МУНДАРИЖА

ОГЛАВЛЕНИЕ

МУХАРРИР МИНБАРИ

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

МЕНЕЖМЕНТ ВА МАРКЕТИНГ

МЕНЕДЖМЕНТ И МАРКЕТИНГ

Самадов Ф.Н. Эпилепсияли болаларни бошкариш: шифокор ва бемор ҳамкорлиги қанчалик мухим? **6**

Самадов Ф.Н. Менеджмент детей с эпилепсией: Насколько важна комплаентность?

ҲУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ

ПРАВО И ЭКОНОМИКА

Ўтган 16 йил ичида Ўзбекистон Республикаси «Психиатрия ёрдами тўғрисида»ги қонунини тадбиқ қилиниши **9**

Итоги реализации закона Республики Узбекистан «О психиатрической помощи» за истекшие 16 лет

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОДЛАР АМАЛИЁТГА

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

Мамараджапова Д.А., Мамутов Р.Ш., Уринов О.У., Абидова Д.Э. Жинс хусусиятлари ва хавфли омиллар потенциалини хисобга олганда ўткир коронар синдром ва ўткир миокард инфаркти оқибатлари **13**

Мамараджапова Д.А., Мамутов Р.Ш., Уринов О.У., Абидова Д.Э. Исходы острого коронарного синдрома и острого инфаркта миокарда с учетом гендерных характеристик и потенциала факторов риска

Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М. Сурункали юрак етишмовчилиги ва метаболик синдром бор бўлган беморларда стандарт терапия фонида аторвастатин ва метформин самарадорлигини юракнинг инфарктдан кейинги ремоделланиши ва чап қоринчанинг функционал ҳолатига таъсирини ўрганиш **18**

Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М. Эффективность аторвастатина и метформина на фоне стандартной терапии на постинфарктное ремоделирование и функциональное состояние левого желудочка у больных хронической сердечной недостаточностью и метаболическим синдромом

Тилляшайхов М.Н., Юсупов Ш.Х., Худойбердиев М.Т., Валиева Р.М., Бойко Е.В. Кастрацион-резистент простата бези саратони билан касалланган беморларни даволашда замонавий ёндашувлар **22**

Тилляшайхов М.Н., Юсупов Ш.Х., Худойбердиев М.Т., Валиева Р.М., Бойко Е.В. Современные подходы к лечению кастрационно-резистентного рака предстательной железы

Алмухамедова Б.Г. Ўзбекистонда бачадон бўйни саратонини эпидемиологик холати **27**

Алмухамедова Б.Г. Эпидемиология рака шейки матки в Узбекистане

Ибрагимова С.З. Болаларда РН-мусбатли ўткир лимфобласт лейкозни даволашда иматинибни одати химиотерапия препаратлари билан қўллашни такомиллаштириш **29**

Ибрагимова С.З. Оптимизация лечения острого РН-позитивного лимфобластного лейкоза у детей с применением иматиниба в комбинации с традиционными химиопрепаратами

Бобоев Ж.И., Усмонов Л.А., Кулматов А.Х. Кўп ўчоқли бош мия эхинококкозли беморларни ташхислаш ва жарроҳлик усулида даволаш **32**

Бобоев Ж.И., Усмонов Л.А., Кулматов А.Х. Диагностика и хирургическое лечение при множественном эхинококкозе головного мозга

Дадаев Ш.А., Ахмедов М.М., Мельник И.В., Джуманов А.К., Хасанов С.М. Беморларда ўткир ичак тутилишини жарроҳлик йўли билан даволаш **35**

Дадаев Ш.А., Ахмедов М.М., Мельник И.В., Джуманов А.К., Хасанов С.М. Результаты хирургического лечения больных с острой кишечной непроходимостью

Ахраров Б.М., Эшанкулов Ч.И., Эгамбердиев Т.Э., Акбаров Ж.А., Умурзаков Н.Р. Фарғона вилояти ШТТЁИМФФ шароитларида бўйин соҳаси жароҳатларини шошилинч жарроҳлик йўли билан даволашни ҳал қи- **38**

Ахраров Б.М., Эшанкулов Ч.И., Эгамбердиев Т.Э., Акбаров Ж.А., Умурзаков Н.Р. Тактика диагностики и решение неотложного хирургического лечение тяжелых ранений шеи в условиях Ферганского филиала

лиш ва ташхисот таксикаси

РНЦЭМП

Азизова Г.Д. Постменопауза даврида ўзбек аёлларининг суяк минерал зичлиги ва полиморфизм рецепторининг витамин Дга нисбатан боғлиқликнинг таҳлили **40**

Азизова Г.Д. Анализ взаимосвязи полиморфизма рецептора к витамину Д и минеральной плотностью костной ткани у женщин узбекской популяции в постменопаузе

Гиясов Ш.И., Шомаруфов А.Б., Иногамова В.В. Эркаклар бирламчи ва иккиламчи бепуштлигидаги варикоцелэктомия жаррохлиги самарадорлигини қиёсий баҳолашда – ретроспектив таҳлил **43**

Гиясов Ш.И., Шомаруфов А.Б., Иногамова В.В. Эффективность варикоцелэктомии у мужчин с первичным и вторичным бесплодием (ретроспективное исследование)

Абидова З.М., Карабаева И.Т. Микроспория билан касалланган беморларда иммун холатнинг ўзгариш хусусиятлари **48**

Абидова З.М., Карабаева И.Т. Особенности изменения показателей иммуного статуса у больных микроспорией

Юсупов М.М., Абдумаликов И.М. Ўткир йирингли ўрта отитнинг клиник кечишининг хусусиятлари **51**

Юсупов М.М., Абдумаликов И.М. Особенности клинического течения острого гнойного среднего отита

Алланазаров Ғ.Ш., Бобохонов Г.К., Жураева З.Ё. Сурункали йирингли ўрта отит билан хасталанган болаларда касалликнинг клиник кечишига таъсир этувчи омиллар **53**

Алланазаров Ғ.Ш., Бобохонов Г.К., Жураева З.Ё. Факторы, влияющие на клиническое течение хронического гнойного среднего отита у детей

Махмудова З.Т. Эпилепсия билан хасталанган беморларда тутқаноққа қарши терапия фонида когнитив функцияларни бузулиши **56**

Махмудова З.Т. Особенности когнитивных расстройств при эпилепсии на фоне противосудорожной терапии

Хегай О.А. Аутоиммун тиреоидити бўлган аёлларда гонадотропин ва тухумдоннинг стероид гормонларининг таркиби **58**

Хегай О.А. Содержание гонадотропинов и стероидных гормонов яичников у женщин с аутоиммунным тиреоидитом

Бахрамов Ф.Ш. 2000-2015 йиллар даврида Тошкент шаҳри аҳолиси орасидаги наркотикларга қарамликнинг эпидемиологик хусусиятларининг динамикаси **62**

Бахрамов Ф.Ш. Динамика эпидемиологических характеристик наркотической зависимости среди населения г. Ташкента за 2000 - 2015 годы

Арифов С.С., Далиев А.Г., Туйчиев Г.У. Хакимжанов К.Ш. Клиник жадвалларга асосланиб мавсумий ринитда бошланғич вегетатив тонусни баҳолаш **65**

Арифов С.С., Далиев А.Г., Туйчиев Г.У. Хакимжанов К.Ш. Оценка исходного вегетативного тонуса у детей с сезонным аллергическим ринитом

Абдуллаев Р.Б., Худайкулова Ф.Х. Хоразм вилоятидаги сурункали гепатити мавжуд бўлган беморларда диетотерапия **69**

Абдуллаев Р.Б., Худайкулова Ф.Х. Диетотерапия при хроническом гепатите у больных проживающих в Хорезмском вилояте

Халдарова Х. М., Умиров С. Э., Урунова Д.М., Масалиева Д.И., Ашурова Х.М. ОИВ-инфекцияли беморларда иммуносупрессия даражасига қараб туберкулезнинг намоён бўлиши **72**

Халдарова Х. М., Умиров С. Э., Урунова Д.М., Масалиева Д.И., Ашурова Х.М. Проявления туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, в зависимости от степени иммуносупрессии

Хван О. И. Бўйрак, талоқ ва жигар тўмтоқ травмаларида суд-тиббий экспертиза **77**

Хван О. И. Судебно-медицинская экспертиза повреждений печени, селезенки и почек при тупой травме

Дальжанов Б.М., Ембергенов Д.Б. Юрак-нинг ёпиқ жароҳатида кардиомиоцитлар-нинг суд-тиббиётида морфологик ўзгаришининг аҳамияти **80**

Дальжанов Б.М., Ембергенов Д.Б. Судебно-медицинское значение морфологических изменений кардиомиоцитов при закрытых повреждениях сердца

Шадманова Н.А., Асатова Н.Б., Сапаева Ф.Р., Расулмухамедова М.Н. Кўп тармоқли касалхона бўлимларида йирингли яллиғланиш касалликларининг этиологиясини ўрганиш **82**

Шадманова Н.А., Асатова Н.Б., Сапаева Ф.Р., Расулмухамедова М.Н. Изучение этиологии гнойно-воспалительных заболеваний у больных многопрофильного стационара

Карабаева И.Т. Экспериментал ҳайвонларда гризеофульвиннинг иммунодепрессив таъсирини ўрганиш **85**

КарабаеваИ.Т. Иммунодепрессивное действие гризеофульвина на экспериментальных животных

Воронина Н.В. Ўзбекистонда озиқ-овқат хавфсизлигини таъминлашнинг норматив, санитария ва тиббий-биологик асослари **89**

Воронина Н.В. Нормативные, санитарные и медико-биологические основы обеспечения продовольственной безопасности Узбекистана

Камилова Р.Т., Абдусаматова Б.Э., Исакова Л.И. Соғлом турмуш тарзини асосий элементлари бўйича ўқувчиларни маълумот олиш манбалари **92**

Камилова Р.Т., Абдусаматова Б.Э., Исакова Л.И. Источники информации для учащихся по основным элементам здорового образа жизни

Абдусаматова Б.Э., Камилова Р.Т., Камилов Ж.А. Спорт билан шуғулланадиган ҳамда шуғулланмайдиган болаларда овқатланиш сони ва одатлари **95**

Абдусаматова Б.Э., Камилова Р.Т., Камилов Ж.А. Кратность и привычки питания детей, занимающихся и незанимающихся спортом

Тен О.Л. Радиоактив чиқиндиларни узоқ муддат сақлаш майдонларида иш олиб боришда ходимлар меҳнат шароитининг тасниф и ва уни баҳолаш **99**

Тен О.Л. Оценка и классификация условий труда персонала при работе на площадках долговременного хранения радиоактивных отходов

ТИББИЙ ТАЪЛИМ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Амалиётчи врачлар диққатига **103**

Вниманию практикующих врачей

Маматова Н.М., Иргашев Ш.Б., Агзамова О.М. Саломатликни сақлашда руҳий тамойилнинг аҳамияти **105**

Маматова Н.М., Иргашев Ш.Б., Агзамова О.М. Значение психического подхода на охрану здоровья

ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР, ИЛМИЙ МУШОХАДАЛАР

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ, НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Тиббий таълим (интернет) **111**

Новости медицины (интернет)

Низанова С.С., Рахманова Ж.А., Миртазаев О.М. Одам папиллома вируси ҳақида **113**

Низанова С.С., Рахманова Ж.А., Миртазаев О.М. О вирусе папилломы человека

Тажибаева З.А., Рахманова Ж.А., Миртазаев О.М. Тамаки чекиш кўплаб сурункали касалликлар ривожланишининг хавф омили **117**

Тажибаева З.А., Рахманова Ж.А., Миртазаев О.М. Табакокурение как фактор риска развития хронических заболеваний

Полатова Д.Ш., Урунбаев С.Д., Гафур-Ахунов М.А., Абдикаримов Х.Г., Султонов Б.Б. Умуртқа поғонасининг деструктив зарарланишини диагностикаси ва даволашда тери орқали бажариладиган кичик хажмли амалиётлар **121**

Полатова Д.Ш., Урунбаев С.Д., Гафур-Ахунов М.А., Абдикаримов Х.Г., Султонов Б.Б. Чрескожные вмешательства в диагностике и лечении деструктивных поражений позвоночника

4 **СЕМИНАРЛАР, КОНГРЕССЛАР, СИМПОЗИУМЛАР**

Ўзбекистон врачлар ассоциациясининг конференцияси ҳақида **126**

СЕМИНАРЫ, КОНГРЕССЫ, СИМПОЗИУМЫ

О конференции Ассоциации врачей Узбекистана

Ҳурматли касбдошлар!
Ўзбекистон врачлар ассоциацияси
Сизни янги 2017 йил билан чин қалбдан табриклайди!
Сизга узоқ умр, сиҳат - саломатлик, ишларингизда улкан зафарлар тилайди!

Уважаемые коллеги,
поздравляем вас с Новым 2017 годом!
Желаем Вам и вашей семье крепкого
здоровья, счастья и успехов!

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

Ассоциация врачей Узбекистана поздравляет читателей журнала, всех медицинских работников страны с Новым 2017 годом. Мы желаем крепкого здоровья, оптимизма, уверенности, благополучия и успехов в работе.

Завершился 2016 год, объявленный Годом «Здоровой матери и ребенка». В рамках Государственной программы продолжается реализация мероприятий по совершенствованию системы охраны семьи, материнства и детства, воспитанию здорового и гармонично развитого поколения, дальнейшему укреплению материально-технической базы системы здравоохранения, на финансирование чего за счет всех источников направлено свыше 6,8 триллиона сумов и 150 миллионов USD. Введена служба скрининга матери и ребенка, создана сеть перинатальных учреждений. Основаны специальные центры по укреплению репродуктивного здоровья населения. Благодаря осуществляемым последовательным реформам в годы независимости смертность среди матерей снизилась в 3,2 раза, среди детей - в 3,4 раза.

Создана уникальная система предоставления экстренной медицинской помощи. В настоящее время Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, его территориальные филиалы, городские и районные отделения, местные пункты службы скорой медицинской помощи и служба санитарной авиации предоставляют медицинскую помощь населению на уровне международных стандартов.

4 декабря 2016 года в Узбекистане прошли выборы Президента Республики Узбекистан. Как подчеркнул в своем докладе на торжественном собрании в связи с 24-летием Конституции Республики Узбекистан избранный Президент Республики Узбекистан Мирзиёев Шавкат Миромонович, выборы прошли в атмосфере здоровой межпартийной конкуренции и борьбы, в условиях свободного обсуждения предвыборных программ кандидатов в президенты, в духе открытости и гласности, что полностью отвечает демократическим принципам. Эти выборы были проведены в соответствии с политическим наследием Первого Президента Ислама Абдуганиевича Каримова и ценностями нашего народа, к которому он относился с огромной любовью и заботой.

Создание необходимых условий для эффективного труда, обеспечение достойной заработной платы и современного жилья, качественного образования и медицинской помощи, широких возможностей для отдыха - все это определяет конечную цель наших реформ в экономической сфере. В центре внимания будут находиться вопросы поэтапного увеличения не только минимального размера заработной платы, но и средней заработной платы как в бюджетных организациях, так и в хозяйствующих субъектах, пенсий, стипендий и социальных пособий.

Реформы, воплощающие дух гуманизма, способствуют дальнейшему повышению уровня жизни населения, обеспечению благоустройства и процветания нашей страны, приумножению авторитета нашей Родины в мировом сообществе и воспитанию гармонично развитого поколения

Шавкат Мирзиёев отметил, что по инициативе Первого Президента нашей страны сложилась добрая традиция давать каждому году определенное название, разрабатывать специальную государственную программу и осуществлять комплексные меры. Избранный Президент Республики Узбекистан предложил назвать новый - 2017 год, в нашей стране «Годом диалога с народом и интересов человека».

В рамках подведения итогов работы Ассоциации врачей Узбекистана провела седьмую конференцию. В ноябре 2016 года г. Фергане прошла научно-практическая конференция посвященная вопросам улучшения оказания медицинской помощи, неинфекционным заболеваниям и формирование здорового образа жизни и профилактики заболеваний. Доклады представленные на конференции вызвали большой интерес медицинской общественности Республики.

В 2017 году АВУ планирует провести научно-практическую конференцию в г. Самарканде, для врачей Навоийской и Самаркандских областей посвяўенную к 25-летию АВУ (1992-2017 гг.)

Серьезные задачи стоят перед нами и в новом 2017 году. Мы вступаем в 2017 год, с реальными и весьма впечатляющими успехами, но не будем успокаиваться на достигнутом, а станем еще с большим усердием стремиться к новым достижениям на благо нашей Родины.

УДК: 331.08: 616.853 - 0.53

МЕНЕДЖМЕНТ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ: НАСКОЛЬКО ВАЖНА КОМПЛАЕНТНОСТЬ?

Самадов Ф.Н.
(ТашИУВ)

В статье приведен анализ приверженности детей/опекунов с эпилепсией с использованием терапевтического лекарственного мониторинга ПЭП. У 36 (38%) пациента из 95, отмечалось хотя бы кратковременное прерывание приема ПЭП, сопровождавшееся учащением приступов в 16 (17,8%) случаях. В полном объеме выполняли врачебные рекомендации лишь 59 (62%) пациентов. Низкие показатели уровня концентрации ПЭП карбамазепина и вальпроевой кислоты (в 48,8% и 34,6% случаев) в плазме крови, не соответствующие терапевтическому интервалу, подтверждает нарушение комплаентности в отношении лечения эпилепсии.

Ключевые слова: дети, эпилепсия, комплаентность, лекарственный мониторинг.

ЭПИЛЕПСИЯЛИ БОЛАЛАРНИ БОШКАРИШ: ШИФОКОР ВА БЕМОР ҲАМКОРЛИГИ ҚАНЧАЛИК МУХИМ?

Ушбу мақолада, эпилепсияга чалинган беморлар/васийларнинг шифокор тавсияларга риоя қилиш натижалари, объектив текширув усулларидан бири, эпилепсияга қарши дори воситаларини (ЭКДВ) қондаги терапевтик миқдорини аниқлаш йўли орқали олинган натижалар тахлили келтирилган. 95 та бемор орасидан 36 (38%) нафарида қисқа муддатга бўлса ҳам ЭКДВни қабул қилишни узилиши кузатилган ҳамда 16 (17,8%) холатда хуружларнинг кўпайганлиги аниқланган. Шифокор тавсияларини фақатгина 59(62%) беморларгина тўлиқ бажаришган. Қондаги карбамазепин ва вальпроат кислотаси каби ЭКДВнинг паст кўрсаткичлари, уларн даволовчи даражасига мос келмаслиги, эпилепсия касаллигини даволашда шифокор ва бемор ҳамкорлиги бузилганлигидан далолат беради.

Калит сўзлар: болалар, эпилепсия, содиклик, дори мониторинги.

MANAGEMENT OF CHILDREN WITH EPILEPSY: HOW IMPORTANT IS COMPLIANCE

This article provides an analysis of the adherence level children / guardians have with epilepsy using therapeutic drug monitoring of AEDs. In 36 out of 95 patients (38%), even a brief interruption of receiving AEDs was noted, which was later accompanied by increased frequency of seizures in 16 cases (17.8%). Only 59 patients (62%) fully followed the medical advice given. Low concentrations of indicators of carbamazepine and valproic acid (48.8% and 34.6% of cases) in the blood plasma without appropriate therapeutic interval confirms the violation of compliance in the treatment of epilepsy.

Key words: children, epilepsy, compliance, drug monitoring.

Актуальность. Дети с эпилепсией, особенно новорождённые, отличаются от взрослых не только клиническими проявлениями припадков, но и наличием уникальных электроэнцефалографических (ЭЭГ) паттернов, этиологией и ответом на противосудорожные препараты. Незрелый мозг, особенно у новорожденных и младенцов, отличается от мозга взрослого человека с основными механизмами эпилептогенеза и распространения судорог. Они более склонны к судорогам, но приступы более склонны к редукции по мере возрастания ребенка [5,8].

Противоэпилептическое лечение довольно трудоемкий процесс, требующий аккуратности, как со стороны врача, так и со стороны пациента. В настоящее время накоплен большой опыт медикаментозного лечения эпилепсии. Самая главная проблема, отсутствие эффекта от проводимой терапии при некорректном использовании антиконвульсантов, который приводит к ошибочному выводу о фармакологической резистентности эпилепсии. При нарушении режима приема противоэпилептических препаратов (ПЭП), несоблюдение необходимой продолжительности лечения может стать причиной так называемой «ложной» фармакорезистентности.

Комплаентностью (от англ. compliance — соблюдение обязательств) называется точное выполнение пациентом предписаний врача. Отсутствие комплаентности (некомплаентность) — актуальная проблема для всех областей клинической медицины. Отказ от ПЭП или их прием в заведомо недостаточных дозах, не аккуратное применение может повлечь за собою целый ряд серьезных нежелательных последствий как для самого пациента, так и для системы здравоохранения. Несмотря на желание избавиться от приступов и осознание важности регулярного приема препаратов, многие пациенты с эпилепсией не принимают лекарства так, как предписано[3]. Когда речь идет о пациентах детского возраста, то всю ответственность за регулярный прием ПЭП берут на себя родители ребенка. Результаты почтового опроса, проведенного в обширной популяции, свидетельствуют, что многие больные пропускали прием ПЭП и знали, что результатом этого были эпилептические приступы [6,8].

Одним из современных методов оценки эффективности, проводимой антиэпилептической терапии, оценки комплаентности и адекватности индивидуального подбора и расчёта ПЭП, а также в случаях дифференциации истинной фармакорезистентности от ложной широко используется метод терапевтического лекарственного мониторинга (ТЛМ).

ТЛМ – молодая клиническая дисциплина, которая сочетает в себе определение концентрации препарата в крови (или плазме), с приложением принципов фармакокинетики и фармакодинамики для оптимизации режимов дозирования [1,4]. Актуальность проведения терапевтического лекарственного мониторинга ПЭП в детском возрасте особенно велика, в связи с тем, что дети зачастую не ведут ответственность и регулярный прием ПЭП, так как этим процессом занимаются в основном опекуны ребенка.

Выявление некомплаентности особенно важно в клинических исследованиях, где персистирующие эпилептические приступы трактуются доказательством неэффективности нового ПЭП [3,5].

Целью данного исследования - оценить уровень комплаентности у детей с эпилепсией, принимающих ПЭП, выявить причины некомплаентности с применением лекарственного мониторинга ПЭП.

Материалы и методы исследования. Обследованы 95 пациентов с диагнозами эпилепсия и судорожный синдром, обратившихся в №1 Городскую клиническую детскую больницу г. Ташкента. Обследование включало клинический и неврологический осмотр, рутинную ЭЭГ и/или ЭЭГ-видеомониторинг, МРТ головного мозга, лабораторные анализы. Частота приступов и регулярность приема ПЭП оценивались на основании опроса больных/опекунов, а также при помощи дневников приступов, в которые пациенты/опекуны отмечали прием лекарств. Также, всем пациентам при обращении за консультацией проводили терапевтический лекарственный мониторинг (ТЛМ) антиконвульсантов (вальпроевая кислота и карбамазепин) в плазме крови.

Согласно литературным данным [2,7], в случае, когда задача касается эффективности или некомплаентности, идеальным временем забора крови для всех ПЭП является непосредственно перед приемом следующей дозы препарата.

Критерии включения в исследование: пациенты с установленным диагнозом эпилепсия различного генеза; больные, находящиеся на стационарном лечении, а также поступившие в амбулаторном порядке обоего пола, в возрасте от 0 до 13 лет принимающие ПЭП не менее 3 месяцев; пациенты/опекуны, давшие письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерияи исключения из исследования: возраст больных старше 13 лет; нерегулярный приём ПЭП; отсутствие информированного письменного согласия пациента/опекуна на участие в клиническом исследовании; на момент исследования, соматически ослабленные пациенты.

Статистический анализ проводился с использованием программ Microsoft Excel 2013 и SPSS 19 (IBM, USA). В работе использовалась метод описательной статистики, все данные представлены как средние значения (M) и стандартная ошибка среднего (±m). При проведении анализа результатов статистически значимыми считали значения при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. В процессе исследования все пациенты по возрастному составу были разделены на 4 группы. По полу несколько преобладали мальчики (61,1% мальчиков и 38,9% девочек). Из вышеуказанного следует, что большой процент из обследованных составили лица мужского пола (Табл.1).

Табл.1. Возрастно – половой состав обследованной группы больных

Пол	Возрастные группы								Всего	
	до 1 года		1-2 года		2-3 года		старше 3 лет			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мальчики	11	18,6	14	23,7	13	22,03	21	35,5	59	62,1
Девочки	6	16,6	8	22,2	9	25	13	36,1	36	37,9
Всего	17	17,8	22	23,1	22	23,1	34	35,7	95	100

Для достижения максимальной эффективности в лечении эпилепсии, наряду с адекватным расчетом дозы препарата, общеизвестным является необходимость обеспечения длительного, непрерывного приема ПЭП.

Итак, при анализе данного показателя, у 36 (38%) пациента из 95, отмечается хотя бы кратковременное прерывание приема ПЭП, в последующем сопровождавшееся учащением приступов в 16 (17,8%) случаях.Нами была оценена комплаентность приема различных ПЭП со стороны родителей, так как, беспричинное прерывание или самостоятельная отмена ПЭП может спровоцировать приступ или привести к его аггравации.

По результатам анализа опроса катамнестического наблюдения в полном объеме выполняли врачебные рекомендации лишь 59 (62%) пациента. У 36 (38%) больных констатированы нарушения в виде приема препарата в более низких или высоких дозах, единичных пропусков приема лекарства, замены ПЭП на аналоги других фармпроизводителей, использования дополнительных препаратов разных групп для «усиления лечебного эффекта» и т.д. Однако эти нарушения, по нашему мнению, не могли существенно повлиять на частоту приступов, поэтому пациенты данной группы были отнесены к разряду «условно комплаентных».

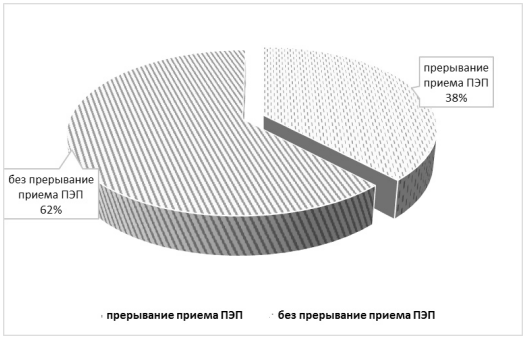


Рис.1. Оценка комплаентности в отношении приема ПЭПИз «условно комплаентных» больных, 11 (30,5%) больных полностью игнорировали врачебные рекомендации. Основным фактором некомплаентности в нашем исследовании были самостоятельная отмена приема ПЭП, или же отмена препарата ПЭП с рекомендациями других специалистов не неврологического профиля.

Одним из объективных методов оценки комплаентности является определение концентрации лекарственного препарата или его метаболитов в жидкостях организма с использованием ТЛМ, в частности в крови или моче.

В нашем наблюдении, ТЛМ выявил, при разборе пациентов, принимающих препараты карбамазепинового ряда (n=43), уровень не соответствующий терапевтической норме наблюдался у 21 (48,8%) детей, то есть концентрация препарата была менее 4 мкг/мл. Из этого числа концентрация ниже нормы 3-3,9 мкг/мл у 7 (16,2%) детей, низкая концентрация 2-2,9 мкг/мл у 8 (18,6%) детей, очень низкая концентрация у 6 (19,9%) детей (табл.2), данный диапазон концентраций не входит в терапевтический, что может быть связано с неправильным подбором дозы препарата, т.е. с неадекватным подбором ПЭП, без учета формы эпилепсии и типа припадков, а также и с индивидуальными особенностями организма (метаболические причины). И только в одном случае определяется токсический уровень карбамазепина в крови 2,32%. В данном случае была произведена коррекция антиэпилептического лечения.

Табл.2 Уровень крабамазепина в плазме крови (n=43)

Карбамазепин*	**Абс.**	**%**
Субтерапевтический (<4 мг/мл)	21	48,8
Терапевтический (4-12 мг/мл)	21	48,8
Токсический (>12 мг/мл)	1	2,32

*Самая низкая концентрация в плазме отмечалась 0,1 мг/мл

Для пациентов, принимающих препараты вальпроевой кислоты (n=52): субтерапевтический уровень- 18 (34,6%) случаев, терапевтический уровень- 25 (48,07%) случаев, уровень выше терапевтического- 9 (17,3%) случаев (табл.3). Таким образом, 27 (51,9%) пациентов нуждались в коррекции терапии.

Табл.3 Уровень вальпроевой кислоты в плазме крови (n=52)

Вальпроевая кислота*	**Абс.**	**%**
Субтерапевтический (<50 мг/мл)	18	34,6
Терапевтический (50-100 мг/мл)	25	48,07
Токсический (>100 мг/мл)	9	17,3

*Самая низкая концентрация в плазме отмечалась 2 мг/мл

Почему больные нерегулярно принимают лекарства?

Почти треть всех пациентов принимает рекомендуемую дозу препаратов нерегулярно. Это обычно происходит по следующим причинам:

- отсутствие веры больного в эффективность препарата;
- опасение побочных действий препарата;
- неверие в соответствующую квалификацию врача.

Иногда возникают недоразумения, когда в общении с врачом пациентом не совсем точно бывает воспринята информация, в результате чего доза препарата и регулярность его приема могут искажаться. Поэтому любое назначение врача, а также дату последующего визита к нему необходимо письменно фиксировать, например, в календаре приступов.

Выводы.

1. Результаты анализа наглядно свидетельствуют о низкой степени комплаентности пациентов/опекунов с эпилепсией, которые отмечались в 36 (38%) случаях
2. Низкие показатели уровня концентрации АЭП карбамазепина и вальпроевой кислоты в плазме крови, несоответствующие их терапевтическому интервалу которые выявленные в 48,8% и 34,6% случаев подтверждает нарушения комплаентности в отношении лечения эпилепсии;
3. Для увеличения комплаентности пациентов необходимо сочетание целого ряда факторов: доступность и удобство приема ПЭП, мотивация, информированность, регулярное обще-

ние с лечащим врачом. Не вызывает сомнения, что работа по всем вышеуказанным направлениям существенно повысит эффективность лечения больных эпилепсией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаимов Д.А., Сариев А.К. и др. Современные технологии в терапевтическом лекарственном мониторинге. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2013; 5; 2.
2. Айвазян С.О. Терапевтический лекарственный мониторинг антиконвульсантов у детей. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2010; 2; 3.
3. Котов А.С., Комплаентность у больных эпилепсией, Журнал Неврологии и психиатрии, 2010; 11.
4. Anand K Sarma at all., Medical management of epileptic seizures: challenges and solutions, Neuropsychiatric Disease and Treatment 2016:12 467–485
5. Angus Wilfong, MD at all., Seizures and epilepsy in children: Classification, etiology, and clinical features. Up to Date 2016.
6. Anna Rosati, at all., Antiepileptic Drug Treatment in Children with Epilepsy, CNS Drugs (2015) 29:847–863
7. Clinical guideline, Epilepsies: diagnosis and management, Published: 11 January 2012
8. Cramer J.A., Glassman M., Rienzi V. The relationship between poor medication compliance and seizures. Epil Behav 2002; 3: 38—42.
9. Devendra Mishra, at all., Consensus Guidelines on Management of Childhood Convulsive Status Epilepticus. Indian Pediatrics. 2014; 51.

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ЗАКОНА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ» ЗА ИСТЕКШИЕ 16 ЛЕТ

ЎТГАН 16 ЙИЛ ИЧИДА ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ «ПСИХИАТРИЯ ЁРДАМИ ТЎҒРИСИДА»ГИ ҚОНУНИНИ ТАДБИҚ ҚИЛИНИШИ

С обретением независимости и вступления на путь самостоятельного развития Узбекистан вошел в состав Организации Объединенных Наций в качестве ее полноправного члена. Для оказания содействия в целях развития ООН располагает крупнейшей сетью страновых отделений. Как известно, подобное отделение действует и в Узбекистане с 1993г. Представительство ООН в Узбекистане официально начало функционировать в январе 1993г. с прибытием ее Постоянного координатора. В своей многогранной деятельности она руководствуется общепризнанными международными стандартами в области прав человека и приводит в соответствие с ним национальное законодательство.

В республике до 2000 года не было закона, регулирующего деятельность психиатрической службы и правовое положение лиц, страдающих психическими расстройствами.

Специалисты Минздрава, участвующие в разработке законопроекта, были ознакомлены с ведущими принципами укрепления системы психического здоровья на консультативных совещаниях, организованных Европейским Региональным Бюро ВОЗ. В частности, 16-19.07.1994г. - на семинаре Европейского регионального бюро ВОЗ для стран Центральной Азии по вопросам разработки законодательства охраны психического здоровья (Таджикистан, г.Душанбе); 26-28.08.1995г. - на консультативном совещании Европейского регионального бюро ВОЗ для стран Центральной Азии «Принудительное лечение больных психическими расстройствами и наркоманией» (Узбекистан, г.Чирчик).

Проблемы психического здоровья, провозглашенные приоритетными на 53 региональном комитете ВОЗ – являются таковыми и для Узбекистана, который продемонстрировал приверженность принципам реформирования, дестигматизации, повышения качества и доступности психиатрической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами.

Указом Президента Республики Узбекистан от 10.11.1998г. УП-2107 «О государственной программе реформирования здравоохранения Узбекистана» психиатрия определена приоритетным направлением здравоохранения и психические заболевания входят в социально значимую категорию.

Законопроект был вынесен на рассмотрение третьей сессии Парламента Республики и принят в первом чтении 31 августа 2000 года, а на четвертой сессии - Гражданский процессуальный Кодекс дополнен главой 33^1 «Госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке» (статьи 297^1, 297^2, 297^3).

Основной смысл Закона Республики Узбекистан «О психиатрической помощи» состоит в стремлении сделать психиатрическую помощь максимально гуманной и демократичной, по возможности сблизить и даже уравнять ее в правовом отношении с другими видами медицинской помощи.

Таким образом, Закон направлен на решение четырёх основных задач: 1) защиту прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь; 2) защиту лиц с психическими расстройствами от необоснованной дискриминации в обществе на основе психиатрического диагноза, а также фактов обращения за психиатрической помощью; 3) защиту общества от возможных опасных действий лиц с психическими расстройствами; 4) защиту врачей, медицинского персонала и иных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, предоставлении им льгот как работникам, действующим в особых, тяжелых условиях труда, а также обеспечение независимости врача-психиатра при принятии решений, связанных с оказанием психиатрической помощи, от возможного влияния третьих лиц, включая представителей администрации и органов управления.

Как показал опыт, содержащиеся в Законе нормы в зависимости от характера их реализации можно условно разделить на три категории:

1) нормы, реализуемые и дающие позитивные результаты;
2) нормы, пока не реализованные;
3) нормы, деформируемые на практике.

К ПЕРВОЙ категории работающих и обладающих положительным эффектом и потенциалом норм относятся те, в которых содержится принцип добровольности обращений за психиатрической помощью. Устанавливается судебный контроль за применением недобровольных мер, регламентируется диспансерное наблюдение, гарантируется соблюдение конфиденциальности, закрепляются права лиц, страдающих психическими расстройствами, приводятся основания и порядок ограничения этих прав, предоставляются возможности обжалования действий, ущемляющих права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи.

Вызывает удовлетворение тот факт, что в психиатрических стационарах установлен судебный контроль за недобровольной госпитализацией; увеличивается количество отделений с менее ограничительными условиями пребывания больных; больше внимания уделяется правам пациентов.

Повысились гарантии соблюдения врачебной тайны; диспансеры и больницы приобрели реальные возможности препятствовать разглашению конфиденциальных сведений при запросах со стороны. Важным фактором правовой защиты пациентов служат предусмотренные Законом механизмы обжалования в различные инстанции действий по оказанию психиатрической помощи. И хотя такие нормы реализуются на практике не часто, они все же «работают» в заданном направлении. Все это влечет за собой повышение доверия к психиатрической службе и рост правосознания лиц, страдающих психическими расстройствами.

В целях реализации прав лиц, страдающих психическими расстройствами, на получение лечения в условиях, соответствующих санитарно-гигиенических требований, улучшается материально-техническая база психиатрических учреждений. В соответствии с Постановлением Кабинета Министров от 25.07.2013г. №207 «О мерах по дальнейшему совершенствованию деятельности психиатрической службы Республики Узбекистан» в 2013-2017 годах запланированы и осуществляются реконструкция 12 и капитальный ремонт 11 психиатрических учреждений страны. Реконструкция и капитальный ремонт, а также оснащение психиатрических учреждений медицинским оборудованием, специализированной мебелью и инвентарем осуществляется за счет средств внебюджетного Фонда реконструкции, капитального ремонта и оснащения образовательных и медицинских учреждений при Министерстве финансов в пределах ежегодно предусматриваемых ассигнований из государственного бюджета, а также льготных кредитов (займов) и грантов иностранных государств, международных финансовых институтов и других источников, не запрещенных законодательством. Приложением №2 к Постановлению Кабинета Министров РУз от 25.07.2013г. №207 утверждена национальная программа развития психиатрической службы, которой намечены мероприятия по совершенствованию нормативно-правовой базы, мер профилактики, ранней диагностики и эффективности лечения психических расстройств, улучшение обеспеченности психиатрической службы высококвалифицированными кадрами, осуществление научных исследований в области психиатрии и расширение международного сотрудничества в этой сфере.

Национальной программой предусмотрено улучшение раннего выявления и лечения детей с психическими и поведенческими расстройствами, восстановление лечебно-производственных (трудовых) мастерских при психиатрических учреждениях, совершенствование методов комплексной профилактики общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, и повышение информированности населения о распространенности, начальных проявлениях и возможностях излечения психических заболеваний.

Кроме того, программа предусматривает меры по снижению уровня суицидального поведения населения, а также круглосуточное обеспечение консультативной помощи лицам, совершившим суицидальную попытку, путем введения в штат всех психоневрологических диспансеров должности врача-суицидолога.

ВТОРАЯ категория норм анализируемого Закона выступает фактически в виде труднодостижимых и не реализованных норм. Затрудняется реализация норм Закона, гарантирующих гражданам все виды психиатрической помощи, включая их трудоустройство, реабилитацию и обучение инвалидов, страдающих психическими расстройствами, развитие сети лечебно-производственных предприятий.

Экономический кризис 1990 г.г. способствовал росту показателей инвалидности (число инвалидов в сравнении с 1991г. возросло в 2,3 раза) и одновременно снижению числа мест для трудового устройства инвалидов, в том числе в лечебно-трудовых (производственных) мастерских, получавших в прошлом от промышленных предприятий сырье и заказы, а в условиях свободного рынка лишившихся этой возможности (в 1991г. число рабочих мест в лечебно-трудовых мастерских составляло 1263, в том числе, в г.Ташкенте - 434). Лица с психическими расстройствами сегодня почти вытеснены из сферы производства. Будучи отстраненными от активной трудовой жизни, люди лишаются трудовых навыков и становятся инвалидами. Из числа лиц трудоспособного возраста, находившихся на диспансерном учете и получающих консультативно-лечебную помощь (202745), число работающих составило 32039 или 15,8%, а работающих инвалидов - лишь 780 или 0,8% из числа инвалидов по Республике.

Не реализована статья 5 «Гарантии оказания психиатрической помощи и социальной защиты» Закона Республики Узбекистан «О психиатрической помощи» в части:

установления обязательных квот рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях различного профиля для трудоустройства лиц-инвалидов, страдающих психическими расстройствами;

создания лечебно-производственных предприятий для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальных производств, цехов или участков с облегченными условиями труда для таких лиц;

содействия в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами.

Вместе с тем, по имеющимся данным прибыльными были лечебно-трудовые мастерские всех психиатрических учреждений республики. В настоящее время лечебно-производственные мастерские повсеместно прекратили свою деятельность.

В целях возобновления деятельности лечебно-трудовых мастерских приложением №2 «Программа дальнейшего развития и укрепления материально-технической базы психиатрической службы Республики Узбекистан на 2013-2017г.г.» к Постановлению Кабинета Министров от 25.07.2013г. №207 «О мерах по дальнейшему совершенствованию деятельности психиатрической службы Республики Узбекистан», разделом II «Совершенствование мер профилактики, ранней диагностики и эффективности лечения психических заболеваний», п. 6 Совету Министров Республики Каракалпакстан, хокимиятам областей и г.Ташкента поручено восстановление и обеспечение функционирования лечебно-производственных (трудовых) мастерских при психиатрических учреждениях в 2014-2015г.г. путем приобретения и восстановления оборудования для психиатрических учреждений; формирования заказов на изготовление продукции и создания льготных условий для ее реализации.

Не введено установленное Законом обязательное государственное страхование врачей психиатров и персонала, участвующих в оказании психиатрической помощи, в случае причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей. Не урегулированы вопросы оплаты адвокатских услуг (для чего, вероятно, потребуется внесение дополнений в законодательство об адвокатуре для оказания помощи лицам, которые не могут оплатить услуги адвоката).

Перечисленные нормы Закона не работают не по причине их юридического несовершенства или ненужности и поэтому необходимо постепенное и целенаправленное «отвоевывание» заложенных в них позиций.

К анализу ТРЕТЬЕЙ категории норм Закона, деформируемых на практике, следует предпослать некоторые данные и иллюстрации. Статья 27 Закона «О психиатрической помощи» гласит: «Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до судебного постановления, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:

его непосредственную опасность для себя или окружающих;

его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

По данным официальных статистических отчетов в психиатрических учреждениях Республики за истекший год число неотложных (по скорой психиатрической помощи) составило

2,3% от числа всех госпитализированных пациентов за год, а получено постановление судьи о недобровольной госпитализации лишь в 0,3% случаях из числа недобровольно госпитализированных. Низкий показатель состава госпитализируемых больных по определению судьи о недобровольной госпитализации вызван двумя процедурными моментами. Во-первых, от больных стали более активно добиваться согласия при направлении их в стационары и в приемных отделениях больниц. Во-вторых, при оценке способности больных давать согласие на госпитализацию врачи предпочли пользоваться минимальными критериями, то есть довольствоваться получением согласия даже от больных с тяжелыми расстройствами. Сами по себе эти тенденции вполне естественны и прогнозируемы. О нарушении же Закона можно говорить тогда, когда переступается определенная черта: когда «активность» врача в получении согласия включает в себя насилие, угрозу, обман, или когда так называемый «стандарт компетентности» (то есть требование к способности больного принимать осознанные решения) опускается почти до нуля. К сожалению, и то, и другое имеет место в работе психиатрических больниц (стационаров).

Закон не выделяет ни один из приведенных в статье 27 Закона Республики Узбекистан «О психиатрической помощи» трех критериев в качестве главного; они в равной степени могут служить основанием для госпитализации в недобровольном порядке. Это необходимо особенно подчеркнуть в связи с тем, что некоторые врачи психиатры (а также некоторые судьи) в основном ориентируются на критерий непосредственной опасности для себя или окружающих как наиболее доказательный и очевидный. Такая практика грубо искажает содержание Закона, оставляя пациентов, психическое состояние которых соответствует критериям 3, 4 абзацев, вне возможности получить психиатрическую помощь. Абсолютизация непосредственной опасности в трактовке данной статьи ведет к игнорированию долга в отношении этих пациентов. Практика показывает, что таких пациентов среди населения становится все больше и что сами они и их близкие страдают из-за невозможности добиться своевременного лечения. Неприменение критериев 3, 4 абзацев в тех случаях, когда психическое состояние пациентов соответствует этим критериям, и отказ вследствие этого от решения о госпитализации в недобровольном порядке - такое же нарушение закона, как недобровольная госпитализация без указанных в Законе оснований, поскольку нарушаются гражданские права пациентов на получение медицинской помощи. Это нарушение может быть обжаловано (согласно ст.42 Закона) в судебном порядке в вышестоящий орган или прокуратуру.

То же явное превалирование критерия опасности отмечается и при продлении недобровольной госпитализации – в ежемесячных заключениях врачебных комиссий и при обращениях в суд. Хотя логично было бы предположить, что по мере увеличения срока госпитализации все больший вес приобретал бы критерий вероятности «существенного вреда здоровью, вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

По литературным данным, если попытаться исключить явные деформации при применении Закона, то доля недобровольных госпитализаций в типичную городскую (областную) психиатрическую больницу (стационар диспансера) с достаточно интенсивным потоком больных достигнет не менее 14-16%.

С учетом вышеизложенного, Постановлением Законодательной палаты Олий Мажлиса Республики Узбекистан от 19.05.2016г. №451-III «Об информации министра здравоохранения Республики Узбекистан «О состоянии оказания психиатрической помощи населению и применения принудительных мер медицинского характера»» было принято решение:

1. Принять к сведению информацию министра здравоохранения Республики Узбекистан «О состоянии оказания психиатрической помощи населению и применения принудительных мер медицинского характера».

2. Министерству здравоохранения Республики Узбекистан:

принять дополнительные меры по безусловной реализации мероприятий, направленных на укрепление материально-технической базы и кадрового потенциала, а также повышения эффективности деятельности психиатрических учреждений;

принять необходимые меры по разработке и принятию в установленном порядке подзаконных актов, связанных с оказанием психиатрической помощи в отношении лиц с психическими расстройствами;

подготовить и внести в установленном порядке предложения по совершенствованию Закона Республики Узбекистан «О психиатрической помощи» и других актов законодательства в данной сфере.

3. Рекомендовать Верховному суду Республики Узбекистан обобщить имеющуюся практику рассмотрения судами дел о применении принудительных мер медицинского характера, а также госпитализации лиц в психиатрические учреждения в недобровольном порядке, на основе которой внести соответствующие изменения и дополнения в постановления Пленума Верховного суда Республики Узбекистан.

4. Комитету Законодательной палаты Олий Мажлиса Республики Узбекистан по труду и

социальным вопросам провести тщательную инвентаризацию законодательства в области оказания психиатрической помощи и выработать предложения по внесению изменений и дополнений в Закон Республики Узбекистан «О психиатрической помощи».

В соответствии с Постановлением Законодательной палаты Олий Мажлиса Республики Узбекистан от 19.05.2016г. №451-III, пунктами 1, 5 и 7 «Плана мероприятий по совершенствованию психиатрической службы Республики», утвержденного Кабинетом Министров Республики Узбекистан 08.07.2016г. №14/3-66, осуществляется доработка законопроектов «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Узбекистан «О психиатрической помощи»» и «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Узбекистан», которые предстоит согласовать с заинтересованными министерствами и ведомствами.

УДК 616. 127-005.8-07

ИСХОДЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ПОТЕНЦИАЛА ФАКТОРОВ РИСКА

(Проспективное исследование)

Мамараджапова Д.А., Мамутов Р.Ш., Уринов О.У., Абидова Д.Э.
(РСЦК)

Анализировалось исходы острого коронарного синдрома и острого инфаркта миокарда (ОКС/ОИМ) при проспективном наблюдении в течении 1 года с учетом половозрастных характеристик и потенциала факторов риска у больных, включенных в Регистр ОКС/ОИМ в одном из районов г.Ташкента

По результатам исследования за 1 календарный год зарегистрировано 683 случаев ОКС/ОИМ, из них 406 (59,4%) госпитализировались, остальные 277 больных (40,6%) умерли на догоспитальном этапе. Общая смертность включенных в Регистр больных за период проспективного наблюдения составила 56,2% (п-384), в том числе догоспитальная 40,6%, госпитальная летальность -7,9%, постгоспитальная смертность -7,7 %, остались в живых -43,7%. Анализ наличия основных ФР на прогноз показал, что среди умерших распространенность и потенциал ФР был достоверно выше и ведущими факторами риска были артериальная гипертензия, курение у мужчин, гиперхолестеринемия и сахарный диабетом.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, догоспитальная, госпитальная, факторы риска.

ЖИНС ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ХАВФЛИ ОМИЛЛАР ПОТЕНЦИАЛИНИ ХИСОБГА ОЛГАНДА ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМ ВА ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИ ОҚИБАТЛАРИ

(Проспектив текширув)

Тошкент шаҳар туманларининг бирида ўткир коронар синдром / ўткир миокард инфаркти (ЎКС/ ЎМИ) регистрига киритилган беморлар ўртасида ЎКС/ ЎМИ оқибатларини 1 йиллик проспектив кузатув давомида ёши, жинси хисобга олиниб, хавфли омиллар патенциали баҳоланди.

1 йиллик текширув таҳлиллари натижасида 683 та ЎКС/ ЎМИ ҳолатлари аниқланди, улардан 406 (59,4%) таси касалхонага ётказилган, қолган 277 таси (40,6%) касалхонагача бўлган давирда ўлган. Проспектив кузатув даврида Регистрига киритилган беморларда умумий ўлим кўрсатгичи 56,2% (п=384) ташкил этди, шу жумладан касалхонагача даврда 40,6%, касалхонада-7,9%, касалхонадан кейинги даврда 7,7% ўлган, 43,7% эса тирик қолган. Асосий ҳавфли омилларнинг оқибатларга таъсири таҳлил қилинганда, ўлган беморлар орасида хавфли омиллар патенциали ва таркалиши юқори бўлганлигини аниқланди, асосий ҳавфли омиллар бўлиб артериал гипертензия, чекиш асосан эркакларда, гиперхолестеринемия, ва қандли диабет бўлди.

Калит сўзлар: миокард инфаркти, госпиталгача ва госпитал, ҳавфли омиллар

OUTCOMES OF THE SHARP CORONARY SYNDROME AND SHARP MYOCARDIAL INFARCTION TAKING INTO ACCOUNT GENDER CHARACTERISTICS AND POTENTIAL OF RISK FACTORS

(Prospective research)

The outcomes of sharp coronary syndrome and a sharp myocardial infarction (SHCS/SHMI) were analysed with a prospective supervision during the period of 1 year. Gender, age and potential risk factors (which were included on the SHCS/SHMI registration of a Tashkent district) were taken into account. Results of research reveal 683 cases of SHCS/SHMI being registered, where 406 patients (59,4%) were hospitalized, and other 277 (40.6%) died during the prehospital stage. The general mortality rate during the prospective supervision was 56.2% (p-384), and this includes the following rates: pre-hospital lethality (40.6%), hospital lethality (7.9%), post-hospital mortality (7.7%), and those who have survived (43.7%). Analysis of the of the main risk factors' presence in the forecast showed that the leading risk factors were hypertension, smoking (men), hypercholesterolemia, and diabetes mellitus.

Keywords: myocardial infarction, pre-hospital, hospital, risk factors.

Актуальность. В Узбекистане, как и в ряде других стран показатели заболеваемости, болезненности, смертности, летальности и инвалидизации населения от патологии сердечнососудистой системы (ССЗ) имеют негативную тенденцию, современное состояние этих болезней и факторов риска их развития в научной литературе освещено не в полной мере и, в этой связи, требует более тщательного изучения. Это важно для определения стратегии и тактики борьбы с ССЗ и их факторами риска развития на республиканском (национальном) уровне.

В Республике Узбекистан ежегодно регистрируется около 15 тыс. случаев ОИМ и основная часть пациентов умирает на догоспитальном этапе, что делает важным изучение различных аспектов частоты, особенностей возникновения и течения данного заболевания.

Цель исследования - проанализировать исходы острого коронарного синдрома и острого инфаркта миокарда (ОКС/ОИМ) при проспективном наблюдении в течение 1 года с учетом половозрастных характеристик и потенциала факторов риска у больных, включенных в Регистр ОКС/ОИМ.

Материал и методы. В 2009-2011 гг. проведено исследование «Регистр острого инфаркта миокарда и острых коронарных синдромов в одном из районов г.Ташкента с регистрацией максимально доступных случаев ОКС/ОИМ и анализом догоспитальной, госпитальной, постгоспитальной смертности с учетом гендерных характеристик и потенциала факторов риска.

В Регистр включались больные ОКС/ОИМ, поступившие в стационары по дислокации, учитывались все случаи догоспитальной, госпитальной и постгоспитальной смерти с анализом следующей медицинской документации: данных службы скорой медицинской помощи (СМП), историй болезни и выписок из стационаров, амбулаторных карт из поликлиник, протоколов вскрытий, актов судебно – медицинской экспертизы (СМЭ), свидетельств о смерти районного ЗАГСа.

Результаты исследования. В Регистр включено 683 больных с ОКС/ОИМ, в том числе мужчин 463 (67,9%) и женщин 220 (32,1%), средний возраст которых составил 57,15±9,08 года, мужчин – 56,06±9,55 года, женщин – 59,48±7,51 года.

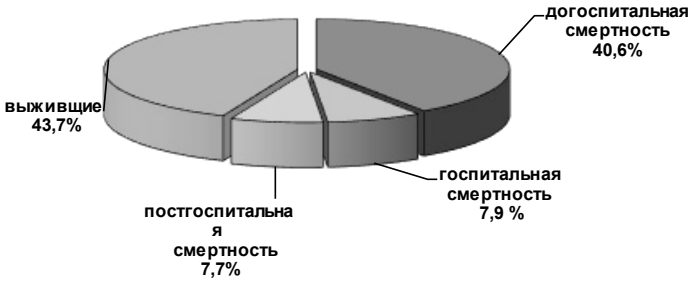
По результатам исследования, в течение наблюдения более половины включенных в Регистр больных 56,2% (п-384) умерли, в том числе на догоспитальном 40,6%, госпитальном 7,9%, постгоспитальном этапах -7,7 %, остались в живых -43,7%.

Основной вклад в смертность вносит догоспитальный этап, на который пришлось 277 случая (40,6%), из них с «определенным» ОИМ -206 (30,2%) и возможным ОИМ -71 (10,4%).

Из зарегистрированных 683 больных ОИМ/ОКС госпитальная помощь оказана 406 (59,4%) больным, из них с подозрением на ОКС- 303 (74,6%) случая, в том числе ОКС с подъемом ST составил -12,1% (49), ОКС без подъема ST -62,5% (254). В стационаре у 14,8 % (54) больных ОКС сформулирован как «острый ИМ с зубцом Q», у 10,2 % (31) - «острый ИМ без зубца Q», в 64,7% (196) случаев - «стабильная стенокардия», у 7,2 % (22) больных диагностированы другие сердечно-сосудистые заболевания.

На стационарном этапе диагноз ОИМ установлен у 188 (46,3%) больных, в т.ч. ОИМ с зубцом Q –в 124 (30,5%), ОИМ без зубца Q- в 64 случаях (15,8%), стабильная стенокардия напряжения после трансформации из ОКС – 196 (48,2%) случаев и у 5,4% выявлены другие заболевания. При этом в стационаре всего из числа госпитализированных больных умерло 54 (13,3%), на постгоспитальном этапе при проспективном наблюдении в течение 1 года после выписки из стационара умерло 53 больных (13,1%).

Рисунок 1. Общая характеристика больных, включенных в регистр ОКС/ОИМ



ОИМ с зубцом Q является основной причиной смертности и характеризуется своими осложнениями и внезапной смертью. Из 124 больных ОИМ с зубцом Q на госпитальном этапе умерли 43 больных (34,7%), в течение 1 года наблюдения 12 больных (9,7%), среди которых реинфаркт зарегистрирован у 4 больных (3,2%), в том числе 1 случай внезапной смерти; остались под наблюдением 69 больных (55,6%). У больных с ОИМ без зубца Q госпитальная и постгоспитальная смертность составила 34,4% (п=22), реинфаркт зарегистрирован в 3 случаях (5,7%), остались в живых 42 больных (65,6%)

Всего по регистру было 196 поступивших в стационар больных со стабильной стенокардией, при выписке которых у 10 больных был диагностирован ОИМ (5,1%), летальный исход зарегистрирован у 27 больных (13,7%), остались в живых 169 (86,2%).

Из 22 больных, у которых ОКС трансформировался в другую сердечно-сосудистую патологию, после выписки из стационара реинфаркт выявлен у 1 больного (4,5%), а смертность зарегистрирована в 3 случаях (13,6 %).

При проспективном наблюдении из 463 включенных в Регистр больных мужчин умерли 59,6%, из 220 женщин 49%. Анализ исходов в зависимости от пола больных с ОКС/ОИМ за период наблюдения показал, что среди умерших превалировали мужчины, а среди оставшихся живых женщины. Средний возраст в группе оставшихся в живых составил 58,2 ± 8,3 года, у умерших 61,4±5,8 (таблица-1).

Таблица №1

Структура исходов больных, включенных в регистр, в зависимости от пола.

	Живые		Умершие		Всего	
	П	%	п	%	п	%
Мужчины	187	40,4	276	59,6	463	100
Женщины	112	50,9	108	49,0	220	100
Всего	299		384		683	

Артериальной гипертонией (АГ) страдали 81,6% больных, из которых за период наблюдения умерло 57,2% , остались в живых 42,6% ($\chi 2$= 649,7; p=0.001), при этом семейный анамнез по АГ был отягощен у 75% умерших и только у 34,3% оставшихся в живых ($\chi 2$= 273,0; p=0.001).

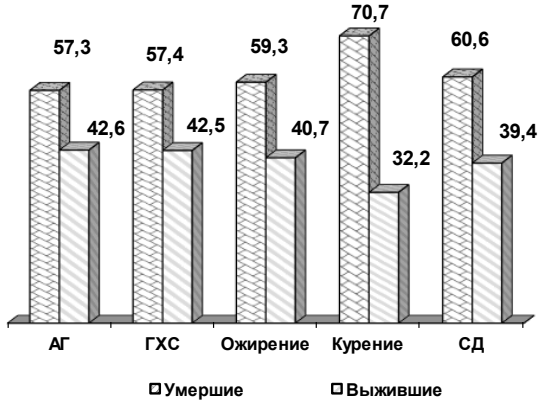
Распространенность курения в наблюдаемой популяции составила 44,5% (п=304), за период наблюдения среди курящих смертность зарегистрирована 70,7% (п=215), остались в живых 29,3%.

Сахарным диабетом страдали 160 больных, из них в течение наблюдения умерли 60,6% (97), остались в живых - 39,4% Наличие семейного анамнеза по сахарному диабету отмечалось в 50% случаев среди умерших и 24,8% в группе выживших ($\chi 2$= 612,7; p=0.001).

Анализ больных в зависимости от индекса массы тела показал, что в группе умерших более 65% больных имели избыточную массу тела, при этом 59,3 % из них страдали ожирением.

Анализ показателей липидного профиля продемонстрировал наличие документированной гиперхолестеринемии у 256 (37,5%) пациентов из числа всех 683 зарегистрированных больных, а в остальных случаях сведений о липидных показателях не было. Из всех больных с гиперхолестеринемией смертельные случаи зарегистрированы у 57,4% больных, в 42,5% случаев больные остались в живых.

Рисунок-2 Потенциал факторов риска по умершим и выжившим больным включенных в Регистр ОКС/ОИМ



Обсуждение. Несмотря на очевидные успехи современной кардиологии в борьбе с ишемической болезнью сердца (ИБС), в структуре заболеваемости населения экономически развитых стран эта патология занимает лидирующие позиции. Одним из наиболее серьезных, прогностически неоднозначных заболеваний и сегодня, как и несколько десятилетий назад, остается острый коронарный синдром (ОКС) и/или острый инфаркт миокарда (ОИМ). Это подтверждают высокая заболеваемость населения с отсутствием динамики к снижению, высокая летальность (35-40%), что делает важным изучение различных аспектов частоты распространения, а также особенностей возникновения и течения данного заболевания. Заболеваемость ОИМ каждый год в Республике Узбекистан составляет 0,3– 0,5%. Больничная летальность составляет 17-18%. Причем из числа «выздоровевших» больных каждый год 10-15% умирают. 20-25% ОИМ протекает без клинических симптомов [8].

В нашей стране и во многих других странах мира борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) рассматривается как серьезная социальная проблема и ей придается все больше и больше значение.

Несмотря на достигнутые за последние годы успехи в области техники реанимации и поддержания жизни больных с кардиальной патологией, острый ИМ все еще связан с высокой смертностью.

По результатам исследования, наибольшее количество смертельных исходов приходится на первые часы от развития острого ИМ (40-60%) и развивается еще до прибытия в стационар, 1/3 часть больных острым ИМ, вообще не поступает в стационар, а из поступивших - первые сутки развития патологии, т.е. в самый опасный период, госпитализируется около 62,8% больных. [1,3,6].

Поданным E.D.Peterson госпитальная летальность от острого ИМ в последние годы стабильно удерживается на уровне 17-18%, составляя в специализированных отделениях 13-15%. Около 15 - 20% больных острым ИМ погибают на догоспитальном этапе [3,13], общая летальность при ИМ, значительно превышая госпитальную, составляет по данным разных авторов от 21% до 45%. [4,9,10,13].

В исследовании «регистр острого инфаркта миокарда» в Томске за анализируемый период в течение первых 28 дней от начала заболевания умерли 146 больных, что составило 47,8% от всех зарегистрированных. Следует отметить, что уровень догоспитальной летальности у больных других возрастных групп в течение всего периода исследования был значительно ниже. [9].

В большинстве стран Европы в Австрии, Финляндии, Италии и Турции общая летальность от ОИМ не превышает 10%, в Великобритании она составляет 9%, в Германии - 6,8%, и во Франции – 6,6%, в Израиле-4,2% (European Heart Journal). В России этот показатель составляет- 39% [9].

Изучение сроков наступления летальных исходов имеет большое практическое значение для разработки организационных мероприятий по оказанию помощи заболевшим, особенно на догоспитальном этапе.

Госпитальная летальность при ОИМ по данным национального регистра ОИМ в США, имела к тенденцию к снижению с 10,4 до 6,3% (с 1994 по 2006 г.), в том числе среди больных ОИМ с подъемом сегмента ST – с 11,5 до 8,0%, без подъема сегмента ST – с 7,1 до 5,2%. [12,13].

По результатам исследования, проведенного в г. Алматы, из госпитализированных больных с ОИМ, ОИМ с зубцом Q составил -51,7%, ОИМ, без зубца Q -48,3%. Из числа поступивших в стационар в 37,8% ОКС трасформировался в ОИМ, а у 62,2% ограничился развитием стенокардии. Госпитальная летальность составила 13,6%, согласно данным литературы в России этот показатель составляет 15,5% (Чазов Е.И., 2009г.), в нашем исследовании показатель госпитальной летальности несколько ниже - 10,7%.

Большинство авторов, изучающих проблему исходов ИМ, сходится на том, что в первый год после перенесенного ИМ летальность наиболее высока и составляет 10-15%. Во второй и каждый последующий годы погибают 3-5%. В США течение года после выписки из стационара умирают от 10 до 20% больных с инфарктом миокарда [14].

По данным Н.А. Мазура, на постгоспитальном этапе в течение первого года наблюдения умирает около 11% больных, перенесших острый ИМ, причем у половины из них летальный исход наступал в первые 3 месяца .

По данным разных авторов общая летальность при ИМ значительно превышает госпитальную, составляя от 21% до 45% [5,7,9]. Госпитальная летальность от ОИМ в последние годы относительно стабильно удерживается на уровне 17-18%, догоспитальная летальность 15-20% [4, 5] [5, 6]. Так, общая летальность (госпитальная и постгоспитальная) от ОИМ по данным Регистра острого инфаркта миокарда в Каунасе составила 33,9% ($p<0,001$) [3].

Уровень догоспитальной летальности уже много лет остается стабильно высоким. Существует необходимость максимально ранней оценки риска пациента с ОИМ, что позволит дифференцированно подходить к решению тактических и лечебных вопросов уже на догоспитальном этапе.

По данным В.В.Гафарова и М.Ю.Благининой из всех жителей Новосибирска 25-64 лет, 80% мужчин и 69,5% женщин погибают от ОИМ вне стационара, причем 71,8% мужчин и 64,5% женщин умирают без какой-либо медицинской помощи, более половины мужчин (54,3%) и женщин (51,6%) умерли дома до прибытия врача. Дома, в присутствии врача (2 и 3,5%), в общественном месте (2,3 и 3%), при транспортировке в больницу (1,2 и 1,5%) соответственно. В то же время в стационаре женщин умирает больше (30,5%), чем мужчин (20,0%; $p<0,05$). [6]

Большое количество исследований посвящено факторам, влияющим на госпитальную, 30 – дневную, общую летальность пациентов с острым ИМ [7,8,10]. Изучены основные демографические и клинические факторы, ухудшающие краткосрочный и отдаленный прогнозы у этих больных. К наиболее важным ФР смерти в течение 30 дней после развития острого ИМ относятся: возраст, величина систолического артериального давления (САД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) во время первого осмотра, признаки застойной сердечной недостаточности (ЗСН) при физикальном обследовании, локализация ИМ и наличие перенесенного ИМ в анамнезе.

Заключение: По результатам исследования за 1 календарный год зарегистрированы 683 случая ОКС/ОИМ, из них 406 (59,4%) больных госпитализировались, остальные 277 больных (40,6%) умерли на догоспитальном этапе. Общая смертность включенных в Регистр больных за период проспективного наблюдения составила 56,2% (п-384), в том числе догоспитальная - 40,6%, госпитальная летальность -7,9%, постгоспитальная смертность - 7,7 %, остались в живых -43,7%.

Смертность от ОИМ с зубцом Q за период наблюдения составила 44,4%, смертность от ОИМ без зубца Q - 34,4%,в 7 случаях зарегистрирован повторный инфаркт миокарда.

Среди 196 больных со стабильной стенокардией летальный исход зарегистрирован в 13,7%, в том числе реинфаркт -5,1% .

Анализ исходов в зависимости от пола больных с ОКС/ОИМ за период наблюдения показал, что среди умерших превалировали мужчины, а среди оставшихся живых женщины. Изучение наличия основных ФР на прогноз показал, что среди умерших распространенность и потенциал ФР был достоверно выше и ведущими факторами риска были артериальная гипертензия, курение у мужчин, гиперхолестеринемия и сахарный диабетом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абсеитова С.Р., Байдаулетова З.С., Алипова Г.Ш. Результаты европейского регистра острого коронарного синдрома. //Материалы конгресса «повышение качества и доступности кардиологической помощи» 7-9 октября 2008г. Москва. Ст.14
2. Алексеев Д.В., Костюк Т.А., Хичева Л.В. Российский регистр острых коронарных синдромов в Твери. Сообщение 2. особенности лечения //Материалы конгресса «повышение качества и доступности кардиологической помощи» 7-9 октября 2008г. Москва. Ст. 23-24
3. Блужса И., Буйвидайте К., Домаркене С. Динамика заболеваемости острым инфарктом миокарда и риска острого коронного синдрома среди населения Каунаса в 1986-2001гг. Кардиология 2006; 4: Ст 52-53.
4. Габинский Я.Л., Гришина А.А. Структура летальности больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2007;№6 Ст 22-29.
5. Гафаров В.В., Благинина М.Ю. Смертность от острого инфаркта миокарда (эпидемиологическое исследование на основе программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»,МОНИКА).//Кардиология 2005;5: Ст 49-51.
6. Ильиных Е.И., Овечин А.О., Рейнгарт А. Л. Анализ причин задержки оказания медицинской помощи больным инфарктом миокарда на догоспитальном этапе. // Российский национальный конгресс кардиологов конгресс кардиологов стран СНГ «Кардиология без границ» 9-11 октября 2007г. Ст . 118.
7. Константинов В.В., Жуковский Г.С., Тимофеева Т.Н. Распространенность артериальной гипертонии и ее связь со смертностью и факторами риска среди мужского населения в городах разных регионов// Кардиология. 2001. №4. Ст. 39-44.
8. Мамутов Р.Ш., Уринов О.У., Анарбаева М.Р. Бекбулатова И.Р., Абидова Д.Э., Анализ распространенности острого коронарного синдрома/острого инфаркта миокарда и потенциал факторов риска у больных в одном из районов г.Ташкента. Евразийский кардиологический журнал № 1 2012 г. Москва стр-26-32.
9. Округин С.А., Зяблов Ю.И., Гарганеева А.А. Регистр острого инфаркта миокарда в Томске. Динамика заболеваемости за 1984-2006гг. //Материалы конгресса «повышение качества и доступности кардиологической помощи» 7-9 октября 2008г. Москва. Ст.269

Пархоменко А.Н., Лутай Я.М., Даншан Н. Украинский регистр острого инфаркта миокарда как фрагмент Европейского: характеристика больных, организация медицинской помощи и госпитальная терапия. УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 1 (81) – I/II 2011 | www.umj.com.ua.

10. Abdelmawla N, Mitchell AJ. Sudden cardiac death and antipsychotics. Part 1: Risk factors and mechanisms. Adv Psychiatr Treat 2006; 12:35-44.
11. Elosua R. Clinical goals of risk stratification // Risk of array him and sudden death. Ed. by M. Malik. London 2001; 3-10.
12. Kim C., Schaaf C., Maynard C., Every N. Unstable angina in the myocardial infarction triage and intervention registry (MITI): short- and long-term outcomes in men and women // Am Heart J. 2001; 141: 245–253.
13. Ohman EM, Bhatt DL, Steg PG, Goto S et al. The REduction of Atherothrombosis for Continued Health (REACH) Registry: an international, prospective, observational investigation in subjects at risk for atherothrombotic events-study design. Am Heart J 2006;151(4):786.e1–10.
14. Tang EW, Wong CK, Herbison P. Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) hospital discharge risk score accurately predicts long-term mortality post-acute coronary syndrome. Am Heart J 2007;153(1): 29–35.

УДК: 616.12-008.46-07/085.615.2/3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АТОРВАСТАТИНА И МЕТФОРМИНА НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОСТИНФАРКТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М.
(ТашПМИ)

Цель - изучить роли антиметаболической терапии в антиремоделирующей эффективности базисной фармакотерапии ХСН у больных с МС. В исследование включены 127 больных мужского пола с хронической сердечной недостаточностью II-III ФК, постинфарктным кардиосклерозом. В зависимости от компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=27), больные без МС; II группа (n=49) больные с различной комбинацией ДЛП, АО, АГ и ГТГ; III группа (n=51) больные с различной комбинацией ДЛП и $СД_2$ с АО, АГ и ГТГ. Сочетание периндоприла, бисопролола и верошпирона с аторвастатином при наличии у больных ДЛП+АО+АГ+ГТГ, а также и метформином при ДЛП+АО+АГ+ГТГ+$СД_2$ увеличивает антиремоделирующую эффективность базисной терапии больных с ХСН.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, метаболический синдром, ремоделирование левого желудочка.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ВА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА СТАНДАРТ ТЕРАПИЯ ФОНИДА АТОРВАСТАТИН ВА МЕТФОРМИН САМАРАДОРЛИГИНИ ЮРАКНИНГ ИНФАРКТДАН КЕЙИНГИ РЕМОДЕЛЛАНИШИ ВА ЧАП ҚОРИНЧАНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Мақсад: Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) ва метаболик синдром (МС) бор бўлган беморларда комплекс фармакотерапиянинг юракнинг инфарктдан кейинги ремоделланиши ва чап қоринчанинг функционал ҳолатига таъсир самарсини ўрганиш**.** Инфарктдан кейинги кардиосклероз бор бўлган 127 нафар СЮЕ ФС II-III (NYHA бўйича) эркак беморлар эхокардиография текширувидан ўтказилди. Метаболик синдром компонентларига кўра беморлар 3 гуруҳга бўлинди: I гуруҳ (n=27), МС белгилари йўқ бўлган беморлар МС; II гуруҳ (n=49) ДЛП, АС, АГ, ГТГ комбинацияси бўлган беморлар гуруҳи; III гуруҳ (n=51) ДЛП ва $ҚД_2$ билан турли комбинацияси бўлган беморлар. Периндоприл, бисопролол ва верошпирондан таркиб топган комбинирланган терапия ДЛП+АС+АГ+ГТГ ҳолатда аторвастатин билан, ДЛП+АС+АГ+ГТГ+$ҚД_2$ ҳолатларида метформин билан биргаликда қўлланиши СЮЕ антиремоделловчи самарасини оширади.

Калит сўзлар: сурункали юрак етишмовчилиги, метаболик синдром, чап қоринчанинг ремоделланиши.

EFFECT OF ATORVASTATINE AND METFORMIN WITH STANDART THERAPY ON POSTINFARCTION REMODELING AND FUNCTIONAL CONDITION OF THE LEFT VENTRICLE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND METABOLIC SYNDROME

The aim of this work is to study the anti-metabolic therapy in anti-remodeling efficiency of complex pharmacotherapy of CHF in patients with metabolic syndrome (MS). The study involved 127 male patients with chronic heart failure (CHF) II-III FC, with post infarction cardiosclerosis. Depending on the components of the MS, patients were divided into 3 groups: Group I (n=27), patients without MS; Group II (n=49), patients with a combination of dyslipidemia (DLP), hypertrigliceridemia (HTG) with abdominal obesity (AO) and arterial hypertension (AH); Group III (n=51) patients with a combination of AO, AH and DLP with diabetes 2 types. The combination of perindopril, bisoprololand veroshpiron with atorvastatin in case of presence of DLP+AO+AH+GTG, as well as with metformin in case of DLP+AO+AH+GTG+CD2 increases the anti-remodeling efficiency of basic therapy of patients suffering from CHF.

Key worlds: chronic heart failure, metabolic syndrome, remodeling of left ventricle.

Метаболический синдром (МС) представляет собой комплекс взаимосвязанных нарушений углеводного и жирового обмена, а также механизмов регуляцииартериального давления и функции эндотелия, в основе которых лежит снижение чувствительности тканей к инсулину — инсулинорезистентность (ИР) [5]. Для достижения компенсации проявлений каждого заболевания, входящего в состав синдрома, зачастую требуется назначение нескольких препаратов, что приводит к увеличению числа случаев возникновения неблагоприятных лекарственных взаимодействий [9]. Это связано с отягощающим действием компонентов МС на развитие и прогноз ХСН, которое реализуется через различные взаимосвязанные механизмы: инсулинорезистентность, атеросклероз, воспаление, специфическая диабетическая кардиомиопатия и т.д. [7, 8, 9]. Все это указывает на важность нивелирования проявлений метаболических нарушений в повышении эффективности лечения сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ХСН при МС.

Цель - изучить роли антиметаболической терапии в антиремоделирующей эффективности базисной фармакотерапии ХСН, включающее периндоприл, бисопролол и верошпирон у больных с МС.

Материал и методы. В исследование были включены 127 больных мужского пола с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III ФК, постинфарктным кардиосклерозом. Давность перенесенного инфаркта миокарда от 6 месяцев до 5 лет. Верификация диагноза осуществлялась на основании классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов (NYHA), теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) и по шкале оценки клинического состояния (ШОКС). Средний показатель ТШХ составил 306,2±21,0м (271-339м). В зависимости от компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=27), больные без МС; II группа (n=49) больные с различной комбинацией дислипидемии с абдоминальным ожирением (АО), АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ); III группа (n=51) больные с различной комбинацией дислипопротеинемии (ДЛП) и сахарного диабета 2 типа ($СД_2$) с АО, АГ и гипертриглицеридемией. При диагностике МС использованы критерии диагностики МС Международной Федерации Диабета (IDF, 2009).

Обследованные больные находились на стационарном лечении в отделении кардиологии городской клинической больницы № 7 г. Ташкента. Обследование больных проводили на основе договора в Городском медицинском консультативно-диагностическом центре г. Ташкента. Эхокардиография (ЭхоКГ) осуществлялась на аппарате Mindray (Китай) методом в положении лёжа и на левом боку в М и В режимах в соответствии с требованиями Американской ассоциации ЭхоКГ (ASE). При этом оценивали: конечно-диастолический размер (КДР), конечно-систолический размер (КСР), толщину задней стенки ЛЖ, толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП), размер левого предсердия (ЛП), конечно систолический объём, конечно диастолический объём. О систолической функции ЛЖ судили по уровню фракции выброса (ФВ), которую высчитывали по формуле Teicholz, скорости циркулярного укорочения волокон миокарда (V_{CF}), а также по степени укорочения переднезаднего размера ЛЖ в систолу (%ΔS). О диастолической функции ЛЖ судили по максимальной скорости раннего пика диастолического наполнения (V_{max}Peak E, 0,62 м/с), максимальной скорости трансмитрального кровотока во время систолы левого предсердия (V_{max}Peak A, 0,35 м/с) и соотношению E/A (1,5-1,6), времени изоволемического расслабления ЛЖ (IVRT), времени замедления раннего диастолического наполнения (DT). ММЛЖ рассчитывали по формуле Devereux R.B.; ИММЛЖ – как отношение ММЛЖ к площади тела.

Все больные в течение трёх месяцев принимали периндоприл (Престариум, Servier), бисопролол (Конкор, Nycomed), а также верошпирон (Gedeon Richter). Вторая и третья группы разделены на две подгруппы А и Б. Вторая и третья Б группы кроме периндоприла, бисопролола и верошпирона в течение трёх месяцев принимали аторвастатин (Липримар – Pfizer, Ирландия) по 10 мг 1 раза. 3 Б группа через три месяца дополнительно в течение трёх месяцев принимала метформин (Сиофор) по 500 мг 2 раза.

Статистический анализ полученных данных осуществлялся на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета стандартной электронной программы «biostatic for Windows, версия 4,03». Параметры описывались в виде M±m. При распределении значений групповые сравнения количественных переменных проводили с использованием вариационного статистического критерия Стьюдента (t).

Результаты исследования. У больных без МС ММЛЖ составила 212,8 г. Данный показатель во 2 группе превышал на 12,0% ($p<0,05$), а в 3 группе на 34,6% ($p<0,005$). В результате трехмесячного лечения периндоприлом, бисопрололом и верошпироном ММЛЖ снизилась во 2 группе на 14,0% ($p<0,05$) и в 3 группе на 13 % ($p>0,05$). Дополнительное назначение аторвастатина к базисной терапии увеличена эффективность лечения во 2Б группе до 18,6% ($p<0,005$), а в 3Б группе до 21,4 % ($p<0,005$). В 3Б группе в результате лечения, включающий и метформина, через 6 месяцев анализируемая динамика достигает 29,9% ($p<0,001$). Аналогичная динамика прослеживается и со стороны ИММЛЖ. Выраженная эффективность комбинированной терапии, направленное на обратное развитие патологического ремоделирования миокарда также демонстрируется изменением КДР и КСР. При снижении КДР на 4,4% ($p<0,05$) и 5,8% ($p>0,05$) во 2А и 3А группах, этот показатель во 2Б и 3Б группах составил 7,4% ($p<0,005$) и 11,2% ($p<0,005$), а также 12,5% ($p<0,001$) через 6 месяцев. Аналогичная динамика прослеживается и со стороны КСР. После лечения КСР 2Б группы практически достигает показатель 1, в то время как, показатель 2А группы превышает его на 5,9% ($p<0,05$). Данное соотношение между 1 и 3А, а также 3Б через 6 месяцев составляет 16,7% ($p<0,001$) и 1,1% соответственно.

Выраженные изменения систолической функции ЛЖ наблюдаются во 2Б и 3Б группах, свидетельством чему является достоверное увеличение в этих группах ФВ и степени укорочения переднезаднего размера ЛЖ в систолу. Именно во 2Б через 3 месяца и 3Б группе через 6 месяцев %ΔS достигает уровня 1 группы. Наибольшее увеличение ФВ (29,0% $p<0,005$) также наблюдается в 3Б группе через 6 месяцев лечения. Наблюдалось достоверное уменьшение DT и IVRT во 2Б и

3Б группах, также как и в 1. Сравнительно слабая динамика улучшения диастолической функции во 2А и 3А группах прослеживается и при анализе раннего диастолического наполнения ЛЖ. У больных 2А и 3А групп значительное увеличение скорости трансмитрального потока крови обеспечивает статистически достоверное увеличение у них РЕ/РА соотношения. Однако, несмотря на это данные группы почти в два раза отстают от групп сравнения по нарастанию анализируемого показателя.

Таблица 1. Показатели ЭхоКГ и доплер ЭхоКГ больных с ХСН ФК II-III с МС и без нее на фоне базисной терапии в сочетании с аторвастатином и метформином (M±m)

Показатели		1 гр (n=27)	2 Агр (n=24)	2 Бгр (n=25)	3 Агр (n=25)	3Б гр (n=26)
ММЛЖ, г	До	212,78±6,08	235,88±9,58	240,76±8,08	283,66±11,58	287,03±10,36
	3 мес	191,71±7,36*	202,87±9,54*	196,11±9,19**	247,14±10,68	25,71±4,84**
	6 мес					201,33±12,97••
ИММЛЖ, г/м^2	До	126,29±4,31	139,61±6,20	142,72±7,0	166,68±8,59	173,13±7,31
	3 мес	112,94±5,14*	120,89±6,05*	115,86±6,74•	143,04±8,34*	135,9±8,05**
	6 мес					128,76±9,82**
ТМЖП, См	До	1,09±0,028	1,14±0,027	1,16±0,025	1,22±0,029	1,23±0,03
	3 мес	1,04±0,023	1,06±0,025	1,05±0,027**	1,16±0,026	1,07±0,048•
	6 мес					1,05±0,03**
ТЗСЛЖ, см	До	1,04±0,021	1,08±0,022	1,11±0,024	1,12±0,025	1,10±0,023
	3 мес	1,02±0,021	1,06±0,022	1,05±0,021	1,09±0,021	1,08±0,025
	6 мес					1,05± 0,027
КДР, см	До	4,73±0,071	4,82±0,068	4,89±0,071	5,15±0,083	5,22± 0,084
	3 мес	4,51±0,078*	4,59±0,076*	4,54±0,085**	4,9±0,089	4,62±0,086**
	6 мес					4,55±0,08••
КСР, см	До	2,95±0,056	3,11±0,057	3,21±0,066	3,47±0,085	3,54±0,08
	3 мес	2,67±0,061**	2,86±0,067•	2,70±0,075**	3,15±0,089*	2,84±0,09**
	6 мес					2,73±0,084••
КДО, мл	До	132,15±3,62	138,42±3,57	140,12±3,94	159,48±4,39	161,48±4,76
	3 мес	122,07±3,56*	126,21±3,81*	125,27±3,88•	149,44±4,1	135,04±4,86•
	6 мес					124,20±4.75**
КСО, мл	До	61,78±2,28	68,5±2,22	69,0±2,74	90,88±2,89	92,0±4,01
	3 мес	49,96±2,38**	57,88±2,62*	53,69±3,04**	79,64±1,46•	69,24±4,07•
	6 мес					55,16± 3,31••
ФВ, %	До	52,56±2,02	50,20±1,52	50,91±1,43	42,73±1,51	43,28±1,88
	3 мес	59,37±1,12**	54,39±1,55	57,76±1,29••	46,90±1,10	49,5±1,86*
	6 мес					55,83±1,69**
СИ, л/мин/м^2	До	3,40±0,24	3,12±0,17	3,22±0,15	3,23±0,17	3,28±0,19
	3 мес	3,23±0,13	3,06±0,15	3,19±0,11	3,21±0,14	3,0±0,15
	6 мес					3,14±0,16
Dt, mc	До	189,67±8,5	215,08±8,91	214,38±8,20	230,83±9,52	231,73±10,33
	3 мес	166,78±6,88*	189,76±8,68	179,98±8,27**	213,79±10,76	199,39±10,68*
	6 мес					184,12±10,53**
IVRT, mc	До	82,20±2,05	89,28±2,81	88,08±2,18	95,29±2,75	95,63±3,07
	3 мес	78,15±2,51*	81,82±2,53	80,36±2,43*	88,38±2,51	85,74±3,69*
	6 мес					80,57±3,61**
%ΔS,%	До	37,16±1,73	35,19±1,34	32,74±1,38	32,47±1,53	29,81±1,87
	3 мес	40,18±1,88	37,86±1,62	40,08±2,01•	35,66±1,42	35,37±1,80*
	6 мес					39,96±1,38**
РЕ, м/с	До	0,59±0,018	0,57±0,019	0,56±0,017	0,54±0,021	0,54±0,02
	3 мес	0,65±0,018*	0,61±0,019	0,63±0,017**	0,57±0,016	0,58±0,016
	6 мес					0,63±0,019**
РА, м/с	До	0,50±0,016	0,53±0,018	0,52±0,019	0,58±0,017	0,59±0,018
	3 мес	0,43±0,018•	0,46±0,019*	0,44±0,014**	0,52±0,015*	0,51±0,014*
	6 мес					0,45±0,017**
Е/А	До	1,18±0,042	1,09±0,054	1,10±0,03	0,95±0,027	0,92±0,03
	3 мес	1,51±0,045**	1,29±0,041•	1,43±0,041**	1,10±0,039•	1,23±0,047*
	6 мес					1,41±0,045••

Примечание: * p<0,05; ** p<0,005; • p<0,01: ••p <0,001 по отношение к данным до и после лечения.

Обсуждение. Результатами настоящих исследований установлено, что структурные изме-

нения и функциональные нарушения ЛЖ у обследованных больных обусловлены не только основным заболеванием, но и сопутствующей у них патологией – МС. Выявлены более выраженные структурно-функциональные нарушения ЛЖ у больных с МС в сравнении с больными без нее, а также нарастание этих нарушений по мере увеличения количества компонентов МС. Это подтверждается и результатами исследования лиц молодого и среднего возраста с МС [9], в котором установлена прямая взаимосвязь между характером поражения миокарда ЛЖ и выраженностью метаболических нарушений, т.е. МС в частности СД. Эти факты указывают на необходимость применения у больных с ХСН, развивающийся на фоне МС не только препаратов, предусмотренных стандартом лечения ХСН, но и препаратов, вносящих коррекцию в метаболические нарушения.

Одним из эффективных путей успешного лечения ХСН, развивающегося на фоне МС является лечение СД-2, в основе которого лежит инсулинорезистентность. Последний в свою очередь является предиктором ХСН, приводящий к ремоделированию ЛЖ [7]. Возможность предотвратить прогрессирование ХСН с помощью успешного лечения СД-2 продемонстрирована во многих исследованиях (UKPDS, STOP-NIDDM, DIGAMI). Однако, главной проблемой является выбор препарата с учетом наличия СН и инсулинорезистентности. Исследования, посвященные изучению эффективности метформина у пациентов с ХСН и СД2 свидетельствуют о том, что его польза превышает его возможное осложнение. Риск развития смерти у больных с $СД_2$, получавших метформин был ниже на 24,0% [8]. Это связано с тем, что терапия метформином сопровождается улучшением ФК ХСН, показателей центральной гемодинамики, качества жизни, а также вазопротективным действием, которые не связаны с гипогликемической эффективностью метформина [7].

ДЛП является одним из основных признаков МС и фактором риска развития раннего атеросклероза. Она может быть как следствием, так и причиной развития инсулинорезистентности. Статины, как средство нормализующие функцию эндотелиальных клеток являются одним из эффективных медикаментозных средств, воздействующих на коронарный резерв [6,7], проявляющийся приступами стенокардии при ангиографически нормальных эпикардиальных сосудах. Результатами крупного многоцентрового исследования 4S (Scandinavian Simvaststin Survival Stady) установлено, что статины снижают показатели заболеваемости смертности, связанные с ИБС и общей смертностью больных $СД_2$ типа больше чем больных без СД.

Таким образом, наличие компонентов МС, в частности ДЛП, ИР и гипергликемии при развитии СН ишемического генеза сопровождается подключением дополнительных патофизиологических процессов, которые усугубляют клинико-патогенетические проявления заболевания, в том числе и ремоделирование ЛЖ сердца. Дополнительное назначение статинов (атовастатин) и бигуонидов (метформин) усиливают антиремоделирующую эффективность препаратов базисной терапии ХСН, что связано не только с положительным их действием на липидный и углеводный обмен, но и плеотропным эффектом.

Выводы. Базисная терапия ХСН, включающая сочетание периндоприла, бисопролола и верошпирона больных МС характеризуется сравнительно низкой антиремоделирующей эффективностью.

Сочетание периндоприла, бисопролола и верошпирона с аторвастатином при наличии у больных ДЛП+АО+АГ+ГТГ, а также и метформином при ДЛП+АО+АГ+ГТГ+СД2 увеличивает антиремоделирующую эффективность базисной терапии больных с ХСН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глебовская Т.Д., Бурова Н.Н., Соловьева Н.В. Роль нарушения диастолической функции миокарда в развитии сердечной недостаточности у больных метаболическим синдромом, переносящих инфаркт миокарда без элевации сегмента ST. //Артериальная гипертензия 2010;2:170-174.
2. Мамедов М.Н. Метаболический синдром в России: распространенность, клинические особенности и лечение. М., 2011, 158 с.
3. Halley CM, Houghtaling PL, Khalil MK, et al. Mortality rate in patients with diastolic dysfunction and normal systolic function. Arch Intern Med 2011; 171:1082.
4. Heart Failure Society of America. Nonpharmacologic management and health care maintenance in patients with chronic heart failure // J Card Fail. – 2010. – Vol. 16. – P. 61.
5. Рекомендации экспертов всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома (II пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2009; 6.
6. Borlaug B.A., Paulus W.J. Heart failure with preserved ejection fraction: pathophysiology, diagnosis, and treatment.// Eur Heart J 2011;32 (6):670–679
7. Лапина Ю.В., Нарусов О.Ю., Мареев В.Ю. и др. Эффективность и безопасность применения метформина у больных с хронической сердечной недостаточностью и сахарным

диабетом 2 типа. Результаты исследования РЭМБО – СД ХСН. / Кардиология 2008; 3: 22-28.
8. Salpeter S., Greyber E., Pasternak G., Salpeter E. Risk of fatal and nonfatal lactic acidosis with metformin use in type 2 diabetes mellitus // Cochrane Database Syst. Rev. – 2006; 1 :CD002967.
9. Aguilar D., Wenyaw Chan W., Bozkurt B. et al. Metformin use and mortality in ambulatory patients with diabetes and heart failure //Circulations: Heart Failure 2011; 4: 53-58.

УДК: 616-006.66:615.25

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КАСТРАЦИОННО-РЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н., Юсупов Ш.Х., Худойбердиев М.Т., Валиева Р.М., Бойко Е.В.
(РОНЦ, ТашГорОД, ТМА)

Проведено сравнение эффективности и безопасности сочетания доцетаксела и этопозида в комбинации с преднизолоном по сравнению с монотерапией доцетакселом у больных кастрационно-резистентным раком предстательной железы. Больные были разделены на 2 группы. В 1группе (n = 24) больные получали доцетаксел 75 мг/м^2 1 раз в 3 нед + преднизолон 10 мг/сут, во 2(n= 21) — доцетаксел 75 мг/м^2 1 раз в 3 нед + преднизолон 10 мг/сут + этопозид с 1 по 5 день в дозе 100мг/м^2 внутривенно. Возраст больных колебался от 45 лет до 81 года (средний возраст 64,9 года). Исследование показало, что схема монотерапии доцетакселом имеет преимущество по продолжительности ответа на лечение, периоду общей выживаемости, удовлетворительной переносимости терапии.

Ключевые слова: кастрационно-резистентный рак предстательной железы, химиотерапия, доцетаксел, циклофосфан, доксорубицин, фторурацил.

КАСТРАЦИОН-РЕЗИСТЕНТ ПРОСТАТА БЕЗИ САРАТОНИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР

Кастрацион-резистент простата бези саратони билан касалланган беморларда доцетаксел ва этопозиднинг эффектив ва хавфсиз комбинацияси билан преднизалон + доцетаксел монотерапиясини солиштирув ўтказилди. Беморлар 2 гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳда (n=24) беморлар 75 мг/м^2 3 хафтада 1 марта +преднизалон 10 мг/сут, 2-гуруҳда (n=21)-доцетаксел 75 мг/м^2 3 хафтада 1 марта + преднизалон 10 мг/сут + этопозид 1-5 кунлар 100 мг/м^2 томир ичига олган. Текширувлар шуни кўрсатдики, доцетаксел монотерапияси билан даволаш, беморларда даволаш жавобининг давомийлиги, умумий яшаш кўрсатгичи ва ўтказилган доводан коникишини кўрсатди.

Калит сўзлар: Кастрацион-резистент простата бези саратони, химитерапия, доцетаксел, этопозид.

COMPRATIVE ESTIMATION OF THE EFFECTIVENESS OF DOCETAXEL+ETOPOZIDE AND MONOTHERAPY WITH DOCETAXEL IN THE TREATMENT OF THE PACIENTS WITH CASTRATION-RESISTANCE PROSTATE CANCER

A comparison of the efficiency and safety of combining of etoposide and docetaxel in combination with prednisolone versus monotherapy with docetaxel in patients' translationally castration-resistant prostate cancer was conducted. Patients were divided into 2 groups: 1) 24 patients received docetaxel 75 mg/m2 once every 3 weeks + prednisolone 10 mg/day; 2) 21 patients used docetaxel 75 mg/m2 once every 3 weeks + prednisolone 10 mg/day + intravenous etoposide 100 mg/m2 on days 1 to 5. The patients' age ranged from 45 to 81 years (mean age being 64.9 years). The study has shown that docetaxel monotherpy has benefits in terms of its response duration to the treatment, overall survival, and satisfactory therapy tolerability.

Key words: castration-resistant prostate cancer, chemotherapy, docetaxe, etoposide.

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) - одно из наиболее превалирующих злокачественных новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. Доля рака предстательной железы в структуре заболеваемости мужского населения России неуклонно растет. В 1989г. она составила 2,8%, а в 2001 - уже 5,9%. За 1989 - 1999гг. число впервые диагностированных заболеваний увеличилось с 5,5 тыс. до 10.7 тыс. В 2002г. опухоли предстательной железы заняли 4 место (6,1%) в структуре онкологической заболеваемости мужского населения после рака легкого, желудка и кожи [3,10].

В настоящее время в лечении больных диссеминированным раком предстательной железы основное место заняла гормонотерапия. Путем блокады андрогенов удается достичь стабилизации заболевания более чем у 80% пациентов [12], но, среднее время до прогрессирования после проведенной гормонотерапии у больных метастатической формой РПЖ составляет около 2 лет [12,20,24,]. Несмотря на кастрационный уровень тестостерона (менее 50 нг/дл) почти у 80% этих

пациентов в течение 12-18 месяцев наступает прогрессирование заболевания, но уже в форме кастрационно-резистентного рака предстательной железы (КРРПЖ). Группу этих больных характеризуют следующие признаки:

- отсутствие эффекта от стандартного гормонального лечения (хирургическая кастрация (орхэктомия), комбинированная блокада андрогенов),
- рост ПСА на фоне кастрационного уровня тестостерона,
- прогрессирование со стороны пораженных лимфатических узлов и костной системы.

Средняя продолжительность жизни данной группы больных составляет около 6-12 месяцев[14].

Данные литературных источников свидетельствуют, что ККРПЖ является заболеванием, включающим различные когорты пациентов [1,11]. Важно отметить, что за последнее десятилетие несколько изменилось соотношение групп больных с кастрационно-резистентной формой рака предстательной железы: если в период, предшествующий внедрению ПСА в широкую практику, основную часть составляли пациенты с болезненными костными метастазами, то в настоящее время растет число больных с бессимптомным ростом ПСА [14].

В настоящее кастрационно-резистентной формой рака предстательной железы. Ведущими методами являются гормонотерапия 2 линии, химиотерапия, симптоматическая лучевая терапия на наиболее болезненные участки пораженных костных тканей и конгломераты лимфатических узлов, также введение бисфосфонатов. На основании данных проведенных исследований с применением как гормоно- так и химиопрепаратов, а также их комбинаций в лечении кастрационно-резистентного рака предстательной железы можно отметить, что по сравнению с режимами лечения, имевшими место в 80-е, 90 годы 20 века, новые препараты выводят химиотерапию на одно из ведущих мест в лечении кастрационно-резистентного рака предстательной железы. Современные химиотерапевтические лекарственные препараты демонстрируют свою эффективность по снижению уровня ПСА, регрессии со стороны пораженных лимфатических узлов, повышению качества жизни пациентов. Однако следует отметить, что ни в одном из исследований не отмечено существенного увеличения продолжительности жизни больных, а поиски наиболее эффективной схемы лечения в настоящее время продолжаются.

Несмотря на разнообразие проводимых клинических исследований, на сегодняшний день остается открытым вопрос о разработке наиболее эффективной схемы лекарственного лечения кастрационно-резистентного рака предстательной железы, в то время как продолжается постоянный рост количества пациентов с этим диагнозом. Все вышеуказанные обстоятельства определяют актуальность исследования, направленного на улучшение результатов лечения данной группы пациентов.

Цель исследования — увеличить общую выживаемость больных кастрационно-резистентным раком предстательной железы и повысить качество жизни, путем выявления наиболее эффективной комбинации химиопрепаратов.

В исследовании также оценивалось качество жизни пациентов, которое определялось степенью болевого синдрома и активностью по шкале Карновского (табл. 1).

Материалы и методы. В исследование было включено 58 пациентов с КРРПЖ , проходивших лечение онкоурологическом отделение РОНЦ МЗ РУз и ТашГОД с 2006по 2015г. Использовали результаты монотерапии препаратами доцетаксела.

Результаты. Больные были разделены на 2 группы. В 1 группе (n-28) больные получали доцетаксел + преднизалон. Больные 2 группе (n-30) получали по схеме CAF: (Циклофосфамид, Доксорубицин, Фторурацил). Возраст больных колебался от 47 до 78 лет (средний возраст – 62,8 года). У 19 пациентов определялись костные метастазы, у 9 метастазы в регионарные и отдаленные лимфатические узлы и у 21 человек поражение лимфоузлов и костей скелета. Из всех включенных пациентов, до развития кастрационно-резистентной формы хирургическая кастрация и медикаментозная кастрация и антиандрогенами, 6 больным проводилась эстрогенотерапия. Химиотерапевтическое лечение ранее получали 9 пациентов. 24 больным в прошлом проводилась дистанционная лучевая терапия, из них у 17 на область предстательной железы и у 7 пациентов на наиболее болезненные участки костных метастазов (табл. 1).

После проведенного обследования пациенты были рандомизированны 1:1 «методом конвертов» в две лечебные группы: **группа 1** (28 больных): Доцетаксел + Преднизолон; **группа 2** (30 больных): схема CAF (циклофосфан, доксорубицин, фторурацил).

Время до развития кастрационно-резистентной формы рака предстательной железы у больных в группе лечения Доцетакселом составило от 10 до 128 меяцев. В группе лечения по схема CAF (циклофосфан, доксорубицин, фторурацил).- от 8 до 127 месяцев.

Уровень тестостерона у всех пациентов был ниже кастрационного (менее 8,7 нмоль/л), что являлось одним из необходимых условий постановки диагноза кастрационно-резистентного рака предстательной железы, и составлял, в среднем, 0,46 ннмоль/л в группе с схемом CAF и 0,89 ннмоль/л в группе с Доцетакселом.

Таблица 1
Характеристика групп больных

Характеристики групп		Основная группа	Контрольная группа
Количество пациентов		28	30
Средний возраст, лет		62,5	63,1
ПСА (средний), нг/мл		214,5	196,7
Тестостерон, / средний		0,89	0,46
Участки метастазирования	Лимфоузлы	4	5
	Кости	9	10
	Лимфоузлы+кости	10	11
Предшествующая гормонотерапия	Хирургическая кастрация + антиандрогены	22	23
	Медикаментозная кастрация+ антиандрогены	6	7
	Эстрогенотерапия	2	4
Предшествующая лучевая терапия	На предстательную железу	7	10
	Паллиативная на кости	5	2
Предшествующая химиотерапия		4	5

Больные в контрольной группе получали полихимиотерапии по схеме CAF: Циклофосфамид-100 мг/м^2, Доксорубицин – 30 мг/м^2, Фторурацил – 500 мг/м^2 1-день. Каждые 3 недели. Пациентам во основной группе назначался Доцетаксел в дозе 75 мг/м^2 внутривенно, капельно. Дозировки химиопрепаратов были выбраны на основании данных проведенных рандомизированных исследований I - II фазы. Преднизолон в дозе 10 мг в сутки назначался больным, как в той, так и в другой группе, ежедневно, на протяжении всего курса лечения. Схема лечения представлена на рисунке 1.

Рисунок 1. Схема лечения больных кастрационо-нрезистентным раком предстательной железы:

Доцетаксел 75мг/ м^2, день 1
В/в 1 часовая инфузия Каждые 3 недели
Преднизолон: 60мг х 2раза в сутки 1-день, 30 мг х 2 раза в сутки 2-5 день (утро/вечер), в/м.
каждый 21 день
CAF: Циклофосфамид-100 мг/м^2 Доксорубицин – 30 мг/м^2, Фторурацил – 500 мг/м^2.
1-день. Каждые 3 недели.
Преднизолон: 30мг х 2раза в сутки (утро/вечер), в/м, ежедневно с 1 дня

За период исследования больные 1 группы получили 142 цикла химиотерапии (ХТ),, в среднем, 5,9 цикла каждый (от 1 до 10 циклов). В большинстве (75%) случаев было проведено 6 циклов ХТ и более: 6 циклов у 14 (58,3%), 10 циклов у 1 (4,2%) больного. В связи с выраженной гранулоцитопенией у 1 пациента была редуцирована доза доцетаксела.

При оценке эффективности терапии учитывали показатель ПСА (снижение ПСА на 50 и 80%), изменение градации болевого синдрома по шкале ВОЗ, уменьшение числа метастатических измеряемых очагов более чем на 25% по критериям RECIST, показатели качества жизни (продолжительности жизни, т. е. показателя общей выживаемости, снижение интенсивности накопления радиофармпрепарата по остеосцинтиографии по M. Soloway. Сравнивали эффективность и токсичность химиотерапевтических схем, основанных на доцетакселе оригинальной и отечественной торговой марки по системе NCIC-CTC.

Обсуждение: Доцетаксел позволяет добиться регрессии метастазов в лимфатические узлы в 64,2% случаев, стабилизации костных метастазов в 68,4% случаев и снижения уровня ПСА более 50% от исходного у 53,6% больных. Одногодичная выживаемость составили 53,6%, одногодичная безрецидивная выживаемость составила 28,6%.

Лечение по схеме CAF показало регрессию пораженных метастазами лимфоузлов у 43,75% больных, стабилизацию костных метастазов у 47,6% пациентов и снижение уровня ПСА на 50%

и более в 40 % случаев. Одногодичная выживаемость составили 46,7%, одногодичная безрецидивная выживаемость в составила 13,0%.

Таблица 2. Эффективность (в %) проведенной терапии

Объективный ответ	**1 группа** Доцетаксел (n = 28)	**1 группа** Доцетаксел + этопозид (n = 30)
СнижениеПСА более 50% СнижениеПСА более 80% Регрессия метастазов Стабилизациякостных метастазов	53,6% (n 15) 17,9% (5) 38,5 (21) 69,2 (13/9)	57,1 (у 12) 23,8 (5) 54,5 (6/11) 69,2 (9/13)

Таблица 3. Показатели скорректированной выживаемости в исследованных группах больных.

Срок наблюдения (месяцы)	Выживаемость группа Доцетаксела (%)	Доверительный интервал **95%**	Выживаемость группа CAF (%)	Доверительный интервал **95%**	Достоверность различия **p<0.05**
6	85,7	3,95	70,0	6,91	+
12	53,6	8,66	46,7	8,44	-
18	39,3	7,31	16,7	6,77	+
24	32,0	7,31	13,3	5,48	+
36	15,7	-	0	-	+

Таблица 4. Продолжительность безпрогрессивного ответа по ПСА в группах лечения Доцетакселом и CAF (Циклофосфамид, Доксорубицин, Фторурацил).

группа	Кол-во пациентов	Снижение ПСА >50% (%)	CAF Продолжительность (мес)	Снижение ПСА>80% (%)	Продолжительность (мес)	Стабилизация ПСА (%)	Продолжительность (мес)
Доц.	28	53,6%	6,8	17,9%	8,6	7,1%	7
CAF	30	40%	6,3	13,3%	8,5	13,3%	4

Таблица 5. Динамика со стороны пораженных лимфоузлов и костей скелета в ответ на лечение Доцетакселом и CAF.

группа	Ответ по измеряемому заболеванию				Стабилизация костных метастазов
	ПР	ЧР	СТАБ	ВСЕГО	
Доцетаксел	1(7,1%)	3(21,4%)	5(35,7%)	64,2%(9/14)	13 (68,4%)
CAF	1(6,25%)	3(18,75%)	3(18,75%)	43,75%(7/16)	10(47,6%)

Таблица 6. Сравнительная характеристика болевого статуса больных в группах лечения Доцетакселом и CAF

Градация	Количество пациентов Доцетаксел CAF	
0 - аналгетики не требуются	18(64,3%)	13 (43,3%)
1 - иногда ненаркотические	8 (28,6%)	8 (26,6%)
2 — регулярно ненаркотические	2(7,1%)	2 (6,7%)
3 - иногда наркотические	0	6 (20%)
4 - регулярно наркотические	0	1 (3,3%)

Качество жизни в группе пациентов с доцетакселом с преднизолоном по статусу активности и уровню боли было достоверно выше по сравнению с группой лечения по схеме CAF.

Выраженными побочными эффектами лечения с доцетакселом были: анемия (12,8% больных), гастроинтестинальная токсичность (73,5% больных), алопеция 2- степени (64,39% пациентов), синдром задержки жидкости (20% больных). При лечение по схеме CAF гастроинтестинальная токсичность наблюдалась в 60%) случаев, сердечно-сосудистая токсичность 30%, алопеция в 87% случаев, анемия отмечена у 26,6% пациентов. В целом, возникавшие на фоне проводимого лечения, как в той, так и в другой группе побочные эффекты не требовали модификации дозы препаратов и разрешались применением симптоматической и этиотропной терапии.

Таблица 7. Сравнительная характеристика статуса активности больных в группах лечения Доцетакселом и CAF

Градация	Количество пациентов Доцетаксел	CAF
0 — способен к любой деятельности	0	2 (6,7%)
1 - способен к легкому труду	25(89,3%)	16 (53,3%)
2 - более 50% времени на ногах	2 (7,1%)	6 (20,0%)
3 - менее 50% времени на ногах	1(3,6%)	4 (13,3%)
4 - необходим постельный режим	0	2 (6,7%)

Таблица 8. Проявления токсических эффектов терапии с применением доцетаксела.

Токсичность	СТЕПЕНЬ (число/% больных)			
	1	**2**	**3**	4
Анемия	3(10.7%)		2(7.1%)	
Анорекция	10(35.7%)			
Диарея	9(32.1%)	1(3.6%)		
Запор	2(7.1%)			
Периферическое отеки	3(10.7%)			
Плевральный выпот			2(7.1%)	
Перикардит			1(3.6%)	
Утомляемость	15(53.6%)		1(3.6%)	
Аллопеция		18(64.3%)		

Таблица 9. Проявления токсических эффектов терапии с применением CAF.

Токсичность	СТЕПЕНЬ (число/% больных)			
	1	**2**	**3**	4
Анемия	7(23,3%)		1(3,3%)	
Анорекция	10(33,3%)			
Диарея	5(16,7%)		1(3.3%)	
Запор	2(6,7%)			
Кардиотоксичность	7(23,3%)		2(6,7%)	
Утомляемость	14(46,7%)			
Аллопеция		25(83,4%)	1(3.3%)	

Выводы: Схема монотерапии доцетакселом имеет преимущества по продолжительности ответа на лечение, периоду общей выживаемости, удовлетворительной переносимости лечения. При комбинированной терапии отмечен начальный, более выраженный объективный эффект, который, однако, имел непродолжительный характер из-за тяжелой гематологической и негематологической токсичности, последующей редукции дозы химических агентов, частой отмены ХТ. Таким образом, режим монотерапии доцетакселом является безопасным и хорошо переносимым при достаточно высокой эффективности. Следует отметить, что в настоящее время ни в одном из исследований не отмечено существенного увеличения продолжительности жизни больных, в связи с чем поиски наиболее эффективной схемы лечения продолжаются. Несмотря на разнообразие проводимых исследований, для постоянно растущего количества больных КРРПЖ необходимы разработка и адаптация новых стратегий, ведущей из которых остается лекарственная терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарин А.М. Принципы и возможности современной эндокринной терапии опухолей. 2000:109-129.

2. Гарин А.М. Доцетаксел (Таксотер) в практике лечения злокачественных опухолей. 2003:88-94.

3. Давыдов М.И, Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000г. 2002.

4. Дегтярь В.Г., Кушлинский Н.Е. Биотрансформация андрогенов в предстательной железе человека: ее значение в норме, причина или следствие нарушений метаболизма андрогенов при опухолях // Вестник ОНЦ РАМН. 1998. №2.

5. Матвеев Б.П., Бухаркин Б.В., Матвеев В.Б. Рак предстательной железы. 1999:143- 150.

6. Матвеев Б.П., Бухаркин Б.В., Калинин С.А. Лечение гормонорезистентного рака предстательной железы. Материалы конференции «Онкологическая урология: от научных исследований к клинической практике (современные возможности лечения опухолей предстательной железы, мочевого пузыря и почки)». 2004:28-31.

7. Резников А.Г., Варга С.В. Антиандрогены. - М. 1988.

8. Русаков И.Г., Алексеев Б .Я. Лечение гормонорезистентного рака [1] предстательной железы: роль эстрацита. Современная онкология 2004;т.6 №3:116-121.

9. Харченко В.П., Гафанов Р.А., Каприн А.Д., Костин А.А. Гормонорезистентный рак предстательной железы. Возможности лечения. Андрология и генитальная хирургия 2001;4:8-12.

10. Ю.Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2002г. Москва 2002.

11. A de la Taille, Vacherot F, Salomon L, et al. Hormone-refractory prostate cancer a multi-step and multi-event process. Prostate Cancer and Prostatic Disease. (2001)4, 204-212.

12. Abrahamson Per-Anders. Revolutions in the management of hormone-refractory prostate cancer. European Urology Supplements 2 (2003) 1-2.

13. Benson R, Hartley-Asp B. Mechanisms of action and clinical uses of estramustine. Cancer Invest. 1990;8:375-380.

14. Berry W. R., Beer T. M. Weekly docetaxel in the elderly, outcomes in men with androgen independent prostate cancer >70 vs < 70 years of age. Program and s of the 39th Annual Meeting of the 15. American Society of Clinical Oncology; May 31-3, 2003; Chicago, Illinois. , 2996.

16. Berry W, Gregurich M, Dakhil S, et al. Phase II randomized trial of weekly paclitaxel (Taxol) with or without estramustine phosphate in patients with symptomatic, hormone-refractory, metastatic carcinoma of the prostate (HRMCP). Proc Annu Meet Am Soc Clin Oncol. 2001;20:696a.

УДК: 618.146-006.6

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Алмухамедова Б.Г.
(ТашГорОД)

В статье приведен анализ заболеваемости раком шейки матки (РШМ) в Республике Узбекистан в сравнении с мировыми данными по статистике. Отмечена территориальная вариабельность показателей заболеваемости с определением возрастного пика 45-64 года.

Ключевые слова: рак шейки матки, статистика, факторы риска.

ЎЗБЕКИСТОНДА БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХОЛАТИ

Мақолада Ўзбекистон Республикасидаги бачадон бўйни саратони касаллик кўрсаткичлари дунёдаги таникли статистик маълумотлар билан таққосланган. Ўтказилган тахлиллар шуни кўрсатадики, касаллик кўрсаткичлари худудлараро ўзгарувчан, касаллик 45-64 ёшдаги аёлларда энг кўп учрайди.

Калит сўзлар: бачадон бўйни саратони, статистика, хавф омиллари.

CANCER OF CERVIX OF THE UTERUS EPIDEMIOLOGY IN UZBEKISTAN

This article analyzes the incidence of cervical cancer (CC) in the Republic of Uzbekistan in comparison with the world data statistics. The study of the epidemiology of CC depending on age, area end living conditions is highlighted here. Analysis showed the presence of geographical variability in morbidity with the definition of peak age 45-64 years.

Key words: statistics, cancer of cervix of the uterus, prevalence of chasse of cervix of the uterus, epidemiology of chasse of cervix of the uterus, risk factors.

Актуальность. Злокачественные новообразования (ЗН), характеризуются высокой смертностью, заболеваемостью, распространенностью; приводят к числу инвалидизации населения. Данные мировой статистики показывают, что в настоящее время в мире зарегистрировано более 25 000 000 больных раком различных локализаций. Прогноз также является неутешительным - к 2030 г. число заболевших достигнет 75 000 000 человек [1,3].

Ежегодно в мире регистрируются 529 800 новых больных раком шейки матки (РШМ) и 275 100 смертей от этого ЗН, это составляет 9% женщин, заболевших ЗН, и 8% умерших от них.

В структуре заболеваемости ЗН населения стран СНГ доля РШМ составляет 4-6% в Беларуси, России и Украине, 9-16% в Узбекистане, Кыргызстане и Казахстане. Средний возраст вновь выявленных больных составляет 49-53 лет.

РШМ один из наиболее частых локализаций среди ЗН женской репродуктивной системы, занимающая первое место в онкогинекологии развивающихся стран и второе, в экономически развитых странах после рака тела матки. Одним из ведущих в этиопатогенезе считают экзогенные факторы. Одними из факторов риска в настоящее время считают раннее начало половой жизни, ранние роды, частую смену половых партнеров, отказ от барьерных контрацептивов. Учитывая вышеуказанные факторы риска возникновения заболевания одной их групп риска, являются женщины с низким социально-экономическим уровнем. Другим фактором способствующим развитию РШМ является генитальная папиллома вирусная инфекция. В настоящее время идентифицирована более ста типов вируса папилломы человека (ВПЧ), из которых 34 поражают аногенитальную область, чаще всего при РШМ выявляются 16-е,18 типы ВПЧ, являющиеся вирусами высокого риска.

Материалы и методы. Государственная статистическая отчетность о злокачественных новообразованиях по форме 7-SSV, утвержденная Министерством здравоохранения Республики Узбекистан, статистика о численности, половозрастного состава населения Республики в разрезе областей, по данным Госкомстата статистики республики Узбекистан. Отражает заболеваемость и смертность от рака шейки матки (РШМ) с применением ретроспективного исследования на основе аналитических методов.

Анализ мировых данных по статистике показывает, что частота смертности от этого заболевания занимает 3-4 место в общей структуре смертности, являясь ведущей причиной смерти от рака у женщин во всем мире, что составляет 9% (529, 800) от общего числа вновь выявленных случаев заболевания и 8% (275,100) в общей смертности. При этом важно отметить, что более 85% случаев данного заболевания приходится на женское население развивающихся стран. Наиболее высокие эти показатели отмечаются в Индии - 27% (77,100) от общей смертности, а по заболеваемости РШМ - Восточная, Западная и Южная Африка, Южная и Центральная Азия, и Южная Америка. Относительно низкие показатели заболеваемости в странах Западной Азии, Австралии, Новой Зеландии и Северной Америки [1,3].

Различия по структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗН) в зависимости от уровня жизни. Так, в странах с высоким уровнем жизни ведущими заболеваниями являются - рак легких, молочной железы, простаты, колоректальный рак. При этом основным фактором, способствующим возникновению этих нозологических единиц является табакокурение, а 10% - связано с наличием хронических инфекций. В странах со средним и низким уровнем жизни, лидирующими ЗН являются - рак желудка, печени, полости рта и шейки матки. Необходимо отметить тенденцию, что в последние годы перинятие другого (западного) стиля жизни сопровождается увеличением числа табакокурящих людей, изменением структуры питания, малоподвижным образом жизни, способствующему увеличению веса, более позднему возрасту рождения первого ребенка, приводит к увеличению частоты рака молочной железы и колоректального рака [2,5,7].

Слабость диагностических методов исследования и отсутствие скрининга РШМ в развивающихся странах способствует наличию тяжелого бремени РШМ.

В большинстве стран СНГ в последнее десятилетие наблюдается снижение доли рака шейки матки в структуре онкологической заболеваемости женского населения. [4,8,9]

В структуре ЗН женщин Узбекистана РШМ занимает второе место после рака молочной железы (РМЖ), при этом на его долю приходится 12,49%. При этом следует отметить что, наблюдается значительная вариабельность показателей заболеваемости по регионам. Стандартизированный показатель заболеваемости РШМ по республике в 2015 году составил 5,5 на 100 тыс. мирового населения, при этом по регионам наибольшие показатели отмечались в республике Каракалпакстан – 14,5, г.Ташкенте – 14,4, Хорезмской – 13,8, Наманганской – 13,4, Андижанской – 11,9 и Ташкентской – 9,9; наименьшие – в Сурхандарьинской – 6,4, Кашкадарьинской – 5,7 и Самаркандской областях – 5,2.

Заболеваемость городского населения составила - 9,4, а сельского – 9,7. Наибольшая встречаемость РШМ характерна в возрасте 45-64 лет, в возрасте 0-19 практически не встречается (0,066%), пик заболеваемости приходится на 45-64 лет, до 44 лет заболевают более 28% женщин, при этом средний возраст приходится на женщин 53 лет. В динамике наблюдается «омоложение» контингента больных РШМ, что является неблагоприятным фактором дальнейшего прогноза и динамики заболеваемости.

При анализе динамики за последние три года отмечаются увеличение показателя заболеваемости РШМ, что связано, по всей видимости, с предпринимаемыми правительством Республики и Министерством Здравоохранения усилиями по улучшению оказания онкологической помощи населению РУз. С 2012 года начата программа по оснащению современными диагно-

стическими аппаратурами всех областных подразделений онкослужбы и активным проведением пилотных скрининговых программ по раннему выявлению и диагностике РШМ и РМЖ, благодаря которой достигнуты увеличения показателей выявления заболевания на I-II стадиях (2015г. – 63,2%, 2014г. - 51,6%, 2013г. - 40,6%).

Выводы. Анализ полученных данных свидетельствует, что проблема РШМ продолжает оставаться актуальной и злободневной в здравоохранении всех государств содружества и требует дальнейшего изучения и внедрения программ скрининга, что будет способствовать своевременному выявлению заболевания и возможности проведения корректного лечения результатом которого будет снижение показателей смертности и улучшение качество жизни больных с этой патологией. Одним из аспектов профилактических мер РШМ в настоящее является вакцинопрофилактика путем вакцинирования девочек от наиболее распространенных штаммов ВПЧ-инфекции, которые вызывают около 70% случаев РШМ. По данной проблеме в настоящее время ведутся переговоры о включении вакцинопрофилактики в план прививок по всей республике Узбекистан.

ЛИТЕРАТУРА:

1. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2008
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers CD, Parkin D. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10.Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; Year. Available at: http://globocan.iarc.fr. 2010. Last accessed 8/17/2010.
3. AhmedinJemal, DVM, PhD; Freddie Bray, PhD2; Melissa M. Center, MPH; Jacques Ferlay, ME;Elizabeth Ward, PhD; David Forman, PhD Global Cancer Statistics CA CANCER J CLIN 2011;61:69–90.
4. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями России и стран СНГ в 2006 г. [Текст] // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – Т. 22. – № 3 (прил. 1). – 2011. –С. 57–58.
5. Бебнева Т.Н., Прилепская В.Н. Профилактика рака шейки матки: скрининг (обзор литературы) // Доктор.Ру. - 2009. - № 6. - С. 11-17.
6. Минкина Г.Н. Цервикальный рак и гормональные контрацептивы (обзор литературы) // Доктор.Ру. - 2014. - № 1. - С. 56-59.
7. Бестаева Н.В., Назарова Н.М. и др. Папилломавирусная инфекция: новые взгляды на диагностику и лечение (обзор литературы) // Гинекология. - 2013. - № 3. - С. 4-6.
8. Профилактика рака шейки матки / под ред. акад. РАМН Г.Т. Сухих, проф. В.Н. Прилепской. - 3 изд. доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2012. - 190 с.
9. Гончаревская З.Л. и др. Современные методы скрининга рака шейки матки и ВПЧ-тест: клинико-экономическая эффективность //Доктор.Ру. Гинекология. Эндокринология. - 2014. - № 1. - С. 12.

УДК 616.155.392.2-036

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО PH-ПОЗИТИВНОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМАТИНИБА В КОМБИНАЦИИ С ТРАДИЦИОННЫМИ ХИМИОПРЕПАРАТАМИ.

Ибрагимова С.З.
(НИИГиПК)

Изучены результаты лечения 13 пациентов с Ph-позитивным ОЛЛ, получившие лечение по протоколу ALL-MB+Imat в детском отделении НИИ Г и ПК МЗ РУз. Все пациенты, имеющие t(9;22) BCR-ABL с 15 дня индукции получали дополнительно иматиниб в дозе 300 мг/м^2 ежедневно внутрь. 7 (70%±3%) больных находятся в полной клинико-гематологической ремиссии. Применение ингибиторов тирозинкиназ в сочетании с низкодозной полихимиотерапией показало высокую эффективность при значительном снижении токсичности.

Ключевые слова: Ph-позитивный острый лимфобластный лейкоз, дети, протокол ALL-MB+Imat, выживаемость.

БОЛАЛАРДА PH-МУСБАТЛИ ЎТКИР ЛИМФОБЛАСТ ЛЕЙКОЗНИ ДАВОЛАШДА ИМАТИНИБНИ ОДАТИ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТЛАРИ БИЛАН ҚЎЛЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Болалар бўлимида ALL-MB+Imat протоколи бўйича даволанган 13 та Ph-мусбатли ўткир лимфобласт лейкоз беморни даво натижалари ўрганилган. t(9;22) BCR-ABL бор ҳамма беморга индукциянинг 15 кунидан қўшимча иматиниб 300 мг/м^{2}дозада берилган. 7та бемор (70%±3%) тўлиқ клиник-гематологик ремиссия холатида. Тирозинкиназалар ингибиторларини кичик

дозали химиотерапия билан биргаликда қўллаш захарланиш камайишига олиб келган холда юқори самара берди.

Калит сўзлар: Ph-мусбатли ўткир лимфобласт лейкоз, болалар, ALL-MB+Imat протоколи, яшаш давомийлиги.

THE OPTIMIZATION PH-POSITIVE CHILDHOOD ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA TREATMENT USING TYROSINE KINASE INHIBITORS IN COMBINATION WITH LOW-DOSE POLYCHEMOTHERAPY

The results of 13 patients with Ph-positive childhood acute lymphoblastic leukemia who received treatment for ALL-MB + Imat protocol in the children's department of the Scientific Research Institute of Hematology of Uzbekistan were studied. All patients with t (9; 22) BCR-ABL from 15 days of induction were given additional imatinib of 300 mg / m2 daily inside. 7 (70% ± 3%) of the patients are in complete clinical remission. The use of tyrosine kinase inhibitors in combination with low-dose polychemotherapy showed high efficiency in significantly reducing toxicity.

Key words: Ph-positive acute lymphoblastic leukemia, children, ALL-MB + Imat protocol, survival.

Введение. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) является самым распространенным среди злокачественных заболеваний у детей. Частота острого лимфобластного лейкоза с транслокацией t(9;22), представляющего Ph-позитивный вариант значительно увеличивается с возрастом: если у детей частота его составляет около 5%, то у взрослых она достигает до 25% [5,6].

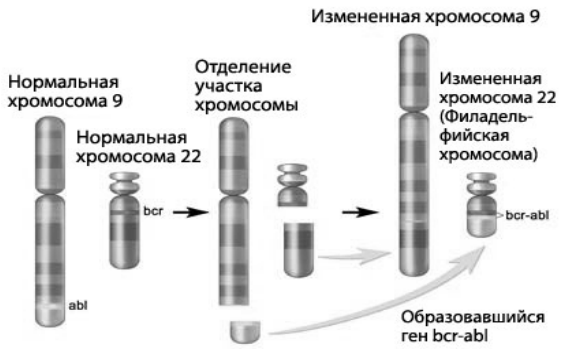
Эта категория больных является наиболее неблагоприятной в отношении эффективности терапии, и в большинстве современных протоколов диагноз Ph-позитивного ОЛЛ автоматически определяет пациента в группу высокого риска. Таким образом, рекомендовались трансплантации стволовых клеток уже в первой ремиссии заболевания, включая пересадки от неродственного донора [4,9,10]. Но вскоре особого внимания, начал заслуживать вопрос о роли иматиниба мезилата (гливека) в терапии некоторых гемобластозов. Первые подобные опыты показали, что препарат обладает высокой активностью при Ph-позитивном ОЛЛ. Однако при монотерапии гливеком клональная эволюция закономерно приводит к развитию вторичной резистентности и рецидива. Вместе с тем клинические наблюдения, позволили также установить наличие синергизма иматиниба с рядом традиционных химиопрепаратов in vitro. Это сделало очевидной необходимость включения гливека в программы комбинированной химиотерапии Ph-позитивного ОЛЛ. Подобные работы, проведенные у взрослых пациентов, продемонстрировали высокую эффективность комбинированной терапии, вероятность достижения гематологической ремиссии в 100%, высокой частоты молекулярной ремиссии к моменту выполнения трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, общей и безрецидивной выживаемости более 60%, при сроке наблюдения 2 года [7,8].

По результатам исследования COG AALL0031 (2002-2006гг.) у 31 детей с Ph + ОЛЛ при лечении иматинибом в сочетании с химиотерапией 3 летняя безрецидивная выживаемость составила 80%. Тогда как в группе контроля до эры применения иматиниба выживаемость больных равнялась 35% ± 4%. В данном исследовании также было доказано отсутствие преимущества трансплантации гемопоэтических стволовых клеток по сравнению с химиотерапией в сочетании с иматинибом. Положительные результаты о целесообразности включения гливека в комбинированную терапию Ph-позитивного ОЛЛ, побудили нас приобщиться к изучению этого вопроса в плане оптимизации лечения одного из серьезных гемобластозов детского возраста.

Цель настоящего исследования - проанализировать результаты сочетанного применения ингибиторов тирозинкиназ и химиотерапии больным с Ph-позитивным острым лимфобластным лейкозом.

Материалы и методы исследования. За 2009-2013гг. изучены 13 пациентов с Ph-позитивным ОЛЛ, получившие лечение по протоколу ALL-MB+Imat в детском отделении НИИ Г и ПК МЗ РУз. Средний возраст пациентов составил 8,3±1,3, соотношение по полу: 8 мальчиков, 5 девочек, медиана наблюдения 3 года. Инициальные данные: у 3 пациентов (23,1%) увеличенная селезенка была больше 4 см, у 10 (76,8%) меньше 4см, инициальный уровень лейкоцитов был до 30 тыс. у 7 пациентов (53,8%), с 30 тыс. до 100 тыс. – у 13 пациентов (23,1%), выше 100 тыс. – у 3 (23,1%). Диагноз верифицирован на основании анамнеза, клинических признаков и данных миелограммы, гемограммы, иммунологических и молекулярно-генетических анализов. Все пациенты, имеющие t(9;22) BCR-ABL (Ph+ALL) с 15 дня индукции получали дополнительно иматиниб в дозе 300 мг/м^2 ежедневно внутрь. Пациенты, достигшие ремиссии к 36 дню терапии, в дальнейшем получали консолидационную химиотерапию согласно плана для групп промежуточного риска с низкими дозами метотрексата 30 мг/м^2 в/м, с дополнительными люмбальными пункциями, с продолжением приёма иматиниб в дозе 300 мг/м^2 ежедневно внутрь вплоть до окончания поддерживающей терапии. Более половины больных получали курсы консолидации в условиях дневного стационара.

Обсуждение. Среди 300 пациентов острым лимфобластный лейкозом, обследованных молекулярно-генетическим методом в лаборатории биочип-диагностики " ФГБУ ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева" Минздрав-соцразвития России (г.Москва), у 13 пациентов была выявлена t(9;22) BCR/ABL p190 (рис.1).



Филадельфийская хромосома (Ph) t(9;22) (q34;q11.2), — реципрокная транслокация между хромосомами 9 и 22. В результате этой транслокации происходит объединение 5′-концевой части гена BCR и 3′-концевой части гена ABL1 с образованием мутантного гена BCR-ABL1. Его продуктом является конститутивно активная тирозинкиназа BCR-ABL1, обладающая онкогенным действием[11].

На основании клинико-лабораторных данных был диагностирован Ph-позитивный острый лимфобластный лейкоз.

Родители 3 пациентов (23,1%) отказались от полихимиотерапии (ПХТ). 10 пациентов (76,8%) получили терапию по протоколу ALL-MB+Imat. Ранний ответ на 15день терапии констатирован у 6 больных (60%). Все 10 пациентов вышли в клинико-гематологическую ремиссию после индукционного курса независимо от инициальных данных и ответа на 15день. Из 10 пациентов, вышедших в ремиссию, смерть констатирована у 3 больных (30%). Основной причиной летальности явились инфекционные осложнения смешанной бактериально-грибковой этиологии. По результатам бактериологических исследований крови, мокроты выявлены Klebsiella pneumoniae, Stafilococcus aureus, грибы Candida. 1 больная с детства наблюдалась у невропатолога с диагнозом «Врожденная миопатия», что усугубило состояние пациентки.

Таким образом, 7 (70%±3%) больных находятся в полной клинико-гематологической ремиссии. Результаты сопоставимы с эффективностью протокола ALL-MB+Imat., проведенного в России (n=23, 22 в полной клинико-гематологической ремиссии, 95%±5%).

Выводы. Применение ингибиторов тирозинкиназ в сочетании с низкодозной полихимиотерапией показало высокую эффективность при значительном снижении токсичности. Применение данного протокола дало возможность амбулаторного лечения больных. Это значительно повысило качество жизни пациентов, а также привело к снижению осложнения, типа госпитальной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Н.А., Воронцов И.М. Лейкозы у детей. Л.: Медицина, 1988. 248 с.
2. Бойченко Э.Г. Программная полихимиотерапия острого лимфобластного лейкоза у детей (протокол РЕСО-92). Автореф. дис. … канд. мед. наук. СПб., 2003. 23 с.
3. H. Franklin Bunn, Jon C. Aster. Chapter 21: Acute Leukemias // Pathophysiology of Blood Disorders. — The McGraw-Hill Companies, Inc., 2011. — С. 244—259.
4. Harms D.O., Janka-Schaub G.E. Co-operative study group for childhood acute lymphoblastic leukemia (COALL): long-term follow-up of trials 82, 85, 89 and 92. Leukemia 2000 Dec; 14(12):2234–9.
5. Janka-Schaub G.E., Harms D., Goebel U., Graubner U., Gutjahr P., Haas R.J., Juergens H., Spaar H.J., Winkler K. for the Coall Study Group. Randomized comparison of rational chemotherapy in high-risk acute lymphoblastic leukaemia of childhood — follow-up after 9 years. Eur J Pediatr 1996;155:640–8.
6. Janka-Shaub G.E., Stuhrk H., Kortum B. et al. Initial response to therapy as an important prognostic factor in acute lymphoblastic leukaemia in childhood Coall Study Group. Klin Padiatr 1991 Jul–Aug;203(4):231–5.
7. Ravandi F. Managing Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia: role of tyrosine kinase inhibitors // Clin Lymphoma Myeloma Leuk.. — 2011. — Т. 11,вып. 2. — С. 198—203.
8. Ribera J. M. Optimal approach to treatment of patients with Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia: how to best use all the available tools // Leuk Lymphoma. — 2012
9. Schrappe M., Reiter A., Zimmermann M., Harbott J., Ludwig W-D., Henze G., Gadner H., Odenwald E. and Riehm H. Long-term results of four consecutive trials in childhood ALL performed by the ALL-BFM study group from 1981 to 1995. Leukemia 2000;14:2205–22.
10. Urayama K. Y., Buffler P. A., Gallagher E. R., Ayoob J. M., Ma X. A meta-analysis of the association between day-care attendance and childhood acute lymphoblastic leukaemia // Int J Epidemiol. Jun;():. doi:. — 2010. — Т. 39, вып. 3. — С. 718—32

УДК: 616 831-07-089: 616.995.121.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Бобоев Ж.И., Усмонов Л.А., Кулматов А.Х.
(РНЦН)

В статье представлено уникальное наблюдение сочетанного эхинококкоза с многоочаговым поражением головного мозга и почек. Применение интраоперационного ультразвукового сканирования позволили спланировать точный и малотравматичный доступ к кистам. Во время нейрохирургической операции, благодаря использованию микрохирургической техники удалено шесть кистозных образований без нарушения их целостности из правой лобной, левой теменной и теменно- затылочной области слева. Использование микрохирургической техники позволило получить хороший функциональный результат от операции. Серологическое исследование крови пациента на антитела к антигенам эхинококка и гистологическое исследование удаленных образований подтвердили диагноз кистозного эхинококкоза.

Ключевые слова: эхинококкоз головного мозга, микрохирургическое лечение, системное поражение.

КЎП ЎЧОҚЛИ БОШ МИЯ ЭХИНОКОККОЗЛИ БЕМОРЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ

Ушбу мақолада бош мия ва буйракларнинг эхинококкоз пуфакчалари билан кўп ўчоқли шикастланиши кузатилган бемор баён қилинган. Жарроҳлик амалиёти вақтида ультратовуш текширувини қўлланилиши орқали эконококкоз пуфакчалари жойлашишини аниқ топиш, мия тўқимасини кичик жароҳатлаш орқали очиб кириш ва олиб ташлаш имконини берди. Нейрожарроҳлик амалиётида микрожарроҳлик техникаларини қўлланиши сабабли бош миянинг ўнг пешона бўлагидаги, чап теппа ва чап теппа-чакка бўлакларидаги жаъми олтита эхинококкоз кисталарини бутунлигича, ёрмасдан олиб ташлашга мавофиқ бўлди, ҳамда яхши функционал натижа кузатилди. Бемор қонини серологик текширувида эхинококк антигенларига қарши антитаналарини аниқланиши ва жарроҳлик амалиётида олиб ташланган пуфакчаларни гистологик текшируви эхинококк ташхисини тасдиқлади.

Калит сўзлар: бош мия эхинококкози, микрожаррохлик даволаш, тарқалган эхинококкоз.

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF MULTIPLE HYDATID DISEASE OF THE BRAIN

The article presents a unique observation of echinococcosis combined with multifocal lesions of the brain and kidney. The use of intraoperative ultrasound scanning allowed us to plan accurately the non-traumatic access to the cysts. Microsurgical technique and intraoperative neurophysiological monitoring allowed us to remove six cysts without rupturing the right frontal lobe, left parietal and parietooccipital lobes. The use of microsurgical techniques allowed us to obtain good functional outcome of the operation. Serologic analysis for antibodies against the antigens of echinococcus and histological examination of cysts confirmed the diagnosis of cystic echinococcosis.

Key words: brain echinococcosis, microsurgical treatment, systemic echinococcosis.

Актуальность: Эхинококкоз — весьма опасное и распространенное во многих странах мира заболевание. Ларвальные (от лат. larva — личинка) эхинококкозы (альвеолярный, или многокамерный и гидатидный, или однокамерный) являются одними из наиболее опасных зооантропогельминтозов, и в настоящее время продолжают оставаться серьезной медицинской проблемой [2,6,9].

Множественные эхинококковые кисты головного мозга являются крайне редким наблюдением и могут быть первичными или вторичными. Первично-множественное поражение происходит вследствие заноса протосколексов эхинококка током крови в различные участки головного мозга [3,7,8], а вторично-множественное — в результате спонтанного разрыва первичной кисты или вследствие травмы, иногда в ходе хирургического вмешательства [1,11,4].

Ciurea A.V., с соавт. (2006) описаны редкие локализации паразита в мозге, кавернозном синусе, поднижнечелюстной, поджелудочной и щитовидной железах, сердце, плевре, передней стенке грудной клетки, голени, почках, паховом канале и других органах и тканях. Обнаружение кисты обычно происходит случайно, во время томографического, ультразвукового или рентгеновского обследования.

При магниторезонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ) эхинококковая киста головного мозга выглядит как жидкостное образование сферической формы с тонкими стенками, чаще локализуется в паренхиме полушарий головного мозга. Перифокальный отек обычно отсутствует. МРТ более чувствительна для выявления наружной перицистной капсулы кисты, а КТ — кальциноза стенок кисты. [10,4].

Цель исследования - проанализировать результат микрохирургического лечения при множественном эхинококкозе головного мозга.

Материалы и методы. Проведен анализ результата диагностики и хирургического лечения пациента А., 21 года. Анамнез: 27 августа 2013 г., после физической нагрузки впервые появились сильные боли, головокружение, тошнота, боли в области левой почки. Больной был госпитализирован в неврологическое отделение по месту жительства. При эхокардиографии выявлено объемное образование размером 3×3 см левой почки, в связи, с чем заподозрен эхинококкоз почки. Состояние пациента оставалось удовлетворительным до апреля 2014 г., при нарастании общемозговой и гипертензионной симптоматики в виде головной боли, преимущественно в затылочной области, тошнотой, рвотой, появилась очаговая неврологическая симптоматика в виде снижения зрения по типу правосторонней гомонимной гемианопсии, слабость в левой руке и ноге, нарушении походки. При обследовании с помощью МРТ головного мозга выявлены множественные кисты в правой лобной, левой теменной и левой теменно-затылочной областях (рис. 1). А также выявлено кистозное образование в области обоих почек (рис 2).

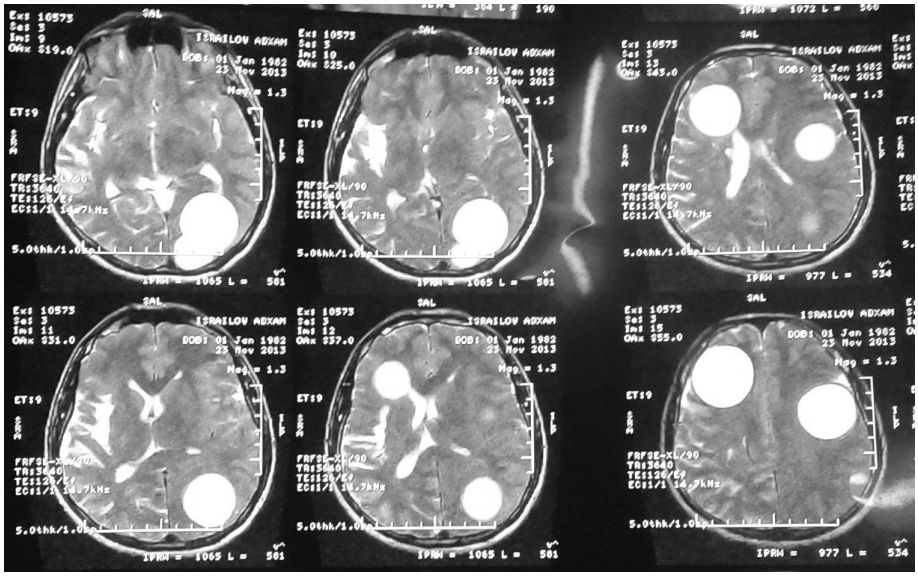


Рис. 1. МРТ головного мозга до операции.

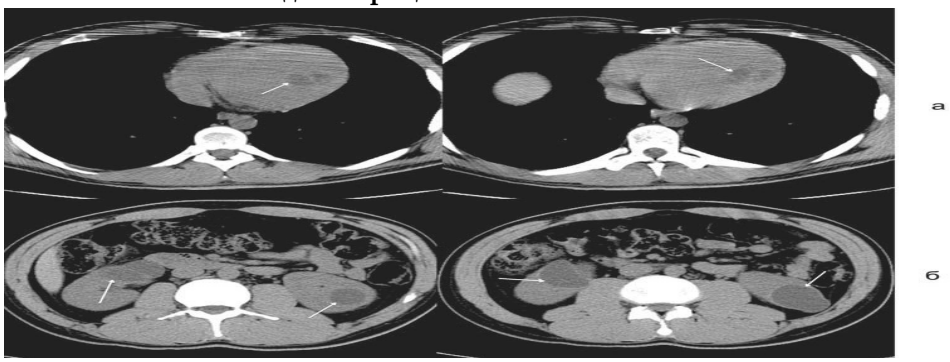


Рис. 2. КТ почек

При поступлении полностью ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Отмечалась выраженная общемозговая симптоматика в виде сильной головной боли, неоднократной тошноты и рвоты. При исследовании полей зрения — правосторонняя гомонимная гемианопсия. Анизокория D=S, острота зрения 1.0/1.0.

На глазном дне — выраженные застойные диски зрительных нервов с двух сторон. Умеренный правосторонний гемипарез, более выраженный в руке, анизорефлексия D>S, патологический рефлекс Бабинского справа. Менингеальной симптоматики и чувствительных нарушений не отмечено. Обращенную речь понимал полностью, собственная речевая функция сохранена.

В связи с выраженной общемозговой, гипертензионной и очаговой неврологической симптоматикой 30.08.2013 выполнена операция: костно-пластическая трепанация черепа в правой лобной, левой теменной и затылочной области с удалением эхинококковых кист.

Первым этапом выполнена костно-пластическая трепанация в правой лобной области. После вскрытия твердой мозговой оболочки выполнена ультразвуковая локация: в проекции трепанационного окна выявлена кистозная полость, покрытая утолщенной арахноидальной обо-

лочкой и тонким слоем коры головного мозга. В функционально неактивной зоне под микроскопом рассечены спайки утолщенной арахноидальной оболочки и тонкого слоя коры, после чего в рану стала пролабировать кистозное образование.

Таким образом, из правой лобной доли головного мозга удалена 1 киста диаметром до 5 см, без нарушения целостности. После его удаления образовался обширный дефект мозговой ткани, на дне которого визуализировалась боковая стенка заднего рога левого бокового желудочка. Вторым этапом проведена трепанация в левой теменной области. После рассечения твердой мозговой оболочки визуализированы две крупные парасагиттальные вены. Выполнена ультразвуковая локация: субкортикально в пределах трепанационного окна визуализируется крупное единичное кистозное образование. Кзади от роландовой вены в функционально неактивной зоне выполнена энцефалотомия длиной до 20 мм. Субкортикально визуализируется крупное кистозное образование диаметром 6 см, которое легко отделялось от вещества мозга, киста постепенно вылущена, удалена без нарушения целостности. Третьим этапом выполнена костно-пластическая трепанация в левой теменно-затылочной области. После вскрытия твердой мозговой оболочки выполнена ультразвуковая локация: в проекции трепанационного окна выявлены множественные кистозные полости, покрытые утолщенной арахноидальной оболочкой и тонким слоем коры головного мозга. В функционально неактивной зоне под микроскопом рассечены спайки утолщенной арахноидальной оболочки и тонкого слоя коры, после чего в рану стали пролабировать множественные кистозные образования. Таким образом, из левого полушария головного мозга удалено 4 кисты различного диаметра от 2 до 5 см, без нарушения их целостности, которые тесно прилегали друг к другу. Каждая киста имела собственную оболочку. Послойное ушивание раны, заживление раны первичным натяжением. Всего удалено 6 кист.

В послеоперационном периоде отмечалась быстро регрессировавшие общемозговая, гипертензионная и очаговая неврологическая симптоматики: исчезли умеренно выраженный правосторонний гемипарез, анизокория; частично правосторонняя гомонимная гемианопсия и застойные явления на глазном дне.

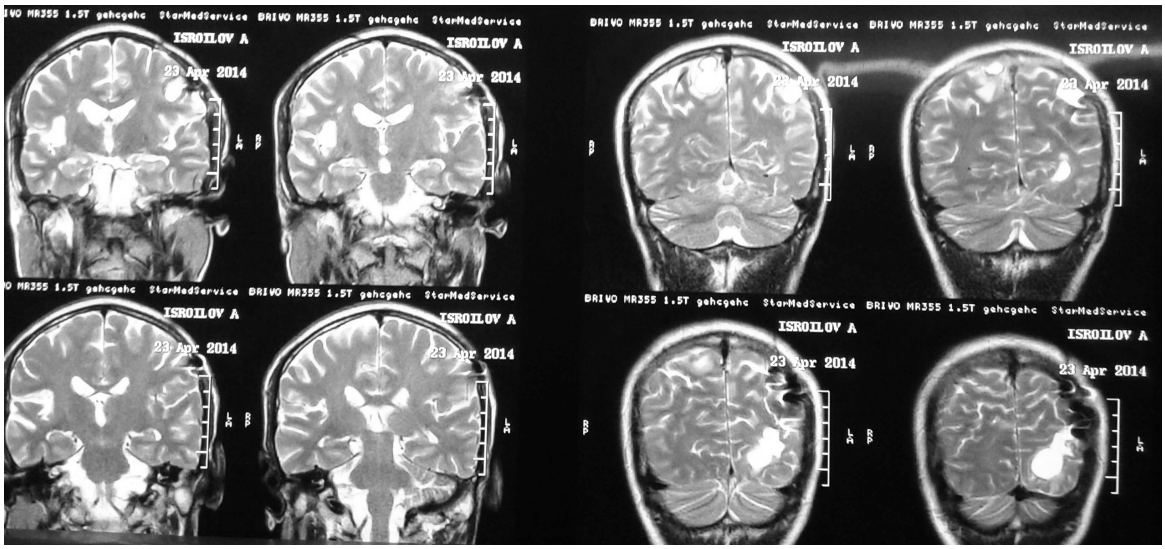


Рис. 3. На контрольных МРТ видны послеоперационные изменения, умеренные скопления жидкости в ложе удаленных кист.

Больной в удовлетворительном состоянии на 12 сутки выписан для дальнейшего лечения в Научном центре Урологии. При гистологическом исследовании подтвержден кистозный эхинококк с множеством выводковых кист в герминативной зоне.

Результаты и обсуждение. В нашем наблюдении описан уникальный случай сочетанного множественного эхинококкоза головного мозга и эхинококкоза обеих почек.

Использование современной интраоперационной нейронавигации и ультразвукового сканирования позволило спланировать точный и малотравматичный доступ к кистам.

Применение микрохирургической техники обеспечило удаление множественных эхинококковых кист в правой лобной, левой теменной и левой теменно-затылочной областях без вскрытия их просвета с хорошим функциональным исходом. Из правой лобной доли головного мозга удалена 1 киста диаметром до 5 см. В левой теменной области кистозное образование диаметром 6 см. Из теменно-затылочной области слева удалено 4 кисты различного диаметра от 2 до 5 см, без нарушения их целостности, которые тесно прилегали друг к другу. Каждая киста имела собственную оболочку. Всего удалено 6 кист.

При контрольном осмотре через 4 мес. после операции, состояние пациента удовлетворительное. Полностью регрессировали общемозговая, гипертензионная и очаговая неврологическая симптоматики. Признаков застойных явлений на глазном дне нет.

Было проведено наблюдение за прооперированными пациентами в раннем послеоперационном периоде с целью своевременного выявления и профилактики возможных осложнений. Данное наблюдение также свидетельствует о необходимости проведения комплексной клинической и инструментальной диагностики у пациентов с эхинококкозом головного мозга для выявления сочетанных, зачастую скрытых поражений других органов и систем.

Вывод. Лечение множественного эхинококкоза головного мозга только хирургическое. Необходимо точное предоперационное планирование доступа и подхода к кистам. При локализации кист в функционально значимых зонах головного мозга обязательно использование интраоперационного нейрофизиологического мониторинга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Дядьков А.В. и др. Апаразитарность и антипаразитарность хирургии эхинококкоза. Аспекты клинической оценки. Ежегодная Неделя медицины Ставрополья, 12-я: Материалы 2008;80—81.
2. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы. Клиника факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко. ММА им. И.М. Сеченова 2006.
3. Гуния Дж., Раквиашвили Т., Сиоридзе Д. К вопросу хирургического лечения множественного эхинококкоза головного мозга // Материалы 4–го съезда нейрохирургов. России .– М., 2006.– С.163.
4. Cavuşoğlu H., Tuncer C., Ozdilmac A., Aydin Y. Multiple intracranial hydatid cysts in a boy. Turk Neurosurg 2009; 19: 2: 203—207.
5. Ciurea A.V., Fountas K.N., Coman T.C. et al. Long-term surgical outcome in patients with intracranial hydatid cyst. Acta Neurochir (Wien) 2006; 148: 4: 421—426.
6. Ellison D., Love S., Chimelli L. et al. Parasitic infections. In: Neuropathology: a reference text of CNS pathology. 2nd ed. Philadelphia Pa: Mosby 2004;379—381.
7. Guzel A., Tatli M., Maciaczyk J., Altinors N. Primary cerebral intraventricular hydatid cyst: a case report and review of the literature. J Child Neurol 2008;23:5:585—588.
8. Kabatas S., Yilmaz C., Cansever T. et al. The management of a complicated brain hydatid cyst: case report. Neurol Neurochir Pol 2009;43:6:575—578.
9. Siracusano A., Teggi A., Ortona E. Human cystic echinococcosis: old problems and new perspectives. Int Perspect Infect Dis; 2009: 368—474.
10. Tazun Y, Kadioglu HH, Izci Y, et al. The clinical, radiological and surgical aspects of cerebral hydatid. Pediatr Neurosurg, 40 (4): 55-60, 2004
11. Yusuf Izci, Yusuf Tüzün, Halil Ibrahim Seçer, Engin Gönül. Cerebral hydatid cysts: technique and pitfalls of surgical management. J Neurosurg, 24: 1-5, 2008

УДК:616.34-007.272-036.11-089

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Дадаев Ш.А., Ахмедов М.М., Мельник И.В., Джуманов А.К., Хасанов С.М.
(ТашПМИ)

Проанализированы результаты хирургического лечения 119 больных с острой кишечной непроходимостью, представлены данные о частоте послеоперационных осложнений, летальности в зависимости от вида кишечной непроходимости. Основными путями, позволяющими улучшить результаты лечения данной категории больных, являются строгое соблюдение стандартов обследования, полноценная и многокомпонентная предоперационная подготовка, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, высокий уровень хирургической техники выполнения вмешательств, своевременное выявление и адекватное лечение развивающихся осложнений.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, спаечная болезнь, заворот тонкой кишки, узлообразование кишечника.

БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

119 нафар ўткир ичак тутилиши ташхисли беморларда жаррохлик муолажасидан кейинги ўрганилган натижаларга биноан, операциядан кейинги асоратларнинг турига,сонига ва ичак тутилиши турига қараб ўлим кўрсаткичи тақдим этилган. Шу гуруҳга кирувчи беморларнинг даволаш натижаларининг самарадорлигининг асосий усуллари хисобланади: стандарт текширувларга қатъий амал қилиш, тўлиқ ва кўп компонентли тўлиқ, айниқса, ёши катта ва қария-

ларда операция олди тайёргарликни амалга ошириш, юқори техник-малакали жаррохлик амалиётини бажариш, ривожланаётган асоратларни ўз вақтида аниқлаш ва эрта тўлиқ даволаш.

Калит сўзлар: ичак тутилиши, қорин бўлиғи аъзолари чандиқ касаллиги, ингичка ичак буралиб қолиши, ичакнинг тугунли ўралиши.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

We analyzed the results of surgical treatment of 119 patients with acute intestinal obstruction, providing data on the incidence of postoperative complications, mortality, depending on the type of bowel obstruction. There are methods that could improve the treatment results of these patients. They include strict adherence to the inspection standards, complete and multicomponent preoperative preparation, especially in patients with middle and old age, high level of performing surgical interventions, early detection and proper treatment of developing complications.

Keywords: intestinal obstruction, adhesive disease, volvulus of the small intestine, bowel nodulation.

Актуальность: острая кишечная непроходимость – одна из наиболее сложных проблем экстренной абдоминальной хирургии в плане диагностики и выбора тактики лечения. Несмотря на современные достижения хирургии и интенсивной терапии, результаты лечения больных с кишечной непроходимостью нельзя признать удовлетворительными, так как летальность составляет 17-21%. Проанализировав показатели послеоперационной летальности, ряд авторов установили, что в 36,9% случаев основной причиной неблагоприятных исходов является поздняя обращаемость больных. В то же время диагностические ошибки и вследствие этого запоздалая операция стали причиной смерти в 49,2% случаев, а тактические и технические ошибки во время операции – в 13,8% [1-4].

Цель исследования - оценить непосредственные результаты лечения больных острой кишечной непроходимостью, изучить структуры послеоперационных осложнений и причин летальных исходов.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 119 пациентов с острой кишечной непроходимостью в возрасте от 20 до 84 лет, из них 77 мужчин и 42 женщины. В соответствии с классификацией В.С. Савельева (2004) смешанная кишечная непроходимость имела место у 58 (48,7%) больных, в том числе спаечная – у 56 (96,6%), инвагинация – у 2 (3,4%); обтурационная кишечная непроходимость диагностирована у 36 (30,3%) пациентов, из них обтурация опухолью толстой кишки отмечалась у 32 (88,8%), фитобезоаром – у 2 (5,6%), желчным камнем – у 2(5,6%); странгуляционная кишечная непроходимость отмечалась у 25 (21%) обследованных, в том числе сдавление брыжейки штрангами – у 19 (76%), заворот – у 5 (20%), узлообразование – у 1 (4%).

У 64 (53,8%) пациентов имелись различные сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь – у 24 (37,5%), ИБС – у 10 (15,6%), сахарный диабет – у 8 (12,5%), бронхиальная астма, эмфизема легких, пневмосклероз – у 8 (12,5%), варикозное расширение вен нижних конечностей – у 7 (10,9%), острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе – у 4 (6,3%), другие – у 3 (4,7%). Ожирение различной степени выраженности имелось у 16 (13,4%) больных.

Длительность клинической картины непроходимости до обращения в стационар: до 2 часов – у 10 (8,4%), от 2 до 6 часов – у 35 (29,4%), от 6 до 12 часов – у 25 (21%), от 12 до 24 часов – у 18 (15,1%), более 24 часов – у 31 (26,1%).

Результаты и обсуждение: наиболее частым видом кишечной непроходимости явилась смешанная кишечная непроходимость (58), причиной которой были различного рода спайки в брюшной полости после ранее выполненных оперативных вмешательств на органах брюшной полости (56) и кишечная инвагинация тонко-тонкокишечного характера (2). В эту группу не были включены пациенты со странгуляционной спаечной кишечной непроходимостью. Наиболее часто у больных выполнялось рассечение спаек (41) с восстановлением проходимости тонкой кишки на всем протяжении. У 16 пациентов при разделении спаек возникло десерозирование тонкой (12), толстой кишки (2), мочевого пузыря (2), которые были ушиты. У 15 пациентов в связи с наличием трудноразделимых конгломератов, при выделении которых возникли множественные, грубые, протяженные десерозирования стенок тонкой кишки, в связи с высоким риском несостоятельности после их ушивания произведена резекция участков тонкой кишки в пределах здоровых тканей с наложением анастомозов. Декомпрессию тонкой кишки во время операции выполняли с помощью проведенного за связку Трейца на расстояние 40 см назогастрального зонда, так как этот вариант декомпрессии считаем оптимальным. Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 14 (25%) больных: несостоятельность анастомозов – у 1 (7,1%), несостоятельность в местах ушивания десерозированных участков тонкой кишки – у 2 (14,2%), пневмонии – у 5 (35,8%), осложнения со стороны послеоперационной раны (инфильтраты, серомы, гематомы, нагноение) – у 6 (42,9%). 4 (7,1%) больным выполнена релапаротомия:

у 1 показанием к релапаротомии явился перитонит на фоне несостоятельности анастомоза, у 2 – перитонит на фоне несостоятельности ушитого десерозированного участка тонкой кишки, у 1 – эвентрация на фоне нагноения раны. Послеоперационная летальность составила 10,7% (6). Причинами летальных исходов стали тяжелый абдоминальный сепсис на фоне перитонита, обусловленного внутрибрюшными осложнениями (3), тяжелая форма пневмонии (2), тромбоэмболия легочной артерии (1).

У 2 пациентов с тонко-тонкокишечной инвагинацией интраоперационно установлена нежизнеспособность кишки в связи с длительным анамнезом (более 2 сут), им выполнена резекция тонкой кишки. Производящим фактором, который способствовал инвагинации, было наличие в просвете инвагинированной кишки полипов на ножке диаметром до 3-4 см. Доброкачественный характер образований подтверждён гистологически. Оба пациента после лечения выписаны в удовлетворительном состоянии.

По поводу обтурационной кишечной непроходимости оперированы 36 пациентов. Наиболее частой причиной обтурации явились опухоли ободочной кишки 32 (88,9%), в том числе сигмовидной кишки – у 21 (65,7%), нисходящей ободочной кишки – у 5 (15,6%), восходящей ободочной – у 4 (12,5%), слепой кишки – у 1 (3,1%), поперечной – у 1 (3,1%). Операцией выбора при опухолях правой половины ободочной кишки явилась правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза «бок в бок» (5). При опухоли сигмовидной кишки больным (21) выполнена операция Гартмана с выведением проксимальной десцендостомы. У 9 больных имелось прорастание опухоли в париетальную брюшину левого бокового канала, у 2 – прорастание в тонкую кишки (выполнена резекция участка тонкой кишки с наложение тонко-тонкокишечного анастомоза «бок в бок»). Наложение первичного толстокишечного анастомоза мы не применяем в связи с высокой вероятностью развития недостаточности. При опухоли поперечной ободочной кишки (1) выполняли резекцию участка поперечной кишки с опухолью с выведением проксимальной трансверзостомы и ушиванием дистальной части поперечной ободочной кишки. При локализации опухолей в нисходящей ободочной кишке (5) осуществляли левостороннюю гемиколэктомию с выведением проксимальной трансверзостомы и ушиванием дистальной части толстой кишки. У 18 (56,2%) больных имелись метастазы в регионарные лимфатические узлы, у 4 (12,5) – отдаленные метастазы в печень в виде узлов диаметром от 1 до 3 см в II, V, VI, VII сегментах.

По поводу острой обтурационной тонкокишечной непроходимости оперированы 4 (11,1%) пациента. Уровень обструкции находился в терминальном отделе подвздошной кишки. У 2 из них причиной непроходимости явился фитобезоар, который был фрагментирован и передислоцирован в правые отделы толстой кишки. Энтеротомии не потребовалось. У 2 других пациентов причиной непроходимости явились желчные камни диаметром 4-4,5 см, попавшие в просвет тонкой кишки из билиарного тракта (вероятнее всего, из желчного пузыря) через билиодигестивный свищ. Интраоперационно в подпеченочном пространстве справа имелся выраженный спаечный процесс, существенная ревизия не проводилась. Камни удалены из просвета тонкой кишки через энтеротомию, выполненную дистально от блока, с последующим ушиванием энтеротомного отверстия в поперечном направлении.

Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 6 (16,6%) больных: некроз и проваливание колостомы (2), нагноение послеоперационной раны (2), пневмония (1), инфаркт миокарда (1). У 2 больных выполнена релапаротомия, причиной которой послужили некроз и проваливание десцендостомы в брюшную полость на 3-и и 4 сутки после операции с затеком толстокишечного содержимого в брюшную полость. Больным произведено полное удаление нисходящей ободочной кишки с некротизированным участком и выведение трансверзостомы. Послеоперационная летальность составила 11,1% (4). Причинами летальных исходов явились тяжелый абдоминальный сепсис на фоне перитонита, обусловленного внутрибрюшными осложнениями (2), инфаркт миокарда (1), тяжелая пневмония (1).

Острая странгуляционная кишечная непроходимость выявлена у 25 (21%) пациентов: сдавление брыжейки штрангами – у 19 (76%), заворот сигмовидной кишки – у 3 (12%), тонкой кишки – у 2 (8%), узлообразование тонкой кишки – 1 (4%).

Только 2 (8%) пациента обратились в стационар после появления болей в животе в первые 2 часа заболевания, остальные 23 (92%) больных после появления болей в животе в домашних условиях неоднократно применяли спазмолитические и обезболивающие средства, обращались в лечебные учреждения нехирургического профиля, в связи с чем поступили в стационар в сроки от 6 до 24 часов и позже. В связи с интенсивными болями в животе, наличием шокового состояния, после кратковременной предоперационной подготовки, в экстренном порядке оперированы 14 (56%) больных. У 3 из них выявлен заворот сигмовидной кишки на фоне имеющейся долихосигмы. В связи с наличием признаков нежизнеспособности сигмовидной кишки выполнена ее резекция с ушиванием дистального отдела и выведение проксимальной десцендостомы; у 2 пациентов диагностирован заворот подвздошной кишки, у 1 – узлообразование на участке под-

вздошной кишки. У всех 3 пациентов подвергнутые завороту участки тонкой кишки признаны нежизнеспособными. Выполнена резекция тонкой кишки с наложением энтеро-энтероанастомоза «бок в бок» (2) и илеоасцендоанастомоза (1); у 8 пациентов после лапаротомии обнаружены плотные «шнуровидные» штранги, вызывающие острую странгуляционную кишечную непроходимость. После рассечения штрангов у 3 больных тонкая кишка признана нежизнеспособной, что явилось показанием к ее резекции с наложением энтеро-энтероанастомоза «бок в бок». У 5 пациентов после комплекса мер, направленных на улучшение состояния кишки, подвергнутой сдавлению, участок признан жизнеспособным. У 11 больных в связи с поздним поступлением, проводимым на догоспитальном этапе консервативным самолечением клиническая картина странгуляции была стертой, поэтому странгуляция при первичном осмотре не установлена, больным была назначена консервативная терапия и изучение пассажа бария по ЖКТ. Оперативное вмешательство выполнялось в сроки от 6 до 12 часов с момента поступления. У всех этих 11 пациентов имелся некроз участков тонкой кишки, который и послужил показанием к резекции тонкой кишки с анастомозированием «бок в бок».

Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 5 (20%) больных: несостоятельность анастомоза (1), нагноение послеоперационной раны (1), пневмония (1), инфаркт миокарда (1), тромбоэмболия легочной артерии (1). У 1 больного выполнена релапаротомия в связи с несостоятельностью анастомоза, при повторной операции осуществлена резекция ранее наложенного анастомоза с наложением нового соустья. Послеоперационная летальность составила 8% (2). Причинами летальных исходов явились инфаркт миокарда (1), тромбоэмболия легочной артерии (1).

Выводы: таким образом, лечение пациентов с острой кишечной непроходимостью является одним из наиболее сложных разделов неотложной хирургии. Первостепенной задачей врача-клинициста, осуществляющего осмотр пациента, является выделение больных со странгуляционной кишечной непроходимостью, которые должны быть прооперированы в первые 2 часа после госпитализации в стационар. Необоснованно длительная задержка операций у пациентов с обтурационной кишечной непроходимостью недопустима. Частота и характер послеоперационных осложнений, летальность напрямую зависят от длительности анамнеза заболевания, сроков выполнения оперативного вмешательства и глубины изменений в стенке кишечника. По сводным данным, частота развития послеоперационных осложнений составила 21%, летальность – 10,1%. Наименьшая летальность регистрировалась в группе больных со странгуляционной кишечной непроходимостью – 8% (2), что связано с ранним выполнением оперативного вмешательства, надежным и полным устранением причины непроходимости (резекция участка кишки), сравнительно менее выраженные изменения в стенке кишки выше уровня блока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиджонов Ф.Б., Хаджибаев А.М., Ступин В.В. Острая кишечная непроходимость после резекции желудка и пилороразрушающих операций // Хирургия. – 2006. – №4. – С. 39-41.
2. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология: Руководство. – СПб: Питер, 2001. – 469 с.
3. Тотиков В.З., Каливцова М.В., Амерханов В.М. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости // Хирургия. – 2006. – №2. – С. 38-43.
4. Senlin P. Small Intestine obstruction. Physiopathology, etiology, diagnosis, treatment // Rev. Prat. – 2005. – №17. – P. 1927-1932.

УДК: 611.26-3-0.83

ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И РЕШЕНИЕ НЕОТЛОЖНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ РАНЕНИЙ ШЕИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

Ахраров Б.М., Эшанкулов Ч.И., Эгамбердиев Т.Э., Акбаров Ж.А., Умурзаков Н.Р.
(ФФРНЦЭМП)

В статье представлены результаты диагностики и лечения 46 больных в условиях Ферганского филиала РНЦЭМП с тяжелыми ранениями шеи и нуждающимися в неотложной хирургической помощи.

Ключевые слова: хирургия, диагностика, лечение.

ФАРҒОНА ВИЛОЯТИ ШТТЁИМФФ ШАРОИТЛАРИДА БЎЙИН СОҲАСИ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ШОШИЛИНЧ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ҲАЛ ҚИЛИШ ВА ТАШХИСОТ ТАКСИКАСИ

Ушбу мақолада 2007-2015-йилларда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази

Фаргона филиали шароитида бўйин соҳаси жароҳатланиши билан 48 беморга ўтказилган диагностик тактикалар ва қандай хирургик ёрдам кўрсатилганлиги хақида маълумотлар берилган.

Калит сўзлар: жарроҳлик, ташхисот, даволаш.

DIAGNOSING TACTICS AND SOLUTION OF IMMEDIATE SURGICAL TREATMENT IN FERGANA'S BRANCH OF RNSIMH

This article presents data about diagnostic tactics and surgical assistance, which is carried out for 48 patients with neck injuries. The assistance was held in Fergana's branch of Republic National Center of Immediate Medical Help of 2007-2015.

Key words: surgery, diagnostics, treatment.

Ранения шеи относятся к числу наиболее тяжелых и опасных для жизни повреждений.

Цель - разработать быструю, высоко информативную тактику диагностики и решение конкретные неотложные хирургические лечение пострадавших с тяжелыми ранениями шеи действий.

Материалы и методы. Изучены результаты лечение 48 больных, с колото – резанным(45 пациентов) и с инородным телом (3 случаев) ранением шеи в период с 2007 по 2015г.

В стандартной ситуации выполняли обзорную рентгенографию\скопию шеи и груди, исследование глотки и пищевода с контрастным раствором тразографом, триамбростом 76%, а при подозрении на повреждение магистральных сосудов шеи – проводили пункция места отека и\или выявили во время первичной хирургической обработки раны (если в клинике есть возможность лучшее проводить – ангиографию). Пострадавшие (39 человек) с клинической картиной повреждение воздухоносных путей, магистральных сосудов, пищевода и чаще сочетанием их с нестабильной гемодинамикой и нарушениями дыхания подлежали неотложной операции с одновременными реанимационными мероприятиями без детального обследования.

Ретроспективный анализ показал, что у всех больных с серьезными повреждениями шеи, оставшимися незамеченными (9 случаев), а выполнялась типичная хирургическая обработка ран. В зависимости от локализации возникали существенные трудности для проведения полноценной ревизии в условиях имбибированных кровью окружающих тканей. В результате ревизия принимала вынужденно ограниченный характер. Учитывая это обстоятельство, у пострадавших с глубокими ранениями шеи выполнялась коллотомия по Х.Хаккеру, по переднему краю грудино – ключично - сосцевидной мышцы. Длина разреза составляла не менее 12см, сторона доступа определялась локализацией опасных ран. У 7 пострадавших ее выполняли с двух стороны.

Ранение магистральных сосудов:

Данный вид ранений отмечался нами у 19пациентов . При определении локализации повреждений сосудов мы использовали предложение D.Demetriades деление шеи на три зоны(Demetriades D.et al.,1996).

В преобладающем большинстве целостность сосуда в I и II зоне восстанавливалась наложением атравматичного краевого (у 12 пациентов) и циркулярного (у 4 пострадавших) (по Каррелю) сосудистых швов вместе с сосудистым хирургами. В 3 случаях при значительном дефекте сосуда выполнено вшивание венозного аутотрансплантата. Следует отметить, что период полного прекращения кровотечения по сонным артериям не превышал 20мин (Mauch J.et al.,2000). По этому оперирующий хирург поставлен в жесткие временные рамки. Это обусловлено развитием тяжелых необратимых морфологических изменений в головном мозге с формированием грубых парезов и параличей. Восстановление магистрального кровотока осуществлялось с периферического конца. Все манипуляции сопровождались введением антикоагулянтов по схеме. Завершали оперативное вмешательство активным дренированием клетчаточных пространств шеи по Редону. В после операционном периоде оценивали неврологический статус пострадавшего, проводили доплеровский картирование, компьютерную томографию головного мозга.

Повреждение шейного отдела пищевода, гортаноглотки и трахеи :

Летальность при проникающих повреждениях пищевода высокая и достигает, по данным различных авторов, 30-50%(Бисников.Л.Н. Абакумов.М.М. 2006г) . В проводимом исследовании анализируется опыт лечения 24 ранений пищевода. При ранениях шейного отдела пищевода у 19 пострадавших назначалась ранняя операция до 6 часов, включавшая ушивание раны и дренирование превертебрального пространства и заднего средостение чрезшейным доступом. В зависимости от стороны повреждения использовали левосторонний или правосторонний доступ. Для обнаружения места ранения руководствовались отеком окружающих тканей и гнойной инфильтрацией. При невозможности ушить место повреждения пищевода производили тампонирование и дренирование в этой области, в 3 случаях с последующим закрытием стомы или кожной пластикой дефекта. В поздние сроки и при наличии гнойника в средостении производили его вскрытие и дренирование у 4 пострадавших. В случаях открытой травмы трахеи с

развитием асфиксии и нарастающей подкожной эмфиземы одновременно проведя реанмиационные мероприятие, после интубации трахеи, выполняли ранние операции, ушивание дефект (ренение) трахеи, гортаноглотки, фасциотомия и дренирование под фасциальной области.

Учитывая значительное бактериальное загрязнение ран шеи, в послеоперационном периоде особое внимание уделяли ежедневное санация раны через интраоперационно установленной дренажной трубкой, промыванием рану антисептическим растворами и активной аспирацией , ранние применением антибиотик профилактике, стартовой эмпирической терапии. Предпочтение отдавали фторхинолонам и цефалоспоринам III-IV поколения в сочетании с препаратам с антианаэробной активностью. С 4-5 суток проводили дезскалационную терапию.

Вывод: Нами применяемые тактики диагностики и решение неотложные оперативные вмешательства включает ряд принципиальных положений:

1.Методом выбора к поврежденным сосудам и органам шеи в подавляющем большинстве случаев является переднебоковая коллотомия с соответствующей стороны;

2)Время полного прекращения кровотока по магистральным сосудам не должно превышать 20мин;

3)При наличии сочетанных повреждений глотки, гортани, трахеи, пищевода, щитовидной и слюнных желез оперативные вмешательства на этих органах выполняли после окончания сосудистого этапа операции;

4)Ранения трахеи в большинстве случаев требуют превентивного выполнения трахеостомии;

5)При повреждениях пищевода наряду с восстановлением его целостности важное значение имеет активное дренирование превертебрального пространства и заднего средостение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Материалы из практики в 2007-2015гг в ФФРНЦЭМП отделении экстренной 2- хирургии.

2. «Лечение пострадавших с травмами груди и живота на этапах медицинской эвакуации» Б.Д. Комарова. А.П.Кузьмичева. Москва Мед-1979. 25-27.

3. «Проникающие ранения груди» Е.А.Вагнер. Москва Мед-1975.61-82.

4.«Хирургия повреждений груди» Е.А.Вагнер.Москва.Мед-1981. 82-83.

5. «Хирургические болезни» М.И.Кузин. Москва.Мед-1986.55-56стр.

6. «Неотложные хирургия груди и живота» Бисников.Л.Н. Абакумов.М.М. 2006г.

УДК: 616.71:577.21:577.161.2+612.015.31-08(575.1).

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМА РЕЦЕПТОРА К ВИТАМИНУ Д И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Азизова Г.Д.
(РСНПМЦАиГ)

В этой статье автором был проведен анализ связи гена VDR с минеральной плотностью костной ткани. Было исследовано 85 образцов крови постменопаузальных женщин узбекской популяции в возрасте 55-65 лет на молекулярно-генетическое исследование с определением полиморфизмов гена VDR. Исследование показало, что наличие остеопороза не всегда ассоциировалось с выявлением генотипов Ff или ff. Даже при выявлении генотипа FF повышался риск развития остеопороза. В связи с этим дополнительно кроме гена VDR, нами проводятся исследования на другие полиморфизмы гена остеопороза – это LCT и ESRα.

Ключевые слова: остеопороз, менопаузальный синдром, полиморфизм генов, ассоциированных с остеопорозом, витамин Д.

ПОСТМЕНОПАУЗА ДАВРИДА ЎЗБЕК АЁЛЛАРИНИНГ СУЯК МИНЕРАЛ ЗИЧЛИГИ ВА ПОЛИМОРФИЗМ РЕЦЕПТОРИНИНГ ВИТАМИН ДГА НИСБАТАН БОҒЛИҚЛИКНИНГ ТАҲЛИЛИ

Ушбу мақола ўзбек миллатига мансуб постменопауза холатидаги 55-65 ёшидаги аёлларда VDR генининг полиморфизмини молекуляр –генетик усулда аниқлашга бағишланади. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, остеопороз ҳар доим ҳам Ff ёки ff генотип аниқланиши билан учрамайди. FF аниқланган холатда ҳам остеопароз хавфи ошади. Шу сабабли VDR генига қўшимча равишда остеопорозни бошка полиморфизм генлари LCT ва ESRα ҳам текширилмоқда.

Калит сўзлар: остеопороз, менопаузал синдром, генлар полиморфизми, остеопороз билан ассоцирланган, витамин Д.

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP OF POLYMORPHISM OF RECEPTOR FOR VITAMIN D AND BONE MINERAL DENSITY IN POSTMENOPAUSAL WOMEN OF UZBEK POPULATION

In this article, the author analyzed the link of VDR gene and bone mineral density. We studied 85 blood samples of postmenopausal women of Uzbek population aged 55-65 years at the molecular-ge-

netic study of the definition of VDR gene polymorphisms. The study showed that the presence of osteoporosis is not always associated with the identification of Ff or ff genotype. Even the detection of FF genotype increased the risk of osteoporosis. Therefore, besides the VDR gene, we have conducted studies of other gene polymorphisms of osteoporosis – such as LCT and ESRα.

Key words: osteoporosis, menopausal syndrome, osteoporosis associated gene polymorphism, vitamin D.

Постменопаузальный остеопороз (ПМО) — многофакторное заболевание, обусловленное естественным процессом старения, и в 80 % случаев — генетически детерминированное [1]. Наиболее грозным осложнением заболевания являются низкотравматичные переломы, приводящие к инвалидизации и повышению смертности [1, 2]. По данным ВОЗ и IOF(интернациональное общество по борьбе с остеопорозом) в мире каждая третья женщина имеют перелом, связанный с остеопорозом. Переломы бедра считаются самым серьезным бременем, поскольку они практически всегда предполагают необходимость стационарного лечения, приводят к летальному исходу , приблизительно, в 20% случаев и являются причиной постоянной инвалидности, примерно, у половины пациентов.

Важным моментом в патогенезе остеопороза является недостаток потребления кальция с пищей или снижение его всасываемости в кишечнике. Адекватность утилизации кальция зависит от обеспеченности витамином D. Транспорт кальция регулируется активным метаболитом витамина D- 1,25-дигидроксихолекальциферолом (1,25$(OH)_2$ D_3, который стимулирует синтез специфического кальций связывающего белка с высокой степенью корреляции между количеством этого белка в клетках и скоростью всасывания кальция [3,5,6,7]. Дефицит витамина D в организме нарушает всасывание кальция, что приводит к кальциевой недостаточности даже при полной обеспеченности организма минеральными веществами [4]. Помимо усиления транспорта кальция было установлено стимулирующее действие 1,25$(OH)_2D_3$ на активный транспорт фосфора [3,6].

Среди факторов, оказывающих влияние на риск развития остеопении и остеопороза, как следствие изменения МПК, немаловажную роль играет наследственность. В ходе исследований была выявлена взаимосвязь гена рецептора витамина Д (VDR). Витамин Д взаимодействует с своим рецептором, играет важную роль в кальциевом и фосфорном гомеостазе, регулируя рост и дифференцировку клеток костей, кишечной абсорбции кальция и секреции паращитовидных гормонов. Полиморфизмы гена VDR ассоциированы с циркулирующим уровнем остеокальцина, массой и минеральной плотностью кости, остеопоротическими переломами костей [4,6]. Полиморфизмы в гене рецептора витамина Д (VDR) обуславливают генетическую изменчивость МПК.

Таким образом, витамин D_3 влияет на минеральный обмен, на пролиферацию и дифференцировку костных клеток, на белковый и липидный обмены костной ткани. Снижение эффекта влияния на костный метаболизм витамина D тесно связано с полиморфизмом гена рецептора – VDR. Использование диагностических методов, основанных на анализе генетических маркеров, позволяет осуществлять раннюю диагностику заболевания у пациентов без выраженных клинических проявлений патологии и своевременно назначать адекватную терапию. Благодаря генодиагностике в несколько раз сокращается время подбора препаратов и определения их дозировки, появляется возможность назначать более эффективные схемы лечения, а также снижать количество осложнений, связанных с неблагоприятными лекарственными реакциями.

Цель исследования - проанализировать взаимосвязь полиморфизма VDR и МПК и предрасположенность к остеопорозным переломам у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы исследования. Исследовано 85 образцов крови постменопаузальных женщин узбекской популяции, обратившихся в АОРСНПМЦ акушерства и гинекологии МЗ РУз. Средний возраст пациенток составил 55,71 ± 6,7 года, возраст наступления менопаузы достигал 49,35 ± 3,8 года. Продолжительность менопаузы составила 6.4 ± 7,8 года. Женщины с различными заболеваниями, способные вызвать вторичный остеопороз, болезнь и синдром Иценко–Кушинга, тиреотоксикоз, сахарный диабет I типа, ревматоидный артрит, состояния после резекции желудка, хронические заболевания печени, хроническая почечная недостаточность или принимающие лекарственные препараты такие как - кортикостероиды, антиконвульсанты, иммуносупрессоры, алюминий–содержащие антациды, антагонисты гонадотропин рилизинг–гормона были исключены из исследования. Всех пациенток беспокоили «приливы» жара к голове, сильное потение, нарушение сна (бессонница, прерывистый сон, затрудненное засыпание), сердцебиения даже в покое, головные боли, боли в области поясницы, слабость, повышение или понижение АД, судороги в икроножных мышцах и др. Функциональную оценку ГЯС и тяжесть КС проводили по Модифицированному менопаузальному индексу (ММИ). Модифицированный менопаузальный индекс колебался от 22 до 38 баллов и, в среднем, составлял 29,3±4,8 баллов.

Всем женщинам сделали УЗИ органов малого таза (в особенности толщину эндометрия), так же определили рост и вес (ИМТ).

Скрининг минеральной плотности костной ткани проводили с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрией (DXA) позвонков поясничной области, шейки бедренной кости и предплечья в ООО «Safo Tibbiot» аппаратом Hologic (США). В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1994 г) при Т-критерии -2,5 и ниже делалось заключение об остеопорозе; при Т-критерии в пределах -1,0 - 2,5 - об остеопении; нормой считался Т-критерий выше -1,0.

В нашем исследовании всем испытуемым проводили молекулярно-генетическое исследование с определением полиморфизмов гена VDR с помощью полимеразной цепной реакцией в лаборатории геномики ПЦР-анализатором "Applied Biosystems -2720" и реал-тайм ПЦР-анализатор "Applied Biosystems -7200" (США), при Институте Биоорганической химии АН РУз. Выделение ДНК проводилось по стандартной методике методом нуклеосорбции (Boom et al, 1999). Типирование образцов ДНК по гену VDR проводилось с использованием специфического олигонуклеотидного праймера с участками гена VDR. ПЦР анализ проводили с использованием набора реагентов для ПЦР амплификации ДНК GenePak™ PCRCore (производство ООО "Лаборатория ИзоГен").

С целью лечения климактерического синдрома легкой, тяжелой или средней степени тяжести была рекомендована ЗГТ содержащий 1мг эстрадиола 10 мг дидрогестерона.

Результаты исследования: Климактерические расстройства на фоне ЗГТ содержащий 1мг эстрадиола 10 мг дидрогестнрона - как «приливы» жара к голове, сильное потение, нарушение сна снизились у всех исследуемых женщин (Модифицированный менопаузальный индекс колебался от 10 до 12 баллов и, в среднем, составил 11±0,8 баллов). Средняя масса тела больных составила 76,21±12, средний показатель индекса массы тела (ИМТ) составил 27,8± 0,88 кг/м², средний показатель отношения объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ) составил 0,94 ± 0,01.

Ультразвуковые исследования половых органов выявили уменьшение длины, ширины и переднезаднего размера тела матки женщин по сравнению с нормой репродуктивного возраста, снижен был и объем яичников (4*3 см³). М-эхо до и после терапии не обнаружило гиперплазию эндометрия.

Генетический анализ 85 образцов ДНК выявил следующее распределение полиморфизмов в гене VDR: гомозиготными носителями генотипа F/F являются – 39 женщин (45,8 %) , гетерозиготными F/f являются – 29 женщин (34,2%), в то время как генотип f/f был выявлен в 17 образцах (20%) данной группы пациенток (табл.1).

Табл.№1

FF-генотип (n-85)	Ff-генотип (n-85)	ff-генотип (n-85)
39 женщин (45,8%)	29 женщин (34,2%)	17 женщин(20%)

Таблица №2 Рентгеновская денситометрия

Полиморфизм генов VDR	МПКТ (BMD г/см²)	Поясничный отдел позвоночника (BMD г/см²)	Шейка бедра (BMD г/см²)	Нижняя треть предплечья (BMD г/см²)
FF генотип n=26	остеопороз	8 (30,77%)	5 (19,23%)	3 (11,54%)
	остеопения	8 (30,77%)	8 (30,77%)	3(11,54%)
Ff генотип n=21	остеопороз	6(28,57%)	2(9,5%)	2х(9,5%)
	остеопения	8(38,1%)	4(19,04%)	3(14,3%)
ff генотип n=10	остеопороз	2(20%)	у 0(0%)	1(10%)
	остеопения	1(10%)	у 4(40%)	2(20%)

Группе больных с гомозиготным и гетерозиготным полиморфизмом гена рецептора витамина D VDR (ff и F/f) был рекомендован прием препарата кальция с высоким содержанием витамина D (800 МЕ).

Рентгеновская денситометрия (DXA) было проведено у 57 исследуемых женщин (табл.№2). С FF (n-26) генотипом остеопороз в поясничном отделе позвоночника (п.о.п) был выявлен у

8(30,77%), в шейке бедра (ш.б) - у 5(19,23%), в нижней трети предплечья (н.т.п) - у 3(11,54%), остеопения в п.о.п был выявлен у 8(30,77%), в ш.б. - у 8(30,77%), в н.т.п - у 3(11,54%). С Ff (n-21) генотипом остеопороз в п.о.п был выявлен у 6(28,57%), в ш.б - у 2(9,5%), в н.т.п - у 2 (9,5%),остеопения в п.о.п был выявлен у 8(38,1%), в ш.б. у 4(19,04%), в н.т.п 3(14,3%). С ff (n-10) генотипом остеопороз в п.о.п был выявлен у 2(20%), в ш.б - у 0(0%), в н.т.п - у 1(10%), остеопения в п.о.п был выявлен у 1(10%), в ш.б. - у 4(40%), в н.т.п - у 2(20%).

Вывод: Таким образом, исследование показало, что 20% женщин узбекской популяции имеют гомозиготный (ff) и 34,2 % гетерозиготный(Ff) полиморфизм гена рецептора витамина D, которым нужно рекомендовать высокие дозы витамина D.

Анализ нашего исследования показал, что наличие остеопороза не всегда ассоциировалось с выявлением генотипов Ff или ff. Даже при выявлении генотипа FF повышался риск развития остеопороза. В связи с этим дополнительно кроме гена VDR, нами проводятся исследования на другие полиморфизмы гена остеопороза это LCT и ESRα,

Заместительная гормональная терапия содержащий 1мг эстрадиола 10мг дидрогестерона значительно улучшает самочувствие женщин с климактерическим синдромом и повышает качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rivadeneira F., Styrkarsdottir U., Estrada K. Twenty bonemineraldensity loci identified by largescale metaanalisis of genomewide association studies // Nat.Genet.-2009.-Vol.41.-P. 11991206.
2. Stykarsdottir F., Halldottir U., Gretarsdottir S. Multiple genetic loci for bone mineral density and fractures// N. Engl. J. Med.-2008.-Vol. 358.-P.23552365.
3. Медицина климактерия. Под ред. Сметник В.П. М.: ООО Издательство Литера, 2006; 847 стр.
4. Pike F.C.W., Brzowski A.M., Hubbard R.E. A structural biologist's view of the estrogen receptor //J. Steroid. Biochem. Mol. Biol. 2000. Vol. 74. P. 261-268.
5. Eriksen E.F., Colvard D.S., Berg N.J. et al. Evidence of estrogen receptors in normal human osteoblast-like cells // Science. 1988. Vol. 341. P. 84-86.
6. Bland R. Steroid hormone receptor expression and action on bone // Clin. Sci. 2000. Vol. 57. P. 635-642.
7. Jenkins D.J.A., Kendall C.W.C., Garsetti M., et al. Effects of phytoestrogen intake on low density lipoprotein oxidation and ex vivo sex hormone receptor activity – a controlled cross over trial // Metabolism. 2000. Vol. 49. P. 537-543.

УДК 616-089+617.5+616-053.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ У МУЖЧИН С ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ (РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Гиясов Ш.И., Шомаруфов А.Б., Иногамова В.В.
(РСЦУ)

В этом ретроспективном исследовании мы провели сравнительный анализ эффективности варикоцелэктомии у мужчин с первичным и вторичным бесплодием посредством оценки изменений в показателях эякулята. У всех пациентов имелось клиническое варикоцеле, по поводу которого была произведена варикоцелэктомия в условиях РСЦУ. Исследование включило в себя истории болезни 40 пациентов. Больные, в соответствии с типом бесплодия были распределены на две группы: с первичным бесплодием (1 группа, n=20), с вторичным бесплодием (2 группа, n=20). Несмотря на статистически схожие исходные параметры эякулята у пациентов в обеих группах, в послеоперационном периоде выявлены статистически значимые различия между группами по эффекту варикоцелэктомии на параметры эякулята, т.е. у мужчин с первичным бесплодием отмечены значительные положительные изменения в отличие от мужчин с вторичным бесплодием.

Ключевые слова: мужское бесплодие, варикоцеле, варикоцелэктомия.

ЭРКАКЛАР БИРЛАМЧИ ВА ИККИЛАМЧИ БЕПУШТЛИГИДАГИ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИЯ ЖАРРОҲЛИГИ САМАРАДОРЛИГИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШДА – РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛ

Ушбу ретроспектив тадқиқотда биз бирламчи ва иккиламчи бепуштлик ташхиси қўйилган эркакларда варикоцелэктомия операцияси самарадорлигини уруғ кўрсаткичларида содир бўлган ўзгаришларни ўрганиш асосида қиёсий таҳлил қилдик. Барча беморларда клиник варикоцеле мавжуд бўлиб, улар Республика ихтисослаштирилган урология марказида варикоцелэктомия операциясини ўтказган. Тадқиқот ўз ичига 40 та беморнинг касаллик тарихларини қамраб олди. Беморлар бепуштлик турига қараб икки гуруҳга бўлинди, яъни бирламчи (1-гуруҳ, n=20) ва иккиламчи бепуштлик (2-гуруҳ, n=20) ташхиси билан. Тадқиқот натижасида

шу нарса аниқландики, бошланғич (жарроҳликдан олдинги) уруғ кўрсаткичлари икки гуруҳ беморларида ҳам статистик жихатдан бир бирига яқин бўлишига қарамасдан, операция натижасида бу гуруҳлар орасида тафовутлар пайдо бўлди, яъни бирламчи бепушт эркакларда операция натижасида иккиламчи бепушт эркакларга нисбатан статистик жихатдан сезиларли даражада ижобий ўзгаришлар кузатилди.

Калит сўзлар: эркаклар бепуштлиги, варикоцеле, варикоцелэктомия.

COMPARATIVE EVALUATION OF EFFICIENCY OF VARICOCELECTOMY IN MEN WITH PRIMARY AND SECONDARY INFERTILITY – RETROSPECTIVE STUDY

In this retrospective study, we comparatively assessed varicocelectomy efficacy in men with primary and secondary infertility by means of estimation of semen analysis. All patients had clinical varicocele and thus underwent a surgery at Republican Specialized Center of Urology. The study involved medical histories of 40 patients. Patients were stratified into two groups according to the type of infertility, i.e. primary (the first group, n=20) and secondary infertility (the second group, n=20). Patients with primary infertility had significantly better improvement of their semen parameters after varicocelectomy than those patients who had secondary infertility, despite that the initial (pre-operative) semen parameters in both groups had no statistical significant differences.

Keywords: male infertility, varicocele, varicocelectomy.

Актуальность. В настоящее время активно ведутся научные исследования по изучению возможных причин мужского бесплодия. Варикоцеле является наиболее частой причиной первичного и вторичного бесплодия у мужчин. В связи с этим лечение варикоцеле остаётся наиболее часто проводимой операцией для коррекции мужского фактора бесплодия [1,2]. Анализ литературы показал, что среди мужчин, страдающих первичным бесплодием, доля лиц с варикоцеле составляет 33-40%, а среди тех, кто страдает вторичным бесплодием – до 81% [3].

По данным многих авторов при варикоцеле наблюдается венозное переполнение яичка кровью бедной кислородом и питательными веществами, то есть происходит ухудшение кровоснабжения яичка, ведущее к атрофии его тканей [1,6]. Вторым патогенетическим фактором является повышение температуры яичка до +37^{0}С за счет переполнения венозной кровью. Большинство мужчин с варикоцеле фертильны, но и у них распространенность бесплодия повышена по сравнению с общей популяцией мужчин. Однако более 40% больных с варикоцеле имеют сниженную оплодотворяющую способность спермы [1].

Взаимосвязь между варикоцеле и показателями спермограммы может быть различной. Развивающееся при варикоцеле нарушение микроциркуляции приводит к повышению в клетках семенника концентрации активных форм кислорода и оксидативному стрессу, а именно оксидативный стресс на сегодняшний день считается ключевым патофизиологическим механизмом патоспермии при варикоцеле [6].

Последние рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) показали, что варикоцелэктомия у больных с бесплодием и клиническим варикоцеле, а также с патологическими параметрами эякулята приводит к достоверному увеличению частоты беременностей и улучшению качества эякулята по отношению к группам наблюдения (контроля) [4]. Другими авторами при РКИ выявлена низкая эффективность варикоцелэктомии при субклиническом варикоцеле и нормальных параметрах эякулята [5].

Ricardo Miyaoka и соавт. ссылаясь на большое количество исследований, указали, что микрохирургическое (ингвинальное и субингвинальное) лигирование вен семенного канатика является наиболее приемлемым оперативным пособием при лечении клинического варикоцеле с бесплодием [6,7].

Teruo Fukuda и соавт. провели исследования на 71 бесплодных мужчинах, которые перенесли микрохирургическую варикоцелэктомию. Испытуемые 3 раза сдавали эякулят для исследования (до вмешательства, после 3 и 12 мес.). Результаты исследования показали, что качество эякулята через 3 месяца после операции достоверно лучше, чем до операции. Между показателями спермограммы по истечении 3 и 12 мес. после операции значительных статистических различий не выявлено [8].

Цель исследования - сравнить эффективность хирургической коррекции варикоцеле у мужчин с первичным и вторичным бесплодием посредством оценки фертильных свойств эякулята.

Материал и методы. Нами в ходе исследования были изучены 2149 случаев оперативного лечения (чреспаховое или подпаховое лигирование вен семенного канатика с сохранением лимфатических сосудов и артерий) варикоцеле выполненных в Республиканском Специализированном Центре Урологии в период 2010-2015 гг, Из них 613 (28,5%) операций были выполнены больным с бесплодием. Среди них 537 (87,6%) больных страдали первичным бесплодием и 76 (12,4%) вторичным.

В ходе исследования оценивались основные фертильные параметры эякулята: объем эякуля-

та (в мл), концентрация (в млн/мл) и общее количество сперматозоидов (в млн), процент сперматозоидов с прогрессивным движением (%), общая подвижность сперматозоидов (%) и общее количество подвижных сперматозоидов в соответствии со стандартами ВОЗ от 2010 года [9]:

- объем эякулята ≥ 1,5 мл;
- концентрация сперматозоидов ≥ 15 млн/мл;
- общее количество сперматозоидов ≥ 39 млн;
- процент сперматозоидов с прогрессивным движением ≥ 32%;
- общая подвижность сперматозоидов ≥ 40%;
- общее количество подвижных сперматозоидов ≥ 15,6 млн.[1]

Наличие варикоцеле определялось визуальным и пальпаторным методами, а также при помощи доплерографического исследования сосудов органов мошонки на основании классификации ВОЗ от 2000 года (субклиническое варикоцеле, I, II, III степени) [10].

Для отбора пациентов для исследования нами были разработаны критерии включения и исключения.

Критерии включения:

- больные, сдававшие эякулят для исследования до и после варикоцелэктомии (в срок от 3 до 12 мес.);
- больные, имеющие патологическое отклонение как минимум в одном из исследуемых параметров эякулята;
- больные, имеющие жалобы на бесплодный брак длительностью от 6 мес. и более.

Критерии исключения:

- больные с азооспермией и нормоспермией;
- больные, не планирующие зачатие ребенка;
- больные с субклиническим варикоцеле;
- больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями органов мочеполовой системы, в том числе больные с документально подтвержденной эректильной дисфункцией.

В соответствии с этими критериями для нашего исследования были отобраны и детально изучены истории болезни 40 мужчин в возрасте от 21 до 36 лет, страдающих бесплодием и варикоцеле, которые были разделены на 2 группы. 20 мужчин с первичным бесплодием (в возрасте от 21 до 33 лет) были включены в первую группу и 20 мужчин с вторичным бесплодием (в возрасте от 24 до 36 лет) во вторую группу.

Результаты. Проведенный анализ показал, что средний возраст больных в первой группе достоверно ниже (P<0,001) и длительность бесплодия короче (P<0,01) чем у больных второй группы (табл. № 1). Основную массу составили больные с левосторонним варикоцеле (37 больных, 92,5%) (таблица № 1).

ИМТ у 16 пациентов (40%) был незначительно выше нормы (25,0-30,0), что оценивалось как предожирение, у 9 (22,5%) пациентов ИМТ был значительно выше нормы (>30,0), что оценивалось как ожирение, а у 15 (37,5%) пациентов ИМТ был в пределах нормы (18,5-25,0) [11]. Следовательно, 25 (62,5%) больных имели избыточную массу тела.

В нижеприведенной таблице указаны основные параметры эякулята больных обеих групп до операции в целях статистического сравнения.

Из таблицы №2 видно, что статистически значимых различий по исходным параметрам эякулята между группами не было.

В таблице №3 указаны основные параметры спермограммы больных обеих групп в послеоперационном периоде.

В послеоперационном периоде в изучаемых параметрах эякулята по группам наблюдались следующие изменения:

- объем эякулята в обеих группах практически не изменился (P>0,05);
- концентрация сперматозоидов повысилась достоверно выше в первой группе, на 104 %, чем во второй, на 42% (P<0,001);
- общее количество сперматозоидов увеличилось на 151% в первой группе, что было достоверно больше чем во второй, в которой этот параметр повысился на 47% (P<0,001);
- % сперматозоидов с прогрессивным движением увеличился одинаково в обеих группах, на 105% (P>0,05);
- общая подвижность сперматозоидов увеличилась также достоверно выше, на 68%, в первой группе, чем во второй, в которой отмечалось повышение на 34% (P<0,05);
- общее количество подвижных сперматозоидов в первой группе увеличилась значительнее, чем во второй, т.е. на 266% и 76% соответственно (P<0,01).

Из вышеуказанных данных видно что, между группами имелись статистически достоверные различия по изменениям в послеоперационных параметрых эякулята, т.е. в первой группе больных варикоцелэктомия привела к значительно большим улучшениям всех параметров эякулята в отличие от второй группы больных, кроме % сперматозоидов с прогрессивным движением, который повысился одинаково достоверно в обеих группах.

Таблица № 1. Основные характеристики групп больных

Группы больных	Возраст M±m	Антропометр. Данные			Варикоцеле в абс. (в %)*						Длительность бесплодия (в мес.) M±m
		рост	вес	ИМТ**	Левост.	Правост.	Двухст.	**1-ст.**	**2-ст.**	**3-ст.**	
Первая	27,0±0,7	1,7	81,8	26,9	18 (90)	1 (5)	1 (5)	3 (15)	16 (80)	1 (5)	28,2±6,2
Вторая	31,1±0,7	1,7	80,9	26,8	19 (95)	-	1 (5)	5 (25)	13 (65)	2 (10)	54,9± 5,7
P	**<0,001**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	-	-	-	<0,01
ИТОГО	-	-	-	-	37 (92,5)	1 (2,5)	2 (5)	8 (20)	29 (72,5)	3 (7,5)	-

*-данные приводятся в абсолютных числах и в % (в скобках) по отношению к группе.

**-индекс массы тела.

[1] – данный параметр подсчитан на основании общего количества сперматозоидов и их общей подвижности (в %) в соответствии со стандартами ВОЗ от 2010 года.

Таблица № 2.

Сравнительная оценка основных параметров спермограммы у больных обеих групп в дооперационном периоде

Группа больных	Объем эякулята, мл M±m	Концентрация сперматозоидов (в млн/мл) M±m	Общее кол-во сперматозоидов (в млн.) M±m	Кол-во сперматозоидов с прогр. движением (в %) M±m	Общая подвижность сперматозоидов (в %) M±m	Общее кол-во подвижных сперматозоидов (в млн.) M±m
Первая	3,3±0,3	43,7±7,3	135,5±22,7	11,0±3,0	29,1±3,6	44,7±10,2
Вторая	3,8±0,3	44,1±9,0	168,2±36,8	13,6±2,9	34,2±5,0	74,6±21,1
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таблица № 3.

Сравнительная оценка основных параметров спермограммы у больных обеих групп в до и послеоперационном периодах

Группа больных	Объем эякулята, мл M±m	Концентрация сперматозоидов (в млн/мл) M±m	Общее кол-во сперматозоидов (в млн.) M±m	Кол-во сперматозоидов с прогр. движением (в %) M±m	Общая подвижность сперматозоидов (в %) M±m	Общее кол-во подвижных сперматозоидов (в млн.) M±m
Первая ДО[1]	3,3±0,3	43,7±7,3	135,5±22,7	11,0±3,0	29,1±3,6	44,7±10,2
Первая ПО[2]	3,5±0,3	89,2±11,4	340,1±57,5	22,5±3,6	48,9±5,0	163,4±30,9
P[3]	>0,05	**<0,01**	**<0,01**	**<0,05**	**<0,05**	**<0,01**
Вторая ДО	3,8±0,3	44,1±9,0	168,2±36,8	13,6±2,9	34,2±5,0	74,6±21,1
Вторая ПО	3,9±0,3	62,7±9,9	247,9±44,5	27,9±5,3	45,7±6,2	131,6±33,3
P[3]	>0,05	>0,05	>0,05	**<0,05**	>0,05	>0,05

[1] – дооперационный период.

[2]- послеоперационный период.

[3]- статистическая достоверность изменений.

Обсуждение. В настоящее время варикоцеле представляет собой наиболее частую, хирур-

гически корригируемую причину мужского бесплодия. Хотя в подавляющем большинстве исследований поддерживается мнение о благоприятном влиянии хирургического лечения варикоцеле на параметры спермограммы [3,4,12], вопрос истинного эффекта операции на функцию яичка остается неразрешенным [1].

Хотя точная взаимосвязь между улучшениями показателей эякулята и оперативным лечением варикоцеле не установлена, мета-анализ РКИ, проведенный Agarwal и соавт. выявил значительное улучшение параметров эякулята после варикоцелэктомии [12], что соответствует результатам нашего исследования. Однако, интересен тот факт, что значительные изменения произошли в большей степени в показателях спермограммы у мужчин с первичным бесплодием и варикоцеле нежели у мужчин с вторичным бесплодием и варикоцеле, хотя у больных с вторичным бесплодием также отмечено положительный эффект от вмешательства.

Также стоит отметить, что по данным некоторых авторов средний возраст мужчин с вторичным бесплодием, как правило, бывает старше, что соответствует нашим данным, однако, также утверждается, что по длительности бесплодия никаких значительных различий нет, тогда как наше исследование выявило достоверное различие по этому параметру между группами [13,14]. Также вышеуказанные авторы утверждают о присутствии различий в первоначальных показателях спермограммы в пользу больных с вторичным бесплодием, хотя по нашим данным никаких статистически достоверных различий по исходным параметрам эякулята у мужчин с первичным и вторичным бесплодием не выявлено.

Выводы. У мужчин, страдающих вторичным бесплодием возраст, как правило, старше, а сроки бесплодия дольше, чем у больных с первичным бесплодием. Варикоцелэктомия приводит к значительному улучшению качества эякулята у больных с первичным бесплодием. У больных с вторичным бесплодием варикоцелэктомия также оказывает положительный эффект достоверно повышая только % сперматозоидов с прогрессивным движением, при этом не оказывая значительного эффекта на другие параметры спермограммы. Выявленные различия по эффекту варикоцелэктомии на улучшение качества эякулята между больными с первичным и вторичным бесплодием указывают на необходимость проведения дальнейших более масштабных клинических исследований для выяснения причин этих расхождений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Осадчук Л.В., Попова А.В., Ворошилова Н.А. Влияние простатита и варикоцеле на репродуктивные показатели молодых мужчин. Клиническая и экспериментальная урология. №2, 2014г. Скачать с http://ecuro.ru/article/vliyanie-prostatita-i-varikotsele-na-reproduktivnye-pokazateli-molodykh-muzhchin.

2. Campbell-Walsh Urology 10th Ed. 2012. Pages 636-637.A. Bazeem, Eric Belzile, Antonio Ciampi et al., Varicocele and Male Factor Infertility Treatment: A New Meta-analysis and Review of the Role of Varicocele Repair. European Urology Volume 60, Issue 4, October 2011, Pages 796–808.

3. Abdel-Meguid TA, Al-Sayyad A, Tayib A, Farsi HM. Does varicocele repair improve male infertility? An evidence-based perspective from a randomized, controlled trial. European Urology, 2011; 59: 455–61.

4. V. Ficarra, M.A. Cerruto, G. Liguori, **et al.** Treatment of varicocele in subfertile men: the Cochrane review—a contrary opinion. Eur Urol, 49 (2006), pp. 258–263

Ricardo Miyaoka и Sandro C. Esteves. A Critical Appraisal on the Role of Varicocele in Male Infertility. Advances in Urology, Volume 2012, Article ID 597495, 9 pages.

5. S. Çayan, S. Shavakhabov, and A. Kadioglu, "Treatment of palpable varicocele review in infertile men: a meta-analysis to define the best technique," Journal of Andrology, vol. 30, no. 1, pp. 33–40, 2009.

6. Teruo Fukuda, Hideaki Miyake, Noritoshi Enatsu, Kei Matsushita, Masato Fujisawa. Assessment of Time-dependent Changes in Semen Parameters in Infertile Men After Microsurgical Varicocelectomy. Urology, Volume 86, Issue 1, July 2015, Pages 48–51.

7. World Health Organization. WHO Laboratory Manual for the Examination and processing of human semen. 5th edition. Geneva: WHO Press, 2010.

8. Andreas Jungwirth , Aleksander Giwercman, Herman Tournaye, Thorsten Diemer, Zsolt Kopa, Gert Dohle, Csilla Krausz, European Association of Urology Guidelines on Male Infertility: The 2012 Update. European Urology Volume 62, Issue 2, August 2012, Pages 324–332.

9. «BMI Classification». Global Database on Body Mass Index. World Health Organization. 2006.

10. A. Argawal, F. Deepinder, M. Cocuzza, **et al.**Efficacy of varicocelectomy in improving semen parameters: new meta-analytical approach. Urology, 70 (2007), pp. 532–538

11. Vaidyanathan Gowri, Krishna P Venkiteswaran, Ibrahim Al-Zakwani, Josephkunju Mathew, Khalid Abdul Rahman, and Mohammed Al-Marhoon. Comparison of the Demographics, Semen Parameters and Hormone Profiles in Men with Primary and Secondary Infertility. Sultan Qaboos Univ Med J. 2010 Dec; 10(3): 350–353.

12. Thomas J. Walsh, M.D., MS., Alex K. Wu, B.S., Mary S. Croughan, Ph.D., and Paul J. Turek, M.D.

Differences in the clinical characteristics of primarily and secondarily infertile men with varicocele. Fertility and Sterility 2009 Mar; 91(3): 826–830.

УДК:616.5-002.826:612.017.001

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ

Абидова З.М., Карабаева И.Т.
(РСНПМЦДиВ)

В статье приведены результаты обследования 79 больных микроспорией, которые показали, что у всех обследованных больных отмечается вторичная иммунная несостоятельность. У обследованных больных отмечается подавление активности клеточного звена иммунитета при одновременном повышении активности гуморального звена.

Ключевые слова: микроспория, клеточный иммунитет, гуморальный иммунитет.

МИКРОСПОРИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ИММУН ХОЛАТНИНГ ЎЗГАРИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Мақолада микроспорияга чалинган 79 беморнинг текширувлар маълумотлари кўрсатилган. Текшириш натижаси шуни кўрсатдики, барча текширилган беморларда иккимламчи иммун танқислиги аниқланди. Текширилган беморларда иммун системани Т-хужайра звеноси фаолияти пасаяди, гумарал звено активлашади.

Калит сўзлар: микроспория, Т-хужайра иммунитети, гуморал иммунитети

SPECIAL PROPERTIES OF IMMUNE STATUS CHANGE OF PATIENTS WITH MICROSPORIA

The paper presents the survey data of 79 patients with microsporia. The survey results revealed that all the examined patients have secondary immune inconsistency. The patients were marked with suppression of the activity of T- cellular immunity while increasing his humoral activity.

Key words: microsporia, T- cellular immunity, humoral immunity.

Актуальность: Грибковые поражения кожи и ее придатков составляют на сегодняшний день существенную и многообразную часть инфекционной патологии. Среди грибковых возбудителей наиболее распространенными считаются дерматомицеты-M.canis, возбудитель микроспории[1].

Микроспория- распространенное высококонтагиозное грибковое заболевание, поражающее волосы и гладкую кожу. Анализ регистрации заболеваемости по Республике за последние 5 лет показал, что отмечается рост интенсивного показателя от 1,3 (в 2009году) до 2,6 (в 2013году) на 100 тыс.населения [2].

Микоз обладает высокой контагиозностью и в детских коллективах может протекать в виде эпидемиологических вспышек [3].

Увеличение заболеваемости микроспорией в настоящее время обусловлено изменением свойств, с одной стороны возбудителей (появление новых видов грибов, повышение их патогенности и контагиозности, нарушение структуры и границ нозоареалов), с другой- хозяина (снижение естественной резистентности, рост иммунодефицитных состояний) [4,5]. В патогенезе микроспории наряду с гормональными, метаболическими изменениями, многие авторы отводят различным изменениям иммунного статуса, изменению неспецифической резистентности. Ведущую роль в иммунной защите организма при микроспории играет клеточный иммунитет, угнетенный в той или иной степени при различных клинических формах микоза. Разные авторы отмечают различные варианты отклонений - от иммунодефицита до повышенной активности [6]. В научной литературе отсутствует единая трактовка характера иммунных изменений у больных микроспорией. В настоящее время недостаточно изученными остаются нарушения системного и локального иммунитета, не выяснена роль неспецифического иммунного ответа [3].

Цель исследования - изучить некоторые иммунологические параметры, в частности, Т- и В-лимфоцитов, субпопуляций Т-лимфоцитов, гуморального звена иммунитета, а также факторы неспецифической защиты у детей, больных микроспорией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 79 больных с микроспорией в возрасте от 4 до 14 лет, с давностью заболевания от 1 недели до 6 месяцев.

Состояние клеточного и гуморального иммунитета определялось путем исследования абсолютного и относительного количества лимфоцитов в 1мл периферической крови, относительного содержания Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций - Т-хелперов, Т-супрессоров и их соотношения (по методическим рекомендациям Ф.Ю. Гариб с соавт., 1995). Показатели гуморального иммунитета определялись по содержанию в сыворотке крови иммуноглобулинов А, М, G (методом радиальной иммунодиффузии по Mancini G.) и циркулирующих иммунных

комплектов (ЦИК, методом M. Digeon и др. (1977).). Из показателей неспецифической реактивности определялся фагоцитарный индекс (ФИ) и фагоцитарное число (ФЧ) путем инкубации смеси лейкоцитов и частичек латекса. Согласно данным различных исследователей (В.Н. Федосеева и соавт., 1993) доверительные границы колебаний при вероятности 95% содержания Т- и В - лимфоцитов и иммуноглобулинов у детей в возрасте от 4 до 14 лет практически одинаковые, в связи с чем, анализ результатов иммунологических исследований был проведен в целом у всех детей, входящих в эту возрастную группу.В исследования были включены больные, не имеющие серьезной сопутствующей патологии.Группа контроля была представлена 26 детьми в возрасте от 4 до 14 лет. Среди детей были представлены пациенты без сопутствующих грибковых заболеваний, находившихся в клинике на диспансерном учете по ранее перенесенным дерматологическим заболеваниям, находящиеся в стадии ремиссии.

Результаты и обсуждение. Иммунологические исследования были проведены у 79 больных микроспорией. Иммунологические показатели в общей группе больных микроспорией представлены в таблице1.

Таблица 1.

Иммунологические показатели больных микроспорией (M±m)

Показатели	Контроль n=26	Больные n=79
Лейкоциты, абс	4,4 ± 0,11	5,7±0,07**
Лимфоциты, %	30,9 ± 0,62	37,0±0,52**
CD3-клетки, %	58,8 ± 0,46	46,4±0,57**
CD4-клетки, %	37,2 ± 0,28	31,0±0,33**
CD8-клетки, %	15,1 ± 0,19	14,3±0,12*
ИРИ	2,5 ± 0,04	2,17 ± 0,02**
CD20-клетки, %	20,5 ± 0,31	21,8±0,15*
Ig A, г/л	1,55 ± 0,06	1,15±0,02**
Ig M, г/л	1,91 ± 0,05	1,73±0,02**
Ig G, г/л	11,6 ± 0,44	15,3±0,26**
ЦИК	14,2 ± 0,78	25,3±0,39**
ФИ, %	54,2 ± 1,08	35,7±0,77**
ФЧ	4,8 ± 0,11	3,7±0,06**

Примечание: р – Достоверность данных по отношению к контролю.

* - p<0,01; ** - p<0,001

Как видно из таблицы 1, у больных микроспорией отмечается изменение активности лимфоцитов – основных иммунокомпетентных клеток, которое выразилось увеличением количества лейкоцитов (p<0,001) и общего пула лимфоцитов (p<0,001) и уменьшением относительного количества CD3-клеток (p<0,001), CD4-клеток (p<0,001), снижением иммунорегуляторного индекса (p<0,001) и относительного количества CD8-клеток (p<0,01). Со стороны показателей гуморального иммунитета выявлено увеличение CD20-клеток (p<0,01), увеличение содержания сывороточных иммуноглобулинов класса G (p<0,001), циркулирующих иммунных комплексов (p<0,001) при одновременном уменьшении количества иммуноглобулинов классов А и М (p<0,001).

Вышеизложенное свидетельствует о том, что у больных микроспорией выявляются нарушения иммунного статуса, которые выражаются в подавлении активности клеточного звена иммунитета при одновременном повышении активности его гуморального звена.

Нарушения неспецифических факторов защиты проявляются в снижении функциональной активности нейтрофильных лейкоцитов, что выражается понижением процента фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа.

В дальнейших исследованиях нами был проведен анализ выраженности иммунологических нарушений в зависимости от давности процесса. Состояние показателей иммунной системы у больных, страдавших микроспорией до 1 месяца (57 пациентов) и более 1 месяца (22 детей) представлено в таблице 2 .

Из данных таблицы видно, что у больных микроспорией уже на первом месяце болезни

выявляются иммунологические нарушения, заключающиеся в уменьшении количества CD3-клеток (p<0,01) и CD4-клеток (p<0,01), иммуноглобулина А (p<0,01) по отношению к контрольным значениям, увеличении содержания циркулирующих иммунных комплексов (p<0,01), резком снижении фагоцитарных реакций, что проявляется выраженным падением фагоцитарного индекса (p<0,01) и фагоцитарного числа (p<0,01).

Таблица 2.

Иммунологические показатели больных микроспорией в зависимости от давности болезни (M±m)

Показатели	Контроль	Давность заболевания	
		до 1 месяца n=57	более 1 месяца n=22
Лейкоциты, абс	4,4 ± 0,11	5,5±0,07**	6,3 ±0,07**
Лимфоциты, %	30,9 ± 0,62	35,1±0,46**	42,0±0,72**
CD3-клетки, %	58,8 ± 0,46	48,5±0,56**	40,9±0,41**
CD4-клетки, %	37,2 ± 0,28	32,4±0,28**	27,5±0,35**
CD8-клетки, %	15,1 ± 0,19	14,7±0,12	13,5±0,17**
ИРИ	2,5 ± 0,04	2,21 ± 0,02**	2,0 ± 0,02**
CD20-клетки, %	20,5 ± 0,31	21,4±0,14*	22,8±0,33**
Ig A, г/л	1,55 ± 0,06	1,22±0,01**	0,9±0,05**
Ig M, г/л	1,91 ± 0,05	1,78±0,01	1,6±0,05**
Ig G, г/л	11,6 ± 0,44	14,7 ±0,24**	17,0±0,55**
ЦИК	14,2 ± 0,78	26,4±0,40**	25,4±0,67**
ФИ, %	54,2 ± 1,08	38,0±0,48**	29,5±0,52**
ФЧ	4,8 ± 0,11	3,9±0,05**	3,1±0,07**

Примечание: p – Достоверность данных по отношению к контролю.

* - p<0,05; ** - p<0,01

С длительностью процесса более 1 месяца продолжается угнетение активности клеточного звена иммунитета, характеризующееся усугублением снижением содержания CD8-клеток (p<0,01). В то же время начинает постепенно повышаться активность гуморального звена иммунитета, что выражается в увеличении содержания иммуноглобулина G (p<0,01), на фоне снижения содержания IgA (p<0,01) и IgM (p<0,01). Количество циркулирующих иммунных комплексов постепенно снижается (p<0,01), что отражает переход в хроническую стадию. Фагоцитарный индекс (p<0,01) и фагоцитарное число (p<0,01) продолжают снижаться, что отражаетнарушение активности фагоцитарных реакций. В целом динамика выраженности изменений иммунологических показателей составляет от 7 до 21%.

Таким образом, у больных микроспорией изменяется структура циркулирующего пула лимфоцитов. Выявлены нарушения в виде снижения относительного количества CD3-клеток, CD4-клеток и показателей неспецифической резистентности, активизации гуморального звена иммунитета. Наиболее выраженные изменения в иммунной системе отмечаются у больных с более длительным течением, что определяет тактику терапии с включением в комплекс лечебных мероприятий иммунокоррегирующих препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1.Абидова З.М. Состояние клеточного звена иммунитета у детей // Актуальные вопросы дерматологии и венерологии: Сб. научных трудов научно-практ. конференции. Ташкент. -2006.- С 43-44.

2.Абидова З.М., Рахимов И.Р. Ситуация по дерматомикозам в Республике за 2009-2013гг// Дерматовенерология и эстетическая медицина.-Ташкент,- 2014. №1. С 172-173.

3.Касымов О.И., Касымов А.О. Клинико-иммунологические особенности микроспории // Проблемы мед. микологии. 2009. –Т.11. –№2. –С.78.

4.Майборода А.А.Иммунный ответ, воспаление// учебное пособие по общей патологии . — М. : МЕДпресс-информ, 2006. — 112 с.

5.Хисматуллина З. Р. Иммунные аспекты зооантропозных дерматомикозов // Вестник дерматологии и венерологии. — 2006. — № 4. — С. 14–15.

6.Щелкунова., О.А., Решетникова Т.Б. Особенности иммунного статуса у больных микроспорией и его коррекция //Медицина и образование в Сибири.-2012. №2.-С 23-26

УДК: 616.284.1 - 002.3

ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Юсупов М.М., Абдумаликов И.М.
(АндДТИ)

Тадқиқот учун стационар даво олган, 19-67 ёш оралиғида бўлган 42та ўткир йирингли ўрта отит касаллиги билан оғриган беморлар олинди.

Беморларнинг аксариятида асосий шикоят қулоқдан йиринг оқишига, қулоқдаги оғриққа ва эшитишнинг пасайишига бўлди. Асосий шикоятлардан ташқари, қулоқни битиб қолиши (33,4%), қулоқ шовқини (26,2%), аутофония (9,5%), қулоқда қичишиш ҳисси (4,8%) каби шикоятлар ҳам кузатилди. Отоскопияда перфорация ноғора парданинг турли қисмларида жойлашди, жумладан, 6та беморда ноғора парданинг марказида нуқтасимон тешик топилди. Сўрғичсимон ўсимта рентгенографиясида беморларнинг деярли барчасида «хиралашганлик» борлиги аниқланди. Йирингли ажралманинг микробиологик текширувида микроблар орасида Staphylococcus epidermidis (33,4%) етакчилик қилди. Акуметрия ва аудиометрия бўйича эшитишнинг пасайиши товуш ўтказиш тизимини бузилиши тури бўйича кузатилди.

Калит сўзлар: ўткир йирингли ўрта отит, клиник кечиши, хусусияти.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Для исследования были взяты больные, заболевшие с острым гнойным средним отитом (ОГСО) в количестве 42, в возрасте с 19 до 67 лет, которые получили стационарное лечение. Основные жалобы в большинстве больных были на гноетечение из уха, на боль в ухе и снижение слуха. Кроме основных жалоб были наблюдены заложенность в ухе (33,4%), шум в ухе (26,2%), аутофония (9,5%), зуд в ухе (4,8%). При отоскопии перфорация расположена в различных частях барабанной перепонки, в том числе у 6 больных в центре барабанной перепонки была обнаружена точечная перфорация. В рентгенографии сосцевидного отростка почти у всех больных было определено “завуалированность”. В микробиологическом исследовании гнойного отделяемого из уха среди микробов возглавлял Staphylococcus epidermidis (33,4%). Понижение слуха по акуметрии и аудиометрии было наблюдено нарушение по типу звукопроводящей системы.

Ключевые слова: острый гнойный средний отит, клиническое течение, особенность.

SUPPURATIVE ACUTE OTITIS MEDIA SPECIFICITY IN CLINICAL PROCEDURE

For this research, patients aged 19-67 and suffering from suppurated acute otitis media were taken. They received a hospital treatment. All of these patients complained about suppuration from ears, earache and hearing problems. In addition to these problems, they also had other complaints: ear congestion (33.4%), noise in ears (26.2%) autophonia (9.5%), ear itching (4.8%). During otoscopy, perforation was located in different parts of the tympanic membrane. Dot perforation was detected in the center of the tympanic membrane perforation in six patients. The radiography of the mastoid process in almost all patients was determined as being “veiled”. The microbiological study of purulent discharge from the ear showed that Staphylococcus epidermidis (33.4%) had a high concentration among the other microbes. Violation of by type of sound-conducting system was observed because of lowering the hearing on acumetry and audiometry.

Key words: suppurative acute otitis media, clinical procedure, specificity.

ЛОР касалликларининг клиник кечишини ўрганиш ва тахлил қилиш ҳамда бу касалликларни даволаш ва олдини олишнинг замонавий илғор ғояларини ишлаб чиқиш ҳамда амалиётга тадбиқ этиш масаласи, барча мамлакатларда, шунингдек, ватанимизда ҳам амалий ва профилактик оториноларингологиянинг асосий вазифаларидан ҳисобланади [1, 2, 3, 5]. Ушбу масалани оториноларингологияда ўткир йирингли ўрта отит (ЎЙЎО) мисолида ечилиши муҳимдир ҳамда амалиёт учун долзарбдир [4, 6].

Мазкур ишнинг мақсади ўткир йирингли ўрта отитнинг клиник кечиши хусусиятларини ўрганишдан иборат бўлди.

Материал ва услублар. Андижон Давлат тиббиёт институти клиникасининг ЛОР бўлимида стационар даво олган, 19-67 ёш оралиғида бўлган 42та ЎЙЎО касаллиги билан хасталанган беморлар текширувга олинди. Бу беморларда патологик жараён билан ўрта қулоқни икки томонлама зарарланиши 7,1%гина, қолган 92,9% бўлса бир томонлама эди ҳамда бу бир томонлама хасталанган беморларнинг 23таси(59%)да жараён ўнг томонлама, 16таси(41%)да чап томонламалиги аниқланди. Жинс бўйича тахлил қилинганда эса ўғил болалар 66,7%ни, қиз болалар эса 33,3%ни ташкил қилиши маълум бўлди.

Текширув вақтида беморларнинг шикоятлари тўла ойдинлаштирилди. Текширилувчиларнинг ҳар бирида отоскопия (керак бўлганда отоскоп билан), акуметрик текширув, тонал бўсаға аудиометрияси ҳамда вестибулометрия, эшитув найларининг ўтказувчанлик даражаларини аниқлаш, Шюллер бўйича чакка суяклари рентгенографияси, ноғора бўшлиқдан олинган йирингли ажралмани микробиологик текшириш кабилар амалга оширилди.

Натижалар ва муҳокама. Назоратдаги беморларнинг кўпчилигида хасталикнинг дастлабки кунларида энг биринчи шикоят қулоқдаги оғриққа бўлди ва у 36таси(85,7%)да кузатилди. Яна беморларнинг шикоятларидан доимийси бўлган қулоқдан йиринг оқишини ёрқин ва шиддатли ҳамда кўп миқдорда бўлиши 71,4%да, суст ҳолда оқиши ва кам миқдорда бўлиши эса 28,6%да

кузатилди. Эшитишнинг пасайишига қилинган шикоятлар беморларнинг 88,1%да бўлса, 11,9% беморлар эшитишни меъёрида деб ҳисоблашди. Беморларда юқоридаги шикоятлардан бошқа, қулоқнинг битиб қолиши (33,4%), қулоқ шовқини (26,2%), аутофония (9,5%), қулоқда қичишиш ҳиссиёти (4,8%) каби шикоятлар ҳам кузатилди.

Ўтказилган отоскопияда перфорацияни ноғора пардада жойлашиши қуйидагича бўлди: олдинги-пастки квадрантида жойлашиши 29тасида, олдингиқоригида – 4тасида, орқанги-пасткисида - 2тасида, орқангиқоригида – 1тасида ва ниҳоят ноғора парданинг марказидаги нуқтасимон тешик – 6та беморда топилди.

Эшитув найи ўтказувчанлигининг қуйидаги даражалари кузатувдаги беморларда аниқланди: 7,1%да I-даражали, 52,4%да II-даражали, 28,6%да III-даражали, 11,9%да IV-даражали. Эшитув найи ўтказувчанлигининг тўла ўтказмаслиги, яъни V-даражаси беморларда кўрилмади.

Шюллер бўйича ўтказилган чакка суяклари рентгенографиясида беморларнинг деярли барчасида касалланган қулоқ томонидаги сўрғичсимон ўсимтанинг катакчалар тузилмаси сақланган ҳолда озгина «хиралашганлик» борлиги кўрилди.

Эшитишни текширилганда 95,2%да беморлар шивирлаб гапиришни 3 метргача бўлган масофада эшитдилар. Уларни аудиометрия қилиб кўрилганда беморларнинг деярли барчасида эшитишнинг товуш ўтказиш тури бўйича пасайиши борлиги кўрилди. Тонал бўсаға эгрилиги 35 нафар беморда горизонтал, 5 нафарида юқорига кўтарилувчи ва 2 нафарида эса пастга тушувчи тури аниқланди. Камертонал синамаларда қуйидаги натижалар олинди: Ринне –манфий, Швабах – узайган, Веберда эса беморлар товушни хасталанган қулоқ томонидан яхшироқ эшитишди. Беморларда вестибуляр дисфункция белгилари кузатилмади.

Маълумки, ЎЙЎОли беморларнинг ноғора бўшлиғидан олинган йирингли ажралмасида микробларнинг турли хиллари учраши мумкин. Бу борадаги текширувларимиз микробларнинг турларини ва уларнинг дориларга сезгирлигини аниқлашдан иборат бўлди. Микробларни ўстириш натижалари қуйидагича бўлди: 88,1% ҳолларда микроорганизмларнинг ўсиши ижобий, 11,9% ҳолларда эса уларнинг умуман ўсмаганлиги кузатилди. Бу охирги ҳолатни биз касалликнинг келтириб чиқарувчи этиологик омили вирус эканлиги ёки бошқа техник сабаблар эканлиги билан боғладик.

Ўткир йирингли ўрта отитли беморларнинг ноғора бўшлиғидан олинган йирингли ажралманинг микробиологик текширувидаги микроб тасвири қуйидагича тузилишни ташкил қилди. Бу тўғрисидаги ахборотларни 1-жадвалдан кўриш мумкин.

Бу жадвалдан кўриняптики, текширувдаги микроорганизмлар орасида энг кўп Staphylococcus epidermidis (33,4%) учради. Экиб олинган микроорганизмларнинг кўпчилиги (92,9%) бу касалликда якка ҳолда, уларнинг 5,4%гинаси биргаликда учраши (ассоциация кўринишида) кузатилди. Микроблар ассоциациясида асосан Staphylococcus epidermidis ва Staphylococcus aureusлар қолган бошқа микроорганизмлар билан биргаликда бўлиши аниқланди. Бошқа микроорганизмлар қатори бўлса Streptococcus pyogenes ҳамда кўк йирингли таёқча билан тўлди. 11,8% ҳолларда микробларнинг ўсиши кузатилмади ва биз уни хасталикнинг қўзғатувчилари бактерияларнинг L-шакли ёки вируслар бўлиши эҳтимоли борлиги билан боғладик. Шунга ўхшаш натижаларни Х.Э. Шайхова ҳам ўзининг ўтказган бактериологик текширувларида аниқлаган ва бу текширувда етакчи микроб сифатида Staphylococcus epidermidis (24,3%) топилган [2].

1-жадвал

Ўткир йирингли ўрта отитли беморларда ноғора бўшлиғдан олинган йирингли ажралманинг микробиологик текшируви натижалари (n=42)

Микробларнинг номланиши	Беморлар сони (n)	%
Staphylococcus epidermidis	14	33,4
Staphylococcus aureus	8	19,0
Streptococcus saprophitis	3	7,1
Streptococcus pneumonia	3	7,1
Proteus vulgaris	2	4,8
Pseudomonas aeruginosa	2	4,8
Esherihi coli	1	2,4
Бошқа микроорганизмлар	2	4,8
Микробларнинг биргаликда бўлиши	2	4,8
Микробларнинг ўсмаганлиги	5	11,8
Жами	42	100

Биз бу беморларда давони бошлашдан олдин аниқланган бактерияларни турли антибактериал препаратларга сезгирлигини ҳам ўрганиб чиқдик. Бу олинган антибиотикограмма бўйича бактериялар антибиотикларнинг аксариятига, жумладан, эритромицин, полимиксин, линкомицин, пенициллин, рифампицин, оксациллин, ампициллинларга нисбатан чидамлилиги кўрилди. Бактерияларни левомицетин, тетрациклин, цефазолин, цефотаксим, гентамицин, неомицин, доксациклинларга нисбатан камроқ сезувчанлиги, шунингдек, уларни амоксициллин-клавуланат, кларитромицин, ципрофлоксацин, азитромицин, канамицин, стрептомицинларга нисбатан ўта сезувчанлиги аниқланди. Охирги антибиотикларни ва тетрациклин, гентамицин, неомицинларни ототоксик таъсири борлиги туфайли даволашда қўллашни кескин чегаралашни эсдан чиқармаслик лозим.

Демак, ўткир йирингли ўрта отитнинг клиник кечиши ўзига хос бўлиб, уларни бу хасталикка ташхис қўйишда ва даволашда ҳисобга олиш муҳим аҳамият касб этади.

АДАБИЁТЛАР

1. Хакимов А.М. Ўзбекистонда оториноларингология хизматини ҳозирги кундаги ҳолати ва унинг ривожланиши истиқболлари// Ўзбекистон Республикаси оториноларингологларининг I сьезди материаллари (20-21 октябр 2000 йил). – Тошкент, 2000. – Б. 18-19.

2. Шайхова Х.Э. Клинико-экспериментальное обоснование лимфотропной и лазеротерапии при гнойно-воспалительных заболеваниях среднего уха: Дис. … докт. мед. наук. – Ташкент: II-ТашГосМИ, 2001. – 230 с.

3. Adler M., Donald P.J. Trostmann U., Keyserling C., Tack K. Cefdinir vs. amoxicillin / clavulanic acid in the treatment of suppurative acute otitis media in children// Pediatr. Infect. Dis. J. – 2000. – vol. 19, N 12. – pp. 166-170.

4. Croche Santander B., Porras Gonzales A., Madrid Castillo M.D., Fernandes M.A., Obando Santaella I. Unusually high freguency of complications in acute otitis media// Ann. Pediat. (Barc.). – 2009. – vol. 70, N 2. - pp. 168-172.

5. Glaszion P.P., Hayem M., Del Mar C.B. Antibiotics for acute otitis media in children// Cochran Database Syst. Rev. – 2003. – N 4. - pp. 219.

6. Gupta B.D., Singh A. Otitis media// Indian. J. Pediatr. – 2001. – vol. 68, N 3. – pp. 24-31.

УДК: 616.053.5-284.002-08.059-084

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БОЛАЛАРДА КАСАЛЛИКНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ОМИЛЛАР

Алланазаров Ғ.Ш., Бобохонов Г.К., Жураева З.Ё.
(ТошПТИ)

Текширишда жами 70 та 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган сурункали йиринли ўрта отит билан касалланган болалар бўлиб, касалликнинг кечишига боланинг ёшлигида қандай боқимда бўлганлиги, соматик касалликлар ва бурун, қулоқ, томоқ аъзоларининг бошқа касалликлари муҳим ахамият касб этиши аниқланди.

Калитли сўзлар: Бола, таъсир этувчи омиллар, сурункали йиринли ўрта отит.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

У 70 детей в возрасте от 3 до 7 лет изучены факторы риска влияющие на клиническое течение хронического гнойного среднего отита. Среди них: виды вскармливания в раннем возрасте, соматические, болезни ЛОР-органов.

Ключевые слова: дети, факторы риска, хронический средний гнойный отит.

FACTORS INFLUENCING THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA IN CHILDREN

We studied the risk factors influencing the clinical course of chronic suppurative otitis media in 70 children aged 3 to 7 years. We have concluded that feeding methods at an early age, somatic diseases and other organ diseases influence the aforementioned.

Key words: children, risk factors, chronic middle purulent otitis.

Илмий манбалар кўрсатадики, сўнгги йилларда сурункали йирингли ўрта отит (СЙЎО) касаллигига мутахассисларнинг қизиқиши тобора ортиб бормоқда. Боиси, бу касаллик, дунёнинг барча мамлакатларида муҳим тиббий ижтимоий муаммога айланган. СЙЎО барча ёшдаги кишиларда учрайди ва у айниқса, болалар, ўсмир ёшлар орасида кенг тарқалган, охирги йилларда унинг кўпайиши кузатилмоқда. Сурункали йирингли ўрта отит катта тиббий-ижтимоий талофат келтираётган касаллик бўлсада, у ҳақида аҳолининг тиббий тушунчаси жуда паст.

Изланишнинг мақсади: Сурункали йирингли ўрта отит билан хасталанган болаларда касалликнинг клиник кечишига таъсир этувчи омилларни ўрганиш.

Тадқиқотнинг материали ва усуллари: Ушбу изланиш 2013-2015 йиллар давомида Тошкент педиатрия тиббиёт институтига қарашли клиниканинг ЛОР бўлимида ва Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий текшириш марказининг ЛОР бўлимида ўтказилди. Текширишда жами 70 та (100%) 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болалар иштирок этди. Шулардан 50 та СЙЎо билан касалланган болалар (71%) сурункали йирингли ўрта отит билан хасталанган болалар асосий гуруҳни ва 20 та (29%) соғлом болалар назорат гуруҳни ташкил этди. Асосий гуруҳ ёшга кўра 3 гуруҳчага тақсимланди. 1 – гуруҳ (3-4 ёш) - 13 та (26%), 2 – гуруҳ (4-5ёш) - 17 та (34%), 3 – гуруҳ (5-7 ёш) - 20 та (40%) ни ташкил этди.

Клиник текширишлар умумқабул қилинган усуллар асосида амалга оширилди. Текшириш ўтказиш жараёнида текширувдаги болаларнинг (уларнинг ота-оналари томонидан билдирилган) шикоятлари, мавжуд касалликлари ва ҳаёт тарихлари батафсил ойдинлаштирилди. Организмнинг турли тизимлари ва аъзолари ҳолати баҳоланди. Турли аъзоларнинг касалликлари аниқланганда, баҳсли ҳолатларда текширишга керакли мутахассислар жалб этилди. Текшириш жараёнида болалар соғлиғи ҳақидаги олинган маълумотлар уларнинг амбулатор карталарида (112/у шакл) акс эттирилган маълумотлар билан таққосланди ва тўлдирилди, ота-оналар ва боғчага боғланган шифокорлар ҳамда ҳамшира ва боғча опалари ахборотлари билан янада ойдинлаштирилди.

Тадқиқот натижалари: Текширувда бўлган жами 70 та (100%) болаларнинг 42 таси ўғил бола (60%), 28 таси (40%) қизларни ташкил этди.

1-гуруҳ болаларининг 61%да (8 та) турли даражали камқонлик ташхисланиб, уларда гемоглобин миқдори 70 дан 100 г/л ни ташкил этди. 1-гуруҳ болаларининг 9% (1 та)да рахит, 15%да (2 та) – овқатланишни бузилиши, 23% (3 та) болада – экссудатив катарал диатез, 15% (2 та) болада эса – лимфатико-гипопластик диатез,камқонли 39% (5 та)каби преморбид олд касалликлари аниқланди. (1-жадвал).

1-жадвал

1-гуруҳ болаларида аниқланган преморбид олд ҳолати касалликлари

№	Ташхис	100%, n=13
1	Камконлик	39% (5)
2	Рахит	9% (1)
3	Овқатланишнинг бузилиши	15% (2)
4	Экссудатив-катарал диатез	23% (3)
5	Лимфатико-гипопластик диатез	15% (2)

Тадқиқотда бўлган барча болаларнинг 70 (100%) дан 25 (35%) таси ҳаётининг биринчи йилида кўкрак сути билан боқилган, 6 (9%) аралаш овқатланишда, 39 (56%) эса сунъий овқатланишда бўлган. Хаётининг биринчи йилида овқатланишнинг тури, бола хаётининг кейинги йилларида ошқозон-ичак тизимининг фаолиятига катта таъсир кўрсатади.

Асосий ва назорат гуруҳидаги олинган маълумотлар қиёсий солиштирилганда боланинг сунъий боқимда бўлиши синов гуруҳида 3,8 мартага, болаларни 6 ойгача антибактериал даво олганлиги 3,4 мартага, гепатит А ўтказганлиги 8,6 мартага, ичак инфекциялари билан касалланиш 7,0 мартага, аллергик касалликлар билан хасталаниш 4,8 мартага ва 6 ойдан сўнг эрта қозон овқатларга ўтиш 5 маротабага синов гуруҳига нисбатан кўплиги аниқланди.

2-жадвалда СЙЎО билан касалланган болаларни даволаниш шакллари таҳлили акс эттирилган. Унда келтирилганларидан кўринадики, болалар энг кўп уй шароитида (38,8%), кейин поликлиникаларда 26,5% ва фақат 4,1% ҳоллардагина шифохоналарда даволанганлар. 30,6% беморлар ҳеч қачон ва ҳеч қаерда даволанмаганлар. Уларда касаллик борлиги бизнинг кўригимиз давомида аниқланди.

2–жадвал.

СЙЎО билан касалланган болаларни даволаниш шакллари

СЙЎО билан хасталанган болалар	Умумий сони	Даволаниш шакллари							
		Стацио-нар		Поликлини-ка		Уй шароити		Умуман даволанмаслик	
		абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%
	50	2	4,1	13	26,5	20	38,8	15	30,6

СЙЎО билан касалланган ўғил болаларнинг 28,3% касаллиги борлигини ота-онаси билмаганлар, билганларини эса 41,3% уй шароитида, 28,3% поликлиникаларда ва 2,1% шифохоналарда даволанганлар. СЙЎО билан касалланган қиз болаларнинг ҳам 32,7%ида ота-оналари касаллик

ҳақида ҳеч қандай маълумотларга эга бўлмаганлар ва мутлақо даволанмаганлар, қолганларининг эса 36,5% уй шароитида, 25% поликлиникаларда ва 5,8% шифохоналарда даволанганлар. СЙЎО билан хасталанган болаларда ЛОР аъзоларининг сурункали касалликлари орасида энг кўп синусит, аденоид вегетациялари, сурункали ринит ва тонзиллит қайд қилинди, ваҳоланки бу касалликлар эшитув найининг функционал бузилишини ҳосил қилади ва унинг ҳимоя вазифасини бузиб, СЙЎОни қайталанишига олиб келади. СЙЎОли беморларда 22.8% ҳолатларда ЛОР аъзоларининг сурункали касалликлари аниқланади. СЙЎО билан касалланган бемор болалар орасида ЛОР аъзолари турли касалликларининг учраши кузатилади. Улар орасида энг кўп синуситлар (40,8%), аденоидлар вегетацияси (34,7%), сурункали ринит (32,7%), сурункали тонзиллит (30,6%) қайд қилинади. СЙЎО билан касалланган бемор болаларда соғлом тенгдошларига қараганда бўйини ўсиши ва вазнни оғирлигини орқада қолиши аниқланди (P<0,05). Бундай ҳолатдаги беморларда сурункали йирингли ўрта отитнинг салбий кечиши кузатилади.

Текширилган беморларда камқонлик юқори фоизда (84,7%), унинг шаклларидан эса II даражаси бошқаларига нисбатан кўп учради. Камқонлик организм табиий резистентлигини пасайишига, ҳимоя кучларини сусайишига олиб келиб, бошқа салбий омилларни шаклланиши ва авжланишига сабабчи бўлади. Гельминтозларнинг ҳам юқори фоизда (51%) учраши организмнинг аллергизация ҳолатини кучайишига ва унинг иммун-биологик резистентлигини ўзгаришига олиб келади. Тишлар кариеси 40,8% учради. У организмдаги инфекция ўчоғи сифатида аҳамият касб этади. Касалликлар билан бир қаторда СЙЎО билан касалланган беморларнинг оилавий аҳволи ва иқтисодий ҳолати таҳлил этилди. 69,4% беморлар иқтисодий аҳволи қониқарсиз оилаларда, 64,3% кўп болали оилаларда (оилада 4 ва ундан кўп фарзанд бўлиши) истиқомат қилишлари ҳамда уларни аксариятининг ота-оналарида зиёлилик даражаси етарли эмаслиги (олий маълумотли ота-оналар мувофиқ ҳолда 15,3% ва 12,2%ни, ўрта ва ўрта-махсус маълумотга эга бўлган ота-оналар эса 84,7 ва 87,8%ни ташкил қилган) аниқланди.

Демак, СЙЎОли беморларда ўрганилган бу омиллар сони қанчалик кўп бўлса, бу ҳолат касалликнинг номақбул кечишига ва уни даволаш самарасини ҳам шунга мос равишда пасайишига ўз таъсирини ўтказади.

Хулосалар:

1. Мактабгача ёшдаги болаларда СЙЎОнинг учраши 3,1%ни ташкил этади. Болалар ёши катталашган сари СЙЎОнинг тарқалишини кўпайиш тенденцияси кузатилади. СЙЎО билан касалланган болаларда ЛОР аъзоларининг сурункали касалликлари орасида энг кўп синуситлар (40,8%), аденоидлар вегетацияси (34,7%), сурункали ринит (32,7%), сурункали тонзиллит (30,6%), бошқа тизим ва аъзолар касалликларидан эса камқонлик (84,7%), гельминтозлар (51%) ва тишлар кариеси (40,8%) қайд қилинади. СЙЎО билан касалланган бемор болаларда соғлом тенгдошларига қараганда бўйини ўсиши ва вазнни оғирлигини орқада қолиши аниқланди (P<0,05).

2. Мактабгача ёшдаги болалар орасида СЙЎОни ва унинг шаклланиши ҳамда кечишига таъсир этувчи омилларни (ЛОР аъзоларининг сурункали касалликларини, камқонлик, гельминтозлар ва тишлар кареисини) ўз вақтида фаол равишда аниқлаш учун махсус йўналтирилган текширувларни ўтказиш зарур.

АДАБИЁТЛАР

1. Дадамухамедов А.Н. Отогенный сепсис и его дифференциация с некоторыми инфекционными заболеваниями // Тўплам: қулоқ эшитмаслиги ва қулоқ оғирлиги муаммолари.– Самарқанд, 1997. – Б.37-41.
2. Джаббаров К.Д., Маткаримов М.Ю. Хроническая патология ЛОР-органов у подростков, проживающих в Хорезмской области // Патология.– 1999. -№4. - С.47-49.
3. Джаббаров К.Д. Оториноларингологическая помощь женщинам в гестационном периоде // Материалы I съезда оториноларингологов Республики Узбекистан (20-21 октября 2000 г.).–Т.: 2000.- С.7-8.
4. Дьякова С.А., Абабий И.И. Результаты различных методов лечения детей раннего возраста с экссудативным средним отитом // Материалы Российской научно – практической конференции (19-20 ноября 2002 г.).– М.: 2002. - С. 59.
5. Камилова Р.Т. Комплексная оценка состояния здоровья детей школьного возраста в зависимости от социально-гигиенических и климато-географических условий Узбекистана: доктора мед.наук.-Ташкент, 2001.– 353 с.
6. Козак В.Б., Гарапко И.В. Выявление больных с патологией ЛОР-органов при ежегодной диспансеризации населения сельского района // Журн. ушн., нос. и горл. болезней.– 1990. -№3.- С.57.

УДК:616.853-008.434/.46-085.213

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ НА ФОНЕ ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ

Махмудова З.Т.
(ТашИУВ)

Исследовано состояние когнитивных функций у больных эпилепсией с помощью теста MMSE. Обследованы 100 больных, которые получали противосудорожную терапию. Установлено, что на фоне приема АЭП происходит нарастание когнитивного дефицита в следующем порядке вальпроаты-карбамазепины-барбитураты.

Ключевые слова: эпилепсия, антиконвульсанты, теста MMSE, когнитивный дефицит.

ЭПИЛЕПСИЯ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТУТҚАНОҚҚА ҚАРШИ ТЕРАПИЯ ФОНИДА КОГНИТИВ ФУНКЦИЯЛАРНИ БУЗУЛИШИ

Эпилепсия билан хасталанган беморларда когнитив ўзгаришларни тест MMSE билан илмий изланиш ўтказилди. Эпилепсия билан хасталанган 100беморларда текширув ўтказилди. Барча беморлар антиконвульсант дори воситалар қабул қилган. Текширувлар натижаси шуни кўрсатдики, когнитив бузулишлар куйидаги кетма-кетлик билан ошиб боради вальпроевая кислота, карбамазепин, барбитуратлар.

Калит сўзлар: эпилепсия, антиконвульсант, теста MMSE, когнитив дефицит.

PARTICULARLY COGNITIE DISORDERS IN EPILEPSY THE BACKGROUND ANTICONVULSANT THERAPY

We studied the state of cognitive functions in patients with epilepsy using the MMSE test. The study involved 100 patients who received anticonvulsant therapy. There is an increase of cognitive deficits in the order of valproate, carbamazepine, and barbiturates in patients receiving AEDs.

Key words: epilepsy, anticonvulsants, the MMSE test, cognitive deficits.

Введение. Эпилепсия относится к числу наиболее распространенных нервно-психических заболеваний. Эпилептические припадки находятся только на поверхности проблемы эпилепсии, а нарушения высших психических функций, изменения личности и характера при эпилепсии составляют ее «подводную часть» (1,2,3).

Эпилепсия сопровождается когнитивными нарушениями, характер которых зависит от многих факторов. По данным литературы степень выраженности их зависит от давности заболевания, клинической разновидности припадков, клинической формы самого заболевания (7,8,9). Кроме того на развитие и особенности когнитивных расстройств оказывает влияние сама противосудорожная терапия и разновидность антиконвульсанта, который при этом используется.

Следует отметить, что многие работы, посвящённые исследованию когнитивных функций у больных эпилепсией, базируются на чисто клинических методах исследования. Работ, посвященных использованию объективных нейрофизиологических методов анализа когнитивных расстройств у больных эпилепсией в литературе недостаточно.

Цель настоящей работы - исследовать состояние когнитивных функций при эпилепсии в зависимости от клинических характеристик заболевания и фармакологической группы принимаемых противосудорожных средств с применением клинических и нейрофизиологических методов исследования.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 100 больных эпилепсией (45 мужчин, 55 женщин) в возрасте от 18 до 50 лет, которые находились на стационарном лечении. Средний возраст больных в период дебюта заболевания составил 24±2,6 лет. Клиническая форма заболевания и эпилептических припадков определялись исходя из Международной классификации эпилептических припадков (Киото,1980) и Международной классификации эпилепсии и судорожных синдромов (Нью-Дели, 1989). С учетом анамнеза, клинических данных и результатов инструментальных исследований 9 мрт головного мозга,ЭЭГ) был диагностирована у 45 идиопатическая форма эпилепсии, и у 55 больных симптоматическая форма эпилепсии. Из установленных и этиологических факторов заболевания основными были черепно-мозговая травма 30 больных, постинсультная эпилепсия 48 больных, наследственную отягощенность 10 больных, последствие оперативного лечения объемного образования головного мозга 4 больных, нейроинфекции 8больных. Диагностические исследования включали в себя клиническую оценку неврологического статуса, анализа методы ЭЭГ и МРТ. Клиническую оценку когнитивных функций проводили с использованием теста MMSE (Mini Mental State Examination, Folstein M.F., Folstein S.E., Hugh P.R., 1975), нейропсихологические тесты: Методика «память на числа» для оценки кратковременной зрительной памяти; методика «память на образы», для оценки образной памяти. Данные нейропсихологических тестов сопостовлялись с клиническими характеристиками.

Все 100 пециентов получали лечение АЭП в виде монотерапии. Дозы препаратов соответствовали общепринятым стандартом лечении эпилепсии. (МУХ). Анализ полученных данных проводился с учётом фармакологических групп принимаемых препаратов (барбитурат – бензонал, карбамазепин и вольпроат – депакин), давности заболевания, клинической формы эпилепсии и эпилептических припадков.

Результаты и обсуждения.

Клинические группы	MMSE(баллы)
Давность заболевания	
1)До 1 года	27,87
2)1-5 лет	25,43
3)свыше 5 лет	24,97
P1-2	-
P2-3	0,05
P1-3	0,05
Форма эпилепсии	
Идиопатическая	27,61
Симптоматическая	25,59
P	-
Вид припадков	
Генерализованные	25,73
Парциальные	27,18
P	-

Сравнительная эффективность антиконвульсантов:

Когнитивные параметры	Барбитураты	Карбамазепин	Вальпроевая кислота
Ориентировка во времени	4,2	5	5
Ориентировка в месте	4,5	5	5
Концентрация внимания	2,8	3,2	3,6
Память	1,8	2,2	2,6
Восприятие	2,3	2,4	2,8
Навыки и обучение	2,3	2,1	3
Речевые функции	5,5	7,1	8

Мы сопоставили исследованные параметры между группами больных с идиопатической и симптоматической формами эпилепсии . При этом выявлено, что по клиническим признакам, то есть по тесту MMSE, достоверных различий между группами нет. Так, у больных с симптоматической Э показатель по опроснику MMSEсоставил 26,81 балла, а у больных с идиопатической формой Э – этот показатель составил – 25,4 балла. Нами также был проведен сравнительный анализ состояния когнитивных функций между группами больных, у которых преобладали либо генерализованные, либо парциальные формы эпилептических припадков, то есть по тесту MMSEздесь достоверных различий не выявлено - 25,33 балла в 1 группе и 26,08балла – во второй. Далее мы сопоставили результаты исследования когнитивных показателей у больных эпилепсией в зависимости от длительности заболевания, разделив при этом всех больных в три группы: с давностью до одного года, с одного года до пяти лет и выше пяти лет. При этом отмечено, что у пациентов с длительностью заболевания свыше пяти лет, по всем основным показателям имеются достоверные различия по сравнению с группой с длительностью заболевания до одного года.

Когнитивные параметры	Положительное в динамике	Фармакорезистентносоть
Ориентировка во времени	Вальпроевая кислота,бартитураты, карбамазепин	
Ориентировка в месте	Вальпроевая кислота, карбамазепин	барбитураты
Восприятие	Вальпроевая кислота, карбамазепин,	барбитураты
Концентрация внимания	Вальпроевая кислота	Карбамазепин, барбитураты
Память	Вальпроевая кислота,	барбитураты, карбамазепин
Речевые функции	Вальпроевая кислота	Карбамазепин, барбитураты

Заключение.

Результаты исследования позволили сделать следующие выводы:

1 . Познавательные функции у больных Эпилепсией достоверно изменены и находятся на уровне когнитивных нарушений.

2. Наиболее значимые когнитивные изменения у больных с симптоматической формой эпилепсии, у больных с генерализованными припадками , с длительностью болезни более и 5 лет, что может быть следствием более выраженного специфического дегенеративно-дистрофического процесса в тканях мозга с нарушением нейрональных пространственно-временных связей.

3. На фоне приема АЭП происходит нарастание когнитивного дефицита в следующем порядке вальпроаты-карбамазепины-барбитураты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гнездицкий В.В. Вызванные потенциалы головного мозга в клинической практике. М.: Медпресс-информ, 2003. 264 с
2. Гнездицкий В.В., Корепина О.С. Атлас по вызванным потенциалам мозга. – Иваново: Издательство « ПресСто», 2011. -532 с.
3. Зенков Л.Р. Непароксизмальные эпилептические расстройства. //Руководство для врачей. - М: Издательство «МЕДпресс-информ», 2007. -277с.
4. Зенков Л.Р., Усачева Е.Л. Утяжеление течения эпилепсии под влиянием противосудорожной фармакотерапии //V Восточно - Европейская конф. «Эпилепсия и клиническая нейрофизиология».-Ялта: Издательство « Гурзуф», 2003. -С. 177-179.
5. Коберская Н.Н. Когнитивный потенциал Р300. //Журнал «Неврология», 2003. - № 6. –С. 34-42.
6. Карлов В.А. Эпилепсия.- М: Издательство «Медицина», 1990. -336 с
7. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике. //Неврологический журнал. – 2006. -№ 11. Приложение 1. – С.4-12.
8. Карлов В.А. Фармакорезистентность и толерантность при эпилепсии // Журнал неврологии и психиатрии. – М., 2008. - №10. - С. 75-80.
9. Карлов В.А., Гнездицкий В.В. Клинико-энцефалографические варианты эпилептического статуса абсансов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010.-№2-С.74-78.
10. Коррекция медикаментозной терапии на основе мониторинга концентрации антиэпилептических препаратов в крови / М.М. Одинак, Е.М. Королева, Д.Е. Дыскин и др. // Тезисы докладов VIII Всероссийского съезда неврологов.- Казань, 2001.- С. 403.
11. Лечение эпилепсии: рациональное использование антиконвульсантов / Е.И.Гусев, Ю.Б. Белоусов, А.Б. Гехт и др.- СПб, 2000.-201 с.

УДК: 618.3-06:618.7:616.441-002-097-07-08

СОДЕРЖАНИЕ ГОНАДОТРОПИНОВ И СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Хегай О.А.
(ТашИУВ)

Статья посвящена изучению функционального состояния яичников в зависимости от фазы клинического течения аутоиммунного тиреоидита у 245 женщин путем определения содержания гонадотропинов и стероидных гормонов яичников.

Ключевые слова: ановуляция, недостаточность лютеиновой фазы, бесплодие, аутоиммунный тиреоидит.

АУТОИММУН ТИРЕОИДИТИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ГОНАДОТРОПИН ВА ТУХУМДОННИНГ СТЕРОИД ГОРМОНЛАРИНИНГ ТАРКИБИ

Мақола тухумдон функционал холатининг аутоиммун тиреоидит босқичига қараб ўзгариш 245 аёлда, гонадотропин ва стероид гормонларни аниқлаш орқали ўрганишга бағишланган.

Калит сўзлар: ановуляция, сариқ тананинг етишмовчилиги, бепуштлик, аутоиммун тиреоидит.

THE CONTENT OF GONADOTROPINS AND OVARIAN STEROID HORMONES IN WOMEN WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS

The article is devoted to the study of the functional state of the ovaries, depending on the phase of the clinical course of autoimmune thyroiditis in 245 women by determining the content of gonadotropins and ovarian steroid hormones.

Keywords: anovulation, luteal phase deficiency, infertility, autoimmune thyroiditis.

Актуальность. Функция щитовидной железы (ЩЖ) находится в тесном взаимодействии с гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системой. В настоящее время установлено влияние функционального состояния ЩЖ на репродуктивную функцию женщины [5, 6]. Репродуктивная система так же, как и другие системы организма, испытывает на себе влияние избытка тиреоидных гормонов. Частота нарушений менструального цикла у больных с тиреотоксикозом в 2,5 раза выше, чем в общей популяции женщин репродуктивного возраста и составляет 21,5-60%. Наиболее типичны гипоменорея, полименорея, возможна олигоменорея, реже наблюдают ациклические маточные кровотечения [2]. По данным Krassas G.E. (1999) при гипотиреозе нарушения менструального цикла выявлены у 33-80% больных. [7]. Частота нарушений менструального цикла при первичном гипотиреозе в 3 раза выше, чем в общей популяции женщин репродуктивного возраста, и составляет, по данным разных исследователей, 23,4–70%. Возможны олигоменорея, гиперменорея, меноррагия, стойкая аменорея [1]. Следует учитывать, что бесплодие на фоне патологии ЩЖ наблюдают и при регулярном менструальном цикле из-за недостаточности лютеиновой фазы или ановуляции. Данные литературы посвященные изучению особенностей менструального цикла при аутоиммунных заболеваниях ЩЖ малочисленны и результаты разноречивы [4]. Неизученными остаются вопросы функционального состояния яичников в зависимости от фазы течения аутоиммунного процесса.

Цель исследования: оценить характер нарушения репродуктивной функции путем определения содержания гонадотропинов и стероидных гормонов у пациенток с аутоиммунным тиреоидитом в зависимости от фазы клинического течения заболевания.

Материал и методы исследования. В период с 2012 по 2015 гг. проведено обследование 375 женщин обратившихся с нарушением менструальной и репродуктивной функции в Городской перинатальный центр г.Ташкента. Возраст больных колебался от 20 до 36 лет и, в среднем, составил 26,5 ± 4,1 лет. Группу контроля составили 30 женщин без нарушения менструальной и репродуктивной функции. Возраст женщин контрольной группы варьировал от 20 до 34 лет и, в среднем, составил 25,8±3,7 лет. Всем женщинам наряду с общеклиническим обследованием, проводили исследование гормонального профиля, ультразвуковое исследование органов женской половой сферы и ЩЖ. Определение в крови фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, тестостерона, тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т4с), свободного трийодтиронина (Т3с) проводили на 3-5й дни менструального цикла, оценку уровня прогестерона проводили на 20-22й дни цикла. Исследование гормонального профиля проводили иммуноферментным методом с использованием стандартных наборов фирмы «Human» (Германия). Определение в крови аутоантитела к тиреоглобулину (АТГ) и к тиреопероксидазе (АТПО) проводили в клинике «Saba-darmon», с использованием стандартных наборов фирмы «Insep» (Россия). Ультразвуковое исследование проводили на аппарате Mindray DC-3, для исследования матки и яичников применяли конвексный многочастотный датчик (2,5-5 MHz) и внутриполостной датчик (5-8 MHz), для сканирования ЩЖ применяли линейный многочастотный датчик (5-10 MHz). Объем ЩЖ расчитывали по формуле J.Brunn (1981).

Сопоставление полученных результатов изучения функционального состояния ЩЖ и уровня антитиреоидных антител позволило нам сформировать 4 группы пациенток с АИТ в зависимости от функционального состояния ЩЖ:

1 группа - 45 пациенток с жалобами на приступы сердцебиения, чувство нехватки воздуха, «кома» в горле, потливость, нарушение сна, раздражительность, тремор, отечность лица и кистей рук. У данной группы пациенток отмечалось наличие в сыворотке крови повышенного титра АТПО, АТГ и АТПО у 62,2% (28 пациенток), характерные изменения гормонального статуса в виде низких значений ТТГ в сочетании с повышенным или нормальным содержанием свободной фракции тироксина (Т4с). На ультразвуковой допплерографии ЩЖ отмечалась повышенная васкуляризация на фоне диффузного снижения эхогенности ткани железы. На основании полученных данных выставлен диагноз: Аутоиммунный тиреоидит в стадии тиреотоксикоза.

Критериями включения пациенток во 2 группу (86 пациенток) были жалобы на сухость кожных покровов, выпадение волос, сонливость, раздражительность, периодически сердцебиение, чувство «кома» в горле. Изменения гормонального статуса проявлялись в изолированном повышении уровня ТТГ, при нормальных параметрах Т4с. Значения АТГ и АТПО превышали нормативные показатели у 77,9% (67) пациенток. На ультразвуковой допплерографии ЩЖ отмечалось снижение паренхиматозного кровотока, усиление периферического кровотока, диффузная неоднородность ткани ЩЖ. Данные параметры соответствовали аутоиммунному тиреоидиту в стадии субклинического гипотиреоза.

В 3 группу были включены 60 пациенток с жалобами на сухость кожных покровов, прибавку в весе, запоры, головные боли, раздражительность, сонливость, выделение молозива. Наряду с повышением уровня ТТГ наблюдалось снижение значения Т4с. Параметры АТГ и АТПО были выше по сравнению с показателями полученными во всех группах исследования и по сравне-

нию с нормативными показателями. На ультразвуковом сканировании наблюдалось снижение объема ЩЖ, снижение паренхиматозного кровотока и повышение эхогенности ткани. В данную группу были включены пациентки с аутоиммунным тиреоидитом в стадии манифестного гипотиреоза.

В 4 группу нами были отнесены 54 пациенток, у которых было выявлено повышение уровня АТПО и АТГ на фоне нормальных параметров ТТГ, Т3с, Т4с. Данная группа пациенток предъявляла жалобы на раздражительность, плаксивость, нарушение менструальной функции и бесплодие. На ультразвуковой допплерометрии наблюдалась неоднородность ткани ЩЖ за счет чередования участков пониженной и повышенной эхогенности, изменений в кровотоке не выявлялось. Данные параметры соответствовали АИТ в стадии эутиреоза.

Статистическую обработку полученных результатов проводили на персональном компьютере с применением стандартных пакетов программ прикладного статистического анализа (Statistical Package for Social Science-22, Microsoft Excel). С целью определения вида распределения выборки был использован тест Колмагорова-Смирнова. Для проведения анализа результатов исследования были использованы непараметрические тесты U-тест Манна и Уитни для независимых выборок.

Результаты исследования и обсуждение. Результаты дифференцированного изучения содержания гонадотропинов у пациенток с АИТ в зависимости от функционального состояния щитовидной железы в момент первичного обращения в клинику свидетельствуют о разнонаправленных показателях как ФСГ, так и ЛГ. Известно, что аденогипофиз представляет собой основное звено, посредством которого, осуществляется взаимодействие между гонадами и щитовидной железой. Полученные нами данные позволяют предположить, что изменения гормонпродуцирующей функции щитовидной железы у пациенток с АИТ приводит к нарушению продукции гонадотропных гормонов и как следствие стероидов яичников.

В 1 группе пациенток уровни ФСГ и ЛГ достоверно не отличались от значений, полученных в контрольной группе. У пациенток 2 группы наблюдалась тенденция к снижению уровня ФСГ, который, в среднем, составил 4,55±2,90 МЕ/л против 6,40±1,45 МЕ/л ($p<0,001$), однако уровень ЛГ достоверно не отличался от значения в контроле. Особо значимое снижение концентрации ФСГ наблюдалось у пациенток 3 группы - 2,85±0,82 МЕ/л против 6,40±1,45 МЕ/л в контроле ($p<0,001$), содержание ЛГ достоверно не отличалось от контроля. В 4 группе пациенток уровни ФСГ и ЛГ у большинства женщин были в пределах нормативных параметров и, в среднем, составили 5,18±2,57 МЕ/л против 6,40±1,45 МЕ/л в контроле ($p<0,01$) и 5,46±4,79 МЕ/л против 5,33±0,63 МЕ/л в контроле ($p<0,001$).

Содержание пролактина было достоверно повышенным у пациенток в 3 группе и составило 22,15±14,77 нг/мл против 6,40±1,45 нг/мл в контроле ($p<0,001$). Концентрация эстрадиола была достоверно повышена в 1 группе пациенток относительно всех групп обследованных и составила 93,84±44,59 пг/мл относительно 77,38±10,74 пг/мл в контроле ($p<0,01$). Во 2 и 3 группах уровень эстрадиола был достоверно ниже значений полученных в контрольной группе и составил 54,40±33,14 пг/мл ($p<0,001$) и 40,69±17,94 пг/мл ($p<0,001$) соответственно относительно 77,38±10,74 пг/мл в контроле. Что касается содержания прогестерона, то отмечались достоверно низкие концентрации во всех группах обследованных пациенток, наименьшие значения отмечены у пациенток с манифестным гипотиреозом и составили 4,02±1,97 нг/мл против 16,06±4,01 нг/мл в контрольной группе ($p<0,001$). Содержание тестостерона достоверно отличалось у пациенток во 2,3, и 4 группах обследованных женщин и составило 0,65±0,57 нг/мл ($p<0,05$), 0,64±0,48 нг/мл ($p<0,001$) и 0,52±0,25 нг/мл ($p<0,01$) соответственно относительно 0,40±0,11 в контрольной группе.

Таблица №1. Динамика содержания гонадотропинов, пролактина и стероидных гормонов яичников у больных с АИТ.

Исследуемые параметры	Обследованные пациентки в зависимости от фазы АИТ				Контрольная группа
	1 группа n=45	2 группа n=86	3 группа n=60	4 группа n=54	
ФСГ (МЕ/л)	5,37±3,72	4,55±2,90***	2,85±0,82***	5,18±2,57**	6,40±1,45
ЛГ (МЕ/л)	7,53±6,30	6,88±5,10	7,34±7,81	5,46±4,79***	5,33±0,63
Пролактин (нг/мл)	14,21±8,19***	15,99±8,27***	22,15±14,77***	11,42±6,26***	6,31±2,08
Эстрадиол (пг/мл)	93,84±44,59**	54,40±33,14***	40,69±17,94***	69,18±38,47	77,38±10,74
Прогестерон (нг/мл)	6,06±4,97***	4,76±2,60***	4,02±1,97***	6,69±6,60***	16,06±4,01
Тестостерон (нг/мл)	0,51±0,40	0,65±0,57*	0,64±0,48***	0,52±0,25**	0,40±0,11

Примечание: * - различия относительно контрольной группы значимы (* - $p<0,05$, ** - $p<0,01$, *** - $p<0,001$).

Функциональное состояние яичников наряду с определением уровня гонадотропинов оценивали по тестам функциональной диагностики (ТФД) у 245 женщин с АИТ. Из общего числа (245) пациенток 152 (62,0%) предъявляли жалобы на нарушение менструального цикла. Задержки менструальных кровотечений продолжительностью от 2 до 4 недель отмечали 72 пациенток, от 4 до 8 недель – 53 пациенток и у 37 женщин наблюдалась аменорея. У 83 пациенток цикличность менструальных кровотечений была сохранена.

Результаты ультразвукового контроля за ростом фолликулов показали ановуляцию у 128 (52,2%), синдром лютеинизации неовулированного фолликула у 57 (23,3%) и недостаточность лютеиновой фазы у 60 (24,5%) женщин. К середине менструального цикла (13й-14й дни) диаметр доминантного фолликула у пациенток с АИТ, в среднем, составил 15,6±0,4 мм, в то время как у практически здоровых женщин этот показатель равнялся 22,4±0,8 мм (p<0,01). Учитывая, что на основании косвенных методов оценки функционального состояния яичников, к каким относятся фолликулометрия невозможно судить о причинах формирования дисфункции, нами предпринята попытка сравнительного изучения данных гормональных исследований в зависимости от фазы АИТ.

Таблица №2. Оценка функционального состояния яичников у женщин с АИТ в зависимости от функционального состояния щитовидной железы.

Изучаемые параметры	1 группа (n=45)	2 группа (n=86)	3 группа (n=60)	4 группа (n=54)
ФСГ (МЕ/л)	5,37±3,72^^^	4,55±2,90''	2,85±0,82'''	5,18±2,57
ЛГ (МЕ/л)	7,53±6,30''	6,88±5,10^	7,34±7,81	5,46±4,79
Эстрадиол (пг/мл)	93,84±44,59***^^^''	54,40±33,14^	40,69±17,94'''	69,18±38,47
Прогестерон (нг/мл)	6,06±4,97	4,89±2,76	4,02±1,97''	6,69±6,60
Ановуляция	18 (40,0%)	49 (57,0%)	44 (73,3%)	17 (31,5%)
НЛФ	21 (46,7%)	19 (22,1%)	9 (15,0%)	11 (20,4%)
СЛНФ	6 (13,3%)	18 (20,9%)	7 (11,7%)	26 (48,1%)

Примечание: * - различия относительно 2 группы значимы (* - p<0,05, ** - p<0,01, *** - p<0,001).
^ - различия относительно 3 группы значимы (^ - p<0,05, ^^ - p<0,01, ^^^ - p<0,001).
' – различия относительно 4 группы значимы ('- p<0,05, '' - p<0,01, ''' - p<0,001).

У пациенток с АИТ средние значения гормонов достоверно различались в зависимости от функционального состояния щитовидной железы. Особо выраженная разница отмечалась в уровне ФСГ и эстрадиола. В уровне ФСГ наблюдалась значимая разница между значениями полученными в группах пациенток с тиреотоксикозом и манифестным гипотиреозом (5,37±3,72 МЕ/л и 2,85±0,82 МЕ/л, p<0,001), а также между значениями у пациенток с субклиническим гипотиреозом и эутиреозом (4,55±2,90 МЕ/л и 5,18±2,57 МЕ/л, p<0,01) и между значениями в группах пациенток с манифестным гипотиреозом и эутиреозом (2,85±0,82 МЕ/л и 5,18±2,57 МЕ/л, p<0,01). Значение ЛГ достоверно отличалось между пациентками в группах с тиреотоксикозом и эутиреозом (7,53±6,30 МЕ/л и 5,46±4,79 МЕ/л, p<0,01) и между значениями среди пациенток с субклиническим и манифестным гипотиреозом (6,88±5,10 МЕ/л и 7,34±7,81 МЕ/л, p<0,05). Уровень эстрадиола, полученный в группе пациенток с тиреотоксикозом был достоверно выше значений полученных в других группах обследованных и составил 93,84±44,59 пг/мл (в сравнении с 54,40±33,14 пг/мл (p<0,001) у пациенток с субклиническим гипотиреозом, 40,69±17,94 пг/мл (p<0,001) у пациенток с манифестным гипотиреозом и 69,18±38,47 пг/мл (p<0,01) у пациенток с эутиреозом). В уровне прогестерона значимая разница отмечена лишь среди пациенток с манифестным гипотиреозом и эутиреозом (4,02±1,97 нг/мл и 6,69±6,60 нг/мл, p<0,01).

Сопоставление результатов гормонального исследования и результатов фолликулометрии показало, что уровни ФСГ, эстрадиола и прогестерона в группе пациенток с манифестным гипотиреозом были ниже значений, полученных в других группах обследованных и для этой группы пациенток в основном была характерна ановуляция (у 73,3% женщин). У пациенток с субклиническим гипотиреозом сравнительно с большей частотой также наблюдалась ановуляция (57,0% случаев). Иная картина наблюдалась у пациенток с тиреотоксикозом: уровни ФСГ, ЛГ, эстрадиола были выше значений, полученных в других группах обследованных и результаты фолликулометрии показали, что для этих пациенток была характерна НЛФ (44,4% случаев). У пациенток с эутиреозом на фоне относительно благоприятных гормональных параметров чаще наблюдался синдром лютеинизации неовулированного фолликула (СЛНФ) – 48,1%. По мнению И.И. Дедова с соавт. (2000) гонадотропная недостаточность у женщин может встречаться как изолированный синдром при сохраненном уровне других тропных гормонов или быть следствием недостаточности других гипофизарных гормонов [3]. Учитывая, что тиреотоксическая фаза АИТ кратковременна и гипотиреоз является следствием деструкции тиреоцитов, и повышение ТТГ сопровождается гонадотропной дисфункцией, проявляющейся ановуляцией или НЛФ.

Выводы:

1. Сравнительный анализ результатов определения уровня гонадотропинов, стероидных гормонов яичников и ТФД дает основание считать, что у пациенток с АИТ имеет место снижение стероидпродуцирующей функции яичников, по-видимому, связанные с гонадотропной дисфункцией гипофиза, выраженность которой зависит от фазы АИТ.
2. Для эффективной коррекции нарушений репродуктивной функции при АИТ, необходимо учитывать патогенетические механизмы формирования ановуляции и НЛФ в зависимости от фазы АИТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердашкевич И.В., Корнеева И.Е., Фадеев В.В., Перминова С.Г. Нарушения функции щитовидной железы и репродуктивное здоровье женщин // Проблемы репродукции. — 2008. — С. 24-34.
2. Введение в репродуктивную эндокринологию / Под ред. К. Поллов. — Мейнц, 2000. — 200 с.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.И., Фадеев В.В. Эндокринология. М.: Медицина. – 2000. – 632с.
4. Михайлова С.В., Зыкова Т.А. Аутоиммунные болезни щитовидной железы и репродуктивные нарушения у женщин. // Сибирский медицинский журнал, 2013. - № 8. – С.26-30.
5. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Исламова А.О. Тиреоидный гомеостаз и дисгормональные нарушения репродуктивной системы женщины. Эндокринная гинекология. Клинические очерки. Киев. 2003. - №1. – С.303.
6. Arojoki M. Hypothyroidism among infertile women in Finland // Gynecol. Endocrinol. – 2000. – Vol. 14. №2. – P.127-131.
7. Krassas G.E. Disturbances of menstruation in hypothyroidism // Clin. Endocrinol. – 1999. – Vol. 50. – P.655-659.

УДК 616.89-008.441.33-036.22 (575.1-25)

ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.ТАШКЕНТА ЗА 2000-2015 ГОДЫ

Бахрамов Ф.Ш.
(ТашИУВ)

Прослежена динамика первичной и общей заболеваемости наркоманией в Ташкенте в течение последних 15 лет; изучены социально-демографические и клинические характеристики наркозависимых. Выявлена стойкая тенденция к снижению первичной заболеваемости и распространенности опиоидной зависимости за счет сокращения притока наркопотребителей молодого возраста.

Ключевые слова: наркотическая зависимость, первичная заболеваемость, распространенность, динамика.

2000-2015 ЙИЛЛАР ДАВРИДА ТОШКЕНТ ШАҲРИ АҲОЛИСИ ОРАСИДАГИ НАРКОТИКЛАРГА ҚАРАМЛИКНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИНГ ДИНАМИКАСИ

Тошкент шаҳрида наркоманиялар бўйича эпидемиологик вазиятни ретроспектив баҳолаш жараёнида охирги 15 йил давомидаги бирламчи ва умумий касалланишнинг интенсив кўрсаткичлари кузатилди, наркотикларга қарам бўлганлар контингентининг социал-демографик ва клиник хусусиятлари ўрганилди. Ёшлар орасидан наркотик истеъмол қилувчилар оқимининг қисқариши ҳисобига опиоидларга қарамлик бўйича бирламчи касалланиш ва тарқалганлик кўрсаткичлари камайиб бораётганлигининг турғун тенденцияси аниқланди.

Калит сўзлар: наркотикларга қарамлик, бирламчи касалланиш, тарқалганлик, динамика

THE DYNAMICS OF THE EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DRUG ADDICTION AMONG THE POPULATION OF TASHKENT CITY FOR THE PERIOD 2000-2015

We have tracked the dynamics of intensive indicators of primary and general morbidity in the last 15 years of retrospective assessment of the epidemiological situation of drug addiction (Tashkent city). A strong tendency to reduce primary incidence and prevalence of opioid addiction by reducing inflows has been found among younger drug users. Found a strong tendency.

Keywords: drug addiction, primary incidence, prevalence, dynamics.

Выделение факторов, влияющих на распространенность, течение и исход наркотической зависимости, относится актуальным проблемам современной наркологии [3]. Подобные иссле-

дования открывают возможность для оптимизации подходов к профилактике наркомании, лечению и реабилитации наркозависимых [1, 4]. В Республике Узбекистан целенаправленное изучение эпидемиологии и клинической динамики наркомании на основе длительного катамнестического наблюдения не предпринималось.

Эпидемиологический аспект исследования наркотической зависимости включает анализ ряда медико-социальных показателей (заболеваемость, болезненность, инвалидизация), позволяющих судить об остроте проблемы конкретного города, региона и государства в целом [2]. Эпидемиологические показатели наркологической ситуации позволяют оценивать эффективность мер по противодействию распространению наркомании [5].

Цель настоящего исследования – изучить динамику эпидемиологических показателей по г. Ташкенту за 15-летний период (2000-2015 г.г.).

Материал и методы исследования. Нами изучена медицинская документация наркозависимых, зарегистрированных Ташкентским городским наркологическим диспансером с 2000 по 2015 год. Проведен анализ государственной статистической отчетности (форма 11-здрав), утвержденной государственным статистическим комитетом в 2011 году, и ведомственной статистической отчетности Министерства здравоохранения (форма 1-Н), утвержденной госкомиссией Республики Узбекистан по контролю за наркотиками в 2009 г.

Ретроспективная оценка эпидемиологической ситуации по наркомании основывалась на расчете интенсивных показателей первичной и общей заболеваемости, изучении социально-демографической и клинической характеристик наркозависимых. За единицу наблюдения принимал каждый случай регистрации синдрома наркотической зависимости в 2000-2015 г.

Первичная заболеваемость рассчитывалась на 100 тысяч населения в зависимости от числа случаев наркотической зависимости, впервые взятых под наблюдение в данном календарном году. Общую заболеваемость (распространенность) оценивали по сумме всех случаев наркотической зависимости (первичных и повторных), зарегистрированных Ташкентским городским наркологическим диспансером в конце каждого года в перерасчете на 100 тысяч населения.

Для определения достоверности статистических различий использовали критерий Стьюдента. Различия считались значимыми при показателях $p < 0,05$.

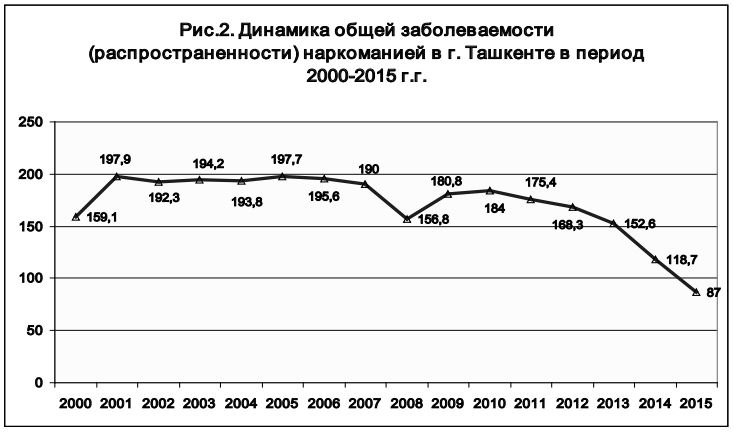
Результаты исследования. Динамика первичной заболеваемости наркоманией представлена на рисунке 1. Полученные данные свидетельствуют, что наиболее высокая первичная заболеваемость наркоманией среди жителей г.Ташкента зарегистрирована в 2000 году: 65,9 на 100 тысяч населения. Начиная с 2001 года эпидемиологическая ситуация по наркомании резко меняется в положительную сторону. В 2001 году первичная заболеваемость наркоманией снизилась до 57,8; к 2002 году уменьшилась в 2,3 раза (28,3 на 100 тыс. населения). В 2003 - 2009 годах наблюдались некоторые колебания первичной заболеваемости наркоманией в сторону роста, с 2010 года неуклонно снижается.

Это свидетельствует о прекращении массового притока вновь регистрируемых наркопотребителей, имевшего место в 2000-2001 годах. За 10 лет первичная заболеваемость наркоманией сократилась в 4,5 раза, составив к концу 2010 года 14,5 на 100 тысяч населения. В течение последующих 5 лет темпы снижения первичной заболеваемости несколько замедлились. По сравнению с 2010 годом к концу 2015 года она уменьшилась в 2,2 раза, составив 6,5 на 100 тысяч населения.

Сходная динамика отмечена по общей заболеваемости (распространенности) наркомании (рисунок 2). Максимальное значение – 197,9 на 100 тысяч населения – зарегистрировано в 2001 году. С 2002 по 2010 год распространенность наркотической зависимости характеризовалась нестабильностью, с колебаниями в сторону то снижения, то увеличения. За 10 лет общая заболеваемость снизилась всего в 1,1 раза, составив в 2010 году 184,0 на 100 тысяч населения. Более заметное сокращение наблюдается в последние 5 лет. К концу 2015 года распространенность наркомании снизилась в 2,1 раза по сравнению с 2010 годом.

До конца 2014 года в структуре наркомании преобладала зависимость от препаратов опиоидной группы. Доля потребителей опиоидов нарастала вплоть до 2005 года, достигнув к концу года 88,0% от общего числа зарегистрированных больных. Динамические сдвиги в соотно-

шении потребителей опиоидов отражали тенденцию перехода от злоупотребления кустарно приготовленными препаратами опия к героину, обладающему самым высоким наркогенным потенциалом. Удельный вес зависимых от героина достиг максимальных показателей в 2007 году – 79,5%, затем начал постепенно снижаться. К концу 2015 года составил 58,2%, обнаруживая статистически достоверные различия с показателем 2007 года (p < 0,001).



Вместе с тем, с 2005 года среди жителей г. Ташкента четко наметилась тенденция учащения злоупотребления наркотиками каннабиноидного ряда. С 2005 по 2015 годы удельный вес зависимых от каннабиноидов увеличился с 9,0% до 28,2% (p < 0,001). Особенно заметен сдвиг в сторону нарастания частоты каннабиноидной зависимости при анализе новых случаев наркомании, выявляемых в течение каждого календарного года. Среди больных, которым диагноз наркотической зависимости в данном году был установлен впервые в жизни, за последние 5 лет быстро увеличилось количество потребителей каннабиноидов при столь же быстром уменьшении зависимых от опиатов. За этот период удельный вес каннабиноидной зависимости среди вновь выявленных больных вырос с 25,3% до 60,4% (p < 0,001), а потребителей героина сократилась с 60,2% до 7,7% (p < 0,001).

Положительные изменения эпидемиологической ситуации по наркомании подчеркиваются прогрессивным снижением удельного веса наркозависимых женщин, доля которых за 15 лет уменьшилась в 2,6 раза (с 10,1% до 3,9 %). >

Значительный интерес для исследования представляла динамика возрастных показателей наркозависимых. В период стремительного распространения опиоидной зависимости, пик которого пришелся на 2000-2001 г., численность наркопотребителей молодого возраста заметно увеличивалась. В 2002 году доля наркозависимых в возрасте до 20 лет достигла 1,5%, в возрасте 21-29 лет – 40,3% от общего числа зарегистрированных больных. В целом среди наркозависимых явно преобладали лица в возрасте до 39 лет (84,0%), в то время как лица старше 40 лет составляли 16,0% (p < 0,001). Ситуация стала меняться с 2003 года параллельно со снижением первичной заболеваемости наркоманией. Анализ возрастных показателей свидетельствует, что в течение последующих 10 лет доля наркозависимых в возрасте до 20 лет сократилась с 1,5% в 2003 году до 0,04% в 2013 году (p < 0,001), возрастной группы 20-29 лет – с 40,3% до 8,0% (p < 0,001). Наряду с этим среди наркозависимых неуклонно нарастал удельный вес лиц старше 40 лет; к 2014 году превысивший общую численность больных молодого (до 39 лет) возраста (соответственно 50,2% и 49,8%; p > 0,05). Это свидетельствовало о «постарении» контингента наркозависимых за счет их перехода в старшие возрастные группы при отсутствии существенного притока больных молодого возраста.

Вместе с тем, с 2015 года вновь наметилось нарастание численности больных в возрасте до 39 лет. Так, в 2015 году доля наркозависимых этой возрастной группы увеличилась с 49,7% до 57,2% (p > 0,05), вновь превысив численность лиц в возрасте старше 40 лет, причем удельный вес лиц, не достигших 20-летнего возраста, вырос в 5 раз (с 0,06% до 0,3%) по сравнению с 2014 годом.

Такая динамика возрастных показателей согласуется с данными о преобладании каннабиноидной зависимости среди новых случаев заболевания наркоманией, поскольку приобщение к этому виду наркотических веществ более свойственно подростковому и юношескому возрасту.

Результаты исследования указывают на положительную динамику эпидемиологической ситуации по опийной наркомании и стабилизацию численности лиц, страдающих опиоидной зависимостью, среди жителей г. Ташкента; свидетельствуют о необходимости усиления профилактики каннабиноидной зависимости с целью предотвращения новой волны распространения наркомании, прежде всего, среди подростковоношеского контингента.

Выводы. Динамика эпидемиологической ситуации по наркомании за 2000-2015 г. свидетельствует об уменьшении распространенности наркотической зависимости среди населения г.Ташкента. В структуре наркопотребления сокращается доля наркотиков опиоидного ряда при нарастании случаев злоупотребления каннабиноидами лицами молодого возраста. Полученные данные свидетельствуют о необходимости активизации превентивных мероприятий среди подростковоношеского контингента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимов А.В., Миразимов Д.Б., Турсунходжаева Л.А., Баймирова Л.Т., Турсунходжаев М.Х. Организация наркологической помощи: национальное руководство / под ред. проф. А.В.Алимова. – Ташкент, 2014. – С. 10-38.
2. Головко А.И. Эпидемиологические аспекты в наркологии // наркология. – 2006. - №7. – С. 550-559
3. Кошкина Е.А. Современные эпидемиологические методы мониторинга распространенности употребления наркотиков // Вопросы наркологии. – 2006. - №3.- С. 64-73.
4. Кошкина Е.А, Киржанова В.В. Эпидемиология наркологических заболеваний // Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 15.
5. Станько Э.П., Игумнов С.А. Динамика наркоманий в Республике Беларусь за период 2002-2012 г.г. // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. - №4. – С. 11-12.

УДК: 616.839+616.211-002.193-056.3-053

ОЦЕНКА ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ДЕТЕЙ С СЕЗОННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Арифов С.С., Далиев А.Г., Туйчиев Г.У. Хакимжанов К.Ш.
(ТашИУВ, АндГосМИ)

Обследованы 49 больных сезонным аллергическим ринитом (САР) в возрасте от 8 до 17 лет. Контрольную группу составили 20 здоровых детей. При САР выявлены различные варианты проявления ИВТ. В основе этого лежит изменение характера реагирования ее центральных структур ВНС или их извращенная реакция в ответ на сочетание аллергической реакции организма в целом и обструкция носового дыхания, что является характерной для АР. В целом САР, характеризуется повышением напряженности парасимпатических механизмов ВНС.

Ключевые слова: Сезонный, аллергический, парасимпатический, ринит, дети.

КЛИНИК ЖАДВАЛЛАРГА АСОСЛАНИБ МАВСУМИЙ РИНИТДА БОШЛАНҒИЧ ВЕГЕТАТИВ ТОНУСНИ БАҲОЛАШ

Изланишлар мавсумий аллергик ринит билан касалланган 8 ёшдан 18 ёшгача бўлган 49 нафар ва 20 нафар соғлом болалар назорат гуруҳини ташкил этди. МАР да турли хил БВТ вариантлари топилди. Буни асосида ВНТ маркази тасирланиш характерини ўзгариши ёки аллергик таьсирга номутаносиб жавоб ва бурундан нафас олиш бузилиши ётади, бу холат АР га хос. Умуман олиб қараганда МАР, ВНТ парасимпатик механизмлари зўриқиши билан намоён бўлади.

Калит сўзлар: Масумий, аллергик, парасимпатик, ринит, болалар.

EVALUATION OF INITIAL VEGETATIVE TONE OF CHILDREN OF SEASONAL ALLERGIC RHINITIS ON CLINICAL SIGNS TABLES

We examined 49 patients with seasonal allergic rhinitis (SAR) the age range being from 8 to 17 years. The control group consisted of 20 healthy children. The SAR has identified the various options of existence. This is based on the changing nature of response of its central structures of VNS, or its distorted reaction responding to a combination of allergic reactions and the obstruction of nasal breathing, which is typical for AR. Overall, ATS is characterized by parasympathetic mechanisms' increased tension of the ANS.

Keywords: Seasonal, allergic, parasympathetic, rhinitis, children.

Актуальность исследования. Аллергические заболевания занимают одно из первых мест в структуре заболеваемости детей во многих странах мира. Аллергический ринит (АР) относится к числу наиболее распространенных и имеет тенденцию к росту [5,6]. До настоящего времени мало изучены многие факторы, оказывающие влияние на механизм развития, течение АР [1]. К ним можно отнести роль вегетативной нервной системы (ВНС). ВНС может оказывать разностороннее влияние на течение и исход заболеваний. Вариабельность и степень вегетативных расстройств при различных заболеваниях во многом определяется типом и исходным тонусом ВНС [2]. Под исходным вегетативным тонусом (ИВТ) понимают более или менее стабильные характеристики показателей ВНС в период «относительного покоя», т.е. расслабленного бодроствования.

Представляет научный и практический интерес детальное изучение состояния исходного тонусом ВНС у детей сезонным аллергическим ринитом с учетом формы и клинического течения заболевания.

Цель настоящей работы - изучить состояние исходного вегетативного тонуса у детей с сезонным аллергическим ринитом.

Материал и методы исследования. Всего были обследованы 49 больных сезонным аллер-

гическим ринитом (САР) в возрасте от 8 до 17 лет. Контрольную группу составили 20 здоровых детей. При постановке диагноза САР и определении её формы придерживались МКБ-10 и классификации ВОЗ [7].

Среди обследованных больных 39 (79 %) были персистирующей и 10 (21%) – интермитирующей формой САР. Комплекс обследования больных включал сбор анамнеза, эндоскопическое исследование ЛОР-органов, клинико-аллергологическое обследование согласно медицинским стандартам (протоколам) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы [4]. Оценку ИВТ проводили в период ремиссии заболевания с использованием специальной таблицы, включающая основные клинические признаки, характеризующие состояние симпатического и парасимпатического отделов ВНС [3]. Она составлена из наиболее достоверных тестов, легко выполнимых и не требующих специальных условий и средств (таблица 1). После суммирования полученных результатов, преобладание того или иного вегетативного тонуса определяется по количеству установленных признаков, характерных для того или иного типа ИВТ.

Статистический анализ полученных результатов проведен методом вариационной статистики, с вычислением среднего квадратичного отклонения и средней арифметической ошибки по способу моментов (M±m), критерия достоверности различий Стьюдента (t) и степени достоверности (P) с помощью пакета программы Microsoft Office Excel-2003.

Результаты исследования. Согласно анализа клинических признаков ИВТ у 9 (19,3%) детей САР выявлено состояние преобладание симпатикотонии, 15 (29,8%) - эйтонии (сбалансированное состояние ВНС в покое) и 25 (50,9%) – парасимпатикотонии (ваготония).

ИВТ по симпатикотоническому типу выявлено у 9 (22,2%) персистирующим и 1 (10%) из 12 интермитирующим течением САР. У них выявлено достоверное преобладание симпатикотонических клинических признаков (P<0,05) по сравнению с больными эйтонией и здоровыми лицами. У них ярко были выражены такие кардинальные признаки симпатикотонии – зуд в носу, склонность к тахикардии и повышению АД, белый дермографизм, психоэмоциональное состояние в виде рассеянности, быстрой отвлекаемости, бессонница, ощущение сердцебиения. КИГ у данной категории больных характеризовалось высокими значением АМо и снижением показателей Мо и ΔХ. ИН был у 10 больных в пределах 90 – 160 усл. ед., а у 19 выше 160 усл. ед., что расценивается как состояние гиперсимпатикотонии. При симпатикотонии вегетативное обеспечение деятельности оценивалось как недостаточное (по отношению к контрольной группе), что выражалось значением М от 0,5 до 0,7 с и S - менее 0,1 с.

Эйтония была выявлена у 11 (28,8%) больных персистирующим и 3 (33,3 %) – интермитирующим течением САР. У этой категории больных чаще выявляли симпатикотонические признаки, такие как бледность кожи, склонность тахикардии. ИН был в пределах 30 – 90 усл. ед. Нормальное вегетативное обеспечение у больных эйтонией выражалось значением М в пределах 0,7-0,9 и S – 0,15-0,40 с, что недостоверно отличалось от показателей контрольной группы.

Ваготонический тип ИВТ определен у 19 (48,8%) из 45 детей при персистирующем и 6 (58,3%) интермитирующем течении САР. Следует отметить, что клинические признаки вегетативной дисфункции в выраженной манифестной форме проявлялись у больных при персистирующем течении САР. Среди них наиболее часто регистрировались стойкая, выраженная заложенность носа, зуд в носу, красный дермографизм, пастозность тканей, склонность к к аллергическим реакциям, отекам по утрам, к апатии, депрессии, ипохондричность. Изменения параметров КИГ характеризовались прежде всего, низким показателем АМо и повышением значений МО и ΔХ. ИН был ниже 30 условной единицы (УЕ). У данной категории больных вегетативное обеспечение деятельности оценивалось как избыточное (сдвиги интенсивнее, чем в контрольной группе), что выражалось значением М от 1,0 до 1,2 с и колебаниями (S) - 0,40 с.

Анализ в качественном отношении клинических проявлений изменения ВНС и количественном – показателей ИН показал, что независимо от типа ИВТ у больных персистирующим течением САР были более выражены по сравнению с ее интермитирующем течением заболевания (P<0,05).

Лица контрольной группы были распределены в следующем порядке: эйтония - 11 (55,0%), ваготония - 5 (25,0%) и симпатикотония - 4 (20,0%). Для состояния эйтонии характерно констатация не более 6 (5,39 ± 0,61) ваготонических и 2 (1,8 ± 0,2) симпатикотонических признаков.

Мы провели сравнительную оценку диагностической информативности отдельных клинических признаков ИВТ.

Для систематизации показателей была разработана карта с фиксированным набором альтернативных ответов. Она заполнялась на каждого пациента и включала ряд этапов, первым из которых явился выбор признаков с учетом их значения. На первом этапе - из всех клинических признаков были отобраны те, которые у детей КАР встречались не более, чем в три раза чаще по сравнению со здоровыми лицами; они расценены нами как наименее информативные и названы клиническими признаками III уровня значимости.

Таблица 1. Оценка ИВТ у детей аллергическим ринитом

Показатели	Симпатикотония	**Эйтония**	**Ваготония**
Цвет кожи	Бледный	Нормальный	Склонность к покраснению
Сосудистый рисунок	Не выражен	Не выражен	Мраморность, возможен акроцианоз
Жирность кожи	Снижена	Нормальная	Повышена, склонность появления угревой сыпи
Потоотделение	Понижено	Норма	Повышено, склонность гипергидрозу
Дермографизм	Розовый или белый	Красный ,не стойкий	Стойкий, разлитой, красный
Пастозность тканей, склонность к отекам	Нехарактерен	Нехарактерен	Склонность к отёкам по утрам
Температура тела	Склонность к повышению	Нормальная	Склонность к понижению
Переносимость духоты	Удовлетворительная	Удовлетворительная	Плохая
Аппетит	Повышен	Нормальный	Снижен
Сухость во рту	Не характерно	Не характерно	Характерно
ЧСС	Склонность к тахикардии	Соответствует возрасту	Склонность к брадикардии
Систолическое АД	Склонность к повышению	Соответствует возрасту	Склонность к понижению
Диастолическое АД	Склонность к повышению	Соответствует возрасту	Склонность к понижению
Ощущение сердцебиений	Характерно	Не характерно	Часто, без причины
Кардиалгия	Только на фоне физической нагрузки	Не характерно	Характерно
Головокружения	Не характерно	Не характерно	Характерно
Беспричинная тошнота, боли в животе	Не характерно	Не характерно	Характерно
Другие аллергические реакции	Не характерно	Не характерно	Характерно (склонность)
Головные боли	Характерно (внезапно возникающие, непродолжительные)	Не характерно	Частые, на фоне переутомления, мигренеподобные
Психоэмоциональное состояние	Рассеянность, быстрая отвлекаемость	Спокойный	Склонность к апатии, депрессии, ипохондричность
Сон	Характерна бессонница	Не характерно	Поверхностный, замедленный переход к бодрствованию
Физическая активность	Повышеная	Спокойная	Пониженная
Ринорея	Выраженные водянистые выделения	Умеренные водянистые выделения	Густые выделения, преимущественным стеканием в носоглотку
Заложенность носа	Кратковременная, слабо выраженная	Периодически повторяется умеренным проявлением	Стойкая, выраженная
Нарушения обоняния	Не характерно	Не характерно	Характерно
Зуд в носу	Часто	Не постоянно	Не постоянно
Чихание	Характерно	Характерно	Характерно
Беспричинный кашель	Не характерно	Не характерно	Характерно
Слезоточивость	Характерно	Характерно	Характерно
Зуд в глазах	Часто	Не постоянно	Не постоянно

При дальнейшем анализе среди оставшихся клинических признаков были выделены те, ко-

торые встречались как у здоровых, так и детей КАР, но у последних с вероятностью не менее 0,65 (т.е., вероятность их появления при КАР не менее 65%); они определены как признаки II уровня значимости. К клиническим признакам I уровня значимости отнесены т.е., которые у здоровых лиц не встречались, а вероятность их появления при данной патологии превышала 0,65.

В таблице 2 представлено распределение ваготонических, а в таблице 3 симпатикотонических клинических признаков исходного вегетативного тонуса по степени их диагностической значимости.

Статистически достоверно наибольшее количество клинических признаков I уровня значимости встречались у детей персистирующим течением САР по сравнению с ее интермиттирущим течением (P<0,1). В отношении же признаков III уровня значимости наблюдалось обратная картина, т.е. они преобладали при интермиттирущим течением САР в отличии от персистирующего течения (P<0,1). Признаки II уровня значимости встречались в следующей последовательности: при персистирующем - 49% и интермиттирущем САР - 39% (P>0,1).

Обсуждение результатов. При САР выявлены различные варианты проявления ИВТ. В основе этого лежит изменение характера реагирования ее центральных структур ВНС или их извращенная реакция в ответ на сочетание аллергической реакции организма в целом и обструкция носового дыхания, что является характерной для АР. На наличие четкой взаимосвязи указывает тот факт, что независимо от типа ИВТ у больных при персистирующем течении САР проявления вегетативных расстройств были более выражены по сравнению с интермиттирущем ее течении. На это указывает также преобладание при персистирующем течении САР клинических признаков I уровня значимости, т.е. которые у здоровых лиц не встречаются, а вероятность их появления при САР расценивается как высокое (вероятность их появления не менее 65%).

Таблица 2

Распределение ваготонических признаков исходного вегетативного тонуса по степени диагностической значимости

Признаки I порядка	Признаки II порядка	Признаки III порядка
Ринорея в виде густых выделений, преимуществен-ным стеканием в носоглотку	Сосудистый рисунок в виде мраморность кожи, наличие часто акроцианоза	Склонность к покрас-не-нию кожи
Стойкая, выраженная заложенность носа	Стойкий, разлитой, красный дермографизм	Жирность кожи повышена, склонность появления угревой сыпи
Нарушения обоняния	Пастозность тканей, склонность к отекам по утрам	Повышение потоотделе-ния, склонность гипергидрозу
Зуд в носу	Плохая переносимость духоты	Склонность к понижению температуры тела
Чихание	Психоэмоциональное состояние часто в виде склонности к апатии, депрессии, ипохондричность	Снижение аппетита
Склонность к другим аллергическим реакциям	Сон поверхностный, замедленный переход к бодрствованию	Сухость во рту
	Беспричинный кашель	Склонность брадикардии
	Слезоточивость	Склонность к понижению систолического АД
	Зуд в глазах	Склонность к понижению диастолического АД
		Проявления кардиалгии
		Проявления головокружения
		Проявления беспричинной тошноты, боли в животе
		Частая мигренеподобная головная боль на фоне переутомления
		Снижение физической активности

В целом САР, характеризуется повышением напряженности парасимпатических механизмов ВНС. Данный феномен имеет свое логическое обоснование, поскольку именно парасимпатические механизмы способны обеспечить адекватный уровень реакции адаптационно - компенсаторных механизмов ВНС и организма в целом на аллергические процессы.

Таким образом, полученные результаты указывают о наличии взаимосвязи между состоянием ИВТ и клиническим течением САР. Можно предположить о наличии аналогичной связи с лечением СА, что требуется проведение более детальных исследований.

Таблица 3

Распределение симпатикотонических признаков исходного вегетативного тонуса по степени диагностической значимости

Признаки I порядка	Признаки II порядка	Признаки III порядка
Ринорея	Розовый или белый дермографизм	Склонность побледнению кожи
Заложенность носа	Психоэмоциональное состояние часто в виде рассеянности, быстрой отвлекаемости	Невыраженный сосудистый рисунок кожи
Зуд в носу	Характерна бессонница	Жирность кожи снижена
Чихание	Беспричинный кашель	Понижение потоотделения
	Слезоточивость	Пастозность тканей, склонность к отекам по утрам встречаются редко
	Зуд в глазах	Склонность к повышению температуры тела
		Повышение аппетита
		Склонность тахикардии
		Склонность к повышению систолического АД
		Склонность к повышению диастолического АД
		Кардиалгия на фоне физической нагрузки
		Характерны внезапно возникающие, непродолжительные головные боли

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергология и иммунология. Клинические рекомендации для педиатров / Под ред. Баранова А.А. и Хаитова Р.М. Союз педиатров России. Москва, 2008.– 248. с.
2. Вегетативные расстройства (клиника-диагностика-лечение) Под редакцией А.М.Вейна – М.:Медицинское информационное агентство.-2000.
3. Далиев А.Г. Улучшение эффективности лечения острого ларинготрахеита у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.-Ташкент. 2010. -20 с.
4. Медицинские стандарты диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы // Под ред. Хаитова Р.М. – М.: 2001. – 117 с.
5. Скучалина Л.Н., Нуреписов Т.Н. Распространенность аллергических ринитов у детей по программе «ISSAC» научной издание // Вестн. ассоц. пульмонологов центр Азии. – Т., 2005. – Вып. 8. – № 1-4. – С. 69-72.
6. Хасанов. С.А., Мухамеджанов У.Х. Клинико - эпидемиологическая характеристика аллергического ринита у детей школьного возраста. // Стоматология, Ташкент, 2005. №1-2).-С.96.
7. Demoly P., Allaert F.A., Lecasble M., Bousquet J. Validation of the classification of ARIA (allergic rhinitis and its impact on asthma) // Allergy, 2003. – V. 58. – № 7. – P. 672-675.

УДК: 616-053.2+616.3+61:578.7

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПРОЖИВАЮЩИХ В ХОРЕЗМСКОМ ВИЛОЯТЕ

Абдуллаев Р.Б., Худайкулова Ф.Х.
(УФ ТМА)

Хронический гепатит (ХГ) широко распространенное заболевание, эксперты ВОЗ относят к нему воспаление печени, продолжающиеся не менее 6 месяцев. ХГ определяется как диффузный полиэтиологический воспалительный процесс в печени, обусловленный первичным поражением её клеток, не разрешившийся в указанный выше срок и развивающийся (или не развивающийся) в цирроз печени. В комплексе лечебно-профилактических мероприятий, направленных на полное, патогенетические излечение болезни, значительное место отводится правильной целенаправленной организации лечебного питания.

Ключевые слова: хронический гепатит, больные, Хорезмская область, патогенез, диетотерапия, лечение.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДАГИ СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТИ МАВЖУД БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ДИЕТОТЕРАПИЯ

Сурункали гепатитлар кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, жигарнинг хужайраларининг бирламчи шикастланиши ва полиэтиологик диффуз яллиғланиши натижасида жигар циррозига ўтиши билан характерланади. Даволаш профилактик комплексида муҳим ролларни ўйнайдигандан бири бу тўғри мақсадли даволаш парҳезни қўллашдир.

Калит сўзлар: сурункали гепатит, беморлар, Хоразм вилояти, патогенез, диетотерапия, даволаш.

DIET THERAPY FOR CHRONIC HEPATITIS PATIENTS LIVING IN KHOREZM REGION

WHO experts have attributed the inflammation of the liver (which has continued for at least 6 months) to the widespread disease known as chronic hepatitis (CH). CG is defined as a diffused polietiologichesky inflammatory process in the liver, caused by a primary lesion of its cells, not resolved in the aforementioned period and developing (or not emerging) into liver cirrhosis. Proper nutritional therapy is necessary in treating and preventing pathogenetic diseases.

Key words: chronic hepatitis patients, Khorezm region, pathogenesis, phytotherapy, treatment.

Акутуальность. Хронический гепатит (ХГ) широко распространенное заболевание, эксперты ВОЗ относят к нему воспаление печени, продолжающиеся не менее 6 месяцев. ХГ определяется как диффузный полиэтиологический воспалительный процесс в печени, обусловленный первичным поражением её клеток, не разрешившийся в указанный выше срок и развивающийся (или не развивающийся) в цирроз печени. В комплексе лечебно-профилактических мероприятий, направленных на полное, патогенетические излечение болезни, значительное место отводится правильной целенаправленной организации лечебного питания [2,7]. И это не без основания, ибо грамотно составленная и обоснованно назначенная диета способствует повышению терапевтической эффективности других, обычно параллельно назначаемых, лечебных мер (лекарственных, физиотерапевтических и др.). Как правило, питание больного человека строится на основе научно-обоснованных данных о физиологических потребностях в пищевых веществах (нутриентах) и энергии здорового человека [1,6]. Однако при этом в физиологические величины нутриентов вносятся изменения, соответствующие особенностям метаболических нарушений, характеру патогенетических процессов, специфике клинических проявлений. Особого внимания заслуживает значение диетотерапии в лечении и вторичной профилактике заболеваний системы пищеварения и печени [3,9]. Установлено, что при всех забо-леваниях желудочно-кишечного тракта и органов, функционально связанных с ним, лечебное питание служит основой комплексной терапии [8].

Следует отметить, что при этом лечебное питание нередко дает хорошие результаты и в тех случаях, когда другие параллельно проводимые методы лечения окажутся неэффективными (недостаточно эффективными). Как известно, печень принимает активное участие в регуляции и нормальном течении сложных метаболических процессов, имеющих непосредственное отношение к процессам пищеварения. Поэтому следует уделить серьезное внимание вопросам правильной организации диетотерапии при заболеваниях печени, в частности часто встречающейся среди них форме ХГ [5].

К числу весьма немаловажных факторов, сказывающих влияние на организацию мероприятий, имеющих прямое отношение к проблеме лечебного питания в масштабе отдельных территориальных зон и регионов, относится экологическая ситуация. В условиях неблагополучной экологической среды, естественно, формируется ряд факторов, сказывающих негативное воздействие на правильную организацию питания населения, проживающего в данном регионе. Такие обстоятельство обязательно необходимо учитывать при решении региональных вопросов диетотерапии [4]. Поскольку основу любой диеты составляют различные блюда с соответствующими вкусовыми достоинствами, нутриентым составом и энергетической ценностью, возникают очередная целесообразная задача по установлению диетических качеств местных национальных блюд, научному обоснованию применения их в диетотерапии различных заболеваний, в частности заболеваний печени. В этом отношении особым кулинарными и гигиеническими показателями обладают блюда, употребляемые населением Хорезмского региона. При этом следует учитывать также национальные традиции узбекской и Хорезмской кухни, особенности в питании местного населения.

Цель работы - разработать новую диету №5 Хз (Хорезмский), предназначенный для больных страдающих ХГ.

Материал и методы. В этом плане нами проведена определенная работа, в частности, разработана новая диета №5 Хз (Хорезмский), предназначенный для больных страдающих ХГ.

Данная диета назначается с момента постановки диагноза и соблюдают во все периоды болезни – продромальный, разгара и реконвалесценции; является механически и химически щадящей.

Результаты. Основу диеты составляют узбекские национальные и местные хорезмские блюда. Диета, полноценная, нутриентый состав и энергетическая ценность на уровне физиологических норм, за исключением жира, количество которого несколько уменьшено: белки и углеводы 90-100 г и 300- 350 г соответственно; жиры 80-90 г; энергетическая ценность – в пределах 2400-2500 ккал. Блюда готовят в протёртом виде или отваривают, готовят на пару, соблюдая необходимые кулинарные правила и нормы рецептуры блюд. В период проведения дието- терапии необходимо: строго соблюдать режим питания, который должен быть дробным, 4-5 раз в сутки. Температура блюд - теплая, холодные блюда не рекомендуются. Избегать обильной еды на ночь. Следует воздержатся от употребления продуктов, оказывающих выраженное раздражающее действие на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки (приправы, пряности, копчёности, острые блюда, редис, лук, редька, чеснок). Исключаются жареные блюда. Запрещается алкоголь. Не рекомендуются давать продукты, вызывающие спазм привратника, сфинктера Одди, желчных путей (мороженое, холодные соки, минеральные воды).

Таблица 1.

Примерное однодневное меню диеты №5 Хз (2500 ккал)

Наименование блюд	**Выход, г**	**Белки, г**	**Жиры, г**	Углеводы, г
Первый завтрак				
Яйца всмятку -1 шт	40.0	6.0	5.6	0.2
Сут бурунчи (молочно-рисовая каша) Чай с молоком	125.0 180\50	6.2 2.4	6.1 2.6	35.5 2.3
Второй завтрак				
Яблоко печёное	100.0	0.4	-	11.3
Обед				
Мастава (1\2порции)	250.0	6.5	9.0	27.0
Котлеты мясные паровые с тыквенным пюре	105.0	22.4	15.0	28.4
Фруктовый компот	200.0	0.16	-	23.8
Полдник				
Сухари	35.0	-	-	15.4
Чай с молоком	180\50	2.4	2.6	2.3
Ужин				
Чучвара (пельмени)	400.0	28.4	25.0	55.0
Салат овощной	150.0	3.0	3.8	11.2
На ночь				
Кефир	180.0	6.0	6.7	7.4
На весь день (на руки боль ному)				
Хлеб пшеничный	250	20.5	3.5	95.0
Масло сливочное	10	0.05	9.2	0.05
Сахар	30	-	-	29.8
Всего:		104.4	89.1	344.6

Необходимо вводить в пищу продукты питания, оказывающие желчегонное действие (овощи, фрукты и их соки), растительные масла (при соотношении животных жиров и растительных масел 50:50). Рекомендуются: вегетарианские, молочные, а также фруктовые супы (с протертыми овощами, крупами); нежирные сорта мяса или рыбы в отварном, запеченном виде (суфле, кнели, паровые котлеты; курица - кусками, но в отварном виде; творог (некислый) и изделия из творога (сырники, пудинги, запеканки); при хорошей переносимости яйца (1-2 шт.), или омлеты; молоко цельное во всех видах, молочные изделия, масло сливочное, сметана, сливки (каймок) – как приправа к блюдам; неострые сыры, соусы и приправы для блюд; овощи и фрукты (в сыром виде, салаты и гарниры), фруктовые компоты, кисели, пудинги; хлеб черный и белый вчерашней выпечки, подсушенный, печенье и др., изделия из несдобного теста; напитки - чай некрепкий, чай с молоком, соки овощные и фруктовые; сахар, варенье, мед и др. (в пределах общего количества углеводов). Национальные блюда: мастава, кайнатма шурва, кийма шурва, ширхурда, ширварак, угра ош, сутли угра, балик шурва, шувит оши, ун оши; шавля, каваток долма, куймок, тухум долма, сут бурунчи, говача барак, кук барак, тухум барак, яхна гушт, ивитма палов, кийма палов.

Холодные закуски без острых заправок, салаты из спелых и свежих овощей, овощей с отварным мясом, варенная и тушеная морковь, протертые яблоки; картофель, морковь, свекла, кабачки, тыква в виде пюре, паровых пудингов; свежие фрукты и ягоды - свежая клубника, малина, черешня, абрикос, урюк; напитки- кисели из сладких сортов ягод и фруктов, отвар шиповника и пшеничных отрубей, сладкие ягодные соки; соус молочный, чай со сливками, айран; конди-

терские изделия-сухой бисквит, сухое печенье, несдобные булочки, печенье пироги с яблоками, джемом; варенье из сладких сортов ягод и фруктов, зефир, мармелад. Хлеб пшеничный вчерашней выпечки, сухари из белого хлеба высшего сорта.

Жиры – масло сливочное (добавлять в готовое блюда), масло растительное в натуральном виде. Не рекомендуются: жирные сорта мяса (гусь, утка, баранина, жирная свинина) и рыба; мясо внутренних органов, мозги, сало, бараний жир; бобовые, шпинат, щавель, кислые сорта фруктов; сдобные продукты, пирожные, торты; крепкий чай, кофе, какао. В таблице приводится примерное однодневное меню диеты №5 Хз. Приведенное меню является рекомендуемым, в него могут быть внесены соответствующие изменения с учетом установленных нормативных величин, правил и условий применительно к составлению и реализации диетических пищевых продуктов и блюд. В частности, допускается замена блюд и пищевой продукции другими наименованиями, эквивалентными по количеству и качеству, приведенными в рекомендуемом меню позициям.

При составлении меню и расчете нутриентного состава и энергетической ценности использованы действующие в масштабе республики соответствующие справочные руководства, нормативные и методические документы, а также учтены принципы и нормативные величины рецептур как европейских, так и узбекских национальных блюд, установленные технологии их приготовления. В настоящее время данный вариант рекомендованной нами диеты проходит апробацию в установленном порядке. Предварительные данные – положительные.

Выводы:

1. На основе национальных блюд, широко употребляемых населением Южного Приаралья, разработан и рекомендован в практику, для больных хроническими гепатитами новый вариант диеты - диета №5 Хз.
2. Обоснование нового варианта диеты №5 является целесообразным мероприятием в комплексе диетотерапии больных хроническими гепатитами в условиях экологического неблагополучия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шайхова Г.И., Рахимов Б.Б. Пропаганда принципов рационального питания при ожирении. // Медицинский журнал Узбекистана. Ташкент. 2014. №2.-С 138-141.
2. Бобохужаев Н.К., Набиев М. “Овқатланиш ва саломатлик”. Ташкент. “Медицина” 1985. 105 с.
3. Василаки А.Ф., Бочкарёв М.В., Килиенко З.В. и др. Диета 5, обогащённая соевой мукой в комплексом лечении больных хроническим персистирующим гепатитом //Здравоохранение. Кишинёв. 1986. №6.-С 50-52.
4. Дусчанов Б.А. «Хоразм таомлари». Ташкент «Ўзбекистон». 1994. 87 с.
5. Зокирходжаев Ш.Я., Закирова А.Ш., Рахмонов М.М., Махмудова Д.У. Динамика клинико-иммунологических и биохимических показателей у больных хроническими гепатитами на фоне диетотерапии бобовыми продуктами //Новое в диагностике и лечении органов пищеварения. Ташкент. 1997.-С 48-50.
6. Махкамов Г.М., Аскаров У.А., Шайхов А.И. Узбекские блюда и их применение в лечебном питании. Ташкент “Медицина”. 1980. 139 с.
7. Махмудов К. «Узбекские блюда». Ташкент «Узбекистан». 1976. 294 с.
8. Муродкасымов И.Р., Бахадиров К.Б., Дюкова Л.В., Калиш И.Б. Влияние диеты, обогащённое хлопковым маслом, на содержание желчных кислот в желчи больных хроническим гепатитом //Теоритич. и практич. аспекты изучения питания чел. М.1980.-С 124-125.
9. Фан-Тех-Ким, Фролова И.А., Покровская Г.Р. и др. Использование диеты, содержащей белки сои, у больных хроническим гепатитом. //Теоритич. и практич. аспекты изучения питания чел. М.1980. -С 40-41.

УДК 616-002.5-016.98:578.828.6]-036.1

ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ИММУНОСУПРЕССИИ

Халдарова Х. М., Умиров С. Э., Урунова Д.М., Масалиева Д.И., Ашурова Х.М.
(РЦБ со СПИДом, ЦАОЦ)

Течение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов зависит от степени иммунодефицита. У больных ВИЧ-инфекцией ассоциированной с туберкулезом наиболее часто отмечались инфильтративный (41,0%), очаговый (19,7%) и милиарный (17,4%) формы туберкулеза легких. Доля фиброзно-кавернозного туберкулеза составила 10,6%. Относительно редкая встречаемость фиброзных форм туберкулеза у больных с глубоким иммунодефитом, может быть связана утра-

той способности организма формировать туберкулезную гранулему со специфической клеточной трансформацией.Ранняя диагностика коинфицированных состояний, оценка степени иммуносупрессии и своевременное лечение обеспечивают клинического эффекта, а такжепозволяют снизить интенсивности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции, туберкулезаи других сопутствующих инфекций.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез, сочетанное течение.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ИММУНОСУПРЕССИЯ ДАРАЖАСИГА ҚАРАБ ТУБЕРКУЛЕЗНИНГ НАМОЁН БЎЛИШИ

ОИВ-инфекцияли беморларда туберкулезнинг кечиши иммунодефицит даражасига боғлиқдир. Туберкулез билан бирга кечаётган ҳолатда ОИВ-инфекцияли беморларда аксарият ўпка силининг инфильтратив (41,0%), ўчоқли (19,7%) ва милиар (17,4%) шакллари кузатилди. Фиброз-каверноз туберкулезнинг ҳиссаси 10,6% ни ташкил этди. Чуқур иммунодефицит ҳолатидаги пациентларда фиброз шаклли туберкулезнинг нисбатан кам кузатилиши, организм томонидан хос ҳужайра трансформацияли туберкулез гранулемаларни шакллантириш хусусиятининг йўқотилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Коинфекцияли ҳолатларни эрта ташхис этиш, иммуносупрессия даражасини баҳолаш ва ўз вақтида даволаш клиник эффектни таъминлайди, ҳамда ОИВ-инфекцияси, туберкулез ва бошқа қўшимча инфекциялар эпидемик жараёни жадаллигини пасайтириш имконини беради.

Калит сўзлар: ОИВ-инфекцияси, сил, қўшма келиш.

MANIFESTATIONS OF TUBERCULOSIS IN HIV-INFECTED PATIENTS, DEPENDING ON THE DEGREE OF IMMUNOSUPPRESSION

The Current of the tuberculosis in patient with VICH- infected depends on degree immunodeficiency. Patients with HIV-associated tuberculosis mostly have infiltrative (41.0%), focal (19.7%) and miliary (17.4%) forms of pulmonary tuberculosis. The proportion of fibro-cavernous tuberculosis was 10.6%. A rare occurrence of the fibrous form of tuberculosis in patients with deep immunodeficit might be associated with the loss of the ability of the body to form a TB granuloma with a specific cellular transformation. Coinfectection of early diagnosis, assessment of the degree of immunosuppression and early treatment provide the best clinical effect, and reduce the intensity of the epidemic process of an HIV infection, tuberculosis and other related infections.

Key words: HIV, tuberculosis, combined for.

Сочетание ВИЧ-инфекции с туберкулезом рассматривается как два взаимовлияющих заболевания и является актуальной проблемой современной медицины. Эпидемическое распространение ВИЧ-инфекции способствовало к росту заболеваемости туберкулезом в мире, поскольку данные инфекции активно взаимодействуют друг с другом. ВИЧ-инфекция является существенным фактором риска активизации туберкулезного процесса. Истощения иммунной системы на фоне ВИЧ-инфекции приводит к реактивации латентной туберкулезной инфицированности, а также более быстрому прогрессированию в заболевание у лиц, впервые инфицированных микобактериями туберкулеза. Нарастание числа ВИЧ-инфицированных лиц в популяции и нарушение у них функции иммунной системы на фоне высокой инфицированности туберкулезом способствуют интенсификации эпидемического процесса и развитию различных форм туберкулеза. У ВИЧ-инфицированных пациентов реактивация туберкулезного процесса и вторичный туберкулез развиваются чаще, чем у ВИЧ-негативных [1,2]. Кроме того, в настоящее время, туберкулез остается одной из главных причин смерти у больных ВИЧ-инфекцией [1,2,4]. Ранняя диагностика этих коинфицированных состояний, своевременное и квалифицированное проведение лечебных мероприятий позволяют облегчить тяжесть заболевания, продлить больным жизнь, трудовую, творческую и социальную активность [1,3,4].

В связи с этим изучение различных аспектов ВИЧ-инфекции, ассоциированной с туберкулезом и оптимизация, на этой основе, оказание медицинской помощи пациентам с коинфекцией, приобретает особую актуальность и имеет большое научно-практическое значение.

Целью исследования явилось изучить некоторых особенностей проявлений инфекционного процесса, в зависимости от концентрации $CD4^+$-лимфоцитов у пациентов ВИЧ-инфекцией, ассоциированной с туберкулезом.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 178 пациентов ВИЧ-инфекцией сочетанной с туберкулезом, состоявшихся на диспансерном учете в Республиканском Центре по борьбе со СПИДом МЗ РУз. Ориентировочная давность заражения составляла от 5 до 8 лет. Группой сравнения явились 111 пациентов с ВИЧ-инфекцией, сопоставимых с пациентами основной группы по полу, возрасту, по срокам выявлению и по уровню $CD4^+$-лимфоцитов.

Всем больным, наряду со стандартными исследованиями (общий анализ крови, мочи), проводились исследования по подсчету числа $CD4^+$-лимфоцитов, рентгенологическое исследова-

ние. Частично была проведена компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости. Диагноз ВИЧ-инфекции ставили на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждали серологическим исследованием с помощью иммуноферментного анализа и иммунного блотинга. Диагноз туберкулеза устанавливали на основании результатов комплексного клинического, инструментального (рентгенологического), бактериологического, бактериоскопического методов исследований. На наличие Mycobacterium tuberculosis проведено 3 кратное исследование мокроты по методу Gene-Expert.

Состояние иммунной системы оценили по общему числу $CD4^+$-лимфоцитов, которые определяли методом проточной цитофлюорометрии.

Результаты и обсуждения. Возраст обследованных нами 178 пациентов ВИЧ-инфекцией сочетанной с туберкулезом составил от 25 до 49 лет, в частности 25-29 лет – 18,5%; 30-34 г. – 52,2%; 35-39 лет – 28,7% и 40-49 лет – 0,6%. Среди обследованных пациентов преобладали мужчины (68,0%), а доля женщин составила 32,0%. Степень образованности, естественно, сказывается на уровне медико-санитарной грамотности пациентов. Основная масса пациентов имели среднее специальное образование - 79,2%, среднее – 12,9%, высшее – 1,7%, незаконченное высшее – 6,2%. Более половина больных (55,6%) имели семью и 70,8% детей. Преобладающая часть больных проживают в нормальных жилищных условиях - 10,1% в благоустроенных частных домах и 60,7% в благоустроенных квартирах. Среди пациентов преобладало работающие лица (62,9%), неработающие составили 37,1%. На контакт в анамнезе с лицами, инфицированными микобактериями туберкулеза указывали 25,3% больных, в т. ч. семейный - 9,6%, бытовой – 2,2%, в местах лишения свободы - 11,8% и производственный - 1,7%.

По результатам эпидемиологического анамнеза, в зависимости от срока выявления туберкулеза и ВИЧ-инфекции, пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты, у которых ВИЧ-инфекция выявлена раньше, чем пациент заболел туберкулезом (группа ВИЧ-инфекция/туберкулез); 2 группа – пациенты, у которых ВИЧ-инфекция выявлена на фоне заболевания туберкулезом при обследовании пациентов по клиническим показаниям (группа туберкулез/ВИЧ-инфекция). Среди обследованных 178 пациентов ВИЧ-инфекцией сочетанной с туберкулезом преобладают пациенты, которые относятся к первой группе (туберкулез выявлен на фоне ВИЧ-инфекции) – 133 (74,7%) лиц, удельный вес представителей второй группы (ВИЧ-инфекция выявлена у больных туберкулезом) составляет 45 (25,3%).

Как следует из табл. 1, в структуре клинических форм у больных с ассоциированной инфекцией, в целом, наиболее часто отмечались инфильтративный (41,0%), очаговый (19,7%), и милиарный (17,4%) туберкулез легких. Доля фиброзно-кавернозного туберкулеза составила 10,6%. У больных 1и 2групп инфильтративные (41,3% и 40,0%) и милиарные (17,3% и 17,8%) формы туберкулеза легких встречались

Таблица 1

Клинические формы туберкулеза в сочетании ВИЧ-инфекцией

Формы туберкулезного процесса	ВИЧ-инфекция/туберкулез		Туберкулез/ВИЧ-инфекция		Всего больных ВИЧ-инфекцией сочетанной с туберкулезом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Внутригрудных лимфоузлов	5	3,8	1	2,2	6	3,4
Очаговый	31	23,3	4	8,9	35	19,7
Инфильтративный	55	41,3	18	40,0	73	41,0
Казеозная пневмония	7	5,3	6	13,3	13	7,3
Милиарный	23	17,3	8	17,8	31	17,4
Фиброзно-кавернозный	11	8,3	8	17,8	19	10,6
Плеврит	1	0,7	-	-	1	0,6
	133	100,0	45	100,0	178	100,0

практически одинаковой частотой. Вместе с тем в сравниваемых группах существенно отличается встречаемость некоторых клинических форм. Так, очаговые формы туберкулеза легких было отмечено в 1группе больных в 23,3% случаях, а во 2группе больных - 8,9%. Частота казеозной пневмонии у больных 1и 2групп составила соответственно 5,3% и 13,3%. Во 2группе больных частота фиброзно-кавернозной формы туберкулеза составила – 17,8%, тогда как доля данной формы у больных 1группы составила всего лишь 8,3%. Установлено, что встречаемость фиброзно-кавернозного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных зависит от состояния иммунной

системы. По мере нарастания иммуносупрессии частота данной формы туберкулеза снижается, т.е. встречается реже. По-видимому, данное явление может быть связано иммуносупрессией и утратой способности организма формировать туберкулезную гранулему со специфической клеточной трансформацией и соединительно-тканными изменениями на фоне глубокого иммунодефицита.

Таблица 2

Распределение больных по уровню CD4⁺-лимфоцитов

	Уровень CD4⁺-лимфоцитов	Больные ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом (n=178)			Больные ВИЧ-инфекцией (n=111)		
		N	%	(M±м)	N	%	(M±м)
1	Ниже 100 кл/мкл	37	20,8	40,5±8,26	2	1,8	56,5±2,5
2	От 100 кл/мкл до 200 кл/мкл	20	11,2	158,4±7,13	4	3,6	175,2±5,6
3	От 200 кл/мкл до 300 кл/мкл	103	57,9	283,4±7,13	28	25,2	296,2±9,12
4	Выше 350 кл/мкл	18	10,1	358,12±5,14	77	69,4	395,5±8,23

В зависимости от уровня CD4⁺-лимфоцитов больные ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом (n=178) и без туберкулеза (n=111) были распределены на 4 группы и сравнены степень иммуносупрессии у них (табл. 2). Результаты сравнительного анализа абсолютных значений CD4⁺-лимфоцитов у пациентов ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией без туберкулеза показал, что уровень CD4⁺-лимфоцитов был ниже 100 кл/мкл у 20,8% (37) и 1,8% (2) пациентов соответственно (среднее 40,5±8,26 и 56,5±2,5), от 100 кл/мкл до 200 кл/мкл у 11,2% (20) и 3,6% (4) пациентов (среднее 158,4±7,13 и 175,2±5,6) соответственно, от 200 кл/мкл до 300 кл/мкл у 57,9% (103) и 25,2% (28) пациентов (среднее 283,4±7,13 и 296,2±9,12) соответственно, выше 350 кл/мкл у 10,1% (18) и 69,4% (77) пациентов (среднее 358,12±5,14 и 395,5±8,23) соответственно. Как видно из таблицы 2, в группе больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом имеет место более выраженный иммунодефицит, по сравнению с группой больных ВИЧ-инфекцией без туберкулеза.

10,1% пациентов заболели туберкулезом в субклинической стадии ВИЧ-инфекции, у которых до заболевания туберкулезом не было других клинических проявлений, кроме персистирующей лимфоаденопатии. У данной категории больных туберкулез был ограничен поражением легких с характерной рентгенологической семиотикой: инфильтрацией очаговых теней, с формированием полостей распада. Уровень CD4⁺-лимфоцитов у этих больных составил выше 350 кл/мкл. Остальные 89,9% пациентов заболели туберкулезом на поздних стадиях ВИЧ инфекции, более низкой концентрацией CD4⁺-лимфоцитов.

Как показывают данные, представленные в табл. 3, при сочетанном течении ВИЧ-инфекции с туберкулезом присоединение других (т.е. кроме туберкулеза) вторичных заболеваний наблюдалось чаще, чем у больных ВИЧ-инфекцией без туберкулеза. В частности, были отмечены герпетическая инфекция – 23,0% и 13,5%, цитомегаловирусная инфекция – 9,0% и 7,2%, кандидоз – 36,5% и 11,8%, Саркома Капоши – 3,4% и 0,9 % соответственно.

Таблица 3

Структура сопутствующих заболеваний при ВИЧ-инфекции в сочетании с туберкулезом

Сопутствующие заболевания	Больные ВИЧ-инфекцией с туберкулезом, n=178		Больные ВИЧ-инфекцией, n=111	
	абс.	%	абс.	%
Герпетическая инфекция	41	23,0	15	13,5
Цитомегаловирусная инфекция	16	9,0	8	7,2
Кандидоз	65	36,5	21	11,8
Токсоплазмоз	6	3,4	-	-
Саркома Капоши	6	3,4	1	0,9

У больных ВИЧ-инфекцией с туберкулезом были диагностированы, как вторичное заболевание, также токсоплазмоз (3,4%). Анализ клинических проявлений ВИЧ-инфекции в сочетании с туберкулезом показал, что частота развития таких признаков, как лимфоаденопатия и гепатомегалия, значительно выше была у пациентов с глубоким иммунодефицитом. Признаки инток-

сикации наблюдались у всех пациентов. Для сочетанного течения туберкулеза с ВИЧ-инфекцией были характерны более выраженные проявления потери массы тела с переходом в кахексию, которые часто наблюдались среди тех пациентов, у которых уровень $CD4^+$-лимфоцитов менее 200 кл/мкл. А также клиническая картина туберкулеза у пациентов с низким уровнем $CD4^+$-лимфоцитов (менее 200 кл/мкл) теряла типичность и напоминала течение неспецифических бактериальных инфекций, которая характеризовалась выраженным интоксикационным синдромом. У пациентов с очень глубоким иммунодефицитом ($CD4^+$-лимфоцитов<100 кл/мкл) выявлялись клинические формы туберкулеза с множественными локализациями и присоединением других вторичных инфекций, таких как пневмоцистная пневмония, системный кандидоз, саркома Капоши, хроническая диарея и др.

Всё это свидетельствует о том, что наличие туберкулезной инфекции способствует более частому возникновению и прогрессированию других сопутствующих заболеваний у ВИЧ-инфицированных лиц, в т. ч. оппортунистических инфекций. Следовательно, сочетанное течение ВИЧ-инфекции с туберкулезом и глубина иммуносупрессии имеют не только важное клинико-патогенетическое значение в развитии и проявлении инфекционного процесса, но и являются существенными предпосылками в эпидемиологическом аспекте, способствующими активизации эпидемического процесса сопутствующих инфекционных заболеваний в целом.

Таким образом, клиническое течение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов протекает по-разному, и зависит от степени иммунодефицита. В поздних стадиях ВИЧ-инфекции по мере прогрессирования иммунодефицита туберкулез приобретает черты первичного с множественными поражениями и присоединением других вторичных заболеваний. Туберкулез усиливает иммунодефицит, связанный с ВИЧ-инфекцией, и способствует присоединению и прогрессированию других сопутствующих заболеваний, в т. ч. инфекционных. Более высокие показатели заболеваемости вследствие взаимодействия туберкулеза и ВИЧ-инфекции требуют ранней диагностики и лечения туберкулеза среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией и ВИЧ-инфекции у лиц с туберкулезом. Наличие туберкулеза может служить дополнительным критерием снижения иммунокомпетентности, определения стадии ВИЧ-инфекции и назначения адекватного лечения. Ранняя диагностика этих коинфицированных состояний, выяснение степени иммуносупрессии и проявлений инфекционного процесса, своевременное и квалифицированное проведение лечебных мероприятий не только позволяют облегчить тяжесть заболевания, продлить больным жизнь, трудовую, творческую и социальную активность, но и позитивно влияют на снижении интенсивности эпидемического процесса, как ВИЧ-инфекции, так и туберкулеза, а также других сопутствующих заболеваний.

Выводы.

1. У больных ВИЧ-инфекцией ассоциированной с туберкулезом наиболее часто отмечались инфильтративный (41,0%), очаговый (19,7%) и милиарный (17,4%) формы туберкулеза легких. Доля фиброзно-кавернозного туберкулеза составила 10,6%.

2. По мере нарастания иммуносупрессии частота фиброзно-кавернозной формы туберкулеза снижается. Данное явление может быть связано иммуносупрессией и утратой способности организма формировать туберкулезную гранулему со специфической клеточной трансформацией и соединительно-тканными изменениями на фоне глубокого иммунодефицита.

3. В группе больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом имеет место более выраженный иммунодефицит, чем в группе больных ВИЧ-инфекцией без туберкулеза.

4. Сочетанное течение ВИЧ-инфекции с туберкулезом и глубина иммуносупрессии представляют определенное значение в эпидемиологическом аспекте и могут способствовать активизации эпидемического процесса сопутствующих инфекционных заболеваний в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. 2013.- М.: ГРАНТ, 2013.- 696 с.
2. Зимина В.Н., Кравченко А.В., Зюзя Ю.Р., Васильева И.А. Диагностика и лечение туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Москва: «ГЭОТАР-Медиа»,2015.- 231 с.
3. Пантелеев А.М., Супрун Т.Ю., Иванов А.К., Максимов Г.В. Туберкулез в России: Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. М., 2007.- С.378-379.
4. Тилляшайхов М.Н., Белоцерковец В.Г., Парпиева Н.Н. и др. Лечение больных с сочетанной инфекцией ВИЧ-и/туберкулез // Туберкулез и болезни легких.-2011.-№5.- С.185.

УДК 340.6:616.381+617.553]-001

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ, СЕЛЕЗЕНКИ И ПОЧЕК ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ

Хван О. И.
(ТАШПМИ)

В основу исследования положены данные изучения 849 случаев из экспертной практики с тупой травмой живота. Возрастная градация пострадавших варьировала в большом диапазоне от 1 до 91 лет. Выявлены морфологические особенности повреждений печени, селезенки и почек, причинённые тупыми предметами с ограниченной и неограниченной поверхностью. Установлены диагностически значимые критерии, позволяющие по характеру повреждений определять основные виды травматического воздействия, проводить дифференциальную диагностику механизма травмы, решать вопрос о месте приложения травмирующего воздействия.

Ключевые слова: тупая травма живота, повреждения печени, повреждения почек, повреждения селезенки, судебно-медицинская оценка.

БЎЙРАК, ТАЛОҚ ВА ЖИГАР ТЎМТОҚ ТРАВМАЛАРИДА СУД-ТИББИЙ ЭКСПЕРТИЗА

Текширувларга асос қилиниб эксперт амалиётида қорин тўмтоқ жароҳати билан боғлиқ бўлган 849 холат олинган. Жигар, талоқ ва буйракларда чегараланган ва чегараланмаган юзага эга бўлган тўмтоқ жисмлар билан етказилган жароҳатларнинг ўзига хос морфологик ўзгаришлари аниқланган. Жароҳатнинг характерига қараб, уни етказган асосий травматик таъсирини диагностик мезони, етказилган жароҳат механизми, диагностик дифференциацияси, етказилган тан жароҳатларнинг оғирлик даражасини баҳолаш аниқланди.

Калит сўзлар: қорин тўмтоқ жароҳати, жигар шикастланиши, буйрак шикастланиши, талоқ шикастланиши, суд-тиббий баҳолаш.

FORENSIC DAMAGE TO THE LIVER, SPLEEN AND KIDNEYS IN BLUNT TRAUMA

849 cases of blunt abdominal trauma were studied in this research. The age range of the injured was 1 to 91 years. Morphological features of damage to the liver, spleen and kidney, caused by blunt objects with limited and unlimited surface were identified. We have established diagnostically important criteria, which allowed us to identify the principal traumatic influences and the mechanism of injury, and to make a decision regarding the place of traumatic exposure application.

Key words: blunt abdominal trauma, liver damage, kidney damage, spleen damage, forensic assessment.

Научно-технический прогресс привел к возникновению травматической пандемии, обусловленной урбанизацией, ростом автомобильного парка. [1; 2].

В общей структуре механических повреждений открытые и закрытые повреждения живота встречаются в 2%-5%. [3].

Актуальность проблемы повреждений органов брюшной полости определяется многими аспектами. Среди них наиболее важными являются исключительная тяжесть и высокий процент летальных исходов [4].

Всё вышеизложенное свидетельствует о том, что проблема установления наличия повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства продолжает оставаться актуальной, особенно при отсутствии следов повреждений на теле и о необходимости разработки новых методик диагностики.

Цель исследования - выявить характер и частоту повреждений печени, селезенки и почек.

Материалы и методы. В период с 2005 по 2014 года нами было проанализировано 849 случаев по поводу повреждений органов брюшной полости, забрюшинного пространства и передней стенки живота.

Из общего числа пострадавших мужчин было 559 (63±1,9%), а женщин - 329 (37±1,9%), что достоверно ниже ($p<0,001$).

Причиной получения травм в 164 (19,3%) случаях было падение с высоты, в 258 (30,4%) случаях – драка или избиение, в 419 (49,3%) – автотравма. Таким образом, в наибольшем количестве случаев причинами получения, пострадавшими травм органов брюшной полости и забрюшинного пространства были дорожно-транспортные происшествия и бытовая травма.

У исследуемых пострадавших в 74 (8,7%) случаях травмы органов брюшной полости и забрюшинного пространства наблюдались в изолированном виде. В 775 (91,3%) случаях встречались сочетанные повреждения органов.

Наиболее часто сочетанные повреждения внутренних органов в виде разрывов почки, печени, толстого кишечника, поджелудочной железы и селезенки встречались при падении с высоты, что составляет (11,7%). Следует отметить, что повреждения поджелудочной железы наблюдались только в сочетании с разрывами селезенки, печени или почки в 3 случаях.

В качестве травмирующих предметов с ограниченной поверхностью воздействия чаще фигурировали кулак и нога (25,5%).

При локальных ударах разрывы печени наблюдались как единичные, так и множественные с очагами размозжения по краям разрывов, а также в виде самостоятельных участков размозжения, что в свою очередь зависело от места непосредственного травмирования ткани.

В 19 случаях действия на тело человека массивных тупых твёрдых предметов отмечаются более грубые повреждения печени, что характеризуется многообразием по локализации и морфологическим проявлениям повреждений печени.

Наиболее тяжёлые повреждения печени образуются при сдавлении тела человека, которые в наших наблюдениях встречались у водителей и пассажиров при автомобильной травме (6 случаев) и при падении стены (3 случая), что в процентном соотношении составило 19,1% (9 случаев).

Морфология повреждений селезёнки тупыми предметами неодинакова при различных видах травматического воздействия у живых лиц. Она имеет определённые особенности при ударе тупыми предметами с ограниченной и неограниченной поверхностями, при сдавлении и сотрясении тела.

От удара большой силы растяжение связок передается на трабекулы селезёнки, вследствие чего разрывы распространяются по их ходу вглубь органа, что наблюдалось у 41,2%. В этих же случаях образуются кровоизлияния в связках селезёнки вблизи места их прикрепления к органу. Количество разрывов в области ворот от 1 до 3, которые соединяются в области ворот и расходятся в радиальном направлении.

Удар спереди назад и справа налево приводит к смещению селезёнки кзади и влево. При этом диафрагмальная поверхность селезёнки обычно не повреждается (лишь в 11,8% случаев)

От удара большой силы растяжение связок передается на трабекулы селезёнки, вследствие чего разрывы распространяются по их ходу вглубь органа, что наблюдалось у 41,2%. В этих же случаях образуются кровоизлияния в связках селезёнки вблизи места их прикрепления к органу. Количество разрывов в области ворот от 1 до 3, которые соединяются в области ворот и расходятся в радиальном направлении.

Согласно полученным данным при травме тупым предметом в большинстве случаев встречаются разрывы селезенки с последующей спленэктомией.

В нашем наблюдении повреждения почек встречались в 19,4% от общего количества пострадавших при тупой травме живота, тогда как среди повреждений паренхиматозных органов эта цифра составляет 56,9%.

Анализ медицинских документов показал, что лишь у 29 потерпевших удалось определить морфологические характеристики повреждений почек тупым предметом за счет данных инструментальных исследований и оперативных вмешательств. В остальных 86 случаях оценка повреждений была основана на данных клинико-лабораторных исследований.

Среди исследованных 115 случаев с травмой почек повреждения ее тупыми предметами с ограниченной поверхностью составили 28,7% (33 случая).

Травма тупыми предметами с неограниченной поверхностью чаще встречались при различных видах транспортной травмы, в 52,2% сопровождавшиеся сочетанными повреждениями.

Случаи падения с высоты среди изученного нами материала с тупой травмой почки среди живых лиц составили 19,1% (22 наблюдений).

В 31,8% (7 случая) наблюдались сочетанные травмы, в остальных случаях отмечались непосредственно изолированные травмы почек.

На основании полученных данных нами была проведена сравнительная оценка повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства при летальных исходах и у живых лиц. Были проанализированы виды травмы, характер сочетанных и изолированных повреждений.

Повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства у живых лиц наиболее чаще встречались при побоях (39,1%против 93,0%; $p<0,001$), тогда как при летальном исходе наиболее чаще встречались автомобильная травма ($p<0,05$), падения с высоты ($p<0,01$). Так же при травмах с летальным исходом наблюдалось сдавление тела и травма от взрывной волны, у живых лиц эти виды травм отсутствовали. В случаях падения с высоты у живых лиц было отмечено, что высота падения напрямую завесила от тяжести повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Сочетание повреждений с другими областями тела в большинстве случаев установлены при летальном исходе (76,9%), тогда как у живых лиц в 3 раза реже (25,2%). В большинстве случаев сочетание отмечается с головой у живых лиц, а при летальном исходе с грудной клеткой.

Следует отметить, что частота сочетанных повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства с головой при летальном исходе встречается в 2,6 раз чаще, чем у живых лиц.

При летальном исходе встречаются размозжение (2,4%) и отрыв почки, что так же усугубляло тяжесть состояния пострадавшего и способствовало развитию неблагоприятного исхода.

Во всех случаях повреждения селезенки у живых лиц завершались спленэктомией, что подтверждаются данными медицинских документов. Что еще раз подтверждает об актуальности разработки консервативных и хирургических методов лечения.

Анализ характерных повреждений почек при тупой травме показал, что при летальных исходах в большинстве случаев наблюдались подкапсульные гематомы (84,04%), разрывы (13,8%) и размозжение (2,1%). Тогда как у живых лиц в большинстве случаев (68,7%) регистрировались ушибы почек, установленных клинически без выраженных морфологических признаков.

Результаты исследования. Таким образом, анализ судебно-медицинских экспертиз и медицинских документов живых лиц и лиц с летальным исходом с данными повреждениями показал, что из общего числа пострадавших мужчин было 559 (63±1,9%), а женщин - 329 (37±1,9%).

В наибольшем количестве случаев причинами получения, пострадавшими травм органов брюшной полости и забрюшинного пространства были дорожно-транспортные происшествия и бытовая травма.

У исследуемых пострадавших в 74 (8,7%) случаях травмы органов брюшной полости и забрюшинного пространства наблюдались в изолированном виде. В 775 (91,3%) случаях встречались сочетанные повреждения органов.

Субкапсулярные гематомы печени встречались у 8 пациентов, что составило 4% от всех паренхиматозных повреждений при тупой травме живота и 17,0% среди повреждений печени.

При травме тупым предметом в большинстве случаев встречаются разрывы селезенки с последующей спленэктомией.

Среди исследованных 115 случаев с травмой почек повреждения ее тупыми предметами с ограниченной поверхностью составили 28,7% (33 случая).

Травма почек тупыми предметами с неограниченной поверхностью чаще встречались при различных видах транспортной травмы, в 52,2% сопровождавшиеся сочетанными повреждениями.

Случаи падения с высоты среди изученного нами материала с тупой травмой почки среди живых лиц составили 19,1% (22 наблюдений).

Сочетание повреждений с другими областями тела в большинстве случаев установлены при летальном исходе (76,9%), тогда как у живых лиц в 3 раза реже (25,2%). В большинстве случаев сочетание отмечается с головой у живых лиц, а при летальном исходе с грудной клеткой.

При сочетанных повреждениях при летальном исходе наиболее чаще наблюдались повреждения не совместимые с жизнью, которые обуславливали наступление смерти. В 35% случаях непосредственной причиной смерти являлись травматический и геморрагический шок.

Во всех случаях повреждения селезенки у живых лиц завершались спленэктомией, что подтверждаются данными медицинских документов.

Анализ характерных повреждений почек при тупой травме показал, что при летальных исходах в большинстве случаев наблюдались подкапсульные гематомы (84,04%), разрывы (13,8%) и размозжение (2,1%).

Выводы:

1. На основе заключений судебно-медицинских экспертов, результатов макро- и микроскопического исследования печени, почек и селезёнки изучены клинико-морфологические проявления повреждений данных органов тупыми твёрдыми предметами.
2. Выявлены морфологические особенности повреждений, причинённые тупыми предметами с ограниченной и неограниченной поверхностью. Установлены диагностически значимые критерии, позволяющие по характеру повреждений определять основные виды травматического воздействия, проводить дифференциальную диагностику механизма травмы и решать вопрос о месте приложения травмирующего воздействия.
3. Основным фактором развития неблагоприятного исхода является сочетанные повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства с областью грудной клетки и головы, которые сопровождаются множественными двухсторонними переломами ребер, разрывами легочной ткани, переломами черепа с кровоизлияниями под оболочки и вещество головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубров Э.Я., деркачева Е.В. Ультразвуковая диагностика повреждений селезенки. В кн.: диагностика и лечение повреждений селезенки у пострадавших с закрытой травмой живота. Материалы городского семинара. М.: ниисп им. Й.в. Склифосовского, 2001; 145: 7-10.
2. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Соколов В.А. С соавт. Общие вопросы оказания медицинской помощи при сочетанной травме. Хирургия. Журнал им. Н.и. Пирогова. -2003. №12. –с.7-11.

3. Новосёлов А. С. Судебно-медицинская оценка морфологических особенностей повреждений для диагностики водителя и пассажира переднего сидения при фронтальных столкновениях автомобиля. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук москва — 2010. С3.

4. Соседко Ю.И. Диагностика основных видов травматического воздействия при травмах органов живота тупыми предметами. Ижевск 2001. С 3.

UDK 616.12.127-001-089.340.6 (575.172)

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕРДЦА

Дальжанов Б.М., Ембергенов Д.Б.
(БСМЭ МЗ РК, РКД МЗ РК)

Единичные сообщения о возникновении в области ушибов, огнестрельных и колото-резанных ранений сердца, множественных повреждений кардиомиоцитов в виде полос сокращения или субсегментарных контрактур, обусловленных травматическим воздействием на сердце, позволили предполагать, что аналогичного характера изменения кардиомиоцитов могут возникать и при таком травматическом воздействии на сердце, как сотрясение. Исследования позволяют утверждать, что при закрытых травмах груди, сопровождающихся повреждением сердца, одним из наиболее ранних морфологических признаков, указывающих на повреждающее воздействие на сердце, являются множественные субсегментарные контрактуры кардиомиоцитов.

Ключевые слова: судебная медицина, травма, тупая травма груди, закрытое повреждение сердца, кардиомиоциты, контрактуры.

ЮРАКНИНГ ЁПИҚ ЖАРОҲАТИДА КАРДИОМИОЦИТЛАРНИНГ СУД-ТИББИЁТИДА МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШИНИНГ АҲАМИЯТИ

Адабиётлардаги маълумотларга таянган холда бизга маълум лат ейиш, ўқ отар ва санчиб-кесувчи воситалар билан юракнинг яраланиши, кўплаган кардиомиоцитлар зарарланишининг чизиқли турда ёки субсегментар контрактура холатида кўриниши, юрак жароҳатланишини, биз тахмин қилишимиз мумкин бундай юрак жароҳатланиш холатини юрак чайкалганда ҳам кўринади. Текширув натижалари бўйича тасдиқлашга ижозат бериши, ёпиқ кўкрак жароҳатланишида юракнинг зарарланаши билан кечиши бу эрта морфологик белгиларининг биттаси, бундай юрак зарарланишида кардиомиоцитларнинг кўплаб субсегментар ўзгариш холатитадан далолат беради.

Калит сўзлар: суд тиббиёти, жароҳатланиш, кўкрак, юракнинг ёпиқ зарарланиши, кардиомиоцитлар, контрактуралар.

JUDICIAL -MEDICAL IMPORTANCE OF THE MORPHOLOGICAL CHANGE CARDIOMIOCYTIS UNDER CLOSED DAMAGES HEART

Individual reports of occurrence in injuries, gunshot and stab wounds of the heart, multiple injuries and cardiomyocytes in strips reduced or subsegmented contractures caused by a traumatic effect on the heart, suggest that cardiomyocytes' changes (similar in nature) can occur because of a concussion. Studies suggest that during closed chest injuries, which are accompanied by damages to the heart, (one of the earliest morphological traits), and which point to the damaging effects on the heart are the multiple subsegmentary contractures cardiomyocytes.

Key words: forensic medicine, trauma, blunting trauma bosom, locked damage heart, cardiomiocytis, contraction.

Актуальность. В условиях постоянного роста транспортного и других различных видов травматизма, судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиняемых тупыми предметами неизменно занимает ведущее место в экспертной практике. Значительная часть этой работы приходится на экспертную оценку тупой травмы грудной клетки.

Одной из актуальных проблем как судебной медицины так и кардиологической службы является разработка критериев судебно-медицинских и клинических критериев диагностики повреждений грудной клетки тупыми предметами. Это подтверждается тем, что, несмотря на высокую частоту встречаемости травмы грудной клетки в экспертной практике, вплоть до настоящего времени данная проблема остается недостаточно изученной, отсутствуют надежные диагностические признаки.

Имеющиеся в литературе единичные сообщения о возникновении в области ушибов, а также огнестрельных и колото-резаных ранений сердца, множественных повреждений кардиомиоцитов в виде полос сокращения или субсегментарных контрактур, обусловленных травматическим воздействием на сердце, позволили предполагать, что аналогичного характера изменения

кардиомиоцитов могут возникать и при таком травматическом воздействии на сердце, как его сотрясение [1, 2, 3, 4, 5].

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что проблема установления наличия повреждений органов грудной клетки продолжается оставаться актуальной, в особенности при отсутствии следов повреждений на теле и о разработке новых методик диагностики.

Цель исследования - изучить морфологические изменения кардиомиоцитов при закрытых повреждениях сердца (ушибах и сотрясениях), имевших место при непроникающих травмах груди.

Материал и методы. Исследование проводилось в двух группах наблюдений. В I группу (21 наблюдение) были включены случаи смерти пострадавших от различных повреждений, у которых при секционном исследовании была обнаружена закрытая травма груди, сопровождавшаяся ушибами и разрывами сердца. Во II группу (22 наблюдения) были включены случаи смерты пострадавших от различных повреждений, у которых при вскрытии была обнаружена закрытая травма груди и бесспорные признаки сотрясения органов грудной полости, в том числе и сердца.

Для исследования были использованы случаи, в которых имело место либо нанесение сильных ударов тупыми предметами по грудной клетке, либо удары грудной клеткой о тупые предметы, а также сотрясения тела. Все повреждения у пострадавших получены ими при дорожно-транспортных происшествиях и падениях с большой высоты.

Для более точной и объективной оценки морфологических изменений кардиомиоцитов и исключения влияния на них каких-либо других факторов, кроме травматического воздействия на миокард, для исследования были взяты только случаи, в которых смерть пострадавших наступила сразу после причиненной им травмы. Кусочки тканей из различных отделов сердца после фиксации в 12% растворе нейтрального формалина уплотняли в парафине, и срезы толщиной в 8-10 микрон окрашивали гематоксилином и эозином, и по методу Ван-Гизона.

Результаты исследования. При исследовании гистологических препаратов сердца, приготовленных из участков миокарда, расположенных в значительном удалении от очагов макроскопических повреждений, были обнаружены гемоциркуляторные расстройства и неравномерное сокращение сердечных мышечных волокон, указывающие на быстрые темпы наступления смерти пострадавших. Кроме этих изменений, при исследовании миокарда в поляризованном свете и методом фазового контраста, были обнаружены множественные субсегментарные контрактуры кардиомиоцитов, наблюдавшиеся в большинстве полей зрения. Они имели вид узких, шириной 2-3 саркомера, светящихся полос, пересекающих кардиомиоциты в поперечном направлении и расположенных недалеко от вставочных дисков. Других острых изменений кардиомиоцитов в первой группе наблюдений не было обнаружено.

При получении гистологических препаратов во II группе наблюдений были обнаружены такие же морфологические изменения миокарда, как и в наблюдениях I группы, на участках миокарда расположенных вне очагов макроскопических повреждений. Важно отметить, что при исследовании миокарда в поляризованном свете, методом фазового контраста, также были выявлены множественные субсегментарные контрактуры кардиомиоцитов в аналогичными морфологическими проявлениями.

Таким образом, при закрытых травмах груди, сопровождающихся повреждением сердца в виде ушибов и разрывов, возникают острые морфологические изменения кардиомиоцитов не только в очагах макроскопических изменений, но и на удалении от них. Большое количество кардиомиоцитов с субсегментарными контрактурами вне зоны макроскопических повреждений миокарда, и их одинаковые морфологические проявления свидетельствуют о том, что они возникли в очень короткий промежуток времени в результате травматического воздействия на сердце. Очень быстрое наступление смерти в наблюдениях этой группы, дают основание считать, что в исследованных нами случаях, каких-либо других причин возникновения множественных субсегментарных контрактур кардиомиоцитов не имеется.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно утверждать, что в случаях закрытых травм груди, сопровождающихся повреждением сердца, одним из наиболее ранних морфологических признаков, указывающих на повреждающее воздействие на сердце являются множественные субсегментарные контрактуры кардиомиоцитов.

Выводы. На значительном удалении от очагов макроскопических повреждений обнаруженные гемоциркуляторные расстройства и неравномерное сокращение сердечных мышечных волокон указывает на быстрое наступление смерти.

При закрытых травмах груди, сопровождающихся повреждением сердца в виде его ушибов или разрывов возникают острые морфологические изменения кардиомиоцитов не только в очагах макроскопических повреждений, но и на удалении от них.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Данилова В.М. Морфологические тесты – стресс реакции в миокарде человека // Архив патологии, М., 1993, №7, стр. 42-48.
2. Васильев Ж.Х., Фаустов Л.А. Ранние морфологические изменения миокарда после ранения сердца, осложненного гемоперикардом // Архив патологии, М., 1996, №11, стр. 45-51.
3. Моисеев С.Г., Борисенко А.П. О диагностике закрытой травмы сердца // Грудная хирургия, М., 1999, №6, стр. 24-26.
4. Павлов Н.Н. Ранние морфологические изменения кардиомиоцитов при повреждениях сердца // Методика и практика судебной медицины, Харьков, 1990, стр. 97-99.
5. Сапожникова М.А. Морфология закрытой травмы груди и живота, М., Медицина, 1988, стр. 72-94.

УДК 616.9-022.369-002-084:614.4

ИЗУЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Шадманова Н.А., Асатова Н.Б., Сапаева Ф.Р., Расулмухамедова М.Н.
(ТашИУВ)

Авторами изучена этиологии гнойно-воспалительных заболеваний в отделениях многопрофильной больницы, выявлены особенности этиологии инфекционных осложнений в различных отделениях. Исследование показало, что в ожоговом и хирургическом отделениях нагноения ран в преобладающем большинстве случаев вызваны госпитальными штаммами S.aureus. В моче больных урологического отделения наиболее частым изолятом в диагностическом титре (КОЕ 10^4/ в 1мл. и выше) была E.coli, характерная для внутри- и для внебольничных инфекций. В мокроте больных пульмонологического отделения доминировали гемолитические стрептококки и кандиды.

Ключевые слова: микробиологическая диагностика гнойно-восполительных заболеваний, стафилококки, энтерококки, энтеробактерии, НГОБ.

КЎП ТАРМОҚЛИ КАСАЛХОНА БЎЛИМЛАРИДА ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИНИ ЎРГАНИШ

Муаллиф томонидан кўп тармоқли касалхонанинг бўлимларида йирингли яллиғланиш касалликларининг этиологияси ўрганилди. Касалхонанинг турли бўлимларида инфекцион асоратларнинг этиологиясининг ўзига хос хусусиятлари аниқланди. Текширувлар шуни кўрсатдики, куйганлар ва жаррохлик бўлимларида яраларни йирингли яллиғланишига кўпчилик ҳолларда S.aureus нинг госпитал штаммлари сабаб бўлган. Урологик бўлимдаги беморларнинг сийдигидан аксарият ҳолларда касалхона ичи ва ташқи инфекцияларига хос E.coli (1мл да 10^4 КОЕ ва юқори) ажратиб олинди. Пульмология бўлимидаги беморлар балғамидан гемолитик стрептококк ва кандидалар нисбатан кўпроқ ажратиб олинди.

Калит сўзлар: йирингли –яллиғланиш касалликларини микробиологик ташхиси, стафилококклар, энтерококклар, энтеробактериялар, НГМБ.

THE STUDY OF INFLAMMATORY DISEASES' ETIOLOGY IN PATIENTS OF A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

The authors have studied the etiology of inflammatory diseases in a multidisciplinary hospital. They have identified the features of the contagious complications' etiologies. This study has shown that the hospital strain S.aureus caused the majority of cases with injury suppuration in the surgical and ambustial departments. E.coli, which is typical of intra-hospital infections, was identified as being the most frequent isolate in diagnostic titre (CFU 10^4 / 1ml in. and above) in the urine of patients of the urological department. Hemolytic streptococci and candida dominated in the sputum of patients of the pulmonology department.

Key words: microbiological diagnosis chronic inflammatory diseases, staphylococcus, enterococcus, enterobacters, NGNB.

Изучение этиологии гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) в клиниках неинфекционного профиля – это важный раздел в общем комплексе мероприятий, обеспечивающий надлежащий инфекционный контроль с целью профилактики и борьбы с внутрибольничными инфекциями (2,4,5, 8). Широкий и часто меняющийся спектр условно-патогенных микроорганизмов, циркулирующих в лечебно-профилактических учреждениях разного профиля и появление среди них все новых механизмов устойчивости к антибиотикам (6,7,10), диктуют необходимость постоянного внимания как к расшифровке видового состава возбудителей, так и к грамотному определению их антибиотикорезистентности (1,3,9,11).

Цель - определить видовой состав микроорганизмов, выделяемых из биоматериалов больных с ГВЗ, находящихся на лечении в многопрофильной больнице и выявить особенности этиологии инфекционных осложнений в различных отделениях клиники.

Материалы и методы. Выделение культур микроорганизмов от больных 1гор.больницы г. Ташкента (2015-2016гг) и их первичная идентификация проводились в больничной баклаборатории традиционными классическими методами согласно республиканским нормативным документам и рекомендациям. Часть штаммов была реидентифицирована на кафедре микробиологии ТашИУВ с учетом данных 10 Руководства Bergey's**.**

Результаты. Проведены 1029 бактериологических исследований, в том числе биоматериал из ожоговых ран у 89 больных, хирургических ран – у 306 , мочи у 210 больных (урология) и 29 (ревматология), мокрота у 210 больных (пульмонология) Отдельно рассматривали материал из зева и носа - всего этих анализов было 205, 116 от больных пульмонологии, 65 – от больных аллергологического отделения и 24 из отделения ревматологии. Образцы с отсутствием роста составили, в среднем, 18,1% (186 из 1029), наиболее высок этот показатель был в моче больных урологии, где из 201-ти анализов 73 (34,8%) были отрицательны. Здесь надо напомнить, что при бактериологическом анализе мочи (по Гоулду) принято учитывать концентрацию микробов и анализ считается положительным лишь при концентрации микробов 10^4 и выше в 1мл. Ассоциации микроорганизмов встречались наиболее часто при исследовании мокроты пульмонологических больных (14 образцов, состоящие из двух ассоциантов). Всего было выделено 898 культур микроорганизмов – 492 (54,8%) грамположительных, 242 (29,4%) грамотрицательных и 142 (15,8%) грибы. Соотношение этих групп микроорганизмов наглядно представлено на рис 1.

Как видно, грамположительные микроорганизмы доминировали в ожоговых и хирургических ранах (74,0% и 60,9% соответственно), в носоглотке больных аллергологического отделения (81,9%), и у пульмонологических больных - в мокроте в 59,3%, в зеве и носе – 52,8%. Грамотрицательные бактерии намного чаще, чем во всех других биоматериалах обнаруживались в моче при уроинфекциях (72,8%). Значительно более высокий уровень грамотрицательных возбудителей инфекций в урологии в сравнении с другими отделениями носит закономерный характер ($p< 0,01$). Кандиды наиболее часто высевали у больных отделения пульмонологии – в мокроте из 214 штаммов к кандидам относились 64 (29,9%), в носоглотке из 123 штаммов 41 (33,3%); в сравнении с другими отделениями это достоверно выше - в ожоговых 1,4%, в хирургических ранах 5,4% ($p< 0,01$) и в моче урологических больных 6,6% (x^2 - 3,8, $p<0,05$). В носоглотке больных ревматологии – при небольшом количестве наблюдений - 7 из 22 культур (31,8%) было идентифицировано как кандиды.

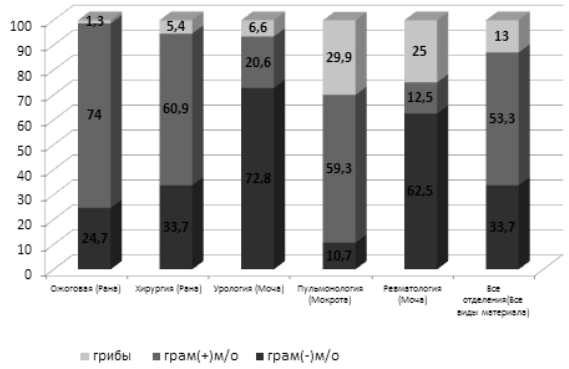


Рисунок 1. **Видовой состав микроорганизмов от больных 1гор.больницы г. Ташкента в разрезе отделений. (2015-2016гг)**

Клебсиеллы и энтеробактеры выявлялись в небольшом количестве и, учитывая их филогенетическое родство, мы объединили их в одну группу. Из-за редких высевов мы объединили также в группу «другие» синегнойную палочку и условно-патогенные энтеробактерии (цитробактеры, протеи). Что касается грамположительной флоры - учитывали лишь S.aureus, Streptococcus haemolyticus, которые за редким исключением (Streptococcus agalactiae) относятся к Str. pyogenes, а также преставителей рода энтерококков – Enterococcus spp. (Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium). Не брали в учет коагулазоотрицательные стафилококки (S.epidermidis и др.), нередко обнаруживаемые в носоглотке пациентов (они могут быть в норме), иногда – в моче, но в низких титрах. Не учитывались также зеленящие стрептококки, представляющие нормофлору полости рта и встречаемые во многих образцах мокроты, зева и носа госпитализированных больных. Среди зеленящих стрептококков важно было не пропустить Streptococcus pneumoniae (особенно при анализе мокроты от больных пульмонологического отделения). Однако ни одна из культур, дающих позеленение на кровяном агаре, не могла быть отнесена к пневмококкам, так как не соответствовала этому виду по главным ключевым признакам (морфология клеток, чувствительность к оптохину, лизис в желчи и др.).

Результаты по изучению видового состава микроорганизмов, представляющих, предположительно, внутригоспитальные штаммы (раны, моча, мокрота) представлены в табл.1.

Таблица1.

Виды (роды) микроорганизмов, выделенных от больных разных отделений многопрофильного стационара

№	Отделение	Вид материала	Грамотрицательные				Грамположительные				**Кандиды**
			Всего	E.coli	Klebsiella Enterobacterspp	Другие	Всего	S.aureus	Str. haemolyticus	Enterococcus spp	
1	Ожоговая	Рана	18	3/16,6	12/66,6	3/16,6	54	54/100	-	-	1
2	Хирургия	Рана	88	45/51,1	33/37,5	10/13,4	159	151/95,0	1/0,6	7/4,4	14
3	Урология	Моча	99	74/74,7	12/12,1	13/13,2	28	28/100,0	-	-	9
4	Пульмонология	Мокрота	23	11/47,8	10/43,5	2/8,7	127	35/27,6	89/70,0	3/2,4	64
5	Ревматология	Моча	5	4/80,0	1/20,0	-	1	1/100,0	-	-	2
6	Все отделения	Все виды материала	233	137/58,8	68/29,2	28/12,0	369	269/72,9	90/24,4	10/2,7	90

Числитель - абс

Знаменатель- %

В ожоговых, хирургических ранах и моче 95% -100% грамположительные микроорганизмы-были представлены золотистым стафилококком. В мокроте больных отделения пульмонологии доминировали гемолитические стрептококки – 89 (70%), которые в других отделениях практически не обнаруживались (P< 0,01). Находки энтерококков были редкими – 7 (4,4%) штаммов при инфекции ран в хирургии и 3 (2,4%) в мокроте бронхолегочных больных. При анализе носоглотки госпитализированных больных – из 123 выделенных грамположительных культур, более половины (54,5%) составили S.aureus, остальные относились к гемолитическим стрептококкам. Что же касается группы грамотрицательных бактерий – всего в этой группе было 233 штамма. Как видно из табл.1. суммарно наибольший удельный вес заняли эшерихии (58,8%), на втором месте клебсиеллы-энтеробактеры (29,2%) и 12% - синегнойная палочка, протеи и другие. Частота высеваемости E.coli из мочи больных с уропатологией достоверно выше, чем из ран больных хирургического отделения(x^2 - 10,2, P< 0,01). Соотношение удельного веса E.coli и Klebsiella/ Enterobacter в биоматериалах бронхолегочных больных практически на одном уровне (47,8% и 43,5%), чего нельзя сказать в отношении ожоговых ран – несмотря на немногочисленность грамнегативных бактерий в этих ранах, клебсиелл и энтеробактеров здесь существенно больше, чем других представителей грамотрицательной флоры. В сборной группе Klebsiella/Enterobacter, состоящей из 68 штаммов– 35 относилось к виду K.pneumoniae и 35 к роду Enterobacterspp.; при носоглоточном обследовании было выделено 7 K.pneumoniae и 9 Enterobacterspp. Обращает на себя внимание достаточно частое выявление этих микроорганизмов (в равных долях) из гнойных ран в хирургии – 17 штаммов K.pneumoniae и 16 Enterobacterspp. И,наконец, P.aeruginosa – как отмечалось, из-за малочисленности этот вид не выделен отдельно. Из 28-ми штаммов группы «другие» к синегнойной палочке относились 17 (60,7%), из них преобладающее большинство было изолировано из мочи больных с уроинфекцией (8 штаммов) и из гнойных хирургических ран (4 штамма).

Выводы .

1.Для каждого отделения многопрофильной больницы и для каждого биотопа госпитализированных больных характерна своя микрофлора,

2.В ожоговом и хирургическом отделениях нагноения ран в преобладающем большинстве случаев вызваны госпитальными штаммами S.aureus.

3.В моче больных урологического отделения наиболее частымизолятом в диагностическом титре (КОЕ 10^4/ в 1мл. и выше) была E.coli, характерная как для внутрибольничных, так и для внебольничных инфекций

4.В мокроте бронхолегочных больных пульмонологического отделения доминировали гемолитические стрептококки и кандиды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации «Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам», (Версия-2015-02 утверждены.Санкт-Петербург, 10.05.2014 г., Москва, 23.05.2014
2. Микробиологические и эпидемиологические аспекты современных внутрибольничных (ВБИ) инфекций. Исхакова Х.И., Рахманова Ж.А., Шадманова Н.А. Учебно-методическое пособие, Ташкент, 2012
3. Руководство EUCAST по определению механизмов антимикробной и специфической устойчивости, обладающих особым клиническим и/или эпидемиологическим значением. Редакция 1.0, декабрь 2013.
4. СанПиН №0304-42 Профилактика внутрибольничных инфекций, Ташкент 2012г. 175 стр.
5. KumarasamyK.K., TolemanM.A., WalshT.R., BagariaJ., ButtF., BalakrishnanR. etal. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India,Pakistan,and the UK:amolecular,biological and epidemiological study // Lancet Infect Dis.-2010.-V.10.- P.597-602.
6. Magilorakos A.P., Srinivasan A., Carey R.B., et all. Multidrug – resistant, extensively drug-resistant and pandgug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim acquired resistance/ Clin. Microbiol. Infect/ 2012, 18 (3), 268-281.
7. Rodríguez-Baño., Picón E., Gijón P. et all.Risk Factors and Prognosis of Nosocomial Bloodstream Infections Caused by Extended-Spectrum-β-Lactamase-Producing Escherichia coli .Journal of Clinical Microbiology, May 2010, p. 1726-1731, Vol. 48, No. 5
8. Leclercq R, Cantón R, Brown DF, Giske CG, Heisig P, MacGowan AP, Mouton JW, Nordmann P, Rodloff AC, Rossolini GM, Soussy CJ, Steinbakk M, Winstanley TG, Kahlmeter G. EUCAST expert rules in antimicrobial susceptibility testing. ClinMicrobiol Infect. 2013 19(2):141-60.
9. Walsh T. Emerging carbapenemases: a global perspective. International J. of antimicrobial agents. 2010, 3683, 8-14.
10. Winstanley T, Courvalin P. Expert systems in clinical microbiology. ClinMicrobiol Rev 2011; 24: 515–556.

УДК:615.282:615.017.1-092

ИММУНОДЕПРЕССИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ГРИЗЕОФУЛЬВИНА НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

КарабаеваИ.Т.
(РСНПМЦДиВ МЗ РУз)

Приведены данные о действии гризеофульвина на иммунную систему экспериментальных животных. Выяснено, что препарат обладает супрессивным действием на первичный и вторичный иммунный ответ. Иммуносупрессивная активность гризеофульвина зависит от длительности применения и сроков введения.

Ключевые слова: гризеофульвин, микроспория, иммунная система, лабораторные животные

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ҲАЙВОНЛАРДА ГРИЗЕОФУЛЬВИННИНГ ИММУНОДЕПРЕССИВ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Илмий тажрибадиги ҳайвонлар иммун тизимига гризеофульвининг таъсири тўғрисидаги маълумотлар келтирилган. Ушбу дори воситасининг бирламчи ва иккиламчи иммун жавобга супрессив таъсирига эга эканлиги аниқланган. Гризеофульвиннинг иммунносупрессив фаоллиги унинг қўллаш давомийлиги ва муддатларга боғлиқ.

Калит сўзлар: гризеофульвин, микроспория, иммун тизим, лаборатор ҳайвонлар

STUDY OF GRISEOFULVIN'S IMMUNOSUPRESSIVE ACTION ON EXPERIMENTAL ANIMALS

This article presents data about the effect of griseofulvin on experimental animals' immune system. We found out that this drug has a suppressive effect on the primary and secondary immune response. The immunosuppressive activity of griseofulvin depends on the intake duration and injection timings.

Key words: Griseofulvin, microsporia, immune system, experimental animals.

Актуальность: В нашей стране, а также в России, Европе, США, Японии, Израиле и в других странах микроспория является самым распространенным микозом в детском возрасте [5,7]. В течение длительного времени (более 30 лет) повсеместно основным средством лечения больных дерматофитиями является Гризеофульвин, как наиболее эффективный антимикотик.

Гризеофульвин- хлорсодержащий антибиотик, продукт биосинтеза грибов рода пенициллиум [3,4]. Антибиотик обладает и фунгистатическим и фунгицидным действием [6]. В 1976 г. Делекторский и соавт. для обоснования применения Гризеофульвина при микроспории провели исследование изменений ультраструктуры гриба Microsporumcanis под влиянием препарата. Используя сканирующий электронный микроскоп, авторы показали, что под влиянием Гризеофульвина происходят необратимые изменения гриба в культуре. С тех пор высокая эффективность препарата была подтверждена многочисленными клиническими исследованиями [5,6]. В то же время по данным литературы Гризеофульвин имеет ряд серьезных побочных действий на организм человека, в том числе и на иммунную систему. По данным Фаустовой применение гризеофульвина, как и других антибиотиков, приводит к угнетению защитных сил организма. Пипкин Я.С. с соавт. при изучении гуморального иммунитета у больных дерматофитиями в процессе гризеофульвинотерапии отметили снижение IgM, угнетение В- розеткообразующих клеток. Все вышеприведенные данные свидетельствуют о том, что механизм действия Гризеофульвинана иммунную систему еще недостаточно изучен [1,2].

Цель исследования - изучить механизмы действия Гризеофульвина на иммунную систему в эксперименте.

Материалы и методы исследования. Эксперименты проводили на мышах линии СВА весом 20-22 г. Животные были разделены на 2 группы: контрольную и опытную. Контрольную группу (36 животных) иммунизировали тест-антигеном (эритроцитами барана). Иммунизация проводилась внутрибрюшинно 10% взвесью эритроцитов барана в физиологическом растворе по 0,2 мл на каждую мышь. Опытная группа(36 животных) в момент иммунизации их ЭБ и в разные сроки, перорально получала масляный раствор гризеофульвина в дозе 0,125 мг/кг веса животного. На 5-е, 14 и 28 сутки после первичной иммунизации определяли количество антителосинтезирующих клеток (АСК) в селезенке животных методом локального гемолиза в геле.

Результаты и их обсуждение. Полученные в результате экспериментальных исследований данные показывают (табл.1 и 2), что у контрольных животных после первичной иммунизации количество антителосинтезирующих клеток быстро нарастает, достигая максимальных величин к 5 суткам иммунизации, затем уменьшается и к концу 2и 4недели насчитывается в пределах нескольких сотен антителопродуцентов в расчете на всю селезенку животного. У однократно иммунизированных мышей опытной группы характер накопления антителосинтезирующих клеток остается таким же, как и в контрольной группе, но их количество значительно меньше (табл.1)

Таблица1.

Влияние однократного введения гризеофульвина на высоту иммунного ответа к эритроцитам барана у мышей линии СВА (M±m)

Экспериментальные группы	Сроки введения гризеофульвина	Количество животных в группе	Количество АСК в селезенке (на 5 сутки)
Животные, иммуни-зированные одно-кратно только ЭБ	–	9	24555 ± 298
Животные, иммунизированные однократно ЭБ и получавшие гризеофульвин в дозе 0,125 мг/кг	За 2 дня до иммунизации	9	4022 ±196*
	Через 2 дня после иммунизации	9	12000 ± 357*
	В день иммунизации	9	5289 ± 285*

Примечание: р – достоверность данных опытной группы по отношению к контролю* - $p<0.05$

При этом в группе животных, которым вводили гризеофульвин за 2 дня до иммунизации ЭБ, число АСК на 5 сутки после иммунизации снижается в 6,1 раз в расчете на всю селезенку. У однократно иммунизированных мышей, получавших гризеофульвин через 2 дня после иммунизации ЭБ, количество АСК снижается в 2 раза в расчете на всю селезенку. А в селезенке у опытных животных, получавших гризеофульвин одновременно с иммунизацией ЭБ, формируется в 4,6 раза меньше АСК, чем в селезенке контрольных животных. Далее нами были анализированы результаты исследования возможной зависимости иммуномодулирующей активности гризеофульвина от сроков введения его животным по отношению к моменту иммунизации их тест-антигеном (табл.2).

Животных забивали на 5-е, 14 и 28 сутки после первичной иммунизации и определяли количество АСК в селезенке.

Исследования показали (табл.2), что примененигризеофульвина за 2 дня до иммунизации эритроцитами барана и в течение 6 дней, в селезенке животных опытной группы формируется наименьшее количество (10,6 раз) АСК против ЭБ, чем в группе животных, получавших гризео-

фульвин через 2 дня после иммунизации и одновременно с иммунизацией ЭБ и в течение от 2 до 4 дней (3,6 раз и 7 раз соответственно).

При исследовании формирования антителосинтезирующих клеток на 14 и 28 дни иммунизации выявлено, что как в контрольной, так и в опытной группе количество АСК резко уменьшается. Однако в опытной группе эти показатели еще больше снижаются и наибольшее снижение количества АСК в обеих сроках наблюдения отмечается у животных, которым гризеофульвин давали за 2 дня до иммунизации эритроцитами барана (2,7 и 2.5 раза соответственно). Результаты экспериментальных исследований свидетельствуют, что гризеофульвин обладает выраженной иммуносупрессивной активностью. Независимо от длительности применения данного препарата наибольшая иммуносупрессивная активность гризеофульвина проявляется при введении его за 2 дня до иммунизации эритроцитами барана.

Представлял интерес изучения действия гризеофульвина на формирование вторичного иммунного ответа.

С этой целью животных иммунизировали ЭБ двукратно на 1и 28день иммунизации. Этим группам животных гризеофульвин вводили однократно в дозе 0,125мг/кг веса животного за 2 дня до повторной иммунизации, через 2 дня после повторной иммунизации и в день повторной иммунизации.

Таблица 2.

Влияние сроков введения гризеофульвина на высоту первичного иммунного ответа к эритроцитам барана у мышей линии СВА (M±m)

Экспериментальные группы	Начало введения гризе-о-фульвина	Сроки введения гризе-о-фульви-на (дни)	Количество животных в группе	Количество АСК в селезенке
Контроль (на 5 сутки)	–	–	9	24733 ± 279
Животные, иммунизированные однократно ЭБ и получавшие гризеофульвин в дозе 0,125 мг/кг	За 2 дня до иммунизации	6	9	2333 ± 182*
	Через 2 дня после иммунизации	2	9	6800 ± 182*
	В день иммунизации	4	9	3533 ± 208*
Контроль (на 14 сутки)	–	–	9	747 ± 30
Животные, иммунизированные однократно ЭБ и получавшие гризеофульвин в дозе 0,125 мг/кг	За 2 дня до иммунизации	15	9	273 ± 13*
	Через 2 дня после иммунизации	11	9	564 ± 14*
	В день иммунизации	13	9	438 ± 18*
Контроль (на 28 сутки)	–	–	9	211 ± 20
Животные, иммунизированные однократно ЭБ и получавшие гризеофульвин в дозе 0,125 мг/кг	За 2 дня до иммунизации	29	9	84 ± 9*
	Через 2 дня после иммунизации	25	9	169 ± 14*
	В день иммунизации	27	9	135 ± 15*

Примечание: р – достоверность данных опытной группы по отношению к контролю * - $p<0.05$

У двукратно иммунизированных мышей, получавших однократно гризеофульвин за 2 дня до повторной иммунизации ЭБ, число АСК в селезенке на 5 сутки после последней иммунизации снижается в 2,8 раз. У двукратно иммунизированных мышей, получавших однократно гризеофульвин через 2 дня после повторной иммунизации, количество АСК в селезенке снижается в 1,6 раз в расчете на всю селезенку. У животных получавших однократно гризеофульвин одновременно с повторной иммунизацией ЭБ формируется в 1,8 раза меньше АСК, чем у животных контрольной группы (табл.3).

В дальнейших исследованиях было изучено влияние сроков введения гризеофульвина на вторичный иммунный ответ к тест-антигену эритроцитам барана у экспериментальных животных. С этой целью животных разделили на 2 группы: первая группа животных получали гризеофульвин со дня 2 иммунизации ежедневно в течение 4 дней, а вторая группа животных с перво-

го дня первой иммунизации ежедневно в течение 32 дней. Животных забивали на 5 сутки после повторной иммунизации и определяли количество анти-ЭБ АСК в селезенке животных.

Результаты исследования показали (табл.4), что в селезенке животных, которые получали гризеофульвин со дня 2 иммунизации ежедневно в течение 4 дней формируется в 2 раза меньше анти-ЭБ АСК по сравнению с количеством анти-ЭБ АСК, формирующихся в селезенке контрольных животных.

Таблица 3.

Влияние гризеофульвина на вторичный иммунный ответ к эритроцитам барана у мышей линии СВА (M±m)

Экспериментальные группы	Сроки введения гризеофульвина	Количество животных в группе	Количество АСК в селезенке (на 32 сутки)
Животные, иммуни-зированные двукратно (1и 28день) только ЭБ	–	9	30978 ± 385
Животные, иммунизированные двукратно (1и 28день) ЭБ и получавшие гризеофульвин в дозе 0,125 мг/кг	За 2 дня до повторной иммунизации	9	11111 ± 226*
	Через 2 дня после повторной иммунизации	9	19289 ± 245*
	В день повторной иммунизации	9	16911 ± 269*

Примечание: р – достоверность данных опытной группы по отношению к контролю * - р<0.05

У животных, которые получали гризеофульвин с первого дня первой иммунизации ежедневно в течение 32 дней, препарат обеспечивал уменьшение количества АСК в более 5,5 раз по сравнению с количеством АСК в селезенке контрольных животных. Следует отметить, что у экспериментальных животных второй группы Гризеофульвин приводил к выраженному угнетению вторичного иммунного ответа.

Таблица 4.

Влияние сроков введения гризеофульвина на вторичный иммунный ответ к эритроцитам барана у мышей линии СВА (M±m)

Экспериментальные группы	Начало введения гризе-о-фульвина	Сроки введения гризе-о-фульви-на (дни)	Количество животных в группе	Количество АСК в селезенке (на 32 сутки)
Контроль	–	–	9	30844 ± 278
Животные, иммунизированные двукратно ЭБ и получавшие гризеофульвин в дозе 0,125 мг/кг	Со дня 2 иммунизации	4	9	15089 ± 269*
Контроль	–	–	9	31155 ± 310
Животные, иммунизированные двукратно ЭБ и получавшие гризео фульвин в дозе 0,125 мг/кг	С 1 дня первой иммунизации	32	9	5578 ± 255*

Примечание: р – достоверность данных опытной группы по отношению к контролю * - р<0.05

Выводы. Результаты экспериментальных исследований свидетельствуют, что Гризеофульвин обладает супрессивным действием на первичный и вторичный иммунный ответ у экспериментальных животных. Иммуносупрессивная активность Гризеофульвина зависит от длительности применения и сроков введения, что необходимо учитывать при подборе терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дьяков Ю.Т., Шнырева А.В., Сергеев А.Ю // Введение в генетику грибов- М.-2006-304с.

2.Едилов Р.И. Профилактическая и терапевтическая эффективность опытной серии вакцины против микроспории животных в экспериментах на кроликах// Проблемы медицинской микологии. 2007-Т.№2-С.55.

3. Кениксфест Ю. В. Опыт применения отечественного антимикотика фунготербина при ле-

чении микроспории в детском возрасте / // Рос. журн. кожных и венерических болезней. — 2008. — № 4.С. 77-80.

4. Коробейникова Э.А., Мартынова Л.М., Крылова Е.А. Применение гризеофульвина и новых антимикотиков в лечении больных микроспорией //Российский журнал кожных и венерических болезней –Москва –2007. –№1. –С.50-52.

5. Малишевская Н.П., Нестеров С.Н. Современные особенности эпидемиологии, клиники и лечения микроспории // Лечащий врач. – Январь 2006. - № 1. – С. 90 – 92.

6.Мишина Ю.В., Шебашова Н.В. Сравнительная эффективность системных антимикотиков в терапии микроспории волосистой части головы //Успехи медицинской микологии. –2007. –Т.Х. –Глава 5. –С.130-131.

7. МедведеваТ. В., ЛеинаЛ. М., БогомоловаТ. С. Микроспория: этиология, эпидемиология, клиника, подходы к терапии // Рос. журн. кожных и венерических болезней. — 2007. — № 4. — С. 54-57.

УДК 614.2+614.3

НОРМАТИВНЫЕ, САНИТАРНЫЕ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ УЗБЕКИСТАНА

Воронина Н.В.
(АМВД, НИИСГиП)

Статья посвящена актуальному вопросу охраны здоровья населения Республики Узбекистан. Показаны широкомасштабные меры по совершенствованию медико-биологической нормативно-правовой базы в сфере обеспечения продовольственной безопасности страны.

Ключевые слова: продовольственная безопасность, международные и республиканские правовые акты, санитарные и медико-биологические нормативные документы Узбекистана.

ЎЗБЕКИСТОНДА ОЗИҚ-ОВҚАТ ХАВФСИЗЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШНИНГ НОРМАТИВ, САНИТАРИЯ ВА ТИББИЙ-БИОЛОГИК АСОСЛАРИ

Мақола Ўзбекистон Республикаси аҳолиси соғлиғини ҳимоя қилиш масалаларига бағишланган. Мамлакатда озиқ-овқат хавфсизлигини таъминлаш доирасида тиббий-биологик меъёрий ҳуқуқий базани такомиллаштириш бўйича кенг қамровли чоралар кўрсатилган.

Калит сўзлар: озиқ-овқат хавфсизлиги, халқаро ва республиканинг ҳуқуқий актлари, Ўзбекистон Республикасининг санитар ва тиббий-биологик меъёрий хужжатлари.

REGULATION, SANITARY AND MEDICAL-BIOLOGICAL BASIS OF FOOD SECURITY IN UZBEKISTAN

This article is devoted to the health protection issues of Uzbekistan's population. Extensive measures to improve biomedical regulatory framework in the field of food security of the country are shown here.

Keywords: food security, international and national legal acts, sanitary and biomedical regulations Uzbekistan.

Государственная политика регулирует эффективность функционирования системы национальной безопасности страны. Одним из приоритетных направлений, обеспечивающих национальную безопасность государства, является деятельность в области здорового питания. Реализация государственной политики в области здорового питания подразумевает создание экономической, законодательной и материальной базы, обеспечивающей производство в необходимых объемах продовольственного сырья и пищевых продуктов, их доступность для всех слоев населения, высокое качество и безопасность, пропаганду принципов рационального питания, постоянный контроль за состоянием питания населения. Политика государства в области здорового питания предполагает и обеспечение его продовольственной безопасности, которая является базовым показателем жизнедеятельности человека.

По определению Продовольственной и сельскохозяйственной организаций ООН (ФАО)

«… продовольственная безопасность достигнута, когда всем людям, в любое время обеспечена физическая, социальная и экономическая доступность достаточного объема безопасных и питательных продуктов, удовлетворяющих физиологические нормы, индивидуальные предпочтения, обеспечивающие активную и здоровую жизнь» [11]. Признавая приоритет безопасности пищевых продуктов на международном уровне, в ноябре 1996 года в Риме принята декларация о мировой продовольственной безопасности, подписан план действий на период до 2015 года. Участниками саммита был принят итоговый документ, важнейшей составной частью которого стали «пять римских принципов» по обеспечению продовольственной безопасности. В феврале 2001 года в Женеве Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была проведена

стратегическая встреча по планированию безопасности пищевых продуктов, в рамках которой обсуждались вопросы развития Глобальной стратегии безопасности пищевых продуктов.

Актуальность данной проблемы определяется тем, что уровень питания населения характеризует уровень экономического развития страны в целом, является маркером социально-демографической безопасности. Многочисленными исследованиями доказано, что недоедание наносит ущерб здоровью человека и ложится тяжелым экономическим бременем на общество. Исследования ФАО в области питания и экономического роста, свидетельствуют о том, что повышение уровня потребления белков на один процент со временем обеспечит рост валового национального продукта (ВНП) на 0,49%. «Сокращение продолжительности жизни или нетрудоспособность в результате недоедания «обходится» развивающимся странам в более чем 220 млн. лет продуктивной жизни (или во много миллиардные суммы потерь производительности и потребления)» [5]. То есть продовольственную безопасность следует рассматривать необходимым условием устойчивого развития, решающим фактором экономической и социальной стабильности в любой стране.

Обеспечение продовольственной безопасности предполагает своевременное прогнозирование, выявление и предотвращение внутренних и внешних угроз продовольственной безопасности, минимизацию их негативных последствий за счет постоянной готовности системы обеспечения граждан пищевыми продуктами, формирования стратегических запасов.

С первых дней независимости Узбекистана продовольственная безопасность страны рассматривалась как комплексная проблема, охватывающая обеспечение республики продовольствием и его доступность для всех слоев населения. Уже в первые годы становления нового государства была четко определена задача по решению продовольственной проблемы за счет внутренних возможностей, в первую очередь, по обеспечению зерновой независимости. За годы независимого развития … производство зерновых увеличилось с 1 миллиона тонн до 7,8 миллиона тонн, превратив нашу страну в экспортера пшеницы. [1].

В условиях мирового экономического кризиса и нестабильности в качестве эффективного способа обеспечения продовольственной безопасности в республике использовались подходы, органично сочетающие рыночные и административные механизмы регулирования. Стабилизация продовольственной безопасности на долговременный период, как часть «узбекской модели» экономического развития страны, получила широкое международное признание.

С течением времени, в результате проведения широкомасштабных реформ в стране, модифицировались экономические процессы, изменилась социальная картина общества, сформировались новые направления и перспективы развития Узбекистана в современном мире. Эти новации определили генеральные направления в обеспечении политики продовольственной безопасности, а, именно, обеспечение достаточных объемов продовольствия соответствующего качества, поставляемого за счет внутреннего производства или импорта. Бурное развитие и поддержка фермерских хозяйств обусловили положительные тенденции в области питания за счет структурных изменений в употреблении продуктов питания населением Узбекистана. Рост производства отмечен в отношении практически всех культур, как в абсолютном значении, так и в килограммах на душу населения. [2].

Таким образом, Узбекистан достиг устойчивого развития отечественного производства продовольствия и сырья, достаточного для надежного обеспечения продовольственной независимости страны.

За короткий срок в Узбекистане налажены не только выращивание, но и эффективная переработка, хранение и поставка населению разнообразной сельскохозяйственной и продовольственной продукции. На международной конференции «О важнейших резервах реализации продовольственной программы в Узбекистане», состоявшаяся в Ташкенте 5-6 июня 2014 году, достижения Узбекистана были признаны международными экспертами. Отмечалось, что внедрение инновационных технологий, включающих био- и нанотехнологии, производства пищевых продуктов и продовольственного сырья, наращивание производства обогащенных, диетических пищевых продуктов, современные технологии хранения и транспортировки пищевой продукции, создают большие трудности в системном обеспечении безопасности пищевой продукции. В результате тесного взаимодействия секторов здравоохранения, сельского хозяйства, транспортных предприятий, пищевой промышленности и общественного питания обеспечивается безопасность всей пищевой цепи.

В Узбекистане обеспечение продовольственной безопасности является актуальным направлением межгосударственного взаимодействия. К примеру, в рамках Соглашения между правительством Соединенных Штатов Америки и правительством Республики Узбекистан о предоставлении сельскохозяйственной продукции по программе «Продовольствие во имя прогресса», Кабинет Министров принял Постановление №85 от 24 марта 2009 года о финансировании приоритетного проекта «Реализация политики в области безопасности пищевых продуктов, повышения контроля качества пищевой продукции, совершенствования своевременной диагностики особо опасных заразных болезней животных».

Совет глав правительств СНГ принял комплекс совместных мер по повышению продовольственной безопасности государств – участников. Разработана и утверждена концепция повышения продовольственной безопасности государств- участников СНГ. Основной целью данной Концепции является надежное обеспечение всего населения основными видами продовольствия за счет производства государствами СНГ при максимально возможной независимости от внешних источников поступления продовольствия, обеспечивающее физическую и экономическую доступности продуктов питания в количестве и качестве, необходимом для жизнедеятельности человека.

Узбекистан принимает активное участие в реализации Codex Alimentarius – свода пищевых международных стандартов, принятых Международной комиссией ФАО/ВОЗ. Основополагающего для стран-участниц общего соглашения о тарифах и торговле (ГАТТ).

Узбекистан подтвердил приверженность политике ВОЗ в реализации новой европейской стратегии «Здоровье 2020», которая направлена на системную поддержку производства и обеспечение безопасности продуктов питания, популяризацию здорового образа жизни, соблюдение социального равенства и справедливости.

Прочная правовая база в области обеспечения безопасности пищевых продуктов – важный фактор защиты интересов человека: законы Республики Узбекистан «О качестве и безопасности пищевой продукции», «О радиационной безопасности», «О защите прав потребителей», «О техническом регулировании», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

На их основе разработаны санитарные и гигиенические нормативы Республики Узбекистан, определяющие критерии безопасности или безвредности для человека среды жизнедеятельности. В частности, утверждены «Санитарные нормы безопасности и пищевой ценности продовольственного сырья и продуктов питания» (СанПиН РУз №0138-08), «Медико-биологические требования и санитарные нормы и гигиенические нормативы качества и безопасности пищевых продуктов» (СанПин №0060-96), «Гигиенические требования к безопасности пищевой продукции» (СанПиН №0283-10) и т.д. Эти нормативные документы устанавливают требования в части органолептических и физико-химических показателей, допустимого содержания химических, радиоактивных, биологически активных веществ и их соединений, микроорганизмов; недопущение генетически модифицированных биологических организмов, пищевых добавок и химических соединений, представляющих опасность для здоровья людей.

Обеспечение продовольственной безопасности особенно актуально для организованных коллективов: военнослужащих, воспитательно-образовательных учреждений, лечебно-санаторных учреждений[3, 4].

Согласно положениям ООН, обязательство соблюдать право на питание означает, что правительство должно выявлять уязвимые группы населения и улучшать их доступ к адекватному питанию путем трудоустройства, предоставления помощи[6]. Подчеркивается, что программы, поддержки уязвимых групп населения, в итоге, повышают показатели физического статуса населения, увеличивают работоспобность, способствуют экономическому росту.

Дефицит питательных микроэлементов вызывает недоедание даже в случаях обеспечения-достаточного потребления питательных макроэлементов, например, белков, жиров и углеводов [8]. Многочисленными исследованиями доказано влияние дефицита питательных веществ на физическое формирование и состояние здоровья человека. Показано, что недостаточное потребление белков и других основных пищевых веществ, а также дефицит жизненно важных микроэлементов, особенно йода, витамина А и железа, влечет за собой ряд отрицательных последствий для здоровья, в равной мере затрагивая взрослых и детей [7]. По самым скромным оценкам С. Хортона, потери производительности труда среди взрослого населения Бангладеш, Индии и Пакистана в результате комбинированного воздействия, а именно, замедления роста из-за недоедания и дефицита микроэлементов в рационе, составляют от двух до четырех процентов годового ВНП этих стран [9]. Согласно расчетам ФАО, хроническое недоедание, отягощенное йододефицитом и железодефицитом, может сократить ВНП на два-четыре процента. Поэтому, во многих странах предпринимаются меры по обеспечению населения питательными микроэлементами. Эти меры включают финансирование производства и потребления продуктов с высоким содержанием питательных микроэлементов, то есть обеспечение разнообразного питания, обогащение продуктов и добавку питательных микроэлементов.

Проблема дефицита йода всегда была актуальной для Узбекистана. По статистике Центра эндокринологии распространенность йододефицитных состояний по республике составляет 40%. Йододефицит негативно влияет на здоровье женщин, физическое и умственное развитие детей и подростков. Учитывая последствия недостаточности поступления в организм йода для здоровья человека, в 2007 году был принят Закон «О профилактике йоддефицитных заболеваний» (ЗРУ № 384-97 от 03.05. 2007), в котором регламентировано обязательное йодирование соли производителем.

На основе фундаментальных исследований учеными нашей страны установлены оптималь-

ные уровни потребления пищевых и биологически активных веществ, разработаны практические рекомендации по реализации принципов рационального питания населения (СанПиН № 0103-01).

Принята концепция и комплекс мер по обеспечению здорового питания населения Республики Узбекистан на период 2015 – 2020 годы (ПМК № 251 от 29.08.2015), в которой важная роль отводится формированию у населения осознанной необходимости в здоровом питании, профилактике алиментарно-зависимых заболеваний.

Результаты комплексного подхода в проблеме доступности питания, программ поддержки уязвимых групп населения прослеживаются в очевидном улучшении здоровья населения.

Сегодня в республике продолжается работа по гармонизации показателей безопасности пищевых продуктов с международными требованиями на основе фундаментальных исследований в области науки о питании; совершенствуется система контроля за безопасностью пищевых продуктов; применяются образовательные программы для населения в области здорового питания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выступление Президента Ислама Каримова на открытии международной конференции «О важнейших резервах реализации продовольственной программы в Узбекистане» 05.06.2014

2. Доклад Президента Ислама Каримова на торжествах, посвященных 24-летию Независимости Республики Узбекистан от 31.08.2015.

3. Воронина Н.В. К вопросу об обеспечении продовольственной безопасности личного состава силовых государственных структур //Ўзбекистонда ҳўқуқ фанини ривожлантиришнинг назорий ва амалий муаммолари. Илмий мақолалар тўплами. - Т.: Академия, 2004. - С. 187-190.

4. Крапчина Л.Н., Котова Л.Г. Обеспечение качества продовольствия – необходимое условие реализации продовольственной безопасности России //Российское предпринимательство. - 2014. - № 17 (263). - С. 110-119.

5. Отсутствие продовольственной безопасности: когда люди вынуждены жить впроголодь и в страхе перед угрозой голодания. В кн.: Отсутствие продовольственной безопасности в мире / ФАО, Рим, 2001.

6. Право на питание /ООН. Генеральная Ассамблея. Сессия 56. 23 июля 2001. Вашингтон, 2001.

7. Профилактика нехватки питательных микроэлементов - путь к подходам на основе продуктов питания. //Издание Международного института медико-биологических наук. ФАО, Вашингтон, 1997.

8. Тутельян В.А. Алименарно-зависимые заболевания: оценка риска // Материалы конференции «Проблемы оценки риска здоровью населения от воздействия факторов окружающей среды». М.,2004., С.21-23

9. Хортон С., Росс Дж. Экономика железодефицита. //Издание «Продовольственная политика». – 2003. – № 28. – С. 51–75.

10.Food Safety Strategic. Planning Meeting /Report of a WHO Strategic Planning Meeting, 20—22 February 2001. World Health Organization (WHO). Geneva, Switzerland, 2001.

УДК 613.95

ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ ПО ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Камилова Р.Т., Абдусаматова Б.Э., Исакова Л.И.
(НИИ СГиП)

Методом анкетирования проведено социологическое исследование по изучению проблем здорового образа жизни 514 учащихся в возрасте от 7 до 18 лет образовательных учреждений г.Ташкента. Определено, что большинство учащихся получают информацию о здоровом образе жизни в семье (90,3%), в образовательном учреждении (37%), от медицинских работников (19%) и в 42,3% случаев - через средства массовой информации. Учащиеся считают, что здоровье человека зависит в основном от физического благополучия населения. Беседы и лекционные занятия с учащимися-спортсменами по вопросам здорового образа жизни проводятся реже, чем с детьми, незанимающимися спортом. Более 30% детей в основном младших классов не участвовали в беседах и лекциях на тему о здоровом образе жизни.

Ключевые слова: дети, здоровый образ жизни, источники информации, семья, образовательное учреждение, медицинские работники, средства массовой информации

СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ АСОСИЙ ЭЛЕМЕНТЛАРИ БЎЙИЧА ЎҚУВЧИЛАРНИ МАЪЛУМОТ ОЛИШ МАНБАЛАРИ

Тошкент шаҳридаги турли хил типдаги таълим муассасаларида таълим олаётган 7 ёшдан 18

ёшгача бўлган 514 нафар ўқувчиларнинг соғлом турмуш тарзи муаммоларини ўрганиш бўйича сўровнома услубида ижтимоий тадқиқотлар ўтказилди. Ўқувчиларнинг аксарият қисми соғлом турмуш тарзи ҳақидаги маълумотларни оиласидан олади (90,3%), таълим муассасаларида (37%), тиббиёт ходимлари томондан (19%) ва 42,3% ҳолатда – турли хил оммавий ахборот воситалари орқали. Ўқувчилар инсон саломатлиги асосан аҳолини жисмоний фаровонлигига боғлиқ деб ҳисоблайди. Соғлом турмуш тарзи масалалари бўйича спортчи-ўқувчилар билан ўтказиладиган суҳбат ва маъруза машғулотлари спорт билан шуғулланмайдиган болаларга қараганда камроқ ўтказилади. Асосан – кичик синфда ўқийдиган 30% дан ортиқ болалар соғлом турмуш тарзи мавзусидаги суҳбат ва маърузаларда иштирок қилмаганлар.

Калит сўзлар: болалар, соғлом турмуш тарзи, маълумот олиш манбалари, оила, таълим муассасалари, тиббиёт ходимлари, оммавий ахборот воситалари

PUPILS INFORMATION SOURCES ON BASIC ELEMENTS OF A HEALTHY LIFESTYLE

Using a survey, a sociological study was conducted examining issues of a healthy lifestyle of 514 students aged from 7 to 18 years. Most students receive information about healthy lifestyle from their family (90.3%), educational institutions (37%) from health care workers (19%) and in 42.3% of cases - through the media. Students believe that health is affected largely by the physical well-being of the population. Discussions and lectures regarding healthy lifestyle are held less frequently with students who do sports than with children who are not occupied with sports. More than 30% of children in elementary classes did not participate in these discussions related to the topic of healthy lifestyle.

Key words: children, healthy lifestyle, information sources, family, educational institutions, health workers, mass media.

Привычка к здоровому образу жизни должна формироваться с раннего возраста в семье, а также в образовательных учреждениях, где на должном уровне необходимо проводить пропаганду здорового образа жизни. От того, насколько успешно удается сформировать и закрепить в сознании принципы и навыки здорового образа жизни в молодом возрасте, зависит в последующем вся жизнедеятельность человека. Здоровый образ жизни – это оптимальный двигательный режим; отсутствие вредных привычек (курение, употребление алкогольных напитков и наркотических веществ); рациональное питание; закаливание; личная гигиена; положительные эмоции.

При формировании у детей правильного представления о здоровом образе жизни, необходимости соблюдения его основных норм и правил очень важны источники, из которых они могут почерпнуть нужную информацию по данному вопросу. Так, в результате проведенных социологических исследований среди учащихся города Тольятти было выявлено, что большинство из них получают информацию о здоровом образе жизни от родителей (62%). Для 53% опрошенных детей, основным источником информации о здоровье и здоровом образе жизни выступает Интернет. Учителя в школе на уроках и классных часах беседуют с детьми на темы здорового образа жизни в 51% случаев. 27% школьников получают информацию о здоровом образе жизни из средств массовой информации (телевидение, газеты), 21% - от друзей и знакомых, 10% - из книг и специальной литературы [1]. Автор данной работы подчеркивает, что в структуре источников информации подростков о здоровом образе жизни усиливается значение Интернета, по сравнению с традиционными видами общения и информирования. В работе делается акцент на то, что предоставляемая Интернетом интересующая информация доступна в любое время, но не всегда отличается высоким качеством и соответствует истинному положению дел.

Учитывая тот факт, что для проведения целенаправленной работы с детьми используют различные не только формы и методы, но средства формирования представлений о здоровом образе жизни, основной **целью** исследований явилось изучение структуры источников информации по основным элементам здорового образа жизни, характерных для современных детей г.Ташкента.

Объекты и методы исследований. В рамках Государственного грантового проекта АДСС-15.17.1 «Разработка системы гигиенического нормирования условий и организации учебной деятельности, двигательной активности и питания с отслеживанием социального градиента и состояния здоровья детей Узбекистана, занимающихся физкультурой и спортом», в апреле-мае 2015 года сотрудниками лаборатории гигиены детей и подростков НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз было проведено социологическое исследование по изучению проблем здорового образа жизни детей. Исследование проводилось методом анкетирования среди 514 учащихся в возрасте от 7 до 18 лет, обучающиеся в общеобразовательной школе, академическом лицее и профессионально-техническом колледже города Ташкента. Количественный состав мальчиков и девочек был практически одинаковым. Весь обследованный контингент учащихся, в зависимости от уровня их двигательной активности, был разделен на 2 группы: 1 группа – учащиеся, занимающиеся спортом; 2 группа – учащиеся, незанимающиеся спортом.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученных данных свидетельствует, что информацию о таких элементах здорового образа жизни, как занятия физкультурой и спортом, закаливающие процедуры, рациональное питание и профилактика вредных привычек, наибольшее количество детей, как 1, так и 2 групп, получают в семье: от родителей (80,2±2,88 против 78,8±2,56%, P>0,05) и от других членов семьи (10,9±2,25 против 10,6±1,93%, P>0,05). Источником информации более чем для 37% учащихся, не зависимо от обследованной группы, являются учителя (36,5±3,47 против 38,0±3,04%, P>0,05)., в среднем, в 19% случаев дети получают информацию от медицинских работников (15,1±2,58 и 23,5±2,66%, P<0,05). Остальные дети теоретические знания о здоровом образе жизни получают через средства массовой информации, включая телевидение (15,7%), Интернет ресурсы (7,7%), учебные издания и специальную литературу (7,5%), газеты и журналы (6,4%), а также радио (5%).

На вопрос анкеты «Назовите источники получения информации о правилах личной гигиены?» максимальное количество детей, занимающихся и незанимающихся спортом, в равной степени получают знания благодаря учителям (67,2±3,44 и 68,7±2,92%, P>0,05) и родителям (52,7±3,66 и 45,2±3,14%, P>0,05)., в среднем, j часть опрошенных учащихся узнают о правилах личной гигиены от медработников (19,9±2,93 и 29,4±2,87%, P<0,05), почти половина детей - в результате просмотра телепередач (12,6%), чтения книг и специальной литературы (11,3%), поиска информации в Интернете (9,1%), бесед с друзьями и знакомыми (8%), а также в результате чтения журналов (5,3%) и брошюр (2%).

Анализ ответов на вопрос анкеты «Из какого источника, Вы получаете знания о защите организма от заболеваний, передающихся половым путем и ВИЧ-инфекции?» показал, что нужную информацию о способах и методах защиты организма от ИППП и ВИЧ-инфекции в 33% случаев дети получали от медицинских работников (24,3±3,19 и 41,6±3,09%, P<0,001), в 18,4% случаев - в семье, включая родителей (15,5±2,69% и 21,2±2,56%, P>0,05) и других членов семьи (5,5±1,43% и 5,5±1,70%, P>0,05), в 17,8% случаев – от учителей (18,2±2,87 и 17,3±2,37%, P>0,05) и в 7,2% случаев дети были информированы друзьями и знакомыми. Знания о способах и методах защиты организма от ИППП и ВИЧ-инфекции остальные дети получали, используя различные средства массовой информации – телевидение (5,2%), учебные издания (4,1%), Интернет ресурсы (3,7%), а также газеты и журналы (3,1%). В тоже время, из общего количества опрошенных учащихся, 27% детей не имели сведений о заболеваниях, передаваемых половым путем, и не могли назвать источник, из которого они получают информацию о способах и методах защиты организма от ИППП и ВИЧ-инфекции.

В результате анализа данных анкетного опроса по выявлению мнения детей о том, как влияют различные элементы образа жизни на здоровье человека, установлено, что обследованные учащиеся считают, что на формирование здоровья человека, в большей степени, влияют такие факторы, как «достаточная продолжительность прогулок на свежем воздухе» (84,9%), «регулярный уход за полостью рта» (84,3%), «регулярное проведение утренней зарядки и закаливания» (83,3%), «регулярный уход за телом и волосами» (80,9%), «потребление свежих овощей, фруктов, молока и молочных продуктов, мяса и рыбы» (79,5%), «прохождение регулярного медицинского осмотра» (75,6%), «достаточная продолжительность ночного сна и отдыха» (73,7%), «3 разовое горячее питание» (67,7%). Достоверных различий по количеству перечисленных вариантов ответов между детьми 1 и 2 групп не выявлено.

Если учесть, что поведение, в отношении своего здоровья, у детей тесно связано с уровнем их теоретических знаний о здоровом образе жизни и факторах риска, а также - с уровнем развития жизненных практических навыков, включая все аспекты здорового образа жизни: физическое, социальное, эмоциональное и нравственное благополучие. То из представленного соотношения ответов на вопросы видно, что большинство учащихся главным резервом здоровья человека последовательно считают такие элементы образа жизни, как двигательная активность, закаливание, личная гигиена, рациональное питание, медицинское обслуживание, чередование труда и отдыха. Следовательно, учащимися основной акцент делается на одной из составляющих здорового образа жизни - это физическое благополучие населения (двигательная активность, закаливание, рациональное питание, личная гигиена, профилактические прививки).

Здоровый образ жизни основывается на приобретенных теоретических знаниях с последующим развитием жизненных практических навыков. В связи с этим, одной из задач опроса являлось определение тематики бесед с детьми по здоровому образу жизни, проводимых родителями, медицинскими и педагогическими работниками. Определено, что среди обследованных детей, занимающихся и незанимающихся спортом, большинство учащихся участвовали в беседах и присутствовали на лекциях, посвященных рассмотрению следующих тем: 78% - «правила личной гигиены» (76,5±3,29 и 79,4±2,62%, P>0,05); 76,2% - «культура общения» (75,6±3,31 и 76,7±2,75%, P>0,05); 74,4% - «рациональное и сбалансированное питание» (72,5±3,46 и 76,3±2,77%, P>0,05); 71,2% - «оказание первой медицинской помощи» (69,1±3,60 и 73,8±2,85%, P>0,05); 70% - «о рациональном режиме дня» (71,3±3,53 и 69,2±3,01%, P>0,05); 69% - «развитие физических

качеств при занятиях спортом» (70,8±3,51 и 67,2±3,04%, P>0,05); 68,2% - «о профилактике травматизма» (67,1±3,57 и 69,2±2,98%, P>0,05); 68,1% - «о вреде курения, алкоголя и наркотиков» (63±3,79 и 73,1±2,87%, P<0,05); 63,2% - «методы и способы закаливания организма» (60,1±3,83 и 66,4±3,08%, P>0,05); 61,8% - «значение режима сна и отдыха» (62,8±3,77 и 60,7±3,19%, P>0,05); 56,5% - «профилактика инфекционных заболеваний, ИППП и ВИЧ-инфекции» (51,6±3,94 и 61,3±3,18%, P<0,05); 51,8% - «профилактика грибковых заболеваний» (48,2±3,90 и 55,3±3,24%, P>0,05). Из представленных данных можно заключить, что более чем с 1/3 частью детей, в основном - младшего школьного возраста, беседы и лекции по здоровому образу жизни не проводились. В тоже время, беседы и лекции с учащимися-спортсменами по вопросам здорового образа жизни проводятся реже, чем с детьми, незанимающимися спортом, за исключением 2 тем, касающихся режима дня и физической подготовленности.

Выводы.Теоретические знания о здоровом образе жизни наибольшее количество детей получают: в семье (в 90,3% случаев), от учителей (в 37% случаев), медицинских работников (в 19% случаев) и в 42,3% случаев - через различные средства массовой информации.

Учащиеся считают, что здоровье человека, в большей степени, зависит от физического благополучия населения (двигательная активность, закаливание, рациональное питание, личная гигиена, регулярные медицинские осмотры).

Беседы и лекционные занятия с учащимися-спортсменами по вопросам здорового образа жизни проводятся реже, чем с детьми, незанимающимися спортом. Более чем 1/3 часть обследованных детей не участвовали в беседах и лекциях по здоровому образу жизни.

В результате проведенных социологических исследований, разработаны методические рекомендации, направленные на формирование у детей правильного представления о здоровом образе жизни, необходимости соблюдения его основных норм и правил [2, 3, 4, 5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Е. С. Источники информации подростков о здоровом образе жизни //Концепт. - 2015. - №01 (январь). - ART 15012. - URL: http://e-kon- cept.ru/2015/15012.htm. - Гос. рег. Эл № ФС 7749965. - ISSN 2304-120X.

2. Камилова Р.Т., Абдусаматова Б.Э., Исакова Л.И., Башарова Л.М. Гигиенические нормы учебной нагрузки, режим дня и отдыха учащихся //Метод. рекомендации. - Ташкент, 2015. - 48 с.

3. Камилова Р.Т., Абдусаматова Б.Э., Исакова Л.И., Башарова Л.М. Гигиенические требования к организации и условиям выполнения домашних учебных заданий //Метод. рекомендации. - Ташкент, 2015. - 22 с.

4. Камилова Р.Т., Абдусаматова Б.Э., Исакова Л.И., Башарова Л.М. Физическое воспитание и гигиенические нормы двигательной активности учащихся //Метод. рекомендации. - Ташкент, 2015. - 32 с.

5. Камилова Р.Т., Абдусаматова Б.Э., Исакова Л.И., Башарова Л.М. Гигиенические принципы организации здорового питания детей //Метод. рекомендации - Ташкент, 2015. - 32 с.

УДК 613.95; 641.562

КРАТНОСТЬ И ПРИВЫЧКИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ И НЕЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Абдусаматова Б.Э., Камилова Р.Т., Камилов Ж.А.
(НИИ СГиП, ТашГосСИ)

В результате анкетного опроса 514 детей от 7 до 18 лет, обучающихся в разных типах учебных заведений г.Ташкента (общеобразовательная школа, академический лицей и профессиональный колледж) определено, что режим питания у детей по кратности приема пищи был рациональным. Трех- и, значительно реже - четырехразовое горячее питание характерно лишь для 25% учащихся. Значительное количество детей предпочитают в своем рационе жареную, соленую, жирную, копченую и острую пищу. Постоянно и часто принимают биологически активные добавки к пище (БАД) 15% учащихся, а витамины – 39%, большинство из которых это дети подросткового возраста, занимающиеся каким-либо видом спорта.

Ключевые слова: дети, кратность и привычки питания, витамины, биологически активные добавки к пище (БАД)

СПОРТ БИЛАН ШУҒУЛЛАНАДИГАН ҲАМДА ШУҒУЛЛАНМАЙДИГАН БОЛАЛАРДА ОВҚАТЛАНИШ СОНИ ВА ОДАТЛАРИ

Тошкент шаҳридаги турли хил типдаги ўқув юртларида (умумтаълим мактаблари, академик лицей ва касбий коллежларда) таълим олаётган 7 ёшдан 18 ёшгача бўлган 514 нафар болаларни сўровномаси натижасида шу нарса аниқландики, овқатни истеъмол қилиш сони бўйича болаларни овқатланиш тартиби оқилона ташкил қилинган. Уч ва камдан кам ҳолатларда тўрт

маҳалли иссиқ овқат ўқувчиларнинг 25% учун хос бўлган. Болаларнинг аҳамиятга эга сони ўзини овқатланиш рационида қовурилган, шўр, ёғли, дудланган ва ўткир таъмли овқтларни афзал кўради. 15% ўқувчилар доимо ва кўпинча овқат билан билогик фаол қўшимчаларни (БФҚ) қабул қиладилар, витаминларни эса-39%, бу болаларнинг кўпчилигини спортни турли турлари билан шуғулланадиган ўсмирлар ташкил қилади.

Калит сўзлар: болалар, овқатни истеъмол қилиш сони ва овқатланиш одатлари, витаминлар, овқатга билогик фаол қўшимчалар (БФҚ)

MULTIPLICITIES AND FOOD HABITS OF CHILDREN ATTENDING AND NOT INVOLVED IN SPORTS

The results of a survey which included 514 students (age range being 7-18 years), who studied in different educational institutions (school, academic lyceum and professional college) revealed that the children's diet was rational. Meals were eaten three times a day, and 25% of students would eat four times a day. Many children prefer to have fried, salty, oily, smoked and spicy food in their diets. Occasionally they consume biologically active additives (15%) and vitamins (39%) with their food. The majority of students who consume the aforementioned are teenagers and those, who are engaged in sports.

Key words: children, multiplicity and food habits, vitamins, biologically active additives (BAA).

Введение. Правильный режим питания является составной частью общего распорядка дня ребенка. Режим питания детей должен гармонично сочетаться с режимом занятий, труда и отдыха. Для детского организма важное значение имеет правильное питание, способствующее гармоничному росту и развитию, высокой работоспособности, увеличению адаптационных возможностей, профилактике развития алиментарно-зависимых заболеваний, устойчивости к действию инфекций и других неблагоприятных факторов внешней среды [2, 4, 5, 10].

Одним из факторов, оказывающих значительное негативное воздействие на состояние здоровья детей является неправильно организованное пищевое поведение и нерациональное питание, обусловленное низким уровнем знаний правил рационального питания: сбалансированный рацион; режим питания, включая кратность приема пищи в течение суток, определенные интервалы между приемами пищи и правильное распределение суточного рациона (этапы питания); продукты, богатые основными питательными веществами и необходимые для полноценного питания; напитки и питьевой режим [2, 3, 5, 6]. В связи с этим, пищевое поведение, в виде регулярного и рационального питания, необходимо формировать с раннего детства, т.к. оно характеризует не только отношение детей к своему здоровью, но и стремление к соблюдению принципов здорового образа жизни. Нарушение пищевого поведения, в виде переедания одних и недоедания других пищевых продуктов, бесконтрольный прием биологически активных добавок (БАД) к пище и витаминов, также могут вызвать различного рода отклонения в состоянии здоровья [7]. По международным стандартам БАД – это природные (или идентичные природным) биологически активные вещества (БАВ), предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов. В рационе питания недостаток важнейших для обеспечения здоровья элементов является неизбежной закономерностью, что, в свою очередь, требует внесения корректив в привычные рационы, в виде дополнительного приема витаминов и микроэлементов [1, 8, 9].

Цель работы - сравнить соблюдение режима питания детей, занимающихся и незанимающихся спортом.

Методы исследования. Методом анкетного опроса изучена кратность и некоторые привычки питания, частота потребления БАД и витаминов. Опрошено 514 учащихся от 7 до 18 лет (237 девочек и 277 мальчиков), обучающихся в разных типах учебных заведений г.Ташкента (общеобразовательная школа, академический лицей и профессионально-технический колледж). В зависимости от уровня двигательной активности, все обследованные дети были разделены на 2 группы: 1 группа – учащиеся-спортсмены и 2 группа – дети, незанимающиеся спортом.

Статистичексая обработка полученного материала проведена с использованием пакета программ Excel, вычислены средние арифметические (M) и ошибки средних арифметических величин (m). Оценка достоверности сравниваемых величин велась с вычислением коэффициента t-Стьюдента.

Работа выполнена в рамках Государственного грантового проекта АДСС-15.17.1 «Разработка системы гигиенического нормирования условий и организации учебной деятельности, двигательной активности и питания с отслеживанием социального градиента и состояния здоровья детей Узбекистана, занимающихся физкультурой и спортом».

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлено, что режим питания у всех обследованных детей был вполне рациональным: у 94,2% учащихся 1 группы и, в несколько в меньшей степени, у детей 2 группы (93,1%) общее число приемов пищи составляло от 3 до 5 раз в день.

Но, в среднем, лишь 27,6% учащихся-спортсменов и 24% детей 2 группы потребляли горячие блюда 3-4 раза в день. Более чем у 60% опрошенных учащихся кратность приема горячей пищи составляла только 2 раза в день, как правило - это обед и ужин (табл. 1). Количество детей, у которых число приемов пищи составляло 1 раз в день, было несколько меньше в 1 группе, чем во 2 (9,9±2,09 против 16,4±2,18%). В данном случае различие между показателями сравниваемых групп носило достоверный характер (P<0,05). Основной причиной неупотребления горячего питания, в подавляющем большинстве случаев, учащиеся указывали на отсутствие времени и условий в учебном заведении.

Таблица 1

Кратность приема горячей пищи и некоторые привычки питания учащихся

№	Показатель	Группа				P
		1		2		
		M	±m	M	±m	
Количество приемов горячей пищи в день, %						
1	1	9,9	2,09	16,4	2,18	<0,05
2	2	62,6	3,40	59,6	2,90	-
3	3	25,6	3,06	23,3	2,50	-
4	4	2,0	0,98	0,7	0,49	-
Предпочитаемая пища, % случаев						
1	жареная	45,6	3,81	59,3	2,91	<0,01
2	тушеная	5,8	1,79	33,3	2,79	<0,001
3	вареная	24,6	3,29	22,8	2,49	-
4	соленья	7,6	2,03	11,9	1,92	-
5	копченая	8,2	2,10	8,4	1,64	-
6	жирная	12,3	2,51	6,3	1,44	<0,05
7	острая	4,1	1,52	11,2	1,87	<0,01
8	сладкая	7,6	2,03	14,0	2,06	<0,05

Среди обследованных детей наблюдалась тенденция к не соблюдению правил здорового питания. Так,, в среднем, в 52,5% случаев учащиеся-спортсмены и дети, незанимающиеся спортом, предпочитают иметь в своем в рационе жареную пищу, в 10,8% - сладкую, в 9,3% - жирную, в 8,3% – копченую и в 7,7% случаев – острую пищу, а также в 9,8% случаев - соленья. Сравнительный анализ количества учащихся 1 и 2 групп показал, что дети, незанимающиеся спортом, в большей степени предпочитают пищу с высоким содержанием жиров, сахара, соли и острых приправ.

Более 65% старшеклассниц общеобразовательной школы, девочек лицея и колледжа пробовали придерживаться или придерживались различных диет, чтобы сбросить лишний вес. Причем количество таковых девочек во 2 группе было в 1,2 раза больше, чем среди сверстниц, занимающихся спортом. Около 4% учащихся придерживались диеты по рекомендациям врача. В подавляющем большинстве случаев диета назначалась при избыточной массе тела, анемии и аллергии, связанных с питанием, а также - после перенесенных заболеваний (инфекционный гепатит, болезни органов пищеварения или мочеполовой системы).

Таблица 2

Частота потребления витаминов и биологически активных добавок к пище, %

№	Показатель	Группа				P
		1		2		
		M	±m	M	±m	
Потребление витаминов						
1	часто	30,4	3,33	23,0	2,50	-
2	иногда	35,1	3,45	37,5	2,88	-
3	постоянно	13,6	2,48	11,0	1,86	-
4	не употребляет	20,9	2,94	28,6	2,69	-
Потребление БАД						
5	часто	8,3	2,06	5,4	1,36	-
6	иногда	26,1	3,27	22,7	2,52	-
7	постоянно	7,8	2,00	8,3	1,66	-
8	не употребляет	57,8	3,68	63,5	2,89	-

На вопрос анкеты «Как часто Вы употребляете витамины и биологически активные добавки к пище?» 24,8% детей ответили, что не употребляют витамины и 60,7% - не употребляют БАД (табл. 2). В тоже время, «постоянно» и «часто» принимают витамины – 39% опрошенных учащихся и БАД – 14,9%; остальные дети изредка потребляют названные препараты. Определено,

что дети, занимающиеся спортом, в 1,1 раза чаще принимают витамины и в 1,2 раза чаще – БАД, но достоверных различий между количественным составом детей, занимающихся и незанимающихся спортом, потребляющих витамины и БАД, не выявлено.

Определено, что причины, формирующие потребление БАД и витаминов, среди опрошенных учащихся практически не различались. Так, основной целью их применения учащимися-спортсменами было «увеличить физическую работоспособность», «улучшить состояние здоровья», «улучшить работу органов дыхания» и «улучшить работу нервной системы». Учащиеся 2 группы употребляли БАД с той же целью как и их сверстники-спортсмены, а также для того чтобы нарастить мышечную массу тела (табл. 3).

Данные, полученные при анкетировании, свидетельствуют также о том, что витамины, в значительно большей степени, потребляли часто болеющие дети из числа учащихся, незанимающихся спортом. Нередко прием витаминов являлся дополнительным лечением к антибактериальной терапии, т.е. назначались врачом во время приема противовоспалительных лекарственных препаратов, как правило, при острых респираторных и кишечных инфекциях или обострениях какого-либо хронического заболевания.

В связи с этим, немаловажным считали вопрос о том, кто назначал детям прием БАД и витаминов. Анализ ответов на данный вопрос свидетельствовал о том, что в 50% случаев потребление БАД и витаминов осуществлялось по рекомендациям врачей и почти 15% родителей самостоятельно выбирали БАД и витаминные комплексы для своих детей.

Анализ количественного состава детей по возрастным группам показал, что наиболее часто дети принимали витамины и БАД в 11-15 лет, т.е. в период интенсивного роста и развития организма.

Известно, что одним из свойств эффективности воздействия БАД и витаминных комплексов являются доза, кратность и длительность их приема. Анализ результатов опроса показал, что в подавляющем большинстве случаев дети, занимающиеся и незанимающиеся спортом, потребляли БАД и витамины под контролем родителей, причем, в среднем, 88% из них - только по предписанию врача, а около 6% - согласно инструкции к применению.

Таблица 3

Причины потребления учащимися биологически активных добавок, %

№	Показатель	Группа				P
		1		2		
		M	±m	M	±m	
	Цель потребления БАД					
1	снизить массу тела	7,8	2,66	8,2	2,26	-
2	увеличить массу тела	7,8	2,66	7,5	2,17	-
3	нарастить мышечную массу	7,8	2,66	11,6	2,64	-
4	улучшить состояние здоровья	20,6	4,00	23,8	3,51	-
5	увеличить физическую работоспособность	22,5	4,14	21,1	3,36	
6	улучшить функцию органов дыхания	15,7	3,60	8,8	2,34	-
7	улучшить функцию сердечно-сосудистой системы	5,9	2,33	9,5	2,42	-
8	улучшить функцию нервной системы	15,7	3,60	10,2	2,50	-
9	выводить токсины	2,0	1,37	2,7	1,34	-
10	другие причины	4,9	2,14	14,3	2,89	<0,01
11	не знаю, затрудняюсь ответить	1,0	0,98	6,8	2,08	<0,05
	Кем рекомендован БАД					
12	врач	52,8	4,50	47,7	3,58	-
13	тренер	4,1	1,78	1,5	0,88	-
14	учитель	0,8	0,80	0,5	0,50	-
15	родители	16,3	3,33	13,3	2,43	-
16	друзья	2,4	1,39	7,2	1,85	<0,05
17	сам (а)	4,1	1,78	8,7	2,02	-
18	не знаю, затрудняюсь ответить	19,5	3,57	21,0	2,92	-

Выводы. У 95% учащихся режим питания является рациональным, т.к. кратность приема пищи у них составляла от 3 до 5 раз в день, но горячее питание 3-4 раза в день было характерно, в среднем, для 25% учащихся. В связи с тем, что большое количество детей предпочитают в своем рационе жареную, соленую, жирную, копченую и острую пищу, то внимание родителей должно быть обращено на щадящий способ приготовления пищи (ограничение жареных и жирных блюд) и химический состав потребляемой пищи (ограничение соли, специй и сахара).

Почти 15% учащихся «постоянно» и «часто» принимают БАД, а 39% - витамины, причем учащиеся-спортсмены принимают их в 1,2 раза чаще, чем дети, незанимающиеся спортом. Наибольшее количество детей принимают БАД и витамины в подростковом возрасте, т.е. в период активного роста и гормональных изменений в организме. Большинство потребляющих БАД и витаминные комплексы, соблюдают дозировку, кратность и длительность приема.

Результаты исследований явились основанием для разработки методических рекомендаций по организации здорового питания детей школьного возраста [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Баренбойм Г. М., Маленков А. Г. Биологически активные вещества. Новые принципы поиска. – М.: Наука, 1986. - 368 с.
2. Батурин А.К. Разработка системы оценки и характера питания населения России: Автореф. дис. д-ра мед. наук. - М., 1998. - 47 с.
3. Вржесинская О.А. Значение обогащенных пищевых продуктов и витаминно-минеральных комплексов в обеспечении организма детей витаминами и минеральными веществами //Вопр. детской диетологии. - 2008. - № 5 - С. 19-27.
4. Горелова Ж.Ю. и др. К вопросу о состоянии питания подростков //Современный подросток. - М., 2001. - С. 44-52.
5. Камилова Р.Т., Абдусаматова Б.Э., Исакова Л.И., Башарова Л.М. Гигиенические принципы организации здорового питания детей: метод. рекомендации. - Ташкент, 2015.- 30 с.
6. Лавриненко Г.В. Санитарно-гигиенический контроль за организацией питания в учреждениях для детей и подростков: метод. рекомендации. – Минск: БГМУ, 2005. – 24 с.
7. Лир Д.Н. Пищевое поведение детей школьного возраста //Актуальные проблемы питания: матер. науч.-практ. конф. - Пермь, 2008. - С. 106-108.
8. Спиричев В.Б., Шотнюк Л.Н., Позняковский В.М. Обогащение пищевых продуктов витаминами и минеральными веществами //Наука и технология. – Новосибирск, 2004. – 548 с.
9. Худайберганов А.С. К изучению витаминной полноценности некоторых продуктов питания Узбекистана с учетом условий их производства //Актуальные проблемы гигиены питания в Узбекистане: сб. науч. тр.:. - Ташкент, 1991. - С. 76-78.
10. Чернова Е.Г. Выявление факторов риска и принципы профилактики недостаточности питания у детей подросткового возраста 15-17 лет г.Чебоксары Чувашской Республики: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2008. – 24 с.

УДК 613.6:614.876:621.039.584

ОЦЕНКА И КЛАССИФИКАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА ПЕРСОНАЛА ПРИ РАБОТЕ НА ПЛОЩАДКАХ ДОЛГОВРЕМЕННОГО ХРАНЕНИЯ РАДИОАКТИВНЫХ ОТХОДОВ

Тен О.Л.
(ТашИУВ)

В процессе трудовой деятельности работники подвергаются воздействию производственных факторов. Объекты ядерно-топливного цикла и вторичная переработка отходов являются производствами, где персонал сталкивается со средами, содержащими огромное количество радиоактивных элементов.

Ключевые слова: уран, условия труда, ядерно-топливный цикл, радиоактивные отходы, профессиональный риск, санитарно-гигиенические факторы, вторичное производство

РАДИОАКТИВ ЧИҚИНДИЛАРНИ УЗОҚ МУДДАТ САҚЛАШ МАЙДОНЛАРИДА ИШ ОЛИБ БОРИШДА ХОДИМЛАР МЕҲНАТ ШАРОИТИНИНГ ТАСНИФИ ВА УНИ БАҲОЛАШ

Меҳнат фаоляти жараёнида ишчилар ишлаб чиқариш омиллари таъсирига учрайди. Ядро-ёқилғи цикли объектлари ва чиқиндиларни иккиламчи қайта ишлаш ходимларнинг меҳнат фаолияти давомида турли фаоллиқдаги ва турли агрегат ҳолатдаги кўп миқдордаги радиоактив элементлар сақловчи муҳитлар билан тўқнашадиган ишлаб чиқариш турларидан бири ҳисобланади.

Калит сўзлар: уран, меҳнат шароити, ядро-ёқилғи цикли, радиоактив чиқиндилар, касб хавф-хатари, санитария-гигиеник факторлар, иккиламчи ишлаб чикариш

THE CLASSIFICATION AND ASSESSMENT OF THE WORKING CONDITIONS OF THE PERSONNEL PERFORMING THE WORK AT THE SITES OF LONG-TERM STORAGE OF RADIOACTIVE WASTE

During work, employees are exposed to some industrial factors. The objects of nuclear fuel cycle and recycled waste are one of those industries, where staff might face media containing a huge amount of radioactive elements.

Key words: uranium, working conditions, the nuclear fuel cycle, radioactive waste, occupational hazard, sanitary and hygiene factors, secondary production.

Важным условием устойчивого социально-экономического развития общества является трудовая активность всех его членов и обеспечение безопасности их жизнедеятельности. Как показывает опыт, ни один вид деятельности не является абсолютно безопасным [4].

По данным Международной Организации Труда (МОТ), в результате негативного воздействия на работников производственных факторов, ежегодно в мире умирают около 2,2 миллионов человек. Еще около 160 миллионов по всему миру страдают от заболеваний, связанных с трудовой деятельностью, а количество несчастных случаев на производстве оценивается в 270 миллионов в год [6].

Таблица 1

Геохимическая структура ядерно-топливного цикла

Технологический процесс ЯТЦ	Химические элементы	Основные химические элементы, технологические корреляторы	Основные химические элементы – геохимические корреляторы
Добыча урановых руд	U	Минералы и пустая порода (дробление и измельчение исходной руды)	U и продукты его деления
	U	S (подземное выщелачивание)	Макро- и микроэлементы шахтных вод, пустой породы, рудной пыли. U и продукты его деления (Ra, Rn, Th, Po, Pd, Bi, At)
Обогащение урановых руд	U, Fe, Au, Cu, Ta, Th, Nb и другие компоненты руд	Si, Ca, N, P, F (флотореагенты)	Fe, Ca, Si, P, Cu, Th и другие элементы содержащиеся в рудах и переходящие в шлам. U и продукты его деления
Гидрометаллургическая переработка урановых руд	U	N, P, S, Cl, Na (реактивы)	N, S, O, Fe, Ca, Mg, Al, Mn, Ni, U, Th (кеки, шламы). H, O, C, N, S, Cl (отходящие газы). U и продукты его деления
Производство фторидов урана, изотопное обогащение, аффинаж	U	H, N, P, F (реактивы)	B, Li, Cd, TR (шламы), H, O, C, N, F (отходящиегазы)

Анализ производственных аварий и несчастных случаев показывает, что основными причинами производственного травматизма и профессиональной заболеваемости являются нарушение трудовой и технологической дисциплины, низкий уровень профессиональной подготовки персонала в области безопасности, незнание техногенных опасностей и методов защиты от них [1, 3, 5, 7].

Объекты ядерно-топливного цикла (ЯТЦ) являются производством, где в процессе трудовой деятельности персонал сталкивается со средами, содержащими радиоактивные элементы различной активности и в любом агрегатном состоянии [2]. ЯТЦ в республике представляет собой комплекс технологических процессов: добыча, дробление, флотация, выделение концентрата, который после обогащения, конверсии и очистки экспортируется на изготовление топливных элементов для АЭС [2, 8].

Отработанные ранее производства и их отходы в будущем предполагается утилизировать (вторичная переработка отходов) и превратить в фабрики по извлечению драгоценных металлов и редкоземельных химических элементов. Отходы содержат изотопы урана, воздействие которого может привести к острой и хронической урановой интоксикации [9]. В ранние сроки воздействия преобладает химическая токсичность элемента, в поздний период оказывает действие радиационный фактор. (Таб. 1).

Перечисленные обстоятельства диктуют необходимость разработки мер по оценке вредных и опасных производственных факторов и охране здоровья работников с тяжелыми и вредными условиями труда.

Методы исследований. Для разработки рекомендаций по проведению аттестации стационарных и нестационарных рабочих мест по условиям труда и оценке профессиональных рисков работников на опасных производственных объектах ЯТЦ:

– изучены нормативные правовые акты, регламентирующие проведение аттестации рабочих мест по условиям труда;

– систематизированы теоретические разработки по проблемам оценки и управления рисками повреждения здоровья работников, и выявлена специфика проведения аттестации рабочих мест по условиям труда;

– раскрыты особенности проведения аттестации рабочих мест и установлены основные вредные и опасные производственные факторы;

– проведены исследования взаимосвязи аттестации рабочих мест по условиям труда и оценка профессиональных рисков.

Таблица 2

Основные элементы и вредности

	Наименование			
Факторы условий труда	Санитарно-гигиенические	Химический	Химические элементы и их соединения	Общетоксичные (Pb, As, Be, V, Co, Ra, Zn, Sb, изотопы и соединения U)
				Раздражающие (Sn)
				Сенсибилизирующие (Cr (VI), Mn, Ni, Cu)
				Канцерогенные (Cd, Pb, Bi, Cr (II), Po, Be и его соединения, Sr, бензопирен)
		Биологический	Микроорганизмы	Бактерии, вирусы, грибы
			Макроорганизмы	Растения, животные
		Физический	Ионизирующее излучение	Измерение уровня мощности дозы внешнего γ-излучения
				Измерение удельной α-активности материала почв отвалов и объемной активности Rn и Tn в воздухе, воде и почве
				Измерение удельной активности в дренажах и почвах ЕРН U и Th рядов
			Вибрация (виброскорость и виброускорение)	Общая
				Локальная
			Шум	Механический
			Метеорологические факторы	
			Ультрафиолетовое излучение	Длинноволновое (0,4 – 0,32 мкм)
				Средневолновое (0,32 – 0,28 мкм)
				Коротковолновое (менее 0,28 мкм)
			Пыль (определение содержания в пыли ЕРН уранового и ториевого ряда) и диаметр частиц	Аэрозоли силикатных минералов
				Аэрозоли карбонатных минералов
				Аэрозоли железоокисных минералов (железо-урановые руды)
				Аэрозоли сульфидных минералов
				Аэрозоли каустобиолитовых минералов (из органического вещества)
	Психо-физиологические	Нервно-психический		
		Постоянная работа	На открытом воздухе	
		Оценка риска	Индивидуальный	Суммарный
			Групповой	Экологический, технический, социальный

Результаты исследований. Оценка условий труда работающих на площадках РАО включила исследования санитарно-гигиенических и психофизиологических факторов производственной среды. В их числе:

1. Комплексное лабораторно-инструментальное исследование физических, химических, био-

логических факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса на рабочем месте. При этом исследовались и анализировались отдельные факторы и суммарный бальный показатель путем умножения балла фактора на продолжительность воздействия (%).

2. Обосновано отнесения рабочего места к классу и степени вредности и опасности труда;

3. Подтверждено (установлено) наличие или отсутствие права работников на льготное пенсионное обеспечение;

4. Установлены причинно-следственные связи возникновения неблагоприятных условий труда и ведущие факторы;

5. Разработаны мероприятия по оздоровлению условий труда и профилактике профессиональных заболеваний.

Были определены фактические значения наиболее значимых опасных и вредных факторов, формирующие неблагоприятные условий труда, которые следует учитывать и уменьшать/снижать.

На основе полученных данных рассчитан балл каждого санитарно-гигиенического фактора с учетом времени воздействия.

Работы постоянно проводятся на открытом воздухе, что в гигиеническом плане рассматривается как дополнительный неблагоприятный фактор и оценивается двумя баллами независимо от периода года, без учета временного фактора.

Психофизиологические факторы рассчитывались суммарно за всю смену.

Получена, на основе расчетных данных, величина физической динамической нагрузки, связанной с перемещением грунтов во время процессов рекультавации и возможной утилизации.

Определены основные элементы и вредности, отраженные в таблице 2.

Обсуждение. Исследования и оценка вредных и опасных производственных факторов и охрана здоровья работников на площадках объектов ЯТЦ, разработка мер профилактики - мера необходимая и обоснованная.

Разработкой профилактических мер можно снизить риск возникновения профессиональной заболеваемости, исключить нарушения трудовой и технологической дисциплины, улучшить уровень профессиональной подготовки в области безопасности.

При возврате отработанных ранее производств и их отходов во вторичный цикл производства (утилизация), в фабрики по извлечению драгоценных металлов и редкоземельных химических элементов, где переработка отходов, содержащих радиоактивные вещества, связана с многофакторным воздействием.

Конечной целью исследований на площадках долговременного хранения на наш взгляд являются:

1. Определение производственных факторов, влияние которых может вызывать негативные изменения состояния некоторых функций организма.

2. Установление сроков хранения радиоактивных отходов и отходов, с повышенным содержанием радионуклидов и постоянного радиационного контроля.

3. Разработка методик и экономически выгодных технологий по вторичному извлечению радиоактивных веществ и полезных металлов.

4. Вторичное извлечение, с учетом экологического баланса и увеличения химической нагрузки на окружающую среду.

Выводы

1. Обеспечение безопасных и безвредных условий труда при проведении работ на площадках долговременного хранения радиоактивных отходов мера необходимая, однако, в силу различных причин на некоторых рабочих местах условия труда в значительной степени отличаются от оптимальных и допустимых.

2. Теоретические и практические аспекты исследования проблемы аттестации рабочих мест по условиям труда, как важнейшего элемента механизма управления охраной труда на предприятиях, необходимы для управления риском.

3. Создание механизма оценки и классификация радиационно-гигиенических факторов условий труда на площадках РАО и выявление вредных и опасных производственных факторов, является затратным мероприятием для предприятий. Поэтому следует до проведения аттестации иметь достоверную информацию о наличии вредных и опасных факторов, которые можно было бы исключить из процедуры идентификации.

4. Отходы урановой промышленности самостоятельно не утилизируются промышленностью и экологическими системами, поэтому основная цель работников на таких участках - оптимизация и превращение линейного процесса образования отходов в бесконечный природно-производственный цикл вторичных ресурсов, складирование отходов в поверхностных хранилищах или пассивный метод (рекультивация территорий).

5. Решить вопросы охраны труда возможно при наличии полной, достоверной и своевре-

менной информации о состоянии условий труда на рабочих местах, чем и является аттестация рабочих мест.

6. Результаты аттестации рабочих мест являются основанием для разработки и реализации мероприятий по приведению условий труда в соответствие с требованиями норм, правил по охране труда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефремова О. Аттестация рабочих мест по условиям труда в организациях. Рекомендации и нормативные документы. – М.:Альфа-Пресс. – 2012. – 408 с.

2. Малышевский В.С. Методические указания к курсу «Ядерная физика и элементарные частицы» для студентов физического факультета. Часть 2. Ядерный топливный цикл // РГУ (Ростов-на-Дону). - 2003. - № от 2004-04-05. – С. 28

3. Михнюк Т.Ф.Охрана труда и основы экологии. - Минск: Выш. шк., 2007. - 356 с.

4. Михнюк Т.Ф. Охрана труда. - Минск: ИВЦ Минфина, 2007. - 320 с.

5. О дальнейшем совершенствовании мер по охране труда работников :постановлениеКабинета Министров Республики Узбекистанот 15 сент. 2014 г. № 263// Собрание законодательства. - 2014. - № 38. Ст. 484.

6. Сомавиа Х. // Обеспечение достойного труда в Европе и Центральной Азии. Восьмое Европейское региональное совещание.Международное бюро труда. – Лиссабон. 2009. Том I, Часть 2.

7. Трудовой Кодекс Республики Узбекистан:Утвержден Законом Республики Узбекистан от 21 дек. 1995 г., изм.: от 20.08.2015 г. № ЗРУ-391 // Ведомости Олий Мажлиса. - 1996 г. - № приложение к № 1. «Народное слово». - 1996 г. - № 21-22 (1282-1283).

8. Туманов Ю. Н. Плазменные и высокочастотные процессы получения и обработки материалов в ядерном топливном цикле настоящее и будущее. - М. ФИЗМАТЛИТ, 2003. - 760 с. - 18ВК 5-9221-0416-0. [с.1]

9. Тютюник Ю.Г. Техногенез урана // НАНУ (Чернобыль). – 1996. - С. 77 INIS-VA-035.

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 «**Саломатликни сақлашда руҳий тамойилнинг аҳамияти**» 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 «**Значение психического подхода на охрану здоровья**».

Желающие врачи могут ознакомиться с учебной программой, для получения удостоверения они должны ответить только на изданные в журнале АВУ тесты (ксерокопия не принимается), после чего надо направить ответы в АВУ или отделения АВУ по Республики Каракалпакстан, городу Ташкенту и областных отделений. Врачам, ответившим правильно на тесты и набравшие достаточное количество баллов будут выданы удостоверения, подтверждающие их дистанционное обучение. Порядок обучения состоит из четырех этапов (этапы дистанционного обучения прилагаются).

Врачи желающие получить удостоверение согласно решению Совета должны перечислить фиксированный сбор в размере 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

САЛОМАТЛИКНИ САҚЛАШДА РУҲИЙ ТАМОЙИЛНИНГ АҲАМИЯТИ

Маматова Н.М., Иргашев Ш.Б., Агзамова О.М.

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ПОДХОДА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ

Руҳий тамойил соғлом ҳаёт тарзини шакллантиришнинг муҳим таркибий қисми ҳисобланади, энг аввало у одамнинг марказий нерв тизими ва унда кечадиган жараёнларнинг характери билан узвий боғлиқ бўлади. Мияга ташқи муҳитнинг таъсири оқибатида инсон руҳияти шаклланиб боради.

Психика (руҳият) – бу миянинг хусусияти бўлиб, у атрофдаги ҳодисаларни ўзида акс эттиради, сўнгра одам ички субъектив образ асосида ўзини, дунёқарашини, хулқи ва фаолиятини яратади.

Психология – бу умуман одам руҳиятининг пайдо бўлиши, ривожланиши ва намоён бўлиши қонуниятларини ҳамда одам онгини шахс сифатида ўрганувчи фан ҳисобланади. Одам руҳияти ва ташқи олам билан ўзаро таъсири икки хил шаклга эга: онг ва онгсиз. Онг – миянинг юқори акс эттириш қобилияти бўлиб у туфайли одам ўзининг ўй-фикрлари, ҳис-туйғулари, ҳатти-ҳаракатларига жавоб бериши ва назоратга олиши мумкин. Онгсизлик- руҳиятда етарли даражада ўз вазнига эга бўлиб, ҳар қандай руҳий ҳаракатлар онгсиз тарзда бошланади ва кейин онг даражасига етади. Онгсиз ҳатти-ҳаракатларга одатлар, мойиллик, интуиция, организм автоматизми кабилар киради. Инсоннинг онгсиз руҳияти ҳақида қатор назариялар мавжуд, шулардан З.Фрейд (1856-1939) нинг тавсия этган руҳиятни таҳлил этиш усулубидир, бунда одамнинг онгсиз даражада амалга оширадиган фаолияти унинг ҳақиқий хулқ атворини намоён этади ва уни онгсизликдан онг даражасига олиб чиқади. Руҳий жараёнлар турли туман бўлади ва у ҳар бир одамда ўзига хос индивидуал кечади, у фаолликнинг аниқ даражасини характерлаб, шахснинг руҳий фаолиятини белгилайди. Бундай кўринишлар руҳий ҳолат дейилади, масалан: илҳомланиш ёки сусткашлик, ишонч, иккиланиш, безовталик ёки тушкунлик ва стресс ҳолатлари ва б. Яна бир тушунча руҳий хусусият – бу ҳар бир шахснинг хулқ атворидаги барқарор ҳолатлар темперамент, характер, қобилият, иқтидор ва бошқа руҳий сифатлар. Шундай қилиб, одам руҳияти етарли даражада мураккаб ва кўп қиррали тизим ҳисобланади ва индивидуал жиҳатдан ёрқин фарқланади.

Психология кўпқиррали фан сифатида соғлом ҳаёт тарзини шакллантириш масалалари билан узвий боғлиқ томонлари мавжуд ва бу асосан учта йўналишда ўз аксини топади:

- умумий психология, одам руҳий фаолиятини қонуниятларини ўрганади;
- ёш психологияси, одамнинг руҳий ривожланишини турли ёшларда шахснинг руҳий хусусиятлари ва руҳий жараёнлар (хотира, фикрлаш)ни ўрганади;
- педагогик психология, одамга таълим бериш ва тарбиялашнинг руҳий асосларини ёш психологияси билан ўзаро ҳамкорликда ўрганади.

Саломатлик психологиясини ўрганиш жараёнида яна бир муҳим томони бу эмоция жараёнларидир.

Эмоция – турли таъсиротлар, хабарларга одамнинг субъектив қайғуриш муносабати яъни қониқиш, қувониш ёки хафа бўлиш, қўрқув, даҳшат ва ҳ.к. ёки энг қувончли ҳолатдан чуқур қайғуга ботишгача бўлган ҳолатлар.

Эмоциялар одамнинг турли эҳтиёжларини қондирилиши билан узвий боғлиқ, бу шахснинг ривожланишига ижобий таъсир этади. Эмоцияларга бевосита таллуқли руҳий томон бу кайфиятдир. Бу ҳар хил давом этадиган ижобий ёки салбий эмоционал фон бўлиб, бизнинг жисмоний ва ижтимоий фаровонлигимиз даражасини белгилайди ва бирон соҳага руҳий чоғланишимизни баҳолайди. Эҳтиёжларни қондириш эҳтимолининг пастлиги салбий эмоцияларни, аксинча эҳтиёжларни қондирилиши эса ижобий эмоцияларни келтириб чиқаради.

Одамнинг руҳиятига таъсир этувчи ҳолатларни салбий баҳолаш организмда умумий тизимли реакцияларни чақиради бу- эмоционал стресс дейилади.

Стресс – фавқулодда таъсирлар туфайли пайдо бўладиган организмнинг умумий таранглик ҳолати ва мудофаа реакциясини намоён этиш.

Ушбу ибора Г.Селье томонидан ўтган асрнинг 30 йилларида таклиф этилган бўлиб, энг аввало руҳиятни эмоционал томонини акс эттиради ва бу стресс (дистресс) узоқ давом этганда организмда чуқур ўзгаришларга олиб келиши мумкин.

Эмоционал стресс, стресс-омиллар туфайли келиб чиқади, буларга мия салбий баҳолайдиган таъсиротлар, вазиятлар киради.

Замонавий инсонларда хулқнинг ижтимоий мотивлари - эмоционал стресслар таранглиги деб аталади, у одамлар орасидаги низолар каби психоген омиллар оқибатида келиб чиқади.

Одамларда жисмоний фаолликнинг пасайиб кетиши, гиподинамия ва ортиқча вазн муаммоси ҳам кўпинча стрессларга сабаб бўлади.

Стресс ҳолати учта босқичга (фаза) ажратилади. Организмнинг индивидуал хусусиятларига боғлиқ тарзда фазанинг давомийлиги ўзгариши мумкин.

Биринчи босқич – гипофизнинг таъсирланиши оқибатида буйрак усти бези АКТГ гормони қонга чиқади. Бир вақтнинг ўзида симпатик нерв тизими фаоллашади ва натижада юрак уриши тезлашади, артериал босим ошади, қон ивиши кучаяди. Ушбу босқич “безовталик” деб аталади, бутун организмнинг стрессга қарши туриши эмоционал қўзғалишлар билан ифодаланади ва тизимлар катта зўриқиш билан ишлай бошлайди.

Иккинчи босқич - барқарорлик фазаси, гормонлар секрецияси маълум даражада стабиллашади, бироқ симпатик нерв тизимининг фаоллиги юқори даражада сақланади ва меҳнат қобилиятини қўллаб-қувватлаб туради.

Стрессли вазиятнинг узоқ давом этиши ва организмнинг мослашув имкониятларини пасайиши туфайли учинчи босқич – толиқиш юз беради, организмда иммунитет кескин тушиб кетади ва унинг иш қобилияти сусаяди. Бу жараёнларнинг ўта стресс-зўриқишлар билан узоқ давом этиши организмнинг дезадаптациясига ёки дистрессга олиб келади. Дистресснинг оқибатлари жисмоний ва (озиш, сурункали касалликларнинг қўзғалиши) руҳий (депрессия, безовталик, ҳаяжон ва б.) томондан ҳам оғир бўлиши мумкин.

Хавф омиллари

Дистресс ҳолатини чақирувчи омиллар жуда кўп, уларни иккига ажратиш мумкин: биринчиси - тўсатдан оғир вазиятлар, яқин одамнинг ўлими, ишни йўқотиш, озодликдан махрум этилиш ва ҳ.к., иккинчиси – доимий руҳий тарангликкa олиб келувчи омиллар йиғиндиси , хулқнинг шаклланмаганлиги, ўз қобиғига ўралиб олиш, ишда ва уйда носоғлом муҳит, гиподинамия, нотўғри овқатланиш, сурункали чарчоқ ва ҳ.к.

Одам руҳиятини шакллантиришнинг баъзи хусусиятлари

Муҳитнинг маълум шароитларида, ирсий дастурларни тарғиб қилиш, жумладан таълим тизимида ҳам, одам руҳиятининг барча бирикмалари билан тўла қонли шаклланишига олиб келади ва бу – генотип ҳисобланади. Генотипнинг атроф муҳит билан ўзаро таъсири натижасида морфологик, физиологик ва хулқий белгиларнинг шаклланиши фенотип дейилади. Руҳиятни шаклланишида ирсий омилларнинг ҳам муҳим ўрни борлигини билиш лозим. Бундай боғланиш туфайли баъзи руҳий функциялар наслдан наслга узатилади. Масалан, асаб тизими фаолиятининг ўзига хос наслий хусусиятлари фикрлаш жараёнлари, диққат, хотира кабилар кам миқдорда ташқи муҳитга ва тарбияга боғлиқ бўлади.

Инсон руҳиятининг индивидуал хусусиятлари.

Бошқарув нерв тизимини фаолиятининг турлари ҳақида қатор тавсифлар мавжуд. Улардан энг қадимгиси, Букрот (Гиппократ) томонидан тақдим этилган бўлиб, у тўрт хил (темпераментли) одамларни ажратади: сангвиник, холерик, флегматик ва меланхолик.

Сангвиниклар- барқарор, хушчақчақ, мулоқатчан, ҳаракатчан, мустаҳкам руҳиятга эга бўлган одамлар.

Холериклар- тез қўзғалувчан, бетгачопар одамлар тез кечадиган жараёнларни яхши бошқара олиш қобилиятига эга.

Флегматиклар – инерт, суст ҳаракатли одамлар, секин ўйлайди, бироқ ўз мақсадига эришишда шижоатли.

Меланхоликлар – жуда таъсирчан, осон хафа бўладиган ва тез чарчайдиган одамлар.

Ўтган асрларда буюк физиолог олим И.П.Павлов Гиппократ таснифи бўйича илмий асосланган таълимот яратди. Қўзғалиш ва тормозланиш жараёнларининг баланслашганлиги ёки ҳаракатчанлиги ушбу таълимот асосида ётади. Буюк олим шундай хулосага келди, сангвиник, холерик, флегматик олий нерв фаолиятининг кучли турлари бўлиб, бунда асаб жараёнлари юқори даражада намоён бўлади. Сангвиникларда қўзғалиш ва тормозланиш жараёнлари баланслашган бўлади. Холерикларда қўзғалиш жараёнлари, флегматикларда тормозланиш жараёнлари устун туради. Меланхоликларда асаблари нимжон бўлиб, кичик таъсирларга ҳам улар ўта сезувчан бўлади.

Одамнинг ўзига хос руҳий турларини ажратишни билиш, соғлом ҳаёт тарзини шакллантиришда жуда қўл келади ҳамда бутун ҳаёт фаолиятида улардан самарали фойдаланиш мумкин.

Шахснинг индивидуал руҳий хусусиятларининг барча мураккаблигини характерловчи бир қатор тавсифлар олимлар томонидан яратилганини қайд этиш зарур Немец тадқиқотчиси К.Юнг ўз таснифи асосида одам руҳиятига хос жараёнларни фикрлаш, эмоция, сезги, интиуциянинг намоён бўлиш даражаси ва унинг майил эҳтиёжларини аниқлайди. Бунда олим одамларни икки турга ажратади: экстравертлар – уларнинг эҳтиёжи кўпроқ ташқи муҳитга қаратилган бўлиб, фаол, мулоқатчан, вазиятни ўзгартиришни ҳоҳлайди, лабил ва доим диққат марказида бўлади.

Интеровертлар- ўзининг ички дунёсига йўналтирилган, ёпиқ, ёлғиз, иккиланадиган, жуда таъсирчан ва ночор, жуда тез ўзига оладиган, низоли вазиятларга чидамсиз одамлар.

Инсон руҳиятининг жинсий хусусиятлари.

Эркак ва аёл ўртасидаги психофизиологик фарқланиш асосан ушбу жинс вакиллари миясининг анатомо-физиологик ўзига хусусиятлари билан боғлиқ. Аёлларда эмоционал ҳолатлар юқори намоён бўлади, бу эса уларнинг бош мия ўнг ярим шарларининг фаоллиги билан боғлиқ.

Эркак ва аёл миясининг функционал фарқланиши уларнинг ўзига хос равишда руҳиятини шакллантиради ва ўзгаришларни келтириб чиқаради. Шуни қайд этиш лозимки, эркак ва аёл руҳияти бир-бирига қарши эмас, аксинча улар ижтимоий-биологик эҳтиёжларидан келиб чиқиб бир-бирини тўлдиради.

Руҳиятнинг қўшимча хусусиятларини ривожлантириш ёрдамида, ижобий ҳаёт тарзини шакллантириш орқали икки жинс вакилларининг бир-бирларини ўзаро тушуниш ва қўллаб қувватлаш, ён босиш, индивидуал муносабатларни оптималлаштириш каби руҳий имкониятларни янада кенгайтиради.

Инсон руҳиятининг ёшга қараб шаклланиш хусусияти

Асаб тизимининг онтогенез жараёнида шаклланиши етарли даражада кўп қиррали мураккаб жараён бўлиб, маълум жиҳатдан ирсий дастурланган хусусиятга эга. Руҳиятнинг шаклланиши ҳомиланинг ривожланиш даврида бошланиб, онтогенезнинг 3 ҳафтасида асаб тизими ривожлана бошлайди, 6 ойда миянинг барча бўлимлари катта ярим шарлар шаклланиб бўлади. Мия ушбу даврда шиддат билан ўсиб ривожланади ҳатто кичик салбий омилларга ҳам сезувчанлиги жуда юқори бўлади. Миянинг оғирлиги боланинг туғилиш даврида 340-400 гр етади.

Миянинг ривожланиш жараёнида туғма (шартсиз) рефлекслар механизми шаклланади ва улар билан бола дунёга келади. Руҳиятнинг куртаклари пайдо бўлишида ташқи муҳитдан келаётган сигналлар маълум аҳамиятга эга. Индивидуал хусусиятлар бола ҳаётининг иккинчи ярмидан намоён бўла бошлайди. Бола руҳиятининг шаклланиши учун тартибли ҳаёт тарзи, асосан соғлом овқатланиш ва онанинг ижобий руҳий эмоционал ҳолат жуда муҳим.

Гўдаклик (1ойдан 1 йилгача) ва эрта болалик (1-3 ёш) даврида руҳиятнинг меъёрий ривожланиши учун боланинг она билан яқин мулоқотда бўлиши муҳим аҳамиятга эга. Биринчи яқин алоқа бу тана яқинлиги (силаш, кўкрак эмизиш) ва эмоционал яқин муносабатлар. Болани севиш, эркалаш ва доимо эътибор қаратиш лозим. Бундай муносабатнинг йўқлиги унинг руҳиятини бузилишига олиб келади. Ирсият ва атроф муҳитнинг таъсирини гўдаклик ва эрта болалик даври ўзида яққол намоён этади. Ирсий дастур руҳиятни ривожланишига аниқ йўналиш беради ва уни мазмунан бойитади. Агар муҳитга ирсий дастур мос келмаса унда руҳиятнинг ривожланиши юз бермайди. Агар муҳитнинг фаоллиги паст бўлса, бола билан алоқалар чегараланса, келгусида нутқ ва интеллектуал қобилиятнинг ривожланишида муаммолар келиб чиқади. Болада руҳий ривожланиш меъёрида кечиши учун у билан кўпроқ сўз орқали мулоқот қилиш ва бирга ўйнаш керак.

Мактабгача ёшда (3-6 ёш) боланинг руҳияти навбатдаги ривожланиш босқичига ўтади ва маълум даражада асаб тизимининг тормозланиш жараёнлари такомиллашади. Марказий асаб тизимида етарли даражада мураккаб структур-функционал ўзгаришлар рўй беради. Болалар бу даврда жуда эмоционал, беқарор ва уларнинг руҳияти аффект хусусиятга эга бўлади. Келгусида бу жараён сусаяди ва бола хулқида индивидуал мотивацион тизим шаклланиб боради.Бола руҳиятининг ривожланиш хусусиятлари бу даврда индивидуал тарбия муҳитини талаб этади, шунда ирсий дастурлар ривожланиши учун адекват шароитга эга бўлиши мумкин.

Болаликнинг келгуси босқичи бу (7-11 ёш) ёки эрта ўсмирлик даври (кичик мактаб ёши) бола ривожланишидаги руҳий инқироз даври ҳисобланади. Муносабатлар тизими ўзгариши туфайли қабул қилиш ҳам ўзгариб боради (ўзига, атрофдагиларга, мавқиега нисбатан). Боланинг эмоционал-мотивацион муҳити мураккаблашади. Бола бу ёшида дуч келиши мумкин бўлган омадсизликлар оқибатида унда ўзидан қониқмаслик, ўкиниш, хафагарчилик ва норозилик каби туйғуларнинг йиғиндисини шаклланишига олиб келади. Бу комплекслар келгуси даврларда ёш улғайиши билан ҳам намоён бўлиши мумкин.

Психоэмоционал холат бу даврда ҳали етарли даражада ривожланмаган, лозим барқарорликни (тормозланиш) намоён эта олмайди, шунинг учун болалар узоқ муддат фаол диққатни, фикрни жамлаш ҳолатини ушлаб туролмайди ва жуда тез чарчаб қолади. Агар ақлий юкламалар катта бўлса, бу болани неврозга олиб келади, агар у қўзғалувчан ёки нимжон гурухга мойил бўлса невротизация эҳтимоли янада кучаяди.Шунинг учун боланинг ушбу ривожланиш даври эҳтиёткорлик билан муносабатни талаб этади, буни ёдда тутиш лозим, чунки болани хўрлаш, жаҳлини чиқариш, тахқирлаш, қўполлик қилиш каби ҳолатлар ҳали шаклланиб улгурмаган асаб тизимида турли бузилишларга сабаб бўлиши мумкин.

Ушбу даврнинг сўнгида вазиятни мантиқий таҳлил этиш маълум даражада ривожланиб боради. Агар таълим ва тарбия жараёнида баъзи болаларнинг руҳий ривожланишида бошқа болаларга нисбатан салбий жиҳатлар намоён бўлса унда соғлом ҳаёт тарзини шакллантириш орқали ижобий натижаларга эришиш мумкин.

Келгуси ёш ўрта ва катта ўсмирлик (12-15ёш; 16-18ёш) даври организмда мураккаб ўзгаришлар билан характерланади, энг аввало жинсий етилиш ва эндокрин тизимдаги ўзгаришлар билан ифодаланади.

Организмда бундай жараёнларнинг кечиш тезлиги турлича ва индивидуал характерга эга бўлади, маълумки ўғил болаларга нисбатан қиз болалар эрта етилади ҳамда ўзига хос руҳий хусусиятлар фарқланади.

Баъзан, бу даврда бош миянинг қон билан таъминланиши сусаяди, бу ҳолат тез чарчаш, кайфиятни тезда тушиб кетиши, эмоционал беқарорлик, уйқунинг бузилиши каби ҳолатлар билан кечади. Бу даврда аксарият ўсмирлар ўзини катта одамдек тутади, баъзан катталар томонидан билдирилган эътирозларга тушунарсиз тарзда ноадекват реакциялар, низолар келтириб чиқаради ҳатто асаб чақнаши ҳолатига ҳам келиши ҳам мумкин. Бундай ҳолатда ўсмирга эҳтиёткорлик ва ҳурмат билан муносабатда бўлиш тавсия этилади. Шахсни шакллантириш учун барча имкониятларни сафарбар этиш лозим, ушбу давр келгусида ҳар томонлама етук баркамол одамни вояга етказишга омил бўлиб хизмат қилади.

Хотиржам, фикрларга бой оҳанг, бирон муаммони биргаликда ҳал этиш, ўсмирнинг фикрига диққат қаратиш ва уни қўллаб қувватлаш шахснинг шаклланиши учун ижобий муҳит яратади.

Яна бир маротаба қайд этиш зарур, ўсмирликнинг сўнгги босқичида асаб тизими тўлиқ шаклланиб бўлади.

Ёшлар мақсадли гуруҳи асосан 19-29 ёшгача бўлган даврни қамраб олади. Ёшлик – шахс сифатида ижтимоий-руҳий томондан ўзининг имкониятларини ишга солиш даври. Ушбу даврда шахс ва профессионал нуқтаи назардан мустақилликнинг ва меҳнат лаёқатининг ортиши кузатилади. Буларнинг барчаси асаб тизимида ўз изини қолдиради, шунинг учун тўғри ва эҳтиёткорлик билан ўз саломатлигига ёндошув ушбу даврда психо-эмоционал бузилишлар туфайли ривожланадиган қатор касалликларнинг олдини олади. Келгуси ёш даври: етук ва ўрта, кекса ва қариялар бўлиб, “Мақсадли гуруҳлар” га бағишланган бобда улар билан батафсил танишасиз. Шу билан бир қаторда ушбу ёш даврларида ҳам одамнинг руҳий-эмоционал ҳолатида қатор ўзгаришлар рўй беради. Қўзғалиш ва тормозланиш жараёнлари ўртасидаги баланс бузилади, тормозланиш жараёнлари ортади. Фикрлаш жараёни, жавоб реакцияларининг тезлиги сусаяди. Ўрта ва кекса даврларда нерв тизими фаол ишласада, мавжуд стереотипларни ўзгартириш қийин кечади. Бу жараёнлар катта ҳаёт тажрибаси билан боғлиқ тарзда компенсацияланиб (мослашиб) боради.

Шубҳасиз, ёшга қараб ўзгариш шахснинг индивидуал хусусиятларига ўз таъсирини ўтказади, агар инсон ўзини такомиллаштириб, шахс сифатида ижобий фазилатларни доимо шакллантириб борса, унда индивидуал типологик параметрлар ёшга хос камчиликларни бекитади.

Одам саломатлигининг руҳий жиҳатлари ва уни шакллантиришнинг тамойиллари

Ҳаёт тарзини шакллантиришда руҳий тамойил бевосита одамнинг руҳий саломатлиги билан боғлиқ бўлади. Одам организмида психоэмоционал ҳолатларнинг меъёрида адекват кечиши руҳий саломатликдан далолат беради.

Руҳиятнинг таркибий қисми бўлган, диққат, қабул қилиш, хотира, қўзғалувчанлик, эмоционал ҳолатлар маълум даржада ижобий характерга эга бўлиши шарт. Руҳий саломатликка хос кўрсаткичлар: руҳий ёки руҳий-соматик касалликларнинг йўқлиги; руҳиятнинг ёшга бўйича меъёрий шаклланганлиги; одамнинг меъёрий психоэмоционал ҳолати.

Ҳаёт тарзини шакллантиришда соғлом овқатланиш, жисмоний фаоллик ва сексуал саломатлик билан бир қаторда одамнинг психоэмоционал ҳолати соғликни сақлаш ва мустаҳкамлашда муҳим аҳамиятга эга.

Шунинг учун, ижобий психоэмоционал ҳолат - бу энг аввало одам руҳиятининг ёшига муносиб равишда барқарор ривожланиши ҳамда ҳаётнинг турли шароитларида ўзига тааллуқли вазифаларни самарали бажаришдир.

Инсон руҳияти функционал ҳолатининг етакчи кўрсаткичларидан бири бу ақлий меҳнат қобилияти бўлиб, у қабул қилиш, диққат ва хотирани интеграциялайди.

Юқори ақлий меҳнат қобилияти одам руҳий-эмоционал ҳолатининг (руҳий саломатлик) асосий кўрсаткичларидан бири ва бутун организм ижобий функционал ҳолатининг муҳим индикатори ҳисобланади.

Ижобий эмоционал ҳолат соғлом руҳиятга характерли ҳисобланади, бунда турли воқеа-ҳодисаларга барқарор жавоб реакцияси кузатилади. Қувонч, қайғу, ҳаяжон, безовталик, сабрсизлик кабилар кайфиятни ва эмоционал ҳолатни белгилайди, бу эса ўз навбатида инсон ҳаётининг мазмунини ташкил этади. Эмоционал ҳолат руҳиятга фаол таъсир кўрсатади ва ишончли индикатор ҳисобланади, шунинг учун салбий эмоционал ҳолат бу руҳий саломатликни бузилишига олиб келади ва одам организмида бутун саломатлик издан чиқади.

Салбий эмоциялар неврозларни чақиради, бу олий асаб фаолиятининг бузилишидир. Неврозлар функционал касаллик ҳисобланади, бироқ бу ҳолатда тез-тез бўлиш депрессияга олиб келади ва асаб тизимида жиддий ўзгаришларга сабаб бўлади.

Неврозлар бир неча турларга бўлинади: истерия, психастения ва неврастения. Ушбу ҳар бир невроз турларининг ўзига хос хусусиятлари, белгилари мавжуд бўлиб, шахсда ўзига хос психо-эмоционал ҳолатнинг шаклланишига олиб келади.

Масалан, неврастения (астеник невроз) – бу юқори қўзғалувчанлик ва таъсирчанлик билан кечади, бунда фаол диққатнинг тезда сусайиши оқибатида чарчаш ҳамда кайфиятнинг тушиб кетиши кузатилади.

Невроз – ечимини топмаган ички низоларнинг оқибати ҳисобланади, руҳий ҳимоя механизмлари самарадорлигининг етишмаслиги ва стресс вазиятларда хулқнинг сустлиги туфайли ривожланади. Ҳозирги тезкор нотинч замонда невроз жуда кўп учрайди ва цивилизация касаллиги ҳисобланади. Айниқса бу ўсмирлик даврига тегишли бўлиб, ёшларда руҳий зўриқишлар мактаб давридан бошланади ва ортиб боради, зўриқишларнинг ноадекватлиги асабий бузилишларга олиб келади. Дунёда бутун аҳоли руҳий зўриқишлардан азоб чекади ва соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинига невроз ташхиси билан мурожат этиш кундан кунга ортиб бормоқда.

Атроф муҳитнинг ўзгариши маълум даражада одамнинг руҳий саломатлигига ҳамда экологик омиллар, турли салбий об-ҳаво ва табиий офатлар инсон организми ҳолатига ўз таъсирини кўрсатади.

Асаб тизимига салбий таъсир кўрсатувчи омиллар ичида оммавий ахборот воситалари ҳам муҳим ўрин тутади, даҳшатли зўравонликлар, қўрқинчли фильмлар нафақат болаларда балки, катталарда ҳам атроф муҳитни ва бутун дунёни нотўғри қабул қилишни шакллантиради.

Ҳозирги тезкор замонда одам шундай вазиятда қолдики, унинг руҳий мослашув имкониятлари замонавий ҳаётнинг доимий ўсиб бораётган талабларидан ортда қолмоқда. Одам саломатлигининг, руҳий ҳолатининг ёмонлашуви меҳнат қобилиятини пасайтириб юборади. Бу руҳий саломатликни баҳолашнинг энг муҳим интеграл кўрсаткич ҳисобланади.

Умуман, руҳий саломатлик ҳолатини назорат қилиш учун баъзи оддий баҳолаш услубларидан фойдаланилади. Масалан, аниқ иш фаолиятидан кейин меҳнат қобилиятини қайта тикланиш вақтининг узайиши, тананинг турли қисмларида ноқулайлик ҳис этиш, кайфиятнинг тушиб кетиши, сабабсиз қўрқув ва б. Руҳий саломатликнинг ижобий кўрсаткичларидан бири бу тўлақонли уйқу, у одам ҳаёт фаолиятининг муҳим жиҳатларидан бири ҳисобланади. Замонавий шароитларда стрессли вазиятлардан ҳимояланиш мураккаблигича қолмоқда, шунинг учун индивидуал ва бутун жамият миқёсида руҳий мослашувларнинг валеологик ёндошувларини ривожлантириш учун максимал даражада шароитларни яратиш зарур.

Одамнинг руҳий ҳолатини яхшилаш бўйича кўплаб воситалар ва ёндошувлар мавжуд. Масалан, жисмоний юкламалар ва мунтазам ҳаракатлар одам ақлий меҳнат қобилиятини тикловчи кучли омил ҳисобланади.

Уйқу – одам организми ҳолатининг муҳим функцияларидан бири бўлиб, саломатликнинг руҳий тамойилини шакллантиришда катта ҳамиятга эга.

Уйқу кучни қайти тиклайди, организмни ақли ва жисмоний зўриқишлардан дам олишига имкон беради. Уйқуга валеологик нуқтаи назардан ёндошув ва шарт- шароит яратиш унинг тўла қонли ва соғлом бўлишини, меъёрий руҳий ҳолатни ва организм кучга тўлишини таъминлайди, бунинг учун мунтазам тарзда бир вақтда уйқуга ётиш ва уйғониш тизимли ижобий ҳаёт кўникмаларини шакллантиради.

Шундай қилиб, яна бир бор таъкидлаш жоизки, одам индивидуал сезгилари, эмоциялари, таъсиротлари ва ҳиссиётлари орқали ўзининг яратувчанлик ва ижодкорлик қобилиятини яққол намоён этиши, мунтазам ўзини такомиллаштириши оқибатида ижобий ҳаёт тарзини шакллантиришнинг шароитларини белгилаши мумкин, шунда унинг сифатли ва самарали узоқ умр кўриши кафолатланади. Бунда, саломатликнинг руҳий тамойилига оид стандартлар: сабр-бардош, жонкуярлик, интизом, хушмуомилалик, ирода, мақсад сари интилиш, руҳиятнинг тозалиги ва ҳасаднинг йўқлиги каби ижобий инсоний фазилатлар замонавий муваффқиятли одамга хос ҳисобланади.

Стресс ҳолатларини назоратда ушлашни билиш сизга бебаҳо фойда олиб келади, ҳаётий кўникма ва дунёқарашни кенгайтиради, сизга яқин инсонлар, дўстлар билан муносабатларни янада мустаҳкамлайди. Энг асосийси – бу мураккаб эмас, стрессни бошқаришни ўрганинг, шунда у сизни соғлом, давомли ва сифатли ҳаёт билан тақдирлайди. Японияликларда учта "олтин қоида" бор: доим жилмайинг; сизни хафа қилишганда жилмайинг ва таъзим қилинг ва эгилганда чуқур нафас олинг ва чиқаринг; жанжал кўтарган одамга - "мен сиз айтган сўзнинг аҳамиятини тушунмадим" деб жавоб қайтаринг (ҳақиқатдан уни "тушунманг").

Антистресс дастурлар

Тавсия этилаётган антистресс дастурлар умумлашган характерга эга бўлиб, ижобий руҳий-эмоционал ҳолатни шакллантиришда фойдали ҳисобланади.

1. Уйқу алабатта 7-8 соат бўлиши шарт, ўзингизни бир вақтда уйқуга ётиб ва туришга ўргатинг.

2. Баъзи эрталабки юмушларни кечқурун бажариб қўйинг, бу сизга эрта тонгни шошмасдан тартибли ва хотиржам ўтишини таъминлайди.

3. Ҳар бир ёшдагилар учун эрталабки бадантарбия тавсия этилади. Бу индивидуал характерга эга бўлиши, ҳар бир одам ўзига мос жисмоний юкламани танлаши ва албатта сув муолажаси қабул қилиши (душ, бассейн). Уйқуга ётишдан олдин 15-20 дақиқалик сайр.

4. Хотирангизга ишонманг, албатта кундалик тутинг ва унга кун давомида (ҳафта давомида) режалаштирган ишларингизни қайд этинг.

5. Агар бугун ниманидир режалаштирган бўлсангиз алабатта уни бажаринг, эртага қолдирманг. Бу асабийлашиш манбаи бўлиб хизмат қилади.

6. Уйда сизни ҳеч нарса асабийлаштирмасин: бузуқ уй рўзғор буюми, тозаланмаган хона, уй жиҳозларини ноқулай жойлаштириш ва ҳ.к. кайфиятни тушурувчи вазиятларни тезда бартараф этинг.

7. Ўтган кунингизни, вазиятларни мантиқий фикрлаб таҳлил этинг, муваффақиятларингизни санаб кўринг ва унинг акси билан солиштириб вазиятнинг ижобий хусусиятларини топинг, яхши ёқимли хотиралар кайфиятингизни кўтаради.

8. Ҳаётдан нолийдиган, доим ташвишда бўлган, ношукур, айниқса ҳар доим касаллигини гапириб тушкун кайфиятда юрадиган одамлар билан дўст тутинманг. Касаллик ҳақида доим гапириш одамнинг руҳиятини эзади ва касалликни янада авж олишига сабаб бўлади, бу ҳақда фақат яқин одамларингиз билан камроқ гаплашинг.

9. Ҳар бир нарсада тизим бўлиши керак, уйда тартибга, ишда интизомга риоя этиш, ҳужжатларни юритишда лоқайдликка йўл қўймаслик лозим.

10. Чуқур ва секин нафас олинг, қачон одамлар стрессга тушса тез ва юзаки нафас олади. Стресс вазиятни сездингизми мушакларни бўшаштириб, бир неча маротаба чуқур нафас олинг. Медитация усулларини ўрганиш тавсия этилади, бу ўз навбатида руҳий-эмоционал ҳолатни бошқаришга ёрдам беради.

11. Ташқи кўринишингизни яхшиланг, бу ўзингизга ишончни ошириб, кайфиятингизни кўтаради. Ўзингизга ярашган соч турмаги ва либос хаётдан завқланиш ва ўзингиздан фахрланиш туйғусини ўйғотади.

12. Ҳар кунги ҳаётда тез-тез учрайдиган баъзи "ёшим ўтди", "қарилик хурсандчилик эмас" ёки "тўлалигим халақит беради" ва ҳ.к. каби иборалардан воз кечинг. Кўпроқ жилмайинг ва ҳаётдан қувониб юринг, атрофингизга ижобий назар билан боқинг.

13. Таркибида кофеин тутувчи кофе, аччиқ чой ва бошқа тонусни оширувчи ичимликлар истеъмолини камайтиринг. Ширинликларни кам истеъмол қилиш тавсия этилади бу стрессни олдини олади.

14. Ҳар кунги кичик байрамлар уюштиринг, айниқса дам олиш кунлари. Бир хиллик

"кулранг" зерикарли ҳаётга олиб келади. Театрлар, кино, кўргазмалар, шаҳар ташқарисига саёҳат, ҳатто уй жиҳозларини жойини алмаштириш ҳам кайфиятга ижобий таъсир этади.

15. Кечиринг ва унутинг. Шикоят қилманг, бақирманг ва одамлардан норози бўлманг. Ҳар доим ёдда тутинг сиз яшаётган ҳаёт, атрофдаги одамлар ва бутун дунё мукаммал эмас. Сиз доим ишонинг аксарият одамлар доимо яхшилик қилишга интилади фақат қўлидан келгунча.

16. Диққатингизни ҳаётнинг ёруғ томонига, яхши кунларга қаратинг ва ташвишли, хавотирли гапларни инкор этинг.

17. Стрессдан чиқишнинг энг услуби - чалғиш ҳисобланади. Бунда контраст душ, ёқимли суҳбатдош, қизиқарли китоб, фильм ёки ОАВдаги кўрсатув сизга яхши ёрдам беради.

18. Атрофдагиларга яхши муносабатда бўлинг, аммо "мураккаб", "чидамсиз" одамлар билан дўстлашмасликка ва умуман сизга мақул бўлмаган одамлар билан учрашмасликка ҳаракат қилинг.

19. Ҳар қандай ҳаётий мураккаб вазиятларга дуч келганда оқибатини ўйлаб кўринг курашишга арзийдими, аммо ечимини кутаётган муаммо бўлса уни орқага ташламанг.

20. Дам олинг ва яна яшашни давом этинг. Ҳар бир ўтаётган кунингиздан табиат, қуёш ва атрофингиздагилардан қувонинг. Кўпроқ жилмайинг юзингиздан меҳр ёғилиб турсин, "очиқ чеҳра ва эзгу фикрлар" стрессдан чиқишга ёрдам беради.

21. Онг, тафаккур ва ўй-фикрларимиз ижобий бўлсин. Уларни доим таҳлил қилиб, салбий фикр ва муҳокамани хаёлингиздан чиқариб ташланг. Ҳаётдан завқланиш ва муносабатларга ханда қўшиш кайфиятни кўтаради. Ўзингизни ўрганишдан ва резервларингизни ахтаришдан толманг - улар жуда чексиз.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ (ИНТЕРНЕТ)
ТИББИЙ ТАЪЛИМ (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: http://meddaily.ru/

ЧИСЛО ЛЮДЕЙ С ГИПЕРТОНИЕЙ В МИРЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 40 ЛЕТ СУЩЕСТВЕННО УВЕЛИЧИЛОСЬ

По данным ученых из Имперского колледжа Лондона, оно выросло вдвое (с 594 миллионов человек в 1975 году до 1 миллиарда в 2015 году). Это связано с увеличением численности населения Земли и количества пожилых людей. При этом в США и других развитых странах средние показатели артериального давления находятся на рекордно низком уровне.

Повышенное кровяное давление является основным фактором риска инсульта и сердечно-сосудистых заболеваний. Из-за него ежегодно умирают около 7,5 миллиона человек (большинство - в развивающихся странах).

Наиболее заметный рост числа людей с гипертонией был зафиксирован в странах Южной Азии с низким и средним уровнями дохода, таких как Бангладеш и Непал, а также в странах Тропической Африки, например, Эфиопии и Малави. Кроме того, проблема высокого кровяного давления остается актуальной в некоторых островных государствах Тихого океана и некоторых странах Центральной и Восточной Европы, к примеру, в Словении и Литве.

В США и других развитых странах, включая Австралию, Канаду, Германию, Японию и Швецию, людей с гипертонией стало намного меньше. В 2015 году в Австралии, Канаде, Великобритании, Перу, Сингапуре, Южной Корее и США показатели распространенности гипертонии были самыми низкими. От нее страдала примерно каждая восьмая женщина и каждый пятый мужчина.

Источник: http://www.upi.com/

РАЗРАБОТАНА ИСКУССТВЕННАЯ КРОВЬ В ВИДЕ ПОРОШКА

Американским ученым из университета Вашингтона удалось создать искусственную кровь, способную доставлять кислород из легких в ткани. В Школе медицины Вашингтонского университета изготовили порошок, который можно превратить в жидкую кровь, всего лишь добавив к нему стерильную воду — и получившаяся субстанция будет работать до 12 часов подряд, разнося кислород по тканям пациента.

Клетки крови создаются из донорского гемоглобина и по своему размеру меньше нормальных эритроцитов примерно в пять раз. Удобство изобретения в том, что кровь имеет вид порошка и легко может транспортироваться в обыкновенной сумки врача скорой помощи. Как только возникает необходимость, порошок разводится дистиллированной водой и вводится пациенту в кровяное русло. Хранится такой препарат, в отличие от цельной крови и эритроцитарной взвеси, может очень долго - почти год.

Попытки создать кровезаменитель, который будет способен транспортировать кислород, ведутся уже около 80 лет. Ученые долго не могли создать искусственную кровь, способную не только захватывать О2 в легких, но и успешно передавать его тканям. Теперь эту проблему удалось решить.

Источник: https://www.evrika.ru

ОФТАЛЬМОХИРУРГУ-РОБОТУ ДОВЕРЯТ УДАЛЕНИЕ КАТАРАКТЫ

Роботизация медицины идет полным ходом. Даже такая ювелирная область, как офтальмохирургия, приняла в свои ряды робота-хирурга.

Микрохирургия глаза - это та область, где особенно важна точность движений и строгий расчет: малейшая ошибка здесь может привести к потере зрения. Однако, ученые уверены, что современным роботам можно доверить проведение микрохирургических операций. Специалисты из Кэмбриджа создали робота-хирурга Axsis, и «научили» его проводить операцию по удалению катаракты. Это самая распространенная операция в офтальмологии - хирургу необходимо извлечь из глаза помутневший хрусталик, а затем имплантировать вместо него новый. Ежегодно проводится около 20 млн таких процедур. Но обойтись в операционной вовсе без человека не получится. Руководить этим чудом техники будет с помощью двух джойстиков опытный офтальмолог, а все происходящее будет транслироваться на экран.

Кстати, создатели уверяют, что использовать робота можно будет и в абдоминальной хирургии, при удалении полипов и других операциях на ЖКТ.

Источник: https://www.evrika.ru

НОБЕЛЕВСКУЮ ПРЕМИЮ ПО МЕДИЦИНЕ ПОЛУЧИЛ ЯПОНЕЦ

Нобелевскую премию в области физиологии и медицины получил японец Есинори Осуми за изучение механизма аутофагии - процесса «самопоедания» клеток. Ему удалось выделить гены, которые отвечают за аутофагию.

В 2016 году на премию области физиологии и медицины претендовали 273 ученых. Японский биолог на протяжении двадцати лет занимался исследованием разложения внутри клеток. Ему удалось выделить гены, которые отвечают за аутофагию в дрожжах, и описать схожие процессы в клетках других организмов.

«Открытия Осуми изменили наши представления о том, как клетки перерабатывают сами себя. Его работы открыли новое направление в понимании аутофагии как части разных физиологических процессов - от приспособления к голоду до реакции на заражение», - говорится в пресс-релизе Каролинского института, который вручает премию.

Источник: http://korrespondent.net/

В ЮАР НАЧАЛИСЬ ИСПЫТАНИЯ НОВОЙ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ВИЧ

А Южной Африке проведут очередной ряд опытов над новой вакциной против заболевания.В

тесте лекарства HVTN 702 поучаствуют более 5 тыс. граждан ЮАР. Все участники отобраны в определенной возрастной категории – 18-35 лет. На 15 регионов Африки будет распределено определенное количество вакцины. На протяжении 4 лет больных будут наблюдать, обследовать и следить за изменениями в организме. В результате эксперимента ученые надеются хотя бы немного сбавить силу заболевания в ЮАР.

К 2020 году медики планируют завершить тестирование лекарства. Ученые заявляют, что если результаты эксперимента не дадут основательных и грандиозных результатов, то работы все равно будут продолжаться. Даже маленький процент успеха может дать шанс на выздоровление тысяч людей по всему миру.

Ранее в 2009 году в Таиланде проводились подобные эксперименты. На протяжении 3,5 лет медики исследовали работу и реакцию заболевания на вакцину. В результате исследования было выявлено, что препарат действует эффективно на 31,2%.

Источник: http://simptomer.ru/

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МНОГИХ БОЛЕЗНЕЙ МОГУТ СТАТЬ МУТАЦИИ ВСЕГО В ОДНОМ ГЕНЕ

Найден ген, ассоциированный с множеством самых различных заболеваний. Этот ген — FADS1 — отвечает за производство полиненасыщенных жирных кислот, и у разных людей способность к продуцированию этих кислот разная. Если в процессе производства таких кислот (а это, например, омега-3 и омега-6) происходят нарушения — согласно исследованиям, это повышает риск развития, например, определенных типов рака, воспалительных заболеваний, нарушения метаболизма.

Специалисты из Швеции выяснили, что ген FADS1 появился около 6 миллионов лет назад. Этот ген есть только у людей и шимпанзе, и, поскольку полиненасыщенные кислоты крайне важны для развития мозга, возможно, именно из-за наличия FADS1 люди так успешно эволюционировали. Около 300 тысяч лет назад в FADS1 произошла мутация, благодаря которой «работа» гена на производстве кислот стала еще более эффективной — что и дало человеку преимущество.

Раньше люди употребляли достаточное количество кислот, как омега-3, так и омега-6, получая их из мяса, яиц, овощей и рыбы. Сейчас рацион человека изменился в сторону переизбытка омега-6-полиненасыщенной кислоты, и преимущество превратилось в недостаток. Мутации в гене FADS1 влияют на уровень холестерина, полезных жиров, сахара, могут повышать риск развития аллергии, ревматизма, воспалительных болезней кишечника и других заболеваний. Возможно, это поможет разработать таргетную терапию для некоторых из этих патологий.

Источник: https://www.eurekalert.org

УДК: 618.146-006.52-022.6

О ВИРУСЕ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА
(обзор литературы)

Низанова С.С., Рахманова Ж.А., Миртазаев О.М.
(ТМА)

Злокачественные новообразования относятся к числу одной из наиболее актуальных медицинских и социальных проблем. Вирус папилломы человека (ВПЧ), папиллома вирусная инфекция (ПВИ) занимают особое место среди сексуально- трансмиссивных заболеваний. По данным ВОЗ (1999), за последнее десятилетие количество инфицированных в мире возросло более чем в 10 раз.

Ключевые слова: вирус, инфекция, рак.

ОДАМ ПАПИЛЛОМА ВИРУСИ ҲАҚИДА

Ёмон сифатли ўсмалар энг долзарб тиббий ва ижтимоий муаммолардан бири ҳисобланади. Эпидемиологик тадқиқотларда папиллома-вирусли инфекцияларнинг (ПВИ) жинсий йўл орқали юқувчи бошқа инфекцияларга хос бўлган юқори канцероген хавфга эга ИПВ билан боғлиқ белгилари аниқланган. Тадқиқот натижаларини умумлаштириш HPV-инфекциянинг аҳоли орасида кўп тарқалганлиги тўғрисида далолат беради.

Калит сўзлар: вирус, инфекция, саратон.

HUMAN PAPILLOMA VIRUS

Human papilloma virus (HPV), human papillomavirus infection (PVI) are one of the most topical sexually transmissible diseases nowadays. WHO states that over the past decade the number of infected people worldwide has increased by more than 10 times (1999).

Key words: virus, infection, cancer.

Папиллома (papilla - сосок (лат.) + oma - опухоль (греч)) -сосочковые разрастания на коже и слизистых оболочках. Вирус папилломы человека (ВПЧ, или HPV - human papilloma virus) – это широко распространенный вирус, вызывающий разнообразные заболевания как у женщин, так и у мужчин. Сейчас известно около 100 различных типов вируса папилломы человека, из которых наиболее изучены 80 типов. Различные типы вируса могут вызывать различные заболевания, примерно, 30 типов вызывают поражение женских половых органов [4, 10, 14].

По данным ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) два типа ВПЧ (16 и 18) вызывают 70% всех случаев рака шейки матки и предраковых патологических состояний шейки матки. Рак шейки матки является вторым наиболее распространенным видом рака среди женщин, проживающих в наименее развитых регионах: в 2012 году зарегистрировано 445 000 новых случаев заболевания в таких странах (84% от всех случаев в мире). В том же 2012 году, примерно, 270 000 женщин умерли от рака шейки матки, причем более 85% этих случаев смерти произошло в странах с низким и средним уровнем дохода [3, 12, 17,19].

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что папиллома вирусные поражения шейки матки встречаются у 20-46% женщин, живущих половой жизнью. С такой же частотой удается выявить поражения нижнего отдела полового тракта у сексуально активных мужчин. Важными эпидемиологическими особенностями инфекции являются наличие субклинических форм болезни и длительный инкубационный период (от нескольких месяцев до нескольких лет), что значительно затрудняет диагностику и лечение [1, 5, 15].

Самыми опасными являются типы ВПЧ с высоким онкологическим риском - т.е. вирусы, обладающие наибольшей способностью вызывать рак половых органов, в частности рак шейки матки. К таким вирусам относятся ВПЧ (HPV) 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51 и 52 типов. Наиболее важными проявлениями ВПЧ у женщин являются остроконечные и плоские кондиломы, дисплазия (предрёк) и рак шейки матки. ВПЧ - вторая (после генитального герпеса) по распространенности вирусная инфекция женской половой сферы [2, 4, 8, 9].

Источник папилломы вирусной инфекции - больной или вирусоноситель. Папиллома может находится не только на коже и слизистых органов мочеполовой системы, вирус может циркулировать в моче, сперме и слюне. При наличии активного вируса в слюне передача его может осуществляться бытовым путем (при поцелуе). «**Входные ворота**» инфекции - микротравмы кожи и слизистых (потертости, ссадины или трещины) [8, 9, 18]. Инкубационный период при генитальных бородавках обычно варьирует от нескольких месяцев до нескольких лет, в большинстве случаев инфекция протекает субклинический. Прогрессия инфекции высокого онкогенного риска в кожную дисплазию и рак in situ обычно происходит в сроки от 5 до 30 лет и редко в сроки, не превышающие 1 года ВПЧ инфекция гениталий часто бывает многоочаговой и ассоциированной более чем с одним типом вируса папилломы человека, а также с другими возбудителями ИППП В большинстве случаев генитальная ВПЧ инфекция остается нераспознанной. Генитальная инфекция имеет высокую контагиозность и приобретается во время нескольких первых половых контактов; заражение же при однократном половом контакте происходит, примерно, в 60% случаев [6, 12, 19].

Локализация: негенитальная (носоглотка, полость рта, придаточные пазухи носа, голосовые связки), органы мочевыводящей системы (уретра, мочеточники, мочевой пузырь, почечные лоханки), гениталии (у женщин: слизистые наружных гениталий, преддверие влагалища, промежность, перианальная область и шейка матки, реже - уретра, лобок, влагалище; у мужчин: головка полового члена, внутренний листок крайней плоти, венечная борозда, уздечка, ствол полового члена, мошонка, кожа паховой области, лобок, промежность, перианальная область) Наружное отверстие уретры у мужчин поражается в 20-24% случаев [1, 5, 16].

При иммуносупрессии и сахарном диабете папилломы, как правило, бывают множественными и сливаются между собой. При генитальной ВПЧ инфекции у беременной высок риск инфицирования младенца внутриутробно или в родах. При этом ВПЧ (6, 11 и 16, 18 типов) может персистировать в течение целого ряда лет в клетках слизистой оболочки рта ребенка, и являться причиной ювенильного папилломатоза гортани. Ювенильный папилломатоз гортани может развиваться и при наличии у матери генитальных бородавок в анамнезе, а также при субклиническом течении у нее генитальной ВПЧ-инфекции. Дети могут быть носителями кожно-слизистых типов вируса даже при отсутствии на момент родов в половом тракте матери. В этой связи следует помнить об учащении обнаружения вируса в половом тракте женщины в период беременности (молочница беременных), когда и происходит инфицирование плода [1, 4, 17, 19].

ВПЧ обнаруживают, примерно, у 70% женщин. Различные проявления ВПЧ-инфекции встречаются, примерно, у 50% инфицированных лиц. ВПЧ передается половым и бытовым путями при контакте с кожей и слизистыми оболочками зараженного человека. При наличии остроконечных кондилом вероятность заражения приближается к 100%. Использование презерватива не всегда предотвращает заражение, но уменьшает вероятность проявления инфекции при заражении [5, 9].

Остроконечные кондиломы (или, как их еще называют, генитальные бородавки) - это сосочковидные выросты телесного или розово-красного цвета на коже и слизистых оболочках половых органов. Они могут встречаться как по отдельности (по форме их сравнивают с петушиным гребнем), так и вместе (в этом случае они напоминают морскую капусту).

Чаще всего они располагаются на коже наружных половых органов, вокруг заднего прохода, наружного отверстия мочеиспускательного канала, на слизистой оболочке влагалища и шейки матки. Остроконечные кондиломы характеризуются умеренным онкогенным потенциалом (способностью превращаться в рак) [1, 8, 12, 17].

Их следует удалять не только из косметических соображений, но и для того, чтобы снизить риск развития рака шейки матки и предотвратить заражение партнера(ов). Мелкие остроконечные кондиломы удаляют с помощью лазера, специальных химических веществ ("прижигание"), жидкого азота (криодеструкция) или слабого электрического тока (диатермокоагуляция) [8, 12, 16].

Плоские кондиломы отличаются от остроконечной формы (они не выступают над поверхностью слизистой оболочки) и гораздо более высоким онкогенным потенциалом. Поэтому при любых плоских кондиломах показаны кольпоскопия и биопсия (исследования кусочка ткани под микроскопом). Чаще всего плоские кондиломы находят на слизистой оболочке шейки матки и влагалища. Если на биопсии дисплазии не обнаружено, удаляют только небольшой участок ткани, окружающий кондилому. При обнаружении дисплазии удаляют больший участок ткани [2, 7, 11, 18].

Дисплазия - это нарушение нормального строения ткани, при котором увеличивается вероятность развития рака. Различают 3 степени дисплазии. При 1 степени возможно наблюдение за участком дисплазии, при 2 и 3 степени участок дисплазии удаляют хирургическим путем.

Рак шейки матки - тяжелое заболевание, с трудом поддающееся лечению. Это одна из наиболее часто встречающихся опухолей женских половых органов. Наиболее часто рак шейки матки обнаруживают в возрасте 48-55 лет, но рак может развиться и у молодых (особенно курящих) девушек. Лечение рака шейки матки может проводить только онколог [4, 5].

Для обнаружения ВПЧ используют специальные ВПЧ-тесты. Наиболее распространенным является ПЦР-анализ, который позволяет не только выявить ВПЧ, но и уточнить его тип. Однако для оценки вирусной нагрузки лучше использовать количественный ВПЧ-тест. Этот метод позволяет определить ту критическую концентрацию вируса, которая напрямую связана с риском озлокачествления. Такой анализ также позволяет оценить эффективность проводимого лечения, так как не всегда удается полностью избавиться от вируса, однако лечение позволяет снизить его активность [1, 13, 18].

Проявления ВПЧ инфекции можно обнаружить во время осмотра наружных половых органов и шейки матки. Во время осмотра врач берет мазки для проведения ВПЧ-теста, а также мазок на онкоцитологию с поверхности шейки матки, который позволяет оценить покрывающие ее клетки. При обнаружении ВПЧ обязательным является проведение кольпоскопия - осмотра шейки матки под многократным увеличением с использованием специальных тестов для исключения скрытой патологии шейки матки. При необходимости дополнительно выполняют биопсию шейки матки - взятие небольшого кусочка ткани шейки матки для гистологического исследования.

В настоящее время не существует ни одного противовирусного препарата, который вызывал бы исчезновение вируса папилломы человека из организма. Различные интерфероны (реаферон, циклоферон и другие) и интерфероногены (полудан, продигиозан и другие) могут уменьшать уже существующие кондиломы, но не снижают частоту образования новых. Поэтому основным способом лечения проявлений папиллом вирусной инфекции остается удаление кондилом химическим или хирургическим методами. Используется сочетание деструктивных методов лечения (диатермоэлектрокоагуляция, радиоволновая коагуляция или химическое разрушение кондилом) с применением противовирусных препаратов, воздействующих также на иммунный статус [2, 4, 7, 12].

Очень важно не допускать прогрессирование заболевания с развитием обширного обсеменения наружных и внутренних половых органов. Важно также предотвратить появление дисплазий различной степени.

До 82% женщин заражаются ВПЧ уже через 2 года после начала половой жизни. Даже при одном партнёре 20% женщин являются заражёнными вирусом. После начала половой жизни женщина должна проходить ежегодные гинекологические осмотры, включающие мазки на онкоцитологию и ВПЧ-тесты. Одна из последних разработок - вакцина для профилактики инфекции, вызванной ВПЧ, что должно, по мнению ученых, предотвращать и возникновение рака шейки матки [4, 7].

Разработка разных видов вакцин против ВПЧ началась в начале 80 гг. Первоначальные данные послужили базой для проведения крупных клинических испытаний у женщин различных

возрастных групп, а также у детей. За прошедшее время отмечены значительные успехи в усовершенствовании вакцин, получены доказательства их эффективности и безопасности. В настоящее время разработано три вида вакцин.

Вакцинация обеспечивает для неинфицированных ранее женщин серьезную защиту от некоторых типов папиллома вируса высокого онкогенного риска. Эти вирусы, как правило, всегда находят в организме пациенток с раком шейки матки и половыми бородавками. Поэтому вакцинацию от папилломы вируса нередко называют «прививкой от рака шейки матки»[11, 13].

Вакцина вводится в плечо три раза в течение полугода. Наиболее целесообразным считается вакцинировать девочек, девушек и молодых женщин до 26 лет. Прививку делают либо до первого интимного контакта, либо в самом начале сексуальной жизни.

Особых ограничений для этой прививки нет. Необходимо соблюдать только общие правила, которые учитывают при любой вакцинации. Непосредственно перед прививкой проводится осмотр врача. У пациентки не должно быть серьезных хронических заболеваний и непереносимости компонентов вакцины. Опыт показывает, что прививка от папилломы вируса обычно хорошо переносится и редко вызывает побочные эффекты [10, 13].

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашмарин Ю.Я., Хлебин К.И. Вирусные папилломы человека // Вестник дерматологии. Москва.-1987.-№ 9.-С.58-64.
2. Баткаев Э.А., Кицак В.Я., Корсунская И.М., Липова Е.В. Вирусные заболеваиня кожи и слизистых: -Учеб. пособие-Москва.-2001.-С.136.
3. Золотоверхая Е.А., Шипицина Е.В., Юшманова Е.С. Онкогенные типы вируса папилломы человека у женщин с патологией шейки матки // Журнал акушерства и женских болезней. 2009. - Т.VIII, № 5. - С. 83-89.
4. Иващенко М.Д, Серебряков М.Ю, Тищенко М.С. «Препараты аллоферона в лечении папиллома вирусных инфекций». Методическое пособие.-Москва.-2006. -С.56.
5. Киселев Ф. Л. Вирус-ассоциированные опухоли человека: рак шейки матки и вирусы папиллом//Биохимия. - 2000. -Т. 65. - Вып. 1. - С. 79 - 91.
6. Киселева В.И., Крикунова Л.И., Любина Л.В. Инфицирование вирусом папилломы человека и прогноз РШМ //Вопросы онкологии. 2010.- №2. -С. 185-190.
7. Козаченко А.В.: Новые направления в диагностике и лечении микрокарциномы шейки матки//Акушерство и гинекология. 2006.- №3.-С. 56-59.
8. Комарова Е.В., Минкина Г.Н., Гаврикова М.В. Роль ВПЧ-тестирования и генотипирования в диагностике цервикальных интраэпителиальных неоплазий //Медицина критических состояний. 2010.- № 1.- С. 26-29.
9. Комплексная борьба с раком шейки матки. Краткое практическое руководство. ВОЗ, 2010.
10. Коротяев А. И. Медицинская микробиология, иммунология и вирусология, СПб. : СпецЛит, 2002.
11. Левин Д. В. Лечение инфекции ВПЧ : настоящее и будущее (обзор зарубежной литературы). «Инфекции, передаваемые половым путем».-Москва.-2004.-№ 4.-С.78-86.
12. Мальцева Л. И., Фаррахова Л. Н., Кучеров В. А. Стовбун С. В., Сафронов Д. Ю. Генитальные кондиломы у женщин: факты и противоречия. Российский вестник акушера-гинеколога.-Москва.- 2012. - № 2. - С. 78-80.
13. Abdel-Hady E.S., Martin-Hirsch P., Duggan-Keen M. Immunological and viral factors associated with the response of vulval intraepithelial neoplasia to photodynamic therapy.- Cancer Res., 2010, Vol. 61- P. 192—196.
14. Agarwal R., Athar M., Bickers D.R. et al. Evidence for the involvement of singlet oxygen in the photodestruction by chloroaluminum phthalocyanine tetrasulfonate. -Biochem. Biophys. Res. Commun., 2009, Vol. 173 (1) P. 34-41.
15. Benedettl-Panici P, Basile S. Concervative approaches in early stages of cervical cancer., Gynecok.Oncol. 2007, Vol. 107- P. 13-15.
16. Black R.J, Bray F., Ferlay J, et al. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 2009. European J. of Cancer, 2010,Vol.33 - P. 1075-1107.
17. Baseman J.G. and Koutsky L.A. 2005. The epidemiology of human papillomavirus infections. Journal of Clinical Virology, 32(1): 16-24.
18. De Villiers E.M., Fauquet C, Broker TR, Bernard HU., and zur Hausen H. 2004. Classification of papillomaviruses. Virology, 324(1): 17-27. Есть английское резюме.
19. Wu R. Sun S., Steinberg B.M. 2003. Requirement of STAT3 activation for differentiation of mucosal stratified squamous epithelium. Molecular Medicine, 9 (3/4), 77-84.

УДК: 613.84-036.12-084

ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (обзор литературы)

Тажибаева З.А., Рахманова Ж.А., Миртазаев О.М.
(ТМА)

Табакокуре́ние (или просто куре́ние) - вдыхание дыма тлеющих высушенных или обработанных листьев табака, наиболее часто в виде курения сигарет, сигар, сигарилл, курительных трубок или кальяна, а для нашей страны потребление бездымного табака - насвая. В некоторых социумах курение табака является ритуалом. Согласно данным ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения), около трети взрослого мужского населения мира курят табак. Табак отрицательно влияет на всё органы человека и вызывает различные заболевания.

Ключевые слова: табакокурение, эпидемиология, профилактика.

ТАМАКИ ЧЕКИШ КЎПЛАБ СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАР РИВОЖЛАНИШИНИНГ ХАВФ ОМИЛИ

Тамаки истеъмол қилиш - тамаки барирларининг ёнганида ҳосил бўладиган тутунни нафас олиб истеъмол қилишдир. Кўпинча истеъмол қилинадиган турлари: сигаралар, сигаретлар, чилим ва бизларнинг ҳудудимизда кўпроқ учрайдиган бу насвойдир. Ҳозирги кунда дунёнинг бошқа давлатлари сингари Ўзбекистонда ҳам тамаки маҳсулотларини истеъмол қилиниши кенг тарқалган. ЖССТ (Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти)нинг маълумотлари бўйича, бутун дунёнинг учдан бир қисми ахолиси тамакини истемол қилмоқда. Тамаки чекиш одам организиминнинг деярли барча органларига салбий таъсир кўрсатади.

Калит сўзлар: тамаки истеъмол қилиш, эпидемиология, профилактика.

TOBACCO SMOKING AS A RISK FACTOR OF DEVELOPMENT OF MANY CHRONIC DISEASES

Tobacco smoking is inhaling the smoke of smoldering dried or processed tobacco leaves, often in the form of smoking cigarettes, cigars, cigarillos, pipes, or water pipe and smokeless tobacco (nasvay), commonly used in this region. In some societies, tobacco smoking is a ritual. According to WHO (World Health Organization), about one-third of the adult male population of the world smoke tobacco. Tobacco negatively influences the human body and causes various diseases.

Key words: smoking, epidemiology, prevention.

Во всем мире табак является одной из наиболее важных причин недееспособности, заболеваемости и преждевременной смерти. Согласно данным ООН ежегодно в мире от табака умирают 3 млн человек, т. е. от курения погибает один человек через каждые 13 секунд. Исследования, проведенные в Италии, показали, что курение убивает в 50 раз больше людей, чем ВИЧ-инфекция. При этом курение воздействует не только на тех людей, которые курят, но и на тех, кто, находясь рядом с курящими, вынужден вдыхать табачный дым. От такого «пассивного курения» в США ежегодно умирают 53 тыс. человек [2, 3, 6].

Ожидается, что к 2030 г. табак будет убивать одного из шести, т.е. будет причиной более, чем 10 миллионов смертей в год. Эпидемиологические исследования показали, что в конце прошлого века в 44 индустриально развитых странах курение явилось причиной 24% всех смертей среди мужчин, из них 35% смертей мужчин среднего возраста (35-69 лет). Риск умереть от рака легкого у курящих мужчин в 22 раза выше, чем у некурящих. Курение является основной причиной возникновения злокачественных новообразований губы, полости рта и глотки, гортани, пищевода [1, 6, 11, 14].

В Российской Федерации проводились различные исследования данные которых показывают, на сколько актуальна проблема в этом регионе. Россия входит в число стран с высокой распространенностью табакокурения (> 50%). Среди мужчин распространенность табакокурения составляет 62%, среди женщин -30%. Уровень распространенности табакокурения среди общей популяции женщин в Российской Федерации ниже, чем среди популяции работающих женщин, за счет женщин старше 50 лет. Более 15 лет назад распространенность табакокурения среди женщин была ниже 7%, а 10 лет назад распространенность табакокурения среди женщин в России составляла менее 20%. Уровень распространенности табакокурения среди подростков значительно вырос в середине 1990 и в последние 10 лет продолжает нарастать. Отмечается тенденция выравнивания распространенности табакокурения среди мальчиков и девочек., в среднем, уровень распространенности табакокурения среди мальчиков составляет 40,6% и в разных социальных группах колеблется от 16% (учащиеся лицеев) до 100% (бездомные подростки). Средний уровень распространенности табакокурения среди девочек составляет 30% и в разных социальных группах колеблется от 19% (учащиеся лицеев) до 100% (бездомные подростки). Возраст приобщения к табакокурению составляет для мальчиков менее 10 лет, для девочек -11 лет [2, 5, 9,18].

Почти 80% из, примерно, одного миллиарда курильщиков в мире живет в странах с низким и средним уровнем дохода, на которые приходится самое тяжелое бремя связанных с табаком болезней и смертности. Потребители табака, умирая преждевременно (до достижения 70-летнего возраста), лишают свои семьи дохода, повышают стоимость медицинской помощи и препятствуют экономическому развитию [4, 5, 17].

Табак - травянистое растение. В табачном дыме содержится более 4200 различных веществ, из которых свыше 200 опасны для организма человека. Среди них особенно вредны никотин, табачный деготь, окись углерода (угарный газ) и др. Сильными отравляющими и разрушающими организм человека свойствами обладают содержащиеся в табачном дыму радиоактивные вещества и тяжелые металлы. У курильщиков они накапливаются в бронхах, легких, печени и почках. Продукты сухой перегонки табака содержат деготь, смолы и вещества, обладающие канцерогенным действием (бензпирен). У курящих людей в 20 раз чаще развиваются злокачественные опухоли легких, пищевода, желудка, гортани, ночек, нижней губы и др. Чем дольше человек курит, тем больше у него шансов умереть от этого тяжелого заболевания [8, 10, 12, 16].

Табачный дым содержит тысячи химических веществ, большинство из которых являются токсичными и оказывают повреждающее воздействие на все органы человека. Табак обладает сильным свойством вызывать привыкание у людей, которые его употребляют. Табачный дым наносит вред не только тем, кто употребляет его, но и также другим людям, которые его вдыхают, т.е. являются пассивными курильщиками. С другой стороны табачные изделия выпускаются и активно продвигаются одной из наиболее сильных и богатых индустрий в мире-табачной промышленностью [6, 8, 16, 18].

Никотин является наркотиком-именно он вызывает пристрастие к табаку и является одним из самых опасных растительных ядов. Для человека смертельная доза никотина составляет от 50 до 100 мг, или 2-3 капли, именно такая доза и поступает в кровь после выкуривания 20-25 сигарет. Курильщик не погибает потому, что такая доза вводится постепенно, не в один прием, но в течение 30 лет он выкуривает, примерно, 20 000 сигарет, поглощая, в среднем, 800 г никотина, каждая частичка которого наносит непоправимый вред здоровью [6, 7, 9, 11].

Никотин проникает в организм вместе с табачным дымом. Обезвреживание его происходит в основном в печени, в почках и в легких, но продукты распада выделяются из организма на протяжении 10-15 часов после курения.

Окись углерода (угарный газ, CO) при поступлении и организм вызывает кислородное голодание, так как нарушает способность красных кровяных клеток крови (эритроцитов) переносить кислород от легких ко всем органам и тканям, из-за чего у человека наступает удушье. При курении регулярное поступление CO в организм ведет к снижению возможностей дыхательной системы и к ограничению физической активности. По этой причине при курении мозговые клетки получают меньше кислорода, и умственная работоспособность снижается. Понятно, что курение также несовместимо с занятиями физической культурой и спортом [1, 4, 8].

Табачный деготь является исключительно сильным канцерогеном, т.е. веществом, вызывающим раковые заболевания. После выкуривания сигареты он хорошо виден на фильтре в виде коричневого налета. Но, выкуривая в день по пачке даже так называемых «легких» сигарет (в которых содержание табачного дегтя понижено), за год человек вводит в свой организм до 700-800 г табачного дегтя. Поэтому неудивительно, что рак губы у курящих встречается в 80 раз, легких в 67 раз, а рак желудка в 12 раз чаще, чем у некурящих. Именно табачный деготь оказывает сильное разрушающее влияние на небные миндалины, разрушая их клетки и вызывая развитие тонзиллита и более частые ангины [1, 3, 17].

В результате употребления табачных изделий развиваются заболевания практически всех органов и систем человека. Наиболее распространенными являются болезни сердца и сосудов (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, атеросклероз, инсульт, болезнь периферических сосудов, аневризма аорты и другие), дыхательной системы (хроническая обструктивная болезнь легких, эмфизема, бронхиты, трахеит, пневмония, бронхиальная астма взрослого человека), пищеварительной системы (язва желудка, эзофагит, гастрит и другие), эндокринологической системы (сахарный диабет), остеопороз, катаракта, офтальмопатии, нарушение слуха и другие. Курением обусловлен высокий риск развития рака легкого, а также практически всех органов человека, включая систему кроветворения (развитие лейкемии). Сильное вредное воздействие курение оказывает на репродуктивную систему, как женщин, так и мужчин. У мужчин увеличивается риск развития импотенции [11, 12, 13].

Центральная нервная система курильщика находится в состоянии постоянного напряжения из-за возбуждающего влияния никотина. Но при этом к ней притекает меньше крови (из-за спазма мозговых сосудов), да и содержание в ней кислорода, необходимого для поддержания активной деятельности мозга, понижено. Но даже поступающий к мозгу кислород с трудом используется мозговыми клетками, поэтому у курящего снижена умственная работоспособность, ослабляется память, страдают волевые качества. Кроме того, он ощущает повышенную раздражительность, у него нарушено засыпание и часто отмечаются головные боли [15, 17, 18].

Попадая в дыхательные пути, табачный дым пагубно действует на всю **дыхательную систему**. В результате развивается хроническое воспаление дыхательных путей, чаще возникают простудные и простудно-инфекционные заболевания, ангины и другие нарушения состояния миндалин. После курения на 20 минут затормаживается действие маленьких ресничек слизистой оболочки дыхательных путей, которые своим быстрым мерцанием выгоняют попавшие сюда и осевшие на слизистой вредные и механические вещества. Продолжительное курение приводит к раздражению голосовых связок и сужению голосовой щели, из-за чего изменяются тембр и окраска произносимых звуков, голос утрачивает чистоту и звучность, становится хриплым [3, 7, 10].

Типичная примета курильщика – кашель с выделением слизи темного цвета, особенно мучающий по утрам. Кашель вызывает расширение легких из-за снижения их эластичности и способности спадаться на выдохе в такой степени, чтобы альвеолы в полной мере опорожнились от богатого СО., воздуха. Все это провоцирует развитие одышки и затрудняет дыхание. Длительное хроническое воспаление дыхательных путей и легких приводит к понижению их сопротивляемости и развитию острых и хронических заболеваний, например воспаления легких, бронхиальной астмы [7, 10, 12].

У систематически курящего человека развиваются многие заболевания **системы кровообращения:** повышенное артериальное давление, нарушения мозгового кровообращения и деятельности сердца вплоть до инфаркта миокарда и др. Частота сердечных сокращений во время курения возрастает на 10-18 ударов в минуту и восстанавливается лишь через 15-20 минут. Если учесть, что последствия выкуривания одной сигареты сохраняются в течение 30-40 мин после прекращения курения, то это означает, что, выкуривая каждые полчаса новую сигарету, курильщик держит систему кровообращения в состоянии постоянного напряжения. Например, за сутки его сердце делает до 10-15 тысяч лишних сокращений. Изо рта курильщика неприятно пахнет, язык обложен серым налетом [7, 10, 14].

Табачный дым снижает остроту обоняния и вкусовых ощущений, поэтому курящие нередко плохо различают вкус сладкого, соленого, горького, кислого. Помимо указанных воздействий на организм, курение дает и целый ряд других последствии и осложнений. В частности, у курящих мужчин в 25-40 лет сексуальная активность вдвое ниже, чем у некурящих.

Лишь 25% табачного дыма поступает в легкие курильщика, остальные 75% отравляют воздух, нанося вред окружающим, это явление получило название «пассивного курения». Опасная для здоровья некурящих людей концентрация табачного дыма в воздухе закрытых помещений создается при выкуривании всего лишь нескольких сигарет, поэтому некурящие члены семьи, в которой курит лишь один человек, пассивно «выкуривают» до 10 сигарет в сутки [5, 10].

Прекращение курения -это единственно правильное решение для того, чтобы избежать развития заболеваний и различных нарушений, связанных с курением табака. Причем отказ от курения в любом возрасте ощутимо положительно влияет на здоровье. Риск развития инфаркта миокарда снижается в два раза и даже более в течение года после отказа от курения. У молодых пациентов после отказа от курения кашель и хрипы уменьшаются или исчезают вообще. У людей среднего и более старшего возрастов кашель облегчается или даже исчезает и, как правило, снижается частота бронхолегочных заболеваний. Ежегодное падение функции легких становится таким же, как у некурящих людей того же возраста.

Таким образом табак остается серьезной угрозой для здоровья людей во всем мире, который приносит экономический ущерб в сотни миллиардов долларов в виде дополнительных расходов на здравоохранение и затрат, связанных с потерями производительности работоспособного населения. Как один из наиболее успешных договоров в истории Организации Объединенных Наций, насчитывающий 179 стран (по состоянию на октябрь 2014 года), РКБТ ВОЗ представляет собой свод юридически обязательных положений, основанных на фактических данных, который устанавливает план действий для успешной борьбы против табака во всем мире. В августе 2012 года Узбекистан присоединился к РКБТ ВОЗ и стал 175 страной участницей договора. Данный договор подтверждает право людей на самый высокий уровень здоровья, обеспечивает юридические основы для международного сотрудничества в области здравоохранения и устанавливает высокие стандарты для соблюдения требований и обязательств этого договора [8, 9, 17].

Единственный высокоэффективный, безболезненный метод борьбы с табакокурением -это профилактика начала курения. По данным ВОЗ большинство людей начинают употреблять табачную продукцию до 18-летнего возраста. В связи с этим, в рамках инициативы, свободной от табака (TFI) ВОЗ и CDC США была предложена стандартная методология обследования потребления табака среди молодежи GYTS. GYTS, компонент Глобальной системы эпиднадзора за табаком (GTSS), является общепринятым стандартом для систематического мониторинга употребления всех видов табака среди молодежи и отслеживания ключевых индикаторов контроля потребления табака. GYTS - это национально-репрезентативное обследование среди учащихся выбранных классов, соответствующих возрастной категории 13-15 лет, позволяющее произве-

сти оценку ситуации в каждой стране. Обследование (GYTS) проводится с использованием типового базового вопросника, специальной методологии выборки и протокола сбора данных. Оно помогает странам в выполнении их обязательств по Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ), позволяя собрать данные внутри страны и сопоставить их с другими странами [8, 19].

ЛИТЕРАТУРА

1. Батожаргалова Б.Ц. «Табакокурение у подростков» журнал «Земский врач»// Москва.-2014.-С. 28-30.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р, Звездина И.В. Табакокурение детей и подростков: гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения. //Москва.-2007.-С. 213.
3. Батожаргалова Б.Ц. Табакокурение у подростков в Забайкалье: распространённость, факторы риска, клинико-эпидемиологические, этнические и гендерные особенности, влияние на респираторное здоровье, подходы к реабилитации: Информационное письмо. //Чита.-2012. –С. 24.
4. Геппе Н.А., Машукова Н.Г, Деев И.А. Социальные и медицинские аспекты проблемы курения у подростков с бронхиальной астмой. Российская программа экспресс-профилактики табакокурения в подростковых группах // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. - 2009. - №9. - С. 163-169.
5. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака. Российская Федерация Москва.-2009.- С.171.
6. Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М., Батожаргалова Б.Ц., Логиневская Я.В., Козлова Л.А. Муколитическая терапия при заболеваниях нижних дыхательных путей у детей // Врач. - 2009. - № 12. - С. 78-81.
7. Мизерницкий Ю.Л., Батожаргалова Б.Ц. Эффективность босвеллиевых кислот в комплексной реабилитации подростков с хроническими и рецидивирующими заболеваниями лёгких // Детская и подростковая реабилитация. - 2011. - № 2 (17). - С. 28-36.
8. Закон Республики Узбекистан «Об ограничении распространения и употребления алкогольной и табачной продукции». 07.04.2012 г.
9. Закон Республики Узбекистан «О внесении изменений и дополнений в закон Республики Узбекистан» «О рекламе»» (Ведомости Олий Мажлиса Республики Узбекистан-2002.- № 9.- С.164)
10. Gilpin E.A., Pierce J.P, Johnson M., Bal D. Physician advice to quit smoking: results from the 1990 California Tobacco Survey. J.Gen Intern Med 1993;8(10):549-53
11. Gratsianskii N.A. Vitamins E and C in the prevention of cardiovascular disease in men. The physicians' health study II randomized controlled trial. Kardiologiia 2009;49(3):69-71. Витамины Е и С в предупреждении сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин. Исследование Здоровья Врачей II. Кардиология 2009;49(3):69-71.)
12. Gupta A., Gupta R., Lal B. et al. Prevalence of coronary risk factors among Indian physicians. J Assoc Physicians India 2001 ;49:1148-52
13. Hyman D.J., Maibach E.W., Flora J.A., Fortmann S.P Cholesterol treatment practices of primary care physicians. Public Health Rep 1992;107(4):441 -8
14. Lewis C.E., Clancy C., Leake B., Schwartz J.S. The counseling practices of internists. Ann Intern Med 1991 ;114 (1) :54-8
15. Manson J.E., Buring J.E., Satterfield S., Hennekens C.H. Baseline characteristics of participants in the Physicians' Health Study: a randomized trial of aspirin and beta-carotene in U.S. physicians. Am J Prev Med 1991 ;7(3):150-4
16. Mathavan A., Chockalingam A., Chockalingam S. et al. Madurai Area Physicians Cardiovascular Health Evaluation Survey (MAPCHES)-an alarming status. Can J.Cardiol 2009;25(5):303-8.
17. Nakladalova M., Sovova E., Ivanova K. et al. Risk factors for cardiovascular diseases in physicians. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub 2005;149(2):293-5
18. Shal'nova S.A., Oganov R.G., DeevA.D., Kukushkin S.K.. Health of Russian doctors. Clinical and epidemiological analysis. Kardiovaskulyarnaya terapiya profilaktika 2008;7(6):28-31. Russian (Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Деев А.Д., Кукушкин С.К. Здоровье российских врачей. Клинико-эпидемиологический анализ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008;7(6):28-31).
19. Schwartz J.S., Lewis C.E., Clancy C. Internists' practices in health promotion and disease prevention. A survey. Ann Intern Med 1991;114(1):46-53.

УДК: 616.711.1-07/089.2

ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

(Обзор литературы)

Полатова Д.Ш., Урунбаев С.Д., Гафур-Ахунов М.А., Абдикаримов Х.Г., Султонов Б.Б.
(РОНЦ)

Костные метастазы являются частым проявлением генерализованного онкологического заболевания. Метастатические опухоли скелета встречаются в 2 – 4 раза чаще, чем первичные и занимают 3 место по частоте поражения метастазами после легких и печени. Позвоночник — наиболее частая локализация костных метастазов в скелете. Единственным точным методом диагностики опухолевого поражения позвоночника является морфологическая верификация. Положительные результаты биопсии варьируют от 50 до 95%, что в ряде случаев может быть приближено к результатам, полученным при открытой биопсии. Чрескожная вертебропластика — современный эффективный метод лечения, позволяющий в короткие сроки восстановить опорную функцию позвоночного столба, уменьшить болевой синдром у пациентов с опухолевым поражением позвоночника. Особенностями метода являются малая инвазивность, отсутствие пред- и послеоперационного периода.

Ключевые слова: метастазы позвоночника, чрескожная трепан биопсия, вертебропластика.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ ДЕСТРУКТИВ ЗАРАРЛАНИШИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШДА ТЕРИ ОРҚАЛИ БАЖАРИЛАДИГАН КИЧИК ХАЖМЛИ АМАЛИЁТЛАР

Суяк метастазлари тарқалган онкологик касалликларда энг кўп учрайдиган холат бўлиб хисобланади. Тана суяк метастазлари бирламчи суяк ўсмаларидан 2-4 баровар кўп учраб жигар ва ўпканинг метастатик зарарланишидан сўнги учинчи ўринни эгалайди. Тана суяклари метастазлари кўп холларда умуртқа поғонасида учрайди. Морфологик верификация, умуртқа поғонанинг ўсма билан зарарланиши диагностикасини ягона методи хисобланади. Биопсия хулосаларнинг тўғрилик кўрсатгичи 50-95% гача ташкил қилади, бу натижалар очиқ усулдаги биопсия натижаларига яқин хисобланади. Тери орқали вертебропластика – замонавий юқори самарали даволаш методи бўлиб беморларнинг қисқа муддатда ўсма билан зарарланган умуртқа поғонасининг таянч функциясини тиклаб оғриқ синдромининг камайтиради. Бу усулнинг афзалликлари шундан иборатки кам инвазив бўлиб операциядан олдинги даврлар мавжуд эмас.

Калит сўзлар: Умуртқа поғонанинг метастази, тери орқали трепан биопсия, вертебропластика.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DESTRUCTIVE LESION OF VERTEBRA WITH PERCUTANEOUS LESS INVASIVE INTERVENTIONS

Bone metastasis is considered as being a frequent characteristic of an advanced oncologic disease. Metastatic lesions of bones spread 2-4 times more than firstly diagnosed cancer and have the 3rd place in their frequency of metastatic lesions, after lungs and liver. Vertebra is the most frequent location for metastasis. The only way of diagnosing metastatic lesion of vertebra is through a morphologic verification. Affirmative results of biopsy range from 50% to 95% and are close to results of those by an open biopsy. Percutaneous vertebroplastic is the modern method of effective treatment as it enables to rehabilitate the vertebra's function in a short period, as well as to ease the pain syndrome in patients who suffer from metastatic lesion of vertebra. Peculiarity of this method is considered less invasive and there are no pre - and postoperative periods.

Key words: metastatic lesion of vertebra , percutaneous trepanat biopsy vertebroplastic.

В структуре опухолей позвоночника почти 96% составляют метастатические новообразования. Метастатические опухоли скелета встречаются в 2 – 4 раза чаще, чем первичные и занимают 3 место по частоте поражения метастазами после легких и печени [Алиев М.Д., Калистов В.Е., Тепляков В.В. и др.]. Соотношение между доброкачественными, злокачественными и метастатическими поражениями позвоночника следующее: Первичные доброкачественные опухоли - 1%, Первичные злокачественные опухоли – 3%, Метастатические опухоли – 96%.

По данным различных авторов, метастатическое поражение позвоночника чаще всего наблюдается при раке молочной, предстательной и щитовидной железы, почки, легкого [Калистов В.Е, Валиев А.К. и др.]. По данным Constans et al. в 14% случаев встречается одноуровневое, в 86% - многоуровневое поражение, при обзоре литературы с 1959 года по 1985, касающийся распределения метастатических опухолей в позвоночнике, на основании 1585 больных . Грудной и грудопоясничный отделы были поражены у 70,3% пациентов, поясничный и крестцовый у 21,6%, и шейный отдел - у 8,1%.

Единственный точный метод диагностики опухолевого поражения позвоночника — морфологическая верификация, которая позволяет определить прогноз и основную тактику лечения

этих пациентов. Получение морфологического материала на дооперационном этапе возможно с помощью малоинвазивной чрескожной биопсии (ЧКБ) позвоночника. Первые результаты успешно выполненной биопсии позвоночника были опубликованы в 1930 г. H. E. Martin и E. B. Ellis. В 1932 г. R. C. Robertson и R. P. Ball стали активно применять ЧКБ в диагностике опухолевого поражения позвоночника. Данные об успешно выполненных 15 биопсиях были опубликованы в 1935 г. Первая работа об успешно выполненной трепанобиопсии позвоночника под контролем рентгеноскопии появилась в 1941г. Широкое применение и распространение данная методика получила с появлением компьютерной томографии. Положительные результаты биопсии варьируют от 50 до 95%, что в ряде случаев может быть сопоставимо с результатами, полученными при открытой биопсии. Результаты ЧКБ позвоночника зависят от характера костно-деструктивного процесса. По данным литературы, при пластических поражениях отрицательные результаты получаются у 35% пациентов, при литических метастазах — у 15%. Это связано с тем, что при пластическом характере поражения сложнее получить адекватный материал для верификации. H. Herkowitz и соавт. определили следующие показания к чрескожной пункционной биопсии позвоночника: 1) очаг деструкции позвоночника при неизвестной природе опухоли или очаг, не меняющийся под действием консервативного лечения; 2) персистирующий или усиливающийся болевой синдром в компримированном позвонке; 3) ухудшение качества жизни или усиление болей при болезни Педжета позвоночника. В настоящее время ЧКБ входит в стандартный план обследования пациентов с опухолевым поражением позвоночника или с подозрением на патологический процесс. По данным РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, анализ выполненных биопсий позвонков у 914 пациентов за период с 1999 по 2009 г. позволил выявить, что при правильной технике выполнения ЧКБ и адекватной навигации положительные результаты могут быть получены у 93% больных.

Известно, что основными целями лечения больных с опухолевым поражением позвоночника являются [Алиев М.Д., Калистов В.Е., Тепляков В.В. и др.]:

- уменьшение болевого синдрома;
- восстановление неврологического дефицита;
- осуществление локального контроля над опухолевым ростом;
- восстановление стабильности в пораженном сегменте.

При анализе результатов лечения группы больных с метастатическим поражением позвоночника (данные Канцер-регистра Онтарио) выявлено, что форма первичной опухоли и степень диссеминации влияют на ожидаемую продолжительность жизни пациентов и не влияют на функциональные результаты лечения [Loblaw D.A., Guo Y. et al.]. Аналогичную зависимость между ожидаемой продолжительностью жизни и типом первичной опухоли выявили и другие авторы. J. L. Abraham на основании клинического анализа результатов лечения 60 пациентов с метастатическим поражением позвоночника выявила, что единственным фактором, достоверно влияющим на ожидаемую продолжительность жизни больных, является тип первичной опухоли. У пациентов с метастазами рака легкого и рака желудочно-кишечного тракта средняя продолжительность жизни составила 2,1 и 0,6 мес соответственно, в группе с метастазами рака молочной железы — 3,1 мес, в группе больных с метастазами рака мочеполового тракта — 4,6 мес. Общая средняя выживаемость больных с метастатическим поражением позвоночника составила 4,6 мес. По данным РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, общая средняя продолжительность жизни в группе больных с метастатическим поражением позвоночника составила 6 мес. При сравнении 2 групп больных с солитарными и множественными костными и висцеральными поражениями оказалось, что продолжительность жизни в группе пациентов с множественными костными метастазами составила 8,8 мес, в то время как при солитарных метастазах — 9,4 мес. При анализе результатов лечения больных по нозологическим группам было выявлено, что средняя продолжительность жизни больных с метастазами рака почки составила 9,1 мес, у пациенток с метастазами рака молочной железы — 13,2 мес, в группе больных с метастазами рака легкого — 2,1 мес, у больных с метастазами рака предстательной железы — 14,7 мес, у пациентов с метастатическим поражением позвоночника из невыявленного первичного очага — 7,8 мес. С появлением современных диагностических технологий, новых лекарственных препаратов и внедрением в хирургическую практику обширных вмешательств, позволяющих радикально удалить опухоль, увеличилась продолжительность жизни пациентов. Таким образом, увеличилось число больных, доживающих до генерализации заболевания и появления отдаленных метастазов, в том числе в позвоночнике. Появление скрининговых программ также увеличило процент пациентов с выявленным метастатическим поражением позвоночника. С учетом увеличившегося числа пациентов возросла актуальность проблемы своевременной диагностики и оптимального алгоритма лечения этого сложного контингента больных. В связи с тем что в структуре опухолей позвоночника все больше преобладают диссеминированные формы с множественным метастатическим поражением, становится все больше пациентов, которым из-за значительной распространенности заболевания и короткой ожидаемой продолжительности

жизни нецелесообразно выполнение обширных хирургических вмешательств, а возможно только минимально инвазивное лечение, позволяющее с наименьшей хирургической травмой улучшить состояние больного.

Одним из таких методов является чрескожная вертебропластика (ЧКВП). ЧКВП — современный эффективный метод лечения, позволяющий в короткие сроки восстановить опорную функцию позвоночного столба, тем самым уменьшить болевой синдром у пациентов с опухолевым поражением позвоночника. Особенностями метода являются: малая инвазивность, отсутствие пред- и послеоперационного периода, высокая эффективность, составляющая 85—96% при минимальном количестве осложнений (2—10%) [Алиев М.Д., Валиев А.К и др., Gangi A., Anselmetti G. C. et al.]. Впервые результаты применения вертебропластики у больных с метастатическим поражением описаны в 1989 г. C. Lapras и P. Kaemmerlen представили результаты лечения в виде уменьшения болевого синдрома у 80% больных после вертебропластики, причем развитие анальгетического эффекта было отмечено в первые 48 ч после процедуры. Основными и принципиальными показаниями к проведению ЧКВП являются болевой синдром и угроза патологического перелома или патологический перелом позвонка, вызванные остеолитическим поражением. Для онкологических больных с поражением позвоночника одними из ключевых моментов, определяющих стратегию и тактику лечения, являются:

- морфологическая форма опухоли;
- чувствительность ее к специальному консервативному лечению;
- степень диссеминации заболевания и ожидаемая продолжительность жизни пациента.

Поэтому для пациентов с опухолевым поражением позвоночника помимо клинических и рентгенологических факторов необходимо при выборе показаний к ЧКВП лечения учитывать и онкологический статус пациентов.

Клинические показания к вертебропластике. Проблема лечения болевого синдрома наиболее актуальна в современной онкологии, так как самой частой жалобой всех онкологических больных является болевой синдром той или иной локализации либо степени выраженности. У 30—38% больных болевой синдром служит первым клиническим проявлением онкологического заболевания [Калистов В.Е, Slatkin D.]. Клиническая симптоматика опухолевого поражения позвоночника разнообразна. Это прежде всего вызвано различными уровнями поражения, локализацией и морфологической формой опухоли, расположением опухолевого процесса в позвонке (экстра-, интрадурально). У 83—96% онкологических больных с поражением позвоночника боль в спине является первым и ведущим клиническим симптомом [Алиев М.Д., Schiff D.]. По данным РОНЦ им. Н. Н. Блохина, у пациентов с метастатическим поражением позвоночника болевой синдром как первое проявление заболевания наблюдался в 39% случаев. Болевой синдром, как правило, предшествует клинической картине компрессии спинного мозга; при этом средний интервал между появлением боли и развитием неврологических нарушений составляет от 7 до 26 нед [Валиев А.К., Schiff D.]. Продолжительность болевого синдрома до развития неврологической симптоматики зависит от степени злокачественности опухоли и скорости опухолевого роста, а также от характера деструкции: пластической или литической, быстрее приводящей к риску возникновения патологического перелома позвонка. Наименьшая продолжительность болевого синдрома при метастатическом раке легкого или почки, наибольшая — при раке молочной и предстательной железы [Walker D. H., et al.]. Кроме того, важна временная характеристика болевого синдрома, так как ночные боли, как правило, чаще возникают при опухолевом поражении. Боли неопластической природы носят постепенно нарастающий характер, не связанный с физической нагрузкой [Walker D., Riley L. K., et al.]. Оценка длительности болей в спине очень важна, так как у больных с продолжительностью болевого синдрома менее 4 нед анальгетический эффект от вертебропластики минимальный [Валиев А.К.]. Интенсивность болевого синдрома может носить различный характер: от минимальных болей, не требующих применения каких-либо лекарственных препаратов, до выраженного болевого синдрома, приковывающего пациентов к постели и обусловливающего необходимость системного приема сильнодействующих анальгетиков. Многоуровневое поражение позвоночника и множественные компрессионные переломы позвонков у пациентов с остеопорозом встречаются в 77% случаев [7]. Многоуровневое поражение позвоночника встречается у 10—38% онкологических больных [14; 15]. При многоуровневом поражении укрепление позвонка лишь на одном уровне малоэффективно. В таком случае требуется манипуляция на нескольких уровнях поражения, выбор которых зависит от клинических проявлений и рентгенологической картины. Раньше считалось, что заодно вмешательство возможно заполнение не более трех уровней из-за риска развития жировой эмболии. В настоящее время имеются работы, в которых приводятся данные о заполнении 5—7 уровней одномоментно [Anselmetti G. C., et al.]. В таких случаях рекомендуется вводить небольшое количество цемента (1—3 мл) для снижения риска развития возможных осложнений. При многоуровневом поражении также актуальна проблема перелома смежных позвонков, возникающего после вертебропластики. Причина перелома сложна и состоит из нескольких факторов:

• диффузный характер поражения позвонков;

• значительное увеличение прилагающихся сил к смежному позвонку после вертебропластики;

• увеличение активности пациентов.

При соблюдении больными с множественным поражением позвоночника ряда условий после операции риск возникновения патологических переломов смежных позвонков снижается. К данным условиям относятся ношение корсета в послеоперационном периоде, снижение физической нагрузки, исключение наклонов туловища, сгибательных и ротационных движений. При соблюдении всех этих условий частота переломов не превышает 8%. Считается, что при попадании цемента в межпозвоночный диск частота возникновения патологического перелома в прилежащем позвонке значительно увеличивается. T. S. Keller и соавт. отметили, что у пожилых пациентов со сниженной минеральной плотностью костной ткани патологические переломы смежных позвонков могут происходить под влиянием физиологических нагрузок, без травмирующего воздействия. M. M. Kayanja и соавт. на основании результатов исследования аутопсированных позвонков выявили, что максимальная нагрузка на переднюю кортикальную пластинку позвонка находится на вершине кифотической деформации позвоночного столба. При возникновении патологического клиновидного перелома происходит значительное увеличение компрессирующей нагрузки на вышележащий позвонок, в котором соответственно значительно увеличивается риск патологического перелома. R. Hasserius и соавт. на основании клинического наблюдения за группой из 598 больных с патологическими переломами позвонков выявили, что в группе пациентов, не получавших лечение по поводу патологических переломов, риск перелома смежных позвонков увеличивался на 20%. Данные литературы об увеличении числа патологических переломов смежных позвонков после вертебропластики противоречивы. F. Grados и соавт. утверждают, что выполнение вертебропластики увеличивает частоту переломов на смежных уровнях на 52%. A. Uppin и соавт. отметили в своем исследовании, что частота переломов увеличивается лишь на 12%, причем только 2/3 из них на смежных к укрепленному позвонку уровнях. J. S. Harrop и соавт. при сравнении 2 групп пациентов с остеопорозом выявили, что у больных, которым была выполнена кифопластика, частота переломов составила 11,25% (у 80 пациентов 9 переломов), а во второй группе больных с индуцированным стероидным остеопорозом, которым не производилась вертебро- или кифопластика, частота переломов составила 48,6% (у 35 больных 17 переломов).

Рентгенологические показания к вертебропластике

Рентгенологические показания и противопоказания к ЧКВП определяются следующими факторами:

• характер деструкции костной ткани: пластическая, литическая или смешанная;

• преимущественное расположение деструкции в позвонке: тело, суставной аппарат, дугоотростчатый комплекс;

• наличие обширных кортикальных дефектов, особенно задней стенки;

• компрессия тела позвонка (патологические компрессионные переломы, «vertebra plana»);

• степень и характер компрессии спинного мозга.

Противопоказания к ЧКВП. Абсолютными противопоказаниями к проведению процедуры является эпидуральный абсцесс или остеомиелит. Вертебропластика у больных с коагулопатиями должна проводиться после коррекции нарушений свертывающей системы крови. Выполнение вмешательства при более чем 70% снижении высоты тела позвонка связано с техническими сложностями при проведении иглы, а часто из-за этого невозможно достичь оптимального расположения иглы в теле позвонка. J. P. O'Brien и соавт. при укреплении позвонка бипедикулярным доступом у 5 больных получили значительное снижение интенсивности болевого синдрома в группе из 6 пациентов со сниженной высотой тела на 65—70%. Среднее количество введенного цемента составило 5,2 мл при максимально латеральном расположении иглы в теле позвонка. Однако приведенные результаты не позволяют полностью предположить высокую эффективность вертебропластики у больных со значительным снижением высоты тела позвонка (более 50%), так как возникающую при этом кифотическую деформацию позвоночного столба часто можно исправить только в ходе открытого хирургического вмешательства. Чрескожное введение полиметилметакрилата в таких ситуациях позволяет только частично стабилизировать нестабильный патологический перелом, за счет чего возможно некоторое снижение болевого синдрома. По данным РОНЦ им. Н. Н. Блохина, эффективность ЧКВП в виде снижения болевого синдрома у пациентов со значительной кифотической деформацией позвонка (снижение высоты тела более чем на 50%) составляет около 53%. Чрескожное укрепление позвонка костным цементом у молодых пациентов при травматических компрессионных переломах и нормальной минеральной плотности костной ткани нежелательно, так как до сих пор исследования по оценке отдаленных результатов лечения таких больных с помощью ЧКВП не проводились. Радикулопатия не является противопоказанием к вертебропластике. Перед проведением

процедуры пациенты должны быть предупреждены о том, что клинические проявления могут не ослабевать, а в ряде случаев даже усилиться после вертебропластики. Стеноз позвоночного канала мягкотканным компонентом опухоли в ряде случаев является относительным, а в ряде случаев служит абсолютным противопоказанием к вертебропластике. Ряд авторов отмечают, что при стенозе позвоночного канала более чем на 25% процедура противопоказана. Основополагающими в выборе показаний у этих пациентов являются наличие или отсутствие клинических проявлений компрессионного синдрома до вертебропластики, а также морфологическая форма опухоли и ее чувствительность к специальному лечению. При опухолях, чувствительных к химиолучевой терапии, выполнение ЧКВП с компримированным дуральным мешком возможно с последующим проведением химиолучевого лечения, на фоне которого уменьшаются размеры мягкотканного компонента и соответственно выраженность болевого синдрома или неврологической симптоматики. Таким образом, у пациентов с компрессией дурального мешка с минимальными проявлениями компрессионного синдрома в случае чувствительной к химиолучевому лечению опухоли ЧКВП возможна [Loblaw D. A., et al.]. Дефекты задней стенки позвонка, как правило, проявляются у пациентов с опухолевым поражением позвоночника и отсутствуют у больных с остеопорозом. Значительный дефект задней стенки увеличивает риск вентральной эпидуральной экстравазации цемента. Риск возникновения данных осложнений у пациентов с метастатическим поражением позвоночника значительно выше, чем при остеопорозе [Gangi A., Lindsay R. et al.]. Вертебропластика при остеобластическом поражении позвоночника, как правило, малоэффективна, хотя ряд авторов отмечают положительные результаты лечения в виде уменьшения выраженности болевого синдрома у 35—55% Диффузный болевой синдром в спине, вызванный опухолевым поражением позвоночника, также является относительным противопоказанием к проведению ЧКВП. Относительным противопоказанием к вертебропластике служат острые взрывные переломы позвонков и невозможность пациента лежать на животе. Лечение болевого синдрома у онкологических пациентов — одна из наиболее важных проблем современной онкологии.

Заключение. ЧКБ позвоночника — малонивазивный и эффективный способ преодоперационной диагностики опухолевого поражения позвоночника, позволяющий верифицировать поражение у 93% больных. ЧКВП современный метод лечения болевого синдрома у пациентов с поражением позвоночника. При правильно выбранных показаниях эффективность этого метода лечения достаточно высока: 82—97%, а частота развития осложнений минимальна — 2—10%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Современные подходы к хирургическому лечению метастазов злокачественных опухолей в кости / Алиев М. Д., Тепляков В. В., Каллистов В. Е., Валиев А. К., Карпенко В. Ю., Трапезников Н. Н. //Практическая онкология: избранные лекции. — С-Пб.: Центр ТОММ, 2004. — С. 738—748.

2. Каллистов В. Е. Метастатические опухоли позвоночника (клиника, диагностика, лечение): Дис… канд. мед. наук. — 1999. —121 с.

3. Loblaw D. A., Laperriere N. J., Mackillop W. J. A populationbased study of malignant spinal cord compression in Ontario // Clin. Oncol. — 2003. — Vol. 15. — P. 211—217.

4. Prognostic factors for survival in metastatic spinal cord compression: a retrospective study in a rehabilitation setting / Guo Y., Young B., Palmer J. L., Mun Y., Bruera E. // Am. J. Phys. Med. Rehabil. — 2003. — Vol. — 82. — P. 665—668.

5. Abrahm J. L. Assesment and Treatment of Patients With Malignant Spinal Cord Compression // J. Support. Oncol. — 2004. — Vol. 2. — P. 377—401.

6. Gangi A., Dietermann J. L., Mortazavi R. CT-guided interventional procedures for pain management in the lumbosacral spine // Radiographies. 1998. — Vol. 18, N 3. — P. 621—633.

7. Pain relief following percutaneous vertebroplasty: results of series of 283 consecutive patients treated in single institution / Anselmetti G. C., Corrao G., Monica P. D., Tartaglia V. // Card. Vasc. Int. Radiol. — 2007. — Vol. 30, N 3. — P. 441—447.

8. Валиев А. К. Вертебропластика в лечении больных с опухолевым поражением позвоночника: Дис... канд. мед. наук. — 2006. — 127 с.

9. Kaemmerlen P., Thiesse P., Jonas P. Percutaneous injection of orthopedic cement in metastatic vertebral lesions [letter] // N. Engl. J. Med. — 1989. — Vol. 321, N 2. — P. 121.

10. Slatkin N. Cancer-Related Pain and its Pharmacologic Management in the Patients With Bone Metastasis // J. Support. Oncol. — 2006. — Vol. 4. — P. 15—21.

11. Schiff D. Spinal cord compression // Neurol. Clin. — 2003. — Vol. 21. — P. 67—86.

12. Walker D. H., Mummaneni P., Roger G. E. Jr. Infected vertebroplasty: report of two cases and review of the literature // Neurosurg. Focus. — 2004. — P. 17.

13. Riley L. K., Franklin C. L. Tyzzer's disease, rat, mouse, and hamster / Monographs on Pathology of Laboratory Animals: Digestive System. — 1997.

14. Ruff R. L., Lanska D. J. Epidural metastases in prospectively evaluated veterans with cancer and

back pain // Cancer. — 1989. — Vol. 63. — P. 2234—2241.

15. O'Rourke R. L., George C. B., Redmond J. Spinal computed tomography and computed tomographic metrizamide myelography in the early diagnosis of metastatic disease // J. Clin. Oncol. — 1986. — Vol. 4. — P. 576—583.

16. Keller T. S., Harrison D. E., Colloca C. J. Prediction of osteoporotic spinal deformity // Spine. — 2003. — Vol. 28. — P. 455—462.

17. Kayanja M. M., Ferrara L. A., Lieberman I. H. Distribution of anterior cortical shear strain after a thoracic wedge compression fracture // Spine J. — 2004.

18. Prevalent vertebral deformities predict increased mortality and increased fracture rate in both men and women: a 10-year population-based study of 598 individuals from the Swedish cohort in the European Vertebral Osteoporosis Study / Hasserius R., Karlsson M. K., Nilsson B. E., Redlund-Johnell I., Johnell O. // Osteoporos. Int. — 2003. — Vol. 14, N 1. — P. 61—68.

19. Lindsay R., Silverman S. L., Cooper C. Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture // JAMA. — 2001. — Vol. 285. — P. 320—323.

20. Silverman S. L. The clinical consequences of vertebral compression fracture // Bone. — 1992. — Vol. 13. — P. 27—31.

ЎЗБЕКИСТОН ВРАЧЛАР АССОЦИАЦИЯСИНИНГ КОНФЕРЕНЦИЯСИ ҲАҚИДА

О КОНФЕРЕНЦИИ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ УЗБЕКИСТАНА

Ўзбекистон врачлар ассоциацияси 2016 йил "Соғлом она ва бола йили" муносабати билан "Аҳолининг касалланиш кўрсаткичларига таъсир қилувчи хатарли омиллар ва уларни олдини олишда долзарб масалалар" мавзусидаги Андижон, Наманган ва Фарғона вилоят врачлари учун илмий – амалий конференцияни жорий йилнинг 19-ноябр куни Фарғона шаҳрида Вилоят тадбиркорлар марказининг залида ўтказилди ва унда Андижон, Наманган ва Фарғона вилоятидан бирламчи бўғин шифокорлари, тор ихтисосликдаги врачлар шу жумладан кардиологлар, эндокринологлар, терапевтлар, отоларингологлар, травмотологлар, гастроэнтерологлар, онкологлар, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари ва бошқа ихтисосликдаги 400 дан ортиқ врачлар иштирок этишди.

Илмий-амалий конференция ва семинарлар орқали врачларнинг малакасини ошириш Ўзбекистон врачлар ассоциациясининг муҳим йўналишларидан биридир. Ушбу илмий-амалий конференция республикамизнинг етакчи олимлари иштирокида ўтказилди. Маърузаларнинг ва чиқишларнинг юқори илмий даражаси, илм ва амалиёт ходимларининг ўзаро тажриба алмашиш имконини берди, шу билан бирга бу тадбир тиббиёт жамоатчилиги орасида муҳим воқеа бўлиб қолди. Жорий йилдаги конференция бешинчи бор ўтказилаётган бўлиб, биринчиси 2012 йил Тошкент шаҳрида, 2013 йил Қарши шаҳрида, 2014 Хоразм вилоятида ва 2015 йилда Сирдарё вилоятида ўтказилган.

Конференцияни Ўзбекистон врачлар ассоциацияси раиси профессор А.М. Худойбергенов кириш сўзида Республикамизда тиббиёт соҳасида эришилаётган улкан ютуқлар ҳақида гапириб, Андижон, Наманган ва Фарғона вилоятларидаги ютуқ ва камчиликлар ҳақида ҳам тўхтаб ўтди. Конференцияда Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг Соғлиқни сақлашни ташкил қилиш, бошқариш ва молиялаштириш кафедраси мудири т.ф.д., профессор Д.А.Асадов, Республика эндокринология маркази директори т.ф.д., профессор С.И. Исмаилов, Ре-спублика ихтисослаштирилган кўз микрохирургия маркази директори т.ф.н., З.У. Сидиков, Аёллар репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш маркази т.ф.д., профессор М.Х. Каттаходжаева ва бошқа олим ва амалиётчилар маърузалар билан иштирок этишди.

Анжуман охирида ушбу анжуманни ташкил этган Ўзбекистон врачлар ассоциациясининг Фарғона вилояти ҳокимияти вакиллари, ЎВА сининг Андижон, Наманган ва Фарғона вилояти иштирокчилари ўз миннатдорчилигини билдиришди.

Ташкилий қўмита

ПОДПИСАНО В ПЕЧАТЬ 13.12.2016 г.
ФОРМАТ 60Х84 1/8. ОБЪЁМ 17,25 П/Л. ЗАКАЗ №
ТИРАЖ 1600 ЭКЗ. ЦЕНА ДОГОВОРНАЯ
ОТПЕЧАТАНО В ТИПОГРАФИИ
ООО "DM NASHR SERVIS",
ТАШКЕНТ, УЛ. ШОТА РУСТАВЕЛИ, 91.