,9±5,1*	85,0±7,2
Сатур кисл. %	96,8±0,9	97,4±0,7	96,8±0,8	97,5±0,8	95,8±2,1	97,2±0,8

* - достоверно относительно данных 1 группы до интенсивной терапии

верно значимых отклонений параметров гемодинамики при поступлении не выявлено. Однако отмечены некоторые различия, свойственные возрастным группам. Так, при поступлении достоверно значимое различие выявлено между данными больных 1 и 3 групп в показателях ОПСС и ЧСС. То есть, у детей самой старшей группы (3) ОПСС оказался выше, чем у больных 1 группы на 61% ($p<0,05$), что скорее всего было обусловлено не только анатомической и функциональной зрелостью сосудистой стенки в старшем возрасте, но и свойствами препаратов (димедрол, ами-

триптилин, конвулекс, сочетание алкоголя с соннат).

Кроме того, одним из фармакологических свойств таких препаратов, как азалептол, карбамазепин, финлепсин, бензонал является вазоплегическое влияние медикаментов на несформировавшуюся гладкомышечную стенку системного кровообращения у детей 1 группы. В 3 группе при поступлении у детей выявлена наклонность к учащению сердечного ритма на 20% ($p<0,05$) относительно возрастной нормы. Но даже при этом обнаружена в сравнении с 1 группой меньшая на 22% ($p<0,05$) частота сердечного ритма, которая, скорее всего, была обусловлена возрастными различиями вегетативной регуляции сердечной функции. При поступлении общий вегетативный тонус оказался повышен на 40% у детей 1 группы, свидетельствуя о гиперсимпатотонии у детей в возрасте до 3 лет при отравлении азалептолом, карбамазепином, бензоналом, цинаризином, в то время как во 2 и 3 группах ОВТ оказался в пределах нормы. Также в данной группе детей обращает внимание наиболее высокий уровень потребления миокардом кислорода (ДП), составив 132%. Выявленные отклонения нормализовались после дезинтоксикационной терапии. Обращает внимание продолжительность интенсивной дезинтоксикационной терапии, которая составила при отравлении финлепсином 20 часов, азалептолом -15,7±7,9 часов, карбамазепином16±3 часов, димедролом 17 часов.

После проведенной эффективной интенсивной дезинтоксикационной и корригирующей нарушения гомеостаза терапии сознание, рефлексы, двигательная активность полностью были восстановлены, достоверно значимых различий в 1, 2 и 3 группах относительно нормативных показателей не наблюдалось.

Вывод. Острые отравления медикаментами: азалептол, карбамазепин, димедрол, бензонал, амилтриптилен, цинаризин, комбинированное: алкоголь+соннат, финлепсин, корвалол вызывали прежде всего различную степень выраженности острой церебральной недостаточности (ОЦН). Изменения гемодинамики при острых отравлениях были связаны с фармакологическими особенностями препаратов. Эффективность лечения определялась своевременным удалением яда из организма и немедленно начатой дезинтоксикационной терапией. Острое отравление медикаментами вызывало сравнительно более тяжелую ОЦН, отклонения гемодинамики у детей до 3 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акалаев Р.М. с соавт. Экзотоксический шок. Методические рекомендации. Ташкент, 2014. 25 с.
2. Куценко С.А. Основы токсикологии М.: Фолиант, 2004. 570 с.
3. Лужников Е.А. (ред.) Медицинская токсикология Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 928 с.
4. Маркова И.В. (ред.) Клиническая токсикология детей и подростков. Санкт-Петербург. ИНТЕРМЕДИКА, 1999. 400 с.
5. Марупов А.М., Стопницкий А.А. Современные аспекты диагностики диагностики и дифференциальной диагностикитоксико-гипоксических энцефалопатий// «журнал теоретической и клинической медицины» №1. Ташкент.
6. Сабиров Д.М., Насиров Ш.Н. Диагностика и дифференциальная диагностика бессознательных состояний. Методическое пособие. Ташкент, 2004.
7. Плетенева Т.В. и др. Токсикологическая химия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 512 с.

УДК: 616.33-002-0.36.12-053.2:362.147-084

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ СИЛАМИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ДЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Закирова У.И.

(ТМА)

Хронический гастродуоденит у подростков занимают одно из ведущих мест в структуре педиатрической патологии, часто становятся причиной временной нетрудоспособности и инвалидности. Решение этой задачи может быть осуществлено только при соблюдении основных этапов реабилитации.

Ключевые слова: педиатрическая патология, гастродуоденит, инвалидность.

БИРЛАМЧИ БЎҒИН БОЛАЛАР СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИ КУЧИ БИЛАН СУРУНКАЛИ ГАСТРОДУОДЕНИТИ МАВЖУД БЎЛГАН ЎСМИРЛАРДА РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАДБИРЛАРИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ ВА БОШҚАРИШ

Ўсмирларда сурункали гастродуоденит педиатрик патология таркибида етакчи ўринлардан бирини эгаллаб, кўпинча вақтинчалик ишга лаёқатлигини йўқотиш ва ногиронликнинг сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. Бу вазифа фақат реабилитациянинг асосий босқичларига риоя етилган ҳолда амалга оширилиши мумкин.

Калит сўзлар: педиатрик патология, гастродуоденит, ногиронлик.

ORGANIZATION AND IMPROVEMENT OF REHABILITATION ACTIVITIES IN ADOLESCENTS WITH CHRONIC GASTRODUODENITE IN THE PRIMARY CHILD HEALTH SYSTEM

Chronic gastroduodenitis in adolescents occupy one of the leading places in the structure of pediatric pathology, often cause temporary disability. The solution of this problem can be carried out only if the main stages of rehabilitation are observed.

Key words: pediatric pathology, gastroduodenitis, disability.

Актуальность. В последние годы проблема хронических заболеваний органов пищеварительной системы у детей привлекают к себе особое внимание, так как они имеют чрезвычайно широкую распространенность с разнообразием клинических проявлений, развитием серьезных осложнений и необходимостью длительного диспансерного наблюдения и реабилитации после полученного стационарного лечения. Преимущественный рост за последнее десятилетие патологии органов пищеварения в структуре соматических заболеваний определил изменения выявляемой патологии у детей и подростков [2, 3, 9,14].

Данные клинико- эпидемиологических исследований свидетельствуют о значительном увеличении тяжелых форм заболеваний, об изменении клинической картины их течения, что обуславливает рост частоты детской и подростковой инвалидности. Обращает на себя внимание тот факт, что в настоящее время хронические гастродуодениты (ХГД) являются доминирующим понятием среди гастроэнтерологической патологии, после патологии костно-мышечной системы [1,15]. Среди причин способствующих росту заболеваний выделяют: неблагоприятные условия окружающей среды, психосоматические факторы, нарушение режима и качества питания и др. В последние годы привлекает внимание состояние здоровья в целом и органов пищеварения в частности, у детей и подростков из социально неблагополучных семей. Растут показатели детской беспризорности, безнадзорности, социального сиротства при живых родителях. Воспитание здоровых детей и подростков, обеспечение оптимального физического и нервно-психического их развития является очень важным в дальнейшем снижении заболеваемости и смертности детей [5,15,16].

В настоящее время центр тяжести реабилитационной и профилактической медицины перенесен на первичные звенья

здравоохранения, в частности намедико-санитарную помощь в условиях семейных поликлиник, выбор тактики лечения и реабилитации заболеваний зависит от семейного врача общей практики (ВОП). ВОП проводит диспансеризацию детей, который предусматривает проведение периодических осмотров и динамическое наблюдения как за здоровыми, так и за больными детьми, их своевременное противорецидивное лечение, реабилитация и направление в лечебно-оздоровительные учреждения. Целью диспансеризации является раннее выявление заболеваний, взятие на учет, диспансерное наблюдение и комплексное лечения больных, проведения мероприятий по оздоровлению детей. Диспансеризация осуществляется также с целью ранней профилактики, т.е. раннее обнаружение заболеваний и предупреждение их обострений силами первичного звена системы детского здравоохранения. При проведении диспансеризации детского населения выделяют два этапа: осуществление комплексных медицинских осмотров; организация лечебных и оздоровительных мероприятий детям с выявленной патологией [4,5,8,11,15].

Реабилитация в медицине - это комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесенных или врожденных заболеваний, а также в результате травм.

Санаторно-курортное лечение (СКЛ) в структуре форм и этапов медицинской реабилитации занимает особое место, отвечает профилактическому принципу здравоохранения. Оно наиболее эффективно на стадии предболезни, в ранних стадиях патологического процесса, когда возможно обратное развитие изменений, коррекция неблагоприятных факторов, угрожающих развитию и прогрессированию болезни[5,8,15].

Целью нашего исследования явилось совершенствование реабилитационных мероприятий детей и подростков с гастродуоденальной патологией в условиях семейных поликлиник.

Для достижения поставленной цели задачами реабилитации детей и подростков с хроническими заболеваниями органов пищеварительной системы являются: раннее выявление заболеваний, взятие на учет, проведение своевременного диспансерного наблюдения; разработка методов рационального проведения реабилитационных мероприятий; определение эффективности реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы исследования. Под диспансерным наблюдением находились 58 больных с хроническим гастродуоденитом (ХГД)в возрасте с 13 по 17 лет, которые находились на учете в СП под наблюдением участкового ВОП, подросткового врача и гастроэнтеролога. Контрольную группу составили 50 практически здоровых детей. Диспансерное наблюдение подростков проводили в условиях СП. Из 58 больных с ХГД 26 (44,8 %) больных с хроническим гастродуоденитом (ХГД), 11(19%) больных с язвенной болезнью желудка(ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДП) и 21 (36,2 %) - с хроническим неспецифическим не язвеннымколитом (ХННК).

Диагноз ХГДу подростков установлен с учетом семейного анамнеза; анамнеза заболевания; заключения из выписки истории болезни; клинико-лабораторных данных, фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС), по показаниям рентгенография органов ЖКТ. УЗИ исследование органов брюшной полости проводили для диагностики сопутствующей патологии органов гепатобиллиарной системы и поджелудочной железы. Диагностика ХГД также проводилось с участием различных специалистов: гастроэнтеролога, детского аллерголога, детского иммунолога и ВОП (врача общей практики) [1,7,12,16].

Диагноз устанавливался в соответствии с современной классификацией клинических форм хронических заболеваний органов пищеварительной системы у детей и международной классификацией (МКБ-10) дополненной ВОЗ (1990-2018) [6,10].

Методы исследования включали: выделение детей с высокой степенью риска обострения ХГД; генеалогический анализ, организация реабилитационной диагностики; создание индивидуальных реабилитационных программ с учетом особенностей медико-биологического и социально гигиенического анамнеза; разработка показателей и оценка эффективности реабилитационных программ.

Результаты и обсуждения. Под наблюдением находились 58 больных с хроническим гастродуоденитом (ХГД), инфек-

ционной этиологии, в период клинической ремиссии, в возрасте с 13 по 17 лет. На каждого подростка разработаны карты, где учитывались факторы риска, оценка физического, нервно-психического развития, осмотры узких специалистов, не инвазивные диагностические тесты, результаты лабораторных, ультразвуковых иэндоскопических исследований. Исследование включало изучение медико-демографических и социально- психологических семейных факторов, оценку экономических и санитарно- гигиенических условий жизни детей в семье. По разработанной программе проведено анкетирование родителей 58 подростков с ХГД.

Они находились на учете в СП под наблюдением участкового ВОП, подросткового врача и гастроэнтеролога. Контрольную группу составили 50 практически здоровых детей. Из 58 больных 26 (44,8 %) - с ХГД, Нр-ассоциированный, эндоскопической эриматозной формой, 11(19%) -с ХГД, Нр-ассоциированный, эндоскопической с эрозивной формой и 21 (36,2 %) - с ХГД, Нр-ассоциированный, эндоскопической смешанной формой.

В условиях СП при проведении диспансеризации подростков с хроническим гастродуоденитом (ХГД) в течении первого года после взятия на учёт наблюдали ВОП каждые 3 месяца, затем 2 раза в год (осенью и весной), оториноларингологии и стоматологи - 2 раза в год, другие специалисты - по показаниям. При этом проводили следующие обследования: ЭФГДС I раз в год, исследование желудочной секреции I раз в год, анализы крови, мочи, кала на яйца глистов, копрограмма I раз в год, другие исследования - по показаниям [5,8,11].

Противорецидивное лечение проводили 2 раза в год (весной и осенью) в течение 2-3 нед, оно включает щадящий режим, диету, заместительную ферментотерапию или антацидные средства, витамины, стимулирующие средства, минеральные воды, физиотерапию.

Физиотерапевтическое лечение проводят курсами 2 раза в год, весной и осенью: хвойные ванны (температура 37-37,5 °С) - на курс 10 ванн, парафиновые аппликации на эпигастральную область, на курс 10 процедур, кислородные коктейли 1 раз вдень в течение 2 недели.

При повышенной кислотности обязательными компонентами лечения являются: антацидные средства: викалин, алмагель, викаир, алюминия фосфат-фосфалюгель, маалокс в течение 2-6 нед 2 раза в год (весной и осенью).

Физиотерапевтическое лечение: индуктотермия на эпигастральную область, курс 10-12 процедур, гальванический воротник по Щербаку – 10-15 процедур, парафиновые аппликации на эпигастральную область и спину, 10 процедур 1-2 раза в год.

Реабилитационные мероприятия делят на три этапа: клинический, санаторный и адаптационный.

Клинический этап проводится в условиях стационара: уточнение основного диагноза, обязательная оценка функционального состояния смежных органов пищеварения, с учетом этого - выполнение в полном объеме патогенетически обоснованной терапии. Первый этап реабилитации заканчивается при выздоровлении ребенка от основного заболевания и восстановлении функций органов и систем или достаточной компенсации утраченных в результате болезни функций. Ранняя реабилитация проводилась в период острых проявлений болезни в условиях стационара или дневного стационара семейной поликлиники.

Санаторно-курортное лечение рекомендуют через 6 месяцев после обострения (Чинобод, Ессентуки, Железноводск).

Наблюдение показало, что у большинства подростков определялись отклонения со стороны нервной системы (67%), хронические заболевания ЛОР- органов (хронический тонзиллит, гипертрофия миндалин 2-3 степени, аденойды 2-3 степени) -у 18 % детей.

Анализ амбулаторных карт показал, что у подростков часто наблюдалось отягощенность по преморбидному фону, частности анемия, белково-энергетическая недостаточность (БЭН) различной степени, метаболический синдром (МС) в виде ожирения. Среди функциональных нарушений органов пищеварительной системы у подростков отмечалась функциональная диспепсия (ФД), дуодено-гастральный рефлюкс (ДГР).

ВОП не всегда оценивалось наличие функциональных отклонений, а, следовательно, недостаточно проводились профилактические и оздоровительные мероприятия по отношению к вышеназванным состояниям.

Анализ частоты заболеваний в семье подростков с ХГД, позволил установить

достоверное преобладание отягощенной наследственности в 78 % случаеву родителей по заболеваниям пищеварительной и биллиарной системы. У родителей подростков с ХГД наследственная отягощенность по хроническим заболеваниям гастродуоденальной зоны, в частности хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и ДПК отмечалось в 3,7 раза чаще, чем в группе контроля (Р 0,05). По заболеваниям билиарной системы, среди которых обнаружены хронический гепатит, стеатогепатит, хронический холецистохолангит, желчнокаменная болезнь отмечалось в группе родителей больных в 2,7 раза чаще, чем в группе контроля (Р 0,05). При этом заболевания пищеварительной системы часто наблюдались у родственников по материнской линии. Следовательно, одним из генетических факторов риска развития ХГД является наличие заболеваний пищеварительной и билиарной системы у родственников 1 и 2 степени родства.

На состояние здоровья и обострение заболевания у подростков наиболее значимым были стрессовые факторы в семье и окружении. На амбулаторном этапе должны быть учтены неблагополучные и социально-бытовые, психологические обстановки в семьях. Больные из таких семей должны быть отнесены к группе риска и врачам необходимо дифференцированно подойти к назначению реабилитационных мероприятий для предупреждения обострений.

Наши исследование показали среди подростков с ХГД у 60,7% наблюдались конфликтные ситуации как в семье, так и в школе. Данные других авторов показывают также подтверждают данное состояние, говоря, что на сегодняшний день уровень социальной адаптации, показателем которой является комфортность пребывания ребенка в школе и общение со сверстниками существенно снижен, каждый пятый ученик негативно относится к школе.

В реабилитационные мероприятия в целях обеспечения восстановительного лечения необходимо: выделение детей с высокой степенью риска обострения хронического гастродуоденита; организация реабилитационной диагностики; создание индивидуальных реабилитационных программ с учетом особенностей медико-биологического и социально гигиенического анамнеза; разработка показателей и оценка эффективности реабилитационных программ.

Из наблюдаемых подростков, которым проводилась реабилитация у 37 (63,8 %) была достигнута полная клиническая ремиссия, 16 (27,6 %)клинико-эндоскопически-морфологическая ремиссия и у 5 (%) неполная клиническая ремиссия.

Основой реабилитационного комплекса были диетотерапия, седативная терапия (травы, дневные транквилизаторы), биотики (глицин, биотредин), антихеликобактерные препараты, поливитамины, пробиотики, пребиотики, цитопротекторы, физиотерапия, ЛФК и массаж.

Следует обращать внимание на соблюдение режима питания с учетом состава желудочного сока (стол № 1 при повышенной кислотности и стол № 2 при пониженной кислотности), питьё минеральных вод курсами до 2 месяцев из расчёта 3 мл минеральной воды на 1 кг массы больного на приём. При повышенной кислотности минеральную воду дают через 60-70 мин после еды, при пониженной - за 30-40 мин до еды. Курс лечения минеральными водами (Чинобадская, Ессентуки № 4,17) проводят 2-3 раза в год. При склонности к диарее воду перед приёмом подогревают. Кроме того, при повышенной кислотности рекомендовано пить воду после того, как из неё выйдут газы. При сниженной кислотности пить воду нужно медленно, через соломинку (смаковать).

При пониженной кислотности необходимыми компонентами лечения являются: заместительное лечение: натуральный желудочный сок, ацидин-пепсин, сычужные ферменты-абомин, пепсидил, мексаза, панзинорм в течение 3-4 нед 2-3 раза в год; стимулирующее лечение: пентоксил в течение 10 дней., терапия СВЧ; общие и минеральные души или ванны, 10-12 процедур на курс лечения.[4,5,12,13]

Из физиотерапевтических процедур рекомендуются грязевые, торфяные, озокеритовые и парафиновые аппликации на эпигастральную область, курс 10-15 процедур; индуктотермия.

Занятия физкультурой в течение 1 года после обострения проводят в спецгруппе, далее в подготовительной группе постоянно. Снятие с диспансерного учёта происходит через 3 года после последнего обострения. Группа здоровья III-V.

ВОП и гастроэнтеролог дает направление на СКЛ в стадии ремиссии по профилю заболевания.

Таким образом, рост распространенности хронических заболеваний пищеварительной системы у подростков увеличивает потребность в современных реабилитационных технологиях и определяет необходимость их внедрения на разных этапах медицинского обслуживания. Социальный статус детей с патологией органов пищеварения оценивается как напряженный, что является обоснованием организации и определяет особенности индивидуальных реабилитационных программ.

Выводы.

1.Основными принципами реабилитации ХГД – этапность: семейная поликлиника – стационар –диспансеризация- противорецидивное лечение в условиях СП -отделение восстановительного лечения-местный санаторий.

2.Наблюдение показало, что у большинства подростков определялись отклонения со стороны нервной системы (67%), хронические заболевания ЛОР- органов (хронический тонзиллит, гипертрофия миндалин 2-3 степени, аденойды 2-3 степени) - у 18 % детей.

3.У подростков часто наблюдалось отягощенность по преморбидному фону, частности анемия, белково-энергетическая недостаточность (БЭН) различной степени, метаболический синдром(МС) в виде ожирения. Среди функциональных нарушений органов пищеварительной системы у подростков отмечалась функциональная диспепсия (ФД), дуодено-гастральный рефлюкс (ДГР).

4. Одним из генетических факторов риска развития ХГД является наличие заболеваний пищеварительной и билиарной системы у родственников 1 и 2 степени родства.

5. Из наблюдаемых подростков, которым проводилась реабилитация у 37(63,8%) была достигнута полная клиническая ремиссия, 16 (27,6 %) клинико-эндоскопически-морфологическая ремиссия и у 5 (8,6%) неполная клиническая ремиссия.

6. В реабилитационные мероприятия в целях обеспечения восстановительного лечения необходимо: выделение детей с высокой степенью риска обострения хронического гастродуоденита; организация реабилитационной диагностики; создание индивидуальных реабилитационных программ с учетом особенностей медико-биологического и социально гигиенического анамнеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П. и др. Детская гастроэнтерология. ГЕОТАР-Москва, 2009, С. 32-61
2. Белоусов Ю.В. Педиатрическая гастроэнтерология. Новейший справочник. М. Изд. ЭКСМО. 2006г. 704 стр.
3. Бельмера С.В. Болезни желудка и 12пк у детей. М. Учебное пособие.М. 2016г.420 стр.
4. Галицина П.Т. Эффективность лечения заболеваий ЖКТ. М. Учебное пособие. 2017г.367.
5. Калмыкова А.С. Поликлиническая педиатрия. М. 2011. 2 изд. 706 стр .
6. Казначеева Л.Ф. Клиника, диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения у детей. Методическое пособие. Под ред. - Новосибирск, 2013. - 64с.
7. KoletzkoS1, JonesNL, GoodmanKJetal. Evidence-based guidelines from ESPGHAN and NASPGHAN for Helicobacter pylori infection in children/J Pediatr GastroenterolNutr. 2011 Aug;53(2):230-43. doi: 10.1097/MPG.0b013e3182227e90.
8. Мельникова И.Ю., Новикова В.П. Диспансеризация детей и подростков с патологией пищеварительной системы. СпецЛит, Санкт-Петербург, 2011, С. 26-38
9. Мельникова И.Ю. Детская гастроэнтерология. М. Практическое руководство. 2018
10.МКБ-10, принятой Всемирной асамблеей Здравоохранения. Дополненная и измененная 1990-2018. Mkb-10.com
11. Новикова В.И., Мельникова И.Ю. Диспансеризация детей и подростков с патологией пищеварительной системы. Учебно-методическое пособие. М.2017. 210 стр.
12. Омолоева Т.С. Принципы динамического наблюдения за больными детьми на педиатрическом участке. Учебно-методическое пособие Иркутск. 2013. 28 стр.
13. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. (под общей редакцикйА.А.

Баранова, Н. Н. Володина, Г.А. Самсыгиной). В 2-х томах, Литтерра; 2007, -2252 с.
14. Таточенко Е.И. Гастроэнтерология. Руководство для врачей. С.П. 2013.637 стр.
15. Утупова З.А., Таранова С.В. и др. Реабилитация детей и подростков с гастродуоденальной патологией на семейном врачебном участке. Вестник КАЗНМУ. 2013. 2. 63-72 стр.
16. Якубчик Т.Н. Клиническая гастроэнтерология.Гродно. 2014. 325 стр.

УДК:616.015/615.-25.05

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК В УСЛОВИЯХ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Ходжаева А.С.

(ТашИУВ)

Обследованы девочки (80) нейтрального возраста с вульвовагинитами (первичными и рецидивирующими). Традиционная антибиотикотерапия оказалась неэффективной у пациенток 2 группы, у которых выявлена антибиотикорезистентность. В связи с этим предложено лечение препаратом ЮНИПАР. Выраженный терапевтический эффект отмечен в короткие сроки.

Ключевые слова: вульвовагинит, антибиотикотерапия, антибиотикорезистентность.

АНТИБИОТИКГА РЕЗИСТЕНТЛИК БЎЛГАН ДАВРИДА ҚИЗЛАРДАГИ ВУЛЬВОВАГИНИТНИ ПАТОГЕНЕТИК ДАВОЛАШ

Вульвовагинити (бирламчи ва рецидивланган) бўлган нейтрал ёшдаги қизлар (80) текширувдан ўтказилди. Улар 2 гуруҳга киритилган, яъни антибиотикларга бўлган резистентлиги аниқланган пациентларда одатий антибиотикотерапия самара бермади. Шу сабабли ушбу пациентларга ЮНИПАР препарати билан даволаниш тавсия этилди. Кучли терапевтик самара қисқа муддатларда намоён бўлди.

Калит сўзлар: вульвовагинит, антибиотикотерапия, антибиотикга бўлган резистентлик.

PATHOGENETIC TREATMENT OF VOLVOVAGINITES IN GIRLS WITH ANTIBIOTIC RESISTANCE CONDITIONS

Girls (80) with vulvovaginitis (primary and recurrent) were examined. Traditional antibiotic therapy was ineffective in patients of the second group who had antibiotic resistance. In connection with this, a treatment with UNIPAR was proposed. The pronounced therapeutic effect is noted in a short time.

Key words: vulvovaginitis, antibiotic therapy, antibiotic resistance.

Репродуктивное здоровье девочек-подростков в настоящее время привлекает пристальное внимание детских гинекологов поскольку сохраняются негативные тенденции в здоровье молодежи в целом. Официальная статистика (РИАЦ МЗРУз) свидетельствует, что за период 2013-2017 г. заболеваемость девочек вульвовагинитами увеличилась до 34%, нарушения менструальной функции встречаются у 36% девушек, различные варианты нарушения процесса полового созревания –22%. В конечном результате страдает репродуктивный потенциал нации.

В связи с изложенным, особую актуальность приобретает оказание полноценной специализированной медицинской помощи подрастающему поколению девочек [1,2,3]. Учитывая , что почти каждая третья девочка дошкольного возраста и начальных классов страдает вульвовагинитами, детские гинекологи продолжают поиск новых путей по их эффективному и безопасному лечению. При этом особую актуальность приобретает изыскание противорецидивных мер, предотвращающих развитие осложнений вульвовагинитов, в частности, синехий, циститов.

Рецидивирование воспалительного процесса гениталий у девочек наблюдается при отсутствии эффекта от антибиотикотерапии, поскольку воспаление зачастую носит асептический характер и формируются антибиотикорезистентные штаммы микроорганизмов [1,3,4]. Помимо всего прочего, возникновение и рецидивирование вульвовагинитов у девочек зависит от степени отягощения преморбидного фона (бактериально-вирусная инфекция различной локализации очага), осложняющего перинатальных факторов (аномалии родовой деятельности, преждевременный разрыв плодных оболочек), наследственная отягощенность (гинекологические заболевания матери воспалительного и гормонального характера) [1,2,3]. Практикующим врачам хорошо известен широкий спектр лекарственных препаратов, применяемых при лечении вульвовагинитов. Однако необходимо учитывать такие особенности, свойственные подрастающему организму девочки, как незрелость иммунной системы, наличие разносистемных экстрагенитальных заболеваний, формирование антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, незрелость гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, наличие аллергий диатезов, пренебрежение правилами личной гигиены, деликатность возраста мастурбации, инородные тела [2,3,4].

Известно, что наиболее частыми возбудителями вульвовагинитов являются смешанные грибково-кокковые-вирусные ассоциации (72%), ответственные также и за развитие урологических осложнений, например, цистита [3]. Вместе с тем, высоким удельным весом обладают асептические неспецифические воспалительные процессы вульвы и преддверия влагалища. И в этих случаях применение антибактериальной терапии скорее ущербно для незрелой иммунной системы девочки, чем полезно [1,3,4].

Цель исследования - оптимизировать лечение вульвовагинитов у девочек нейтрального возраста в условиях антибиотикорезистентности.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 80 девочек в возрасте 2-7 лет, проживающих в г.Ташкенте. Впервые заболевание (вульвовагинит) возникло у 67% обследованных девочек в возрасте 2-7 лет, в 33% случаях отмечены рецидивы. В соответствии с этим обследованные девочки были разделены на две сравнительные группы. 1 группа – первичные вульвовагиниты (n=40), 2 – рецидивирующие вульвовагиниты (n=40).

Поскольку важным фактором, способствующим возникновению вульвовагинитов, является соматическое здоровье ребенка мы провели анализ преморбидного фона (ПФ) пациенток. Наибольшее отягощение ПФ (до 70%) заболеваниями ЖКТ, хроническими тонзиллитами, частыми ОРЗ, анемией 1-2 степени, энтеробиозом - наблюдалось у пациенток 2 группы. У пациенток 1 группы ПФ оказался менее отягощенным перечисленными соматическими заболеваниями (30%).

Изучение гинекологической заболеваемости среди обследованных выявило воспалительные заболевания гениталий - вульвовагиниты - в результате погрешностей в личной гигиене, длительном использовании памперсов (более 2-3 лет в 68%) , практически у каждой второй – гельминтозы. Бактериологическое изучение влагалищных выделений выявило моновозбудитель лишь в 16% , в остальных 84% случаях обнаружена ассоциация микроорганизмов с преобладанием хламидийно-грибково-кокковой (аэробной-анаэробной) флоры, резистентной к большинству современных антибиотиков преимущественно у пациенток 2 группы. Глистная инвазия, лямблии обнаружены у 51% пациенток. Биохимия крови выявила анемию 1-2 степени у 89% обследованных.

Результаты и их обсуждение. Пациентки 1 группы получали традиционно противовоспалительную терапию в соответствии с результатами бакпосевов. Параллельно проводилась коррекция выявленных этиологических факторов (антианемическое лечение, антигельминтное, санация вульвы). Положительная динамика наблюдалась на 5-7 день лечения, стойкий положительный эффект – через 4-6 мес. Однако в 40 случаях (пациентки 2й группы) улучшения не наблюдалось, отмечался рецидив заболевания через 12-15 дней. Именно у этой группы больных была обнаружена антибиотикорезистентность к использованным препаратам.

Учитывая перечисленные особенности воспалительных заболеваний гениталий у девочек, стремясь к улучшению репродуктивного здоровья подрастающего поколения девочек, мы использовали новые современные лекарственные технологии,

в частности, комбинированный препарат ЮНИПАР. Поскольку литературных ссылок по использованию данного лекарственного средства в практике детского гинеколога мы не нашли, детально изучив его фармакокинетику и фармакодинамику в практике взрослой гинекологической клинике, а также широкое его использование урологами при проведении эндоскопии, дерматовенерологами при выполнении различных манипуляций, изучив особенности фармакологического эффекта, мы сочли целесообразным его использовать при лечении воспалительных заболеваний гениталий у девочек.

Оказывая двойное терапевтическое действие – противовоспалительное (диклофенак 50 мг) и обезболивание (парацетамол 500 мг) препарат ЮНИПАР оказывает комбинированное патогенетическое воздействие на патологический процесс в гениталиях девочки. Детально разработанные возрастные дозировки и режимы применения данного препарата помогли максимально избежать известный негативный эффект НПВС на желудочно-кишечный тракт. Быстрый и относительно длительный обезболивающей эффект при применении препарата ЮНИПАР, его противовоспалительное действие помогли получить выраженный терапевтический эффект в короткие сроки (до 1 недели)

Под нашим наблюдением находились 40 пациенток в возрасте от 3 до 7 лет с воспалительным процессом гениталий - вульвовагинитом, в том числе 12 из них – рецидивирование воспалительного процесса. Бактериологическое исследование выделений из влагалища с определением чувствительности микрофлоры (п=40) показало ее смешанный характер (грибково-кокковые ассоциации) и отсутствие чувствительности к антибиотикам. Всем пациенткам проведено противовоспалительное лечение препаратом ЮНИПАР в режиме 1 таблетка 1-2 раза в день в течение одной недели. Во всех случаях достигался выраженный терапевтический эффект без побочного наслоения на желудочно-кишечный тракт. Ни у одной пациентки не наблюдался повторный воспалительный процесс гениталий за время наблюдения (1-2 года). Кроме того, у 83% пациенток исчезли явления цистита, вместе с тем, у остальных пациенток 17% явления цистита частично сохранялись за счет пиелонефрита. Данные больные продолжали лечение в урологической клинике.

Во всех случаях наблюдалась хорошая переносимость препарата, неоспоримым преимуществом препарата ЮНИПАР является его доступность.

Вывод. Наш опыт применения препарата ЮНИПАР позволяет сделать вывод, что данный лекарственный препарат высокоэффективен, патогенетически оправдан в лечении вульвовагинитов у девочек и может быть широко использован в практике детского гинеколога. Высокая терапевтическая эффективность препарата ЮНИПАР при лечении вульвовагинитов у девочек в условиях антибиотикорезистентности делает данный метод лечения предпочтительным и безопасным, особенно при аллергизации и астенизации иммунной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альберт Алтчек . Вульвовагиниты у девочек (под ред. проф. Е.В.Уваровой) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2015. №3 – С.33-49.
2. Кулаков В.И., Уварова Е.В. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития.-М.:Триада Х.- 2006.
3. Муминова Н.Х. Пути оптимизации диагностики и лечения гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде // Российский Вестник Акуш-гинек. №2. 2016. Т.16.- Россия. С.89-93.
4. Ходжаева А.С. Возрастные особенности беременности и родов.- Ташкент, 2011.- 170 с.

УДК:616.98:578.833.29-036.22(575.114)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА ПЕРЕБОЛЕВШИМИ КРЫМСКОЙ-КОНГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ В ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Байназаров М.М., Миркасимова Х.Х., Маматова Р.Н.

(НИИ вирусологии)

Проанализирован ретроспективный анализ динамики IgG антител в сыворотке крови у переболевших (реконвалесцентов) ККГЛ в Джизакской области. Также в результате анализа была оценена важность контроля преаналитических процессов и иммунного статуса населения в регионе на 2010-2016 годы.

Ключевые слова: геморрагия, природный очаг, клещи, реконвалесценты, переболевшие, иммуноглобулины.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ЖИЗЗАХ ВИЛОЯТИДАГИ ҚРИМ-КОНГО ГЕМОРРАГИК ИСИТМАСИ КАСАЛЛИГИ БИЛАН МУҚАДДАМ КАСАЛЛАНИБ ТУЗАЛГАНЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК МОНИТОРИНГИ

Жиззах вилоятидаги ҚКГИ билан муқаддам касалланиб тузалган беморларнинг қон зардобларида IgG антителолари сақланиш динамикаси ретроспектив таҳлил қилинди. Тахлил натижасида шунингдек преаналитик босқичи жараёнларини назорат қилишнинг аҳамияти ва вилоят аҳолисининг ҚКГИга нисбатан 2010-2016 йиллардаги иммун ҳолати баҳоланди.

Калит сўзлар: қон кетиш, табиий ўчоқ, каналар, реконвалесцентлар, касалланиб тузалганлар, иммуноглобулинлар.

EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF THE HEMORRHAGIC CRIMEAN-CONGO FEVER IN THE DZHIZAK REGION OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Retrospective analysis of the dynamics of IgG antibodies retention in blood serum in patients with previous illnesses in Jizzakh region was analyzed. As a result of the analysis, the importance of controlling pre-analytic processes and the immune status of the population in the region for 2010- 2016 were assessed.

Key words: natural foci of infection, mites, convalescents, recovered, immunoglobulins.

Введение. Крым-Конго геморрагическая лихорадка (ККГЛ) – это природно-очаговая, тяжелая, острая вирусная инфекция человека, протекающая с лихорадочной реакцией, общей интоксикацией и геморрагическим синдромом, выраженным в виде кровоизлияний и разнообразных полостных кровотечений [2].

В мире ежегодно регистрируется сравнительно небольшое число случаев ККГЛ и это заболевание имеет больше значение в краевой патологии, связанное с активизации природных очагов на эндемичных территориях. Заболевание передается через укус зараженных вирусом клещей. Клиника данного заболевания специфична, встречаются случаи легкого заражения, при котором геморрагические признаки не столь явны, также описаны случаи с тяжелой клинической симптоматикой, при которой наблюдались внутренние кровотечения.

Лечение больных геморрагической лихорадкой должно быть комплексным, основываться на учёте индивидуальных особенностей больного, возраста, клинической формы, периода и тяжести болезни, сопутствующих заболеваний и осложнений, а также рекомендуется введение сыворотки или плазмы крови реконвалесцентов, переболевших ККГЛ с наличием иммуноглобулина класса G.

В 20-столетии на территории Республики Узбекистан и ближнего зарубежья для лечения и профилактики, кроме симптоматического, использовали сыворотку крови переболевших людей ККГЛ. Выявлена эффективность данного метода в специфической профилактике ККГЛ у контактных с больными и клещами [4].

Заболевание ККГЛ имеет сезонную динамику с подъёмом с апреля по август месяцы [2]. Связано это с активацией кле-

щей, которые после спячки и длительной голодовки выходят наружу, нападая на все живое, с целью напитаться кровью и оставить потомство. Известно, что самка иксодовых клещей за одну кладку откладывает в среднем до 8 000 яиц, количество кладок за сезон бывает несколько раз, и зависит от климато-географических факторов. Не маловажную роль в количестве оставляемых кладок играет фактор питания. Эпидемиологическое значение имеет трансовариальная передача вируса ККГЛ, тем самым сохраняются природные очаги, увеличивается риск заражения данным заболеванием.

После перенесенного заболевания и успешной реабилитации, выздоровевший больной в дальнейшем, может стать потенциальным донором.

Выявление доноров среди переболевших дает возможность использовать их кровь или сыворотку крови для лечения вновь выявленных больных.

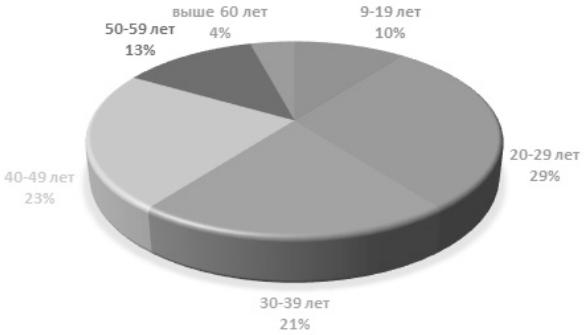
На сегодняшний день эффективное лечение ККГЛ является приоритетной для здравоохранения Республики Узбекистан. Учитывая отсутствие специфической терапии данного заболевания, при использовании плазмы переболевших ККГЛ людей, как в начальном, так и в последующем периоде, способствует снижению клинических признаков заболевания и уменьшает тенденцию возникновения различных осложнений.

Среди всех областей Республики, нами была выбрана Джизакская область, из – за занятости населения основными отраслями сельского хозяйства являются хлопководством, зерноводством, виноградарством, садоводством, пчеловодством и животноводством [6] и в этой области насчитывается около 11830 ферм[7].

В эпидемиологическом плане данная область представляет интерес из – за ландшафтных особенностей, наличия степных зон, способствующих возникновению и укоренению природных очагов особо-опасных инфекций в том числе и ККГЛ. Учитывая все выше перечисленное заболеваемость ККГЛ в данном регионе регистрируется ежегодно.

Материалы и методы. Сотрудниками лаборатории природно-очаговых особо опасных вирусных инфекций НИИ Вирусологии МЗ РУз был проведен ретроспективный анализ результатов, взятых из отчётов за период 2010-2016 гг. по Джизакской области нашей Республики, с целью определить качество иммунной прослойки (переболевших ККГЛ), а также динамику сохранения антител IgG (иммуноглобулины класса G) данных лиц. Для выявления иммуноглобулина класса G к вирусу Крымской-Конго геморрагической лихорадки в сыворотки (плазме) крови переболевших ККГЛ был использован набор реагентов для иммуноферментного анализа, производство ЗАО «ВЕКТОР-БЕСТ» Россия.

Мониторинг за переболевшими ККГЛ (доноры) проводился с 2010 года, сыворотки крови были доставлены из Джизакской области. Нами были собраны эти данные за период 2010-2016 гг. всего было доставлено из Джизакской области 110 сывороток крови переболевших людей ККГЛ. Из них в 62 – были получены отрицательные результаты на выявление антител IgG к вирусу ККГЛ, у 48 – переболевших выявлены положительные результаты с различными оптическими плотностями в динамике (148 исследований).



Возрастной состав переболевшие ККГЛ людей за 2010-2016 гг. (положительные)

Как видно из диаграммы наибольший коэффициент переболевших ККГЛ в Джизакской области приходится на возраст от 20 до 50 лет, что составило 73 %.

Результаты и их обсуждение. Обследованные переболевшие были разделены по возрастам. Из 48 переболевших до 20 лет – 5 человек (10%), от 20 до 29 лет - 14 (29%), 30-39 лет - 10 (21%), 40-49 лет - 11 (23%), 50-59 лет - 6 (13%), свыше 60 лет -2 (4%).

При анализе положительных сывороток в динамике за период 2010-2016 гг., изменение концентрации IgG наблюдались, с незначительной разницей в показателях оптической плотности (ОП).

Учитывая что, эти больные исследовались неравномерно по годам, например, из

Таблица 1.

№	Шифры	Год заболевания	2010	2011	2013	2014	2015	2016
			ККГЛ IgG	ККГЛ IgG	ККГЛ IgG	ККГЛ IgG	ККГЛ IgG	ККГЛ IgG
1	П-397 (П-410)	2009	4,112	3,968		3,093		
2	П-414	2009	4,126		3,193	2,94		
3	П-392	2008	4,145	3,876	3,213	3,128	3,015	
4	П-197 (В) И-390	2006	4,079	3,972			2,983	
5	П-181/П-172	2004	3,88	3,877	2,869			
6	П-364	2008		3,842			3,237	
7	П-505	2009		3,92		3,047		

Таблица 2.

№	Шифр	Год заболевание	2010	2011	2013	2014	2015	2016
			ККГЛ IgG	ККГЛ IgG	ККГЛ IgG	ККГЛ IgG	ККГЛ IgG	ККГЛ IgG
1	П-408	2009	4,129	3,969		3,025		3,212
2	П-322 (П-174)	2005	4,104	3,94		3,066		3,354
3	П-141	2008	3,981	3,878	2,854	3,136		
4	П-180	2005	4,138	3,87	3,087	3,085	3,36	3,005
5	П-396	2009	3,952	3,917	2,765		3,279	
6	П-131	2003		3,84		3,203	3,225	
7	П-142	2002		4,024	3,085		3,246	
8	П-175 (П-326)	2005	3,888	3,9	3,269	3,128	3,129	3,015
9	П-177 (И-392)	2006	3,961	3,899	2,896	3,027		3,005
10	П-143	2004	3,824			2,924	3,2	3,094
11	П-490	2009		4,063		2,953	3,371	3,161

исследованных 48 переболевших ККГЛ, 12 (25%) всего лишь один раз сдавали кровь для выявления антител IgG к вирусу ККГЛ, 6 (12,5%) переболевших – двукратно, 10 (20,83%) переболевших – трёхкратно, 10 (20,83%) переболевших – четырёхкратно, 10 (20,83%) переболевших – пятикратно и более, то для анализа были взяты лабораторные результаты сдавших кровь два раза и более, с целью определения динамики возрастания или снижения ОП антител IgG к вирусу ККГЛ. При анализе положительных сывороток в динамике с 2010-2016 гг., изменение концентрации IgG наблюдались, с незначительной разницей в показателях оптической плотности (ОП). Имелись сыворотки которое в начале имели меньший показатель ОП, затем данный показатель повышался (в 1 случае), также имелись сыворотки с большим показателем ОП, который по истечении времени снижался (у 7 переболевших ККГЛ).

В результате анализа у 7 переболевших (14,6%) выявилась, тенденция к снижению оптической плотности (таблица 1). У 11 (22,9%) переболевших наблюдали сниже-

Таблица 3.

№	Шифр		2010	2011	2013	2014	2015	2016
			ҚКГИ IgG	ҚКГИ IgG	ҚКГИ IgG	ҚКГИ IgG	ҚКГИ IgG	ҚКГИ IgG
1	П-324	2006	отр.		2,984			
2	П-417	2009	отр.		отр.		2,981	
3	П-418	2009	отр.	отр.			3,165	
4	П-321	2006		отр.			3,362	
5	П-492	2009		отр.	2,944			
6	П-494	2009		отр.	отр.		отр.	3,094
7	П-329 И-389	2005		отр.			2,982	0,997
8	П-179	2006	3,718	4,022	отр.	2,951	3,048	3,157
9	П-173	2005	2,388	отр.	2,948	2,743	3,279	3,209
10	П-140	2002	3,871	3,806	отр.	2,968	3,043	
11	П-130 И-309	2001	3,876	отр.	3,293		3,476	
12	П-188	2006	отр.	4,006		2,281	2,964	2,93
13	П-197	2009	3,874	отр.	отр.		3,129	отр.
14	П-394	2008	3,898	отр.	3,045		отр.	
15	П-176 И-391	2006		3,84	отр.			
16	П-389	2007	отр.		3,153	отр.	отр.	отр.
17	П-328 П-184	2006		отр.	отр.		1,222	отр.

ние и снова нарастание оптической плотности IgG антител к вирусу ККГЛ (таблица 2). У 17 (35,4%) была выявлена пароксизма результатов и отрицательные результаты, и положительные результаты с разными оптическими плотностями (таблица 3).

Показатели оптические плотности переболевших людей ККГЛ из Джизакской области.

По литературным данным оптическая плотность в крови переболевших людей ККГЛ снижается. Результаты приведённых вышеуказанной таблице подтверждает, результаты литературных данных.

Показатели оптические плотности переболевших людей ККГЛ из Джизакской области.

У 11 (22,9%) переболевших в начальные года наблюдали наличие постоянства иммуноглобулинов класса G, затем определили небольшое снижение показателей оптической плотности, с последующим нарастанием вышеуказанных показателей оптической плотности IgG антител к вирусу ККГЛ. Данная картина показывает о необходимости оказании внимания к определению АТ в динамике в сыворотках крови переболевших ККГЛ, так как незначительное снижение количества АТ не является прогностическим показателем дальнейшего уменьшения АТ в крови доноров, что может привести к отказу от данного донора. Согласна таблице при повторной проверке через определенное время возможно увеличение количества АТ, и связано это с индивидуальными свойствами иммунной

системы, соответственно не имеет прямых показателей для отказа от донорства.

Показатели оптической плотность переболевших людей ККГЛ из Джизакской области.

У большинства переболевших, (35,4%) были отмечены как отрицательные, так и положительные результаты с разными показателями оптической плотности. Данные приведённые в таблице свидетельствуют о том, что возможно были допущены ошибки на преаналитическом этапе лабораторного анализа (при взятие сыворотки крови, во время транспортировки биологического материала, не соблюдение холодовой цепи и времени доставки и т.д). Учитывая тот факт, что, правильно собранный материал обеспечивает 90% правильности постановки лабораторного теста (руководство по транспортировке ПБА) требования к преаналитическому этапу должны быть не менее строгими, чем к самому процессу лабораторного анализа.

По данным ВОЗ противовирусный препарат рибавирин приводит к очевидным положительным результатам в лечении инфекции ККГЛ. Эффективными являются как пероральные, так и внутривенные лекарственные формы [1].

Как мера экстренной профилактики и лечения заболевания ККГЛ в ранней стадии, применяется сыворотка или плазма переболевших с высоким титром нейтрализующих антител [5].

Эффективность лечения новых случаев заболевания ККГЛ, а также профилактические мероприятия во многом зависят от своевременно поставленного диагноза и использования в ранних сроках заболевания иммунной сыворотки переболевших. Обеспечение качественной сывороткой реконвалесцентов – носителей антител IgG к вирусу ККГЛ, является одной из приоритетных в организации лечебно-профилактических мероприятий при борьбе с ККГЛ в нашей Республике.

Выводы. В ходе ретроспективного анализа было выявлено следующее: однократно были исследованы в различные года 12 реконвалесцентов ККГЛ, и повторно данные сыворотки в лабораторию не поступали. Остальные образцы сывороток крови переболевших ККГЛ поступали не менее двух раз.

Имелись сыворотки которое в начале имели меньший показатель ОП, затем данный показатель повышался (в 1 случае), также имелись сыворотки с большим показателем ОП, который по истечении времени снижался (у 7 переболевших ККГЛ). Столь разрозненные данные свидетельствуют о необходимости более требовательного отношения к преаналитическому этапу лабораторного анализа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Информационный бюллетень ВОЗ N°208 Январь 2013 г.
2. «Дополнение к лечению Крымской-Конго геморрагической лихорадки» - информационное письмо. Мусабаев Э.И., Матназарова Г.С., Нарзиев И.И. и др. -Ташкент-2011, стр. 2.
3. «Природные очаги крымской-Конго геморрагической лихорадки в южном приаралье и их эпидемическое проявления» - информационное письмо. Мусабаев Э.И., Кадыров А. М. и др. –Ташкент 2011, стр. 3.
4. «Эффективность применение донорской сыворотки крови переболевших Крымской-Конго геморрагической лихорадки в специфической профилактике среди контактных с больными и клещами» - информационное письмо. – 2009.
5. Д.К. Львов, С.М Клименко, С.Я. Гайдамович «Арбовирусы и арбовирусные инфекции» «Медицина» М-1989, стр. 143
6. Ш.Д. Умурзаков. Қрим-Конго геморрагик иситмасининг замонавий эпидемиологияси ва уни белгиловчи омиллар: дис. канд. мед. наук/ Ш.Д. Умурзаков. Ташкент, 2011. стр. 28
7. А.Ғ. Ғофуров, Н.Ж. Тўрабоев, Ў.И. Расулов. Қорамолларнинг пироплазмидозлари // Самарканд, 2003, стр. 18-19.

УДК 616-001.4:572.7081.4.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ГРАФИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ МОРФОЛОГИИ КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАН

Бойманов Ф.Х.,Индиаминов С.И., Мардонов Т.М.

(СамГМИ, Бюро суд мед экспертизы УЗО Самаркандской области)

Изучены морфологические свойства колото-резаных ран кожных лоскутов и повреждений одежды, проводили оценку механизма повреждений методом графического моделирования.

При медико-криминалистических исследованиях кожного лоскута и ткани устанавливается не только характер, механизм образования повреждения и видовые признаки травмирующего орудия, а также в математических данных и фототаблицах в виде графической модели и признаки, которые в последующем позволят провести сравнительное исследование при идентификационной экспертизе орудия преступления.

Ключевые слова: колото-резаная рана, кожа, ткань, графическое моделирование.

САНЧИЛГАН – КЕСИЛГАН ЖАРОҲАТЛАРНИ ЎРГАНИШДА ГРАФИК МОДЕЛЛАШТИРИШ УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ

Изланишда тери ва кийимдаги санчилган-кесилган жароҳатлар морфологик ҳусусиятлари ўрганилган, график моделлаштириш усулида жароҳат механизми баҳоланган. Тери ва матох бўлакчаси тиббий криминалистик текширувларида нафақат жароҳатнинг характери, механизми ва ўзига хос белгилари, балки график моделлар кўринишида математик маълумотлар ва фотожадвалларда акс эттирилган, жиноят қуроли идентификацион экспертизасида таққослаш текширувини ўтказиш имкониятини берувчи белгилар аниқланади.

Калит сўзлар: санчилган-кесилган яра, тери, матох, график моделлаштриш.

APPLICATION OF THE METHOD OF GRAPHIC MODELLING WHEN STUDYING MORPHOLOGY OF CHIPPED AND CUT WOUNDS

Morphological properties of chipped and cut wounds of skin rags and damages of clothes are studied, are carried out assessment of the mechanism of damages by method of graphic modeling.

At medico-criminalistic researches of a skin rag and tissue is not established only the character, the mechanism of formation of damage and specific signs of the injuring tool and also in mathematical data and phototables in the form of graphic model and signs which in the subsequent will allow to conduct a comparative research at identification examination of the tool of crime.

Keywords: chipped and cut wound, skin, tissue, graphic modeling.

Среди повреждений, причиненных острыми предметами, наиболее актуальны повреждения от воздействия колюще-режущих предметов (до 80%), которые связаны с распространённостью в быту орудий колюще-режущего действия и частотой их использования при конфликтных ситуациях [1,4,5, 6,11,12.].

Вопрос о механизме нанесения повреждения, в рамках которого определяют тип, вид орудия, направление и силу воздействия – один из трудноразрешимых[2].

Для изучения морфологии колото резаных ран и оценка механизма Леоновым С.В. с соавторами [7] предпринята попытка моделирования, вколов клинков с различными эксплуатационными дефектами острия в кожный покров методом «конечных элементов». Отдельными авторами получены данные, полностью соответствующие оригинальным и экспериментальным наблюдениям [8].

Для моделирования методом «конечных элементов» (далее – МКЭ) требуются прочностные характеристики материалов. В судебной медицине накоплен достаточный опыт о прочностных характеристиках биологических тканей человека [3, 9.].

Выявляемые признаки колюще-режущих орудий позволяет идентифицировать

орудие травмы в случае предоставления для проведения медико-криминалистической экспертизы. Алгоритм действий при медико-криминалистической экспертизе предусмотрен «Стандартами производства судебно-медицинских экспертиз и исследований», а подготовка объектов к исследованию в «Рабочих инструкциях по процедуре» [10].

Цель исследования. Изучение морфологических свойств колото-резаных ран кожных лоскутови повреждений одежды методом графического моделирования.

Материалы и методы исследования. Исследованы кожные лоскуты с колото-резаными повреждениями, взятые от 53 трупов лиц, нанесённые ножами с односторонней заточкой, а также 25 повреждений одежды из ткани трикотажного и тканого плетении нитей. В 44 случаях колото-резаные раны были множественные, в 9 случаях - одиночные. Использованы следующие методы исследования: визуальный – исследование невооруженным глазом; измерительный–линейкой с ценой деления 0,1 см и штангенциркулем с ценой деления 0,01 см транспортиром с ценойделения; стереомикроскопический-микроскопом МБС-2 при боковом освещении и увеличении в 3,6-12 раз; обзорное фотографирование – цифровым фотоаппаратом «NikonD5300»; макрофотографирование – получение увеличенного изображения при печати фотографий и съёмка через микроскопом МБС-2; графического моделирования –изображение раны в виде графической модели с отображением особенностей повреждения краёв и концов; математический – вычисление среднеарифметической величины по результатам пятикратного измерения; составление схем – изображение графической модели с пояснительными надписями, условными обозначениями.

На основании проведённой экспертизы ткани одежды составлялись графические модели разрезов, предназначенные для последующего качественного сравнения искомого разреза с экспериментальными повреждениями, а длина разреза подвергалось статистической обработке с вычислением, среднеарифметической величины и квадратического отклонения для целей количественного сравнения путём вычисления коэффициента достоверности.

Результаты исследования. Колото-резаные раны имели различную форму в зависимости от их направленности по отношению к линиям Лангера: при продольном направлении раны имели сомкнутые края и щелевидную форму, а при поперечном и косо-поперечном направлениях полуоткрытый характери веретеновидную форму. Но в процессе восстановления кожных лоскутов эти признаки утрачивались. При наследовании учитывалась длина раны, позволяющая определить примерную ширину клинка на уровне погружения.

Размеры ран были от 1,7х0,2см до 4,3х0,6 см, края ровные, поверхность стенок гладкая, концы расположены соответственно цифрам 2-7, 3 - 9, 7-12 условного циферблата часов, обушкового и лезвийного характера.

Методом графического моделирования изображены базовые модели колото-резанных ран соответствующей форме, особенности обушкового и лезвийного конца, расположения ссадин и кровоподтёков, а также характера раны на внутренней стороне кожного лоскута, дающее визуальную информацию о направленности стенок, рёбер обушкового и лезвийного конца, о разграничении основного и дополнительного разрезов.

В шести наблюдениях отмечалось несоответствие длине раневого канала длине погружённой части клинка, когда раневой канал слепо заканчивался в легком, что вызывало уменьшение объема этого органа вследствие ателектаза и развившихсяпневмо- или гемопневмоторакса. В остальных случаях причина несоответствия размеров канала и клинка была обусловлена тем, что невозможно было проследить раневой канал до конца.

Стереомикроскопически в большинстве случаев обушковые концы повреждений имели М, П-образную (67%) (рис.1а,б) и реже Г,Y-образную форму (рис.2а,б), которые вербально фиксировались встречном углом. Стенки всех ран имели гладкую поверхность, отвеснуюили скошенную направленность,которая отображалась измерениефронтального угла. При использовании метода графического моделирование используется условные обозначения элементов раны, ссадины, кровоподтека.

Верхний обушковый конец колото-резаной раны из области грудной клеткислева-попереднеподмышечной линии

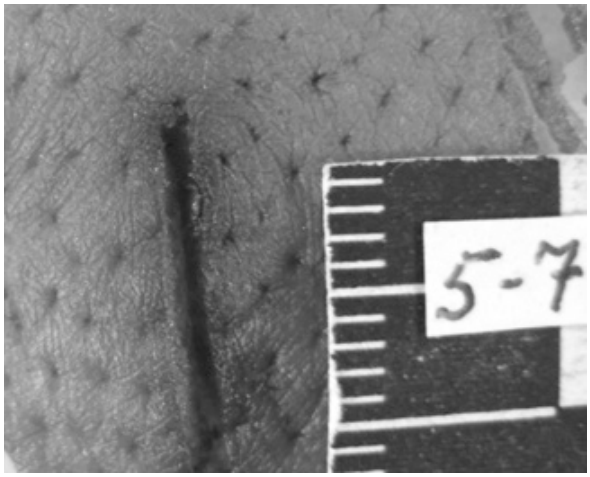


Рис.1. (а)
Верхний обушковый конец колото-резаной раны из области грудной клеткислевапопереднеподмышечной линии

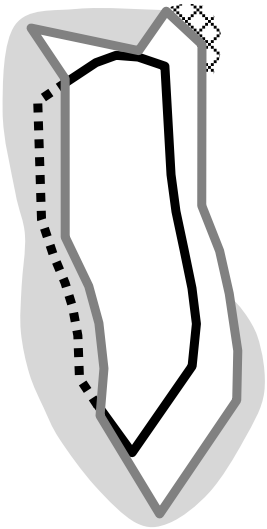


Рис.1. (б) Графическая модель колото-резаной раны грудной клетки слева по переднеподмышечной линии край раны на поверхности линия тёмный-серового цвета; край раны с внутренней стороны видимые -сплошная линия чёрного цвета, не видимые- пунктирная линия чёрного цвета; ссадина- участок с перекрестной штриховкой; кровоподтек – участок серого цвета.

При исследовании одежды выявлено, что на ткани повреждения имели извилисто-линейную (35%), ломано-линейную (45%), линейную (20%) форму, поперечного или косопоперечного расположения. Края повреждений ровные, сопоставимые без образования складок у концов.

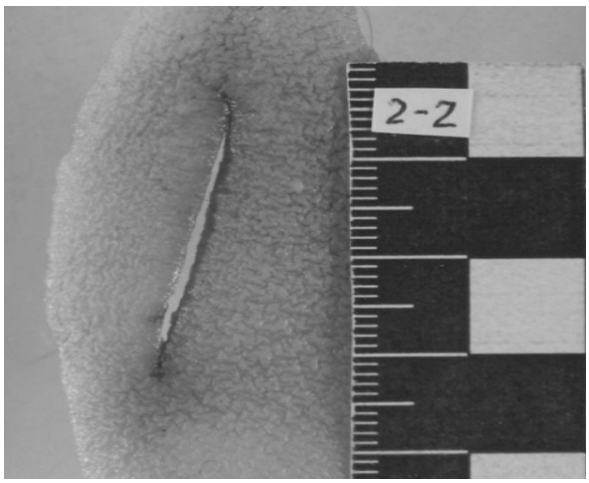


Рис.2.(а) Колото-резаная рана внутренней поверхности в нижней трети правого бедра (А-макроскопический, Б-стериомикроскопический)

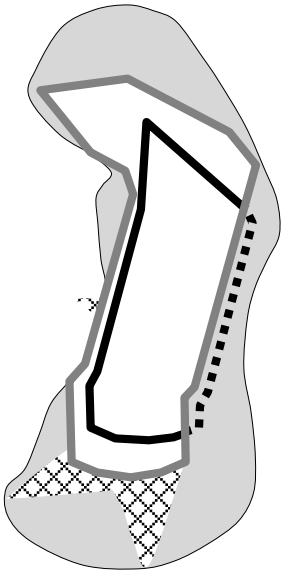


Рис.2.(б) Графическая модель колото-резаной ранывнутренней поверхности в нижней трети правого бедра.

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

- базовая модель раны с обушковым и лезвийным концами
- кровоподтёк
- видимая часть дна
- невидимая часть дна
- осаднение

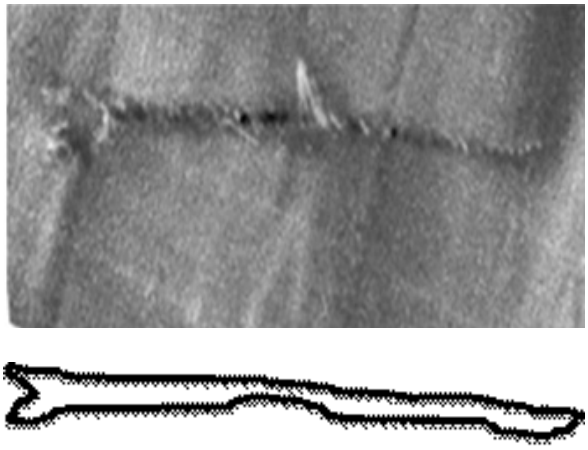


Рис.3.(а) Общий вид колото-резаного разреза на ткани

Рис.3. (б) Графическая модель

Краевые нити пересечены на одном уровне, у обушкового конца разлохмачены. Обушковые концы получены в форме «ласточкиного хвоста» (53%), а также М-образной (27%)илиугловидной с надрезом верхней ветви (16%) или только угловидной (4%) формы. Между ветвями отмечается поверхностная потертость ткани, уплотнение переплетения нитей при погружении с упором на обух. Несколько отступя от лезвийного конца в некоторых повреждениях обнаруживался линейный разрез, расположенный под острым углом к основному разрезу. Он образовался за счёт действия острого режущего края ножа на образовавшуюся в процессе погружения клинка складку ткани(рис.3а,б). Графическое моделирование разрезов ткани отличается отображением особенностей повреждения нитей и изменений плетения ткани.

Заключение. Таким образом, в ходе медико-криминалистического исследования кожного лоскута и ткани, являющегося диагностическим, не только устанавливается характер, механизм образования повреждения и видовые признаки травмирующего орудия, но и сохраняются, помимо описания, в математических данных и фототаблицах, в виде графической модели и признаки, которые в последующем позволят провести сравнительное исследование при идентификационной экспертизе орудия преступления – ножа, где идентифицирующим объектом будет служить рана на кожном лоскуте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрейко Л. А. Изменение морфологии колото-резаных ран в зависимости от количества и комбинаций слоев прилежащей одежды: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.А. Андрейко. – М., 2009. – 20 с.
2. Власюк И. В. Морфологическая характеристика колото-резаных повреждений кожи, причиненных ножом с зубчатым обухом / Власюк И.В., Евдокимов П.В. // Судебно-медицинская экспертиза. М, 2013. – Т. 56. – № 5. – С. 16–18.
3. Иванов И.Н. Исследование на гемин кровоизлияний в области колото-резаных ран / И.Н. Иванов И.М. Аверина // Судебно-медицинская экспертиза. – 1997. – № 1. – С. 15-17.
4. Иванов И.Н. О медико-криминалистическом исследовании колото-резаных повреждений биологических тканей / И.Н. Иванов // Проблемы идентификации в теории и практике судебной медицины: Материалы IV Всерос. съезда судеб. медиков. Ч.1. – М.; Владимир, 1996. – С. 89-90.
5. Капустин А.В. О гистологическом исследовании колото-резаных ран кожи для установления особенностей конструкции клинка ножа / А.В. Капустин // Судебно-медицинская экспертиза. – 1998. – № 6. – С. 15-17.
6. Колкутин В.В. Моделирование огнестрельных повреждений с использованием

биологических и небиологических имитаторов: дис. … д-ра мед. наук / В.В. Колкутин. – СПб., 1995. – 456 с.

7. Коршенко Д.М. Судебно-медицинская оценка колото-резаных ран в зависимости от остроты заточки ребер обуха клинка при перпендикулярных вколах (экспериментальное исследование) / Д. .Коршенко, С.В. Леонов // Медицинская экспертиза и право. – 2011. – № 5. – С. 24-26.

8. Леонов С.В. Математическое моделирование процессов разрушения мягких тканей, возникающих при действии круглого эластичного снаряда, в результате проведения выстрела из травматического оружия / С.В. Леонов, А.В. Михайленко // Судебно-медицинская наука и практика. Материалы научно-практической конференции молодых ученых и специалистов с международным участием. – 2012. – Выпуск 7. – С. 119-122.

9. Леонов С. В. Моделирование механизма образования колото-резаных ран методом конечных элементов / Леонов С.В., Власюк И.В., Крупин К.Н. // Судебно-медицинская экспертиза. М, 2013. – Т. 56. – № 6. – С. 14 –16, 47.

10. Мардонов Т.М. возможности диагностического и медико-криминалистического исследования колото-резаных ран при применении метода графического моделирования. Материалы научно-практической конференции. «пути совершенствования судебной экспертизы. Зарубежный опыт». Ташкент, 2017, с.143.

11. Медико-криминалистическая идентификация / С.С. Абрамов, И.А. Гедыгушев. В.И. Звягин, Г.Н. Назаров, В.В. Томилин. – М., 2000. – 472 с.

12. VanMier. FractureProcessesofConcrete / MierVan, G. M. Jan. –DelftUniv. OfTechnology. – 1996. – 464 p.

УДК: 616.89-008.441.44-079.2:572.524.12:340.6

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДЕРМАТОГЛИФИКИ И ИРИДОДИАГНОСТИКИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ И ОЦЕНКЕ СКЛОННОСТИ К СУИЦИДУ

Шамсиев А.Я., Рузиев Ш.И.

(ТашПМИ)

Цель настоящей работы - разработать прогностические иридодиагностические и дерматоглифические маркёры суицидентов.

В процессе исследования выявлены дерматоглифические показатели и иридодиагностические особенности трупов лиц, покончивших жизнь самоубийством; уточнена информативность иридодиагностических и дерматоглифических показателей трупов лиц, покончивших жизнь самоубийством. Впервые изучена взаимосвязь дерматологических и иридодиагностических показателей у суицидентов.

Ключевые слова: дерматоглифика, иридодиагностика, маркёры, суицидент.

СУД ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШНИ ЗАМОНАВИЙ ДЕРМАТОГЛИФИК ВА ИРИДОДИАГНОСТИК УСУЛДА АНИҚЛАШ ВА УНГА МОЙИЛЛИКНИ БАҲОЛАШ

Мазкур тадқиқот мақсади суицидентлар учун прогностик иридодигностик ва дерматоглифик маркёрларни ишлаб чиқиш хисобланади. Тадқиқот жараёнида ўз жонига қасд қилган шахсларнинг мурдаларида дерматоглифик кўрсаткичлар ва иридодиагностик хусусиятлар аниқланди. Иридодиагностик ва дерматоглифик кўрсаткичларнинг ахборотлилиги ўрганилди. Биринчи бор суицидентларда дерматоглифик ва иридодиагностик кўрсаткичларнинг ўзаро боғлиқлиги аниқланди.

Калит сўзлар: иридодиагностика, дерматоглифика, маркёрлар, суицидент.

MODERN METHODS OF DERMATOGLYPHICS AND IRIDODIAGNOSTICS IN FORENSIC MEDICINE IN IDENTIFYING AND ASSESSING SUIDCIDAL TENDENCIES

The aim of present work was work out prognosis iridodiagnostic and dermatogliphic markers for suicidents.

At process of study the dermatogliphic indices and iridodiagnosi speculiarities were revealed at persons being killed themselves with suicide. The informativity of iridodiagnostic and dermatogliphicindices, were specified. For the first time the interconnection of dermatologic and iridodiagnostic indices in suicidents were researched.

Key words: iridodiagnostic, dermatoglyphyc, markers , suicides.

Актуальность. Термином «суицид» в науке принято обозначать понятие добровольной смерти. Согласно опубликованным статистическим данным, в большинстве стран мира частота самоубийств в настоящее время постоянно повышается. Но эти данные не отражают реальный размах проблемы, поскольку в официальную статистику попадают только очевидные, не вызывающие сомнений случаи суицида. Число же реальных случаев многократно превышает официальные статистические данные. Это свидетельствует не только об актуальности, но и глобальности этой проблемы [1,2,8].

Особенно актуальным становится поиск маркеров, позволяющих выявлять лиц, склонных к суицидальным состояниям, для проведения с ним профилактических мероприятий с целью предотвращения случаев суицида [3,4,5,6].

В настоящее время известно, что радужка глаза является самым непревзойдённым среди всех структур организма отражателем врождённых недостаточностей или особенностей, закреплённых в генетике человека [1,5].

Доказано, что в мире нет двух людей с абсолютно одинаковыми лицами. Это особенно актуально по отношению к глазам, так как радужка каждого человека совершенно неповторима. Она настолько индивидуальна, что могла бы оказать неоценимую услугу криминалистике и практической судебной медицине в вопросах идентификации личности и, даже, свойственных ей врождённых и приобретённых изменений и наличия при жизни заболеваний [4].

Цель исследования - разработать прогностические иридодиагности-ческие и дерматоглифические маркёры суицидентов.

Методы исследования

1. Иридоскопия радужки.

2. Сканирование отпечатков пальцев рук, а также ладонной поверхности красочным и бескрасочным методами, разработанными сотрудниками кафедры.

Объекты и предметы исследования. Объектами исследования стали 15 трупов лиц, покончивших жизнь самоубийством, 25 трупов лиц, умерших скоропостижно. Предмет исследования составили дерматоглифические показатели и иридодиагностические особенности трупов лиц, покончивших жизнь самоубийством. Исследования проводили на базе кафедры судебной медицины и медицинского права, а также в Главном Бюро СМЭ министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты собственных исследований. Из множества структурных комбинаций радужки, отражающих конституциональные особенности человека, удается выделить пять простейших типов.

У одних людей радужка имеет вид веера, составленного из тонких, чётко подогнанных волокон трабекул. Этот вид называется радиальным.

У людей со светлыми глазами (голубыми, серыми, зелёными) он встречается в 10 раз чаще, чем у темноглазых.

По нашим наблюдениям, среди добровольцев-студентов преобладали радужки «тёмно-коричневого» (63,6%) и «светло-коричневого» (12,2%) цветов, а в остальных случаях (24, 2%) были лица со светлыми (серыми – 10,2%; синими – 3,6%; голубыми – 6,3% и зелёными – 3,1%).

Радужки наиболее часто встречаемых нами цветов представлены на рисунках 1-3.

Из 25 трупов лиц, умерших скоропостижно, у 8 (32%) встречались радужки с радиальной исчерченностью.

У второго типа радужки вид радиально идущих и несколько утолщённых трабекул – радиально-волнистый тип радужки. Это, так называемый, нейрогенный тип конституции, для которого характерны астенографические проявления и склонность к спазмам. В наших наблюдениях, как среди живых, так и среди умерших скоропостижно он встречался наиболее часто – в 36,6% случаев.

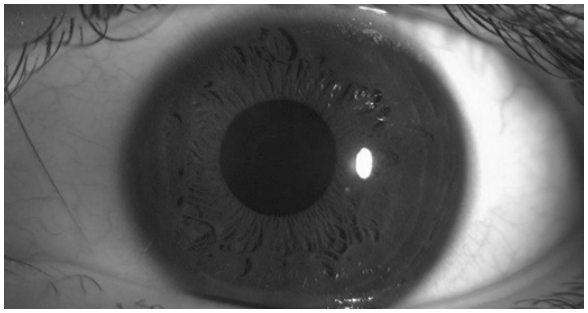


Рис. 1. Радужка «тёмно-коричневого» цвета

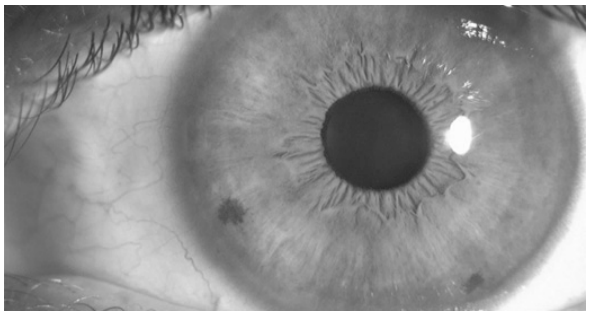


Рис.2. Радужка «светло-коричневого» цвета

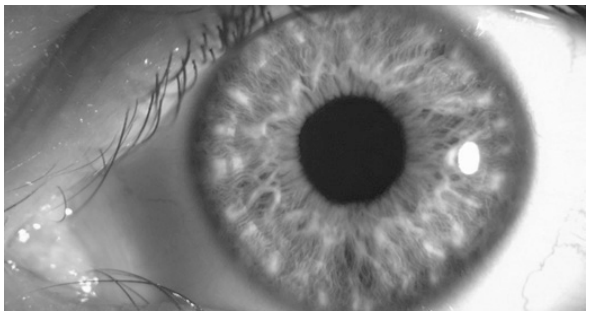


Рис. 3. Радужка «серого» цвета

Третий тип радужки – радиально-гомогенный – характеризуется сочетанием радиального рисунка в зрачковом поясе с плотным гомогенно отрешённым цилиарным кругом. Наблюдается этот тип почти исключительно у темноглазых людей.

По нашим наблюдениям, у добровольцев в 73,6% случаев, а среди скоропостижно умерших лиц, в основном, у молодых лиц в возрасте 20-35 лет.

Четвёртый тип радужки – радиально-лакунарный – представлен в виде истончённой стромы с рассеянно-листовидными впадинами – лакунами, занимающими до 30% поверхности радужки. Он характерен для лиц с ослабленной конституцией (иммунитетом) и склонностью к дисфункции и хроническим заболеваниям. Данный тип радужки в наших наблюдениях встречался в 7,3% всех случаев скоропостижной смерти, а у живых лиц – в 2,6%.

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.

При проведении дерматоглифических исследований анализ ладонных узоров проводился по центрам четырёх трирадиусов: a, b, c, d, от которых к периферии направляются лучи, проводящие сканирование всех особенностей изображений отпечатков.

Проведён сравнительный анализ собранных отпечатков пальцев рук и ладонной поверхности в основной группе (суициденты) и в контрольной (умершие скоропостижно).

Результаты этого анализа выявили отличия в следующих дерматоглифических показателях в исследуемых группах.

Частота дугообразных узоров в основной группе (суициденты) составила 7,4%, в контрольной группе (умершие скоропостижно) - 4,7% ($P<0.10$).

Причём, в группе суицидентов дугообразные узоры (A) встречались только на указательном и безымянном пальцах левой руки.

Средний показатель частоты встречаемости радиальных петель на левой руке (Lr) в группе суицидентов равнялся 17%, а в контрольной группе - 23%.

Совокупность папиллярных линий на всех пальцах в основной группе, в среднем, составила 67%, в группе контроля - 82% ($P<0.05$).

Частота встречаемости радиальных петель (Lr) на правой руке в группе суицидентов составила 13%, в контрольной группе - 4%.

Распределение частоты выявленных показателей по группам представлено на рисунке 4.

Таким образом, частота дугообразных узоров на левой руке и радиальных петель на правой руке среди суицидентов значительно выше, чем в контрольной группе.

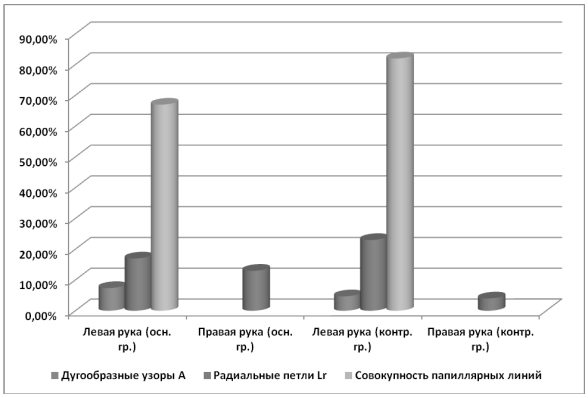


Рис. 4.Частота кожных узоров и совокупность папиллярных линий в контрольной и основной группах

Параллельно с анализом отпечатков пальцев рук проводили сравнительный анализ отпечатков ладоней в основной (суициденты) и контрольной группах по программной системе «Искандаров-Кузиев».

Результаты выявили следующие отличия в дерматоглифических показателях ладони в исследуемых группах.

На основании изучения окончаний ладонных линий А на 4-5 условных полях ладони были выявлены следующие отличия: в основной группе (суициденты) в 4 поле окончания ладонных линий на правой руке встречались в 14% случаев, в контрольной - 37%, что в 2 паза больше.

Частота окончаний ладонных линий А в 5 поле на правой руке у суицидентов составила 16%, в контрольной группе в этом же поле ладонные линии А выявлялись гораздо реже - всего 4%.

Такие же показатели частоты окончаний ладонных линий А в 4-5 полях были отмечены и в ладонных линиях левой руки у суицидентов (16%) и в контрольной группе (4%).

В 5 ладонном поле в группе суицидентов окончания ладонных линий В встречались в 56% случаев, в контрольной - в 34%.

Окончания основных ладонных линий D были выявлены в обеих группах в 11 поле.

Тем не менее, в группе суицидентов частота их встречаемости была значительно ниже и составила 48%, в контрольной группе - 70%.

Разница в показателях основных ладонных линий С в обеих группах не выявлена.

Частота окончаний ладонных линий А в четвёртом поле в группе суицидентов была более чем в 2 раза ниже, чем в контрольной группе, а в пятом поле – в четыре раза выше. Частот окончаний ладонных линий В в пятом поле также был значительно выше в группе суицидентов. А частота окончаний ладонных линий D в одиннадцатом поле в группе суицидентов была значительно ниже, чем в контрольной.

Выводы. К иридодиагностическим особенностям лиц, склонных к суицидальному поведению, входят радужки со слабой или очень слабой плотностью; локально-деформированные и закруглённо-утолщённые виды рельефа радужек; деформации зрачков, зашлакованность автономных колец, разрывы и деформации автономных колец, пигментные и токсические пятна, адаптационные кольца, лимфотические розарии и дистрофические ободки.

К дерматоглифическим показателям лиц, склонных к суицидальному поведению, входят дугообразные узоры только на указательных и безымянных пальцах левых рук; совокупность папиллярных линий на всех пальцах, частота радиальных петель (Lr) на правых руках, окончания ладонных линий А в 5 поле на правых руках; окончания ладонных линий А в 4-5 полях, окончания ладонных линий В в 5 ладонном поле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наумова Т.С. Системный подход к пониманию роли электрического поля живых организмов. /В кн.: Физические биополя, биоритмы и их физико-математические модели. – Киев, 1981. –С. 41-43.
2. Шахнович А.Р. Мозг и регуляция движений глаз. – М.: Медицина, 1974. – 160 с.
3. Ярбус А.Л. Роль движений глаз в процессе зрения. – Москва: Наука, 1965.– 176 с.
4. A genome scan for eye color in 502 twin families: most variation is due to a QTL on chromosome 15q./G.Zhu, D.M.Evans, D.L.Duffyet all. //Twin research. – 2004. – N 2. P. 197-210.

5. Harris I.S., Galin M.A. Effect of ocular pigmentation on hypotensive response to pilocarpine //Amer. J. Ophthal. – 1971. – Vol. 72. – №5. – P. 923-925.
6. Hattis D., Baird S., Goble R. A straw man proposal for quantitative definition of the RfD.//Drug ChemToxicol. – 2002. – V. 25(4). – P. 403-436.
7. Абрамова Т.Ф., Никитина Т.М., Изаак С.М., Кочеткова Н.И. Асимметрия признаков пальцевой дерматоглифики, физический потенциал и физические качества человека. / //Морфология, 118(5):56-59.
8. Александров Ю.И. Основы психофизиологии. /Отв. Ред..–М.: ИНФРА-М., 1997. – 431с.
9. Богданов Н.Н., Горбачевская Н.Л., Солониченко В.Г. и др Особенности ЭЭГ девочек 6-8 лет с разным дерматоглифическим рисунком кисти. /. //Доклады АН России. – 1994. –Т. 338. – №3. –С. 420-424.
10. Абрамова Т.Ф., Никитина Т.М., Изаак С.И., Кочеткова Н.И. Пальцевые дерматоглифы и физические особенности. //Папиллярные узоры: идентификация и определение характеристик личности (дактилоскопия и дерматоглифика).– М., 2002. – С. 113 -137.

УДК: 613.632:615.9

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДЕЛЬНО-ДОПУСТИМОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ (ПДК) В ВОДЕ ВОДОЕМОВ ДЕФОЛИАНТА ХЛОПЧАТНИКА «ФАНКАЛЬЦИЙДЕФ»

Искандаров Т.И., Романова Л.Х., Искандарова Г.Т., Шоюсупова Х.

(НИИСГиП, ТМА)

В статье представлены результаты научных исследований по изучению токсичности нового дефолианта хлопчатника «Фанкальцийдеф» и нормированию его в воде водоемов. Установлена предельно-допустимая концентрация препарата в воде на уровне 1,0 мг/л, лимитирующий признак вредности – органолептический.

Ключевые слова. Токсичность, дефолиант, гигиена, вода водоемов, сельское хозяйство, норматив.

ҒЎЗА ДЕФОЛИАНТИ «ФАНКАЛЬЦИЙДЕФ» НИ СУВ ҲАВЗАЛАРИ СУВИДА РУХСАТ ЭТИЛГАН КОНЦЕНТРАЦИЯСИ (РЭК) НИ ИЛМИЙ АСОСЛАБ БЕРИШ

Мақолада ғўзани янги дефолианти «Фанкальцийдеф» ни заҳарлилигини ўрганиш бўйича илмий тадқиқотларни натижалари ва уни сув ҳавзалари сувида меъёрлари тақдим этилган. Препаратни сувдаги рухсат этилган концентрацияси 1,0 мг/л даражада бўлиши, зарарликнинг лимитланган белгиси – органолептик эканлиги аниқланди.

Калит сўзлар. Заҳарлилик, дефолиант, гигиена, сув ҳавзалари суви, қишлоқ хўжалиги, меъёр.

SCIENTIFIC JUSTIFICATION OF PERMISSIBLE-AVAILABLE CONCENTRATION (PAC) IN WATER OF THE WATERS RESERVOIRS OF THE COTTON DEFLIANT «FANCALMENT DEF»

The article presents the results of scientific research on the toxicity of the new cotton defoliant “Fancalcidef” and its normalization in the waters reservoirs. The maximum permissible concentration of the drug in water is set at 1.0 mg/l, the limiting sign of harmfulness is organoleptic.

Keywords: Toxicity, defoliant, hygiene, reservoirs of water, agriculture, normative.

Актуальность. Важной проблемой интенсификации сельского хозяйства республики является создание высокоэффективных и «мягко» действующих на растения, отечественных химических препаратов. Ускорение созревания урожая растений с помощью малотоксичных химических препаратов является основной задачей применения ядохимикатов. Наиболее перспективными являются хлоратсодержащие неорганические соединения, которые являются малотоксичны-

ми и относительно быстро разлагаются в почве, положительно влияют на урожай. Хлоратные кальций содержащие препараты, синтезируемые и предлагаемые для применения в сельском хозяйстве, способствуют постепенному обезвоживанию тканей растений, ускоряют биохимические процессы вегетационных органов, ускоряют отток питательных веществ в плодоэлементы и семена. Хлорат кальция является одним из представителей эффективных дефолиантов хлоратной группы. В настоящее время установлено, что с целью усиления активности дефолиантов полезно сочетать в их составе вещества, активно ингибирующие действие индолилуксусной кислоты в растениях, с компонентами, являющимися продуцентами или стимуляторами образования эндогенного этилена. К таким дефолиантам комплексного действия, ускоряющим образование так называемого отделительного слоя в листьях растений, относятся соединения хлората кальция с этаноламинами [4, 5, 9]. Кальций играет важную роль в фотосинтезе и передвижении углеводов, в процессе усвоения азота растениями. Он участвует в формировании клеточных оболочек, обусловливает обводненность и поддержание структуры клеточных органелл. Продолжительность жизни листьев растений естественно тесно связана с созреванием урожая. Эффективность химических препаратов используемых для дефолиации зависит от многочисленных факторов; к основным можно отнести сорт растений, биологическую зрелость, мощность развития растений, температуру окружающей среды, влажность почвы и окружающей среды. Для эффективного проведения предуборочной химической обработки продовольственных растений хлопчатника большое значение имеет знание биологических особенностей обрабатываемых сортов растений.

Химическая обработка сельскохозяйственных культур комплексно действующими дефолиантами позволяет ускорить созревание урожая, собрать урожай до наступления холодов, очистить поля, обеспечить защиту растений от вредных насекомых, своевременно провести зяблевую вспашку и тем самым заложить прочный фундамент под второй или третий урожай.

Для решения вышеизложенного, проведенными физико-химическими и технологическими исследованиями обоснован процесс получения комплексно-действующего препарата на основе местных сырьевых ресурсов и отходов промышленности, разработана технология получения эффективного дефолианта, стимулирующего физиологические процессы и ускоряющего созревание и раскрытие коробочек хлопчатника. Согласно современным представлениям о гормональной регуляции опадения листьев, этилен является главным эндогенным активатором процесса дефолиации. Из-за наличия в составе дефолиантов хлоратов и их синергистов – питательных элементов, этиленпродуциентов, усиливающих физиологические процессы, эффективным компонентом для развития растений и ускорения созревания и раскрытия коробочек. Этиленсодержащий компонент в виде нитрата моноэтаноламмония и этанола в составе нового комплексно-действующего дефолианта обладают физиологическим воздействием, стимулируя образование эндогенного этилена в тканях растений, что приводит к усилению процесса дефолиации растений и ускоряет опадение листьев, созревание урожая.

Сотрудниками института общей и неорганической химии АН РУз проведены

Таблица 1

Физико-химические показатели «Фанкальцийдеф»

Химический состав	Содержание компонентов	
наименование показателя норма %		
Препарат на основе хлората кальция, карбамида, этанола и нитрата моноэтаноламина	массовая доля хлората кальция	33,0 ± 1,0
	массовая доля карбамида	10,0 ± 1,0
	массовая доля этанола	4,0 ± 1,0
	массовая доля нитрата моноэтаноламина	1,0 ± 0,4

исследования и разработаны физико-химические основы и технология получения нового хлорат кальцийсодержащего комплексно - действующего дефолианта «Фанкальцийдеф» [6, 7, 8]. Подана заявка на патент на изобретение «Состав для дефолиации хлопчатника».

Согласно закону Республики Узбекистан «О санитарно - эпидемиологическом благополучии населения» в статье 21 указано [1], что ввоз и производство новых химических веществ допускается после токсиколого - гигиенической оценки с разрешения Главного Государственного санитарного врача Республики Узбекистан. Каждый новый пестицид тщательно изучается научными учреждениями гигиенического профиля.

Исследования проведены согласно целевого прикладного научно-технического проекта «Разработка токсиколого-гигиенических нормативов новых отечественных импортозаменяющих пестицидов в объектах окружающей среды и обоснование мероприятий по охране здоровья населения».

Цель исследования. Научное обоснование предельно-допустимой концентрации препарата «Фанкальцийдеф» в воде водоемов.

Материалы и методы. Нами изучен новый дефолиант хлопчатника «Фанкальцийдеф». Токсикологическая оценка препарата проводилась в соответствии с «Методологией комплексного и ускоренного нормирования пестицидов в объектах окружающей среды» [3]; степень токсичности определялась в соответствии с «Гигиенической классификацией пестицидов по токсичности и опасности» (СанПиН РУз № 0321-15) [2].

Для обоснования ПДК препарата в воде водоемов исследования проводили в два этапа: первый этап - изучение токсикологических характеристик препарата, второй этап - изучение влияния препарата на свойства воды водоемов.

Физико-химические показатели продукта приведены в таблице 1.

Результаты исследования. Экспериментальные исследования проведены на двух видах лабораторных животных – белых крысах и мышах. В опыт были взяты 42 белые крысы весом 150 – 180 гр. обоего пола, которые были разделены на 7 групп, животным вводили препарат в дозах 1000,0; 2000,0; 3000,0; 4000,0; 5000,0; 6000,0; 7000,0 мг/кг. Основными критериями оценки токсичности препарата при однократном поступлении в организм теплокровных животных служили поведение, общее состояние, сроки проявления признаков интоксикации и их гибели. Клиника интоксикации животных характеризовалась фырканьем, писком, животные начинали метаться по клетке, затем возбуждение сменялось снижением двигательной активности, поверхностным дыханием и была аналогичной для всех видов животных. Гибель животных наступала в течение первых суток опыта. В результате исследований установлена средне-смертельная доза (ЛД50) при пероральном введении для белых крыс – 3800,0 мг/кг, ЛД16 – 1900,0 мг/кг, ЛД84 – 5700,0 мг/кг. Белые мыши – в опыт были взяты половозрелые мыши, которым вводили препарат в дозах 2500,0; 3000,0; 3500,0; 4000,0; 4500,0; 5000,0 и 5500,0 мг/кг. По данным статистической обработки установлена средне-смертельная доза на уровне – 4100,0 мг/кг, ЛД16 – 3225,0 мг/кг, ЛД84 – 5000,0 мг/кг. Установлена средне-смертельная доза препарата для кроликов – 3950 мг/кг. Данные полученные в эксперименте свидетельствуют, о том, что препарат не обладает видовой чувствительностью. Согласно СанПиН РУз № 0321-15 «Гигиеническая классификация пестицидов по токсичности и опасности» [1] препарат относится к IV классу опасности. Раздражающее действие препарата на кожные покровы изучали на опытных животных – белых крысах. Препарат наносили на кожу экспериментальных животных в нативном виде. Результаты исследования позволили установить, что препарат обладает слабым раздражающим действием на кожные покровы. Изучение раздражающего эффекта препарата на слизистые оболочки глаз проводили путем внесения в конъюнктивальный мешок глаза крысы 2 капель препарата, второй глаз служил контролем. Установлено, что препарат оказывает слабо раздражающее действие на слизистую оболочку глаз. Кумулятивные свойства слабо выражены, носят функциональный характер. В результате проведения экспериментов по изучению влияния малых доз препарата на организм экспериментальных животных были установлены пороговая и максимально-недействующая дозы на основании которых рассчитана и научно обоснована допустимая суточная доза для человека на уровне 1,6 мг/чел.сутки.

Таблица 2

Распределение показателей интенсивности запаха при 20⁰ С

Концентрация, мг/л	Интенсивность запаха в баллах					
	0	1	2	3	4	5
0,5	18					
1,0		16	2			
2,5		1	15	2		
5,0			1	12	5	
10,0				3	14	1
20,0						18

Таблица 3

Распределение показателей интенсивности в зависимости от концентраций препарата в воде при t-20⁰ С

Концентрация, мг/л	lq конц.	Интенсивность в баллах						Средняя величина	Вырав. величина
		0	1	2	3	4	5		
0,5	-0,30	18						0	0
1,0	0		16	2				1,1	1,05
2,5	0,397		1	15	2			2,05	2,1
5,0	0,698			1	12	5		3,16	3,03
10,0	1,0				3	14	1	3,88	4,01
20,0	1,30						18	5,0	5,0

Таблица 4

Данные статистической обработки порогов концентраций препарата по запаху

Интенсивность в баллах	**n**	Статистические показатели				M - 2m
		M	±δ	±m	p	
1 балл	17	1,09	0,359	0,09	8,2	0,91
2 балла	18	2,47	0,705	0,171	6,2	2,128

Таблица 5

Влияние препарата на органолептические свойства воды по данным большинства одораторов (1), результатам графической (2) и статистической обработки (3)

Органолептический показатель и его интенсивность	Метод анализа полученных данных		
	1	**2**	**3**
Запах			
Порог ощущения	1,0	1,0	0,91
Практический порог	2,5	2,24	2,128

Проблема охраны водоемов от загрязнения вследствие ее широкого народнохозяйственного и культурного значения и вызванные этим различия характера водопользования, сделало необходимой дифференциацию задач и методов научных исследований и практической деятельности применительно к интересам здраво-

охранения, сельского и других отраслей народного хозяйства. Экспериментальные исследования дают возможность организовать и воспроизводить условия, позволяющие выявить те концентрации, при которых вредные влияния того или иного химического загрязнения, еще не проявляются. Для обоснования ПДК пестицидов в воде водоемов предусматривается оценка трех признаков вредности вещества: санитарно - токсикологического, органолептического и общесанитарного.

Исследования по влиянию препарата на органолептические свойства воды имели целью определение пороговых концентраций препарата по влиянию на запах, привкус, цветность, прозрачность и пенообразование. Исследования проводились на основе зависимости «концентрация – эффект» с учетом только реакции человека. Для многих химических соединений именно органолептический признак вредности оказывается лимитирующим при обосновании ПДК.

Для установления пороговой концентрации по влиянию препарата на органолептические свойства воды был применен массовый метод исследования, в котором участвовали 18 одораторов. Исследования проводились с концентрациями препарата – 0,5 – 1,0 – 5,0 – 10,0 – 20,0 мг/л. Установлено, что препарат придает воде специфический запах. Порог восприятия по запаху был на уровне 1,0 мг/л по данным большинства одораторов (табл. 2, 3).

Ввиду колебания пороговых величин, обусловленных индивидуальной особенностью одораторов полученные результаты были обработаны статистическим методом Стьюдента-Фишера с учетом выскакивающих величин, с целью нахождения нижней доверительной границы, средне-арифметической величины и пороговой концентрации (табл. 4).

Результаты статистической обработки позволяют считать порогом ощущения запаха концентрацию 0,91 мг/л. С целью проверки точности и правильности проведения опытов был использован графический метод оценки органолептических данных, который позволил установить, что интенсивность запаха препарата увеличивается пропорционально логарифмам их концентраций, т.е. полученные данные соответствуют законам Вебера-Фехнера. При сравнении показателей интенсивности запаха препарата «Фанкальцийдеф» в воде по данным различных методов исследования можно сделать вывод, что они практически находятся на одном уровне, что говорит о достоверности проведенных исследований (табл. 5).

Препарат в пороговой концентрации по влиянию на запах не изменял окраску воды, прозрачность, не вызывал пенообразования и не влиял на привкус. Таким образом, по влиянию на органолептические свойства воды лимитирующим признаком вредности является запах – пороговая концентрация 1,0 мг/л. Препарат в пороговой концентрации не оказывал влияния на процессы самоочищения воды водоемов. С учетом проведенных исследований и данных санитарно-токсикологического эксперимента (пороговая концентрация 1,6 мг/л) рекомендуется ПДК препарата в воде водоемов на уровне 1,0 мг/л, лимитирующий признак вредности – органолептический (запах).

Выводы.

1. Дефолиант «Фанкальцийдеф» по параметрам острой токсичности относится к IV классу опасности СанПиН РУз № 0321-15.

2. Препарат обладает слабо раздражающим действием на слизистые оболочки глаз и кожные покровы.

3. Рекомендуется предельно-допустимая концентрация препарата в воде водоемов на уровне 1,0 мг/л.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон Республики Узбекистан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Ташкент, 2015. ст. 21.

2. Исандаров Т.И., Искандарова Г.Т., Романова Л.Х. Гигиеническая классификация пестицидов по токсичности и опасности // СанПиН РУз № 0321-15. -Ташкент, 2015. -14 с.

3. Искандаров Т.И., Романова Л.Х., Искандарова Г.Т. Методология комплексного и ускоренного нормирования пестицидов в объектах окружающей среды // Методологическое пособие № 8н-п/195. -Ташкент, 2014. - 120 с.

4. Умаров А.А., Кутянин Л.И. Новые дефолианты: поиск, свойства, применение. М.: Химия. 2000. - 87 с.
5. Хамдамова Ш.Ш., Тухтаев С. Растворимость в системе хлорат кальция - хлорид натрия - вода // Universum: Химия и биология: электрон. науч. журнал. 2016. № 8(26).
6. Хамдамова Ш.Ш., Тухтаев С. Изучение физико-химического взаимодействия компонентов в системе хлорат кальция - фосфат мочевины - вода // Universum: Технические науки: электрон. науч. журнал. 2016. № 9(30).
7. Хамдамова Ш.Ш. Растворимость в тройных водных системах, включающих хлорат кальция и диэтаноламин (триэтаноламин), при 25°С // Журнал неорганической химии. 2017. том 62. № 11. -С.1525-1529.
8. Хамдамова Ш.Ш., Тухтаев С. Изучение кинетики процесса конверсии хлорида кальция с хлоратом натрия // Universum: Технические науки: электрон. науч. журнал. 2017. № 8(41).
9. Osborne D.J. // Cotton Grow. Rev. 1974. V. 51. № 4. P. 256.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ҚИШЛОҚ ВРАЧЛИК ПУНКТЛАРИНИНГ ШАКЛЛАНИШИ ВА ҲОЗИРГИ АҲВОЛИ

ФОРМИРОВАНИЕ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕБНЫХ ПУНКТОВ И ИХ СОСТОЯНИЕ НА СЕГОДНЯ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Ходжаев Н.И., Рахимова Ш.Ҳ., Базаров А.Б.

(СамДТИ)

Республика Мустақилликка эришгандан сўнг соғлиқни сақлаш тизимининг собиқ Иттифоқ тузуми даврида шакллантирилган мавжуд таркиби ва вазифалари, унинг моддий-техника асосини тубдан қайта кўриб чиқиш вазифаси кун тартибида турар эди.

Республика ҳукумати мазкур масалани босқичма-босқич амалга ошира бориб, 1996 йил 21 майда Вазирлар Маҳкамасининг «Ўзбекистон Республикасида қишлоқ инфратузилмасини 2000 йилгача бўлган даврда ривожлантириш дастури ҳақида»ги қарорини қабул қилади. Мазкур қарорда Республикамиз Президентининг ташаббуси билан қишлоқ жойларда яшовчи аҳолининг малакали тиббий хизматга бўлган талабини тўла қондириш учун мутлақо янги типдаги даволаш-профилактика муассасалари тармоқларини яратиш масаласи қўйилиб, мақсадли дастур қабул қилинади. Самарқанд вилоятида ҚВП тармоқларини яратиш бўйича ишлар 1996 йилдаёқ бошлаб юборилади ва республикада биринчи бўлиб, Ургут туманининг Тегана қишлоғида қишлоқ врачлик пункти қисқа муддатда қуриб ишга туширилади. МазкурҚВП қошида республика соғлиқнисақлашвазирлигитомонидан регионал кўргазмали семинар кенгашўтказилади.

Ўтган вақтичида вилоятда ҚВП тармоқларининг илмий асосланган мукаммалтизими вужудга келтирилди. 2009 йил якуни бўйича дастурда кўздатутилган 384 ҚВП ўрнига 396 ҚВП лари барпоқилинди.

Айниқса, Президентимизнинг бирламчи тиббиёт тизимига қаратган эътибор ва ғамхўрликлари боис, касалликларни эрта аниқлаш, тўғри ташхис қўйиш, шунингдек, олдини олишда муҳим аҳамият касб этмоқда. Маълумки, қишлоқ врачлик пунктларини ривожлантиришЎзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 1998 йил 10 ноябрдаги «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури тўғрисида»ги 2107-сонли Фармонига асосан олиб борилди. Вилоятимизда бугунги кунда 357 та қишлоқ врачлик пункти аҳолига тиббий хизмат кўрсатиб келмоқда.

ҚВПларининг иш фаолиятини такомиллаштириш, аҳолига сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини тубдан янгилаш борасида Соғлиқни сақлашвазирининг «Қишлоқ врачлик пунктлари фаолиятини ташкил қилишни такомиллаштириш тўғрисида»ги буйруғи қабул қилинди. Вилоятда мавжуд бўлган аҳолининг 70-75 фоизига ҚВП тиббиёт ходимлари томонидан бирламчи тиббий санитария ёрдами кўрсатилди. Ўртача ҳар бир ҚВПда 4,0–4,5 минг

нафар аҳоли тўғри келмоқда. Қишлоқ врачлик пунктларининг асосий мақсади умумий амалиёт шифокори тамойиллари асосида аҳолига сифатли, дастлабки тиббий ёрдам кўрсатишдир. Бирламчи тиббий ёрдам соғлиқни сақлаш тизимининг асосий негизи ҳисобланиб, умумий тиббий ёрдамнинг 70 фоизидан кўпроғига тўғри келади. Қишлоқ врачлик пункти ҳудудида истиқомат қилаётган оилаларда кўп учрайдиган касалликлар профилактикаси, диагностика ва даволаш ишларини ташкил қилиш, диагностика ҳамда даволаш стандартларига мувофиқ ҳудуд аҳолисига шифохонага ётгунига қадар шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш, ижтимоий аҳамиятга эга бўлган касалликларни камайтириш чораларини кўриш, аҳолининг гигиеник тарбияси ва соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, рационал овқатланиш, озиқ-овқат маҳсулотлари билан таъминлашни ташкил қилишни назоратга олиш, тоза ичимлик суви билан таъминлашни йўлга қўйиш ва зарур санитария чораларини қўллаш, она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш, аҳоли репродуктив саломатлигини таъминлаш, асосий юқумли касалликларга қарши эмлаш ўтказиш ишларини олиб бориш бирламчи вазифа ҳисобланади.

Бугунги кунда ҚВПлари Соғлиқни сақлаш вазирининг 2012 йил 20 июлдаги 212-сонли «ҚВПларида янги шаклдаги ҳужжатлар юритишни татбиқ қилиш тўғрисида»ги, 2013 йил 17 майдаги 161-сонли «Бирламчи тиббий-санитария муассасаларида аҳолига кўрсатилаётган профилактик йўналишдаги тадбирларни такомиллаштириш тўғрисида»ги, 13 ноябрдаги 380-сонли «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами тизими фаолиятини тубдан яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 31 декабрдаги 456-сонли «Қишлоқ врачлик пунктлари тиббий ходимларининг юклама меъёрлари тўғрисида»ги буйруқлари асосида фаолият юритмоқда. Қишлоқ врачлик пунктларида меҳнат қилаётган тиббиёт ходимларининг давлатимиз томонидан соҳага оид чиқарилган Қарор, Фармон ҳамда вазирликнинг буйруқларига амал қилишлари бўйича доимий мониторинг олиб борилмоқда.

Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш чора-тадбирларини изчил амалга ошириш натижасида республикада бирламчи тиббий-санитария ёрдамини кўрсатувчи қишлоқ врачлик пунктлари, туман (шаҳар) тиббиёт бирлашмалари, вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказларидан бошлаб, мураккаб юқори технологияли тиббий хизматлар кўрсатувчи республика ихтисослаштирилган тиббиёт марказларигача барча даражаларни қамраб олган аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишнинг яхлит ташкилий тузилмаси яратилди.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2014 йил 5 мартдаги 50-сонли “Қишлоқ врачлик пунктларини янада мақбуллаштириш ва фаолияти самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги қарори асосида 2014 йилда 39 та самарасиз фаолият юритаётган ҚВП мақбуллаштирилди, ушбу ҚВПлар аҳолиси энг яқин ДПМларга бирламчи тиббий хизмат учун бириктирилди ва тиббий ходимлар иш билан таъминланди.

Ушбу қарор асосида ҚВПларининг янги штат меъёрлари тасдиқланди ва амалга киритилди. Мазкур норматив асосида патронаж ҳамшираси юкламаси камайтирилди ва катта ҳамшира лавозими жорий этилди.

Мақбуллаштириш жараёнлари натижасида амбулатория ва поликлиника муассасалари сонининг 49 тага камайганига қарамай Самарқанд вилоятида 2014-2015 йилларда бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари томонидан аҳоли ўртасида профилактика ишларининг кучайтирилиши эвазига уларда амалга оширилган қатновлар сони 30,9 млн.тага, ҚВПларга қатновлар сони 8,1 млн.тагача ошди.

Вазирлар Маҳкамасининг ҚВПлар моддий-техник базасини мустаҳкамлаш бўйича дастурига асосан 2013-2015 йилларда 69 та ҚВПда жорий ва мукаммал таъмирлаш ишлари ўтказилди ва 5млрд. 215 млн. сўм бюджет ва ҳомий маблағлари жалб қилинди.

Мазкур қарор ижроси юзасидан Самарқанд вилоятида фаолият кўрсатиб келаётган 396 та қишлоқ врачлик пунктларининг ишини мувофиқлаштириш, бошқариш ва амалий-услубий ёрдам самарадорлигини ошириш, аҳолига кўрсатилаётган бирламчи тиббий-санитария ҳамда профилактик ёрдам сифати ва қамровини яхшилаш мақсадида 39 та ҚВПларини оптимизация қилиш мақсадга мувофиқ деб топилди ва 2015 йил 1 январь ҳолатида вилоятда ҚВП сони 357 тани ташкил қилди.

Аҳолига бирламчи тиббий хизмат кўрсатишга ихтисослаштирилган қишлоқ врачлик пунктларининг фаолияти тўлиқ қайта кўриб чиқилиб 50 фоизи қисқартирилади.

Аҳолига қулай бўлган қишлоқ врачлик пунктлари сақлаб қолиниб, уларда нафақат амбулатор хизмат, балки стационар хизмат йўлга қўйилиши, гинеколог, стоматолог, педиатр, клиник лаборатория, ультратовуш текшириш, ЭКГ текшируви амалга оширилиши, 103 шоҳобча туну кун хизмат кўрсатиши кўзда тутилган.

Шуни таъкидлаш лозимки, бугунки кунда аҳолига кўрсатилаётган бирламчи амбулатор ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни ташкиллаштиришда муассасаларнинг туман марказидан узоқ-яқинлиги, ҳудудий жойлашуви, аҳоли учун қулайлиги, бинонинг моддий-техника базаси, инфратузилмаси ҳисобга олинган ҳолда қишлоқ врачлик пунктлари негизида 43 та қишлоқ оилавий поликлиникаси ташкил этилмоқда. Шу жумладан Пастдарғомда 6 та, Ургутда 5 та, Иштихон туманида 4 та, Каттақўрғон, Оқдарё, Пахтачи, Самарқанд, Жомбой ва Нуробод туманларида 3 тадан, Нарпай, Пайариқ, Тойлоқ, Булунғур, Қўшработ туманларида 2 тадан қишлоқ врачлик пунктлари қишлоқ оилавий поликлиникаларига айлантирилмоқда. Туман марказига яқин жойлашган, моддий-техника базаси санитар аҳволи талабга жавоб бермайдиган 22 та қишлоқ врачлик пункти фаолияти тугатилади.

Аҳолининг соғлом турмуш тарзи яхшиланишига, уларнинг тиббий маданиятининг ортиши, қолаверса касалликларнинг илк босқичида аниқланишида яхши кўрсаткичларга эришишимиз учун бирламчи тиббий санитария ёрдамини кўрсатишда патронаж хизматини тўғри йўлга қўйиш орқали эришишимиз мумкин.

Қишлоқ жойларда дастлабки тиббий-санитария ёрдами сифатини янада яхшилаш, қишлоқврачликпунктлари патронаж тиббиёт ҳамширалари меҳнатини рағбатлантиришни уларнинг касалликлар профилактикаси, аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини ва санитария-гигиена маданиятини тарғиб қилиш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2015 йил 1 декабрдаги 350-сонли “Қишлоқ врачлик пунктларининг патронаж тиббиёт ҳамшираларини моддий рағбатлантиришни кучайтиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги қарори чиқди.

Мазкур қарорда қишлоқврачликпунктлари патронаж тиббиёт ҳамширалари иш самарадорлигини рейтинг баҳолаш натижаларига боғлиқ равишда улар меҳнатини моддий рағбатлантириш ва тақдирлаш тизимини 2016 йил 1 январдан бошлаб жорий этиш белгиланган.

Шунингдек ўзига бириктирилган ҳудудда оилаларнинг патронаж билан тўлиқ қамраб олинишини таъминлайдиган ва ўз фаолиятида ижобий якуний натижаларга, шу жумладан касалликларни камайтиришга, болалар ва оналар ўлимига барҳам беришга эришган патронаж тиббиёт ҳамшираларига тариф ставкасининг 5 фоизидан 20 фоизигача миқдорда ҳар ойлик шахсий устама белгилаш,энг юқори даражада намуна кўрсатган патронаж тиббиёт ҳамшираларини ва патронаж тиббиёт ҳамширалари фаолиятини ташкил этиш учун масъул бўлган қишлоқврачликпунктларининг врач-тиббиёт ходимларини уларнинг фаолиятини ҳар чоракда баҳолаш асосида, лекин тегишли ходимни йилига икки ойлик маошдан кўп бўлмаган миқдорда мукофотлаш кўзда тутилган. Ушбу тизим Самарқанд вилоятида қарорда белгиланган муддатларда амалга оширилди.

2015 йил давомида Самарқанд вилоят ҳокимлиги соғлиқни сақлаш бошқармаси, Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Республика ўрта тиббиёт ходимлари малакасини ошириш марказининг Самарқанд вилоят филиали раҳбарияти ҳамкорликда вилоятдаги барча туманларда фаолият юритаётган қишлоқ врачлик пунктларининг тиббий ходимлари (ҚВП мудири, УАШ, катта ҳамшира, доя ва патронаж ҳамшира) учун қисқа муддатли малака ошириш курслари ташкил этилди. Ушбу курсни ташкил этишдан асосий мақсад бирламчи тиббий санитария ёрдами муассасаларида (қишлоқ врачлик пунктларида) аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматни амалдаги ҳуқуқий меъёрий ҳужжатлар асосида ташкиллаштириш.

Йил давомида Самарқанд Давлат тиббиёт институтининг Ижтимоий саломатлик ва соғлиқни сақлашни ташкиллаштириш кафедраси қошида ташкил қилинган “Соғлиқни сақлашда менежмент ва маркетингдан фойдаланишнинг моҳияти” мавзусида ўқиб малака оширган 234 нафар қишлоқ врачлик пункти мудирларига ўқишни тугатганлги тўғрисида сертификат берилди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 29 мартдаги “Ўзбекистон Республикасида бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятини ташкил этишни янада такомиллаштириш

чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-2857-сонли Қароридақишлоқ врачлик пунктларини мақбуллаштириш ва оилавий поликлиникалар ташкил этиш кўзда тутилган. Ушбу қарорга мувофиқ вилоятда ҚВПлар сони 357 тадан 336 тагача мақбуллаштирилиб, 43 та ҚВП лар негизида кундузги стационари, тор соҳа мутахассислари ва тез тиббий ёрдам хизмати мавжуд бўлган қишлоқ оилавий поликлиникалари ташкил этилди.

Ташкил этиладиган қишлоқ оилавий поликлиникаларининг ҳудудларида аҳоли учун арзон ва сифатли дори-воситалари ҳамда тиббий буюмлар сотувини йўлга қўядиган “Дори-дармон” АК тизимининг дорихоналарини жойлаштириш, ўз фаолиятини тугатаётган 64 та ҚВП лар негизида тез тиббий ёрдам хизмати янги шахобчалари ташкил этилиб, 101 та ҚВП бинолари, ҚВП ва поликлиника шифокорлари учун хизмат уй-жойи сифатида фойдаланишга топшириш ишлари амалга оширилмоқда. ҚВП ларнинг юридик шахс мақоми тугатилиб, уларга молиявий-бухгалтерлик хизмати кўрсатиш тегишли туман тиббиёт бирлашмалари зиммасига юклатилган. Вилоятдаги барча кўптармоқли марказий поликлиникалар, оилавий поликлиникалар ва ҚВП лар ҳар куни соат 08.00 дан 20.00 гача фаолит кўрсатиш иш маромига ўтказилди.

Президентимиз ташаббуси билан аҳолига энг яқин бўғин бўлган бирламчи тиббий-санитария ёрдами хизматида ҳам қатор ислоҳотлар олиб борилмоқда. Хусусан, қишлоқ врачлик пунктлари негизида кундузги статционари мавжуд бўлган қишлоқ оилавий поликлиникалари, тез тиббий ёрдам тармоғининг шаҳобчалари ва ижтимоий дорихоналар ташкил этилиши белгиланган. Бундан ташқари, энди ҳар бир қишлоқ оилавий поликлиникасида 5 та тор ихтисослик – педиатр, гинеколог, стоматолог, терапевт ва ултратовуш текшириш мутахассислигибўйича тиббий хизмат турларини кўрсатиш учун шароит яратиш йўлга қўйилмоқда.

Хулоса:

1.Мамлакатимиз мустақиллигигача бўлган даврда аҳолининг атиги 40-45 фоизи амбулатор-поликлиника тизимига мурожаат қилган бўлса, мустақиллик даврида вилоятда мавжуд бўлган аҳолининг 70-75 фоизига қишлоқ врачлик пунктлари тиббиёт ходимлари томонидан бирламчи тиббий санитария ёрдами кўрсатилмоқда.

2. Аҳолига қулай бўлган қишлоқ врачлик пунктлари сақлаб қолиниб, уларда нафақат амбулатор хизмат, балки стационар хизмат йўлга қўйилиши, гинеколог, стоматолог, педиатр, клиник лаборатория, ультратовуш текшириш, ЭКГ текшируви амалга оширилиши, 103 шоҳобча туну кун хизмат кўрсатиши ташкил қилинган бўлиб бу ўз навбатида қишлоқ аҳолисига кўрсатилаётган тиббий хизмат сифати ва самардорлигини оширишга муҳим омил бўлиб келмоқда.

3. Шуни таъкидлаш лозимки, бугунки кунда аҳолига кўрсатилаётган бирламчи амбулатор ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни ташкиллаштиришда муассасаларнинг туман марказидан узоқ-яқинлиги, ҳудудий жойлашуви, аҳоли учун қулайлиги, бинонинг моддий-техника базаси, инфратузилмаси ҳисобга олинган ҳолда қишлоқ врачлик пунктлари негизида 43 та қишлоқ оилавий поликлиникаси барпо қилинди.

4. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 29 мартдаги “Ўзбекистон Республикасида бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятини ташкил этишни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-2857-сонли Қарорига мувофиқ вилоятда ҚВПлар сони 357 тадан 336 тагача мақбуллаштирилиб, 43 та ҚВП лар негизида кундузги стационари, тор соҳа мутахассислари ва тез тиббий ёрдам хизмати мавжуд бўлган қишлоқ оилавий поликлиникалари ташкил этилмоқда.

АДАБИЁТ

1. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг1996 йил 21 майдаги «Ўзбекистон Республикасида қишлоқ инфратузилмасини 2000 йилгача бўлган даврда ривожлантириш дастури ҳақида»ги Қарори.
2. Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 1998 йил 10 ноябрдаги «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури тўғрисида»ги 2107-сонли Фармони.

1. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2014 йил 5 мартдаги 50-сонли “Қишлоқ врачлик пунктларини янада мақбуллаштириш ва фаолияти самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори.
2. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2015 йил 1 декабрдаги 350-сонли “Қишлоқ врачлик пунктларининг патронаж тиббиёт ҳамшираларини моддий рағбатлантиришни кучайтиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги Қарори.
3. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 29 мартдаги “Ўзбекистон Республикасида бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятини ташкил этишни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-2857-сонли Қарори.
4. Соғлиқни сақлаш вазирининг 2013 йил 17 майдаги 161-сонли «Бирламчи тиббий-санитария муассасаларида аҳолига кўрсатилаётган профилактик йўналишдаги тадбирларни такомиллаштириш тўғрисида»ги буйруғи.

УДК: 616.12.-45.328

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНАТОРИЕВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНКЕТИРОВАНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ

Акбарходжаев А.А.

(ТашПМИ, Санаторно-курортное управление)

В исследовании автором представлены результаты анкетирования, которые были использования для оценки деятельности санаториев. Анкета состояла из 12 вопросов, анкетирование проведено среди пациентов получаюших санаторно-курортное лечение в трех санаториях (АО Чинабад санаторийси, АО Турон санаторийси, МЧЖ Ботаника санаторийси).

Ключевые слова: санатории, пациенты, анкетирование, оценка.

ПАЦИЕНТЛАР ОРАСИДА АНКЕТАЛАШ ЎТКАЗИШ ЙЎЛИ БИЛАН САНАТОРИЙЛАР ФАОЛИЯТИНИ БАҲОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Изланишда муаллиф томонидан санаторийларни баҳолашда мақсадида фойдаланилган анкеталаш натижалари келтирилган. Анкета 12 саволдан иборат бўлиб, санатор-курорт хизматини олаётган уч санаторийда анкеталаш ўтказилди (АЖ Чинобод санаторийси, АЖ Турон санаторийси, МЧЖ Ботаника санаторийси).

Калит сўзлар: санаторийлар, пациентлар, анкеталаш, баҳолаш.

RESULTS OF EVALUATION OF ACTIVITY OF SANATORIUMS WITH USE OF APPLICATION AMONG PATIENTS

In the study, the author presents the results of questionnaires, which were used to assess the activities of sanatoriums. The questionnaire consisted of 12 questions; a questionnaire was conducted among patients receiving spa treatment in three sanatoriums (JSC Chinabad sanatorium, JSC Turon sanatorium, LTD Botany sanatorium).

Key words: sanatoriums, patients, questionnaires, evaluation.

Введение. Одним из путей улучшения ситуации в сфере здравоохранения -является возрождение профилактики заболеваний, в том числе улучшение и развитие санаторно-курортного комплекса и санаторно-курортной помощи населению как наиболее эффективной составляющей медицинской профилактики [3].

По данным некоторых авторов и результатам проведенных исследований, показатели медицинской, социальной и экономической эффективности санаторно-курортного лечения достаточно высоки, так например имеются свидетельство, что комплексные оздоровительно-профилактические мероприятия повышают уровень здоровья в 1,7 раза, использование лечебных ресурсов санаторно-природного комплекса и новых малозатратных высокоэффективных медицинских технологий

на их основе повышает эффективность оздоровления граждан на 25-30% и снижает затраты на лечение в условиях поликлиник и стационаров на 10-15% [2,5].

Затраты на санаторно-курортный этап реабилитации больных и пострадавших вследствие травматизма окупают себя в 3-кратном размере, а на долечивание постинфарктных больных - в 7-кратном. В целом современный санаторно-оздоровительный комплекс реально влияет на уровень экономического развития страны, так как снижает затраты на здравоохранение, социальное обеспечение, восстанавливает трудоспособность работающего населения. Кроме того, деятельность учреждений санаторно-оздоровительного комплекса мультипликативно влияет на другие отрасли экономики [3,4,5].

Всё это иллюстрирует важность сохранения и дальнейшего развития этой области курортной сферы, которая сегодня отягощена различными проблемами, требующими поиска их адекватного решения. В это связи одним из методов изучение и оценки деятельности санаториев является анкетирования отдыхающих.

Материал и методы. Анкета была составлена сотрудниками Санаторно-курортного управления Федерации профсоюзов Узбекистана и использовалась для внутренней оценки деятельности санаториев (АО Чинабад, АО Турон, ООО Ботаника). Анкета состояла из 12 вопросов, которые охватывали не только медицинские, но и социальные вопросы. Каждый вопрос оценивался по 4-х бальной системе, где 5 означало- отлично, 4 – хорошо, 3 – удовлетворительно и 2 – неудовлетворительно. Анкетирование проводилосьметодом выборочного опроса пациентов в май-июль 2017 г., в котором участвовали 370 респондентов. С помощью полученной оценки в баллах, была изучена доступность медицинской помощи, проведен анализ для определения уровня удовлетворенности пациентов качеством санаторной помощи. Обработка данных в анкетах проводилась с использованием компьютерной программой Microsoft excel (Pentium IV).

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов анкет показал, что на вопрос по оказаниювнимания отдыхающим со стороны медицинского персонала, получены следующие результаты средний бал составил 4,6, вместе с тем на оценку «неудовлетворительно» ответил 1 (0,5%), на «удовлетворительно»8 (2%), «хорошо»115 (31,5%) и на «отлично» ответили 246(66%) участника. Следующий вопрос касался объяснения правил и распорядка санаторного лечения. На данный вопрос респонденты ответили следующим образом, объяснение «неудовлетворительное»7 (2%), «удовлетворительное»17 (5%), «хорошее»122 (33%) и «отличное» ответили 224 (60%) участника (рис.1,2).

Санатории и дома отдыха по манере отношения с пациентами должны отличаться с учреждениями общелечебной сети, с акцентом на более уважительным и любезным отношений. Так как, от количества отдыхающих и выполнения плана койко-дня зависит доходы санаториев и домов отдыха, которая в конечном счете будет отражена на заработной плате сотрудников. На вопрос, которым предполагалось выяснить уважительноеобщение отдыхающих,респонденты ответили следующим образом: неудовлетворительно и удовлетворительно 6 (2%), хорошо 86 (23%) и отлично ответили 278 (75%) респондентов. Своевременное выполнение назначений врачей может существенно улучшить качество медицинской помощи, на вопрос назначений своевременно ли выполняются назначения врачей в санатории, респонденты ответили следующим образом на «отлично» и на «хорошо» ответили – 363 (98%) респондента (рис.3,4).

На вопрос о качестве проводимой санаторной помощи в лечебных отделениях, 365 (99%) респондентов ответили, как на «хорошо» и «отлично». Важная роль при организации качественной работы относиться среднему медицинскому персоналу. Основную нагрузку при организации санаторной помощи в санаториях несут медицинские сестра. На вопрос как вы оцениваете деятельность среднего медицинского персонала, 364 (98%) респондентов ответили, как «хорошо» и «отлично» (рис.5,6).

Для отдыхающих, которые находиться в дали от дома чистота и своевременное смена постельных принадлежностей и полотенца имеет важное значение. На следующий вопрос как вы оцениваете частоту спального помещения, смену постельных принадлежностей и полотенце, нами получены следующие ответы 348 (94%) ответили на «хорошо» и «отлично», 22 респондента ответили на «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». Одним из важ-

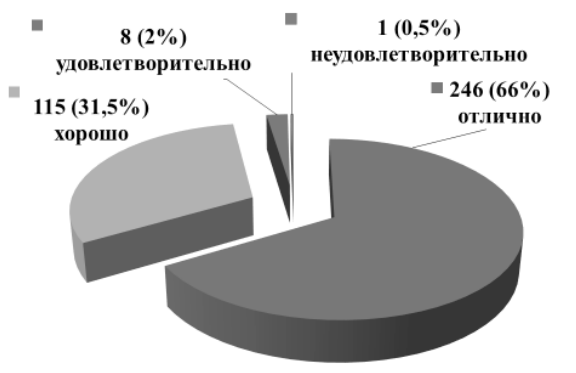


Рисунок №1.Оказание внимания на отдыхающих

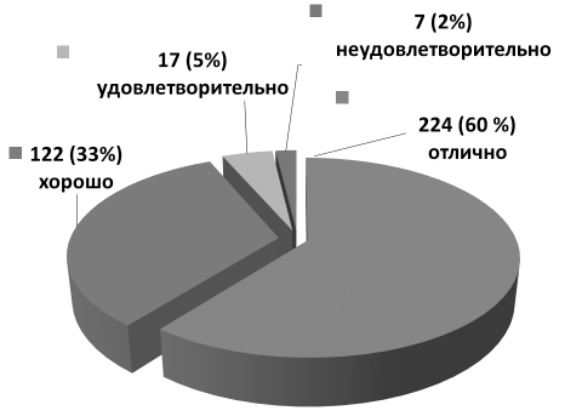


Рисунок №2. Объяснение правил и распорядка санаторного лечения

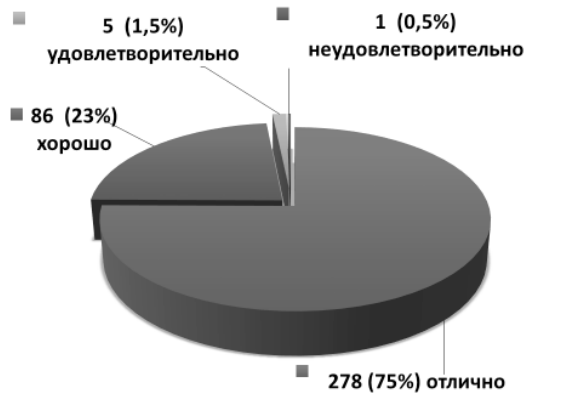


Рисунок №3. Уважительное отношение сотрудниками санатория

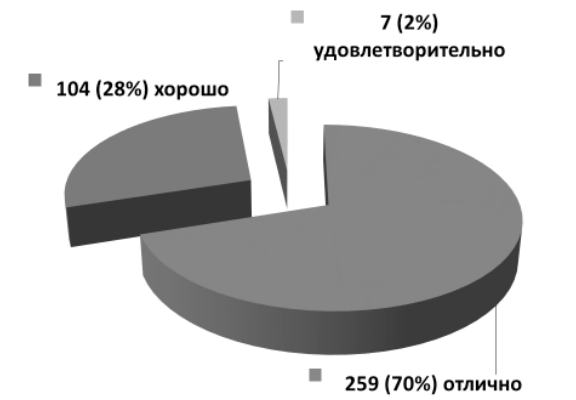


Рисунок №4. Качество назначений и осмотр врачей в санатории

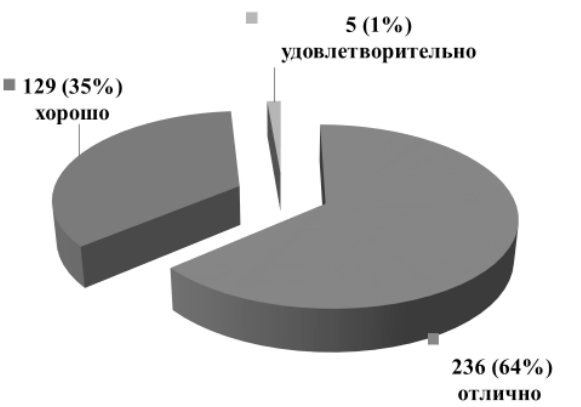


Рисунок №5. Качество лечебных процедур, оказываемых в санатории

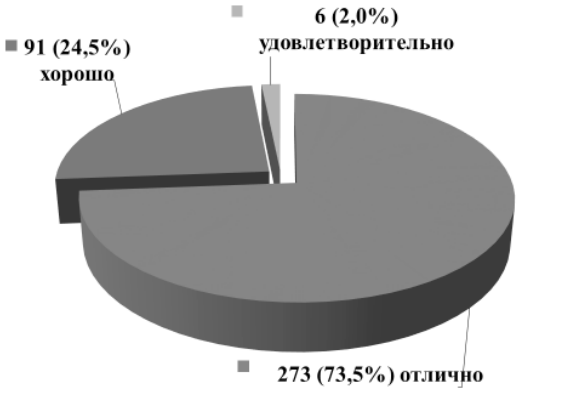


Рисунок №6. Оценка деятельности медсестер

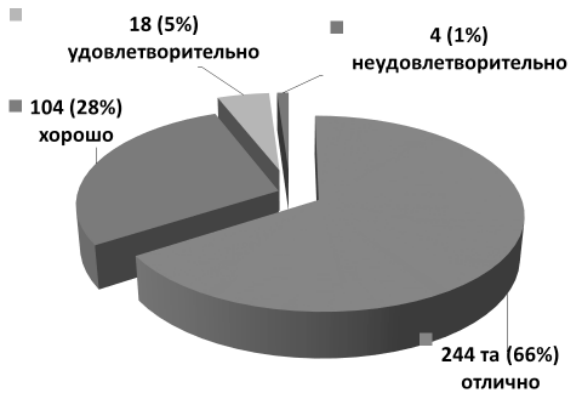


Рисунок №7. Чистота отделений, обмен простыней и полотенец

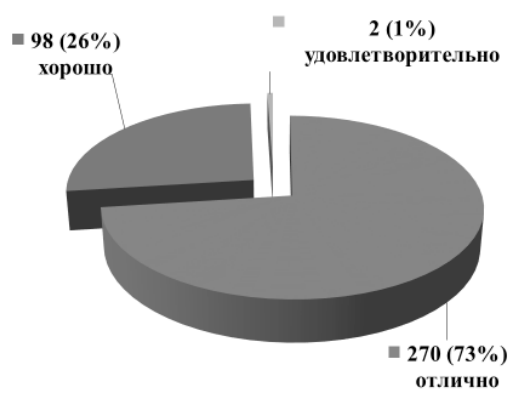


Рисунок №8. Чистота столовой

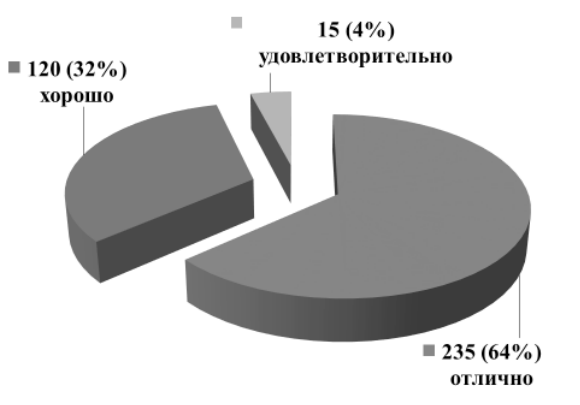


Рисунок №9. Сервировка в столовых

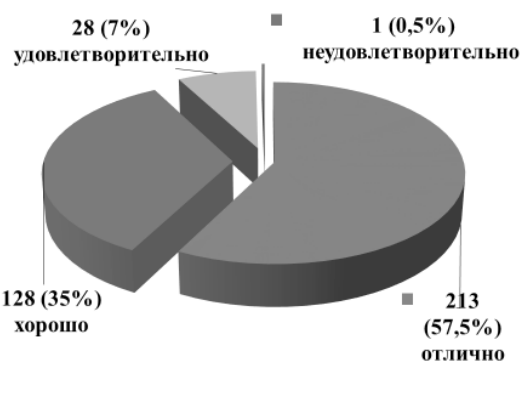


Рисунок №10. Качество и разнообразие питания

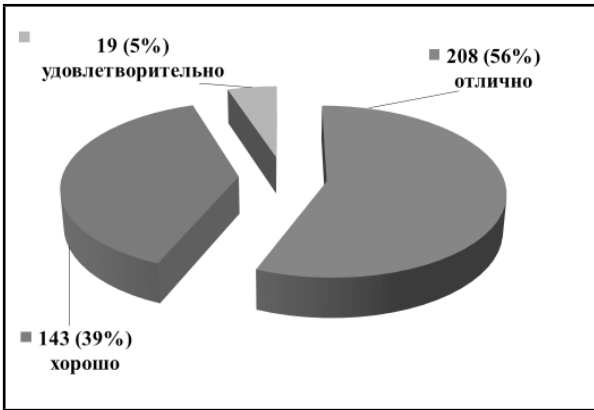


Рисунок №11. Организация экскурсий

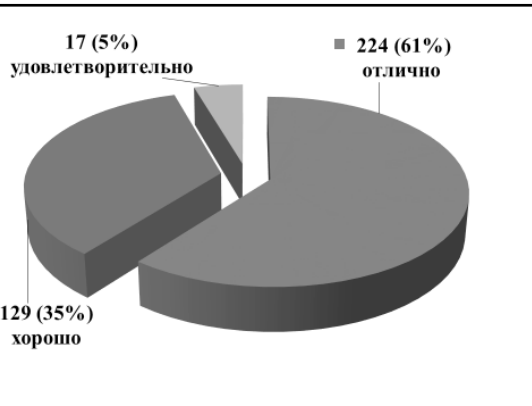


Рисунок №12. Вечерние концерты и встречи

ных направлений санаторного лечения является организация правильного питания, чистота столовых помещений и разнообразие кухни. В зависимости от диагноза заболевания назначается стол для отдыхающих. На вопрос соблюдают ли чистоту сотрудники столовых, оценку «отлично» и «хорошо» ответили 368 (98%) респондента (рис.7,8).

На вопрос по оформлению столов и сервировок 355 (96%) респондентов оценили, как «отлично» и «хорошо», а качеством и разнообразием питания были неудовлетворение 1 (0,5%) респондент и удовлетворены 28 (7%), а 341 респондента ответили «хорошо» и «отлично»(рис.9,10).

Еще одним из отличия организации санаторного лечения является наряду с санаторным лечением, организация культурных мероприятий в санаториях, которые проводиться вводе проведения экскурсий на места исторической памяти, памятники культуры,проведение встреч с поэтами и писателями, а также концертов знаменитых артистов. На как вы оцениваете проведение экскурсий 351 (95%) респондентов ответили на «хорошо» и «отлично», остались удовлетворёнными 19 (5%) участника. На вопрос о проведении концертов и встреч с поэтами и писателями 353 (95%) респондентов ответили на «хорошо» и «отлично», остались удовлетворёнными 17 (5%) участника(рис. 11,12).

Выводы. С учетом вышеизложенных, использование данной формы анкет может выявить слабые стороны санаториев. Это в свою очередь может помочь организаторам здравоохранения решать проблемы, выявленные в ходе анкетирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородин Ю.И., Тихонов И.В., Асташов В.В., Сидорова Т.И., Асташова Т.А. Реабилитация больных хроническим простатитом в условиях санатория // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. -2006. № 3. - С.19-20.

2. Ветитнев А.М., Кран Д.И, Ашкинадзе Я.А. Интернет-технологии в деятельности санаторно-курортных организаций // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2007. - № 2. - С.41-45.

3. Экономика и управление здравоохранением: Учебник / Л.Ю.Трушкина и др. - Изд. 5-е, перераб. и доп. - Ростов/Д: Феникс, 2007.

4. Железняк Е.С., Алексеева Л.А, Бенюгина Е.Н. и др. Социальные оценки качества стационарной медицинской помощи по результатам социологического опроса // Пробл. соц. гиг. и история мед. - 1996.- № 3.- С.20-22.

5. Разумов А.Н. Роль и место восстановительной медицины и курортного дела в концепции развития здравоохранения до 2020 года // Материалы международного конгресса «Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии», Здравница - 2008. - М., 2008.

УДК 616.127-005. 8-084-085: 616.12-008.3

ВЛИЯНИЕ ОМЕГА – 3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА РАЗЛИЧНЫЕ УРОВНИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С Q-ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Аккиев Б.Т., Курбанов Р.Д.

(РСЦК)

Мы обследовали 73 больных мужского пола с острым Q-волновым инфарктом миокарда. Всем больным на 10-14-е сутки, 3 и 6 месяц заболевания проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности ритма сердца (ВРС). I группа 37 больных получала стандартную терапию (β-блокаторы, антиагреганты, антиаритмики, антагонисты альдостерона, иАПФ, антоганисты кальция, нитраты, статины) с добавлением препарата омега-3 ПНЖК «Омакор» в дозе 1 г/сут (Abbot, США), в течение 3 месяцев. II группа 36 больных получала только стандартную терапию. Все пациенты по

исходному уровню SDNN были распределены на квартили для оценки влияния препарата на пациентов с разным уровнем ВРС. В дальнейшем, на 3х и 6ти месячном этапах нами была проведена сравнительная оценка влияния стандартной терапии с добавлением «Омакора» на изменение показателя SDNN. При изучении, влияния проведенной терапии в обеих группах в квартилях распределения SDNN нами выявлено, что при низких показателях SDNN его увеличение на фоне лечения носит более выраженный характер. Кроме того, в целом по группе на фоне 6 месячной терапии наблюдается рост общей ВРС, но более выраженная и ранняя положительная динамика наблюдается в группе пациентов принимавших дополнительно омега-3 ПНЖК. Положительное влияние «Омакора» на динамику SDNN сохраняется и на шестимесячном этапе наблюдения, не смотря на прекращение его приема.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, вариабельность сердечного ритма, омега-3 ПНЖК.

Q-ТИШЧАЛИ МИОКАРД ИНФАРКТИНИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА ОМЕГА-3 ТЁКЛАРИНИНГ ТУРЛИ ДАРАЖАДАГИ ЮРАК РИТМИ ВАРЕАБЕЛЛИГИГА ТАЪСИРИ

Биз Q-тишчали миокард инфаркти ўтказган 73 нафар эркак жинсли беморларда текширув ўтказдик. Барча беморларда касалликнинг 10-14 кунларида, 3- ва 6- ойларида юрак ритми вареабеллигини (ЮРВ) баҳолаш учун Холтер ЭКГ мониторинги ўтказилди. I-гуруҳда 37 бемор стандарт терапия (β-блокаторлар, антиагрегантлар, антриаритмик препаратлар, альдостерон агонистлари, АЎФи, кальций агонистлари, нитратлар, статинлар) га қўшимча 3 ой мобайнида суткасига 1 г миқдорда омега-3 ТЁК “Омакор” препаратини (Abbot, АҚШ) қабул қилди. II-гуруҳда 36 бемор фақатгина стандарт терапияни қабул қилди. Турли даражадаги ЮРВ кўрсаткичларига препаратнинг таъсирига баҳо бериш мақсадида барча беморлар бирламчи текширувда олинган SDNN кўрсаткичи даражаси бўйича картилларга ажратилди. Кейинчалик 3- ва 6- ойларидаги SDNN кўрсаткичининг динамикадаги ўзгаришларига стандарт+”Омакор” ва стандарт терапиянинг таъсири қиёсий баҳоланди. Ўрганишларимиз натижаларига кўра, ўтказилган терапиянинг таъсири иккала гуруҳда ҳам квартилларга тақсимланган SDNN кўрсаткичининг динамикада ўсишига олиб келган ва янада кўпроқ SDNN паст кўрсаткичларининг ўсиши яққолроқ характерга эга бўлди. Бундан ташқари, иккала гуруҳда ҳам 6 ойлик терапия фони умумий ЮРВ кўрсаткичининг ўсиши кузатилди, шу билан бирга, янада яққолроқ ва танланган эрта ижобий динамик ўзгариш стандарт терапияга қўшимча омега-3 ТЁК “Омакор”ни қабул қилган гуруҳда кузатилди. “Омакор”ни қабул қилиш тўхтатилишига қарамасдан, кузатувнинг 6-ой босқичида ҳам SDNN динамикасига ижобий таъсири сақланиб қолди.

Калит сўзлар: миокард инфаркти, юрак ритм вариабеллиги, омега-3 ТЁК.

EFFECT OF OMEGA-3POLYUNSATURATED FAT ACIDS ON VARIOUS LEVELS OF HEART RATE VARIABILITY OF THE PATIENTS WITH Q-WAVE MYOCARDIAL INFARCTION

We have studied 73 males with acute Q-wave myocardial infarction. All patients underwent on the 10-14 days, 3 and 6 months of disease Holter monitoring ECG with estimation of the heart rate variability. Group 1 including 37 patients received standard therapy (β-blockers, antiagregants, antiarrhythmic agents, aldosteron antagonists, ACE inhibitors, calcium antagonists, nitrates, statins) with addition of omega-3polyunsaturated fat acids (PUFA) “OMACOR” in dose 1g/day (Abbot, USA), during 3 months. Group 2 consisted of 36 patients received only standard therapy. All patients in accordance with the initial level of SDNN were divided into quartiles for assessment of the preparation effect on the patients with various levels of heart rate variability. In the further after 3-month and 6-month periods we performed comparative evaluation of the effect of standard therapy with addition of OMACOR on the change of SDNN indicator. During study of the effect of therapy performed in the both groups on the SDNN quartiles we found that at the low indicators of SDNN its increase on the basis of treatment had more marked character. Besides in all patients on the both groups on the background of 6 months therapy there is noted growth of the total heart rate variability, however more marked and early positive dynamics is observed in group of patients receiving

additionally omega-3 PUFA. Positive effect of OMACOR on the SDNN dynamics saved also on the 6 month of observation, in spite of stopping of its using.

Key words: myocardial infarction, heart rate variability, omega-3polyunsaturated fat acids (PUFA).

Введение. ВРС - представляет собой изменение длительности интервалов R-R (ЧСС) во времени или их колебания относительно среднего значения при наличии синусового ритма и отражает степень выраженности синусовой аритмии. Считается, что изучение ВРС позволяет оценить активность различных отделов вегетативной нервной системы (ВНС) через их влияние на функцию синусового узла [1,2]. Возникающий при ишемической болезни сердца (ИБС) и остром инфаркте миокарда (ОИМ) дисбаланс между симпатическим и парасимпатическим отделами ВНС приводит к снижению электрической ритмичности функционирования миокарда. Изменения автономного нервного контроля нарастают от стабильных к нестабильным формам ИБС и наиболее яркими оказываются при ОИМ. Первое сообщение о связи характеристик ВРС со смертностью при ОИМ опубликовано M. Wolf с соавторами в 1978 г. [3]. После этого, многочисленные эпидемиологические исследования позволили установить четкую взаимосвязь снижения ВРС и роста заболеваемости ИБС и смертности. Снижение ВРС является фактором риска внезапной сердечной смерти после перенесенного ИМ [4]. Сильная обратная зависимость между ВРС и смертностью после ИМ доказана также исследованием ATRAMI, в котором выявлено прогностическое значение показателя стандартного отклонения интервалов R—R (ниже 70 мс) в плане предсказания риска летальности в ближайшие 2-3 года. Считается, что низкая ВРС является самостоятельным и независимым прогностическим фактором неблагоприятного прогноза после перенесенного ИМ.

В последних крупных исследованиях: DART (the Diet Reinfarction Trial) и GISSI-Prevenzione (Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto miocardico) подтвердили, что применение омега-3 ПНЖК у пациентов, перенесших ИМ, сопровождается снижением общей смерности на 20-29%, а риска внезапной сердечной смерти (ВСС) – на 45% [5,6,7,10,11]. При этом, немногочисленны данные литературы, свидетельствующие о положительном влиянии омега-3 ПНЖК на показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) [12,13]. Но, в изученных нами источниках литературы мы не обнаружили результатов по влиянию омега-3 ПНЖК при различных исходных уровнях ВРС.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей влияния «Омакора» на динамику вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных с исходным различными уровнями ВРС после перенесенного Q-волнового инфаркта миокарда.

Материал и методы. Для достижения нашей цели проведено обследование 73 больных мужского пола с первичным Q волновым ИМ, в возрасте от 29 до 65 лет, (52±8,6 лет.). Диагноз устанавливался на основании критериев ВОЗ: характерного приступа ангинозной боли или ее эквивалента длительностью не менее 30 минут, появления патологических Q или QS в двух и более отведениях ЭКГ, активности креатининфосфакиназы, превышающей верхнюю границу нормы более чем в 2 раза. Мы получили письменное согласие всех больных на участие в исследовании. В исследование не включались больные со следующими осложнениями ИМ и сопутствующей патологией: мерцательной аритмией, AV- блокада II-III степени, артериальной гипотензией (АД<90/60 мм. рт. ст.), хроническими заболеваниями, осложненными почечной и печеночной недостаточностью, хроническими заболеваниями легких с выраженной дыхательной недостаточностью и явлениями бронхоспазма, сахарным диабетом в стадии декомпенсации, злокачественной артериальной гипертензией, последствиями острого нарушения мозгового кровообращения.

В зависимости от характера терапии больные были разделены на 2 группы: I группу составили 37 больных, получавших стандартную терапию (β-блокаторы, антиагреганты, антиаритмики, антагонисты альдостерона, иАПФ, антоганисты кальция, нитраты, статины, в том числе некоторые пациенты получили тромболитическую терапию) с добавлением на 10 – 14 сутки ОИМ препарата омега-3 ПНЖК «Омакор» в дозе 1 г/сут (Abbot, США), в

течение 3 месяцев. II группа, 36 больных, получала только стандарную терапию.

Оценка проводилась на трех этапах: I – исходный (10-14 сутки), II – на фоне применения “Омакора” (3 месяц), III – после отмены препарата (6 месяц). Оценка заключалась в проведении холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ с помощью аппарата “Cardio Sens+”(ХАИ-МЕДИКА, Украина) с определения вариабельности ритма сердца (ВРС). Интерпретация данных ВРС проводилась согласно рекомендациям рабочей группы Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии (1996г). Для оценки ВРС мы использовали только показатель SDNN (мс) - стандартное отклонение всех интервалов N—N.

Математическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере «Pentium IV» с использованием пакета программ STATISTICA version 6 “StatSoft”, а также Biostat. Для анализа достоверности различий между качественными признаками использовался критерий χ^2. Все значения представлены в виде средне арифметической ± стандартное отклонение (M±SD), а изменения признака в виде среднего изменения (%±). Достоверными считались различия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. В зависимости от исходного уровня SDNN все больные были разделены на квартили. Затем проводилось их комплексное клинико-анамнестическое исследование (см. табл. 1).

Как видно из таблицы больные в квартилях по встречаемости ГБ распределились следующим образом: в Q1 – 10(52,6%), в Q2 и Q3 – 12(66,7%), а в Q4 – 13(72,2%) больных. Представленность ИМ передней локализации распределилась таким образом: в Q1 – 9(47,3%), в Q2 и Q3 по 10(55,5%), и в Q4 – 12(66,7%) больных. Осложнения в виде аневризмы ЛЖ наблюдались: в Q1 – 2(10,5%), в Q2 – 3(16,7%), в Q3 и Q4 по 4(22,2%) больных; ПОЖА наблюдались: в Q1 – 7(36,8%), в Q2 – 5(27,7%), и в Q3 и Q4 по 11(61,1%) больных. Показатели ФВЛЖ% были: в Q1 - 57,2±2,3, в Q2 - 53,3±1,7, в Q3 - 52,2±2,4, и в Q4 - 47,6±2,5. Больные в квартилях по встречаемости СД распределились следующим образом: в Q1 – 1(5,2%), в Q2 – 4(22,2%), в Q3 – 2(11,1%), а в Q4 – 6(33,3%) больных.

Был проведен сравнительный анализ полученных клинико-анамнестических показателей между квартилями, результаты которого представлены в таблице 2.

Достоверные различия наблюдалось: в Q1 – Q3 по возрасту больных. Q1 (самый высокий уровень: SDNN=142,9±4,4 мс) состоит из молодых больных (49,0±2,2 лет), Q3 (низкий уровень SDNN=89,8±1,4) - возраст больных (54,9±1,9 лет) ($P<0,05$). При этом, достоверные различия по ФВЛЖ% наблюдаются в Q1 vs Q4. Самый высокий показатель ФВЛЖ% (57,2±2,3%) в Q1 и самый низкий показатель ФВЛЖ% 47,6±2,5% в Q4 ($P<0,05$). Полученные результаты согласуются с имеющимися литературными данными о снижении показателей ВРС в целом при большем объеме поражения миокарда, большей степени дисфункции левого желудочка. Теоретически это можно объяснить повышением тонуса симпатической системы при поражении сократительной способности ЛЖ, которое на

Таблица 1

Клинико-анмнестические показатели в квартилях по исходному уровню распределения SDNN

Показатели	Q1	Q2	Q3	Q4
Число больных	19	18	18	18
Возраст, лет	49,0±2,2	52,3±1,8	54,9±1,9	51,9±1,4
SDNN mc	142,9±4,4	111,2±1,3	89,8±1,4	68,2±2,6
ФВЛЖ%	57,2±2,3	53,3±1,7	52,2±2,4	47,6±2,5
СД	1(5,2%)	4(22,2%)	2(11,1%)	6(33,3%)
ГБ	10(52,6%)	12(66,7%)	12(66,7)	13(72,2%)
Передний ИМ	9(47,3%)	10(55,5%)	10(55.5%)	12(66,7%)
Аневризма ЛЖ	2(10,5%)	3(16,7%)	4(22,2%)	4(22,2%)
ПОЖА	7(36,8%)	5(27,7%)	11(61,1%)	11(61,1%)

Таблица 2

Результаты сравнительного анализа клинико-анамнестических показателей между квартилями

Показатели	Q1 – Q2	Q1 – Q3	Q1 – Q4	Q2 – Q3	Q2 – Q4	Q3 – Q4
Возраст, лет	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
ФВЛЖ%	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
СД	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
ГБ	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Передний ИМ	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Аневризма ЛЖ	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
ПОЖА	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

начальных этапах ремоделирования миокарда носит компенсаторный характер, но впоследствии является одним из усугубляющих развитие ХСН факторов. По данным Bleske B.E. (2000г.) при СН ВСР снижается, отражая повышение тонуса симпатического отдела ВНС, что способствует возникновению ЖА.

Кроме этого, представленность СД в Q4 (у 6 больных) была достоверно больше, чем в Q1 (у 1 больного). Наличие сахарного диабета (СД) 2-го типа у больных ишемической болезнью сердца увеличивает вероятность развития фатальных желудочковых аритмий и наступления сердечной смерти [8]. Важную роль в развитии злокачественных аритмий при СД играет дисбаланс вегетативной нервной системы (ВНС), связанный с развитием сердечно-сосудистой автономной невропатии [9]. Таким образом, нами выявлено, что возраст, сахарный диабет (СД) и низкая фракция выброс левого желудочка (ФВЛЖ) значительно влияли на снижения вариабельности ритма сердца у обследованных больных.

На 3х и 6 месячном этапах нами была проведена сравнительная оценка влияния стандартной терапии и добавления Омакора в зависимости от исходного состояния ВРС. Все данные по динамике SDNN в изучаемых группах приведены в таблице 3.

Как видно из таблицы, в I группе пациентов 1го квартиля не наблюдалось значимых сдвигов уровня SDNN как на 3 месяце, так и на 6 месяце наблюдения. В дальнейшем, по мере снижения SDNN в группе пациентов принимавших омега-3 ПНЖК отмечается выраженное увеличение общей ВРС. Так, к концу 3 месяца наблюдения прирост SDNN во втором квартиле составил 19,3% ($p<0,05$), в III – 27,2% ($p<0,05$), в IV – 72,7% ($p<0,05$). В дальнейшем после отмены «Омакора» это тенденция сохраняется, несмотря на то, что к 6 месяцу влияние препарата на ВРС несколько ослабевает. Так, прирост общей ВРС на 6-ти месячном этапе по сравнению с исходным уровнем составил 21,9%, 28,9% и 88,4% соответственно 2,3,4 квартилям ($p<0,05$ во всех квартилях). В группе больных, находившихся в течение всего времени наблюдения только на стандартной терапии отмечается аналогичная динамика, но следует отметить, что достоверных значений

Таблица 3

Динамическое изменение SDNN по кварталам на фоне проведенной терапии

Q (n)	Группа I			Q (n)	Группа II		
	Исх.	3-мес	6-мес		Исх.	3-мес	6-мес
Q1 (10)	144,9±28,3	150,9±31,6	106,5±25,6	Q1 (9)	141,1±16,1	137±28,4	103,5±26,2
Q2 (9)	110,6±6,6	132±7,6	134,8±28,4	Q2 (9)	112,3±4,8	115,9±5,3	118,1±6,8
Q3 (9)	87,9±5,0	111,8±18,4	113,3±33,2	Q3 (9)	91,7±7,3	96,8±7,6	98,2±6,4
Q4 (9)	61,9±14	106,9±29,3	116,6±35	Q4 (9)	73±12,4	89,7±12,8	94,5±7,4

прирост ВРС достиг статистической достоверности только в IV квартиле, где он составил 29,5% (p<0,05). Но необходимо сказать, что на 6 месяце наблюдения в I группе пациентов 1-го квартиля отмечается достоверное снижение общей ВРС. Так, Δ% в 1-м квартиле к 6 месяцу уменьшился на 26,5% (p<0,05), тогда как в остальных группах Δ% увеличилась статистически значимо (p<0,05). Тем не менее, даже при снижении общей ВРС в 1 квартиле, его средний показатель оставался в пределах нормальных значений. Таким образом, в обеих группах на фоне 6 месячной терапии наблюдается рост общей ВРС, но более достоверная и ранняя положительная динамика наблюдается в группе пациентов принимавших дополнительно омега-3 ПНЖК («Омакор»). Кроме того, при изучении, влияния проведенной терапии в обеих группах по квартилям распределения SDNN нами выявлено, что при низких показателях SDNN его увеличение носит более выраженный характер. Но и здесь необходимо добавить, что прием «Омакора» способствует более избирательному влиянию на ВРС в квартилях распределения. Положительное влияние «Омакора» на динамику SDNN сохраняется и на шестимесячном этапе наблюдения, не смотря на прекращение его приема.

Выводы

1. Нами выявлено, что возраст, сахарный диабет (СД) и низкий фракция выброс левого желудочка (ФВЛЖ) значительно влиял на снижения вариабельности ритма сердца у обследованных больных.

2. На фоне 6 месячной терапии наблюдается рост общей ВРС. Более выраженная и ранняя положительная динамика наблюдается у пациентов принимавших дополнительно омега-3 ПНЖК.

3. Прием Омакора способствует более избирательному влиянию на ВРС в квартилях распределения.

4. Положительное влияние «Омакора» на динамику SDNN достоверно выявляется на трех месячном этапе и сохраняется и на шестимесячном этапе наблюдения, не смотря на прекращение его приема.

ЛИТЕРАТУРА

1. Appel M.L., Berger R.D., Saul J.P. et al. Beat to beat variability in
2. cardiovascular variables: noise or music? // J. Am. Coll. Cardiol. 1999. – №4(5). – P.1139 – 1148.
3. Heart rate variability. Standards of measurement, physiological
4. interpretation, and clinical use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology // Circulation. 1996. – №93 (5). – P.1043 – 1065.
5. Wolf M., Varigos G., Hant D., et al Sinus arrhytmia in acute myocardial infarction // Med. J. Austral1978. – №2. – P.52 – 53.
6. Амиров Н.Б., Чухнин Е.В. Вариабельность сердечного ритма у лиц с постинфарктным кардиосклерозом. Современные проблемы науки и образования. №2, 2008.
7. Priori S.G., Aliot E., Blomstrom-Lundqvist C et al. Task Force on Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardioligy. Eur Heart J, 2001, 22, 1374-1450.
8. GISSI-Prevenzione Investigators. Dietary supplementation with n-3 polyunsat- urated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: results of the GISSI-Prevenzione trial. Lancet, 1999, 354, 447-455.
9. Marchioli R., Barzi F., Bomba E. et al. Early protection against sudden death by polyunsaturated fatty acids after myocardial infarction. Time- course analysis of the results of Gruppo Italiano per lo Studio Della Sopravvivenza nell'Infato Miocardico (GISSI)-Prevenzione. Circulation 2002, 105, 1897-1903.
10. Gerstein H.C. Epidemiology of heart disease in diabetes. In: The diabetic coronary patient. Eds. W.C. Stanley, L. Ryden. London: Science Press 1999;3-12.
11. Джахангиров Т.Ш. Сердечная недостаточность и сахарный диабет: распространенность, заболеваемость и прогноз. Сердеч. недостат. 2005;3:124-131.
12. 10. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. A report of the American college of Cardiology /American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management

of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death). J Am Coll Cardiol 2006;48:1064-1108.

13. Raitt M.H., Connor W.E., Morris C. et al. Fish oil supplementation and risk of ventricular tachycardia and ventricular fibrillation in patients with implantable defibrillators: a randomized controlled trial. JAMA 2005;293:23:2884-2891.

14. Christensen J.H., Gustenhoff P., Korup E. et al. n-3 polyunsaturated fatty acids, heart rate variability and ventricular arrhythmias in post-AMI-patients. A clinical controlled trial. Ugeskr Laeger 1997;159:37:5525-5529.

15. O'Keefe J., Abuissa H., Sastre A. et al. Effect of omega-3 fatty acids on resting heart rate, heart rate recovery after exercise, and heart rate variability in men with healed myocardial infarctions and depressed ejection fractions. Am J Coll Cardiol 2006;97:1127-1130.

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 бўлиб 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 «**Стационаргача босқичда гастроинтестинал қон кетишлар диагностикаси ва шошилинч ёрдам**» 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 шаҳар 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 40 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 «**Диагностика и экстренная помощь гастроинтестинальных кровотечений в стационарных условиях**».

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 удо-

стоверения, 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 40 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

СТАЦИОНАРГАЧА БОСҚИЧДА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛ ҚОН КЕТИШЛАР ДИАГНОСТИКАСИ ВА ШОШИЛИНЧ ЁРДАМ

ДИАГНОСТИКА И ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Алиджанов Ф.Б., Маҳамадаминов А.Г.

(ТошВМОИ)

Кириш қисми. Хозирги замон тиббиётининг такомиллашувига, практик соғлиқни сақлашга кўплаб замонавий диагностика ва даволаш технологияларини жорий этилишига, замонавий фармакологияни ривожланишига қарамай гастроинтести-

нал қон кетишлар муаммоси ўзининг юқори актуаллигини сақлаб қолмоқда. Бунинг асосий объектив сабаблари сифатида биринчи навбатда гастроинтестинал қон кетишлар кузатилатиладиган беморларнинг абсолют сони нихоятда кўплиги эътироф этилади. Иккинчидан гастроинтестинал қон кетишлар жуда кўплаб ва турли патогенетик механизмларга эга бўлган нозологик касалликларнинг асорати сифатида кузатиладиган патологик холат хисобланади. Учинчидан гастроинтестинал қон кетишларда кузатиладиган патофизиологик ўзгаришлар ўзининг оғирлиги билан ажралиб туради ва пациентлар хаётига реал хавф солувчи омиллар сифатида намоён бўлади.

Юқорида келтирилган объектив сабаблар гастроинтестинал қон кетишларида беморларда кузатиладиган летал кўрсаткичлари миқдори катталигини (муаллифлар томонидан келтирилган маълумотларга кўра 20-22%) белгилайди. Шуни алохида таъкидлаш зарурки, бу беморларга шошилинч тиббий ёрдамни амалга ошириш вақти ва сифати билан улардаги летал кўрсаткичлар миқдори ўртасида узвий статистик боғлиқлик мавжуддир. Яъни, тиббий ёрдамнинг тезкор ва сифатли ўтказилиши бу беморлар даволаш натижаларини сўзсиз яхшилайди. Шу муносабат билан бу каби беморларни даволаш жараёнида стационаргача босқичда тиббий ёрдамни амалга оширувчи врачлар олдида турган вазифалар жуда катта аҳамиятга эгадир.

Гастроинтестинал қон кетишлар классификацияси Меъда-ичак тизимидан қон кетишлар сабабчилари хисобланган нозологик касалликлар сони кўп бўлиши билан бир қаторда, улар турли тумандир. Улар орасида шундай касалликлар мавжудки, ўзининг патогенетик келиб чиқишига кўра меъда-ичак тизими билан мутлақо боғлиқ эмасдир. Шу билан бирга меъда-ичак тизими билан чамбарчас боғлиқ касалликлар ҳам гастродуоденал қон кетишлар билан асоратланадилар.

Шу сабабли гастроинтестинал қон кетишлар классификациясида ҳам шу принципга амал қилинган. Классификация бўйича барча гастроинтестинал қон кетишлар 2 та катта гурухга бўлинади:

Меъда-ичак тизими билан боғлиқ бўлмаган касалликларида учрайдиган гастроинтестинал қон кетишлар;

Меъда-ичак тизими билан боғлиқ касалликларда кузатиладиган гастроинтестинал қон кетишлар.

Биринчи гурух касалликлари қаторига гипертония хасталиги, гематологик касалликлар (гемофилия, тромбоцитопеник пурпура, лейкозлар, лимфогрануломатоз ва бошқалар), коллагенозлар (ревматизм ва бошқалар), томир касалликлари (васкулитлар ва бошқалар), эндокрин касалликлар (қандли диабет ва унинг асоратлари, тиреотоксикоз ва бошқалар), нефрологик ва урологик хасталиклар (гломерулонефрит, пиелонефрит, ўткир ва сурункали буйрак етишмовчилиги, уремия), турли стресс холатлари (куйиш касаллиги) ва хакозо. Бу касалликларнинг бирортаси ҳам патогенетик келиб чиқиши меъда-ичак тизими билан боғлиқ эмасдир, лекин практик жихатдан стационаргача бўғин врачлари улар билан гастроинтестинал қон кетишлар кўринишида тўқнашадилар.

Иккинчи гурух касалликлари ўзининг патогенетик келиб чиқишига кўра меъда-ичак тизими билан узвий боғлиқдир. Бу касалликлар ўз навбатида қуйидаги гурухларга бўлинади:

А) ярадан қон кетишлар;

В) яра бўлмаган касалликларда қон кетишлар.

Бунда ярадан қон кетишлар тушунчаси остида меъда ва 12 бармоқли ичак ўткир ва сурункали яралари асоратланган гастродуоденал қон кетишлар назарда тутилмоқда. Яра бўлмаган касалликлар жумласига меъда ва ичак тизимининг турли хасталиклари киради. Улар қаторидан эрозив гастритлар, Меллори-Вейсс синдроми, портал гипертензия туфайли қизилўнгач веналарининг варикоз кенгайиши, меъда ўсмалари, полиплари, эрозив дуоденитлар, 12 бармоқли ичак дивертикуллари ва полиплари, эрозив энтеритлар, терминал илеит (Крон касаллиги), ингичка ичак ўсмалари, полиплари ва дивертикуллари, йўғон ичак носпецифик яра хасталиги, йўғон ичак ўсмалари, полиплари, дивертикуллари, прокто-сигмоидитлар, геморрой касалликлари жой олган. Замонавий муаллифлар ушбу нозологик хасталиклар сони 50 дан ошиқдир фикрини эътироф этишади.

Юқорида келтирилган классификацияни мухокамасидан биргина яра касаллигида кузатиладиган гастродуоденал қон кетишлар сони деярли 50 дан ошиқ яра бўлмаган хасталикларда учрайдиган бу асоратлар миқдори билан деярли тенгдир.

Бу жихатдан айниқса амбулатор бўғини терапевт ва гастроэнтерологларнинг ушбу беморларнинг даволаниши, диспансеризациясини яхшилаш, улардаги қон кетиши асоратлари профилактикасини ўтказиш бўйича олдиларида турган вазифалари анчагина кўпдир.

Гастроинтестинал қон кетишлари клиникаси ва диагностикаси Гастроинтестинал қон кетиши билан беморларда асосан уч группа клиник белгилар кузатилади. Булар қаторига махаллий, умумий ва специфик клиник симптомлар киради.

Махаллий клиник белгиларининг пайдо бўлиши қонннинг меъда-ичак тизимига тушиши билан белгиланади. Махаллий белгилар ўз ичига кўнгил айниши, кофесимон ёки қон аралаш қайт қилиш ва беморлар ахлатининг рангини ўзгаришини олади. Бир кўринишдан махаллий клиник белгилар жуда ҳам камчиликни ташкил қилади ва уларнинг диагностик аҳамияти катта эмасдек туюлади. Лекин муаллифлар бир овоздан агарда улар батафсил ва чуқур тадқиқ қилинса, жуда катта ва керакли диагностик информация тўпланишига асос бўлади, деган фикрни олдинга суришади. Масалан: агарда бемор кўнгил айниши ва кофесимон қайт қилишга шикоят қилса гастроинтестинал қон кетиши меъда-ичак тизимининг проксимал қисмидан (меъда ва 12 бармоқли ичак) кузатилаётгани тахмин қилиниши керак. Чунки кофесимон ранг пайдо бўлиши учун қон меъда тўпланиши, маълум муддатда меъда ширасн билан аралашиши керак. Бу холат асосан меъда ёки 12 бармоқли ичак ярасидан қон кетишида кузатилади. Агарда бемор кўнгил айниши ва қон аралаш қайт қилишга шикоят қилса, қон меъда ширасн билан аралашишга улгурмаяпти, шунинг қон кетиш сабаби Меллори-Вейсс синдроми ёки портал гипертензия туфайли вужудга велган қизилўнгач веналарининг варикоз кенгайиши тахмини қилиш керак.

Бемор ахлатининг рангини ўзгариши, унинг консистенциясига қараб пациент умумий ахволи хақида, қон кетиш сабаби бўлган касалликлар хақида, ҳамда патологик холат кечувини башоратлаш хақида хулосалар чиқариш мумкин. Бемор ахлатининг ранги кўмирдек қора, малинасимон ёхуд қизил олчасимон, қизил қон ранги кўринишини олиши мумкин. Бундан ташқари беморда ахлат қизил қон билан аралашмаган, алохида холатида кузатилиш эхтимоли мавжуд. Пациент ахлати консистенцияси бўйича шаклланган ва шаклланмаган-суюқ бўлиши мумкин. Одатда тиббиётда шаклланган қора рангдаги ахлат гематомезис (русча иборада - дегтеобраз), шаклланмаган қора рангдаги ахлат эса мелена деб аталади. Масалан: бемор ахлати қора рангдалигига шикоят қилса, гастроинтестинал қон кетиш манбаси меъда-ичак тизимининг проксимал қисмида жойлашган тахминини қилиш зарур. Чунки ахлат қора рангга кириши учун меъда-ичак тизимини тўлиқ ўтиши лозимдир. Бунда ахлат шаклланган консистенцияда бўлиши қон кетиш кичик хажмда бўлганидан ёки тўхтаганидан хабар беради. Ушбу холатда беморнинг умумий ахволи нисбатан қониқарли бўлади. Бемор ахлатининг шаклланмаган-суюқ, мелена кўриниши гастродуоденал қон кетиш катта хажмда бўлаётгани ва тўхтамаганлиги хақида маълумот беради. Одатда бу холатда пациент ахволи ўрта оғирликда ёки жуда оғир бўлади. Бундай беморларга тезкор равишда шошилинч тиббий ёрдамни ўтказиш ва уни стационарга етказиш тавсия қилинади. Агарда беморда ахлатининг ранги малинасимон кўринишда бўлса, қон кетиш манбаси меъда-ичак трактининг дисталроқ қисмида, ингачка ичакда деб тахмин қилиниши зарур. Ахлатнинг ранги қизиллиги гастроинтестинал қон кетиш манбаси йўғон ичакда жойлашганлигидан ахборот беради. Ахлат ва қон аралашмаганлиги пациентда геморрой ёки прокто-сигмоидит туфайли қон кетишларда кузатилади.

Гастроинтестинал қон кетишларда кузатиладиган умумий клиник белгиларнинг келиб чиқиши беморларнинг маълум миқдорда қон йўқотилиши билан белгиланади. Муаллифларнинг фикрича умумий клиник белгилар асосида биринчидан гастроинтестинал қон кетишларни тасхислаш, иккинчидан бемор умумий ахволини тўлиқ объектив бахолаш мумкин.

Умумий клиник белгилар қаторига беморларда кузатиладиган бош айланиши, бош оғриғи, холсизлик, дармонсизлик, чанқаш, тери ва шиллиқ қаватларнинг рангсизлиги, терининг совуқ тер билан қопланиши, томир уришининг тезлашиши, қон босимнинг пасайиши, микроциркулятор кўрсаткичларнинг ёмонлашиши, беморнинг хушининг ўзгариши, хушсизлик ва бошқалар киради.

Гастроинтестинал қон кетиши билан беморларда умумий клиник белгиларининг ривожланиш даражаси йўқотилган қон миқ-

дорига боғлиқ бўлади. Қанчалик кўп қон йўқотилган бўлса ушбу клиник белгилар ёрқинроқ ривожланади. Гастроинтестинал қон кетиши билан беморларда деярли ҳамма вақт турли даражада ривожланган геморрагик шок клиник белгилари мавжуд бўлади. Шу муносабат билан деярли барча муаллифлар гастроинтестинал қон кетиши билан беморларнинг умумий ахволини бахолаш улардаги мавжуд бўлган геморрагик шок даражасини аниқлашдан иборатдир деб эътироф қиладилар. Бу хақда биз мазкур методик қўлланманинг алохида бобида тўхташга қарор қилдик.

Гастроинтестинал қон кетиши билан беморларда кузатиладиган специфик клиник белгиларнинг келиб чиқиши шу асоратга сабабчи асосий касаллик билан белгиланади. Ушбу нозологик касалликларининг тури ва сони жуда ҳам кўп бўлгани сабабли специфик клиник белгиларнинг кўринишлари хилма-хилдир. Шу муносабат билан специфик клиник белгилар асосий касалликни тасхислаш жараёнида алохида аҳамиятга эгадирлар.

Бундан ташқари специфик белгиларнинг юзага чиқиши асосий касалликнинг ривожланиш даражасига тўғридан-тўғри боғлиқдир. Бошқача таърифланса, специфик белгилар асосий касалликнинг кечуви, унинг оғирлиги, улардаги декомпенсация даражаларини бахолаш имкониятини беради. Специфик клиник белгилар умумий белгилар билан биргаликда стационаргача босқич врачлари учун хар бир беморнинг ахволини тўлиқ бахолаш имкониятини яратади.

Специфик клиник белгиларнинг баъзи бир турлари устида биз хар хил нозологик касалликларда кузатиладиган гастроинтестинал қон кетишлари тахлилини ўтказиш вақтида бирмунча батафсилроқ тўхтаймиз.

Гастроинтестинал қон кетиши билан беморларда геморрагик шок холати ва шошилинч тиббий ёрдам

Геморрагик шок холати этиопатогенези - гастроинтестинал қон кетиши билан пациентларнинг хусусиятларидан бири улар организми томонидан маълум миқдордаги қоннинг йўқотилиши туфайли уларда геморрагик шок ёки гипоперфузия синдроми клиник белгилари вужудга келишидир. Ушбу клиник белгиларнинг пайдо бўлиши асосида хар доим қуйидаги этиопатогенетик механизмлар ётади.

Геморрагик шок ёки гипоперфузия синдроми вақтида пациент организмида қон йўқотишлар туфайли ОЦК нинг камайиши ва макро ҳамда микроциркуляцияларнинг кескин бузилиши кузатилади. Макроциркуляция бузилиши пациент организмида компенсатор симпатик катехоламин реакцияларини келтириб чиқаради. Ушбу компенсатор реакциянинг асосий маъноси катехоламинлар таъсирида переферик томирларни қисқартириш, переферик қон айланишни шу йўл билан камайтириш ва бунинг хисобига организм хаётий аъзоларида адекват қон айланишини таъминлашдан иборатдир. Катехоламинлар юрак қисқаришини кучайтирадилар ва тахикардияга олиб келадилар. Бундай катта хажмда ишлаётган миокарднинг кислород билан етарли таъминоти амалга оширилмайди ва пациентда миокард етишмовчилиги белгилари ривожланади.

Юқорида келтирилган патогенетик механизмлари билан бир қаторда периферик қон айланишини бузилиши организм тўқималарида модда алмашинувини аэроб йўлдан анаэроб йўлга ўтишига олиб келади. Бунинг натижасида уларда кислород O2 камаяди, метаболитлар (масалан: лактатлар) ва углекислота CO2 миқдори кескин кўпаяди, яъни метаболик ацидоз вужудга келади. Агарда тезликда геморрагик шокка қарши тадбирлар ўтказилиб юқоридаги ўзгаришлар коррекцияланмаса метаболик ацидоз давомий ривожланиши натижасида пациент организмидаги компенсатор механизмларнинг узилиши ва хаётий аъзолар функцияларининг пасайиши вужудга келади. Пациент организмида полиорган етишмовчилиги клиник белгилари ривожланади ва улар бемор хаётига реал хавф соладиган факторлар қаторига киради. Шунинг учун гастроинтестинал қон кетиши билан пациентларда геморрагик шокка қарши тадбирларни тез ва патогенетик тўғри ўтказиш стационаргача босқич врачларининг асосий вазифаси хисобланади.

Гастроинтестинал қон кетиши билан беморларда геморрагик шок холати клиник белгилари - гастроинтестинал қон кетишлар билан беморларда юқорида келтирилган клиник белгиларидан ташқари геморрагик шок холатига хос бўлган симптомлар кузатилади. Булар қаторига биринчи навбатда неврологик клиник белгилар киради: пациент хуши ўзгариши (безовталик ёки карахтлик), хушсизлик (сопор, ступор ёки кома) холати ва бошқалар. Бун-

дан ташқари периферик микроциркулятор перфузиянинг бузилишига хос бўлган тери ва шиллиқ қаватлар рангсизлиги, терининг совуқ тер билан қопланиши, периферик қон айланиши тикланиш вақтининг узайиши каби симптом-белгилар ушбу беморлардаги геморрагик шок клиникасида кузатилади. Муаллифлар томонидан гастроинтестинал қон кетишлар билан беморларда кузатиладиган геморрагик шок клиникасининг асосий белгилари сифатида макроциркулятор гемодинамик кўрсаткичларнинг ўзгаришлари саналади. Улар қаторига томир уриши ва юрак қисқаришининг тезлашиши, пульснинг бўшашиши, кучсизланиши ёки периферияда аниқланмаслиги, артериал қон босимининг пасайиши, марказий веноз босимининг камайиши ва бошқалар киради. Практик тиббиётда мана шу кўрсаткичлар ушбу беморлардаги геморрагик шок даражасини белгиловчи – асосий кўрсаткичлар хисобланади.

Юқорида келтирилган гемодинамик клиник белгилардан ташқари гастроинтестинал қон кетишлар билан беморлардаги геморрагик шок холатида респиратор бузилишларга хос бўлган симптомлар ҳам кузатилади. Улар нафас олишнинг қийинлашиши, хансираш, тахипноэ, акроцианоз каби клиник белгилар билан бир қаторда пациент хаётига реал хавф солувчи ўткир нафас етишмовчилиги ва нафас олишнинг тўхташи – апноэ холида кузатилиши мумкин. Гастроинтестинал қон кетишлар билан беморларди геморрагик шок клиникасининг специфик белгилари сифатида мидриаз, чанқаш, кўкрак сохасида оғриқлар, юздаги цианозлар ҳам аниқланади. Келтирилган белгилар биргаликда гастроинтестинал қон кетишлар билан беморларда кузатиладиган геморрагик шок клиник кўринишини ташкил қиладилар. Уларни аниқлаш ушбу беморларда геморрагик шокни тасхислаш ҳамда тезкор равишда шошилинч тиббий ёрдамни амалга ошириш имконини беради.

Гастроинтестинал қон кетиши билан беморларда геморрагик шок классификацияси - гастроинтестинал қон кетиши билан беморларда кузатиладиган геморрагик шок холатлари енгил, ўрта ва оғир даражада бўлади. Бунда геморрагик шок даражаси йўқотилган қон хажми, неврологик белгилар (бемор хуши, Глазго комалар шкаласи ва психик холат), қон кетиши асорати вақти давомийлиги, гемодинамик (пульс, систолик босим, Альговер кўрсаткичи), микроциркулятор (тери холати, микроциркулятор тикланиш вақти) ҳамда респиратор (нафас сони, юз цианози) кўрсаткичларнинг бузилиши билан белгиланади.

Ушбу объектив белгилар стационаргача босқичда шошилинч тиббий ёрдамни амалга оширувчи врачлар учун гастроинтестинал қон кетиши билан беморларда кузатиладиган шок холатини адекват баҳолаш имкониятини яратади. Пациентлардаги кузатиладиган геморрагик шок холатларини ушбу объектив белгилар асосида баҳоланиши замонавий исботли тиббиёт принципларига тўла мос келади.

Гастроинтестинал қон кетишида стационаргача босқичда геморрагик шокка қарши шошилинч тиббий ёрдам стандартлари - гастроинтестинал қон кетишлар билан беморларга стационаргача босқичда геморрагик шокка қарши ўтказиладиган шошилинч тиббий ёрдам стандартлари бир неча тадбирлардан ташкил топган. Булар қаторига қуйидаги тадбирлар киради: гемостатик терапия; инфузион терапия, оксигенация - O2 билан сунъий нафас ўтказилиш ёки нафас олиш адекват холатида пациентга O2 узатиш, пациентни горизонтал холатга келтириш, эпигастрал сохага муз ўрнатиш, оёқларини 30-40 градусга юқорига кўтариб жойлаштириш, терморегуляция -беморларни одеялалар билан ўраш. Ушбу стандарт тадбирларини белгиланган тартибда ва тезликда ўтказилиши пациент хаётини сақлаб қолишда катта аҳамиятга эгадир.

Гастроинтестинал қон кетишида стационаргача босқич врачларининг геморрагик шокка курашиш тадбирлардан бири гемостатик моддалардан (викасол, децинон, натрий этамзилати, аминокапрон кислотаси ва бошқалар) фойдаланган холда қон кетишни тўхтатишга харакат қилишдир. Шу билан бирга стационаргача босқич врачлари ушбу моддаларни иложи борича тезроқ ва томир ичига юборганлари мақсадга мувофиқ бўлади, чунки бу гемостатик препаратларини таъсир вақтини тезлаштиради.

Гастроинтестинал қон кетиши геморрагик шок холатларида хар доим инфузион терапия ўтказилиши керак. Ушбу инфузион терапия хажми ва сифати беморда йўқотилган қон миқдорига ҳамда марказий гемодинамика кўрсаткичлари ўзгаришига қараб аниқланади. Соддароқ айтилганда, инфузион терапия хажми ва сифати беморда кузатилаётган геморрагик шок да-

ражасига қараб белгиланади. Инфузион терапия ўтказишда, албатта замонавий гемодинамик суюқликлардан (рефортан, стабизол, сорбилакт, реосорбилакт) фойдаланиш мақсадга энг мувофиқ бўлади. Бундан ташқари стационаргача босқич врачларига инфузион терапия учун кристаллоид ҳамда коллоидлардан фойдаланиш тавсия қилинади. Лекин техник сабабларга кўра юқоридаги моддалар стационаргача босқич врачлари ихтиёрида бўлмаса, улар инфузион терапияни керакли хажмда кристоллоидлар (физиологик эритма) билан ўтказишлари керак. Охирги тавсиялар практик жихатдан жуда катта аҳамиятга эгадир, чунки беморда гемодинамик кўрсаткичларни барқарорлаштириш геморрагик шокка қарши ўтказиладиган тадбирлар ичида энг асосийси хисобланади!!!

Геморрагик шокка қарши ўтказиладиган тадбирлар қаторида кислороддан фойдаланиш - оксигенация алохида аҳамиятга эгадир. Бунда кислород ёки маска орқали, ёки сунъий нафас билан биргаликда беморга узатилади. Шубхасиз беморларнинг нафас йўллари ўтказувчанглиги қониқарли равишда тикланган бўлиши шарт!

Гастроинтестинал қон кетишлар билан беморларга геморрагик шокка қарши тадбирлар ўз ичига қўшимча пациентни горизонтал холатга келтириш ва эпигастрал сохасига муз ўрнатишни ҳам ўз ичига олади. Бундан ташқари пациентнинг оёқ томонини 30-40 градусга кўтариш ҳамда терморегуляция (тана хароратини доимийлигини сақлаш) мақсадида уни одеялалар билан ўраш тавсия қилинади. Ушбу тадбир пациентларда қоннинг юракка қайтиб келишини осонлаштиради.

Гастроинтестинал қон кетишлар билан геморрагик шок холатидаги пациент юқоридаги тадбирларни тўхтовсиз бажарган холда зудлик билан стационарга госпитализация қилиниши керак. Госпитализация вақтида беморнинг гемодинамик ва респиратор кўрсаткичларини хар 5 минутда қайта назоратдан ўтказиш тавсия қилинади.

Асосий нозологик касалликларда гастроинтестинал қон кетишларнинг хусусиятлари

Юқорида таъкидлангандек, гастроинтестинал қон кетишлар турли нозологик касалликларнинг асорати сифатида намоён бўлади. Уларнинг клиник кўринишлари, диагностик жараёни шубхасиз бир-биридан фарқ қилади. Ўйлаймизки, гастроинтестинал қон кетишларнинг турли нозологик касалликлари асорати сифатида алохида тўхталишимиз шубхасиз стационаргача босқич врачларининг назарий-практик билимларини оширади.

Меъда ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон кетиши - статистик маълумотларга кўра меъда ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон кетиши 15-21% беморларда учрайди ва гастроинтестинал қон кетишлар ичида биринчи ўринни эгаллайди. Улар ичига сурункали гастродуоденал яраларидан қон кетиши билан бир қаторда меъда ва 12 бармоқли ичак ўткир ярадаридан қон кетишлар ҳам киради. Барча муаллифларнинг фикрича сўнгги йилларда, ўткир гастродуоденал яраларининг сони борган сари ортиб бормоқда. Бунинг этиопатогенетик сабаблари ичида муаллифлар биринчи ўринга хар хил дориларнинг меъда ва 12 бармоқли ичак деворларига ножўя таъсирини қўядилар. Ушбу дори-дармонларнинг аксариятини яллиғланишга қарши қаратилган ностероид препаратлар эгаллайди. Хозирги даврда бу препаратлар профилактик ва терапевтик мақсадларда жуда кенг қўлланилмоқда, уларни истеъмол қилувчи беморларнинг сони тўхтовсиз ошиб бормоқда.

Шу билан бирга минг афсуслар бўлсинким, ушбу препаратларнинг гастро-дуоденопатик таъсири ҳам кўпаймоқда. Бу таъсирнинг туб маъноси шундан иборатки, уларнинг барчаси меъда ва 12 бармоқли ичак девори шиллиқ қавати хосил бўлиши билан боғлиқ биохимик процессларга салбий таъсир кўрсатадилар. Натижада меъда ва 12 бармоқли ичак девори шиллиқ қаватида дефектлар шаклланади ва гастродуоденал суюқлик (кислота) агрессив таъсири бир неча баробар ортади. Меъда ва 12 бармоқли ичак деворида ўткир яралар вужудга келади. Ўткир гастродуоденал яраларнинг келиб чиқишида юқорида келтирилган этиопатогенетик механизм билан бир қаторда стресс, эндокрин бузилиш, захарланиш факторлари ҳам алохида аҳамиятга эгадирлар.

Бемор организмида бирон бир оғир патологик жараён стрессор механизмини вужудга келтирган холда ўткир гастродуоденал яраларни хосил бўлишига олиб келиши мумкин. Бунинг мисоли сифатида комбустиологик беморларда куйиш касаллиги жуда кўп холларда стресс ўткир гастродуоденал яралар хосил бўлиши билан кечишини келтириш мумкин. Эндокрин

бузилишлар этиопатогенетик механизми практик жихатдан кўпроқ балоғат ёшига етган беморларда “ювенил” номини олган ўткир гастродуоденал яралар хосил бўлишида ўз ифодасини топган.

Юқорида келтирилган маълумотлар практик жихатдан стационаргача босқичда шошилинч тиббий ёрдамни амалга оширувчи врачлар учун катта аҳамиятга эгадир. Гастродуоденал қон кетишлар билан беморлар анамнезида ушбу маълумотларни аниқланиши стационаргача босқич врачларига ўткир гастродуоденал яраларни тасхислаш имкониятини яратади. Бундан ташқари ўткир гастродуоденал яраларни клиник жихатдан бирлаштирувчи хусусиятларидан энг асосийси – уларнинг тез асоратланиши хисобланади. Асоратлар ичида практик жихатдан энг кўп учрайдигани – ярадан қон кетишидир. Стационаргача босқич врачлари бу холатни доимо назарда тутишлари мақсадга мувофиқдир.

Шу билан бирга шуни таъкидлаш керакки, клиник жихатдан ўткир гастродуоденал яралардан қон кетишлар нисбатан кам вазиятларда давомий, катта миқдорда бўлиб, беморларни оғир геморрагик шок холатига олиб келади. Кўпинча бундай қон кетишлар билан беморлар ахволи нисбатан қониқарли ёки ўрта оғирликда бўлади.

Меъда ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон кетиши билан беморларнинг каттагина қисмини сурункали гастродуоденал яралар эгаллайди. Маълумки, сурункали гастродуоденал яралар клиник кечувида ремиссия ва қўзғолиш даврлари ўрин алмаштирган холда уларнинг узоқ муддатини белгилайди. Ушбу клиник кечув муддати бир неча йил ёки ўн йилликдан иборат бўлиши мумкин. Шу муносабат билан сурункали гастродуоденал яралардан қон кетиши билан беморларда “яра анамнезини” (эпигастрал тунги оғриқлар, касалликнинг фаслий даврийлиги, вақти-вақти билан қора рангдаги ахлатнинг кузатилиши) ҳамда унинг муддатли кечувини аниқлаш ушбу нозологиянинг диагностикасида алохида аҳамиятга эгадир. Сурункали гастродуоденал яраларидан қон кетиши клиник диагностикасининг хусусиятларидан бири геморрагик белгилар пайдо бўлиши билан биргаликда беморда кузатилган муддатли эпигастрал оғриқ синдромининг йўқолишидир. Бу холат сурункали яралар атрофида шиллиқ ости қаватда жойлашган нерв рецепторларининг қон билан ёпилиши ва шунинг натижасида уларга меъда ширасси (кислота) таъсири тўхтаганлиги билан боғлиқдир. Шу билан бирга сурункали гастродуоденал яралардан қон кетиши клиникасига хос хусусиятларидан бири, уларда кузатиладиган геморрагик синдромнинг оғирлиги, давомийлиги ва беморларни катта миқдорда қон йўқотишидир. Сурункали гастродуоденал яралардан қон кетиш кўпинча профуз характерга эга бўлади.

Пировард натижада ушбу беморларнинг катта қисмида ривожланган геморрагик шок холати кузатилади ва уларнинг умумий ахволи одатда оғир ёки ўта оғир деб бахоланади. Бу каби беморларга стационаргача босқич врачлари томонидан шошилинч геморрагик шокка қарши тадбирлар ўтказилиши талаб қилинади, чунки вужудга келган патофизиологик ўзгаришлар пациентлар хаётига реал хавф солади.

Гастродуоденал қон кетишлар билан беморларга стационаргача босқичда кўрсатиладиган шошилинч тиббий ёрдам юқорида келтирилган геморрагик шокка қарши тадбирлардан ташқари парентерал Н2-блокатор ва антибактериал терапияни ўтказиш билан тўлдирилиши мақсадга мувофиқ бўлади. Бу беморлар тезкор равишда жаррохлик стационарига етказилиши ва госпитализация қилиниши шарт.

Портал гипертензия туфайли меъда ва қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши - адабиётларда келтирилган статистик маълумотларга асосан гастроинтестинал геморрагиялар ичида меъда ва 12 бармоқли ичак яраларидан кейинги иккинчи ўринни портал гипертензия сабабли қизилўнгач варикоз кенгайган веналари (ВКВ) дан қон кетиши (12-15%) эгаллайди. Минг афсуслар бўлсинким, сўнгги йилларда бундай қон кетишларнинг сони тўхтовсиз ошиб бормоқда. Бунинг асосий сабаби ахоли орасида ўткир ва сурункали жигар касалликларининг кўпайишидир.

Маълумки, нормал холатда портал вена орқали қон жигардан ўтади ва кейинчалик юқори кавал вена системасига тушади. Жигар организмда турли метаболик ҳамда дезинтоксикация функцияларни бажариши туфайли ушбу жараён инсон организмида узлуксиз давом этади. Муаллифларнинг маълумотига кўра суткасига жигар орқали 50,0 литрдан ошиқ қон оқиб ўтади. Шу муносабат билан портал венада нормал холатда 120-150 мм сув устунига тенг босим мавжуд бўлади. Хар қандай са-

баблар туфайли ушбу босимнинг ошиши – портал гипертензия холати деб аталади.

Портал гипертензия келтириб чиқарган сабабларига кўра жигар ости, жигар ва жигар усти турларига бўлинади. Жигар ости ва жигар усти портал гипертензияси шу соха вена қон томирларининг яллиғланиши (Бадда-Киари синдроми, Киари касаллиги ва бошқалар), тромбози ёки ушбу томирларнинг инфильтрат, ўсма ва бошқа хажмий хосилалар билан эзилиши туфайли вужудга келадиган холатлардир. Улар практик тиббиётда портал гипертензия билан пациентларининг бор-йўғи 5% гача учрайди. Портал гипертензиянинг асосий қисмини (95% гача) жигарнинг сурункали касалликлари (сурункали гепатит ва жигар циррози) билан бетобланган беморлар эгаллайди.

Сурункали гепатит ва жигар циррози узвий боғлиқ бўлган бир жараённи ташкил қилувчи нозологик касалликлардир. Сурункали гепатит касаллигида жигар хужайралари – гепатоцитлар дистрофия ҳамда атрофияга учраса, жигар циррози давомида уларни ўрнини аста секинлик билан ва тўхтовсиз равишда бириктирувчи тўқима хужайралари эгаллай бошлайди. Бунинг натижасида жигарнинг уникал архитектоникаси (ўт йўллари, вена, артерия) деформацияланади. Бириктирувчи тўқима ривожланиши – склеротик процесс жигар ичи қон томирлари деворларига таъсир қилади ва уларнинг ўтказувчанглигини кескин бузади. Бунинг натижасида портал венадаги қон босими кескин кўтарилади.

Портал гипертензияга барҳам бериш мақсадида қон порто-кавал анастомозлар орқали кавал система томон харакат қила бошлайди. Инсон организмида бир неча порто-кавал анастомозлар мавжуддир. Улардан практик жихатдан энг аҳамиятликлари 3 та: меъда ва қизилўнгач орасидаги, қорин олд девори сохасисидаги ҳамда тўғри ичакнинг ўрта ва пастки қисмлари сохасидаги порто-кавал анастомозлар. Нормал холатда ушбу анастомозлар бўш бўлади ва уларда қон харакати кузатилмайди. Аммо портал гипертензия синдроми ривожланиши давомида ушбу анастомозлар орқали веноз қон харакати амалга оширила бошланади ва бу жараён вена томирлари кенгайишига олиб келади. Меъда ва қизилўнгач орасидаги веноз томирларнинг варикоз кенгайиши уларнинг девори жарохатланишига ҳамда гастродуоденал қон кетишга олиб келади.

Портал гипертензия ҳамда қизилўнгач ВКВ дан қон кетиши билан беморларнинг клиникасининг ўзига хос хусусиятларидан бири уларда сурункали гепатит ва жигар циррозига тааллуқли специфик белгиларининг кузатилишидир. Булар қаторига жигар кафтлари, телеангиоэктазиялар, тери ва шиллиқ қаватларнингсариқлиги, қорин олд девори веналарининг варикоз кенгайиши (caput medusae), жигар катталашиши (гепатомегалия), кора талоқнинг катталашиши (спленомегалия ёки гиперспленизм), асцит, бемор оёқларидаги шишлар киради. Бу специфик белгиларнинг ривожланиш даражаси турли бўлиши мумкин. Масалан: сариқлик синдроми тери ва шиллиқ қаватларининг бироз сариқлигидан токи шафран рангигача кузатилади. Шунингдек қора талоқнинг оддий катталашиши (спленомегалия) бир вақтнинг ўзида унинг қон каогуляциясига токсик таъсири даражасигача (гиперспленизм) ривожланиши билан кечиши мумкин. Асцит синдроми эса ушбу беморларда транзитор ёки доимий даражадаги кўринишларида намоён бўлади.

Портал гипертензия ва қизилўнгач ВКВ дан қон кетиши билан беморлар клиникасининг яна бир ўзига хос хусусияти бу пациентларда ҳамма вақт турли равишда ривожланган жигарнинг функционал етишмовчиги белгиларини кузатилишидир. Биринчи навбатда бу клиник белгилар қаторига бош мия томонидан кузатиладиган энцефалопатия киради. Бунда беморларнинг хуши безовталик, карахтлик сифатида ўзгаради ёки уларда хушсизлик коматоз холати кузатилади. Бундан ташқари жигар функционал етишмовчилиги сариқлик синдроми, коагулопатия ва асцит кўринишида намоён бўлади. Юқорида келтирилган клиник белгиларни баъзи бир лаборатор кўрсаткичлари билан тўлдирган холатда Чайльд-Пью жигар функционал етишмовчилиги даражасини баллар ёрдамида аниқлаш классификациясини таклиф қилишган. Ушбу классификация бўйича портал гипертензия ва қизилўнгач ВКВ дан қон кетиши билан барча беморлар учта функционал синфларга бўлинади. Бунда баллар йиғиндиси бўйича “А” дан “С” синфлар томонига сурилган сари беморларда жигар етишмовчилиги белгилари кучайиб, уларнинг умумий ахволи оғирлашиб боради. Практик тиббиётда стационаргача босқич врачлар учун беморларда жигар функционал етишмовчилигини тезкор равишда аниқлаш учун бу классифи-

кациянинг 2 клиник белгисидан: асцит ва энцефалопатиядан фойдаланиш тавсия қилинади. Агар беморларда асцит ва энцефалопатия белгилари бўлмаса улар “А” функционал синфига тегишли бўладилар. Беморларда асцит бўлиб энцефалопатия белгилари бўлмаслиги уларнинг “В” функционал синфига мансублигидан далолат беради. Асцит ва энцефалопатия белгиларининг кузатилиши ушбу беморларнинг “С” функционал синфига тегишли эканлигини билдиради.

Жигар функционал етишмовчилиги клиник белгиларининг ривожланиш даражаси геморрагик синдром билан биргаликда ушбу беморларнинг умумий ахволини сўзсиз оғирлаштиради ва уларнинг хаётига реал хавф соладиган патофизиологик ўзгаришларни келтириб чиқаради. Шу муносабат билан портал гипертензия ҳамда қизилўнгач ВКВ дан қон кетиши билан беморларга стационаргача босқич врачлари томонидан шошилинч тиббий ёрдамни ўтказиш талаб қилинади. Бунда шошилинч тиббий ёрдам ўз ичига геморрагик шокка қарши қаратилган тадбирлардан ташқари парентерал деинтоксикацион ва гепатотроп терапиясини олгани мақсадга мувофиқдир. Пациентлар тезкор равишда жаррохлик стационарига етказилиши ва госпитализация қилиниши керак.

Ичаклар тизимидан қон кетиши клиник хусусиятлари - ичаклар тизими тушунчаси замирида адабий муаллифлар томонидан ингичка ва йўғон ичаклар назарда тутилади. Шуни эътироф этиш зарурки, ичаклар тизимидан қон кетиши оғир клиник холатлар сифатида бахоланадиган ва практик тиббиётда кам учрамайдиган вазиятлардир. Муаллифлар фикрича ичак тизимидан қон кетишлар абсолют сони бўйича гастроинтестинал қон кетишлар ичида учинчи ўринни эгаллайдилар. Ингичка ва йўғон ичакларнинг турли касалликлари қон кетиши сабабчилари сифатида намоён бўлиши мумкин. Шу муносабат билан қуйидаги фактларни баён қилиш керак: биринчидан практик тиббиётда йўғон ичақдан қон кетишлар кўпроқ учрайди, иккинчидан йўғон ичакдан қон кетиш сабабчилари сифатида ўсмалар етакчи ўринни эгаллайди, учинчидан улар билан биргаликда йўғон ичакнинг бошқа ўсма бўлмаган касалликлари ҳам қон кетиши билан асоратланишлари мумкин. Муаллифлар томонидан ўтказилган текширувлар шуни кўрсатадики, сўнгги йилларда ўсма бўлмаган касалликлар ичида қон кетиши билан асоратланган йўғон ичак дивертикулезлари сони борган сари ошиб бормоқда.

Ичак тизимидан қон кетиши клиник хусусиятларидан бири ушбу контингент беморларнинг аксариятини геронтологик ёшдагилар ташкил қилади. Қариялар ва ёши катта беморларда ичак тизимидан қон кетиши белгиларидан ташқари хилма-хил қўшма касалликларнинг клиник кўринишлари мавжуд бўлади. Ушбу клиник белгиларнинг қанчалик ривожланиши, беморларнинг умумий ахволини оғирлаштириши мавжуд қўшма касалликларнинг компенсацияланиш даражасига тўғридан тўғри боғлиқ бўлади. Бундан ташқари ингичка ва йўғон ичаклардан қон кетиши билан беморларнинг клиник хусусиятларидан бири уларда умумий ва махаллий белгилардан ташқари асосий касалликларга хос бўлган специфик белгилар ҳам кузатилиши хисобланади. Шуни айтиш зарурки, ушбу клиник белгиларнинг аниқланиши стационаргача босқич врачи учун беморларда нозологик диагностикани амалга ошириш имконини яратади. Масалан: ичак ўсмалари туфайли қон кетиши кузатилган беморларда геморрагик синдром билан биргаликда ёмон сифатли ўсмага хос бўлган “кичик белгилар синдроми” ҳам кузатилади. Улар қаторига холсизлик, беморларда кузатиладиган тушунарсиз озиш, анемия, гипертермия белгилари, улардаги анорексия ва иштаха пасайиши каби белгилар киради.

Шу билан бирга беморларда ич келишининг бузилиши кузатилади. Бунда уларда қавзиятлар ичнинг суюқ келиши билан ўрин алмашиниши аниқланади. Юқорида келтирилган клинико-анамнестик специфик белгиларнинг энг асосий хусусияти уларнинг аста-секин, муддатли равишда ривожланишидир. Бундан ташқари ушбу беморларда хар хил анатомик сохаларда жойлашган лимфатик тугунларнинг катталашиши кузатилиши мумкин. Уларнинг аниқланиши беморлардаги нозологик диагностикада аҳамиятга эгадир.

Ингичка ва йўғон ичаклардан қон кетиши билан беморларда юқорида келтирилган специфик клиник белгилар қаторига қорин бўшлиғида турли сохаларда жойлашган хосилалар пайпасланиши киради. Бунда хосилалар ўлчами аниқ ёки ноаниқ, улар оғриқли ёки оғриқсиз ҳамда консистенцияси турли бўлиши мумкин. Специфик клиник белгилар қаторига ичак тизи-

мидан қон кетиши билан беморларда тўғри ичакни бармоқ ёрдамида текширилганида аниқланиши мумкин бўлган хосилалар ҳам киради. Ингичка ва йўғон ичакдан қон кетиши вақтидаги геморрагик синдром беморларда турличи ривожланади. Аксарият беморларда геморрагик белгилар аста-секин ривожланади, йўқотилган қон хажми нисбатан камроқ бўлади, геморрагик шок енгил даражада ва беморларнинг умумий ахволи нисбатан қониқарли бахоланади. Лекин шу билан бирга баъзи беморлар контингентида ичак тизимидан қон кетиши профуз характерга эга бўлиши, уларда катта миқдорда қон йўқотиш натижасида оғир даражали геморрагик шок клиник кўриниши ривожланиши мумкин.

Одатда бундай беморларнинг умумий ахволи оғир ёки ўта оғир бахоланади. Бу беморларга стационаргача босқичда тезкор равишда ўтказиладиган шошилинч тиббий ёрдам ўз ичига шокка қарши қаратилган тадбирларни олиши даркор. Беморлар шошилинч равишда стационар жаррохлик бўлимларига ётқизилиши керакдир.

АДАБИЁТЛАР

1. Гостищев В.К.. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Руководство для врачей. М., «ГОЭТАР-Медиа» М., 2008. 379 с.
2. Клиническая хирургия. Справочное руководство для врачей.Под. ред. Панцирева. М. медицина, 2001
3. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Москва 2006
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под. ред.акад. Савельева В.С. М., Медицина, 2004 г
5. Руководство по экстренной медицинской помощи основного уровня. Нортвест медикал Таймс. 2004. Том 1-2.
6. Сумин С.А Неотложные состояния. Москва.-ЗОО. «Литера».2000.
7. Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Маҳамадаминов А.Г., Набиев А.А. Стационаргача босқичда гастроинтестинал қон кетишлар диагностикаси ва шошилинч ёрдам. Услубий қўлланма. Тошкент, 2013, 26 с.

ВИРУСНЫЙ ОТИТ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Маматова Т.Ш., Махамадалиев Э.Ю.

(ТашИУВ)

Приводится пример из практики развития и течение вирусного острого среднего и наружного отита у больного на фоне тяжелой формы сахарного диабета. Несмотря на проводимую комплексную медикаментозную терапию наступила необратимая тяжелой степени сенсоневральной тугоухости.

Ключевые слова: вирусный отит,сахарный диабет, инсулинотерапия.

ВИРУСЛИ ОТИТ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ

Оғир кечимли қандли диабет фонида ривожланган ўткир вирусли отит комплекс дори –дармонлар ёрдамида стационар даволанганига қарамай оғир даражали тикланмаган турғун сенсоневрал эшитув заифлиги асорати билан тугалланган амалиёт келтирилган.

Калит сўзлар: вирусли отит, қандли диабет, инсулинотерапия.

VIRAL MEDIA OTITIS AND DIABETES MELLITUS (CASE FROM PRACTICE)

An practical example of development of viral acute middle and external otitis in a patient with the severe form of diabetes mellitus.Despite the ongoing complex medical therapy, irreversible severe degree of sensorineural hearing loss occurred.

Key words: viral media otitis, diabetes, insulin – therapy.

Актуалность проблемы: Причиной развития острого среднего отита является бактерии и вирусы. В период вспышки заболеваемости острой респираторной инфекции учащаются острые вирусные отиты, или другое название буллёзные отиты. Зачастую, они возникают очень быстро с ярко выраженной симптоматикой. Особенно у лиц с иммунодефицитными заболеваниями, на фоне хронической интоксикации. Заболевание протекает порою поражением центральной нервной системы в виде ганглионевриитов, сопровождаются мучительными болями в ухе, сохраняющиеся долгое время. Иногда сопровождаются менингоэнцефалитом. Нередко присоединяется бактериальная флора. Заболевание возникает чаще у лиц группы риска, т.е. имеющие вредные привычки, лица с соматическими заболеваниями любого генеза, врожденным или приобретенным иммунодефицитом, упорными респираторными заболеваниями. Различают четыре формы вируса, из них в ЛОР практике чаще встречаются вирус простого герпеса и вирус Эпштейна-Барра. Наиболее частая локализация герпеса- ушная раковина, наружный слуховой проход, барабанная перепонка. При проникновении вируса в барабанную полость поражает слизистую оболочку среднего уха, что служит причиной снижения слуха. Вирусный отит может вызвать и нарушение функции вестибулярного аппарата, за счёт которого возникает головокружение. Редко процесс имеет двухсторонний характер. При присоединении бактериальной инфекции развивается гнойный средний отит. Возникают следующие симптомы: шум и резкие мучительные боли в ухе, головная боль, высокая температура, понижение слуха. На фоне общего плохого самочувствия установить болезнь в начальном периоде становится довольно сложно, и диагноз отита ставится при появлении выделения из уха. Вначале серозно-сукровичного в последующем с примесью гноя.

Диагноз устанавливается на основании внешнего осмотра, клинических симптомов, анамнеза, клинико-функциональных методов исследования.

Приводим случай из практики.

Больной Ганиев А. 1996 г.р. поступил в ЛОР-отделение ГКБ №1 г. Ташкента 10.01.18 г. с жалобами на сильную боль в ухе справа, головную боль, кровянистые выделения из правого уха, резкое снижение остроты слуха, общую слабость, повышения температуры тела до 380С. Больным себя считает в течение трёх дней, связывает свою болезнь с перенесенной ОРВИ. Со слов больного, с детства страдает сахарным диабетом I типа, состоит на диспансерном учёте. По рекомендации врача эндокринолога, получает инсулин, инсулин Н утром и инсулин R по 10 Ед четыре раза в сутки. На день поступления уровень глюкозы в крови был 19 ммоль/л. В клинике больной обследован. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, внешний вид страдальческий. Лицо симметричное, спонтанного нистагма нет, температура тела 37,3оС. Исследование функции вестибулярного аппарата указала полную сохранность анализатора. Координаторные пробы выполняет правильно. Уши - наружно без изменений. Пальпаторно – болезненность в области антрума справа, ушной раковине, и у выхода веток тройничного нерва. При отоскопии: левое ухо без патологии. Справа - обильные кровянистые выделения. Отмечены язвы на коже наружного слухового прохода, как в хрящевой так и на костной части. За счёт которого отмечается его сужение. Выделения поступают под пульсацией, туалет уха у больного вызывает резкую боль.

Барабанная перепонка гиперемирована, видна небольшая перфорация через которую поступает кровянистое отделяемое. Проходимость слуховой трубы III степени. При эндоскопии полости носа выявлены гиперемия слизистой оболочки полости носа, отёк носовых раковин. Дыхание через правую половину полости носа затруднено, в носовых ходах серозные выделения. Фарингоскопия без видимых изменений. При исследовании остроты слуха справа выявлено снижение слуха на все диапазоны частот по кости и воздуху до 90 дБ. Слева слух не нарушен.

Консультирован

Эндокринологом: подтвердился сахарный диабет I типа тяжелой формы, в стадии декомпенсации.

Невропатологом: констатирована вторичная невропатия тройничного нерва.

На МСКТ структура сосцевидных отростков справа сохранены, отмечены незначительные визуализации характерные для целлюлита, гомогенное затемнение левой части.

Общий анализ крови от 10.01.18 г.

Лейкоциты- 6,9х109, эритроциты- 4,2х1012, гемоглобин- 129 г/л, тромбоциты- 247, СОЭ- 28 мм/ч.

ОАМ: без патологии.

Уровень глюкозы в крови 14,2 ммоль/л.

На основании вышеизложенных данных больному установлен диагноз: Основной: правосторонний вирусный наружный средний отит, сенсоневральная тугоухость IV степени. Сопутствующий: сахарный диабет I типа, тяжелое течение, диабетическая невропатия. Левосторонний острый гайморит.

На основании вышеизложенного больному проведено медикаментозно лечение. В лечебную схему включили следующие препараты: парентерально на фоне инсулинотерапии противовирусные средства, антибиотики с целью профилактики микробного воспаления, внутривенно капельные, вливаниядезинтоксикационных препаратов, НПВС, противотёчные, анальгетики, препараты витамина группы В, в большой дозе аскорбиновая кислота. Местно, в ухо справа после туалета закапывали антибиотики, растворы противовирусных препаратов, вяжущие растворы. Одновременно проводили санацию левой гайморовой пазухи путём дренирования и введения в пазуху муколитиков, антибиотиков, сосудосуживающих капель в нос. Вся медикаментозная терапия проводилась в сочетании инсулинотерапии. В динамике на 7й день со дня поступления и начатого лечения сукровичное выделение из правого уха резко уменьшилось, герпетические язвы на коже слухового прохода уменьшились, слуховой проход расширился, но умеренная неврологическая боль вокруг уха, по ходу веточек тройничного нерва продолжала беспокоить больного. Только на 12й день со дня лечения больной отметил прекращение болей, сон нормализовался, вместе с этим прекратились выделения из уха. При эндоотоскопии справа- слуховой проход стал широким, кожа гладкая, барабанная перепонка посерела и была видна небольшая перфорация с нежными краями, сквозь которую видна гиперемированная слизистая оболочка барабанной полости. Проходимость слуховой трубы стала II степени. При повторной аудиограмме острота слуха осталась на первоначальном уровне. При повторном промывании левой гайморовой пазухи промывные воды были чистыми, т.е. пазуха санирована от гнойного процесса. При повторных исследованиях уровень глюкозы в крови колебалась от 14,2 ммоль/л до 10,1 ммоль/л. Больной был выписан 27.01.18г в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано дальнейшее наблюдение эндокринолога и ЛОР врача по месту жительства.

В нашем наблюдении больной с болью в ухе после перенесенного ОРВИ проводил самолечение путём приёма аналгетиков. Только после резкого снижения остроты слуха и появления кровянистых выделений из уха обратился за помощью к ЛОР специалисту.

Вывод: Позднее обращение к специалисту привело к поражению вирусной инфекцией не только наружного, но и среднего уха, части внутреннего уха. На фоне сниженного иммунитета за счёт тяжелой формы сахарного диабета, что и привело степени сенсоневральной тугоухости глубокой необратимого характера.Это ещё раз подтверждает необходимость своевременного обращения к специалисту в ранних стадиях воспалительного процесса в ухе, при наличии сахарного диабета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каримова И.И. Москва. Издательство М.И.А. 2004 г. 120 стр.
2. Заболевания кожи. Под редакцией Елесеева Ю.Ю. Москва 2009 г.
3. Романовская Т.В. Особенности вирусного отита в ЛОР. 2001 г. 9-12 стр.
4. Хасанов С.А. Особенности течения острого гнойного среднего отита у больных с сахарным диабетом. Мед. журнал Узбекистана №2 2001 г 22-23 стр.

УДК: 616.91/93:616.98:578-085

ХАНТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Маматова Р.Н., Миркасимова Х.Х., Абдуллаев У.М.

(НИИВ)

Поскольку вирусные инфекции, такие как лихорадка Западного Нила и Ханта вирус, почти отсутствуют в Республике Узбекистан, на эти вирусы не обращают особого внимания.Однако мы не должны игнорировать развитие межгосударственных экономических и социальных отношений, ускорение путешествий и туризма, а также возможность поступление и оседания в нашей стране широко распространённых инфекций за рубежом.Важно быстро обнаружить «чужие» инфекции и применять противовоспалительные меры.

Ключевые слова: Хантавирусы, лихорадка Западного Нила, комары, клещи, паренхиматозные органы, гепатомегалия, глюкоза, лейкоциты, креатинин.

ХАНТАВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯ ВА ҒАРБИЙ НИЛ ИСИТМАСИ

Ғарбий Нил иситмаси, хантавирус каби вирусли инфекциялар Ўзбекистон Республикаси ҳудудида деярли учрамаганлиги учун, ушбу вирусларга кераклича эътибор берилмаяпти. Аммо, давлатлараро иқтисодий-ижтимоий алоқаларнинг ривожланиши, шунинг билан биргаликда саёҳатнинг ҳамда туризмнинг жадаллашуви, чет элда кенг тарқалган инфекцияларнинг бизга кириб келиши ва ўрнашиб қолиши мумкинлигини эътибордан четда қолдирмаслигимиз керак. Бу борада «бегона» инфекцияларни тезкор аниқлаш ва унга қарши чора-тадбирларни қўллаш катта аҳамиятга эга.

Калит сўзлар: Хантавируслар,Ғарбий Нил иситмаси, чивинлар, каналар, паренхиматоз органлар, гепатомегалия, глюкоза, лейкоцитлар, креатинин.

HANTAVIRUS INFECTION AND WEST NILE FEVER. CASE FROM PRACTICE

Since viral infections such as West Nil Fever and Hantavirus almost do not appear on the territory of the Republic of Uzbekistan, these viruses are not in the sight of the interest. However, we should not ignore the development of international economic and social relations, the acceleration of travel and tourism, as well as the possibility of entering and settling in our country of widespread abroad infections. It is important to quickly detect «alien» infections and apply anti-inflammatory measures.

Key words: Hantaviruses, West Nile fever, mosquitoes, mites, parenchymal organs, hepatomegaly, glucose, leukocytes, creatinine.

Тропические комариные лихорадки – трансмиссивные болезни, регистрируемые в тропических и субтропических районах, вызываемые вирусами, переносимыми комарами. Характеризуются лихорадкой, интоксикацией, иногда сыпью и поражением ЦНС [1]. Диагноз многих тропических вирусных лихорадок затруднен, поскольку они имеют широкий диапазон клинических проявлений, от бессимптомной инфекции до тяжелых заболеваний с летальным исходом.Большинство тропических вирусных лихорадок рассматривают как зоонозные болезни, переносчиками, которых являются комары, а иногда и клещи [1]. Одними из наиболее распространенных комариных лихорадок являются лихорадка Денге и Лихорадка Западного Нила.

Хантавирус – представитель зоонозных вирусных лихорадок. Человек чаще всего заражается данной инфекцией при вдыхании пыли, содержащей микрочастицы экскрементов больных грызунов, регистрируется также алиментарный и контактно-бытовой пути передачи [3]. Из-за длительного инкубационного периода бывает сложно определить способ заражения. В зависимости от типа вируса, заболевание протекает с различной степенью тяжести [3]. Чаще всего поражаются паренхиматозные органы: легкие, почки, печень. Лечение симптоматическое. Специфическая профилактика не разработана.

Данные виды лихорадок редко диа-

гностировались в нашей стране. Однако, сегодня наши возможности расширились. Применяя новейшие методы лабораторной диагностикив серологии и молекулярной биологии, можно добиться раннего определениявозбудителя «лихорадки неясной этиологии», тем самым ускорить постановку правильного диагноза, что повлечет за собой рациональный подход в организации превентивных мер в борьбе с «новыми» инфекциями.

Феномен появления раннее известных болезней на территориях, где они прежде не встречались обусловлен заносом возбудителей таких инфекций с эндемичных (энзоотичных) территорий на ранее свободные от них[4].

Не последнюю роль в возникновении и распространении «новых инфекций» играет развитие международного туризма.

Согласно последним данным, аналитики UNWTO (Международная Организация по Туризму) определили, что в 2016 г. количество международных туристических визитов возросло на 4%, чем в прошлом году. В 2015 г. тур направления во всем мире приняли участие около 538 млн. международных туристов, на сегодняшний день количество туристов стало на 22 млн. больше.

Учитывая доступность такого вида отдыха для широкого слоя населения, мы должны помнить о возможности завоза инфекций на территорию РУз как иностранными туристами, так и гражданами нашей Республики.

Сама по себе вероятность завоза «чужой инфекции» может быть и не требуетособого внимания, но наличие потенциальных переносчиков, резервуара, а также оптимальных климатических условий для распространения и образования новых очагов дают повод для определенной настороженности эпидемиологической службы.

Мы представляем историю болезни больной Д.Ш., 20 лет, гражданка нашей Республики, студентка 1-го курса Малазийского Университета. Была госпитализирована 25.07.2016 г. в 3-клинику Ташкентской Медицинской Академии.Жалобы при поступлении: повышение температуры тела, кашель с трудно отделяемой мокротой, снижение аппетита, головные боли, головокружения, тяжесть в правом подреберье, общую слабость. Из анамнеза – считает себя больной в течении 2 недель, связывает своё состояние с переохлаждением. Больная с 30.10. 2015 г. Обучается в Университете в Малайзии, со слов больной заболела 12.07.2016 г., с 15.07. по 20.07. 2016 г. находилась на стационарном лечении в Малайзии, получала в/в вливания, но названия препаратов не знает. Отмечала некоторое улучшение состояния, но температура тела сохранялась. 20.07. 2016 г. была выписана из стационара. 22.07. 2016 г. прилетела в Узбекистан. 25.07. 2016 г. обратилась с выше указанными жалобами в 3-клинику ТМА. 26.07. 2016 г. больная была осмотрена фтизиатром; сделаны УЗИ брюшной полости, были взяты анализы на АлТ, АсТ, кровь на ВГ В, С.Объективный осмотр при поступлении: общее состояние при поступлении средней тяжести, что обусловлено интоксикацией ЦНС. Б-ая умерено повышенного питания, нормастенического телосложения. Кожа бледная, видимые слизистые розовые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В легких перкуторно слева легочной звук, справа в нижнем отделе притупление легочного звука, аускультативно слева – везикулярное дыхание, справа в верхних отделах жестковатое дыхание, в нижних отделах дыхание не проводится. ЧД 20 в мин. Сердце: тоны приглушены, ритмичны, удовлетворительного наполнения. Пульс – 76-80 уд. в мин. АД 110/70-120/80 мм рт.ст., язык влажный, обложен белым налетом. Живот увеличен в размере, за счет ПЖК, при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень до +2 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул регулярный оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, отеков нет.

Лабораторные обследования на 26.07.2016 г.: 1.Общий анализ крови – Hb – 96 г/л., цвет.показат. – 0,8, эрит. – 3,5 *1012/л., лейк.– 3,9 *109/л.; с/я – 57%, п/я – 5%, эоз. – 3%, баз. – 0, лимф. – 31%, мон. – 4%, СОЭ – 16 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: 100,0 мл, с/ж, прозр., у/в – 1014, реак. кислая, белок абс., бил-н отр., глюкоза отр., эрит. абс., лейк. 3-4/1, эпит. 4-5/1.

3. Биохимический анализ: АлТ – 100,0 , АсТ – 77 , общ. бил-бин. – 21,8 мкмоль/л, связ. – 5,4 мкмоль/л, свобод. – 16,4 мкмоль/л, мочевина – 6,0 мкмоль/л, креатинин – 61,3 мкмоль/л.

Инструментальные обследования: ЭКГ

Признаки	Вирус Западного Нила	Ханта вирус	Вирус Денге
Распространение	Азия, Европа, Африка, в России (Западная Сибирь, Краснодарский край)	Азия, Европа, Африка, Россия, Северная и Южная Америка.	Тропические и субтропические регионы Юго-Восточной Азии, Южная часть Тихоокеанского региона, Африка
Резервуар	Дикие и домашние птицы, грызуны, летучие мыши	Дикие и домашние грызуны	При городском типе – человек При джунглевом типе – обезьяны
Переносчики	Комары (Culex), клещи (Argas, Ixodes)	_____	Комары (Aedes aaegypti)
Пути передачи	Трансмиссивный	Воздушно-пылевой, алиментарный, контактный	Трансмиссивный
Инкубационный период	2-8 дней	2-3 нед.,	4- 6 дней
Клиника	Начинается остро, лихорадка 3-12 дней имеет двухволновой характер. При тяжелых случаях возможно развитие менингита, энцефалита	Высокая лихорадка, головные боли, головокружения, миалгии, тошнота, рвота, жидкий стул. При легочной форме – малопродуктивный кашель, как осложнения плевральный выпот, отдышка, легочно-сердечная недостаточность, геморрагический синдром, почечная недостаточность, шок.	Вирус обладает вазотропизмом, попадая в кровь, распространяется в печень, костный мозг, соединительную ткань, мышцы. Лихорадка денге – протекает легко, иногда незаметно. Геморрагическая лихорадка денге – зависит от серотипов вируса, при каждом повторном заболевании наблюдаются ухудшения состояния. Боли в мышцах и суставах (походка денди), кровоизлияния склер, пятнисто-папулезная сыпь. Возможен переход в шоковое состояние. Летальность до 50%.
Иммунитет	Напряженный, стойкий	Неизвестно	Не стойкий, типоспецифический, до 2 лет.
Диагностика	ИФА, ПЦР	ИФА, ПЦР	ИФА, ПЦР

Лечение	Симптоматическое	Симптоматическое	Гомологичный иммуноглобулин. Активной иммунизации нет. Профилактика - использование тетравакцины, иначе возможна сенсибилизация организма, и в последующем развитие геморрагической лихорадки, вместо простой лихорадки денге.
Меры профилактики	Не разработаны	Борьба с грызунами. В Китае разрабатывается вакцина на основе рекомбинантных вакцин.	Больных следует изолировать в условия исключающих доступ к ним комаров, на протяжении всего заразного периода.

– синусовая тахикардия, дистрофические изменения в миокарде, недостаточность кровоснабжения миокарда в области задней стенки. УЗИ – гепатомегалия с повышением эхогенности, хронический холецистит, умеренная спленомегалия. Рентгенография органов грудной клетки – признаки нижнедолевой правосторонней плевропневмонии, правосторонний гидроторакс. Хронический бронхит.

Был проведен консилиум, поставлен диагноз: правосторонняя плевропневмония нижней доли легкого, правосторонний гидроторакс,и назначено лечение.

На фоне проведенного лечения состояние больной в динамике улучшилось, больная была переведена для дальнейшего продолжения обследования и лечения в НИИ Вирусологии.

Больная Д.Ш. была переведена из 3-клиники Ташкентской Медицинской Академии в клинику НИИ Вирусологии 29.08.2016 г. с жалобами на слабость, сонливость, тошноту, головную боль, потерю аппетита, периодическое повышение температуры тела, боли в правом подреберье. На момент госпитализации состояние больной удовлетворительное, сознание в норме, температура 36,5 пульс 82 удара в минуту, АД 110/70, высыпаний на коже и слизистых нет, склеры чистые, язык обложен белым налетом. Контакт с инфекционными больными отрицает. Со слов больной, во время обучения в Малайзии наблюдала повышение температуры тела, возможный укус комара не отрицает, во время нахождения в клиники Малайзии была взята кровь на обнаружение лихорадки Денге методом ПЦР, результат положительный. Внутривенное вливание крови и кровь содержащих компонентов отрицает.

На основе жалоб больной, объективного осмотра, и собранного анамнеза был поставлен предварительный диагноз: основной – лихорадка неясной этиологии, сопутствующий – хронический гепатит неясной этиологии. Хронический холецистит.

Плановое обследование: 1. Общий и тромбоцитарный анализ крови. 2. Биохимические показатели крови. 3. Коагулограмма. 4. Определения Rh фактора крови. 5. УЗИ органов брюшной полости.

Лабораторные обследования на 29.07.2016 г.: 1.Общий анализ крови – Hb – 120 г/л., цвет.показат. – 0,9, эрит. – 4,1 *1012/л., тром. – 184 *109/л.; лейк.– 9,4 *109/л.; с/я – 55%, п/я – 2%, лимф. – 40%, СОЭ – 8 мм/ч.

2. Биохимический анализ: АлТ – 42, АсТ – 77 , общ. бил-бин. – 13,2 мкмоль/л, связ. – 0 мкмоль/л, свобод. – 13,2 мкмоль/л, мочевина – 6,4 мкмоль/л, сахар – 5,6 мкмоль/л.

Исследования ИФА на 28.07.2016 г.:

ИФА Ханта – антителаIgM – положи-

тельный

ИФА Ханта – антителаIgG – отрицательный

ИФА ЛЗН – антитела IgG – положительный

Исследования ПЦР на 01.08.2016 г.:

ПЦР – качественный лихорадка Денге – отрицательный.

После проведенных исследований у больной Д.Ш. был отвергнут диагноз Лихорадка Денге, но получили подтверждение анализы на заболевания Хантавирусной инфекцией и лихорадки Западного Нила. Необходимо отметить при постановки реакции методом ПЦР для определения лихорадки денге, кровь больного берется не позднее 7 суток начала лихорадки, связано это с его вазотропизмом [2]. При взятии крови в поздние сроки, обнаружение антигена (вируса денге) становится невозможным.

Пациент Д.Ш. после проведенногосимптоматического лечения, была выписана 2.08.2016 г. в удовлетворительном состоянии.

С целью определения территории-места заражения, нами был проведен и указан в таблице сравнительный анализ признаков лихорадок, которыми переболелавышеуказанная пациентка.

Полагаясь на полученные эпидемиологические, лабораторные и клиническиеданные, учитывая, что инкубационный период вышеуказанных лихорадок приходится на момент пребывания Д.Ш. в Малайзии, вероятнее всего пациентка переболела Денге, заразилась лихорадкой Западного Нила и Хантавирусной инфекцией на территории Малайзии.

Выводы:

1. При исследовании больных, страдающих лихорадкой неясной этиологии необходимо детально собрать эпидемический анамнез,особенно обращая внимание на их пребывание в недавнем прошлом в странах неблагополучных по лихорадкам.

2. Миграция населения нашей Республики делает более вероятным завоз новых инфекций, не встречающихся на нашей территории.Оптимальные климатические условия, наличие резервуара и потенциальных переносчиков могут способствовать распространению и образованию очагов новых инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большая медицинская энциклопедия – М: АРИА-АиФ: Мастерская «Коллекция» – 2012 г.
2. ЗверевВ.В., Бойченко М.Н. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология –СанктПетербург, 2010г.
3. Salim Mattar, Camilo Guzman, Luis Tadeo Figuiredo. Diagnosis of Hantavirus infection in humans – Expert Rewiew of Anti-infective Therapy // Volume 13, 2015 – Issue 8.
4. Черкасский Б. Л. Глобальная эпидемиология – М.: Практическая медицина – 2008 г.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ДОСТУП К ОЧАГУ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Якубов А.А., Салаев О.С., Хамраев Р.Р., Муллабаева Г.У., Курбанов Р.Д., Султанхонов С.С.

(РСЦК, РИКМ)

Местом происхождения преобладающего числа желудочковых экстрасистол (ЖЭС) и желудочковых тахикардий (ЖТ) в структурно неизменённом сердце является выходной тракт желудочков. Большинство из них (90%) возникает в выходящем отделе правого желудочка (ВОПЖ), остальные берут начало в выходном отделе левого желудочка (ВОЛЖ) [1].

Несмотря на относительную легкость картирования и аблации ЖЭС и ЖТ вышеуказанных локализаций, некоторые очаги могут представлять наибольшие трудности для команды электрофизиологов. Одной из таких зон доступа является так называемый

«Бермудский треугольник» сердца - область, расположенная между тремя соседними структурами – антеросептальным ВОПЖ, ВОЛЖ (левой коронарной створкой) и дистальной частью коронарного синуса. Эта эпикардиальная зона хорошо известна своей недоступностью, чем ближеочаг к центру треугольника, тем сложнее оператору провести аблацию или даже найти этот очаг из любой из сторон, составляющих треугольник. Имеются данные некоторых исследователей о трансторакальнойэпикардиальнойаблации [2]. Несмотря на казалось бы, эффективный путь ликвидации крайне симптомных ЖТ, трансторакальные манипуляции по-прежнемусчитаютсятравматичными и опасными.

В данной статье описан редко используемый, но приемлемый доступа к «Бермудскому треугольнику» у 38 летнего больного с устойчивой мономорфной ЖТ с морфологиейQRSпо типу блокады левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ). После безуспешнойаблации через антеросептальный ВОПЖ, левую коронарную створку и дистальный коронарный синус, тахикардия была устранена через ушко левого предсердия (ЛП).

Ключевые слова: идиопатическая ЖТ, выходной отдел желудочка, коронарный синус, радиочастотная аблация, Бермудский треугольник, трансептальная пункция.

ҚОРИНЧАЛАР ЭКСТРАСИСТОЛИЯСИ ЎЧОҒИНИ РАДИОТЎЛҚИНЛИ АБЛАЦИЯСИГА АЛЬТЕРНАТИВ ЙЎЛ

Замонавий лаборатор ва инструментал текширувлар натижасида органик ўзгаришлар аниқланмаган юракда пайдо бўладиган қоринчалар экстрасистолияси ва тахикардияси ўчоғи, кўпинча ўнг қоринча чиқиш қисми ҳамда чап қоринчанинг аортага чикиш йўлларида жойлашганлиги маълум. Шундан асосий қисмини (90%) ўнг қоринча чиқувчи йўлидан, кам қисмини эса чап қоринча чиқувчи йўлида жойлашган қоринчалар экстрасистолияси ва тахикардияси ташкил этади [1].

Гарчи ушбу сохаларда жойлашган қоринчалар экстрасистолияси ва тахикардиясини ўчоғини аниқлаш хамда аблация амалиётини бажариш бироз енгил хисоблансада, баъзан айрим аритмия ўчоғлари электрофизиологлар учун қийинчилик туғдиради.

Мисол тариқасида бир-бирига кўшни жойлашган ўнг қоринча чиқув йўли орқа девори, чап синус Валсалва (чап қоринча чиқувчи йўли) ва коронар синуснинг (юракнинг ката венаси) дистал қисми. Ушбу соха Бермуд учбурчаги деб хам аталади. Ушбу эпикардиал сохада, эндокард тарафдан, аблацион электрод билан ишлаш ва ўз навбатида аритмия ўчоғини баратраф қилиш мураккаблиги маълум. Бундай холларда бир қатор изланувчилар трансторакал эпикардиал аблация усулини таклиф қилишган [2]. Бундай ёндашув айрим оғир беморларда самарали хисоблансада, кўп жарохатлилиги, хавфлилиги ҳамда жаррохликдан кейинги тикланиш вақтини узоқлилиги каби бирқатор камчиликларга эга.

Ушбу мақолада Бермуд учбурчагидаги аритмия ўчоқларини аблация қилишда альтернатив усул хакида маълумот берилади. Бизнинг амалиётимизда учраган бемор 38 ёшли эркак. ЭКГда мономорф қоринчалар тахикардияси Гистутамича поёғи блокадаси ва тахикардия вактида юрак ўқининг пастга йўналиши аниқланди. Бир неча марта ўнг қоринча чиқувчи йўли септал девори, чап синус Валсалва (чап қоринча чиқувчи йўли) ва коронарсинуснинг (юракнинг ката венаси) дистал қисмида мувофақиятсиз аблациядан сўнг, тахикардия ўчоғи чап бўлмача қулоқчаси орқали ёпилди.

Калит сўзлар: Идиопатикқоринчалартахикардияси, ўнгқоринчачиқишйўли, коронарсинус, чапбўлмачақулоқчаси, радиотўлқинлиаблация.

ALTERNATIVE ACCESS TO THE FOCUS OF GASTROINTESTINAL EXTRASISTOL CASE OF PRACTICE

The place of origin of the prevalent number of ventricular extrasystoles (VES) and ventricular tachycardias (VT) in the structurally unchanged heart is the output- ventricular tract. The majority of them (90%) occurs in the outgoing section of the right ventricle (OSRV), the others originate in the outlet section of the left ventricle (OSLV) [1].

Despite the relative ease of mapping and ablation of VES and VT of the above localizations, some foci may present the greatest difficulties for the team of electrophysiologists. One such access zone is the so-called The «Bermuda Triangle» of the heart is a region located between three neighboring structures - anteroseptal , outgoing right ventricle, exit left ventricle (left

coronary valve) and distal part of the coronary sinus. This epicardial zone is well known for its inaccessibility, the closer the focal point to the center of the triangle, the more difficult it is for the operator to carry out the ablation or even find this focus from any of the sides that make up the triangle.

There are data from some researchers on transthoracic epicardial ablation [2]. Despite the seemingly effective way to eliminate highly symptomatic VT, transthoracic manipulations are still considered to be traumatic and dangerous.

This article describes the rarely used, but acceptable, access to the «Bermuda Triangle» in a 38-year-old patient with a stable monomorphic VT with a QRS morphology by the type of left bundle branch blockade of the bundle of His (BLBH). After unsuccessfull abeling through anteroseptal HPA, the left coronary valve and the distal coronary sinus, tachycardia was eliminated through the eye of the left atrium (LA).

Key words: idiopathic VT, ventricular outlet, coronary sinus, radiofrequency ablation, Bermuda Triangle, transseptal puncture.

Описание случая. 38 летнему мужчине с устойчивой мономорфной ЖТ было проведено электрофизиологическое исследование (ЭФИ) и радиочастотная аблация (РЧА). На поверхностной ЭКГ как ЖЭС, так и ЖТ имели одинаковую морфологию QRS по типу блокады ЛНПГ, ось сердца, направленную вниз и переходную зону в V3. (Рис.1)

При активационном картировании вВОПЖ мы определили время ранней активации (dT=32 мс). После неэффективной аблации (45 Вт, 17 мл/мин) в этой области, было предположено, что фокус тахикардии расположен слева. Мы последовательно обследовали коронарные створки на предмет наличия точки ранней активации. Активационное картирование в правом коронарном синусе выявило dT=20 мс, в левой коронарной створке опережение составило 32 мс. После процедуры аблации в левом синусе Вальсальвы (45 Вт, 17 мл/мин) оказавшейся также неэффективной, был использован доступ через дистальный коронарный синус. Время ранней активации в дистальном коронарном синусе составило 32 мс. Во избежание повреждения коронарных артерий больному была проведена селективная коронарография. Кончик катетера оказался расположенным в проекции проксимальной части передней нисходящей артерии (ЛПНА) на 5-6 мм от края сосудистой тени. 60 –секундная аблация через большую вену сердца с использованием 25 Вт радиочастотной энергии не купировала аритмию. Несмотря на отсутствие эффективности аблации из дистального коронарного синуса и левой коронарной створки, во время аблации наблюдалась реакция подлежащей ткани в виде учащенного желудочкового ритма с морфологией ЖЭС. Было принято решение о картировании и аблацииаритмогенного миокарда через ушко ЛП. После транссептальной пункции аблационный электрод был помещен в ушко ЛП и направлен в сторону так называемого «Бермудского треугольника». Время ранней активации, измеренное в данной точке, показало опережение в 32 мс(Рис.2). До начала аблации была проведена селективная ангиография левой коронарной артерии в двух проекциях, кончик катетера располагался в 4-5 мм от бифуркации левой коронарной артерии(Рис.3). Радиочастотную энергию увеличивали медленно до 40 Вт за 40 секунд, и воздействия радиочастотной энергиибыли оказаны в двух соседних точках миокарда с использованием ирригационного катетера с инфляцией физиологического раствора со скоростью 17 мл/мин. Во время аблации ЖТ была купирована и не возникала при стимуляции с использованием стандартного стимуляционного протокола. Повторные наблюдения через 3 дня и 1 месяц не выявили возобновления ЖТ. На холтеровскоммониторировании было обнаружено 1359 одиночных мономорфных ЖЭС с другой морфологией желудочкового комплекса, эпизодов ЖТ не наблюдалось.

Обсуждение. Большинство ЖЭС и ЖТ возникают при органических заболеваниях сердца. Но ЖТ, возникающие из выходных отделов могут возникать и при отсутствии структурной патологии. ЖЭС из выходных отделов индуцируются катехоламинами и непосредственно связаны с процессом образования ц-АМФ. Большинство из них (90%) возникают в ВОПЖ, другие из ВОЛЖ и определенная часть из соседних отделов, о которых мы поговорим ниже.

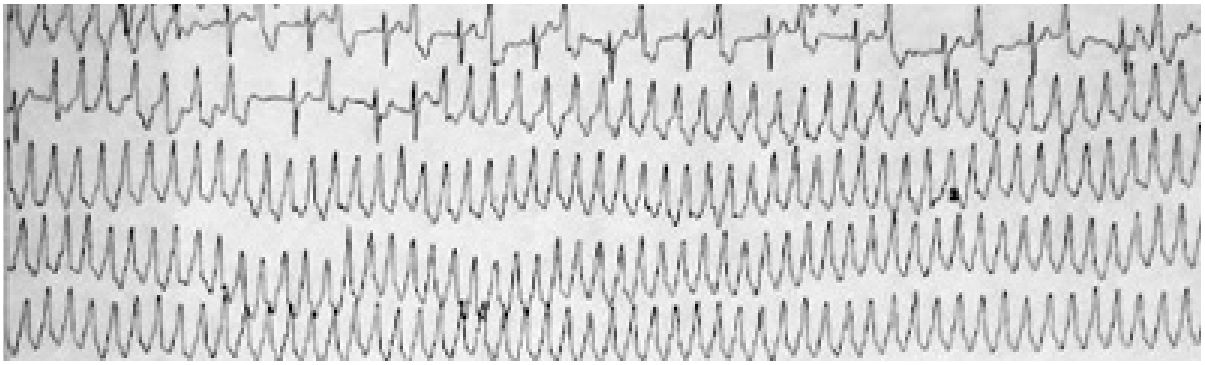


Рис.1
А. Морфология QRS во время желудочковой экстрасистолии;
Б. Эпизод желудочковой тахикардии во время суточного мониторирования.

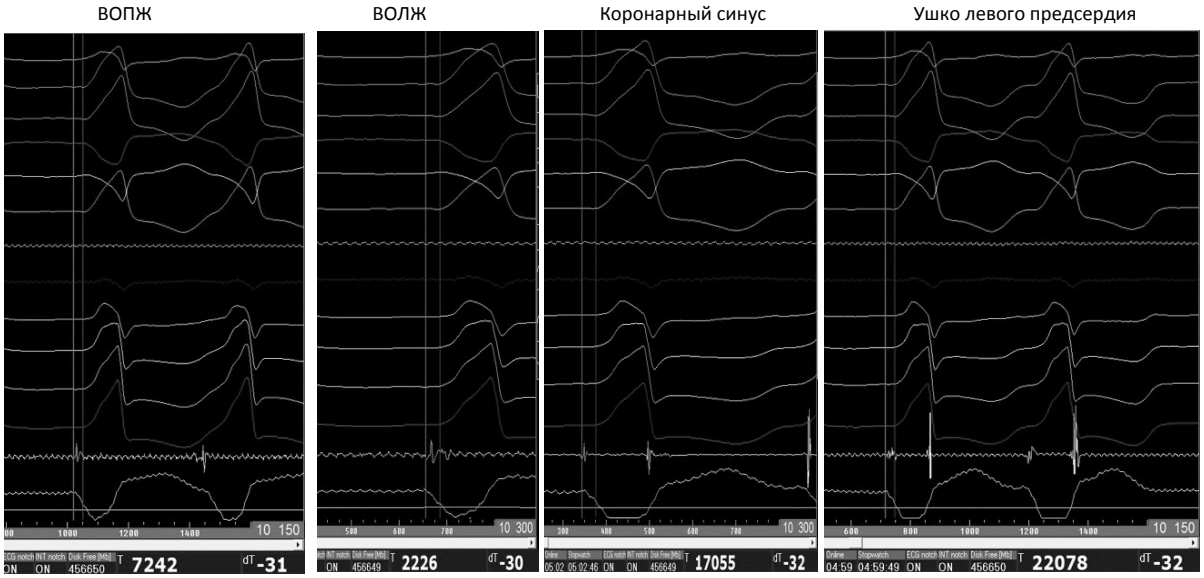


Рис.2
Активационное картирование источника желудочковой эктопии.

Обычно ЖТ из ВОПЖ имеет морфологию блокады ЛНПГ и ось, направленную вниз и, как было выявлено в ряде исследований, практически всегда купируются инъекцией аденозина. Лечение заключается в РЧА или, как альтернатива, постоянной антиаритмической терапии. Большой объём данных, существующие рекомендации и наш собственный клинический опыт показывают, что РЧА может рассматриваться как процедура первой линии при лечении такого рода пациентов в силу своей безопасности, эффективности и доступности [3].

В настоящее время существует ряд доступов для аблации желудочковой аритмии (ЖА) из «Бермудского треугольника». К ним относят: а) эндокардиальный: антеросептальный и постеросептальный ВОПЖ, левую коронарную створку [4], и эндокард ЛЖ, расположенный непосредственно за последней [5]; б) внутрисосудистый: дистальный коронарный синус, большая вена сердца, передняя межжелудочковая вена [6]; в) чрезкожная эпикардиальнаяа блация [7]. Несмотря на многочисленность существующих доступов к этой зоне получить хороший электрофизиологический эффект при РЧА является крайне трудной задачей. В случае неэффективной аблации через наиболее часто используемые структуры (например, ВОПЖ, левая коронарная створка и дистальный коронарный синус), может быть полезен доступ к очагу аритмии через ушко ЛП.

РЧА из ушка ЛП часто расценивается как технически сложная и в большинстве случаев не выполняется из-за мнимого ри-

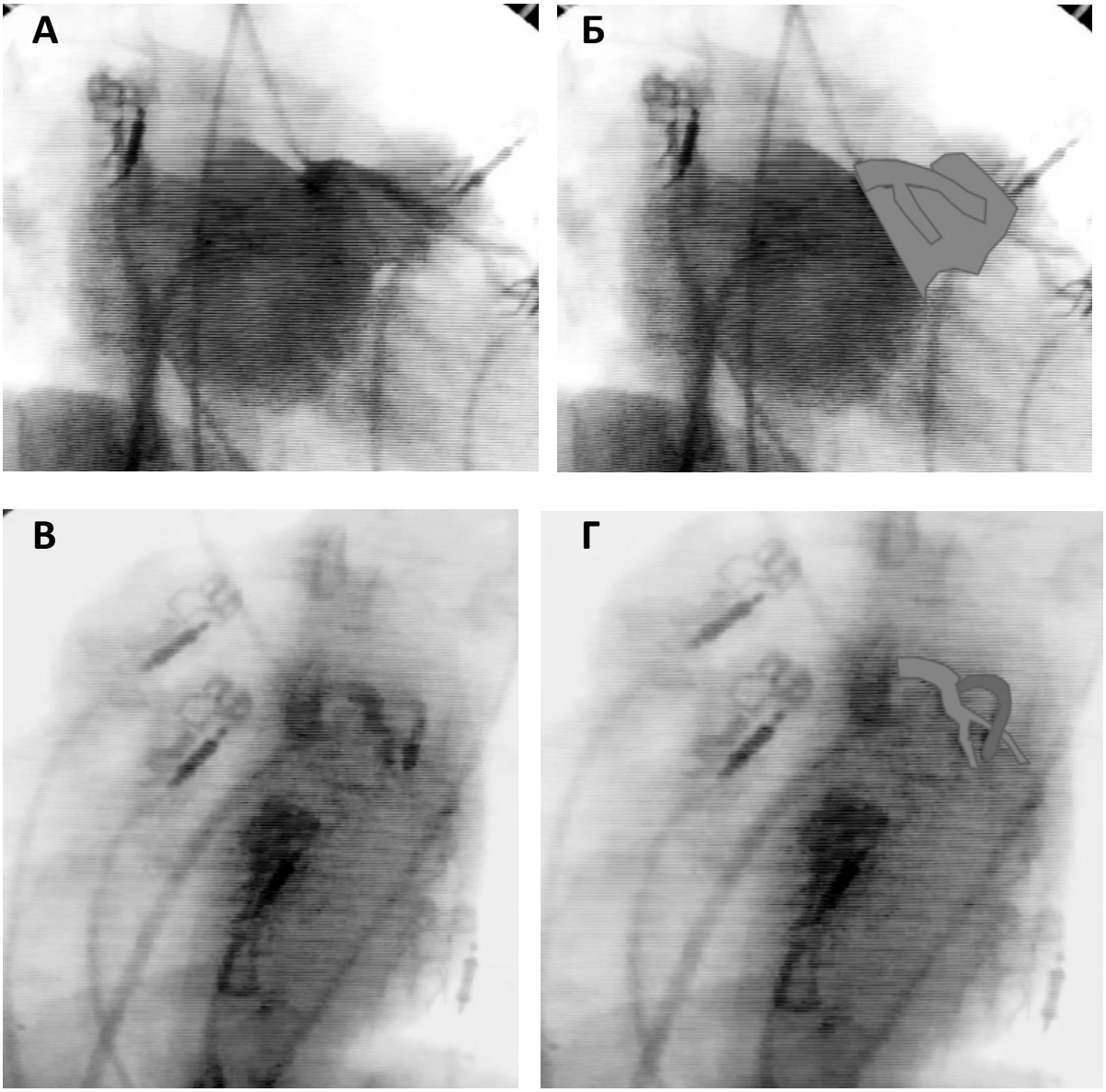


Рис.3

А. – Одномоментная селективная ангиография левой коронарной артерии (ЛКА) и контрастирование ушко левого предсердия (УЛП). Б. – Схема расположения ЛКА и УЛП.

В. – Селективная ангиография ЛКА. Аблационный катетер в УЛП.

Г. – Схема расположения аблационного катетера и ЛКА.

ска перфорации ушка. Неудивительно, что в течение последних 15 лет имеется всего одно сообщение об успешном использовании данного доступа [8]. Тем не менее, легкость манипуляции катетером, благодаря подвижности ушка, позволяет нам расположить кончик электрода непосредственно над аритмогенным миокардом, тем самым увеличивая эффективности процедуры. Однако необходимо произвести селективную коронарографию, чтобы убедиться в отдаленности левой коронарной артерии от предполагаемого места абляции.

Заключение. Наш случай - отличный пример использования доступа через ушко ЛП для деструкции эпикардиального аритмогенного фокуса, расположенного в ВОЛЖ. Он используется при подозрении на эпикардиальную локализацию очага ЖТ и отсутствии эффекта от РЧА в ВОПЖ, левой коронарной створке и коронарном синусе. Для обеспечения безопасности коронарных артерий перед РЧА необходимо провести селективную коронарографию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Farzaneh-Far and B B Lerman. Idiopathic ventricular outflow tract tachycardia. Heart. 2005 Feb; 91(2): 136-138
2. Frey B, et al. Successful treatment of idiopathic left ventricular outflow tract tachycardia by catheter ablation or minimally invasive surgical cryoablation. Pacing Clin Electrophysiol. 2000;23:870.[PubMed]
3. Pedersen CT, Kay GN, Kalman, et al; EP-Europace, UK. EHRA/HRS/APHRS) expert consensus on ventricular arrhythmias. Heart Rhythm 2014;11:e166-e196.
4. Shimoike E, et al. Radiofrequency catheter ablation of left ventricular outflow tract tachycardia from the coronary cusp: a new approach to the tachycardia focus. J Cardiovasc Electrophysiol. 1999;10:1005. [PubMed]
5. Campos B, et al. Ablation of ventricular arrhythmias arising near the anterior epicardial veins from the left sinus of Valsalva region: ECG features, anatomic distance, and outcome. Heart Rhythm. 2012;9:865. [PubMed]
6. Hirasawa Y, et al. Successful radiofrequency catheter ablation of epicardial left ventricular outflow tract tachycardia from the anterior interventricular coronary vein. J Cardiovasc Electrophysiol. 2005;16:1378. [PubMed]
7. Frey B, et al. Successful treatment of idiopathic left ventricular outflow tract tachycardia by catheter ablation or minimally invasive surgical cryoablation. Pacing Clin Electrophysiol. 2000;23:870.[PubMed]
8. Sosa E, Scanavacca M, d'Avila a. Catheter ablation of the left ventricular outflow tract tachycardia from the left atrium. Journal of Interv Card Electrophysiology 2002;7:61-65

УДК 616.-617. Т-33

РОЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Темиров Р.И., Ходжаев Х.Б., Абдуллаев У.У., Хужамбердиев И.Р., Исабоев Ш.Б.

(НамОблФРНЦЭМП)

В статье отмечено место повреждений двенадцатиперстной кишки в ургентной хирургии. Дана характеристика повреждений двенадцатиперстной кишки при травмах по классификации E. Moore (1990) и оказания хирургической помощи.

При подозрении на повреждение двенадцатиперстной кишки желательна диагностическая лапароскопия. При обнаружении эмфиземы забрюшинного пространства при лапароскопии необходимо переходить по лапаротомию.

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, ургентная хирургия, лапароскопия, забрюшинное пространство.

ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАКНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТИДА ДИАГНОСТИК ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ РОЛИ

Мақолада ўн икки бармоқли ичак шикастланишини ургент хирургияда тутган ўрни ҳақида маълумот келтирилган. Бунда ўн икки бармоқли ичак травмаларида шикастланиш даражасини E. Moore (1990) классификацияси бўйича таснифлаш ва шу классификация бўйича хирургик ёрдам кўрсатиш ҳамда ўн икки бармоқли ичак шикастланишига гумон қилинганда диагностик лапроскопия қилиш мақсадга мувофиқлиги, лапроскопия вақтида қорин парда орти қисмида эмфизема аниқланганда лапаротомия ўтиш зарурлигини ёритиб берилган.

Калит сўзлар: Ўн икки бармоқли ичак шикасти, ургент хирургия, лапроскопия, эмфизема, қорин парда орти.

THE ROLE OF DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY WITH CLOSED INJURIES OF THE DUODENUM

The article shows the place of injuries of duodenum in urgent surgery. The characteristics of duodenal lesions in injuries according to the classification of E. Moore (1990) and the provision of surgical care are given. If suspected of damage to the duodenum, diagnostic

laparoscopy is desirable. When an emphysema of retroperitoneal space is found during laparoscopy, it is necessary to go through laparotomy.

Keywords: injuries of duodenum, urgent surgery, laparoscopy, retroperitoneal space.

Введение. Дуоденальная травма (ДТ) составляет 0.93-10% случаев при открытых и закрытых травмах живота [2,3], а среди травм желудочно-кишечного тракта – 0,43-6,5%. Пострадавшие в основном (76-80%) - трудоспособные мужчины в возрасте 20-40 лет [5]. Сегодня частота повреждения ДПК в структуре травм органов брюшной полости составляет около 1,2-2% и не превышает 10% в структуре травм органов пищеварения [1]. В последние годы увеличилась частота повреждений ДПК. Это связано с увеличением количества автодорожных травм, падений с высоты, ранений живота холодным и огнестрельным оружием [2,4].

Для обеспечения оптимальной лечебно-дигностической программы и преемственности специализированной хирургической помощи больным с ПДПК мы используем классификацию E. Moore (1990):

I степень повреждений - небольшая гематома или неполный разрыв стенки ДПК без повреждения слизистой.

II степень - большая гематома или разрыв менее 50% окружности стенки ДПК.

III степень - большой поперечный разрыв 50-70% или 50-100% окружности стенки ДПК.

IV степень - очень большой- до 75-100% разрыв, разрыв ампулы и дистальной части ДПК.

Vстепень - массивная панкреато-дуоденальная рана с деваскуляризацией ДПК.

Случай из практики

Больной Эргашев Абубакир, 17 лет, и/б.№ 18054/1100, поступил в Наманганский филиал РНЦЭМП 30.1Х-2016г с жалобами на боли в животе, тошноту и общую слабость. Из анамнеза: больной за 30 минут до поступления в больницу получил травму живота, находясь под завалами обрушевшейся стены. Общее состояние больного при поступлении тяжелое, в сознании, пассивный, бледный. В контакт вступает неохотно. Дыхание грудного типа, 22 раза в мин. Артериальное кровяное давление - 80/70 мм р.ст.; пульс-100 раз в мин, удовлетворительного напряжения и наполнения. Язык влажный, живот при осмотре овальной формы, имеются поперечные ссадины на коже в мезо- и эпигастральной областях, отмечается отставание живота в акте дыхания. При пальпации: умеренная разлитая болезненность по всему животу, напряжения и перитонеальных симптомов нет. При инструментальном исследовании патологии со стороны органов брюшной полости не выявлены. Учитывая разлитую болезненность по всему животу и лейкоцитоз проведена диагностическая лапароскопия. После короткой предоперационной подготовки (катетеризация подключичной вены с подключением противошоковой жидкости, необходимые биохимические анализы) с предварительным диагнозом «закрытая травма живота, повреждение органов брюшной полости, шок травматический» произведена диагностическая лапароскопия. Во время лапароскопии в брюшной полости под печенью и в правом боковом канале обнаружено около 100 мл темно-коричневой жидкости, напоминающей желч; эмфизема тканей забрюшинной области и их имбибиция тёмной жидкостью. Конверсия. Во время лапаротомии эмфизема тканей забрюшинной области и их имбибиция тёмной жидкостью выявляется на проекции нисходящей и нижне-горизонтальной частях ДПК. Произведена мобилизация ДПК по Кохеру. При ревизии обнаружен циркулярный разрыв нижне-горизонтальной части ДПК с сохранением целостности только 1 см участка её задней стенки, что соответствовало III степени повреждения по классификации E. Moore.

Участок разрыва ДПК прошит двурядными узловыми швами атравматической нитью полипропилен №3.0, Наложен передний гастро-энтероанастомоз и энтеро-энтеро анастомоз по Браунуски. Установлены два зонда. Один для энтерального питания проведен через энтеро-энтеро анастомоз в отводящий отдел. Другой - через пилорический канал в нижне-горизонтальную часть ДПК для последующей декомпрессии.

В раннем послеоперационном периоде назначены антибактериальное, инфузионно-корригирующее лечение, переливание компонентов крови и препаратов для парентерального питания; Н2-блокаторы и ингибиторы протеаз. Через дуоденальный зонд проведена регулярная активная декомпрессия с помощью аппарата «Gomco». С 3 суток после операции начато энтеральное зондовое питание. На 7 сутки после операции проведено рентгеноконтрастное (триомбраст76%-20 мл) исследование ДПК: проходимость не нарушена, экстравазация контраста не обнаружена. Зонд для декомпрессии удален.

Последний страховочный дренаж удален на 9 сутки после ультразвукового обследования брюшной полости.

На 11 сутки после операции в удовлетворительном состоянии больной выписан на амбулаторное лечение.

Выводы. При поступлении больных с сомнительными признаками повреждений органов брюшной полости, не ограничиваясь данными инструментальных обследований следует воспользоваться диагностической лапароскопией.

Наличие эмфиземы и гематомы забрюшинной области является показания к лапаротомии для исключения разрыва полого органа, расположенного в ретроперитониальной части брюшной полости.

При возможности ушивания разрыва ДПК необходимо установить зонд для проведения регулярной декомпрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М, Владимирова Е.С. Способ временного выключения двенадцатиперстной кишки при ее травме. Хирургия 1986; 6: 117-118.
2. Ахмедов Ю.М., Рузибоев С.А., Корабоев Х.К., Хайдаров К.А. диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки. Хирургия Узбекистана. 2012; 4: 13-16.
3. Иванов П.А., Гришин А.В Хирургическая тактика при травме двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2004; 5: 28-34.
4. Молитвословов А.Б, Макаров А.Э., Баев А.А. Повреждения двенадцатиперстной кишки Хирургия. 2000;5: 52-57.
5. Фаёзов Р.Р., Темирбулатов В.М., Хасанов А.Г. Лечебно-диагностический алгоритм с позиции миниинвазивных технологий в хиругии травматических абдоминальных повреждений. Эндоскопическая хирургия. 2002; 3: 79.

УДК:616.711.6-007.271-073-089

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО СТЕНОЗА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Норов А.У.

(РНПМЦН)

В статье приведены данные анализа литературы о истории, клиники, диагностики и хирургического лечения поясничного стеноза.

Ключевые слова: поясничный стеноз, клиника, диагностика, хирургическое лечение.

БЕЛ СТЕНОЗИ КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАНИШИНИ ЎРГАНИШ МУАММАЛАРИ ҲОЛАТИ (АДАБИЁТ ТАХЛИЛИ)

Мақолада бел спинал стенози тарихи, клиникаси, диагностикаси ва жаррохлик даволаши масалалри бўйича адабиёт таҳрири берилган.

Калит сўзлар: Бел спинал стенози, клиника, диагностика, жаррохлик даволаш

THE STATE OF THE CLINIC, DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF THE LUMBAR STENOSIS (REVIEW OF LITERATURE)

The article presents data on the analysis of literature on the history, clinic, diagnosis and surgical treatment of lumbar spinal stenosis.

Keyword: lumbar stenosis, clinic, diagnosis, surgical treatment.

Термином «стеноз позвоночного канала» обозначается любой тип сужения центрального позвоночного канала, корешкового канала или межпозвоночного отверстия [17].

По мнению L. Dai и соавторы, наиболее частой причиной сужения позвоночного канала является сочетание прогрессирующего дистрофического процесса в межпозвонковых дисках, суставах и связках позвоночника с относительно малой вместимостью канала, обусловленной

врождёнными или конституциональными особенностями строения позвоночного столба (тел и дужек позвонков) [3].

Стеноз диагностируют, по данным различных авторов, у 5–65,2% больных с длительно существующими дегенеративными процессами в поясничном отделе позвоночника. С этой точки зрения можно стеноз рассматривать как одну из конечных стадий дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике.

В 1803 г. Portal впервые сообщил о сужении позвоночного канала вследствие патологического искривления позвоночника (причины — рахит и венерические заболевания). M.Sumita (1910) впервые описал клиническую картину поражения корешков конского хвоста при ахондроплазии, объяснив симптоматику врожденной узостью позвоночного канала [21].C.Elsberg (1913) и F.Kennedy с соавт.(1914) представили клинические наблюдения заболевания с невыясненной этиологией, сопровождающегося типичным проявлением перемежающейся хромоты, характерной для стеноза позвоночного канала [12].

В 50-70 х годах двадцатого столетия была опубликована серия статей H.Verbiest, в которых детально описана клиника поражения корешков конского хвоста при поясничном стенозе [23]. На основании большого оперативного опыта он установил наличие идиопатического костного стеноза поясничного отдела позвоночного канала, ввел понятие «стеноз развития», включающее сужение канала вследствие особенностей формирования и развития скелета к моменту завершения этого процесса и проявляющееся, главным образом, наличием укороченных и утолщенных дужек позвонков. H.Verbiest впервые ввел понятие «абсолютный» и «относительный» стеноз позвоночного канала и описал синдром «нейрогенной перемежающейся хромоты». Автор применил спондилометрию для измерения позвоночного канала.

Многочисленные классификации стеноза позвоночного канала основываются на анатомо- топографическом или этиологическом принципах.

Для практических целей целесообразно применение классификации, предусматривающей разделение стенозов с учетом анатомических особенностей и этиологических факторов [19].

I. По анатомическим критериям различают:

1) центральный стеноз — уменьшение расстояния от задней поверхности тела позвонка до ближайшей противоположной точки на дужке у основания остистого отростка (до 12 мм — относительный стеноз, 10 мм и меньше — абсолютный);

2) латеральные стенозы — сужение корешкового канала и межпозвонкового отверстия до 4 мм и меньше.

3) комбинированные стенозы.

II. По этиологии различают:

1) врождённый, или идиопатический, стеноз

2) приобретенный стеноз;

3) комбинированный стеноз — любое сочетание врождённого и приобретенного стенозов. Это наиболее распространённая форма стеноза.

Главной причиной приобретенного стеноза позвоночного канала служат дегенеративные изменения позвоночника (дегенеративный стеноз). Однако наиболее распространенной формой поясничного стеноза является комбинированный с сочетанием врожденных и приобретенных изменений. Обычно это идиопатический бессимптомный стеноз, усугубленный дегенеративными изменениями [22].

Основными причинами являются: оссифицированные грыжи межпозвонковых дисков (harddischerniation); деформирующий спондилоартроз с гипертрофией межпозвонковых суставов и образованием краевых остеофитов вокруг диска; гипертрофия и оссификация задней продольной связки (наиболее часто над выпавшим секвестром межпозвонкового диска); гипертрофия и оссификация желтой связки, спондилолистез дегенеративно-дистрофического генеза[19].

Передне-задний размер (сагитальный диаметр) позвоночного канала на поясничном уровне в норме составляет 15-20 мм, поперечный 26-30мм. При сагитальном диаметре от 10 до 15 мм могут возникать клинические проявления поясничного стеноза, однако чаще они проявляются при стенозировании до 12 мм. Стеноз менее 10 мм никогда не бывает бессимптомным, однако четкой корреляции между степенью стеноза и тяжестью клинических проявлений не существует [23].

Имеет значение уменьшение не только размера, но и площади позвоночного канала. Так, относительный стеноз — это уменьшение сагиттального размера канала до 12

мм, а его площади — до 100 мм^2. Абсолютный стеноз — это уменьшение сагиттального размера позвоночного канала до 10 мм и менее, а его площади — до 75 мм2 и менее (P. Guigui и соавт., 2002). Площадь позвоночного канала рассчитывают по формуле: S= A×B/2, где A — фронтальный размер позвоночного канала; B — сагиттальный размер позвоночного канала [20].

Неврологические проявления стеноза позвоночного канала мало изучены и недостаточно систематизированы.

Классической симптоматикой центрального поясничного стеноза является нейрогенная перемежающая хромота. Первое сообщение на эту тему сделал нидерландский нейрохирург H.Verbiest, начиная с 1949 года он опубликовал ряд работ посвященных поясничному стенозу, в которых проанализировал связи анатомических изменений позвоночного канал с характерной клиникой поражения корешков конского хвоста, определив ее как нейрогенную перемежающую хромоту (Claudicatiointermittens) [23]. Этот тип перемежающей хромоты проявляется в виде болей, онемения и слабости при ходьбе, или при длительном стоянии. Боли чаще двусторонние, нечетко локализованные, носят характер дизестезий, могут распространятся на всю конечность или выше или ниже колена. Боли появляются либо в пояснице, распространяясь, по мере продолжения ходьбы вниз по ногам, либо наоборот, возникает сначала в стопах, поднимаясь вверх. Иногда интенсивность болей столь велика, что заставляет больного садиться на уличные урны, а некоторые больные, не рассчитав длительности предстоящего пути, ложатся на тротуар. Для купирования нейрогенной хромоты больному обычно требуется не только прекратить ходьбу, но и одновременно принять специфическую позу с легким сгибанием ног в тазобедренных и коленных суставах с наклоном вперед, иногда сесть на корточки [2]. Часто больные испытывают затруднение при необходимости стоять прямо (постуральный вариант).

Нередко поясничный стеноз протекает с нарушениями функций тазовых органов. Описаны случаи, когда тазовые нарушения были единственным проявлением заболевания [19].

Первое сообщение сужения латеральной части позвоночного канала принадлежит Epstein и соавт., названная им как синдром «верхней фасетки». Стенозирование латерального рецессуса происходит за счет дегенеративной гипертрофии фасеточных суставов, при этом переднезадний размер позвоночного канала остается нормальным[5].

Стенозы латерального рецессуса и межпозвонкового отверстия в первую очередь проявляются болевым монокорешковым синдромом. Боли четко локализованные, нередко сочетаются с парезами определенных мышечных групп и выпадением рефлексов. В отличии от болей, вызванных грыжей диска, боли при стенозе имеют меньшую тенденцию к ослаблению в положении лежа, они не усиливаются при кашле и чихании, отсутствует «застывание» в определенной позе (например при умывании), менее выражен вертебральный синдром. Боли обычно носят постоянный характер, реже обостряются периодически. Таким образом для латерального стеноза характерны корешковые боли покоя. В отличие от большинства люмбоишиалгий, для латерального стеноза не характерны симптомы натяжения .

Некоторые авторы различают два типа латерального ущемления спинномозгового корешка. В стадии нестабильности подвижность верхнего суставного отростка вызывает повторяющиеся непостоянные ущемления корешка. Чаще такое динамическое ущемление возникает при повороте и разгибании в поясничном отделе. Второй постоянный тип ущемления наблюдается в стадии рестабилизации, при этом ущемление корешка постоянное и фиксированное.

Увеличение количества больных со стенозом позвоночного канала в первую очередь связано с внедрением в диагностику патологий позвоночника и спинного мозга таких современных методов, как компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. До этого времени диагноз стеноза позвоночного канала на протяжении многих лет устанавливался с помощью проведенияспондилографии.

Использование спондилометрических исследований не позволяют определить характер стеноза позвоночного канала и участия в формировании стеноза некостных структур.

Широкое применение в клинике для исследования стеноза позвоночного канала дисков нашел метод позитивной миелографии.

Однако, этот метод имеет ряд недостат-

ков – это частые осложнения: головные боли, тошнота также возникновение арахноидита. Ценность метода ограничена тем, что его информативность зависит от степени деформации дурального мешка, при отсутствии которого метод становится неинформативным. Также, миелография информативна при диагностике центральных поясничных стенозов, а диагностика латерального стеноза этим методом невозможна.

С появлением КТ и МРТ исследований применение инвазивных рентген контрастных методов диагностики стеноза позвоночного канала резко сократилось [16]. КТ и МРТ позволяют оценивать параметры центральной и латеральной части позвоночного канала с визуализацией мягкотканых образований и оценкой их участия в формировании стеноза. Оценивается передне-задний и поперечный размер канала, площадь поперечного сечения канала, толщина желтой связки, высота бокового рецессуса [13].

В дальнейших исследованиях были показаны преимущества магнитно- резонансной томографии (МРТ), позволяющей избежать лучевой нагрузки и получать изображение спинного мозга по всей длине без субарахноидального введения контрастирующих веществ, перед КТ при выявлении стеноза позвоночного канала, секвестров, изменений в желтых связках, в межпозвоночных суставах и дисках. Отмечено, что МРТ-изображение позвоночника лучше выявляет локальные дефекты спинного мозга, в том числе возникшие в результате сдавления его задней поверхности [6] .

Достоверные отличительные признаки врожденного и приобретенного стеноза позвоночного канала могут быть выявлены при сочетанном применении МРТ, позволяющей лучше визуализировать мягкотканые образования, и КТ, при которой более четко различаются костные структуры [4,6].

И все же, ни один из существующих методов не является универсальным в диагностике стеноза позвоночного канала. Необходим комплекс рентгенологических и других инструментальных исследований, построенный с учетом неврологических симптомов.

В настоящее время проблема хирургического лечения стеноза позвоночного канала очень широко освещена как в отечественной, так и в зарубежной литературе. Вместе с тем следует отметить, что имеются множество нерешенных вопросов в определении вида, объема и радикальности декомпрессии нервно-сосудистых образований, также стабилизации позвоночно-двигательного сегмента.

Проблема выбора тактики лечения поясничного стеноза, в частности хирургического, остается открытой. Большинство авторов считают необходимым проведения оперативного вмешательства в случаях прогрессирующего течения заболевания и отсутствия эффекта консервативного лечения на протяжении 3-6 мес.

При центральном стенозе основу хирургической тактики составляет ламинэктомия и удаление желтой связки на уровне стеноза. При уменьшении поперечного размера канала требуется дополнительно частичная резекция фасеточных суставов (медиальная фасетэктомия). При так называемом “некостном” стенозе, обусловленном преимущественно гипертрофией желтой связки, разработана методика гемиламинэкктомии с двусторонней лигаментотомией на суженном участке канала[9]. Латеральные стенозы в зависимости от конкретных особенностей компрессии корешка устраняют посредством декомпрессии корешкового канала в различном объеме (рецессотомия, фасетэктомия, удаление остеофитов) [9]. При стенозах корешкового канала адекватная декомпрессия предполагает проведение медиальной фасетэктомии при необходимости в сочетании с удалением остеофита края межпозвонкового диска. При фораминальном стенозе устранение корешковой компрессии обеспечивается гемиляминэктомией на этом уровне в сочетании с резекцией нижнего суставного отростка. В тех случаях, когда поясничный стеноз сочетается с грыжей межпозвонкового диска, адекватная декомпрессия предполагает удаление даже небольших размеров грыж дисков [8].

Ламинопластика – один из типов операций, предложенных при поясничном стенозе, получил наибольшее распространение в Японии. Она заключается в удалении остистого отростка, после чего производится отделение пластины от суставных отростков в их латеральной трети. Далее, после выполнения декомпрессии нервных корешков, комплекс устанавливается на место с помощью проволоки, проведенной

через заранее заготовленные отверстия в пластине, суставных и остистых отростках. Пластины дополнительно фиксируются костным трансплантатом. 73% отличных и хороших результатов при данной операции отмечал Matsui, однако длительный период реабилитации сдерживает широкое распространение этой методики [14].

В большинстве публикаций последних лет так и неудалось выявить четких показаний к проведению стабилизирующих операций после расширенных декомпрессивных операций.

Некоторые авторы рекомендуют проведение фиксации во многих случаях поясничного стеноза для профилактики развития листеза и нестабильности. В большинстве публикаций последних лет, показания к фиксации все более ограничиваются [8]. Создание дополнительных конструкций в позвоночном канале увеличивает риск осложнений и само по себе может сформировать вторичный ятрогеный стеноз[9,10].

Проведенные за последние годы исследования по сравнительной оценке эффективности хирургического и нехирургического методов лечения свидетельствуют о большей эффективности оперативного вмешательства.

Отдаленные результаты лечения примерно на 10% хуже ближайших. При центральном поясничном стенозе проявления клаудикации регрессируют примерно у 90% больных, несколько в меньшей степени подвержен регрессу люмбалгический синдром. При наличии тазовых нарушений, их полный регресс после операции отмечается лишь в 60% случаев [10].

A.Herno и соавт.[10,11] изучали влияние различных пред- и послеоперационных факторов на восстановление трудоспособности после хирургического вмешательства при поясничном стенозе. Было показано, что восстановлению трудоспособности способствуют такие факторы, как возраст менее 50 лет, длительность заболевания не более 2 лет, ламинэктомия ограниченная одним уровнем. Было также показано, что возраст пациента не оказывает влияние на результаты хирургического лечения, которые даже в группе лиц старше 80 лет не отличаются от данных в других возрастных группах. Сопутствующее ожирение и большая протяженность ламинэктомии определяют как факторы, способствующие худшим результатам лечения поясничного стеноза [10]. Отмечено, что результаты хирургической декомпрессии при поясничном стенозе несколько лучше среди пациентов мужского пола, у них же меньше риск развития спондилолистеза [15]. A.J. Caputy и J. Luessenhop [1] отмечают, что у 27% пациентов с поясничным стенозом на протяжении 5-летнего периода наблюдении после операции, наблюдается возобновление симптоматики стеноза. В 30% случаев это обусловлено рестенозом на оперированом уровне и в 30% наблюдений стеноз наблюдается на другом уровне. Согласно другим данным, рецидивы заболевания в ближайшие 10 лет после операции отмечаются от 6 до 28 % случаев, чаще у женщин[16].

P. Guigui и соавт. [7] считают, что основной причиной отрицательных результатов лечения является недостаточный радикализм (неадекватная декомпрессия нервных структур). Это может быть связано с отсутствием удаления грыжи диска на фоне поясничного стеноза или наоборот, также недостаточной декомпрессией корешка в области бокового рецессуса.

Резюмируя многочисленные литературные данные посвященные проблеме диагностики н лечения дегенеративного стеноза позвоночного канала, следует отметить диаметрально противоположную, порой, позицию исследователей на ряд обсуждаемых проблем. Не касаясь споров относительно природы и патогенеза дегенеративных синдромов, необходимо отметить, что даже в отношении интерпретации диагностических МРТ и КТсимптомов существуют взаимоисключающие толкования.

Вместе с тем следует отметить, что имеются множество нерешенных вопросов в определении вида, объема и радикальности декомпрессии нервно-сосудистых образований, также стабилизации позвоночно-двигательного сегмента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Caputy A.J., Luessenhop A.J. Evaluation of decompressive surgery for degenerative lumbar stenosis // J. Neurosurg. - 1992. - V. 77. - p. 669-676.

2. Chung C.T., Chou C.S., Ho Y.J., Lee S.K. Neurogenic intermittent claudication related to spinal stenosis. // Zhonghua Yi XueZaZhi (Taipei). -2000. -V.63. -N.11. -P.809-811.
3. Dai L, Xu Y. Lumbar spinal stenosis: a review of biomechanical studies.
4. // Chin Med Sci J. 1998 Mar;13(1):56-60.
5. Endo K, Suzuki H, Tanaka H, Kang Y, Yamamoto K. Sagittal spinal alignment in patients with lumbar disc herniation. Eur Spine J. 2010;19:435–438
6. Epsein J.A., Epstein B.S., Rosenthal R.C., Lavine S.L. Sciaitica caused by nerve root entrapment in the lateral recess: The superior facet syndrome // J. Neurosurg. - 1972. - V. 36. - P.584-589.
7. Eun SS1, Lee HY, Lee SH, Kim KH, Liu WC. MRI versus CT for the diagnosis of lumbar spinal stenosis. J Neuroradiol. 2012 May; 39(2):104-9
8. Guidui P., Vlivieri J.M., Lassale B. et al. Reoperations after surgical treatment of lumbar stenosis // Rev. Chir. orthop. - 1995 -V. 81. - P. 663-671.
9. Guiot B.H., Khoo L.T., Fessler R.G. A minimally invasive technique for decompression of the lumbar spine. Spine. 2002 Feb. 15;27(4):432–8.
10. Hansraj K.K., CammisaF.P.Jr, O'Leary P.F., Crockett H.C., Fras C.I., Cohen M.S., Dorey F.J. Decompressive surgery for typical lumbar spinal stenosis. Clin. Orthop. 2001 Mar.;(384):10–7.
11. Hee H.T., Wong H.K. The long–term results of surgical treatment for spinal stenosis in the elderly. Singapore Med. J. 2003 Apr.; 44(4):175–80.
12. Herno A., Airaksinen O., Saari T. et al. Pre- and postoperative factors associated with return to work following surgery for lumbar spinal stenosis // Amer. J. industr. Med. - 1996. -V. 30. - P. 473-478.
13. Kennedy F., ElsbergC.A.,Lambert C.A. A peculiar undiscribed disease of the nerves of the cadaequina // Amer. J. med. Sci. - 1914. - V. 147. - P. 645-667
14. Malghem J., Willems X., Vande Berg B., Robert A., Cosnard G., Lecouvet F. Comparison of lumbar spinal canal measurements on MRI and CT J Radiol 2009 ; 90 : 493-497
15. Matsui H1, Kanamori M, Ishihara H, Hirano N, Tsuji H. Expansive lumbar laminoplasty for degenerative spinal stenosis in patients below 70 years of age. Eur Spine J. 1997; 6(3):191-6.
16. McCullen G.M., Bernini P.M., Bernstein S.H. Clinical and roentgenographic results of decompression for lumbar spinal stenosis // J. Spinal Disord. - 1994. - V. 7. - P. 505-517
17. O'Connell M.J., Ryan M., Powell T., Eustace S. The value of routine MR myelography at MRI of the lumbar spine. ActaRadiol. 2003 Nov.;44(6):665–72.
18. Porter R.W. Spinal stenosis in the central and root canal // Lumbar Spine and Back Pain. - New York, 1987. - P. 383-400.
19. Snyder D.L., Doggett D., Turkelson C. Treatment of degenerative lumbar spinal stenosis. Am. Fam. Physician. 2004 Aug. 1;70(3):517–20
20. Stephen I. Textbook of spinal disorders. - Philadelphia, 1995. - P. 215-227.
21. Stoll T.M., Dubois G., Schwarzenbach O. The dynamic neutralization system for the spine: a multi-center study of a novel non-fusion. Eur. Spine J. 2002 Oct.;11Suppl 2:S170–8. Epub. 2002 Sep. 10.
22. Sumita M. BeitragezurLehre von der Chondrodystrophiafoetalis and Osteogenesis imperfecta mitbesondererBerucksichtigung der anatomischen and clinischen Differential Diagnose // Dtsch. Z. Chir. - 1910. - Bd. 107. - S. 1-110.
23. Velan G.J., Currier B.L., Clarke B.L., Yaszemski M.J. Ossification of the posterior ligament in vitamin D-Resist. Report and Review of literature // Spine. - 2001.-V.26.-N.5.-P.558-566.
24. Verbiest H. Stenosis of the lumbar vertebral canal and sciatica // Neurosurg. Rev. - 1980. - V. 3. - P. 75-89.

УДК:616.211-008.8-006.5-07

РОЛЬ ОНКОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Авезов М.И., Рахимов А.П.,Юсупов Д.Д.

(Ургенчский филиал ТМА)

На сегодняшний день хронический риносинусит во многих странах является одним из самых распространенных заболеваний среди всех хронических болезней человека.

Поиск новых подходов к ранней диагностике и своевременному медикаментозному лечению полипозного риносинусита является актуальным не только из-за частого рецидивирования заболевания, но и из-за большой распространенности этого заболевания.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, этиология, диагностика, онкомаркер, лечения.

ПОЛИПОЗ РИНОСИНУСИТЛАРНИ ТАШХИСЛАШДА ОНКОМАРКЕРЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)

Бугунги кунда сурункали риносинусит кўпгина давлатларда инсонлардаги мавжуд бўлган сурункали касалликларининг бири хисобланмокда.

Касалликни эрта ташхислаш ва консерватив даволаш муолажаларининг кўплигига карамасдан, кўп холларда касалликнинг яна қайталаниши кузатилмокда. Шунинг учун сурункали риносинусит касалликнинг кетиш механизмини чуқур ўрганишни тақозо этади.

Калит сўзлар: полипоз риносинусит, этиология, ташҳислаш, онкомаркер, даволаш.

THE DIAGNOSTIC ROLE OF ONCOMARKERS IN DIAGNOSTICS OF POLYPOSE

Today in a lot of countries, the chronic rhinosinusitis is one of the most widespread diseases among all chronic illnesses of the person.

Search of new approaches to early diagnosis and well-timed medicamental treatment of PRS is actual not only by his frequent relapsing, but also because a big prevalence of this disease.

Key words: polyposis rhinosinusitis, etiology, diagnostic, oncomarker treatment.

Полипозный риносинусит (ПРС) – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, состоящих преимущественно из отечной ткани, инфильтрированной эозинофилами [33].

Пристальный интерес оториноларингологов к хроническому полипозному риносинуситу объясняется широкой распространенностью этой патологии и склонностью к рецидивированию. Проблема лечения полипозных риносинуситов остается до настоящего времени одной из актуальных и трудноразрешимых в оториноларингологии. Частота полипозных риносинуситов имеет четкую тенденцию к росту, удельный вес в структуре заболеваемости ЛОР-органов составляет 5-25% [29,10]. Частота встречаемости ПРС сильно варьирует по мнениям разных авторов. Среди пациентов, обращающихся к оториноларингологу в поликлинике, ПРС отмечается у 12-13%, а в ЛОР-стационарах он встречается - у 20-30% больных [42]. По мнению Лопатина А.С. больные с ПРС составляют лишь 5% среди всех пациентов ЛОР-кабинетов поликлиник, а 4% наблюдаются у аллерголога [33].

В нашей Республике показатель обращаемости по поводу этого заболевания в поликлинике крупного промышленного города колеблется от 1,5 до 13,1 на 10000 взрослого населения. Однако в большинстве поликлиник колебания этого показателя были несущественны – от 4,5 до 7,1 и в среднем составили 5,1 на 10000 населения [36]. Полипозные этмоидиты составляют 34,6% всех синуситов, 67% больных – мужчины, в основном старше 40 лет [39].

ПРС встречаются в основном у больных старше 30 лет. Однако в последнее время возросло количество детей с полипами носа [2].

На сегодняшний день предложено мно-

жество теорий этиологии и патогенеза ПРС, но ни одна теория не может полностью объяснить механизм формирования этого заболевания.

В качестве одной из ведущих теорий возникновения ПРС, традиционно рассматривается аллергическая теория [14, 35].

Также весьма популярна «полиэтиологическая теория» развития ПРС, встречающейся у лиц, предрасположенных к специфической тканевой реакции [40,36].

По этой теории формирование носовых полипов происходит в сочетании двух факторов: эндогенного и экзогенного. Эндогенные факторы могут быть врожденными или приобретенными и локализоваться на уровне систем, органов, на клеточном и субклеточном уровнях, могут встречаться как изолированно, так и в комплексе.

Также в происхождении ПРС имеют значение аутоиммунные процессы. В слизистой оболочке носа под влиянием антигенных субстанций экзогенных факторов формируются качественно новые тканевые комплексные аутоантигены, приобретающие в больном организме патогенные свойства, в сыворотке крови у больных ПРС обнаруживаются антитела к антигену нормальной слизистой оболочки полости носа [37], а также выявляется гиперчувствительность к антигену слизистой оболочки полости носа у 41,2% больных [38].

Однако, на последних Международных консенсусных конференциях ученые разных стран сошлись на мнении что ПРС – это хроническое продуктивное Th-2-зависимое эозинофильное воспаление, приводящее к ремоделированию слизистой оболочки носа, её отёку с последующим пролапсом слизистой оболочки, десквамации эпителия и формированием носовых полипов [13,15]

Проявление агрессии инфицирующего агента возможно только при условии, если он сможет преодолеть первый надэпителиальный эшелон защиты, представленный в основном неспецифическими механизмами иммунной системы. В дальнейшем наступает активация следующих эшелонов защиты [18,30].

Одним из механизмов выброса медиаторов воспаления, а именно гистамина, триптазы, простагландина D2, лейкотриенов (B4 и C4) и кининов, является дегрануляция тучных клеток, расположенных в подслизистом слое слизистой оболочки носа. Этот процесс запускается в результате связывания аллергена с аллерген-специфическим IgE и фиксации последнего на его рецепторах [34]. Одним из стимуляторов дегрануляции тучных клеток, а также экспресии сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) в эпителиальных клетках и синтеза интерлейкинов и TNF-a является бактериальный эндотоксин, или липополисахарид грамотрицательных бактерий, что выступает за подтверждение полиэтиологической теории [11,23].

Наибольший интерес из маркеров нарушения биологических процессов на клеточном уровне представляют VEGF, p53, ЭФР [6,21,32]. Эти белки являются частью системы восстановления подачи кислорода к тканям, при недостаточной циркуляция крови, стимуляции миграции моноцитов/макрофагов. Важно отметить, что содержание указанных факторов можно измерять не только в клетках, но и в биоптатах, а также в жидких средах организма (сыворотка и плазма крови), что, несомненно облегчает их диагностику [32].

Начато изучение различных маркеров нарушения биологических процессов, как предрасполагающих факторов развития ПРС [1,11,21,27,27].

VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor, эндотелиальный фактор роста сосудов) - один из членов семейства структурно близких между собой белков, которые являются лигандами для семейства рецепторов VEGF.

Нормальные функции VEGF-A - это создание новых кровеносных сосудов в эмбриональном развитии или после травмы, усиление роста мышц после физических упражнений, новых сосудов (коллатерального кровообращения) [8].

За последние 15 лет стало известно, что ключевым регулятором неоангиогенеза является фактор роста эндотелия сосудов (VEGF/VEGF-A/VPF), белок, индуцирующий активный рост клеток эндотелия и формирование новых капилляров. [8,31].

Исследование концентрации VEGF при назальных полипозах имеет большое значение в диагностике и контроле рецидивирования, так как отек слизистой оболочки носа усугубляется сосудистым эндотелиальным фактором роста белковой природы (VEGF), синтезируемым изначально эндотелиоцитами кровеносных сосудов, а в дальнейшем при полипозном риносинусите - стимулированными фибробластами и эозинофилами. Следует отметить, что

сосудорасширяющий эффект у VEGF в 50000 раз выше, чем у гистамина [17,22].

Изучение VEGF имеет большие перспективы для диагностики и прогнозирования исхода ПРС [3,11].

Белок p53 – это транскрипционный фактор, регулирующий клеточный цикл, он выполняет функцию супрессораобразования злокачественных опухолей, соответственно является онкомаркеромиэкспрессируется во всех клетках организма [41].

При отсутствии повреждений генетического аппарата белок p53 находится в неактивном состоянии, а при появлении повреждений ДНК активируется [4]. Результатом активации p53 является остановка клеточного цикла и репликации ДНК; при сильном стрессовом сигнале – запуск апоптоза [41].

Одним из стимулов активации медиатора апоптоза белка p53 является гипоксия, которая неизбежна при длительном течении ПРС вследствие обтурациипоости носа полипами и полипозно измененной слизистой оболочкой полости носа, что делает его интересным для изучения [16,21]. Вместесоспособностьюр53 активироваться в ответ на гипоксию, p53 может защищать организм от роста опухоли – активировать апоптоз или остановку клеточного цикла [12].

Эпидермальный фактор роста (ЭФР) такжеиграет важную роль в регуляции обменных и восстановительных процессов. Присутствует в клетках всех тканей организма, регулирует рост клеток [25].

В нормальных условиях содержание факторов роста в организме человека относительно невелико и стабильно. Но при каких-либо повреждениях, возрастает количество рецепторов, чувствительных к ЭФР, благодаря этому повышается его концентрация [5,7,21].

ЭФР управляет ростом клеток эпителия, эндотелия и фибробластов, улучшает пролиферацию тканей. Биологический эффект ЭФР включает залечивание слизистой оболочки дыхательных путей, рта и желудочно-пищеводного отдела, изоляцию стенок желудка от кислоты, содержащейся в желудочном соке, а также стимуляцию синтеза ДНК [24]. EGF продуцируется тромбоцитами, макрофагами, кератиноцитами и усиливает пролиферацию фибробластов, клеток эндотелия и кератиноцитов [25].

Гиперплазия и гипертрофия ацинарных клеток может играть важную роль в гиперсекреции слизи в слизистой оболочке полости носа. Предполагают, что эпидермальный ростовой фактор (EGF) и рецептор EGF вовлечены в пролиферацию железистых клеток подслизистого слоя, поскольку у пациентов с хроническим риносинуситом происходит увеличение иммунореактивности рецептора EGF в железистых клетках подслизистого слоя [19].

ЭФР действует путем связывания с рецептором эпидермального фактора роста на поверхности клеток, после чего стимулирует активность внутриклеточных тирозинкиназ, что в конечном итоге приводит к делению клетки [24].

В результате деление клеток в присутствии ЭФР происходит быстрее, чем деление клеток без него, что особенно это заметно в опухолях и опухолеподобных образованиях [20].

Исходя из большого количества теорий этиопатогенез ПРС так и остается не изучен полностью. Выявление опухолевых маркеров, изучение их роли в патогенезе полипозных синуситов и, соответственно, диагностической ценности при назальном полипозе определенно имеет большое значение на современном этапе развития медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ahmed S.K., Williams J.L. Angiogenesis and cell proliferation in nasal polyposis // Clinical Otolaryngology, 2008,Volume 33, Issue 3, p. 303.;
2. Bolt R. J., de Vries N., Middelweerd R. J. Endoscopic sinus surgery for nasal polyps in children: Results // Rhinology. - 1995. - v. 33. - № 3. - P. 148 - 151.
3. Cho S.H., Lee S.H., Kim K.R. et al. Expression and distributional patterns of the inhibitor of apoptosis protein family and caspase 3 in nasal polyps // Arch. Otolaryngol. Head Neck. 2008. - V.134,- № 3. - p.316-321;
4. Dameron K.M., Volpert O.V., Tainsky M.A., Bouck N. Control of angiogenesis in fibroblasts by p53 tumor- suppressor gene // Science.1994, Vol. 265, P. 1582-1584.

5. Dvorak B. Epidermal growth factor and necrotizing enterocolitis // Clinics in perinatology, 2004, Vol. 31(1), P. 183–192;

6. Einchorn M.E., Kleespies A., Angele M.K. Angiogenesis in cancer: molecular mechanism, clinical impact // Langenbecks Arch. Surg. – 2007, Vol. 392 (2), P. 371-379;

7. Falanga V., Eaglestein W., Bucalo B. et al. Topical use of human recombinant epidermal growth factor (h-EGF) in venous ulcers // J. Derm.Surg. Oncol. – 1992. – V.18. - P604–606.

8. Ferrara N. Molecular and biological properties of vascular endothelial growth factor // J Mol. Med. 1999, Vol.77, P. 527-534.

9. Ferrara N. The role of VEGF in the regulation of physiological and pathological angiogenesis // EXS, 2005, Vol. 2(94), P. 209-213.

10. Filiaci F., Passali D., Puxeddu R. et al. A randomized controlled trial showing efficacy of once daily intranasal budesonide in nasal polyposis // Rhinology. 2000. - Vol. 38(4). P.I85-190

11. Goserpath J., Mann W. The role of vascular endothelial growth factor and vascular permeability factors (VEGF/VPF) in nasal polyps // International Consensus on Nasal Polyposis, Update 2006, 12 p.

12. Graeber, T.G., Osmanian, C., Jacks, T., Housman, D.E. et al.Hypoxia-mediated selection of cells with diminished apoptotic potential in solid tumours // Nature, 1996, Jan Vol. 379(6560), P. 88-91

13. Huvenne W., Bruaene N.van., Zhang N. et al. Chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps: what is the difference? // Curr. Allergy Asthma Rep., 2009, Vol.9, № 3, P. 213-220.

14. Iwens P., Clement A.R. Sinusitis in allergic patients // Rhinology. 1994: Vol.32(2); P. 65-67

15. Kagan J., Su T., Horng T. et al. Tram couples endocytosis of Toll-like receptor 4 to the induction of interferon-b // Nature Immun, 2008, Vol.9, № 4, P. 361-368.

16. Kupper D.S., Fabiana C.P. Expression of apoptosis mediators p53 and caspase 3, 7, and 9 in chronic rhinosinusitis with nasal polyposis // American Journal of Rhinology & Allergy 2014, Vol. 28, No. 3 p. 187-191;

17. Kurono, Y. The role of cytokines in eosinophils infiltration into nasal polyps // Российскаяринология. – 2006. - №2. – С.30-31;

18. Lane A.P., Truong-Tran Q.A., Myers A. et al. Serum amyloid, properdin, complement 3 and Toll-like receptors are expressed locally in human sinonasal tissue // Am. J. Rhinol., 2006, Vol. 20, № 1, P. 117-123.

19. Lee HM, Choi JH, Chae SW, et al. Expression of epidermal growth factor receptor and its ligands in chronic sinusitis // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. - 2003. - V.112. - P.132– 138.

20. Memon A.A., Sorensen B.S., Meldgaard P. The relation between survival and expression of HER1 and her2 depends on the expression of HER3 and HER4: A study in bladder cancer patients// Br J Cancer, 2006, Vol. 94, №11, P. 3-9.

21. Mumbuc S., Karakok M., Baglam T. et al. Immunohistochemical analysis of PCNA, Ki67 and p53 in nasal polyposis and sinonasal inverted papillomas // J. Int. Med. Res. 2007. - V.35. - № 2. - p.237-241.

22. Park S.K., Kim H.I., Yang Y.I. Roles of vascular endothelial growth factor, Angiopoietin 1, and Angiopoietin 2 in nasal polyp // Laryngoscope. -2009. V. 119. - N2. - P. 409-413.

23. R.Pawankaret all. Rhinosinusitis: developing guidance for clinical trials // Otolaryngology-Head and Neck Surgery 135 (5), 2006, p31-38;

24. Randerson-Moor J.A., Gaut R., Turner F. The relationship between the epidermal growth factor (EGF) 5'UTR variant A61G, and melanoma/nevus susceptibility // J Invest Dermatol., 2004, Vol. 123, P. 755-759.

25. Rotterud R., Nesland J.M., Berner A. Expression of the epidermal growth factor receptor family in normal and malignant urothelium // BJU Int., 2005, Vol. 95(9), P.1344-1350

26. Авезов М.И. Эпидермальный фактор роста и его роль в диагностике полипозного риносинусита // Журнал теоретической и клинической медицины. -Ташкент, 2013. № 5.-С.128-131

27. Авезов М.И., Джаббаров К.Д Диагностическая ценность белка p53 при полипозном риносинусите // Клиник тиббиёт журнали, 2013 №6, стр107;

28. Авезов М.И., Джаббаров К.Д Изменения эндотелиального фактора роста сосу-

дов (VEGF) при полипозном риносинусите. // Клиник тиббиётжурнали, 2013 №5, стр128

29. Арефьева Н.А. Иммунологические аспекты формирования носовых полипов // Рос. ринология- 1994. №2. - С. 30-31

30. Волков А.Г., Трофименко С.Л. Хронические полипозные риносинуситы: вопросы патогенеза и лечения. - Учебное пособие. 2007, Ростов-на-Дону, 48 с.,

31. Герштейн Е.С., Кушлинский Н.Е. Биологические маркеры рака молочной железы: методологические аспекты и клинические рекомендации // Маммология, 2005, №1, С.65-69.

32. Кадагидзе З.Г., Шелепова В.М. Опухолевые маркеры в современной клинической практике // Вестник Московскогоонкологическогообщества, 2007, №1, С.56-59.

33. Лопатин А.С. Современные теории патогенеза полипозного риносинусита // Пульмонология. 2003. - № 5. - С. 110 - 116.

34. Лопатин А.С., Гущин И.С., Емельянов А.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита // Consiliummedicum. — 2001. — Т. 4, №7. — С. 33-44.

35. Младина Р., Шубарик М., Юрлина М. и др. Международный консенсус по полипозному риносинуситу 2002-2004 // Российская ринология-2005.-№4.- С.4-5.

36. Муминов А.И., Плужников М.С., Рязанцев С.В. Полипозные риносинуситы // Ташкент: Медицина, 1990. - 151 с.

37. Прозоровская К.Н., Ляликова Г.В., Леонтьева Т.Н., Иммуноглобулин сыворотки крови и отделяемого из полости носа при ультразвуковой этмоидотомии в сочетании с внутриполостной магнитотерапией у больных хроническим полипозным этмоидитом // ВОРЛ, 1988, №2, С.25-27.

38. Пухлик С.М. Особенности вегетативных нарушений у больных аллергическим ринитом // Российская ринология, 1999, № 1, с. 91.

39. Расулова А.К., Джаббаров К.Д., Маматова Т.Ш. Современное лечение полипозных этмоидитов // Материалы практич.конф. «Актуальные проблемы науки и практики в оториноларингологии», Ташкент 2008, С.107-110.

40. Рязанцев С.В. Полипозные риносинуситы у больных с бронхообструктивным синдромом: Автореф. Дисс. Докт. Мед. Наук. Л., 1991, 28с.

41. Чумаков П.М. Функция гена р53: выбор между жизнью и смертью // Биохимия, 2000, том 65, вып. 1, С.34-47.

42. Ярлыков С.А., Шагова В.С., Ярлыков А.С. Некоторые иммунологические показатели у больных полипозным риносинуситом // ВОРЛ, 1993. - №5-6. - С.20-22.

УДК: 616.-0125;46

РАНЕВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ахмедов А.И., Турсуметов А.А.

(ТашПМИ)

Авторами представлен обзор литературы ведущих учёных посвяшенный раневым осложнениям после аллогерниопластики послеоперационных грыж и их профилактики.

Ключевые слова: грыжи, операции, аллогерниопластика.

ЧУРРАЛАРНИ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЯРАЛИ АСОРАТЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Муаллифлар томонидан чурраларни аллогерниопластика операциядан кейинги ярали асоратлари ва уларнинг профилактикаси бўйича етакчи олимларнинг илмий изланишлари бўйича адабиётлар шархи келтирилган.

Калит сўзлар: чурралар, операциялар, аллогерниопластика.

WOUND COMPLICATIONS AFTER ALLOGERNIOPLASTIKI OF POSTOPERATIVE HERNIAS AND THEIR PREVENTION

Authors submitted the review of literature of the leading scientists devoted to wound complications after allogernioplastiki of postoperative hernias and their prevention.

Key words: hernias, operations, allogernioplastika.

Хирургическое лечение больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) остается актуальной проблемой, имеющей не только научно-практическое, но и важное социально-экономическое значение [23]. Внедрение в хирургическую практику сетчатых полимерных протезов в лечении ПОВГ уменьшило количество рецидивов, но привело к увеличению частоты раневых осложнений [29]. Исследователи отмечают, что раневые осложнения наблюдаются как при использовании различных видов эндопротезов (полипропилен, политетрафторэтилена), так и при различных способах их расположения (onlay, sublay, inlay, intraabdominal) в тканях [37]. Наиболее часто встречаются серома, инфильтрат, длительная экссудация из раны, реже нагноение, краевой некроз кожи, инфаркт подкожной клетчатки, свищи, киста имплантата, гранулёмы, миграция полипропиленовой сетки [43].

В серии из 52 операций, выполненных британскими хирургами [30] с использованием различных методик расположения протеза, раневые осложнения возникли у 34,6% пациентов. Даже декларируемая в качестве «золотого стандарта» «французская техника» лечения ПОВГ с интраперитонеальным субмускулярным расположением сетчатого протеза (методика Stoppa-Rives) также сопровождается развитием инфекции в ране, в том числе – полостей, сопровождающихся формированием кишечных свищей и требующих удаления протеза [27]. И дело здесь даже не в том, что удаление инфицированной сетки в подавляющем большинстве случаев ведет к рецидиву ПОВГ, а в том, что развитие инфекции в ране может носить характер глубокой и полостной, проявляясь, в частности, в виде лигатур и кишечных свищей [30]. Частота раневых осложнений после протезирующей пластики брюшной стенки в лечении ПОВГ составляет от 21% [39] до 67% [13]. По данным литературы, у исследователей отмечается неоднозначное отношение к раневым осложнениям после протезирующей пластики. Считается, что микроорганизмы, вегетирующие на коже передней брюшной стенки, играют ключевую роль в возникновении инфекционных осложнений при протезирующей пластике [40], хотя инфицирование сетчатого протеза может произойти, и при вскрытии полого органа во время конвенциональной или лапароскопической операции по поводу ПОВГ [46]. Л.Е. Славин с соавт. (2005) считают, что инфицирование зоны расположения эндопротеза происходит за счет проникновения бактерий из подкожно-жировой клетчатки по лигатурам, которые фиксируют синтетический протез.

Известно, что серома представляет собой неспецифическую воспалительную реакцию на протез и механическую или химическую травму тканей [7]. Частота сером при ПОВГ достигает 30,3%, но может значительно варьировать в зависимости от метода определения наличия серомы. По клиническим данным частота сером будет невысокой, а при применении УЗИ может достигать 100%. При этом небольшое количество жидкости в области протеза выявляется практически у всех пациентов на 5-7 день.

Ряд авторов также отмечает, что частота сером по данным УЗИ может колебаться от 35% до 100% [1]. Основной причиной образования сером является наличие раневой полости и сетки в ней, как инородного тела [20]. При этом любые физические усилия способствуют возникновению трения тканей о сетку. Некоторые авторы считают одной из причин формирования сером контакт эндопротеза с подкожно-жировой клетчаткой и предлагают различные способы изоляции эндопротеза[2]. Другие авторы связывают серомы только с обширной мобилизацией подкожно-жировой клетчатки и не считают следствием реакции на эксплантат [11]. С. Ю. Пушкин с соавт., (2011) показали, что причиной образования остаточных полостей в подкожно-жировой клетчатке и появления в них скопления жидкости - экссудата является нарушение кровоснабжения глубоких слоев (ниже поверхностной фасции), вследствие ее значительной отслойки от апоневроза и отсутствие ее плотного при-

лежания к нему после операции. Следует отметить, что полостные образования в подкожно-жировой клетчатке наблюдаются как при протезирующей пластике, так и после пластики собственными тканями. Поэтому авторы считают, что связывать их появление только с протезированием и применением технологии onlay нет никаких оснований.

Многие авторы изучали факторы риска возникновения послеоперационных осложнений при протезировании брюшной стенки, которые в различных исследованиях носят противоречивый характер. Статистически значимыми факторами риска возникновения осложнений в послеоперационном периоде как общих, так и местных являются ожирение, сахарный диабет, гипертония, наличие лигатурных и кишечных свищей, два грыжесечения в анамнезе, три ранее выполненных операции в брюшной полости, пребывание в больнице 14 дней и более, размер грыжевого дефекта 300 см2 и использование для пластики аутотрансплантата [42]. Одним из возможных путей профилактики раневых осложнений при протезирующей пластике передней стенки живота, является создание максимально благоприятных условий для быстрого «вживления» синтетических материалов[16]. Этой цели может послужить некий биологический материал, являющийся своеобразным «амортизатором» в процессе контакта имплантата и тканей организма. Являясь внешним слоем эндопротеза, биологический материал первый формирует иммунный ответ организма реципиента, и, подвергаясь в последующем деструкции, стимулирует местные репаративные процессы и способствует ускорению сроков прорастания синтетических материалов грануляционной тканью. Ряд авторов для этих целей [45] применили амниотическую оболочку, культуральные фибробласты, препараты коллагена, целлюлозы, силикона, биодеградируемые бактериальные полимеры. Все это способствует значительному снижению вероятности местных осложнений [3]. Парфенов И.П. с соавт., (2011) в эксперименте применили TachoComb R., который в комбинации с полимерной сеткой способствовал сравнительно раннему стиханию экссудативных воспалительных изменений.

В настоящее время большинство авторов считают, что профилактика раневых осложнений при эндопротезировании должна быть основана на эффективном дренировании зоны пластики и эндопротеза. В качестве основного способа профилактики нагноения раны рекомендуется своевременное удаление раневой жидкости [44]. У пациентов с неосложненным течением послеоперационного периода контроль над раневым процессом можно ограничить при помощи УЗИ с цветным допплеровским картированием и при помощи цитологического метода, а 5-8 сутки являются оптимальным сроком для удаления дренажей из подкожной клетчатки [19]. Ряд исследователей акцентируют внимание на способах дренирования раны после эндопротезирования и подвергают критике метод Редона с применением дренажа «гармошки», поскольку данное устройство не обеспечивает контроль над степенью разрежения, не исключает обратный «заброс» отделяемого и контакт стерильного внутреннего просвета дренажа с внешней средой при опорожнении резервуара. Предлагается низковакуумное активное дренирование раны с помощью специальных систем, которые поддерживают равномерное и постоянное разрежение по всей длине дренажа, сочетающееся с герметичностью и стерильностью [13]. Другие исследователи доказывают, что различные варианты дренирования раны после протезирующей пластики не влияют на частоту раневых осложнений [28]. Изучение эффективности дренирования по данным ультразвукового исследования при протезировании брюшной стенки по поводу ПОВГ показали, что при динамическом исследовании после удаления дренажа, свободной жидкости и жидкостных скоплений не было выявлено только у 44% больных. У 27,4% больных над сетчатым протезом были выявлены жидкостные образования или свободная жидкость, что потребовало пункционного вмешательства [25].

Вопрос о месте дренирования в профилактике сером является спорным. В случае инфицирования серомы, дренаж может оказаться основным источником развития инфекции при аллопластике ПОВГ [34], т.е. не только не отвечает цели их установления, но и способствует развитию инфекции в области хирургического вмешательства [35]. Дренаж служит входными воротами для инфекции, не оказывает влияния на воспалительную реакцию, являющуюся следствием операционной травмы. Ис-

следователи отмечают, что дренирование раны с дебитом отделяемого более 500 мл в день на протяжении первой недели приводит к тяжелой гипопротеинемии, общим отекам и нарушениям электролитного баланса. Авторы рекомендуют дренировать рану по Редону не более одних суток, не использовать пассивные дренажи и отдают предпочтение одномоментному опорожнению путем пункции или непосредственно через рану. Ряд авторов [18] также ставят вопрос об отказе дренирования раны при надапоневротическом расположение эндопротеза, поскольку считают, что существует высокий риск инфицирования. При этом 30-40% оперированных больных нуждаются в пункционной эвакуации под контролем УЗИ в течение 30-60 суток послеоперационного периода.

Таким образом, по данным литературы показания к дренированию операционных ран, виды и сроки дренирования носят неоднозначный характер.

Одним из основных способов профилактики инфекционных осложнений является антибиотикопрофилактика. Применение антибиотиков в периоперационном периоде статистически значимо уменьшает частоту нагноения ран при лечении ПОВГ [26]. Кроме антибиотикопрофилактики, ряд авторов доказывает преимущества применения биологически активного (антимикробного) шовного материала при хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки [14]. В литературе есть указания на перспективность применения полипропиленового эндопротеза из монофиламентных волокон, покрытого биополимером с импрегнированным в него антибиотиком цефалоспоринового ряда [17]. Тем не менее, на сегодняшний день отсутствует единое мнение о целесообразности антибиотикопрофилактики при хирургическом лечении ПОВГ и пути ее проведения. Высказываются, что антибиотикопрофилактика не влияет на частоту развития инфекции в ране при аллопластике ПОВГ [34], и имеются противоположные мнения, что антибиотикопрофилактика существенно и достоверно снижает риск развития инфекции в ране [41].

С целью профилактики раневых осложнений и улучшения процессов интеграции эндопротеза в ткани ряд авторов предлагают различные физико-химические методы воздействия на рану в периоперационном периоде. Доказана эффективность применения низкоинтенсивного лазерного излучения через дренаж в зоне имплантата у пациентов в периоперационном периоде [5], и положительное влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на заживление ран [9], сеансы облучения передней брюшной стенки в области операционной раны через повязку с помощью инфракрасного лазера и отсутствие гнойных осложнений[6]. Ряд исследователей предлагают проводить обработку раны низкоэнергетической воздушно-плазменной струей в режиме NO-терапии, озоном и гипохлоритом натрия [10], уделяют внимание иммунологическим расстройствам и их коррекции у пациентов с вентральными грыжами для профилактики послеоперационных осложнений [21]. В настоящее время проводятся исследования по изучению интеграции эндопротезов в ткани с применением клеточных технологий, целью которых является оптимизация раневого процесса и прорастания сетчатых протезов, а также снижение осложнений в послеоперационном периоде. Ю.С.Винник с соавт., (2011) в экспериментальном исследовании доказывают преимущества применения полипропиленового эндопротеза, покрытого биодеградируемым биополимером по сравнению с полипропиленовыми и композитными эндопротезами. Предлагается применение аллогенных эмбриональных фибробластов при протезировании брюшной стенки [8], технология интраоперационного покрытия сетчатых эндопротезов аутологичными белково-тромбоцитарными оболочками, для получения которых используется плазма пациентов [20].

Одним из традиционных направлений профилактики раневых осложнений является уменьшение травматичности оперативного вмешательства.

С.Г. Григорьев с соавт., (2012) разработали способ пластики без удаления грыжевого мешка, при этом вскрывают только переднюю стенку грыжевого мешка для входа в брюшную полость, применяют интраабдоминальную пластику и стенками грыжевого мешка укрывают поверхность имплантата. В.В. Паршиков с соавт., (2008) предлагают оригинальный способ бесшовной фиксации эндопротеза [15]. После вскрытия грыжевого мешка выполняют мобилизацию грыжевых ворот со стороны брюшной полости без обработки со стороны раны и отсепаровки клетчатки

от апоневроза. Эндопротез фиксируют в тканях брюшной стенки, используя предварительно выкроенные по периметру эндопротеза полоски, проводя их через брюшную стенку с помощью специального троакара.

В литературе есть указания на значение применение ультразвукового скальпеля [12] высоко- и низкоинтенсивного лазера [9], которые в сравнении с традиционной высокочастотной коагуляцией сопровождается уменьшением объема раневого отделяемого по дренажам и менее выраженными патологическими изменениями в прилегающих тканях. Другим направлением в профилактике раневых осложнений является фиксация подкожно-жировых лоскутов и ликвидация остаточных полостей в клетчатке. Ряд авторов фиксируют подкожную клетчатку при ушивании раны к зоне расположения протеза [9], подкожно-жировые лоскуты фиксируют к апоневрозу с помощью встречных непрерывных идущих поперек длинника раны швов. По мнению авторов, способ нивелирует пространство между клетчаткой и апоневрозом, что препятствует скоплению экссудата и кровяных сгустков, формированию сером и нагноению послеоперационной раны. Тем не менее, авторы первым этапом дренируют рану, а затем используют предложенный способ ушивания. Другие авторы для ликвидации полостей в подкожно-жировой клетчатке предлагают наложение П-образных амортизирующих швов перпендикулярно оси раны через кожу и подкожную клетчатку с отступом от края кожной раны на 5-7 см и завязыванием нити на марлевых шариках [24], которые позволяют снизить риск раневых осложнений. В литературе есть указания на эффективность применения различных клеевых композиций для фиксации подкожно-жировых лоскутов: фибринового клея [30], медицинского полимерного наноклея [33]. Ряд авторов рекомендуют использование талька при закрытии ран после протезирующей пластики со значительной отслойкой подкожно-жировых лоскутов. Применение талька приводит к более раннему удалению дренажей, снижению частоты раневых осложнений, в том числе и сером, и уменьшению ранних рецидивов грыж [31]. С целью иммобилизации раны после эндопротезирования брюшной стенки ряд авторов рекомендуют наложение абдоминального компрессионного бандажа сразу же после окончания операции [36]. В литературе появились сообщения об эффективности использования специальных «вакуумных повязок», которые предотвращают формирование сером после лечения ПОВГ [38].

Таким образом, в настоящее время проблема раневых осложнений после аллогерниопластики остается актуальной, предложены множество способов профилактики инфекций области хирургического вмешательства, но реальная их значимость нуждается в дальнейшем изучении. Реконструктивно-восстановительная хирургия брюшной стенки при аллопластике ПОВГ сталкивается с традиционной проблемой хирургии имплантатов – увеличение количества раневых осложнений при их применении. Следовательно, эти проблемы диктуют необходимость разработки технических приемов и тактики ведения пациентов после протезирования, направленных на снижение частоты раневых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1.Белянский, Л.С., И.М.Тодуров, Н.В. Манойло. Особенности хирургического лечения дефектов брюшной стенки у больных с массивными повреждениями функциональных мышечных комплексов//Герниология. - 2007. - № 3. - С. 29-31.

2. Винник, Ю.С., Петрушко, Н.С. Горбунов, Ю.А. Назарьянц Результаты лечения больных с большими и гигантскими послеоперационными срединными вентральными грыжами// Материалы VII Всероссийской конф. общих хирургов с междунар. участием (Красноярск, 17-18 мая, 2012). Красноярск: Версо, 2012. - С.281-283.

3.Григорюк А.А., Кравцов Ю.А. Морфологические исследования применения имплантатов с коротким сроком рассасывания для лечения вентральных грыж в эксперименте// Бюллетень эксперимен.биол. и мед. 2005.-№12.-С.698-700.

4. Григорьев С.Г., Кривощекова Е.П., Григорьева Т.С. Способ операции без удаления грыжевого мешка при грыжах брюшной стенки//Материалы VII Всероссийской конф.

Общих хирургов с международ.участием (Красноярск, 17-18 мая, 2012). Красноярск: Версо, 2012. - С.298-300.

5. Жуков, Б.Н.,С.А.Быстрое, Е.В. Шестаков. Эффективность применения лазеротерапии и сетчатых эндопротезов при ущемленных вентральных грыжах// Материалы VII Всероссийской конф. общих хирургов с междунар. участием (Красноярск, 17-18 мая, 2016). - Красноярск: Версо, 2012.-С.316-318.

6.Захидова, С.Х. Аллопластика - ключ к успеху хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж// Герниология. - 2006.- № 1.-С.17-18.

7.Зимин, Ю.И. Серома после герниопластики. Семантическое разногласие:

неизбежный процесс или инфекционное осложнение //Герниология. - 2009. - № 2. - С. 27-30.

8.Иванов, С.В. Оптимизация структуры послеоперационного рубца при эндопротезировании передней брюшной стенки с использованием в эксперименте аллогенных эмбриональных фибробластов// XI Съезд хирургов Российской Федерации: материалы съезда, Волгоград, 25-27 мая 2011 г. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. - С. 135.

9.Калиш, Ю.И. Влияние инфракрасного лазера на раневой процесс и интеграцию проленовых сеток после аллогерниопластики//Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2011. - Т. IV, №4.-С. 697-700.

10. Лелянов, А.Д., С.М. Баженов, А.А. Крылов. Пластика брюшной стенки сетчатым эндопротезом с использованием озона и гипохлорита натрия (экспериментальное исследование) // Материалы VII Всероссийской конф. общих хирургов с междунар. участием (Красноярск, 17-18 мая, 2012). Красноярск: Версо, 2012. - С.333-336.

11.Лембас, А.Н. Осложнения протезирующей герниопластики при лечении первичных и послеоперационных вентральных грыж//Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии: матер. Ш-ей междунар. конф.,Москва, 17-18 апреля 2014 г. / под ред. В.А. Кубышкина, А.А. Адамяна - С.149-151.

12.Мелоян, А.К., В.Б.Богданович, Э.А. Надыров Выбор способа диссекции тканей при аллогерниопластике послеоперационных вентральных грыж методом on lay// Новости хирургии. - 2016. - Т. 16, № 3. - С. 53-60.

13. Мирзабекян, Ю.Р., С.Р. Добровольский. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи// Хирургия. -2008. -№ 1-С 66-71.

14.Мохов, Е.М., А.Н. Сергеев, Н.Г. Евтушенко Применение биологически активного (антимикробного) шовного материала в хирургии грыж передней брюшной стенки // Материалы VII Всероссийской конф. общих хирургов с междунар. участием (Красноярск, 17-18 мая, 2015). Красноярск: Версо, 2012. -С.346-348.

15.Паршиков, В.В. Ненатяжная пластика в хирургии грыж брюшной стенки/В.В.Паршиков, А.П.Медведев, А.А.Самсонов // Вестник хирургии. - 2010. - Т. 169, № 5. - С. 74-79.

16. Парфенов И.П., Должников А.А., Мишустин А.М. и др. Пути профилактики послеоперационных осложнений в хирургии грыж передней брюшной стенки// Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация.-2011.- №10 (105).-Выпуск 14.-С.93-97.

17. Плечев, В.В. Применение нового вида полимерного имплантата при герниопластике у больных послеоперационными вентральными грыжами //Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии: матер. III-ей междунар. конф., Москва, 17-18 апреля 2012 г. / под ред. В.А. Кубышкина, А.А. Адамяна-С. 138-139.

18.Подолужный,В.И.,А.А.Перминов. Хронические серомы при надапоневротическом расположении протеза у больных с грыжами живота // Герниология. - 2017. - № 2. - С. 25-26.

19. Пушкин, С. Ю., В. И. Белоконев, Г. И., Шифрин. Характер морфофункциональных изменений в тканях при формировании жидкостных образований в подкожной клетчатке у пациентов после грыжесечения // Новости хирургии. - 2011. - Т. 19, № 2. - С. 16-20.

20. Ремизов, А.С. Герниопластика с использованием сетчатых алломатериалов, покрытых аутологичной белково-тромбоцитарной оболочкой// Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии: матер. Ш-ей междунар. конф.,Москва, 17-18 апреля 2012 г. / под ред. В.А. Кубышкина, А.А. Адамяна - С.115-117.

21. Серозудинов, К.В., А.И. Килин, В.Н. Дуреев Первый опыт применения местной цитокинотерапии для профилактики раневых осложнений после протезирующей герниопластики//Материалы VII Всероссийской конф. общих хирургов с междунар. Участием (Красноярск, 17-18 мая,2012) Красноярск: Версо, 2012. - С.382-384.

22. Славин, Л.Е.,Замалеев А.З., Коновалова О.А. и др. Влияние способа аллопластики на результаты лечения послеоперационных вентральных грыж//Вестник герниологии.-2005.-174с.

23. Суковатых Б.С., Валуйская Н.М., Праведникова Н.В. Профилактика послеоперационных вентральных грыж: современное состояние проблемы//Хирургия.-2016.-№3.-С.76-80.

24. Цверов, И.А., А.В. Базаев Оценка основных способов аллопластики с целью оптимизации лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами// Современные технологии в медицине. -2011.-№2.-С. 73-76.

25.Чебышева, Э.Н., Б.Ш. Гогия Результаты грыжесечения у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами по данным ультразвукового исследования / Э.Н. Чебышева, // Герниология. - 2006. - № 1. -С.43.

26. Antibiotic prophylaxis in incisional hernia repair using a prosthesis / A. Rios, J.M. Rodrigues, V. Munitz, P. Alcazar et al. // Hernia. - 2001. -Vol. 5, N 1. - P. 148-152.

27. Dynamic suture less repair of incisional hernia / L. Docimo, F. Manzi, L. Sparavigna, M. De Rosa et al. // Acta Biomed Atenes Parmenese. - 2003. -Vol. 74, Suppl. 2. - P. 38-40.

28. Gurusamy, K. Wound drains after incisional hernia repair / K. Gurusamy, K. Samraj // Cochrane Database Syst Rev. - 2009 - № (1) - CD005570.

29. Hartog, D. Open surgical procedures for incisional hernias / D. den Hartog, A. Dur, W. Tuinebreijer, R. Kreis // Cochrane Database Syst Rev. 2008 - № 16(3) -CD006438.

30. Kingsnorth, A. Open onlay mesh repair for major abdominal wall hernias with selective use of components separation and fibrin sealant / A. Kingsnorth [et al.] // World J Surg. - 2011. - № 32(1) - P. 26-30.

31. Klima, D. Application of subcutaneous talc in hernia repair and wide subcutaneous dissection dramatically reduces seroma formation and postoperative wound complications / D. Klima, R. Brintzenhoff, V. Tsirline [et al.] // Am Surg. -2011.-№77 (7)-P. 888-94.

32. Klink, C Do drainage liquid characteristics serve as predictors for seroma formation after incisional hernia repair? / C Klink [et al.] // Hernia - 2010 -№ 14 (2)-P. 175-9.

33. Klink, C. Serum analyses for protein, albumin and IL-I-RA serve as reliable predictors for seroma formation after incisional hernia repair / C Klink [et al.] //Hernia - 2011 - № 15 - P. 69-73.

34. Laparoscopic ventral hernia repair: postoperative antibiotic decrease incidence of seroma-related cellulites / C. Edwards, J. Angstadt, O. Whipple, R. Grau // Am. J. Surg. -2015. -Vol. 71, N 11. -P. 931 -935.

35. Late intestinal fistula following implantation of parietal abdominal prosthesis / B. Morin, C. Bon-namy, J. Maurel, G. Samama et al. // Ann. Chir. -2001. -Vol. 126, N 9. - P. 876 - 880.

36. LeBlanc K.A., Booth W.V., Whitaker J.M. Laparoscopic incisional and ventral herniorrhaphy in 100 patients. Am J Surg 2000; 180:193-197

37. Le, H., J.S.Bender. Retrofascial mesh repair of ventral incisional hernias|| Am.J.Surg.-2005.-Vol.189.- 3.-P.375-380.

38. Lopez-Cano, M. Use of vacuum-assisted closure in open incisional hernia repair: a novel approach to prevent seroma formation / M. Lopez-Cano, M. Armengol-Carrasco // Hernia. - 2014. - Jun 12.

39. McGreevy, J.M. Srudy comparing the complication rates between laparoscopic and open nentral hernia repairs|| Surg.Endosc.-2003.-Vol.17.- 11.-P.1778-1780.

40. Napolitano, L. Use of prosthetic materials in incisional hernias: our clinical experience / L. Napolitano [et al.] // G. Chir. - 2004. - Vol. 25, - № 4. - P. 141-145.

41. Prosthetic repair, intestinal resection and potentially contaminated areas: safe and feasible? / G. Campanelli, F.M. Nicolosi, D. Pettinari, E.C. Ave-sani // Hernia. - 2004. - Vol. 8, N 3. - P. 190-192

42. Satterwhite, T. Outcomes of complex abdominal herniorrhaphy: experience with 106 cases / T. Satterwhite, S. Miri, C. Chung [et al.] // Ann Plast Surg. - 2012.-№68 (4)-P. 382-8.

43.Tomohiro K., Tomoyoshi T., Sohei M. A defect of the abdominal wall with intestinal fistulas after the repair of Incisional hernia using Composix Kugel Patch||International Journal of Surgery Case Report.-2013.- 4.-P/793-797.

44.Willy, C Drainage in soft tissue surgery. What is “evidence based”? / C Willy et al.] // Chirurg. - 2013. - № 74 (2). - P. 108-114.

45. M. Zuvela, M. Milievic, D. Galun, N. Lekic et al. Infection in hernia surgery // Acta Chir. Jugosl. -2005. - Vol. 52, N 1. - P. 9 - 26.

46. Heniford B.T. Laparoscopic ventral hernia repair: a report of 100 consecutive cases / B.T. Heniford, B.J. Ramshow // Surg. Endosc. - 2010. -Vol. 14, N 6. - P. 419-423.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ (ИНТЕРНЕТ)

ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАРИ (ИНТЕРНЕТ)

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРЕСТАЛИ БЫТЬ ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ

Новое исследование показало: некоторые страны Европы подходят к переломному моменту, когда заболевания сердца и сосудов уступают первое место среди причин смерти раку. Сердечно-сосудистые заболевания уносят почти половину (четыре миллиона) жизней в год. Ученые выяснили, что во многих европейских странах в связи с пропагандой здорового образа жизни и борьбой с курением, здоровье сердечно-сосудистой системы людей значительно укрепилось. К сожалению, это не касается стран Восточной Европы.

Исследователи из Оксфордского Университета обнаружили, что в 10 европейских странах рак влечет за собой больше смертей среди мужчин, чем заболевания сердца и сосудов. В число этих стран входят Бельгия, Дания, Франция, Израиль, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Словения, Испания и Сан-Марино. Только в Дании данная тенденция прослеживается и среди женщин. Исследователи подчеркивают, что статистика демонстрирует именно сокращение числа сердечно-сосудистых заболеваний, а не увеличение заболеваемости раком.

Тем не менее, в 15 странах из 52 проанализированных было в четыре раза больше смертей от сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин, чем смертей от рака. Самые высокие показатели смертности из-за болезней сердца и сосудов были отмечены в некоторых странах Восточной Европы. Так, мужчины в возрасте 55-59 лет в Республике Беларусь, Казахстане, Кыргызстане, России и Украине чаще умирали от сердечно-сосудистых заболеваний, чем французы, которые были старше их на 20 лет.

Несмотря на полученные результаты, болезни сердца и инсульт по-прежнему остаются основной причиной смерти среди европейцев. В последнее время женщины чаще умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, чем мужчины. Ученые настоятельно рекомендуют женщинам следить за здоровьем своей сердечно-сосудистой системы, так ее заболевания убивают их в три раза чаще, чем рак молочной железы.

Источник: https://med.news.am

ТЕЛЕМЕДИЦИНА: ОТ 350 ТЫСЯЧ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ДО 7 МЛН ЗА ПЯТЬ ЛЕТ

В течение последних трех лет объем мирового рынка телемедицинских услуг растет на 18-21% в год. Если еще пять лет назад возможностями телемедицины пользовались только 350 тыс. человек, то уже в этом году их количество возрастет до 7 млн.

«В ближайшие 3-5 лет, по разным оценкам, рынок телемедицины достигнет от 40 до 55 млрд долларов. По сравнению с рынком здравоохранения это небольшая величина, но можно оценить, насколько этот рынок динамичен. Лидерами в этой области остаются США и страны Юго-Восточной Азии.

Драйверами развития в этой области являются распространение интернет-технологий и старение населения. Популяризации телемедицинских услуг также способствует общемировая тенденция сокращения затрат

на здравоохранение: мониторинг состояния здоровья с использованием телемедицинских технологий и предоставление удаленных врачебных консультаций – один из самых эффективных способов уменьшить затраты и рационализировать расходы на здравоохранение.

О том, что телемедицина могла бы стать эффективным инструментом модернизации отрасли свидетельствует положительно отношение к ней пациентов, врачей и организаторов здравоохранения. Так, 83% американских врачей хотели бы предложить своим пациентам возможность самостоятельно контролировать основные показатели здоровья. Более того, 40% опрошенных медиков в США заявили, что использование телемедицинских технологий позволило сократить количество визитов пациентов на 11-30%.

Источник: http://www.med-practic.com

ГЕНЕТИКИ ВЫШЛИ НА БОРЬБУ С РЕДКИМ ДЕТСКИМ НЕДУГОМ

Генетическая терапия была одобрена Европейским агентством лекарственных средств для лечения детей с тяжелым комбинированным иммунодефицитом (АДА-ТКИН). Речь идет о тех случаях, когда не удалось найти подходящего донора костного мозга.

АДА-ТКИН - результат генетической мутации, провоцирующей нарушения в работе фермента, аденозиндезаминазы. Дефицит этого фермента приводит к отклонениям в функционировании вилочковой железы. Она отвечает за развитие клеток иммунной системы, включая лимфоциты. Известно: дети с АДА-ТКИН почти полностью лишены иммунной защиты, поэтому часто погибают от инфекций в первый год жизни. Детей с данным диагнозом еще называют «дети в пузыре», так как они вынуждены жить в стерильной среде.

Исправить ситуацию можно, пересадив костный мозг, но найти подходящего донора сложно. И в этом случае на помощь приходит генная терапия - в ДНК предварительно удаленных дефектных стволовых клеток костного мозга пациента внедряют нормальную копию гена аденозиндеаминазы, а затем вводят исправленные клетки обратно в организм ребенка. Для повышения шансов на приживание материала перед пересадкой проводится низкодозовая химиотерапия.

В перспективе планируется получение лицензии на использование генной терапии для лечения и других типов тяжелых комбинированных иммунодефицитов, например, метахроматической лейкодистрофии и синдрома Вискотта-Олдрича.

Источник: http://mygenome.su

ОПУБЛИКОВАНЫ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ ТЕРАПИИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ СРЕДНЕЙ КИШКИ

Journal of Clinical Oncology опубликовал положительные результаты клинических исследований III фазы препарата для лечения нейроэндокринных опухолей средней кишки - Лютатера (Lutathera). Согласно представленным данным клинических исследований, при применении нового ЛС к комбинации с окреотидом продолжительность периода до ухудшения состояния (по критерию общего самочувствия) составляет 28,8 месяца, по сравнению с 6,1 месяца на фоне монотерапии окреотидом. По критерию физического функционирования, время до ухудшения составило 25,2 и 11,5 месяца при использовании комбинации с препаратом Лютатера и монотерапии окреотидом соответственно.

Ранее препарат Лютатера (лютеция 177Lu оксодотреотид) был одобрен по ускоренной процедуре регистрации регуляторами США и ЕС для лечения нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы. Лекарственное средство может применяться среди взрослых пациентов с соматостатин-рецептор положительными нейроэндокринными опухолями. Радиофармацевтический препарат связывается с рецепторами соматостатина на опухолевых клетках, а затем компонент лекарственного средства проникает в клетку, таргетированно оказывая разрушающее действие радиации.

Источник: http://remedium.ru

РИСК УДАЛЕНИЯ ГЛАНД МОЖЕТ ПЕРЕВЕШИВАТЬ ПОЛЬЗУ

Удаление миндалин и аденоидов в детском возрасте увеличивает долгосрочный риск респираторных аллергических и инфекционных заболеваний (JAMA Otolaryngoloy).

Небные и носоглоточные миндалины, стратегически расположенные в носу и гор-

ле, соответственно, являются первой линией защиты, распознающей воздушные патогены (бактерии и вирусы) и дающей иммунный ответ для их уничтожения. Патологические разрастания носоглоточных миндалин называют аденоидами, а воспаление небных миндалин хорошо известно как тонзиллит или ангина.

Группа исследователей в течение 30 лет наблюдала за здоровьем 1 189 061 детей. Анализ показал следующее:

Тонзилэктомия связана с почти трехкратным относительным риском заболеваний верхних дыхательных путей – астмы, гриппа, пневмонии и хронического обструктивного заболевания легких (ХОБЛ - зонтичный термин для таких заболеваний, как хронический бронхит и эмфизема).

Аденоидэктомия характеризуется более чем удвоенным относительным риском ХОБЛ и почти удвоенным относительным риском заболеваний верхних дыхательных путей и конъюнктивита. Исходя из статистики, ученые подсчитали, что у одного из пяти пациентов после тонзилэктомии развивается инфекция верхних дыхательных путей, которая в ином случае бы не появилась.

После аденотозиллектомии относительный риск воспаления среднего уха увеличился в четыре-пять раз, риск синусита также значительно увеличился.

Таким образом, некоторые краткосрочные преимущества операции не перекрывают долгосрочные риски, которые либо значительно повышаются после операции, либо существенно не меняются.

Источник: http://medportal.ru

ЭКСПЕРТЫ РАССКАЗАЛИ, КАКОЙ ВИРУС МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ СЛЕДУЮЩУЮ МИРОВУЮ ЭПИДЕМИЮ

Коронавирус PDCoV - родственник атипичной пневмонии и Ближневосточного вируса. Как показали исследования, он способен проникать в клетки человека, кошек и других домашних животных. По мнению ученых, именно этот вирус может вызвать мировую эпидемию. Еще совсем недавно его находили только в телах птиц, а сейчас он уже заражает свиней, отмечает РИА «Новости». Известно: при заражении коронавирусом развивается лихорадка, кашель, проблемы с дыханием.

PDCoV долгое время не интересовал медиков, пока его не обнаружили шесть лет назад в Китае на одной из свиноферм. В 2014 году вирус вызвал первую крупную вспышку инфекции на фермах в Огайо. Многие животные погибли. Анализ показал: геном этого вируса на 96% совпадает с коронавирусами, поражающими воробьев и других птиц.

Значит, вирус научился заражать млекопитающих и без особых изменений в своей структуре. Оказалось, структура его элемента, прикрепляющегося к хвостам белка APN на поверхности клеток кишечника, очень гибкая и, по сути, универсальная. Эксперимент с клетками птиц, животных и людей показал: вирус одинаково хорошо проникал во все клетки.

Источник: https://www.health-corp.org

НОВОЕ СЛОВО В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ГРУДИ: ТАБЛЕТКА ЗАСТАВИТ ОПУХОЛЬ СВЕТИТЬСЯ

Специалисты Мичиганского университета разрабатывают новый «инструмент»: таблетку, заставляющую опухоль светиться под воздействием инфракрасного света.

Чтобы получить более качественное изображение опухоли, учёные создали таблетку, способную доставить флуоресцентную краску прямо в клетки-мишени в ткани груди. После этого медики могут проводить инфракрасное сканирование молочных желёз: краска заставит раковые клетки отражать ИК-излучение.

Описание технологии может показаться простым. Между тем учёные проделали большую работу, чтобы воплотить первоначальную идею в жизнь. Для начала им было необходимо найти правильные молекулы: во-первых, они должны были быть достаточно маленькими и липофильными, чтобы попасть в кровеносную систему, и вместе с тем они должны были быть достаточно большими и водорастворимыми, чтобы проявить себя во время сканирования.

Специалисты нашли «молекулу мечты» в неэффективном препарате, созданном для борьбы с раком. Его действующее вещество успешно связывалось с клетками опухоли, но далее ничего не происходило. Лекарство не уничтожало рак. Исследователи заставили молекулу связываться с белками только

на поверхности злокачественных раковых клеток, при этом они прикрепили к основной молекуле ещё одну – флуоресцентную.

ИК-сканирование безопасно: оно не несёт риски рентгеновского излучения, как в случае с маммографией. Исследователи из США также отмечают, что новый метод диагностики является более точным, чем маммография. Тем не менее маммографию не стоит списывать со счетов. Новый инструмент станет дополнительной технологией в диагностике рака груди.

Если медики получат возможность эффективно различать доброкачественные и злокачественные опухоли, то это принесёт пациентам только пользу.

Результаты прорывного исследования, описывающего новый метод диагностики рака молочной железы, представлены в научном издании Molecular Pharmaceutics.

Источник: http://www.vesti.ru

РЕКОРДНО ТОНКИЙ ЭНДОСКОП ПРОНИКАЕТ ГЛУБОКО В МОЗГ, НЕ ПОВРЕЖДАЯ ЕГО

Прибор позволяет визуализировать активность отдельных нейронов. Исследователи разработали эндоскоп, который в 5–10 раз тоньше коммерческих аналогов. Это позволяет вводить зонд глубоко в мозг, не нанося органу повреждений. Испытания на мышах продемонстрировали, что устройство работает достаточно быстро, чтобы отслеживать активность отдельных нейронов.

Принцип зондирования основан на флуоресценции. Это физическое явление, если не углубляться в детали, состоит в способности некоторых веществ светиться в ответ на электромагнитное излучение. Для опытов используются генно-модифицированные животные, нейроны вырабатывают белок, флуоресцирующий в ответ на приток ионов кальция. Препарат кальция вводится в организм, и кровоток приносит ионы в активные в данный момент нервные клетки.

Зонд представляет собой трубку из оптоволокна диаметром всего 125 микрометров. По ней распространяется световая волна. Наконечник эндоскопа излучает свет, возбуждающий молекулы белка-маркера. В ответ активные нейроны светятся, и их изображение по тому же волокну предаётся в компьютер-анализатор. Луч света, исходящий из зонда, можно перемещать, не двигая сам эндоскоп и не травмируя органы.

Устройство позволяет получать объёмные изображения. Дополнительное преимущество прибора состоит в том, что картинка может быть разноцветной. Это можно использовать, например, для того, чтобы отследить взаимодействие нескольких нейронов, помеченных разными цветами.

Кроме того, новый эндоскоп, в отличие от своих аналогов, позволяет рассматривать не только клетки, непосредственно прилегающие к наконечнику, но и нейроны, находящиеся на расстоянии до ста микрометров от него.

Источник: http://www.vesti.ru/

ПОДПИСАНО В ПЕЧАТЬ 20.06.2018 г.
ФОРМАТ 60Х84 1/8. ОБЪЁМ 17,25 П/Л. ЗАКАЗ №
ТИРАЖ 1655 ЭКЗ. ЦЕНА ДОГОВОРНАЯ
ОТПЕЧАТАНО В ТИПОГРАФИИ
ООО “DM NASHR SERVIS”, ТАШКЕНТ, УЛ. ШОТА РУСТАВЕЛИ, 91.