



Tadqiqot uz

ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

2020

- » Ҳуқуқий тадқиқотлар
- » Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар
- » Тарих саҳифаларидаги изланишлар
- » Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни
- » Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни
- » Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар
- » Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар
- » Маданият ва санъат соҳаларини ривожланиши
- » Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши
- » Техника ва технология соҳасидаги инновациялар
- » Физика-математика фанлари ютуқлари
- » Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар
- » Кимё фанлари ютуқлари
- » Биология ва экология соҳасидаги инновациялар
- » Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари
- » Геология-минерология соҳасидаги инновациялар



№22

30 ноябрь

conferences.uz

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 22-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ
18-ҚИСМ**

**МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
22-МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ
ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИИ НА ТЕМУ "НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ"
ЧАСТЬ-18**

**MATERIALS OF THE REPUBLICAN
22-MULTIDISCIPLINARY ONLINE DISTANCE
CONFERENCE ON "SCIENTIFIC AND PRACTICAL
RESEARCH IN UZBEKISTAN"
PART-18**

ТОШКЕНТ-2020



УУК 001 (062)
КБК 72я43

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" [Тошкент; 2020]

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 22-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 ноябрь 2020 йил. - Тошкент: Tadqiqot, 2020. - 80 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн конференция 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича Ҳаракатлар стратегиясида кўзда тутилган вазифа - илмий изланиш ютуқларини амалиётга жорий этиш йўли билан фан соҳаларини ривожлантиришга бағишланган.

Ушбу Республика илмий конференцияси таълим соҳасида меҳнат қилиб келаётган профессор - ўқитувчи ва талаба-ўқувчилар томонидан тайёрланган илмий тезислар киритилган бўлиб, унда таълим тизимида илғор замонавий ютуқлар, натижалар, муаммолар, ечимини кутаётган вазифалар ва илм-фан тараққиётининг истиқболдаги режалари таҳлил қилинган конференцияси.

Масъул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович, ю.ф.д., доцент.

1. Ҳуқуқий тадқиқотлар йўналиши

Профессор в.б., ю.ф.н. Юсувалиева Рахима (Жахон иқтисодиёти ва дипломатия университети)

2. Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна (Фарғона давлат университети)

3. Тарих саҳифаларидаги изланишлар

Исмаилов Ҳусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекцияси)

4. Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

5. Давлат бошқаруви

PhD Шакирова Шохида Юсуповна (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги "Оила" илмий-амалий тадқиқот маркази)

6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

Самигова Умида Хамидуллаевна (Тошкент вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)



8.Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9.Иқтисодиётда инновацияларнинг туган ўрни

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар

Турсунназарова Эльвира Тахировна (Навоий вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Раҳмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Муסיқа ва ҳаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

Т.ф.д., доцент Маматова Нодира Мухтаровна (Тошкент давлат стоматология институти)

19.Фармацевтика

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

20.Ветеринария

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

21.Кимё фанлари ютуқлари

Раҳмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22. Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23. Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Доцент Сувонов Боймурод Ўралович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

24. Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

Phd доцент Қаҳҳоров Ўктам Абдурахимович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

25. География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг хаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

Контакт редакций научных журналов. tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot, город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

**БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ
ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР**

1. Gaybiev A.A., Djurabekova A. T., Igamova S. S BOLALARDA DIABETIK POLINEVROPATIYA PATOGENEZIDA HLA FAKTORINING XUSUSIYATLARI	8
2. Исмаилов С.И. , Абдурахмонова Р.Х ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОСИ ГИПОФИЗ-ГОНАДЫ У ЖЕНЩИНЫ 30 ЛЕТ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ.	14
3. Джураева.А.Ш, Азимова Г.У РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	16
4. Олимхонова Комилахон Надимуллаевна КИШЕЧНАЯ МИКРОБИОТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И ЕЕ СВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ.....	18
5. Ражабова М.Ш., Хаджимухамедов Б.Б., Шавкатхужаев Х. Н., Нарзикулова К.И ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОНТАКТНОЙ И ЭКСИМЕРЛАЗЕРНОЙ КОРРЕКЦИИ МИОПИИ.....	20
6. А.А.Хаджиметов, Ж.А.Ризаев, Ш.А.Акрамова ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ ГАПТОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПАРОДОНТИТА СОЧЕТАННОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ	22
7. Abduraimova Omadxon Axmadjon qizi KORONAVIRUS BIZNING HAYOTIMIZDA	23
8. Sharipova Malika Fakhridin qizi, Nasirova X.K IMAGING DIVERSE CLINICAL PRESENTATIONS OF EMPTY TURKISH SADDLE SYNDROME	25
9. Аминова И.П., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А., Салимбаева К.Ш ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ	27
10. Ганиева Р. Р., Нурузова З. А ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ ОБРАЗЦЫ НА НАЛИЧИЕ МАРКЕРОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С И В, ВИЧ ИНФЕКЦИИ, СИФИЛИСА	29
11. Ганиева Р. Р., Нурузова З. А ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С И В, ВИЧ ИНФЕКЦИИ, СИФИЛИСА МЕТОДОМ ИФА И ПРЦ	31
12. Ганиева Р. Р., Нурузова З. А СОЗДАНИЕ ОПЫТНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПАНЕЛИ СЫВОРОТОК ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВГС	33
13. Kim Olga Anatolyevna, Dzhurabekova Aziza Takhirivna, Amonova Zakhro Kakhkhorovna, Shmirina Ksenia Vladimirovna YOSHLIK DAVRDAGI ISHEMIK INSULTNING SUBTIP TURLARINI TAMLIL QILISH	35
14. Мамажонова З.Ш., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А., Касымова Г.Б КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	40
15. Муродова Д.С., Кариев Ш.М., Хазраткулов Р.Б ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДИНАМИКА БОЛЬНЫХ С СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.....	42

16. Халимова З.Ю., Алмахматова А.А ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗ-ГОНАДЫ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕФИЦИТОМ ТЕСТОСТЕРОНА	49
17. Хасанова Диляфруз БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ	51
18. Shofotikhov Abdulla Fatkhulla o'g'li, Bilalov Erkin Nazimovich DYNAMICS OF ARTERIAL PRESSURE INDICATORS AND HYDRODYNAMICS OF THE EYE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN THE SURGICAL TREATMENT OF GLAUCOMA ON THE BACKGROUND OF APPLICATION OF "PERINDOPRIL"	55
19. Г.С. Исаева., Д.А. Эгамбердиева., И.А.Рўзметова., Г.Б.Қосимова СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ.	58
20. Очилдиев Мухиддин Баходир ўғли, Закирходжаев Рустам Асралович ЛЕЧЕНИЕ ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕПТИДНОГО РЕГУЛЯТОРА –ГЛИАТИЛИНА	60
21. Саматов Мадаминжон Улуғбек ўғли, Ахраров Абдусамад Ахрарович ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ ДО И ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	64
22. Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Исаков А.М., Данияров Э.С., Махмудов З.М ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ	67
23. Билалов Эркин Нозимович, Акбарова Дилфуза Суратовна ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИНДОПРИЛА ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ГЛАУКОМЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	75
Шофотихов Абдулла Фатхулла ўғли	75
24. А.А.Хаджиметов, Ж.А.Ризаев, Ш.А.Акрамова ОЦЕНКА СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ПАРОДОНТИТОМ СОЧЕТАННОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	78
25. А.А.Хаджиметов, Ж.А.Ризаев, Ш.А.Акрамова ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ ГАПТОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПАРОДОНТИТА СОЧЕТАННОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ	79



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

BOLALARDA DIABETIK POLINEVROPATIYA PATOGENEZIDA HLA FAKTORINING XUSUSIYATLARI

*Gaybiev A.A., Djurabekova A. T., Igamova S. S.
Samarkand Davlat Tibbiyot Instituti, Nevrologiya kafedrasida
saodat_igamova@mail.ru, 906049955*

Аннотация. Qandli diabetning ulushi bolalarning 6-7 foizini tashkil qiladi va asoratlari, diabetik polinevropatiya foizlari yillar davomida keskin o'sib boradi. Qandli diabetning immun tuzilishi va patomorfologik xususiyati haqidagi zamonaviy nuqtai nazar ushbu muammoning ko'plab dolzarb muammolarini hal qilish uchun istiqbollarni ochib beradi. Maqolada diabetik periferik polinevropatiya bilan og'rikan bolalarni tekshirish, kursning klinik va nevrologik xususiyatlari; vosita va sezgir tolalardagi buzilishning neyrofiziologik tabiati; DP patogenezida HLA omilini aniqlash; kasallikning og'irligi va glyukemik profilni hisobga olgan holda dinamik terapiyada dori terapiyasining samaradorligini baholash.

Калит so'zlar: bolalar, qandli diabet, klinikasi, nevrologik asoratlari, HLA, GM1, GD1b, davolash.

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, butun dunyoda 21 milliondan ortiq odam qandli diabet bilan og'rikan, ularning deyarli 6-7 foizini bolalar tashkil qiladi. Qandli diabetning asoratlari xavflidir. Ushbu asoratlardan biri diabetik polinevropatiya (DP). Ushbu asoratning foiz darajasi, avvalambor, kasallikning davomiyligiga bog'liq, kasallik qancha uzoq bo'lsa, asoratlari ehtimolligi shuncha yuqori bo'ladi. Qoida tariqasida, bolalar periferik asab sistemasining zararlanishi og'ir shakllariga ega emas (1). Shifokor bilan yoshga bog'liqligi sababli adabiy manbalarda ushbu muammoning diagnostik ma'lumotlari to'g'risida to'liq ma'lumot berilmaydi.

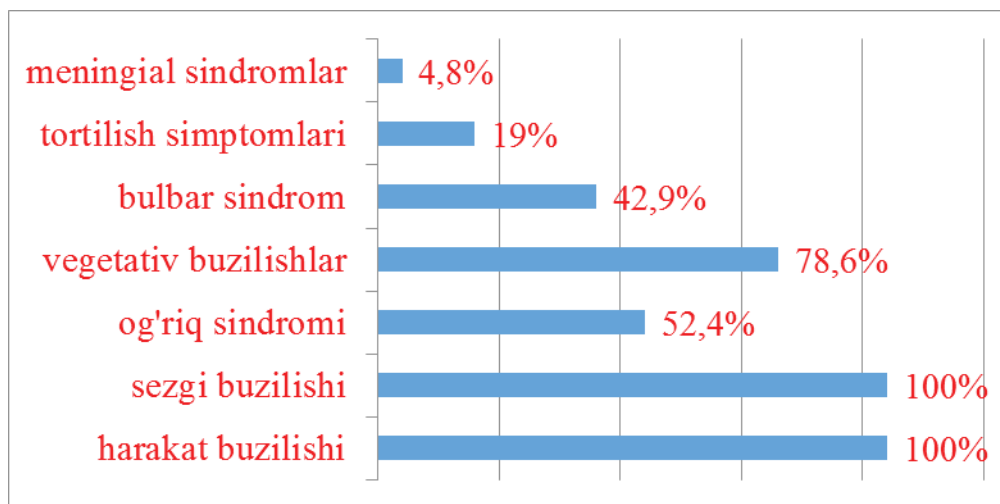
Shunga qaramay, bugungi kunda bolalardagi DP oyoqlarning og'rig'i (1) bilan sensorimotor polinevropatiya kabi 1-toifa diabet kasalligining tez-tez asoratidir. Ko'pgina manbalarda diabetning namoyon bo'lishi 7 yoshda va o'spirinlik davrida, geteroxromiya davrida, tizimlarning faol sur'ati bo'lganida paydo bo'ladi: mushaklar, qon tomirlari. Levin L.I.ga ko'ra. (2020), bu haqiqat DPni shakllantirish uchun noqulay fon bo'lib xizmat qiladi. Ko'pgina mualliflar visseral polinevropatiya va distal variantni ajratadilar; klinik simptomlarning og'irligiga ko'ra, standart shakllar engil, o'rtacha va og'ir. Patomorfologik xususiyatlar miyelin va Shvann qobig'i ("bo'shliq") tolalari buzilishi bilan asab tolasining yo'qolishi bilan bog'liq; buzilish darajasi gipeklemekemiya davomiyligi bilan to'g'ridan-to'g'ri proporsionaldir (1). Shunday qilib, eksperimental tadqiqotlar (sun'iy ravishda qo'zg'atilgan diabet kasalligi) shvann hujayralari aksonlarga katta ta'sir ko'rsatishini va shu bilan periferik asabdagi jarayonni buzishini ko'rsatdi (1). Qandli diabetning immunitet tuzilishining zamonaviy ko'rinishi nuqson omillari bo'lib qolmoqda. Turli xil nazariyalarga ko'ra, sabab virusli infektsiya, tashqi iqtisodiy muhit, oshqozon osti bezining bezovta qiluvchi hujayralari - stress; diabet kasalligini rivojlanishiga olib keladigan Langergans hujayralari o'limining asosiy roli gumoral va hujayra immunitetiga tegishli. LTP va miyelin buzilishi (lipid qatlami oqsil o'rtasida joylashgan biolayer) o'rtasidagi munosabatlarga juda ko'p sonli ishlar bag'ishlangan. Bu holda oqsillar membrana barqarorligida muhim rol o'ynaydi. Periferik asab tizimining miyelini, markazidan farq qiladi, juda xilma-xildir va bu miyelinning o'ziga xos xususiyati makrofag fagotsitozi (1) bilan demiyelinatsiyadir. Yuqorida keltirilganlar bolalarda diabetik polinevropatiyaning dolzarbligi to'g'risida shubha qoldirmaydi. Pediatriya amaliyotida hushyorlikning yo'qligi, bolalarga tashxis qo'yish qiyinligi, kech tashxis qo'yish, bolalarning erta nogironligi diabetni asoratlari to'g'risida zamonaviy tushunchani



hisobga olgan holda PDni aniqlash, klinik kursning og'irligi va davolash taktikasini hal qilish istiqbollari ochadi.

Maqsad. Bolalardagi diabetik polinevropatiya patogenezidagi HLA omillarining xususiyatlarini 1-toifa diabet mellitus (DM) asoratlarini davolashni baholash bilan o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. 7-17 yoshdagi qandli diabet bilan kasallangan 50 nafar bola ko'rikdan o'tkazildi. 7 yoshgacha bo'lgan yosh imtihonning qiyinligi, xususan ENMG tufayli istisno mezonidir. Tadqiqot Samarqand shahridagi bolalar ko'p tarmoqli kasalxonasi (endokrinologiya bo'limi), SamMI 1-klinikasi (bolalar nevrologiyasi bo'limi), shahar poliklinikalarida bolalarni ambulatoriya kuzatuvini asosida olib borildi. Belgilangan vazifalarni hal qilish uchun olingan ma'lumotlar bemorlarning ota-onalarining ishtirok etishga roziligi bilan to'plandi. Barcha bemorlar batafsil klinik va laboratoriya tekshiruvidan o'tdilar; diabetik periferik polinevropatiyani (DP) tekshirish uchun endokrinolog, pediatr tomonidan tekshiruv, nevrologik simptomlarni batafsil kuzatish. Bolalar ikki guruhga bo'lingan. Yengil, boshlang'ich alomatlari va 3 yildan 5 yilgacha qandli diabet bilan og'riq guruh. 5 yildan ortiq davom etadigan asoratlari bo'lgan og'ir nevrologik asoratlardan iborat edi, ikkinchisi - 23 bemor. Nazorat guruhi nevrologik patologiyasi va endokrin tizimining buzilishi bo'lmagan (qonda normal shakar darajasi bo'lgan) 20 nafar bemorni tashkil etdi. Tadqiqot usullari tahlillarni to'plash, bemorlarning shikoyatlari, badandagi holatni baholash, nevrologik tekshiruv (parezni baholash, sezgirlikning buzilishi, vegetativ innervatsiya ko'rsatkichlari). Tomas DYCKUR tomonidan taklif qilingan tasnifga muvofiq DPning alomatlari bir necha simptomlar bilan aniqlandi. Og'riq chegarasi VAS shkalasi yordamida nazorat qilindi. Patologik o'zgarishlarning tabiati elektromiyografiya, "Neuroliak" kompyuter elektromiyografiyasi ma'lumotlari bo'yicha baholandi. Ko'rsatmalarga ko'ra yurak, jigar, buyraklardagi asoratlarni kiritish uchun organlarning ultratovush tekshiruvini o'tkazildi. Retinopatiyani ro'yxatdan o'tkazish uchun oftalmolog maslahati (agar kerak bo'lsa).



1-Rasm. PRNdagi asosiy nevrologik sindromlar.

Biz kuzatgan bemorlarda immunogenetik tadqiqot laboratoriya sharoitida o'tkazildi. Biz inson tanasidagi HLA gen kompleksini o'rganib chiqdik. HLA tizimi genetik nazoratning izchilligini ta'minlaydigan genlar majmuasidan iborat. HLA tizimining genlari immunitetning ta'sirini va o'ziga xosligini tartibga soladi va HLA kompleksi molekulalarining sintezini boshqaradi. Bu tarkibiga kiruvchi har bir gen 100% 100% 52.4% 78.6% 42.9% 19% 4.8% odamlarning buzilishi sezgi buzilishi og'riq sindromi vegetativ buzilishlar bulbar sindromar tortilish sindromi odamlarda individual va o'ziga xos xususiyatlarga ega. HLA molekulalarining antigenlarining vazifasi T hujayra retseptorlari yordamida ekzogen antigenlarni tanib olish, immunitetni rivojlantirish, kasalliklarga moyilligi haqida ma'lumot berish va inson tanasining turg'unligini genetik nazoratdan o'tkazishdir. Tadqiqotning immunologik usuli bu antigen va antitelalarning bevosita o'ziga xos harakati to'g'risida ishonchli ma'lumot beradigan dalillarga asoslangan diagnostika usuli. Ushbu immunologik tadqiqot GM1 va GD1b tipidagi gangliozidlarga antikorlarning ko'rsatkichlarini aniqlaydi. Antikor indekslari ixtiyoriy birliklarda o'lchanadi - BUT. Odatda GM1 800BUT gacha,



GD1b esa 350BUT gacha, bu chegaralarning ko'payishi patologiya hisoblanadi.

Statistik ishlov berish shaxsiy kompyuterda Fisherning aniq testi, Spearman korrelyatsion tahlili yordamida amalga oshirildi.

Tadqiqot natijasi. Samarqand shahridagi viloyat endokrinologik kasalxonasida 1-toifa qandli diabet (DM) bilan kasallangan 50 nafar bola tibbiy ko'rikdan o'tkazildi, ayrim bemorlar SamMI 1-klinikasi pediatrik nevrologiya bo'limiga yuborildi (diabetik polinevropatiya (DP) tashxisi bilan). Bolalarning yoshi 7 dan 17 yoshgacha bo'lgan, o'g'il bolalar ustunlik qilgan. Kasallikning davomiyligi bo'yicha 1-toifa diabet, 3-5 yoshdan 27% gacha, 5 yoshdan oshgan qolgan bolalar. Nazorat va taqqoslash uchun 20 nafar sog'lom bola tekshirildi.

Bolalarni nevrologik tekshirishda pastki ekstremitalarda zaiflik, og'riqlar shikoyatlari aniqlandi; nevrologik kasalliklarning simptomatologiyasi asosiy kasallikning davomiyligiga bog'liq edi va DP belgilarining ko'payishi qon shakarining ko'payishi bilan ortdi. Diabetga chalingan bolalarda DPning klinik ko'rinishlari umuman aniqlanmagan. Standart tekshiruv diabetga chalingan bolalarda uchraydigan bir qator alomatlarni ko'rsatdi, asosiy va tez-tez aniqlanadigan (bolalarning 90%) pastki ekstremitalarda reflekslarning pasayishi, Axilles va tizza refleksi, kamdan-kam hollarda yuqori ekstremitalarda reflekslarning pasayishi kuzatildi. Ikkinchi eng keng tarqalgan simptom - bu xuddi shu oyoq-qo'llarda sezgirlikning pasayishi (88%). Jiddiylig Tomas DYCKUR tomonidan baholandi, standart bosqichlar. 1-bosqich shikoyatlari bo'lmagan, kasallikning kam davomiyligi, o'rtacha (barqaror) glyatsatlangan gemoglobin darajasi (tekshirilgan bolalarning 30%) bolalar uchun odatiy edi, faqat ENMGda o'zgarishlar mavjudligi periferik asab tizimidagi o'zgarishlarning dastlabki bosqichini isbotladi. 2-bosqich - oyoq-qo'llaridagi zaiflik (tizzada ko'proq), oyoqlarda og'riqlar, klinik ko'rinishlar yo'qligi yoki o'rtacha darajadagi shikoyatlar mavjudligi (reflekslarning pasayishi, sezgirlikning pasayishi). 3-bosqichda periferik asab tizimining buzilishining barcha belgilari ifodalangan (motor va sezgir buzilishlar, buzilishlarni tasdiqlovchi neyrofiziologik ma'lumotlar. Tahlillarga ko'ra tekshirilayotgan bemorlarning asosiy toifasida irsiy moyillik bo'lgan (63%) (ota-onalar qandli diabet bilan og'rgan).

Bolalarda DPning asoratlari bilan bir qatorda, to'liq diagnostika tekshiruvi natijasida yurak, jigar, buyraklardagi buzilishlar va ko'rishdagi o'zgarishlar aniqlandi. Kardiyak belgilar qon bosimi o'zgarishi, taxikardiya bilan ajralib turardi, DP bo'lgan bolalarning 12 foizida EchoCG ma'lumotlari har doim ham buzilish belgilarini ko'rsatmadi (faqat 3 bemorda). DP bilan kasallangan bolalarning 5 foizida gepatoz shaklida namoyon bo'lgan jigar ultratovush anomalialari kuzatildi, pediatr tomonidan tekshirilganda klinikasi aniqlanmadi, maxsus shikoyatlar va sub'ektivlar sezildi. Buyraklar diagnostikasi (laboratoriya ma'lumotlariga ko'ra) bemorlarning 11 foizida nefropatiya aniqlangan (bu ma'lumotlar so'nggi yillardagi adabiyot ma'lumotlari bilan tasdiqlangan).

Qandli diabet, diabetik retinopatiya fonida ko'rish organlarining shikastlanishi 1 bemorda aniqlangan va bemorning kasallik davomiyligi 7 yildan ortiq bo'lgan. Kasallikning davomiyligi 5 yildan ortiq bo'lgan 4 bemorda asoratlarning kombinatsiyasi kuzatildi.

Periferik asab tizimining shikastlanishlarini tashxislash standarti elektromiyografiya (ENMG) hisoblanadi. Bolalarda ENMGni o'rganish bir necha bor o'tkazilgan, bu mushaklarning zararlanish darajasi va saqlanishini aniqlash, qo'zg'alish tezligi va tarqalishi (SRV) vosita va sezgir tolalar bo'ylab aniqlangan. Sog'lom bolalar ma'lumotlari odatdagidek ishlatilgan. 1 zo'raonlik darajasi bo'lgan bemorlarda M javobining ushbu amplitudalari normal 3-3,5 mV oralig'ida bo'lgan, ammo sog'lom guruhga (4,9-5 mV) nisbatan kamaygan, og'ir holatlarda (0,7-) 0,9mV). Dvigatel tolalarini ENMG tahlil qilish natijalari periferik nervlarning distal qismlarida o'zgarishlarni ko'rsatdi.

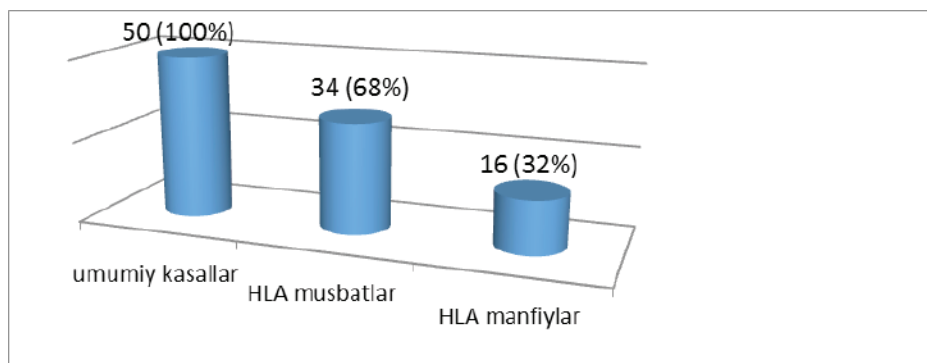
Sensor tolalar bo'ylab qo'zg'alish xarakteri xuddi shunday DP klinikasida o'sish bilan pasaygan. Kasallikning dastlabki bosqichida M-reaksiya va SRV me'yorga yaqinlashdi, ammo diabetning davomiyligi 3 yildan ortiq bo'lgan bolalarda motor va sezgir tolalarda M-javob va SRV amplitudasining pasayishi kuzatiladi, ayniqsa ENMG o'zgarishini dastlabki belgi deb hisoblash mumkin. DPning maxsus klinik belgilari bo'lmagan bemorlarda yoki yuqori darajadagi beqaror qon shakar darajalari asosida.

Patologik antigenlari aniqlashda HLA kompleksi aniqlandi, 50 bemorda - 68% (34 bemor) da patogen HLA1 antijenleri, 32% (16 bemor) da patogen HLA antijenleri aniqlanmadi. Sog'lom bolalarda patogen HLA antigenlari majmuasi qonda aniqlanmaydi. HLA kompleksining patogen antigenlari ko'rsatkichlari HLA kompleksining patogen antigenlari 6 xromasomaning qisqa



qo'lida joylashgan bo'lib, bemorda antigenlarni aniqlash immunitet tizimining etishmasligidan dalolat beradi. Patogen HLA antigenlari immunitet reaksiyasining normal rivojlanishini, otoimmun reaksiyalarini buzadi va avtoantikorlar ishlab chiqarishni ko'payishiga imkon beradi. Qon zardobida tekshirgan bemorlarda GM1 miqdori 890 BUT dan 2480 BUT, o'rtacha qiymati 1835 ± 240 BUT ($N = 800$ BUT), GD1b 380 BUT 1450 BUT ga etdi va o'rtacha 1010 ± 190 BUT ($N = 350$ BUT) ... Olingan ma'lumotlarning natijalari GM1 2,3 barobar, GD1b me'yordan 2,8 baravar yuqori bo'lgan autoantikorlarning yuqori titrini ko'rsatmoqda (2.-rasm). Umumiy bemorlar sony HLA aniylargan bemorlar HLA aniylanmagan bemorlar 50 (100%) 34 (68%) 16 (32%) Otoantikorlarning indikatorlari Patogenetik davolash maqsadida tanlangan dori Milgamma taklif qilingan. Preparat qondagi glyukoza konsentratsiyasini pasaytiradi, glyukatsiyaning yakuniy mahsuloti hosil bo'lishini pasaytiradi, glutationning tarkibini fiziologik me'yorga oshiradi, endoneural qon oqimini yaxshilaydi, bularning barchasi DPdagi periferik asab tizimining o'tkazuvchanligini yaxshilaydi. Bu asab tizimining yallig'lanish va degenerativ kasalliklariga foydali ta'sir ko'rsatadi, periferik asab tizimining shikastlanishi bilan bog'liq og'riqni kamaytiradi. Davolash 11 yoshdan katta bolalar uchun o'tkazildi (ilgari farmatsevtika qo'mitasining ruxsati bilan ota-onalar bilan shartnoma tuzgan). Ichkarida kuniga bir marta, 10 kun ichida mushak ichiga yuborish, bir oy ichida takroriy kurs. Davolashning samaradorligi klinik va nevrologik alomatlar, glisemik profilidagi o'zgarishlar, elektromiyografik ma'lumotlar, hayot sifati, HLA ko'rsatkichlari bilan baholandi. Bolalar uchun kunlik insulin iste'mol qilish statistik ma'lumotlarga ega emas edi.

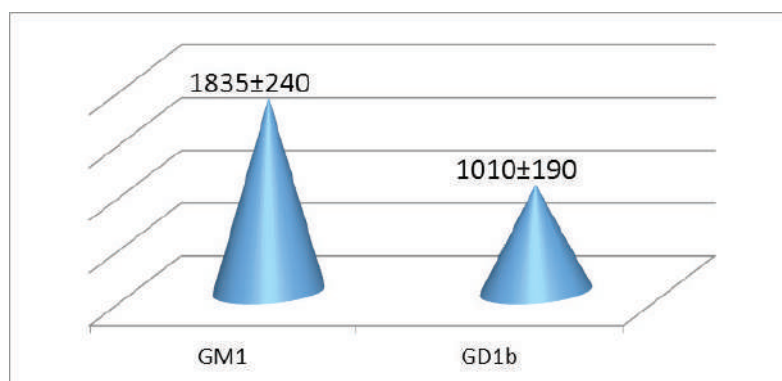
Patologik antijenleri aniqlashda HLA kompleksi aniqlandi, 50 bemorda - 68% (34 bemor) da patogen HLA1 antijenleri, 32% (16 bemor) da patogen HLA antijenleri aniqlanmadi. Sog'lom bolalarda patogen HLA antigenlari kompleksi yo'q nurga keladi.



2-Rasm. HLA kompleksining patogen antigenlari ko'rsatkichlari

HLA kompleksining patogen antigenlari 6-xromasomaning kalta qo'lida joylashgan bo'lib, bemorda antigenlarni aniqlash immunitet tizimining etishmasligi to'g'risida ma'lum qiladi. Patogen HLA antigenlari immunitet reaksiyasining normal rivojlanishini, otoimmun reaksiyalarini buzadi va avtoantikorlar ishlab chiqarishni ko'payishiga imkon beradi.

Qon zardobida tekshirgan bemorlarda GM1 miqdori 890 BUT dan 2480 BUT, o'rtacha qiymati 1835 ± 240 BUT ($N = 800$ BUT), GD1b 380 BUT 1450 BUT ga etdi va o'rtacha 1010 ± 190 BUT ($N = 350$ BUT) ... Olingan ma'lumotlarning natijalari GM1 2,3 barobar, GD1b odatdagidan 2,8 baravar yuqori bo'lgan autoantikorlarning yuqori titrini ko'rsatmoqda.



3- Rasm. Avtoantikorlarning ko'rsatkichlari

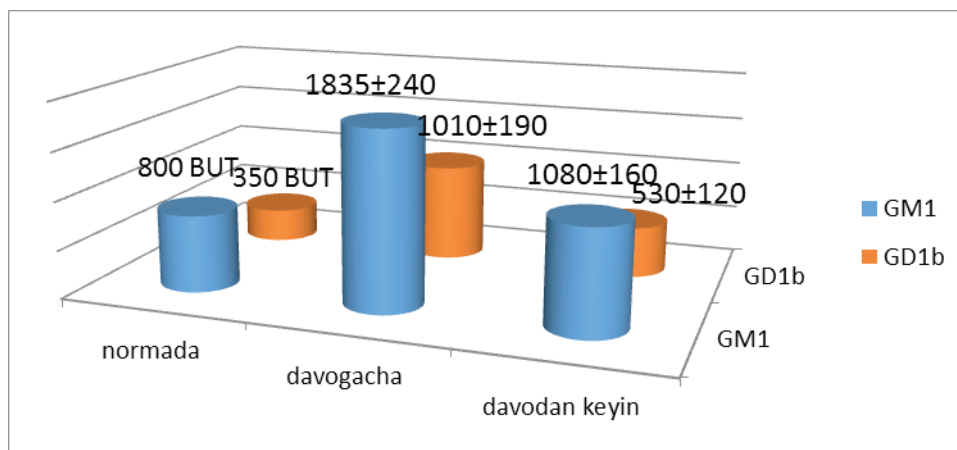
Patogenetik davolanish maqsadida tanlangan dori Milgamma tomonidan taklif etiladi. Preparat qondagi glyukoza konsentratsiyasini pasaytiradi, glyukatsiyaning yakuniy mahsuloti hosil bo'lishini pasaytiradi, glutationning tarkibini fiziologik me'yorga oshiradi, endoneural qon oqimini yaxshilaydi, bularning barchasi DPdagi periferik asab tizimining o'tkazuvchanligini yaxshilaydi. Bu asab tizimining yallig'lanish va degenerativ kasalliklariga foydali ta'sir ko'rsatadi, periferik asab tizimining shikastlanishi bilan bog'liq og'riqni kamaytiradi. Davolash 11 yoshdan katta bolalar uchun o'tkazildi (ilgari farmatsevtika qo'mitasining ruxsati bilan ota-onalar bilan shartnoma tuzgan). Ichkarida kuniga bir marta, 10 kun ichida mushak ichiga yuborish, bir oy ichida takroriy kurs. Davolashning samaradorligi klinik va nevrologik alomatlar, glisemik profilidagi o'zgarishlar, elektromiyografik ma'lumotlar, hayot sifati, HLA ko'rsatkichlari bilan baholandi. Bolalar uchun kunlik insulin iste'mol qilish statistik ma'lumotlarga ega emas edi.

Terapiya paytida, DPning engil va og'irroq shakllari bo'lgan barcha bemorlarda og'riq, zaiflik va uyqusizlik shikoyatlarining og'irligi ijobiy tendentsiyaga ega edi. VAS o'lchoviga ko'ra, birinchi kursdan so'ng klinikaning engil shakli (qandli diabet 3-5 yil) bo'lgan guruhdagi barcha bemorlarda indikator pasaygan; og'ir asoratlari bo'lgan guruhda ko'rsatkichlar ikki davolash kursidan so'ng yaxshilandi. Harakat buzilishlarining ustunligi (og'riqning tabiati), periferik asab tizimining ingichka tolalaridagi jarayonni ko'rsatadi. Davolanishdan keyingi reflekslarning holatini tahlil qilish tendon reflekslarining kuchayishi va barqarorlashuvini (aktivizatsiya), tizza reflekslarining guruhdagi deyarli barcha bolalarda engil, boshlang'ich ko'rinishda, og'ir kasalliklarga chalingan guruhda refleksning o'sishi qayd etdi, Axilles refleksi 67%, bolalarning 43 foizida tizza. ...

Glyatsatlangan gemoglobin ko'rsatkichlari engil shakldagi guruhda sezilarli darajada barqarorlashdi, sonlarning pasayishi, shuningdek og'ir kasalliklarga chalingan guruhda, faqat 3 bemorda dastlabki holatdan farq qilmadi.

Milgamma-dan qo'shimcha foydalanilgandan so'ng ENMGdagi o'zgarishlarning tabiati, yumshoq guruhdagi motor nervlarining M-reaktsiyasi amplitudasi bo'yicha, mos ravishda, nazorat guruhida 2,3-2,5 mV, og'ir buzilishlar guruhida 1,5-1,7 (chegara) mV ga oshdi. SRVning bir xil yaxshilanishi, normal buzilish darajasi 4,0 m / s bo'lgan guruhda, og'ir buzilgan guruhda funktsional normativ ko'rsatkichlari 4,9-5,0 m / s. bu periferik nervlarning distal qismlarida aniq patologik o'zgarishlarning dalilidir.

GM1 parametrlari davolanishdan oldin 1835 ± 240 BUT, GD1b titri esa 1010 ± 190 BUT edi. Davolash kursidan so'ng GM1 titri 1080 ± 225 BUT, GD1b titri esa 530 ± 140 BUT.



4 –Rasm. GM1 VA GD1b gangliozidlarining otoantikorlariga antitelar titrining ko'rsatkichlari.

Ko'pgina parametrlarning yaxshilanishi, yaxshi tolerantlik, nojo'ya ta'sirlarning yo'qligi, DP bilan kasallangan bolalarda Milgamma preparatidan foydalanish samaradorligi haqida gapiradi.

Xulosa

1. Diyabetik polinevropatiya diabetning yoshi va davomiyligiga, uglevod metabolizmi va irsiy moyillikning buzilishining progressiv omiliga bog'liq.

2. Milgamma qo'shilishi bilan dori terapiyasi (standart va an'anaviy davolash, insulin terapiyasi) bolalarda diabetik polinevropatiyani davolashda ijobiy ta'sir ko'rsatadi, nevropatiyaning



ko'plab parametrlarining belgilarini pasaytiradi, dalil sifatida elektromiyografik parametrlarning dinamikasi.

3. Qandli diabet, bolalar va o'spirinlarda diabetik polinevropatiyaning asoratlari chuqurroq tadqiqotlar, xavf omillari va turlarga va metabolik dekompensatsiyaga bog'liqlikni talab qiladi.

Adabiyot ruyxati:

1. Utaganova G. Djurabekova A., Gaybiyev A., Igamova S. Neuroimmunological aspects of pathogenesis in children's cerebral palsy// International Journal of Pharmaceutical Research. 2020. № 12. P. 1264-1270

2. Азиза Тахировна Джурабекова, Дильноза Салимовна Шомуродова, Саодат Суръатовна Игамова. Особенности клиники, диагностики и лечения рассеянного склероза в Самаркандской области// Re-health journal. 2020. 2.2 (6) <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-kliniki-dagnostiki-i-lecheniya-rasseyannogo-skleroza-v-samarkandskoy-oblasti>

3. Isanova Sh. Abdullaeva N. Djurabekova A. Gaybiev A. Clinical - neurological and vegetative dysfunctions in adolescents with metabolic syndrome// // International Journal of Pharmaceutical Research. 2020. № 12. P. 1788-1792

4. Акмал Ахмаджонович Гайбиев, Азиза Тахировна Джурабекова, Дильноза Салимовна Шомуродова. Особенности клинико-диагностических проявлений у детей с острой полинейропатии// Re-health journal. 2020. 2.2 (6) <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-kliniko-dagnosticheskikh-proyavleniy-u-detey-s-ostroy-polineyropatii>

5. Akmal Gaybiyev, Aziza Djurabekova, Guljahon Utaganova, Saodat Igamova. Modern methods of diagnostics of polyneuropathy// European science review 2018 (9-10-2) P.45-47 / <https://elibrary.ru/item.asp?id=36792858>



ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОСИ ГИПОФИЗ-ГОНАДЫ У ЖЕНЩИНЫ 30 ЛЕТ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ.

*Исмаилов С.И. , Абдурахмонова Р.Х.
Заведующий кафедрой эндокринологии с детской
эндокринологией Ташкентского педиатрического
медицинского института, доктор медицинских наук, профессор
магистр 2 курса кафедры эндокринологии с детской
эндокринологией Ташкентского педиатрического
медицинского института,
yulduz.urmanova@mail.ru
тел +998 99 8351609*

Аннотация. Врожденный первичный гипотиреоз встречается с частотой 1:3500 новорожденных. В 75-90% случаев врожденный гипотиреоз возникает в результате порока развития щитовидной железы на 4-9-й неделе внутриутробного развития плода [1].

Ключевые слова: женщины, дефицит тиреоидных гормонов, фертильность

Причины: вирусные заболевания матери, аутоиммунные заболевания щитовидной железы у матери, радиации, токсическое действия лекарств и химических веществ во время беременности. В 10-25% случаев к врожденному гипотиреозу приводят генетически детерминированные нарушения синтеза гормонов, а также наследственные дефекты рецепторов к трийодтиронину (Т3), тироксину (Т4) или ТТГ [2].

Снижение содержания тиреоидных гормонов в организме приводит к ослаблению их биологических эффектов, что проявляется нарушением роста и дифференцировки клеток и тканей. В первую очередь эти нарушения касаются нервной системы: уменьшается количество нейронов, нарушается миелинизация нервных волокон и дифференцировка клеток головного мозга. [3]. Замедление анаболических процессов, образования энергии проявляются в нарушении энхондрального окостенения, дифференцировки скелета, снижении активности кроветворения. Снижается также активность некоторых ферментов печени, почек, ЖКТ. Замедляется липолиз, нарушается метаболизм мукополисахаридов, накапливается муцин, что приводит к появлению отеков[4].

Патологические изменения щитовидной железы у ребёнка происходят в I триместре беременности матери – периоде закладки органов [5].

При врожденном гипотиреозе причины обусловлены также нарушением гипоталамо-гипофизарной системы. В таких случаях центры из головного мозга не дают сигналы щитовидной железе о продукции тиреотропных гормонов. На ранней стадии заболевания только в 5% случаев можно предположить врожденный гипотиреоз у новорожденных по клиническим признакам. У остальных детей болезнь можно выявить только по скрининг-тесту[6].

Цель исследования: изучить случай нарушения функции гипофиза у женщины 30 лет с врожденным гипотиреозом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением в 2020 году находилась пациентка Абдуллаева М, 1990 года рождения, с диагнозом «Врожденный гипотиреоз».

Пациентка прошла клинические и биохимические исследования, включая эндокринный контроль, липидный профиль, гормональный профиль (ТТГ, ЛГ, ФСГ, пролактин, свободный тироксин, эстрадиол, прогестерон и т. Д.), УЗИ гениталий, рост (см), вес (кг), ИМТ, окружность талии (WC), окружность бедер (HC), соотношение талии и бедер, анкетирование и другие исследования.

Результаты расследования. У больной появились жалобы на слабость, снижение памяти. Замужем, имеет двоих детей. Она постоянно получает заместительную терапию L-тироксинам (150 мг). У ее родителей имеется семейная низкорослость в роду.

Рост 153 см, вес 57 кг. ИМТ=25,3 кг/м² (то есть в норме). Артериальное давление 115/70 мм. рт. ст., пульс 72 в мин. В плазме: ТТГ - 5,4 Мме / л, ФСГ - 4,4 мМЕ / л, ТТГ - 3,0 мМЕ / л, ЛГ - 5,7 мМЕ / л, пролактин - 4,5 нг / мл, кортизол 252,1 нг / мл, свободный тироксин- 92,3 нмоль / л.



Таким образом, пациентка находится в состоянии компенсации основного заболевания.

Выводы. Пациенты с врожденным гипотиреозом в условиях компенсации могут иметь нормальную репродуктивную функцию.

Список литературы:

1. American Academy of Pediatrics AAP Section on Endocrinology and Committee on Genetics, and American Thyroid Association Committee on Public Health. Newborn Screening for Congenital Hypothyroidism: Recommended Guidelines. //Pediatrics. 1993;91(6):1203-1209.
2. Hashemipour M, Hovsepian S, Kooshki A, Afshari M, Ayyad A. The relation between serum and filter paper TSH level in neonates with congenital hypothyroidism. // Advanced Biomedical Research. 2014;3(1):23. doi: 10.4103/2277-9175.124663
3. Jesús B, José Ramón A-F, Lidia C-F, Colón C, Cabanas P, Heredia C, et al. Congenital Hypothyroidism with Neurological and Respiratory Alterations: A Case Detected Using a Variable Diagnostic Threshold for Tsh. //Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology. 2011;3(4):208-211. doi: 10.4274/jcrpe.448
4. Castanet M, Polak M, Bonaéti-Pellié C, Lyonnet S, Czernichow P, Léger J. Nineteen Years of National Screening for Congenital Hypothyroidism: Familial Cases with Thyroid Dysgenesis Suggest the Involvement of Genetic Factors. //The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2001;86(5):2009-2014. doi: 10.1210/jcem.86.5.7501
5. Congenital Hypothyroidism: Initial Clinical Referral Standards and Guidelines. UK Newborn Screening Programme Centre; 1 April 2013. Available from: <http://www.newbornbloodspot.screening.nhs.uk/>
6. Deladoëy J, Bélanger N, Van Vliet G. Random Variability in Congenital Hypothyroidism from Thyroid Dysgenesis over 16 Years in Québec. // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2007;92(8):3158-3161. doi: 10.1210/jc.2007-0527



РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Джураева.А.Ш, Азимова Г.У.
Кандидат медицинских наук,
доцент кафедры эндокринологии ТашиУВ,
магистр 2 года кафедры эндокринологии
с детской эндокринологией ТашиПМИ
тел. +998 90 9480302
Dindul98@gmail.com*

Аннотация. По данным ВОЗ на 2018 год около 415 миллионов человек во всем мире больны сахарным диабетом (СД), еще у 318 миллионов взрослого населения отмечается нарушение толерантности к глюкозе, что существенно повышает риск развития сахарного диабета в будущем [1]. Ежегодно более 1 миллиона пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС) теряют, по крайней мере, часть ноги [2]. Таким образом, малая или высокая ампутации стоп, инвалидизируя пациента и существенно снижая качество его жизни, зачастую осложняются несостоятельностью швов, отсутствием адекватного заживления операционной раны, а также присоединением гнойно-воспалительных процессов. В итоге это приводит не только к повторным ампутациям, в том числе и контралатеральной конечности, но и к высоким показателям летальных исходов среди пациентов с СДС [3].

Поэтому синдром диабетической стопы является одним из важнейших осложнений сахарного диабета, переходящим из медицинской проблемы в ранг социально значимой [4].
Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, самоконтроль, качество жизни.

Цель исследования – изучить качество жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа с синдромом диабетической стопы.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа в отделении диабетической стопы РСНПМЦ Эндокринологии имени акад. Я.Х. Туракулова МЗ РУз в период с 1 октября по 31 декабря 2019 гг. Было обследовано 30 больных с СД 2 типа, находящихся на стационарном лечении, с СДС. Средний возраст больных составил 58,9 лет.

Всем больным выполнялся комплекс исследований, включавший общеклинические (общий анализ крови и мочи), биохимические (глюкоза крови, гликемический профиль, тест толерантности к глюкозе, гликированный гемоглобин HbA1C), ЭКГ, УЗИ внутренних органов, УЗДГ магистральных сосудов, консультация окулиста, а также анкетирование пациентов с вопросник оценки качества жизни опросником WHOQOL-BREF и антропометрия (ОТ, ОБ, ИМТ).

Опросник WHOQOL-BREF – это краткая версия SF-36 состоит из 26 пунктов, которые оценивают следующие широкие области: физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду. При этом по опроснику WHOQOL-BREF имеют место различные градации, а именно: КЖ очень хорошее (135 б), КЖ хорошее (108 б), КЖ среднее (81 б), КЖ плохое (54 б), и КЖ очень плохое (28 б).

Все пациенты были осмотрены подиатристом. Измеряли ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс: измеряется давление в лодыжке по отношению к артериальному давлению плеча. Для определения стадии хронической ишемии нижних конечностей использовали классификацию Фонтена—Покровского. У всех больных была критическая ишемия нижних конечностей: 1 группа - у 11 (36,6%) - III, 2 группа - у 19 (63,4%) - IV стадия ишемии.

Результаты исследования. Исследование качества жизни на основе вопросника WHOQOL-BREF 30 больных выявило, что в 1-й группе средний балл был в пределах 54 б (P < 0,01 с контролем). Наиболее низким средний балл (28±3,2 б) был выявлен у больных 2 группы по сравнению с нормативными данными (в норме от 81 до 135 б).

Исследование магистрального кровотока в бедренной артерии методом УЗДГ выявило, что в 1 группе скорость кровотока была в пределах 78,5 см/сек), в то время как во 2 группе – 55 см/сек (в норме до 100 см/сек). Лодыжечно-плечевой индекс в 1 группе был в среднем 0,6, а во 2 группе – 0,3 (в норме до 0,9). Индекс резистентности в бедренной



артерии в 1 группе был в среднем 56 см/сек, а во 2 группе – 23 см/сек (в норме 1 м/сек).

Таким образом, исследование качества жизни на основе вопросника WHOQOL-BREF 30 больных в 2-х группах выявило, что во 2-й группе средний балл был самым низким ($P < 0,01$), что коррелирует с достоверно пониженными базальными значениями скорости кровотока в бедренной артерии до 55 см/сек (в норме до 100 см/сек), ЛПИ до 0,3 (в норме до 0,9) у больных данной группы, а также индекса резистентности в бедренной артерии до 23 см/сек (в норме 1 м/сек).

Выводы. Таким образом, исследование качества жизни на основе вопросника WHOQOL-BREF 4х доменов (физическое здоровье, психологическое качество жизни, социальное качество жизни и окружение) 30 больных в 2-х группах выявило, что у преобладающего числа больных показатели пониженного КЖ коррелируют с достоверно пониженными базальными значениями показателей магистрального кровотока у больных данных групп, больше во 2 й.

Список использованной литературы:

1. Атлас диабета IDF [Электронный ресурс] / Международная Федерация Диабета. – Бельгия, 2015. – 7-е изд. – Режим доступа: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>.
2. Socioeconomic and hospital-related predictors of amputation for critical limb ischemia / A. J. Henry, N. D. Hevelone, M. Belkin, L. L. Nguyen // J. Vasc. Surg. – 2011. – Vol. 53, N 2. – P. 330–339.
3. Удовиченко, О. В. Диабетическая стопа: руководство для врачей / О. В. Удовиченко, Н. М. Грекова. – Москва: Практическая медицина, 2010. – 271 с.; Bakker, K. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011 / K. Bakker, J. Apelqvist, N. C. Schaper // Diab. Metab. Res. Rev. – 2012. – Vol. 28, N 1. – P. 225–231.; Schaper, N. C. Reducing lower leg amputations in diabetes: a challenge for patients, healthcare providers and the healthcare system / N. C. Schaper, J. Apelqvist, K. Bakker // Diabetologia. – 2012. – Vol. 55, N 7. – P. 1869–1872.
4. Анциферов, М. Б. Синдром диабетической стопы. Диагностика, лечение и профилактика / М. Б. Анциферов, Е. Ю. Комелягина. – Москва: МИА, 2013. – 304 с.;



КИШЕЧНАЯ МИКРОБИОТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И ЕЕ СВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ

*Олимхонова Комилахон Надимуллаевна
Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Узбекистан
Телефон: +998933881808
olimkhonova@mail.ru*

Аннотация. На сегодняшний день по данным ряда исследований продемонстрирована патогенетическая ассоциация между микробиотой кишечника и заболеваниями почек, в частности с хронической болезнью почек (ХБП). В литературе приведены основные факторы риска развития дисбиоза, такие как пожилой возраст, коморбидные заболевания. мужской пол, социоэкономическое неблагополучие [1-5]. В условиях уремии интоксикации у больных с ХБП из-за наличия продуктов распада азота в толстой кишке потенциально ожидается рост условно-патогенных бактерий, которые также в процессе своей жизнедеятельности образуют уремические токсины. В то же время недостаточно данных о факторах, влияющих на течение и прогноз уже развившегося заболевания.

Ключевые слова: микробиота кишечника, хроническая болезнь почек, уремические токсины, коморбидный фон.

Цель исследования: Изучить состояние микробиоты кишечника и ее связь с маркерами системного воспаления у больных с ХБП С2-С4 стадий.

Материалы и методы: Было обследовано 80 больных с ХБП, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении 3-й клиники ТМА. Всем больным проводили общеклиническое обследование, оценку жалоб, антропометрических данных, возраста, индекса массы тела. Лабораторное обследование включало интерпретацию показателей общего анализа мочи, концентрации креатинина и мочевины крови и другие стандартные биохимических показателей. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывалась по формуле СКД EPI-2011. Бактериологическое исследование кала проводили в бактериологической лаборатории, посевы производили на питательные среды. Маркеры системного воспаления были оценены на основании повышения уровня лейкоцитов ($>11 \times 10^9/\text{л}$), С-реактивного белка ($>5,0 \text{ мг/л}$) иммунотурбодиметрическим методом, фибриногена ($>4,0 \text{ г/л}$), а также интерлейкина-6 иммуноферментным методом.

Результаты: Средний возраст больных составил $56,6 \pm 7,9$ лет. Из них 32 женщин (40%) и 48 (60%) мужчин. Расчетная скорость клубочковой фильтрации варьировала от 30 до 60 мл/мин/1,73м², что соответствовало показателям додиализных стадий ХБП.

Анализ фекальной микрофлоры показал дефицит бактерий *Bifidobacterium* ($<108 \text{ КОЕ}$) у обследованных больных. В норме в состав нормальной микрофлоры кишечника входят молочнокислые бактерии – лактобактерии, бифидобактерии, и пропионовокислые бактерии с преобладанием бифидобактерий. Падение количества бифидобактерий и лактобактерий ниже нормы свидетельствует о наличии патологических сдвигов в организме, таких как снижение иммунной защиты и воспаление. Кроме того у обследованных больных наблюдалось увеличение численности *Echerichia* ($>108 \text{ КОЕ}$). У мужчин показатель ИЛ-6 оказался выше, чем у женщин. У больных ХБП с наличием ожирения титр патогенных бактерий и их спектр продемонстрировал худшие результаты, хотя недостоверно. По результатам исследования в группе больных ХБП уровень воспалительных маркеров был выше (СРБ-55%, ИЛ-6- 60%, лейкоциты 62%), чем в контрольной группе (СРБ-45%, ИЛ-6-40%, лейкоциты 38%).

Выводы. У больных с ХБП дисбаланс кишечной микробиоты сочетается с повышенным уровнем СРБ, ИЛ-6, лейкоцитов. Существует двунаправленная связь, при которой воспаление и дисбиоз будут, способствуют прогрессированию хронической болезни почек.



Список литературы:

1. Anders HJ, Andersen K, Stecher B. The intestinal microbiota, a leaky gut, and abnormal immunity in kidney disease. *Kidney Int.* 2013; 83:1010–6.
2. Aron-Wisnewsky JA, Clement K. The gut micro biome, diet, and links to cardio metabolic and chronic disorders. *Nat RevNephrol* 2016; 12: 169–181. Doi: 10.1038/rrneph.2015
3. Barreto FC, Barreto DV, Liabeuf S, Meert N, Glorieux G, Temmar M, et al., European Uremic Toxin Work Group(EUTox). Serum indoxyl sulfate is associated with vascular disease and mortality in chronic kidney disease patients. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009; 4:1551–8.
4. Dou L, Sallée M, Cerini C, Poitevin S, Gondouin B, Jourde-Chiche N, et al. The cardiovascular effect of the uremic solute indole-3 acetic acid. *J Am Soc Nephrol.* 2015; 26:876–87.
5. Evenepoel P, Meijers BK, Bammens BR, Verbeke K. Uremic toxins originating from colonic microbial metabolism. *Kidney Int Suppl.* 2009:S12–9.45. Jourde-Chiche N, Dou L, Cerini C, Dignat-George F,



ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОНТАКТНОЙ И ЭКСИМЕРЛАЗЕРНОЙ КОРРЕКЦИИ МИОПИИ.

*Ташкентская Медицинская Академия, город Ташкент.
Ражабова М.Ш., Хаджимухамедов Б.Б., Шавкатхужаев Х. Н.
(научный руководитель: д.м.н., доц. Нарзикулова К.И.)*

Аннотация: В данной статье представлен посвященный описанию качества жизни пациентов с миопией. Дана характеристика нарушений рефракции и способов ее лечения. Описан один из ведущих методов коррекции миопии в настоящее время – эксимерлазерная хирургия. Дана подробная характеристика хирургических методов коррекции миопии, а так же сравнительная оценка качества жизни пациентов при контактной и эксимерлазерной коррекции миопии

Ключевые слова: миопия, рефракция, эксимерлазерная хирургия, коррекция миопии, качества жизни, National Eye Institute Visual Function Questionnaire (N.E.I.V.Q.)

Актуальность. Миопия — самая распространенная болезнь глаз, характеризующаяся ухудшением зрения вдаль и приобретающая характер эпидемии в масштабах всего человечества. Прогнозы мировой статистики свидетельствуют о том, что к 2050 году 50% населения будет близоруким, 10% будут иметь высокую степень близорукости и порядка одного миллиарда человек будут слепы. Во всем мире, как минимум, 13 миллионов детей и 45 миллионов взрослых людей трудоспособного возраста страдают некоррегированными аномалиями рефракции. Без надлежащей оптической коррекции миллионы детей лишены возможности учиться, а взрослые – продуктивно работать, что имеет серьезные экономические и социальные последствия и влияет на качество жизни пациентов.

Цель: сравнительная оценка качества жизни пациентов при контактной и эксимерлазерной коррекции миопии

Материал и методы исследования. Нами обследовано 60 пациентов, из которых 27 мужчин и 33 женщин. Всем пациентам были выставлены диагнозы миопия средней и высокой степени. Пациенты были разделены на две однородные группы в зависимости от проведенной коррекции.

- В первой группе (контрольной) обследованы 30 пациентов–проведена коррекция контактными линзами.

- Во второй (основной) группе - 30 пациентов - проведена эксимерлазерная коррекция миопии.

Пациенты до и после коррекции опрошены по специальному адаптированному опроснику National Eye Institute Visual Function Questionnaire (N.E.I.V.Q.) для определения качества жизни.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что у пациентов основной группы, получавших эксимерлазерную коррекцию, качество жизни намного лучше, чем у пациентов контрольной группы. У пациентов контрольной группы, применявших контактную коррекцию, наблюдались частые головные боли. При этом, многие пациенты с анизометропией не переносили полноценную коррекцию, в связи с чем больным назначались линзы с меньшей силой преломления, которые не давали 100% коррекции. Также у пациентов, после длительного применения линз в 30% случаев развивались признаки ССГ, которые требовали постоянного применения слезозаменительных препаратов. У пациентов основной группы после эксимерлазерной коррекции симптомы ССГ были кратковременными и исчезали через 1 месяц после назначения слезозаменительной терапии.

Выводы. Доказано, что эксимерлазерная коррекция не только улучшает зрительные функции, но и повышает качество жизни пациентов с миопией.

Литературы:

1. Безденежных В. Н. Миопия –проблема – 21 века. Молодой ученый – 2015- №24. С. 253-255
2. Витковская, О.П. Стратегия укрепления здоровья в офтальмологии/ О.П. Витковская // РМЖ «Клиническая офтальмология», 2013. - №3. – С. 88 – 92.



3. Витковская, О.П. Стратегия укрепления здоровья в офтальмологии/ О.П. Витковская // РМЖ «Клиническая офтальмология», 2013. - №3. – С. 88 – 92.
4. Иомдина, Е.М. Современный взгляд на проблему миопии / Е.М. Иомдина, Е.П. Тарутта // Рефракция – 2014: сборник докладов конференции – Самара, 2014 (дата обращения 17.01.15)
5. Либман, Е.С. Инвалидность вследствие нарушения зрения в России /Е.С. Либман, Д.П. Рязанов // Фёдоровские чтения – 2014: сб. тез. докл. - М., 2014. - С. 162 – 163.
6. Седойкина, А.В. Показатели первичной инвалидности по зрению вследствие различных болезней глаза/А.В.Седойкина, С.В.Аксенова, М.П.Куликова // Актуальные проблемы офтальмологии. IX Всероссийская научная конференция молодых учёных с международным участием. Сборник научных работ / под ред. Б.Э. Малюгина. – М.: ООО «Издательство «Офтальмология», 2014. – С. 51 – 53.
7. Lee, Y.Y. Risk factors for and progression of myopia in young taiwanese men/Y.Y. Lee, C.T. Lo, S.J.Sheu//Ophthalmic Epidemiol. – 2015. – 22(1). – P. 66-73.



ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ ГАПТОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПАРОДОНТИТА СОЧЕТАННОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ

*А.А.Хаджиметов, Ж.А.Ризаев, Ш.А.Акрамова.
(Самаркандский Государственный медицинский институт
Республики Узбекистан, г.Самарканд)*

Проявление и прогрессирование признаков пародонтита зависит от многих обстоятельств, включающих наличие соматических заболеваний, социальные, поведенческие, системные, генетические факторы, микробный состав зубного налета и другие индикаторы, и факторы риска. Важным обстоятельством, влияющим на тяжесть течения генерализованного пародонтита, является рост общесоматической патологии, в частности патологии сердечно-сосудистой системы протекающий при постоянном присутствии разнообразных ассоциаций микроорганизмов в ротовой полости. Необходимо отметить, что *P.gingivalis* в качестве питания в воспалительном экссудате (зубодесневая жидкость) использует гемин (продукт распада гемоглобина). При гингивите, за счет распада эритроцитов происходит повышение уровня свободного гемоглобина, который используется в качестве пищи для возбудителя гингивита. Свободный гемоглобин, при этом должен захватываться специфическим гликопротеином- гаптоглобином, так как, свободный гемоглобин пагубно воздействует на тромбоциты и активирует систему гемокоагуляции. С этих позиций, интересно было изучить особенности показателя гаптоглобина в крови у обследуемых лиц. В соответствии с поставленными задачами исследования сформировано 3 группы: I группа — 50 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне АГ и ИБС, II группа -34 пациентов с ХГП на фоне АГ и ИБС сочетанной адентией, находящихся на этапах лечения по поводу ССЗ, III группа - 25 пациентов с патологией пародонта (ХГП), без заболеваний сердечно-сосудистой системы. В I группе пациентов показатель гаптоглобина на 41,5 % ниже показателей группы сравнения, тогда как у пациентов 2 группы она снизилась на 56% при сравнение с показателями группы сравнения. Следовательно, увеличение свободного гемоглобина в крови активирует синтез печенью гаптоглобина для связывания свободного гемоглобина у больных сочетанной формой заболевания и образования комплекса гаптоглобин/гемоглобин. У больных с ХГП сочетанной с ИБС и особенно при сопутствующей адентии наблюдается усиленный гемолиз эритроцитов цистеиновыми протеазами *P. gingivalis* ведущее в конечном итоге к прогрессированию заболевания. Каждое механическое повреждение тканей пародонта при гингивите приводит к усилению образования свободного гемоглобина, что является пищей для *P. Gingivalis* и размножения его. В свою очередь локальное активация данного процесса способствует деструкции и репаративным процессам в тканях пародонта при данной сочетанной патологии пародонта и сердечно-сосудистой системы.



KORONAVIRUS BIZNING HAYOTIMIZDA

Abduraimova Omadxon Axmadjon qizi
Andijon Davlat tibbiyot instituti talabasi
+998990191920

Annotatsiya: Ushbu maqolada COVID-19 ning hayotimizga ta'siri, virus tufayli aholi orasida bo'layotgan vaziyat, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan alomatlar, yuqish yo'llari va ulardan himoyalanih, yosh bolalarni esa qanday extiyot qilish choralari tushuntirib o'tilgan.

Annotation: This article discusses the impact of COVID-19 on our lives, the situation that is happening among the population due to the virus, the possible symptoms, ways of transmission and protection from them, and how to understand the measures to extortion young children.

Kalit so'zlar: COVID-19, kasallik, virus, bosh og'rig'i, bolalar, spirt, dezinfeksiya, gripp, isitma, tibbiy niqob, shamollash.

Keywords: COVID-19, disease, virus, headache, children, alcohol, disinfection, gripp, heating, medical mask, windmill operator.

Xitoyning Uxan shahrida ilk bor aniqlangan yangi virus keltirib chiqaradigan kasallik 2019 yil koronavirus kasalligi deb nomlandi. Kasallik 2020-yil 11-martda JSST tomonidan Pandemiya deb belgilandi. 2020-yil 26- avgustga qadar ushbu virus 188 dan oshiq mamlakat va hududda ashovchi 24 milliondan oshiq odam yuqtirdi. COVID -19 nomidagi "CO" koronani (corona), "VI" virusni (virus), "D" esa kasallikni (disease) anglatadi. COVID-19 yangi virus bo'lib, kuchli o'tkir respirator sindromni va o'tkir respirator virusli infeksiyaning (O'RVI) ba'zi turlarini keltirib chiqaradigan viruslar oilasiga tegishlidir .

COVID-19 ning yuzaga kelishi va alomatlari:

Ushbu virus kasallik alomatlari yuzaga kelganda eng yuqumli bo'lsa-da, kasallik belgilari paydo bo'lishidan oldin ham boshqalarga yuq,tirish mumkin. Kasallik alomatlari odatda 5 kunda paydo bo'ladi, ammo bu davr 2 kundan 14 kungacha davom etishi mumkin. Kam uchraydigan alomatlar: bosh og'rishi, burun bitishi, tomoq og'rishi, balg'am ajralishi, nafas qisishi, mushak va bo'g'imda og'riq, junjikish, ko'ngil aynishi yoki qayt qilish, ich ketishi.

Koronavirus qanday yuqadi?

Virus havo-tomchi yo'li bilan yo'talish va aks urish patida to'g'ridan-to'g'ri yuqadi. Shuningdek virus bilan ifloslangan uzalarga tegish oraqali ham yuqishi mumkin. COVID-19 virusi bir necha soat davomida buumlarning sirtida o'z kuchini saqlab qoladi, biroq oddiy dezinfeksiya vositalari uni o'ldirishi mumkin.

COVID-19 ning belgilari qanday?

Yuqori tana haroratining ko'trilishi, yo'tal va nafas qisilishi kasallik alomatlariga kiradi. Og'irroq holatlarda infeksiya pnevmoniyaga yoki nafas qiyinlanishiga olib kelishi mumkin. Kamdan-kam hollarda kasallik o'linga olib kelishi mumkin. Ushbu alomatlar gripp yoki ORVIga o'xshashdir, ular COVID-19 ga qaraganda ancha keng tarqalgan. Shuning uchun odam COVID-19 bilan kasallanganini tasdiqlash uchun tibbiy tahlil qilish kerak. Kasallikning oldini oluvchi asosiy profilaktika choralari o'xshash. Buning uchun qo'llarni sovun bilan tez-tez yuvish lozim. Respirator gigiyenaga rioya qilish muhim - yo'talayotganda egilgan tirsak yoki qog'oz salfetka bilan og'iz va burunni berkiting, so'ng salfetkani yopiladigan axlat idishiga tashlang.

Infeksiyani yuqtirimaslik uchun nima qilish zarur? Infeksiyani yuqtirimaslik uchun siz va oilangiz 4 ta ehtiyot choralari ko'rishingiz mumkin:

1. Tarkibida spirt bo'lgan qo'l tozalash vositalari yoki sovun bilan qo'llarni tez-tez yuvib turish.

2. Yo'talish yoki aks urish paytida og'iz va burningizni egilgan tirsak yoki qog'oz dastro'mol bilan berkiting, so'ng dastro'molni yopiq axlat idishga tashlang.

3. Shamollash yoki isitma alomatlari bo'lgan har qanday kishi yaqindan muloqotda bo'lishdan qoching.

4. Agar sizda yoki bolangizda isitma, yo'tal yoki nafas qisilishi bo'lsa, tibbiy yordam uchun imkon qadar ertaroq murojaat qiling.

Tibbiy niqob kiyish kerakmi?

Respirator belgilar, ya'ni yo'talish yoki aks urish holatlarida boshqalarni himoya qilish uchun



tibbiy niqobdan foydalanish tavsiya etiladi. Niqobdan foydalanishning samarasini ta'minlash va virus yuqtirish yuqori xavfining oldini olish uchun ularni to'g'ri ishlatish, so'ng tegishli ravishda yo'q qilish kerak. Infeksiyani to'xtatish uchun faqatgina niqobni qo'llash yetarli emas. Shu bois qo'llarni sovun bilan tez-tez yuvib turish, yo'talganda va aks urganda og'iz va buruninni berkitish hamda O'RVI yoki grippga xos bo'lgan har qanday belgilarga (yo'tal, aks urish, isitma) ega odam bilan yaqin muloqotda bo'lmaslik zarur.

COVID-19 bolalarga yuqadimi?

Bu yangi virusdir va hozircha uning bolalarga yoki homilador ayollarga qanday ta'sir qilishi to'g'risida yetarli ma'lumotga ega emasmiz. Hozirgi kunga qadar COVID-19 sababli yuz bergan bolalar o'limi holati qayd etilmagan. Kamdan-kam hollarda, asosan surunkali kasalliklari bo'lgan qariyalarda, virus o'limga olib kelishi mumkin.

Agar bolada COVID-19 alomatlari bo'lsa, nima qilishim kerak?

Shifokorga murojaat qiling. Shuni esda tutingki, hozir shimoliy yarim sharda gripp mavsumi bo'lgani uchun COVID-19 belgilari, masalan yo'tal yoki isitma, gripp yoki ORVI holatlarida bo'lishi mumkin. Doimiy qo'llarni sovun bilan yuvish hamda respirator gigiyena qoidalariga rioya qilishni davom eting. Bolangizni kasalliklarga qarshi vaqtida emlating va bolangiz emlanganligiga amin bo'ling - shunda bolangiz boshqa viruslar va bakteriyalardan himoya qilinadi. Tibbiy yordam uchun inkon qadar ertaroq murojaat qiling. Infeksiya boshqalarga yuqishining oldini olish uchun jamoat joylariga (ishxona, maktab, jamoat transporti) bormaslikka harakat qiling.

Oila a'zolarida virus belgilari paydo bo'lganda nima qilish kerak?

Sizda yoki farzandingizda isitma, yo'tal yoki nafas olish qiynlashuvi alomatlari paydo bo'lsa, imkon qadar tezroq tibbiy yordam uchun murojaat qilishingiz kerak. Agar koronavirusning yangi holatlari qayd etilgan mintaqaga borgan bo'lsangiz yoki ushbu mintaqalarning biridan kelgan va respirator belgilari mavjud bo'lgan odam bilan yaqin aloqada bo'lgan bo'lsangiz, darhol bu haqida o'z shifokoringizga xabar bering.

Qanday qilib qo'llarni to'g'ri yuvish kerak?

1-qadam. Qo'lingizni oqayotgan suv bilan namlang.

2-qadam. Nam qo'llarga yetarli miqdorda sovun suring.

3-qadam. Qo'llaringizni bir-biringizga ishqalab, yuzalarini, ichki qismini, barmoqlar orasini va tirnoq ostini kamida 20 soniya davomida ishqalang.

4-qadam. Qo'llaringizni oqayotgan suv ostida yaxshilab yuving.

5-qadam. Qo'llaringizni toza mato yoki bir marta ishlatiladigan sochiq bilan quriting.

Qo'lingizni tez-tez, ayniqsa ovqatlanishdan oldin, burningizni qoqqaningizda, yo'talganda yoki aks urgandan keyin va xojatxonadan keyin yuvib turing. Sovun va suv bo'lmagan holda, tarkibida kamida 60% alkogol mavjud qo'l antiseptigidan foydalaning. Qo'llaringiz ifloslanganda ularni albatta sovun va suv bilan yuving. Demak, biz barchamiz bir jamoa bo'lib kurashmog'imiz, o'zimiz va atrofimizdagi insonlarni asrash uchun barcha karantin qoidalariga rioya qilishimiz darkor. Kuch – birlikda.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. S.S. Esonturdiyev, M.E. Qarshiboyeva Gigiyena va Sanitariya tekshirishlar texnikasi.
2. Sari Huhtanen, Ari Laukkanen A guide to sanitation and hygiene for those working in developing countries.
3. Seymour.S. Block Disinfection va internet malumotlari



IMAGING DIVERSE CLINICAL PRESENTATIONS OF EMPTY TURKISH SADDLE SYNDROME

Sharipova Malika Fakhridin qizi
master's degree Department of Endocrinology
and Pediatric Endocrinology, Tashkent Pediatric Medical Institute
Phone: +99890 3257405 drsharipovamalika@gmail.com
Nasirova X.K., candidate of medical sciences,
Department of Endocrinology and Pediatric Endocrinology,
Tashkent Pediatric Medical Institute
Phone: +99890 3229956 hursh77@mail.ru

Abstract: Empty sella syndrome is a damaged pituitary gland. Either the gland has shrunk or has been crushed and flattened making it look like an empty sella on MRI scan. The reported prevalence of primary empty sella in general population is 8–35 %. The incidence is more in females, the ratio being 5:1. It is generally found in middle aged women who are obese and hypertensive. Here we report the case of a 43 years old patient who presented with persistent headache, giddiness and fatigue since 7 years and eventually was diagnosed to have empty sella syndrome.

Key words: Empty sella syndrome, sella turcica, persistent headache.

Background: Empty sella syndrome is characterized by the herniation of the subarachnoid space within the sella, which is often associated with some degree of flattening of the pituitary gland [1,4,6]. In the case of primary empty sella (PES), several etiopathogenetic hypotheses have been proposed, including a congenital incomplete formation of the sellar diaphragm and supra sellar factors such as stable or intermittent increase in intracranial pressure as well as volumetric changes in the pituitary (as observed in pregnancy) [1,2,4,6]. On the other hand, secondary empty sella may be caused either by pituitary adenomas undergoing spontaneous necrosis (ischemia or hemorrhage) or by infective, autoimmune, and traumatic causes or by radiotherapy, drugs, and surgery [1,4,5,7,9]. **Methods:** This is a retrospective study done over a period between n 2019-2020 in a private JackSoft center. The subjects presented for brain magnetic resonance imaging for diverse, chronic clinical symptoms such as chronic headaches, visual disturbances and galactorrhoea and empty sella was found on imaging. The essence of the imaging was to demonstrate or to rule out a structural cause for the clinical symptoms of the subjects. **Results:** Ten female subjects between the ages of 30-50 years with a mean age of 40.0 ± 10.0 years presented with chronic symptoms. The most common symptoms were headaches (n = 10, 100%), visual disturbances (n = 4, 40%), chronic fatigue (n = 3, 30%), galactorrhea (n = 2, 25%), secondary infertility (n = 2, 25%), weight gain (n = 2, 25%) and psychotic symptoms (n = 2, 25%). Imaging finding showed empty sella in all subjects. One subject had features of chronic venous infarct. **Conclusion:** Empty sella syndrome presents in complex ways. Most of the symptoms can be explained by increased pressure on structures around the sella which control various organs in the body

References:

1. Bianconcini G, Bragagni G, Bianconcini M. Primary empty Sella syndrome. Observations on 71 cases. *Recenti Prog Med* 2009;90:73-80.
2. Saindane AM, Lim PP, Aiken A, Chen Z, Hudgins PA. Factors determining the clinical significance of an “empty” sella turcica. *AJR Am J Roentgenol* 2016;200:1125-31.
3. Ghatnatti V, Sarma D, Saikia U. Empty Sella syndrome - Beyond being an incidental finding. *Indian J Endocrinol Metab* 2014;16:S321-3.
4. Braatvedt GD, Corral RJ. The empty Sella syndrome: Much ado about nothing. *Br J Hosp Med* 2013;47:523-5.



5. Maira G, Anile C, Mangiola A. Primary empty Sella syndrome in a series of 142 patients. *J Neurosurg* 2015;103:831-6.
6. De Marinis L, Bonadonna S, Bianchi A, Maira G, Giustina A. Primary empty Sella. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;90:5471-7.
7. Debnath J, Ravikumar R, Sharma V, Senger KP, Maurya V, Singh G, et al. ‘Empty Sella’ on routine MRI studies: An incidental finding or otherwise? *Med J Armed Forces India* 2016;72:33-7.
8. Kumar K, Khalid M, Fadhil A, Lamba P, Basha SA, El Zaher M, et al. Empty sella syndrome: A case report and literature review. *Neurosci Med* 2015;6:42-5.
9. Degli Uberti EC, Teodori V, Trasforini G, Tamarozzi R, Margutti A, Bianconi M, et al. The empty Sella syndrome. Clinical, radiological and endocrinologic analysis in 20 cases. *Minerva Endocrinol* 2017;14:1-8.



ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Аминова И.П.

Студент магистратуры

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
aminova2383@gmail.com +998977771060*

Эгамбердиева Д.А

Д.м.н., доцент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Рузметова И.А.

К.м.н., доцент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Салимбаева К.Ш.

Студент магистратуры

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Аннотация: Представлены результаты исследования влияние сахарного диабета типа 2 на отдаленные результаты эндоваскулярной коронарной реваскуляризации, у больных страдающих со стенокардией напряжением. У пациентов с сахарным диабетом эндоваскулярная коронарная реваскуляризация с лекарственными стентами существенно улучшало отдаленный прогноз.

Ключевые слова: эндоваскулярная коронарная реваскуляризация, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца

Актуальность. Основной причиной летальности в мире продолжают оставаться сердечно-сосудистые заболевания. Многочисленные исследования показали, что сахарный диабет является независимым фактором риска развития и прогрессирования атеросклероза сосудов и значительно повышает потребность в повторной реваскуляризации миокарда и ухудшает клинические исходы.

Целью исследования явилось оценить по результатам проспективного наблюдения, антиишемическую и ангиографическую эффективность чрескожной коронарной вмешательств ишемизированного миокарда после реваскуляризации у больных ИБС с сахарным диабетом (СД) типа 2.

Материалы и методы. В исследование были включено 58 больных со стенокардией напряжения, которые были разделены на 2 равнозначные группы: 1-я (n-26) с ИБС, ассоциированной сахарным диабетом; 2-я группа (n-32) с ИБС без сахарного диабета, находившиеся на стационарном лечении в АО «Республиканский медицинский центр терапии и медицинской реабилитации» с 2019 по 2020 год, которым была проведена коронарная реваскуляризация.

Все больные получали антиишемическую, антигипертензивную терапию и два дезагреганта, больные с сахарным диабетом – дополнительно гипогликемические препараты.

Больным проведено реваскуляризация и имплантированы стенты с лекарственным покрытием. Сравнивали частоту рестенозов целевых артерий, а также развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений: инфарктов миокарда, мозговых инсультов, потребности в повторной реваскуляризации и смерти.

Результаты исследования. Через 12 месяцев после эндоваскулярной реваскуляризации возобновление стенокардии произошло в 2 раза чаще (13,8% и 6,2%) у больных ИБС с СД, чем без него; при этом явно обладая рестенозом стента 3 (6,5%) случаев против 1 (1%). В одном случае (1%) с СД развился поздний тромбоз стента. Безболевого ишемия миокарда встречалась в 2 раза чаще у 3(6%) и у 1(1%)- в 1-й группе с СД по сравнению со 2-й без такого. Инфаркт миокарда развился только у 2(3,9%) больных с сахарным диабетом. Потребность в повторной ангиопластике (14,8% и 5,6%) в большой мере имела у больных ИБС с СД.

Частота комбинированной конечной точки включавшей рестеноз стента, поздний тромбоз стента, ИМ, повторное стентирование, в 1 с лишним раз преобладала среди пациентов



1-й группы с СД (17,8% и 5,6% у больных СД и у больных без СД соответственно). В целом, в течение 12 месяцев проспективного наблюдения применения коронарных стентов привело к достоверному снижению возобновления стенокардии на 19,7% в 1-й группе больных на 30,9% во 2-й группе; частота комбинированной конечной точки достоверно снизилась у пациентов с сахарным диабетом на 14,8% по сравнению с 27,5% у больных СД.

Выводы. Таким образом, использование стентов с лекарственным покрытием у больных ИБС с СД обеспечивало достоверное снижение частоты развития сердечно-сосудистых осложнений в течение последующих 12 месяцев после эндоваскулярной реваскуляризации. Несмотря на то, что реваскуляризация с лекарственными стентами у пациентов с СД существенно улучшало отдаленный прогноз, все же результаты стентирования такими стентами остаются хуже, чем у больных ИБС без СД.

Список литературы

1. Клинические рекомендации. Рекомендации по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям. EASD/ESC Российский кардиологический журнал № 3 (107) / 2014, 24 стр.
2. Л.А. Бокерия, Е.З. Голухова, Б.Г. Алесян, К.В. Шумков, Ю.Ю. Смирнова, В.М. Воеводина, Т.Т. Какучая Отдаленные результаты различных методов реваскуляризации миокарда у больных ишемической болезнью сердца. Креативная кардиология, № 1, 2011, 64 стр
3. Соколова Н.Ю., Голухова Е.З. Реваскуляризация миокарда у больных стабильной ишемической болезнью сердца: стратификация периоперационных и отдаленных рисков. Креативная кардиология 2016; 10(1): 25-36стр.
4. Эгамбердиева Д.А. Рузметова И.А.Изучение связи между биомаркерами воспаления и атеросклерозом сонных артерий у больных с хронической болезнью почек Журнал «Вестник Ташкентской медицинской академии», Ташкент, 2019, №3, с.
5. Рузметова И.А., Сабиржанова З.Т. Influence of the correction of anemia to the heart hemodynamics in the patients with diabetic and non-diabetic chronic kidney disease. Евразийский вестник медицины, 2019, № 3 (3), с.



ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ ОБРАЗЦЫ НА НАЛИЧИЕ МАРКЕРОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С И В, ВИЧ ИНФЕКЦИИ, СИФИЛИСА

*Ганиева Р. Р., Нурузова З. А.
Ташкентская медицинская академия*

Аннотация борьба с вирусными гепатитами с парентеральным механизмом передачи, несмотря на их активное изучение и внедрение современных способов выявления, лечения и профилактики, продолжает оставаться одной из первостепенных задач здравоохранения во всех странах мира. Широкая распространённость, высокий риск перехода инфекции в хроническую форму требует совершенствования своевременной и качественной лабораторной диагностики в первую очередь для скрининга населения на наличие серологических и молекулярных маркеров этой вирусной инфекции.

Ключевые слова: гепатит С (ВГС), серологические и молекулярно-генетические методы исследования, плазма доноров крови, анти-HCV маркер, аликвота, HBsAg, анти-HIV

Целью нашей научной работы явилось создание опытной диагностической панели сывороток для улучшения контроля качества лабораторной диагностики вирусного гепатита С

Задача: охарактеризовать собранные образцы на наличие маркеров вирусных гепатитов С и В, ВИЧ инфекции, сифилиса

Материалы и методы: исследование проводилось в Референс лаборатории Научно-исследовательского института Вирусологии МЗ РУз в период с 2018-2019 гг. Для исследования использовалась отбракованная плазма доноров Республиканской станции переливания 100 образцов. Для выборки в панель моно HCV положительных образцов проводилось тестирование плазмы доноров на наличие маркеров анти HCV, HBsAg, анти-HIV, сифилис. Выявление вышеуказанных маркеров проводилось с использованием наборов реагентов производства ООО НПО *Диагностические системы* (Россия) используемых в Узбекистане и Diasorin Murex (Великобритания). Выявление Core antigen проводилось хемилюминесцентным методом на автоматической платформе Abbot Architect. Определение в данных образцах наличие вирусной РНК, ДНК, генотип проводилось с использованием наборов производства ООО «Интерлабсервис» (Россия) методом ПЦР (полимеразной цепной реакции).

Результаты: нами было собрано 100 образцов плазмы доноров, отбракованных Республиканской станцией переливания крови, положительные на анти-HCV маркер (результаты СПК РУз). Образцы получались из СПК раз в неделю, транспортировались в лабораторию с соблюдением правил транспортировки биологических материалов. Далее в референс лаборатории готовились аликвоты (по 40 мл 4 экземпляра одного донора). Один экземпляр плазмы донора (40 мл) хранили при температуре минус 20 С в течении периода исследования. Остальные образцы хранили при температуре минус 50 С. По результатам тестирования 100 образцов на маркеры анти HCV, HBsAg, анти-HIV, сифилис получено 91 положительных образцов ИФА anti-HCV ДС Нижний Новгород (Россия 2019), 60 положительных образцов Murex anti-HCV (Великобритания, 2019), 36 положительных образцов на Core antigen Abbot Architect (США, 2000), 39 положительных образцов PCR HCV, 39 генотип HCV ООО «Интерлабсервис» (Россия, 2019), 7 положительных образцов на HBsAg, 6 – PCR HBV. Вся полученная информация по указанным выше образцам была обработана для дальнейшего использования в работе.

Вывод: путем проведения лабораторных исследований собранные образцы были охарактеризованы на наличие маркеров вирусных гепатитов С и В, ВИЧ инфекции, сифилиса. Те образцы, которые дали позитивный результаты при использовании трех методов исследования (ИФА, ПЦР, ИХЛА) считаются подтверждёнными позитивными образцами. 39 anti-HCV положительных образцов войдут в состав опытной диагностической панели сывороток для улучшения контроля качества лабораторной диагностики вирусного гепатита С.



Список литературы:

1. Канев А.Н., Максютлов Р.А., Пьянков С.А. и др. Разработка референс-панели сывороток, содержащих антитела к различным субтипам вируса гепатита С// Биотехнология. - 2014.- Т. 30. № 1. - С. 79-86.
2. Зубкова Н.В., Моисеева М.А., Зубов С.В., Филатова Е.В. Оценка роли серологических и молекулярно-генетических методов при выявлении маркеров вируса гепатита в в плазме крови доноров// Вестник службы крови России. - 2011. - № 3. - С. 5-9.
3. Таштемиров К.К., Таштемирова О.Г. Современное состояние обеспечения инфекционной безопасности донорской крови. Обзор литературы// Наука и здравоохранение. - 2018. - Т. 20. № 5. - С. 42-56.
4. Колупаев В.Е., Арефьева И.А. Обеспечение качества результатов скрининговой диагностики// Клинико-лабораторный консилиум. - 2009. - № 1 (26). - С. 17-25.
5. Попова Н.В., Светличная Е.В., Ким А.Д. и др. . Зависимость качества результатов диагностики вирусных гепатитов методом ИФА от используемых аналитических систем// Клиническая медицина Казахстана. - 2011. -№ 3,4 (22, 23) - С. 310-312.
6. Кудрявцева Е.Н., Корабельникова М. И., Кузин С.Н. Региональная программа внешней оценки качества детекции антител к вирусу гепатита С: анализ ошибок, допускаемых в скрининговых лабораториях Московской области// Альманах клинической медицины. - 2012. - № 27. - С. 65-72.
7. Lange B et al. Diagnostic accuracy of serological diagnosis of hepatitis C and B using dried blood spot samples (DBS): two systematic reviews and meta-analyses. // BMC Infect Dis. 2017 Nov 1;17(Suppl 1):700.
8. Parry JV. et al. One or two serological assay testing strategy for diagnosis of HBV and HCV infection? The use of predictive modelling. // BMC Infect Dis. 2017 Nov 1;17(Suppl 1):705.
9. WHO guidelines on hepatitis B and C testing 2017, ISBN 978-92-4-154998-
10. Global hepatitis report 2017, ISBN 978-92-4-156545-5



ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С И В, ВИЧ ИНФЕКЦИИ, СИФИЛИСА МЕТОДОМ ИФА И ПЦР

*Ганиева Р. Р., Нурузова З. А.
Ташкентская медицинская академия*

Аннотация широкая распространённость, высокий риск хронизации парентеральных вирусных гепатитов требует совершенствования своевременной и качественной лабораторной диагностики в первую очередь для скрининга населения на наличие серологических и молекулярных маркеров этой вирусной инфекции.

Ключевые слова: гепатит С (ВГС), серологические и молекулярно-генетические методы исследования, плазма доноров крови, анти-HCV маркер, аликвота, HBsAg, анти-HIV

Цель создание опытной диагностической панели сывороток для улучшения контроля качества лабораторной диагностики ВГС

Задачи: Исследовать собранные образцы на наличие маркеров вирусных гепатитов С и В, ВИЧ инфекции, сифилиса.

Материалы и методы: Исследование проводилось в Референс лаборатории Научно-исследовательского института Вирусологии МЗ РУз в период с 2018-2019 гг. Для исследования использовалась отбракованная плазма доноров Республиканской станции переливания 100 образцов. Для выборки в панель моно HCV положительных образцов проводилось тестирование плазмы доноров на наличие маркеров анти HCV, HBsAg, анти-HIV, сифилис. Выявление вышеуказанных маркеров проводилось с использованием наборов реагентов производства ООО НПО *Диагностические системы* (Россия) используемых в Узбекистане и Diasorin Murex (Великобритания). Выявление Core antigen проводилось хемилюминесцентным методом на автоматической платформе Abbot Architect. Определение в данных образцах наличие вирусной РНК, ДНК, генотип проводилось с использованием наборов производства ООО «Интерлабсервис» (Россия) методом ПЦР (полимеразной цепной реакции).

Результаты: по результатам тестирования 100 образцов на маркеры анти HCV, HBsAg, анти-HIV, сифилис получено 91 положенных образцов ИФА anti-HCV ДС Нижний Новгород (Россия 2019), 60 положенных образцов Murex anti-HCV (Великобритания, 2019), 36 положенных образцов на Core antigen Abbot Architect (США, 2000), 39 положенных образцов PCR HCV, 39 генотип HCV ООО «Интерлабсервис» (Россия, 2019), 7 положенных образцов на HBsAg, 6 – PCR HBV.

Выводы: таким образом по результатам тестирования можно судить о чувствительности диагностических тест систем. ИФА anti-HCV ДС Нижний Новгород (Россия 2019) показали более высокую чувствительность (96 положенных образцов) сравнении с Murex anti-HCV (Великобритания, 2019), т. к. Диагностические системы (Россия) предназначены для скрининга донорской крови.

Список литературы:

1. Канев А.Н., Максютов Р.А., Пьянков С.А. и др. Разработка референс-панели сывороток, содержащих антитела к различным субтипам вируса гепатита С// Биотехнология. - 2014.- Т. 30. № 1. - С. 79-86.
2. Зубкова Н.В., Моисеева М.А., Зубов С.В., Филатова Е.В. Оценка роли серологических и молекулярно-генетических методов при выявлении маркеров вируса гепатита в в плазме крови доноров// Вестник службы крови России. - 2011. - № 3. - С. 5-9.
3. Таштемиров К.К., Таштемирова О.Г. Современное состояние обеспечения инфекционной безопасности донорской крови. Обзор литературы// Наука и здравоохранение. - 2018. - Т. 20. № 5. - С. 42-56.
4. Колупаев В.Е., Арефьева И.А. Обеспечение качества результатов скрининговой диагностики// Клинико-лабораторный консилиум. - 2009. - № 1 (26). - С. 17-25.
5. Попова Н.В., Светличная Е.В., Ким А.Д. и др. . Зависимость качества результатов диагностики вирусных гепатитов методом ИФА от используемых аналитических систем// Клиническая медицина Казахстана. - 2011. -№ 3,4 (22, 23) - С. 310-312.



6. Кудрявцева Е.Н., Корабельникова М. И., Кузин С.Н. Региональная программа внешней оценки качества детекции антител к вирусу гепатита С: анализ ошибок, допускаемых в скрининговых лабораториях Московской области// Альманах клинической медицины. - 2012. - № 27. - С. 65-72.
7. Lange B et al. Diagnostic accuracy of serological diagnosis of hepatitis C and B using dried blood spot samples (DBS): two systematic reviews and meta-analyses. // BMC Infect Dis. 2017 Nov 1;17(Suppl 1):700.
8. Parry JV. et al. One or two serological assay testing strategy for diagnosis of HBV and HCV infection? The use of predictive modelling. // BMC Infect Dis. 2017 Nov 1;17(Suppl 1):705.
9. WHO guidelines on hepatitis B and C testing 2017, ISBN 978-92-4-154998-
10. Global hepatitis report 2017, ISBN 978-92-4-156545-5



СОЗДАНИЕ ОПЫТНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПАНЕЛИ СЫВОРОТОК ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВГС

*Ганиева Р. Р., Нурузова З. А.
Ташкентская медицинская академия*

Аннотация борьба с вирусными гепатитами с парентеральным механизмом передачи, несмотря на их активное изучение и внедрение современных способов выявления, лечения и профилактики, продолжает оставаться одной из первостепенных задач здравоохранения во всех странах мира. Широкая распространённость, высокий риск перехода инфекции в хроническую форму требует совершенствования своевременной и качественной лабораторной диагностики в первую очередь для скрининга населения на наличие серологических и молекулярных маркеров этой вирусной инфекции.

Ключевые слова: гепатит С (ВГС), серологические и молекулярно-генетические методы исследования, плазма доноров крови, анти-НСV маркер, аликвота.

Целью нашей научной работы явилось создание опытной диагностической панели сывороток для улучшения контроля качества лабораторной диагностики вирусного гепатита С

Задача: Комплектовать образцы плазмы доноров станции переливания крови (отбракованные РСПК).

Материалы и методы: Исследование проводилось в Референс лаборатории Научно-исследовательского института Вирусологии МЗ РУз в период с 2018-2019 гг. Для исследования использовалась отбракованная плазма доноров Республиканской станции переливания 100 образцов. В исследовании применялись серологический метод (иммуноферментный анализ), молекулярно-биологический (ПЦР – полимеразная цепная реакция), статистический метод.

Результаты: нами было собрано 100 образцов плазмы доноров, отбракованных Республиканской станцией переливания крови (РСПК), положительные на анти-НСV маркер (результаты РСПК). Образцы получались из СПК раз в неделю, транспортировались в лабораторию с соблюдением правил транспортировки биологических материалов. Далее в референс лаборатории готовились аликвоты (по 40 мл 4 экземпляра одного донора). Один экземпляр плазмы донора (40 мл) хранили при температуре минус 20 С в течении периода исследования. Остальные образцы хранили при температуре минус 50 С.

Вывод: на данном этапе нашей работы собрано 100 образцов плазмы доноров, отбракованных Республиканской станцией переливания крови, которые были положительны на анти-НСV маркер (результаты РСПК).

Список литературы:

1. Канев А.Н., Максютов Р.А., Пьянков С.А. и др. Разработка референс-панели сывороток, содержащих антитела к различным субтипам вируса гепатита С// Биотехнология. - 2014.- Т. 30. № 1. - С. 79-86.
2. Зубкова Н.В., Моисеева М.А., Зубов С.В., Филатова Е.В. Оценка роли серологических и молекулярно-генетических методов при выявлении маркеров вируса гепатита в в плазме крови доноров// Вестник службы крови России. - 2011. - № 3. - С. 5-9.
3. Таштемиров К.К., Таштемирова О.Г. Современное состояние обеспечения инфекционной безопасности донорской крови. Обзор литературы// Наука и здравоохранение. - 2018. - Т. 20. № 5. - С. 42-56.
4. Колупаев В.Е., Арефьева И.А. Обеспечение качества результатов скрининговой диагностики// Клинико-лабораторный консилиум. - 2009. - № 1 (26). - С. 17-25.
5. Попова Н.В., Светличная Е.В., Ким А.Д. и др. . Зависимость качества результатов диагностики вирусных гепатитов методом ИФА от используемых аналитических систем//



Клиническая медицина Казахстана. - 2011. -№ 3,4 (22, 23) - С. 310-312.

6. Кудрявцева Е.Н., Корабельникова М. И., Кузин С.Н. Региональная программа внешней оценки качества детекции антител к вирусу гепатита С: анализ ошибок, допускаемых в скрининговых лабораториях Московской области// Альманах клинической медицины. - 2012. - № 27. - С. 65-72.

7. Lange B et al. Diagnostic accuracy of serological diagnosis of hepatitis C and B using dried blood spot samples (DBS): two systematic reviews and meta-analyses. // BMC Infect Dis. 2017 Nov 1;17(Suppl 1):700.

8. Parry JV. et al. One or two serological assay testing strategy for diagnosis of HBV and HCV infection? The use of predictive modelling. // BMC Infect Dis. 2017 Nov 1;17(Suppl 1):705.

9. WHO guidelines on hepatitis B and C testing 2017, ISBN 978-92-4-154998-

10. Global hepatitis report 2017, ISBN 978-92-4-156545-5



YOSHLIK DAVRDAGI ISHEMIK INSULTNING SUBTIP TURLARINI TAHLIL QILISH

*Kim Olga Anatolyevna
Dzhurabekova Aziza Takhirovna
Amonova Zakhro Kakhkhorovna
Shmirina Ksenia Vladimirovna
Samarqand Davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston*

Rivojlanish to'g'risidagi hisobotga (2019) ko'ra, har yili insult natijasida 4,7 million kishi vafot etadi. Insultlar sonining nisbati aniq mehnatga layoqatli yoshga to'g'ri keladi, 20% dan kamrog'i to'liq hayotga qaytishi mumkin [9]. Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, yoshlarda insult kasalligi taxminan 10% ni tashkil qiladi [3].

Kasallikning yoshlarda etiologiyasi va patogenezini bemorlarning boshqa yosh toifalaridan farq qiladi va ko'p hollarda noma'lum bo'lib qolmoqda [1, 2, 8]. Vaziyat qon tomir kasalliklarining tabiati to'g'risida aniq ma'lumotlarning yo'qligi va ko'p hollarda insultning yetarli darajada profilaktikasi bilan og'irlashadi [1, 11]. Agar XX asrning birinchi yarmida yoshlarda qon tomirlari klinikasiga bag'irlangan yagona ishlar mavjud bo'lsa, hozirda miyaning yurak-qon tomir patologiyasini "yoshartirish" haqida gapiradigan ushbu muammoga qiziqish kuchaymoqda [6].

Turli tadqiqotlarga ko'ra [4, 5], yoshlardagi insultning uchrashi 100 ming aholiga 25 kishiga tug'ri kelmoqda va bu ko'rsatkichlar yildan yilga ortib bormoqda, ishemik insult bilan kasallanganlar sonining ko'payishi tendentsiyasi. [7, 8]. Insultning (II) umumiy qabul qilingan tasnifi - TOAST tasnifi. Ushbu tasnifga ko'ra, katta arteriyalarning aterosklerozi (arterotromboembolik - ATI) sababli patogenetik pastki turi bemorlarning 15-40 foizida uchraydi, Kardiyoembolik - CEI barcha miya infarktining 14-30% ini tashkil etadi, lakunar - kichik tomirning tiqilib qolishi (LI) tufayli 10-34% uchraydi, etiologiyasi noma'lum insulti (kriptogen) 24-36% hollarda bir xil ehtimolli sabablar bilan qayd etiladi va hatto zamonaviy yuqori darajada ixtisoslashgan shifoxona sharoitida ham qon tomirlarining sabablarini ochib berish mumkin emas, shu bilan tashxis qo'yishda qiyinchiliklar tug'diradi va shu sababli ushbu bemorlarga har doim ham yetarli darajada davolanishni buyurmaydi [4,5]. Ba'zi hollarda insult yoshligida skleroz yoki markaziy asab tizimining infeksiyasi boshlanishi bilan rivojlanadi va ba'zida IS funktsional buzilishlar bilan yangilashadi [10].

O'tkir davrda II bilan kasallangan yosh bemorlarni to'liq klinik va nevrologik tekshiruvdan o'tkazish, shu jumladan miya qon oqimi, gemodinamika, yurak faoliyatini baholash, keyinchalik diagnostika usullarini amaliyotga tatbiq etish bilan tekshirish algoritmini kengaytirib, insultning erta ikkinchi darajali profilaktikasini o'tkazishga imkon beradi. Shuni ta'kidlash kerakki, yoshlarda ishemik qon tomirlari kekse yoshdagi guruhlardan farq qiladigan jihatlarning murakkabligi va ijtimoiy-iqtisodiy omillar bilan bog'liq bo'lib, bu muammoning dolzarbligi va murakkabligini yanada ta'kidlaydi.

Maqsad. Xavf omillari va patogenezini taqqoslash aspektida yoshligida ishemik insult subtiplarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Anesteziologiya-intensiv terapiya va nevrologiya bo'limidagi SamMI 1-klinikasi asosida 2017-2019 yillar davomida ishemik insult yoki TIA bilan kasallangan 74 bemor kuzatuv ostida bo'lgan, ulardan 48 nafari erkaklar, 26 nafari ayollardir. Barcha bemorlar favqulodda vaziyatda qabul qilingan. Belgilangan maqsad va vazifalarga muvofiq barcha bemorlar ikki guruhga bo'lingan: I (asosiy) 20-44 yoshdagi 33 bemorni (o'rtacha yoshi $40,5 \pm 3,1$ yosh), shulardan 29 nafari Ishemik insult va 4 nafari TIA; II (taqqoslash guruhi) - 60 yoshdan oshgan 41 yoshdagi toifadagi bemorlar (o'rtacha $67,9 \pm 3,9$ yosh). Tashxis miyaning MRT, qo'shimcha tadqiqot usullari (lipoproteinlar va xolesterin, glyukoza va koagulogram darajasini aniqlash bilan biokimyoviy qon tekshiruvi), miya tomirlarini transkraniyal dupleks skanerlash (TKDS), ekokardiyografi, agar kerak bo'lsa, shifokor, oftalmolog va neyroxirurg tomonidan tekshiruv asosida aniqlandi. Ikkala guruhdagi nevrologik va somatik holatni baholash umumiy qabul qilingan usul bo'yicha amalga oshirildi. Insultning pastki turi TOAST mezonlari asosida aniqlandi. Nevrologik tanqislik Milliy sog'liqni saqlash institutlari qon tomirlari o'lovchilari yordamida baholandi, modifikatsiyalangan Rankin shkalasi va kasalxonaga yotqizish paytida



va chiqqanda Rivermid harakatchanligi indeksleri yordamida baholandi, olingan ma'lumotlar shaxsiy kompyuterda va SPSS dasturlari yordamida qayta ishlandi.

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, asosiy guruhda TOAST mezonlariga ko'ra aterotrombotik variant 7 ta (21%) holatda aniqlangan. Bunday holda, bunday bemorlarda aterosklerozning asosiy xususiyatini ta'kidlash kerak - aterosklerotik blyashka prognozga muvofiq tegishli asoratlar bilan lateral joylashishi.

4- (12%) holatda qon tomirlarining kardioembolik varianti aniqlandi, 2 bemorda romatoid aorta qopqog'i kasalligi bilan revmatizm, 2 holatda konjenital yurak kasalligi aniqlandi, 1 bemorda Ishemik insulti yurak operatsiyasi fonida rivojlandi (Etti oydan so'ng).

6 (18%) bemorda insultlarining lakunar varianti aniqlandi. Ushbu toifadagi bemorlarning asosiy omili nsultdan oldin so'nggi 3 yil davom etgan arterial gipertenziya edi. Shuni ta'kidlash kerakki, bemorlar antihipertenziv terapiyani qabul qilish bo'yicha tavsiyalarni e'tiborsiz qoldirishdi; 1 bemorda buyrak kasalligi bilan bog'liq arterial gipertenziya bo'lgan. Anamnezida 2-toifa diabet mellitus bo'lgan bemorlar (yoki qonda glyukoza miqdorining bir martagina ko'payishi) 9% ni tashkil qiladi. Odatda qon glyukoza darajasi yuqori bo'lgan bemorlar tana vaznining ko'payishiga (qorin semirishiga) duch kelgan va bu bemorlarda giperxolesterinemiya aniqlangan.

16 (49%) Insult holatlarida etiopatogenezini aniqlab bo'lmaydigan bemorlar bo'lgan (1-jadval). Kriptogen qon tomirlarining ushbu toifasiga TIA bilan kasallangan 4 bemor ham kiritilgan. Ushbu turdagi bemorlarda 12 ta holatda chekish (10 yildan 15 yilgacha bo'lgan tajriba) va 7 ta bemorda (40 yoshga yaqin) spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish kabi omillar mavjud edi. Miya infarkti boshlanishidan ikki hafta oldin o'tkazilgan tahlilda 2 bemorda varikoz tomirlari, insult bilan kasallangan 1 bemorda erta tug'ilish (kesish yo'li bilan) bo'lgan. Shunday qilib, ushbu toifaga bir nechta xavf omillari bo'lgan bemorlar kiradi. Oilaviy moyillikni o'rganish oilada miokard infarkti, miya kasalliklari, metabolik kasalliklar kabi yurak-qon tomir patologiyalari mavjudligini aniqladi. Miya qon aylanishining o'tkir buzilishlarining irsiy yuki deyarli 40% hollarda kuzatilgan.

1-Jadval

Ishemik qon tomirlarining turli xil subtivalari bo'lgan asosiy guruhdagi bemorlarning tarqalishi

Insultga yaqin turlari	n =33	%	Jinsi			
			Erkaklar		Ayollar	
			n =21	%	n =12	%
Aterotrombotik	7	21	4	57	3	43
Kardiyoembolik	4	12	1	25	3	75
Lakunar	6	18	4	66,7	2	33,3
Kriptogen	16	49	12	75	4	25

Taqqoslash guruhidagi xarakterli nuqta shundaki, bemorlarning hammasi ham o'tkir buzilish bilan kasallangan (qarindoshlar ularni klinikaga olib bormaslikni tanladilar), shuning uchun ularning ko'plari kasallik boshlanganidan bir oy yoki bir yarim oy o'tgach kasalxonaga yotqizilgan. I guruhda bo'lgani kabi, qon tomirlari bo'lgan bemorlar TOAST mezonlariga ko'ra subtivalarga bo'lingan. 13 (31%) ishemik insultning aterotrombotik variantiga ega. Atriyal fibrilatsiyaning fonida yoki miyokard infarktidan keyin eng katta foiz 16 (39%) holatlarda - miyada qon tomir buzilishining kardioembolik turi. Lakunar va kriptogen turi uchun past foiz qayd etildi - har bir holat uchun 6 (15%) (2-jadval). Oxirgi guruhlarining bemorlari arterial gipertenziyadan aziyat chekishgan, ko'pincha 2-toifa diabet bilan birgalikda va bemorlar 15 yildan ortiq vaqt davomida arterial gipertenziya bilan kasallangan. Deярli barcha bemorlarda yurakda o'zgarishlar yuz bergan, qonda glyukoza ko'paygan va yarmidan ko'pida metabolik sindrom bo'lgan, 90% giperxolesterinemiya aniqlangan va II guruh bemorlarining 63 foizida qon tomirlarining irsiy tarixi bo'lgan.



2- Jadval

Taqqoslash guruhidagi bemorlarning jinsi bo'yicha ishemik insultning turli subtiplari bilan taqsimlanishi

Insultga yaqin turlari	n =41	%	Jinsi			
			Erkaklar		Ayollar	
			n =25	%	n =16	%
Aterotrombotik	13	31	8	61,5	5	38,5
Kardiyoembolik	16	39	13	81,2	3	18,8
Lakunar	6	15	1	16,7	5	83,3
Kriptogen	6	15	3	50	3	50

Erkaklar orasida aterotrombotik va kardiyoembolik qon tomir solishtirish guruhida yuqori bo'lganligiga e'tibor qaratiladi. Kardiyoembolikka yaqin turga ko'ra, asosiy guruhdagi ayollar biroz yuqoriroq va lakunar qon tomir bo'lsa, II guruhdagi ayollar ustunlik qiladi.

Tadqiqot guruhidagi bosh arteriyalarining dupleks ultratovush tekshiruvida aterosklerotik o'zgarishlar, stenoz 37%, ba'zi hollarda aterosklerotik turlar aniqlandi. Taqqoslash guruhi holatlarida esa, ipsilateral arteriyalar stenoz 68% dan ortiq. Qo'shimcha neyroimaging qo'llanmasi MRI tadqiqotidir, uning davomida eng yaxshi holda ishemik miya infarkti o'choqlari borligi tasdiqlangan.

Bemorlarning birinchi guruhida 90% hollarda chap yarim sharda keng ishemiya o'choqlari paydo bo'lishi kuzatildi, Xuddi shu ustunlik taqqoslash guruhida ham bo'lgan, ammo 5 - 6% hollarda miya sopi va 3% hollarda o'ng yarim sharda shakllanishi juda muhimdir. Bemorning ahvoli tufayli imkoniyat yo'qligi sababli barcha bemorlar neyrovizual tekshiruvdan o'tkazilmadilar. 10% hollarda MRIda fokusli o'zgarishlar haqida ma'lumot yo'q edi, bu ehtimol tekshiruvning juda erta boshlanishi bilan bog'liq.

Ikkala guruhdagi asab kasalliklarining klinik ko'rinishi ong, nutq, piramidal, sezgir, vestibulyar va psixologik o'zgarishlar buzilishi darajasi bilan taqqoslandi (3-jadval).

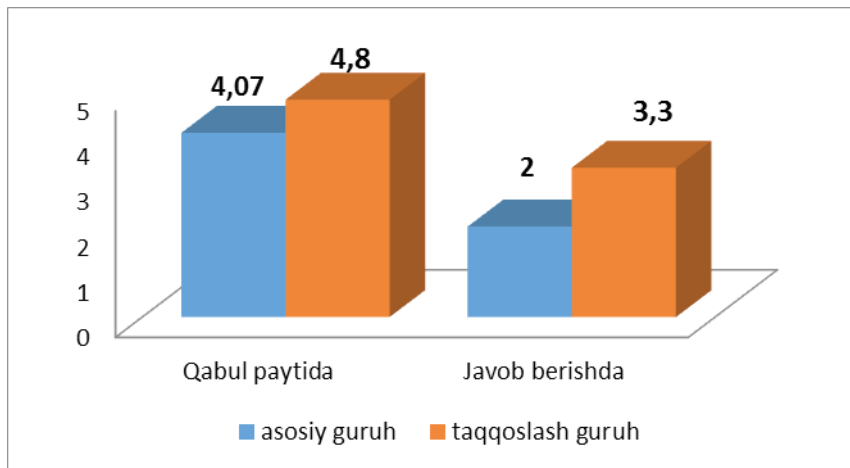
3- Jadval

Tadqiqot guruhlarida nevrologik simptomlarning qiyosiy chastotasi

Nevrologik hatoliklar	I-guruh (n=33)	II-guruh (n=41)
	%	%
Aniq ong	81,4	79,7
O'rtacha hayrat	18,6	20,3
Nutqning buzilishi	15,7	21,4
Vestibulyar-ataktik sindromi	31,4	31,5
Piramidal hususiyati bo'yicha mushak tonusining ko'payishi	88,6	79,7
Mushak tonusining aralash turi ko'payadi	7,1	20,2
Parezning yo'qligi	0	0
Kichkina perez	37,5	44,9
O'rtacha perez	48,6	37,1
Og'ir perez	15,7	18
Patalogik reflekslar	72,9	80,9
Sezuvchanlik qoidabuzarliklar	70	76,4

Ammo, agar qabul paytida ikkala guruhdagi perez darajasi sezilarli farqlarni aniqlamagan bo'lsa, u holda bo'shatish paytida u keskin farq bilan qayd etilgan, asosiy guruhda tiklanish tez edi va biz tekshirgan bemorlarning 40 % da kuzatildi, bemorlarning taqqoslash guruhida tiklanish sekin va atigi 20 %

Nevrologik tanqislikning tiklanishini aniqroq aniqlash uchun NIHSS reyting o'lchovidan foydalanilgan (1-rasm).



1-rasm. NIHSS shkalasi bo'yicha o'rganilayotgan bemorlar guruhlarida neurologik tanqislikni tiklash xususiyati

Bizning ma'lumotlarimiz adabiyot ma'lumotlariga to'g'ri keldi va klinikaning dinamikasiga mos keldi. Yosh guruhda tiklanish xususiyati yuqori neyropastikaga to'g'ri keldi, bu esa yosh organizmning katta zaxirasini (potentsialini) ko'rsatadi, bemorlarning 46 foizida ballarning pasayishi bilan sezilarli dinamika kuzatilgan, 16 foizda umumiy balning o'sishi, 10 foiz holatlarda o'zgarishsiz qolgan. I guruhga qabul qilishda o'rtacha ko'rsatkich $4,07 \pm 3,20$ ball, uyga javob berishda $2,0 \pm 3,1$ ballni tashkil etdi. II guruhda navbati bilan qabul paytida - $4,8 \pm 3,70$ ball, uyga javob berishda - $3,3 \pm 3,5$ ball. Renkin shkalasiga ko'ra, qabul paytida I guruhdagi o'rtacha qiymat $2,20 \pm 1,1$ ballni, uyga javob berishda $-1,15 \pm 1,0$ ballni tashkil etdi, bemorlarning 37 foizida ballarning sezilarli pasayishi aniqlandi, 20 foizida dinamika yo'q edi. Rivermid indeksidan foydalangan holda kognitiv tiklanish dinamikasini kuzatib borish muhim, bu yerda 53% hollarda sezilarli ijobiy dinamika qayd etilgan, 7% esa dinamikasiz. Qabulda I guruhidagi o'rtacha ko'rsatkich $9,0 \pm 4,1$ ballni, uyga javob berish vaqtda $-12,41 \pm 3,3$ ballni tashkil etdi.

Xulosa. Shunday qilib, neurologik va somatik holatni, laboratoriya va diagnostikani o'rganib chiqib, xulosa qilish mumkinki, yoshlardagi insult uchun xavfli omillar orasida yomon odatlarning kombinatsiyasi va keksa yoshdagi toifadagi guruhlarda arterial gipertenziya, qandli diabet, giperxolesterinemiya kabi modulyatsiyalangan omillar mavjud. Shu bilan birga, TOAST mezonlariga ko'ra, yoshlar etiologiyasi noma'lum qon tomiriga ega, bu esa yosh yoshdagi miya infarkti muammosining dolzarbligini va eng so'nggi tekshiruv usullarini qo'shimcha ravishda amalga oshirilishini va yurak-qon tomir tizimini chuqur o'rganishini tasdiqlaydi. Neurologik simptomlarning tezkor regressiyasi va yo'qolgan funksiyalarni tiklash miya qon tomirlarining takroriy qoidabuzarligining oldini olish va bu uchun yetarli terapiyani izlash zarurligini keltirib chiqaradi.

Adabiyotlar:

1. Gafurova J.F., Djurabekova A.T., Abdullaeva N.N., Yuldasheva D.Sh., Shmirina K.V. Analiz ostrix narusheniy mozgovogo krovoobrasheniya v zavisimosti ot rannego i pozdnego obsledovaniya // J. Dostijeniya nauki i obrazovaniya. – 2019. – № 3 (57). – s. 92-94
2. Djurabekova A. T., Shmirina K. V., Rashidova S. I. Ostrie narusheniya mozgovogo krovoobrasheniya u detey // Aktual'nie problemi meditsinskoj nauki i obrazovaniya (APMNO-2019). – 2019. – S. 238-240
3. Dobrinina A.A., Kalashnikova L.A., Pavlova L.N. – Ishemicheskiy insul't v molodom vozraste // J. Nevrologii i psixiatrii im.S.S.Konakova, 2011 g., №3, s. 4-8
4. Kondibaeva A.M., Dushanova G.A., Kujibaeva K.K., Dyusembaeva J.B., Umutbaeva G.A. Osobnosti ishemicheskogo insul'ta v razlichnix vozrastnix gruppax hospital'nix bol'nix. // J. Vestnik KazNMS, № 2, 2018 g., s. 110-112
5. Pankova Ye.D., Boyko S.S. Osobnosti razvitiya ishemicheskogo insul'ta u pasientki molodogo vozrasta (klinicheskiy sluchay) // J. Vestnik soveta molodix uchyonix i specialistov Chelyabinskoy oblasti №3 (14) T. 3, 2016, s. 54-58



6. Plotnikova V.V., Yevtix B.R., Sharov D.M.A., Pasechnikova Ye.A., Kadomsev D.V., Azarkin Ye.V. – Sosudistaya patologiya golovnogogo mozga u lis molodogo vozrasta // Nauch. obozrenie. Medisinskie nauki, 2017, № 4, s. 65-67
7. Prilepskaya O.A. Insul't u lis molodogo vozrasta: vsyo li mi znaem? / O.A.Prilepskaya, O.A.Dubrovina. – M.: Universitetskaya medicina urala, 2016. – №1. – s. 75-76
8. Bejot Y., Delpont B., Giroud M. Rising stroke incidence in young adults: more epidemiological evidence, more questions to be answered // J Am Heart Assoc. – 2016. - №11. – P. 5-12.
9. Conceição P. Human development report 2019 // Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century. New York, UNDP. – 2019.
10. Inflammation in ischemic stroke subtypes / A.Tuttolomondo, D.Di.Raimondo, R. Pecoraro [et al.] // Curr. Pharm. Des. — 2012. — Vol. 18, N 28. — P. 4289–4310
11. MacDougall N.J.J., Amarasinghe S., Muir K.W. Secondary prevention of stroke // Expert Rev Neurother. – 2009. - №7. – P. 1103-1540.



КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Мамажонова З.Ш.
Студент магистратуры
Ташкентский педиатрический медицинский институт
zebotamajonova92@mail.ru +998974337175
Эгамбердиева Д.А
Д.м.н., доцент
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Рузметова И.А.
К.м.н., доцент
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Касьмова Г.Б.
Студент магистратуры
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Аннотация: Представлены результаты исследования качества жизни (опросник SF-36) пациентов трудоспособного возраста, страдающих артериальной гипертензией. У респондентов, страдающих артериальной гипертензией с климактерическим синдромом, отмечено статистически значимое снижение суммарного показателя качества жизни (PCS, MCS)

Ключевые слова: артериальная гипертензия, климактерический синдром, качество жизни

Актуальность. Менопауза — один из наиболее важных периодов жизни женщины, сопровождающееся выраженными психическими и физическими изменениями. Менопауза ассоциирована с физиологическими изменениями организма, которые в некоторых случаях могут оказывать негативный эффект на качество жизни (КЖ), и повышать заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистой патологии.

Показано, что наступление менопаузы приводит к снижению качества жизни независимо от возраста. Одним из ведущих факторов, отрицательно влияющих на качество жизни женщин, считается климактерический синдром. Однако имеются данные о том, что жизненная удовлетворенность зависит от настроения, образа жизни, отношений с партнером и стрессов, а не от менопаузального статуса и уровней гормонов.

Цель исследования. Выявить особенности нейро-вегетативных нарушений у женщин с артериальной гипертензией и климактерическим синдромом.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе РСНПМЦТ и МР. Были обследованы женщины в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст $52,47 \pm 9,4$ года). Все больные были разделены на две основные группы: группа 1 — женщины с артериальной гипертензией и климактерическим синдромом — 30 человек (50%), группа 2 — женщины с артериальной гипертензией без климактерического синдрома. Были включены пациенты с АГ 1-й и 2-й степени соответственно классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения и Международным обществом по изучению АГ (ВОЗ/МОАГ; 1999).

Качество жизни (КЖ) определяли по опроснику SF-36 (Short Form-36-Item Health Survey). Физический компонент здоровья (PCS) охватывает: шкалы физическое функционирование (PF), ролевое функционирование (RF), шкала боли (BP), общее состояние здоровья (GH), психологический компонент (MCS) — шкала жизнеспособности (VT), социальное функционирование (SF), ролевое эмоциональное функционирование (RE), — психологическое здоровье (MH).

Результаты. Женщины с АГ и КС имели суммарные показатели физического и психологического здоровья ниже нормы ($40,22 \pm 4,44$, $45,85 \pm 3,44$). При сравнении основных групп было выявлено, что пациенты с АГ и КС имели низкий показатель физического функционирования (PF $-39,2 \pm 12,6$), восприятие общего состояния здоровья (GH $-31,1 \pm 13,2$), шкалы жизнеспособности (VT $-37,9 \pm 7,8$), психологического здоровья (MH $-41,7 \pm 3,8$) и суммарного физического компонента (PCS $-40,22 \pm 4,44$).



Выводы. Таким образом, негативное влияние климактерического синдрома на показатели качества жизни в наибольшей степени значимы у женщин с артериальной гипертензией в сочетании с климактерическим синдромом. Выявлены корреляции, подтверждающие снижение качества жизни при увеличении степени артериальной гипертензии и тяжести климактерического синдрома.

Низкие показатели по шкале физического функционирования (PF) означают, что повседневная, будничная деятельность значительно ограничена состоянием пациента.

Список литературы

1. Клинические рекомендации. Менопауза и климактерическое состояние у женщины. Российское общество акушеров-гинекологов. Российская ассоциация по менопаузе. 2016, 45 стр.

2. Е.Б. Клестер, В.Г. Лычев, Е.В. Локтионова, М.Е. Игнатьев, Качество жизни и психологический статус больных ревматоидным артритом при ассоциации с артериальной гипертензией Вестник современной клинической медицины 2013, 33 стр.

3. Кадирова Г.Г., Раимкулова Н.Р., Мамажонова З.Ш., Причины соматических расстройств при климактерическом синдроме Терапевтический вестник Узбекистана №1 2020, 198 стр.



УДК: 616.831-006.484-073-089

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДИНАМИКА БОЛЬНЫХ С СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Муродова Д.С.

*PhD , доцент кафедры нейрохирургии
Ташкентского института усовершенствования врачей
dilorom412@mail.ru 97-748-08-74*

Кариев Ш.М.

*Д.м.н, профессор кафедры нейрохирургии
Ташкентского института усовершенствования врачей
Хазраткулов Р.Б.*

*К.м.н, доцент кафедры нейрохирургии
Ташкентского института усовершенствования врачей*

Аннотация: Научная работа основана на проспективном и ретроспективном анализе собственных результатов лечения больных с новообразованиями головного мозга супратенториальной локализации. В зависимости от применяемых подходов в диагностике и лечении произведен сравнительный анализ качества жизни больных и тяжести основной патологии на основе разработанной клинической балльной шкалы (нейроцереброиндекс), которая позволила количественно оценивать в динамике изменения тяжести основного заболевания. Разработанная нейроцереброшкала, и разработанный на основе нормализации ее данных нейроцереброиндекс, имеют статистически достоверную высокую корреляцию с размерами опухолей головного мозга супратенториальной локализации и с данными по шкале Карновского, однако, по сравнению со шкалой Карновского имеют более широкую диагностическую широту.

Ключевые слова: Опухоли головного мозга, качество жизни, шкала Карновского.

СУПРАТЕНТОРИАЛ БОШ МИЯ ЎСМАЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДИНАМИКАСИ ВА НЕВРОЛОГИК ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ

*Муродова Д.С., Кариев Ш.М., Хазраткулов Р.Б.
Тошкент врачлар малака ошириш институти*

Аннотация: Илмий иш супратенториал жойлаштирган мия ўсмалари бўлган беморларни даволашнинг ўз натижаларини истиқболли ва ретроспектив таҳлил қилишга асосланган. Таъхис қўйиш ва даволашда ишлатиладиган ёндашувларга қараб, беморларнинг ҳаёт сифати ва асосий патологиянинг жиддийлигини қиёсий таҳлил қилиш ривожланган клиник балли шкала (нейроцереброиндекс) асосида амалга оширилди. Нейроцереброшкала асосида ишлаб чиқилган нейроцеребротндекс маълумотларини нормализация қилиш асосида, супратенториал жойлашган бош мия ўсмалари хажми ва Карновский шкаласи буйича маълумотлар статистик жихатдан ишончли ва юкори корреляцияга эга ва Карновский шкаласи билан солиштирганда кенглоқ диагностик кенгликга эгаллигини курсатди.

Калит сўзлар: Бош мия ўсмалари, ҳаёт сифати, Карновский шкаласи.

POSTOPERATIVE DYNAMICS OF PATIENTS WITH SUPRATENTORIAL BRAIN TUMORS AND ASSESSMENT OF NEUROLOGICAL DISORDERS

*D.S. Murodova, Sh.M. Kariev, R. B. Hazratkulov,
Tashkent institute for advanced training of doctors*

Resume: The scientific work is based on a prospective and retrospective analysis of own results of treatment of patients with brain neoplasms of supratentorial localization. Depending



on the approaches used in diagnosis and treatment, a comparative analysis of the quality of life of patients and the severity of the main pathology was made on the basis of a developed clinical score scale (neuro-cerebro-index), which allowed us to quantify changes in the severity of the main disease in the dynamics. Neurocerebro-scale designed and developed on the basis of normalizing data neuro-cerebro-index have statistically significant high correlation with the size of the brain tumors of supratentorial localization and with the Karnofsky's scale, however, compared with the Karnofsky's scale have a wide diagnostic breadth.

Key words: Brain tumor, life quality, Karnovsky scale.

Актуальность. Оценка тяжести патологического состояния пациентов с опухолями головного мозга и динамики их изменений в процессе лечения сохраняет свою актуальность, в том числе в контексте оценки эффективности новых методов и подходов к лечению. При этом традиционные методы диагностики, в частности, нейровизуализация и функциональные методы исследования, не позволяют сделать это в полной мере, для этих целей более удобными на практике и более эффективными являются методы клинической оценки на основе клинических балльных шкал [1,2,3].

Клинические балльные шкалы широко используются как в клинической практике, так и в научных исследованиях. Этот раздел медицинской науки называется «клиническая квалиметрия», то есть количественная оценка состояния больных на базе клинических экспертных оценок [4].

Цель. Сравнительный анализ шкалы Карновского с разработанными балльными шкалами (Нейроцереброиндексом).

Материалы и методы. Работа основана на проспективном и ретроспективном анализе собственных результатов лечения 124 больных с новообразованиями головного мозга супратенториальной локализации, находившихся на лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нейрохирургии Минздрава РУз в период 2011-2016 гг.

В зависимости от применяемых подходов в диагностике и лечении все больные были разделены на 2 группы – контрольную (61) и основную (63). Всем больным было проведено хирургическое вмешательство (124 больных).

Мы поставили перед собой задачу разработать для больных с опухолями головного мозга клиническую балльную шкалу, которая позволила бы количественно оценивать в динамике изменения тяжести основного заболевания. На практике для онкологических больных в этих целях используется шкала Карновского, оценивающая качество жизни. Разработанная шкала, в отличие от шкалы Карновского, базируется на оценке неврологических нарушений [5,6].

При разработке балльной клинической шкалы мы использовали следующие принципы: 1) шкала должна оценивать не физиологическое состояние, а патологию; 2) шкала должна включать не менее 5, но не более 20 клинических показателей (симптомов); 3) выбранные показатели (симптомы) должны быть общеклиническими, доступными для оценки любым квалифицированным специалистом; 4) в перечень показателей (симптомов) не включаются данные каких-то специальных методов исследования, недоступных для широкой сети специализированных клиник и отделений; 5) каждый показатель (симптом) шкалы должен оцениваться не менее чем по 2, но не более чем по 5 уровням (градациям) выраженности, называемых баллами; 6) общая оценка складывается из суммы баллов по всем показателям; 7) желательно (не обязательно), что общая сумма баллов была кратна 10 или 5 (10, 15, 25 и т.д.).

Для оценки тяжести основной патологии у больных с опухолями мозга мы выбрали клинический симптомокомплекс, который включал 3 группы показателей – общие, общие неврологические, локальные неврологические.

Общее количество выбранных показателей составило 17, а общая сумма баллов составила 50 (табл. 1.). При этом мы выделили 3 варианта шкалы – общую, малую и интегральную балльные нейроцереброшкалы.

Общая нейроцереброшкала, общие показатели (4): психическая сфера, двигательная сфера, чувствительная сфера, речевая сфера.

Малая нейроцереброшкала: общие неврологические показатели (4): сухожильные реф-



лексы; орган зрения; патологические симптомы - менингеальные симптомы; патологические симптомы - эпилептические припадки.

Локальные неврологические показатели - симптомы поражения 12 пар ЧМН, суммируя результаты оценки по общей и малой шкалам, получали значение интегральной онкоцереброшкалы по формуле:

$$\text{Интегральная нейроцереброшкала} = \text{общая нейроцереброшкала} + \text{малая нейроцереброшкала}$$

Предварительное изучение показало, что если общая, малая и интегральная клинические балльные шкалы являются относительно независимыми от характера и локализации онкологической патологии головного мозга, то при супратенториальных опухолях ряд 17 параметров (симптомов), входящих в эту систему, изменяются незначительно, а некоторые меняются существенно. Были отобраны те показатели (симптомы), значение которых в динамике лечения изменялись максимально, и из этих параметров составили отдельную шкалу. Эту шкалу мы назвали супратенториальной, так как она была подобрана именно под данную категорию больных по критерию максимальной variability данных в процессе лечения (табл. 1).

Таблица 1.

Клиническая балльная шкала оценки выраженности неврологических нарушений у больных с новообразованиями головного мозга - нейроцереброиндекс

1.	Психическая сфера		
	0 баллов	Отсутствие явных нарушений	
	1 балл	Начальные нарушения памяти	
	2 балла	Умеренные нарушения памяти. Акалькулия (нарушение способности узнавать числа и производить счет). Апраксия (нарушение целенаправленных движений и действий при сохранности составляющих их элементарных движений). Галлюцинации (зрительные, слуховые, обонятельные и др.)	
3 балла	Выраженные нарушения психики, дезинтеграция психической деятельности		
2.	Двигательная сфера		
	0 баллов	Без явных двигательных нарушений, сила мышц 5 баллов	
	1 балл	Легкие двигательные нарушения: легкий гемипарез (передвигается самостоятельно); сила мышц 4 балла	
	2 балла	Умеренные двигательные нарушения: умеренный гемипарез (передвигается самостоятельно, с трудом с помощью трости), сила мышц 2-3 балла,	
3 балла	Выраженные двигательные нарушения: глубокий гемипарез, гемиплегия (самостоятельно практически не передвигается), сила мышц 0-1 балл		
3.	Чувствительная сфера		
	0 баллов	Нарушений нет	
	1 балл	Парестезия	
	2 балла	Гемигипестезия, астереогнозия	
3 балла	Гемианестезия, агнозия		
4.	Речевая сфера		
	0 баллов	Нарушений нет	
	1 балл	Дисфазия (легкая степень или элементы афазии).	
	2 балла	Афазия – моторная (пациент не может говорить, хотя понимает устную речь), сенсорная (когда он не понимает речь, хотя может произносить отдельные слова и фразы), амнестическая (трудности называния предметов, хотя больной знает их значение и употребление). Алесия (неспособность овладения процессом чтения)	
	3 балла	Афазия сенсомоторная – не понимает обращенную речь, не может говорить	
	4 балла	Отсутствие речевого контакта	
5.	Сухожильные рефлексы		
	0 баллов	Без явных нарушений, рефлексы сохранены, симметричны	
	1 балл	Преходящая анизорефлексия, незначительное оживление рефлексов	
	2 балла	Анизорефлексия, с повышением рефлексов	
3 балла	Анизорефлексия, с угнетением рефлексов		



6.	Орган зрения	
	0 баллов	Предметное зрение сохранено, глазное дно без патологии
	1 балл	Ангиопатия сетчатки
	2 балла	Застойные явления диска зрительного нерва (начальные явления застоя, застой I-II ст.), умеренное концентрическое сужение поля зрения на 50
3 балла	Гемианопсия (гомонимная, гетеронимная, биназальная, битемпоральная, темпоральная), застой диска зрительного нерва III ст. с кровоизлиянием, с частичной или полной атрофией зрительного нерва, выраженное концентрическое сужение поля зрения на 10-15° и более	
7.	Патологические симптомы: менингеальные симптомы – ригидность затылочных мышц, симптом Брудзинского, симптом Кернига	
	0 баллов	Менингеальные симптомы отсутствуют (-)
	1 балл	Легкие нарушения (+)
	2 балла	Умеренные нарушения (++)
3 балла	Выраженные нарушения (+++)	
8.	Патологические симптомы: эпилептические припадки	
	0 баллов	Эпилептические припадки отсутствуют
	1 балл	Эпилептические припадки редкие, без потери сознания
	2 балла	Эпилептические припадки редкие, с потерей сознания
3 балла	Эпилептические припадки частые, с потерей сознания	
9.	Черепно-мозговые нервы: 1 пара (n. olfactorius) - обоняние	
	0 баллов	Обоняние сохранено
	1 балл	Дизосмия – преходящие нарушения обоняния. Гиперосмия – обостренное, сверхчувствительное обоняние
	2 балла	Гипосмия – снижение обоняния
3 балла	Аносмия – отсутствие обоняния	
10.	Черепно-мозговые нервы: 2 пара – (n. opticus) - зрение	
	0 баллов	Зрение сохранено
	1 балл	Умеренное снижение остроты зрения (VisOU=0,5-0,7), диплопия (двоение зрения)
	2 балла	Выраженное снижение остроты зрения (амблиопия) - больной видит движение рук у лица
3 балла	Слепота (амавроз)	
11.	Черепно-мозговые нервы: 3, 4, 6 пары (n. oculomotorius, n. trochlearis, n. abducens) – глазодвигательные функции	
	0 баллов	Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки равновеликие
	1 балл	Парез взора, легкая анизокория
	2 балла	Сходящееся или расходящееся косоглазие, птоз, полуптоз, односторонний мидриаз или миоз
3 балла	Офтальмоплегия	
12.	Черепно-мозговые нервы: 5 пара (n. trigeminus) – корнеальные рефлексы, чувствительность лица, функция жевательных мышц	
	0 баллов	Сохранены
	1 балл	Нарушение мимики и чувствительности лица(со стороны поражения),
	2 балла	Снижение корнеальных рефлексов, нарушение трофики
3 балла	Паралич и атрофия жевательных мышц	
13.	Черепно-мозговые нервы: 7 пара (n. facialis) – лицевые мышцы	
	0 баллов	Лицо симметричное
	1 балл	Сглаженность носогубной складки с одной стороны
	2 балла	Парез лицевого нерва (центральный или периферический)
3 балла	Паралич лицевого нерва	
14.	Черепно-мозговые нервы: 8 пара (n. vestibulocochlearis) – слух, вестибулярные функции	
	0 баллов	Слух сохранен
	1 балл	Легкая гипокузия (снижение слуха)
	2 балла	Умеренная гипокузия (снижение слуха), нистагм (горизонтальный, вертикальный, ротаторный)
3 балла	Акузия (отсутствие слуха)	
15.	Черепно-мозговые нервы: 9, 10 пара (n. glossopharyngeus, n. vagus) – фонация, глотание	
	0 баллов	Нарушений нет
	1 балл	Ограничение поворотов головы, нарушение приподнимания плеч, приведения лопаток к позвоночнику
	2 балла	Дисфагия, дисфония, дизартрия
3 балла	Афагия, афония	



16.	Черепно-мозговые нервы: 11 пара (n. accessorius) – движения плеча	
	0 баллов	Нарушений нет
	1 балл	Ограничение поворотов головы, нарушение приподнимания плеч, приведения лопаток к позвоночнику
17.	Черепно-мозговые нервы: 12 пара (n. hypoglossus) – движения языка	
	0 баллов	Движения языка в полном объеме, симметричные, язык по средней линии
	1 балл	Фибрилляции языка
	2 балла	Отклонения (девиация) языка в сторону
	3 балла	Язык отклонен в сторону, движения языка ограничены
Общая нейроцереброшкала: сумма 4-х показателей №1-№4 . Макс. балл – 13.		
Малая нейроцереброшкала: сумма 13-и показателей №5-№17. Макс. балл – 37.		
Супратенториальная нейроцереброшкала: сумма 9-и показателей № 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 14 Макс. балл – 25.		
Интегральная нейроцереброшкала: сумма всех 17-и показателей №1-№17 Макс. балл – 50.		

Результаты оценки по шкалам нормировали путем деления полученного результата на максимальное значение шкалы и умножения на 100% по нижеследующей формуле:

$$\text{ИндШк} = \text{БалШк} / \text{МаксБал} * 100\%$$

где, ИндШк – индекс по шкале (нормированное значение);

БалШк – значение оценки по шкале;

МаксБал – максимальное значение оценки по шкале.

Для анализа использовались, соответственно, следующие индексы:

Общий нейроцереброиндекс = Балл по Общей шкале * 7,7%

Малый нейроцереброиндекс = Балл по Малой шкале * 2,7%

Супратенториальный нейроцереброиндекс = Балл по супратенториальной цереброшкале * 4,0%

Интегральный нейроцереброиндекс = Балл по Малой цереброшкале * 2,0%

Удобство индексов по сравнению с балльными значениями заключалось в том, что все индексы сопоставимы между собой – они в едином масштабе 100% показывают тяжесть основной патологии [6,7].

Была проведена оценка 3-х разработанных клинических балльных шкал в исследуемых больных – общей, малой и интегральной нейроцереброшкалы. Сравнение их проводилось со шкалой Карновского. Для выявления большей точности разных шкал анализа проводился по следующим принципам: сравнение проводилось с объемом опухоли, как наиболее важным параметром, определяющим тяжесть клинической картины основного заболевания; параметры сравнивались преимущественно при поступлении, не считая относительной дельты. Результаты анализа диагностической широты разных шкал показали следующее (табл. 2).

Таблица 2.

Сравнительный анализ нейроцереброиндексов и шкалы Карновского при поступлении и их динамики (относительные дельты) с объемом опухоли и радикальностью операции

№	Показатели и индексы (n = 124)	МинМакс (минимаксный индекс)	Коэффициент вариации, %	Отн.Д Относительная дельта, %	Коэфф. корреляции Пирсона с объемом опухоли
1	Шкала Карновского	46,7%	9,8%	9,6±1,0%	-0,20
2	Общий нейроцереброиндекс	100%	61,8%	-5,5±4,7%	0,20
3	Малый нейроцереброиндекс	92,3%	37,0%	-36,0±2,2%	0,15
4	Супратенториальный нейроцереброиндекс	93,8%	36,1%	-29,9±2,3%	0,13
5	Интегральный нейроцереброиндекс	95,7%	38,8%	-27,2±2,3%	0,21



6	Объем опухоли, см ³	99,2%	86,1%	-	-
7	Радикальность операции	-	-	-	0,22

По минимаксному индексу к размаху колебаний размера опухоли при поступлении наиболее близки были размах показателей общего (100%) и интегрального онкоцереброиндексов (95,7%), хотя размах колебаний малого и супратенториального тоже были достаточно большими (92,3% и 93,8%, соответственно). В тоже время, размах колебаний по шкале Карновского был до 2-х раз меньше размаха колебаний объема опухоли и составил 46,7%. Следовательно, по минимаксному индексу наибольшую диагностическую широту имели показатели общего и интегрального нейроцереброиндексов, наименьшую – шкала Карновского.

При сравнении коэффициента вариации максимальное значение размаха колебаний было у показателя объема опухоли (86,1%), затем в убывающем порядке шли общий нейроцереброиндекс (61,8%), интегральный нейроцереброиндекс (38,8%), малый нейроцереброиндекс (37,0%), супратенториальный нейроцереброиндекс. Самое низкое значение размаха колебаний данных было у шкалы Карновского (9,8%), которое оказалось почти в 9 раз ниже размаха колебаний данных объема опухоли и в 4 раза ниже размаха колебаний большинства нейроцереброиндексов. Следовательно, по показателю коэффициента вариации наибольшую диагностическую широту имели показатели нейроцереброиндексов.

Похожие данные получены при анализе относительной дельты изученных показателей разных шкал, которая характеризует размах колебаний значений параметров при выписке относительно значений при поступлении. Поскольку у большей части больных удаление опухоли было радикальным, относительная дельта объема опухоли не изучалась. Среднее значение абсолютных значений относительной дельты было максимальным у нейроцереброиндексов – у малого $-36,0 \pm 2,2\%$, у супратенториального $-29,9 \pm 2,3\%$, у интегрального $27,2 \pm 2,3\%$. Знак минус означает, что значение при выписке у этих показателей было меньше, чем при поступлении, так как нейроцереброиндексы отражают тяжесть основного заболевания, которая уменьшается после операции. Наиболее низкими абсолютные значения относительной дельты было у шкалы Карновского – $+9,6 \pm 1,0\%$ и общего онкоцереброиндекса – $-5,5 \pm 4,7\%$. Знак плюс относительной дельты по шкале Карновского означает, что при выписке значение показателя было выше, чем при поступлении, так как этот показатель отражает уровень качества жизни, которые после операции в целом увеличивалось. Полученные данные указывает на небольшие изменения относительной дельты шкалы Карновского в процессе лечения – примерно 3-5 раз меньше, чем у нейроцереброиндексов, что показывает их существенное более высокую точность для оценки динамики течения патологического процесса. Тем самым доказаны преимущества разработанного показателя для оценки состояния и результатов лечения больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации.

Однако для окончательного решения по данному вопросу необходимо оценить также наиболее точный и важный параметр – коэффициент корреляции Пирсона всех изученных показателей с показателем объема опухоли. Для наглядности и более высокой точности этого анализа был добавлен еще один параметр – радикальность удаления опухоли. Этот показатель также оценивался по баллам: 1 балл – тотальное удаление, 2 балла – субтотальное, 3 балла – частичное удаление опухоли.

Знак минус у значений критерия Пирсона по шкале Карновского связан с тем, что данная шкала отражает качество жизни, которое обратно пропорционально коррелирует с объемом опухоли. У всех разработанных индексов коэффициент корреляции с объемом опухоли имеет положительные значения, так как разработанные шкалы отражают не качество жизни, а тяжесть основной патологии. Результаты анализа показали, что наиболее высокое абсолютное значение критерий Пирсона по объему опухоли имел с показателем радикальности операции – $+0,22$. Это показывает, что чем больше размер опухоли, тем радикальнее удавалось ее удалить.

Абсолютные значения коэффициента корреляции объема опухоли с клиническими шкалами были наиболее высокими у интегрального нейроцереброиндекса - $+0,21$, и у шкалы Карновского – $-0,20$. Самые низкие абсолютные значения коэффициента корреляции были у малого нейроцереброиндекса - $+0,15$ и супратенториального нейроцереброиндекса



- +0,13. Все указанные значения критерия Пирсона были статистически достоверными.

Если сопоставить эти данные с результатами анализа терапевтической широты, то лидером среди всех изученных показателей по своей диагностической ценности для оценки степени тяжести патологии и ее динамики в процессе лечения стал интегральный нейроцереброиндекс.

В этой связи оценку результатов лечения мы проводили по двум показателям – по разработанному интегральному нейроцереброиндексу и по традиционно используемой у онкологических больных шкале Карновского.

Выводы

Разработанная шкала оценки выраженности неврологических нарушений у больных с новообразованиями головного мозга – нейроцереброшкала, и разработанный на основе нормализации ее данных нейроцереброиндекс, имеют статистически достоверную высокую корреляцию с размерами опухолей головного мозга супратенториальной локализации и с данными по шкале Карновского, однако, по сравнению со шкалой Карновского имеют более широкую диагностическую широту. Применение разработанного нейроцереброиндекса у больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации позволяет провести количественную оценку тяжести основной патологии по набору обычных клинических данных, без необходимости применения специальных дополнительных инструментальных методов обследования, как при поступлении, так и в динамике лечения, а также оценить результаты лечения. Эти преимущества позволяют рекомендовать широкое применение данного индекса в клинической практике, в том числе при проведении мультицентровых исследований.

Список литературы:

1. Гурьева М.Э., Карданова Л.Д. Проблема качества жизни в медицине. – Нальчик: Эль-Фа, 2007. – 93 с.
2. Коновалов А.Н., Козлов А.В., Черкаев В.А., Шиманский В.Н., Таяшин С.В., Корниенко В.Н., Пронин И.Н., Голанов А.В., Кобяков Г.Л., Шишкина Л.В., Рыжова М.В., Гольбин Д.А., Галкин М.В., Бочаров А.А., Ласунин Н.В. Проблема менингиом: анализ 80-летнего материала Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко и перспективы. *Вопр нейрохир* 2013; 1: 12—23.
3. Mohsenipour I., Deusch E., Gabl M., Hofer M., Twerdy K. Quality of Life in Patients after Meningioma Resection. *Acta Neurochir (Wien)* 2011; 143: 547—553
4. Новик А.А., Одинак М.М., Ионова Т.И. и др. Концепция исследования качества жизни в неврологии // *Неврологический журнал*. – 2008. – Т.7. - №6. – С.49–52
5. Чудакова И.В. Качество жизни больных опухолями головного мозга / В.Н.Григорьева // «Неврологический вестник» журнал имени В.М. Бехтерева, том 39, выпуск 2. *Казань Медицина* 2007. - С.28 - 32.
6. Чудакова И.В. Качество жизни больных с менингиомами головного мозга до и после оперативного лечения / В.И.Григорьева // *Журнал «Бюллетень сибирской медицины»*, 2009 - Т. 8, No1 (2) с.90-94
7. Scheitzach J., Schebesch K.-M., Brawanski A., Proescholdt M.A. Skull base meningiomas: neurological outcome after microsurgical resection. *Neurooncol* 2014; 116: 381—386.



ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗ-ГОНАДЫ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕФИЦИТОМ ТЕСТОСТЕРОНА

*Халимова З.Ю. , Алмахматова А.А.
профессор кафедры эндокринологии с
детской эндокринологией Ташкентского
педиатрического медицинского института,
магистр 3 курса кафедры эндокринологии с
детской эндокринологией Ташкентского
педиатрического медицинского института,
atandykova1993@mail.ru тел.+99890-9525598*

Аннотация. В 1999 году сообщалось, что в Соединенных Штатах Америки доля женщин в возрасте от 18 до 59 лет с сексуальной дисфункцией составляла 43%. [1]. Однако из-за того, что женской сексуальной дисфункции публично уделялось мало внимания, эта область оставалась без внимания, и только теперь есть понимание таких расстройств у женщин. [6]. Процент женщин, распределенных по возрасту, образованию и этническому происхождению, которые жаловались на снижение сексуального влечения в различных категориях, колеблется от 22% до 44%, в среднем 32% [2]. Это привело бы к тому, что только в этой стране число женщин с пониженным либидо исчислялось десятками миллионов. Неизвестно, у скольких из этих женщин снизился уровень андрогенов, но по оценкам их число составляет от 10 до 15 миллионов [3, 7].

Симптомы дефицита андрогенов у женщин могут очень напоминать другие состояния. [4]. Основная жалоба женщин с дефицитом андрогенов - снижение полового влечения, которое часто характеризуется уменьшением сексуальных мыслей и фантазий, а также действий. [5].

Ключевые слова: женщины фертильного возраста, дефицит тестостерона

Цель исследования - изучить функциональное состояние оси гипофиз-гонад (ГГ) у женщин с дефицитом тестостерона.

Материалы и методы исследования. Мы обследовали 60 женщин с дефицитом тестостерона без другой сопутствующей патологии. Средний возраст пациентов составил 28,3 года. Контрольную группу составили 20 здоровых женщин разного возраста. Пациенты были разделены по ИМТ на 3 группы:

Группа 1 - 20 женщин с предожирением.

Группа 2 - 20 женщин с ожирением I степени.

3 группа - 20 женщин с ожирением II степени.

Контрольную группу составили 20 женщин того же возраста без нарушений менструального цикла с нормальной массой тела.

Все пациентки прошли клинические и биохимические исследования, включая эндокринный контроль, липидный профиль, гормональный профиль на 14 день менструального цикла (ЛГ, ФСГ, пролактин, свободный тестостерон, эстрадиол, прогестерон и т. Д.), УЗИ гениталий, рост (см), вес (кг), ИМТ, окружность талии (WC), окружность бедер (НС), соотношение талии и бедер, анкетирование и другие исследования.

Результаты исследования. Пациенты жаловались на чувство потери энергии, сильную мышечную слабость, депрессию, отсутствие полового влечения, нерегулярный менструальный цикл, выпадение волос по всему телу, избыточный вес или даже ожирение, сухость кожи, нарушение сна.

Гормональный профиль показал ановуляцию у 19 пациентов (76%) (средний уровень ЛГ составил $8,7 \pm 1,2$ мМЕ / л, ФСГ $6,4 \pm 1,5$ мМЕ / л) и низкий диапазон уровней свободного тестостерона (средний $1,6$ мМЕ / л). $\pm 0,3$ нг / мл).

У большинства пациентов было центральное ожирение с ИМТ > 35 кг / м². WC был в пределах $104,3 \pm 7,4$ см, НС = $85,6 \pm 5,3$ см, тогда как соотношение талии и бедер $> 1,22$. Анализы крови показали дислипидемию у всех пациентов (100%).

Прямая корреляция дефицита тестостерона со степенью ожирения. Так, самые низкие значения тестостерона были обнаружены у пациентов 3 группы ($< 0,05$ нмоль / л) (при нор-



ме 0,31-3,78 нмоль, л), в то время как у пациентов 1 и 2 групп уровень тестостерона также был значительно снижен - от 0,1 до 0,2 нмоль / л и от 0,05 до 0,1 нмоль / л соответственно

Выводы. 1) У большинства фертильных женщин с дефицитом тестостерона (76%) наблюдается ановуляция с низким диапазоном свободного тестостерона у всех пациентов с частичным снижением эстрадиола, прогестерона (вторичный гипогонадизм). 2) У всех пациентов на ЭЭГ обнаружено нарушение функции средних структур головного мозга.

Список литературы:

1. Basson R. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications // J Urol. 2000 Mar;163(3):888–93

2. Berman J., Almeida F., Jolin J. Correlation of androgen receptors, aromatase, and 5-alpha reductase in the human vagina with menopausal status // Fertil. Steril. 2003. Vol. 79. N 4. P. 925–931.,

3. By André Guay and Susan R. Davis. Testosterone insufficiency in women: fact or fiction?//Excerpt from World Journal of Urology 2002. 20:106-110

4. .Bachmann G., Bancroft J., Braunstein G. et al. Female androgen insufficiency: the Princeton consensus statement on definition, classification, and assessment // Fertil. Steril. — 2002. — Vol. 77. — P. 660-665.

5. Калинченко С.Ю., Тюзиков И.А., Тишова Ю.А., Ворслов Л.О. Роль тестостерона в женском организме. Общая и возрастная эндокринология тестостерона у женщин. //Международный Эндокринологический журнал Номер: 14 (115) Год: 2015 Страницы: 59-64

6. С.Ю. Калинченко, Аркадий Верткин. Приобретенный возрастной дефицит андрогенов. Конспект врача. //Международный Эндокринологический журнал 2(4) 2006, стр. 28-33

7. Тюзиков И. А., Калинченко С. Ю., Апетов С. С. Дефицит андрогенов у женщин к урогинекологической практике: патофизиологические механизмы, клинические «маски» и фармакотерапия трансдермальными формами тестостерона // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2014. № 1. С. 33–43.



БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ

Хасанова Диляфруз
Самаркандский государственный медицинский институт
Ассистент Кафедры Акушерства и гинекологии №1
+998979117916 xasanovadilafruz1975@gmail.com

Аннотация: Репродуктивная система женщины представляет собой совокупность взаимосвязанных структурных элементов: гипоталамуса гипофиза, яичников, органов-мишеней и других эндокринных желез обеспечивающая реализацию генеративной функции. Щитовидная железа (ЩЖ) – важнейшее звено нейроэндокринной системы, оказывающее существенное влияние на репродуктивную функцию. Нормальный уровень тиреоидных гормонов является необходимым условием гармоничного функционирования организма женщины, так как тиронины участвуют во всех видах метаболизма, влияют на половое развитие, менструальную функцию и овуляцию. Тесная взаимосвязь тиреоидной и репродуктивной систем обусловлена наличием общих центральных механизмов регуляции, а также взаимодействием гормонов ЩЖ и яичников на периферическом уровне.

Ключевые слова: щитовидная железа, тиреоидные гормоны, гипотиреоз, тиреотоксикоз, аутоиммунный тиреоидит.

Актуальность: Распространенность аутоиммунных заболеваний щитовидной железы у женщин репродуктивного возраста составляет 10–26% [1–3]. Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – основная причина первичного гипотиреоза (частота манифестного гипотиреоза у женщин составляет 3–6%, субклинического – 7–10%) [4–6]. Важнейшая функция тиреоидных гормонов состоит в обеспечении развития большинства органов и систем на протяжении всего эмбриогенеза, начиная с первых недель беременности. Именно дисбалансу тиреоидных гормонов матери во время беременности отводится ведущая роль в нарушении психоневрологического развития детей [3, 7–9, 11]. У детей, рожденных от матерей с патологией щитовидной железы, высока частота перинатальной энцефалопатии, анемии, врожденных пороков развития с поражением центральной нервной системы (гидроцефалии, микроцефалии) и эндокринной системы (врожденного гипотиреоза, тиреотоксикоза) [5, 9].

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные профилактике и лечению репродуктивных нарушений у женщин с АИТ, вопросы тактики ведения этой категории пациенток крайне противоречивы [2]. Не ясно, требуется ли лечение при эутиреоидном варианте АИТ с высоким титром антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе. Отсутствует единая схема заместительной терапии левотироксином (L-тироксина) с отменой препарата на различных сроках гестации. Четко не определены факторы включения пациенток с АИТ в группу риска развития гипотиреоза при последующей беременности.

Цель исследования

Изучить репродуктивные и перинатальные риски у женщин с АИТ, разработать эффективные методы профилактики и лечения осложнений беременности и родов.

Материал и методы

После исследования щитовидной железы методом иммуноферментного анализа и ультразвукового сканирования 110 беременных были разделены на две группы в зависимости от показателей активности щитовидной железы (уровней ТТГ, свободного тироксина (св. Т₄), АТ-ТПО) и результатов ультразвукового исследования. В основную группу вошли 60 беременных с признаками АИТ, в контрольную – 50 беременных без признаков АИТ. Группу сравнения составила 152 женщины 26–28 лет с репродуктивными потерями в анамнезе на различных сроках гестации:

- первая подгруппа – 126 женщин с репродуктивными потерями в анамнезе до 15-й недели беременности;
- вторая подгруппа – 19 женщины с самопроизвольным прерыванием беременности и очень ранними преждевременными родами во втором триместре (на сроке 16–27 недель);



- третья подгруппа – 7 женщин с преждевременными родами на сроке 28–37 недель.

Проводилась оценка гинекологического статуса с целью выявления гормонально-зависимых заболеваний. Во первых учитывались симптоматические проявления со стороны эндокринной системы, отягощение наследственности по заболеваниям щитовидной железы. Особое внимание уделялось малым симптомам, характеризующим снижение функции щитовидной железы: склонности к запорам, сухости кожи, выпадению волос, ломкости ногтей, сонливости, нарушению сна, вялости, апатичности, эмоциональной лабильности.

Ведение беременных по триместрам осуществлялось в соответствии с отраслевыми стандартами объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии. В течение настоящей беременности оценивались такие особенности, как симптомы токсикоза первой половины беременности, гестоз, частота угрозы прерывания беременности, анемия беременных.

Анализировались исходы родов: срок гестации, особенности течения, длительность родового акта и безводного периода. Состояние новорожденных оценивалось по таким параметрам, как случаи гипоксии плода, баллы по шкале Апгар, антропометрические показатели, неонатальный скрининг на наследственные заболевания (врожденный гипотиреоз).

Все женщины прошли общее клинико-лабораторное обследование:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- определение содержания в сыворотке крови ТТГ, св. T_4 , АТ-ТПО (методом иммуноферментного анализа);
- анализ на хроническую урогенитальную инфекцию.

Всем пациенткам выполнялось ультразвуковое исследование щитовидной железы и скрининг на 12–14-й, 22–24-й и 32–34-й неделях гестации (использовался ультразвуковой аппарат Siemens Sonolini G-40). Особое внимание уделялось исследованию головного мозга плода, поскольку именно врожденные пороки развития головного мозга чаще всего формируются при патологии щитовидной железы у матери.

При статистической обработке данных наличие или отсутствие различий в показателях устанавливалось дифференцированно в основной группе, группе сравнения и контрольной группе. Достоверность различных показателей анализировалась с помощью критерия знаков, парного Т-критерия Вилкоксона, парного t-критерия Стьюдента для связанных выборок. Достоверность различий определяли с доверительным интервалом более 95% (p – для t-критерия и p – для Т-критерия). Статистически материал обрабатывался с помощью параметрических и непараметрических методов, реализованных в пакете программы Statistica for Windows 6.0 (StatSoft).

Результаты и их обсуждение

Анализ репродуктивных потерь у женщин с АИТ показал, что наибольшее число неблагоприятных исходов беременности (126 случаев, 80,1%) пришлось на первый триместр (до 15-й недели гестации). В этот период прерывание беременности происходило, как правило, по типу неразвивающейся беременности и самопроизвольного аборта (табл. 1).

Среди причин репродуктивных потерь одно из ведущих мест принадлежало эндокринной патологии. На это указывала отягощенность анамнеза по заболеваниям щитовидной железы у 16,7% женщин в подгруппе с репродуктивными потерями до 15-й недели гестации, которая отсутствовала в двух других подгруппах. Кроме того, в этой подгруппе чаще отмечалось отклонение массы тела от нормальных значений в сторону как дефицита, так и избытка.

Среднее значение объема щитовидной железы у женщин в группе сравнения ($20,9 \pm 0,2$ мл) незначительно превышало нормальный объем.

Показательно, что самое низкое среднее значение св. T_4 наблюдалось во второй подгруппе (прерывание беременности на 16–27-й неделе), что свидетельствует о неблагоприятном влиянии гипотироксинемии на исход беременности.

Анализ данных тиреоидного статуса в зависимости от причины прерывания беременности представлен в табл. 2 и 3. Для случаев замершей (неразвивающейся) беременности характерно сочетание высоконормального значения ТТГ и низконормального св. T_4 на фоне высоких значений титра АТ-ТПО. При самопроизвольном аборте достоверных различий в уровнях ТТГ и св. T_4 не выявлено, но среднее значение АТ-ТПО оказалось значительно



ниже, чем при замершей беременности.

Проведена сравнительная оценка тиреоидного статуса женщин с репродуктивными потерями в первом триместре (первая подгруппа группы сравнения), впервые обследованных после прекращения развития эмбриона/плода, и беременных основной группы, обследованных при первом посещении врача на сроке восемь-девять недель. Группы были статистически однородны по возрасту и соматической патологии.

На наследственную отягощенность по заболеваниям щитовидной железы указали 16,7% женщин основной группы и 16,3% женщин с репродуктивными потерями. На долю гормонально-ассоциированных заболеваний репродуктивной системы в основной группе пришлось 42,4%, а в первой подгруппе группы сравнения – 38,0%.

Выполнен анализ менструальной функции как качественного показателя функциональной активности репродуктивной системы: отклонения от нормальных значений чаще встречались у женщин с репродуктивными потерями в первом триместре беременности.

На основании сравнительного анализа исходного тиреоидного статуса у беременных с АИТ и пациенток с неблагоприятными исходами беременности сделан вывод о том, что средние значения ТТГ в группах были практически одинаковы. При этом св. T_4 в обеих группах находился на низком уровне нормальных значений. Достоверных различий по среднему значению АТ-ТПО в сравниваемых группах не выявлено. Эти показатели превышали верхнюю границу нормы в два-три раза.

Средний объем щитовидной железы в основной группе составил $18,5 \pm 0,2$ мл, что достоверно ($p \leq 0,001$) меньше, чем в первой подгруппе группы сравнения ($20,6 \pm 0,2$ мл). Увеличение объема щитовидной железы (> 18 мл) наблюдалось достоверно реже ($p < 0,001$) в основной группе – у 39 (59,1%) женщин (в подгруппе с репродуктивными потерями до 15 недель – у 117 (90,7%) женщин). Нормальный объем щитовидной железы имел место у 27 (40,9%) женщин основной группы и только у 12 (9,3%) женщин первой подгруппы группы сравнения (результаты достоверны, $p < 0,001$).

Таким образом, по тиреоидному статусу и сонографическим характеристикам щитовидной железы сравниваемые группы идентичны.

Исходы беременностей у женщин основной группы, получавших заместительную гормонотерапию L-тироксинном, были следующими: срочные роды произошли в 62 (95,4%) случаях, преждевременные – в трех (4,5%) случаях, в одном (1,5%) случае роды были запоздалыми. Частота преждевременных родов в данной группе снизилась до 4,5%, что в 2,5 раза меньше по сравнению с аналогичным показателем по исходам предыдущих беременностей.

Был проведен сравнительный анализ течения беременности у женщин с АИТ на фоне терапии L-тироксинном (основная группа) и без заболеваний щитовидной железы (контрольная группа). Частота возникновения токсикоза первой половины беременности в основной группе оказалась достоверно выше таковой в контрольной группе: девять (13,6%) и три (5,7%) случая соответственно. По сравнению с первой половиной беременности у женщин основной группы частота угрозы прерывания беременности во второй половине уменьшилась в пять раз.

Необходимо отметить, что в основной группе из сопутствующих заболеваний достоверно чаще, чем в контрольной, встречались метаболические нарушения, заболевания сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, миома матки.

Выводы: К показаниям для первичного обследования тиреоидного статуса у беременной во втором и третьем триместрах можно отнести (кроме описанных выше факторов риска) признаки угрозы прерывания, патологическую прибавку массы тела, отеки различной степени выраженности, гестоз, вегетососудистую дистонию по гипертоническому типу, анемию, а также синдром задержки развития плода.

Объем обследования вышеперечисленных категорий пациентов должен включать определение тиреоидного статуса (ТТГ, св. T_4 , АТ-ТПО) и ультразвуковое исследование щитовидной железы на прегравидарном этапе и/или при установлении факта беременности.



Список литературы :

1. Аутоиммунный тиреоидит и беременность / Варламова Т.М., Керова А.Н., Абуд И.Ю. и др. // Акуш. и гин. 2019. - №4. - С.22-25
2. Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидной железы / Перминова С.Г., Фадеев В.В., Корнеева И.Е. и др. // Пробл. Репродукции.- 2016,- №1. С.70-77
3. Amelioration of some pregnancy-associated variations in thyroid function by iodine supplementation / Pedersen K.M., Laurberg P., Iversen E., Rnudsen P.R. et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2013. - Vol.77. - P. 1078-1083
4. Anti-thyroid antibodies and antiphospholipid syndrome: evidence of reduced fecundity and of poor pregnancy outcome in recurrent spontaneous abortions / De Carolis E., Guarino M.D. et al. // Am. J. Reprod Immunol. 2014.-Vol. 52,- P.263-266
5. Autoimmune hypophysitis/ Caturegli P. et al. / Endocr. Rev. 2015. -Vol.26. -P.599-614



DYNAMICS OF ARTERIAL PRESSURE INDICATORS AND HYDRODYNAMICS OF THE EYE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN THE SURGICAL TREATMENT OF GLAUCOMA ON THE BACKGROUND OF APPLICATION OF “PERINDOPRIL”

Shofotikhov Abdulla Fatkhulla o'g'li
Resident of third course in ophthalmology
department of Tashkent Medical Academy
Telefon: +998909816478
E-mail: gospodin.sh16@gmail.com
Bilalov Erkin Nazimovich
d.m.s., professor of ophthalmology
department of Tashkent Medical Academy
Telefon: +998909070032
E-mail: dr.ben58@mail.ru

Key words: arterial hypertension, glaucoma, preoperative preparation, tonographic indices, Perindopril, hydrochlorothiazide.

Summary: Glaucoma is one of the main causes of loss view. Surgical treatment of patients with primary open-angle glaucoma is the main method correction of the level of intraocular pressure. Medical preparation of patients who have glaucoma with arterial hypertension for surgical treatment remains relevant. One of the most commonly used antihypertensive medicines in the world is Perindopril. Nowadays evidence of proven beneficial effects of medicine allows applying it in a wide range of patients. Below presents the experience preparing this category of patients for surgery treatment of primary open-angle glaucoma in the background use of the medicine “Perindopril” with an assessment of the dynamics of blood pressure and eye hydrodynamics.

In 52 % of patients who need ophthalmic surgery treatment have Cardiovascular disease and in patients with glaucoma this percentage reaches 65-70%. However, advances in learning pathogenesis, diagnosis and treatment, glaucoma remains one of the most common reasons leading for blindness. According to WOH, cause of World blindness is glaucoma. It rates from 0.6 to 33.0%. Glaucoma blindness stays steady in rate 14-15% of the total number of all visually invalids In Russia. In recent years, glaucoma came to the first ranking place as ranks of primary visual disability ahead of cataract and traumatic damage to the organ of vision, that found based on widespread epidemiological studies. As a rule, patients with glaucoma belong to categories of the elderly (62%). Arterial hypertension (AH) is one of the determining factors of preoperational risk, regardless of its cause. Literature data show that risk of perioperative complications is minor with low blood pressure (BP). Proved that hypertension well controlled if treatment continues until and resumes after surgery. In patients with higher blood pressure, there is a greater risk of developing perioperative complications. Precisely, violations heart rate, myocardial infarction, hypertensive crises, circulatory failure. In case of the absence any compensation for blood pressure in patients operated on about glaucoma, during surgery there is a high risk of expulsive hemorrhage development and in postoperative period in patients of this group often hyphema developed, which often lead to intraocular hypertension, haemophthalmus, choroid detachment. Due to insufficient knowledge of this problem, it seems important to study the role of preoperative on one preparation of patients with arterial hypertension in glaucoma surgery.

The aim of the study is to assess the dynamics of blood pressure congestion and eye hydrodynamics in patients with arterial hypertension during surgery treatment of primary open angle glaucoma against the background of the use of the drug “Perindopril”.

Materials and methods: Thirty patients aged 45 to 75 years were examined (average age of patients 68.2 ± 5.8 g), of which 19 are women and 11 men with arterial hypertension who applied to the Department of Eye Diseases, Tashkent Medical Academy for surgical treatment primary open-angle glaucoma.

Inclusion criteria were patients for whom planned surgical treatment of primary angle-glaucoma



with moderately elevated and high intraocular pressure and who had arterial hypertension of 2-3 stages and degrees, lack of previous treatment of hypertension, ineffective treatment of hypertension (without reaching the target numbers of blood pressure <140/90 mmHg.).

Exclusion criteria: chronic heart failure Stability 2B-3 stages, III-IV functional class; severe diseases of the endocrine system; chronic renal failure; dysfunction liver; angina III-IV functional class, requiring anti arhythmics; rhythm disturbances; a history of myocardial infarction; symptomatic arterial hypertension.

All patients underwent a general clinical laboratory study, including a general blood test, a general urine test, and a glucose test of blood, total cholesterol, low-density lipoprotein cholesterol, triglycerides, creatinine, urea, potassium, sodium. Blood pressure recorded by the office method in the patient's position sitting after 5 min of rest. Mean blood pressure (SPBP) was calculated using the Hickham formula: $(SBP-DBP) / 3 + DBP$, where SBP is systolic blood pressure, DBP - diastolic blood pressure. Ophthalmic examination included self-refractometry, visometry, gonioscopy, tonometry, topography, perimetry (if necessary, computer), ophthalmoscopy direct and reverse. Using topography, patients were evaluated basic indicators of eye hydrodynamics level intraocular pressure (Po), lightness coefficient outflow (C), Becker coefficient (Po / C) before treatment, before surgery, after 5 days after surgical treatment. To verify changes in the optic nerve head, coherence tomography of the optic nerve performed, and the depth of its excavation was determined. 16 patients of 30 - with stage II glaucoma; 14 patients - with stage III glaucoma. All patients underwent NGSE (non-penetrating deep sclerectomy). Instrumental studies (daily monitoring of blood pressure and ECG, tonometry, tomography) were carried out before the appointment of preoperative therapy, through 15 days Perindopril (before surgery) and through 5 days after surgical treatment of glaucoma. During the operation, all patients were under monitoring of blood pressure. The duration of preoperative preparation was 15 days, postoperative follow-up - 5 days.

Results and discussion: As a result of preoperative treatment with Perindopril (in an individual dose of 10 to 40 mg per day), stabilization of blood pressure was noted at the level of 130-140 / 80-90 mm Hg in 21 patients. Reduce blood pressure, hypothiazide diuretic was added to Perindopril (in an individual dose of 12.5 to 25 mg per day) in 9 patients. Every studied patient, had a significant decrease of blood pressure was achieved. Reduction in blood pressure (both SBP and DBP) by the end of hospitalization. Highest levels of decreased after therapy. More pronounced case was a decrease in blood pressure noted on the background of combination Perindopril and hypo thiazide. Pulse blood pressure approached normal values (pulse BP in healthy is 40-50 mm Hg) after treatment. Dynamics of change blood pressure with Perindopril and its combination with hypo thiazide is shown in table. 1.

All patients were prepared and operated in a planned manner without intra- and postoperative falsities.

Table 1

**The dynamics of changes in blood pressure
With paraoperative period against the background of application
perindopril and combinations of perindopril with hypothiazide**

Study period	SBP, mm Hg.	DBP, mmHg.	Pulse BP, mmHg.
Before treatment	176,11±19,3	98,58±8,7	77,56±14,52
After 15 days:- perindopril	134,44±9,27*	90±6,9*	52,22±7,19*
- perindopril + hypothiazide	130,19±9,02*	80,4±7,92*	50,73±7,46*
Operational period	141±8,32*	88,51±6,79*	52,38±8,34*
After 5 days after operation: - perindopril	136,41±7,25*	91,32±5,4*	51,57±7,46*
- perindopril + hypothiazide	133,1±8,7*	81,14±8,03*	54,3±5,17*

Note. * - significance of differences compared with the original my indicators (before treatment), p < 0.001.



Table 2

Eye hydrodynamics in the paraoperative period

Study period	Tonography		
	Po (mmHg)	C(mm ³ /min/mmHg)	Po/C
Before treatment	31±2,1	0,13±0,018	106±14,61
Before surgery (after 15 days of treatment)	30±2,6*	0,13±0,016*	106±13,8*
After 5 days after operation	24±3,8*	0,13±0,011*	96±8,52*

Note. * - significance of differences compared to the original my indicators (before treatment), p < 0.001.

Conclusions: Combined antihypertensive therapy, led by a patient with primary open-angle glaucoma had a more significant effect on the level BP. The combined use of Perindopril and hypo thiazide surpasses treatment in positive effect on SPAP one perindopril.

Preoperative preparation with normalization of blood pressure allowed to avoiding both operational and postoperative complications, such as hyphema, hemophthalmos, hypertensive hemorrhagic detachment of choroid crisis, acute cerebrovascular accident. During the treatment period, there was a significant improvement topographic indicator of the eye. Thus, the assessment of the functional state of the cardiovascular system in patients with arterial hypertension before surgical treatment glaucoma, the use of Perindopril and its combination with hypo thiazide for Para operative correction of blood pressure and continuous clinical and monitoring of major hemodynamic indicators in early postoperative period determine the results of surgical intervention in this category patients can reduce postoperative complications, the duration of treatment, improve the postoperative prognosis and optimize the quality of life the patient.

Literature

1. Kobalava Zh.D., Kotovskaya Yu.V. Arterial hypertension. - M.: Media, 2001. -- 208 s.
2. Chazov EI, Belenkov Yu.N. Rational pharmacotherapy of cardiovascular diseases. - M.: Litera, 2005. -- 476 s.
3. Moshetova L.K., Nesterova A.P., Egorova E.A. Clinical guidelines. Ophthalmology. - M.: GEOTAR-Media, 2007. -- 256 p.
4. Katsnelson L.A., Bunin A.Ya. Vascular disease eyes. - M., 1990. -- 272 s.
5. Gurevich M.A. Arterial hypertension in the elderly. - M., 2004. -- 144 s.
6. Kanyukov V.N., Bagirova G.G., Selivanova L.Yu. ACE inhibitors in ophthalmology. - Orenburg: OSU, 2006. -- 147 s.
7. Kanyukov V.N., Bagirova G.G., Uzeneva A.N. etc. Paraoperative correction of somatic and psychosomatic pathology in ophthalmic practice. - Orenburg: Press, 2011. -- 102 s.
8. AGIS Investigators The advanced Glaucoma intervention study.12 Baseline risk factors for sustained loss of visual field and visual acuity in 94 patients with advanced glaucoma // Am.j.Ophthalmology.- 2002. -Vol. 134.-P.499-512.94
9. Burgoyne J.K., Wu Dunn D., Lakhani V., Cantor L.B. Outcomes of sequential tube shunts in complicated glaucoma // Ophthalmology. 2000. Vol. 107. No. 2. P. 309–314.
10. Goldberg J. et al glaucoma in the 21 century. London 2000.
11. Quigley H.A. et al. Brit. J. Ophthalmol. 2006.-90.-P.262-270.



СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ.

Г.С. Исаева

Магистратура талабаси

Тошкент педиатрия тиббиёт институти
gulshansadullaevna@gmail.com +998935611175

Д.А. Эгамбердиева.

Т.ф.д.,доцент

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

И.А.Рўзметова

Т.ф.н.,доцент

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Г.Б.Қосимова

Магистратура талабаси

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Аннотация: Маълумки, бир қанча ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра, СБК бор беморларда БФ ривожланиши умумий ўлим хавфини 4,27 марта, юрак қон томир касалликларидан ўлимни 3,16 марта, инсультдан -2,43 марта, миокард инфарктдан ўлимни-1,36 марта оширади.

Этиологик омиллари, ёши, кўшилиб келган касалликларига боғлиқ ҳолда, СБК бор беморларда БФ нинг ривожланиши ва бунинг оқибатида тромбоземболик, геморрагик асоратлар, шунингдек, метоболик ва гемодинамик ўзгаришларнинг юзага чиқиш эҳтимоли ортиши кўплаб муҳокамаларга сабаб бўлмоқда.

Калит сўзлар: сурункали буйрак касаллиги, бўлмачалар фибрилляцияси, аритмия

Долзарблиги: Бўлмачалар фибрилляцияси - бу кенг тарқалган аритмия тури бўлиб, жиддий асоратларга олиб келади ва унинг буйрак функциясига таъсири ҳам анча долзарб мавзу бўлиб қолмоқда. Бир қанча тадқиқотларда, БФ ва буйрак функцияси ўртасидаги боғлиқлик исботланган. Аксинча, буйрак дисфункцияси ҳам БФ нинг авжланишига олиб келувчи омил бўлиб рол ўйнайди.

Этиологик омиллари, ёши, кўшилиб келган касалликларига боғлиқ ҳолда, СБК бор беморларда БФ нинг ривожланиши ва бунинг оқибатида тромбоземболик, геморрагик асоратлар, шунингдек, метоболик ва гемодинамик ўзгаришларнинг юзага чиқиш эҳтимоли ортиши кўплаб муҳокамаларга сабаб бўлмоқда.

Мақсад: СБК да бўлмачалар фибрилляцияси бўлган беморларда буйракнинг функционал ҳолатини баҳолаш.

Тадқиқот усуллари ва материаллари: Тадқиқотга 30 та бемор олинди ва 2 та гуруҳга бўлинди. Олинган беморлар 15 таси сурункали буйрак касаллиги ва бўлмачалар фибрилляцияси билан, 15 таси сурункали буйрак касаллиги бўлмачалар фибрилляциясисиз. Иккала гуруҳдаги беморларда буйракнинг функционал ҳолатини баҳолаш учун қонда креатинин миқдори, Кокрофт-Голт формуласи орқали креатини клиренси мл/мин ва КФТ СКД-ЕРІ-2011 формуласи орқали ҳисобланган.

Натижалар: Биринчи гуруҳда қонда креатинин миқдори ўртача $139,5 \pm 33,2$ мкмол / л, креатини клиренси $62,7 \pm 23,53$ мл/мин, КФТ $54,1 \pm 16,13$ мл/мин/1,73 м² ни ташкил қилди. Иккинчи гуруҳда қонда креатинин миқдори $95,71 \pm 16,68$ мкмол/л, креатинин клиренси $89,4 \pm 23,55$ мл/мин, КФТ $80,3 \pm 10,59$ мл/мин/1,73 м² ни ташкил қилди.

1-жадвал

Буйракнинг функционал ҳолатини баҳолаш кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	СБК +БФ (n=15)	СБК -БФ (n=15)
Креатинин мкмоль/л	139,5±33,2	95,71±16,68
Креатини клиренси Кокрофт-Голт формуласида, мл/мин	62,7±3,53	89,4±23,55
СКФ, СКД-ЕРІ (2011) (мл/мин/1,73 м ²)	54,1±16,13	80,3±10,59



Хулоса: Текширув натижаларига кўра, СБК да БФ си буйракда гемодинамик бузилишларни юзага чиқаргани сабабли, КФТ нинг пасайиши касалликнинг кечиши, асоратларнинг ривожланиши ва касалликнинг прогнозини ёмонлашишига олиб келади.

Адабиётлар рўйхати

1. Шилов А.М., Мельник М.В., Осия А.О., Свиридова А.Ю., Мельник Н.В. Патологическая физиология и принципы лечения фибрилляции предсердий // Русский Медицинский Журнал. – 2011. – №.14. – С.877–883.
2. Крутова М.С., Ефремова О.А. // Основные патогенетические механизмы развития сердечно-сосудистых осложнений у пожилых больных с хпн и пути их коррекции научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. 2010. № 22 (93). Выпуск 12/1., стр - 83 - 88.
3. Gelsomino S. et al. Treatment of lone atrial fibrillation: a look at the past, a view of the present and a glance at the future // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2012. – Vol.41. – P.1284–1294.



ЛЕЧЕНИЕ ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕПТИДНОГО РЕГУЛЯТОРА –ГЛИАТИЛИНА

*Очилдиев Муҳиддин Баҳодир ўгли
магистр кафедры офтальмологии
Ташкентской Медицинской Академии
Телефон: +998903244980*

*E-mail: muhish_11@mail.ru
Закирходжаев Рустам Асралович
д.м.н., доцент кафедры офтальмологии
Ташкентской Медицинской Академии
Телефон: +998931714401
E-mail: oftalmitiv@mail.ru*

Аннотация: В этой статье изучена эффективность лечения частичной атрофии зрительного нерва различного генеза пептидным биорегулятором – глиатилин. В последнее время вышеперечисленное заболевание встречается часто, и причина этого заболевания не изучена до конца. В ходе нашего исследования выяснилось, что основную массу пациентов с частичной атрофией зрительного нерва составляют люди среднего возраста. Данное заболевание непосредственно влияет на работоспособность больных, из-за этого изучение лечения этого заболевания считается актуальным.

Ключевые слова: атрофия зрительного нерва, пептидные препараты, нейромедиаторы, глиатилин, острота зрения, компьютерная периметрия.

Актуальность: Частичная атрофия зрительного нерва – тяжелая патология органа зрения, приводящая к слабовидению, слепоте, потере трудоспособности [1].

В настоящее время диагностика, лечение и реабилитация больных с частичной атрофией зрительного нерва рассматривается как важная медико- социальная проблема. Неуклонный рост инвалидизации населения вследствие данной патологии свидетельствует о недостаточной эффективности традиционной системы реабилитационных мероприятий. В социальной реабилитации нуждается 98% инвалидов по зрению с атрофией зрительного нерва. Атрофия зрительного нерва является полиэтиологическим заболеванием и является конечным итогом целой группы патологических состояний организма.

Этиологическими факторами развития частичной атрофии зрительного нерва (ЧАЗН) являлись: первичная открытоугольная глаукома, постишемическая нейрооптикопатия, интоксикационный, постконтузионный характер.

Современные методы лечения больных с частичной атрофией зрительного нерва предусматривают использование фармакотерапии (сосудорасширяющих, метаболических медикаментозных препаратов с применением, как периокулярно в виде инъекций, так и с помощью различных ирригационных систем). В последние годы в клинической практике широко применяют пептидные биорегуляторы для профилактики и лечения различных заболеваний органа зрения. В современной медицине биорегулирующая терапия является перспективным направлением патогенетического воздействия [4].

Применение цитомединов способствует восстановлению и сохранению регуляторных механизмов синтеза необходимых белковых субстратов, что приводит к нормализации гомеостаза и повышению интенсивности защитных функций организма.

Глиатилин – это нейропротективное ноотропное лекарственное средство, которое защищает нервные клетки и активизирует, у них процессы метаболизма. Основным действующим веществом Глиатилина является холина альфоцерат, который в организме превращается в холин и глицерофосфат. В организме человека существуют специальные вещества – нейромедиаторы. Они стимулируют или угнетают передачу импульсов между нервными клетками. В состав Глиатилина также входит глицерофосфат. Он принимает участие в метаболизме фосфолипидов – основных структурных компонентов клеточной мембраны всех клеток, в том числе и нервных.

Цель исследования: Изучить эффективность лечения частичной атрофии зрительного нерва различного генеза пептидным биорегулятором глиатилином.



Материалы и методы: Под наблюдением находилось 40 пациентов (50 глаз) в возрасте от 25 до 69 лет с одно или двусторонней частичной атрофией зрительного нерва различной этиологии. Исследование проводилось во 2ой клинике Ташкентской Медицинской Академии на базе кафедры офтальмологии, а также в Республиканском Научно-Практическом Центре Микрохирургии Глаза с 2018 до 2020гг. у пациентов с диагнозом атрофии зрительного нерва. И по течению исследования пациенты оценивались по показателям остроты зрения, компьютерной периметрии.

Больные разделены на две группы. В первую группу (основную) вошли 20 пациентов (24 глаза), которым проводилось лечение глиатилином в виде внутримышечных инъекций по 4мл 1 раз в день.

Во вторую группу (контрольную) вошли 20 пациентов (26 глаз), которым проводилось лечение по традиционной схеме. Традиционная терапия включала: трентал в/в, эмоксипин парабульбарно, витамины группы в подкожно, биостимуляторы (алоэ п/к).

Исследуемый препарат Глиатилин® производитель Итальяфармако С.п.А., Вьяле Фульвио Тести 330, 20126 Милан, Италия. Глиатилин® раствор для инфузий и внутримышечного введения, 1000мг/4мл. Во время исследования препарат вводился в виде внутримышечных инъекций по 4мл 1 раз в день. Лечение проводилось в течение 10 дней.

Перед началом лечения все больные обследовались терапевтом и невропатологом. При необходимости выполнялось МРТ исследование головного мозга. В случае патологии проводилась коррекция соматической патологии.

Офтальмологическое обследование больных с диагнозом атрофия зрительного нерва включало визометрию, периметрию, компьютерную периметрию, тонометрию, электрофизиологические исследования функционального состояния зрительного анализатора (ЗВП).

Остроту зрения вдаль определяли по таблицам Сивцева - Головина, с помощью проекторов знаков, входящего в состав офтальмологического рабочего места фирмы Торсон, исследование поля зрения проводилось на дуговом проекционном периметре РРП-60, на анализаторе полей зрения фирмы Humphrey. Биомикроскопию выполняли с использованием щелевых ламп. Офтальмоскопия проводилась об ратном и прямом виде, а также осмотр глазного дна трехзеркальной линзой. Электрофизиологическое исследование ЭФИ (зрительные вызванные потенциалы ЗВП) проводилось с помощью системы для ЭФИ Neuropto «Medelec» (Англия).

Контроль зрительных функций проводился на 10 лечения. Курсы проводимой комплексной терапии повторялись через 3 месяца. Срок наблюдения 6 месяцев.

Распределение больных в зависимости от этиологии частичной атрофии зрительного нерва

Виды ЧАЗН	Основная группа	Контрольная группа
Глаукоматозная	11 (11 глаз)	10 (12 глаз)
Постишемическая	4 (6 глаз)	5 (6 глаза)
Постинтаксикационная	2 (4 глаз)	3 (4 глаз)
Посттравматическая	3 (3 глаз)	2 (4 глаз)
Итого	20 (24 глаз)	20 (26 глаз)

Распределение пациентов по исходной остроте зрения

Исходная острота зрения	Основная группа	Контрольная группа
До 0,09	46,43%	48,24%
0,1 и выше	53,57%	51,76%

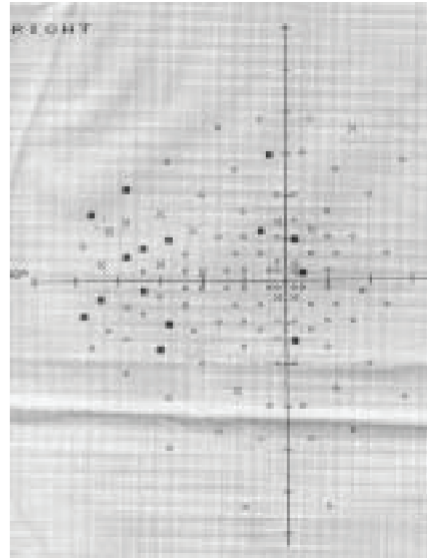
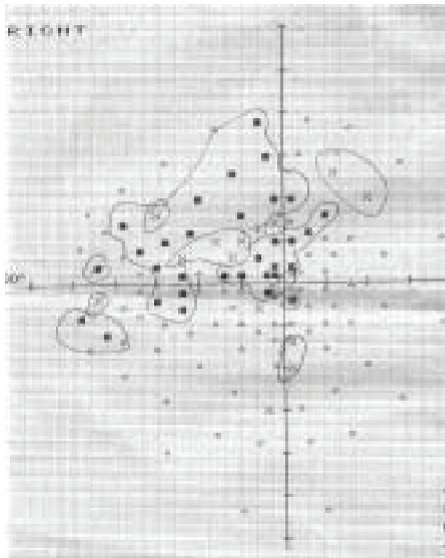
Результаты и обсуждение.

После проведенного лечения все пациенты из основной группы отмечали улучшение общего состояния, двигательной активности, умственной работоспособности, а также констатировалась нормализация и стабилизация артериального давления у пациентов с гипертензией. Улучшение остроты зрения и расширение суммарных границ поля зрения (СГПЗ) отмечалось в 83,3% в основной группе, в контрольной группе улучшение остроты зрения в 51,7% и в 48,4% отмечено расширение СГПЗ.

Повышение остроты зрения на 0,06 отмечалось у пациентов в основной группе с исходной остротой зрения до 0,09, и на 0,2–0,3 (с исходной остротой зрения от 0,1 и выше). Тогда как у пациентов в контрольной группе отмечалось повышение на 0,03 (с исходной

остротой зрения до 0,09) и на 0,1 (с исходной остротой зрения от 0,1 и выше).

Расширение суммарных границ поля зрения (СГПЗ) в основной группе отмечалось на 20–35 градусов, тогда как в контрольной группе отмечалось расширение суммарных границ поля зрения до 20 градусов.



Изменения претерпели и ЭФИ показатели до и после лечения.

По данным компьютерной периметрии уменьшение относительных абсолютных скотом, повышение чувствительности фовеа на 2–3 DB в контрольной группе и на 3–5 DB в основной.

Пример. Пациент Б. Диагноз: Частичная постишемическая атрофия зрительного нерва. Результаты компьютерной периметрии до и после лечения.

Показатели зрительно-вызванных потенциалов на вспышку (изменения латентности, м/сек)

Виды ЧАЗН	До лечения		После лечения	
	Основная гр.	Контрольная гр.	Основная гр.	Контрольная гр.
ЧАЗН глаукоматозная	127±1	127±1	126±2	127±1
ЧАЗН постишемическая	130±2	130±2	128±2	130±2
ЧАЗН постинтаксикационная	130±3	130±3	128±1	130±2
ЧАЗН посттравматическая	128±1	128±1	127±1	128±1

При этом следует отметить, что у пациентов основной группы зрительные функции через 6 месяцев сохранялись или снижались не значительно после проведенного лечения, тогда как в контрольной группе зрительные функции возвращались к исходным данным.

Заключение.

Таким образом, использование предложенного комплекса лечебных мероприятий с применением пептидных регулятора глиатилина у пациентов с частичной атрофией зрительного нерва позволило повысить и стабилизировать зрительные функции у пациентов в 83,3%, а также подкрепить доводы о долгосрочных и стабильных результатах этого препарата.

Список использованной литературы:

1. Каменских Т.Г. Экспериментально зрительного нерва. Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук // Самара, 2008. – С.4 – 6.
2. Либман Е.С. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России. 7 офтальмологов России. // М., 2000. – т. 2. – 219с.
3. Никифоров А.С. Нейроофтальмология // М.,2008. – С. 228



4. Максимов И.Б., Мошетова Л.К., Савостьянова С.А. Ретиналамин в комплексном лечении инволюционных хориоретинальных дистрофий // СПб. 2006. – С. 27
5. Непомнящих В.А. Клеточные биорегуляторы в комплексной терапии глазных болезней. Монография М.: РегБиоМед, 2010. – С. 6
6. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. 3 152
7. Иглоукальвание // Под общей редакцией Хоанг Бао Тяу, Ла Куанг Ниеп; Пер. с вьет. П.И. Алешина // М.: Медицина, 1989. – С. 454
8. Ярцева Н.С., Деев Л.А., Павлов В.А. Офтальмодиагностика патологии зрительного нерва и головного мозга: Учебно методическое пособие. // Смоленск: СГМА, 2004. – С.47
9. Дугинов А.Г., Иойлева Е.Э., Шацких А.В., Зелнцов С.Н., Диденко Т.В. Экспериментально комбинированного метода лечения частичной атрофии зрительного нерва // Офтальмохирургия, 2008. – №5. – С.24



ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ ДО И ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Саматов Мадаминжон Улузбек ўгли
магистр кафедры офтальмологии
Ташкентской Медицинской Академии
Телефон: +998902531825
E-mail: madamin.samatov94@mail.ru
к.м.н. Ахраров Абдусамад Ахрарович
доцент кафедры офтальмологии
Ташкентской Медицинской Академии
Телефон: +998903268347
E-mail: axrarov47@mail.ru

Аннотация: Анкетирование с помощью опросника NEI-VFQ 25 является специальным методом исследования в офтальмологии, позволяющий определить качество жизни пациента и составить статистику, состоящую из баллов.

Ключевые слова: непролиферативная диабетическая ретинопатия, диабетический макулярный отек, эпиретинальный фиброз, старческая незрелая катаракта, бевацизумаб(авастин), ретиналамин.

Актуальность: Сахарный диабет занимает особое место среди хронических заболеваний и является одной из ведущих причин слепоты в развитых странах, при этом на диабетическую ретинопатию приходится до 70% случаев [2].

Качество жизни больного человека в современной медицине рассматривается как интегральная характеристика ее состояния, состоящего из физического, психологического, социального компонентов. Каждый из компонентов в свою очередь включает целый ряд составляющих, например, физический - симптомы заболевания, возможность выполнения физической работы, способность к самообслуживанию; психологический - тревогу, депрессию, враждебное поведение; социальный - социальную поддержку, работу, общественные связи и т.д. [1,5]. Их всестороннее изучение позволяет определить уровень качества жизни как отдельной личности, так и целых групп, и установить, за счет какой, составляющей он повышается или снижается, и на что необходимо повлиять, чтобы улучшить качество жизни (скорректировать лечение, оказать социальную поддержку и др.).

Несмотря на огромное количество исследований в этой области, остался нерешенным целый ряд вопросов. В частности, до сих пор отсутствует четкое представление об особенностях течения качества жизни пациентов, до начала медикаментозного лечения, приводящих к возникновению и прогрессированию диабетической ретинопатии [6]. В литературе имеются только единичные сообщения о роли изменений общего гемостаза, данные о состоянии местного гемостаза при диабетической ретинопатии отсутствуют. Результаты исследований липидного обмена противоречивы [3,4], недостаточно изучена взаимосвязь диабетической ретинопатии и нефропатии (почечно-ретикулярный синдром).

Цель исследования: “Изучить качество жизни пациентов до и после медикаментозного лечения с непролиферативной диабетической ретинопатией”.

Материал исследования: Исследование включало динамическое наблюдение 60 больных (120 глаз) с непролиферативной диабетической ретинопатией (НПДР), которые заполняли анкету с помощью специального опросника EVFQ25. Исследование было проведено в частной клинике «Сихат куз» и в «Республиканском научно-практическом центре микрохирургии глаза за период с 2018 по 2020 гг.

В процессе исследования больные были разделены на 2 группы:

Основная группа – 30 пациентов (60 глаз), - качество жизни которых оценивалось с помощью анкетирования до и после медикаментозного лечения. Контрольная группа – 30 пациентов (60 глаз), - качество жизни которых оценивалось с помощью анкетирования до медикаментозного лечения. Согласно результатам наших исследований среди обследованного контингента, в обеих группах преобладали женщины, составив в совокупности



56,7% от общего числа больных.

Методы исследования: К общим офтальмологическим исследованиям мы включили определение остроты зрения, биомикроскопию, офтальмоскопию. К специальным методам исследования мы включили оптическую когерентную томографию и опросник NEI VFQ- 25.

Результаты исследования: Острота зрения больных контрольной группы, не получавших медикаментозное лечение.

Сочетание НПДР с другими глазными проявлениями	Количество больных в зависимости от соп.диагноза (n=30)		Острота зрения (n=30)	
	абс.	%	OD	OS
НПДР+ДМО	6	20,0	0.3±0.05	0.3±0.1
НПДР+ЭРФ	1	3,4	0.7	0.6
НПДР+СНК	12	40,0	0.5±0.1	0.5±0.05
НПДР без соп.пат.	11	36,6	0.7±0.2	0.6±0.1

НПДР- непролиферативная диабетическая ретинопатия

ДМО- диабетический макулярный отек

ЭРФ- эпиретинальный фиброз

СНК- старческая незрелая катаракта

Острота зрения больных контрольной группы с коррекцией дала следующие результаты: НПДР+ СНК (24 глаза) среднее значение OD=0.7 ±0.1, OS=0.8±0.05; НПДР без сопутствующей патологии (22 глаза) OD=0.9 ±0.05, OS=0.8±0.1; НПДР+ДМО (12 глаз) и НПДР+ЭРФ (2 глаза) не удалось корректировать.

В результате исследования выявили что средний показатель остроты зрения ниже у больных, которые наряду с НПДР имели ДМО, OD=0.3±0.05 и OS=0.3±0.1 соответственно.

Проверка остроты зрения основной группы 30 пациентов (60 глаз), не получавших медикаментозное лечение дала нам следующие данные по сравнению с контрольной группой.

Острота зрения больных основной группы, не получавших медикаментозное лечение.

Сочетание НПДР с другими глазными проявлениями	Количество больных в зависимости от соп.диагноза (n=30)		Острота зрения (n=30)	
	абс.	%	OD	OS
НПДР+ДМО	7	23,3	0.3±0.05	0.2±0.05
НПДР+ЭРФ	2	6,7	0.8	0.6
НПДР+СНК	12	40,0	0.5±0.1	0.5±0.05
НПДР без соп.пат.	9	30,0	0.7±0.2	0.6±0.05

Острота зрения больных основной группы с коррекцией дала следующие результаты: НПДР+ СНК (24 глаза) среднее значение OD=0.7 ±0.05, OS=0.8±0.05; НПДР без сопутствующей патологии (18 глаз) OD=0.8 ±0.05, OS=0.8±0.1; НПДР+ДМО и НПДР+ЭРФ не удалось корректировать.

В качестве медикаментозного лечения для основной группы больных с НПДР+СНК и НПДР без сопутствующей патологии использовался 0.5 мл ретиналамина. При НПДР+ДМО использовался 0.1 мл интравитреально бевацизумаба(авастин).



Острота зрения больных основной группы после медикаментозного лечения.

Сочетание НПДР с другими глазными проявлениями	Количество больных в зависимости от соп.диагноза (n=30)		Острота зрения (n=30)	
	абс.	%	OD	OS
НПДР+ДМО	7	23,3	0.7±0.05	0.6±0.05
НПДР+ЭРФ	2	6,7	0.8	0.6
НПДР+СНК	12	40,0	0.7±0.1	0.8±0.05
НПДР без соп.пат.	9	30,0	0.8 ±0.1	0.7±0.1

Исходная острота зрения больных в обеих группах

Исследуемые группы	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=30)
	до лечения	после лечения	
Период			до лечения
Острота зрения	0,5±0,1	0,8±0,05*	0,5±0,05

Примечание: * – достоверно по сравнению с данными контрольной группы (P <0,05)

Заключение: Таким образом, медикаментозное лечение основной группы, включающее ретиналамин, а также бевацизумаб(авастин) при (диабетическом макулярном отеке) было эффективным по сравнению с контрольной группой, не получавшей медиаментозного лечения.

Было установлено, что непролиферативная диабетическая ретинопатия в сочетании с диабетическим макулярным отеком и эпиретинальным фиброзом существенно снижает остроту зрения, а также несвоевременное лечение этого заболевания может привести к серьезным осложнениям.

Список литературы:

1. А.А.Новик, Т.И.Ионова, 2010- Руководство по исследованию качества жизни в медицине
2. Балаболкина М.И. - М Универсум паблишинг 2006
3. Каримов Х.Я., Ильина Т.Г., Мухамедов Х., 2007 – Диабетическая ретинопатия, исследование липидного обмена
4. Agardh C.D., Agardh E., Bauer B. et al, 2009; Sinav S., Onelge M.A., Onelge S. et al, 2010- Modified lipoproteins in diabetic retinopathy
5. Conway B.N. – International journal of obesity
6. Engerman R.L., 2006; Klein – Experimental diabetic retinopathy



ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Шамсиев Ж.А.

*д.м.н., профессор заведующий
кафедрой детской хирургии,*

анестезиологии

и реаниматологии ФПДО СамМИ

shamsievja@mail.ru 97-910-00-41

Саидов М.С

к.м.н. ассистент кафедры

детской хирургии №1 СамМИ

saidov.m@mail.ru 91-540-36-89

Исаков А.М.

к.м.н. ассистент кафедры детской хирургии,

анаesthesиологии и реанимации СамМИ

abdurauf_isakov73@mail.ru 97-578-53-32

Данияров Э.С.

старший преподаватель кафедры детской хирургии,

анаesthesиологии и реанимации СамМИ

erkindaniyarov@mail.ru 91-315-78-52

Махмудов З.М.

к.м.н. ассистент кафедры детской хирургии,

анаesthesиологии и реанимации СамМИ

zafarebox@mail.ru 97-913-46-89

Аннотация: Исследовано 679 детей с аноректальными мальформациями. Первичные хирургические были у 549 детей, 130 с рецидивами заболевания. Скрининговое ультразвуковое обследование беременных женщин было выполнено 416672 беременным женщинам. При этом частота развития АРМ у плода составила 6,5 на 100.000 беременных. Совершенствование тактико-технических аспектов повторных реконструктивно-восстановительных операций у детей с АРМ позволило сократить частоту ближайших послеоперационных осложнений с 78,3% в группе сравнения до 19,6% в основной группе.

Ключевые слова: дети, ультразвуковое исследование, аноректальные мальформации, скрининговое обследование, заднесагитальная анаоректопластика, брюшно-заднесагитальная анаоректпластика.

Актуальность. Аноректальная мальформация (АРМ) является одной из наиболее частых врожденных аномалий в детской колопроктологии и «встречается в среднем в 1 случае на 5000 новорожденных» [3, 7, 8, 13]. Спектр анатомических разновидностей этого порока характеризуется широкой вариабельностью, от незначительных отклонений до сложных аномалий, требующих своевременного разрешения [1, 5, 9]. При этом более половины детей с АРМ могут иметь и другие пороки развития, что еще более усугубляет выбор оптимальной тактики лечения и способствует значительному росту риска неблагоприятного исхода. Изучение эпидемиологических аспектов АРМ в динамике показало, что несмотря на достижения современной медицины, сохраняется высокая частота развития этого порока, а задержка его диагностики остается распространенным и потенциально смертельным явлением во многих странах [2, 4, 6, 10, 12]. «Отсутствие своевременной верификации АРМ, особенно сложных форм, требующих экстренного оперативного лечения, нескоординированные действия в отношении выбора оптимальной тактики ведения могут привести к значительному увеличению доли послеоперационных осложнений, достигающих 50%, и соответственно высокому уровню летальности – 35%» [11]. В связи с чем, в настоящее время приоритетными направлениями по улучшению результатов лечения АРМ сохраняются вопросы ранней диагностики, а также совершенствования тактико-технических аспектов хирургической коррекции этого порока.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными исследованиями про-



должает оставаться изучение патогенетических механизмов развития АРМ с определением генетических факторов риска и расширением возможностей интранатальной верификации порока. С учетом раннего эмбрионального формирования аномалии активно проводятся исследования по выявлению эталонных для АРМ генов с изучением мутационного воздействия разнообразных факторов риска в критические периоды развития эмбриона. Продолжаются эмбриологические, экспериментальные и клинические исследования по определению особенностей формирования различных вариантов АРМ с учетом сложности порока, степени гипоплазии мышечного и нейрорецепторного аппарата в этой зоне. Особо актуальными являются вопросы совершенствования методов хирургической коррекции порока с морфофункциональным обоснованием некоторых технических аспектов вмешательства.

В настоящее время проводится широкомасштабная работа по социальной защите населения и совершенствованию системы здравоохранения. В этом направлении, в частности, в улучшении хирургического лечения детей с АРМ достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для улучшения оказываемой помощи этим больным требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности хирургического вмешательства с учетом долгосрочной профилактики рецидива заболевания. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов лечения аноректальных мальформаций путем совершенствования диагностических и тактико-технических аспектов хирургических вмешательств, а также оптимизации программы реабилитации является одним из актуальных направлений.

Целью исследования является улучшение результатов лечения аноректальных мальформаций путем совершенствования диагностических и тактико-технических аспектов хирургических вмешательств, а также оптимизации программы реабилитации.

Материалы и методы исследования: Исследование основано на анализе результатов лечения 679 детей с аноректальными мальформациями. Первичные хирургические вмешательства были выполнены у 549 детей, 130 (19,1%) детей поступили с рецидивами заболевания в различные сроки после первичной операции. Согласно предпринятой тактике лечения 549 первично поступивших детей с АРМ были разделены на группу сравнения – 365 детей (1 группа), которая была поделена две подгруппы по хронологическим периодам (1а группа – 144 ребенка, пролеченных за 1989-1997 гг; 1б группа - 221 ребенок, пролеченный за 1998-2006 гг) и на основную группу (2 группа – 184 пациента). Пациенты, поступившие на повторное лечение, были также рандомизированы на основную группу (n=107) и группу сравнения (n=23) с учетом тактических аспектов хирургического лечения рецидивов АРМ после аноректопластик.

Результаты: Дискретность сравниваемых групп (периодов) обусловлена различными подходами к первичному выявлению АРМ, организации перевода новорожденных с этим врожденным пороком из родильного комплекса в специализированные отделения, методам оценки типа, уровня и распространенности заболевания, выбору объема и сроков предоперационной инфузионной терапии и, самое главное, техническим особенностям выполнения аноректопластики. Распределение детей по виду АРМ проведено согласно международной классификации, принятой в г.Крикенбек (ФРГ) в 2005 году (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных с первично оперированными аноректальными мальформациями согласно Крикенбекской классификации

Группы	Число больных, абс. (%)
Большие клинические группы	514 (93,6)
Перинеальная фистула	164 (29,8)
Ректоуретральная фистула	44 (8,0)
простатическая	11 (2,0)
бульбарная	33 (6,0)
ректовезикальная фистула	11 (2,0)
вестибулярная фистула	80 (14,6)
Клоака	2 (0,4)
атрезия без фистулы	173 (31,5)



стеноз ануса	40 (7,3)
Редкие/локальные варианты	35 (6,4)
дивертикул прямой кишки	-
агрезия/стеноз прямой кишки	11 (2,0)
ректовагинальная фистула	14 (2,6)
H-фистула	5 (0,9)
Другие	5 (0,9)

При ведении больных с АРМ мы всегда стремимся к возможно ранней хирургической коррекции выявленного порока, поэтому в наших наблюдениях преобладали дети неонатального возраста (342; 62,3%) и до 1 года (147; 26,8%). Только 60 (10,9%) больных были подвергнуты радикальной коррекции врожденного порока в возрасте старше 1 года.

Повторная хирургическая коррекция функции запирающего аппарата прямой кишки выполнена у 130 детей, перенесших в анамнезе первичные радикальные вмешательства по поводу АРМ. Мальчиков было 68 (52,3%), девочек – 62 (47,7%). Дети были в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, при этом практически половину больных (61; 46,9%) повторно оперировали в возрасте до 3 лет и только 17 (13,1%) детей были оперированы в подростковом возрасте. При этом выявлено, что, так называемые, большие клинические группы патологии составляли 118 (90,8%) случаев, тогда как редкие/локальные формы – всего 12 (9,2%).

Скрининговое ультразвуковое обследование беременных женщин выполняли в сроки гестации 20-22 недели. Прослежены результаты обследования 416672 беременных за период 2010-2015 гг. За указанные годы частота развития АРМ у плода составила 6,5 на 100.000 беременных (0,06‰; 27), при этом в структуре всех антенатально выявленных пороков развития (1053 случая; 2,5‰; 252,7 на 100.000) доля АРМ составила 2,6% (у 27 из 1053) и 16,6% - среди пороков развития живота и органов брюшной полости (163 случая; 0,39‰; 39,1 на 100.000). Виды выполненных операций в группах сравнения приведены в таблице 2. Наши гистологические исследования по изучению иннервации указанных сегментов прямой кишки показали, что оптимальным в таких случаях является уровень резекции на 0,3-0,5 см выше от переходной границы свища, где объемная плотность рецепторного поля слизистого слоя анального канала составляла $23,4 \pm 2,6$ мкм³, тогда как у устья свища этот показатель был $5,3 \pm 1,4$ мкм³ (T=6,13; P<0,001).

Таблица 2

Анатомические формы АРМ в сравниваемых группах, абс. (%)

Вид вмешательства	Группы больных		
	1а, n=144	1б, n=221	2-я, n=184
Проктопластика по Diffenbach	58 (40,2)	38 (17,2)	39 (24,8)
Проктопластика по Stoun-Benson	19 (13,2)	6 (2,7)	-
Проктопластика по Solomon	35 (24,3)	59 (26,7)	64 (40,7)
Проктопластика с иссечением ректоуретрального свища	8 (5,6)	1 (0,5)	1 (0,6)
Брюшно-промежностная проктопластика	7 (4,9)	-	-
Экстирпация H-фистулы по Лёнюшкину	1 (0,7)	2 (1,0)	2 (1,2)
Бужирование	1 (0,7)	-	-
ЗСПР по А.Рена	-	68 (30,7)	36 (23,0)
БЗСАРП	-	7 (3,2)	2 (1,2)
Асцендостома	14 (9,7)	22 (9,9)	5 (2,7)
Сигмостома	1 (0,7)	18 (8,1)	35 (19,0)

После совершенствования тактико-технических аспектов хирургического лечения АРМ и коренного пересмотра протокола периоперационной терапии удалось достоверно снизить и частоту специфических послеоперационных осложнений (рис. 1).

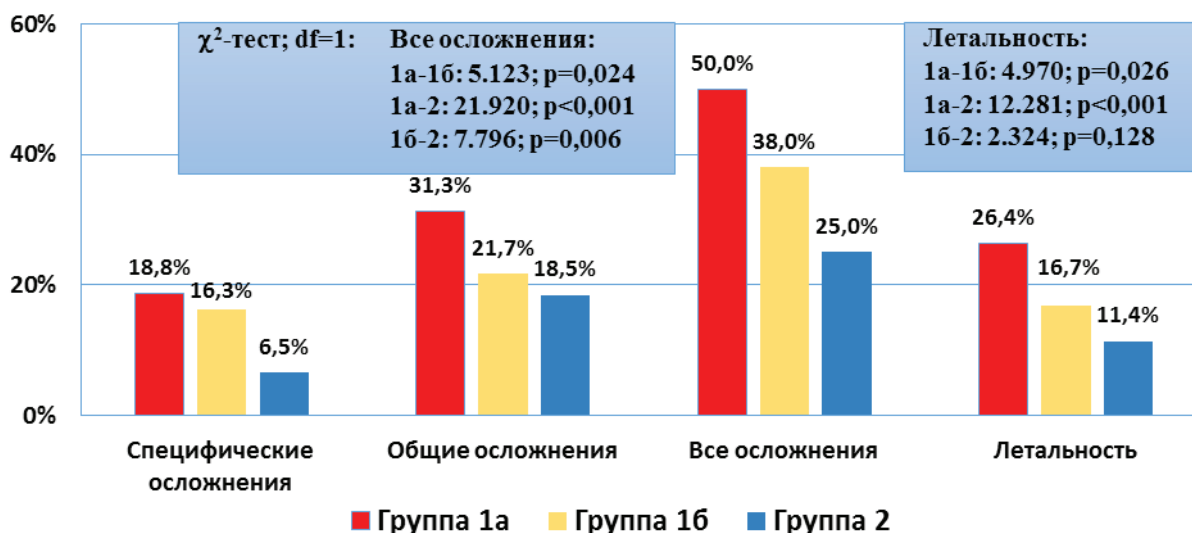


Рис. 1. Частота послеоперационных осложнений и летальности в группах сравнения

У прослеженных в отдаленном периоде больных проведена оценка отдаленных результатов по разработанной в нашей клинике балльной шкале. Предложенная шкала оценки функционального состояния сфинктерного аппарата прямой кишки включает использование 10 основных клинических признаков, характеризующих проприоцептивные особенности аноректальной зоны (число и частота дефекации, консистенция кала, чувство позыва акта дефекации, анальный рефлекс, анатомо-топографическая оценка ануса, степень развития дистального отдела позвоночника и волевой тонус сфинктера). Каждый клинический признак оценивался по 2 балльной шкале, соответственно, максимальный балл по указанным 10 признакам в сумме составлял 20 единиц. Сопоставление суммы баллов и отдаленных результатов хирургической коррекции АРМ позволили сформулировать 3 градации прогноза течения заболевания: **14-20 баллов** - прогноз для удержания кала благоприятный, результат хороший, дальнейшее лечение не требуется, подлежит диспансерному наблюдению; **7-13 баллов** - умеренно благоприятный прогноз удержания кала, результат удовлетворительный, комплексное реабилитация (электростимуляция сфинктерального аппарата, бужирование, лечебное физкультура); **0-6 баллов** - неблагоприятный прогноз для удержания кала, результат неудовлетворительный, только оперативное лечение. В целом отдаленные результаты хирургического лечения АРМ изучены у 258 (57,0% от числа выписанных) детей с АРМ в сроки от 1 года до 25 лет, в том числе у 65 (61,3%) больных группы 1а, у 93 (50,5%) пациентов группы 1б и у 100 (61,3%) – 2-й группы. Ограничение показаний к одномоментным проктопластикам (основной метод хирургического лечения в 1а группе) и расширение показаний к заднесагитальной аноректопластике (ЗСАРП) и брюшно-заднесагитальная аноректпластика (БЗСАРП) (в 1б и 2-й группах) способствовали достоверному улучшению отдаленных результатов хирургического лечения АРМ у детей. Так, частота хороших анатомо-функциональных результатов возросло с 49,2% в 1а группе до 71,0% (p<0.05) и 77,0% (p<0.01) в 1б и 2 группах соответственно. Более чем в 2 раза уменьшилась частота удовлетворительных результатов (с 30,8% до 15,1 и 15,0%). Рецидив АРМ и неудовлетворительная функция сфинктерного аппарата прямой кишки во 2-й группе констатирована всего у 8,0% детей, тогда как в 1а и 1б группах этот показатель составлял 20,0% и 14,0%.

Проведенные исследования позволили предложить алгоритм выбора оптимального способа коррекции АРМ. Всем больным с АРМ в послеоперационном периоде должна проводится комплексная реабилитация, включающая, наряду с общепринятыми методами реабилитации, схематическое бужирование, электростимуляцию прямой кишки и сфинктера, а также тонизирующие процедуры сфинктерного аппарата. Курс реабилитации можно начать через две недели после выписки больного.

После различных видов промежуточной проктопластики было 117 (90,0%) пациентов. Рецидив АРМ наблюдали после чрезпромежностной экстирпации (6 случаев) и инвагинационной экстирпации по Лёнюшкину Н-фистулы (3 случая), а также брюшно-промежностной проктопластики (4).



Анализ причин, приведших к послеоперационной несостоятельности сфинктерного аппарата прямой кишки, показал, что у 82 (63,1%) детей были допущены диагностические и тактические ошибки, а также технические погрешности (33; 25,4%) в выполнении первичных операций. И только у 15 (11,5%) больных причиной рецидива АРМ стали послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения.

При анальной манометрии у всех детей без патологических изменений со стороны прямой кишки и сфинктерного аппарата давление покоя составило в среднем $52,0 \pm 0,22$ мм рт. ст., давление максимального сокращения – $107 \pm 0,72$ мм рт. ст. Ректоанальный ингибиторный рефлекс вызывался в ответ на болюсное введение в среднем $35 \pm 1,2$ мл воздуха в латексный баллон, расположенный в прямой кишке. При этом, у детей с рецидивом недержания кала отмечено существенное снижение тонуса прямой кишки и анального сфинктера, а также значительное угнетение ректоанального ингибиторного рефлекса ($p < 0,001$). Так, $P_{\text{покоя}}$ составило в среднем $17,9 \pm 0,4$ мм рт. ст., $P_{\text{сокращения}}$ незначительно повышалось до $25,9 \pm 0,2$, а для достижения расслабления мышц наружного сфинктера приходилось ввести до $91 \pm 0,32$ мл воздуха.

С целью временного выключения прямой кишки от каловых масс с 2009 года мы стали использовать наложение превентивной колостомы, которая наложена у 47 (36,2%) детей, подлежащих таким технически сложным реконструктивно-восстановительным операциям, как заднесагитальная реаноректопластика (у 33 (70,2%) больных), сфинктеролеваторопластика (9; 19,1%) и реимплантация анального канала (5; 10,6%). При наложении превентивной колостомы мы преимущественно использовали сигмостому – этот подход применен у 44 (93,6%) больных. Остальные 3 (6,4%) пациентов поступили с уже наложенными стомами.

Способ повторной хирургической коррекции сфинктерного аппарата ануса был различным в группах сравнения и зависел от характера рецидива АРМ. В первые годы освоения методов хирургического лечения рецидивных форм АРМ у 23 (17,7%) детей (группа сравнения) мы использовали брюшно-промежностную реаноректопластику (БПРАП) с демукозацией прямой кишки. Пороки у этих детей относились к низким и промежуточным формам. В частности, недержание кала, обусловленное коррекцией вестибулярного свища было обнаружено у 4 детей, перинеального свища – у 6, ректоуретрального свища в бульбарную уретру – у 5, рецидива ректовестибулярной Н-фистулы – у 1 ребенка, клоаки общим каналом < 4 см – у 2, неперфорированного ануса – у 5 детей. Поэтому, при проведении БПРАП, в большинстве случаев, вмешательство дополняли операцией в модификации А.И.Лёнюшкина, которая заключается в выведении и фиксации низведенной прямой кишки за пределами анального кольца на 4-5 см с целью защиты кожной раны. Через 10-14 дней культю отсекали, а слизистую фиксировали к краю кожной раны.

Отличительной особенностью повторных операций в основной группе было применение модификации проктопластики без демукозации, а именно низведение предварительно мобилизованной слизистой прямой кишки в зону вновь сформированного неоануса (рис. 2). Этот технически несложный прием, предусматривающий мобилизацию слизистой прямой кишки всего на 0,5-0,7 см в проксимальном направлении от границы нормального участка, позволяет надежно укрыть линию шва и обеспечивает, тем самым, надежную профилактику рецидива стеноза.

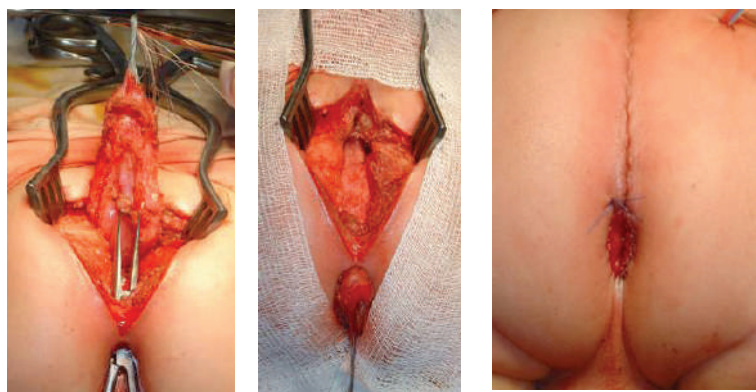


Рис. 2. Этапы реконструкции мышечного комплекса с созданием неоануса



Следует отметить, что все повторные операции условно можно отнести к сложнокорригируемым рецидивам АРМ, однако для объективности исследования в основной группе мы распределили виды операций не только по характеру, но и сложности вмешательства. Метод промежностной проктопластики без пересечения лонно-прямокишечной мышцы выполнен у 32 (24,6%) детей (табл. 3).

Таблица 3

Характер повторных операций при рецидивах АРМ (n=130)

Метод хирургической коррекции	Кол-во	
	Абс.	%
Основная группа: легкокорригируемые рецидивы (n=32)		
Промежностная проктопластика с иссечением стенозирующего кольца	32	24,6
Основная группа: сложнокорригируемые рецидивы (n=75)		
Заднесагитальная реаноректопластика	49	37,7
Сфинктеролеваторопластика	9	6,9
Передняя сагитальная реаноректопластика	7	5,4
Реимплантация анального канала	5	3,8
Передняя реаноректопластика при рецидивах Н-фистул	4	3,1
Иссечение Н-свища по Ленюшкину	1	0,8
Итого	107	82,3
Группа сравнения (сложнокорригируемые рецидивы; n=23)		
Брюшно-промежностная реаноректопластика с демукозацией прямой кишки	23	17,7

В группе больных, которые подверглись брюшно-промежностной реаноректопластике с демукозацией прямой кишки отмечалась достоверно более высокая частота послеоперационных осложнений. Существенному их сокращению способствовало также включение в протокол предоперационной подготовки предварительного наложения противоестественного заднего прохода, что предотвращало инфицирование зоны репрктопластики каловыми массами. При сравнении именно сложнокорригируемых вмешательств в основной группе были также получены достоверно лучшие результаты. Так частота нагноения раны сократилась с 78,3% в группе сравнения до 19,6% в основной группе (до 22,7% среди сложнокорригируемых вмешательств; $p < 0,001$), а расхождение швов с 65,2% до 6,5% (до 8,0%; $p < 0,001$) соответственно.

Реабилитационная программа после повторных вмешательств соответствовала мероприятиям, предпринятым в группах исследования после первичной коррекции АРМ. При соблюдении предлагаемых нами подходов к хирургическому лечению детей с рецидивными формами АРМ удалось снизить частоту неудовлетворительных результатов с 60,9% до 7,1% ($p < 0,001$). При этом в группе детей, которым применяли малотравматичные методы реаноректопластики с сохранением слизистой прямой кишки, доля больных с хорошими анатомо-функциональными результатами повысилась 13% до 57,0%. Сводные результаты повторных операций у детей с АРМ в ближайший и отдаленный периоды приведены на рис. 3.

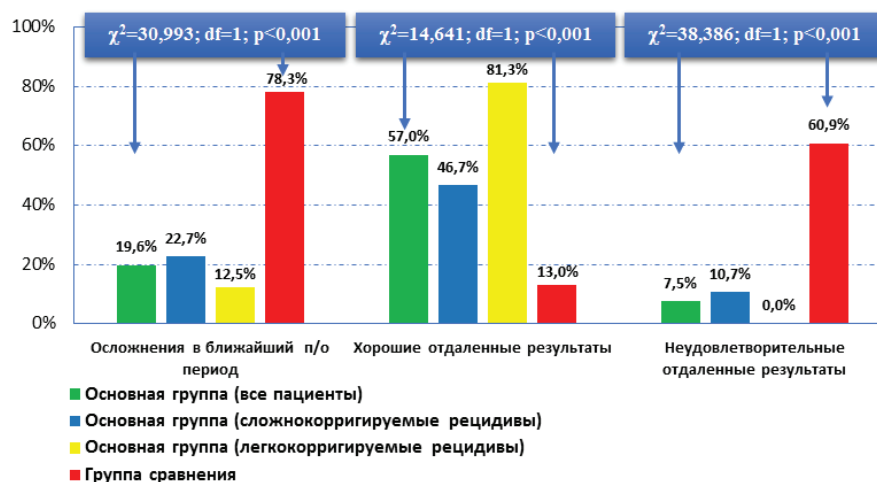


Рис. 3. Сводные результаты реаноректопластики у детей с рецидивами АРМ в группах сравнения, %



С целью оценки степени сохранности интрамурального нейрорецепторного аппарата прямой кишки в отдаленные сроки после выполнения двух видов реаноректопластики (с сохранением слизистой оболочки прямой кишки и с интраректальной демукозацией) проведена серия нейроргистологических исследований биоптатов, полученных через 6-18 месяцев после операции из слизистой оболочки дистальных отделов прямой кишки 74 оперированных больных.

Морфометрические исследования показали, что в норме объемная плотность рецепторного поля слизистого слоя анального канала составляет $27,7 \pm 2,1$ мкм³, а у пациентов, перенесших реаноректопластику с сохранением слизистой прямой кишки этот показатель несколько уменьшается и составляет в среднем $20,3 \pm 2,6$ мкм³ ($p < 0,05$). Существенное (более 4-х кратное) снижение плотности рецепторного поля мы отмечали у детей, которым была выполнена брюшно-промежностная аноректопластика с демукозацией ($6,3 \pm 1,2$ против $20,3 \pm 2,6$ мкм³; $p < 0,001$).

На основании полученных результатов разработан алгоритм при проведении реаноректопластики. Выполнению технически сложных реконструктивно-восстановительных операций (заднесагитальной реаноректопластики, сфинктеролеваторопластики и реимплантации анального канала) должно предшествовать наложение превентивной колостомы с целью временного выключения прямой кишки от каловых масс. При рецидивах АРМ наиболее оптимальным сроком выполнения реаноректопластики является период от 1 до 1,5 лет после наложения превентивной сигмостомы или перенесенной первичной аноректопластики. При рецидиве АРМ с развитием ректоуретральных и ректовестибулярных свищей целесообразно выполнять заднесагитальную реаноректопластику.

Заключение

1. Частота развития АРМ у плода по Самаркандской области за 6-летний период наблюдения составила 6,5 на 100.000 беременных (0,06%; у 27 из 416672 беременных), при этом в структуре всех антенатально выявленных пороков развития (1053 случая; 2,5%; 252,7 на 100.000) доля АРМ составила 2,6% (у 27 из 1053) и 16,6% - среди пороков развития живота и органов брюшной полости (163 случая; 0,39%; 39,1 на 100.000).

2. Анализ диагностической ценности антенатального УЗИ в верификации сонографических признаков АРМ у плода в сроки беременности 20-22 недели показал, что при среднем значении чувствительности методики, составившей 57,1%, получена достаточно высокая информативность по специфичности – 98,8% и общей точности – 96,5%.

3. Совершенствование протокола периоперационного ведения детей с АРМ позволило сократить частоту послеоперационных осложнений с 50% в подгруппе 1а ($p < 0,001$) и 38% в подгруппе 1б ($p < 0,01$) до 25% в основной группе, а также показатель летальности с 26,4% ($p < 0,01$) и 16,7% ($p > 0,05$) до 11,4%. В свою очередь в отдаленном периоде достигнуто улучшение хороших результатов с 49,2% (подгруппа 1а) и 71% (подгруппа 1б) до 77% (основная группа), с сокращением доли рецидива заболевания с 20% и 14% до 8,0%.

4. В структуре причин несостоятельности сфинктерного аппарата прямой кишки после коррекции АРМ только у 11,5% больных определены гнойно-воспалительные осложнения, тогда как в 88,5% случаев выявлены тактико-технические ошибки (проктопластика промежностным доступом с нерадикальным устранением мальформации или неадекватной мобилизацией прямой кишки для нивелирования натяжения при фиксации к неоанусу; формирование неоануса в нетипичном месте; неполноценная программа реабилитации).

5. Совершенствование тактико-технических аспектов повторных реконструктивно-восстановительных операций у детей с АРМ позволило сократить частоту ближайших послеоперационных осложнений с 78,3% в группе сравнения до 19,6% в основной группе ($p < 0,001$), обеспечить более полноценное восстановление нейрорецепторного аппарата прямой кишки с увеличением доли хороших отдаленных результатов с 13,0% до 57,0% ($p < 0,001$) и снижением неудовлетворительного исхода операции с 60,9% до 7,5% ($p < 0,001$).



Список литературы:

1. Аверин В.И., Дегтярев Ю.Г., Никифоров А.Н. Лечение детей с аноректальной патологией в республике Беларусь. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013; 4: 14—21.
2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1200 с.
3. Ионов А.Л., Щербакова О.В. Послеоперационные осложнения в колоректальной хирургии детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013; 4: 50—9.
4. Поддубный И.В., Исаев А.А., Козлов М.Ю., Алиева Э.И., Наковкин О.Н. Лапароскопические операции при пороках развития и заболеваниях толстой кишки у детей. Эндоскопическая хирургия. 2006; 2: 105.
5. Шамсиев А.М., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А. Хирургическое лечение анаректальных пороков у детей. // Журнал «Вестник хирургии имени И.И.Грекова». г. Санкт-Петербург. № 2, 2011 г. Стр. 40-44.
6. Шамсиев А.М., Саидов М.С., Шамсиев Ж.А., Шарипова М.К. Антенатальная ультразвуковая диагностика аноректальных мальформаций у детей. // Научно-практический журнал им. Ю.Ф.Исакова «Детская хирургия». г. Москва. №1, 2019 г. Стр. 20-22
7. Тильтаева Л.А., Овечкина Т.Д., Мещеряков В.В. Эпидемиологические особенности врожденных пороков сердца у новорожденных и организационные основы оптимизации их диагностики // Вопросы практической педиатрии. - 2012. Т. 7. № 6. - С. 30-33.
8. Щапов Н.Ф., Мокрушина О.Г., Гуревич А.И., Джаватханова Р.И., Левитская М.В., Шумихин В.С. Реабилитация детей раннего возраста после коррекции аноректальных пороков. Детская хирургия. 2014; 4: 16—9.
9. Agadoorappa P., Oddie S., Pawson N., Sheridan E. Do pakistani babies have more congenital heart defects? Preliminary findings from our birth cohort study // Arch. Dis. Child. - 2011. - V. 96. - A35.
10. Balikova I., de Ravel T., Ayuso C. et al. High frequency of submicroscopic chromosomal deletions in patients with idiopathic congenital eye malformations // Am. J. Ophthalmol. - 2011. - V. 151. № 6. - P.1087-1094.
11. Carmichael S.L., Coqswell M.E., Ma C. et al. Hypospadias and maternal intake of phytoestrogens // Am. J. Epidemiol. - 2013. - V. 178. № 3. - P. 434-440
12. Levitt, M.A. The morbidity of constipation in patients with anorectal malformations. / M.A. Levitt, A. Kant, A. Pena. // J Pediatr Surg. 2010 Vol. 45. № 6. P. 1228-1233.
13. Shamsiev J.A., Saidov M.S., Aipov R.R., Atakulov D.A. Rehabilitation of children after repeated surgical interventions regarding anorectal malformations.// European science review. – № 3 – 4, 2017. P 70-73.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИНДОПРИЛА ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ГЛАУКОМЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шофотихов Абдулла Фатхулла ўгли
Студент магистратуры кафедры офтальмологии,
Ташкентской Медицинской Академии

Телефон: +998909816478

E-mail: gospodin.sh16@gmail.com

Билалов Эркин Нозимович
д.м.н., проф., зав. кафедрой офтальмологии
Ташкентской Медицинской Академии

Телефон: +998909070032

E-mail: dr.ben58@mail.ru

Акбарова Дилфуза Суратовна
к.м.н., доцент кафедры офтальмологии
Ташкентской медицинской академии

Телефон: +998977376478

E-mail: dilfuzaakbarova1968@gmail.com

Ключевые слова: Ингибиторы АПФ, Артериальная гипертензия, Глаукома, Дооперационная подготовка, Периндоприл.

Актуальность: Артериальная гипертензия у пациентов с глаукомой является одним из определяющих факторов параоперационного риска. Коррекция артериального давления в максимально короткие сроки перед оперативным лечением, является инновационным подходом при введении больных с глаукомой.

Цель исследования: изучение влияния периндоприла на снижение внутриглазного давления, на коррекцию артериального давления в максимально короткие сроки в дооперационной подготовке в хирургии глауком у больных с артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 25 пациентов в возрасте от 45 до 75 лет (средний возраст $69,2 \pm 5,7$ года), из них 16 женщин, 9 мужчин, с артериальной гипертензией, обратившихся в отделение глазных болезней многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии, которым планировалось оперативное лечение глаукомы. Критерием для включения в исследование явилось наличие артериальной гипертензии II–III степени, отсутствие предыдущего лечения артериальной гипертензии (АГ), неэффективное лечение артериальной гипертензии (без достижения целевых уровней АД $<140/90$ мм рт. ст.). В качестве гипотензивных препаратов эти пациенты принимали эналаприл, метопролол, индапамид, нифедипин, амлодипин. Длительность гипертонического анамнеза составляла $9,7 \pm 6,3$ года. Из сопутствующих заболеваний зарегистрированы: стенокардия напряжения I–II функционального класса по классификации Канадской ассоциации кардиологов – 4 пациента (16%), ХСН I стадии – 7 пациентов (28%). На ЭКГ до начала лечения у всех пациентов регистрировался синусовый ритм со средней частотой сердечных сокращений (ЧСС) $85,3 \pm 7,12$ в минуту, у 7 пациентов наблюдались единичные суправентрикулярные экстрасистолы (СЭ). У всех пациентов были признаки гипертрофии левого желудочка, у 11 – с перегрузкой левых отделов сердца. Через 15 дней антигипертензивной терапии средняя ЧСС составила $81,2 \pm 6,02$ в минуту, единичные СЭ регистрировались у 7 пациентов, признаки перегрузки левых отделов сердца – у 6 больных. Через 5 дней после операции на ЭКГ было отмечено снижение средней ЧСС до $77,12 \pm 3,2$ в минуту, единичные СЭ были зафиксированы у 3 пациентов, признаки перегрузки левых отделов сердца – у 4 пациентов. Критерии исключения из исследования: хроническая сердечная недостаточность 2Б-3-й стадии, III–IV функциональный класс, тяжелые заболевания эндокринной системы, хроническая почечная и печеночная недостаточность, стенокардия III–IV функционального класса, нарушения ритма сердца, требующие приема антиаритмиков, инфаркт миокарда в анамнезе, симптоматическая артериальная гипертензия. Всем пациентам в течении 15 дней перед оперативным лечением и в течении 5 дней после операции измерялось АД по Короткову и проводилось суточное мониторирование АД (СМАД).



Внутриглазное давление (ВГД) определяли методом контактной тонометрии по Маклакову. Среднее АД (САД) рассчитывали по формуле Хикэма: $(САД-ДАД) / 3 + ДАД$, где САД – систолическое АД, ДАД – диастолическое АД. После обследования все пациенты получали препарат периндоприл в дозе 4 мг в сутки. Эффективность терапии оценивали путем измерения АД и СМАД через 15 дней от начала лечения. В случае не достижения целевого уровня АД ($>140/90$ мм рт. ст.) дозу препарата увеличивали до 8 мг в сутки. Повторно антигипертензивную активность препарата анализировали на 20-й день лечения (через 5 дней после операции). Оперативное лечение открытоугольной глаукомы проводилось методом непроникающей глубокой склерэктомии. Длительность дооперационной подготовки – 15 дней. Длительность послеоперационного наблюдения – 5 дней.

Результаты: На фоне проведенной дооперационной антигипертензивной терапии (АГТ) через 15 дней от начала лечения отмечено достоверное ($p < 0,01$) улучшение показателей офисного АД (как САД, так и ДАД): снижение САД на $42,89 \pm 1,11$ мм рт. ст., ДАД – на $4,3 \pm 1,1$ мм рт. ст. В интраоперационном периоде было отмечено незначительное повышение АД: САД – на $7,79 \pm 1,9$ мм рт. ст., ДАД – на $2 \pm 0,71$ мм рт. ст. (по сравнению с дооперационным уровнем АД), что, по-видимому, связано со стрессом. После операции на фоне АГТ АД продолжало снижаться и через 5 дней составило: снижение САД – на $43,9 \pm 1,18$ мм рт. ст., снижение ДАД – на $8,19 \pm 4,1$ мм рт. ст. (по сравнению с исходным уровнем АД). По данным офисного измерения целевые уровни АД через 5 дней после операции достигнуты у 23 пациентов (92%). Показатели пульсового АД после лечения приблизились к нормальным значениям (пульсовое АД у здоровых равно 40–50 мм рт. ст.). Динамика показателей СМАД на фоне лечения периндоприлом показала, что через 15 дней от начала лечения у больных достоверно снизились показатели СМАД. Среднее САД (САД ср.) за сутки снизилось на $19,8 \pm 3,6$ мм рт. ст., среднее ДАД (ДАД ср.) за сутки снизилось на $7,41 \pm 1,2$ мм рт. ст. Через 5 дней после операции показатели СМАД снизились по сравнению с исходными: САД ср. – на $26,7 \pm 3,79$ мм рт. ст., ДАД ср. – на $15,01 \pm 0,2$ мм рт. ст. Средняя частота сердечных сокращений за сутки снизилась с $82,8 \pm 1,24$ до $76,7 \pm 5,1$ ударов в минуту. Динамика показателей ВГД на фоне проведенного медикаментозного лечения (антиглаукоматозные препараты и периндоприл) через 15 дней ВГД снизилось на $3,02 \pm 3,59$ мм рт. ст. (по методу контактной тонометрии). Через 5 дней после оперативного лечения ВГД достоверно снизились по данным контактной тонометрии на $15,12 \pm 0,18$ мм рт. ст.

В результате АГТ периндоприлом в параоперационном периоде лечения глаукомы произошло достоверное улучшение показателей как АД, так и СМАД. Было отмечено снижение уровня ВГД по сравнению с исходным через 15 дней после начала приема периндоприла и антиглаукоматозных препаратов (холиномиметиков, бета-адреноблокаторы, простагландинов) через 5 дней после операции. О влиянии периндоприла на снижение уровня ВГД достоверно судить не представляется возможным, однако в настоящее время имеются работы, в которых отмечено влияние местного применения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента на снижение внутриглазного давления. Через 15 дней приема 4 мг периндоприла целевой уровень АД было отмечено у 16 человек, у 9 пациентов САД снизилось до $160,2 \pm 5,8$ мм рт. ст., ДАД – до $90,11 \pm 0,12$ мм рт. ст. Этой группе пациентов потребовалось увеличение дозы периндоприла до 8 мг в сутки. Через 5 дней после операции целевые уровни АД зарегистрированы у 23 человек (92%), из которых 4 мг препарата получали 16 пациентов (78,3%), 8 мг – 7 пациентов (21,7%). У 2 пациентов на фоне лечения АД снизилось до 166,5 мм рт. ст. САД и 90,5 мм рт. ст. – ДАД, но не достигло целевого уровня. Для достижения целевого АД в дальнейшем этим пациентам было назначено комбинированная антигипертензивная терапия. Во время операции и в раннем послеоперационном периоде хирургического лечения глаукомы сосудистые осложнения (кровоизлияния, отслойка сосудистой оболочки и др.), связанные с АГ, не наблюдались.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о том, что параоперационная коррекция артериального давления у пациентов с глаукомой и сопутствующей артериальной гипертензией периндоприлом позволила достичь оптимальных цифр АД, снизить уровень ВГД и тем самым избежать как операционных, так и послеоперационных осложнений, таких как гемофтальм, гифема, гемморагическая отслойка хориоидеи, гипертонический криз, острые нарушения мозгового кровообращения и т. д., а также улучшить послеопера-



ционный прогноз. Полученные данные согласуются с результатами других исследователей и свидетельствуют об антигипертензивной эффективности периндоприла у больных с АГ, а также о способности препарата в относительно короткие сроки достичь целевого уровня АД, что позволяет применять её при предоперационной подготовке глаукомы у пациентов с АГ.

Литература:

1. Канюков В. Н., Багирова Г. Г., Селиванова Л. Ю. Ингибиторы АПФ в офтальмологии. – Оренбург, 2006. – 147 с.
2. Канюков В. Н., Багирова Г. Г., Узенева А. Н., Петросян Э. А. Параоперационная коррекция соматической и психосоматической патологии в офтальмологической практике. – Оренбург, 2011. – 102 с.
3. Карпов Ю. А., Деев А. Д. Российское исследование по оценке эффективности и безопасности ингибитора ангиотензин-превращающего фермента квинаприла у больных артериальной гипертонией // Кардиология. – 2003. – № 6. – С. 28–32.
4. Руководство по артериальной гипертонии / Под ред. Е. И. Чазова, И. Е. Чазовой. – М.: Медиа Медика, 2005. – 655 с.
5. Остроумова О. Д., Шорикова Е. Г. Перспективы применения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и их комбинации с диуретиками в свете новой редакции Российских рекомендаций по диагностике и лечению артериальной гипертонии 2010 года: лучшие из лучших // Consilium medicum ukraine. – 2011. – № 12. – С. 82–85.
6. Чазова И. Е., Ратова Л. Г. Комбинированная терапия артериальной гипертонии. – М.: Медиа Медика, 2007. – 183 с.



ОЦЕНКА СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ПАРОДОНТИТОМ СОЧЕТАННОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*А.А.Хаджиметов, Ж.А.Ризаев, Ш.А.Акрамова.
(Самаркандский Государственный медицинский
институт Республики Узбекистан, г.Самарканд)*

Важным обстоятельством, влияющим на тяжесть течения генерализованного пародонтита, является рост общесоматической патологии, в частности патологии сердечно-сосудистой системы, наличие у больного в анамнезе атеросклероза коронарных сосудов и ишемической болезни сердца. При этом, компоненты комплемента выступают в роли опсонингов. Активация комплемента приводит к каскаду реакций, вызывающему воспаление, фагоцитоз, а также непосредственную гибель патогенов. Роль системы комплемента в патогенезе воспаления пародонта особенно при сочетании его с патологией сердечно-сосудистой системы глубоко не оценивалась и поэтому явилось целью настоящего исследования. В соответствии с поставленными задачами исследования сформировано 3 группы: I группа — 50 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне АГ и ИБС, II группа - 34 пациентов с ХГП на фоне АГ и ИБС сочетанной адентией, находящихся на этапах лечения по поводу ССЗ, III группа - 25 пациентов с патологией пародонта (ХГП), без заболеваний сердечно-сосудистой системы. Оценка показателей компонента комплемента С3, С5а в слюне проводилось с помощью иммуноферментного метода анализа используя наборы фирмы «HUMAN» на анализаторе «Mindray». Исследование активности классического пути комплемента показало, что содержание С3а в слюне у больных хроническим пародонтитом сочетанной ИБС значительно увеличивается по отношению к контролю: в первой группе обследованных — в 1,9 раза, у больных второй группы — в 2,7 раза. Содержание С5а в слюне больных ХГП сочетанной ИБС напротив имеет тенденцию к снижению, в первой группе на 28%, во второй группе — в 2 раза относительно показателей группы сравнения. Количество С1 ингибитора при воспалении пародонта снижено в слюне у больных первой группы в 2 раза, второй группы — в 2,9 раза. Следовательно, у больных с ХГП сочетанной ИБС мы наблюдаем низкую литическую активность системы комплемента, что может повлиять на фагоцитарную активность нейтрофилов. Так, при спонтанном тесте активность нейтрофилов снижалась, также как при индуцированной НСТ активности нейтрофилов. Таким образом, у больных с ХГП сочетанной ИБС выявлена низкая литическая активность системы комплемента и низкая активность фагоцитарной активности нейтрофилов. На этом этапе патологический процесс может существовать довольно длительное время, не вызывая деструктивных изменений пародонта. Со временем воспалительный процесс распространяется от десны к альвеолярной кости по периодонту, сосудисто-нервным пучкам, и в местах выхода сосудов из альвеолярной кости начинается воспалительный процесс костной ткани.



ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ ГАПТОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПАРОДОНТИТА СОЧЕТАННОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ

*А.А.Хаджиметов, Ж.А.Ризаев, Ш.А.Акрамова.
(Самаркандский Государственный медицинский
институт Республики Узбекистан, г.Самарканд)*

Проявление и прогрессирование признаков пародонтита зависит от многих обстоятельств, включающих наличие соматических заболеваний, социальные, поведенческие, системные, генетические факторы, микробный состав зубного налета и другие индикаторы, и факторы риска. Важным обстоятельством, влияющим на тяжесть течения генерализованного пародонтита, является рост общесоматической патологии, в частности патологии сердечно-сосудистой системы протекающий при постоянном присутствии разнообразных ассоциаций микроорганизмов в ротовой полости. Необходимо отметить, что *P.gingivalis* в качестве питания в воспалительном экссудате (зубодесневая жидкость) использует гемин (продукт распада гемоглобина). При гингивите, за счет распада эритроцитов происходит повышение уровня свободного гемоглобина, который используется в качестве пищи для возбудителя гингивита. Свободный гемоглобин, при этом должен захватываться специфическим гликопротеином- гаптоглобином, так как, свободный гемоглобин пагубно воздействует на тромбоциты и активирует систему гемокоагуляции. С этих позиций, интересно было изучить особенности показателя гаптоглобина в крови у обследуемых лиц. В соответствии с поставленными задачами исследования сформировано 3 группы: I группа — 50 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне АГ и ИБС, II группа - 34 пациентов с ХГП на фоне АГ и ИБС сочетанной адентией, находящихся на этапах лечения по поводу ССЗ, III группа - 25 пациентов с патологией пародонта (ХГП), без заболеваний сердечно-сосудистой системы. В I группе пациентов показатель гаптоглобина на 41,5 % ниже показателей группы сравнения, тогда как у пациентов 2 группы она снизилась на 56% при сравнение с показателями группы сравнения. Следовательно, увеличение свободного гемоглобина в крови активирует синтез печенью гаптоглобина для связывания свободного гемоглобина у больных сочетанной формой заболевания и образования комплекса гаптоглобин/гемоглобин. У больных с ХГП сочетанной с ИБС и особенно при сопутствующей адентии наблюдается усиленный гемолиз эритроцитов цистеиновыми протеазами *P. gingivalis* ведущее в конечном итоге к прогрессированию заболевания. Каждое механическое повреждение тканей пародонта при гингивите приводит к усилению образования свободного гемоглобина, что является пищей для *P. Gingivalis* и размножения его. В свою очередь локальная активация данного процесса способствует деструкции и репаративным процессам в тканях пародонта при данной сочетанной патологии пародонта и сердечно-сосудистой системы.

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 22-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ**

(18-қисм)

Масъул мухаррир: Файзиев Шохруд Фармонович
Мусахҳиҳ: Файзиев Фаррух Фармонович
Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

Эълон қилиш муддати: 30.11.2020

Контакт редакций научных журналов. tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot, город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000