ВЕСТНИК

АССОЦИАЦИИ ПУЛЬМОНОЛОГОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

ВЫПУСК 3 (№ 5)
2024 год



www.tnmu.uz

ВЕСТНИК

АССОЦИАЦИИ ПУЛЬМОНОЛОГОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

Ежегодный научно-практический журнал
издается с 1996 г.

ISSN 2181-4988

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете печати Республики Узбекистан 20 мая 1996 г. (регистрационное свидетельство № 48), перерегистрирован 5 декабря 2003 г. (удостоверение №135)

ВЫПУСК 3 (№5)
2024 год

Журнал включен в перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам доктора философии и доктора медицинских наук

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Убайдуллаев А.М.

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
Ливерко И.В.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
Абдуганиева Э.А. Гафнер Н.В.

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:

Мухтаров Д.З. (Ташкент)
Ташпулатова Ф.К. (Ташкент)
Парпиева Н.Н. (Ташкент)
Рустамова М.Т. (Ташкент)
Убайдуллаева Н.Н. (Ташкент)
Бримкулов Н.Н. (Бишкек)
Бакенова Р.А. (Астана)

Бобоходжаев О.И. (Душанбе)
Белевский А.С. (Москва)
Якимова М.А. (Москва)
Муминов К.П. (Ташкент)
Дудковская Е.И. (Минск)
Адэнов М.М. (Москва)

Адрес редакции:
Ташкентская медицинская академия 100109, г. Ташкент, Узбекистан, Алмазарский район, ул. Фараби 2,
тел.: +99878-150-7825, факс: +998 78 1507828,
электронная почта: mjys.tma@gmail.com

Ассоциации Пульмонологов Центральной Азии

Association of Pulmonologists of Central Asia

СОДЕРЖАНИЕ - МУНДАРИЖА

КОНСПЕКТ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Қадамова М.А., Рузметов У.А., Юлдашев Б.С. / Ходжкин лимфомаларининг патоморфологик характеристикаси (Хоразм вилояти мисолида) 8

Ризаева М.А., Бадритдинова М.Н., Шамансурова З.М. / Ўткир миокард инфаркти ривожланишининг тана вазни билан боғлиқлиги 13

Ғаффоров А.У. / Болдир суяклари диафизар синишида гематологик ва биокимёвий тадқиқот усуллари 18

Давлатова Д.Д. / Сурункали генераллашган пародонтит билан оғриган беморларда қон ва сўлакдаги тНФ, ИЛ-6 ва ИЛ-10 цитокинлар даражасининг аҳамиятини аниқлаш 22

Холикова А.О., Халимова Н.Ю. / Оценка нейрокогнитивных нарушений у женщин с функциональной гиперпролактинемией с применением международных шкал - MMSE и монреальской когнитивной шкалы (MOCA) 26

Ортиқов А.П., Юлдашев Б.С. / Ўпка ракидаги морфологик ўзгаришларнинг иммуногистокимёвий характеристикаси 33

Sultanov S.B., Baxriyev I.I. / Og‘ir qo‘shma jaroxatlarda yog‘ emboliyasini sud-tibbiy tashxislash 42

Muminova Z.A., Xadjayeva D.N., Rajapova G.F. / COVID-19 ning homiladorlikning turli gestatsion davrlariga ta’siri va profilaktika choralari 47

Хужамбердиев М.А., Ойбекова Г.С., Вахабов Б.М. / Нарушения функциональной активности симпатоадреналовой системы как фактор риска развития гипертонической болезни у молодых 51

Mamasalieva N.A., Hamdamova M.T., Mamasolieva Sh.A. / Ko'pikli gisterosalpingosonografiya va diagnostik laparoskopyani qo'llanishni idiopatik bepusht ayollarda davolash texnikasini tanlanishga ta’siri 56

Anvarova Ye.V., Djurabaeva M.X., Babamatova X.U., Xakimov A.A. / Periferik limfa tugunlari tuberkulyozida ultratovush diagnostikasining roli va o'rni 60

Камалов Т.Т., Тожибоев С.С. / Оценка влияния антирезорбтивной терапии на динамику маркеров костного метаболизма у больных с диабетической остеоартропатией шарко 71

Нуров У.И., Хазратов О.Р. / Слухопротезирование при нейросенсорных нарушениях слуха у пациентов после реваскуляризации коронарных артерий при стабильной стенокардии напряжения 75

Тешаев А.А. / Билак суяклари дистал охиридан синишлари мавжуд беморларни клиник ва инструментал текширув усуллари 79

Тошев Ф.Н., Нишонов Б.Ф. / Тизза бўғими артрози билан касалланган беморларда синовиал суюқликни биокимёвий текшириш усуллари 83

Тухтаев И.Т. / Методы инструментального и лабораторного обследования пациентов с болезнью паркинсона 88

Астанов О.М. / Руҳий касаллиги мавжуд беморларда пародонт тўқималарининг клиник-биокимёвий алоқаларининг ўзига хослиги ва оғиз суюқлиги кўрсаткичлари 91

Эронов Ё.Қ. / Имконияти чекланган болаларда пародонтитларни самарали даволаш усуллари 96

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Раимова М.М., Ёдгарова У.Г. / Симптоматик безовта оёқлар синдроми қандли диабет билан бирга келган беморларда касаллик симптомларининг оғирлик даражаларини шкалалар ёрдамида баҳолаш натижалари 101

Маматхужаев З.С., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р. / Состояние иммунной системы у больных при коморбидности ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких 108

Муминов Д.К., Кенжаев О.О. / Бронхиал астма билан касалланган беморларда яллиғланиш яққоллик даражасига кўра таҳлил натижалари 111

Муминов Д.К., Мусаев Ф.Т. / Ўпка сурункали обструктив касаллиги билан касалланган беморларнинг даволашдан олдинги умумий клиник тавсифи 117

Холикова А.А., Халимова Н.Ю. / Клинические проявления метаболического синдрома при гиперпролактинемии 122

Каримджанова Г.А., Эгамбердиева Д.А. / Включение современных терапевтических подходов и оптимизация базисной терапии ХОБЛ в сочетании с фибрилляцией предсердий 127

Парпиева Н.Н., Маматов Л.Б., Абдугаппаров Ф.Б., Онгарбайев Д.О. / Особенности течения и результаты лечения МЛУ-ТБ с ко-инфекцией вирусными гепатитами «С» и «В» 131

Урманова Ю.М., Миртухтаева М.Б., Ходжаева Ф.С. / Роль маркеров пролиферации у пациентов с макро и гигантскими неактивными опухолями гипофиза в прогнозировании исходов 138

ОБЗОРЫ

Абдурахманов Д.Ш., Курбаниязов З.Б. / Современные аспекты хирургического лечения вентральной грыжи с сопутствующим абдоминоптозом (обзор литературы) 144

Кузиева Г.А. / Диагностика, профилактика и предупреждение осложнений при гипертензивных и вегетативных кризах у беременных (литературный обзор) 148

Нурметова Д.Ш. / Ўсимир ёшдаги болалар орасида стоматологик касалликлар шаклланишида экзоген ва эндоген омилларнинг таъсири 152

Мавлонов Н.Ҳ., Турсунова Д.Э., / Дислипидемиялар ва уларни медикаментоз номедикаментоз даволаш (адабиётлар шарҳи) 156

Бобоха Л.Ю., Махмудова Д.Т., Абдуллаев Х.Н. / Изменения со стороны органа зрения при заболеваниях ЛОР органов 161

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Каттабоева М.Н., Кўчарова М.Ф. / Сурҳондарё шароитда диареяли касалликлар кечишини баҳолаш .. 166

Умуров Ш.С. / Аҳоли турар жойлари микроиқлим кўрсаткичларига гигиеник талаблар 169

Гафарова Ф.М., Муллаева Л.Д., Мухамедова С.Х., Муллаева З.Б. / Оценка результатов охвата вакцинацией против кори детей в Эндемичном регионе 173

Maxmanazarov G.A., Tuxtarov B.E. / Murdalar bilan ishlovchilar o‘rtasida namlik ko‘rsatkichlarini gigiyenik baholash 177

Каримджанова Г.А., Эгамбердиева Д.А. / Оценка качества жизни у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и фибрилляцией предсердий 180

Рамазанов Ш.А., Алимова Н.А., Файзуллина Л.И. / Гигиенические факторы сбора, сортировки и временного хранения медицинских отходов в лечебно-профилактических учреждениях 185

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Бобоха Л.Ю., Махмудова Д.Т., Хамроева Ю.А. / Особенность развития и течения посттравматического эндофтальмита у часто болеющих детей на примере клинического случая 191

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Teshayev Sh.J., Axmedova Sh.M. / Timusning bosh miya jarohatlaridan keyin turli davrlarda morfometrik o’zgarishlarini o’rganish (gematoksillin-eozin bo’yog’i misolida) 195

CONTENTS

PRACTITIONER'S NOTES

Kadamova M.A., Ruzmetov U.A., Yuldashev B.S. / Pathomorphological characteristics of Hodgkin's lymphoma (in the case of the Khorezm region) ... 8

Rizayeva M.A., Shamansurova Z.M., Badritdinova M.N. / Analysis of acute myocardial infarction in the city of Bukhara ... 13

Gafforov A.U. / Hematological and biochemical methods of examination for fracture of the diaphragm of the calf bones ... 18

Davlatova D.D. / Determination of the significance of the levels of TNF, IL-6 and IL-10 cytokines in blood and saliva in patients with chronic generalized periodontitis ... 22

Kholikova A.O., Khalimova N.Yu. / Assessment of neurocognitive impairment in women with functional hyperprolactinemia by international scale - MMSE scale and montreal cognitive scale (MOCA) ... 26

Ortikov A.P., Yuldashev B.S. / Immunohistochemical characteristics of morphological changes in lung cancer ... 33

Sultanov S.B., Bakhriev I.I. / Forensic-medical diagnosis of fat embolism in severe combined trauma ... 42

Muminova Z.A., Khadzhayeva D.N., Rajapova G.F. / Impact of COVID-19 on different gestational periods and preventive measures ... 47

Khuzhamberdiev M.A., Oybekova G.S., Vakhabov B.M. / Disorts of functional activity of the sympathetic adrenaline system as a risk factor for the development of hypertension in young people ... 51

Mamasalieva N.A., Khamdamova M.T., Mamasolieva Sh.A. / Effect of combined use of foam hysterosalpingosonography and diagnostic laparoscopy on the choice of treatment method in women with idiopathic infertility ... 56

Anvarova Ye.V., Djurabaeva M.Kh., Babamatova Kh.U., Khakimov A.A. / Possibilities of ultrasound diagnostics in staging tuberculosis of peripheral lymph nodes ... 61

Kamalov T.T., Tozhiboev S.S. / Evaluation of the influence of antiresorptive therapy on the dynamics of bone metabolism markers in patients with Charcott diabetic osteoarthropathy ... 71

Nurov U.I., Khazratov O.R. / Auditory prosthetics for sensorineural hearing disorders in patients after coronary artery revascularization with stable angina pectoris ... 75

Teshaev A.A. Methods of clinical and instrumental examination of patients with fractures of the wrist bones from the end of the hospital ... 79

Toshev F.N., Nishonov B.F. / Methods of biochemical examination of synovial fluid in patients with arthrosis of the knee joint ... 83

Tukhtaev I.T. / Methods of instrumental and laboratory examination of Parkinson's patients ... 88

Astanov O.M. / Clinical and biochemical indices of periodontal diseases in demoralized patients with oral cavity ... 91

Eronov Yo.K. / Effective methods of treatment of periodontitis in children with disabilities ... 96

CLINICAL MEDICINE

Raimova M.M., Yodgarova U.G. / Restless legs syndrome in patients with diabetes mellitus: assessment of symptom severity using scales ... 101

Mamatkhuzhaev Z.S., Khujamberdiev M.A., Uzbekova N.R. / State of the immune system in patients with comorbidity of ischemic heart disease and chronic obstructive pulmonary disease ... 108

Muminov D.K., Kenjaev O.O. / The results of the analysis of the severity of inflammation in patients with bronchial asthma ... 111

Muminov D.K., Musaev F.T. / General clinical characteristics before treatment of patients with chronic obstructive disease 117

Kholikova A.A., Khalimova N.Yu. / Clinical manifestations of the metabolic syndrome in hyperprolactinemia 122

Karimdjanova G.A., Egamberdieva D.A. / Inclusion of modern therapeutic approaches and optimization of base therapy for COPD in combination with atrial fibrillation 127

Parpieva N.N., Mamatov L.B., Abdugapparov F.B., Ongarbayev D.O. / Features of the course and results of treatment of MDR-TB with Co-infection with viral hepatitis "C" and "B" 131

Urmanova Yu.M., Mirtukhtaeva M.B., Khodjaeva F.S. / The role of proliferation markers in patients with macro and giant inactive pituitary tumors in predicting outcomes 139

REVIEWS

Abdurakhmanov D.Sh., Kurbaniyazov Z.B. / Modern aspects of surgical treatment of ventral hernias with complete abdominoptosis (literature review) 144

Kuzieva G.A. / Diagnosis, prevention, and complication management of hypertensive and vegetative crises in pregnant women (literature review) 148

Nurmetova D.Sh. / The influence of exogenous and endogenous factors on the formation of dental diseases in adolescent children 152

Mavlonov N.Kh., Tursunova D.E. / Dyslipidemias, their drug and nomedicament treatment (literature review) 156

Bobokha L.Yu., Makhmudova D.T., Abdullaev Kh.N. / Changes in the visual organ in ent diseases 161

HEALTHCARE ORGANIZATION

Kattaboeva M.N., Kocharova M.F. / Assessment of the course of diarrhea diseases in Surhondarya 166

Umurov Sh.S. / Hygienic requirements for microclimate indicators in residential areas 169

Gafarova F.M., Mullaeva L.D., Mukhamedova S.Kh., Mullaeva Z.B. / Evaluation of the results of measles vaccination coverage in children in Endemic region 173

Makhmanazarov G.A., Tukhtarov B.E. / Hygienic assessment of humidity indicators among workers and curves 177

Karimdjanova G.A., Egamberdieva D.A. / Assessment of quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and atrial fibrillation 180

Ramazanov Sh.A., Alimova N.A., Fayzullina L.I. / Hygienic determinants of the collection, segregation, and temporary storage of medical waste in healthcare institutions 185

CASES FROM PRACTICE

Bobokha L.Yu., Makhmudova D.T., Khamroeva Yu.A. / Features of the development and course of posttraumatic endophthalmitis in frequently ill children on the example of a clinical case 191

EXPERIMENTAL STUDIES

Teshaev Sh.Zh., Akhmedova Sh.M. / Study of morphological changes in the thymus at different times after cranial brain injuries (using the example of gemotoxillin-eozin paint) 195

КОНСПЕКТ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Қадамова Маржона Асқарбековна – ассистент
Рузметов Улуғбек Авазметович – т.ф.н., доцент
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали
Юлдашев Бахром Собиржонович – т.ф.д., доцент
Маъмун университети

ХОДЖКИН ЛИМФОМАЛАРИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ (ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА)

Аннотация. *Мазкур мақолада Хоразм вилоятида яшовчи ва 2019-2023 йиллар давомида Республика махсус илмий-амалий онкология ва радиология марказининг Хоразм вилояти филиалида даволанган 100 нафар Ходжкин лимфомаси ташҳиси қўйилган беморларнинг гистологик тавсифи таҳлил қилинган. Беморларнинг касаллик тарихи ва амбулатор карталари ретроспектив ўрганилган. Жарроҳлик йўли ва биопсия орқали олинган тўқималар намуналарида илмий текширувлар ўтказилган. Гистологик тадқиқот усуллари унификацияси (ягоналаштириш) қабул қилинган йўриқномага мувофиқ ишланган гистологик тахлил натижалари орқали амалга оширилган. Ходжкин лимфомаси бўйича гистологик тадқиқотлар натижалари микроскопик усул орқали ўрганилган.*

Калит сўзлар: *Ходжкин лимфомаси, биопсия, гистологик препаратлар.*

Кадамова Маржона Аскарбековна – ассистент
Рузметов Улугбек Авазметович – к.м.н., доцент
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Юлдашев Бахром Собиржонович – д.м.н., доцент
Университет Маъмун

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОМ ХОДЖКИНА (В СЛУЧАЕ ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ)

Аннотация. *В данной статье на основе полученных данных оценена гистологическая характеристика 100 пациентов, проживающих в Хорезмской области, у которых была диагностирована лимфома Ходжкина и которые проходили лечение в Хорезмском филиале Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии в течение 2019-2023 годов. Были ретроспективно изучены истории болезни и амбулаторные карты больных. Были исследованы материалы из тканей, полученных хирургическим путем и биопсией. Унификация методов гистологического исследования материалов представлена гистологическими результатами анализа, обработанными по общепринятой инструкции. Результаты гистологических исследований лимфомы Ходжкина были изучены микроскопическим путем.*

Ключевые слова*: лимфома Ходжкина, биопсия, гистологические препараты.*

Kadamova Marjona Askarbekovna - assistant
Ruzmetov Ulugbek Avazmetovich - C.M.Sc., associate professor
Urgench Branch of the Tashkent Medical Academy
Yuldashev Bakhrom Sobirjonovich - D.M.Sc., associate professor
Mamun University

PATHOMORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HODGKIN'S LYMPHOMA (IN THE CASE OF THE KHOREZM REGION)

Annatation. *In this article, based on the data obtained, the histological characteristics of 100 patients living in the Khorezm region who were diagnosed with Hodgkin's lymphoma and who were treated at the Khorezm branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Center of Oncology and Radiology during 2019-2023 were assessed. The medical records and outpatient cards of patients were retrospectively studied. Materials from tissues obtained by surgery and biopsy were examined. The unification of the methods of histological examination of*

materials is presented by the histological results of the analysis, processed according to the accepted instructions. The results of histological studies of Hodgkin's lymphoma were studied microscopically.

***Key words**: Hodgkin's lymphoma, biopsy, histological preparations.*

Мавзунинг долзарблиги. Сўнги ўн йилликларда Ходжкин лимфомаси билан касалланиш Осиё мамлакатларидаги турли ёш гурухлари ва аёллар орасида ортиб бормоқда. Бугунги кунга қадар ушбу касалликнинг аниқ сабаби номаълум бўлиб қолмоқда, аммо турмуш тарзи ва метоболизм билан боғлиқ хавф омилларининг кўпайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Лимфома лимфа тўқималарнинг малигнизациялашган неоплазмаси бўлиб лимфа тугунларнинг шикастланиши назоратсиз содир бўладиган турли хил ички органларда малигнизациялашган лимфоцитларнинг тўпланишидир. Ходжкин лимфомасини аник ташхислаш учун беморлардан олинган биопсия материалларини замонавий талаблар асосида лимфа тугунининг тузилишини ўрганиш талаб килинади. Ташхис факат гистологик текширувда Березовский-Рид-Штернберг-нинг ўзига хос кўп ядроли хужайралари топилган тақдирдагина аник ташхис кўйиш имконияти бўлади. Ходжкин лимфомасини ташхислаш учун бугунги кунда бутун дунёда олтин стандарт сифатида тан олинган иммуногистокимёвий текширув мажбурийдир. Чунки бу текширув аник даволаш тактикасини аниклаш масаласини хал килиш имкониятини беради. Ушбу хусусиятларни ўрганиш касалликнинг эпидемиологиясини тушуниш учун муҳим хисобланади. Минтақада Ходжкин лимфомалари ҳақида маълумотларнинг етишмаслиги, Хоразм вилоятида бундай тадқиқот зарурлигини таъкидлайди.

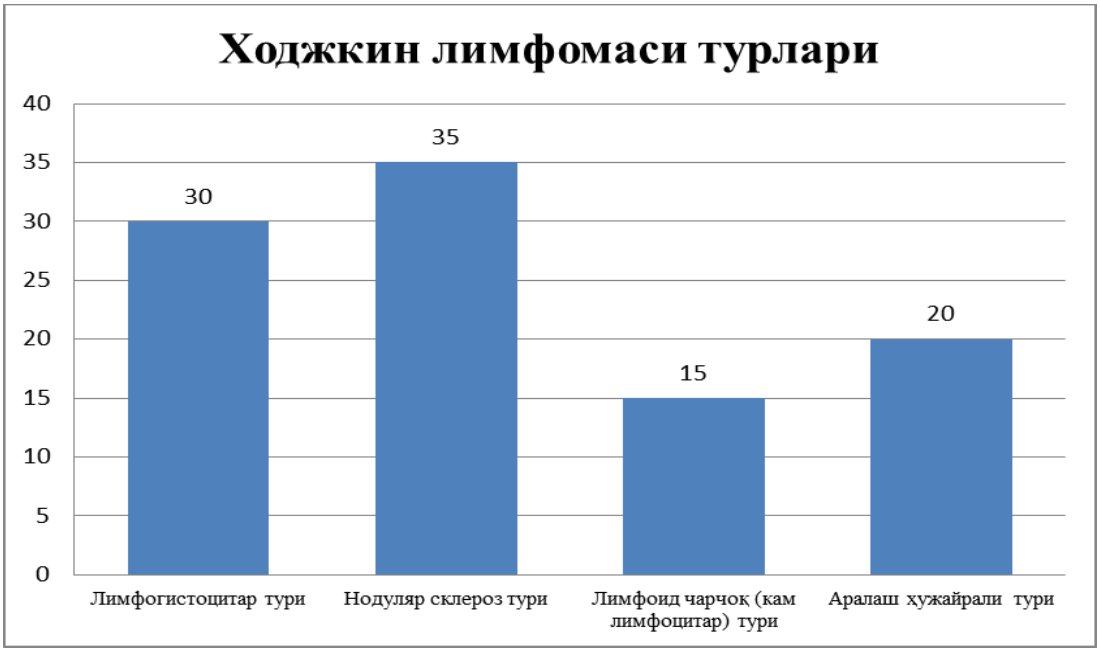
Илмий ишнинг мақсади - Хоразм вилояти аҳолиси ўртасида Ходжкин лимфомаларини кенг қамровли патологоанатомик таҳлил қилиш, цитологик ва патогенетик шакллари, биопсия баёнлари натижаларини ретроспектив ўрганишлар, ташхислашни яхшилаш, касалликнинг ушбу минтақадаги хусусиятларини тушуниш ва даволаш усулларини оптималлаштиришга қаратилган.

Материал ва текшириш усуллари. Патоморфологик жиҳатдан хавфли ўсмаларни иммуногистокимёвий усулда ўрганиш мухим ахамият касб этади. Морфологик текширув натижалари қўшимча равишда, ҳозирги вақтда бутун дунёда олтин стандарт сифатида тан олинган. РИОваРИАТМ Хоразм вилояти филиалида Ходжкин лимфомаси билан касалланган 100 нафар беморларни мумли блоклардан кайта кесма олиниб, гистологик текширувлар учун кайта ишлов берилиб буюм ойначасига кесмалар олиниб текширилди ва гематоксилин-эозин бўёғи билан бўялиб ўрганилди.

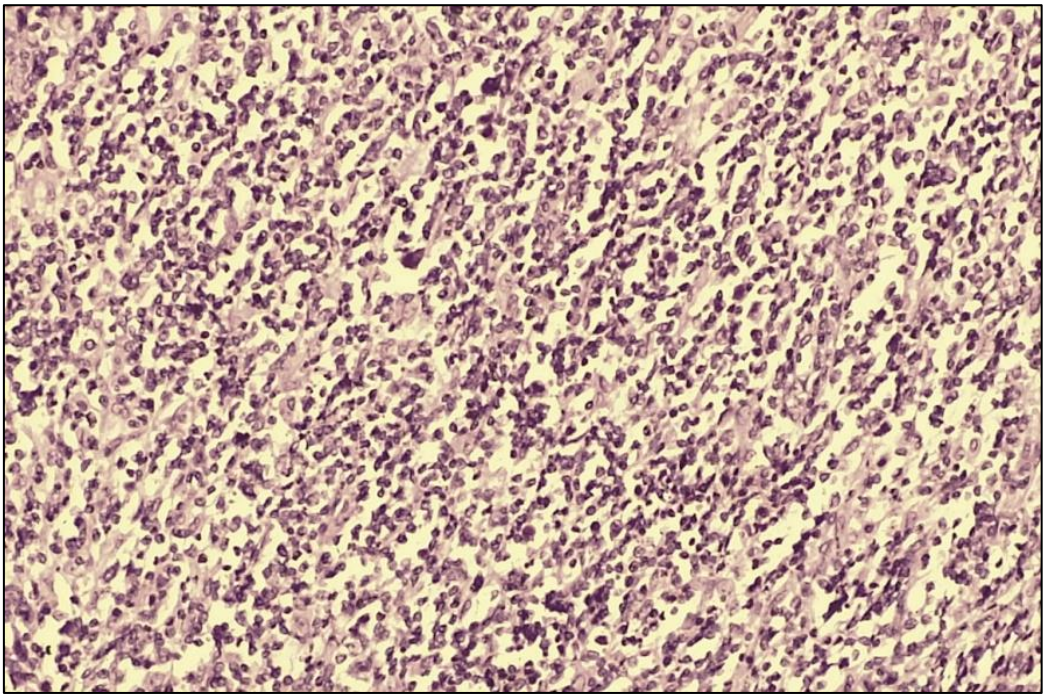
1-жадвал.

Ходжкин лимфомаси турларининг учраш даражаси (n=100)

№	Ходжкин лимфомаси турлари	Беморлар сони
1	Лимфогистоцитар тури	30 нафар
2	Нодулярный склероз тури	35 нафар
3	Лимфоцитлар камайиши билан борадиган тури	15 нафар
4	Аралаш хужайрали тури	20 нафар

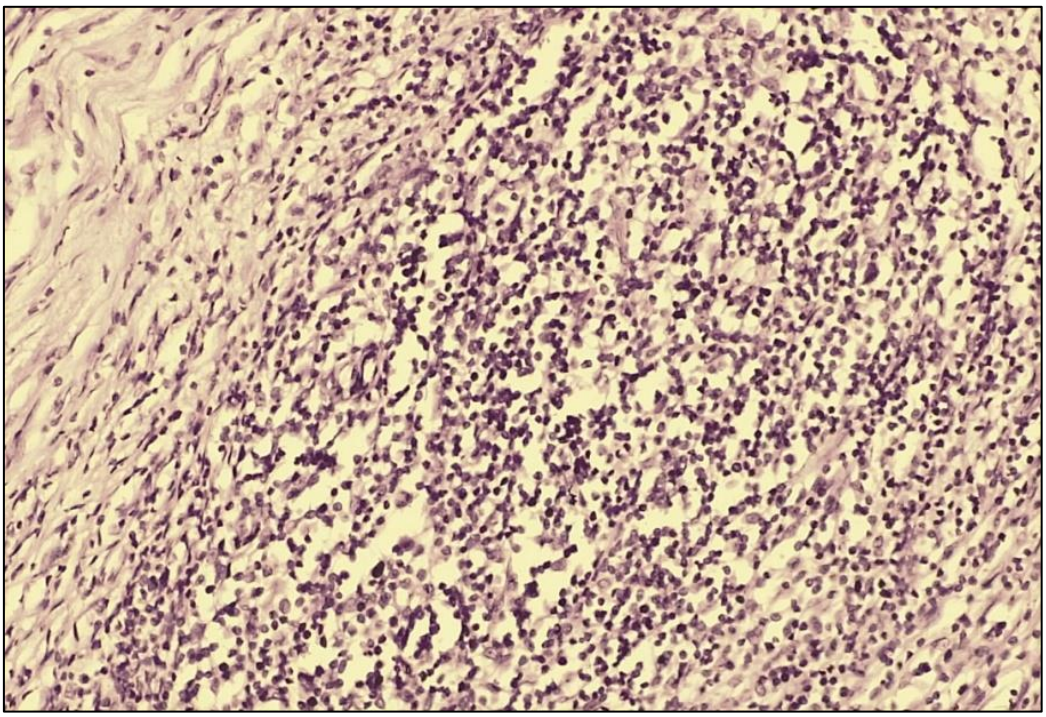


Ходжкин лимфомасининг лимфогистоцитар тури кўплаб лимфоид тўкимаси асосан майда ва эпителиоид лимфогистиоцитлардан ташкил топган. Березовский-Штеринберг кўп ядроли улкан хужайралари ва Ходжкиннинг бир ядроли хужайраларидан ташкил топган.



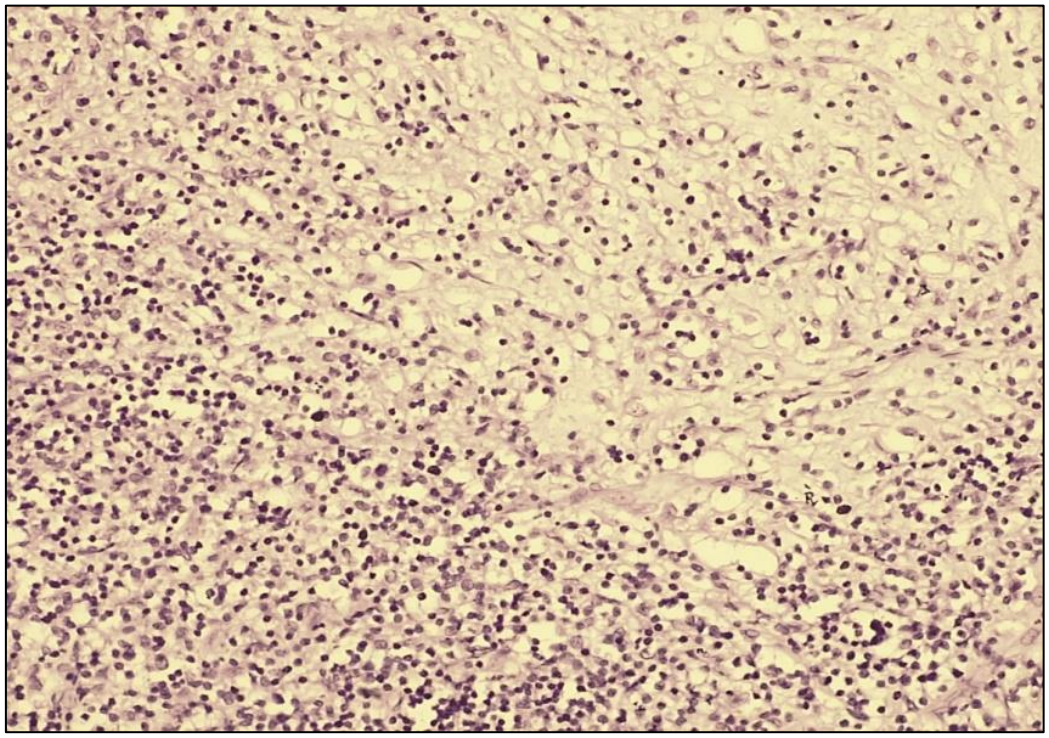
Расм 1. Гистологик микропрепарат: Ходжкин лимфомсининг лимфогистоцитар тури. Бўёк. Г-Э об40-ок10.

Нодуляр склероз турида лимфа тугунларининг диффуз ёки фокал шаклланиши билан ва лимфа тугун капсуласининг қалинлашиши, билан тавсифланади. Березовский-Штеринберг кўп ядроли улкан хужайралари ва Ходжкиннинг бир ядроли хужайраларидан ташкил топган. Маргинал зонада нодуляр склероз ўчоқлари аниқланади.



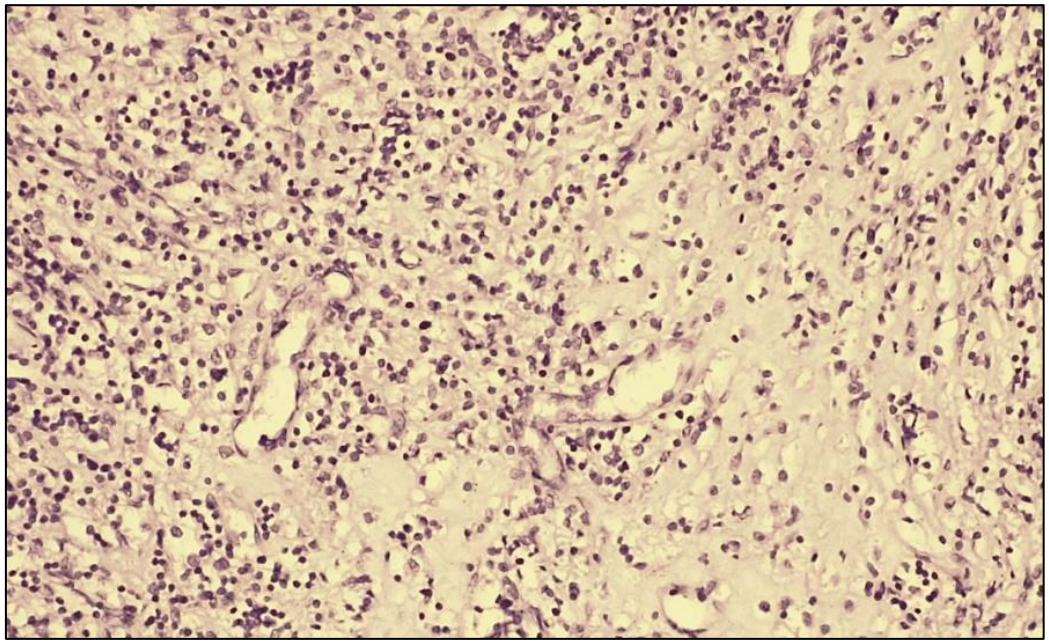
Расм 2. Гистологик микропрепарат: Ходжкин лимфомасининг нодуляр склероз тури. Бўёк. Г-Э об40-ок10.

Лимфоцитлар камайиши билан борадиган тури - номидан кўриниб турибдики лимфоцитлар сонининг камайиши ва кўпинча некроз ўчоқлари шунингдек, Березовский-Штернберг кўп ядроли улкан хужайралари ва Ходжкиннинг бир ядроли хужайраларидан ташкил топган бўлиб Ходжкин лимфомасининг ушбу тури кўпрок диафрагма остидаги лимфа тугунларни ва суяк илигини зарарлайди.



Расм 3. .Гистологик микропрепарат: Лимфоцитлар камайиши билан борадиган тури. Бўёк. Г-Э об40-ок10.

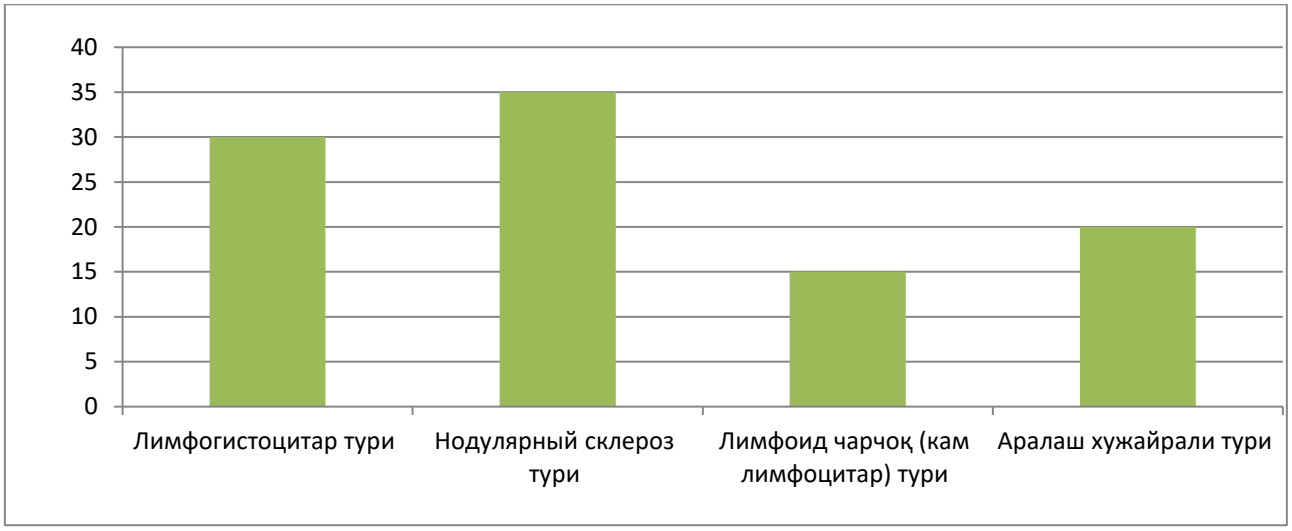
Ходжкин лимфомасининг аралаш тури лимфоид тўкимасининг тўлиқ ёки кисман Березовский-Штеринберг кўп ядроли улкан хужайралари, плазмоцитлар, лимфоцитлар, гистоцитлар, нейтрофиллар, эзонофиллар шунингдек фибробластлардан ташкил топган диффуз хужайра инфильтратлари ва Ходжкиннинг бир ядроли хужайраларидан ташкил топган бўлиб жуда кам учрайдиган туридан биридир.



Расм 4. Гистологик микропрепарат: Ходжкин лимфомасининг аралаш тури. Бўёк. Г-Э об40-ок10.

Олинган натижалар ва уларнинг мухокамаси. РИОваРИАТМ Хоразм филиалида 2019-2023 йилларда Ходжкин лимфомаси билан даволанган 100 нафар беморларнинг патогистологик текширув натижалари шуни кўрсатдики Лимфогистоцитар тури 30 нафар, Нодуляр склероз тури 35 нафар, Лимфоид кам лимфоцитар тури 15 нафар ва Аралаш хужайрали тури 20 нафар ташкил килган.

Ходжкин лимфомаси билан даволанган беморлар тўғрисида маълумот (n==100)



Хулоса ўрнида шуни айтиш мумкинки, Ходжкин лимфомасининг Нодуляр склероз тури бошқа турларига қараганда кўпроқ кузатилади ва патоморфологик турлари бўйича энг кўп лимфогистоцитар ва нодуляр склероз турлари бўйича беморларга даволаш жараёнлари олиб борилган. Шуни ҳам таъкидлашимиз керакки, Ходжкин лимфомаси билан касалланган беморларга ташхис қўйишда цитология лаборатория текширувидан кўра гистологик ва иммуногистокимёвий текширув усулларининг юқори аҳамиятга эга эканлиги билан устунлик қилади.

Адабиётлар.

1.Алмурадова Д. М. и др. Значение разделения прогностических групп при диагностике и лечении лимфомы Ходжкина. – 2022.//Международный науч-но-образовательный электронный журнал «Образование и наука В XXI ВЕКЕ» с.716.

2.Атабаева А. К., Хисметова З. А., Нурахметова Ж. Б. Эпидемиология новообразований системы крови. Обзор литературы //Наука и здравоохранение. – 2021. – №. 6. – С. 188-197.

3.Ашурова Д. Т., Липартия М. Г., Алимов Т. Р. Критерии дифференциальной диагностики и иммуноцитоморфологические параметры при различных вариантах неходжкинских лимфом (НХЛ) у детей //Клиническая и экспериментальная онкология. – 2020. – №. 1. – С. 46-53.

4.Гильмуллина А. З., Переточкина П. А. Морфология, патология, клинико-лабораторная диагностика //Вестник. – 2023. – С. 107.

5.Гусак А. А. и др. Классическая лимфома Ходжкина: структура опухоли и прогностическое значение иммунного микроокружения //Клиническая онко-гематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. – 2023. – Т. 16. – №. 3. – С. 242-262.

6.Кацуба К. Е. и др. Диагностический потенциал CD30 (+)-нановезикул плазмы при лимфоме Ходжкина //Онкогематология. – 2023. – Т. 18. – №. 4. – С. 145-155

7.Ameli F, Zahavi Z, Kosari F, Soleimani V. The utility of PAX8 in comparison with PAX5 immunohistochemical staining in the diagnosis of Hodgkin lymphoma. //Ann Diagn Pathol. 2022 Oct; 60: 151 974

8.Amraee A, Evazi MR, Shakeri M, et al. Efficacy of nivolumab as checkpoint inhibitor drug on survival rate of patients with relapsed/refractory classical Hodgkin lymphoma: a meta-analysis of prospective clinical study. //Clin Transl Oncol. 2019; 21(8): 1093–1103.

Ризаева Мехрибан Ахмадовна- таянч докторант
Бадритдинова Матлуба Нажмидиновна- т.ф.д., доцент
Шамансурова Зулайхо Муралимжоновна- т.ф.д., доцент
Бухоро Давлат Тиббиёт институти
Марказий Осиё Университети

ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ТАНА ВАЗНИ БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ

Аннотация: *Тадқиқотда бевосита иштирок этган 170 нафар беморнинг тана вазни индексини аниқлаган ҳолда ортиқча тана вазни ва семизлик даражалари ўрганилди. Энг катта улушни ортиқча тана вазни бор 57% беморлар ташкил қилган бўлиб, уларнинг асосий кўрсаткичи 32,3% эркакларга тўғри келган.*

Мақсад: *Қандли диабет билан боғлиқ бўлган миокард инфарктининг ортиқча тана вазни ва семизлик даражаларининг учрашини аниқлаш.*

Тадқиқот материаллари ва усуллари: *2023 йилнинг январь ойидан 2024 йилнинг апрель ойига қадар ЎМИ билан оғриган беморлар гуруҳидан танлов асосида 170 нафар беморнинг розилиги олинди, ҳамда улар тадқиқотга жалб этилди. Жами тадқиқотда иштирок этган 170 нафар беморларнинг 80 нафарини (47%) аёллар, 90 нафарини (53%) эркаклар ташкил этди*

Хулоса: *Жумладан, жами 170 нафар бемордан энг катта улушни ортиқча тана вазни бор 57% беморлар ташкил қилган бўлиб, уларнинг асосий кўрсаткичи 32,3% эркакларга тўғри келган. Лекин, аянчлиси шундаки семизликнинг барча даражалари аёлларда кўп учраган, яъни 27 нафар аёлда – 15,9%, 23 нафар эркакда – 13,5% учраган бўлиб, ушбу кўрсаткич аёлларда эркакларга нисбатан 1,18 марта кўп кузатилган.*

Калит сўзлар: *миокард инфаркти, 2-тип қандли диабет, чап қоринча хайдаш фракцияси.*

Ризаева Мехрибан Ахмадовна - базовый докторант
Бадритдинова Матлуба Нажмидиновна - д.м.н., доцент
Шамансурова Зулайхо Муралимжоновна - д.м.н., доцент
Бухарский государственный медицинский институт
Центральноазиатский университет

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ГОРОДЕ БУХАРЕ

Аннотация: *Уровни избыточной массы тела и ожирения изучали путем определения индекса массы тела у 170 пациентов, непосредственно принимавших участие в исследовании. Наибольшая доля составила 57% пациентов с избыточной массой тела, основной показатель которой составил 32,3% мужчин.*

Цель: *Определение связи уровня избыточного веса и ожирения с инфарктом миокарда, связанным с диабетом.*

Материалы и методы исследования: *С января 2023 г. по апрель 2024 г. в исследование были случайным образом отобраны и включены 170 пациентов с ОИМ. Из 170 пациентов, принявших участие в исследовании, 80 (47%) были женщинами и 90 (53%) мужчинами.*

Выводы: *В частности, из 170 больных наибольшую долю составили 57% пациентов с избыточной массой тела, основной показатель среди которых составил 32,3% мужчин. К сожалению, все степени ожирения чаще встречаются у женщин, то есть у 27 женщин - 15,9%, у 23 мужчин - 13,5%, причем у женщин этот показатель встречается в 1,18 раза чаще, чем у мужчин.*

Ключевые слова: *инфаркт миокарда, сахарный диабет 2 типа, фракция выброса левого желудочка.*

Rizayeva Mekhriban Akhmadovna – doctoral student
Shamansurova Zulaykho Muralimjonovna - D.M.Sc., dosent
Badritdinova Matluba Najmidinova - D.M.Sc., dosent
Bukhara State Medical Institute
Central Asian University

ANALYSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN THE CITY OF BUKHARA

Annotation. *Overweight and obesity levels were studied by determining the body mass index of 170 patients directly participating in the study. The largest share was 57% of patients with excess body weight, the main indicator of which was 32.3% of men.*

Aim: *Determining the association of overweight and obesity levels with diabetes-related myocardial infarction.*

Materials and research methods: *From January 2023 to April 2024, 170 patients with AMI were randomly selected and enrolled in the study. Of the total 170 patients who participated in the study, 80 (47%) were women and 90 (53%) were men.*

Conclusions: *In particular, 57% of patients with excess body weight made up the largest share of 170 patients, the main indicator of which was 32.3% of men. Unfortunately, all levels of obesity are more common in women, that is, in 27 women - 15.9%, in 23 men - 13.5%, and this indicator is 1.18 times more common in women than in men.*

Keywords: *myocardial infarction, diabetes mellitus 2 types, fraction of emission of a left ventricle.*

Долзарблиги: Кўп йиллар давомида миокард инфаркти кардиологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб келмоқда. Аҳолининг юрак-қон томир касалликларидан ўлим ва ногиронлик ҳолатлари орасида миокард инфаркти 27% етакчи ўринни эгаллайди. Миокард инфаркти учун етакчи хавф омиллари орасида абдоминал семизлик муҳим аҳамиятга эга. Сўнгги ўн йилликларда тана вазни юқори бўлган аҳолининг сони шунчалик кўпайдики, ЖССТ мутахассислари семизликни эпидемия сифатида талқин қилишни таъкидлади. Аҳоли орасида миокард инфарктининг кўпайиши ва тарқалишининг ҳақиқий хавфи мавжуд.

Ушбу йўналишда илмий изланишлар олиб бориш мақсадида Бухоро шахрида ўткир миокард инфаркти ташхиси билан стационарга қабул қилинган беморлар касаллик тарихи ўрганиб чиқилди. Бухоро шахрида бундай ташхис билан асосан Бухоро вилоят минтақавий филиали кардиореанимация бўлимига ва Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази (РШТЁИМ) жонлантириш бўлимларига қабул қилинадилар.

Тадқиқотни давом эттириш мақсадида жами 170 нафар беморнинг тана вазни индексини аниқлаган ҳолда ортиқча тана вазни ва семизлик даражаларига ажратдик (1– жадвалга қаранг).

1- Жадвал.

Беморларда ортиқча тана вазни ва семизлик даражаларини ўрганиш

Тана вазни	МИ ўтказган анамнезида ҚД 2 тип аниқланган беморлар к=104		МИ ўтказган илк бор аниқланган ҚД 2 тип беморлар к=42		МИ ўтказган (ҚД 2 тип йўқ беморлар) к=24		Жами к=170	
	Аёл	Эркак	Аёл	Эркак	Аёл	Эркак	Аёл	Эркак
Нормал тана вазни	8	7	3	1	-	4	11	12
	8,1%	7,1%	7,1%	2,3%	-	16,7%	6,5%	7%
p	p<0,001		p<0,05		p>0,01		23 (13,5%)	
Ортиқча тана вазни	30	33	9	13	3	9	42	55
	28,8%	31,7%	21,4%	31%	12,5%	37,5%	24,7%	32,3%
p	p<0,001		p<0,001		p<0,001		92 (54,1%)	
I даражали семизлик	8	8	6	5	3	4	17	17
	8,1%	8,1%	14,3%	12%	12,5%	16,7%	10%	10%
p	p<0,001		p<0,01		p<0,001		34(20%)	
II даражали семизлик	6	3	2	1	-	-	8	4
	6%	3%	4,7%	2,3%	-	-	3,1%	2,4%
p	p<0,01		p>0,05		-		12 (5,5%)	
III даражали семизлик	-	1	2	-	-	1	2	2
	-	1%	4,7%	>-	-	8,3%	1,3%	1,3%
p	p>0,05		p>0,05		p>0,01		4(2,6%)	
Жами	52	52	22	20	6	18	80	90
	50%	50%	52,4%	47,6%	25%	75%	47%	53%

1-жадвалга асосан беморларнинг тана вазни индекси ўрганилди, яъни МИ ўтказган анамнезида ҚД 2 тип аниқланган жами 104 нафар бемор гуруҳида нормал тана вазнли беморлар 15 нафарни, улардан аёллар – 8, эркаклар – 7 тани (p<0,01), ортиқча тана вазни бор беморлар 63 нафарни, улардан аёллар – 30, эркаклар - 33 (p<0,05), 1-даражали семизлик бор беморлар 16 нафарни, улардан аёллар -8 ва эркаклар ҳам – 8 (p<0,001), 2-даражали семизлик бор беморлар 9 нафарни, улардан аёллар – 6, эркаклар – 3 тани (p<0,001), 3-даражали семизлик бор беморлар 1 нафарни, улардан эркаклар – 1 тани (p<0,01) ташкил этди.

МИ ўтказган анамнезида ҚД 2 тип бор 104 та бемор гуруҳида жами 14 нафар аёл беморда - 14,1%, 12 нафар эркак беморда – 12,1% семизликнинг 1,2,3-даражалари учраган бўлиб, аёлларда эркакларга нисбатан 1,16 марта юқори бўлган.

МИ ўтказган илк бор ҚД 2 тип аниқланган 42 нафар бемордан нормал тана вазнли беморлар 4 нафарни, улардан аёллар – 3, эркаклар – 1 тани (p<0,01), ортиқча тана вазни бор беморлар 22 нафарни, улардан аёллар – 9, эркаклар – 13 тани (p<0,001), 1-даражали семизлик 11 нафарни, улардан аёллар – 6, эркаклар – 5 тани (p<0,001), 2-даражали семизлик 3 нафарни, улардан аёллар -2, эркаклар – 1 тани (p<0,001), 3-даражали семизлик 2 нафарни, улардан аёллар – 2, эркакларда-0 (p<0,01) тани ташкил этди. МИ ўтказган илк бор ҚД 2 тип аниқланган 42 та бемор гуруҳида жами 10 нафар аёл беморда – 23,8%, 6 нафар эркак беморда - 14,3% семизликнинг 1,2,3-даражалари учраган бўлиб, аёлларда эркакларга нисбатан 1,66 марта юқори бўлган.

МИ ўтказган (ҚД 2 тип йўқ беморлар) 24 нафар бемор гуруҳидан нормал тана вазнли беморлар 4 нафар эркакни (p<0,01), ортиқча тана вазни бор беморлар 12 нафарни, улардан аёллар – 3, эркаклар - 9 (p<0,01), 1-даражали семизлик бор беморлар 7 нафарни, улардан аёллар -3 ва эркаклар – 4 (p<0,01), 3-даражали семизлик бор беморлар 1 нафар эркакни (p<0,01) ташкил этди, 2- даражали семизлик умуман учрамади. МИ ўтказган (ҚД 2 тип йўқ беморлар) 24 нафар бемор гуруҳидан жами 3 нафар аёл беморда -12,5%, 5 нафар эркак беморда – 20,8% семизликнинг 1,2,3-даражалари учраган бўлиб, эркакларда аёлларга нисбатан 1,66 марта юқори бўлган.

Жумладан, жами 170 нафар бемордан энг катта улушни ортиқча тана вазни бор 57% беморлар ташкил қилган бўлиб, уларнинг асосий кўрсаткичи 32,3% эркакларга тўғри келган. Лекин, аянчлиси шундаки семизликнинг барча даражалари аёлларда кўп учраган, яъни 27 нафар аёлда – 15,9%, 23 нафар эркакда – 13,5% учраган бўлиб, ушбу кўрсаткич аёлларда эркакларга нисбатан 1,18 марта кўп кузатилган.

Ҳозиргача олиб борилган тадқиқотларга кўра айнан МИ ўтказган, лекин ҚД аниқланмаган эркак беморларда семизлик 1,2,3-даражаларининг, ҳамда уларда гиперхолестеринемиянинг кўп учраши ҳисобида ўлим хавфи юқори бўлганлиги ўз тасдиғини топди (Рахматова Д.Б., 2021).

Шу қаторда, углевод алмашинувининг бузилиши билан боғлиқ ортиқча тана вазни ва семизлик МИни ўтказган аёл беморларда, МИ ўтказган (ҚД йўқ) эркак беморларда эса семизликнинг учраш сабабларини аниқлашга, ҳамда тадқиқотларни давом эттиришга эътибор бериш лозим.

Айнан, юрак қон -томир тизими касалликларини келиб чиқишида нафақат углевод алмашинувининг бузилиши, балки чекиш, алкоголли ичимликларни истеъмол қилиш, артериал гипертензия, гиподинамия, гиперхолестеринемия, наслий мойиллик, овқатланиш рационини бузилиши, уйқусизлик, ҳамда руҳий зўриқишларни ҳам инобатга олиш зарур.

Дарҳақиқат, углевод алмашинувининг бузилиши билан боғлиқ муаммолар айнан семизликнинг аёлларда кўпроқ учраши билан боғлиқ бўлса керак.

Ўткир миокард инфаркти ўтказган беморларда қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари тахлили

Лутай Ю.А тадқиқотига кўра 2021 йил, МИдан юқори касалланиш ва ўлимнинг сабабларидан бири кенг кўламли хавф омиллари билан боғлиқ бўлган даволанишга риоя қилмаслик, улар орасида дислипидемия муҳим аҳамиятга эга эканлиги кўрсатилган.

Шунинг учун ҳам биз тадқиқот жараёнида беморларда липидлар спектрини ўрганиб, унда атерогенлик индексининг ўзгаришларини тахлил қилдик (2-жадвалга қаранг).

2- Жадвал.

№	Кўрсаткич	Анамнезида ҚД 2 тип аниқланган беморлар		Илк бор аниқланган ҚД 2 тип беморлар		МИ (ҚД 2 тип йўқ) беморлар	
		M	m	M	m	M	m
1	Холестерин (умумий) (<200 мг/дл гача)	229,45	0,98	227,29	1,62	226,58	1,91
P		p>0,01		p<0,01		p<0,001	
2	ПЗЛП холестерин (<155 мг/дл гача)	156,64	0,87	156,09	4,03	150,54	2,71
P		p<0,05		p>0,01		p<0,001	
3	ЮЗЛП холестерин (Э>40 мг/дл, А>46 мг/дл гача)	30,22	0,20	30,76	0,41	34,96	0,77
P		p>0,01		p>0,01		p<0,001	
4	Триглицеридлар (<115 мг/дл гача)	219,18	0,82	216,17	1,62	211,29	7,94
P		p<0,05		p>0,01		p<0,001	
5	Атерогенлик индекси (2.2-3.5 гача)	6,63	0,06	6,46	0,12	5,55	0,14
P		p>0,01		p>0,01		p<0,001	

Липидограмма тахлилига кўра, анамнезида ҚД 2 тип бор беморларда умумий холестерин миқдорининг ўртача қиймати 229,45±0,98 мг/дл, илк аниқланган ҚД 2 тип бор беморларда 227,29±1,62 мг/дл, МИ (ҚД 2 тип йўқ) беморларда эса 226,58±1,91 миқдорда бўлиб, бу қиймат жами углевод алмашинувининг бузилиши бор беморларнинг барчасида деярли бир–бирига яқин миқдорда учраб, ушбу ўртача қиймат МИ (ҚД йўқ) беморларга нисбатан 1,01 марта юқори бўлган.

Анамнезида ҚД 2 тип бор беморларда ПЗЛП нинг ўртача қиймати 156,64±0,87 мг/дл, илк аниқланган ҚД 2 тип бор беморларда 156,09±4,03 мг/дл, МИ(ҚД 2 тип йўқ) беморларда 150,54±2,71 мг/дл бўлиб, ушбу ўртача қиймат анамнезида ҚД бор беморларга нисбатан МИ(ҚД 2 тип йўқ) беморларда 1,04 марта юқори бўлган.

Анамнезида ҚД 2 тип бор беморларда ЮЗЛП нинг ўртача қиймати 30,22±0,20 мг/дл, илк аниқланган ҚД 2 тип бор беморларда 30,76±0,41 мг/дл, МИ(ҚД йўқ) беморларда 34,96±0,77 мг/дл бўлиб, ушбу ЮЗЛПлар одатда “яхши” холестерин бўлиб, унинг ўртача қиймати МИ(ҚД йўқ) беморларда анамнезида ҚД бор беморларга нисбатан 1,15 марта юқори бўлган.

Яъни, анамнезида ҚД бор беморларда ЮЗЛП ларнинг ўртача қиймати МИ(ҚД йўқ) беморлар томон ошиб борган. Шунинг учун ҳам бўлса керак, ЮЗЛП миқдорининг камайиши билан қонда ПЗЛП миқдори ортиб боради, бу эса ЮҚТТ асоратлари ва ўлим хавфини ошишига олиб келади.

Анамнезида ҚД 2 тип бор беморларда триглицеридларнинг ўртача қиймати 219,18±0,82 мг/дл, илк аниқланган ҚД 2 тип бор беморларда 216,17±1,62 мг/дл, МИ (ҚД йўқ) беморларда 211,29±7,94 мг/дл бўлиб, ушбу ўртача қиймат анамнезида ҚД 2 тип бор беморларга нисбатан МИ (ҚД йўқ) беморларда 1,03 марта юқори бўлган.

Умуман, айнан умумий холестерин, ПЗЛП ва триглицеридларнинг ўртача қиймати анамнезида ҚД бор беморларда жуда юқори, илк аниқланган ҚД бор беморларда юқори, МИ (ҚД йўқ) беморларда эса нисбатан юқори бўлган.

Шунинг учун ҳам, анамнезида ҚД 2 тип бор беморларда атерогенлик индексининг ўртача қиймати 6,63±0,06, илк аниқланган ҚД 2 тип бор беморларда 6,46±0,12, МИ (ҚД 2 тип йўқ) беморларда 5,55±0,14 бўлиб, ушбу ўртача қиймат анамнезида ҚД бор беморларга нисбатан МИ(ҚД йўқ) беморларда 1,2 марта юқори бўлган.

Ушбу 2 - жадвалда кўрсатилганидек, МИ ўтказган (ҚД 2 тип йўқ) беморлар гуруҳидан диабет олди ҳолати, сўнг илк ташхисланган ҚД 2 тип ва анамнезида ҚД 2 тип бор беморлар гуруҳи томон атерогенлик индекси ошиши кузатилган бўлиб, кўпгина олиб борилган илмий тадқиқотларда дислипидемия билан боғлиқ ўзгаришлар аксарият ҳолатларда айнан МИни ўтказган ва анамнезида ҚД 2 тип бор беморларда “атероген учлик”ка тегишли бўлган юқори даражадаги триглицеридлар, ЮЗЛПнинг энг кам миқдори ва ПЗЛП ларнинг энг кўп миқдори аниқланган.

Хулоса: Тадқиқотда бевосита иштирок этган 170 нафар беморнинг тана вазни индексини аниқлаган ҳолда ортиқча тана вазни ва семизлик даражалари ўрганилди. Энг катта улушни ортиқча тана вазни бор 57% беморлар ташкил қилган бўлиб, уларнинг асосий кўрсаткичи 32,3% эркакларга тўғри келган. Семизликнинг барча даражалари аёлларда кўп учраган, яъни 27 нафар аёлда – 15,9%, 23 нафар эркакда – 13,5% учраган бўлиб, ушбу кўрсаткич аёлларда эркакларга нисбатан 1,18 марта кўп кузатилган.

Липидограмма тахлилига кўра, айнан умумий холестерин, ПЗЛП ва триглицеридларнинг ўртача қиймати анамнезида ҚД бор беморларда жуда юқори, илк аниқланган ҚД бор беморларда юқори, МИ (ҚД йўқ) беморларда эса нисбатан юқори бўлган. Яъни, анамнезида ҚД 2 тип бор беморларда атерогенлик индексининг ўртача қиймати 6,63±0,06, илк аниқланган ҚД 2 тип бор беморларда 6,46±0,12, МИ (ҚД 2 тип йўқ) беморларда 5,55±0,14 бўлиб, ушбу ўртача қиймат анамнезида ҚД бор беморларга нисбатан МИ (ҚД йўқ) беморларда 1,2 марта юқори бўлган.

Адабиётлар.

1. Абдельлатиф А.М., Шувалова Ю.А., Сливкина А.А., Каминный А.И. Влияние метаболического синдрома на отдаленный прогноз пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST //Атеросклероз и дислипидемии, №. 1, 2016, С. 68-75.

2. Bahriddinovna R. D., Khasanbaevich T. K., Khalimovich M. N. Features of the Frequency of Acute Myocardial Infarction among the Inorganized Population of the Elderly and Old Age //International Journal of Modern Agriculture. – 2021. – Т. 10. – №. 1. – С. 995-1004.

3. Аметов А.С., Прудникова М.А. Ожирение и сахарный диабет типа 2: современные аспекты фармакотерапии // Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение, № 4 (17), 2016, С. 15-21

4. Бардымова Т.П., Цыреторова С.С., Донирова О.С. Ретроспективный анализ пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и острым инфарктом миокарда // Consilium Medicum, Том. 24, №. 4, 2022, С. 255-259.

5. Белик Е.В., Минаев К.Д. Бальнеологические ресурсы курорта Евпатория характеристика минеральных вод Вестник Псковского государственного университета. Серия: Естественные и физико-математические науки, №. 4, 2014, С. 31-34.

6. Гарганеева А.А., Кужелева Е.А., Борель К.Н., Кондратьева Д.С., Афанасьев С.А. Сахарный диабет 2 типа и острый инфаркт миокарда: про-

гностические варианты взаимодействия у пациентов разных возрастных групп.//Сахарный диабет. 2018; 21(2): 105-112. https://doi.org/10.14341/DM8828

7. Груздева О.В., Акбашева О.Е., Бородкина Д.А., Каретникова В.Н., Дылева Ю.А., Коков А.Н., Федорова Т.С., Барбараш О.Л. Взаимосвязь показателей ожирения и адипокинов с риском развития сахарного диабета 2 типа через год после перенесенного инфаркта миокарда // Российский кардиологический журнал. 2015; (4):59-67. https://doi.org/10.15829/1560-4071-2015-4-59-67

8. Демьянов С.В., Сыркина А.Г., Вышлов Е.В., Максимов И.В., Баев А.Е., Марков В.А., Карпов Р.С., Рябов В.В. Качество оказания помощи пациентам с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST реальная клиническая практика Сибирского инвазивного центра //Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины, Том. 33, № 4, 2018, С. 54-61.

9. Демьянов С.В., Сыркина А.Г., Вышлов Е.В., Максимов И.В., Баев А.Е., Марков В.А., Карпов Р.С., Рябов В.В. Качество оказания помощи пациентам с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST реальная клиническая практика Сибирского инвазивного центра//Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины, Том. 33, № 4, 2018, С.54-61.

10. Истамова С.С., Ташкенбаева Э.Н., Фатуллаева Д.С., Муроткобилов О.А., Аликулов Х.Р., Кадирова Ф.Ш. Диастолическая дисфункция левого желудочка у больных инфарктом миокарда // Journal of cardiorespiratory research, Том 1, № 3, 2020, С. 18-23. doi:10.26739/2181

11. Каретникова О.Л., Барбараш Л.В., Квиткова Л.В., Груздева О.В.,Еленская Т.С., Благовещенская О.П., Осокина А.В., Барбараш Л.С. Раннее выявление нарушений углеводного метаболизма - важный маркер отдаленного прогноза при инфаркте миокарда // Патология кровообращения и кардиохирургия, №. 2, 2010, С. 35-37.

12. Квиткова Л.В., Еленская Т.С., Благовещенская О.П., Барбараш О.Л. Эволюция инсулинорезистентности на примере больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST//Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины, 2011, Том 26, № 4, Выпуск 2 С 161-164

Ғаффоров Азамат Уйғунович – Ph.D., ассистент
Бухоро давлат тиббиёт институти

БОЛДИР СУЯКЛАРИ ДИАФИЗАР СИНИШИДА ГЕМАТОЛОГИК ВА БИОКИМЁВИЙ ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ

Аннотация. *Ушбу мақолада болдир суякларининг диафизар майдаланиб синишларида жаррохлик даволашнинг кам инвазив усулларидан фойдаланилишига қарамасдан синиқлар битмаслиги сохта бўғим каби асоратлар тушинтирилади. Майдаланиб синишлардаги синиқ бўлаклари орасидаги қон айланишни тиклаш, репаратив регенерацияни стимуллаш ва нормал кечишини таъминлашда даволашининг бир нечта самарали усулларидан фойдаланилган.*

Калит сўзлар: *болдир суяги диафизар синиши, гематологик текширувлар, биокимёвий текширувлар, қон зардоби, албумин.*

Ғаффоров Азамат Уйғунович – Ph.D., ассистент
Бухарский государственный медицинский институт

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФРАГМЫ ИКРОНОЖНЫХ КОСТЕЙ

Аннотация*. В данной статье объясняется применение менее инвазивных методов яроксического лечения при диафизарных дробящих переломах костей голени несмотря на то, что переломы не заканчиваются такими осложнениями, как ложный сустав. Для восстановления кровообращения между отломками при переломах, стимуляции репаративной регенерации и обеспечения нормального течения было использовано несколько эффективных методов его лечения.*

Ключевые слова: *диафизарный перелом голой кости, гематологические исследования, биохимические анализы, сыворотка крови, альбумин.*

Gafforov Azamat Uygunovich – Ph.D., assistent
Bukhara State Medical Institute

HEMATOLOGICAL AND BIOCHEMICAL METHODS OF EXAMINATION FOR FRACTURE OF THE DIAPHRAGM OF THE CALF BONES

Abstract, *this article explains the use of less invasive toxic treatment methods for diaphyseal crushing fractures of the shin bones, despite the fact that fractures do not end with complications such as a false joint. Several effective methods of its treatment have been used to restore blood circulation between fragments in fractures, stimulate reparative regeneration and ensure a normal course.*

Keywords. *diaphyseal fracture of the bare bone, hematological studies, biochemical analyzes, blood serum, albumin.*

Тадқиқотнинг долзарблиги. Сўнгги йилларда мамлакатимиз олимлари томонидан болдир суяклар диафизар синишларида блокланган интрамедулляр остеосинтези тобора кўпроқ қўлланилмоқдалар. Ушбу усулни бажарилганда бемор кам шикаст ва кичик жарроҳлик кесими йўли билан бажарилади.Бемор жаррохлик усулини бажариш вақтида кам қон йўқотади, шунинг учун бу усул кўплаб жароҳатлар учун афзалроқдир. Интрамедулляр остеосинтез усули остеогенез жараёнини нормал кечишини таъминлайди деб, амалиетда исботлаганлар [1.3.5.7.9]. Болдир суяклар диафизар синишларида тўқима ва органларнинг юқори даражадаги шикастланиши синиқларда консолидациянинг секин кечиши суякнинг нуқсонлари, сохта бўғимлар, каби асоратларга олиб келмаслиги учун оператив даволаш билан бирга кенг спектрли антибиотикотерапия, вакуум терапия ва дефектларда кортикал пластика усуллари остеорегенерацияни нормал кечишини таъминлашини исботлаган. Шу билан бир қаторда синиқларда остеогенон бериш орқали остеогенез жараёнини нормал кечишини таьминлаши исботланган [2.4.6.8.10]. Блокловчи интрамедуляр остеосинтез мамлакатимизда болдир суяклар диафизар синишларидаги синиқ дефектларида даволаш стандартига айланди. Бу усулнинг биомеханик хусусиятлари, кам шикаст етказиши ва кичик кесим килиб, жаррохлик усулини бажаришда техник жихатдан осон бажарилиши хамда жаррохлик усулидан кейин мучалар функциясини тез тикланиши, бу эса остеогенез жараёни-

нинг нормал кечиши таъминланишини исботлайди.

Жаҳон адабиётида жарроҳлик билан даволашнинг энг кенг тарқалган каминвазив блокловчи интра-медулляр штифтлар усуллари таклиф қилинган лар, ҳозирги вақтда болдир суякларининг синишида, айниқса ностабил ва майдаланиб синишларни даволашда энг мақбул усулга айланмоқда, деб курсатганлар. Айрим муалифларнинг езишларича болдир суякларининг диафизар синишларида жаррохлик усули билан даволашда, бу усулларни бажаргандан кейин суяк синиқлари орасидаги дефектлар пайдо булади деб кўрсатганлар. Улар таклиф қилган бир нечта қўшимча усуллар орқали яъни трикалций фосфат коллагенини қўллаб, остеогенезни стимуллаб, ижобий натижаларга эришишган, шунингдек бу усулларни амалиётда қўллаш натижасида беморларнинг ҳаёт сифати бир мунча яхшиланган [11.13.15.17]. Блокловчи интрамедулляр остеосинтездан фойдаланиш билан бир вактда ТБПдан фойдаланишнинг асосий афзалликлари қуйидагилардан иборатлигини таъкидланган: синиқларни самарали стабиллашиши, суяк синиқ бўлакларида қон таъминотини тиклаш, қўл-оёқ қўшни бўғимларида эрта пассив ва фаол ҳаракатларни тиклаш ҳамда остеорегенерацияни стимуллаш орқали турли хил асоратлар частотасини камайтириш ва ҳ.к. Маълумотлар асосида таъкидланадики, қониқарсиз натижалар сабаби болдир суяклари майдаланиб синишларининг мураккаблигини етарли даражада баҳоланмаганлиги билан боғлиқ, бу эса беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда қўшимча ТБПдан фойдаланиб, суяк регенерациясини стимуллашни такомиллаштиришни талаб қилади [12.14.16].

Тадқиқотнинг мақсади. болдир суяклари диафизар синишида гематологик ва биокимёвий тадқиқот усулларини такомиллаштириш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2015-2021 йилларда болдир суяклари диафизар майдаланиб синган 120 нафар беморда плазмалифтинг қўлланилган ёки қўлланилмаган ҳолда БИОС усули ва Илизаров аппарати билан Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Бухоро филиалида, Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарқанд филиали ҳамда Бухоро шахри “Starorthomed” травматология ва ортопедия хусусий клиникасида оператив даволанган беморлар натижалари олинган.

Натижа ва таҳлиллар. Қон тахлилининг чуқур ўргатилиши гемотологик тахлилатор BC-3000 (Mindray, P.R.China, 2006) да амалга оширилди. 10фоиз гемоглабинда лейкоцитлар, лимфоцитлар, моноцитлар, базофиллар, эозопофил ва тромбоцитлар эритроцитлар гемоглабин қонцетрацияси ва эритроцитлар гемоглабин, ЭЧТда фоиз хисобида гематокрит ва тромбокрит таркиби ўрганиб чиқилди.

Қон зардобининг биохимик кўрсатгичлари бирлаштирилган усуллар асосида аниқланди: умумий оқсил биуретли билан; аспартат – аминотрансферазу (АСТ) ва аланинаминотрансфераз (АЛТ) Райтман-Франкелнинг бирлаштирилган усули билан, креатининг – Яффе усули билан, ишқорли форфортаза – цитрофетафосфат билан бирлашган усул асосида, умумий билирубин Эндрасика – Грофа усули билан (Cypress Diagnistics – Бельгия ва Human Германиня фирмаларини рефаоллар тўплами) ВА – 88 А (Mindray, P.R.China, 2014) биохимик тахлилатори ва корбамид уреаз усули билан, фосфор ва кальций фотометрик усул билан аниқланди, IgA ва IgEни аниқлашда ИФА учун тижорат тўплами (Вектор – Бест Россия ишлаб чиқарилган) IgA – умумий ИФА – Бест. IgEни умумий ИФА – Бест. Қон зардобидаги умумий оқсилни аниқлаш. Қон зардобида умумий оқсилни аниқлаш ГОТ (АСТ) (Cypress Diagnistics Бельгия) тўплами ёрдамида амалга оширилди.

Осмотик босим ёрдамида сувнинг қон ва тўқималар орасида нормал тарқатилишини таъминлаб туриши учун зардобидаги оқсиллар жалб қилинади. Касаллик даврида зардобдаги турли фракциядаги оқсиллар эркин ва мустақил харақатда турлича шаклда бўлади. Оқсиллар миқдорининг камайиши биринчи навбатида яхши овқатланмаслик (озиқланмаслик), сусайган синтез, қон йўқотиш ёки ортиқча оқсил катаболизмининг натижасида юзага келади. Оқсил миқдорини ошиши дегидрация билан боғлиқ.

Усулнинг тамойили (тамоили): оқсил асосий мис сульфати эртимаси билан бирга титрат (Риагент Биурет) бинафша - кўк рангидаги комплекси ҳосил қилади, рангланишнинг интенсивлиги намунадаги оқсилнинг умумий қонцентрациясига пропорционал холатда шаклланади. Тўлқин узунлиги: 546 (530-550) нм; харорат: 37^{o} С / 15 – 25^{o} С; кювета: оптик йўли 1 см; оқсилнинг умумий қонцентрацияси; умумий оқсил (г/дл) = (Abs намуна / Abs стандарт) х (стандарт қонцетрация) билан аниқланади.

Қон зардобида альбумин миқдорини аниқлаш. Альбумин миқдорини аниқлаш Albumin (Cypress Diagnistics – Бельгия) тижорат тўплами ёрдамида амалга оширилади.

Усул тамойили: зардоб альбумини танлаб рангланган яшил бронрезол билан рН 4,0 бўлганда бирлашади. Рангланган альбумин комплекси натижаси катталашган оптик зичлик альбумин қонцентрациясига пропорционал бўлади.

Пробанинг оптик зичлиги тўлқин узунлиги 340 нм. узунликда бўлганда аникланади.

Альбумин қонцентрацияси куйидаги формула асосида аниқланган:

Альбумин (г/дл)=А намуна – А Проба/ А стандарт - А Проба Х – стандарт.

Қон зардобида ишқорлик фосфатазани аниқлаш. Ишқорли фосфатаза тижоратли тўплами «ALP KIT» (Cypress Diagnistics – Бельгия) ёрдамида аникланди. Усулнинг тамойили реакциянинг ўтказилишига боғлиқ, N-нитрофенилфосфат+H2O-n-Нитрофенол+фосфат. N-Нитрофенол хосил бўлишинг тезлиги Пробадаги ишқорли фосфотаза фаоллигига тўғри пропорционал бўлади.

Пробанинг оптик зичлиги 405 нм. тўлқин узунлигида аниқланган:

- оптик йўл узунлиги 10 мм
- ҳарақати: 37° с булади.

Ишловчи реагентнинг ҳарорати тахлил ҳаракатига етказилади. Ҳар 1000 мкл. ишловчи реагентга 20 мкл. Проба кўшиб борилади, аралаштирилиб термостатлантирувчи анализаторлар кловент бўлимига жойлаштирилади. 1 дақиқадан сўнг 1-3 дақиқа давомида бир ҳил вақти оралиғида оптик зичлик ҳисоблаб бориладию ҳисоблаш миқдори 3 мартадан кам бўлиши лозим. Реакция натрий гидрооксиди 0,5 моль/л (20 г/л) эритмаси билан тўхтатилган. Аралаштирилиб, ҳар бир Пробани 5 дақиқа секундометрга қараб 37° с ҳарораттда сақлаб турилган ва 0,5 моль/л 1000 мкл дан натрий гидрооксид кўшиб борилган. Аралаштириб эритманинг оптик зичлиги дистирланган сувга нисбатан ўлчанган. 30 дақиқа давомида ранглар ўзгариши бўлмади.

Ишқорли фасфатоз (А) фаоллиги Пробада ХБ кўйидаги формула асосида ҳисоблаб чиқилган.

A=DE/мин х омил, бунда кўрсаткичи 2757.

Қон зардобида фосфорнинг аниқланиши. Фосфорни аниқлашда тижорат тўплами Phosphorus lIguirapid (Human Diagnostics Германия)дан фойдаланилди.

Усул тамойили. Фосфор молибдат билан кучли нордан мухитда комплексни хосил қилиш билан таъсирланади. Бу комплекснинг ютилиши яқинидаги УФда фосфор қонцентрациясига тўғри пропорционал бўлади.

$$7H_3PO_4 + 12(Mo_7O_{24})^{6-} + 51H^+ \; 7 \longrightarrow [P(Mo_{12}O_{40})]^{3-} + 36H_20$$

Проба – 2 оптик зичлиги 340 нм тўлқин узунлигида аниқланади.

Қутидаги формула бўйича фосфор қонцетрацияси хисоблаб чиқилди.

C=10x(ΔАнамуна / Abs Стандарт) mg/de

Қон зардобида кальцийни аниқлаш. Кальцийни аниқлашда CALCLUM lIguicolor (Human Diagnostics Германия) тижорат тўпламидан фойдаланилди.

Усул тамойили. Кальций ионлари крезолфталеин – комплекси билан ишқорли муҳитда ўзаро таъсирланиб, бинафша ранг комплекс ҳосил қилади. Бу комплекснинг абсорбсияси намунадаги кальций қонцентрациясига пропорционалдир. Пробанинг оптик зичлиги тўлқин ўзунлиги 578 н.м. бўлганда аниқланади. Қуйидаги формула бўйича кальций концетрацияси ҳисоблаб чиқилади:C = 8 x (Δ Анамуна / Abs Стандарт) (mg\dl).

Хулоса. Қон зардобининг биокимёвий кўрсаткичлари стандартлаштирилган усуллар билан аниқланди: умумий оқсил - биурет, аспартат аминотрансфераза (АСТ) ва аланин аминотрансфераза (АЛТ) - бирлаштирилган Рейтман-Франкел усуллари, креатинин - Яффе усули, ишқорий фосфатаза бирлаштирилган усул билан, нитрофенилфосфат - умумий Эндрассиса-Грофа (ВА-88 А биокимёвий тахлили (Миндрай, ПРЧина, 2014) ва карбамид - урасе усули билан фосфор ва калтсий билан аниқланди (CYPRESS Diagnostics, Белгия ва Германия, Германия реагентлари тўплами). IgA IgE ни аниқлаш учун фотометрик усул, савдо ИгА ишлатилган. Вектор-Бест (Россия) томонидан ишлаб чиқарилган Элишай тўпламлари: IgA- умимий-ИФА-Бест; IgE-умимий-ИФА-Бест бўйича аниқланди.

Адабиётлар.

1. Гаффоров А.У., Асилова С.У., Тешаев А.А. Болдир суяклари диафизар синишларини даволашда суяк усти остеосинтези // Тиббиётда янги кун.- Бухоро, 2019.- №4 (28).-144-146 б (14.00.00 №22)

2. Gafforov A.U., Asilova S.U. Improvements In Surgical Treatmet For Diaphysealfractures Of The Lower Leg Bones // European Journal of Molecular & Clinical Medicine.- 2020. Volume 07, Issue 03, P.3914-3919. (14.00.00 Scopus №3, IF:8,111)

3. Khegay L.N., Gafforov A.U. Biochemical Parameters of Rabbit Blood Serum in the Treatment of Limb Bone Fracture with Autologous Platelet-rich Plasma // Acta Scientific Medical Sciences, 2021, Volume 5.- Issue 5 May: P.122-128. (14.00.00 Scopus №3 IF:1,403)

4. Gafforov A.U., Asilova S.U., Teshaev A.A. Indicators X-ray Densitometric studies in fractures of long tubular bones with the use of plasma lifting in an experimental study // British Medical Journal, 2021.- Volume-1, №2. – 288-294 б (14.00.00.№ IF:2,067)

5. Хегай Л.Н., Гаффоров А.У. Гематологические показатели крови кроликов при терапии переломов костей конечности обогащенной тромбоцитами плазмой // Неврология. - Тошкент, 2021. -№1(85).- 23-27 б. (14.00.00 №4)

6. Асилова Саодат Убайевна., Гаффоров Азамат Уйгунович. Болдир суякларининг диафизар синишларини ташхислаш ва жаррохлик усулида даволаш тактикасини танлаш учун дастур // DGU № 06478. 23.04.2019.

7. Асилова Саодат Убайевна., Гаффоров Азамат Уйгунович. Болдир суякларининг диафизар синишларида беморларнинг функционал аҳволини бахолаш дастури // DGU 09486 27.10.2020.

8. Хегай Л.Н., Гаффоров А.У., Асилова С.У., Тешаев А.А. Изучение репаративного остеогенеза переломов бедренной кости кроликов при терапии обогащенной тромбоцитами плазмой // Re-health journal. Андижан, 2021, №1(9) 78-86 б. (14.00.00 №)

9. Gafforov A.U., Asilova S.U., Teshaev A.A. Analysis of reparative after surgical treatment of diaphyseal fractures of the shin bones // Art of Medicine 2021, Volume-1, №2- 3-10 б (14.00.00.№)

10. Гаффоров А.У., Акрамов В.Р., ТешаевА.А., Ахмедов Ш.Ш., Хамраев Б.У., Усовершенствование хирургического лечения больных с переломами диафиза костей голени // «Травматология ва ортопедиянинг долзарб муаммолари» Республика илмий–амалий конференсияси матетиаллари. Жиззах, 2019 йил.-51-52 б.

11. Гаффоров А.У., Хегай Л.Н., Тешаев А.А., Асилова С.У. Изучение активности иммуноглобулинов классов IgA и IgE при лечении переломов кости кроликов обогащенной тромбоцитами плазмой // материалы междунар одной научно-практической Конференции «современные технологии в челюстно-лицевой Хирургии» Ташкент. 2021 года. - 50-53 б.

12. Gafforov A.U. Asilova S.U. Immunological research methods for fractures of the diaphysis of the tibia bones using plasma-lifting in experiment // International multidisciplinary scientific conferences on the dialogue between science & arts, religion March 25, Canberra, Australia. 2021.-18-19 б.

13. Gafforov A.U. Asilova S.U. Features of application with the use of plasmolifting for fractures of the diaphysis of the tibia bones in the experiment // International multidisciplinary scientific conferences on the dialogue between science & arts, religion March 25, Canberra, Australia. 2021.-19-20 б.

14. Гаффоров А.У., Асилова С.У. Особенности применения метода плазмолифтинга при переломах диафиза костей голени в эксперименте. // Международная научно-практическая конференция. «Современные научные решения актуальных проблем». Сборник тезисов научно-практической конференции г. Ростов-на-Дану 2021 г. 227-228 б.

15. Гаффоров А.У., Асилова С.У. Оптимизация хирургического лечения при диафизарнқх переломах костей голени // Методические рекомендации. Бухара, 2021.-19 с.

16. Гаффоров А.У., Factors Influencing the Manifestations of Coxarthrosis// Journal of Advanced Zoology. Volume 44 Issue S-7 Year 2023 Page 41:45

17. Гаффоров А.У., Various Factors of the Internal and External Environment Affecting Coxo arthrosis. AMERICAN Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences Volume 01, Issue 10, 2023. 208-219c.

Давлатова Дилрабо Давлатназаровна – ассистент
Тошкент тиббиёт академияси Ургенч филиали

СУРУНКАЛИ ГЕНЕРАЛЛАШГАН ПАРОДОНТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ҚОН ВА СЎЛАКДАГИ ТНФ, ИЛ-6 ва ИЛ-10 ЦИТОКИНЛАР ДАРАЖАСИНИНГ АҲАМИЯТИНИ АНИҚЛАШ

Аннотация, *Ушбу мақолада сурункали генераллашган пародонтитга чалинган беморларда тромбоцитларнинг агрегацион қобилиятидаги бузилишлар ва микроциркулятор бузилишлар патогенезидаги гемостаз омилларнинг ўрнини; сурункали пародантит билан касалланган беморларнинг қони ва сўлагида ЁПО антиоксидантлар тизимининг ҳолатига кўра оксидли стресс даражасини баҳолаш механизмини, беморларнинг қони ва сўлагида ИЛ-6 ва ИЛ-10 нинг даражаси, асоратлашда кўп ўлчамли лаборатор маркерларининг ташҳислаш ва сурункали генераллашган пародонтитга чалинган беморларда қон томирлар эндотелийси дисфункциясининг эрта бузилишларини ташҳислаш мезонларини ишлаб чиқишдан иборат.*

Калит сўзлар: *суринкали генераллашган пародонтит, қон, сўлак, цитокинлар.*

Давлатова Дилрабо Давлатназаровна – ассистент
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ УРОВНЕЙ ЦИТОКИНОВ TNF, ИЛ-6 и ИЛ-10 В КРОВИ И СЛЮНЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Аннотация: *данная статья восполняет роль системы гемостаза в патогенезе нарушений агрегации тромбоцитов и микроциркуляции у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом; оценка уровня окислительного стресса по состоянию антиоксидантной системы YOPO в крови и слюне пациентов с хроническим периодонтитом заключается в развитии мекснизма, уровне ИЛ-6 и ИЛ-10 в крови и слюне пациентов, диагностике многомерных лабораторных маркеров при осложнениях и диагностика ранних нарушений сосудистой эндотелиальной дисфункции у пациентов с хронической*

Ключевые слова: *генерализованный пародонтит, хроническим, кровь, слюна, цитокины.*

Davlatova Dilrabo Davlatnazarovna – assistent
Urgench branch of Tashkent Medical Academy

DETERMINATION OF THE SIGNIFICANCE OF THE LEVELS OF TNF, IL-6 AND IL-10 CYTOKINES IN BLOOD AND SALIVA IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS

Abstract: *this article replenishes the role of the hemostasis system in the pathogenesis of disorders of platelet aggregation and microcirculation in patients with chronic generalized periodontitis; assessment of the level of oxidative stress on the state of the YOPO antioxidant system in the blood and saliva of patients with chronic periodontitis consists in the development of mexnism, the level of IL-6 and IL-10 in the blood and saliva of patients, the diagnosis of multidimensional laboratory markers for complications and diagnosis of early disorders of vascular endothelial dysfunction in patients with chronic.*

Keywords: *generalized chronic periodontitis, blood, saliva, cytokines.*

Тадқиқотнинг долзарблиги. Сурункали пародонтит дунёдаги энг кенг тарқалган оғиз касалликларидан биридир. Тахминларга кўра, катталар аҳолисининг тахминан 53,2% ўртача ва оғир периодонтитдан азият чекади ва аҳолининг 11% оғир пародонтит билан касалланган. 50-17 ёшдаги дунёнинг турли минтақалари аҳолисининг тахминан 60% пародонтал касалликнинг турли шаклларига эга. Пародонт тўқималарини хронизазациялашни тақозо этувчи сабаблар ҳозирга қадар кам ўрганилганлигига қоляпти, бу эса унинг олдини олиш ва даволаш тадбирларининг самарадорлиги паст эканлигини белгилаб беради. Тўпланган маълумотлар сурункали генераллашган кўп омиллилик эҳтимолини энг юқори деб ҳисоблаш имконини беради. Соғломликдан касаллик томон бориш аста секин рўй беради ҳамда функционал резервнинг тугаб бориши ва мослашиш қобилиятининг пасайиши билан биргаликда юз беради. Айрим тадқиқотчилик маълумотлари СГПнинг рўй беришидаги нерв, иммун, гормонал, барьерли механизмларнинг роли тўғрисидаги замонавий тасаввурларга мос келади. Врач стоматолог ишининг самарадорлиги кўп ҳолларда бемор саломатлигини интегратив англашга, гомеостазнинг асосий параметрларини, организмнинг фон реактивлигини мажмуавий баҳолашга боғлиқдир

[1.35.7.9]. Юқори самарали диагностик қарорлар кенг кўламли ташҳислаш усулларининг маълумотлари асосидагина қабул қилиниши лозим. Пародонт тўқималарнинг фойдали мослашуви чегарасини патологик жараённинг бошланишини ажратиб туриш имконини берадиган ташҳислаш мезонларини такомиллаштириш зарурати ҳамда сурункали генераллашган пародонтит патогенезининг аниқ механизларини аниқлаш ушбу тадқиқотнинг долзарблигини белгилаб беради.

Тадқиқотнинг мақсади. сурункали генераллашган пародонтит билан оғриган беморларда қон ва сўлакдаги тнф, ил-6 ва ил-10 цитокинлар даражасининг аҳамиятини аниқлашни такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқот объекти бўлиб генераллашган пародонтит билан касалланган 40-45 ёшдаги 65 нафар беморлар олинган.

Натиижа ва таҳлиллар. Қон томирлар эндотелийсининг функционал ва таркибийзараланиши СГП да гемостазнинг қон томир тромбоцитар бузилишлари билан биргаликда рўй беради.

Оғиз бўшлиғи орган ва тўқималарининг касалликларини ташҳислашда оғиздан олинадиган суюқликнинг биокимёвий тадқиқотларига катта рол ўйнайди, чунки СГП нафақат пародонт тўқималарида юз берадиган морфологик зарарланишлар билан, балки биокимёвий кўрсаткичлардаги жиддий тафовутлар билан ҳам биргаликда рўй беради, бу эса оғиз бўшлиғида метаболик жараёнлар бузилишининг қанчалик чуқурлигигини акс эттиради. Бу борада СГП ни ташҳислаш ва башоратлаш учун саливар кўрсаткичлардан фойдаланиш имкониятларига таборо кенгроқ эътибор қаратилмоқда. СГП га чалинган беморларнинг 65 нафарида сўлакдаги ИЛ- 6 ва ИЛ-10 нинг даражасини баҳолаш учун рағбатлантирилмаган аралаш сўлакни йиғиш стандарт усул бўйича ўтказилди. (1 жадвал)

1-жадвал.

СГП билан касалланган беморлар сўлагида ФНО – альфа, ИЛ – 6, ИЛ – 10 ларнинг миқдори (нг/мл)

Кўрсаткичлар	ФНО альфа	ИЛ-6	ИЛ-10
СГП билан касалланган беморлар (п=65)	4,83+0,41	5,01 + 0,31	2,2+ 0,14
Соғлом шахслар (п=12)	2,15+0,13	3,42+ 0,13	0,59+ 0,04

СГП билан касалланган беморлар сўлагида ИЛ-6 ва ИЛ-10 нинг миқдори мос ҳолда СС га нисбатан 3 ва 3,7 баробар кўп бўлган. Олинган натижалар биз қонда ИЛ-6 ва ИЛ-10 нинг миқдори бўйича олган натижаларимизга мос бўлган.

Шундай қилиб, СГП билан касалланган беморлар сўлагида тадқиқ этилаётган ИЛ нинг юқори даражаси эндотелиацитлар дисфункцияси жараёни билан бирга борадиган иммуно яллиғланиш реакцияси мавжуд бўлган ҳолатда гистогематик тўсиқлар, хусусан ГСБ нинг актив ишлашидан далолат беради [2.4.6.7.8.10].

Липидларнинг перекисли оксидланиш жараёнларининг ўсиб бориши ва антиоксидантли ҳимоя қувватининг пасайиши оксидли стресснинг ривожланиши учун шароит яратадики. Шу фонда оғиз суюқлигининг антибактериал ҳимояни таъминлаш қобилияти пасаядики, бу кейинчалик тишларни йўқотишга олиб келади, беморларнинг турмуш сифатини ёмонлаштиради. Бундай шароитда ҳам ўзига хос иммуно кимёвий, ўзига хос резистентликнинг маҳаллий ҳимоя омиллари катта рол ўйнайди. Маҳаллий ҳимоя тизимини аввало оғиз бўшлиғидаги лизоцим ферменти ва цероплазминнинг оксидаз фаоллигида ифодаланувчи оқсил ташкил этади.

2-жадвал.

Сурункали генераллашган пародонтитда ўзига хос бўлмаган ҳимоя компонентларининг ўзгаришлари (M±m)

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи,n = 12	СГПга чалинган беморлар, n = 65
Лизоцим миқдори, мкг/мл	15,8 ± 0,81	18,1*± 0,99
Церулоплазмин миқдори, мг/л	79,2 ± 5,86	123,9*± 9,67

***Изоҳ:** * -назорат гуруҳига нисбатан ишончлиги*

Олинган маълумотларга кўра турли даражадаги адентия фонида сурункали генераллашган пародонтит билан касалланган беморларнинг оғиз суюқлигидаги лизоцим миқдори аҳамиятли даражада пасайиши билан бирга рўй беради, у ўртача 33,2 ни ташкил қилади.

Бу оғиз бўшлиғидаги тўқималарнинг хос бўлмаган резистентлигининг анча заифлашиб қолганидан далолат беради, бу эса албатта оғиз суюқлигининг патоген омилларининг зарарлантирувчи ҳатти ҳаракатларига қарши курашиш қобилиятининг заифлашувига олиб келади [9.11.13.14].

Оғиз суюқлигида унинг ҳимоя функциясини белгиловчи компонентлар мавжуд бўлиб, улар ферментлар, яъни комплемент тизимининг таркибий қисмлари ҳамда иммуноглобулинлардир. Оғиз суюқлигида S-IgA концентрациясининг

ўзгариши нафақат пародонт тўқималар патологияси мавжуд деб фараз қилиш имконини бериши, балки ўтказиладиган даволашнинг самарадорлигини баҳоловчи восита бўлиб хизмат қилиши ҳам мумкинки, регенерация жараёнларининг оптимал кечиши шунга боғлиқдир.

Тадқиқот натижасида S-IgA зардоб ва оғиз суюқлигида 0,17 ± 0,02 ва 139,14 ± 11,3 мкг/мл бўлиши аниқланган. (3 жадвал)

3-жадвал.

Интакт пародонтга чалинган кўпчиллиларнинг зардоби ва оғиз суюқлигида S-IgA нинг концентрацияси, n=12

S-IgA нинг концентрацияси	
Зардоб мкл/л	Оғиз суюқлиги (мкг/мл)
0,17±0,02	139,14±11,3

СГП билан касалланган беморлар зардобида дастлабки концентрация ишончли равишда юқори бўлган, оғиз суюқлигида эса нисбатан ишончли тарзда паст бўлган, яъни мос равишда 0,19± 0,1 ва 41,13 ± 3,51 мкг/мл, бу оғиз бўшлиғининг микробли инвазия борасида шиллиқ қавтларнинг барқарорлигига путур етказади, чунки S-IgA концентрациясининг аҳамиятли даражада пасайиши пародонт тўқималарнинг хар хил таъсирларга нисбатан, жумладан бактерия ва вируслар таъсири учун заиф қилиб қўяди, S-IgA нафақат антигенларни боғлайди, балки эндокрин секретларда мавжуд лизоцимнинг антибактериал ҳаракатини анча кучайтиради.

Бизнинг олдимизга қўйилган вазифалардан бири гемостаз тизимидаги ўзгаришларнинг тавсифини ўрганиш эди. Ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, сурункали генераллашган пародонтит билан касалланган беморларда фаоллаштирилган порциал тромбопластина вақти ва протромбин вақти назорат гуруҳидагиларникига нисбатан қисқароқ экан. Ушбу маълумотлар шундан далолат берадики, сурункали генераллашган пародонтит билан касалланган беморларда қоннинг коагулянтлик касаллари бузилган бўлиб, у тўқимали протромбизани фаоллаштириш, қоннинг антитромбинли ва антикоагулянт фаоллигини пасайтириш билан шартланганки, буни ДВС синдромнинг гиперкоагуляцион фазасининг намоён бўлиши сифатида баҳолаш мумкин. Сурункали генераллашган пародонтитга чалинган беморларда оғиз суюқлигининг компонентлари таъсирида фаоллаштирилган парциал тромбопластин вақти, протромбин вақти ва тромбин вақтнинг қисқариши рўй беради [10.12.13.14].

Бу маълумотлар шуни кўрсатадики, пародонтитнинг генераллашган шакллари билан касалланган беморларнинг оғиз суюқлиги компонентлари, ва аввало унинг таркибига кирувчи оқсиллар қоннинг реологик хоссалари бузилишини эритроцитлар агрегациясининг ошиши ҳисобидан кучайтиради ва қоннинг коагулянтлик салоҳиятини кўтаради, бу эса янада юксак даражада пародонт тўқималарнинг микроциркуляциясидаги силжишларга олиб келиши мумкин. Сурункали генераллашган пародонтитга чалинган беморларда қайд этилган микроциркуляциянинг бузилишлари ушбу касалликнинг вужудга келиши ва ривожланишининг муҳим патогенетик бўғинларидан бири бўлиши мумкин. Бунда беморларнинг сўлаги қоннинг коагуляцион хоссалари кўрсаткичларига нисбатан камроқ даражада ифодаланган таъсир кучига эга.

Хулоса. Шундай қилиб, ГП да оғиз бўшлиғининг гемостази аҳамиятли даражада оғиз суюқлигининг таркиби ва физик кимёвий хоссалари билан, биокимёвий кўрсаткичлардаги фарқлар билан белгиланади, улар организмда ва қондаги ўзгаришлар билан узвий алоқадордир. Биз олган суюқлиги ва қондаги маълумотлар сурункали генераллашган пародонтит билан касалланган беморларда клиник жиҳатдан интакт пародонтли шахсларникига нисбатан ишончли тарзда юқори бўлиб, пародонтитнинг оғирлик даражасини, пародонтал чўнтакларнинг чуқурлигини ва милкларнинг қонли даражасини ишончли тарзда акс эттиради.

Адабиётлар.

1. Усманова Ш.Р., Давлатова Д.Д. Дисфункция эндотелиоцитов у больных хроническим генерализованным пародонтитом // Журнал «Интернаука» № 44 (173), часть 1, 2020 г. - С. 62-64

2. Усманова Ш.Р., Давлатова Д.Д., Фахиддинов Ж.С., Йулдашов А.А., Отажонов Б. Дисфункции эндотелиальных клеток хроническим генерализованым пародонтитом у больных с артериальной гипертензией // Сборник тезисов Республиканской научно – практической конференции с международным участием «Дни молодых учных». Ташкент. 29 апреля 2022г. – С.229

3. Усманова Ш.Р., Давлатова Д.Д., Сафоев М.Р., Отажонов Б., Бахриддинов Ш., Бегматов А. Значение саливарных показателей в диагностике и прогнозировании заболеваний пародонта // Сборник тезисов Республиканская научно-практическая, онлайн конференция с международным участием ДНИ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ посвящённая году «Поддержки молодежи и укрепления здоровья населения». Ташкент 28 апреля 2021 г.- С. 221-224

4. Mirsalikhova F. L. Efficiency of the micro-preperation method in treatment of children caries //Scientific researches for development future: medicine and natural science San Francisco, USA 15may. – 2018.

5. Mirsalikhova F. L. The importance of biophysical properties and mineralizing function of salives in children during cutting of constant teeth period //International Conference Science, Research, development Philology, Sociology and culturologyBerlin30-31.05. – 2018.

6. Lukmonovna M. F. Upgraded approach and methods of use of modern theory comprehensive prevention programs dental caries in children // European science review. – 2016. – №. 9-10. – С. 110-112.

7. Мирсалихова Ф. Л. Особенности биофизических свойств и минерализующей функции слюны у детей в период прорезывания постоянных зубов //Клиническая стоматология. – 2016. – №. 4. – С. 4-6.

8. Mirsalikhova F. L. Indications for the Comprehensive Prevention and Treatment of Dental Caries in Children with Cerebral Palsy Eronov Yo. K //Annals of RSCB. – 2021. – Т. 25. – №. 1. – С. 5705-5713.

9. Мирсалихова Ф., Хамидов И. Характеристика микробиоценоза мягких тканей пародонта у школьников //Stomatologiya. – 2019. – Т. 1. – №. 4 (77). – С. 40-42.

10. Eronov Y. Q., Mirsalixova F. L. Treatment of chronic catarrhal gingivitis in children with disabilities improvement //World Bulletin of Social Sciences. – 2021. – Т. 3. – №. 10. – С. 71-74.

11. Eronov Y. Q., Mirsalixova F. L. Diagnosis, prophylaxis and treatment of chronic catarrhal gingivitis in children with disabilities improvement //World Bulletin of Social Sciences. – 2021. – Т. 3. – №. 10. – С. 67-70.

12. Eronov Y. Q., Mirsalixova F. L. Dynamics of the prevalence of diabetes and the study of dental status in children of the bukhara region //International Journal of Applied Research. – 2019. – Т. 5. – С. 151.

13. Eronov Y. K., Mirsalikhova F. L. Indications for the comprehensive prevention and treatment of dental caries in children with cerebral palsy //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – Т. 25. – №. 1. – С. 5705-5713.

14. Eronov Y. Q., Kamalova M. Q. Evaluation of caries prevalence in children with cerebral palsy //Academicia: an international multidisciplinary research journal. – 2020. – Т. 10. – С.85-87.

Холикова Адлия Омануллаевна - д.м.н**.**
Халимова Наргиза Юсуфовна - Ph.D. докторант
Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии имени акад. Ё.Х. Туракулова

ОЦЕНКА НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЖДУНАРОДНЫХ ШКАЛ - MMSE И МОНРЕАЛЬСКОЙ КОГНИТИВНОЙ ШКАЛЫ (MOCA)

Аннотация*. В настоящее время клиницисты часто сосредотачиваются на краткосрочных или прямых последствиях, вызванных ГПРЛ, таких как аменорея с нарушением половой функции, проблемы связанные с молочной железой, а долгосрочные эффекты ГПРЛ часто упускаются из виду. Среди них особое место занимает когнитивная дисфункция (КД) при ГПРЛ. Когнитивный контроль, также известный как исполнительный контроль, представляет собой когнитивный процесс высокого уровня, определяемый как регуляция исполнительных функций при интеграции поступающей информации, восприятия и выполнения реакции. Этот процесс в основном включает в себя внимание, поддержание цели, переключение, рабочую память, переработка сохранённой информации, торможение и т. д. [24; с. 201-216.].*

В 1992 г. Граттан-Смит и др. [25; с.626-631] провели первое соответствующее исследование, указав, что нейропсихологические изменения очень часто наблюдаются у пациентов с аденомами гипофиза (АГ) и поэтому требуют клинического внимания. После этого исследования Meyers V.A. et al. [26 с.168-172] сообщил, что по его данным частота когнитивной дисфункции при АГ достигала 50%.

Некоторые исследования выявили нарушение когнитивной функции у пациентов с гормонально-активными АГ и пришли к выводу, что гиперпродукция гормонов может иметь когнитивную токсичность [27; с. 1065-1078;28; с.204-211; 29; с.247-254]. Итак появилась идея исследования когнитивной дисфункции у пациенток с гиперпролактинемией. Мини-обследование психического состояния (MMSE) и Монреальская когнитивная оценка (MoCA) являются наиболее часто используемыми методами выявления когнитивных нарушений как в клинической, так и в исследовательской областях. Вместе с тем, у пациенток с ГПРЛ такие исследования нейрокогнртивных нарушений не проводилось и исследования с помощю международних шкал выполнялись в единичных работах.

Цель исследования *– изучить нейрокогнитивные нарушения у женщин фертильного возраста с функциональной гиперпролактинемией*

Методология раскрытия проблемы исследования. *Были обследованы 162 пациенток фертильного возраста с синдромом функциональной гиперпролактинемии (ГПРЛ), которые наблюдались в РСНПМЦЭ за период 2021-2022 гг. Возраст больных колебался от 25-до 45 лет и в среднем составил 34±6,5лет. Были использованы клинические, лабораторно инструментальные, и гормональные исследования крови; а также проведенена оценка когнитивных нарушений с помощью международних шкал MMSE и MoCA.*

Результаты исследования. *Достоверные тенденции увеличения распространенности ЛКН наблюдались наряду с возрастающими значениями пролактина и по мере длительности заболевания как по данным MMSE, так и MoCA.*

Заключение: *Достоверные тенденции увеличения распространенности ЛКН наблюдались наряду с возрастающими значениями пролактина как по данным MMSE, так и MoCA. 2.Результаты этого исследования показали, что MMSE и MoCA имели хорошую корреляцию для выявления ЛКН у женщин фертильного возраста от 18 до 44 лет и старше с гиперпролактинемией.*

Ключевые слова*: женщины, гиперпролактинемия, когнитивная дисфункция.*

Kholikova Adlia Omanullayevna - D.M.Sc.
Khalimova Nargiza Yusufovna - Ph.D. doctoral student
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology named after Academician E.H. Turakulov

ASSESSMENT OF NEUROCOGNITIVE IMPAIRMENT IN WOMEN WITH FUNCTIONAL HYPERPROLACTINEMIA BY INTERNATIONAL SCALE - MMSE SCALE AND MONTREAL COGNITIVE SCALE (MOCA)

Annotation. *Currently, clinicians often focus on the short-term or direct effects caused by GPRL, such as amenorrhea with impaired sexual function, breast problems, and the long-term effects of GPRL are often overlooked. Among them, cognitive dysfunction (CD) in GPRL occupies a special place. Cognitive control, also known as executive control, is a high-level cognitive process defined as the regulation of executive functions when integrating incoming*

information, perception, and reaction performance. This process mainly involves attention, goal maintenance, switching, working memory, processing stored information, braking [24; c. 201-216.].

In 1992 Grattan-Smith et al. [25; pp.626-631] conducted the first relevant study, indicating that neuropsychological changes are very often observed in patients with pituitary adenomas (PA) and therefore require clinical attention. After this study, Meyers V.A. et al. [26p.168-172] reported that according to his data, the frequency of cognitive dysfunction in hypertension reached 50%. Some studies have revealed impaired cognitive function in patients with hormonally active hypertension and concluded that hormone hyperproduction may have cognitive toxicity [27; pp. 1065-1078;28; pp.204-211; 29; pp.247-254]. So there was an idea to study cognitive dysfunction in patients with hyperprolactinemia. The Mini-Mental Health Examination (MMSE) and the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) are the most commonly used methods for detecting cognitive impairment in both clinical and research fields. At the same time, such studies of neurocognitive disorders were not conducted in patients with GPRL and studies using international scales were performed in isolated studies.

Purpose: *was to study neurocognitive disorders in women of fertile age with functional hyperprolactinemia.*

Results: *Significant trends in the increase in the prevalence of LCN were observed along with increasing prolactin values and with the duration of the disease, according to both MMSE and MoCA data.*

Materials and methods: *162 patients of fertile age with functional hyperprolactinemia syndrome (HPRL) were examined, who were observed in the RNPMCE for the period 2021-2022. The age of the patients ranged from 25 to 45 years and averaged 34 ± 6.5 years. Clinical, laboratory instrumental, and hormonal blood tests were used; as well as an assessment of cognitive impairment using the international MMSE and MoHS scales.*

Conclusion: *Significant trends in the increase in the prevalence of LCN were observed along with increasing prolactin values according to both MMSE and MoCA data. 2.The results of this study showed that MMSE and MoCA had a good correlation for the detection of LCN in women of fertile age from 18 to 44 years and older with hyperprolactinemia.*

Key words*: women, hyperprolactinemia, cognitive dysfunction.*

Xolikova Adliya Amanullayevna - t.f.d.
Xalimova Nargiza Yusufovna - Ph.D. doktoranti
Akademik Y.X. Turaqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy Endokrinologiya tibbiyot markazi

FUNKSIONAL GIPERPROLAKTINEMIYAGA EGA AYOLLARDA NEYROKOGNITIV BUZILISHLARNI XALQARO TEKSHIRUV TESTLARDA MMSE VA MONREAL KOGNITIV SHKALASI (MOCA) YORDAMIDA BAHOLASH NATIJALARI

Dolzarbligi. *Hozirgi vaqtda klinisyenlar ko'pincha GPRL keltirib chiqaradigan qisqa muddatli yoki to'g'ridan-to'g'ri oqibatlarga e'tibor berishadi, masalan, jinsiy funktsiyasi buzilgan amenore, sut bezlari bilan bog'liq muammolar va GPRLning uzoq muddatli ta'siri ko'pincha e'tibordan chetda qoladi. Ular orasida GPRLda kognitiv disfunktsiya (KD) alohida o'rin tutadi. Kognitiv nazorat, shuningdek, ijro etuvchi nazorat deb ham ataladi, bu yuqori darajadagi kognitiv jarayon bo'lib, kiruvchi ma'lumotlar, idrok va javobni amalga oshirishda ijro etuvchi funktsiyalarni tartibga solish sifatida tavsiflanadi. Ushbu jarayon asosan e'tiborni, maqsadni saqlashni, almashtirishni, ishlaydigan xotirani, saqlangan ma'lumotlarni qayta ishlashni, tormozlashni va boshqalarni o'z ichiga oladi. [24; V. 201-216.].*

1992 yilda Grattan-Smit va boshq. [25; V. 626-631] gipofiz adenomasi (GA) bo'lgan bemorlarda neyropsikologik o'zgarishlar juda tez-tez uchrab turishini va shuning uchun klinik e'tiborni talab qilishini ko'rsatib, birinchi tegishli tadqiqotni o'tkazdi. Ushbu tadqiqotdan so'ng Meyers V. A. va boshq. [26 c.168-172] uning ma'lumotlariga ko'ra, GAda kognitiv disfunktsiya darajasi 50% ga etgan. Ba'zi tadqiqotlar gormonal faol GA bo'lgan bemorlarda kognitiv funktsiyaning buzilishini aniqladi va gormonlarning haddan tashqari ko'payishi kognitiv toksiklikka ega bo'lishi mumkin degan xulosaga keldi [27; V. 1065-1078;28; V. 204-211; 29; V. 247-254]. Shunday qilib, giperprolaktinemiya bilan og'rigan bemorlarda kognitiv disfunktsiyani o'rganish g'oyasi paydo bo'ldi. Mini ruhiy holatni tekshirish (MMSE) va Monreal kognitiv baholash (MoCA) klinik va tadqiqot sohalarida kognitiv buzilishlarni aniqlashning eng ko'p qo'llaniladigan usullari hisoblanadi. Shu bilan birga, GPRL bilan og'rigan bemorlarda neyrokognertiv kasalliklar bo'yicha bunday tadqiqotlar o'tkazilmagan va xalqaro miqyosda tadqiqotlar alohida ishlarda olib borilgan.

Mini-mental ruhiy so'rovnomasi (MMSE) va Monreal kognitiv baholash (MoCA) klinik va tadqiqot sharoitida kognitiv buzilishlarni aniqlash uchun eng ko'p qo'llaniladigan usullardir. Biroq, GPRL bilan og'rigan bemorlarda bunday tadqiqotlar alohida izlanishlar o'tkazildi.

Maqsad *- funkcional giperprolaktinemiyasi bor tug`ruq yoshidagi ayollarda neyrokognitiv buzilishlarni o`rganish.*

Materiallar va usullar: *2021-2022 yillar davomida Yo.X. To`raqulov nomidagi Respublika Ixtisoskashtirilgan Ilmiy-Amaliy Tibbiyot Endokrinologiya Markazida kuzatilgan funktsional giperprolaktinemiya sindromi (fGPRL) bilan tug'ruq yoshidagi 162 nafar bemor tekshirildi. Bemorlarning yoshi 25 yoshdan 45 yoshgacha bo'lib, o'rtacha 34±6,5 yoshni tashkil etdi. Ush bu bemorlarda qonning gormonal va biokimyoviy tahlillari; klinik va instrumental tekshiruvlar va xalqaro shkalalar MMSE va MoCA yordamida kognitiv buzilishlar darajasiga baho berildi.*

Tadqiqot natijalari*. Engil darajadagi kognitiv buzilishlar tarqalishining ko'payishini ishonchli tendentsiyalari prolaktin qiymatlarining oshishi bilan bir qatorda MMSE va MoCA ma'lumotlariga ko'ra kasallikning davomiyligi bilan kuzatildi.*

Xulosa: *MMSE va MoCA ma'lumotlariga ko'ra prolaktin qiymatlarining oshishi bilan birga kognitiv buzilishlar tarqalishining ishonchli tendentsiyalari kuzatildi. Ushbu tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, MMSE va MoCA giperprolaktinemiya bilan kasallangan 18 yoshdan 44 yoshgacha bo'lgan tug'ish yoshidagi ayollarda kognitiv buzilishlarni aniqlash uchun ijobiy korrelyatsiyaga ega.*

Kalit so'zlar*: ayollar, giperprolaktinemiya, kognitiv disfunktsiya.*

Введение. Скрининговые тесты играют решающую роль в диагностике нейрокогнитивных нарушений, поэтому они должны быть очень чувствительными для оценки легких когнитивных нарушений (ЛКН). В настоящее время мини-обследование психического состояния (MMSE) является наиболее часто используемой шкалой для оценки когнитивных функций, хотя утверждается, что он неточен для определения ЛКН. Монреальский когнитивный тест (MoCA) был создан как альтернатива MMSE и он использовался для определения легких и умеренных когнитивных нарушений. **Анализ литературы по теме.** Когнитивная дисфункция тяжелой степени выраженности является основной причиной инвалидности у людей старше 65 лет во всем мире, что создает огромные проблемы для пациентов и членов семей [1].Легкие когнитивные нарушения (ЛКН) представляют собой доклиническую, переходную стадию между здоровым когнитивным старением и деменцией и затрагивают 10–15% населения старше 10 лет. 65 [2].Хотя 20–30% людей с ЛКН вернутся к норме при последующем наблюдении [3], существует 5–10% ежегодная скорость прогрессирования деменции у людей с ЛКН, и УКН что намного выше, чем 1–2% заболеваемость в год среди населения в целом [4].Более того, было высказано предположение, что примерно у 50% пациентов с гиперпролактинемией и когнитивными нарушениями в течение 5 лет развивается деменция [3]. ЛКН представляют собой то, что исследователи и врачи считают «окном», в которое можно вмешаться и задержать развитие таких грозных осложнений деменции [2].Таким образом, крайне важно провести скрининг ЛКН и уточнить потенциальные факторы, влияющие на ЛКН у молодых женщин, фертильного возраста из группы риска в рамках крупномасштабных исследований, направленных на улучшение когнитивных функций и замедление прогрессирования деменции. Что касается инструментов когнитивного скрининга, то мини-обследование психического состояния (MMSE) и Монреальская когнитивная оценка (MoCA) являются наиболее часто используемыми методами выявления когнитивных нарушений как в клинической, так и в исследовательской областях [5,6,7,8]. Было широко установлено, что MoCA превосходит MMSE в обнаружении ЛКН, поскольку MMSE имел более низкую чувствительность в различных условиях исследования [9,10,11,12,13]. Более того, MoCA показал различия в когнитивном профиле даже у тех, у кого результаты по MMSE находились в пределах нормы, и может оказаться полезным кратким инструментом для оценки когнитивных способностей у людей с MCI, особенно там, где эффект потолка MMSE проблематичен [8,14,15]. Таким образом, исследования в нескольких регионах также необходимы для подтверждения соответствия между MMSE и MoCA при идентификации ЛКН, что может привести к различным и новым результатам из-за большого размера выборки. [16,17]. Кроме того, понимание потенциальных и поддающихся изменению факторов риска когнитивных нарушений в некоторой степени имеет решающее значение для защиты, лечения и вмешательства в опасном состоянии ЛКН, тем самым может задержать прогрессирование деменции. Исследования, проведенные на сегодняшний день, выявили несколько факторов, таких как возраст, пол, образовательный и профессиональный уровень, брак, доход, психологическое благополучие, физические упражнения, социальная активность, диета и история хронических заболеваний [18,19,20,21,22], но некоторые из этих результатов были противоречивыми, это может быть связано с разными странами происхождения исследования, а также с неоднородностью методов исследования, включая возрастной диапазон и использование различных методов когнитивной оценки и диагностических критериев. Особенно сильное влияние на производительность MMSE и MoCA оказало образование [23,24], и наблюдался непредсказуемый эффект того, что люди с более высоким уровнем образования работали хуже по сравнению с людьми с меньшим образованием [24]. Также

необходимо определить, насколько влияет ГПРЛ на когнитивную функцию у женщин молодого возраста, так как таких исследований мало. Вышеуказанное послужило причиной для настоящего исследования.

Цель исследования– изучить нейрокогнитивные нарушения у женщин фертильного возраста с функциональной гиперпролактинемией

Методология исследования: Нами были обследованы 60 пациенток фертильного возраста с синдромом функциональной гиперпролактинемии (ГПРЛ), которые наблюдались в РСНПМЦЭ за период 2021-2022 гг. Возраст больных колебался от 25-до 45 лет и в среднем составил 34±6,5лет и уровень пролактина имел от 27,9 до 80 нг/мл. Группу контроля составили 25 практически здоровых женщин, средний возраст составил 31,8±1,7 лет. В данную группу были включены женщины, не имеющие никаких жалоб, заболеваний эндокринной системы и соматическую патологию, непринимающие какие-либо препараты, не состоящие на учёте у других специалистов. Всем обследуемым проводились общеклинические, антропометрические, биохимические методы исследования. Оценка гормонального статуса путём определения уровней фоликулостимулирующего(ФСГ), тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т-4), пролактина гормонов (ПРЛ), лютеинизированного(ЛГ), эстрадиола(Э-2), тестостерона(Т), и инструментальные: ЭКГ, УЗИ щитовидной железы, внутренних органов, рентгенография органов грудной клетки и др. Исследования гормонов проводились ИХЛА и ИФА методами. Критерии включения: женщины фертильного возраста, с функциональной гиперпролактинемией (фГПРЛ), возраст от 18 до 44 лет. Критерии исключения: мужчины, беременные и лактирующие женщины, дети и подростки, соматические заболевания печени, почек, сердца, принимающие КОКи, пациентки на лучевой терапии, пациентки с ЧМТ, перенесшие оперативные вмешательства черепа и головного мозга и др., возраст старше 44 лет. Мини-обследование психического состояния (MMSE) и Монреальская когнитивная оценка (МоСА) являются наиболее часто используемыми методами выявления когнитивных нарушений как в клинической, так и в исследовательской областях. Ею пользуются отечественные и зарубежные специалисты психо невропатологи. **Краткая шкала оценки психического статуса MMSE (minimental state examination) – это короткий опросник из 30 пунктов, широко используемый для первичной оценки состояния когнитивных функций и скрининга их нарушений, в том числе деменции.** Шкала была разработана в 1975 г. (Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1975). «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician». Journal of psychiatric research 12 (3): 189-98.).Результат теста получается путем суммации результатов по каждому из пунктов от 0 до 30. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит. 1) ≥25 баллов – норма 2) 21 – 24 балла – легкие когнитивные нарушения (ЛКН) 3) 10 –20 баллов – когнитивные нарушения средней степени тяжести 4) ≤9 баллов – когнитивные нарушения тяжелой степени. Любая оценка более, чем 27 (из 30) является нормальной. **Монреальская когнитивная оценка (МоСА) — это еще один тест из 30 пунктов, охватывающий восемь когнитивных областей.** Когнитивные функции различных областей оценивались по пунктам каждого теста. Она удобна в применении и не требует лишней траты времени, максимум за 10-12 минут. Подробная информация о компонентах и соответствующих максимальных баллах для каждой области представлена в таблице 1. Дисфункция когнитивной сферы определялась как любой неправильный тест включенных вопросов, а пороговые значения были перечислены в таблице 1. Надо отметить, что при использовании шкалы следует учитывать образованность пациента тоже, пациенткам не полноценным образованием мы прибавляем 2 балла. Интерпретация результатов по МоСА аналогична MMSE. Сумма баллов по всем пунктам дает общие баллы по MMSE и МоСА соответственно в диапазоне от 0 до 30. Статистический анализ полученных результатов проводили статистическими программами “Statistica 6.0” фирмы «StatSoftInc». Результаты представлены в виде выборочного среднего и его ошибки (M±m). Статистически значимые различия определялись по критериям (ANOVA) Крускала-Уоллиса и Манна – Уитни. Во всех видах анализа достоверность принималась значимой при $p<0.05$. Анализ и результаты. Анализ жалоб наших пациентов показывает, что наиболее частыми жалобами были избыточный вес (55,5%), быстрая утомляемость (66,4%), повышенный аппетит (56,7%), снижение трудоспособности (54,3%), НМЦ (53,7%), плаксивость (74%) и депрессия (67,2%). С этими жалобами они наблюдаются у терапевтов, диетологов, кардиологов и отоларингологов. В таблице 1 даны пороговые значения для оценки когнитивной функции по MMSE и МоСА.

Таблица 1.

Пороговые значения для оценки когнитивной функции по MMSE и MoCA

Домены	MMSE		MoCA	
	Предметы / максимальное количество баллов	**Предельные значения дисфункции**	**Предметы / максимальное количество баллов**	**Предельные значения дисфункции**
Ориентац ия	Правильная ориентация во времени и месте/10	≤9/10	Ориентация во времени и месте/6	≤5/6
Исполнительная функция (послушание)	Выполнение 3-х этапного командного теста/3	≤3/4	Тест на прохождение маршрута/1	≤5/6
	Проверка команды чтения/1		Тест диапазона цифр/2	
			Беглая речь/1	
			Тест на абстракцию/2	
Расчёт	Серия 7вычитаний/5	≤4/5	Серия вычитаний одинаковых чисел из 100./2	≤2/3
Именова ние	Именование предметов (карандаш, мобильный телефон)/2	≤1/2	Именование - правильно назвать (лев, жираф, верблюд) /3	≤2/3
Повторение	Одно короткое предложение / 1	0/1	Повторить сразу 2 длинных предложения	≤1/2
Визуально конструктивные навыки	Копировать пересекающиеся пятиугольники изображение в 3D /1		Копировать рисунок куба в 3D	≤3/4
			Нарисовать циферблат часов / 3	
Постановка на учет	Повторить 3 слова / 3	≤2/3		
Отзывать	Вспомнить выше сказанные 3 слова	≤2/3	Вспомнить слова сказанные ранее / 5	≤4/5
Правописание	Написание предложения / 1	0/1		
Внимание			Тест проверка на бдительность для № «1»/1	0/1

Так же мы анализировали результаты оценки когнитивной функции по обоим шкалам. Данные анализа приведены в таблице 2.

Таблица 2.

Результаты оценки ЛКН по MMSE и MoCA (n=60)

	MMSE	**MoCA**	**Всего**
ЛКН есть	n=17 (28.3%)	n=17 (28.3%)	n=17 (28.3%)
Нет ЛКН	n = 43(71.6%)	n = 43(71.6%)	n = 43(71.6%)
Всего:	**60**	**60**	**60**

Примечание: *ЛКН-легкое когнитивное нарушение.*

Как следует из таблицы 2, В общей сложности 17 пациенток с ГПРЛ (28,3%) пациенток имели ЛКН как по MMSE, так и по MoCA, тогда как 3 пациентки (5%), у которых тесты MMSE были нормальными, дали положительный результат на ЛКН с использованием MoCA, что указывает на более чувствительность последнего. Из всей изученной выборки 40 из 60 пациенток (66,7%) имели нормальные оценки по обоим тестам.

Следующим этапом исследования явилось изучение взаимосвязи степени гиперпролактинемии и степени когнитивной дисфункции в исследуемой группе пациенток.

Достоверные тенденции увеличения распространенности ЛКН наблюдались наряду с возрастающими значениями пролактина как по данным MMSE, так и MoCA.

Выводы и рекомендации 1. Достоверные тенденции увеличения распространенности ЛКН наблюдались наряду с возрастающими значениями пролактина как по данным MMSE, так и MoCA. 2.Результаты этого исследования пока-

зали, что MMSE и MoCA имели хорошую корреляцию для выявления ЛКН у женщин фертильного возраста от 18 до 44 лет и старше с гиперпролактинемией.

Литература.

1. Jia L, Quan M, Fu Y, Zhao T, Li Y, Wei C, et al. Dementia in China: epidemiology, clinical management, and research advances. //Lancet Neurol. 2020;19(1):81 92. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30290-X.

2. Anderson ND. State of the science on mild cognitive impairment (MCI). //CNS Spectr. 2019; 24 (1): 78–87. https://doi.org/10.1017/S1092852918001347.

3. Morley JE. An overview of cognitive impairment. //Clin Geriatr Med. 2018;34(4):505 13. https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.003.

4. Sanford AM. Mild cognitive impairment. // Clin Geriatr Med. 2017; 33(3): 325 37. https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.02.005

5. Hawkins MA, Gathright EC, Gunstad J, Dolansky MA, Redle JD, Josephson R, et al. The MoCA and MMSE as screeners for cognitive impairment in a heart failure population: a study with comprehensive neuropsychological testing. //Heart Lung. 2014; 43 (5):462 8. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.05.011

6. Lim MYL, Loo JHY. Screening an elderly hearing impaired population for mild cognitive impairment using Mini-mental state examination (MMSE) and Montreal cognitive assessment (MoCA). //Int J Geriatr Psychiatry. 2018; 33(7): 972–9. https://doi.org/10.1002/gps.4880.

7. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. // J Psychiatr Res. 1975; 12(3): 189 98. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6.

8. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. //J Am Geriatr Soc. 2005; 53(4): 695–9. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.

9. Ciesielska N, Sokolowski R, Mazur E, Podhorecka M, Polak-Szabela A, Kedziora Kornatowska K. Is the Montreal cognitive assessment (MoCA) test better suited than the Mini mental state examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis. //Psychiatr Pol. 2016; 50(5): 1039 52. https://doi.org/10.12740/PP/45368.

10. Dong Y, Lee WY, Basri NA, Collinson SL, Merchant RA, Venketasubramanian N, et al. The Montreal cognitive assessment is superior to the Mini-mental state examination in detecting patients at higher risk of dementia. Int //Psychogeriatr. 2012; 24 (11):1749 55. https://doi.org/10.1017/S1041610212001068.

11. Larner AJ. Screening utility of the Montreal cognitive assessment (MoCA): in place of--or as well as--the MMSE? //Int Psychogeriatr. 2012; 24 (3): 391 6. https://doi.org/10.1017/S1041610211001839.

12 Breton A, Casey D, Arnaoutoglou NA. Cognitive tests for the detection of mild cognitive impairment (MCI), the prodromal stage of dementia: Meta-analysis of diagnostic accuracy studies. //Int J Geriatr Psychiatry. 2019; 34(2): 233–42. https://doi.org/10.1002/gps.5016.

13. Pinto TCC, Machado L, Bulgacov TM, Rodrigues-Junior AL, Costa MLG, Ximenes RCC, ¿et al. Is the Montreal cognitive assessment (MoCA) screening superior to the Mini-mental state examination (MMSE) in the detection of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer's disease (AD) in the elderly? Int Psychogeriatr. 2019; 31(4): 491 504. https://doi.org/10.1017/S1041610218001370.

14. Pendlebury ST, Markwick A, de Jager CA, Zamboni G, Wilcock GK, Rothwell PM. Differences in cognitive profile between TIA, stroke and elderly memory research subjects: a comparison of the MMSE and MoCA. //Cerebrovasc Dis. 2012;34(1):48 54. https://doi.org/10.1159/000338905.

15.. Siqueira GSA, Hagemann PMS, Coelho DS, Santos FHD, Bertolucci PHF. Can MoCA and MMSE be interchangeable cognitive screening tools? // A Systematic Review. Gerontologist. 2019;59(6):e743–e63. https://doi.org/10.1093/geront/gny126.

16 Dong Y, Yean Lee W, Hilal S, Saini M, Wong TY, Chen CL, et al. Comparison of the Montreal cognitive assessment and the Mini-mental state examination in detecting multi domain mild cognitive impairment in a Chinese sub-sample drawn from a population-based study. //Int Psychogeriatr. 2013; 25(11): 1831–8. https://doi.org/10.1017/S1041610213001129.

17. Cao L, Hai S, Lin X, Shu D, Wang S, Yue J, et al. Comparison of the Saint Louis University mental status examination, the Mini-mental state examination, and the Montreal cognitive assessment in detection of cognitive impairment in Chinese elderly from the geriatric department. //J Am Med Dir Assoc. 2012; 13(7):626 9. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.05.003.

18. Zhou DF, Wu CS, Qi H, Fan JH, Sun XD, Como P, et al. Prevalence of dementia in rural China: impact of age, gender and education. //Acta Neurol Scand. 2006; 114(4):273 80. https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2006.00641.x.

19. Zhang Q, Wu Y, Han T, Liu E. Changes in cognitive function and risk factors for cognitive impairment of the elderly in China: 2005-2014. // Int J Environ Res Public Health. 2019; 16(16): 2847. https://doi.org/10.3390/ijerph16162847.

20. Xiu S, Zheng Z, Liao Q, Chan P. Different risk factors for cognitive impairment among community-dwelling elderly, with impaired fasting glucose

or diabetes. //Diabetes Metab Syndr Obes. 2019; 12: 121–30. https://doi.org/10.2147/DMSO.S180781.

21. Xiu S, Liao Q, Sun L, Chan P. Risk factors for cognitive impairment in older people with diabetes: a community-based study. //The Adv Endocrinol Metab. 2019; 10: 2042018819836640. https://doi.org/10.1177/2042018819836640.

22. Ren L, Zheng Y, Wu L, Gu Y, He Y, Jiang B, et al. Investigation of the prevalence of cognitive impairment and its risk factors within the elderly population in Shanghai, China. //Sci Rep. 2018; 8(1): 3575. https://doi.org/10.1038/s41598-018-21983-w.

23. Din NC, Shahar S, Zulkifli BH, Razali R, Vyrn CA, Omar A. Validation and optimal cut off scores of the Bahasa Malaysia version of the Montreal cognitive assessment (MoCA-BM) for mild cognitive impairment among community dewelling older adults in Malaysia. // Sains Malaysiana. 2016; 45(9): 1337–43.

24. Vilar L, Fleseriu M, Bronstein MD. Challenges and pitfalls in the diagnosis of hyperprolactinemia. // Arq Bras Endocrinol Metabol. 2014 Feb; 58(1):9-22. Doi: 10.1590/0004-2730000003002.

25. Grattan-Smith PJ, Morris JG, Shores EA, Batchelor J, Sparks RS. Neuropsychological abnormalities in patients with pituitary tumours. // Acta Neurol Scand. 1992 Dec; 86(6): 626-31. doi: 10.1111/j.1600-0404.1992.tb05500.x.

26. Meyers CA. Neurobehavioral functioning of adults with pituitary disease. //Psychother Psychosom. 1998; 67(3): 168-72. doi: 10.1159/000012227

27 Pertichetti M, Serioli S, Belotti F, Mattavelli D, Schreiber A, Cappelli C, Padovani A, Gasparotti R, Nicolai P, Fontanella MM, Doglietto F. Pituitary adenomas and neuropsychological status: a systematic literature review. //Neurosurg Rev. 2020 Aug; 43 (4): 1065-1078. doi: 10.1007/s10143-019-01134-z.

28. Athanasoulia AP, Ising M, Pfister H, Mantzoros CS, Stalla GK, Sievers C. Distinct dopaminergic personality patterns in patients with prolactinomas: a comparison with nonfunctioning pituitary adenoma patients and age- and gender-matched controls. //Neuroendocrinology. 2012;96(3):204-11. doi: 10.1159/000335996.

29. Cesar de Oliveira Naliato E, Dutra Violante AH, Caldas D, Lamounier Filho A, Rezende Loureiro C, Fontes R, Schrank Y, Gomes de Souza R, Vaisman M, Guerra E, Sebastian A, Colao A. Quality of life in women with microprolactinoma treated with dopamine agonists. // Pituitary. 2008;11(3):247-54. doi: 10.1007/s11102-008-0091-9. P

Ортиқов Акбар Пирнапасович – ассистент
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали
Юлдашев Бахром Собиржонович – т.ф.д., доцент
Маъмун университети

ЎПКА РАКИДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Аннотация. *Мазкур мақолада Хоразм вилоятида яшовчи, ўпка раки ташҳиси билан Республика онкология ва радиология ихтисослаштирилган илмий-амалий маркази Хоразм филиалида 2020-2023 йиллар давомида даволаниб, диспансер назоратида бўлган беморларнинг биопсия баёнлари натижаларини ретроспектив ўрганишларимиздан олинган маълумотлар асосида гистологик хусусиятлари баҳоланди. Жарроҳлик ва биопсия йули билан олинган тўқималардан кесмалар олинди. Иммуногистокимёвий текширувга Bond Leica Australia (Австралия) иммуногистопроцессордан фойдаланган холда Ki67, Bcl 2, TTФ, p53 ва Цитокератин 5/6 моноклонал антителалар орқали хужайралар экспрессияси ўрганилди. Ўпка ракининг гистологик шаклларидаги гистологик ва иммуногистокимёвий ўзгаришларини микроскопик жихатидан ўрганишда олинган таҳлил натижалари баён қилинди.*

Калит сўзлар: *Ўпка раки, микроскопик ўзгаришлар, ўпка ракининг гистологик шакллари, иммуногистокимёвий текширишлар.*

Артыков Акбар Пирнапасович – ассистент
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Юлдашев Бахром Собиржонович – д.м.н., доцент
Университет Маъмун

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ РАКЕ ЛЕГКИХ

Аннотация. *В данной статье были оценены гистологические особенности тканей на основе ретроспективного изучения истории болезни и результатов биопсии пациентов с диагнозом рак легкого, проживающих в Хорезмской области и проходивших лечение и диспансерное наблюдение в Хорезмском филиале Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии в период с 2020 по 2023 годы. Срезы были взяты из тканей, полученных хирургическим путем и биопсией. Иммуногистохимическое исследование проводили с использованием иммуногистопроцессора Bond Leica Australia (Австралия) на экспрессию клеток с использованием моноклональных антител Ki67, Bcl 2, TTF, p53 и Cytokeratin 5/6. В статье представлены результаты анализа гистологических и иммуногистохимических изменений при различных гистологических формах раке легкого, полученные при микроскопическом исследовании.*

Ключевые слова*: Рак легких, микроскопические изменения, патоморфологическая характеристика рака легкого, гистологические формы рака легкого, значение иммуногистохимических исследований в диагностике рака легкого.*

Ortikov Akbar Pirnapasovich - assistant
Urgench Branch of the Tashkent Medical Academy
Yuldashev Bakhrom Sobirjonovich - D.M.Sc., associate professor
Mamun University

IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF MORPHOLOGICAL CHANGES IN LUNG CANCER

Annatation. *This article evaluates the histological characteristics of patients living in the Khorezm region, diagnosed with lung cancer, who were treated at the Khorezm branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Center for Oncology and Radiology and were under the supervision of the dispensary during 2020-2023, based on the data obtained from our retrospective study of the results of biopsy reports. Resections were taken from tissues obtained by surgery and biopsy. For immunohistochemical examination, cell expression was studied using Ki67, Bcl 2, TTF, p53 and Cytokeratin 5/6 monoclonal antibodies using Bond Leica Australia (Australia) immunohistoprocessor and the results of the analysis obtained during the microscopic study of histological and immunohistochemical changes in the histological forms of lung cancer are described.*

Key words: *Lung cancer, microscopic changes, histological forms of lung cancer, immunohistochemical tests.*

Мавзунинг долзарблиги. Ўпка раки (ЎР) энг кенг тарқалган ўсма тури бўлиб, ёмон сифатли ўсмалардан юзага келадиган ўлим таркибида биринчи ўринда туради. Ҳар йили дунё бўйлаб 2,1 миллион янги ўпка раки ҳолати қайд етилади, 1,8 миллион бемор ушбу касалликдан вафот этади.

Хозирги замон адабиётларида бу касалликнинг полиэтиологик характерга эгалиги ва унинг географик омилларга, иқлим шароитларига, ахолининг турмуш тарзига кўп жихатдан боғлиқ эканлигини тасдлиқловчи маълумотлар мавжуд. (Непомнящих Л.М. ва бошқалар, 2000; Juk A.G. ва бошқалар, 2005; FongK. ва бошқалар, 1997).

ЖССТ маълумотларига кўра, эркакларда ўпка раки ҳолатларининг 80% дан ортиғи ва аёлларда 70% га яқини никотинга қарамлик билан боғлиқ. Кунига 20 дан ортиқ сигарет чекадиган одамларда саратон ривожланиш хавфи юқори. Иккиламчи тутун ҳам касалликнинг ривожланиш хавфини ошириши мумкин.

Илмий ишнинг мақсади. Хоразм вилояти худудида яшовчи Ўпка раки билан касалланган беморлар орасида саратонининг патоморфологик характеристикасини, цитологик ва патогистологик шаклларини, беморларда ўтказилган иммуногистокимёвий текширув натижаларини ва уларнинг ташхис қўйишдаги ахамиятини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Республика онкология ва радиология ихтисослаштирилган илмий –амалий тиббиёт маркази Хоразм филиалида 2020-2023 йиллар давомида Ўпка раки ташхиси билан даволанишда бўлган 20 нафар беморларни шамли блоклардан кайта кесма олиниб иммуногистокимёвий текширишдан ўтказиш учун кайта ишлов берилиб буюм ойначасига кесмалар олиниб, ва Иммуногистокимёвий текширув усули орқали Bond Leica Australia (Австралия) иммуногистопроцессордан фойдаланган холда Ki67, Bcl 2, ТТФ, p53 ва Цитокератин 5/6 моноклонал антителалар орқали хужайралар экспрессияси ўрганилди.

Тадқиқот давомида олинган натижаларнинг мухокамаси. Тадқиқот ишлари Республика онкология илмий-амалий маркази Хоразм филиалида 2020-2023 йиллар давомида Ўпка раки касаллиги ташхиси қўйилиб, диспансерда даво муолажаларини олган 20 нафар бемор натижалари таҳлил қилинди (жадвал 1).

Жадвал 1.

Иммуногистохимик текширув учун куйидаги реагентлар танлаб олинди

№	Реагент турлари	Сони
1	Ki67 реагенти	20 та
2	P53 реагенти	20 та
3	ТТФ реагенти	20 та
4	Bcl 2 реагенти	20 та
5	Цитокератин 5/6	20 та

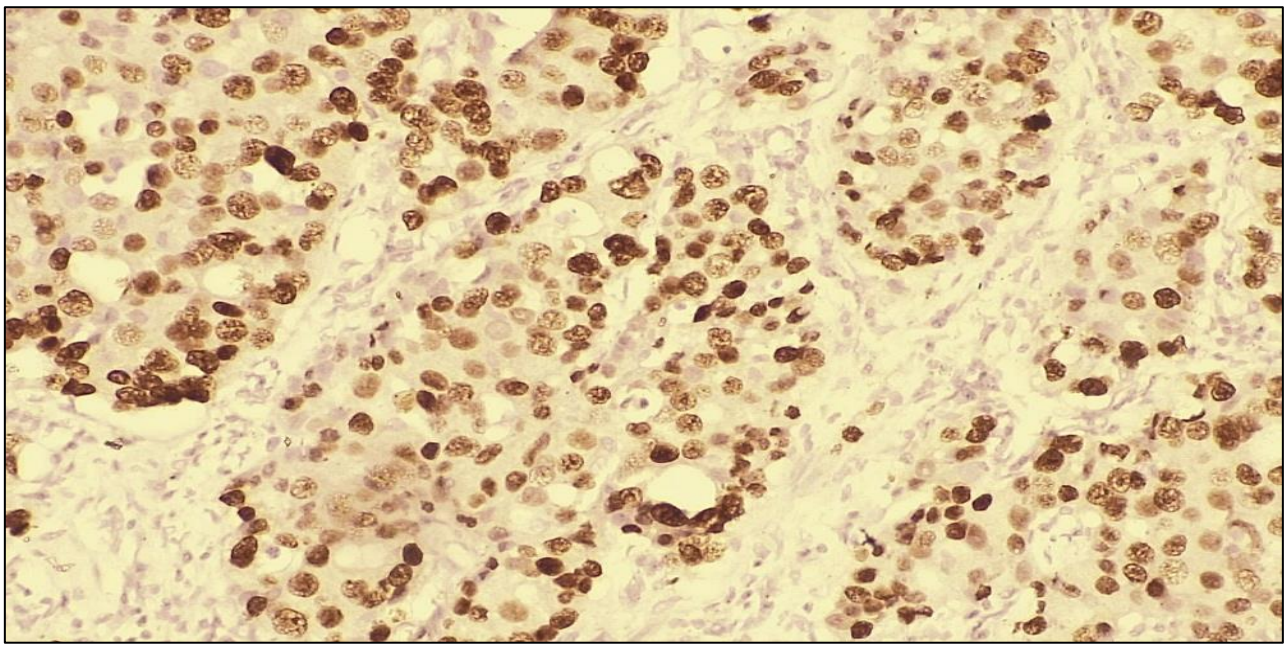
Иммуногистохимия тадқиқоти турли хил жараёнларни таҳлил қилиш учун ўтказилади. Ушбу текширув молекуляр тузилмаларни ҳужайраларда аниқлаш мақсадида, ҳужайра жойлашишини ўрганиш, ўсма касалликларини тарқалганлиги ёки гистогенезини ўрганиш учун, рак олди жараёнларни ривожланишида ушбу жараёнларни кузатиш, касалликларни прогностик кузатиладиган асоратларини аниқлаш, ўсмаларнинг босқичларини ва даволаш тактикасини аниқлаш, динамик кузатув ҳамда даволаш жараёнларини назорат қилиш, ўсма касалликлари келиб чиқиши мумкин бўлган хавф гурухларини аниқлаш мақсадларида ушбу текширув учун мухим аҳамият касб этади.

Хоразм вилояти шароитида ўпканинг но майда хужайрали саратони билан касалланган беморларни пролиферация маркерлари ёрдамида (Ki-67 оқсили ва митотик индексни ўрганиш) юқори, ўрта ва паст дифференциал даражаси ўрганилди. Ушбу текширувни ўтказиш мақсадида майда бўлмаган хужайрали саратон билан касалланган 20 та беморлар танлаб олинди. Беморларни барчасида олинган натижалар **Ki 67** - ўсма ҳужайраларининг пролифератив фаоллиги белгиси фоиз сифатида баҳоланди. Олинган натижалар енгил, ўрта ва оғир даражали позитив реакция кўринишида баҳоланди. Кузатувга олинган 20 нафар беморнинг 12 (60%) нафарида юқори даражали позитив реакция, 6 (30%) ўрта даражали позитив реакция ва 2 (10%) паст позитив реакция кузатилди. Негатив реакция жарёнлари кузатилмади. Микроскопик кўриниши бўйича ўсма ҳужайралари полиморфизмга учраган, ядролари гиперхромик кўплаб патологик митозлардан ташкил топган. Эпителияси бўшлиғида ангиоматоз қон томирлар жойлашган ва бўшашган толали бириктирувчи тўқима мавжуд. Ўсма ядролар хужайрали тўқ жигарранг ранга бўялган (жадвал 2).

Жадвал-2.

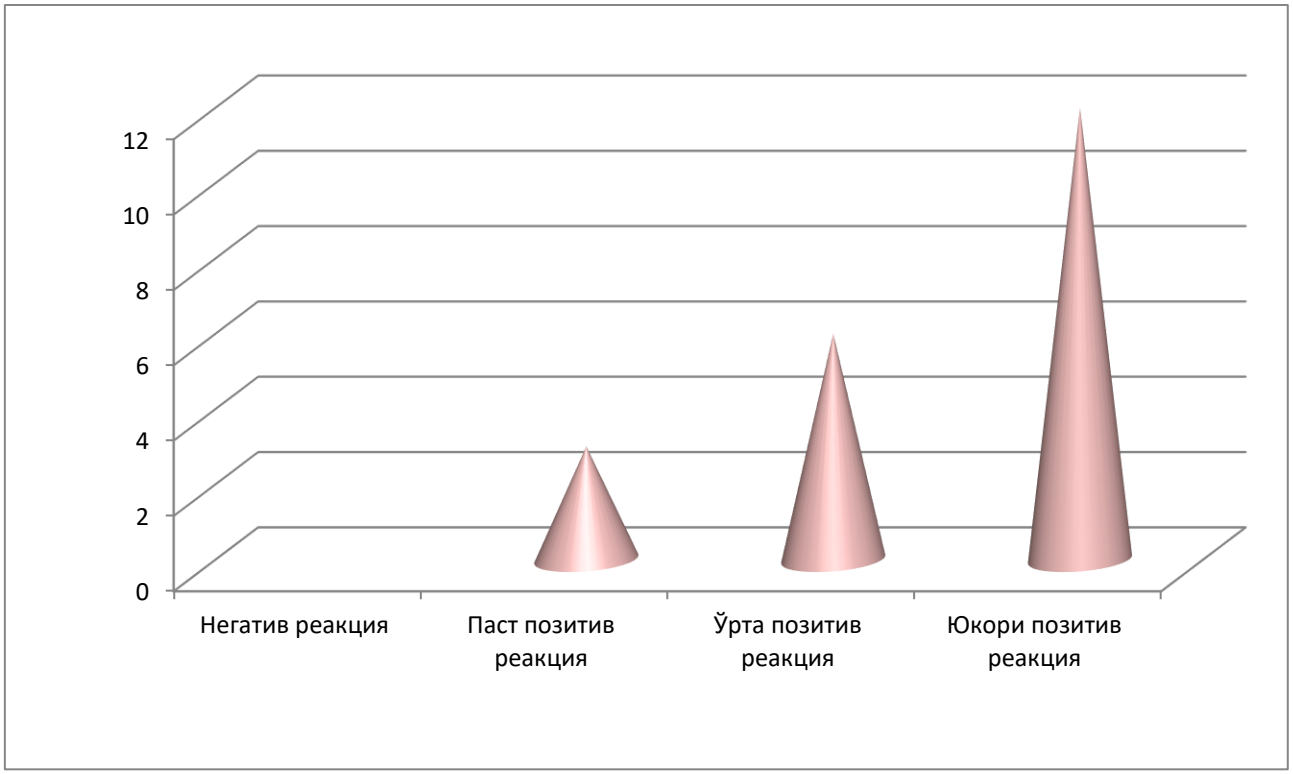
Майда бўлмаган хужайрали упка сартонида Кі 67 реагентнинг пролифератив фаоллик даражаси (№= 20).

№	**Пролифератив фаоллик даражаси**	**(№=20)**
1	<30% дан паст фаоллик	2 (10%)
2	30-60% ўрта фаоллик	6 (30%)
3	>60% юкори пролифератив фаоллик	12 (60%)



1- расм. **Майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида турида Кі 67 (80-90%) реагентнинг юкори даражали позитив реакция. ИГХ – Даб хромаген. Об10. Ок40.**

Олинган натижаларнинг диаграмма шаклда кўриниши №20



Олинган натижалар шуни курсатадики майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида пролифератив фаоллиги 12 та (60 %) беморларда юкори ва 6 та (30%) беморларда ўрта фаоллик кузатилди. Бу майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида агрессив кетиши юқорилиги далолат беради. Ядро ифодасини баҳолаш учун Ki-67 энг кўп таркибга эга бўлган зоналардаги умумий сондан ижобий рангли ядролари бўлган ўсимта ҳужайраларининг фоизини ҳисоблаб, улардан фойдаланилган. Экспрессия таҳлили микроскоп 40-60 катталаштирилганда амалга оширилди. Тадқиқот давомида микроскопнинг кўриш майдонида 100 тагача ҳужайра ўрганилди. Ўсимта ҳужайралари ядроларининг 10% дан кўпроғини жигарранг рангга бўяшда реакция ижобий деб ҳисобланиб, маркернинг максимал ифодаси соҳасида баҳоланди. Ўсимтанинг пролифератив фаоллиги Ki-67 мусбат ҳужайраларнинг фоизи сифатида баҳоланди. Ўсманинг юқори пролифератив фаоллиги Ki-67 нинг ўрта ва паст дифференцирлашган майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида кузатилди.

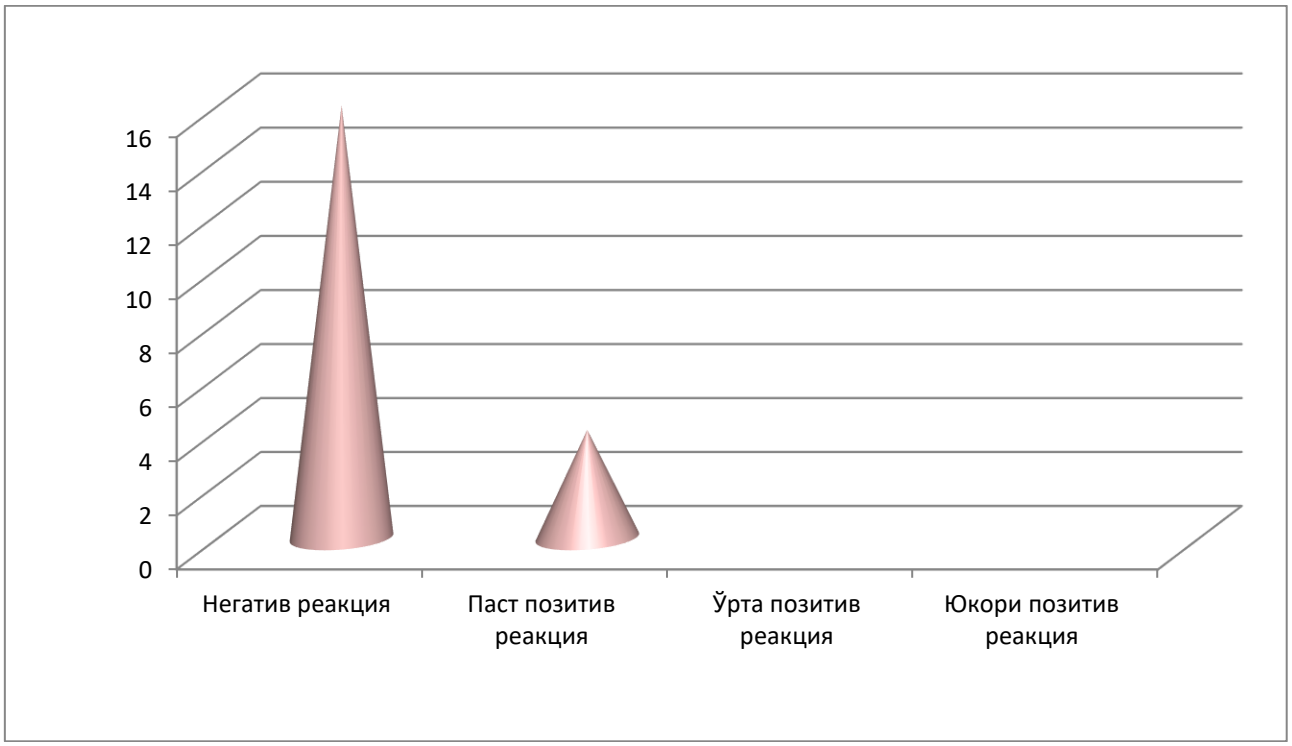
Ўпканинг майда бўлмаган хужайрали саратони билан касалланган беморларни p53 оқсили маркерлари ёрдамида ўрганилди, у ҳужайра цикли жараёнларининг боришини, шунингдек, патологиянинг кейинги ривожланишига олиб келиши мумкин бўлган геномда шикастланиш мавжудлигини назорат қилади. P53 га боғлиқ апоптоз кучли селектор бўлиб, мутациялар тўпланишини олдини олади. P53 оқсили юқори, ўрта ва паст дифференциал даражаси ўрганилди. Ушбу текширувни ўтказиш мақсадида майда бўлмаган хужайрали ўпка саратони билан касалланган 20 та беморларнинг 4 тасида (20%) паст даражали позитив реакция кузатилди. Қолган 16 нафар беморларда (80%) негатив реакция кузатилди (жадвал 3).

Жадвал 3.

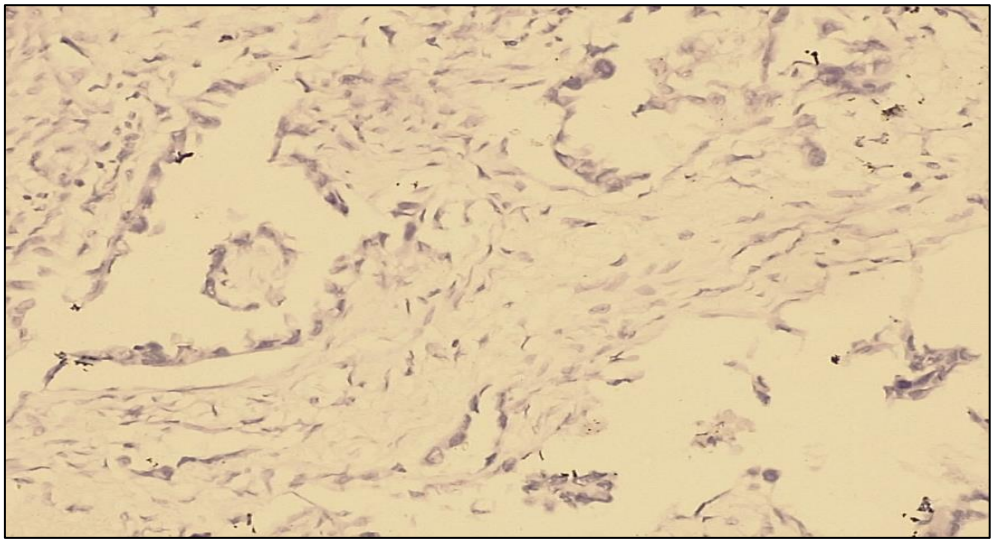
Майда бўлмаган хъужайрали ўпка саратонида p53 реагентнинг пролифератив фаоллик даражаси (№= 20)

№	**Фаоллик даражаси**	**(№=20)**
1	Негатив реакция	16 (80%)
2	<30% дан паст фаоллик	4 (20%)
3	30-60% ўрта фаоллик	-
4	>60% юкори пролифератив фаоллик	-

Олинган натижаларни диаграмма шаклда кўриниши №20



Микроскопик кўриниши бўйича ўсма ҳужайралари полиморфизмга учраган, ядролари гиперхромик кўплаб патологик митозлардан ташкил топган. Эпителияси бўшлиғида ангиоматоз қон томирлар жойлашган ва бўшашган толали бириктирувчи тўқима мавжуд. Ўсма ядроларида позитив реакция кузатилмаган.



2-расм. **Майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида турида** p53 **реагентнинг негатив реакцияси. ИГХ – Даб хромаген. Об10. Ок40.**

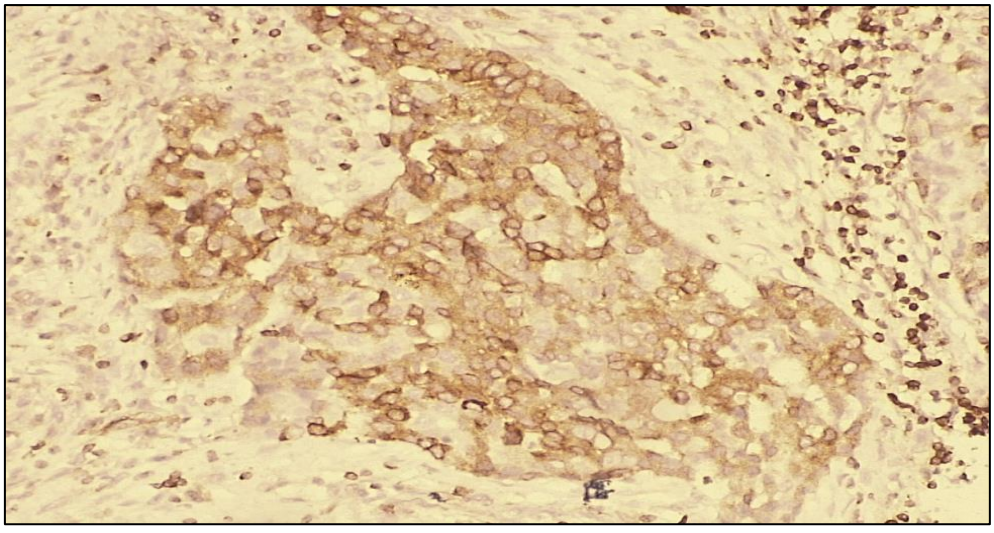
Майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида митохондриял мембрананинг ўтказувчанлигини назорат қилиш орқали ҳужайра ўлимини тартибга соладиган ўсма апоптозини ўрганишда Bcl 2 маркеридан фойдаланилди. Натижалар энгил, ўрта ва оғир даражали позитив реакция натижалари оркали бахоланди. Тадқиқот учун кузатувга олинган майда бўлмаган хужайрали ўпка саратони билан касалланган 20 нафар беморнинг 15(75%) нафарида юқори даражали позитив реакцияси, 4 (20%) нафар беморда ўрта даражали позитив реакция ва 1(5%) нафар беморда паст позитив реакция кузатилди (3-расмга қаранг).

Жадвал 4.

Майда бўлмаган хужайрали ўпка сартонида турида Bcl 2 реагентнинг пролифератив фаоллик даражаси. (№= 20)

№	Фаоллик даражаси	(№=20)
1	<30% дан паст фаоллик	1(5 %)
2	30-60% ўрта фаоллик	4 (20 %)
3	>60% юкори пролифератив фаоллик	15 (75%)

Микроскопик кўриниши бўйича ўсма ҳужайралари полиморфизмга учраган, ядролари гиперхромик кўплаб патологик митозлардан ташкил топган. Эпителияси бўшлиғида ангиоматоз қон томирлар жойлашган ва бўшашган толали бириктирувчи тўқима мавжуд. Ўсма цитоплазмаси тўқ жигарранг рангга бўялган.



3-расм. **Майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида Bcl 2 реагенининг юкори позитив реакцияси. ИГХ – Даб хромаген. Об10. Ок40.**

Майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида митохондриял мембрананинг ўтказувчанлигини назорат қилиш орқали ҳужайра ўлимини тартибга солувчи ўсма апоптозини аниқлаш мақсадида **Bcl-2** маркери ишлатилади. Майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида цитоплазмаси жигаррангга бўялиши Bcl 2 оксилини мавжудлигидан ва апоптоздан далолат беради. Тадкикотларимиз давомида майда бўлмаган хужайрали ўпка саратони билан касалланган 20 нафар беморнинг 15(75%) нафарида юқори даражали позитив реакцияси, Бундан маълум бўлдики майда бўлмаган хужайрали ўпка саратони турида Bcl 2 оксили циоплазмада кўп учраши ва ўсманинг апоптозини аниқлашда ёрдам берди.

ТТФ-1 (тироид транскрипсияси омили-1 деган маънони англатади) тироид, тимус, ўпка ва миянинг ривожланиши ва фарқланишида муҳим рол ўйнайдиган транскрипсия омилидир. Бу ядро оқсили, яъни у одатда ҳужайра деб аталадиган қисмида жойлашган ядродир.

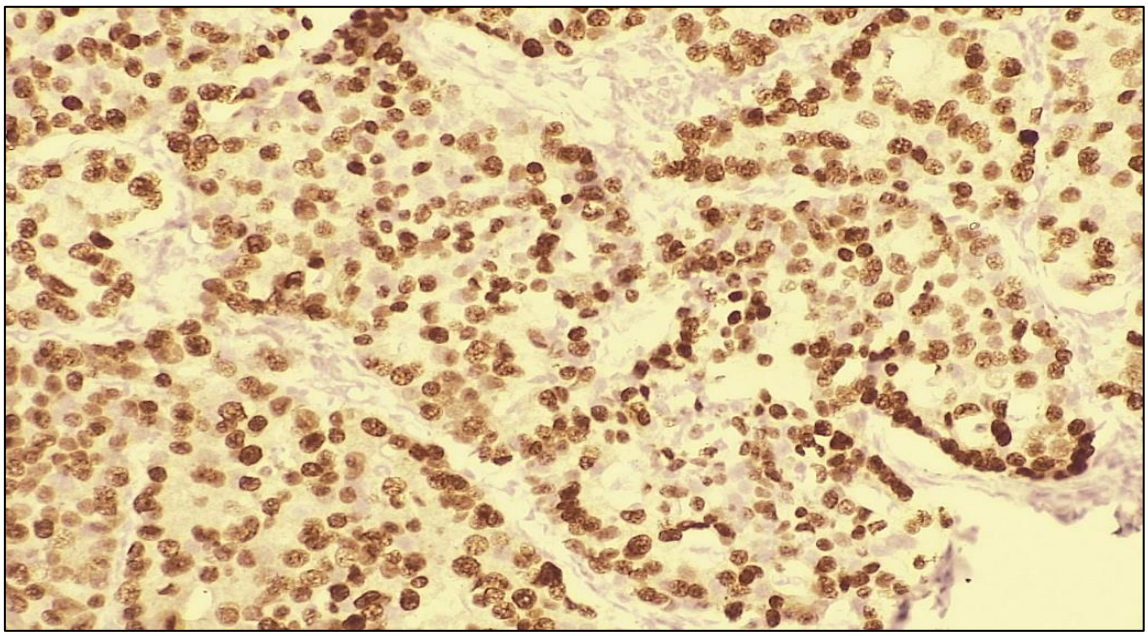
ТТФ1 ген транскрипсиясини ингибатор қилди. Тироид гормони ташувчи орқали ҳужайрага етказилади. Ҳужайра ичига киргандан сўнг, гормон геномик ёки геномик бўлмаган таъсирга эга булиб геномик сигнализация йўли билан ген транскрипсиясига бевосита таъсир қилди, Тироид гормони рецепторлари ген экспрессиясини гормон реакцияси элементлари билан боғлаш орқали бошқа ядро рецепторлари билан ёки турли хил ядро рецепторлари билан димеризация турли генларнинг регуляциясига олиб келди. Майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида 20 та иммуногистохимик текширув натижалари позитив ва негатив натижалалар оркали бахоланган 20 та беморларнинг барчасида олинган натижалар 95 % позитив реакция кўринишга эга бўлди бронх эпителияси ядроларида экспрессия холати кузилди. Танлаб олинган майда бўлмаган хужайрали саратон билан касалалнган ўпканинг шикастланиши ҳужайраларининг структуравий ва функционал хусусиятларига таъсир қилувчи жараён орқали 75 % холатида юкори гиперэкспрессия кузатилди.

Жадвал 5.

Майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида реагентнинг пролифератив фаоллик даражаси (№= 20)

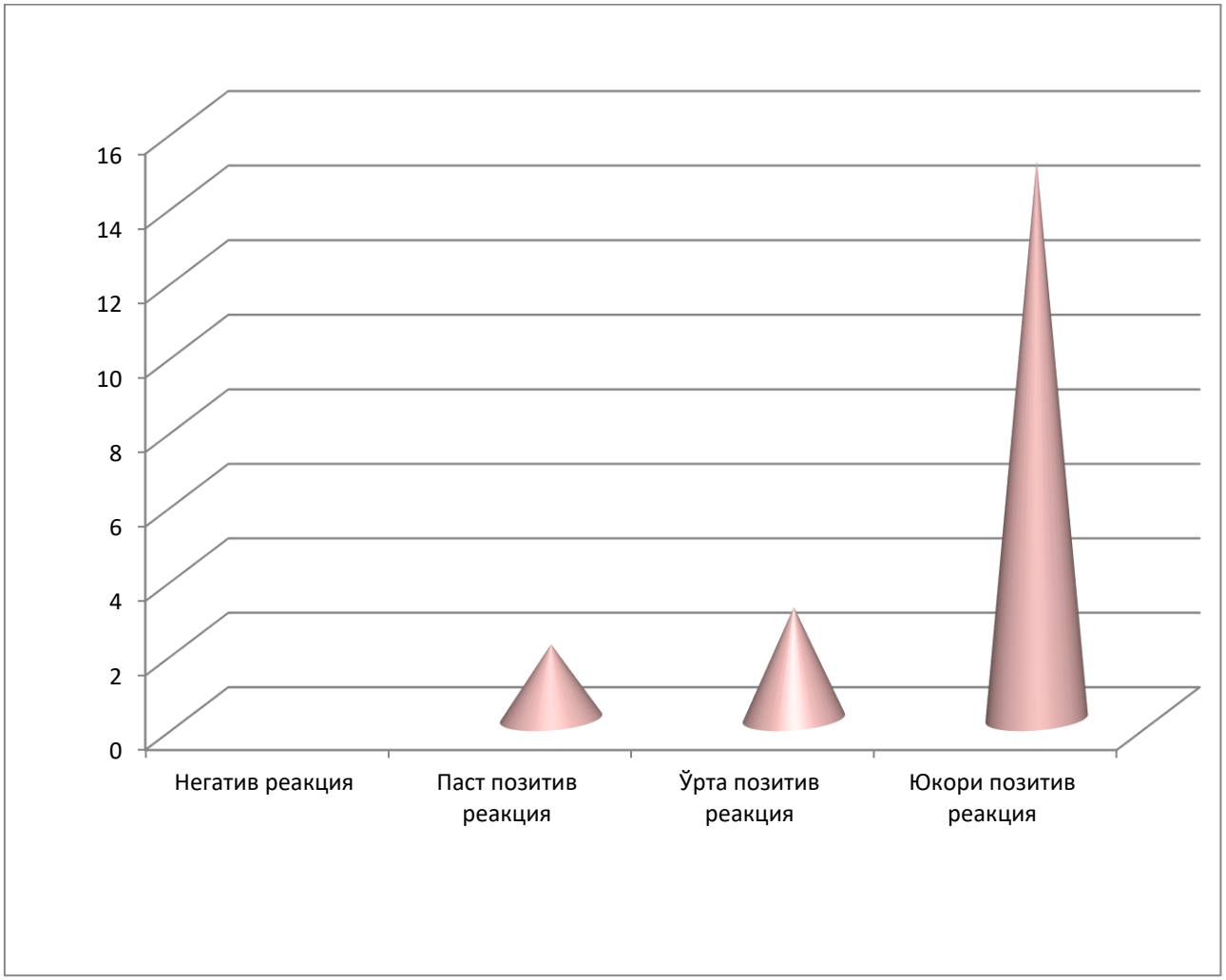
№	Фаоллик даражаси	(№=20)
1	<30% дан паст фаоллик	2(10 %)
2	30-60% ўрта фаоллик	3 (15 %)
3	>60% юкори пролифератив фаоллик	15 (75%)

Микроскопик кўриниши бўйича ўсма ҳужайралари полиморфизмга учраган, ядролари гиперхромик кўплаб патологик митозлардан ташкил топган. Эпителияси бўшлиғида ангиоматоз қон томирлар жойлашган ва бўшашган толали бириктирувчи тўқима мавжуд. Ўсма ядроси тўқ жигарранг рангга бўялган.



4-расм. **Майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида ТТФ1 реагенинг юкори позитив реакцияси. ИГХ – Даб хромаген. Об10. Ок40.**

Олинган натижаларнинг диаграмма шаклда кўриниши №20



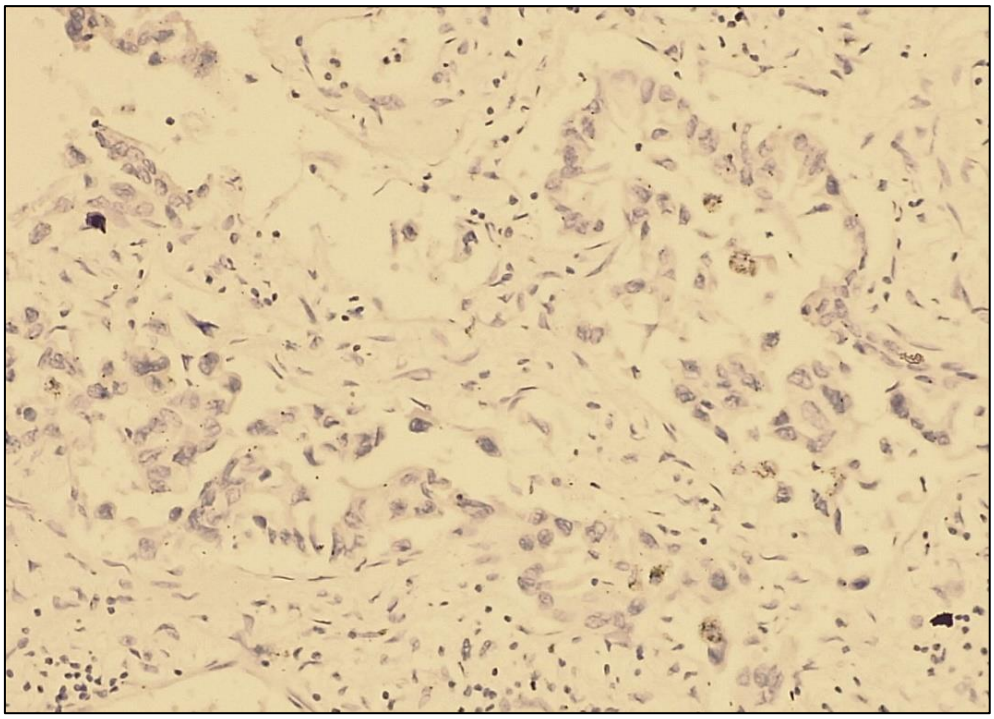
Цитокератин 5/6 (СК5/6) — Цитокератин 5/6 антикорлари цитокератин 5 ва цитокератин 6 га каратилган антикорлардир. Улар кўпинча иммуногимстокимёвий тадқиқотда цитокератин 5/6 сифатида қўлланилади. Цитокератин 5/6 эпителиоид мезотелиомада 83 % ижобий ва ўпка саратонида 85 % салбий натижаларни кўрсатади. Бу эпителиоид плевра мезотелиомасини ва ўпкаларнинг аденокарсиномадан ажратиш учун қимматли воситага айланган биомаркердир. Майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида 20 та иммуногистохимик текширув натижалари Цитокератин 5/6 позитив ва негатив натижалалар оркали бахоланган 20 та беморларнинг 17 тасида 85 % негатив реакция кўринишга эга 3 та холатда (15%) паст позитив реакция кузатилди.

Жадвал 6.

Майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида (СК5/6) реагентнинг пролифератив фаоллик даражаси (№= 20)

№	Фаоллик даражаси	(№=20)
1	Негатив реакция	17 (85%)
2	<30% дан кам паст фаоллик	3 (15 %)
3	30-60% ўрта фаоллик	-
4	>60% юкори пролифератив фаоллик	-

Микроскопик кўриниши бўйича ўсма ҳужайралари полиморфизмга учраган, ядролари гиперхромик кўплаб патологик митозлардан ташкил топган. Эпителияси бўшлиғида ангиоматоз қон томирлар жойлашган ва бўшашган толали бириктирувчи тўқима мавжуд. Ўсма ядроси паст микдорда оч жигарранг рангга бўялган.



5-расм. **Майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида (СК5/6) реагенинг паст позитив реакция. ИГХ – Даб хромаген. Об10. Ок40.**

Иммуногистокимёвий реакцияни тасвирлаш учун олинган натижаларни баҳолаш ёруғлик микроскопи ёрдамида амалга оширилди. Барча маркерлар учун ҳужайрадаги локализацияси буйича баҳоланди. Ижобий ҳужайралар сони уларнинг максимал сонини ўз ичига олган зоналарда яъни бир кўрув майдонида 20 нафар беморларнинг 3 тасида ядро реактивлиги бўялган ҳужайралар сони 30 % дан камлиги кузатилди ва ўсимта салбий деб ҳисобланди; шулардан 17 та 85 % беморларда негатив реакция кузатилди.

Хулоса:

1.Хоразм вилояти шароитида ўпканинг майда бўлмаган хужайрали саратони билан касалланган беморларни пролиферация маркерлари ёрдамида (Кі-67 оқсили ва митотик индексни ўрганиш) кузатувга олинган 20 нафар беморнинг 12 (60%) нафарида юқори даражали позитив реакция, 6 нафарида (30%) ўрта даражали позитив реакция ва 2 нафарида (10%) паст позитив реакция кузатилди. Олинган натижалар шуни курсатадики майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида пролифератив фаоллик 12 нафар (60 %) беморларда юкори ва 6 нафар (30%) беморларда ўрта фаоллик кузатилди. Бу майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида агрессив кетиши юқорилигидан далолат беради.

2. Ядро ифодасини баҳолаш учун Кі-67 энг кўп таркибга эга бўлган зоналардаги умумий сондан ижобий рангли ядролари бўлган ўсимта ҳужайраларининг фоизини ҳисоблаб, улардан фойдаланилганда экспрессия таҳлилида позитив реакция кузатилди.

3.Беморларни p53 оқсили маркерлари ёрдамида ўрганилганда, p53 оқсили юқори, ўрта ва паст дифференциал даражаси кузатилди. Текширув жараёнида майда бўлмаган хужайрали ўпка саратони билан касалланган 20 нафар беморларнинг 4 нафарида (20%) паст даражали позитив реакция кузатилди. Қолган 16 нафар беморларда (80%) негатив реакция кузатилди. Майда бўлмаган хужайрали ўпка саратонида митохондриял мембрананинг ўтказувчанлигини назорат қилиш орқали ҳужайра ўлимини тартибга соладиган ўсма апоптозини ўрганишда Bcl 2 маркеридан фойдаланилди. Натижалар енгил, ўрта ва оғир даражали позитив реакция натижалари оркали бахоланди.

Адабиётлар.

1. Grigoruk O. G. va boshqalar o'pka saratoni tashxisida sitologik materialdan foydalanish // Xatarli o'smalar. – 2017. – T. 7. – Yo‘q. 4. – 13-20-betlar.

2. Gurevich L. E. va boshqalar. Onkologiyada maqsadli terapiya va prognoz uchun immunohistokimyoning ahamiyati // Klinik tibbiyot almanaxi. – 2012. – Yo‘q. 27. – 27-34-betlar.

3. Demidova I. A. va boshqalar. O'pka adenokarsinomasida genetik kasalliklarni molekulyar genetik va immunohistokimyoviy usullardan foydalangan holda o'rganish // Tibbiy genetika. – 2012. – T. 11. – Yo‘q. 7. – 28-34-betlar.

4. Ejhov D. A., Sycheva D. R. Parenximaning immunohistokimyoviy xususiyatlari va st. o'pka saratoni rom // Forcipe. – 2020. – T. 3. – Yo‘q. S. – 645-646-betlar.

5. Epishkina A. A. va boshqalar. Insonning kichik hujayrali bo'lmagan o'pka saratoni uchun shaxsiylashtirilgan biologik in vivo platformasining morfologik va immunohistokimyoviy tekshiruvi // Anatomiya va gistopatologiya jurnali. – 2023. – T. 11. – Yo‘q. 4. – 53-57-betlar.

6. Komarova E. F. va boshqalar. 2-(6, 8-dimetil-5-nitro-4-xlorokinolin-2-il) -5, 6, 7-trikloro-1, 3-tropolonning o'smaga qarshi ta'sirining mumkin bo'lgan mexanizmlarini immunohistokimyoviy baholash. O'pka saratonining PDX modellari // Janubiy Rossiya Onkologiya jurnali. – 2023. – T. 4. – Yo‘q. 1. – 6-13-betlar.

7. Kostitsyn K. A. va boshq. Markaziy o'pka saratonining spektral, morfologik va immunohistokimyoviy xususiyatlari va pretumor o'zgarishlar // Onkologiya masalalari. – 2022. – T. 68. – Yo‘q. S3. – 110-112-betlar.

8. Leontyuk, Andrey Vladimirovich Kuzbassning ekologik sharoitida o'pka saratonining patomorfologik va immunohistokimyoviy tahlili: avtoref. dis....Tib..Fan..nomz.-Novosibirsk, 2010.- 24 b.

9. Okbax A. A., Golubev O. A., Doroshenko R. V. Immunogistokimyoviy xususiyatlar o'pka saratonining mumkin bo'lgan prognostik belgilaridan biri sifatida // Salomatlik va ekologiya muammolari. – 2005. – №. 3 (5). – B. 65-68.

10. Olyushina E. M. va boshqalar Adenoid saratonining differentsial tashxisida p40 immunohistokimyoviy markerning roli, sinoma va yassihujayrali keratinlashmagan o'pka saratoni // Patologiya arxivi. – 2020. – T. 82. – №. 5. – 50-56-betlar.

11. Pachuashvili N.V., Porubaeva E.E., Urusova L.S. Buyrak usti bezi saratonida immun mikro muhitning immunogistokimyoviy xususiyatlari va prognostik ahamiyati // Malign o'smalar. – 2022. – T. 12. – №. 3S1. – 227-228-betlar.

12. Savostikova M.V., Furminskaya E.Yu. O'pka o'smalarining sitologik va immunotsitokimyoviy diagnostikasi. //"N.N. Bloxin nomidagi Rossiya ilmiy-tadqiqot markazi" Federal davlat byudjet muassasasining axborotnomasi. 2015; 26(3):29–38

13. Sarantseva K.A. PD-1 inhibitörleri bilan tarqalgan kichik hujayrali o'pka saratonining immunoterapiyasi: avtoref. dis... Tib.. Fan… nomz.: -M., 2018.- 25 b.

Sultanov Suxrob Baxodirovich – assistent
Baxriyev Ibroxim Isomadinovich – dotsent
Toshkent tibbiyot akademiyasi

OG‘IR QO‘SHMA JAROXATLARDA YOG‘ EMBOLIYASINI SUD-TIBBIY TASHXISLASH

Annotastiya. *Maqola aksariyat jabrlanganlar o‘limining bevosita sababi bo‘lgan yoki tanatogenezda asosiy rol o‘ynaydigan mexanik shikastlanishning og‘ir asoratlaridan biri sifatida yog‘ emboliyasi muammosiga bag‘ishlangan. Yog‘li emboliyaning etiologiyasi, patogenezi va diagnostikasi masalalarini qisqacha yoritadi. Asosan yog‘ emboliyasining morfologik (mikroskopik) diagnostikasi muammosini yoritadi.*

Kalit so‘zlar: *yog‘ emboliyasi, suyaklar sinishi, yog‘li emboliya morfologiyasi, og‘ir qo‘shma jaroxatlar.*

Султанов Сухроб Баходирович – ассистент
Бахриев Иброхим Исомадинович – доцент
Ташкентская медицинская академия

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Аннотация: *Статья посвящена проблеме жировой эмболии как одному из тяжелых осложнений механической травмы, зачастую являющейся непосредственной причиной смерти пострадавшего, либо играющей основополагающую роль в танатогенезе. Кратко отображает вопросы этиологии, патогенеза и диагностики жировой эмболии. В основном затрагивает проблему морфологической (микроскопической) диагностики жировой эмболии.*

Ключевые слова: *жировая эмболия, переломы костей, морфология жировой эмболии, тяжёлая сочетанная травма.*

Sultanov Sukhrob Bakhodirovich – assistant
Bakhriev Ibragim Isomadinovich – associate professor
Tashkent Medical Academy

FORENSIC-MEDICAL DIAGNOSIS OF FAT EMBOLISM IN SEVERE COMBINED TRAUMA

Abstract: *The article is devoted to the problem of fat embolism as one of the severe complications of mechanical trauma, which is often the direct cause of death of the victim, or playing a fundamental role in thanatogenesis. Briefly reflects the issues of etiology, pathogenesis and diagnostics of fat embolism. Mainly touches upon the problem of morphological (microscopic) diagnostics of fat embolism.*

Keywords: *fat embolism, fractures of bones, morphology of a fat embolism, severe combined trauma.*

Dolzarbligi. Yangi ming yillik hayotning tez sur’atlarda rivojlanishi va shu bilan bog‘liq ravishda sanoat va transport jarohatlarining ko‘payishi, bu esa skelet suyaklarining og‘ir shikastlanishining barqaror o‘sishiga olib kelmoqda. Yog‘ emboliyasi (YE) travmatik shok bilan kechadigan og‘ir skelet shikastlanishining eng xavfli asoratlaridan hisoblanadi [1, 2].

Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma’lumotlariga ko‘ra, aholi orasida jarohatlanishlarning uchrab turish chastotasi va umumiy o‘lim darajasi bo‘yicha YoE uchinchi o‘rinda turadi. Jarohatlanishlar o‘lim sababi sifatida 20 yoshdan 60 yoshgacha bo‘lgan guruhda yetakchi o‘rinni egallaydi, bu yurak qon-tomir kasalliklari va onkologik kasalliklardan ikki barobarga ko‘p demakdir [1].

Yog‘ emboliyasi ko‘pincha turli og‘ir jarohatlarning asoratlaridan biridir. Yog‘ emboliyasi odatda qonda normal sharoitda учрамайдиган, аммо жароҳатлардан keyinchalik qon ta’minoti buzilishi bilan кечадиган qon tomirlarining tiqilib qolishiga sabab bo‘lgan yog‘ zarralari mavjudligidan kelib chiqqan patologik jarayon sifatida tushuniladi [3, 4, 14, 16]. Turli mualliflarning fikriga ko‘ra, tayanch-harakat tizimining og‘ir shikastlanishlarida, jabrlanganlarning 0,5% dan 30% gacha yog‘ emboliyasi kuzatiladi [1, 3, 7, 8, 9]. Yog‘ emboliyasi bilan birgalikda o‘pka emboliyasi holatlari, ayniqsa naysimon suyaklarning shikastlanishi adabiyotlarda tasvirlangan [10, 11, 12, 13]. Albatta, uzun naysimon suyaklarning sinishi yoki sinishning boshqa lokalizatsiyasida atrofda joylashgan venoz tomirlargina tromboemboliya manbai sifatida qaralishi mumkin. Shu o‘rinda ta’kidlash lozimki, yog‘ emboliyasining aniq chastotasi va uning o‘lim darajasi bugungi kungacha noma’lum bo‘lib qolmoqda.

Nekropsiya paytida yog‘ emboliyasining diagnostikasi makroskopik jihatdan juda murakkab [5, 14, 15]. Uni tekshirish masalasi faqat o‘pka, miya, buyraklar va yurakning mikroskopik tekshiruvidan so‘ng hal qilinishi mumkin.

Sud tibbiyoti amaliyotida yog‘ emboliyasidan o‘lim holatlari juda keng tarqalgan. Yog‘ emboliyasi uzun naysimon suyaklarning sinishi, bo‘g‘imlarning protezlanishi, yumshoq to‘qimalarning keng ko‘lamli shikastlanishi, yog‘ emulsiyalari yoki kontrastning kiritilishi, o‘q otar jarohatlar bilan bog‘liq holatlarda sodir bo‘lishi mumkin, bunda o‘lim darajasi jarrohlik va ortopedik jarohatlarga qaraganda bir necha baravar yuqori. Shuningdek, kuyishlar natijasida yog‘ emboliyasi kuzatilishi mumkin [5, 6, 7].

Joylashuviga qarab yog‘ emboliyasi o‘pka (o‘pka kapillyarlari), miya (miya kapillyarlari), aralash (butun tananing kapillyarlari, shu jumladan o‘pka, miya, yurak, buyraklar va boshqalar) turlariga bo‘linadi.

Tadqiqot maqsadi. Og‘ir qo‘shma jarohatlar natijasida suyaklarning sinishi kuzatilgan jabrlanlarda yog‘ emboliyasining sud-tibbiy diagnostikasini takomillashtirishdan iborat.

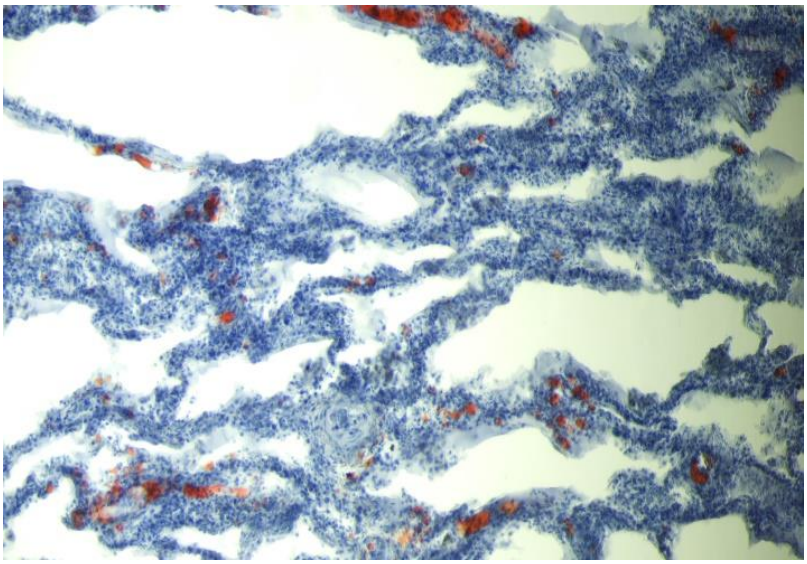
Tadqiqot materiali va usullari. Tadqiqot Toshkent tibbiyot akademiyasi sud tibbiyoti va tibbiyot huquqi kafedrasi, RSTEIAM Toshkent shahar va Toshkent viloyati filiallari morfologiya bo‘limida 2021-2023 yillarda tekshirilgan 68 og‘ir qo‘shma jarohatlar natijasida yog‘ emboliyasi bilan asoratlangan o‘lim holatlarida ichki a’zolar (o‘pka, yurak, miya)ning morfologik xususiyatlari o‘rganildi.

Tadqiqotlar jarayonida 68 ta murdalardan 122 ta o‘pka, yurak va miyadan olingan gistologik preparatlar o‘rganildi, ulardan 274 ta bo‘lak gematoksilin-eozin bo‘yog‘i bilan, yog‘ embollarini aniqlash uchun - Sudan III bo‘yog‘i bilan bo‘yaldi.

“OMT-2802E” mikrotomning termoelektr sovutgichi va chana tipidagi mikrotom MS-2 (Rossiya) yordamida 10-12% formalin eritmasida fiksatsiya qilingan to‘qima bo‘lakchalaridan kesmalar tayyorlanib, muzlatilgan kesmalarni distillangandan suvdan 50-70% etil spirtiga 0,5-1 daqiqaga olindi. 50-70% etil spirtli idishdan kesmalarni sudan III eritmasi solingan Petri kosachasiga 15-25 daqiqaga solindi, Petri kosachasi yopildi. Kesmalarni bo‘yoqdan olinib 50-70% spirt bilan chayildi. Kesmalar vodoprovod suvli Petri kosachasiga solindi, so‘ng gematoksilinli Petri kosachasiga 3 daqiqaga solindi. Kesmalarni distillangan suvli Petri kosachasiga 10-30 daqiqaga solindi. Avvaldan yog‘sizlantirilgan va markirovkalangan predmet oynachalarga distillangan suvdagi kesma gistologik igna yordamida ehtiyotkorlik bilan predmet oynachaga olinib, ortiqcha suvni yo‘qotib kesma yuzasiga 1 tomchi glitserin tomizib, qoplama oynacha bilan yopildi.

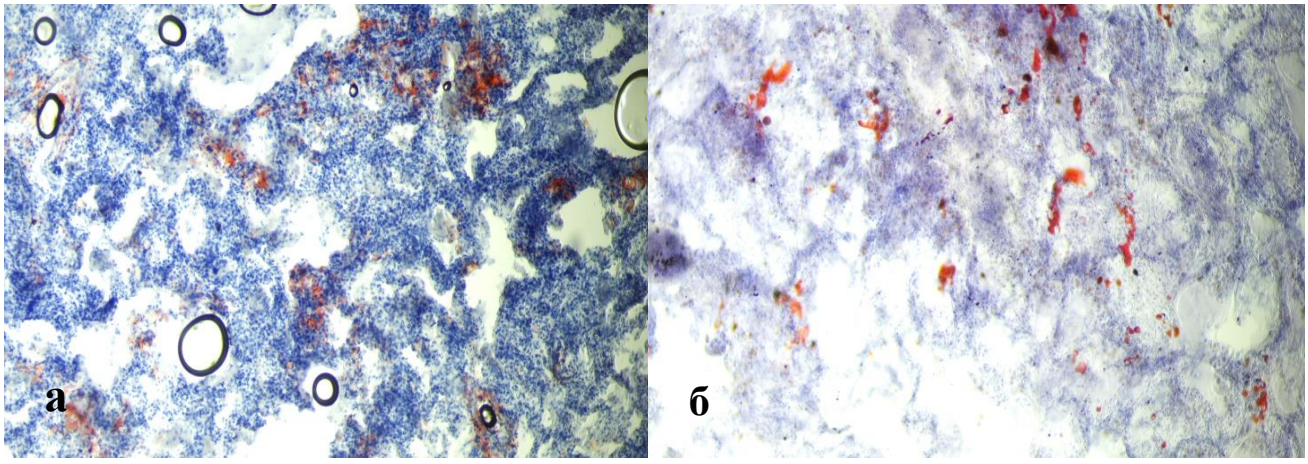
Tayyor preparatlarning mikroskopik tekshiruvi “LOMO Mikmed-6” (Rossiya) – rusumli mikroskop yordamida o‘tkazildi, “SONY XC 1691” (Yaponiya) – rusumli raqamli fotoapparatda suratga olindi.

Tadqiqot natijalari va muhokamasi. O‘pkadagi o‘zgarishlar bemorning jarohatdan keyin yashagan soatlari va kunlariga qarab ma'lum bir ketmaketlikka ega bo‘ldi. Agar o‘lim inson jarohat olgan joyda darhol sodir bo‘lsa, o‘pkada mikro joyli emfizemaning, atelektazlar, eritrotsitlarning kam sonly guruhchalari va ayrim hollarda kapillyarlarda oz miqdordagi yog‘embollari ko‘rinadi. Jarohatdan keyin 1 soat o‘tgach vafot etgan insonning o‘pkasida har xil turdagi tomirlarning notekis to‘laqonligi kuzatiladi, ba’zida neytrofil leykotsitlarning chegaraviy mavjudligi kuzatiladi. Ayrim tomirlar atrofida eritrotsitlarning guruhchalanishi va o‘choqli shishlar ko‘rinadi. Bunday hollarda, shikastlanish joyida o‘limdan farqli o‘laroq, zaif yoki juda zaif darajadagi YoE har doim kichik arteriyalar va kapillyarlarda topiladi (1-rasm).



Rasm 1. **Jarohatdan 1 soat o‘tgach vafot etgan insonning o‘pkasi.**

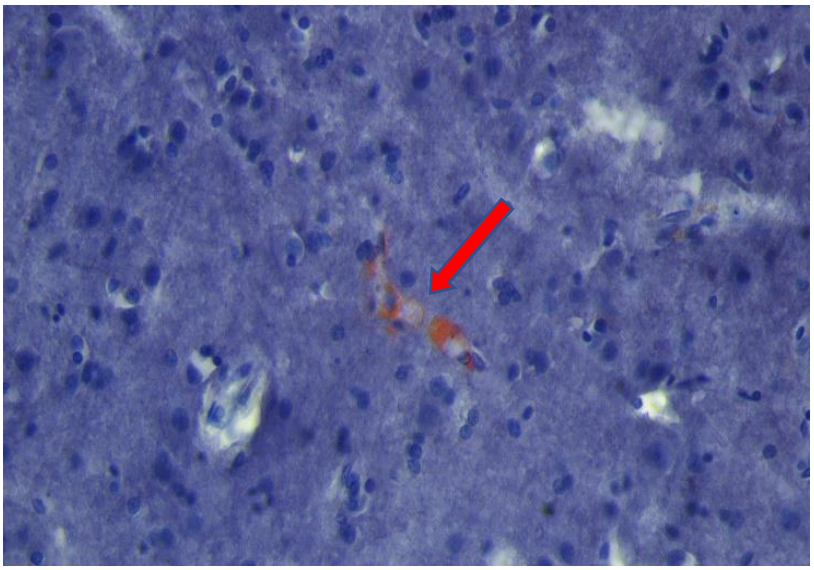
Jarohatdan keyin 3 soat o‘tgach, o‘lim kuzatilgan holatlarda, xuddi shunday ko‘rinish kuzatiladi, ammo ular yanada aniqroq rivojlangan bo‘ladi. O‘pkada yog‘ning kichik tomchilari mayda tomirlar atrofida va ularning bo‘shlig‘ida ko‘rinadi. Yog‘ tomchilari makrofaglar ichida, ham tomirlar bo‘shlig‘ida va ularning atrofida joylashgan bo‘ladi. Jarohatlanishdan 6 soat o‘tgach o‘pkada yog‘ tomchilari kichik bo‘lsa-da, yog‘li emboliya ko‘pincha kuchli ko‘rinishga ega bo‘ladi (2-rasm).



Rasm 2. **Jarohatdan 3 (a) va 6 (b) soatdan keyin vafot etgan insonning o‘pkasi.**

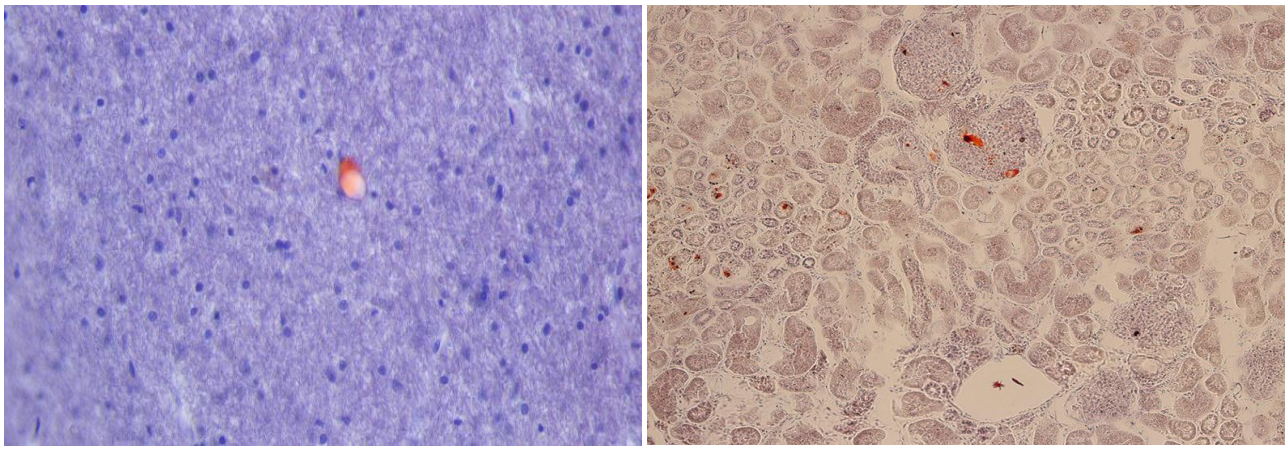
O‘pkada seroz-desquamativ va ba’zan seroz-yiringli pnevmoniyaning kichik o‘choqlari kuzatiladi. YoE holatlarida o‘pkada yallig‘lanish o‘choqlarining mavjudligi o‘pkaning birinchi navbatda eng massiv emboliyaga duchor bo‘lishi bilan izohlanishi mumkin. YoE paytida paydo bo‘ladigan ishemik o‘choqlar, infarkt shakllanishigacha, parchalanishi va yiringlashi mumkin. O‘pka to‘qimalarining bo‘lakchalari elektron mikroskopiya qilish paytida, YoE hosil bo‘lgan vaqtdan boshlab o‘tgan vaqtga qarab, kapillyar hujayralar, mayda qon tomirlari va II turdagi alveolyar hujayralar organellalarida ultrastruktura o‘zgarishlari qayd etildi.

Bosh miyani gistologik tekshirishda yog‘ emboliyalari asosan miya po‘stlogi‘da, kulrang modda to‘qimasida, ya’ni qon tomir tarmog‘i eng rivojlangan sohalarda topiladi (3-rasm).



Rasm 3. **Bosh miya tomirlaridagi yog‘li embollar.**

Jabrlanuvchi o‘limining yuz berishining turli vaqtlarida miyani o‘rganish shuni ko‘rsatdiki, YoEdan keyin 1-2 kun ichida o‘lim holatlarida miyada makroskopik o‘zgarishlar odatda aniqlanmaydi va mikroskopik jihatdan qon quyilishlar kuzatilmay, balki kichik ishemik nekroz o‘choqlari miya yarim sharlari kulrang va oq moddasida hamda miyacha po‘stlog‘da aniqlanadi. “Rozetkalarga” o‘xshash nekroz o‘choqlari markazida yog‘ tomchilari ko‘rinishi mumkin, va periferiya bo‘ylab – tuzilmasiz massalar, ko‘pincha o‘tkir chegaralarsiz o‘zgarmagan miya to‘qimalariga o‘tadi (4-rasm).



Rasm 4. **Bosh miyaning subkortikal sohasidagi yog‘ embollari.**

Jabrlanuvchi o‘limining yuz berishining 3-kuni qon quyilishlar paydo bo‘lishi mumkin. Ularning manbasi, mexanizmi va shakllanish davriga qarab, 3 xil qon quyilishlar tafovut qilinadi:

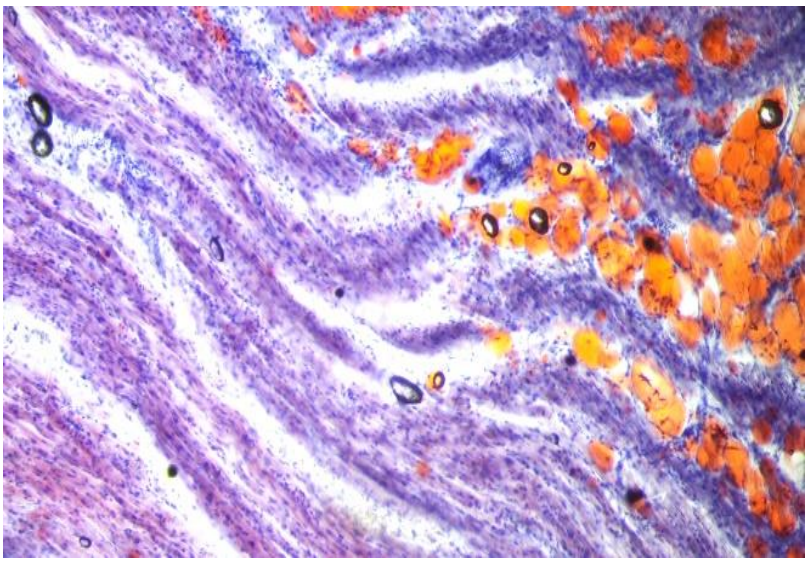
1) bosh miyaning o‘ziga xos tarzda tuzilgan mikroinfarktlari bo‘lgan halqasimon qon quyilishlar: qon quyilish markazida yog‘ tomchilari yoki yog‘ tomchilari bilan yopilgan tomir yotadi, gialin yoki fibrin trombi, undan tashqarida esa nekroz zonasi mavjud bo‘lib, uning orqasida qizil qon hujayralari to‘planishi mavjud;

2) perivaskulyar: qon bilan to‘yingan kapillyarlar, arteriolalar va venulalar atrofida qizil qon tanachalarining to‘planishi mavjud;

3) o‘choqli, nisbatan o‘zgarmagan to‘qimalarda eritrotsitlarning kichik hajmli to‘planishi shaklida joylashishi. Bosh miyaning oq moddasida yakka yog‘ emboliyalari topiladi, ammo bu soha qon tomirlarining obstruktsiyasi kam rivojlangan kollaterallar tufayli ko‘proq jiddiy zarar ko‘radi.

Segment yadroli leykotsitlar bilan infiltratsiyalangan perivaskulyar infarktlar va miyelinning sust bo‘yalgan o‘choqlari (miyelin degeneratsiyasi) rivojlanadi. 1 haftadan so‘ng jabrlanuvchi o‘limining yuz berishida, bosh miya yarim sharlari va miyacha po‘stlog‘ining chuqur qatlamlarida ko‘plab nekroz o‘choqlari topiladi.

Yurakda makroskopik jihatdan ikkala qorinchaning endokard va epikardi ostida mayda qon quyilishlar kuzatiladi. Gistologik jihatdan emboliyalar ko‘pincha koronar arteriyalar shoxlanish sohalarida va miyokard kapillyarlarida ko‘rinadi. Turli o‘lchamdagi mikromiomalatsiya o‘choqlari, ba’zida leykotsitlarning chekkalab turishi aniqlanadi (5-rasm). Agar ishemiya nekrozga olib kelmasa, kardiyomiyositlarda mayda sudanofil qo‘shimchalar mavjud bo‘lgan turli o‘lchamdagi joylar qayd etiladi.



Rasm 5. **Koronar arteriyalar va miokard kapillyarlarida yog‘ emboliyasi.**

Mazkur o‘choqlarda kardiomiotsitlarning ko‘ndalang chiziqli surati aniq ko‘rinmaydi, lekin yadrolari biroz o‘zgargan bo‘ladi. Yurakning o‘tkazuvchanlik tizimining elementlari bo‘ylab kardiomiotsitlarning parchalanishi va eritrotsitlarning to‘planishi ham kuzatiladi. YoE bilan yurakning o‘tka-

zuvchanlik tizimini ta'minlaydigan tomirlarda yog‘ embollari aniqlanadi, bu esa bemorning to‘satdan o‘limiga olib keladi.

Xulosa. Mazkur tadqiqotning o‘ziga xos jihati shundan iboratki, sud-tibbiy gistologik tekshirish davomida o‘pka, bosh miya va yurakning og‘ir yog‘ emboliyasi aniqlangan bo‘lib, bu uzun naysimon suyaklarning ko‘plab sinishi bilan mexanik shikastlanish natijasida o‘limning bevosita sababi bo‘lib hisoblanadi.

Bunday hollarda yog‘li emboliyaning manbai yog‘ hujayralari bo‘lib, ular doimo uzun naysimon suyaklarning qizil suyak iligida joylashgan. To‘mtoq buyumlar ta’siri natijasida, har doim teri osti yog‘ to‘qimalari va qon tomirlarini shikastlash uchun sharoitlar paydo bo‘lishi ham muhimdir, bu turli darajadagi o‘pka tomirlarining yog‘ emboliyasining shakllanishiga olib keladi va qon oqimidagi birlamchi yog‘ tomchilari ushbu asoratni keltirib chiqaradi.

Adabiyotlar.

1. Aghajanyan V.V. Kravtsov S.A. Shatalin A.V. Levchenko T.V. Hospital mortality in polytrauma and the main directions of its reduction // Editorial article. 2015. №1. P. 6-15.

2. Borisov M.B., Gavrilin S.V. Fat embolism syndrome in severe combined injuries. //Bulletin of Surgery. 2006. P. 68-71.

3. Kalinkin O.G., Gridasova G.I. Pathogenesis of fat embolism syndrome. //Injury 2008; №9(2): P. 233-238.

4. Kornilov N.V., Kustov V.M. Fat embolism. //St. Petersburg: Morsar AV. 2011. P. 287.

5. Kuznetsov D.E., Skrebov R.V., Viltsev I.M., Chirkov S.V. Fat embolism //Problems of expertise in medicine. 2014. Vol.14. №2. P. 43-45.

6. Kryukov V.N., Sarkisyan B.A., Yankovsky V.E., Novoselov V.P., Zorkin A.I., Shadymov A.B., Bastuev N.V. Diagnosticum of causes of death in mechanical injuries. – Novosibirsk. 2003. - P. 34-41.

7. Mirjalilov F.H., Khakimov R.N., Karimov B.R., Ismailov A.J. Fat embolism syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment //Bulletin of Emergency Medicine. 2018. Volume 11. №1. P. 48-52.

8. Nikolaychik I.R. Differential diagnosis of the main cause of death in patients with fractures of the proximal femur during forensic medical examination of a corpse //Forensic examination. Belarus. 2017. Vol.1. №4. P. 46-51.

9. Pankov I.O., Sirazitdinov S.D. Fat embolism syndrome as the main cause of mortality in severe polytrauma //Modern problems of science and education. 2015. №2-1. P. 40-43.

10. Plahotina E.N., Bocharov S.N. Fat embolism: pathogenesis, prevention, treatment. - Novosibirsk, 2009 - P. 150.

11. Randelli F., Capitani P., Pace F. et al. Bilateral femoral shaft fractures complicated by fat and pulmonary embolism: a case report // Injury. 2015. V.46, №7. P. 28-30.

12. Sananta K.D., Avdesh B., Bhushan S.W., Rakesh Sh. Alveolar hemorrhage in a case of fat embolism syndrome: A case report with short systemic review // Lung India. 2013, V.30, №2, P. 151-154.

13. Steinle A.V. Fat embolism syndrome (analytical review) // Tomsk Military Medical Institute. Siberian Medical Journal. №2. 2009. P. 118-126.

14. Kim H.J., Lee C.H., Kim H.G., Lee S.D., Son S.M., Kim Y.W., Eun C.K., Kim S.M. Reversible MR changes in the cat brain after cerebral fat embolism induced by triolein emulsion // AJNR. Am. J. Neuroradiol. 2004. Vol. 25. №6. P. 958-963.

15. Liska W.D., Poteet B.A. Pulmonary embolism associated with canine total hip replacement // Vet. Surg. 2003. Vol. 32. №2. P. 178-186.

16. Zou D.H., Shao Y., Zhang J.H. et al. Pulmonary hemorrhagic infarction due to fat embolism and thromboembolism after maxillofacial plastic surgery: a rare case report // Fa Yi Xue Za Zhi. 2012. V.28, №5, P. 375-378.

УДК: 618.3-06:616.98-084

Muminova Ziyoda Abrorovna - t.f.d., dotsent
Xadjayeva Dilufar Nuridinovna - t.f.n., dotsent
Rajapova Go'zal Fayzullayevna - assistent
Toshkent tibbiyot akademiyasi

COVID-19 NING HOMILADORLIKNING TURLI GESTATSION DAVRLARIGA TA'SIRI VA PROFILAKTIKA CHORALARI

Annotatsiya. *COVID-19 pandemiyasi butun dunyo bo'ylab sog'liqni saqlash tizimlariga, ayniqsa, akusherlik va ginekologiya amaliyotiga jiddiy ta'sir ko'rsatdi. SARS-CoV-2 bilan infeksiya qilingan homilador ayollar gestatsiya davriga qarab o'zgaruvchi asoratlar xavfiga duch keladi. Ushbu tadqiqotning maqsadi COVID-19 ning homiladorlikning turli gestatsion davrlariga ta'sirini tahlil qilish va profilaktika choralarini taklif etishdan iborat. Tadqiqot davomida 2020 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda COVID-19 bilan infeksiya qilingan homilador ayollarning tibbiy ma'lumotlari retrospektiv tahlil qilindi. Natijalar homiladorlikning turli trimestrlarida turli asoratlar xavfini aniqlab, har bir trimestarga xos profilaktika choralarini ishlab chiqish zarurligini tasdiqlaydi. Birinchi trimestda homiladorlikni to'xtatish va yallig'lanish jarayonlari asosiy xavflar hisoblansa, ikkinchi trimestda preeklampsiya va gestatsion gipertenziya rivojlanish xavfi yuqori. Uchinchi trimestda esa og'ir respirator asoratlar va muddatidan oldin tug'ruq ehtimoli yuqori bo'ladi. Ushbu tadqiqot natijalari kelgusida COVID-19 bilan bog'liq asoratlarning oldini olish va davolash uchun maxsus tibbiy protokollarni takomillashtirish uchun muhim axborot manbasi bo'lib xizmat qiladi.*

Kalit so'zlar*: COVID-19 va homiladorlik, infeksiya ta'siri, birinchi trimestr, ikkinchi trimestr, uchinchi trimestr.*

Муминова Зиеда.Аброровна.- д.м.н., доцент
Хаджаева Дилуфар Нуриддиновна - к.м.н., доцент
Ражапова Гузал Файзуллаевна- ассистент
Ташкентская медицинская академия

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ГЕСТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ

Аннотация. *Пандемия COVID-19 оказала значительное влияние на системы здравоохранения во всем мире, особенно на практику акушерства и гинекологии. Беременные женщины, инфицированные SARS-CoV-2, подвержены риску осложнений, которые варьируются в зависимости от гестационного периода. Целью данного исследования является анализ воздействия COVID-19 на различные гестационные периоды беременности и предложение профилактических мер. В исследовании был проведён ретроспективный анализ медицинских данных беременных женщин, инфицированных COVID-19, в период с 2020 по 2023 год. Результаты выявили различия в рисках осложнений на разных триместрах беременности, что подтверждает необходимость разработки индивидуальных профилактических мер для каждого триместра. В первом триместре основными рисками являются угроза прерывания беременности и воспалительные процессы, во втором триместре — риск преэклампсии и гестационной гипертензии, а в третьем триместре возрастает вероятность тяжёлых респираторных осложнений и преждевременных родов. Данное исследование предоставляет ценные данные для улучшения профилактических и терапевтических подходов к осложнениям, связанным с COVID-19 у беременных женщин.*

Ключевые слова*: COVID-19 и беременность, влияние инфекции, первый триместр, второй триместр, третий триместр.*

Muminova Ziyoda Abrorovna- D.M.Sc., associate professor
Khadzhayeva Dilufar Nuridinovna - C.M.Sc., associate professor
Rajapova Guzal Fayzullayevna- assistant
Tashkent Medical Academy

IMPACT OF COVID-19 ON DIFFERENT GESTATIONAL PERIODS AND PREVENTIVE MEASURES

Abstract. *The COVID-19 pandemic has had a significant impact on healthcare systems worldwide, especially on obstetric and gynecological practice. Pregnant women infected with SARS-CoV-2 are at risk of complications that vary depending on the gestational period. The aim of this study is to analyze the effects of COVID-19 on different gestational stages of pregnancy and to propose preventive measures. This study conducted a retrospective analysis of*

medical data from pregnant women infected with COVID-19 between 2020 and 2023. The results highlight differences in complication risks across different trimesters, confirming the need for tailored preventive measures for each trimester. In the first trimester, the main risks include the threat of pregnancy loss and inflammatory processes; in the second trimester, there is an increased risk of preeclampsia and gestational hypertension; and in the third trimester, there is a higher likelihood of severe respiratory complications and preterm birth. This research provides valuable insights for improving preventive and therapeutic approaches to COVID-19-related complications in pregnant women.

***Keywords**: COVID-19 and pregnancy, infection impact, first trimester, second trimester, third trimester.*

Kirish. COVID-19 pandemiyasi butun dunyoda sog‘liqni saqlash tizimlariga, xususan, akusherlik va ginekologiya amaliyotiga katta ta’sir ko‘rsatdi [1, Chen va boshq., 2020]. SARS-CoV-2 bilan infektsiyalangan homilador ayollar gestatsiya davriga qarab farqlanadigan asoratlar xavfiga duch kelishadi [2, Wastnedge va boshq., 2021]. Ushbu tadqiqotning dolzarbligi homilador ayollarda COVID-19 bilan bog‘liq asoratlarni oldini olish va davolash bo‘yicha samarali chora-tadbirlarni ishlab chiqish zarurati bilan bog‘liq bo‘lib, bu ona va bola uchun homiladorlik natijalarini yaxshilashga yordam beradi.

Maqsad: COVID-19 ning homiladorlikning turli gestatsion davrlariga ta’sirini tahlil qilish va zamonaviy tadqiqotlar va statistik ma’lumotlar asosida profilaktika choralarini taklif etish.

1.COVID-19 bilan kasallangan ayollarda homiladorlik kechishi trimesterga bog‘liq ravishda farqlanadi.

2.Profilaktika choralarini har bir trimesterning o‘ziga xos xavflariga moslashtirish zarur.

Ko‘plab tadqiqotlar COVID-19 ning homiladorlikka ta’sirini o‘rganishga bag‘ishlangan. Chen va hamkasblari [1, Chen va boshq., 2020] ma’lumotlariga ko‘ra, uchinchi trimesterda COVID-19 bilan kasallangan homilador ayollar muddatidan oldin tug‘ruq va operativ tug‘ruq kabi asoratlar xavfiga ega. Di Mascio va boshqalar tomonidan o‘tkazilgan tizimli sharhda [3, Di Mascio va boshq., 2020] koronaviruslar (SARS, MERS, COVID-19) bilan bog‘liq infektsiyalar homiladorlikning noxush natijalari, jumladan, muddatidan oldin tug‘ruq va perinatal o‘lim bilan bog‘liq ekanligi aniqlangan.

Italiyada va Germaniyada og‘ir COVID-19 simptomlari, masalan, isitma va nafas yetishmovchiligi bo‘lgan ayollarni o‘rganish natijasida shunga o‘xshash ma’lumotlar olingan [4, Khalil va boshq., 2020]. O‘zbekistondagi milliy tadqiqotlar ham ushbu tendentsiyalarni tasdiqlaydi [5, M.M.Salohiddinova va boshq., 2023].

Ushbu tadqiqotda 2020 yildan 2023 yilgacha bo‘lgan davrda COVID-19 bilan infektsiyalangan homilador ayollarning tibbiy ma’lumotlari retrospektiv tahlil qilindi. O‘rganilgan ko‘rsatkichlar:

- Bemorlarning yosh xususiyatlari.
- Klinik ko‘rsatkichlar.
- Homiladorlik davomiyligi.
- Turli trimesterlarda tug‘ruq natijalari.

Ma’lumotlar O‘zbekistonning yirik tibbiyot markazlaridan yig‘ilgan. Statistik tahlil uchun tasviriy statistika usullari, korrelyatsion tahlil va guruhlar orasidagi farqlarni baholash uchun Student kriteriyasi qo‘llanildi.

Natijalar va muhokama.

Birinchi trimester: Asosiy xavflar homiladorlikni to‘xtatish xavfi va yallig‘lanish jarayonlarini o‘z ichiga oladi [6, Yang va boshq., 2020]. Bemorlar isitma va holsizlik kabi simptomlarga ega edi. Klinik ko‘rsatkichlar kasallikning o‘rtacha og‘irligini ko‘rsatdi.

Ikkinchi trimester: Preeklampsi va gestatsion gipertenziya rivojlanish xavfi oshadi [7, Knight va boshq., 2020]. Arterial bosimning oshishi va proteinuriya kuzatildi.

Uchinchi trimester: Klinik holatning og‘irligi maksimal darajaga yetadi [1, Chen va boshq., 2020], bu muddatidan oldin tug‘ruq va operativ tug‘ruq zarurati bilan bog‘liq. Ba’zi bemorlarda intensiv terapiyani talab qiluvchi nafas yetishmovchiligi rivojlandi.

Ushbu ma’lumotlar har bir homiladorlik davrining o‘ziga xos xavflarini hisobga olgan holda asoratlarni oldini olish va davolash uchun differentsial yondashuv zarurligini tasdiqlaydi. Natijalar boshqa tadqiqotchilarning ishlari bilan hamohang [3, Di Mascio va boshq., 2020; 8, Wastnedge va boshq., 2021].

Tadqiqot cheklovlari: Retrospektiv tahlil va muassasalar o‘rtasidagi diagnostika va davolash usullaridagi farqlar natijalarga ta’sir qilishi mumkin. Aniq xulosalar uchun prospektiv tadqiqotlar o‘tkazish zarur.

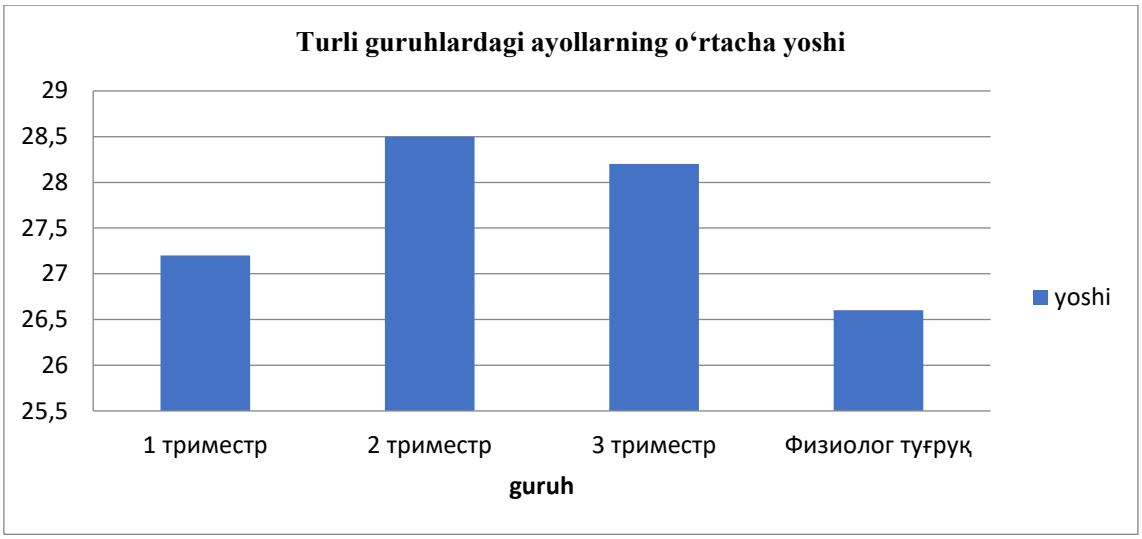
Profilaktika choralari.

1.**Birinchi trimester**: Onaning va homilaning holatini erta aniqlash va monitoring qilish. Simptomlar yoki infektsiyalangan shaxslar bilan aloqada bo‘lgan hollarda PZR-tahlil o‘tkazish tavsiya etiladi [9, Wu va boshq., 2020].

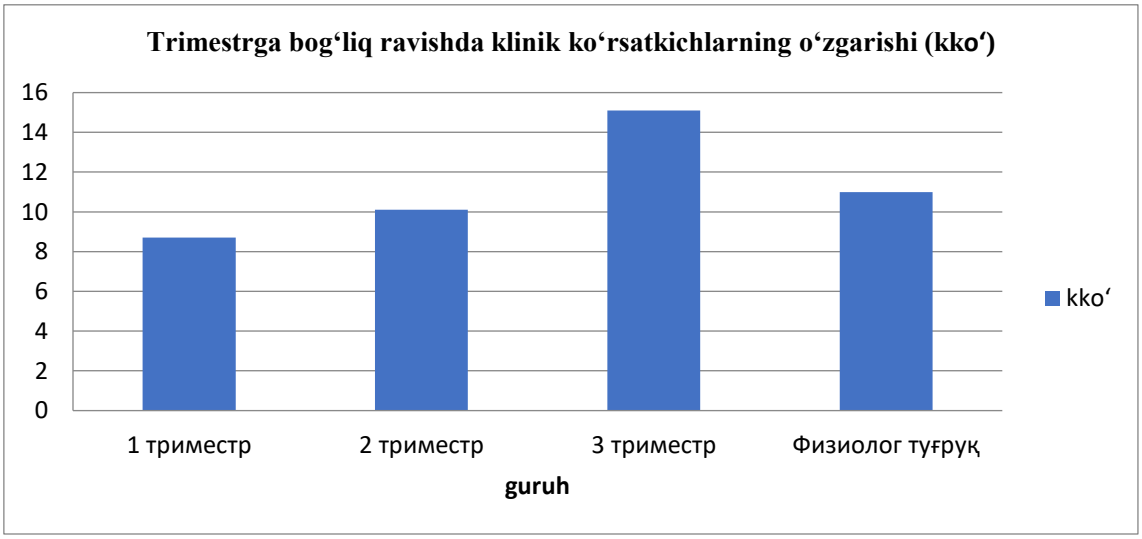
2.**Ikkinchi trimester**: Arterial bosim va buyrak funktsiyalarini nazorat qilish. Preeklampsiyani oldini olish uchun past dozalarda aspirin tayinlash mumkin [10, Rolnik va boshq., 2017].

3.**Uchinchi trimester**: Ona va homilaning holatini intensiv monitoring qilish. Zarur bo‘lganda — muddatidan oldin tug‘ruqni rejalashtirish [2, Wastnedge va boshq., 2021].

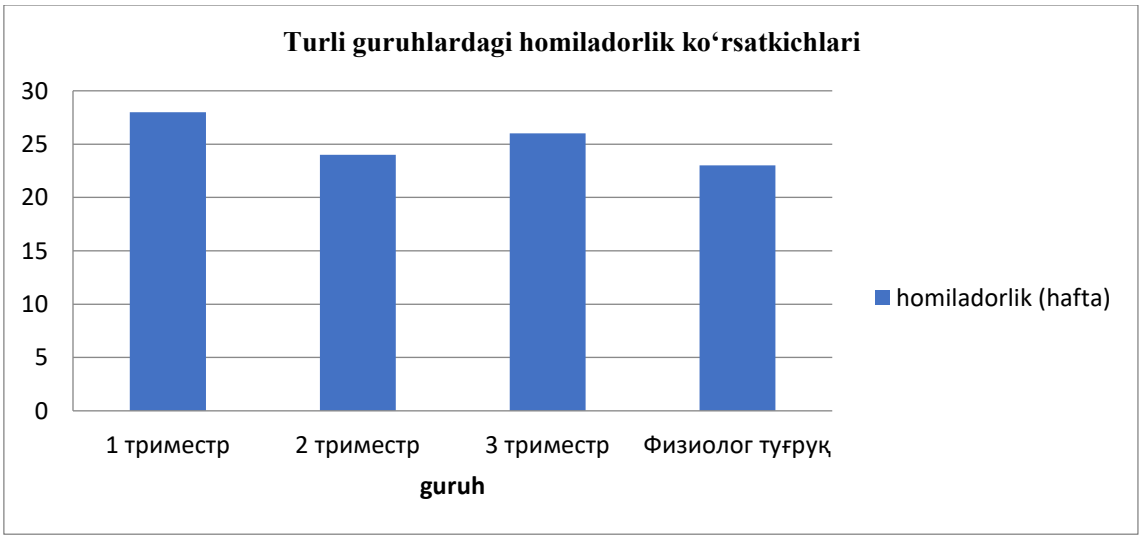
Shaxsiy kuzatuv natijalariga ko‘ra COVID-19 bilan kasallangan ayollarning yoshi, klinik ko‘rsatkichlari va homiladorlik va tug‘ruq ma’lumotlarini aks ettiruvchi ma’lumotlarni o‘z ichiga oladi, gestatsiyaning turli muddatlarida 4 ta guruhda 1 trimestr (n = 51), 2 trimestr (n = 57), 3 trimestr (n = 51) va nazorat guruhi, n = 30



1-jadvalda **turli guruhlardagi ayollarning o‘rtacha yoshi.**



2-jadvalda **turli guruhlarda klinik ko‘rsatkichlarning o‘zgarishi, jadvaldan ko‘rinib turibdiki, homiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimestrlarida klinik ko‘rsatkichlarning oshishi kuzatiladi, bu homiladorlik muddatiga qarab simptomlarning kuchayishi yoki salomatlik holatining o‘zgarishini ko‘rsatishi mumkin.**



3-jadval **turli guruhlar bo‘yicha homiladorlik ko‘rsatkichlarini ushbu grafikda har bir guruh uchun homiladorlikning o‘rtacha davomiyligini (haftada) aks ettiradi.**

Ko‘rinib turibdiki, homiladorlik ko‘rsatkichlari nisbatan barqaror bo‘lib qolmoqda, ammo trimestrga qarab kichik o‘zgarishlar kuzatiladi.

Xulosa

COVID-19 homiladorlikning kechishiga sezilarli ta’sir ko‘rsatadi, va asoratlarning xarakteri gestatsiya davriga bog‘liq. Homiladorlik natijalarini yaxshilash uchun quyidagilar zarur:

- Asoratlarni oldini olish va davolash bo‘yicha individual choralarni ishlab chiqish.
- Tibbiy protokollarni har bir trimesterning o‘ziga xos xavflariga moslashtirish.
- Keyingi tadqiqotlarni o‘tkazish va milliy klinik tavsiyalarni ishlab chiqish.

Adabiyotlar.

1. Chen H., Guo J., Wang C., Luo F., Yu X., Zhang W. va boshq. COVID-19 infektsiyasining to‘qqiz homilador ayolda klinik xususiyatlari va intrauterin vertikal o‘tish potentsiali: tibbiy yozuvlarning retrospektiv sharhi. *The Lancet*. 2020; 395(10226): 809-815. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30360-3.

2. Di Mascio D., Khalil A., Saccone G., Rizzo G., Buca D., Liberati M. va boshq. Koronavirus spektr infektsiyalarining (SARS, MERS, COVID-19) homiladorlik paytida natijalari: tizimli sharh va meta-tahlil. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*. 2020; 2(2): 100107. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2020.100107.

3. Khalil A., Hill R., Ladhani S., Pattisson K., O‘Brien P. SARS-CoV-2 homiladorlikda: simptomatik homilador ayollar aysbergning faqat uchi. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2020;223(2):296-297. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.05.005.

4. Knight M., Bunch K., Vousden N., Morris E., Simpson N., Gale C. va boshq. Buyuk Britaniyada tasdiqlangan SARS-CoV-2 infektsiyasi bilan kasalxonaga yotqizilgan homilador ayollarning xususiyatlari va natijalari: milliy populyatsiyaga asoslangan kohort tadqiqoti. *BMJ*. 2020;369. DOI: 10.1136/bmj.m2107.

5. M.M.Salohiddinova, M.J.Xusanova. Covid-19 davrida homiladorlik kechishi va davolash. 2021; 2:45-50. Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali, VOL. 2 NO. 8 (2023)

6. Rolnik D.L., Wright D., Poon L.C., O‘Gorman N., Syngelaki A., de Paco Matallana C. va boshq. Muddatidan oldin preeklampsiya xavfi yuqori bo‘lgan homiladorliklarda aspirin va platsebo solishtirilishi. *The New England Journal of Medicine*. 2017; 377(7): 613-622. DOI: 10.1056/NEJMoa1704559.

7. Wastnedge E.A.N., Reynolds R.M., van Boeckel S.R., Stock S.J., Denison F.C., Maybin J.A., Critchley H.O.D. Homiladorlik va COVID-19. *Physiological Reviews*. 2021; 101(1): 303-318. DOI: 10.1152/physrev.00024.2020.

8. Wastnedge E.A.N., Stock S.J., Garcia-Flores V., Gee J., Mir Z., Acharya G. COVID-19 va homiladorlik: pandemiyaning ona va perinatal natijalarga ta’siri. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2021; 256: 172-178. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.11.055.

9. Wu Y., Liu C., Dong L., Zhang C., Chen Y., Liu J. va boshq. Xitoylik homilador ayollar orasida COVID-19: vaginal tug‘ruq va emizish xavfsizligi bo‘yicha ma’lumotlar seriyasi. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2020; 127(9): 1109-1115. DOI: 10.1111/1471-0528.16276.

10. Yang H., Sun G., Tang F., Peng M., Gao Y., Peng J. va boshq. Koronavirus kasalligi 2019 gumon qilingan homilador ayollarning klinik xususiyatlari va natijalari. *Journal of Infection*. 2020;81(1)DOI: 10.1016/j.jinf.2020.04.003.

Хужамбердиев Мамазоир Ахмедович - д.м.н., профессор
Ойбекова Гуласал Саидазим кизи - базовый докторант
Вахабов Бахром Муминжанович - к.м.н., доцент
Андижанский государственный медицинский институт

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У МОЛОДЫХ

Цель: *Изучение особенностей нарушений симпатоадреналовой системы при формировании гипертонической болезни у лиц молодого возраста.*

Материалы и методы. *Обследовано 50 мужчин в возрасте от 25 до 44 лет, средний возраст-33,6±5,3 года. Проведены клинические, инструментальные и специальные методы исследования.*

Результаты и выводы*. Выявлено, что в популяции молодых лиц, занимающихся активной профессиональной деятельностью, отмечаются нарушения функциональной активности симпатоадреналовой системы, проявляющиеся увеличением экскреции катехоламинов, в частности адреналина и норадреналина, уменьшением содержания ключевого фермента дезаминирования катехоламинов-моноаминоксидазы (МАО).*

Ключевые слова: *гипертоническая болезнь, мужчины, ИТ, катехоламины, адреналин, норадреналин, дофамин, моноаминоксидаза.*

Khuzhamberdiev Mamazoir Akhmedovich - D.M.Sc., professor
Oybekova Gulasal Saidazim qizi - basic doctoral student
Vakhabov Bakhrom Muminjanovich - Ph.D., associate professor
Andijan State Medical Institute

DISORTS OF FUNCTIONAL ACTIVITY OF THE SYMPATHETIC ADRENALINE SYSTEM AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT OF HYPERTENSION IN YOUNG PEOPLE

Objective: *To study the characteristics of disorders of the sympathoadrenal system in the formation of hypertension in young people.*

Materials and methods. *50 men aged 25 to 44 years were examined, the average age was 33.6 ± 5.3 years. Clinical, instrumental and special research methods were carried out.*

Results and conclusions. *It was revealed that in the population of young people engaged in active professional activities, there are disturbances in the functional activity of the sympathoadrenal system, manifested by an increase in the excretion of catecholamines, in particular adrenaline and noradrenaline, a decrease in the content of the key enzyme of deamination of catecholamines - monoamine oxidase (MAO).*

Key words: *hypertension, men, IT, catecholamines, adrenaline, noradrenaline, dopamine, monoamine oxidase.*

Xo'jamberdiev Mamazoir Axmedovich - t.f.d., professor
Oybekova Gulasal Saidazim qizi - tayanch doktorant
Vaxabov Baxrom Muminjanovich - t.f.n., dotsent
Andijon davlat tibbiyot instituti

YOSHLARDA GIPERTONIK KASALLIGI RIVOJLANISHI UCHUN XAVF FAKTORI SIFATIDA SIMPATOADRENAL TIZIMNING FUNKTSIONAL FAOLIYATIDAGI BUZILISHLAR

Maqsad: *Yoshlarda gipertoniya shakllanishi davrida simpatoadrenal tizimning buzilishlarining xususiyatlarini o'rganish.*

Materiallar va usullar*. 25 yoshdan 44 yoshgacha bo'lgan 50 nafar erkak tekshirildi, o'rtacha yoshi 33,6±5,3 yoshni tashkil etdi. Klinik, instrumental va maxsus tadqiqot usullari o'tkazildi.*

Natijalar va xulosalar*. Faol kasbiy faoliyat bilan shug'ullanadigan yoshlar populyatsiyasida simpatoadrenal tizimning funktsional faoliyatida buzilishlar mavjud bo'lib, ular katexolaminlar, xususan, adrenalin va norepinefrinning chiqarilishining ko'payishi va tarkibining pasayishi bilan namoyon bo'ladi. katexolamin dezaminatsiyasining asosiy fermenti - monoamin oksidaz (MAO).*

Kalit so'zlar*: gipertoniya, erkaklar, IT, katexolaminlar, adrenalin, norepinefrin, dofamin, monoamin oksidaza.*

По данным Всемирной организации здравоохранения (2022 г.) артериальная гипертензия является основным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ишемической болезни сердца, геморрагических и ишемических инсультов [2]. По данным крупных исследований, проведённых в разных странах мира, заболевания сердечно-сосудистой системы, занимают лидирующее положение в структуре смертности и к уже 2020 году достигли общемирового значения, вызывая 12,9% (7,6 млн.) смертей во всём мире [4,6] В настоящее время в мире насчитывается около 1,4 миллиарда человек с артериальной гипертонией, но ранняя диагностика и контроль лечения остаются на низком уровне [2]. По данным исследований ВОЗ, проведённых в Республике Узбекистан показало, что она относится государствам с наибольшим развитием сердечно сосудистых заболеваний. В последнее время, несмотря на государственные программы по предупреждению, лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболваний, проблема остаётся до конца не решённой (Хужамбердиев М.А. 2024, Фозылов Х.Г. 2024)

Проблема гипертонической болезни остаётся очень актуальной во многих странах мира в том числе и в Узбекистане. Столь высокая распространённость гипертонической болезни во всём мире, по праву даёт считать её “болезнью цивилизации”. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 года по семи приоритетным направлениям включены специальные задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг [1]. Оценка активности симпато-адреналовой системы для оптимизации методов профилактики артериальной гипертензии среди организованного населения, склонного к стрессу и внедрение методов профилактики и коррекции выявленных нарушений является одним из актуальных направлений современной медицины в связи с высокой клинической значимости данной патологии.

В последнее время прослеживается тенденция к увеличению лиц молодого возраста, приверженных АГ. Распространённая в последние годы неблагоприятный образ жизни среди лиц молодого возраста стало не только медицинской, но социально-экономической проблемой современности [3,4,8]

Вопросам патогенеза, диагностики и лечения АГ у лиц молодого возраста в литературе посвящено большое количество исследований (Лямина С.В., 2010; Sundstorm J., 2012; Нечаева Г.И., 2013; Чернова И.М., 2014; Хужамбердиев М.А., Вахабов Б.М. 2023) в тоже время, с точки зрения диагностики, организации лечения и профилактики АГ в этой возрастной группе, остаётся много нерешённых вопросов.

По данным Феськовой А.А., Перцева А.В. от 2020 года, за последнее 5-7 лет повышение артериального давления наблюдается у 33-42% подростков, в то же время у 17-26% отмечается стойкий характер АГ. Особенностями, затрудняющими диагностику АГ на ранних стадиях у молодых людей, являются транзиторный характер повышения артериального давления (АД) в начале развития заболевания и условность критериев повышенного АД (Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д., Кобзев Р.Ю., 2012; Говорухина А.А., Попова М.А., Вологжанина Н.А., 2015), а также своеобразная клиническая картина, в которой важную роль играют вегетативные расстройства (Вейн А.М., 2003; Конради А.О., 2013), среди последних большое значение придается повышению тонуса симпатической нервной системы, которое считается пусковым моментом повышения АД у молодых пациентов [7]. Гипертоническая болезнь в молодом возрасте способствует всё большей актуализации проблемы, проведению исследования у данной категории больных. Последние десятилетия стойко занимает одно из ведущих мест в структуре обращаемости, инвалидизации и смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях [6,9,10].

Ранняя диагностика артериальной гипертензии у молодых лиц позволит своевременно выявлять заболевание уже на самой ранней стадии процесса. Полученные данные могут явиться основанием для дальнейшей разработки профилактических мероприятий развития ГБ у лиц молодого возраста.

Материалы и методы.

Обследовано 50 лиц мужчин с артериальной гипертонией в возрасте от 25 до 44 лет, средний возраст которых составил- 33,6±3,9 лет и 15 относительно здоровые лица мужского пола, в возрасте от 20 до 44 лет, со средним возрастом 32,4±4,5 года. Артериальное давление (АД) измеряли после 5 минутного отдыха двукратно на обеих руках по принятой стандартной методике с интервалов 5 минут, параллельно измеряли АД при помощи автоматизированных электронных (осцилометрических) устройств, модели Omron M6 («Omron» Япония), согласно установленному протоколу. За основной показатель АД включали средний показатель двух измерений, если отмечалось разница АД между измерениями более 5 мм. рт.ст., то проводили повторное измерение АД в третий раз. Артериальная гипертензию определяли по критериям ВОЗ, принятым в 2023 году: систолическое артериальное давление (САД) больше или равно 140 мм.рт.ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) равно 90 мм.рт.ст.. Исследование проводилось после получения информационного согласия участников, придерживались все требования Хельсинской декларации Всемирной Медицинской Ассоциа-

ции об этических принципах проведения медицинских исследований от 2013 года.

В зависимости, от профессиональной деятельности исследуемые были разделены на 2 группы: I-группа-26 мужчин с АГ, занимающиеся IT в возрасте от 25 до 40 лет, средний возраст которых составил 31,4±3,4 лет, II-группа, мужчины, у которых выявили АГ в результате профилактичских осмотров по месту жительства, не имеющих определённого вида профессиональной деятельности, в возрасте от 25 до 44 лет, со средним возрастом 34,2±4,3 лет, в количестве 24 человек. Группу контроля составили 15 относительно здоровых лиц мужского пола из числа добровольцев в возрасте от 20 до 44 лет, средний возраст которых составил 32,4±4,5 лет. За двое суток до исследования рекомендовали всем исследуемым не употреблять в рацион некоторые продукты, такие как крепкий чай и кофе, алкоголь, сыр, некоторые фрукты - банан, виноград. За 96 часов до исследования исключить приём антибиотиков, бета-блокаторов, ингибиторов МАО, исключить повышенные физические и нервно-психические перенапряжения.

У всех исследуемых определяли суточную экскрецию с мочой катехоламинов (КА)-адреналина (А), норадреналина (НА) и дофамина (ДА)-флюориметрическим методом на анализаторе биожидкостей Elisa (Германия), расчитывали соотношение норадреналина к адреналину-коэффицент норадреналин -НА/адреналин-А при помощи расчётных методов.

Определение в сыворотке крови моноаминоксидазы (МАО)-ключевого фермента дезаминирования катехоламинов проводили методом ИФА Elisa (Германия).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помошью пакетов прикладных программ Microsoft Excel 2010 SPSS Statistics 22.0 для Windows. Использовались непараметрические методы анализа данных: критерии Фишера и Манна-Уитни для выявления различных показателей встречаемости отклонений исследуемых параметров от физиологических норм.

Статистическими значимыми считались изменения при вероятности ошибочного принятия нулевой гипотезы-$p<0,05$.

Результаты и обсуждения.

Сравнительная характеристика возрастных, социальных, поведенческих, инструментальных показателей в исследуемых группах представлена в 1-й таблице. Из 1-й таблицы видно, что исследуемые в I-й и II-й группах имеют те или иные поведенческие изменения, которые каким-то образом могут влиять на активность симпатикоадреналовой системы, но эти гипотезы минимальны и для полного понимания функционального состояния симпатоадреналовой системы было необходимым исследовать суточную экскрецию катехоламинов в моче и уровня ключевого фермента дезаминирования катехоламинов –моноаминоксидазы (МАО) в сыворотке крови.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика возрастных, социальных, поведенческих, инструментальных показателей в исследуемых группах

Показатели	Контрольная группа, здоровые (n=15)	I-группа АГ+IT (n=26)	II-группа АГ nIT (n=24)
Возраст, лет	32,4±4,5	31,4±3,4	34,2±4,3
Профессиональная деятельность, длительность, года	-	3,9±0,6	-
Курение, %	-	6 (30%)	9(45%)
Алкоголь, употребление, %	-	2 (10%)	5(25%)
Занятие спортом, %	8 (53%)	6 (23%)	3(15%)
Длительность сна, часы	7,0±0,3	5,6±0,4*	6,4±0,2^
Повышение массы тела, %	2 (13%)	4 (20%)	6 (30%)
Ожирение	-	2 (10%)	3 (15%)
Наследственная предрасположенность к АГ, %	Нет	Нет	3 (15%)
ЭКГ, изменения, %	-	4 (20%)	5 (25%)
Систолическое давление (САД), мм.рт.ст.	124,0±4,2	144,2±3,6*	143,3±2,4^
Диастолическое давление (ДАД), мм.рт.ст.	79,2±3,3	92,4±1,8*	93,1±1,7^

***Примечание**: *,^ - различия по отношению к контрольной группе достоверны (P<0,05).*

При изучении суточной экскреции КА, дофамина наблюдаются следующие изменения (табл. 2). Во I-й группе отмечается статистически достоверное ($p<0,05$) повышение суточной экскреции адреналина (А) на 76,2% по отношению к контрольной группе и составила в среднем 29,6±0,4 мкг/сутки. Также отмечается повышение экскреции норадреналина (НА) на 185,6% по отношению к группе контроля ($p<0,05$) и составила 223,4,2±0,7 мкг/сутки. Суточная экскреция дофамина (ДА) повышена по отношению к контролю на 123,5% и составила 925,7±12,3 мкг/сутки ($p<0,05$). Во II-й группе также отмечается повышение суточной экскреции катехола-

минов, в частности адреналина (А) на 50,0% по отношению к контрольной группе (p<0,05) и составила 25,2±0,3 мкг/сутки. Суточная экскреция норадреналина (НА) повышена на 143,3%, по сравнению с контрольной группой и составила 190,15±8,6 мкг/сутки (p<0,05). Также отмечается увеличение экскреции ДА на 96,4% по отношению к контролю и составила 817,2±10,3 мкг/сутки (p<0,05).

При исследовании активности МАО выявили достоверное снижение активности фермента во всех исследуемых группах по отношению к контрольной группе (табл. № 2). В контрольной группе активность МАО составила 7,0±0,3 ng/l. В I-й группе активность МАО составила 4,3±0,2 ng/l., что на 89,2% ниже контроля (p<0,05). Во II-й группе также отмечается значительное понижение активности фермента на 75,1% по отношению к группе контроля и составила 4,5±0,3 ng/l. (p<0,001).

Сравнительная характеристика показателей суточной экскреции катехоламинов-А, НА, ДА и активности ключевого фермента дезаминирования катехоламинов-МАО в сыворотке крови показало, что имеются достоверные изменения в исследуемых группах. Так в I-й группе, исследуемых лиц мужского пола, занимающиеся профессиональной деятельностью, именно IT суточная экскреции адреналина (А) повышена на 17,4% по отношению ко II-й группе, исследуемых из неорганизованного населения с АГ. Также отмечается повышение экскреции норадреналина (НА) на 17,5% по отношению ко II-й группе. Суточная экскреция дофамина (ДА) в I-й группе повышена по отношению ко II-й группе на 13,3% и составила 925,7±12,3 мкг/сутки (p<0,05). В I-й группе активность МАО на 4,65 % ниже соответствующих показателей II-й группы (табл. 2).

Таблица 2.

Суточная экскреция КА и активность МАО у относительно здоровых и исследуемых групп, P<0,05

группы	А, мкг/сут	НА, мкг/сут	ДА, мкг/сут	МАО, ng/l
I- АГ+IT, n=26	29,6±0,4*	223,4±10,7*	925,7±12,3*	4,3±0,2 *
II- АГ nIT (неорг. нас.), n=24	25,2±0,3^	190,15±8,6^	817,2±10,3^	4,5±0,3^
Контрольная, n=15	16,8±0,4	78,2±5,9	416,2±8,4	7,0±0,3

***Примечание**: *,^ - различия по отношению к контрольной группе достоверны (P<0,05).*

Таким образом, проблема функционального состояния САС у исследуемых лиц молодого возраста, занимающиеся профессиональной деятельностью за счёт постоянного воздействия профессионального фактора остаётся предметом обсуждения. Длительная активация САС, своим многогранным воздействием на целый ряд структурных изменений, прежде всего в сосудистой стенке и миокарде может привести к формированию стойких необратимых изменений. Симпатикотония, являясь основным эфферентным путем регуляции сосудистого тонуса, способствует развитию гемодинамических, метаболических и реологических изменений, приводящих к сложному каскаду развития АГ и структурному ремоделировнанию органов-мишеней.

Результаты проведённых исследований показали, что у лиц с АГ занимающиеся профессиональной деятельности в области IT, происходит активация САС, связанная с повышением экскреции катехоламинов: А, НА, ДА по отношению к здоровым.

Таким образом, полученные данные выявили, что развитию и прогрессированию АГ у лиц активно занимающиеся профессиональной деятельностью в области IT-технологий, приверженных к более к частым стрессорным воздействиям сопутствуют нарушения функционирования САС. В результате исследования установлено разнонаправленные изменения в содержании адреналина и норадреналина в зависимости от профессиональной деятельности, у лиц мужского пола, занимающиеся IT, отмечается максимальный уровень гормонального и медиаторного компонента симпатоадреналовой системы. Повышенный симпатический тонус ведёт к целому ряду метаболических, трофических и гемодинамических изменений, что сопровождается увеличением риска сердечно-сосудистых катастроф у данной категории лиц.

Результаты нами проведенных исследований, в какой-то степени, могут показать важную роль нарушений активности САС при формировании гипертонической болезни у молодых.

Выводы:

1.Выявлены разнонаправленные изменения в суточной экскреции катехоламинов: адреналина, норадреналина и дофамина в зависимости от профессиональной деятельности, у лиц мужского пола, занимающиеся IT, отмечается максимальный уровень гормонального и медиаторного компонента симпатоадреналовой системы.

2.Установлено, что лица занимающиеся IT деятельностью, испытывают регулярное повышение активности симпатоадреналовой системы за счёт постоянного воздействия профессионального фактора, что доказано повышением суточной экскреции катехоламинов и снижением активности МАО.

3.Результаты проведённого исследования могут явиться научным обоснованием для оценки и прогнозирования риска сердечно-сосудистых заболеваний с разработкой конкретных профилактических мероприятий по предупреждению нарушений функционального состояния симпатоадреналовой системы у данной категории исследуемых.

Литература.

1. Указ Президента РУЗ от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов.

2. Wordwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participitans. NCD Risk Factor Collabration (NCD-RisC). Lancet.2021. PMID: 34450083. Free PMC article.

3. Battistoni A., Canichella F., Pignatell, G. et al.Hypertension in Young People: Epidemiology, Diagnostic Assessment and Therapeutic Approach. // High Blood Press Cardiovasc Prev. 2015; 22: 381–388.doi:10.1007/s40292-015-0114-3.

4. Costa S., Lima C., Nobre A. et al. Hypertension bearers with high risk/big risk of cardiovascular diseases and socioeconomic and health indicators. //Rev Assoc Med Bras (1992). 2018; 64(7): 601–10. doi:10.1590/1806-9282.64.07.601.

5. Garafova A, Penesova A, Cizmarova E, et al. Cardiovascular and Sympathetic Responses to a Mental Stress Task in Young Patients with Hypertension and/or Obesity. Physiol. Res.2014; 63 (Suppl. 4): S459-S67.

6. Oybekova G.S., Khuzhamberdiev M.A., Vakhabov B.M. Current problems of modern cardiology: why is hypertension getting younger? Medisine and sport. 2023; №4: 77-81. www.sportmed.uz ISSN 2181-998x 2023/4.

7. Oybekova G.S., Khuzhamberdiev M.A., Vakhabov B.M. American Journal of Medicine and Medical Scinces (AJMMS), USA, Sympatoadrenal activiti, catecholamines, and the patogenesis of hypertenzive among young population Volume: 4 Issue 6/june-2024. P 124-127 https://academikpublishers.org

8. Nascimento B., Brant L., Yadgir S. et al. Trends in prevalence, mortality, and morbidity associated with high systolic blood pressure in Brazil from1990 to 2017: estimates from the "Global Burden of Disease 2017" (GBD 2017) study. // Popul Health Metr. 2020; 18(Suppl 1):17. doi:10.1186/s12963-020-00218-z.

9. Yano Y., Stamler J., Garside D. et al. Isolated systolic hypertension in young and middle-aged adults and 31-year risk for cardiovascular mortality: the Chicago Heart Association Detection Project in Industry study. // J Am Coll Cardiol. 2015 Feb 3; 65 (4): 327-335. doi:10.1016/j.jacc.2014.10.060.

10. Zhou B., Bentham J., Di Cesare M. et al. World wide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19 million participants. //Lancet. 2017; 389 (10064):37-55. doi:10.1016/S0140-6736(16)31919-5

Mamasalieva Nigora Abdugaffarovna - akusher-ginekolog
Addu shahridagi yetakchi ko'p tarmoqli klinika, Maldiv Respublikasi
Hamdamova Muxayoxon To'xtasinovna – professor
Buxoro davlat tibbiyot instituti
Mamasolieva Shoxista Abdugapparovna – assistent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

KO'PIKLI GISTEROSALPINGOSONOGRAFIYA VA DIAGNOSTIK LAPAROSKOPYANI QO'LLANISHNI IDIOPATIK BEPUSHT AYOLLARDA DAVOLASH TEXNIKASINI TANLANISHGA TA'SIRI

Rezyume. *Idiopatik bepushtlik ayollar reproduktiv tibbiyotining murakkab bo'limidir. EchoPGSG va DL uzoq vaqtdan beri diagnostika standartiga kiritilgan. Ushbu diagnostika usullaridan alohida foydalanish yaxshi samara berishini ko'rsatdi. Biroq, diagnostikada, yuqoridagi usullardan birgalikda foydalanishning diagnostik qiymati, uning idiopatik bepushtlik bilan og'rigan bemorlarda yordamchi reproduktiv texnologiya sifatida tanlanishinig ta'siri nuqtai nazaridan hali ham bahsli muhokamada.*

Maqsad. *idiopatik bepushtlik aniqlangan ayollarda EchoPGSG va diagnostik laparoskopiyani birgalikda qo'llash natijalarini tahlil qilish va ularning bepushtlikni davolash taktikasini tanlashdagi o'rni.*

Materiallar va usullar. *Retrospektiv tadqiqot Maldiv orollari, Addu shahridagi AIMS tibbiyot klinikasining reproduktiv tibbiyot bo'limi bazasida o'tkazildi. 2021-2024 yillar mobaynidagi, idiopatik bepushtligi bor va bachadon ichi urug'lantirishga yo'naltirilgan 47 ayolning, shuningdek, DL va EchoPGSG o'tkazilgan, bachadon naylarining 1 tomonlama o'tkazuvchanligi buzulgan bepusht ayollarning 48 ta kasallik tarixi tahlil qilindi.*

Xulosalar. *Biz kashf etgan tendentsiyalar idiopatic bepushtligi bor ayollarda EchoPGSG va DLni birgalikda o'tkazish, ularni keyingi optimal davolash usulini tanlovini osonlashtirishi mumkin, ammo bu bayonot qo'shimcha tadqiqotlarni talab qiladi.*

Kalit so'zlar: *idiopatik bepushtlik (IB), ko'pikli ultratovush, histerosalpingografiya (EchoPGSG), diagnostik laparoskopiya (DL), intrauterin urug'lantirish (IUI), in vitro urug'lantirish (IVF), fallop naychalarining bir tomonlama obstruktsiyasi (VLBW).*

Mamasalieva Nigora Abdugaffarovna - obstetrician-gynecologist
Multidisciplinary clinic in Addu Republic of Maldives
Khamdamova Mukhayokhon Tukhtasinovna - professor
Bukhara State Medical Institute
Mamasolieva Shokhista Abdugapparovna - assistant
Samarkand State Medical University

EFFECT OF COMBINED USE OF FOAM HYSTEROSALPINGOSONOGRAPHY AND DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY ON THE CHOICE OF TREATMENT METHOD IN WOMEN WITH IDIOPATHIC INFERTILITY

ABSTRACT. Background. *Idiopathic infertility is a challenging section of female reproductology. HyFoSy and DL have long been included in the standard of its diagnosis. Separate use of these diagnostic methods has proven itself. However, the diagnostic value of the combined use of these diagnostic methods in terms of its influence on the choice of assisted reproductive technology in patients with idiopathic infertility is still debatable.*

Objectives. *The main task of this investigation is to analyze the results of combined use of HyFoSy and diagnostic laparoscopy in women suffering from ideopathic infertility and their influence on the choice of infertility treatment tactics.*

Materials and methods. *A retrospective study was conducted at the Department of Reproductive Medicine, AIMS Medical Clinic, Addu, Maldives. 47 women with idiopathic infertility referred for intrauterine insemination between 2021 and 2024 and 48 women with unilateral fallopian tube occlusion who underwent DL and HyFoSy were analyzed.*

Conclusions. *The trends we found suggest that combined HyFoSy and DL in women with II may facilitate the optimal choice of their further treatment, but this statement requires further research.*

Keywords: *idiopathic infertility (II), foam ultrasound hysterosalpingography (HyFoSy), diagnostic laparoscopy (DL), intrauterine insemination (IUI), in vitro fertilization (IVF), unilateral fallopian tube obstruction (UFTO).*

Мамасалиева Нигора Абдугаффаровна - врач акушер-гинеколог
Многопрофильная клиника города Адду Мальдивской Республики
Хамдамова Мухайёхон Тухтасиновна - профессор
Бухарский государственный медицинский институт
Мамасолиева Шохиста Абдугаппаровна - ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПЕННОЙ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОСОНОГРАФИИ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НА ВЫБОР МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ИДИОПАТИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

РЕЗЮМЕ. Актуальность. *Идиопатическое бесплодие является сложным разделом женской репродоктологии. В стандарт его диагностики давно включены ЭхоПГСГ и ДЛ. Раздельное применение этих диагностических методов хорошо себя зарекомендовало. Однако, диагностическая ценность совместного применения вышеуказанных методов диагностики, в плане ее влияния на выбор вспомогательной репродуктивной технологии у пациентов, страдающих идиопатическим бесплодием, все еще остается дискутабельной.*

Целью исследования *является анализ результатов совместного применения ЭхоПГСГ и Диагностической Лапароскопии у женщин, страдающих идиопатическим бесплодием и их влияния на выбор тактики лечения бесплодия.*

Материалы и методы исследования. *Ретроспективное исследование проведено на базе отделения репродуктивной медицины медицинской клиники AIMS в г. Адду, Мальдивы. Были проанализированы истории болезни 47 женщин с идиопатическим бесплодием, направленных на внутриматочную инсеминацию в период с 2021 по 2024 год, и 48 женщин с односторонней окклюзией маточных труб, которым выполнялась ДЛ и ЭхоПГСГ.*

Выводы. *Обнаруженные нами тенденции позволяют предположить, что сочетанное проведение ЭхоПГСГ и ДЛ у женщин с ИБ может облегчить оптимальный выбор метода их дальнейшего лечения, однако, данное утверждение требует дальнейших исследований.*

Ключевые слова: *идиопатическое бесплодие (ИБ), пенная ультразвуковая гистеросальпингография (ЭхоПГСГ), диагностическая лапароскопия (ДЛ), внутриматочная инсеминация (ВМИ), экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), односторонняя непроходимость маточных труб (ОНМТ).*

Tadqiqotning dolzarbligi. 1980-yillarda transvaginal ultratovush tekshirish kirtilishi bilan kichik chanoq bo'shlig'i a'zolarini sifatli akslantirishga erishildi, bu esa ayollarda bachadon, tuxumdon, bachadon bo'yni holatini batafsil baholash, ayniqsa hatto bachadon naylarining o'tkazuvchanligini baholashga ham erishildi. Bachadon naylari o'tkazuvchanligini aniqlash mezoni, bu Duglas bo'shlig'ida, tuxumdonlar atrofida contrast suyuqligining mavjudligidir. Deyxert 1988 yilda birinchi bo'lib, bachadon naylari o'tkazuvchanligini ultra to'lqin tekshirishda ehogen kontrast modda yordamida sinovdan o'tkazganligi haqida haqida xabar bergan (gisterosalpingosonografiya yoki EHoGSG) (Echovist) (6; 910-913-bet].

Keyingi yillarda vizualizatsiya sifatini yaxshilash imkonini beradigan turli exogen kontrastli moddalar ishlab chiqilib, keng qo'llanildi. Odatda, bu kontrastli moddalar qobiq materialiga (masalan, lipidlar, oqsillar yoki biopolimerlar) kapsullangan gazsimon mikropufaklardan iborat bo'lib, ultratovush nuri chastotasiga juda kuchli akustik javob keltirib, o'ziga xos kuchaytirilgan eho-signalni keltirib chiqargan. Bo'qoq sinovi bo'lgan diagnostik laparoskopiya (shuningdek, xromopertubatsiya sifatida ma'lum) Bachadon naylari o'tkazuvchanligini,, patologiyasini tasghizlash uchun klinik etalon test hisoblanadi [10; 909-913-bet].

Tashiz uchun laparoskopiyaning ustunligi, o'tkazilayotgan vaqtda aniqlangan patologik topilmalarni bir vaqtda davolash imkoniyatidir. Boshqa tomondan, ushbu tartib umumiy anesteziya va operatsion uskunalarni talab qiladi. Odatda, tashiz uchun laparoskopiyaning kunduzgi statsionarda o'tkaziladi, shuning uchun jiddiy asoratlar (ichki a'zolarning shikastlanishi, qorinda ichiki qon ketishi va umumiy anesteziya bilan bog'liq xavflar) yuzaga kelishi xavfi bilan, boshqa bachadon naylari o'tkazuvchanligini aniqlash ExoPSG kabi usullaridan qimmatroq, ko'p mehnat talab qiluvchi va tutashgan hisoblanadi ambulator klinikada o'tkazilishi kerak bo'lgan jarrohlikdir.

Tadqiqot maqsadlari: Idiopatik bepushtlik (IB) va bachadon naylarining o'tkazuvchanligini bir tomonlama okluziyasi (BNBO) bilan bog'liq bepusht bemorlarda Bachadon ichi urug'lantirish natijalarini yaxshilash maqsadida ExoPSG va DL birgalikda amaliy qo'llanilishini yanada takomillashtirish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Mazkur retrospektivik tadqiqotni biz Maldivaning Addu shahridagi reproduktiv tibbiyot bo'limi AIMS medical clinic bazasida o'tkazdik. Biz ideopatik bepushtlik

bilan bog‘liq bemorlarning 2021 yildan 2024 yilgacha bo‘lgan davrda bachadon ichi urug’lantirish usuli qo‘llanilishi ko‘rsatilgan ayollarning 97 nafarining kasallik tarixini o’rganib chikdik, hamda 48 nafari bir tomonlama bachadon nayi oklyuziyasi bor ayollardir. Biz maqsad qilingan vazifalarimizni amalga oshirish uchun, ushbu ishlarni bajarish vaqtida asbob-uskunalar (EXOPSG, DL) va statistik tadqiqot usullarini qo‘lladik

Tadqiqotlarni o‘tkazish jarayonida quyidagilar o‘rganildi va tahlil qilindi:

1.IB (ideopatik bepushtlik) bor ayollarda bachadon inseminatsiyasi o’tkazishdan oldin, DL va ExoPGSG birgalikda o‘tkazish natijalari tahlilini qilish.

2. BBNO (bachadon naylarining bir tomonlama oklyuziya)si bor ayollarda bachadon inseminatsiyasi o’tkazishdan oldin, DL va ExoPGSG birgalikda o‘tkazish natijalari tahlilini qilish.

Olingan natijalarning haqiqiyligi shuni bilan asoslanadi, ishlarni amalga oshirish davomida biz BBNO va IB bilan bog‘liq ayollarda bepushtlik sababini diagnostika qilish va davolashda zamonaviy ilmiy-amaliy tasavvur va yondashuvlarni asosga oldik. Statistik xulosalar statistik tahlilning turli zamonaviy matematik usullaridan foydalanish asosida, jumladan, Shans baholashi va ROC tahlil qilish asosida amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalarining ilmiy va amaliy ahamiyati. Mazkur ishlar natijalarining ilmiy ahamiyati, uning davomida olingan natijalar va xulosalarning o‘zining nazariy va amaliy ahamiyatiga ega bo‘lishi va xotin-qizlar bepushtligini davolash bilan shug‘ullanuvchi shifokorlarga munosib yordam ko‘rsatishi bilan belgilangan.

Bu ishni bajarishda quyidagilar qayd etildi:

1)IB va BBNO normal natijalari bo‘lgan bemorlarda DL o‘tkazish 97 bemorning 34 tasida (35%) bu yoki bu patologiya mavjudligini aniqlash imkonini berdi. Bunda o‘tkazilgan DL natijalari 73 (65%) bemorda davolanishning dastlabki taktikasini o‘zgartirmagan;

2) IB bilan bog‘liq bemorlarda DL o‘tkazilganda 24 bemorning 7 tasida (29%) davolashkeskin o’zgartirilib, EKO bilan yakullandi va ExoPGSG normal natijalari bo‘lgan 24 ayoldan 17 tasida (71%) davolash taktikasini “tuzatish ” (laparoskopik korrektsiya + VMI) bilan yakullandi, bunda ExoPGSGsi normal bo’lgan ayollarda DL natijalariga ko‘ra ikki tomonlama patologiya aniqlandi.

3) BBNO bor bemorlarda DL o‘tkazish 48 bemorning 22 tasida (45%) davolash taktikasining “radikal ” o‘zgarishiga olib keldi, bu ayollarda davolash EKO bilan yakullandi.

Biz olgan retrospektivali ma’lumotlarimiz shuni ko’rsatdiki, DL oddiy ExoPGSG o‘tkazilganda normal bo’lishiga qaramasdan, o’tkazilishi o’rinlidir. Shu munosabat bilan biz ExopGSG normal natijalari bo‘lgan bemorlarni bir necha muvaffaqiyatsiz bachadon ichi uruglantirishni boshidan kechirgan ayollarda diagnostic/davo laparoskopiyasini o’tkazishni tavsiya qilamiz. Shuningdek, biz ExoPGSG o‘tkazish vaqtida aniqlangan BBNO bo‘lgan shaxslarda DL-ni bajarishni to‘g‘ri deb hisoblaymiz, chunki biz olgan natijalar katta foizdagi holatlarda (45%) DL-ni bajarish BIU(bachadon ichi urug'lantirish) o‘tkazishdan bosh tortib, to’g’ridan to’g’ri EKO qilisga olib keldi.

Xulosalar. Tadqiqotga kirgan bemorlarning etarlicha kichik statistik tanlanganligi IB va BBNOsi bor bepusht ayollarda, DL majburiy bajarish zarurligi yuzasidan yakuniy xulosalar berish imkonini bermaydi. Biroq, biz aniqlagan tendentsiyalar IB va va BBNOsi bor bepusht ayollarda DL ni ExoPGSG bilan birgalikda amalga oshirilishi mumkin ekanligini ko‘rsatmoqda, bu borada yanada tadqiqotlarni talab etadi.

Adabiyotlar.

1. Abdugapparovna M. S., Abdurazzaqovich K. A. The need to ensure economic security in the health sector //Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing. – 2024. – Т. 2. – №. 1. – С. 75-78.

2. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / под ред. В. И. Кулакова.- М: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 616 с.

3. Бесплодный брак. Современный подходы к диагностике и лечению: руководство / под ред.: Г. Т. Сухих, Т. А. Назаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 774 с.

4. Возможности гистеросальпингографии и лапароскопии в прогнозировании наступления самостоятельной беременности / H. R. Verhoeve, S. F. P. J. Coppus, J. W. Van der Steeg [et al.] // Проблемы репродукции. - 2011. - Т. 1. - № 19. - С. 40-49.

5. Диагностические возможности гистеросальпингографии и гистеросальпингосонографии у пациенток с бесплодием и спаечным процессом в малом тазу / Е. Д. Дубинская, А. С. Гаспаров, О. Э. Барабанова [и др.] // Гинекология. - 2012. - Т. 14. - № 2. - С. 78-80.

6. Mamasoliyeva Shokhista Abdugapparovna, & Kurbanov Anvar Alamovich. (2023). Mechanisms for Increasing the Economic and Organizational Efficiency of the Management of the Medical Service Sector. Texas Journal of Medical Science, 18, 150–153. https://doi.org/10.62480/tjms.2023.vol18. pp150-153

7. Мамасолиева Ш., Хегай Р. О. Повышения механизмов экономической и организационной эффективности управления сферой здравоохранения. – 2023.

8. Mamasolieva S. A., Xegay R. O. Management in the health sector improving the efficiency

//Modern Scientific Research International Scientific Journal. – 2024. – Т. 2. – №. 2. – С. 186-193.

9. Медведева, Е. Н. Лечение трубно-перитонеального бесплодия в условиях регионального центра планирования семьи / Е. Н. Медведева, О. К. Пехото //АГ-инфо. - 2006. - № 4. - С. 45-46.

10. Ayida G, Harris P, Kennedy S, Seif M, Barlow D and Chamberlain P (1996): Hysterosalpingo-contrast sonography (HyCoSy) using Echovist-200 in the outpatient investigation of infertility patients. Br J Radiol 69: 910-913.

11. Boudghene FP, Bazot M, Robert Y, Perrot N, Rocourt N, Antoine JM, Morris H, Leroy JL, Uzan S and Bigot JM (2001): Assessment of Fallopian tube patency by HyCoSy: comparison of a positive contrast agent with saline solution. Ultrasound Obstet Gynecol 18: 525-530.

12. Campbell S, Bourne TH, Tan SL and Collins WP (1994): Hysterosalpingo contrast sonography (HyCoSy) and its future role within the investigation of infertility in Europe. Ultrasound Obstet Gynecol 4: 245-253.

13. Campo R, Gordts S and Brosens I (2002): Minimally invasive exploration of the female reproductive tract in infertility. Reprod Biomed Online 4 Suppl 3: 40-45.

14. Chan CC, Ng EH, Tang OS, Chan KK and Ho PC (2005): Comparison of three-dimensional hysterosalpingo-contrast-sonography and diagnostic laparoscopy with chromopertubation in the assessment of tubal patency for the investigation of subfertility. Acta Obstet Gynecol Scand 84: 909-913.

UO'K: 616.25-002.6- 07-016.26

Anvarova Yekaterina Vladimirovna - assistant
Djurabaeva Muxabbat Xusanovna - t.f.n., katta o'qituvchi
Babamatova Xilola Umirsaidovna - assistent
Xakimov Abdulatif Adbuvali o'g'li - assistent
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi
Sh.Alimov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

PERIFERIK LIMFA TUGUNLARI TUBERKULYOZIDA ULTRATOVUSH DIAGNOSTIKASINING ROLI VA O'RNI

Annotatsiya. *Ushbu tadqiqot o'pka va periferik limfa tugunlari tuberkulyozi tashxisi qo'yilgan bemorlarda zararlangan limfa tugunlaridagi o'ziga xos jarayonning bosqichlarini aniq tekshirish uchun ishonchli belgilarni izlash va mezonlarni aniqlashga bag'ishlangan. Hozirgi vaqtda ichki organlar va yuzaki tuzilmalarini ultratovush tekshiruvining standart protokollariga tekshirilayotgan to'qimalarning elastik xususiyatlarini qayd etishga asoslangan ultratovush elastografiyasi keng joriy etilmoqda. Tadqiqotning maqsadi yuqori ma'lumotli diagnostik ultratovush usullaridan foydalangan holda Periferik limfa tugunlari tuberkulyozi diagnostikasi va bosqichlash natijalarini takomillashtirish. klinik tadqiqot Ftiziatriya va Pulmonologiya Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy markazi bazasida o'tkazildi. Tadqiqotga o'pka va periferik limfa tugunlarining tuberkulyoz kasalligi tasdiqlangan tashxisi bilan statsionar davolanayotgan bemor kiritildi. Xulosa elastografiya ushbu jarayonda muhim rol o'ynaydi, bu mutaxassislarga bemorlarda kasallikning dinamikasini samarali va xavfsiz tashxislash va kuzatishga yordam beradigan yagona standartlar va protokollarni taqdim etadi.*

Kalit so'zlar: *periferik limfa tugunlari sil kasalligi, ultratovush, elastografiya, limfa tugunlari.*

Анварова Екатерина Владимировна - ассистент
Джурабаева Мухаббат Хусановна - к.м.н., старший преподаватель
Бабаматова Хилола Умирсаидовна - ассистент
Хакимов Абдулатиф Абдували угли - ассистент
Ташкентская Медицинская Академия
Республиканский специализированный научно-практической медицинской центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш.Алимова

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ СТАДИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОУЗЛОВ

Аннотация*. Настоящее исследование посвящено поиску достоверных признаков и критериев для точного изучения стадий специфического процесса в пораженных лимфатических узлах у больных с диагнозом туберкулез легких и периферических лимфатических узлов. В настоящее время в стандартные протоколы ультразвукового исследования внутренних органов и поверхностных структур широко внедрена ультразвуковая эластография, основанная на регистрации упругих свойств исследуемой ткани. Цель исследования- улучшение результатов диагностики и стадирования туберкулеза периферических лимфатических узлов с использованием высокоинформативных методов ультразвуковой диагностики. Клинические исследования проводились на базе Республиканского специализированного научно-практического центра фтизиатрии и пульмонологии. В исследование включен больной, находящийся на стационарном лечении, с подтвержденным диагнозом туберкулез легких и периферических лимфатических узлов. Заключение Эластография играет важную роль в этом процессе, обеспечивая единые стандарты и протоколы, которые помогают профессионалам эффективно и безопасно диагностировать и контролировать динамику заболевания у пациентов.*

Ключевые слова: *туберкулез периферических лимфатических узлов, ультразвуковое исследование, эластография, лимфатические узлы.*

Anvarova Yekaterina Vladimirovna - assistant
Djurabaeva Mukhabbat Khusanovna - Ph.D., senior lecturer
Babamatova Khilola Umirsaidovna - assistant
Khakimov Abdulatif Adbuvali ugli - assistant
Tashkent Medical Academy
Republican Center for Specialized Phthisiology and Pulmonology of Scientific and Practical Medicine named after Sh.Alimova

POSSIBILITIES OF ULTRASOUND DIAGNOSTICS IN STAGING TUBERCULOSIS OF PERIPHERAL LYMPH NODES

Abstract. *The present study is devoted to the search for reliable signs and criteria for the accurate study of the stages of a specific process in the affected lymph nodes in patients diagnosed with tuberculosis of the lungs and peripheral lymph nodes. Currently, ultrasound elastography, based on the registration of the elastic properties of the tissue under study, is widely introduced into standard protocols for ultrasound examination of internal organs and superficial structures. The aim of the study is to improve the results of diagnosis and staging of tuberculosis of the peripheral lymph nodes using highly informative ultrasound diagnostic methods. Clinical studies were conducted at the Republican Specialized Scientific and Practical Center for Phthisiology and Pulmonology. The study included a patient undergoing inpatient treatment with a confirmed diagnosis of tuberculosis of the lungs and peripheral lymph nodes. Conclusion Elastography plays an important role in this process, providing uniform standards and protocols that help professionals effectively and safely diagnose and monitor the dynamics of the disease in patients.*

Key words: *tuberculosis of peripheral lymph nodes, ultrasound examination, elastography, lymph nodes.*

Jahon miqyosida, Mustaqil Davlatlar Hamdo'stligi mamlakatlarida va O'zbekiston Respublikasida tuberkulyoz kasalligi bo'yicha epidemiologik vaziyat yaxshilanganligiga qaramasdan, so'nggi yillarda o'pkadan tashqari tuberkulyoz kasalligini (O'TT) o'z vaqtida aniqlash va davolash muammosi sog'liqni saqlash va tibbiyot fanlari sohasida dolzarbligicha qolmoqda. O'TT nafas organlari tuberkulyoziga qaraganda yuqumliligi kamroq bo'lsada, ko'pincha O'TT kechki bosqichlarda, asoratlar va qaytarilmas o'zgarishlar rivojlanganidan so'ng aniqlanadi, bu esa nogironlik rivojlanishiga olib keladi [7].

O'TT ning klinik shakllari tarkibiga kiruvchi kasalliklar ichida suyak-bo'g'im tizimining tuberkulyoz kasalligi 47,2% -54,4% ni tashkil etib, ustunlik qilishda davom etmoqda. Ikkinchi o'rinda O'TT ning yana bir klinik shakli - periferik limfa tugunlarining tuberkulyozi bo'lib, u 31,0% dan 19,1% gacha o'zgarib turadi. Uchinchi o'rinda jinsiy a'zolar va siydik chiqarish tizimi tuberkulyoz kasalligi bo'lib u 14,2% - 20,2% ni tashkil etadi.[7].

Periferik limfa tugunlari tuberkulyozida (PLTT) patologik jarayon ko'pincha, 61,1% dan 95,7% gacha bo'yin hamda jag' osti limfa tugunlarida (LT) namoyon bo'ladi. Qo'ltiq osti sohasida (15,0% dan 17,0% gacha) va chov sohasida (7,0% dan 8,0% gacha) limfa tugunlarining zararlanishi juda kam hollarda uchraydi [16, 24].

Tadqiqotlar turli mualliflar tomonidan taqdim etilgan ma'lumotlardagi farqli tomonlarni ko'rsatadi. Ba'zilarning ta'kidlashicha, PLTT ko'pincha bitta LT guruhining alohida zararlanishi bilan namoyon bo'ladi, boshqalari esa bir nechta LT guruhlarining shikastlanishi, ba'zan ikki taraflama zararlanish ko'proq xarakterlidir degan fikrni ta'kidlaydilar[17, 19].

Periferik limfa tugunlarining tuberkulyoz kasalligi jiddiy xavf tug'diradi, chunki alohida shikastlanishlar kam uchraydi. Odatda limfa tugunlari kattalashib, bir-biri bilan birlashib, "xaltalar"ni hosil qiladi. Ko'pincha limfa tizimining turli darajalarida joylashgan limfa tugunlarining shikastlanishi aniqlanadi, bu holat esa ushbu patologiyani tashxislash va davolashni sezilarli darajada murakkablashtiradi [12, 13].

Periferik limfa tugunlari tuberkulyoz kasalligini aniqlash uchun anamnezni batafsil o'rganish katta ahamiyatga ega. Shu bilan birga, kasallikning dastlabki tasvirini, davomiyligini, kasallikning retsidivlarini aniqlshtirish muhimdir, bu gistologik diagnostika o'tkazadigan patomorfolog uchun muhim jihatlarini ifodalaydi [3, 8, 11].

Tuberkulyoz etiologiyali limfoadenopatiyada polimeraza zanjir reaksiyasidan (PZR) foydalanish bo'yicha bir qator ijobiy ma'lumotlar mavjud. Masalan, AN. Seo va boshqalar (2014) va V. Boonsarngsuk (2017) tuberkulyoz kasalligi limfadenitini tashxislash uchun yuqori sezgirligi tufayli PZR dan foydalandilar va muvaffaqiyatli natijalarga erishdilar. P. Sinha va uning hamkasblari (2017) 89,6% hollarda PZR yordamida PLTT bilan kasallangan bemorlarda tuberkulyoz mikobakteriyasini aniqladilar, Sil-Nilsen bilan bo'yalgan bakterioskopiya usuli esa atigi 31,2% hollarda ijobiy natijalarni ko'rsatdi [9, 21].

GeneXpert MTB/RIF test tizimi tuberkulyoz mikobakteriyasining DNKsini aniqlash va uning rifampitsinga chidamliligini to'g'ridan-to'g'ri patologik materialda 2 soat ichida aniqlash imkoniyatini beradi [16, 20, 23].

Tuberkulyoz limfadenitini tashxislashning asosiy va muhim usullaridan biri limfa tugunlari to'qimasini gistologik tekshirishdir. Ba'zi mualliflar hujayra tarkibini o'rganish uchun ingichka igna orqali limfa tugun biopsiyasidan foydalanish mumkinligini ta'kidlashadi. Punksion biopsiyasining diagnostik samaradorligi 10% dan 25,5% ni tashkil etadi. Ba'zi tadqiqotlarda ingichka igna bilan aspiratsion biopsiya usuli keng qo'llaniladi. Har bir LTni bir necha yo'nalishda punksiya qilish, so'ngra igna tarkibini sitologik va bakteriologik tahlil qilish tavsiya etiladi [14, 15].

Ultratovush tekshiruvi (UTT) har qanday sohadagi zararlangan periferik LT nini aniqlash uchun qo'llaniladigan nur diagnostika usullaridan biridir. Shu bilan birga, ularning exogenligini batafsil o'rganish, qo'shimchalar mavjudligini aniqlash, kapsula qalinligini o'lchash, LT miqdori va hajmini aniqlash [1,2,4] amalga oshiriladi. Shu bilan birga,

periadenitni keltirib chiqaradigan LT ning yallig'lanish o'zgarishlari ham noaniq, notekis konturlarga olib kelishi mumkin, bu esa LT baholash mezoni sifatida ushbu belgining mavjud bo'lishi yoki yo'qligi dan foydalanish imkoni mavjud emas [22, 25].

LTdagi patologik jarayonlarni aniqlashning qo'shimcha usuli - bu vaskulyarizatsiyalanish tabiatini baholash uchun rangli (tez va energetik) Doppler tasvirlashdir. Shu bilan birga, o'rganilayotgan LTning vaskulyarizatsiyasini aniq baholash yallig'lanish jarayonlarida murakkablashishi mumkin, bu esa olingan natijalarni noto'g'ri talqin qilinishiga olib keladi [18, 26].

Hozirgi vaqtda ichki organlar va yuzaki tuzilmalarini ultratovush tekshiruvining standart protokollariga tekshirilayotgan to'qimalarning elastik xususiyatlarini qayd etishga asoslangan ultratovush elastografiyasi (UTEG) keng joriy etilmoqda. Ushbu usul biologik to'qimalarning mexanik xususiyatlarini sifat va miqdoriy tahlil qilish, ularning elastikligini (tarrangligini) aniqlash imkonini beradi [5, 6, 10].

Shunday qilib, PLTT diagnostikasi hozirgi vaqtda ftiziatriya sohasidagi eng qiyin vazifalardan biridir. Tuberkulyoz kasalligi infeksiyasining tarqalishida limfa tizimining faolligining oshishi, limfa tugunlarining tuzilishi va funksiyasining o'ziga xos xususiyatlari, shuningdek o'ziga xos yallig'lanishning rivojlanishi bilan yuzaga keladigan morfofunksional o'zgarishlar ushbu kasallikni tashxislashning yaxshiroq usullarini izlash zarurligini ta'kidlaydi.

Tadqiqotning maqsadi: yuqori ma'lumotli diagnostik ultratovush usullaridan foydalangan holda PLTT diagnostikasi va bosqichlash natijalarini takomillashtirish.

Materiallar va usullar: klinik tadqiqotlar 2019 yildan 2022 yilgacha Ftiziatriya va Pulmonologiya Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy markazi bazasida o'tkazildi. Tadqiqotga o'pka va periferik limfa tugunlarining tuberkulyoz kasalligi tasdiqlangan tashxisi bilan statsionar davolanayotgan 150 bemor kiritildi.

O'tkazilgan tadqiqotlarga asoslangan holda, bemorlar 3 guruhga bo'lindi.

1 – guruh (nazorat) – kulrang shkalali rejimda regionar limfa oqib ketishi zonalari ultratovush tekshiruvi o'tkazilgan 50 ta bemor.

2 – guruh (asosiy 1) - dopplerografiya bilan birga ultratovush tekshiruvidan o'tgan 50 ta bemor. Quyidagi doppler rejimlaridan foydalanilgan: rangli doppler tasvirlash (RDT), energetik doppler tasvirlash (EDT), impuls-to'lqinli rejim.

3 – guruh (asosiy 2) - Doppler va elastografiya bilan ultratovush tekshiruvidan o'tgan 50 bemor.

Elastogrammani miqdoriy baholash uchun "qiziqish zonasi" (ROI) va eng past qattiqlik zonasida joylashgan nazorat zonasi tanlandi. Tahlil Yung modulini yoki siljish to'lqinlarining tezligini baholash rejimlarida o'tkazildi va qiymatlar avtomatik ravishda ultratovush apparati ekranida ko'rsatildi.

Tadqiqot Siemens Acuson S2000 ultratovush skanerida o'tkazildi, u SWEG kabi funksiyalarga ega. B rejimida elastografiya qilish uchun Supersonic Imagine, Toshiba ultratovush apparatlaridan foydalanildi.

Natijalar va muhokama: ushbu tadqiqot o'pka va periferik limfa tugunlari tuberkulyozi tashxisi qo'yilgan bemorlarda zararlangan limfa tugunlaridagi o'ziga xos jarayonning bosqichlarini aniq tekshirish uchun ishonchli belgilarni izlash va mezonlarni aniqlashga bag'ishlangan.

Tekshirilgan bemorlar orasida erkaklar 74, ayollar esa 76 tani tashkil etdi, bu mos ravishda 49,3% va 50,7% ni tashkil qiladi. Bemorlarning yoshi 1,5 dan 81 yoshgacha bo'lgan va o'rtacha 20,9±16,2 yoshni tashkil etgan.

Tekshirilganlar orasida: 10 yoshgacha 50 bemor (33,3%); 11-20 yosh – 47 bemor (31,3%); 21-30 yosh – 12 bemor (8%); 31-40 yosh – 20 bemor (13,3%); 41-50 yosh – 12 bemor(8%); 51-60 yosh-6 bemor (4%) va 60 yoshdan oshganlar – 3 bemor (2%) edilar.

LT ultratovush tekshiruvi jarayonida barcha guruhlardagi bemorlarda LT uzunligi va kengligi, ularning soni, shakli, exogenligi, kortiko-medullar differensiatsiyasi, kortikal qismning medullar qismiga nisbati, LT konturlari, RDT qon oqimi, qon oqimining intensivligi, qo'shimlarning mavjudligi, zararlanish maydonining LT umumiy maydoniga nisbati va LT ning bitishmalari kabi ko'rsatkichlar aniqlandi.

Tadqiqot natijasida LT uzunligi va kengligi ko'rsatkichlari barcha guruhlarda deyarli bir xil edi. (1-jadval)

1-jadval

LT uzunligi va kengligi ko'rsatkichlari (mm)

Guruh / O'lcham	Nazorat		Asosiy 1		Asosiy 2	
	min	maks	min	maks	min	maks
LT uzunligi	1,0	42,0	0,9	42,0	1,3	39,0
LT kengligi	1,0	26,0	0,8	21,0	1,0	23,0

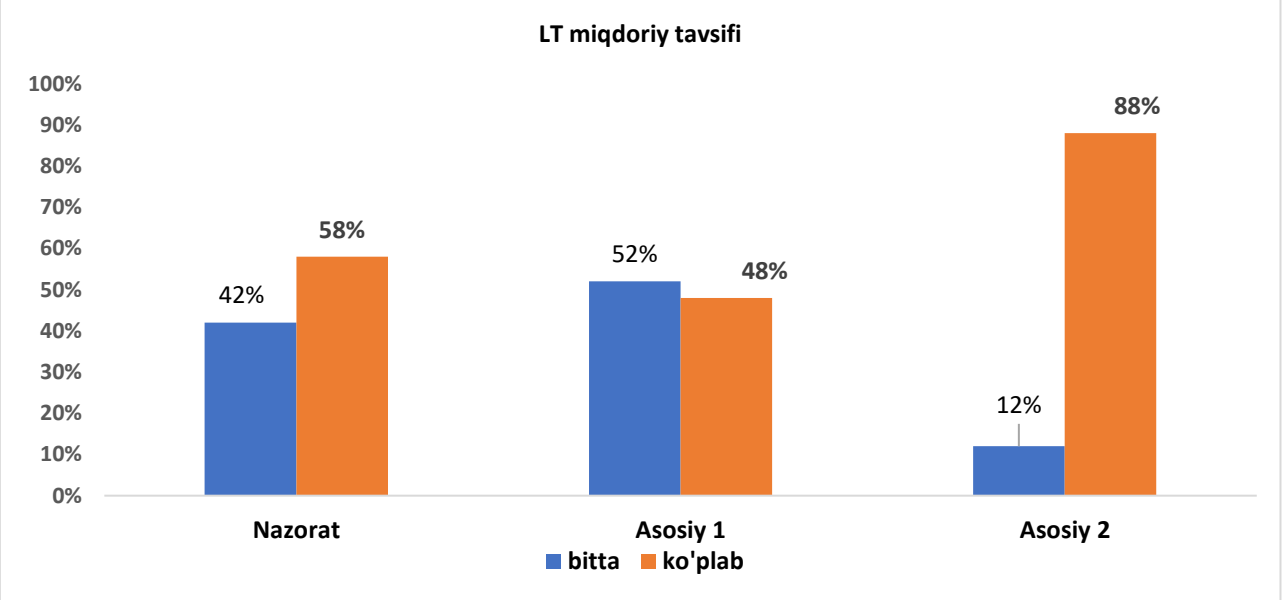
O'rganilayotgan barcha guruhlarda LT o'lchamlari ko'rsatkichlari deyarli bir xil qiymatlarda o'zgargan. Shunday qilib, nazorat, birinchi va ikkinchi asosiy guruhlarda LT uzunligi ko'rsatkichlari mos ravishda 1,0 dan 42,0 mm gacha; 0,9 dan 42,0 mm gacha va 1,3 dan 39,0 mm ni tashkil etdi. LT kengligi nazorat guruhida 1,0 dan 26,0 mm gacha bo'lgan o'zgarishlarda edi; birinchi asosiy guruhda 0,8 dan 21,0 mm gacha; va ikkinchi asosiy guruh-

larda 1,0 dan 23,0 mm gacha bo'lgan qiymatlarni tashkil etdi.

Olingan ma'lumotlardan xulosa qilishimiz mumkinki, jarayonning bosqichlarini aniqlashda limfa tugunining uzunligi va kengligi muhim rol o'ynamaydi.

Tadqiqot jarayonida vizual tekshirilayotgan maydon o'zgarishsiz edi. Biroq, ultratovush tekshiruvi o'tkazilganda yallig'lanish jarayonida ishtirok etgan limfa tugunlari soni ko'proq va ko'pincha ko'plab limfa tugunlari zararlanishi aniqlandi. (1-rasm)

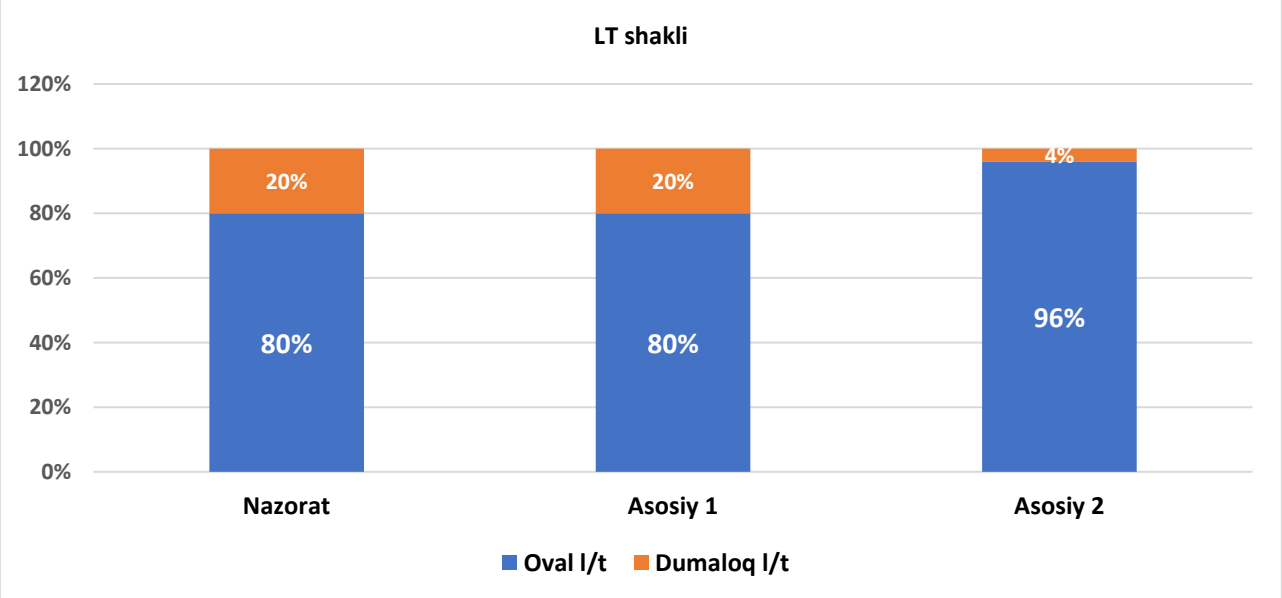
Rasm 1.



Nazorat guruhida ultratovush tekshiruvi natijasida 21 (42%) bemorda bitta LT, 29 (58%) bemorda bir nechta LT borligi aniqlandi. Birinchi asosiy guruhda 26 (52%) bemorda LT bitta va 24 (48%) bemorda ko'plab LT bo'lgan. Ikkinchi asosiy guruhda LT 6 (12%) bemorda bitta va 44 (88%) bemorda ko'plab bo'lgan.

LT barcha bemorlarda oval yoki yumaloq shaklda bo'lgan (2-rasm).

Rasm 2.

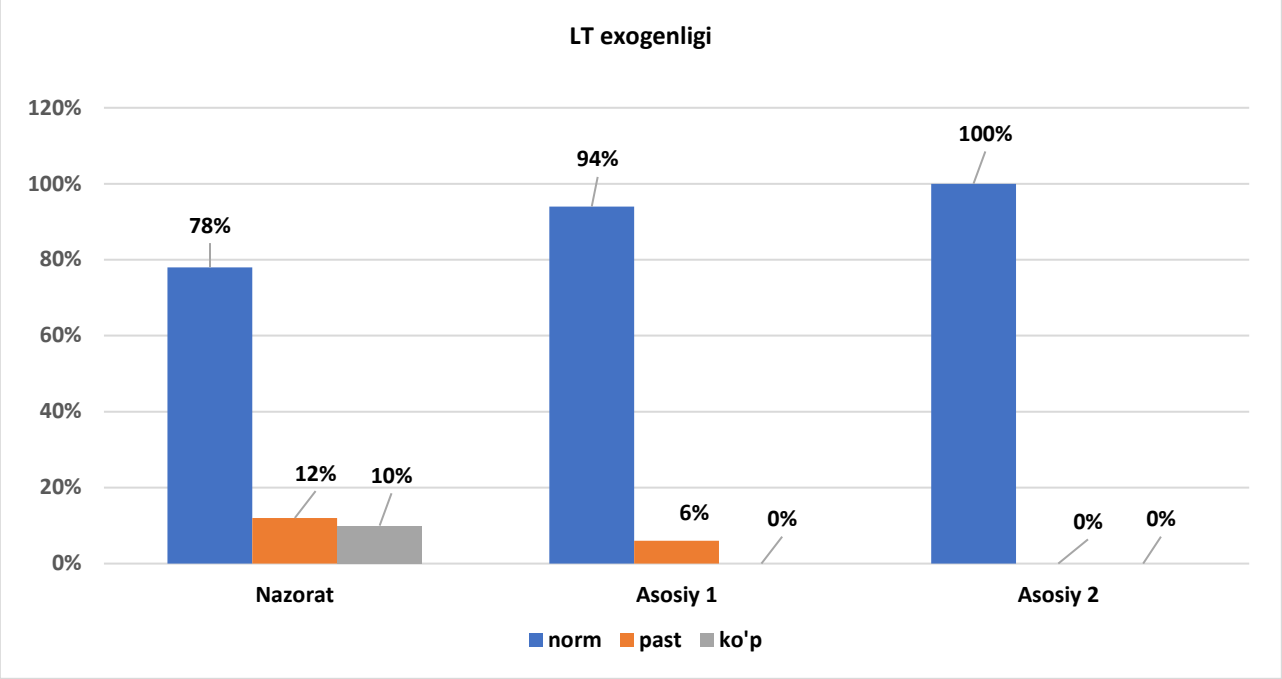


Birinchi asosiy va nazorat guruhlarida oval va yumaloq LT bo'lgan bemorlar soni mos ravishda har bir guruhda 40 (80%) va 10(20%) bemorni tashkil etdi. Ikkinchi asosiy guruhda oval LT bo'lgan bemorlar soni 48(96%), dumaloq LT bo'lgan bemorlar soni esa 2(4%) tani tashkil etdi.

Ushbu tadqiqotda limfa tuguni zichligini bilvosita aniqlash uchun exogenlik kabi parametr aks ettirilgan.

Bemorlarda LT exogenligi pasaygan, ko'paygan yoki normal bo'lishi mumkin (3-rasm).

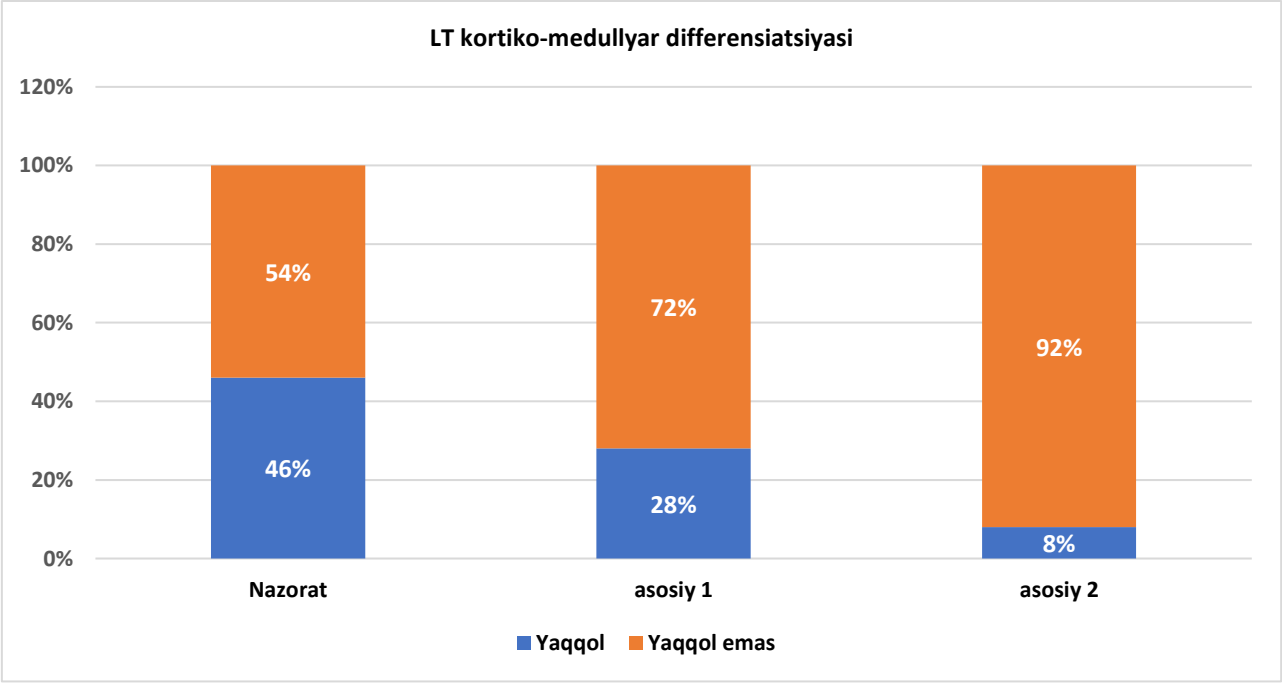
Rasm 3.



Ko'pgina bemorlarda LT exogenligi normal edi. Nazorat guruhida bunday bemorlar soni 39 (78%) tashkil etdi, birinchi asosiy guruhda 47 (94%) va ikkinchi asosiy guruhda barcha 50 (100%) bemorlarda LT exogenligi normal edi. Nazorat guruhidagi LT exogenligining pasayishi 6(12%) bemorda qayd etilgan va birinchi asosiy guruhda bunday bemorlar soni 3(6%) ni tashkil qilgan. LT exogenligining oshishi faqat nazorat guruhidagi bemorlarda qayd etilgan va 5 (10%) kishini tashkil etgan.

Shuningdek, ultratovush tekshiruvi jarayonida barcha guruhlardagi bemorlarda LT ning yaqqol va yaqqol emas bo'lishi mumkin bo'lgan kortiko-medullar differensiatsiyasi aniqlandi (4-rasm).

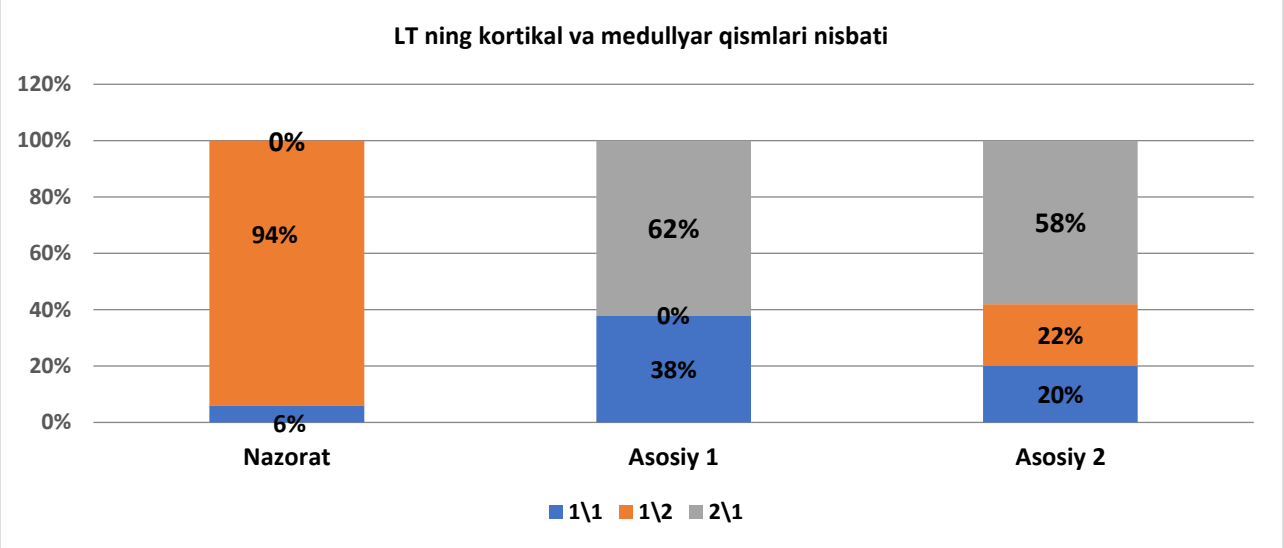
Rasm 4.



LT ning yaqqol kortiko-medullar differensiatsiya mos ravishda nazorat, birinchi va ikkinchi asosiy guruhlarda 23 (46%), 14 (28%) va 4 (8%) tashkil etdi. Ko'proq bemorlarda LT ning yaqqol bo'lmagan kortiko-medullar differentsiatsiyasi aniqlandi, bu holat ikkinchi asosiy guruhdagi 46(92%), birinchi asosiy guruhdagi 36 (72%) va nazorat guruhidagi 27(54%) bemorda aniqlandi.

Bundan tashqari, tadqiqot davomida barcha bemorlarda LT medullar qismining kortikal qismiga nisbati o'rganildi, bu 1:1, 1:2 va 2:1 qiymatlarida takrorlandi. (5-rasm)

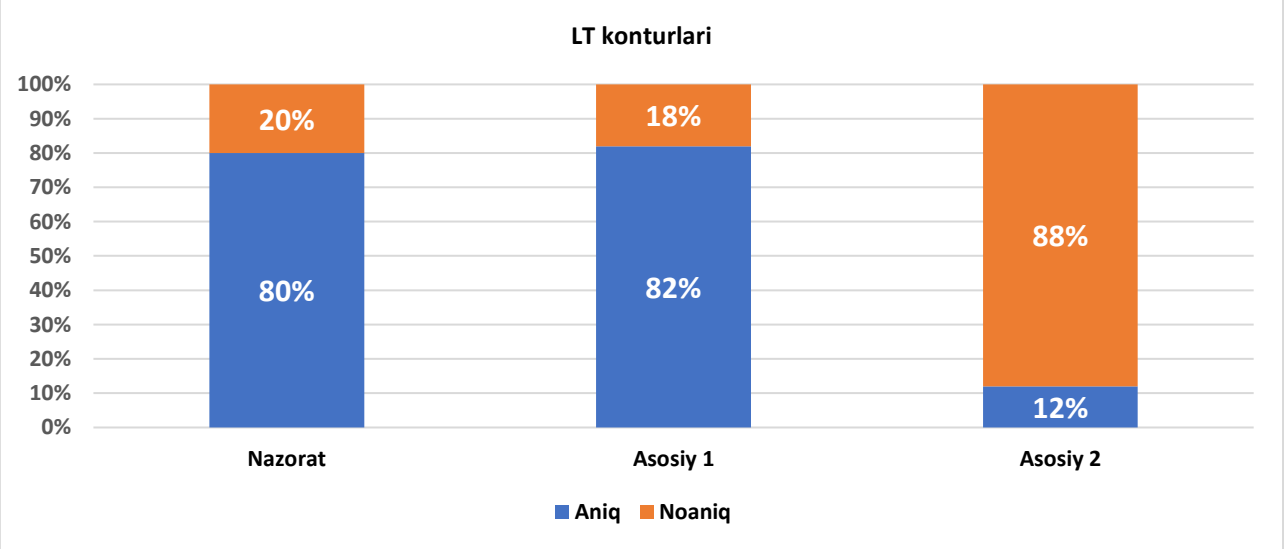
Rasm 5.



Kortiko-medulyar differensiatsiya odatda 1:2 nisbatiga yoki 1:1 ega. Nazorat guruhidagi bemorlarning ko'pchiligida LT kortikal va medullar qismlarining nisbati 1:2 ni tashkil etdi – 47 (94%). Birinchi asosiy guruhda bunday nisbat qayd etilmadi. Ikkinchi asosiy guruhda faqat 11 (22%) bemorda qayd etildi. Nazorat guruhidagi LT kortikal va medullar qismining 1:1 nisbati 3(6%) bemorda, birinchi asosiy guruhda 19(38%) bemorda va ikkinchi asosiy guruhda 10(20%) bemorda bo'lgan. Nazorat guruhida 2:1 nisbati qayd etilmadi, birinchi asosiy guruhda – 31 (62%) va ikkinchi asosiy guruhda – 29 (58%) bemorda qayd etildi.

Protokolga ko'ra, limfa tugunining anatomik tuzilishining yaxlitligini aniqlash uchun LT konturlari kabi parametr o'rganildi. Aniq va noaniq bo'lgan LT konturining ravshanligi kabi parametrlar tasvirlangan (6-rasm).

Rasm 6.



Ultratovush tekshiruvi jarayonida barcha guruhdagi bemorlarning ko'pchiligida LT ning aniq konturlari qayd etilgan. Shunday qilib, nazorat guruhida LT ning aniq konturlari bo'lgan bemorlar soni 40 (80%), birinchi asosiy guruhda 41 (82%) va ikkinchi asosiy guruhda 6 (12%) tani tashkil etdi. LT konturlari noaniq bo'lgan bemorlar soni mos ravishda nazorat, birinchi va ikkinchi asosiy guruhlarda 10 (20%), 9 (18%)va 44 (88%) tani tashkil etdi.

Limfa tugunidagi absceslanish joylarini aniqlash, shuningdek zararlangan limfa tugunining infiltratsiya bosqichini tasdiqlash uchun qon oqimining tezligi o'lchandi. LT RDT qon oqimi markaziy yoki periferik oqimga qarab baholandi. (2-jadval)

Shunday qilib, nazorat guruhidagi bemorlarning 21 (42%), birinchi asosiy guruhdagi bemorlarning 7 (14%) va ikkinchi asosiy guruhdagi bemorlarning 2(4%) tasida markaziy xarakterdagi LT RDT qon oqimi qayd etildi. Nazorat guruhidagi bemorlarning 29(58%) va birinchi va ikkinchi asosiy guruhlardagi bemorlarning 43(86%) va 48(96%) da LT RDT qon oqimining periferik tabiati kuzatildi.

2-jadval.

RDT LT qon oqimi

	Umumiy	Perifik	Markaziy
Nazorat	50	29	21
		58%	42%
Asosiy 1	50	43	7
		86%	14%
Asosiy 2	50	48	2
		96%	4%

Limfa tugunlari va atrofdagi to'qimalarning shikastlanish hajmini aniqlash uchun qon oqimining intensivligi o'rganildi. LT qon oqimining intensivligi mavjud emas, kam yoki kuchaygan deb baholandi (3-jadval).

3-jadval.

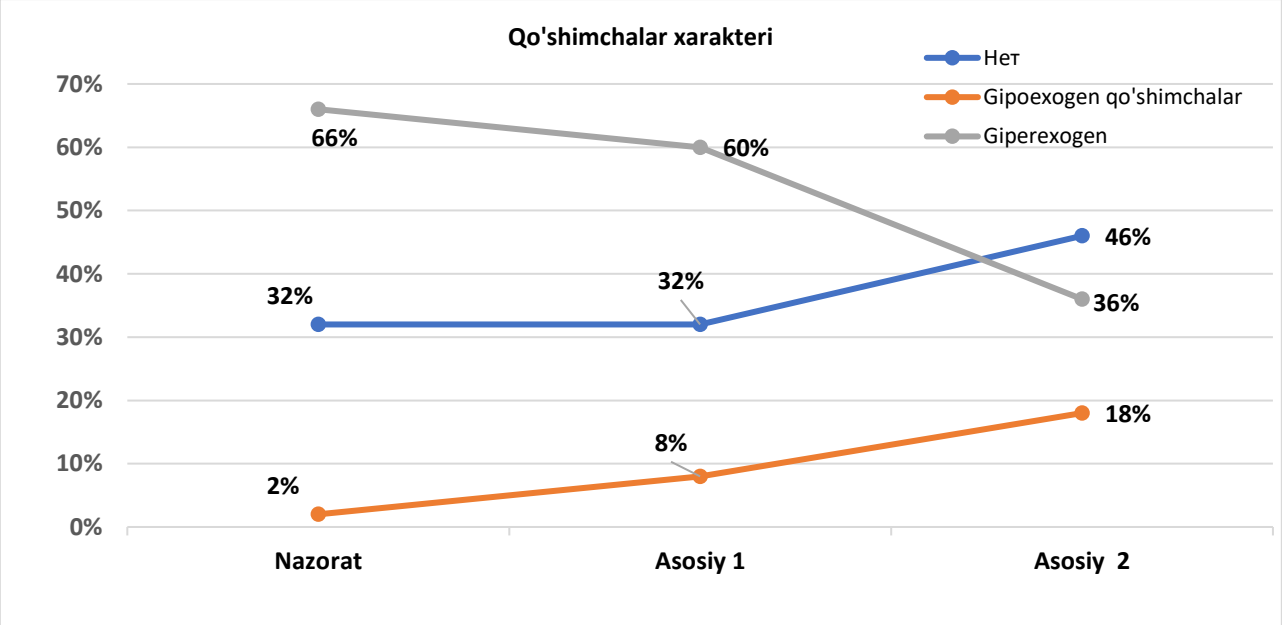
LT qon oqimining intensivligi

	Umumiy	Mavjud emas	Kam	Kuchaygan
Nazorat	50	10	11	29
		20%	22%	58%
Asosiy 1	50	18	12	20
		36%	24%	40%
Asosiy 2	50	11	14	25
		22%	28%	50%

LT qon oqimi mos ravishda nazorat, birinchi va ikkinchi guruhida - 10 (20%), 18(36%) va 11 (22%)bemorda mavjud emas edi. LT qon oqimining intensivligi nazorat guruhidagi bemorlarning 11(22%), birinchi asosiy guruhdagi bemorlarning 12 (24%) va ikkinchi asosiy guruhdagi bemorlarning 14 (28%) da kam edi. LT qon oqimining kuchayishi barcha tadqiqot guruhlaridagi bemorlarning ko'pchiligida aniqlandi va mos ravishda nazorat, birinchi va ikkinchi asosiy guruhlarda 29 (58%), 20 (40%) va 25 (50%) bemorlarda aniqlandi.

Tadqiqot jarayonida LT tarkibida qo'shimchalar mavjudligi va ularning xususiyatlari baholandi (7-rasm)

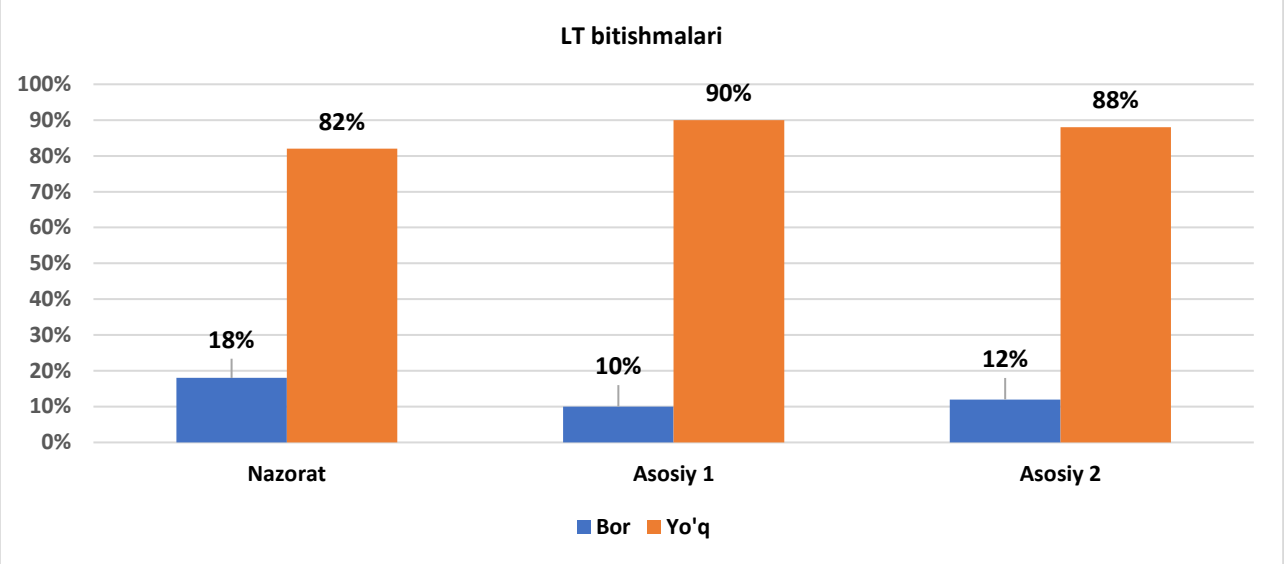
Rasm 7.



Aniqlangan qo'shimchalar ichida eng kami gipoexogen bo'lib, ularning soni mos ravishda nazorat, birinchi va ikkinchi asosiy guruhlarda 1 (2%), 4 (8%) va 9 (18%) tani tashkil etdi. Qo'shimchalar aniqlanmagan bemorlar soni nazorat va birinchi asosiy guruhlarda 16(32%) va ikkinchi asosiy guruhda 23(46%) bemorni tashkil etdi. Aniqlangan eng ko'p qo'shimchalar giperexogen bo'lib, nazorat guruhida 33(66%), birinchi asosiy guruhdagi bemorlarning 30 (60%) va ikkinchi asosiy guruhdagi bemorlarning 18 (36%)ni tashkil etdi.

Bundan tashqari, tadqiqot jarayonida LT ning atrofdagi to'qimalar bilan bitishmalari baholandi. (8-rasm)

Rasm 8.



Barcha tadqiqot guruhlaridagi bemorlarning 87 foizida LT ning atrofdagi to'qimalar bilan bitishmalari yo'q edi. Bitishgan LT – nazorat guruhidagi bemorlarning 9(18%), birinchi guruhdagi bemorlarning 5(10%) va ikkinchi asosiy guruhdagi 6(12%) tasida kuzatildi.

Shunday qilib, barcha tadqiqot guruhlaridagi barcha bemorlarda LT uzunligi va kengligi ko'rsatkichlari, ularning soni, shakli, exogenligi, kortikomedullar differensiatsiyasi, kortikal qismning medullar qismiga nisbati, LT konturlari, RDT qon oqimi, qon oqimining intensivligi, qo'shimchalarning mavjudligi, zararlanish maydonining umumiy LT maydoniga nisbati va LT ning bitishmalari ushbu ko'rsatkichlarning deyarli bir xil nisbati aniqlandi.

Asosiy muammo o'z vaqtida jarrohlik aralashuvini va uning hajmini aniqlash, shuningdek qo'shni to'qimalarning spetsifik jarayoniga jalb etilishini aniqlashdir.

Ushbu savolga javob olish uchun zararlangan limfa tugunlarining yumshashini (abscesini) yoki atrofdagi to'qimalarning nisbiy qattiqligi ko'rsatkichlari bo'lgan joylarni aniqlash uchun invaziv bo'lmagan usul sifatida elastografiyadan foydalaniladi.

Birinchi va ikkinchi asosiy guruhlardagi bemorlarga siljituvchi to'lqinli elastografiya o'tkazildi. Jarayon ultratovush to'lqinlari to'qimalar ichida kichik surilishlar (siljishlar) hosil qilishiga asoslanadi va keyin bu siljishlarning tarqalish tezligi o'lchanadi. Qattiqroq to'qimalar odatda katta siljishlar tarqalish tezligiga ega, yumshoq to'qimalar esa kamroq tezlikka ega. STE da o'lchovlar kPa yordamida ifodalanadi.

Birinchi va ikkinchi asosiy guruhlardagi bemorlarga siljituvchi to'lqinli elastografiya o'tkazildi. Jarayon ultratovush to'lqinlari to'qimalar ichida kichik surilishlar (siljishlar) hosil qilishiga asoslanadi va keyin bu siljishlarning tarqalish tezligi o'lchanadi. Qattiqroq to'qimalar odatda katta siljishlar tarqalish tezligiga ega, yumshoq to'qimalar esa kamroq tezlikka ega. STE da o'lchovlar kPa yordamida ifodalanadi.

4-jadval.

Parametr	**UZD parametrlari**								
	Uzunligi (norma –10 mm gacha)	Kengligi (norma –5 mm gacha)	Shakli	Markazdagi qon oqimining tezligi	Korтико-medullyar nisbat	Kalsinatlar	Exogenligi (kortikal qavatga nisbatan)	Oqma yo' li	Rezistivlik indeksi
Norma	O'rtacha qiymat	O'rtacha qiymat	oval	>0,5 sm/sek	1:2	yo'q	izoexogen	yo'q	>0,5
1 bosqich (infiltrat)	kattalashgan	kattalashgan	dumaloq	0,2-0,3 sm/sek	2:1	yo'q	gipoexogen	yo'q	0,5
2 bosqich (absses)	kattalashgan	kattalashgan	oval	<0,2 sm/sek	0	bor	anexogen	Yo'q	<0,5
3 bosqich (oqma)	kichiklashgan	kichiklashgan	oval	<0,2 sm/sek	1:1	bor	Anexogen yoki izoexogen	bor	0,5

Ultratovush va elastografiyadan so'ng asosiy guruhlarda o'tkazilgan tadqiqot natijalariga ko'ra, o'rganilayotgan LT ning shikastlanish darajasini aniqlash mumkin bo'ldi.

Oddiy LTlarda uzunlik va kenglik o'lchamlari mos ravishda 10 va 5 mm dan oshmadi. LTning 3 ta bosqich infiltrat, absces va oqma ko'rinishda zararlanishida, LT o'lchamlari kattalashdi. Oddiy LT qon oqimining tezligi 0,5 sm/s dan baland edi, zararlanganlarda esa 0,2 sm/s past edi. Oddiy LTda kortikomedullyar nisbati 1:2, infiltrat bosqichida 2:1, absces bosqichida 0 va oqma bosqichida 1:1 sifatida tavsiflangan. Kalsifikatsiyalar normal LT va infiltratsiya bosqichidagi LT da aniqlanmadi. LT shikastlanishining 2 va 3 bosqichlarida kalsifikatsiyalar aniqlandi. Oddiy LT odatda izoexogen edi, giperexogenlik LT shikastlanishining birinchi, infiltrativ bosqichiga xos edi. Anexogenlik LT shikastlanishining 2 bosqichida, 3 bosqichda esa LT anexogenligi yoki izoexogenligi aniqlandi. Oqma yo'li faqat 3-darajali zararlangan LT da topildi. Oddiy LT da qarshilik indeksi 5 dan ortiq, infiltrat va oqma bosqichida u 5 ga, absces bosqichida esa 0,5 dan kam edi.

Elastografiya usuli bilan tekshirilganda, normal LT da to'qimalarning qattiqligini aniqlash uchun siljituvchi to'lqin 17kpa dan kam edi. LT shikastlanishining 1 va 3 bosqichlarida bu qiymat 17 dan 23 kPa gacha bo'lgan. LT shikastlanishining 2 bosqichida-25 kPa dan ortiqligi aniqlandi.

Shunday qilib, o'tkazilgan tadqiqot natijasida qon oqimi tezligi va LT yallig'lanishining morfologik bosqichi o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri korrelyatsiya bog'liqligi qayd etildi.

Sektoral doppler natijalari.

Sektoral dopplerografiyaning asosiy maqsadi tomirlar ichidagi qon oqimini baholashdir. Tadqiqot jarayonida ultratovush tekshiruvi tomirga ma'lum bir burchakda yo'naltiriladi, bu esa tomirning ma'lum segmentlarida qon oqimining tasvirlarini olish imkonini beradi. Doppler effekti yordamida ultratovush apparati qondan aks ettirilgan tovush to'lqinlarining chastotasidagi o'zgarishlarni aniqlab oladi va bu ma'lumotdan qon oqimining tezligini va tomir ichidagi qonning harakat yo'nalishini aniqlash uchun foydalanadi.

Ikkinchi asosiy guruhdagi bemorlarga o'tkazilgan tadqiqot jarayonida QMST, QMDT va RI aniqlandi (5-jadval).

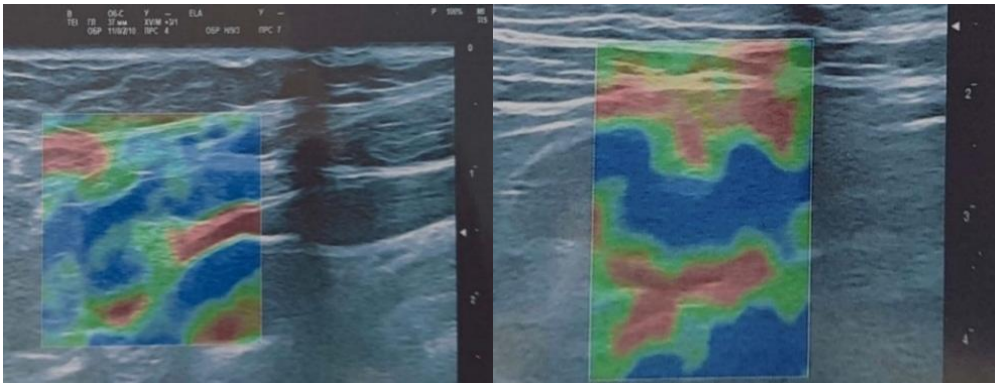
5-jadval.

Sektoral dopler natijalari.

Ko'rsatkichlar / Guruh	QMST	QMDT	RI
Asosiy 2	0,27±0,02	0,72±0,28	0,3±0,11

Ikkinchi asosiy guruhdagi QMST 0,27 ni tashkil etdi; QMDT 0,72; RI esa 0,3 ni tashkil etdi.

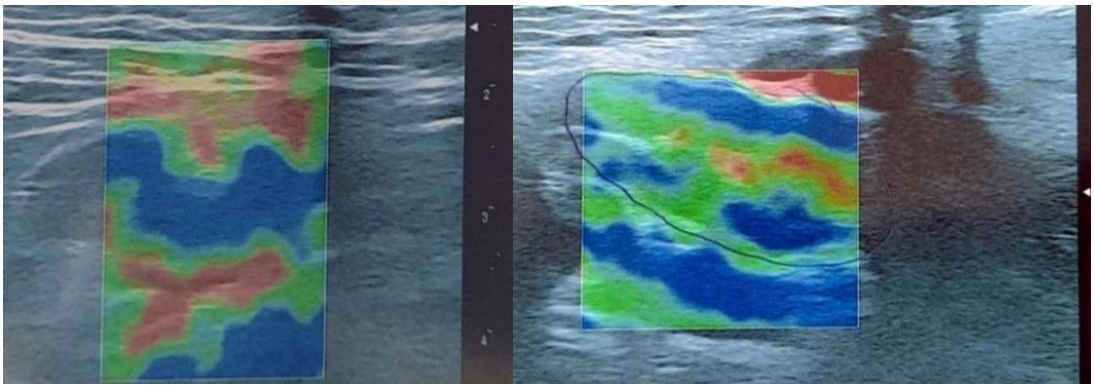
Rasm 9.



a **b**

O'ng (a) va chap (b) chov LT elastografiyasi, bu yerda (a) - ko'k, yashil va qizil ranglar bilan geterogen bo'yalishi aniqlanadi, bu periferiya bo'ylab qattiq komponent ustunlik qiladigan LT geterogenligining elastografik belgilarini ko'rsatadi; (b) - qizil va ko'k ranglarni o'z ichiga olgan yashil rang bilan bo'yalish joylari ustunlik qiladi-yumshoq elastik komponentning ustunligi bilan LT geterogenligining elastografik belgilari. (9-rasm)

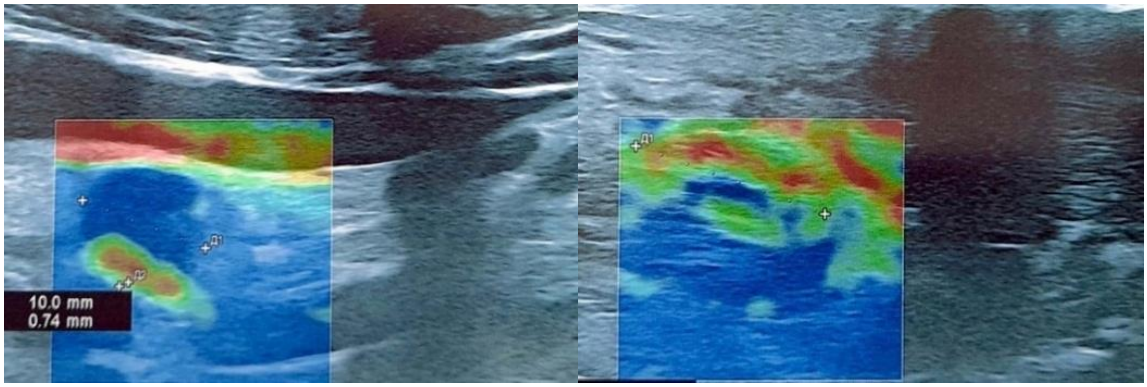
Rasm 10.



a **b**

O'ng (a) va chap (b) jag'osti LT ning elastografiyasi, bu yerda (a) – p/o chok proyeksiyasida cho'zilgan anexogen zona aniqlanadi; (b) – LT ning 90% dan ortiqroq qismi intensiv ko'k ranglanishi bilan tavsiflanadi, bu qattiq tuzilmaning elastografik belgisidir, yashil maydon - LT ning qon tomir oyog'i. (10-rasm)

Rasm 11.



a **b**

Bo'yin LT (a va b) ning elastografiyasi, yashil ranglar qo'shilishi bilan ko'k rangning ustunligi, qattiq- geterogen strukturaning elastografik belgilari. (11-rasm)

Periferik limfa tugunlari tuberkulyozini bosqichlashtirish uchun ultratovush diagnostikasidan foydalanish zamonaviy tibbiy amaliyotning ajralmas qismi bo'lib, davolash natijalarini takomillashtirish va infeksiya tarqalishini nazorat qilishga katta hissa qo'shadi. Biroq, kulrang shkala rejimi, afsuski, nekrotik to'qima hajmini baholay olmaydi va keyin nima qilish kerak? degan savolga javob bermaydi. Zamonaviy sharoitda bemorga yo'naltirilgan yondashuv bizga imkon qadar minimal invaziv va yuqori aniqlikdagi organlar va to'qimalarga zarar yetkazuvchi usullardan foydalanishni buyuradi.

Shunday qilib, elastografiya bu jarayonda muhim rol o'ynaydi, bu mutaxassislarga tashxis qo'yish va bemorlarda kasallik dinamikasini samarali va xavfsiz kuzatishda yordam beradigan yagona standartlar va protokollarni ta'minlaydi.

Adabiyotlar.

1. A study of the value of three moleculsr diagnostic techniques in the diagnosis of tuberculosis [Text] / F. Huang, L. Dang, H. Sun et al. // Zhonghua. Jie. He. He. Hu. Za. Zhi. – 2015. – Sep. 38 (9). – P. 680-685.

2. Catano, J. Perforated Tuberculosis lymphadenitis [Text] / J. Catano, J. Cardeno // Am. J. Trop. Med. Hyg. – 2013. – Jun. 88 (6). – P. 1009-1010. doi: 10.4269/ajtmh. 12-0561. PMID: 23740190. PMCID: PMC3752795. [PubMed - indexed for MEDLINE].

3. Desmots, F. Shear wave elastography in head and neck lymph node assessment: image quality and diagnostic impact compared with B-mode and Doppler ultrasonography / F. Desmots, N. Fakhry, J. Mancini et al. // Ultrasound Med. Biol. – 2016. – V. 42. – No. 2. – P. 387–398.

4. Diagnosis and treatment of cervical tuberculous lymphadenitis [Text] / Z. Weiler, P. Nelly, AM. Baruchin et al. // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2000. – May. 58 (5). – P. 477-481.

5. Genotiping of Mycobacterium avium complex organisms using multispacer sequence typing [Text] / C. Cayrou, C. Turenne, MA. Behr et all. // Microbiology. – 2010. – Mar. – 156 (Pt 3). – P. 687-694. doi: 10. 1099/mic.0.033522-0. PMID: 19926652. [PubMed - indexed for MEDLINE].

6. Handa, U. Nodal tuberculosis revisited: a review [Text] / U. Handa, I. Mundi, S. Mohan // J. Infect. Dev. Ctries. – 2012. – Jan. 6 (1). – P. 6-12.

7. Kim, DW. Ultrasound-guided fine-needle aspiration for retrojugular lymph nodes in the neck [Text] / DW. Kim // World. J. Surg. Oncol. – 2013. – May. 11(121). doi: 10.1186/1477-7819-11-121. PMID: 23721570. PMCID: PMC: 3671968. [PubMed - indexed for MEDLINE].

8. Radio-guided lymph node biopsy for the diagnosis of axillary lymphadenopathy [Text] / V. Ozben, F. Aydogan, D. Atasoy et al. // Nucl. Med. commun. – 2011. – Mar. 32 (3). – P. 233-237. doi: 10.1097/MNM. Ob013e328341215b. PMID: 21150 809. [PubMed - indexed for MEDLINE].

9. Rapid molecular TB diagnosis: evidence, policy making and global implementation of Xpert MTB/RIF [Text] / K. Weyer, F. Mirzayev, G. Migliori et al. // Eur. Respir. J. – 2013. – Jul. 42 (1). – P. 252-271.

10. Ten years of extrapulmonary tuberculosis in a Danish University clinic [Text] / L. Ebdrup, M. Storgard, S. Jensen-Fangels et al. // Scand. J. Infect. Dis, – 2003. – Vol. 35, No 4. – P. 244-246. PMID: 128 39152.

11. Tuberculous lymphadenitis and the appearance of Behcets disease–like symptoms [Text] / S. Fukui, Y. Takizawa, N. Kubota et al. // Intern. Med. – 2014. – Vol. 53, No7. – P. 805-808.

12. Аббасова, Е.В. Роль эхографии в дифференциальной диагностике злокачественных и доброкачественных лимфаденопатий / Дисс... канд. мед. наук: 14.01.13 / Е. В. Аббасова. – М., 2005. – С. 32.

13. Аллахвердян, Г. С. Возможности ультразвукового исследования в диагностике патологии поверхностных лимфатических узлов / Г. С. Аллахвердян, М. А. Чекалова // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2011. – No 1. – С. 77–84.

14. Гурьева, О.И. Особенности клинических проявлений туберкулеза периферических лимфатических узлов у детей и подростков [Текст] / О.И. Гурьева, А.Ф. Кравченко, В.А. Аксенова // Якут. мед. журн. – 2009. – No 4. – С. 49-52.

15. Конотопцева, А.Н. Опыт ультразвукового исследования лимфатической системы у детей [Текст] / А.Н. Конотопцева // Бюллетень Восточно - Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2013. – No 5. – С. 33-38.

16. Лежнев, Д. А. Исследование периферических лимфатических узлов при онкологических заболеваниях головы и шеи с использованием эластографии сдвиговой волной / Д. А. Лежнев, А. Ю. Васильев, О. В. Косташ и др. // Сибирский онкологический журнал. – 2019. – Т. 18. – No 3. – С. 5–13.

17. Митьков, В. В. Ультразвуковая эластография сдвиговой волной / В. В. Митьков, М. Д. Митькова // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2015. – No 2. – С. 94–108.

18. Назиров П. Х., Мамарасулова О. У., Махмудова З. П. Эпидемиологическая характеристика показателей туберкулеза внелегочной локализации в республике узбекистан за 2003–2012 годы //Український пульмонологічний журнал. – 2013. – №. 4. – С. 65-65.

19. Нечаева, О.Б. Ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в России [Текст] / О.Б. Нечаева // Туб. и болезни легких. – 2014. – No 6. – С. 9-15.

20. Ожегов, А.М. Дифференциальная диагностика лимфаденопатий у детей [Текст] / А.М. Ожегов // Практическая медицина. – 2013. – No 6. – С. 49-59.

21. Осипов, Л. В. Технологии эластографии в ультразвуковой диагностике (обзор) / Л. В. Осипов // Медицинский алфавит. Диагностическая радиология и онкотерапия. – 2013. – No 3 – 4. – С. 5–21.

22. Особенности иммунного дисбаланса при различных клинико- патогенетических вариантах остропрогрессирующего туберкулеза легких [Текст] / Е.Л. Никулина, О.В. Воронкова, О.И. Уразова и др. // Бюллетень сибирской медицины. – 2010. – Т.9, No 3. – С. 42-50.

23. Петренко, В.М. Современная анатомия и лимфология [Текст] / В.М. Петренко // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – No 5. – С. 37-38.

24. Петухов, В.П. Комплексное лечение туберкулеза периферических лимфатических узлов [Текст] / В.П. Петухов, В.П. Цоктоев // Сибир. мед. журн. – 2008. – No 1. – С. 64-65.

25. Разнатовская, Е.Н. Туберкулез периферических лимфатических узлов [Текст] / Е.Н. Разнатовская, О.С. Друзенко // Запорож. мед. журн. – 2012. – No 3. – С. 12-14.

26. Семенченко, П.В. Клинико-лабораторные особенности и тактика хирургического лечения туберкулеза периферических лимфатических узлов [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.26; 14.00.27/ П.В. Семенченко. – СПб., 2007. – 19 с.

Камалов Тельман Тулаганович - д.м.н.
Тожибоев Салимжон Содик угли - врач–ординатор
Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии имени акад. Ё.Х. Туракулова

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ МАРКЕРОВ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ ШАРКО

АННОТАЦИЯ. Цель исследования – *изучить особенности костного метаболизма у больных с диабетической остеоартропатией в динамике через 6 месяцев комплексной терапии.*

Результаты исследования. *До лечения наблюдалось достоверное снижение значений общего кальция, йонизированного кальция, креатинина, СКФ, остеокальцина, вит Д, бета-крос лапс, кальцитонина, прокальцитонина были достоверно ниже, чем у группы контроля на фоне высоких значений ПТГ и развитием вторичного гиперпаратиреоза. Далее через 6 мес лечения наблюдается достоверное улучшение таких показателей костного метаболизма, как средние уровни общего кальция (p<0.001), йонизированного кальция (p<0.001), Витамина D (p<0.001), ПТГ (p<0.001), остазы (p<0.001), В-крос лапс (p<0.001)и кальцитонина (p<0.001) в 1 и 2 группе пациентов.*

Выводы *1. Пациенты со стопой Шарко, подвержены высокому риску дефицита 25-гидроксивитамина D3 и общего, йонизированного кальция. 2. С целью достижения достоверного повышения значений общего кальция, йонизированного кальция, креатинина, СКФ, остеокальцина, вит Д, бета-крос лапс, кальцитонина, прокальцитонина пациентам со стопой Шарко рекомендованы длительные курсы антирезорбтивной терапии (витамин Д, кальций, бисфосфонаты).*

Ключевые слова: *сахарный диабет 2 типа, стопа Шарко, костный метаболизм, маркеры.*

Kamalov Telman Tulaganovich - D.M.Sc.
Tozhiboev Salimzhon Sodik ugli - resident physician
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center Endocrinology named after academician E.Kh. Turakulov

EVALUATION OF THE INFLUENCE OF ANTIRESORPTIVE THERAPY ON THE DYNAMICS OF BONE METABOLISM MARKERS IN PATIENTS WITH CHARCOTT DIABETIC OSTEOARTHROPATHY

SUMMARY. The purpose of the study *was to study the dynamics of bone metabolism in patients with diabetic osteoarthropathy after 6 months of complex therapy.*

Research results*. Before treatment, there was a significant decrease in the values of total calcium, ionized calcium, creatinine, GFR, osteocalcin, Vit D, beta-cross laps, calcitonin, procalcitonin, which were significantly lower than in the control group against the background of high PTH values and the development of secondary hyperparathyroidism. Further, after 6 months of treatment, there is a significant improvement in such indicators of bone metabolism as the average levels of total calcium (p<0.001), ionized calcium (p<0.001), Vitamin D (p<0.001), PTH (p<0.001), ostase (p <0.001), B-cross laps (p<0.001) and calcitonin (p<0.001) in groups 1 and 2 of patients.*

Conclusions *1. Patients with Charcot's foot is at high risk of deficiency of 25-hydroxyvitamin D3 and total, ionized calcium. 2. In order to achieve a significant increase in the values of total calcium, ionized calcium, creatinine, GFR, osteocalcin, Vit D, beta-cross laps, calcitonin, procalcitonin, long courses of antiresorptive therapy (vitamin D, calcium, bisphosphonates) are recommended for patients with Charcot's foot.*

Keywords: *type 2 diabetes mellitus, Sharko foot, bone metabolism, markers.*

Kamolov Telman To'laganovich - t.f.d.
Tojiboev Salimjon Sodiq o'g'li - vrach-ordinator
akad. nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi. E.H. To'raqulova

SHARKO DIABETIK OSTEOARTROPATIYASI BO’LGAN BEMORLARDA SUYAK METABOLIZMI MARKERLARI DINAMIKASIGA ANTIREZORBTIV DAVONING TA’SIRINI BAHOLASH

ANNOTACIYA. Tadqiqotning maqsadi *6 oylik kompleks terapiyadan so'ng diabetik osteoartropatiya bilan og'rigan bemorlarda suyak metabolizmining dinamikasini o'rganish edi.*

Tadqiqot natijalari. *Davolashdan oldin umumiy kaltsiy, ionlashtirilgan kaltsiy, kreatinin, GFR, osteokalsin, D vitamini, beta-kross laps, kalsitonin, prokalsitonin qiymatlarida sezilarli pasayish kuzatildi, bu fonda nazorat guruhiga qaraganda ancha past edi. yuqori PTH qiymatlari va ikkilamchi giperparatiroidizmning rivojlanishi. Bundan tashqari, 6 oylik davolanishdan so'ng, umumiy kaltsiyning o'rtacha darajalari (p<0,001), ionlangan kaltsiy*

(p<0,001), D vitamini (p<0,001), PTH (p<0,001) kabi suyak metabolizmining ko'rsatkichlarida sezilarli yaxshilanish kuzatiladi. Bemorlarning 1 va 2-guruhlarida p<0,001), ostaz (p <0,001), B-kross laps (p<0,001) va kalsitonin (p<0,001).

***Xulosa** 1. Charcot oyog'i bilan og'rigan bemorlarda 25-gidroksivitamin D3 va umumiy, ionlangan kaltsiy etishmovchiligi yuqori xavf ostida.. 2. Umumiy kaltsiy, ionlashtirilgan kaltsiy, kreatinin, GFR, Charcot oyog'i bo'lgan bemorlarga osteokalsin, D vitamini, beta-kross laps, kalsitonin, prokalsitonin, antirezorptiv terapiyaning uzoq kurslari (vitamin D, kaltsiy, bifosfonatlar) tavsiya etiladi.*

***Kalit so'zlar:** 2-toifa qandli diabet, Charcot oyoq, suyak metabolizmi, markerlar.*

Актуальность. Синдром диабетической стопы Шарко является серьезным и потенциально опасным для конечностей осложнением диабета. Впервые описанное в 1883 году, это загадочное состояние продолжает бросать вызов даже самым опытным практикам. В настоящее время диабетическая стопа Шарко, считающаяся воспалительным синдромом, характеризуется различной степенью дезорганизации костей и суставов, вторичной по отношению к основной невропатии, травме и нарушениям костного метаболизма. В январе 2011 года Американская диабетическая ассоциация и Американская медицинская ассоциация ортопедов собрали международную рабочую группу экспертов для обобщения имеющихся данных о патофизиологии, естественном течении заболевания, презентациях и рекомендациях по лечению этого заболевания [1].

Разгрузка на острой активной стадии стопы Шарко является наиболее важной стратегией лечения и может остановить прогрессирование деформации. В идеале стопа должна быть иммобилизована несъемной общей контактной повязкой (НОП), которую сначала заменяют через 3 дня, а затем проверяют каждую неделю. Уменьшение отеков часто бывает заметным в первые несколько недель лечения. Гипс следует часто менять, чтобы избежать «поршневого движения» по мере исчезновения отека. Если возможно, пациенту следует пользоваться костылями или инвалидной коляской, а также избегать нагрузки на пораженную сторону. Наложение гипса продолжают до тех пор, пока отек не исчезнет и температура пораженной стопы не станет в пределах 2°C от температуры контралатеральной стопы [1]. Альтернативным устройством для разгрузки острой активной стадии ХН является сборная съемная ходячая повязка или техника «мгновенной НОП», которая превращает съемную гипсовую ходунку в ходунку, которую труднее удалить [3, 4]. Важно принять во внимание, что ПКК на самом деле может иметь неблагоприятные последствия для конечности, не связанной с Шарко, и вызывать неестественные модели стресса, вызывающие изъязвления и даже переломы. Кроме того, у пациентов со стопой Шарко повышена нестабильность и риск падения и переломов в результате множественных сопутствующих заболеваний, включая потерю проприоцепции и постуральную гипотензию. Тем не менее, следует отметить, что полная неподвижность сама по себе имеет недостатки, связанные с потерей мышечного тонуса, снижением плотности костей и потерей физической формы.

Продолжительность и агрессивность разгрузки (ненесущая нагрузка или несущая нагрузка, несъемное или съемное устройство) определяются клинической оценкой заживления стопы Шарко на основании отека, эритемы и изменений температуры кожи [2]. Доказательства заживления на рентгеновских снимках или МРТ подтверждают клиническое решение о переходе пациента на обувь. Чтобы предотвратить рецидив или изъязвление при последующих деформациях, после разрешения острого или активного эпизода рекомендуются различные приспособления, в том числе специальные туфли, ботинки или другие приспособления, несущие нагрузку. Требуется частый мониторинг.

Лечение антирезорбтивными препаратами было предложено в связи с чрезмерным обменом костной ткани у пациентов с активной стопой Шарко. Однако доказательств в поддержку их использования мало, но как пероральные, так и внутривенные бисфосфонаты [5] изучались при лечении Стопы Шарко в небольших рандомизированных, двойных слепых, контролируемых исследованиях [6, 7] или в ретроспективных контролируемых исследованиях [8]. Некоторые пациенты не переносят пероральные бисфосфонаты, но им может помочь внутривенная терапия памидронатом или золедроновой кислотой [9]. Интраназальный кальцитонин — еще один антирезорбтивный агент, изучавшийся при стопе Шарко. Это лечение было связано со значительно большим снижением количества сшитого карбокси-концевого телопептида коллагена I типа и костно-специфической щелочной фосфатазы, чем стандартное лечение в контрольной группе, которая получала только добавки кальция и разгрузку. Кальцитонин имеет более безопасный профиль при почечной недостаточности по сравнению с терапией бисфосфонатами [10-12]. Однако однократное внутривенное введение бисфосфоната обычно не требует коррекции функции почек. Имеются убедительные доказательства эффективности

использования бисфосфонатов при активной стопе Шарко, и наше понимание развивается по мере того, как в настоящее время проводятся новые исследования.

Все вышеуказанное послужило причиной для настоящего исследования.

Цель исследования– изучить особенности костного метаболизма у больных с диабетической остеоартропатией в динамике через 6 мес комплексной терапии.

Материал и методы исследования: Были обследованы 65 больных (проспективно) с СД 2 типа и стопой Шарко в период 2021 -2023 гг в РСНПМЦ эндокринологии, в отделении реконструктивно-пластической хирургия осложнений сахарного диабета.

Все наблюдаемые больные были разделены на 2 группы:

1 гр. – пациенты с острой стадией стопы Шарко при СД 2типа – 30 больных,

2 группа - пациенты с подострой стадией стопы Шарко – 35 больных.

Из 65 больных было 40 мужчин и 25 женщин. Средний возраст: мужчин составил 69,12 лет, женщин - 68, 15 лет. Давность СД 2 типа колебалась в пределах от 17 до 25 лет.

Методы исследования включали в себя: биохимические (билирубин, прямой, непрямой, липидный спектр, АЛТ, АСТ, ПТИ, коагулограмма, сахар крови, гликированный гемоглобин, мочевина, креатинин, СКФ, общий кальций, йонизированный кальций, костный кофермент щелочной фосфатазы, beta cross laps, остеокальцин, витамин D, ПТГ, кальцитонин, прокальцитонин крови и инструментальные: ЭКГ, МРТ стоп, допплерография магистральных сосудов ног, УЗИ внутренних органов, ДЕХА, глазное дно.

Пациенты всех групп получали после полного обследования и распределения по группам единую схему препаратов: препараты кальция, витамина Д3 и бисфосфонаты в течение 6 мес на фоне сахароснижающей терапии с мониторингом показателей углеводного обмена до достижения компенсации.

Статистические расчеты проведены в программной среде Microsoft Windows с использованием пакетов программ Microsoft Excel-2007 и Statistica version 6.0, 2003. Полученные данные отражены в виде M±m, где M — среднее значение вариационного ряда, m — стандартная ошибка среднего значения. Достоверность различий между независимыми выборками определялась по методу Манна-Уитни и Стьюденту.

Результаты исследования. В таблице 1 дано распределение больных по полу и возрасту.

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст, лет	Число мужчин		Число женщин	
	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр
30-44	-	-	-	-
45-59	5	7	3	3
60-74	10	13	10	9
75 и старше	-	-	-	-
Всего: n = 65	15	20	13	12

Как видно из таблицы 1, большая часть пациентов была в возрасте от 60 до 74 лет – 40 (62,7%), при этом число мужчин было больше: 40 мужчин и 25 женщин.

Следующим шагом наших исследований было изучение показателей углеводного обмена. У пациентов имелись достоверные нарушения показателей углеводного обмена во всех группах, что показывает состояние декомпенсации у этих пациентов до лечения.

Главной нашей задачей было изучение биохимических и гормональных показателей костного обмена в сравниваемых группах больных со стопой Шарко в динамике через 6 мес. антирезорбтивной терапии (таблица 2).

Таблица 2.

Сравнительная характеристика биохимических и гормональных показателей пациентов по группам до и через 6 мес. Лечения

№	Показатели	1гр до (n=30)	1гр после (n=30)	2гр до (n=35)	2гр после (n=35)
1	Возраст, лет	58.3±8.23	58.3±8.23	56.9±9.3	56.9±9.3
2	Общий кальций, ммоль/л	1.23±0.08	1.78±0.33*	1.33±0.21	1.72±0.18*
3	Ионизированный кальций, ммоль/л	0.77±0.03	1.08±0.09*	0.76±0.08	1.34±0.01*
4	мочевина крови, ммоль/л	5.87±0.86	5.43±1.12	6.87±0.09	5.23±0.08

5	креатинин крови, ммоль/л	76.9±8.9	89.3±7.9	78.6±4.32	83.3±6.22
6	СКФ, мл/мин	65.3±9.1	81.2±8.2	71.2±6.3	88.2±5.9
7	остеокальцин крови, нг/мл	12.2±2.12*	15.83±3.5	12.8±3.7	15.3±4.78*
8	витамин Д	18.3±5.17*	26.8±8.8	12.8±6.33	25.7±8.76*
9	ПТГ, пг/мл 15 – 65 пг/мл	80.5±9.87	67.8±7.56*	77.8±6.98	60.6±5.32*
10	Остаза крови 0,7 – 85.8 мкг/л	112.9±12.8	95.8±25.3*	3.87±1.8	33.9±6.9*
11	В-крос лапс, нг/мл.	0.68±0.08	0.76±0.09*	0.65±0.03	0.72±0.02*
12	кальцитонин, пг/мл	11.8±0.80	14.8±7.76*	7.88±2.64	9.76±2.07*
13	прокальцитонин, нг/мл.	0.36±0.03	0.32±0.05	0.17±0.08	0.14±0.08

Примечание: *ПТТ –паратгормон, - достоверность различий по группам в сравнении с контролем. При этом, *p<0,05 **p< 0,001*

Как видно из таблицы 2, до лечения наблюдалось достоверное снижение значений общего кальция, йонизированного кальция, креатинина, СКФ, остеокальцина, вит Д, бета-крос лапс, кальцитонина, прокальцитонина были достоверно ниже, чем у группы контроля на фоне высоких значений ПТГ и развитием вторичного гиперпаратиреоза. Далее через 6 мес лечения наблюдается достоверное улучшение таких показателей костного метаболизма, как средние уровни общего кальция (p<0.001), йонизированного кальция (p<0.001), Витамина D (p<0.001), ПТГ (p<0.001), остазы (p<0.001), В-крос лапс (p<0.001)и кальцитонина (p<0.001) в 1 и 2 группе пациентов.

Выводы 1. Пациенты со стопой Шарко, подвержены высокому риску дефицита 25-гидроксивитамина D3 и общего, йонизированного кальция. 2. С целью достижения достоверного повышения значений общего кальция, йонизированного кальция, креатинина, СКФ, остеокальцина, вит Д, бета-крос лапс, кальцитонина, прокальцитонина пациентам со стопой Шарко рекомендованы длительные курсы антирезорбтивной терапии (витамин Д, кальций, бисфосфонаты).

Библиография.

1. Armstrong DG, Lavery LA. Monitoring healing of acute Charcot's arthropathy with infrared dermal thermometry. // J Rehabil Res Dev 1997; 34: 317–321

2. Armstrong DG, Lavery LA, Wu S, Boulton AJ. Evaluation of removable and irremovable cast walkers in the healing of diabetic foot wounds: a randomized controlled trial. //Diabetes Care 2005; 28: 551–554

3. Armstrong DG, Short B, Espensen EH, Abu-Rumman PL, Nixon BP, Boulton AJ. Technique for fabrication of an “instant total-contact cast” for treatment of neuropathic diabetic foot ulcers. //J Am Podiatr Med Assoc 2002; 92: 405–408

4. Selby PL, Young MJ, Boulton AJ. Bisphosphonates: a new treatment for diabetic Charcot neuroarthropathy? // Diabet Med 1994; 11: 28–31

5. Jude EB, Selby PL, Burgess J, et al. Bisphosphonates in the treatment of Charcot neuroarthropathy: a double-blind randomised controlled trial. //Diabetologia 2001; 44: 2032–2037

6. Pitocco D, Ruotolo V, Caputo S, et al. Six-month treatment with alendronate in acute Charcot neuroarthropathy: a randomized controlled trial. //Diabetes Care 2005; 28: 1214–1215

7. Anderson JJ, Woelffer KE, Holtzman JJ, Jacobs AM. Bisphosphonates for the treatment of Charcot neuroarthropathy. // J Foot Ankle Surg 2004; 43: 285–289

8. Hofbauer LC, Hamann C, Ebeling PR. Approach to the patient with secondary osteoporosis. // Eur J Endocrinol 2010; 162: 1009–1020

9. Bem R, Jirkovská A, Fejfarová V, Skibová J, Jude EB. Intranasal calcitonin in the treatment of acute Charcot neuroosteoarthropathy: a randomized controlled trial. //Diabetes Care 2006; 29: 1392–1394

10. Molines L, Darmon P, Raccah D. Charcot's foot: newest findings on its pathophysiology, diagnosis and treatment. //Diabetes Metab 2010; 36: 251–255

11. Ulbrecht JS, Wukich DK. The Charcot foot: medical and surgical therapy. //Curr Diab Rep 2008; 8: 444–451

12. Wukich DK, Sung W. Charcot arthropathy of the foot and ankle: modern concepts and management review. //J Diabetes Complications 2009; 23: 409–426

УДК: 616.28-008.14+616.12-009.72+376.33

Нуров Убайдулло Ибодуллаевич- д.м.н., профессор
Хазратов Орифжон Ражабович - соискатель
Бухарский государственный медицинский институт

СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ НЕЙРОСЕНСОРНЫХ НАРУШЕНИЯХ СЛУХА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

Аннотация. *Четкого алгоритма слуховой реабилитации при сенсоневральных нарушениях слуха, учитывающего возраст пациентов, индивидуальные показатели слуха и общее состояние пациента, не существует. Когнитивные нарушения при сенсоневральной тугоухости определяют необходимость включения слуховой тренировки в процесс реабилитации. Восстановление слуха с помощью электроакустики, использование различных методов слуховой тренировки наряду с кохлеарной имплантацией, является обязательной частью индивидуальной программы слуховой реабилитации для взрослых. Отсутствие ранней диагностики нейросенсорных нарушений слуха, отсутствие программ, связанных с комплексными методами реабилитации (включая упражнения для слуха), нашло отражение во многих научных публикациях, которые приводят пациентов к инвалидизации. Все это в конечном итоге проявляется усилением когнитивных нарушений и повышенным риском развития дегенеративных заболеваний головы. Таким образом, восстановление слуха может быть оптимизировано с помощью протезирования.*

Таким образом, результаты исследования показывают, что протезирование слуха с использованием нелинейных слуховых аппаратов целесообразно, особенно у взрослых, при наличии сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: *нейросенсорные нарушения слуха, нелинейный слуховой аппарат, слухопротезирование.*

Нуров Убайдулло Ибодуллаевич - т.ф.д., профессор
Ҳазратов Орифжон Ражабович - мустақил изланувчи
Бухоро Давлат Тиббиёт Институти

БАРҚАРОР ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИДА КОРОНАР АРТЕРИЯЛАРНИНГ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯСИДА КЕЙИН БЕМОРЛАРНИНГ СЕНСОНЕВРАЛ ЭШИТИШ ЗАИФЛАШУВИДА ПРОТЕЗЛАШ

Аннотация. *Сенсоневрал эшитиш заифлашувида беморларнинг ёши, индивидуал эшитиш кўрсаткичлари ва беморнинг умумий ҳолатини ҳисобга олган ҳолда аниқ белгиланган эшитиш реабилитация алгоритми мавжуд эмас. Сенсоневрал эшитиш заифлашувида когнитив бузилишлар эшитиш машқларини реабилитация жараёнига киритиш зарурлигини белгилайди. Эшитиш қобилиятини электроакустика ёрдамида тиклаш, кохлеар имплантацияни билан бирга турли хил эшитиш машғулотларидан фойдаланиш катталар учун индивидуал эшитиш реабилитация дастурининг мажбурий қисмидир. Сенсоневрал эшитиш заифлашувини эрта ташхислашни йўлга қўйилмаганлиги, кенг қамровли реабилитация усуллари (шу жумладан эшитиш машқлари) билан боғлиқ дастурларнинг етишмаслиги беморларни ногиронликка олиб келиши кўплаб илмий нашрларда ўз аксини топган. Буларнинг барчаси охир-оқибат когнитив бузилишнинг кучайиши ва бошнинг дегенератив касалликларини ривожланиш хавфининг ошиши билан намоён бўлади.Шундай экан эшитишни протезлаш орқали эшитиш реабилитациясини оптималлаштириш мумкин*

Шундай қилиб, тадқиқот натижалари, айниқса, катта ёшдагилар орасида, ҳамроҳ касалликлар мавжуд бўлганда, эшитишни ночизиқли эшитиш аппаратлари ёрдамида протезлаш мақсадга мувофиқлигини кўрсатади.

Калит сўзлар*: сенсоневрал эшитиш заифлашуви, ночизиқли эшитиш аппарати, эшитишни протезлаш.*

Nurov Ubaydullo Ibadullaevich - D.M.Sc., professor
Khazratov Orifjon Rajabovich - independent researcher
Bukhara State Medical Institute

AUDITORY PROSTHETICS FOR SENSORINEURAL HEARING DISORDERS IN PATIENTS AFTER CORONARY ARTERY REVASCULARIZATION WITH STABLE ANGINA PECTORIS

Annotation. *There is no clear algorithm for auditory rehabilitation for sensorineural hearing disorders, taking into account the age of patients, individual hearing indicators and the general condition of the patient. Cognitive impairment in sensorineural hearing loss determines the need to include auditory training in the rehabilitation process. Hearing restoration with the help of electroacoustics, the use of various methods of auditory training along with cochlear implantation, is an obligatory part of an individual program of auditory rehabilitation for adults. The lack of early diagnosis of sensorineural hearing disorders, the lack of programs related to complex rehabilitation methods (including exercises for hearing), is reflected in many scientific publications that lead patients to disability. All this ultimately manifests itself in increased cognitive impairment and an increased risk of developing degenerative diseases of the head. Thus, the restoration of hearing can be optimized with the help of prosthetics*

Thus, the results of the study show that hearing prosthetics using nonlinear hearing aids is advisable, especially in adults, in the presence of concomitant diseases.

Keywords: *sensorineural hearing impairment, non-linear hearing aid, hearing prosthesis.*

Введение. Согласно статистическому отчёту Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) «в настоящее время в мире остается высокой частота встречаемости сенсонеральных нарушений слуха**.** Известно, что эффективная реабилитация слуховой функции большинству больных СНТ может быть оказана слухопротезированием. В связи с этим слухопротезирование как метод компенсации недостатков слухового восприятия имеет важное социальное значение.

Целью данного исследования является слухопротезирование при нейросенсорных нарушения слуха после реваскуляризации коронарных артерий при стабильной напряжения

Материалы и методы. В исследование были включены 103 пациентов с сенсоневральным нарушением слуха, сочетающимся стабильной стенокардией напряжения. Всем пациентам использованы общеклинические, оториноларингологические, аудиологические и статистические методы исследования.

Результаты. Под нашем наблюдениям находился 102 больных ССН и СНС которым было рекомендовано кардиохирургом реваскуляризация коронарных артериий. Из 109 больных дали согласия для проведения реваскуляризации коронарных артерий 79. Из общего количества обследованных больных у 37 проведено слухопротезирование. Из них у 2 была тугоухость I степени, 21 –II степени 13 – III степени и 3 – нарушение слуха в высокочастотной зоне.

Слуховые аппараты были подобраны на оба уха, т.е. проведено бинауральное слухопротезирование 3 (8,1%), и на одно ухо – моноауральное слухопротезирование 34 (91,9%) больным.

Во всех случаях при бинауральном слухопротезировании подбирали однотипный СА на оба уха.

Процесс слухопротезирования больных состоял из следующих этапов: первоначальная настройка, адаптация и уточняющая настройка.

Наиболее сложным и длительным этапом являлся процесс адаптации и поэтому больные, которые начинали пользоваться СА, не сразу ощущали всеми преимуществами усиленного слуха. На процесс адаптации оказывало влияние ряд факторов: привыкание к ушному вкладышу, как «инородному телу», появление состояния, описываемое как «смятение слуха».

Значимым и продолжительным в плане адаптации к СА был фактор «смятение слуха». Он возникал в результате появления на фоне начала пользования СА принципиально другого восприятия звуков окружающей среды, которые больной слышал их искаженно в течение определенного времени. При тугоухости за счет усиления звуков СА ранее не воспринимаемые на слух окружающие звуки становятся слышимыми и попадают в корковое представительство слуха. Однако в начальных этапах процесс обработки сигналов высокой частоты и низкой интенсивности происходить с задержкой во времени и требуется некоторый период времени для того, чтобы осуществилась обратная перестройка.

Этот феномен проявлялся в виде следующих жалоб больных: неестественный «металлическим» оттенком тембр звучания звуков, непривычное усиление голосов людей и в первую очередь собственного, наличия фоновых шумов. Для минимизации чувства неудовлетворенности СА в раннем периоде мы всем больным разъясняли о наличии временного отрезка для их привыкания. Этот период продолжался в среднем от 10–30 дней. Продолжительность процесса адаптации СА протекал различно у больных обеих групп и при различной степени нарушения слуха.

Как видно из таблицы процесс адаптации был продолжительным у больных первой группы и при нарушении слуха в высокочастотной зоне, когда средний показатель нарушения слуха был менее 26 дБ, а также тугоухостью I степени.

На продолжительность адаптации СА оказывал влияние характер кривой воздушного проведения тональной пороговой аудиограммы. Наиболее длительным он был при круто нисходящей, затем пологонисходящей и вогнутой, самой короткой горизонтальной кривой воздушного проведения тональной пороговой аудиограммы.

Обсуждение. Эффективность слухопротезирования у больных оценивали по анкете COSI, которая позволила определить субъективную пользу слухового аппарата. Анкетирование про-

ведено в два этапа. Больной на первом этапе обозначал слуховые ситуации, в которых он испытывает наибольшие затруднения и желает добиться улучшения с помощью СА. После настройки СА, во время второго этапа определяли изменение слуховой способности в обозначенных ситуациях. После протезирования СА оценивалось изменение слуховой способности для каждой ситуации, названной на первом этапе. Больной в заключении давал абсолютную оценку слуховой способности, достигнутой с помощью СА для каждой слуховой ситуации.

Заключение. Оценку проводили также в конце процесса адаптации, после заключительной уточняющей настройки. В обобщенном виде анализ качественной оценки ответов больных согласно анкете COSI был следующим:- на всех этапах при протезировании СА с нелинейным усилением звуков удовлетворенность была выше во всех обозначенных больным ситуациях;- на первом этапе у больных с тугоухостью II и III степени с горизонтальной кривой воздушного проведения при обоих типах СА (нелинейным и линейным усилением звуков) удовлетворенность от усиления звуков в тихой обстановке не отличалась; - при тугоухости II и III степени удовлетворенность СА в тихой обстановке была лучше, чем при нарушении слуха в высокочастотной зоне, когда средний показатель нарушения слуха был менее 26 дБ;- у больных с нарушением слуха в высокочастотной зоне, когда средний показатель нарушения слуха был менее 26 дБ в сложной акустической ситуации, при удаленном источнике речи удовлетворенность резко возрастала;- у больных с круто нисходящей кривой воздушного проведения при протезировании СА с линейным усилением звуков удовлетворенность была наименьшей во всех обозначенных больным ситуациях; - по сравнению с другими кривыми при круто нисходящей кривой воздушного проведения удовлетворенность больных результатом слухопротезирования была низкой. Через 6 месяцев пользования СА 35 (94,6%) больных констатировали восстановление чувства уверенности в себе, улучшение когнитивных способностей, увеличение круга общения, возвращение в образ жизни до наступления нарушения слуха, карьерный рост и другие.

Выявлена высокая эффективность слухопротезирования в реабилитации больных СНС и ССК. Слухопротезирование СА с нелинейным усилением звуков и применение их бинаурально дает возможность успешно компенсировать различные проявления потери слуха у больных СНС и ССК. Все это говорит о необходимости широкого использования слухопротезирования в процессе медико-социальной реабилитации больных.

Нами среди источников литературы оценка эффективности лечения СНС и слухопротезирования больных ССН не выявлено, в связи, с чем не представилось возможность их сравнительного анализа. Нормативные документы, регламентирующие порядок оказания специализированной медицинской помощи при хронической сенсоневральной тугоухости у взрослых, не содержат четко определенного алгоритма реабилитации с учетом возраста больных, индивидуальных показателей слуха и общего состояния больного. Высокий уровень мультиморбидности у взрослых с СТ, включая депрессивные расстройства и когнитивные нарушения, определяет необходимость включения тренировки слуха в реабилитацию. Использование различных вариантов тренировки слуха наряду с электроакустической коррекцией потери слуха или кохлеарной имплантацией-обязательный компонент индивидуальной программы реабилитации взрослых.

Заключение. Таким образом, отсутствие ранней диагностики потери слуха, отсутствие программ, связанных с комплексными реабилитационными решениями (включая тренировку слуха), приводит пациентов к инвалидности, нашло свое отражение во многих научных публикациях. Все это в конечном итоге отражается в увеличении когнитивных нарушений и повышенном риске развития дегенеративных заболеваний головы [1,6].

Литература.

1. Астащенко, Светлана Витальевна, Серафима Борисовна Сугарова, и Сергей Владимирович Левин. "Имплантируемый слуховой аппарат костной проводимости в реабилитации пациентов с тугоухостью высокой степени." Российская оториноларингология 2 (69) (2014): 6-10.

2. Арифов, Сайфутдин Сайдазимович, и Дилафруз Абдукаримовна Каландарова. "Состояние мозгового кровообращения при нейросенсорной тугоухости в сочетании со стабильной стенокардией напряжения." Российская оториноларингология 20.6 (115) (2021): 20-25.

3. Бабаев, С. Ю., Козаренко, Е. А., Митрофанова, Н. Н., Мельников, В. Л., & Шахов, А. В. (2018). Лечение акустической травмы, полученной после стрельб, в условиях многопрофильного госпиталя. Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки, (2 (46)), 120-130.

4. Владимирова, Татьяна Юльевна. "Особенности слуховой функции у больных с сенсоневральной тугоухостью при различной степени выраженности вертебрально-базилярной сосудистой недостаточности." Известия Самарского научного центра Российской академии наук 17.5-3 (2015): 731-733.

5. Гараев, Тачмырат Атагельдиевич. "Пластика при обширных сочетанных дефектах гор-

тани и трахеи." Российская оториноларингология 2 (75) (2015): 21-25.

6. Дудникова, Э. В., and Е. В. Орлова. "Этиопатогенетические основы формирования детского церебрального паралича (обзор литературы)." Медицинский вестник Юга России 3 (2016): 14-17.

7. Евдокимова А.Г., Гунчиков М.В., Юнко С.А. // Медицинский совет. - 2015. - №2. - С.46-49.

8. Елинов Н.П., Громова Э.Г. Современные лекарственные препараты. - Санкт-Петербург; 2003. - 1104 с.

9. Ибрагимов, Ж. Н., А. Ш. Амонов, and Х. Н. Абдуллаев. "Лечение интра и послеоперационных осложнений кохлеарных имплантаций у детей." Вестник магистратуры 3-2 (126) (2022): 4-6.

10. Ихсанова, С. Р. (2019). Клеточный состав мочи в пораженной почке при монолатеральном гидронефрозе у детей. Российский педиатрический журнал, 22(5), 314-314.

11. Кадыков А.С., Манвелов Л.С., Шахпарono- ва Н.В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия. - М., 2018. - 288 с.

12. Лобзина, Е. В., В. Г. Овсянников, and Т. В. Золотова. "Клинико-морфологические параллели при сенсоневральной тугоухости, обусловленной акувибрационным воздействием." Человек и его здоровье 3 (2018): 75-81.

13. Малеева, Н. П., Мажарцева, Н. А., Кацова, Г. Б., Дмитриева, М. К., & Попова, Л. В. (2020). Педиатрические аспекты тугоухости у детей различного возраста. Оренбургский медицинский вестник, 8(4 (32)), 22-26.

Тешаев Азамат Азамович - Ph.D.
Бухоро давлат тиббиёт институти

БИЛАК СУЯКЛАРИ ДИСТАЛ ОХИРИДАН СИНИШЛАРИ МАВЖУД БЕМОРЛАРНИ КЛИНИК ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Аннотация. *Ушбу мақолада билак суяги синишининг очиқ усулида жарроҳлик аралашувлари, яъни воляр металл пластиналар ва кегай тутамлари ёрдамида остеосинтези усуллари билан қиёсий таҳлил асосида КДОнинг такомиллаштирилган усулидан фойдаланиш, жарроҳлик пайтида қурилманинг амалиёт пайтида қулайлиги, билак суяклари дистал охиридан синишларида яхлитликни қисқа муддатда тиклаш имконини бериши ҳамда амалиётнинг самарали бўлганлиги исботланган.*

Калит сўзлар: *билак суяги синиши, дистал, суяк регенерацияси, оптимал жарроҳлик тактикаси*.

Тешаев Азамат Азамович - Ph.D.
Бухарский государственный медицинский институт

МЕТОДЫ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ ОТ ДИСТАЛЬНЫХ КОНЦОВ

Аннотация. *В данной статье рассматриваются хирургические вмешательства при открытом способе перелома лучезапястной кости, т.е. использование усовершенствованного метода КДО, основанного на сравнительном анализе с методами остеосинтеза с использованием металлических пластин Volar и kegay incense, удобство использования устройства во время операции, возможность восстановления целостности при переломах от дистального конца.*

Ключевые слова: *перелом запястья, дистальный отдел, регенерация кости, оптимальная хирургическая тактика.*

Teshaev Azamat Azamovich - Ph.D.
Bukhara State Medical Institute

METHODS OF CLINICAL AND INSTRUMENTAL EXAMINATION OF PATIENTS WITH FRACTURES OF THE WRIST BONES FROM THE END OF THE HOSPITAL

Abstract. *this article discusses surgical interventions in the open method of fracture of the wrist bone, i.e. the use of an improved kdo method based on comparative analysis with methods of osteosynthesis using Volar and kegay incense metal plates, the convenience of using the device during surgery, the possibility of restoring integrity in fractures from the distal end.*

Keywords: *wrist fracture, distal region, bone regeneration, optimal surgical tactics.*

Тадқиқотнинг долзарблиги. Суяк организмдаги камдан кам ҳолларда чандиқсиз битадиган тўқималардан бири хисобланади. Суяк сингандан сўнг, скелет қайта тикланиши учун эндохондрал ва интрамембраноз суякланиш каби мураккаб жараёнлари ривожланади. Суяклар битиши яллиғланишни жараёни билан бошланиб, дастлабки босқичда турли хил яллиғланиш ҳужайралари шикастланган жойга кириб боради, жароҳатнини тозалайди ва тикланиш жараёнини рағбатлантиради. Аммо суякларни тиклаш пайтида яллиғланиш жараёни ҳақида маълумотлар етарлича эмаслиги бизга маълум, айниқса билак суякларининг дистал охиридан синишларида турли хил жарроҳлик амалиётларидан кейинги таъсир тўлиқ ўрганилмаган [1.3].

Иммунитет тизими ва суяк синиқларини даволашнинг яқин ўзаро таъсири ривожланаётган остеоиммунология тадқиқотлари соҳасида тан олинган. Айниқса, битишнинг эрта босқичи, яллиғланиш босқичи суякларнинг битишини тезлаштириш учун иммуномодуляцион ёндашувлар учун истиқболли мақсад бўлиб туюлади. Яллиғланиш реакцияси, синишдан кейинги битиш жараёнининг муҳим қўзғатувчиси ёки ташаббускори ҳисобланади. Бироқ, кучли ёки узоқ давом этадиган яллиғланиш реакцияси (яллиғланишга қарши босқичнинг йўқлиги ёки сусайиши туфайли) битиш жараёнига салбий таъсир қилади [5.7].

Тадқиқотчилар суяклар остеосинтези усуллари доимий равишда такомиллаштирилганига қарамай, уларга бўлган муносабат чекланган бўлиши керак деган хулосага келишди, бу ерда ҳолат айниқса синиқ соҳасидаги маҳаллий яллиғланиш жараёнининг ривожланиши даражаси билан боғлиқлиги бир қанча адабиётларда таъкидлаб ўтилгани бизга маълум [2.4].

Суяк шикастланганда яллиғланиш реакцияси пайдо бўлади: иммунитет ҳужайралари шикастланган жойга жалб қилинади; кўплаб омиллар, яллиғланиш омиллари ва бошқалар ажралиб чиқади. Ушбу кучли яллиғланиш ҳодисаси қон томир ангиогенези, шикастланган тўқималарни тиклаш ва охир-оқибат қайта қуриш орқали синишни нормал битишини таъминлаш учун зарурдир. IL-1- ҳужайра ва тўқима функцияларининг кенг доирасини тартибга солувчи яллиғланишга қарши цитокин прототипидир. IL-1, IL-1α ва IL-1β, иккала шаклида биологик фаолияти ўхшаш, лекин тананинг турли функционал ҳолатларида иштирок этади.

Тадқиқотнинг мақсади. билак суяклари дистал охиридан синишлари мавжуд беморларни клиник ва инструментал текширув усулларини такомиллаштириш.

Натижа ва таҳлиллар. Клиникада ишлаб чиқилган тасниф асосида билак суяклари дистал охири синган беморларнинг тақсимланиши маълумотларига кўра билак суяги дистал охири синишлари 4 турга фарқланади. Ҳар хил турдаги жарроҳлик амалиётлари тўғрисидаги маълумотлар батафсил тегишли бобларда берилган.

I турга 20 (15,3%) нафар билак суяклари дистал метафизидан бўғимдан ташқари суяк бўлакларининг бурчак ҳосил қилиб синишлари (Smith ва Colles синишлари) мавжуд беморлар киритилди, бунда синиқ соҳаси барқарор бўлиб, репозиция учун қулай деб ҳисобланилади.

II турга 14 (10,8%) нафар билак суяклари дистал метафизидан, бўғимдан ташқари олд ва ён текисликлар бўйлаб суяк бўлакларининг силжиши билан юзага келадиган синишлари мавжуд беморлар киртилиб, бунда синиш беқарор ва уларни қайта репозиция қилиш имконсиз (Smith ва Colles синишлари).

III турга 33 (25,4%) нафар билак суяклари дистал охири, бўғим ичи олд ёки ён текисликлар бўйлаб катта суяк бўлаклари ҳосил қилиб синишлари (Barton ва Hutchinson синишлари) киритилди.

Ва ниҳоят, IV турга 63 (48,5%) нафар билак суяклари дистал охиридан компрессион, бўғим ичи синишлари ёки синиб чиқишлари киргизилиб, кўпчилик ҳолларда суяк бўлакларини репозициясига эришиб бўлмайди.

Ишлаб чиқилган таснифимиз маълумотларига кўра, синишнинг табиати ва оғирлигини инобатга олган ҳолда турли хил жарроҳлик амалиётлари билан турли даволаш тактикалари танланди.

Қуйида келтирилган маълумотларда, 63 (48,5%) нафар билак суяклари дистал охиридан бўғим ичи ва компрессион характердаги синишлари ёки синиб чиқишлари мавжуд беморларга (IV тип) ўчоқдан ташқари остеосинтез жарроҳлик амалиёти тавсия этилди, яъни ушбу беморларда кўпчилик ҳолларда суяк бўлакларини қайта репозиция қилиш сезиларли ижобий натижа бермайди. 34 (26,1%) нафар билак суяклари дистал метафизидан бўғимдан ташқари суяк бўлакларининг бурчак ҳосил қилиб синишлари ва билак суяклари дистал метафизидан, бўғимдан ташқари олд ва ён текисликлар бўйлаб суяк бўлакларининг силжиши билан юзага келадиган синишлари мавжуд беморлар киртилди (Smith ва Colles синишлари), (I ва II типлар), бунда ҳам синиқ соҳаси беқарор бўлиб, уларни қайта репозиция қилиш имконсиз [6.7].

Барча беморлар шифохонада клиник, лаборатор ва инструментал тадқиқот усулларини жалб қилган ҳолда мутахассис травматолог томонидан текширивдан ўтказилди, кўп сонли ва қўшма жароҳатлар туфайли оғир аҳволдаги жабрланганлар эса қўшимча терапевт, реаниматолог ва жарроҳлар томонидан мустақил равишда кўрикдан ўтказилди.

Бундан ташқари, беморларни қайта текшириш даволанишдан кейин яқин муддатда ва 5 йилгача бўлган узоқ муддатли даврларда ўтказилди.

Клиник усул билак суяклари дистал охири синган беморларда шикоятларни йиғиш ва шикастланган соҳасини ташқи кўрикдан ўтказишни ўз ичига олган. Беморлар шикастланган билак дистал қисмидаги қаттиқ оғриққа, шикастланган мучада фаол ва пассив ҳаракатларни чекланганлиги, маҳаллий шиш мавжудлиги ва шу соҳада сезиларли деформациянинг мавжудлигига шикоят қиладилар. Жароҳатланиш механизмини аниқлаш мақсадида анамнез йиғилганда, олинган маълумотлар синиш (флексион - Смит типидаги синиш), (экстензион - Коллис типида синиш) табиати ҳақида тўғри фикр юритиш имконини бериши мумкинлигига алоҳида эътибор қаратилди.

Беморларни ташқи кўригида кўпчилик ҳолларда шикастланган соҳада ҳанжарсимон деформация мавжудлиги, айниқса экстензион типида (Коллис типида синиш), ён томондан эса вилкосимон кўринишда ёки бошқача " S " шаклда деформация кўринади. Ушбу кўриниш айниқса, суяк бўлакларининг сезиларли силжиши билан иккала билак суякларининг дистал охиридан синишларида яққол кузатилади [5.7].

Юқоридаги силжиш ҳолатларига олиб келувчи омиллар жароҳат механизмлари бўлиб, билак кафт бўғимида флексион таъсир кучи остида, беморлар қўлнинг орқа юзаси билан таяниб йиқилиб тушганда, дистал суяк бўлаги кафт томонга силжийди ва қўл панжасининг тирсак томонга оғиши билан намоён бўлади (Смит типидаги синиш). Жабрланганлар қўл панжасининг кафт юзаси билан йиқилганда дистал суяк бўлаги қўл панжаси билан орқа томонга силжийди ва қўл панжасининг билак томонга оғиши кузатилади (Коллис типидаги синиш) (1 - расм).



1 - расм. **Билак суяги дистал охиридан синиши умумий кўриниши, дистал суяк бўлаги орқага силжиган ва билак томонга оғиши аниқланади (Коллис типида синиш).**

Билак суяклари дистал охири синишларида ташхис қўйиш кўп қийинчилик туғдирмайди, фақатгина жароҳат соҳасини эътибор билан кўрикдан ўтказиш ва рентгенография маълумотлари бизга якуний ташхис ўрнатиш имконини беради.

Лаборатор текширув усулларидан умум клиник ва биокимёвий қон ва пешоб таҳлиллари ўтказилди, қон гуруҳини аниқлаш ва зарур ҳолатларда, ОИВ ва гепатит Б ва С маркерлари аниқланди, бу эса жабрланганларнинг соматик ҳолатини баҳолаш имконини беради. Ҳамроҳ касалликларни аниқлаш мақсадида инструментал тадқиқот усулларидан ЭКГ, ички аъзоларнинг ультратовуш текшируви, ЭхоКГ амалга оширилди. Бундан ташқари, беморларда жарроҳлик амалиёти хавфи даражасини аниқлаш учун терапевт, анестезиолог томонидан кўрикдан ўтказилди.

Билак суяги дистал охири синиши дистал бўғим элементларини, билак кафт бўғими бойламлари, бўғим капсуласи, бигизсимон ўсиқ ёки тирсак суяги бошчасини шикастланиши билан бирга келиб, шикастланиш хусусиятини ва даволаш тактикасини танлашни мураккаблаштиради.

Тирсак суяги бошчаси синишларида ва билак кафт бўғим ташқи бойлами жароҳатларида “клавиш” белгиси мусбат бўлади, унга босим берилганда тирсак суяги бошчасининг ҳаддан ташқари ҳаракатчанлиги билан изоҳланади. Айниқса, бу симптом билан суяги дистал охири билан тирсак суяги бошчаси биргаликдаги синишида (Коллис жароҳатида) яққол намоён бўлади (тирсак суяги бошчаси билакнинг юмшоқ тўқималарига чўкиб кетгандай туюлади). Бундан ташқари, билак кафт бўғими ён бойлами шикастланган бўлса “туртки” аломати (Волкович аломати) ижобий бўлади, бу тирсак суяги бигизсимон ўсиққа кафт томондан туртки берилганда маҳаллий оғриқ сезиши билан намоён бўлади.

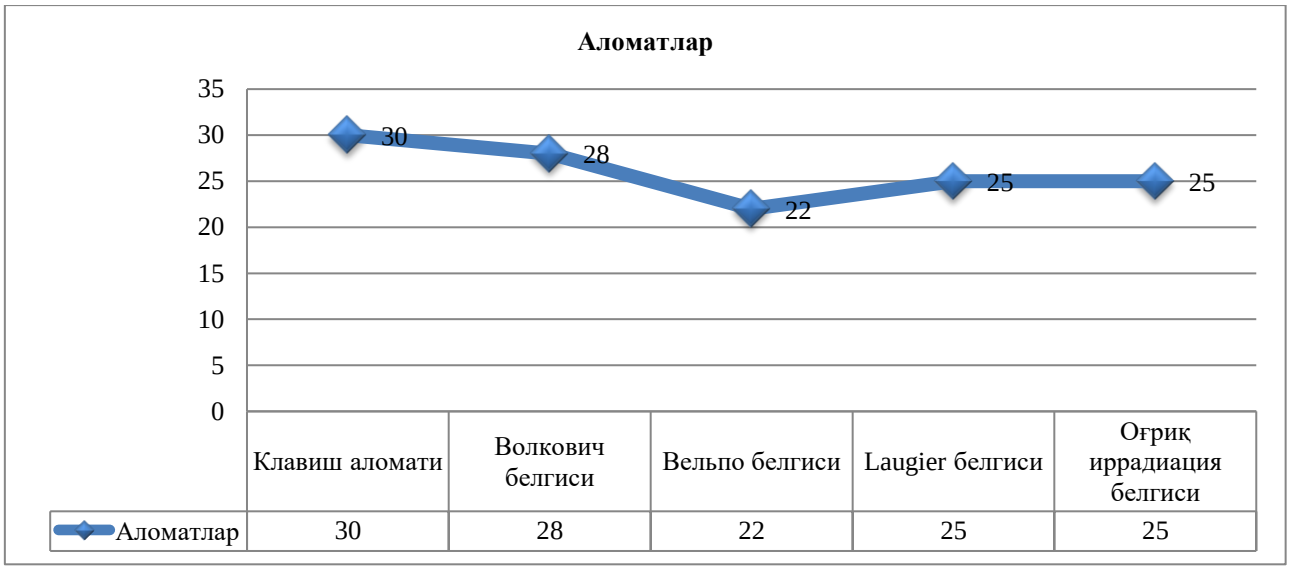
Кейинги аломат бу Вельпо (Velpeau) аломати бўлиб, у билакнинг пастки учида билак кафт юзаси бўйлаб кўндаланг ҳошия (валик) аниқланади, бу Коллис жароҳатига хосдир. Ташқи кўрикда билак дистал кафт юзасида физиологик ботиқлик сезилмайди, билак орқа юзасида эса ўзига хос ботиқлик сезилади [7.8].

Билак суяги дистал охири синишларида билак суяги бигизсимон ўсиғи тирсак суяги ўсиғига нисбатан юқорироқ ва орқароқда жойлашган бўлиб, бундай аломат Laugier томонидан таклиф қилинган. Одатда, нормал ҳолатда тескари кўриниш намоён бўлади.

Билак суяклари дистал охири синишларини характерловчи кейинги белги оғриқнинг тарқалиши бўлиб, билак суяклари ўрта қисмида сиқилганда билак кафт бўғими соҳасида оғриқ сезади.

Бундан ташқари, ўқ бўйича юк бериш аломати мавжуд, бу билакнинг ўқи бўйлаб босим берилган вақтда ҳар доим ижобий бўлади.

Юқоридаги белгилар барча 130 нафар беморларда ўрганилди, маълумотлар 1- расмда келтирилган.



1-расм. **Билак суяги дистал охиридан синиши умумий клиник аломатлар бщйича тақсимланиши**

1-расм маълумотларидан кўриниб турибдики, 130 нафар билак суяклари дистал охиридан синган беморлардан 30 (23,1%) нафарида “клавиш” аломати ижобий, 28 (21,6%) ҳолатда Волкович белгиси, 22 (16,9%) ҳолатда Велпо белгиси, 25 (19,2%) ҳолатда Laugier белгиси ва оғриқнинг тарқалиши аломати қолган 25 (19,2%) нафар беморларда мусбатлиги белгиланди. Ушбу аломатлар физиологик тадқиқотнинг ишончли усулларидандир, бу ташхис қўйишнинг инструментал босқичигача билак дистал охирида синиш ёки жиддий шикастланиш мавжудлигини баҳолашга имкон беради.

Хулоса. Билак суяклари дистал охиридан синишларида амалиётдан кейинги узоқ муддатларда клиник натижаларни баҳолаш мақсадида 7 клиник кўрсаткичлардан фойдаланилди. Бунда Илизаров аппарати билан остеосинтез қилинган 63 нафар беморларда амалиётдан кейинги узоқ муддатли “аъло” сифат даражасидаги клиник натижалар градацияси 95 дан 100% гачани ташкил этди. Воляр пластина билан остеосинтез қилинган қиёсий гуруҳ беморларида “аъло” сифат даражасидаги натижалар градацияси 90 дан 96% гачани кўрсатди. Кесишувчи сихлар билан остеосинтез бажарилган беморларда эса ушбу сифат кўрсаткичи градацияси 85 дан 91% ни ташкил этди.

Адабиётлар.

1.Тешаев А.А., Асилова С.У., Хакимов Ш.К. Вопросы диагностики и тактики лечения переломов дистального конца костей предплечья // Тиббиётда янги кун - Бухара, Узбекистан. 2019. - 4 (28). 384-391 б.(14.00.22,)

2.Teshaev Azamat, Asilova Saodat, Akhmedov Shamshod. Hardware-Surgical Treatment for Fractures of The Distal End Of The Forearm Bones // European Journal of Molecular & Clinical Medicine - London, United Kingdom., 2020 - Vol 07, Issue 03. pp 3906-3913(14.00.22)

3.Teshaev Azamat Azamovich., Hamdamov Bakhtiyor Zarifovich. Dynamics of cytokine (IL-1ß, VEGFA and FGF) levels in patients with fractures of the distal end of the forearm bones depending on the type of surgery // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022, 12(11): (14.00.22, 14.00.36)

4.Тешаев Азамат Аъзамович, Хамдамов Бахтиёр Зарипович. Роль иммунологических факторов роста при лечении переломов дистального конца костей предплечья // Биология ва тиббиёт муаммолари. – Самарқанд, 2022. №6 (140)197-203 б. (14.00.22, 14.00.36)

5.Тешаев Азамат Аъзамович. Значение факторов роста в комплексном хирургическом лечении переломов дистального конца костей предплечья // Тиббиётда янги кун - Бухара, Узбекистан. 2022. 11(49) - 533-538 б. (14.00.22, 14.00.36)

6.Тешаев Азамат Аъзамович, Хамдамов Бахтиёр Зарипович. Билак суяклари дистал учидан синишларида турли даво усулларидан кейинги иммунологик кўрсаткичларнинг қиёсий таҳлили // вестник ТМА. 2022. №8. 185-189 б. (14.00.22, 14.00.36)

7.Тешаев Азамат Аъзамович, Хамдамов Бахтиёр Зарипович Сравнительный анализ иммунологических показателей после различных методов лечения при переломах дистального конца костей предплечья// Journal of Medicine and Inovations. 2022. 4 (8)422-432 б. (14.00.22, 14.00.36)

8.Teshaev Azamat, Asilova Saodat, Hakimov Sherali. Apparatus and Surgical Treatment for fractures of the distal end of the forearm bones // Middle European Scientific Bulletin - Praha, Czech Republic., 2022 June. - vol 25. pp 178-190. (14.00.22)

Тошев Фурқат Нишонович – мустақил изланувчи
Нишонов Бехрузжон Фурқатович – талаба
Бухоро давлат тиббиёт институти

ТИЗЗА БЎҒИМИ АРТРОЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СИНОВИАЛ СУЮҚЛИКНИ БИОКИМЁВИЙ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Аннотация. *Остеоартроз (ОА)- бу бўғимларнинг сурункали зўрайиб борувчи дегенератив касаллиги бўлиб, бўғим тоғайларининг деградацияси билан тавсифланиб, бунда суякдаги субхондрал ўзгаришлар ва қиррали остеофитларнинг ривожланиши кузатилади. Бу ўзгаришлар бўғим тоғайлари ва унинг бошқа таркибий қисмларининг емирилишига олиб келади (синовиал қават, бойламлар). Касалликнинг рентгенологик белгилари 65 ёшдан катта одамларда ва 75 ёшдан ошганларнинг 80%дан кўпроғида кузатилади. Тизза бўғими остеоартрози бўғимлар дегенератив-дистрофик касалликларининг умумий касалликлари орасида кенг тарқалган касаллик бўлиб, ортопедияда етакчи ўринни эгаллайди. Охирги вақтда аҳолининг ёш, ишга лаёқатли қисмида гонартроз кўпайиш тенденцияси кузатилмоқда.*

Калит сўзлар: *тизза бўғими, артроз, синовиал суюқлик, биокимёвий текшириш усули.*

Тошев Фуркат Нишонович – соискатель
Нишонов Бехрузжон Фуркатович – студент
Бухарский государственный медицинский институт

МЕТОДЫ БИОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Аннотация: *Остеоартроз (ОА) — это хроническое деформационно-дегенеративное заболевание суставов, характеризующееся разрушением суставных позвонков, при котором наблюдаются субхондральные изменения в кости и развитие гребневидных остеофитов. Эти изменения приводят к поглощению членистоногими и других его компонентов (синовиального дна, яйцеклеток). Рентгенологические симптомы заболевания наблюдаются у людей старше 65 лет и более чем у 80% людей старше 75 лет. Остеоартроз коленного сустава является распространенным заболеванием среди общих дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов и занимает лидирующие позиции в ортопедии. При введении последней вакцины наблюдается тенденция к усилению гонартроза у молодых людей, что приводит к появлению новообразованной кисты.*

Ключевые слова: *коленный сустав, артроз, синовиальная жидкость, метод биохимического исследования.*

Toshev Furkat Nishonovich - independent researcher
Nishonov Bekhruzjon Furkatovich - student
Bukhara State Medical Institute

METHODS OF BIOCHEMICAL EXAMINATION OF SYNOVIAL FLUID IN PATIENTS WITH ARTHROSIS OF THE KNEE JOINT

Abstract: *osteoarthritis (DOA) is a chronic deformational degenerative joint disease characterized by destruction of the articular vertebrae, in which subchondral changes in the bone and the development of ridge-like osteophytes are observed. These changes lead to the absorption of arthropods and its other components (synovial fundus, eggs). Radiological symptoms of the disease are observed in people over 65 years of age and in more than 80% of people over 75 years of age. Osteoarthritis of the knee joint is a common disease among common degenerative and dystrophic joint diseases and occupies a leading position in orthopedics. With the introduction of the latest vaccine, there is a tendency to increase gonarthrosis in young people, which leads to the appearance of a newly formed cyst.*

Keywords: *knee joint, osteoarthritis, synovial fluid, method of biochemical research.*

Тадқиқотнинг долзарблиги. Жаҳонда тизза бўғими артрозларини ташхислаш, артроскопик усулларни қўллаб даволаш ва асоратларини олдини олиш бўйича қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда, тизза бўғимларининг артрозида гиалурон кислотасидан (ГК) фойдаланиш зарарланган бўғимнинг табиий гомеостазини тиклаш ва унинг биокимёвий таъсири бўғим синовиал суюқлигининг ҳимоя, мойлаш ва ташқи таъсир хусусиятларини яхшилашга ёрдам беради. Сўнгги йилларда турли хил зарарланган ва шикастланган тўқималарни тиклаш жараёнларини яхшилаш учун ўсиш омилларидан тобора кўпроқ фойдаланилмоқда. Ушбу турдаги омил сифатида тромбоцитларга бой қон плазмаси (ТБП) қаралади. Маълумки, тромбоцитларнинг альфа гранулалари бир қатор ўсиш фактори медиаторлари, хусусан инсулинга ўхшаш ўсиш фактори-1, асосий фибробластларнинг ўсиш фактори, тромбоцитларнинг ўсиш фактори, эпидермал ўсиш фактори, қон-томир эндотелийсининг ўсиш фактори бу яллиғланиш реакцияларининг сусайиши ва некротик ҳужайраларни йўқ қилишга муҳим рол ўйнайди. Беморларда тизза бўғими артрозларини консерватив даволашнинг замонавий усулларини такомиллаштириш, улар самарадорлиги ва узоқ натижаларини яхшилаш, бўғим синовиал суюқлиги патологик ўзгаришларини ўрганиш, касалликни даволашда патогенетик ёндашиш каби муаммолар бўйича илмий изланишлар олиб бориш муҳим ҳисобланади.

Остеоартроз - бу тизза бўғими синовиал таркибининг патологик ҳолати бўлиб, эрта ногиронлик ва доимий оғриқ туфайли ҳаёт сифатининг сезиларли даражада ёмонлашиши билан тавсифланади. Кўпинча тизза бўғимларида гоноартроз учрайди. Бирламчи остеоартрозларни дори воситалари билан даволаш кўпинча беморларнинг ҳаёт сифатини етарли даражада яхшилашини таъминлаб беролмайди, шу сабабли ушбу касаллик учун маҳаллий терапиянинг самарали ва хавфсиз усулларини излаш долзарб вазифа бўлиб қолмоқда. Жаҳон амалиётида таянч-ҳаракат тизимининг дегенератив патологиясини даволаш учун бузоқча қонидан тайёрланган –актовегин ва адгелон препаратларидан фойдаланиб келинмоқда [1.3.5.7.11.3]. Сўнгги йилларда тромбоцитларга бой аутоплазмадан (ТБА) фойдаланиш кенг кўламда олиб борилмоқда. ТБА таркибида трансформацияловчи ўсиш омили (TGF-b), томир эндотелиал ўсиш фактори (VEGF), фибробластларнинг ўсиш фактори (FGF-2),тромбоцитларнинг ўсиш фактори ҳамда инсулинга ўхшаш ўсиш фактори (PDGF), эпидермал ўсиш фактори (EGF) ва адгезивли молекулаларни (фибрин, фибронектин, витронектин) сақлайди. Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, экспериментал остеоартрозларда алоҳида ўсиш омилларидан фойдаланишга уринишлар сезиларли натижаларга олиб келмади. Тромбоцитларга бой плазма асосида биологик препаратлардан фарқли ўлароқ спорт жароҳатларини даволашда, жарроҳлик амалларида ушбу препарат даволаш самарадорлиги (хусусан бўғимларда) юқори эканлигини кўрсатди. ТБПдан ревматология амалиётида фойдаланиш яъни тизза, тирсак ва болдир-панжа бўғими тендинитларида даволашда ўзининг самарадорлигини кўрсатди [2.4.6.8.10.12.13].

Тадқиқотнинг мақсади. Тизза бўғими артрози билан касалланган беморларни синовиал суюқлиги текшириш усулларини текширишдан иборат.

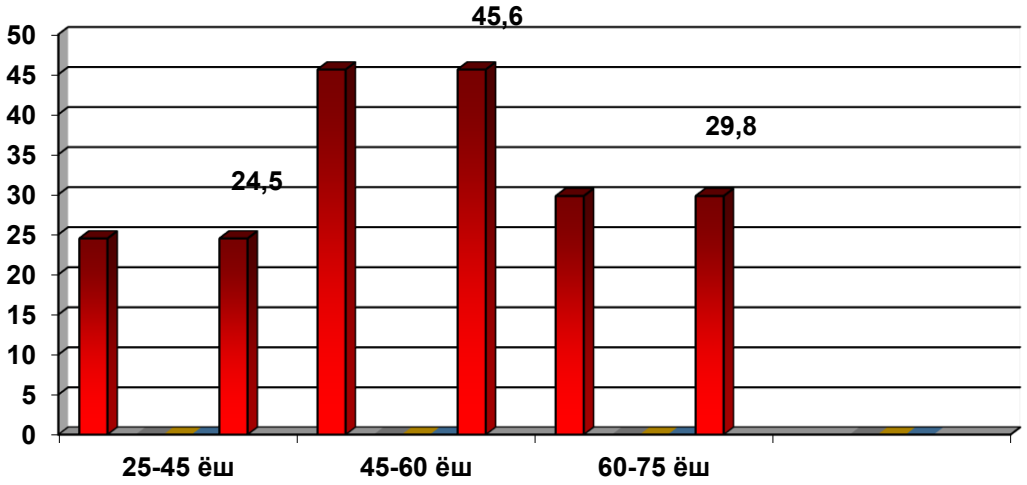
Тадқиқотнинг объекти сифатида Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази травматология ва ортопедия бўлимида даволанган 114 нафар турли даражадаги тизза бўғими остеоартрози бўлган беморлар олинган.

Натижа ва таҳлиллар. Ўтказилган илмий тадқиқотларга жалб қилинган 114 нафар беморлар 28 ёшдан 75 ёшгачани ташкил этиб, улар 2 гуруҳга бўлинди асосий n=70 ва назорат гурухи n=44 нафардан иборат. Беморларнинг 85 нафари (74,6%) аёллар бўлиб, 29 нафарини (25,4%) эркаклар ташкил этди, шундан асосий гуруҳда аёллар n=52 (61,2%), эркаклар n=18 (62 %) нафар, назорат гурухида эса аёллар n=33 (38,8%), эркаклар n=11 (38 %) нафарни ташкил қилди. Юқорида келтирилганлардан кўриниб турибдики, тизза бўғимининг остеоартрози аёлларда эркакларга нисбатан 2,5 марта кўп учради. Бу кўрсаткич ёш ошган сари ҳам бир бирига пропорционал ошиб борди.

Назорат остига олинган 114 нафар беморларда касалликнинг табиатини ўрганиш учун ёшига қараб 3 та кичик гуруҳларга бўлинди:

1 – кичик гуруҳга 28 ёшдан 45 ёшгача бўлган 26 (22,8%) нафар беморлар, 2-кичик гуруҳга 46ёшдан 60 ёшгача бўлган 61 (53,5%) нафар беморлар ва 3-кичик гуруҳга 61 ёшдан 75 ёшгача бўлган 27(23,7%) нафар беморлар кирди.

1 –жадвал ва 1-расмда назорат остига остига олинган беморларни ёши ва жинсини ҳисобга олган ҳолда тақсимланиш материаллари тақдим этилган. 2.1 –жадвалдан кўриниб турибдики, текширилаётганларнинг 73,6% ни ўғил болалар, 26,4% ни қиз болалар ташкил этди. Шуниси эътиборга жоизки, барча ўрганилган ёш гуруҳларида, жинсига қараб, умумий беморлар сонига эркаклар сони устунлик қилди.



1-расм. **Тизза бўғими остеоартрози билан касалланган беморларни ёшига қараб тақсимланиши**

Ушбу қонуниятни тушунтириш жуда ҳам қийин, бунинг сабаби биз учун ҳали аниқ бўлмаган инсон организмининг биологик жинсий хусусиятларга боғлиқдир. Шу билан бирга, 46 ёшдан 60 ёшгача бўлган тизза бўғими остеоартрози билан зарарланган текширилаётган беморларнинг тенг ярмидан кўпини ташкил қилади – 45,6% (1 –расм). Таъкидлаш жоизки, тизза бўғими остеоартрози билан зарарланган текширилаётган беморларга хос бўлган организмнинг анатомо-физиологик, патоморфологик ҳамда маҳаллий ва умумий хусусиятлари билан изоҳлаш мумкин.

1-жадвал.

Тизза бўғими остеоартрози билан касалланган беморларни ёши ва жинсига қараб тақсимланиши

Жинси	Беморлар ёши						Умумий	
	28 ёшдан 45 ёшгача		46 ёшдан 60 ёшгача		61 ёшдан 75 ёшгача			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Эркаклар	11	38	14	48,3	4	13,7	29	25,4
Аёллар	15	17,6	47	55,3	23	27,1	85	74,6

2-жадвал.

Назорат остида олинган беморлардаги ёндош касалликлар

Ёндош касалликлар	Беморлар сони (n = 114)	
	Абсолют сон	%
Анемия	112	98,2
Гипертония касаллиги	41	36,0
Қандли диабет	28	24,6
Ревматоидли артрит	23	20,2
Сурункали бронхит	19	16,7
Сурункали пиелонефрит	16	14,0
Семизлик	12	10,5
Сурункали гепатит	5	4,4
Гастродуоденит	5	4,4

Тизза бўғими остеоартрози билан зарарланган текширилаётган беморларнинг ёндош касалликлари бўлган беморлар ўрганилганда, (2.2 -жадвал), 112 (98,2%) нафар беморларда анемия кечаётганлиги аниқланди, шунингдек тез-тез учрайдиган йўлдош касалликлардан гипертония касаллиги – 41 (36,0%), қандли диабет – 28 (24,6%), ревматоидли артрит – 23 (20,2%), сурункали бронхит – 19 (16,7%), сурункали пиелонефрит – 16 (14,0%), семизлик – 12 (10,5%), сурункали гепатит ва гастродуоденит - 4,4% (5 тадан бемор мос равишда).

Синовиал суюқлигининг биокимёвий таркибини аниқлаш учун қуйидаги параметрлар аниқланди: суюқлик ҳажми, ранги, ёпишқоқлиги, тиниқлиги ва бошқалар. Меъёрда синовиал суюқликнинг ҳажми кўп миқдорда эмас, лекин бўғимларнинг баъзи бир яллиғланиш ка-

салликларида унинг ҳажми кўпаяди.Бу яллиғланиш суюқлиги бўғимни пункция қилиш орқали амалга оширилади (артроцентез). Бу манипуляцияларни бажаришда новакаин эритмасини ишлатиш мақсадга мувофиқ эмас, чунки бу восита ҳужайраларни емирилишига олиб келиши мумкин. Артроцентезни бажариш учун энг муҳими унинг тозалигидир. Бу учун синовиал суюқлик тизза бўғимининг супрапателляр бўшлиғидан олинади. Синовиал суюқликни олиш жараёни қуйидаги босқичларда амалга оширилади:

1) Терини тозалаш, йод ва спирт билан ишлов бериш, тоза сочиқ билан ўраш;

2) 10-15 мл 0,5% новокаин эритмаси билан тери ва юмшоқ тўқималарни оғриқсизлантириш;

3) 10,0 шприц билан тизза усти қопқоғининг 1,0 см юқори ва 1,5см ташқи бурчагини ҳисобга олган ҳолда игна киритилади (бўшлиққа кириш ҳисси) ва синовиал суюқлик эвакуация қилинади.

3-жадвал.

Тизза бўғими синовиал суюқлиги лаборатор кўрсаткичлари

	Меъёрий	**Сурункали**	**Ўткир**	**Йирингли**	**Геморрагик**
Ҳажми (мл)	<3.5	**>** 3.5	> 3.5	> 3.5	> 3.5
Ёпишқоқлиги	Юқори	Юқори	Паст	Аралаш	Юқори
Тиниқлиги	Тиниқ	Тиниқ	Енгил хира	Хира	Аралаш
Ранги	Рангсиз, сомон-сариқ	Сомон-сариқ	Сариқ	Аралаш	Қизил
Лейкоцитлар / mm^3	<200	200–2 000	2000 – 75000	> 100 000	Худди қондагидай
Нейтрофиллар (%)	<25	<25	> 50	> 75	Худди қондагидай

Синовиал суюқликни цитологик текшируви (натрий тузли ЭДТА) антикоагулянтда олинди. Синовиал суюқлик олинган заҳотиёқ текширилди. Синовиал суюқликни лаборатор текшируви макроскопик азмоишларни ўз ичига олди (ҳажми, ранги, табиати, ёпишқоқлиги, хираслиги, pH, муцинли қуйқа) ҳужайралар сонини ҳисоблаш, олинган препаратнинг микроскопияси (светооптик ва поляризацион микроскопия) ҳамда рангланган препаратни цитологик текширувлар олиб борилган.

4-жадвал

Тизза бўғими остеоартрозида синовиал суюқликнинг сон ва сифат жиҳатидан кўрсаткичлари (этиологиясига қараб)

СС характери	**Этиология**			
	Ревматоидли	**Урогенли**	**Жароҳатдан кейинги**	**ПВУС**
Ранги	Тиниқ-сариқ	Хира-сариқ	Тиниқ-сариқ	Қизил
Ёпишқоқлиги	Енгил	Ўртача	Кучли	Ўртача
Тиниқлиги	Тиниқ	Хира	Ўртача	Гўштли ювинди
СС ҳажми	20-100мл	30-250мл	10-70мл	30-150мл

Синовиал суюқлиги физик хусусиятига қараб, этиологик факторларни инобатга олган ҳолда бир-биридан фарқли характерга эга.

Беморларда ревматоидли этиологияда синовиал суюқлиги енгил-сариқ рангда, енгил ёпишқоқ, тиниқлиги ва ҳажми 20-100мл бўлиб, бу ўз навбатида тизза бўғимининг шишига боғлиқ бўлиб ҳисобланади. Урогенли этиологияли синовиал суюқлиги хира-сариқ, ўртача ёпишқоқ, ҳажми 30-250 мл. Жароҳатдан кейинги этиологияда синовиал суюқлиги, тиниқ-сариқ рангда, ёпишқоқлиги юқори, ўртача тиниқлик, ҳажми 10-70мл. ПВУС этиологияда СС ранги қизил, қон бўлганлиги сабабли, гўштли ювинди, ҳажми яллиғланишга боғлиқ ҳолда 30-150 млни ташкил этади

У юқори ҳарорат ва кислотали шароитда 2-тиобарбитур кислота билан 532 нм максимал ютилиш спектрига эга рангли триметин комплексини ҳосил қилади. Центрифуга пробиркасига солинган 2,5 мл цитратланган қонга 2,5 мл 10% УХСК эритмаси солиб, шиша таёқча ёрдамида аралаштирилди. Намуналар 3000 ай/мин да 15 минут давомида центрифугаланди. Чўкма усти суюқлигидан 3 мл олиб, тоза центрифуга пробиркасига солинди ва 2- тиобарбитур кислотанинг 0,8% ли эритмаси 1,5 мл қўшилди, аралаштирилди. Намуналар қайноқ сув ҳаммомига 15 минутга жойлаштирилди. Реакция натижасида пушти ранг ҳосил бўлди. Намуналар сув ҳаммомидан олиниб, водопровод суви оқимида совутилди. Совутилгандан сўнг, пробиркалар 3000 ай/мин да 15 дақиқа давомида центрифугаланди.

Хулоса. Тажрибалар билан бир вақтда таркибида 2,5 мл 10% ТХК, 1,5 мл 2-тиобарбитур

кислотанинг 0,8% ли эритмаси бўлган назорат намуналари ҳам қўйилди. Олинган чўкмани чайқатмасдан, эҳтиётлик билан кимёвий пробиркага солинди ва назорат намунага нисбатин 532 нм да тажриба намуналарининг оптик зичлиги ўлчанди.

Адабиётлар.

1.Тошев Ф.Н. Магнитно-резонансная томография: Методы количественной оценки состояния суставного хряща у больных остеоартрозом // The Journal of Humanities and Natural Sciences V.1. №2 (07), 2023.-С.100.

2. Toshev F.N., Irismetov M.E. Analytical Indicators of Complex Treatment Methods for Arthrosis of The Rnee Joint // Journal of Advanced Zoology V.45. № 1. 2024.pp. 183-192.

3.Ирисметов М.И., Тошев Ф.Н., Ходжанов И.Ю. Магнитно-резонансная томография: Методы количественной оценки состояния суставного хряща у больных остеоартрозом // Травматология, Ортопедия и Реабилитация №1. 2024. – С.123.

4. Toshev F.N., Turaeva F.A. Use of Autological Plate-Rich Plasma in Treatment of Gonarthrosis // Scholastico-2021 International Consortium on Academic Trends of Education and Science ISBN/978-1-913482-69-5 April 3rd-4th, 2021.pp.67.

5. Toshev F.N., Turaeva F.A. Plate-Rich Plasma in Treatment Posttraumatic Knee Chondropathy // EuroScience: International Conference on Social and Humanitarian Research ISBN: 978-3-96492-234-2 April 25Th-26th, 2021.pp.70.

6.Тошев Ф.Н., Ирисметов М.И. Тизза бўғими артрозини комплекс консерватив даволаш усули //Услубий тавсиянома.2023.18б.

7.Тошев Ф.Н., Нарзуллаев Н.У. Тизза бўғими артрозларини даволаш алгоритми. ЭҲМ дастури. O‘zbekiston respublikasi adliya vazirligi. № DGU 19355.2022.

8. Turaeva F.A. Prevention of Oral Mucosa Disease in Coronavirus Infection International Conference on Social and Humanitarian Research 17-18th September, 2021, Poland ISBN: 978-83-956810-7-3. – P. 61-62.

9. Turaeva F.A. Inflammatory diseases of the oral mucosa coronavirus pathologies Humino congress – Online International Conference Hosted &om Paris, trlancezlft - 22nd, 2021 aug. – P. 82-83.

10.Turaeva F.A. The oral mucosa coronavirus pathologies in children. “Стоматологик касалликлар профилактикаси ва болалар стоматологиясининг долзарб муаммолари 3 ҳалқаро илмий амалий анжумани” материаллари. 2022 йил 19-23 сентябрь. – Б. 117-118.

11. Тураева Ф.А. Воспалительные заболевания ротовой полости у больных с Covid-19 – состояние проблемы на современном этапе // O‘zbekistonda fanlararo innovatsiyalar va ilmiy tadqiqotlar. –Тошкент, 2023. – 2023йил 20 март, 17-сон. – Б. 37-41.

12.Turaeva F.A. Clinical characteristics of patients and methods of investigation of the clinical and pathogenetic structure of dental syndromes in patients infected with covid-19. International Scientific and Practical Conference 2023 New York.USA.P 93-94

13.Turaeva F.A. Features of the immune system indicators in dental diseases in patients with Covid-19 infection. Xalq tabobati va zamonaviy tibbiyot, yangi yondashuvlar va dolzarb tadqiqotlar. Vol.10 2024-02-03 P 21-23

Tukhtaev Ilkhom Turakulovich - Ph.D.
Bukhara State Medical Institute

METHODS OF INSTRUMENTAL AND LABORATORY EXAMINATION OF PARKINSON'S PATIENTS

Abstract. *In particular, the cornerstone of this problem is the systematization of clinical manifestations and results of additional methods of examination of patients of this profile with the allocation of individual topical pathogenetic clusters of balance disorders for the development on their basis of a classification of statodynamic disorders, which would allow unification and standardization of diagnostic, therapeutic and expert approaches in the care of patients with complaints of instability.*

Key words: *Parkinsonism, clinical and laboratory examination methods.*

Тухтаев Илхом Турақулович - Ph.D.
Бухарский государственный медицинский институт

МЕТОДЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО И ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Аннотация. *В частности, краеугольным элементом данной проблемы представляется систематизация клинических проявлений и результатов дополнительных методов обследования пациентов данного профиля с выделением отдельных топикопатогенетических кластеров расстройств равновесия для разработки на их основе классификации статодинамических нарушений, которая позволила бы унифицировать и стандартизировать диагностические, терапевтические и экспертные подходы в курации больных с жалобами на неустойчивость.*

Ключевые слова: *Паркинсонизм, клинические и лабораторные методы обследования.*

Тўхтаев Илхом Тўрақулович - Ph.D.
Бухоро далат тиббиёт институти

ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ИНСТРУМЕНТАЛ ВА ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВИ УСУЛЛАРИ

Аннотация. *Ушбу муаммонинг асоси клиник кўринишларни ва ушбу профилдаги беморларни текширишнинг қўшимча усуллари натижаларини тизимлаштириш бўлиб, улар асосида статодинамик бузилишлар таснифини ишлаб чиқиш учун мувозанат бузилишларининг алоҳида топикопатогенетик кластерларини аниқлаш билан амалга оширилади. Диагностик, терапевтик касалликларни бирлаштириш ва стандартлаштиришга имкон беради ва беқарорлик шикояти бўлган беморларни даволашда эксперт ёндашувлари.*

Калит сўзлар: *Паркинсонизм, клиник ва лаборатория текширув усуллари.*

Relevance. It is this category of patients that will be addressed in the present work due to the difficulty of differentiating these life-threatening conditions from benign peripheral vestibulopathies. In the population study by Kerber et al. (2006), ACE and CM was verified in 3.2% of patients admitted to the emergency department with complaints of acute dizziness and unsteadiness. Recently, there have been repeated attempts to develop clinical protocols for the differential diagnosis of acute episodes of dizziness and unsteadiness at the "patient's bedside" [2.4.6.8].

Thus, a significant relationship was demonstrated between recurrent attacks of dizziness, double vision, age over 50 years and (stroke and CM [7.9]. However, most of these studies were retrospective and therefore characterized by a low degree of evidence. At the same time, the results of some other studies are of certain practical interest. The study by Cnyrim C. et al. (2008) included patients with complaints of rotational vertigo, balance disorders and horizontal-rotatory nystagmus without auditory disorders, brainstem or cerebellar disorders [10.12.14].

The specificity and sensitivity of the battery of tests for verification of stroke and HM were 92% in the case where all 5 tests indicated the central nature of statodynamic disorders. Another algorithm for differential diagnosis between central and peripheral dizziness is the HINTS (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew) test battery [11.15]. The authors who proposed it stated that the absence of a corrective saccade when performing the Halmagyi test (another name is the head impulse movement test (HIMT)) is the main point in the differential diagnosis of (ACE and HM, and the battery of tests itself is a

more specific way to confirm stroke compared to MRI of the head performed early after the onset of an attack of dizziness and instability. Subsequently, Newman-Toker D. et al. added a fourth diagnostic test: hearing assessment - this is how an improved algorithm appeared - HINTS plus. The authors proved that acute hearing loss on the side of a positive HIM in patients with an acute attack of dizziness and instability indicates a vascular genesis of the disease [10.12]. It should be noted that when using CT of the head in patients with an acute attack of dizziness, the probability of a false negative conclusion is very high, since computed tomography has low sensitivity for detecting (ACE and HM in the vertebrobasilar basin [11.15].

In addition, according to Newman-Toker DE et al. (2016), when performing MRI of the head of a patient with isolated central vertigo in DWI mode, the probability of a false negative result in the first 24 hours is 15-25%, and labyrinthine infarction is not verified at all. Therefore, the analysis of the results of a clinical examination of a patient with an acute attack of dizziness and instability is a complex task and often requires the participation of related specialists, as well as neuroimaging studies to make a decision on the final diagnosis [12.14.15].

Treatment of patients with dizziness and instability due to stroke and chronic myocardial infarction is no different from that carried out for any other type of stroke and is carried out in accordance with current clinical guidelines. Vestibular migraine (VM) is the most common cause of spontaneous recurrent dizziness. About 80% of patients with VM seek medical attention for dizziness, but the correct diagnosis is made in less than 20% of them. According to the hypothesis proposed by FM Cutler and RW Baloh in 1992, VM accompanied by a headache attack is considered a migraine aura caused by spreading depression across the cerebral cortex in the direction from the primary focus [1.3.5.7.9.11.13].

Otoneurological examination of patients included videonystagmography using a rotating chair and a videooculography mask (Interacoustics, Denmark). The protocol for videonystagmography included the following tests:

1. Study of nystagmus – the presence of spontaneous/inducible nystagmus and the average value of the speed of the slow component of nystagmus were analyzed.

2. Study of smooth tracking in different planes – the ratio of the target movement speed to the eye movement speed (gain factor), the speed of the slow phase, and the lateral difference were studied.

3. Saccade study – latency, speed, amplitude, percentage of accuracy, duration of saccadic movements were assessed. Saccade dysmetria was classified in the vertical and horizontal planes as hypometria and hypermetria.

4. Bithermal caloric test – analysis of labyrinthine asymmetry, degree of directional dominance, measurement of maximum speed of the slow component of nystagmus at the moment of culmination were performed.

Based on the obtained data, the test results were assessed as normal and pathological (hypofunction (bilaterally, homolaterally), hypersensitivity). The obtained values were compared with the norm (average values previously recorded on 30 healthy volunteers aged 22-35 years (28.1±3.3 years). If necessary, laboratory tests were performed (general blood test, erythrocyte sedimentation rate, glucose, vitamin B12, and folic acid levels), tone threshold audiometry, impedancemetry, electrocochleography, and ultrasound duplex scanning of the brachiocephalic arteries. Polyneuritic syndrome was diagnosed clinically (absence of Achilles reflexes, pain and tactile hypoesthesia in the distal lower extremities and/or decreased vibration sensitivity to less than 4/8 divisions of a graduated Rydel-Seiffer tuning fork 128 Hz on both feet) and verified in a number of patients (7/1.2%) using electroneuromyography [25]. To assess the activity of synaptogenesis. The level of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in blood plasma was assessed in the brain. The values of BDNF in blood plasma were compared with the standard values reflecting the intensity of peptide synthesis: 0-15 pc/ml – low, 15-30 pc/ml – average, >30 pc/ml – high concentration.

To clarify the diagnosis, 218/37.9% of patients underwent neuroimaging examination - MRI and/or CT. The study used a Philips Intera magnetic resonance tomograph (manufactured by Philips, Belgium) with a magnetic field induction strength of 1.5 T, a gradient of 30 mT/m, Scan tools software, and a Somatom Emotion spiral computed tomograph (manufactured by Siemens, Germany). MRI of the brain included a standard MR examination, as well as T1 gradient echo (MP-Rage) protocols for MR morphometry (repetition time/echo time/inversion time = 2400 ms/3.63 ms/1200 ms, deflection angle = 8°, field of view = 256 mm, 160 slices, voxel size 1x1x1 mm3). All studies were performed on the same MRI scanner. Subsequently, post-processing of MRI data was performed using the FreeSurfer software package. The thickness of the cerebral cortex, brainstem, and cerebellum was studied using this program. The obtained data were analyzed in comparison with the results recorded in a group of healthy individuals (19 people). The study followed the generally accepted scheme of post-processing of voxel images [129], including the following stages:

1. registration and spatial normalization of brain matter;

2. segmentation of white and gray matter;

3. reconstruction of neuronal structures of the brain and obtaining quantitative indicators;

The final diagnosis for patients was established based on the analysis of complaints, disease history, results of clinical, laboratory and instrumental examination. The most common and accepted diagnostic criteria in modern recommendations were used.

Literature.

1. Адаменко, Р. Бетасерк в лечении больных, перенесших инсульт / Р. Адаменко, Ю. Головченко, Т. Рябиченко // Врач. – 2003. – № 11. – С.60.

2. Баранцевич, Е.Р. Современные возможности организации реабилитации пациентов после инсульта / Е.Р. Баранцевич, В.В. Ковальчук, Д.А. Овчинников, Ю.В. Стурова // Артериальная гипертензия. – 2015. – №2 (21) – С. 206-217.

3. Благовещенская, Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы / 9. Гайдар, Б.В. Закрытая и открытая травмы черепа и головного мозга / Б.В. Гайдар, В.Е. Парфенов, В.П. Савенков, Ю.А. Щербук. – СПб, 1996. – 59 с.

4. Гайдар, Б.В. Закрытая черепно-мозговая травма / Б.В. Гайдар, В.Е. Парфенов, Ю.А. Щербук [и др.] // Практическая нейрохирургия: руководство для врачей/ под ред. Б.В. Гайдара. – СПб.: Гиппократ, 2002. – С. 66-106.

5. Емельянов, А.Ю. Травматическая энцефалопатия: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.00.13 / Емельянов Александр Юрьевич. – СПб., 2000. – 42 с. 13. Емелин, А.Ю. Когнитивные нарушения при цереброваскулярной болезни (патогенез, клиника, дифференциальная диагностика): автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.00.11 / Емелин Андрей Юрьевич. – СПб., 2010. – 37 с.

6. Живолупов, С.А. Современная концепция нейропластичности / С.А. Живолупов, И.Н. Самарцев, Ф.А. Сыроежкин // Журн. неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2013. – №113 (10). – С. 102-108.

7. Зайцева, О.В. Болезнь Меньера: клинико-диагностические критерии, лечебная тактика / О.В. Зайцева // Лечащий врач. – 2013.–№ 9. – С. 10.

8. Исакова, Е.В., Романова М.В., Котов С.В. Дифференциальная диагностика симптома «головокружения» у больных с церебральным инсультом / Е.В. Исакова, М.В. Романова, С.В. Котов // Русский медицинский журнал. – 2014. – Т. 22. № 16. – С. 1200-1205.

9. Камчатнов, П.Р. Хронические цереброваскулярные заболевания: возможности терапии / П.Р. Камчатнов, А.В. Чугунов, З.Х. Осмаева, Д.П. Минаев // Consilium Medicum. – 2019. – Т. 21. № 2. – С. 102-107.

10. Левин, О.С. Нарушения ходьбы: механизмы, классификация, принципы диагностики и лечения. В кн.: Экстрапирамидные расстройства / Под ред. В.Н. Штока и др. // М.: Мед-пресс-информ. – 2002. – С. 473-494.

11. Tuxtayev, I. T. "Treatment in ischemic stroke in neurological changes acupuncture." Вестник Казахского Национального медицинского университета 4 (2021): 268-271.

12. Tuxtayev, I. T. (2021). Treatment in ischemic stroke in neurological changes acupuncture. Вестник Казахского Национального медицинского университета, (4), 268-271

13. To'xtaev, I. T. "Determination of the Effect of Acupuncture on Cerebral Blood Flow in Patients with Ischemic Type Tserebrovascular Diseases." International Journal of Health Systems and Medical Sciences 1.4 (2022): 140-145.

14. To'xtaev, I. T. (2022). Determination of the Effect of Acupuncture on Cerebral Blood Flow in Patients with Ischemic Type Tserebrovascular Diseases. International Journal of Health Systems and Medical Sciences, 1(4), 140-145

15. Тухтаев И.Т. «Определение влияния иглорефлексотерапии на мозговой кровоток у больных с цереброваскулярными заболеваниями ишемического типа». Международный журнал систем здравоохранения и медицинских наук 1.4 (2022 г.): 140-145.

Астанов Отабек Миржонович - Ph.D., доцент
Бухоро тиббиёт институти

РУҲИЙ КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ПАРОДОНТ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ КЛИНИК-БИОКИМЁВИЙ АЛОҚАЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ ВА ОҒИЗ СУЮҚЛИГИ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Долзарблиги. *Руҳий касаллиги мавжуд беморларни стоматологик ташҳислаш, профилактика қилиш ва даволаш бир қанча қийинчиликларга сабаб бўлади. Чунки руҳий касаллиги мавжуд беморлар билан мулоқот қилиш ва улардаги стоматологик касалликларини даволашни амалга ошириш ҳақида тушунтириш ишларини қабул қилиши қийин бўлади. Шунинг учун уларда тиш қаттиқ тўқимаси касалликлари, пародонт касалликлари тарқалиши ва бунинг оқибатида тишларнинг йўқотилиши жуда кўп ҳолларда кузатилади. Бугунги кунда руҳий касаллиги мавжуд беморларга стоматологик ёрдам кўрсатиш долзарб муаммолардан бири бўлиб келмоқда.*

Калит сўзлар: *шизофрения, эпилепсия, олигофрения, КПО индекси.*

Астанов Отабек Миржонович - к.м.н., доцент
Бухарский медицинский институт

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕМОРАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ С ПОЛОСТЬЮ РТА

Аннотация. *Стоматологическая диагностика, профилактика и лечение больных психическими заболеваниями вызывает ряд трудностей. Потому что им будет сложно общаться с больными психическими заболеваниями и принимать разъяснительную работу по лечению их стоматологических заболеваний. Поэтому у них много случаев заболеваний твердых тканей зубов, заболеваний пародонта и, как следствие, потери зубов. На сегодняшний день оказание стоматологической помощи пациентам с психическими заболеваниями является одной из актуальных проблем.*

Ключевые слова: *шизофрения, эпилепсия, олигофрения, индекс КПО.*

Astanov Otabek Mirjonovich - Ph.D., associate professor
Bukhara Medical Institute

CLINICAL AND BIOCHEMICAL INDICES OF PERIODONTAL DISEASES IN DEMORALIZED PATIENTS WITH ORAL CAVITY

Relevance. *Dental diagnostics, prevention and treatment of patients with mental illnesses cause a number of difficulties. Because it will be difficult for them to communicate with patients with mental illnesses and accept explanatory work on the treatment of their dental diseases. Therefore, they have many cases of diseases of hard dental tissues, periodontal diseases and, as a result, tooth loss. Today, providing dental care to patients with mental illnesses is one of the pressing problems.*

Key words: *schizophrenia, epilepsy, mental retardation, other forms of index KFR.*

Долзарблиги. Бугунги кунда руҳий касаллиги мавжуд беморларнинг оғиз бўшлиғи хусусан пародонт тўқимасидаги патологик ўзгаришлар, уларнинг гигиена қоидаларига риоя қилмаслиги, руҳий касаллигини даволаш учун қўлланиладиган дори воситаларининг таъсири натижасида юзага келади. Ушбу дори воситалар нафақат пародонт тўқимасига, балки тиш қаттиқ тўқималари касалликларининг келиб чиқишига, оғиз бўшлиғи шиллиқ қават касалликлари ва оғиз суюқлиги кўрсаткичларига ҳам ўз таъсирини кўрсатади. Бу эса руҳий касаллиги мавжуд беморлар стоматологик касалликларнинг тез кечишига ва даволашда бир қанча муаммоларга сабаб бўлади. Шунинг учун руҳий касаллиги мавжуд беморларни пародонт тўқималарининг клиник-биокимёвий алоқаларининг ўзига хослиги ва оғиз суюқлиги кўрсаткичларини аниқлаб шуннга кўра профилактика ва даво чораларини қўллашга кўрсатма бўла олади. [1,3,5,7].

Тадқиқот мақсади. Стоматология амалиётида руҳий касаллиги мавжуд беморларни психиатр мутахассиси билан биргаликда уларнинг оғиз бўшлиғи гигиенасига амал қилишларини ва бу билан тишлар ҳамда пародонт тўқималарининг касалликларини олдини олиш бўйича тавсиялар бериб, бу орқали стоматологик касалликлар асоратини олдини олишдан иборат [2,4,6].

Тадқиқот материали ва усуллари. Руҳий касаллиги мавжуд беморлар яъни шизофрения(n-85), эпилепсия(n-85), олифрения(n-105), руҳий касалликнинг бошқа кўринишлари(n-135) ва Н/Гларида оғиз суюқлиги ёпишқоқлиги ва pH қиймати аниқланди [8,10,12,14].

1-жадвал.

Тадқиқот натижалари

Беморлар ташҳиси(А/Г).	**Организмнинг ўрганилган жиҳатлари, M ± n % да**	
	Оғиз суюқлигининг ёпишқоқлиги	**сўлак pH**
Шизофрения; А/Г-1 n-85/100%	5,086 ±0,0 6 4	6,9 6 4±0,00 4
Эпилепсия; А/Г-2 n-85/100%	5, 14 6±0,0 98 *	6, 4 50±0,01 2
Олигофрения; А/Г-3 n-105/100%	6,578±0,0 77 *	6,2 5 2 ± 0,01 2 *
Руҳий касалликнинг бошқа кўриниши А/Г-4 n-135/100%	4,2 44 ± 0,0 4 0*	7,0 2 ±0,0 1 7*
А/Г учун жами кузатув n-410/100%	5, 246 ±0,0 4 3	6, 63 8±0,0 22
Н/Г Г n-90	1,9 22 ±0,02 8	7, 4 50±0,0 4

2-жадвал.

Руҳий беморлар оғиз суюқлигининг ёпишқоқлиги ва pH муҳитнинг тавсифи

Беморлар ташҳиси(А/Г).	**Организмнинг ўрганилган жиҳатлари, M ± n % да.**	
	Оғиз суюқлигининг ёпишқоқлиги	**сўлак pH**
Шизофрения; А/Г-1 n-85/100%	5,086 ±0,0 6 4	6,9 6 4±0,00 4
Эпилепсия; А/Г-2 n-85/100%	5, 14 6±0,0 98 *	6, 4 50±0,01 2
Олигофрения; А/Г-3 n-105/100%	6,578±0,0 77 *	6,2 5 2 ± 0,01 2 *
Руҳий касалликнинг бошқа кўриниши А/Г-4 n-135/100%	4,2 44 ± 0,0 4 0*	7,0 2 ±0,0 1 7*
А/Г учун жами кузатув n-410/100%	5, 246 ±0,0 4 3	6, 63 8±0,0 22
Н/Г Г n-90	1,9 22 ±0,02 8	7, 4 50±0,0 4

Руҳий касалликнинг ваҳимали шакли бўлган беморларнинг стоматологик кўрик жараёнида шизофрения касаллиги билан касалланган беморларда КПО индекси бўйича олинган тишлар сони кўпроқ кузатилганлигини кузатишимиз мумкин. Эпилепсия касаллигида КПО индекси бўйича кариес юқори кўрсаткични кўрсатди. Олигофрения касаллигида ҳам КПО индекси бўйича олинган тишлар сони юқори кўрсаткични кўрсатди. Руҳий касалликнинг бошқа кўринишларида КПО индекси бўйича олинган тишлар сони юқори кўрсаткични кўрсатди. Н/Гда эса КПО индекси бўйича пломбалар сони юқори кўрсаткични кўрсатди. ГИ параметрлари қийматлари ва тиш ва пародонт тўқималарнинг қаттиқ тўқималарига зарар етказиш интенсивлиги ўртасида коррелятция таҳлили ўтказилди.

Биринчи гуруҳ олинган натижалар бўйича ОС, оғиз бўшлиғида ГИ ва тишлар қаттиқ тўқимаси ва пародонт тўқималари шикастланиши интенсивлиги қийматлари ўртасида корреляцион таҳлил ўтказилди.

Текширилганларнинг биринчи гуруҳида ОС ёпишқоқлиги ва кариес интенсивлиги қийматлари ўртасида ўртача корреляцион боғлиқлик кузатилади (p=0,57). Бу КПО индекси компонентларига ҳам тегишли, А/Г беморларида кариоз ва олиб ташланган тишлар сони ҳамда ОС ёпишқоқлиги кўрсаткичлари ўртасида ўртача корреляцион боғлиқлик мавжудлиги аниқланди (мос равишда p=0,51 ва p=0,56), бу вақтда пломбаланган тишлар сони билан суст корреляцион боғлиқлик кузатилди (p=0,37).

3-жадвал.

Беморлар ташҳиси(А/Г).	**Ўрганилаётган организмнинг жиҳатлари, M ± n % да.**	
	Оғиз суюқлигининг ёпишқоқлиги	**сўлак pH**
Шизофрения; n-40	5,146±0,07 4	6,124±0,006
Эпилепсия; n-28	5,847±0,068*	5,852±0,022
Олигофрения; n-32	7,438±0,047*	5,672±0,042*
Руҳий касалликнинг бошқа кўриниши n-25	4,964±0,062*	6,42±0,002*
Жами кузатув n-125	5,546±0,022	6,044±0,024
Н/Г n-5	1,922±0,028	7,450±0,04

1- ва 3-гуруҳ беморларида сўлакда pH қиймати ва кариес интенсивлиги ўртасида кучли корреляцион боғлиқлик аниқланди (p=0,62). Шундай қилиб, кариоз тишлар сони ва сўлакда pH қиймати ўртасида текширилган беморларнинг 3-гуруҳида ташқари ўртача корреляцион боғлиқлик аниқланади (p=0,56), олиб ташланган тишлар учун эса ушбу кўрсаткич юқори даражага етади (p=0,61). Пломбаланган тишлар учун ушбу кўрсаткич ҳамда сўлакда pH қиймати ўртасида суст корреляцион боғлиқлик кузатилади (p=0,24).

1- ва 3-гуруҳ беморларида оғиз бўшлиғида ГИ самарадорлиги индекси ва кариес интенсивлиги ўртасида боғлиқлик ўрганилганда, биз ушбу кўрсаткичлар ўртасида ўртача корреляцион боғлиқликни аниқладик (p=0,54). Суст корреляцион боғлиқлик 4-гуруҳда текширилган беморларда пломбаланган тишлар сони ва оғиз бўшлиғида ГИ самарадорлиги индекси ўртасида кузатилди (p=0,21). Кариоз ва олиб ташланган тишлар учун ўртача корреляцион боғлиқлик белгиланди (мос равишда p=0,58 ва p=0,42).

4-жадвал.

Руҳий касалликнинг ваҳимали шакли бўлган беморларда тишлар қаттиқ тўқимаси ва тиш қаторларининг ҳолати

Беморлар ташҳиси(А/Г).	**Беморларнинг тиш кариесининг интенсивлиги бўйича тадқиқот гуруҳлари, M ± n % да.**			
	КПО	**К**	**П**	**О**
Шизофрения; n-40	23,4 2 ± i0,65	9,8 ± 0,6 5 *	3,2 ± 0,86 *	10,4 ± 1,02 *
Эпилепсия; n-28	2 2,98 ± 0,44 *	9,9 ± 0,34 *	3,68 ± 0,22 *	9,4 ± 0,18 *
Олигофрения; n-32	21,32 ± 0,42 *	8,98 ± 0,65 *	3,48 ± 0,48 *	9,02 ± 0,22 *
Руҳий касалликнинг бошқа кўринишин n-25	1 9,42 ± 0,58 *	4,89 ± 0,2 5 *	5,92 ± 0,24	8,7 ± 0,6 8 *
Жами кузатув. n-125	21,75 ± 0,48 *	8,35 ± 0,26 *	4,2 ± 0,24	9,4 ± 0,38 *
Н/Г n-5	1 1, 4 4±0, 62	1,64 ± 0,1 6	8, 42 ±0,3 4	1,02 ±0,3 2

Руҳий беморларнинг гигиена қоидаларига риоя қилмаслиги ва турли хил психотроп дори воситаларини истеъмол қилишлари оқибатида оғриқ сезгисининг пастлиги оқибатида тишлар тож қисми тўлиқ йўқотилганлиги ёки тишларнинг олинганлигини кузатишимиз мумкин. Шунинг учун ушбу беморларимиз протезлашга мухтож ҳисобланади. Назорат гуруҳида ОС ёпишқоқлиги қиймати (1,922±0,028 Сп) руҳий касаллар гуруҳига қараганда ишончли (p<0,05) паст бўлди. бунда руҳий касалликда сўлак pH муҳити аҳамиятли ўзгаришларга учради.

А/Г текширилувчиларида пародонт тўқималарининг шикастланиш интенсивлиги ОС ёпишқоқлиги қиймати ва ОБ гигиена индекси билан юқори корреляцион боғлиқликка эга (мос равишда p=0,61 ва p=0,67), сўлакда pH қиймати билан суст корреляцион боғлиқлик аниқланди (p=0,25).

3-гуруҳда ОС ёпишқоқлиги қиймати ва ка-

риес интенсивлиги ўртасида кучли корреляцион боғлиқлик қайд этилди (p=0,61). ОС ёпишқоқлиги билан карес ва олиб ташланган тишлар сони ўртасида кучли корреляцион боғлиқлик (мос равишда p=0,62 ва p=0,61), шунигдек пломбаланган тишлар сони ўртасида суст корреляцион боғлиқлик кузатилади. (p=0,42)

Иккинчи гуруҳ беморларида сўлакда pH қиймати ва кариес интенсивлиги ўртасида суст корреляцион боғлиқлик аниқланди (p=0,17). Бу кариес, пломбаланган ва олиб ташланган тишлар сонига нисбатан ҳам адолатли (мос равишда p=0,21, p=0,11 ва p=0,15).



1-расм. **Бемор 42 ёшда. Оғиз бўшлиғидаги кислоталик муҳитининг юқори кўрсаткич белгилари.**

Иккинчи гуруҳ беморларида сўлакда pH қиймати ва кариес интенсивлиги ўртасида суст корреляцион боғлиқлик аниқланди (p=0,17). Бу кариес, пломбаланган ва олиб ташланган тишлар сонига нисбатан ҳам адолатли (мос равишда p=0,21, p=0,11 ва p=0,15).

Текширилган беморларнинг биринчи гуруҳида пародонт тўқималари шикастланишининг интенсивлиги оғиз суюқлиги ёпишқоқлиги қиймати ҳамда оғиз бўшлиғида гигиена самарадорлиги индекси билан юқори корреляцион боғлиқликка эга (мос равишда p=0,61 ва p=0,67), сўлакда pH қиймати билан суст корреляцион боғлиқлик аниқланган (p=0,25). 1, 2, 3-гуруҳларда ОС ёпишқоқлиги қиймати ҳамда кариес интенсивлиги ўртасида кучли корреляцион боғлиқлик қайд этилади (p=0,61). ОС ёпишқоқлиги қиймати ва кариес ва олиб ташланган тишлар сони билан кучли корреляцион боғлиқлик (мос равишда p=0,62 ва p=0,61), шунингдек пломбаланган тишлар сони билан суст корреляцион боғлиқлик кузатилади (p=0,42).

Н/Г да ОС ёпишқоқлиги қиймати ва кариес интенсивлиги ўртасида суст корреляцион боғлиқлик қайд этилади (p=0,20). Бу КПО индексининг барча компонентларига ҳам тегишли, шунда кариес, пломбаланган ва олиб ташланган тишлар учун шунингдек суст корреляцион боғлиқлик аниқланган (мос равишда p=0,21, p=0,14 ва p=0,19). Шунингдек ОБ да гигиена самарадорлиги индекси ва кариес интенсивлиги ўртасида ўртача корреляцион боғлиқлик аниқланди (p=0,57). Шундай қилиб кариес ва олиб ташланган тишлар сони билан ўртача корреляцион боғлиқлик кузатилади (мос равишда p=0,59 ва p=0,56), пломбаланган тишлар учун эса суст корреляцион боғлиқлик аниқланди (p=0,24).

Хулоса. Шизофрения, эпилепсия, олигофрения, руҳий касалликнинг бошқа кўринишлари ва назоарт гурухларидаги беморларда пародонт тўқималарининг клиник-биокимёвий ўзгаришлар ва оғиз суюқлиги кўрсаткичлари ҳар бир гуруҳ учун ўзига хос хусусиятга эга эканлигини намоён қилди ва бу эса ҳар бир гуруҳдаги касалликларга алоҳида ёндашишни намоён қилди.

Адабиётлар.

1.Определение микробиологической обсемененности и проницаемости медицинских перчаток на стоматологическом приеме РКН Рузуддинов Н.С., Гаффоров С.А., Алтынбеков К.Д. STOMATOLOGIYA 3 (87-88), 5-9

2. Astanov O.M. TMJ dysfunction a fairly common pathology // Actual problems of children's dentistry scientific practical conference. International Engineering Journal for Research & Development. India 2020. P.8-9. https://scholar.google.com/scholar?cluster=4082055280504568255&hl=en&oi=scholar

3. Astanov O.M., Gaffarov S.A. Chak-statistical analysis of dental examinations of activity disorders in the lower jaw // World Bulletin of Social Sciences. – 2021. Vol. 3. P. 129-132. (Impact factor = 7,545)

4. Astanov O. M., Gafforov S. A. Diagnosis and Treatment of Patients with Maxillary-Mandibular Joint Dysfunction without Pathology of Inflammatory-Dystrophic Origin // Annals of the Romanian Society for Cell Biology. 2021; 25(1): P. 5721-5737. (Scopus Q2) http://annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/download/733/620

5. Rabiyev B.X. Evaluation of three-titch contact Splint Therapy for Temporo - Mandibular Joint Disorders//Amaliy va tibbiyot ilmiy fanlari jurnali – 2023(2)11; p: 81-85. https://scholar.google.com/scholar?oi=bibs&cluster=2531327549827146884&btnI=1&hl=en&authuser=1

6. Astanov O.M. The morphological structure and biomechanics of the temporomandibular system // Novateur Publications Journal NX- A Multidisciplinary Peer Reviewed Journal. – 2021;4230(7): P.184-187.

7. Усовершенствованная методика коррекции десневого края базиса съемных протезов при частичном отсутствии зубов. Н.С. Рузуддинов, С.А Гаффоров, С рузуддинов. Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия Учредители: ООО …

8. Need For Orthopedic Dental Care of Adult Urban Population of The Republic of Kazakhstan (Потребность в ортопедической стоматологической помощи взрослого городского населения Республики Казахстан) N.S. Ruzuddinov, S.A. Gaffarov, S.R. Ruzuddinov Eurasian Medical Research Periodical 1 (1), 13-15

9. Клинико-технологические этапы повышения функциональных свойств частично съемных протезов// Ш.М.К Рузуддинов Н.С., Гаффоров С.А., Рузуддинов С. //STOMATOLOGIYA// 3 (87-88), 35-38

10. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине//Учеб.пособие. - М.: ЛПА «Кафедра-М» - 1998; стр. 272.

11. Rabiyev B.X. Morphological and biomechanic structure of the temporomandibular system//Journal of Healthcare and Life-Science Research – 2023(2)11. page: 47-50. https://scholar.google.com/scholar?oi=bibs&cluster=10546759581496929548&btnI=1&hl=en&authuser=1

12. Аксалит Л.А. Значение зубного налета в возникновении пришеечного кариеса. // Стоматология — 1978- Т. 57 №5 с. 26

13. Gaffarov S.A., Astanov O.M. Clinical features of diagnostics and their defenses in patients with dysfunction of the high-mandibular joint without pathology, inflammatory-dystrophic origin// Middle European Scientific Bulletin. Czechia – 2020(4). page:14-20. https://scholar.google.com/scholar?cluster=4504057287182894 30&hl=en&oi=scholarr

14. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — Ростов-на-Дону: изд-во «Феникс», 1997; стр. 576.

15. Александровский Ю.А. Энциклопедия психиатрии. — РЛС.,2003; стр:215.

Эронов Ёқуб Қуватович – Ph.D., доцент
Бухоро давлат тиббиёт институти

ИМКОНИЯТИ ЧЕКЛАНГАН БОЛАЛАРДА ПАРОДОНТИТЛАРНИ САМАРАЛИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Аннотация. *Ушбу мақолада имконияти чекланган болаларда пародонт тўқималари шикастланишининг кенг тарқалганлиги ва жадаллашуви стоматологияда мураккаб муаммони намоён қилади. Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларининг юқори даражаси, касалликнинг тишларнинг йўқотилиши ва ҳаёт сифатининг пасайишига олиб келувчи давомийлиги ва оғирлиги бу муаммони тиббиёт доирасидан чиқариб, муаммога муҳим ижтимоий аҳамият қаратиш имконини беради.*

Калит сўзлар*: имконияти чекланган болалар, пародонт касалликларининг тарқалиши, экзоген ва эндоген омиллар.*

Эронов Ёкуб Куватович – Ph.D., доцент
Бухарский государственный медицинский институт

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Аннотация: *распространенность и ускорение повреждения тканей пародонта у детей с ограниченными возможностями в данной статье представляет собой сложную проблему в стоматологии. Высокий уровень заболеваний пародонта у детей с ограниченными возможностями, длительность и тяжесть течения заболевания, приводящего к потере зубов и снижению качества жизни, позволяют вывести эту проблему из медицинской сферы и придать ей важное социальное значение.*

Ключевые слова*: дети с ограниченными возможностями, распространенность заболеваний пародонта, экзогенные и эндогенные факторы.*

Eronov Yokub Kuvatovich – Ph.D., associate professor
Bukhara State Medical Institute

EFFECTIVE METHODS OF TREATMENT OF PERIODONTITIS IN CHILDREN WITH DISABILITIES

Abstract: *the prevalence and acceleration of periodontal tissue damage in children with disabilities in this article is a complex problem in dentistry. The high level of periodontal diseases in children with disabilities, the duration and severity of the disease, which leads to tooth loss and a decrease in quality of life, make it possible to remove this problem from the medical field and give it important social significance.*

Keywords: *children with disabilities, the prevalence of periodontal diseases, exogenous and endogenous factors*.

Тадқиқотнинг долзарблиги. Сўнгги йиллардаги эпидемиологик тадқиқотларда аксарият нашрларда барча ёш гуруҳлари ва турли хил соғлиқни сақлаш гуруҳларидаги болалар орасида пародонт касалликларнинг юқори даражада тарқалиши қайд этилган. Бироқ, умумий соматик патологиянинг, шу жумладан имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларининг тарқалиши ва интенсивлигининг ошишига экзоген ва эндоген омилларнинг тобора ривожланиб бориши касаллик клиник белгиларининг кучайишига олиб келади. Имконияти чекланган болаларда орасида пародонт касалликларини тарқалишини ўрганиш, эрта ташҳислаш ва самарали даволаш ҳамда олдини олиш бўйича профилактик дастурларни ишлаб чиқиш ечими кутаётган долзарб муаммоларда бири бўлиб қолмоқда.

Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларининг ташхис ва даволаш яхшиланганига қарамай, яллиғланишли пародонт касалликлар кўпинча кеч босқичларда ташхисланади ва бу патологияда барқарор ўсиш тенденцияси мавжуд.

Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликлари кенг тарқалган касалликлардан бири сифатида уни даволаш, профилактика усулларини такомиллаштириш ҳамон долзарблигини йўқотмаган. Ушбу патологияларнинг имконияти чекланган болалар орасида тарқалиши жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра имконияти чекланган болалар орасида пародонт яллиғланиш касалликларининг тарқалиш кўрсаткичи соғлом болаларга нисбатан 76% ортиқ даражани ташкил этмоқда. Имконияти чекланган болаларда сурункали яллиғланиш касалликларининг жадаллашувига паро-

донт тўқималарида яллиғланиш жараёнларини узоқ вақт давомида чақирувчи ва қўллаб-қувватловчи маҳаллий ва умумий характердаги турли омиллар сабабчи бўлади. Имконияти чекланган болаларда пародонтда яллиғланиш касалликларининг кенг тарқалганлиги, ривожланиш ва асоратларга мойиллиги ва етарли даражада бўлмаган даволаш ва профилактика чоралари бу муаммонинг замонавий стоматологиядаги аҳамиятини аниқлаб беради.

Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларининг ривожланишига сабаб бўлган асосий этиологик омиллар: патоген бактериялар ва уларнинг токсинлари, шунингдек, оғиз бўшлиғида маҳаллийлаштирилган маҳаллий ва тизимли омиллар шулар жумласидандир. Микрофлора пародонт эпителия ва бириктирувчи тўқималарига фаол равишда кириб боради, экзо - ва эндотоксинлар, ферментларнинг ҳужайра ичидаги ҳужумини келтириб чиқаради, уларнинг ҳаракати ҳужайралараро матрицани йўқ қилишга қаратилган. Буларнинг барчаси пародонт тўқимасининг антиоксидант ҳимоя тизимининг функционал фаоллигининг пасайиши фонида эркин радикал оксидланиш интенсивлигининг сезиларли даражада маҳаллий ўсиши билан бирга келиши кузатилади.

Бундан ташқари, пародонт касалликларининг тарқалиши болалар ёш даврлари билан боғлиқ хусусиятларга эга. Кўпинча пародонтитларнинг патогенези болалардаги пародонт касалликнинг анатомик ва физиологик хусусиятлари билан чамбарчас боғлиқ бўлган текширув пайтида аниқланади, чунки болаликдаги пародонт тўқималар функционал ва морфологик жиҳатдан номукаммал, доимий ривожланиб ва тикланади, уларнинг таъсирига жавоб пародонт касалликларни келтириб чиқарадиган этиологик омилларнинг аксарияти етишмовчилик билан тавсифланади ҳамда гиперергиклик юқори бўлади. Бактериялар орқали зарарланишига иммунологик жавоб ҳам хусусиятларга эга. Шу муносабат билан тегишли йўналишлардан бири ўсмирлик давридаги умумий соматик ҳолатга қараб пародонто патология учун замонавий ташҳислаш усулларини ишлаб чиқиш муҳим аҳамиятга эгадир [1.3.5.7.9.11].

Пародонт ҳолатнинг клиникадан олдинги лаборатория диагностикасига, шу жумладан ўз вақтида тузатиш босқичида патологик ўзгаришларнинг қайталанувчи даражаларига алоҳида эътибор қаратиш лозим. Бир қатор илмий манбаларда келтирилишича пародонт касалликлар назорат гуруҳига қараганда имконияти чекланган болаларда етарли даража оғиз бўшлиғи гигиенасига ёмонлиги бу эса пародонт касалликларининг ривожланиши сабабчи омиллардан биридир [2.4.6.8.10].

Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларнинг тарқалиши (асосан сурункали) 88 дан 92% гача ва бошқа тадқиқотларга кўра, имконияти чекланган болаларда (1 ёшдан 17 ёшгача) орасида пародонт касалликларнинг тарқалиши 94,4% гача ошиши илмий адабиётларда келтирилган. Шу билан бир вақтда, баъзи тадқиқотлар ногирон болаларда пародонто патологиялар рейтингни (16,4% дан 54,3%) гача [12.14.16] ўзгаришларини аниқлаган. Шу билан бирга, олигофрения билан оғриган болаларда тез прогрессив ҳалокатли пародонт касалликлар тез-тез учрайди. Қўшма соматик ва оғиз бўшлиғи патологиясида метаболик ҳолатни кузатиш учун оғиз суюқлигидан фойдаланиш клиник биокимё натижалар ҳам муҳимдир. Баъзи тадқиқотлар супероксид дисмутаз (СОД) фаоллигининг ошиши ва умумий пародонтитлар ТБК-фаол маҳсулотлар концентрациясининг ошиши ўрганилган, антиоксидант омиллар таркибининг пасайиши, иммунологик реактивликдаги ўзгаришлар, бу диагностика алгоритмларини ишлаб чиқиш учун асос яратади, шу жумладан аралаш сўлакни биологик субстрат сифатида ишлатиш ҳам мумкин [11.13.15.17.19].

Биз илмий тадқиқот ишларимизда ушбу патологияларни самарали ташҳислаш мақсадида пародонт касалликлари билан касалланган имконияти чекланган болаларни ташҳислашда объектив ва субъектив текширувлар, PMA, ПИ, CPITN индекслари орқали текширувларни олиб боришни мақсадга мувофиқ деб топдик.

Тадқиқотнинг мақсади: Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларни эрта ташҳислаш ва комплекс профилактика усулларини ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқот объекти: Бухоро вилояти 27 – сон махсус мактаб интернатида тарбияланувчи имконияти чекланган 10 – 18 ёшли бўлган 276 нафар бемор болалар олинди.

Амалий қисми:

Имконияти чекланган болаларни объектив, субъектив ҳамда стоматологик текширув усулларидан PMA, ПИ, CPITN индекслари орқали текширувлар ўтказилди. Илмий изланишимизда бемор болаларни 3 гурухга бўлиб ўрганилди.

I гурух - Катарал ва гипертрофик гингивит билан касаланган 10 ёшдан 12 ёшгача бўлган 56 нафар бемор болаларда объектив ва субъектив, PMA, ПИ индекси усулида текширув олиб борилди.

II гурух - Гипертрофик гингивит ва енгил даражадаги пародонтит билан касалланган 12 ёшдан 14 ёшгача бўлган 114 нафар бемор болаларда таҳлил қилинди.

III гурух – Гипертрофик гингивит, енгил ва оғир даражадаги пародонтит 14 ёшдан 18 ёшгача бўлган 106 нафар бемор болаларда объектив ва субъектив, PMA, ПИ, CPITN индекси орқали текширувлар олиб борилди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокама.

Имконияти чекланган пародонт касалликлари мавжуд бемор болаларни ташхислашда пародонт тўқимасидаги патологик ўзгаришлар бўйича мурожаат қилувчи беморларни текшириш жараёни клиник – функционал ва стоматологик текширув кўрсаткичлари индекслари ўз ичига олади.

Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларнинг асосий (клиник) ва қўшимча текширув (параклиник) усуллар орқали текширувлар олиб борилди. Клиник текшириш усуллари – беморни анамнез йиғиш ва кўздан кечириш орқали амалга оширилди. Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларида анамнези йиғиш. Биринчи навбатда, шикоятлар аниқланди: уларнинг характери (нохуш ҳид, милк қонаши, тишларнинг қимирлаши ва бошқалар), жараённинг кечиши (тез, секин, даврий). Касаллик жараёни жадал ривожланган ҳолда кечувчи турида (тишларнинг кучли қимирлаши, тушиб кетиши) беморларни бошқа умумий ва стоматологик белгилар (тана массасининг ўзгариши, тез чанқаш, оғиз қуриши) ва психоневрологик симптомлари ҳам эътиборга олинди.

Беморни кўздан кечириш. Бунга ташқи қиёфа ва оғиз бўшлиғини ҳолати нормал физиологик ҳолати билан патологик ҳолати таққосланди. Беморнинг умумий белгиларига – унинг кайфияти, ўзини тутиши (тез таъсирланиш, хомушлик, камгаплик), тери қопламаларининг ранги, регионар лимфа тугунлари ҳолатига аҳамият берилди. Юзнинг горизонтал, вертикал ва сагиттал юзаларда мутаносиб (пропорционал) лиги аниқланди. Тишлар нисбатининг пасайиши натижасида (тишлар нисбати аномалияси, чайнов тишларининг кучли ишқаланиши ва тиш қатори нуқсонларида) юз пастки 1/3 қисмининг пасайиши кузатилди. Чайнов ва мимика мушакларининг тонуси аниқланди. Оғиз бўшлиғи атрофи мушаклари кўпинча тиш қатори нуқсонлари ва зарарли одатлар таъсирида таранглашиши кузатилди. Тиш қатори ва жипслашув юзаси нуқсонлари антагонист тишларни олиш натижасида юзага келади (Попов - Гадон феномени) ҳолатига ҳам эътибор қаратилди. Маҳаллий ҳолатни аниқлашда беморларимизнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ҳолатини табиий ёруғликда кўрилди [12.14.16.18.20]. Милк шиллиқ қаватининг ҳолатига ҳам алоҳида аҳамият берилади. Бунда милк соҳаси 3 та қисмга бўлиб ўрганилади: тишлараро милк сўрғичлари, милк қирраси ва альвеоляр ўсиқни қоплаган қисмларидаги патологик ҳолатлар ўрганилди.

Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларнинг пародонт тўқимасининг кўздан кечиришда унинг рангига ҳам эътибор бериш лозим ёрқин қизил ранг – ўткир яллиғланишда, кўкимтир ранг эса сурункали яллиғланишда кузатилди. Текширилган беморларда милк қирғоғининг кулранг кўриниш – ярали некротик жараёнлари аниқланди.

Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларнинг патологик ўзгаришлар локал ёки генераллашган турлари тақкосланди. Жағ гумбази юмшоқ тўқимасининг пародонтозоген ҳолатлар: буларга юқори ва пастки лаб юганчалари (калталаниш, нуқсон ҳосил қилиш), оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг бурмалари аниқланди. Пародонт касалликлари билан касалланган имконияти чекланган бемор болаларнинг клиник - функционал ва стоматологик текширув кўрсаткичлари орқали теширилганда ўғил болаларга нисбатан қиз болаларда касалланиш даражаси юқори эканлиги аниқланди. Имконияти чекланган болаларни ёши, жинс бўйича гурухлараро тақсимланиши 1-жадвалда маълумотлари ўз ифодасини топган.

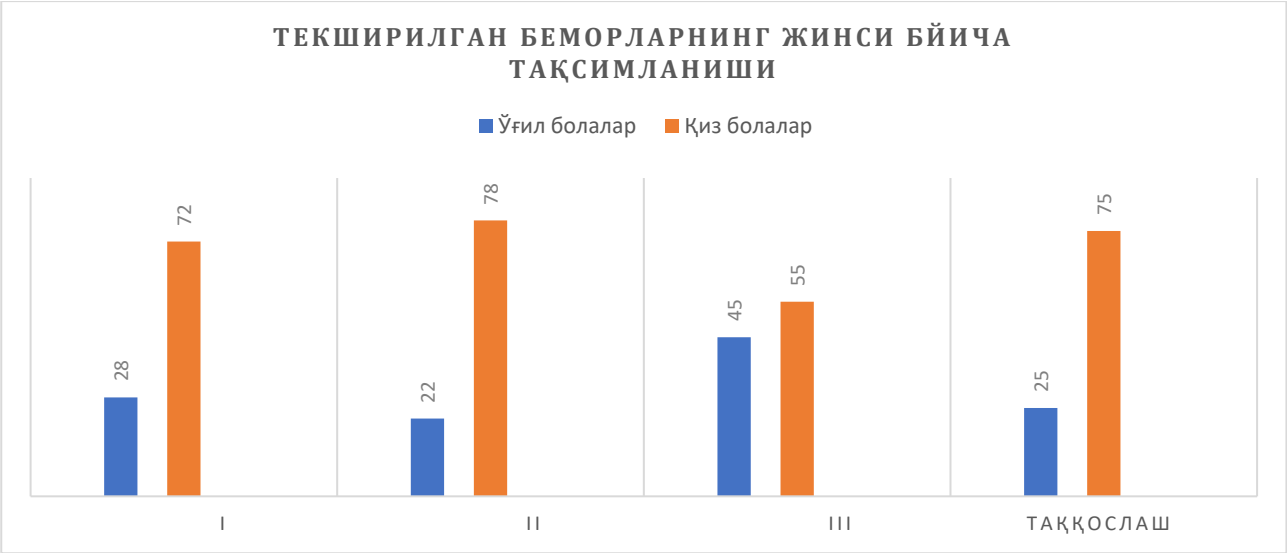
1-жадвал.

Пародонт касалликлари билан касалланган имконияти чекланган бемор болаларни ёши, жинс бўйича гурухлараро тақсимланиши

Гурухлар	Ёши	Ўғил болалар		Қиз болалар		Жами
		сони	%	сони	%	сони
I	10 -12	16	28	40	72	56
II	12 -14	25	22	89	78	114
III	14 - 18	48	45	58	55	106
Таққослаш гурухи	7-18	9	25	25	75	36

Изоҳ: *Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликлари билан касалланиш даражаси ўғил болаларга нисбатан қиз болаларда 40 % юқорилиги аниқланди.*

Имконияти чекланган пародонт касалликлари билан касалланган бемор болаларда I гурух 10-12 ёшли беморларда ўғил болалар 16 нафар 28 % ни, қиз болалар 40 нафар 72 % ни ташкил этди. Текширилган бемор болаларнинг II гурух 12-14 ёшли беморларда ўғил болалар 25 нафар 22 % ни, қиз болалар 89 нафар 78% учраши аниқланди. Ташхисланаётган III гурух беморларида ўғил болалар 48 нафар 45 % ни, қиз болалар 58 нафар 55 %да тақсимланиши ўрганилди.



1 – расм. **Пародонт касалликлари билан касалланган имконияти чекланган болаларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши.**

I гурух - Катарал ва гипертрофик гингивит билан касаланган 10 ёшдан 12 ёшгача бўлган 56 нафар бемор болаларда объектив ва субъектив, PMA, ПИ индекси усулида текширув олиб борилди.

Имконияти чекланган болаларда пародонтитнинг патогенезини ўрганишда, тўқималарнинг трофик таъминотида асосий ўрин тутувчи микроциркуляциянинг ҳолатига катта аҳамият қаратилади. Микроциркулятор бузилишлар ривожланишида марказий бўғин капилляр қон оқимининг бузилиши ҳисобланади, одатда у интенсивликнинг камайиши билан бошланиб, микроциркулятор оқимни нутритив бўғинида капилляр стаз ривожланиши билан якунланади.

Хулоса. Имконияти чекланган болаларда пародонтит билан боғлиқ омиллардан бири ирсиятдир, бу баъзи одамларни касалликка бошқаларга қараганда кўпроқ мойилликга эга. Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликлари генетик омилларнинг атроф-муҳит ва демографик омиллар билан мураккаб ўзаро таъсири турли ирқий ва этник популяциялар ўртасидаги кенг тарқалган. Тизимли текширув шуни кўрсатдики, пародонтитлар беморлар ҳаёт фаолияти учун хавф омилидир ва бу ассоциация диабет, чекиш ва ижтимоий-иқтисодий ҳолат каби бошқа хавф омилларидан биридир. Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларни ташҳислашда мета-таҳлилида пародонтал касаллик ёндош касалликлари хавфини 19% га ошириши ва нисбий хавфнинг бу ўсиши 44% га этиши аниқланди.

Адабиётлар.

1. Эронов Ё. К. Analysis for determining the features of Loshly-Yushenko-Krasnagorsky in children cerebral perspective with characteristics of the strain composition //Новый день в медицине. – 2020. – №. 2. – С. 272-274.
2. Эронов Ё. К., Ражабов А. А. Estimating the prevalence of caries in children with cerebral palsy //Новый день в медицине. – 2020. – №. 2. – С. 634-635.
3. Eronov Y. Q., Mirsalixova F. L. Treatment of chronic catarrhal gingivitis in children with disabilities improvement //World Bulletin of Social Sciences. – 2021. – Т. 3. – №. 10. – С. 71-74.
4. Eronov Y. Q., Mirsalixova F. L. Diagnosis, prophylaxis and treatment of chronic catarrhal gingivitis in children with disabilities improvement //World Bulletin of Social Sciences. – 2021. – Т. 3. – №. 10. – С. 67-70.
5. Eronov Y. Q., Mirsalixova F. L. Dynamics of the prevalence of diabetes and the study of dental status in children of the bukhara region //International Journal of Applied Research. – 2019. – Т. 5. – С. 151.
6. Eronov Y. K., Mirsalikhova F. L. Indications for the comprehensive prevention and treatment of dental caries in children with cerebral palsy //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – Т. 25. – №. 1. – С. 5705-5713.
7. Eronov Y. Q., Kamalova M. Q. Evaluation of caries prevalence in children with cerebral palsy //Academicia: an international multidisciplinary research journal. – 2020. – Т. 10. – С. 85-87.
8. Эронов Ё., Мирсалихова Ф. Имконияти чекланган болаларда суринкали катарал гингивитларни замонавий даволаш усуллари //Медицина и инновации. – 2021. – Т. 1. – №. 4. – С. 681-685.
9. Mirsalikhova F. L., Eronov Y. K., Radjabov A. A. Prevention and treatment of caries in children with cerebral palsy //ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2019. – Т. 9. – №. 12. – С. 68-70.

10. Мирсалихова Ф. Л. Минимально инвазивный метод лечения кариеса зубов у детей //Стоматология детского возраста и профилактика. – 2018. – Т. 17. – №. 1. – С. 28-30.

11. Мирсалихова Ф. Л. Отсроченное пломбирование при кариесе постоянных зубов у детей с несформированными корнями //Клиническая стоматология. – 2018. – №. 1. – С. 4-7.

12. Мирсалихова Ф. Л. Минимально щадящий подход к лечению кариеса зубов у детей //Актуальные Вопросы Стоматологии. – 2017. – С. 238-241.

13. Mirsalikhova F. L. Efficiency of the micropreperation method in treatment of children caries //Scientific researches for development future: medicine and natural science San Francisco, USA 15may. – 2018.

14. Mirsalikhova F. L. The importance of biophysical properties and mineralizing function of salives in children during cutting of constant teeth period //International Conference Science, Research, development Philology, Sociology and culturologyBerlin30-31.05. – 2018.

15. Lukmonovna M. F. Upgraded approach and methods of use of modern theory comprehensive prevention programs dental caries in children //European science review. – 2016. – №. 9-10. – С. 110-112.

16. Мирсалихова Ф. Л. Особенности биофизических свойств и минерализующей функции слюны у детей в период прорезывания постоянных зубов //Клиническая стоматология. – 2016. – №. 4. – С. 4-6.

17. Mirsalikhova F. L. Indications for the Comprehensive Prevention and Treatment of Dental Caries in Children with Cerebral Palsy Eronov Yo. K //Annals of RSCB. – 2021. – Т. 25. – №. 1. – С. 5705-5713.

18. Мирсалихова Ф., Хамидов И. Характеристика микробиоценоза мягких тканей пародонта у школьников //Stomatologiya. – 2019. – Т. 1. – №. 4 (77). – С. 40-42.

19. Mirsalikhova F. L. et al. Implementation of Comprehensive Prevention of Dental Caries in Children with Cerebral Palsy //International Journal of Human Computing Studies. – Т. 2. – №. 6. – С. 22-24.

20. Мирсалихова Ф. Современные методы диагностики кариеса зубов у детей // Stomatologiya. – 2016. – Т. 1. – №. 4 (65). – С. 115-121.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК: 616.839 -009.833-07

Раимова Малика Мухамеджановна - т.ф.д., профессор
Ёдгарова Умида Гайбуллоевна – Ph.D., доцент
Тошкент давлат стоматология институти

СИМПТОМАТИК БЕЗОВТА ОЁҚЛАР СИНДРОМИ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН БЕМОРЛАРДА КАСАЛЛИК СИМПТОМЛАРИНИНГ ОҒИРЛИК ДАРАЖАЛАРИНИ ШКАЛАЛАР ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Аннотация: *Тадқиқотда симптоматик безовта оёқлар синдроми (СБОС) қандли диабет билан бирга келган 62 нафар бемор қатнашди. Беморларнинг барчасида касалликка хос симптомларнинг оғирлик даражаларини International Restless Legs Syndrome Rating Scale (IRLS), Johns Hopkins Restless Legs Severity Scale (JHRLSS) ва Augmentation Severity Rating Scale (ASRS) шкалалари ёрдамида баҳоланди. СБОС симптомларини аниқлашда ASRS шкаласининг енгил даражадаги симптомлар учун сезгирлиги 92% ва спецификлиги 96,4% бўлиб, бу енгил симптомларни аниқлашда юқори самарадорликни кўрсатади. Ўрта оғир даражадаги симптомлар учун сезгирлик 95,3% ва спецификлик 97,7% бўлгани ушбу шкаланинг симптомларни аниқлашда самарадорлигини билдиради. JHRLSS шкаласи енгил даражадаги симптомларни аниқлашда сезгирлик 84,6% ва спецификлик 94,7% ни, оғир даражадаги симптомлар учун сезгирлик 93,7% ва спецификлик 97,3% ни ташкил қилди. Қўлланилган шкалаларнинг ишончлилигини баҳолаш мақсадида Receiver Operating Characteristic (ROC) эгри чизиғидан фойдаланилган ҳолда шкалаларнинг сезгирлиши ва спецификлиги Area Under the Curve (AUC) ёрдамида бирлаштирилди.*

Калит сўзлар: *безовта оёқлар синдроми, International Restless Legs Syndrome Rating Scale, Johns Hopkins Restless Legs Severity Scale, аугментация, Receiver Operating Characteristic, Area Under the Curve.*

Раимова Малика Мухамеджановна - д.м.н., профессор
Ёдгарова Умида Гайбуллоевна - Ph.D., доцент
Ташкентский государственный стоматологический институт

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СИМПТОМОВ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛ

Аннотация: *В исследовании приняли участие 62 пациента с симптоматическим синдромом беспокойных ног (СБН), сочетающимся с сахарным диабетом. У всех пациентов степень тяжести симптомов оценивалась с помощью шкал International Restless Legs Syndrome Rating Scale (IRLS), Johns Hopkins Restless Legs Severity Scale (JHRLSS) и Augmentation Severity Rating Scale (ASRS). Чувствительность шкалы ASRS для легкой степени симптомов составила 92%, специфичность – 96,4%, что свидетельствует о высокой эффективности шкалы при выявлении легких симптомов. Для умеренной степени тяжести чувствительность составила 95,3%, а специфичность – 97,7%, что подтверждает эффективность этой шкалы в определении симптомов. Шкала JHRLSS продемонстрировала чувствительность 84,6% и специфичность 94,7% для легких симптомов, а для тяжелых симптомов – чувствительность 93,7% и специфичность 97,3%. Для оценки надежности применяемых шкал использовался анализ кривой Receiver Operating Characteristic (ROC), который объединил показатели чувствительности и специфичности через площадь под кривой (AUC).*

Ключевые слова: *синдром беспокойных ног, International Restless Legs Syndrome Rating Scale, Johns Hopkins Restless Legs Severity Scale, аугментация, Receiver Operating Characteristic, Area Under the Curve.*

Raimova Malika Mukhamedjanovna - D.M.Sc., professor
Yodgarova Umida Gaybulloyevna - Ph.D., associate professor
Tashkent State Dental Institute

RESTLESS LEGS SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS: ASSESSMENT OF SYMPTOM SEVERITY USING SCALES

Annotation: *The study involved 62 patients with symptomatic restless legs syndrome (RLS) combined with diabetes mellitus. The severity of symptoms in all patients was assessed using the International Restless Legs Syndrome Rating Scale (IRLS), Johns Hopkins Restless Legs Severity Scale (JHRLSS) and Augmentation Severity Rating Scale (ASRS). The sensitivity of the ASRS scale for mild symptoms was 92%, and specificity was 96.4%, indicating high efficiency in identifying mild symptoms. For moderate symptoms, sensitivity was 95,3%, and specificity was 97,7%, demonstrating the scale's effectiveness in detecting symptoms. The JHRLSS scale showed sensitivity of 84,6% and specificity of 94,7% for mild symptoms, and for severe symptoms, it recorded a sensitivity of 93,7% and specificity of 97,3%. The reliability of the scales used was evaluated through the Receiver Operating Characteristic (ROC) curve, combining sensitivity and specificity indicators via the Area Under the Curve (AUC).*

Keywords: *restless legs syndrome, International Restless Legs Syndrome Rating Scale, Johns Hopkins Restless Legs Severity Scale, augmentation, Receiver Operating Characteristic, Area Under the Curve.*

Долзарблиги: Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, қандли диабет билан касалланганлар сони 2021-йилда 537 миллион кишини ташкил этган бўлиб, бу рақамлар 2045-йилгача 783 миллионга етиши кутилмоқда [3]. Диабет билан боғлиқ ҳолатда СБОС тарқалиши турли тадқиқотларга кўра 15% дан 33% гача кузатилади [1,4,9]. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, диабет фонида СБОСнинг ривожланиши диабетга хос асоратлар, жумладан, темир танқислиги, нейротрансмиттерларнинг бузилиши ва қон айланишининг ёмонлашиши билан боғлиқ [2,5,7]. IRLS, JHRLSS каби ихтисослаштирилган шкалалардан фойдаланиб, симптомлар оғирлигини баҳолаш беморларнинг ҳолатини аниқроқ ташхис қилиш ва даволашни мувофиқлаштириш имконини беради [6,8], бу эса даволаш самарадорлигини ошириб, беморлар учун яхшироқ прогнозни таъминлайди.

Тадқиқот мақсади- симптоматик безовта оёқлар синдроми ва қандли диабет бирга келганда International Restless Legs Syndrome Rating (IRLS), Johns Hopkins Restless Legs Severity Scale (JHRLSS) ва Augmentation Severity Rating Scale (ASRS) ёрдамида касаллик оғирлик даражасини баҳолаш.

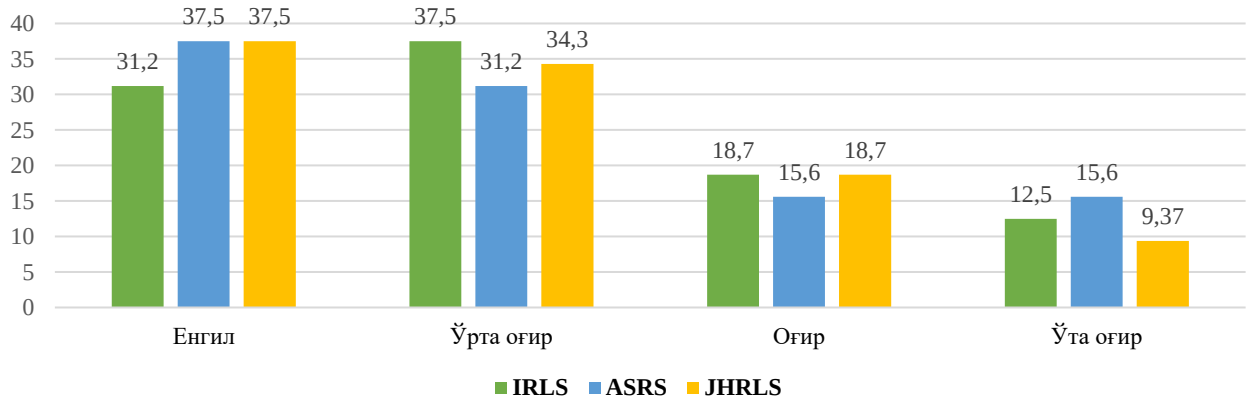
Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқотда 62 нафар симптоматик безовта оёқлар синдроми (СБОС) аниқланган беморлар иштирок этди. Уларнинг 41 нафари аёл ва 21 нафари эркак бўлиб, беморларнинг ўртача ёши 46,9±2,7 ёшни ташкил этди. Ушбу беморлар турли ёш гуруҳларида бўлиб, тадқиқотда иштирок этганларнинг касаллик давомийлиги, симптомларнинг оғирлик даражаси ва даволаш жараёнига бўлган реакциялари ҳам алоҳида кўриб чиқилди.

Беморларнинг барчаси стандарт (n=32) ва комплекс (n=30) усулда даволанди ва уларнинг аҳволи даволашдан олдин ва даволашдан кейинги муддатда даво самарадорлиги бир неча тан олинган шкалалар ёрдамида баҳоланди. Улар орасида Augmentation Severity Rating Scale (ASRS), IRLS (International Restless Legs Syndrome Rating Scale) ва JHRLSS (Johns Hopkins Restless Legs Severity Scale) шкалалари мавжуд бўлиб, ҳар бири касалликнинг турли жиҳатларини ва беморлар ҳаётига таъсирини чуқурроқ таҳлил қилиш имконини берди.

Беморларнинг аҳволи ҳар бир шкала бўйича ҳам жисмоний, ҳам руҳий ҳолатга таъсир этувчи асосий симптомлар орқали баҳоланди. Шкала натижаларига асосланиб, ҳар бир беморнинг даволаш жараёнидаги ўзгаришлар, симптомлар камайиши ёки кучайишига доир маълумотлар йиғилди. Ушбу маълумотлар таҳлили симптомларнинг оғирлик даражасига кўра самарали даволаш стратегиясини ишлаб чиқишга ёрдам берди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси. IRLS шкаласи орқали СБОС симптомларининг оғирлик даражаларини, беморларнинг уйқу сифати ва депрессия даражасини аниқлаш мумкинлиги ва ушбу шкаланинг самарадорлиги 100 % га яқин эканлигини инобатга олган ҳолда тадқиқотда қўлланилган бошқа шкала ва сўровномаларнинг самарадорлиги ШRLS шкаласи ёрдамида баҳоланди. ASRS халқаро безовта оёқлар синдромини ташхислашда қўлланилади ва у касаллик симптомларнинг оғирлигини, кундалик фаолиятга таъсирини ва умумий ҳолатни баҳолайдиган саволлардан иборат. JHRLS бу Хопкинс университети томонидан ишлаб чиқилган шкала бўлиб, безовта оёқлар синдроми симптомларининг оғирлик даражасини баҳолашда фойдаланилади.

Тадқиқот давомида қандли диабети қайд этилган 32 нафар беморларда стандарт даводан олдин IRLS, ASRS ва JHRLS шкалалари орқали касалликнинг оғирлик даражалари баҳоланди (1-расм). Енгил даражадаги симптомлар IRLS шкаласи бўйича 10 нафар (31,2%) беморда қайд этилди, ASRSва JHRLS шкалаларида эса ушбу кўрсаткич 12 нафар (37,5%) ни ташкил қилди. ASRS ва JHRLS кўрсаткичлари IRLS натижасига нисбатан 1,2 марта юқори эканлиги аниқланди.



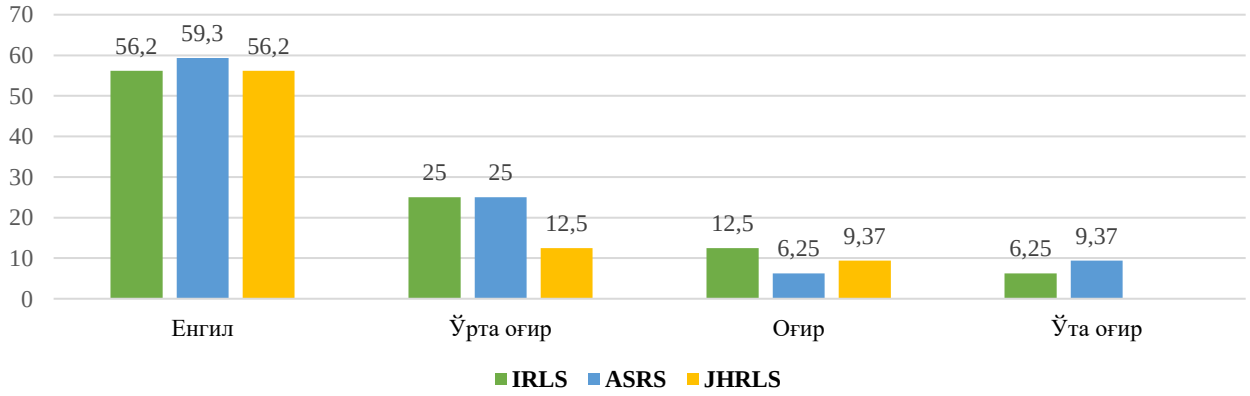
1-расм. **Тадқиқот гуруҳидаги беморларда (n=32) стандарт даводан олдин IRLS, ASRS ва JHRLS шкалалари ёрдамида касаллик оғирлик даражасини баҳолаш натижалари, %**

Ўрта оғир даражадаги симптомлар бўйича IRLS шкаласида 12 нафар (37,5%) беморлар қайд этилди. ASRS шкаласида бу кўрсаткич 10 нафар (31,2%) ни, JHRLS шкаласида эса 11 нафар (34,3%) ни ташкил қилди. Бу натижалар ўртача даражадаги симптомлар бўйича шкалалар орасида катта фарқ йўқлигини кўрсатади.

Оғир даражадаги симптомлар бўйича IRLS ва JHRLS шкалаларида 6 нафар (18,7%) беморларда аниқланди, ASRS шкаласида эса бу кўрсаткич 5 нафар (15,6%) ни ташкил қилди. Бу кўрсаткичлар ўртасидаги тафовутлар жуда катта эмаслиги аниқланди.

Ўта оғир даражадаги симптомлар IRLS шкаласида 4 нафар (12,5%) беморларда қайд этилган бўлса, ASRS шкаласида 5 нафар (15,6%) ва JHRLS шкаласида 3 нафар (9,37%) беморларда аниқланди. ASRS кўрсаткичи IRLS билан солиштирилганда бироз юқори кўрсаткич қайд этилган бўлсада, JHRLS шкаласида эса нисбатан паст натижа кузатилди.

Стандарт даводан кейинги баҳолаш натижаларини 2-расмда кўриш мумкин. Енгил даражадаги симптомлар IRLS ва JHRLS шкалалари бўйича 18 нафар (56,2%) беморларда аниқланди. ASRS шкаласида бу кўрсаткич 19 нафар (59,3%) ни ташкил этди. IRLS шкаласи бўйича кўрсаткичлар IRLS ва JHRLS шкалаларига нисбатан 1,05 марта юқори эканлиги қайд этилди.



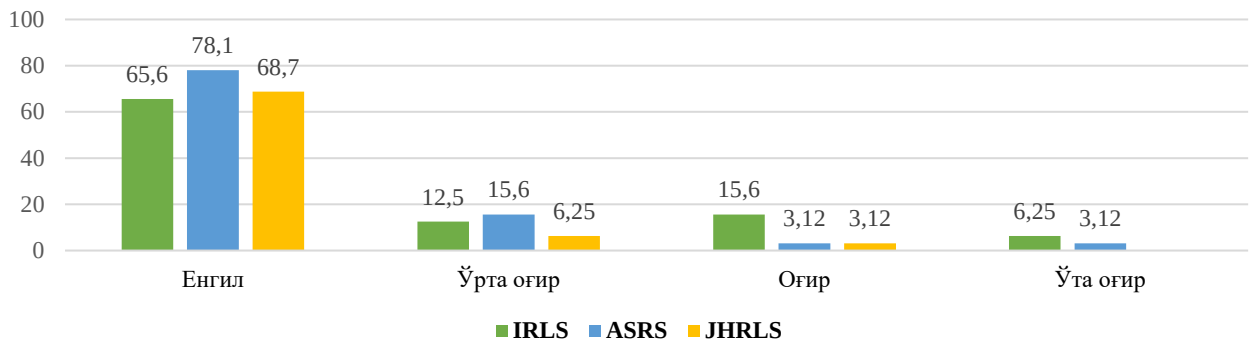
2-расм. **Тадқиқот гуруҳидаги беморларда (n=32) стандарт даводан кейин IRLS, ASRS ва JHRLS шкалалари ёрдамида касаллик оғирлик даражасини баҳолаш натижалари, %**

Ўрта оғир даражадаги симптомлар учун IRLS ва ASRS шкалаларида 8 нафар (25,0%) беморлар қайд этилган бўлса, JHRLS шкаласида эса бу кўрсаткич 4 нафар (12,5%) беморда аниқланди ва қолган шкларларга қараганда 2 марта кам учради.

Оғир даражадаги симптомлар IRLS шкаласида 4 нафар (12,5%) беморларда аниқланган бўлса, ASRS шкаласида 2 нафар (6,25%) ва JHRLS шкаласида 3 нафар (9,37%) беморлар қайд этилди. ASRS шкаласи орқали IRLS га нисбатан 2 марта камроқ оғир даражадаги симптом қайд этилаган беморлар аниқланди.

Ўта оғир даражадаги симптомлар IRLS бўйича 2 нафар (6,25%) беморларда ва JHRLS шкаласида қайд этилмади, ASRS шкаласида 3 нафар (9,37%) беморда кузатилди.

Қандли даибет қайд этилган беморларда стандарт даводан 3 ойдан сўнг IRLS, ASRS ва JHRLS шкалалари бўйича касаллик оғирлик даражалари таҳлил қилинганда қуйидаги натижалар олинди (3-расм).



3-расм. **Тадқиқот гуруҳидаги беморларда (n=32) стандарт даводан 3 ой кейин IRLS, ASRS ва JHRLS шкалалари ёрдамида касаллик оғирлик даражасини баҳолаш натижалари, %**

Енгил даражадаги симптомлар IRLS бўйича 21 нафар (65,6%) беморларда аниқланган бўлса, ASRS шкаласида бу кўрсаткич 25 нафар (78,1%) ни ташкил қилди, яъни IRLS га нисбатан 1,19 марта юқори. JHRLS бўйича эса 22 нафар (68,7%) беморларда қайд этилди.

Ўрта оғир даражадаги симптомлар учун IRLS шкаласида 4 нафар (12,5%) беморлар, ASRS бўйича 5 нафар (15,6%) ва JHRLS бўйича 2 нафар (6,25%) беморда аниқланди. Бу ерда JHRLS шкаласи орқали ASRS га нисбатан 2,5 марта камроқ ўрта оғир даражадаги симптомлар аниқлангани кўринади.

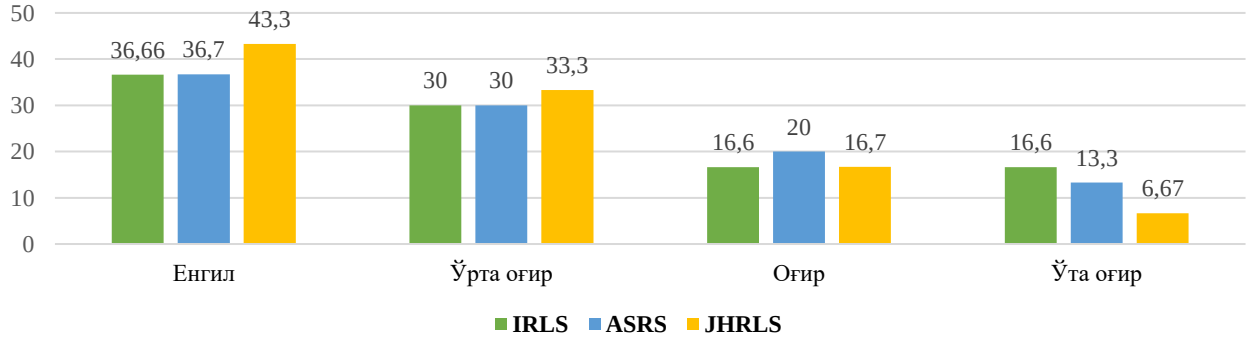
Оғир даражадаги симптомлар IRLS орқали 5 нафар (15,6%), ASRS ва JHRLS шкалаларида бу кўрсаткич 1 нафар (3,12%) ни ташкил қилди, яъни IRLS шкаласига нисбатан 5 марта кам эканлиги қайд этилди.

Ўта оғир даражадаги симптомлар IRLS бўйича 2 нафар (6,25%) беморларда қайд этилди. ASRS бўйича эса 1 нафар (3,12%) беморда аниқланди. JHRLS бўйича эса бундай симптомлар қайд этилмади.

Комплекс даводан олдин IRLS, ASRS ва JHRLS шкалалари ёрдамида касаллик оғирлик даражаларини баҳолаш натижалари 4-расмда келтирилган.

Енгил даражадаги симптомлар IRLSва ASRS шкалалари бўйича 11 нафар (36,7%) беморларда аниқланди. JHRLS шкаласи орқали эса 13 нафар (43,3%) беморда қайд этилди, яъни бу кўрсаткич IRLS ва ASRS га нисбатан 1,18 марта кўп демакдир.

Ўрта оғир даражадаги симптомлар IRLS ва ASRS шкалаларида 9 нафар (30,0%) беморлар аниқланган бўлса, JHRLS шкаласида 10 нафар (33,3%) бемор қайд этилди. Бу ерда JHRLS шкаласи IRLS ва ASRS га нисбатан 1,11 марта кўпроқ ўртача даражадаги симптомларни аниқлашга самарадор эканлиги кўринади.

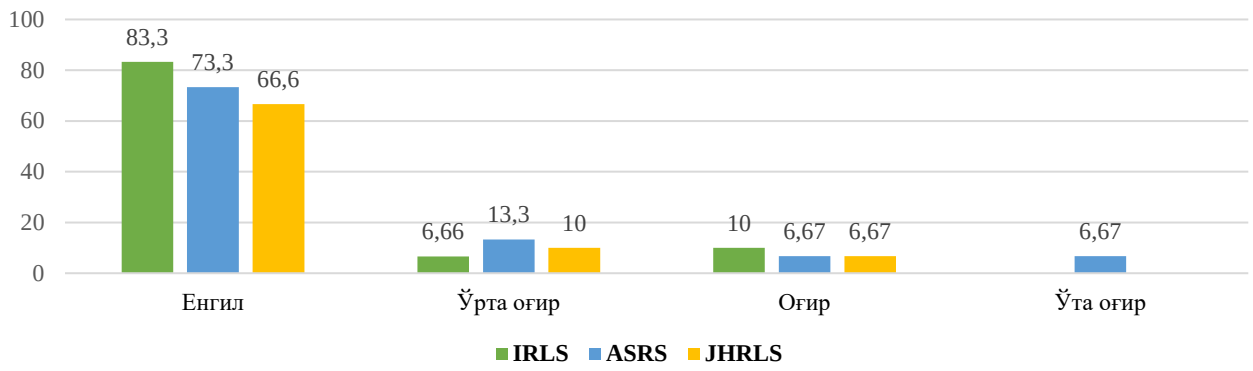


4-расм. **Тадқиқот гуруҳидаги беморларда (n=30) комплекс даводан олдин IRLS, ASRS ва JHRLS шкалалари ёрдамида касаллик оғирлик даражаларини баҳолаш натижалари, %**

IRLS ва JHRLS шкалаларида оғир даражадаги симптомлар 5 нафардан (16,7%) беморларда аниқланган бўлса, ASRS шкаласида эса 6 нафар (20,0%) беморда қайд этилди, яъни IRLS ва JHRLS шкалаларига нисбатан ASRS 1,2 марта кўпроқ оғир даражадаги симптомлар кузатилди.

Ўта оғир даражадаги симптомлар IRLS шкаласида 5 нафар (16,7%) беморда аниқланган бўлса, ASRS шкаласида эса 4 нафар (13,3%) ва JHRLS бўйича 2 нафар (6,67%) қайд этилди. Бу ерда JHRLS шкаласи IRLS билан солиштирганда 2,5 марта камроқ самарадорликка эга экалиги аниқланди.

Комплекс даводан кейин IRLS, ASRS ва JHRLS шкалалари ёрдамида касаллик оғирлик даражаларини баҳолаш натижалари 5-расмда келтирилган.



5-расм. **Тадқиқот гуруҳидаги беморларда (n=30) комплекс даводан кейин IRLS, ASRS ва JHRLS шкалалари ёрдамида касаллик оғирлик даражаларини баҳолаш натижалари, %**

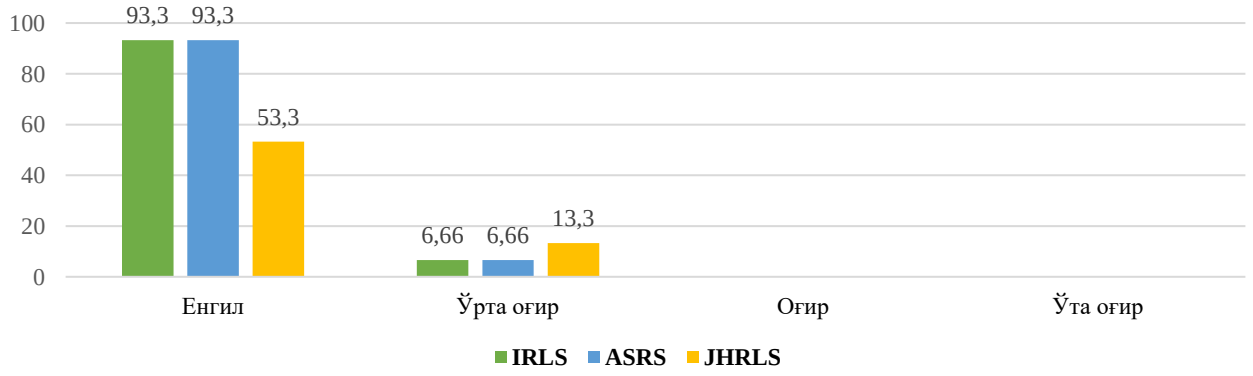
Енгил даражадаги симптомлар IRLS ва ASRS шкалалари бўйича 11 нафар (36,7%) беморларда аниқланди. JHRLS шкаласида эса 13 нафар (43,3%) беморларда қайд этилди, яъни бу кўрсаткич IRLS ва ASRS га нисбатан 1,18 марта кўпроқ ҳисобланади.

Ўрта оғир даражадаги симптомлар IRLS ва ASRS шкалаларида 9 нафар (30,0%) беморларда қайд этилди. JHRLS шкалсида 10 нафар (33,3%) беморда кузатилди. Бу ерда ўртача даражадаги симптомлар JHRLS шкаласи IRLS ва ASRS га нисбатан 1,11 марта кўпроқ беморда аниқланди. Бу эса JHRLS нинг СБОС ўрта оғир даражасини аниқлашдаги самарасининг пастлигини кўрсатади.

Оғир даражадаги симптомлар IRLS ва JHRLS шкалаларида 5 нафар (16,7%) беморларда аниқланди. ASRS шкаласида эса 6 нафар (20,0%) яъни IRLS ва JHRLS шкалаларига нисбатан IRLS 1,2 марта кўпроқ оғир даражадаги симптомларни қайд этилди. Бу эса СБОС оғир даражасини аниқлашда ASRS самарадорлиги JHRLS га нисбатан пастлигини билдиради.

IRLS шкаласида ўта оғир симптомлар 5 нафар (16,7%) беморда аниқланган бўлса, ASRS шкаласида 4 нафар (13,3%) ва JHRLS бўйича 2 нафар (6,67%) беморда қайд этилди. Бу ерда JHRLS шкаласида IRLS билан солиштирганда 2,5 марта камроқ симптомлар аниқланди.

Тадқиқот гуруҳидаги беморларда (n=30) комплекс даводан 3 ой кейин СБОС оғирлик даражаларини баҳолаш натижалари 6-расмда келтирилган.

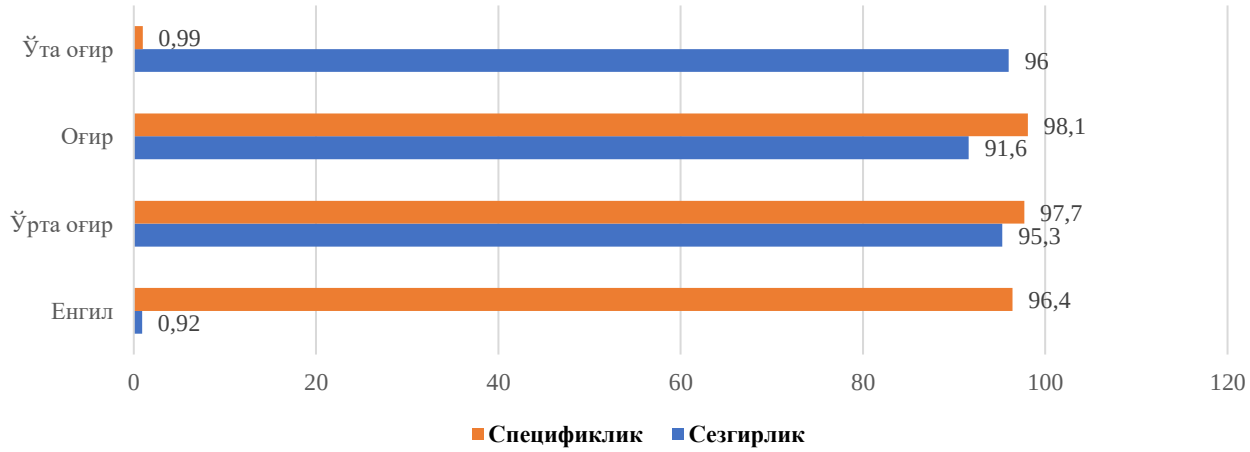


6-расм. **Тадқиқот гуруҳидаги беморларда (n=30) комплекс даводан 3 ой кейин IRLS, ASRS ва JHRLS шкалалари ёрдамида касаллик оғирлик даражаларини баҳолаш натижалари, %**

IRLS ва ASRS шкалалари бўйича енгил симптомлар 28 нафардан (93,3%) беморларда қайд этилди. JHRLS шкаласи бўйича эса 16 нафар (53,3%) беморларда енгил даражадаги симптомлар аниқланди. Бу ҳолда, JHRLS шкаласига нисбатан IRLS ва ASRS шкалаларида қайд этилган беморлар сони 1,75 марта кўпроқ эканлиги қайд этилди.

Ўрта оғир даражадаги симптомлар IRLS ва ASRS шкалаларида ҳар бирида 2 нафар (6,66%) беморларда аниқланган бўлса, JHRLS шкаласи бўйича 4 нафар (13,3%) беморда қайд этилди. JHRLS шкаласига нисбатан IRLS ва ASRS шкалаларида ўрта оғир даражадаги симптомлар 2 марта кам кузатилди. Оғир ва ўта оғир даражадаги симптомлар эса қайд этилмади.

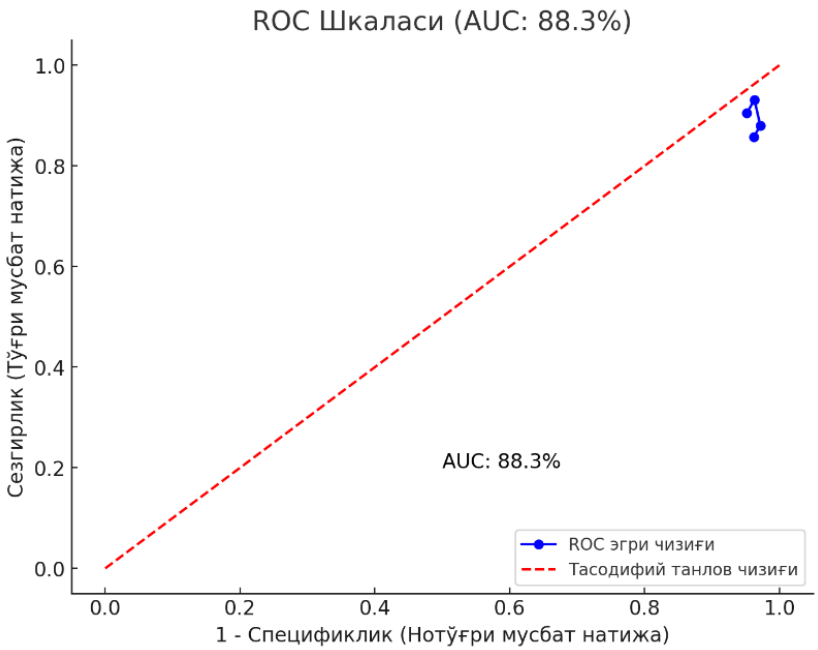
СБОС қандли диабет билан бирга келган беморларда ROC шкаласи ёрдамида ASRS шкаласининг ишончлилигини баҳолаш натижалари 7-8расмда келтирилган.



7-расм. **ASRS шкаласининг ишончлилигини ROC шкаласи ёрдамида баҳолаш натижалари, %**

Енгил даражадаги симптомлар учун сезгирлик 92% ва спецификлик 96,4% эканлиги қайд этилди. Бу ASRS шкаласининг енгил даражадаги симптомларни аниқлашда жуда юқори ишончлилигини билдиради. Юқори сезгирлик ва спецификлик қийматлари шкаланинг симптомларни аниқлашда яхши кўрсаткичларга эга эканлигини тасдиқлайди.

Ўрта оғир даражадаги симптомлар учун сезгирлик 95,3% ва спецификлик 97,7% эканлиги аниқланди. Бу кўрсаткичлар ушбу симптом даражасини баҳолашда ASRS шкаласининг ишончли ва аниқ натижалар беришини таъкидлайди.



8-расм. **Тадқиқот гуруҳидаги беморларда JHRLSS шкаласининг самарадорлигини график тасвири**

Оғир даражадаги симптомлар бўйича сезгирлик 91,6% ва спецификлик 98,1% ни ташкил қилди. Бу ASRS шкаласининг оғир симптомларни аниқлашда ҳам юқори даражада ишончли эканлигини намоён этди. Бу қийматлар шкаланинг клиник қўлланилишида яхши натижалар беришини кўрсатади.

Ўта оғир даражадаги симптомлар учун сезгирлик 96,0% ва AUC 0,99 ни ташкил қилади. Бу қийматлар шкаланинг мазкур даражадаги симптомларни аниқлашда жуда юқори ишончлилигини намоён этади. AUC қийматига қараб, ASRS шкаласи бу даражадаги симптомларни ҳам аниқ ва ишончли баҳолашда қўлланиши мумкин. AUC қиймати 94,6% ни ташкил қилди.

Хулоса:

1. Симптоматик безовта оёқлар синдроми қандли диабет билан бига келган ҳолатларда IRLS шкаласининг сезгирлик ва спецификлик кўрсаткичлари юқори эканлиги, енгил даража-

даги симптомлар учун сезгирлик 92% ва спецификлик 96,4% бўлиб, бу енгил симптомларни аниқлашда юқори самарадорликни кўрсатади. Ўрта оғир даражадаги симптомлар учун сезгирлик 95,3% ва спецификлик 97,7% бўлгани ушбу шкаланинг симптомларни аниқлашда 1,04 марта самарадорликни оширишини кўрсатди. Бундай кўрсаткичлар ASRS шкаласининг ўртача ва оғир симптомларни аниқлашда ҳам клиник қўлланишда ишончли эканлигини тасдиқлайди.

2. Безовта оёқлар синдроми ўрта оғир даражаси симптомларини аниқлашда JHRLSS сезгирлик ва спецификлик бўйича 100% га етди, бу унинг ушбу даражадаги симптомларни аниқлашда мутлақ ишончли эканлигини кўрсатади. Оғир даражадаги симптомлар учун сезгирлик 93,7% ва спецификлик 97,3% ни ташкил қилди. Бу кўрсаткичлар унинг самарадорлиги юқори эканлигини ва симптомларни тезкор баҳолаш имконини беришига ишора қилади. JHRLSS шкаласи енгил даражадаги симптомларни аниқлашда сезгирлик 84,6% ва спецификлик 94,7% ни ташкил этди, бу ASRS га нисбатан 1,07 марта юқори сезгирликни кўрсатди.

Адабиётлар.

1. Чернышов С.В., Малютина О.А. Биосовместимость и восстановление при использовании пластин из нержавеющей стали // Вестник медицинских технологий. – 2017. – № 4. – С. 90-97.

2. Чарлтон Б., Бунгей Г. Безовта оёқлар синдроми: диагностика ва даволаш // Жаҳон неврология журнали. – 2018. – № 5. – С. 45-52.

3. Смит П. Безовта оёқлар синдроми бўйича замонавий кўрсатмалар // Жаҳон тиббиёти журнали. – 2019. – № 6. – С. 100-107.

4. Джонс А. Безовта оёқлар синдромини баҳолашда янги шкалаларнинг самарадорлиги // Клиник неврология. – 2020. – № 2. – С. 78-84.

5. Смитсон Т. IRLS ва JHRLSS шкалаларини солиштирувчи тадқиқотлар // Евро-азиё неврология журнали. – 2021. – № 1. – С. 23-31.

6. Ли Д. Безовта оёқлар синдроми ва қўшимча омилларнинг таъсири // Жаҳон неврология ассоциацияси. – 2020. – № 8. – С. 65-72.

7. Картер М. Безовта оёқлар синдроми билан боғлиқ генетик тадқиқотлар // Клиник генетика журнали. – 2021. – № 3. – С. 88-95.

8. Иванова Ю. Жаҳонда безовта оёқлар синдроми эпидемиологияси // Тиббий кўрсатмалар журнали. – 2019. – № 4. – С. 12-20.

9. Ўзбеков Б. Республикада безовта оёқлар синдромини таҳлил қилиш // Ўзбекистон неврология маркази. – 2022. – № 7. – С. 45-53.

10. Родригес Л. Безовта оёқлар синдроми ва темир танқислиги ўртасидаги боғлиқлик // Қон касалликлари журнали.–2020.–№5.–С. 33-41.

УДК: 616.12-005.4:616.24-008.47

Маматхужаев Зохидбек Садирдин угли – базовый докторант
Хужамбердиев Мамазоир Ахмедович - д.м.н., профессор
Узбекова Неля Рафиковна – д.м.н., доцент
Андижанский государственный медицинский институт

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Аннотация. *В статье проведен сравнительный анализ показателей про- и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови у больных ишемической болезнью сердца и ишемической болезнью сердца в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких. Полученные результаты показали, что показатели провоспалительных интерлейкинов и TNF-α во обеих исследуемых группах были выше показателей противовоспалительного интерлейкина ИЛ-10. Что, несомненно, подтверждает наличие провоспалительной реакции у больных ИБС. Преобладание показателей провоспалительных цитокинов у больных, имеющих сочетание ИБС с ХОБЛ, в сравнении с больными только ИБС указывает на усиление про- и противовоспалительной реакции при наличии коморбидности ИБС с ХОБЛ.*

Ключевые слова: *иммунная система, цитокины, ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких.*

Mamatxo‘jaev Zohidbek Sadirdin o‘g‘li – tayanch doktorant
Xujamberdiev Mamazoir Axmedovich – t.f.d., professor
Uzbekova Nelya Rafikovna – t.f.n., dotsent
Andijon davlat tibbiyot instituti

KOMORBIDLIKDA YURAK ISHEMIK KASALLIGI VA O'PKANING SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGI BILAN OG‘RIGAN BEMORLARDA IMMUN TIZIMI HOLATI

Annotatsiya. *Maqolada yurak ishemik kasalligi va o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi bilan yurak ishemik kasalligi bo'lgan bemorlarning qon zardobidagi yallig'lanish va yallig'lanishga qarshi sitokinlarning ko'rsatkichlarining qiyosiy tahlili keltirilgan. Natijalar shuni ko'rsatdiki, ikkala tadqiqot guruhida yallig'lanish interleykinlar va TNF-a darajasi yallig'lanishga qarshi interleykin IL-10 darajasidan yuqori edi. Bu, shubhasiz, yurak ishemik kasalligi bilan og'rigan bemorlarda yallig'lanishga qarshi reaksiya mavjudligini tasdiqlaydi. Yurak ishemik kasalligi va o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligining bemorlarda komarbidlikda birga uchraganda yallig'lanish va yallig'lanishga qarshi sitokinlarning javobning kuchayganligini ko'rsatadi.*

Kalit so'zlar: *immun tizimi, sitokinlar, yurak ishemik kasalligi, o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi.*

Mamatkhuzhaev Zokhidbek Sadirdin ugli – basic doctoral student
Khujamberdiev Mamazoir Akhmedovich – D.M.Sc., professor
Uzbekova Nelya Rafikovna – D.M.Sc., associate professor
Andijan State Medical Institute

STATE OF THE IMMUNE SYSTEM IN PATIENTS WITH COMORBIDITY OF ISCHEMIC HEART DISEASE AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Summary. *The article presents a comparative analysis of pro- and anti-inflammatory cytokine levels in the blood serum of patients with coronary heart disease and coronary heart disease combined with chronic obstructive pulmonary disease. The results showed that pro-inflammatory interleukins and TNF-α levels in both study groups were higher than anti-inflammatory interleukin IL-10 levels. This undoubtedly confirms the presence of a pro-inflammatory reaction in patients with coronary heart disease. The predominance of pro-inflammatory cytokine levels in patients with a combination of coronary heart disease and COPD, compared to patients with coronary heart disease alone, indicates an increase in the pro- and anti-inflammatory reaction in the presence of comorbidity of coronary heart disease and COPD.*

Key words*: immune system, cytokines, coronary heart disease, chronic obstructive pulmonary disease.*

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в настоящее время остается главной причиной инвалидизации и смертности населения всех развитых стран, что заставляет искать новые возможности диагностики, профилактики, лечения, прогнозирования и оценки риска [1].

Большую роль в формировании патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний играет нарушение баланса цитокинов, в основном про- и противовоспалительного ряда, таких как интерлейкины: интерлейкин-1бета (IL-1β), интерлейкин-6 (IL-6), интерлейкин-8 (IL-8), фактор некроза опухоли альфа (TNF-α) [3, 5]. Цитокины принимают участие во всех этапах формирования атеросклероза, коронарной болезни сердца и ее осложнений [4]. Воспалительные цитокины (TNF-α, IL-1β, IL-6) являются маркерами атеросклеротического риска, риска развития острых коронарных событий. Вместе с тем, вклад этих медиаторов воспаления в механизм развития различных форм ИБС, а также их диагностическое и прогностическое значение в клинических условиях у больных ИБС требуют дальнейшего изучения.

Последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению числа пациентов с коморбидностью ИБС и ХОБЛ. Это объясняется общими факторами риска данных заболеваний. Персистирующее воспаление является одним из ведущих механизмов атерогенеза и ССЗ при ХОБЛ [2].

В связи с этим особо актуальным представляется анализ зависимости уровня провоспалительных цитокинов при сочетании ИБС и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), а также оценка взаимосвязи цитокинового дисбаланса с маркерами повреждения атеросклеротической бляшки с позиции применения этих тестов в реальной клинической практике.

Целью исследования явилось изучение состояния цитокинового статуса у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких.

Материал и методы. Объектом исследования явились 58 больных, из которых у 29 был установлен диагноз ИБС и 29 больных, имевших сочетание ИБС и ХОБЛ, 20 здоровых добровольцев были взяты в качестве контрольной группы. У всех участников было получено письменное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам определяли содержание в сыворотке крови провоспалительных интерлейкинов - интерлейкин-1бета (IL-1β), интерлейкин-6 (IL-6), фактор некроза опухоли альфа (TNF-α), а также противовоспалительного интерлейкина-10 (IL-10). Показатели определяли методом ИФА с использованием стандартных наборов производства фирмы Вектор-Бест (Россия) на ИФА анализаторе Mindray MR-96 (Китай).

Статистическая обработка данных была выполнена с применением пакета программ Microsoft Excel – 10 с вычислением средних величин (M) их среднеарифметических ошибок (m), а также коэффициента достоверности разности сравниваемых величин Стьюдента (t).

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ полученных данных лабораторного обследования изучаемых групп показал, что у больных ИБС (1 группа) относительно больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ (2 группа) содержание в сыворотке крови IL-1β было достоверно (p<0,001) ниже в 2,4 раза (табл.1). Относительно контрольной группы показатели обеих исследуемых групп больных были статистически достоверно выше (p<0,001) на 71,7% и на 316,3% (в 4,2 раза), соответственно 1 и 2 группы.

Таблица 1.

Содержание цитокинов в сыворотке крови больных ИБС и с сочетанием ИБС с ХОБЛ

Группы обследованных	IL-1β	IL-6	TNF- α	IL-10
1 группа ИБС (n=29)	15,78±1,6	23,1±7,2	12,6±1,8	10,3±0,6
2 группа ИБС+ХОБЛ (n= 29)	38,31±3,4	26,6±6,26	17,9±2,1	15,3±1,14
3 группа здоровые (n=20)	9,2±0,86	7,6±0,35	7,6±0,7	8,3±0,52
p	1-2 <0,001 1-3 <0,001 2-3 <0,001	1-2 >0,05 1-3< 0,001 2-3 <0,001	1-2 >0,05 1-3< 0,01 2-3 <0,001	1-2 <0,001 1-3 <0,05 2-3 <0,001

Показатели IL-6 в сыворотке крови у больных ИБС были статистически недостоверно ниже в сравнении с больными ИБС в сочетании с ХОБЛ (p>0,05), а в сравнении со здоровыми достоверно выше (p<0,001) в 3,2 раза. Уровень IL-6 у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ был статистически достоверно выше, чем у здоровых испытуемых (p<0,001) в 3,5 раза.

Показатели ФНО- α у больных ИБС в сравнении с больными ИБС в сочетании с ХОБЛ были статистически недостоверно ниже (p>0,05). Однако относительно здоровых лиц показатели TNF-α были достоверно выше: в 1 группе на 65,8% (p<0,01), а во второй – на 135,5% (p<0,001).

Показатели противовоспалительного интерлейкина IL-10 в исследуемых группах имели аналогичную картину: и в первой (на 24,1%,

p<0,05) и во второй (на 84,3%, p<0,001) группах показатели были статистически достоверно выше относительно группы здоровых испытуемых. Показатели IL -10 в 1 группе были также достоверно ниже, чем во 2 группе (p<0,001).

Представленные данные указывают, на определенные закономерности, а именно, показатели провоспалительных интерлейкинов и TNF-α во обеих исследуемых группах были выше показателей противовоспалительного интерлейкина IL-10. Что, несомненно, подтверждает наличие провоспалительной реакции у больных ИБС. Не всегда достоверное преобладание показателей провоспалительных цитокинов у больных, имеющих сочетание ИБС с ХОБЛ, в сравнении с больными только ИБС также указывает на усиление провоспалительной реакции при наличии коморбидности ИБС с ХОБЛ. Таким образом, можно сделать следующие выводы.

Выводы. Показатели провоспалительных интерлейкинов и TNF- α во обеих исследуемых группах были выше показателей противовоспалительного интерлейкина IL-10. Что, несомненно, подтверждает наличие провоспалительной реакции у больных ИБС.

Преобладание показателей провоспалительных цитокинов у больных, имеющих сочетание ИБС с ХОБЛ, в сравнении с больными только ИБС указывает на усиление провоспалительной реакции при наличии коморбидности ИБС с ХОБЛ.

Литература.

1.Айсанов З.Р., Чучалин А.Г., Калманова Е.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких и сердечно-сосудистая коморбидность// Кардиология, 2019, 59(8S): 24-36 https://doi.org/10.18087/cardio.2572.

2.Анаев Э.Х., Горелик И.Л. Острые формы ишемической болезни сердца при обострении хронической обструктивной болезни легких: эпидемиология, диагностика и лечение // Пульмонология. 2019; 29(4): 468-476. https: // doi.org/10.18093/0869-0189-2019-29-4-468-476.

3.Голышко В.С., Снежицкий В.А. Роль цитокинов в патогенезе ишемической болезни сердца//Журнал ГрГМУ, 2010, №4, 28-31.

4.Гордеева М.А. Значение провоспалительных цитокинов в патогенезе и клинике острого коронарного синдрома/ Дисс. канд. мед. наук, Волгоград, 2014, 191.

5. Zhang H., Dhalla N.S. The Role of Pro-Infl ammatory Cytokines in the Pathogenesis of Cardiovascular Disease//International Journal of Molekular Sciences, 2024, 25 (2):1082. doi: 10.3390/ ijms25021082

Муминов Даврон Кадирович - т.ф.д., доцент
Кенжаев Олимжон Обиджонович - мустақил изланувчи
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЯЛЛИҒЛАНИШ ЯҚҚОЛЛИК ДАРАЖАСИГА КЎРА ТАҲЛИЛ НАТИЖАЛАРИ

Аннотация. *Мазкур мақолада бронхиал астманинг енгил шакллари бўлган беморларда кардиореспиратор тизимдаги эрта структур-функционал ўзгаришлар асосланган. Бронхиал астма (БА) енгил кечиш шакллари билан бўлган беморларда юрак-қон томир тизими зарарланиш клиник белгилар бўлмаганда юрак-нафас тизимидаги бошланғич клиник олди ўзгаришларни тавсифловчи баъзи бир хусусиятлар мавжуд бўлиши мумкин, айнан мана шу хусусиятлар тадқиқот давомида аниқланди.*

Калит сўзлар: *бронхиал астма, енгил шакллари, марказий гемодинамикадаги ўзгаришлар.*

Муминов Даврон Кадирович - д.м.н., доцент
Кенжаев Олимжон Обиджонович - свободный соискатель
Ташкентский педиатрический медицинский институт

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ПО СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Аннотация. *В данной статье обоснованы ранние структурно-функциональные изменения кардиореспираторной системы у пациентов с легкими формами бронхиальной астмы. У больных с легкими формами бронхиальной астмы (БА) могут присутствовать некоторые особенности, характеризующие начальные доклинические изменения в сердечно-дыхательной системе при отсутствии клинических признаков поражения сердечно-сосудистой системы, именно эти особенности были выявлены в ходе исследования.*

Ключевые слова: *бронхиальная астма, легкие формы, изменения центральной гемодинамики.*

Muminov Davron Kadirovich - D.M.Sc., associate professor
Kenjaev Olimjon Obidjonovich - independent researcher
Tashkent Pediatric Medical Institute

THE RESULTS OF THE ANALYSIS OF THE SEVERITY OF INFLAMMATION IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Annotation. *This article substantiates early structural and functional changes in the cardiorespiratory system in patients with mild forms of bronchial asthma. In patients with mild forms of bronchial asthma (AD), some features may be present that characterize the initial preclinical changes in the cardiovascular system in the absence of clinical signs of damage to the cardiovascular system, these features were identified during the study.*

Key words: *bronchial asthma, mild forms, changes in central hemodynamics.*

Тадқиқот долзарблиги. Дунёда барча ҳатти-ҳаракатларга қарамасдан нафас тизими касалликларига учраш даражаси ошмоқда. Эпидемиологик тадқиқотлар натижаларига асосан, сурункали респиратор касалликлар билан касалланиш статистик таҳлил маълумотларидан ошади. Ҳозирги даврда ногиронлик ва ўлим ҳолатлари бўйича олдинги қаторларда турган касалликлар орасида бронх-ўпка касалликлари туради [11].

Турли ёшдаги ва миллатдаги инсонлар БАга чалинишади. Мазкур касаллик билан касалланиш оқибати сифатида 300 миллион кишида ногиронликка олиб келади. БАнинг тарқалишини баҳолашда стандартлашган усулларнинг қўлланилиши натижасида, кўпчилик мамлакатларда ушбу касалликнинг тан олиниши 1-18%гача етади [9]. Эпидемиологик тадқиқотлар илгари БА билан касалланиш деярли барча мамлакатларда ўсиб боришини қайд қилган, аммо ҳозирги пайтда касалланиш даражаси турғунлашган [13]. Бронхиал обструкция алвеолаяр гиповентиляцияга олиб келади, бу эса ўз навбатида алвеоляр гипокцияни чақиради. БА бошланишида гипокция сезиларли даражада бўлиб, фақатгина жисмоний зўриқиш вақтида, инфекциялар фаоллашганида содир бўлади. Айни шу вақтда тўқималар гипокцияси ва ши-

кастланганлиги ҳақида дарак берувчи компенсатор реакция сифатида ўпка гипертензияси ва миокард функциясининг ошиши ривожланади [6, 12]. Сурункали обструктив касалликлар билан касалланган беморларда узоқ муддатли ва яққол гипокция ўпка гипертензиясининг турғунлашуви ва миокард дистрофияси ривожланишининг метаболик сабаби ҳисобланувчи энергетик балансни манфий томонга силжиши билан миокард компенсатор қобилиятининг камайишига олиб келади [8]. БА билан касалланган беморларда юрак ичи қон ҳаракатидаги бузилишлар обструктив синдром яққоллиги билан боғлиқ бўлиб, ўпкалардаги ўзгаришлар ва кичик қон айланиши (ККҚА) қон ҳаракатидаги ўзгаришлар сифатида даврий равишда кечади [8]. БА эрта даврида миокард гиперфункцияси, гиперкинетик типдаги қон ҳаракатининг қайта қурилиши, артериал босимнинг ошиши, юрак уриш сонининг (ЮУС) тезлашуви, зарб ҳажмининг (ЗҲ) ошиши, қон айланиши дақиқали ҳажми (ҚАДҲ)нинг ошиши кузатилади [10]. Юрак отилишнинг пасайишига таъсир кўрсатадиган механизмларнинг асосийларидан бири нафас чиқарилиши давомийлигининг ошишига, ҚАДҲ ва юракка келадиган веноз оқимнинг камайишига олиб келадиган ҳаво оқимининга юқори қаршилик ҳисобига кўкрак ичи босимининг ошиши саналади [8]. БА билан касалланган беморларда артериал гипоксемиянинг таъсири нафақат ўнг қоринча (ЎҚ) миокарди систолик функциясининг бузилишига, балки диастола нуқсони феномени ривожланиши билан диастолик функцияга салбий таъсир қилиши – рО2 нинг 50 мм.с.у. дан кам бщлганда юрак мушакларининг аста-секинлик билан самарали бўшашишига олиб келади [1,3,7]. Бир қанча муаллифлар фикрича, БА да энг эрта ўзгаришлардан бири чап қоринча (ЧҚ) диастолик дисфункцияси ривожланиши ва чап бўлмача ҳажми ошиши билан функциясининг бузилиши бўлиб ҳисобланади [2,14], ЎҚ нинг диастолик дисфункцияси ЧҚга қараганда кечроқ БАнинг ўрта ва оғир кечишида ривожланади [1,2,5]. Шундай қилиб, БА билан касалланган беморларда қон ҳаракатининг ўзгариши босқичлиликка эга. ЮҚТТнинг етарли компенсатор имкониятларида юрак функциясининг ошиши гиперкинетик типдаги қон айланиш ривожланиши билан кузатилади. ҚАДҲ нинг ошиши вентиляция самарадорлигининг яхшиланиши, килород сарфланиши коэффициентини оширади [7].

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот 2021-2023 йиллар Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази (ФВКТТМ) пульмонология бўлимида ўтказилди. Текширув протоколи маҳаллий этик қўмита томонидан маъқулланган. Тадқиқотга киритилган барча беморларга текширув режаси тушунтирилди ва уларнинг тадқиқот ўтказилишига ёзма розилиги олинди.

Беморлар тадқиқотга ёзма розилик бергандан сўнг беморлар бир нечта гуруҳларга бўлинди:

1-гуруҳ енгил интермиттирловчи (ЕИ) БА билан – 41 нафар бемор;

2-гуруҳ енгил персистирловчи (ЕП) БА билан – 40 нафар бемор

3-гуруҳ назорат гуруҳи (НГ) – 22 нафар соғломлар.

Соғломлар гуруҳга анамнезида сурункали касалликлар бўлмаган, обекив кўрикда ва ҳужжатларда тасдиқланган БА касаллиги бўлмаган беморлар киритилди.

БА ташхисоти МКБ-10, ЖССТ, ГИНА ва Россия респиратор жамияти (РРЖ) бўйича амалга оширилди.

ЭКГ Холтер мониторлаш (ЭКГ ХМ) ФВКТТМ функционал диагностика бўлимида барча беморларга ўтказилди. ЭКГ Холтер мониторлаш СЧИЛЛЕР МТ-200 Ҳолтер-ЭСГ В 2.71.1 кардиорегистраторини қўллаган ҳолда 24 соатлик ЭКГ амалга оширилиб, кейинчалик автоматлаштирилган анализатор унга мос компьютер - ИБМ ПС да стандарт таҳлил дастури ёрдамида ўтказилди. Мазкур таҳлилда юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишлари, энг кам, ўртача ва энг кўп юрак қисқаришлари сони (ЮҚС), миокард ишемиясини инкор қилиш мақсадида СТ сегменти динамикаси олиб борилди.

ЭхоКГ ФВКТТМ функционал диагностика бўлимида 2-4 МГс ли, кўп частотали Генерал Элестрис Вивид 7 аппаратида кардиал сектор датчик билан ўтказилди. Стандарт ЭхоКГ позициялар қўлланилди. Миокарднинг тузилмавий функционал кўрсаткичлари М ва В модал режимларда ўрганилди. Ўнг ва чап юрак камералар геометриясини баҳолаш стандарт кўрсаткичлар ёрдамида амалга оширилди. Эпикардиал ёғ қалинлиги (ЭЁҚ, мм) миокард ташқи девори ва висцерал перикард ўртасидаги эхонегатив масофани ўлчаш билан баҳоланди.

Магистраль артерияларни дуплекс сканирлаш (МАДС) адвентиция қалинлиги (АҚ), интима медиа комплекси қалинлиги (ИМКҚ) Америка ЭхоКГ бўйича ассоцияцияси консенсусига асосан аниқланди, бунга кўра ИМКҚ юқори чегараси 0,96 мм (0,52-1,4) деб олинди.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқотимизнинг кейинги босқичда яллиғланиш кўрсаткичлари ўртача қийматлардан ошган беморлар танлаб олиниб, уларда юрак қон томир тизими ҳолати яллиғланиш яққоллик даражаси билан боғлиқлигини аниқлаш мақсадида қайта баҳоланди. Мазкур беморлар ЕИ БА гуруҳдан 12 (29,3%) нафар, ЕП БА гуруҳдан 13 (32,5%) нафарни ташкил қилишди (1-жадвал).

1-жадвал.

Лаборатор таҳлил натижалари

Кўрсаткичлар	**ЕИ БА (n=12)**	**ЕП БА (n=13)**	**Назорат гуруҳи (n=22)**	**p**
Лейкоцитлар, *10/л	7,0	7,4#	6,2#	p_{2-3}=0,002
Базофиллар, абс.	0,15	0,15	0,02	и/э
Эозинофиллар, абс.	0,45#	0,45#	0,1#	p_{1-3}=0,03 p_{2-3}=0,02
Нейтрофилар, абс	3,9	4,4#	3,0#	p_{2-3}=0,01
Гранулоцитлар, абс.	4,8	4,2	3,3	и/э
Лимфоцитлар, абс.	2,3	2,1	2,2	и/э
Моноцитлар, абс	0,7	0,8	0,4	и/э
Ne/Lim	1,9	2,5#	1,2#	p_{2-3}=0,02
Тр/Lim	10,2	10,4#	9,1#	p_{1-3}=0,05 p_{2-3}=0,02
АИ	2,3	2,9#	1,6#	p_{2-3}=0,03
ЗЖПЛП, ммоль/л	0,7	0,9	0,4	и/э
УХ, ммоль/л	3,8	4,3#	3,9#	p_{2-3}=0,05
ЗЮЛП	1,4	1,4	1,3	и/э
ЗПЛП	2,4	2,5#	1,8#	p_{2-3}=0,05
ТГ, ммоль/л	1,4	1,8	1,0	и/э
СРО, мг/л	0,9	0,9	0,4	и/э
ФНГ, г/л	3,6#	4,0#	2,1#	p_{1-3}=0,02 p_{2-3}=0,002
Умумий IgE, ХБ/мл	372,0#	471,5#	55,6#	p_{2-3}=0,0001 p_{2-3}=0,0001

Изоҳ: *# - гуруҳлар ўртасидаги ишончлилик даражаси (p<0,05)*

2-жадвал

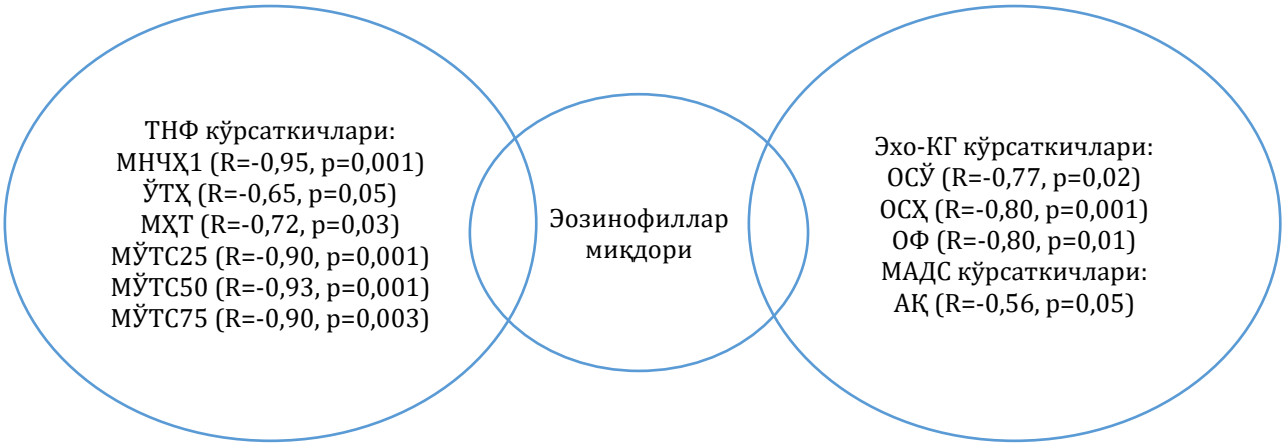
Асбобий текширув натижалари

Кўрсаткичлар	**ЕИ БА (n=12)**	**ЕП БА (n=13)**	**Назорат гуруҳи (n=22)**	**p**
ЎТС, %	100	116	102	и/э
МНЧҲ$_1$, %	94#	94#	103#	p_{1-3}=0,01 p_{2-3}=0,02
ЎҲТ, %	83#	81#	118#	p_{1-3}=0,002 p_{2-3}=0,001
МҲТ, %	99#	104	109#	p_{1-3}=0,05
Тиффно индекси	96#	94#	110#	p_{1-3}=0,001 p_{2-3}=0,0001
МЎТС$_{25}$, %	90	88#	102#	p_{2-3}=0,04
МЎТС$_{50}$, %	89#	83#	110#	p_{1-3}=0,02 p_{2-3}=0,0001
МЎТС$_{75}$, %	93#	76#	120#	p_{1-3}=0,002 p_{2-3}=0,0001
ЧБ, мм	34	32	28	и/э
АД, мм	32	27	30	и/э
ОДЎ, мм	51	47#	50#	p_{2-3}=0,03
ОСЎ, мм	35	31	35#	и/э
ОДҲ, мл	127#	111	118#	p_{1-3}=0,04
ОСҲ, мл	44	36	46#	и/э
ЗҲ, мл	76	71#	72#	p_{2-3}=0,05
ОФ, %	68	68	66	и/э
ҚАТ, мм	9,5	10#	8,5#	p_{2-3}=0,03
ЧҚОД, мм	9,5	9,5#	8,5#	p_{1-3}=0,02 p_{2-3}=0,04
ЧҚММ, г	153#	155#	141,2#	p_{1-3}=0,05 p_{2-3}=0,05

ЧҚММИ г/м²	88	82	77,2	и/э
ЎҚ, мм	26#	24	23#	p_{1-3}=0,03
ЭЁ, мм	0,2	2,1#	0#	p_{2-3}=0,0001
ИМКҚ (ўнг томон), мм	0,6	0,6	0,6	и/э
АҚ (ўнг томон), мм	0,5#	0,6#	0,4#	p_{1-3}=0,003 p_{2-3}=0,005
АҚ + ИМКҚ, (ўнг томон)	1,0	1,2#	1,0#	p_{2-3}=0,05
ИМКҚ (чап томон), мм	0,5	0,6	0,5	и/э
АҚ (чап томон), мм	0,5	0,6#	0,5#	p_{2-3}=0,001
АҚ + ИМКҚ, (чап томон)	0,9#	1,2#	1,0	p_{1-2}=0,05
Энг кам ЮҚС, 1 дақиқада	44#	42	37#	p_{1-3}=0,003
Энг кўп ЮҚС, 1 дақиқада	180#	255	218#	p_{1-3}=0,02
Ўртача ЮҚС, 1 дақиқада	73#	73#	64#	p_{1-3}=0,02 p_{2-3}=0,03
Брадикардия (1 дақиқада 50 тадан кам), клмплекс сони	146	0#	433#	p_{2-3}=0,02
Тахикардия (1 дақиқада 100 мартадан кўп), комплекс сони	88	68	66	и/э
Пауза (1,5 сониядан кўп), сони	1,1№	0#	18,0#	p_{1-3}=0,03 p_{2-3}=0,003
Қоринча экстрасистолияси (ҚЭ), сони	0	0	0	и/э
Қоринча усти экстрасистолияси (ҚУЭ), сони	3,3	0#	2,5#	p_{2-3}=0,05

Изоҳ: *# - гуруҳлар ўртасидаги ишончлилик даражаси (p<0,05)*

Кутилганидек, иккала беморлар гуруҳида лейкоцитлар (p_{2-3}=0,002), эозинофиллар (p_{1-3}=0,03, p_{2-3}=0,02), умумий IgE (p_{2-3}=0,0001, p_{2-3}=0,0001) каби кўрсаткичлар назорат гуруҳидан ишончли равишда фарқланди. Шунингдек, ФНГ даражаси (p_{1-3}=0,02, p_{2-3}=0,002) даражаси ва СРО даражаси БА билан касалланган беморларда соғлом гуруҳдаги беморларга қараганда юқори эканлиги аниқланди. Липид спектри кўрсаткичларидан УХ, АИ ва ЗПЛП ЕП БА гуруҳида ишончли даражада юқори эканлиги аниқланди. БА шаклини инобатга олган ҳолда ТГ ошишга ва ЗЮЛП камайишга мойиллиги кузатилмади.



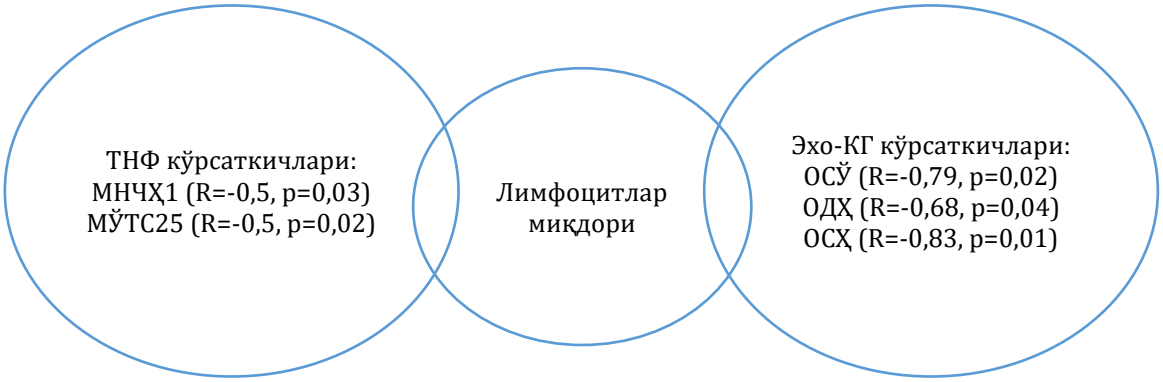
1-расм. **ЕП БАда эозинофиллар миқдори ва ТНФ, ЭхоКг, МАДС кўрсаткичлари орасида ўзаро корреляцион боғлиқлик**

БА авж олиши билан ТНФ да обструктив ўзгаришлар ошиб боради, шунга мос равишда юрак ишида ҳам миқдорий ўзгаришлар кузатилади, шунингдек ЕП БА гуруҳида беморларда ЎҚ ўлчамлари таққослаш гуруҳидаги беморларга қараганда юқорироқ натижаларни қайд қилди. Назорат гуруҳи беморларига қараганда ЕП БА билан касалланган гуруҳ беморларида ЭЁ қалинлиги бўйича ҳам ишончли даражада фарқланди (p_{2-3}=0,0001). Иккала гуруҳ беморлари назорат гуруҳидагидан АҚ кўрсаткичлари бўйича ишончли фарқланди (p_{1-3}=0,003, $p2_{-3}$=0,005).

ЕИ БА гуруҳи беморларида чекиш ва ЗЮЛП даражаси ўртасида ўртача кучдаги қайтар боғлиқлик аниқланди (R=-0,80, p=0,01). Шунингдек, олинган натижалар ЕИ ва ЕП БА да яллиғланиш кўрсаткичлари ва юрак-нафас олиш тизими-

даги ўзгаришлар ўртасида “тегиниш нуқтаси” ни тахмин қилишга имкон берди (2-расм).

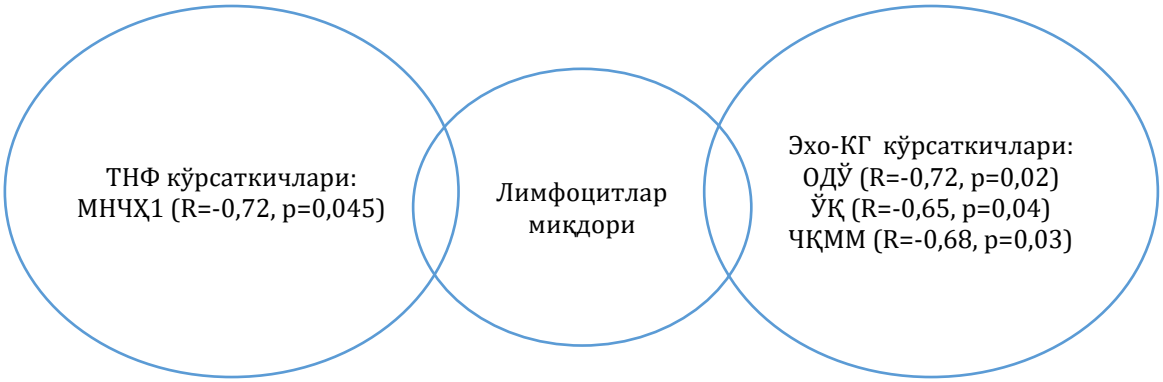
Бу боғланишлардан ташқари, муҳим бўлган бошқа коррелаяцион боғлиқликлар мавжудлиги аниқланди: СРО ва ИМҚ (R=0,70, p=0,04), ЗЮЛП ва ЧҚММИ (R=0,73, p=0,03).



2-расм. **Лимфоцит, ТНФ ва ЭхоКГ кўрсаткичлари орасидаги ўзаро корреляцион боғлиқлик**

Корреляцион таҳлил давомида ЕП БА гуруҳида чекиш ва нейтрофил-лимфоцитар нисбат ва томир девори суммар қалинлиги ўртасида аниқланди: Ne/Lim ва АҚ+ИМҚ (R=0,60, p=0,05), ЎҲТ ва ИМҚ (R=-0,62, p=0,04). Яллиғланиш кўрсаткичлари ва ЭЁ қалинлиги ўртасида ўртача кучдаги корреляцион боғлиқлик аниқланди: Ne/Lim и ЭЁ (R=0,50, p=0,05), СРО ва ЭЁ (R=0,55, p=0,05), эозинофиллар миқдори ва АҚ (R=0,45, p=0,05).

Аҳамиятга молик мусбат корреляцион боғлиқликлардан яна бири, нейтрофил-лимфоцитар нисбат ва томир девори суммар қалинлиги ўртасида аниқланди: Ne/Lim ва АҚ+ИМҚ (R=0,60, p=0,05), ЎҲТ ва ИМҚ (R=-0,62, p=0,04). Яллиғланиш кўрсаткичлари ва ЭЁ қалинлиги ўртасида ўртача кучдаги корреляцион боғлиқлик аниқланди: Ne/Lim и ЭЁ (R=0,50, p=0,05), СРО ва ЭЁ (R=0,55, p=0,05), эозинофиллар миқдори ва АҚ (R=0,45, p=0,05).



3-расм. **Лимфоцитлар ва ТНФ, ЭхоКГ кўрсаткичлари ўртасида корреляцион боғлиқликлар**

Хулоса. Олинган натижалардан шуни айтиш мумкинки, БА енгил кечиш шакллари билан бўлган беморларда юрак-қон томир тизими зарарланиш клиник белгилар бўлмаганда юрак-нафас тизимидаги бошланғич клиник олди ўзгаришларни тавсифловчи баъзи бир хусусиятлар мавжуд бўлиши мумкин, айнан мана шу хусусиятлар тадқиқот давомида аниқланди. ЭхоКГ натижалари асосида ЕП БА билан касалланган беморларда чап қоринча концентрик ремоделланиш шаклланиш белгилари ҳамда диастолик функциянинг бузилиши ва эрта ривожланадиган фиброзга олиб келувчи ЭЁ максимал қалинлиги аниқланди. Шунингдек, МАДСда мазкур гуруҳ беморларида АҚ ҳамда ИМКҚ нинг максимал қийматларда эканлиги қайд этилди.

Адабиётлар.

1. Енисеева Е.С. и др. Состояние гемодинамики и диастолическая функция правого желудочка у больных бронхиальной астмой // Тер. архив. - 2015. - №8. - С. 39-42.

2. Козлова Л.Т. Хронические обструктивные заболевания легких и ишемическая болезнь сердца: некоторые аспекты функциональной диагностики // Пульмонология. - 2011. - №2. - С. 9-12.

3. Мартынюк Т.В. и др. Эндотелиальная дисфункция у больных с легочной гипертензией // Кардиология. - 2017. - №3. - С. 25-29.

4. Никитина И.Н. Комплексная оценка эндотелиальной дисфункции с использованием компрессионной осциллометрии и определением уровня ассиметричного диметиларгинина у больных бронхиальной астмой // автореф. дисс. к.м.н. Рязань. – 2022. –– 27-с.

5. Перлей В.Е. Функционирование правых отделов сердца и развитие правожелуд очко вой недостаточности у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких // PMB - 2018. - №2. - С. 9-13.

6. Сабадышин Р.А. и др. Состояние тканевой диффузии кислорода у больных хронической сердечной недостаточности // Кардиология. - 2013. - Т. 33. - №1. - С. 58-60.

7. Сильверстов В.П. и др. Хроническое легочное сердце: механизмы формирования и прогрессирования // Тер. архив. - 2021. - №3. - С. 103-105.

8. Шалашова Е.А. Диагностика ранних изменении функционального состояния кардиореспираторной системы у больных с бронхиальной астмой // автореф. дисс. к.м.н. Ульяновск. – 2016. 46-с.

9. Шаханов А.В. Клиническое значение полиморфизма генов NOS1 и NOS3 и Оксида Азота у больных бронхиальной астмой и гипертонической болезнью // дис. канд. мед. Наук. – Рязань, 2017. – Текст: непосредственный.

10. Школьниковой М.А. Синдром удлиненного интервала Q-T // М: Медпрактика. – 2021. - С. 9-112.

11. Bateman E.D. et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary // European respiratory journal. – 2021. – Vol. 31, № 1. – P. 143–178.

12. Burdet L. et al. Thermogenic effect of bronchodilators in patients with chronic obstructive pulmonary disease // Thorax. -2017. - Vol. 52, №2. - P. 130-135.

13. Helms M.N. et al. Role of SGK1 in nitric oxide inhibition of ENaC in Na+–transporting epithelia // American journal of physiology – Cell physiology. – 2015. – Vol. 289, № 3. – P. C. 717–726.

14. Kohama A. et al. Pathologic involvement of the left ventricle in chronic cor pulmonale. // Chest/ - 2010. - Vol. 98. - P. 794- 800.

Муминов Даврон Кадирович - т.ф.д., доцент
Мусаев Фарход Тахирович - мустақил изланувчи
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

ЎПКА СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ДАВОЛАШДАН ОЛДИНГИ УМУМИЙ КЛИНИК ТАВСИФИ

Аннотация. *Мазкур мақолада ўпка сурункали обструктив касаллиги хавф тури ва даволаш давомийлигига боғлиқ равишда тизимли яллиғланиш кўрсаткичларининг динамикадаги ўзгаришларига асосланган ҳолда яллиғланишга қарши даволаш натижалари таҳлили келтирилган.*
Калит сўзлар: *ўпка сурункали обструктив касаллиги, даволаш, рофлумиласт.*

Муминов Даврон Кадқрович - д.м.н., доцент
Мусаев Фарход Тахирович - свободный соискатель
Ташкентский педиатрический медицинский институт

ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Аннотация. *В данной статье представлен анализ результатов противовоспалительного лечения хронической обструктивной болезни легких на основе изменений в динамике показателей системного воспаления в зависимости от вида риска и продолжительности лечения.*
Ключевые слова: *хроническая обструктивная болезнь легких, лечение, рофлумиласт.*

Muminov Davron Kadirovich - D.M.Sc., associate professor
Musaev Farkhod Takhirovich - independent researcher
Tashkent Pediatric Medical Institute

GENERAL CLINICAL CHARACTERISTICS BEFORE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE DISEASE

Annotation. *This article presents an analysis of the results of anti-inflammatory treatment of chronic obstructive pulmonary disease based on changes in the dynamics of indicators of systemic inflammation depending on the type of risk and duration of treatment.*
Key words: *chronic obstructive pulmonary disease, treatment, roflumilast.*

Тадқиқот долзарблиги. ЎСОКда нафас олиш йўлининг яллиғланиш патогенезида организмнинг иммун реактивлик ҳолати жуда катта аҳамиятга эга. Иммун ўзгаришлар биринчи навбатда нефтрофиллар, макрофаглар, СД8+Т-лимфоцитлар миқдорининг ошиши билан боғлиқдир [9]. ЎСОКда нафас йўлларининг сурункали яллиғланишга аҳамиятли медиаторларига интерлейкин (ИЛ) – 6, ўсма некрози омили (ЎНО)-α, ИЛ-8 кабилар киради. Ситокинлар вирус, бактерия, токсинлар каби патогенларнинг организмга киришига жавоб тариқасида иммунитетга алоқадор турли ҳужайралар (лимфоцитлар, моноцитлар, гранулоцитлар, эндотелиоцитлар ва бошқалар) томонидан ажралиб чиқадиган оқсилли медиаторлар саналади. Ситокинлар кенг кўламдаги биологик фаолликка эга бўлиб, иммун ва яллиғланиш жавоб реакциясида ҳужайралараро ўзаро таъсир кўрсатади Улар иммун тизим медиаторлари функциясини бажаради, иммун жавоб кучи, давомийлигини бошқаради, яллиғланиш жараёнини турини ва кучини аниқлаб беради [2, 7].

Фосфодиестераза-4 (ФДЭ-4) бўғувчилари узоқ йиллардан бери яллиғланишга қарши юқори самарадорлиги билан ажралиб келади [1, 3, 8]. ФДЕ-4 бўғувчилари исботловчи тиббиёт тамойилларига асосланган ҳолатда ГОЛДнинг янгиланган тавсияларида ЎСОК даволашида янги синф дори воситалари сифатида киритилган. Бу янги синф дори воситаларининг биринчи вакили – рофлумиластдир [6].

ФДЭ-4 бўғувчилари ЎСОКда яллиғланиш жараёнини камайтиради. Шунингдек анамнезида рофлумиласт тез тез қўзишли 3 ва 4 босқичдаги, сурункали бронхит билан биргаликдаги ЎСОКда оғиз орқали қабул қилинадиган кортикостероидлар билан биргаликда қўлланилганда қўзишлар сони камаяди [10].

Рофлумиласт ФДЭ-4 ЎСОКда махсус яллиғланишга масъул фермент бўғувчилари бўлиб, стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дори воситасидир. Рофлумиласт таъсири ФДЭ-4

3 кичик типига (А, Б ва Д) асосланган. Уларнинг ҳар бири циклик аденозинмонофосфат (цАМФ) метаболизмини бошқаришда ва унинг фаол бўлмаган шаклига – АМФ яллиғланиш чақирувчи ва иммун ҳужайраларга ўтишида иштирок этади, бу эса эффектор оқсиллар фосфорилланишини амалга оширадиган ҳужайралар протеинкиназа фаоллигининг пасайишини чақиради [5].

Бунинг натижасида яллиғланиш чақирувчи медиаторлар ажралиб чиқариши ва нейтрофиллар, Т-лимфоцитлар (СД8+) яллиғланиш чақириш фаоллиги пасаяди. ФДЭ-4 нинг ц-АМФга нисбатан махсус таъсири ва яллиғланиш чақирувчи ҳужайралар ва тузилмаларда айнан шу изоформалари миқдорининг ошиши ЎСОКда сурункали яллиғланишга асосий нишон даволовчи таъсир сифатидаги фермент саналади.

Рофлумиластнинг қўлланилиши лейкоцитлар, эндотелиоцитлар, фибробластлар функциясининг бузилишининг пасайиши ҳисобига ўпкаларда махсус яллиғланиш жараёнининг тўхташига олб келади. Рофлумиласт мукотсилиар аппаратга ижобий таъсир кўрсатади, фиброзланишга тўсқинлик қилади ва ўпка тўқимасида эмфизема ривожланиши, ўпка томирларининг қайта қурилишига тўсқинлик қилади.

Рофлумласт қўлланилганда ташқи нафас функциясининг яхшиланиши унинг нейтрофиллар миқдорига таъсири билан боғлиқ. Тадқиқотларга асосан, ташқи нафас фаолияти кўрсаткичларининг пасайиши балғамда нейтрофиллар миқдорига тўғри пропорционалдир. Нейтрофиллар миқдорининг ошганлик ҳолати нафас йўллари обструкцияси ва балғамнинг сурункали ажралиши мавжуд бўлган беморларда кузатилган.

Шу сабаб ФДЭ-4 бўғувчилари исботланган клиник самарадорликка эга, яхши ўзлаштириладиган ва ножўя таъсирлари ниҳоятда кам бўлган дори воситалари гуруҳига киради. Аммо замонавий адабиётларда мазкур дори воситаларининг ЎСОК категорияларига боғлиқ ҳолда тизимли яллиғланиш фаоллигига таъсирини кўрсатувчи тадқиқотлар мавжуд эмас. Демак, адабиётлар таҳлили асосида шуни айтиш мумкинки ЎСОК билан касалланган беморларга мазкур дори воситалар қабулидан кейинги узоқ муддат давомидаги касаллик оқибатларини ўрганиш эҳтиёжи туғилган [4].

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот 2021-2024 йиллар Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази пульмонология бўлимида ўтказилди. Текширув протоколи маҳаллий этик қўмита томонидан маъқулланган. Тадқиқотга киритилган барча беморларга текширув режаси тушунтирилди ва уларнинг тадқиқот ўтказилишига ёзма розилиги олинди.

ЎСОК ташхиси МКБ-10, клиник протокол ва клиник тавсияномалар асосида қўйилди. Жами тадқиқотга иштирокчилар 130 нафарни ташкил қилди, жумладан ЎСОК билан касалланган беморлар 110 нафар, амалий соғлом шахслар 20 нафар. ЎСОК билан касалланган беморлар 2 гуруҳга бўлинди: 1 гуруҳ (53 нафар) А ва Б туркумга кирадиганлар, 2 гуруҳга (57 нафар) С ва Д туркумга кирадиганлар. Ўтказилган даволаш турига қараб қуйидаги кичик гуруҳлар ажратилди: А кичик гуруҳ – бронхолитик терапияга қўшимча равишда ҳар куни 500 мкг ФДЕ-4 бўғувчиси (рофлумиласт) ичишга берилган 1-ва 2-гуруҳ беморлари (1А ва 2 А кичик гуруҳлари); Б кичик гуруҳ – GOLD даволаш схемаси асосида бронхолитик дори воситалар қабул қилаётган беморлар (1Б ва 2 Б кичик гуруҳлари).

Яллиғланиш маркерларини аниқлаш мақсадида ИФТ олиб борилди. Серологик таҳлил асосида ИЛ-6, ИЛ-8 («Вектор-Бест», Россия), СРО, ЎНО-α (“Biochemmack”, Австрия).

ИФТ да текшириладиган намуналар аҳамиятлилик оралиғи 2-50 мкмол/л атрофида бўлди. Беморлар стационарга қабул қилинганидан кейин, даволаш стандартларга мувофиқ касаллик қўзиш пайтида узоқ таъсир давомийликдаги бронхолитикларга қўшимча равишда қисқа таъсир қилувчи бронходилятаторлар ингаляцион комбинация шаклда қўлланилди (жумладан, «Беродуал Н» 2 дозадан қўлланилди, дори воситанинг 1 ингаляцион дозаси 21 мкг ипратропиум бромид моногидрати ва 50 мкг фенотерол гидробромид сақлайди). Кўрсатма мавжуд бўлганда 2 гуруҳ беморларига ГКС 5-7 кун давомида (преднизолон суткасига 30-40 мг ичишга) қўлланилди. N.R. Anthonisen бўйича 2 мезон бўлганда (ҳансира кучайиши, балғам миқдорининг ошиши ва йирингли тусга кириши) сезгирлик натижалари асосида антибиотикотерапия ўтказилди. Балғам умумий таҳлили (БУТ), антибиотикларга сезгирлик (АС), аллергик реакциялар ва нохуш оқибат хавф омили мавжудлиги асосида қуйидаги антибиотиклар қўлланилди: моксифлоксатсин суткасига 400 мг, амокситсиллин/клавуланат 625 мг дан кунига 2 маҳал ёки сефиксим 200 мгдан кунига 2 маҳал 5 кун давомида.

Агар беморнинг кислородга тўйинганлик даражаси 88%дан кам бўлганда 1-2 л/дақиқасига Вентури маскаси орқали кислородотерапия олиб борилиб, қачонки 88-92% гача етганда тўхтатилди.

Беморлар GOLD бўйича хавф категориясига қараб ҳар кунги даволаш мақсадида қуйидаги дори воситалар қўлланилди: узоқ таъсирдаги М-холинолитик – тиотропиум бромид 18 мкг кунига ё маҳал, узоқ таъсирдаги β2-агонист (формотерол 4,5-12 мкг) кунига 1 маҳал ёки мазкур саналган дори воситалар биргаликда қўлланилган. 1А ва 2А кичик гуруҳидаги беморларга қўшимча тарзда ФДЭ-4 ингибитори (рофлумиласт) 500 мкг дан 12 ой давомида эрталаб қабул қилиш тушунтирилган.

Тадқиқот давомида олинган натижаларнинг статистик таҳлили Statistica 10,0 дастурий таъминоти ёрдамида вариацион қаторлар усулида олиб борилди.

Тадқиқот натижалари. Беморларнинг ёш хусусиятлари ЖССТ ёш категорияси таснифига асосан ўрганилди. 1-гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши 57,2±1,2 ёш, 2-гуруҳ беморлариники 62,1±1,4 (p<0,05) ни ташкил қилди. 35 ёшдан кичик беморлар тадқиқотга иштирок этишмади (1-жадвал).

1-жадвал.

Тадқиқотдаги беморларнинг ёш ва жинс бўйича тақсимланиши

Беморлар гуруҳи	36-45 ва 46-60 ёш		60-74 ёш		Жами	
	эркак, n (%)	аёл, n (%)	эркак, n (%)	аёл, n (%)	эркак, n (%)	аёл, n (%)
1-гуруҳ, 53	28 (52,8%)	-	22 (41,5%)	3 (5,7%)	50 (94,3%)	3 (5,7%)
2-гуруҳ, 57	19 (33,3%)	1 (1,8%)	34 (59,6%)	3 (5,3%)	53 (93%)	4 (7%)

Тадқиқот вақтида 101 (91,8%) нафар эркак бемор чекиши аниқланди, улардан 14 (13,8%) нафарида чекиш билан касбий ва маиший зарарли омиллар (чанг, газ, кўмирли печкалар ва ҳоказо) билан бирга кузатилган. 2-жадвалда чекиш анамнези бўйича таҳлили кўрсатиб ўтилган.

2-жадвал.

Беморларда чекиш анамнези

Чекиш анамнези	1-гуруҳ	2-гуруҳ	p
Чекиш давомийлиги	27,54±2,26	32,4±3,2	>0,05
Чекишни бошлаган пайтдаги ёши	22,43±2,3	23,5±2,6	>0,05
Ҳар куни чекадиган сигаретлар сони	23,4±2,4	23,5±1,6	>0,05
Чекувчи индекси	33,7±2,6	35,7±3,8	>0,05

Иккала гуруҳ беморларида тана вазни индекси (ТВИ) ошганлиги кузатилди, яъни 1-гуруҳда – 26,7±0,7 кг/м^{2,} 2-гуруҳда эса - 26,7±0,7 кг/м^2 ташкил қилди.

ЎСОК давомийлиги 2 йилдан 29 йилгача кузатилди, яъни 1-гуруҳда – 10,7±0,65 йил, 2-гуруҳда эса - 14,9±2,5 йилни ташкил қилди.

Касалликнинг қўзиши баҳоланганда, 1-ва 2-гуруҳ беморларида қўзишга келтирувчи сабаблар сифатида совуқ қотиш (мос равишда 14 (26,4%) ва 13 (22,8%); χ^2=0,13, p>0,05), ўткир респиратор вирусли инфекция (мос равишда 25 (47,2%) ва 27 (47,4%), χ^2=1,2, p>0,05) ва уларнинг биргаликда келиши билан (мос равишда 13 (24,3%) ва 16 (28%), χ^2=0,24, p>0,05) кузатилган. Кузги-баҳорги қўзиш 58 (52,7%) ҳолатда кузатилган.

93 нафар (84,5%) беморларда бактериялар аниқланганлиги сабабли беморларнинг стационарга ётганининг (ўртача 8,8±1,5 кун)илк кунидан антибиотиклар буюрилган. Балғамдан бактериологик экма олинганида қуйидаги бактериялар аниқланган: 1 мл балғамда 10^5 КОЕдан кўп миқдорда 36 (32,7%) Streptococcus pneumonia, 24 (21,8%) Haemophilus influenza, 13 (11,8%) Enterobacteriaceae, 15 (13,6%) Maraxella catarhalis, 8 (7,3%) Pseudomonas aeruginosa, 6 (5,4%) Staphylococcus aureus ва 5 (4,5%) бошқа микроорганизмлар аниқланган.

“Кам қўзиш” билан (йилига 0-1 марта) фенотипли беморлар 1-гуруҳга киритилиб, 53 (48,2%) нафарни ташкил қилишди. “Тез-тез қўзиш” билан (йилига 2 мартадан кўп) 2-гуруҳга киритилиб 57 (51,8%) кишини ташкил қилишди. 1А ва 1Б кичик гуруҳда касаллик қўзишлари туфайли касалхонага ётишлар мос равишда йилига 1,1±0,03 ва 1,2±0,07 марта (p>0,05), 2А ва 2Б кичик гуруҳларида эса мос равишда йилига 2,2±0,08 ва 2,3±0,18 марта кузатилган. Клиник белгилари сифатида асосан қийин ажралувчи шиллиқ ёки шиллиқ-йирингли балғамли йўтал 94 (85,5%) нафар, жисмоний зўриқишда кузатиладиган ҳансираш 100 (90,9%) нафар беморларда кузатилди.

Перкуссияда қутича товушининг эшитилиши 1-гуруҳ беморларининг 20 (37,7%) нафарида, 2-гуруҳ беморларининг 35 (61,4%) нафарида кузатилди. Аускултацияда ўпкаларда 1-гуруҳ беморларнинг 33 (62,3%) нафарида узайган нафас чиқариш билан везикуляр нафас, 2-гуруҳ беморларининг 34 (59,6%) нафарида ўпканинг пастки қисмларида сусайган везикуляр нафас эшитилди. 1-гуруҳ беморларида нафас олишлар сони (НОС) ўртача 1 дақиқада 22±5,8 марта, 2-гуруҳ беморларида эса 23±5,3 мартани ташкил қилди. SpO_2 1-гуруҳ беморларида ўртача 97,4±2,42%, 2-гуруҳ беморларида эса 94,3±1,54%. Юрак қисқаришлар сони (ЮҚС) 1 дақиқада 1-гуруҳ беморларида ўртача 77,4±3,3 марта, 2-гуруҳ беморларида эса 82,6±2,5 марта.

Ҳансираш mMRC бўйича баҳоланганда қуйидаги натижалар олинди (3-жадвал):

3-жадвал.

ЎСОК билан беморларда mMRC бўйича ҳансираш даражаси

Кичик гуруҳлар	mMRC ҳансираш шкаласи		χ^2, p
	0-1 балл, n (%)	≥2 балл, n (%)	
1А, n=25	8 (32%)	17 (68%)	χ^2_1=0,06, p_1>0,05
1Б, n=28	11 (39,3%)	17 (60,7%)	
2А, n=27	4 (14,8%)	23 (85,2%)	χ^2_2=2,46, p_2>0,05
2Б, n=30	4 (13,3%)	26 (86,7%)	

***Изоҳ: χ^2, p** – муқобил тақсимланиш кўрсаткич мезони (χ^2_1 - 1А ва 1Б ҳамда χ^2_2 – 2А ва 2Б кичик гуруҳлар ўртасидаги)*

3-жадвалда 1А ва 1Б кичик гуруҳ (мос равишда 68% ва 60,7%) ҳамда 2А ва 2Б кичик гуруҳ (мос равишда 85,2% ва 86,7%) беморларида ҳансираш яққоллиги ≥2 балл бўлганлари устунлик қилди.

Беморларнинг ҳаёт сифати таҳлили САТ сўровномаси асосида олиб борилганда 1-гуруҳ беморларида ЎСОКнинг ҳар кунлик фаолиятига сезиларли таъсир кўрсатган (ўртача 10,43±0,04 балл), аммо беморларнинг биронтасида >20 баллдан юқори натижа кузатилмади. 2-гуруҳ беморларининг ҳар кунлик фаолиятига ЎСОК яққол таъсир кўрсатган ҳамда САТ сўровномаси ўртача натижаси 22,54±1,04 баллни ташкил қилган.

Замонавий таснифи бўйича 1А ва 1Б кичик гуруҳда бронхиал обструкциянинг ўрта оғир тури, 2А ва 2Б кичик гуруҳларида эса оғир кечишдаги тури устунлик қилган (4-жадвал).

4-жадвал.

Бронхиал обструкция даражасига кўра беморларнинг тақсимланиши

Бронхиал обструкция даражаси	1-гуруҳ		2-гуруҳ	
	1А кичик гуруҳ, n (%)	1Б кичик гуруҳ, n (%)	2А кичик гуруҳ, n (%)	1Б кичик гуруҳ, n (%)
I (енгил)	1 (4%)	3 (10,7%)	-	-
II (ўрта оғир)	23 (92%)	24 (85,7%)	3 (12%)	3 (10%)
III (оғир)	-	-	22 (88%)	27 (90%)
IV (жуда оғир)	-	-	-	-

Спирометрия натижаларига кўра 1А ва 1Б кичик гуруҳларидаги беморларда $МНЧҲ_1$ мос равишда ўртача 61,3% ва 60,8%, 2А ва 2Б кичик гуруҳларидагиларда эса мос равишда 43,7% ва 42,5% ни ташкил қилган. $МНЧҲ_1$/ЎМТС иккала гуруҳ беморларида 70% кам эди (5-жадвал).

5-жадвал.

Ташқи нафас функциясининг даволашдан олдинги кўрсаткичлари

Гуруҳлар	$МНЧҲ_1$	$МНЧҲ_1$/ЎМТС
Соғломлар, n=20	92,5%	95,7%
1А кичик гуруҳ, n=25	61,3%*	61,6%*
1Б кичик гуруҳ, n=28	60,8%*	60,5%*
2А кичик гуруҳ, n=27	43,7%*	55,7%*
2Б кичик гуруҳ, n=30	42,5%*	53,8%*

***Изоҳ: *** - кичик гуруҳ беморлар ва соғлом шахслар ўртасидаги статистик ишончлилик*

ЎСОКнинг GOLD таснифига асосан А категорияга - 15 (13,6%) нафар, В категорияга – 28 (25,4%) нафар, С категорияга – 18 (16,4%), D категорияга – 46 (41,8%) нафар бемор кирди.

Бўлимга ётқизилгандан 3-4 кундан кейин беморларнинг жисмоний зўриқишга чидамлиликни аниқлаш учун 6 дақиқалик юриш синамаси ўтказилди (6-жадвал).

6-жадвал.

ЎСОК билан касалланган беморларда 6 дақиқалик юриш синамаси натижалари

Кўрсаткичлар	Кам хавфли ЎСОК (n=53)		Юқори хавфли ЎСОК (n=57)	
	Синамадан олдин	Синамадан кейин	Синамадан олдин	Синамадан кейин
Босиб ўтилган масофа, м	446,3±22,5	517,3±28,7*	385,3±17,4	507,3±33,2*
1 дақиқада ЮҚС	74,6±2,6	78,5±2,87	82,6±3,5	88,2±2,56

SpO_2 (%)	95,9±2,23	93,4±1,32	92,5±1,44	88,6±1,55
Ҳансираш (баллар)	2,45±0,21	3,11±0,11*	3,26±0,14	4,32±0,64*

***Изоҳ:** * - даволашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан фарқлар ишончли (p<0,05)*

Олинган натижалар 1-гуруҳдаги беморларда босиб ўтилган масофа синамадан олдинги кўрсаткичлардан 17,7%га кам эканлигини кўрсатди (446,3±22,5, p<0,05). ЮҚС ва SpO_2 зўриқиш синамаси якунида ишончли тарзда ўзгармади, мос равишда 74,6±2,6 ва 95,9±2,23%ни ташкил қилди, ҳансираш синамадан олдинги кўрсаткичлардан 21,2%га кучайди (p<0,05).

2-гуруҳдаги беморларда босиб ўтилган масофа синамадан олдинги кўрсаткичдан 24,9%га фарқ қилганлиги (p<0,05), ЮҚС ва SpO_2 эса ишончли ўзгармади, ҳансираш синамадан олдинги натижадан 24,5%га яққолроқ намоён бўлди. 2.7-жадвалда 1-гурудаг и 7 нафар (13,2%) беморда, 2-гуруҳдаги 22 нафар (38,5%) беморда ташхислаш ва даволаш мақсадида бронхоскопия натижалари келтирилган.

Кўпчилик беморларда бронх шиллиқ қаватининг турли яққоллик даражасидаги яллиғланишлари аниқланган. Иккала гуруҳ беморларида тарқалган эндобронхит белгилари кузатилган, аммо 1-гуруҳ беморларида яллиғланиш фаоллигининг кўпроқ 1-2-даражадагиси, 2-гуруҳда эса 2-3-даражаси аниқланган.

Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенологик текширувида 1-ва 2-гуруҳ беморларида мос равишда қуйидаги нисбатларда ўзгаришлар кузатилди: 25 (28,3%) ва 31 (54,4%) пневмосклероз, 8 (15%) ва 27 (47,4%) ўчоқли ёки тарқалган эмфизема, 27 (50,9%) ва 7 (12,3%) бронхларнинг зарарланиш белгилари, 2 (3,8%) ва 16 (28%) ўпка суратининг кучайиши ва ўнг қоринчанинг кенгайиши.

Текширув давомида 1-гуруҳ беморларининг 34 нафарида (64,2%) ЎСОК бронхитик типи, 19 нафарида (35,8%) эмфизематоз типи, 2-гуруҳ беморларда эса бронхитик ва эмфизематоз тип мос равишда 35 (61,4%) ва 22 (38,6%) ни ташкил қилди, демак ушбу гуруҳда эмфизематоз тип билан беморлар устунлик қилишди. Тадқиқотдаги иккала гуруҳ беморларда ЭКГ натижалари таҳлил қилинганида деярли бир хил даражада ўзгаришлар кузатилди, яъни 23 нафар (20,9%) беморларда синусли тахикардия, 14 нафарида (12,7%) қоринча экстрасистолияси, 17 нафарида (15,4%) Гисс тутами ўнг оёқчаси тўлиқ бўлмаган қамали. Умумклиник ва қон биокимёвий таҳлилида катта аҳамиятга эга бўлмаган қуйидаги ўзгаришлар кузатилди. 2-гуруҳ беморларида 1-гуруҳ беморларига қараганда кўпроқ ЭЧТ нинг ошиши (χ^2=8,54, p<0,05), СРО ошиши (χ^2=8,48, p<0,05) ва ФНГнинг ошиши (χ^2=7,45, p<0,05) кузатилди.

Хулоса. Беморларнинг ёш хусусиятлари ЖССТ ёш категорияси таснифига асосан ўрганилди. 1-гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши 57,2±1,2 ёш, 2-гуруҳ беморлариники 62,1±1,4 (p<0,05) ни ташкил қилди.

Тадқиқот вақтида 101 (91,8%) нафар эркак бемор чекиши аниқланди, улардан 14 (13,8%) нафарида чекиш билан касбий ва маиший зарарли омиллар (чанг, газ, кўмирли печкалар ва ҳоказо) билан бирга кузатилган.

Адабиётлар.

1. Авдеев С.Н. Ингибиторы фосфодиэстеразы-4: новые перспективы противовоспалительной терапии ХОБЛ // Фарматека. - 2018. - Т.257, № 4. - С. 101-111.

2. Кетлинский С.А. и др. Цитокины // СПб.: Фолиант. - 2013. - 552 с.

3. Княжеская Н.П. Ингибиторы фосфодиэстеразы-4 - противовоспалительные препараты в лечении ХОБЛ // Рос. мед. журн. - 2018. - №29. - С.1460-1464.

4. Кулик Е.Г. Влияние противовоспалительной терапии на долгосрочный прогноз и течение хронической обструктивной болезни легких разного риска // дисс.к.м.н., 14.01.25 пульмонология. – Благовещенск. – 2019. – 135-б.

5. Скворцов В.В др. Рофлумиласт в лечении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) // Научно-практический электронный журнал Аллея Науки. – 2022. - №11(74).

6. Шишкина Е.С. Клинико-диагностическое значение оценки и коррекции цитокинового статуса у больных хронической обструктивной болезнью легких и ишемической болезнью сердца // дисс. к.м.н., 14.01.04 внутренние болезни. – Воронеж. – 2017. – 128-б.

7. Ярилин А.А. Иммунология // М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2015. - 752 с.

8. Beghe B. et al. Phosphodiesterase-4 inhibitor therapy for lung diseases // Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 2018. - N. 188(3). - P. 271-278.

9. Chung K.F. Cytokines in chronic obstructive pulmonary disease // Eur. Respir. J. – 2016. - Vol. 18. – P. 50-59.

10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease [Resource electronic]. – 2015. – URL: http://www.goldcopd.org.

Холикова Адлия Аманулаевна - д.м.н.
Халимова Наргиза Юсуфовна - докторант
Республиканский Специализированный Научно - практический Медицинский Центр Эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ

Аннотация. *Пролактин обладает широким спектром биологического действия в организме человека, является полифункциональным гормоном, участвующим в инициации и поддержании лактации, функционировании желтого тела, продукции прогестерона, участвует во многих процессах метаболизма, что обуславливает многообразие клинических проявлений гиперпролактинемии (ГПРЛ). Авторами статьи проведено изучений клинических проявлений метаболического синдрома у женщин фертильного возраста с ГПРЛ. Согласно полученным данным, у женщин с ГПРЛ чаще развивается дислипидемия, характеризующаяся изменениями уровней триглицеридов, ЛПОНП и ЛПНП, повышением содержания холестерина. При этом, клинические проявления ГПРЛ у наблюдаемых пациенток были очень разнообразные: от характерных масталгий (46%), лактореи (76%), нарушений менструального цикла(83%), снижения либидо (74%) до ожирения\имт более 27\-123(76%), гипертрофии левого желудочка -93(58%), повышения артериального давления (76%), ночных апноэ-55(34%) и храпа-66(41%). Многообразие клинической симптоматики способствовало протеканию ГПРЛ под маской других заболеваний, запоздалой диагностике и отсроченному лечению.*

Целью *наших исследований явилось изучение клинических проявлений МС женщин с ГПРЛ.*

Материалы и методы исследования*. Нами было обследованы 162 пациента фертильного возраста, которые наблюдались в РСНПМЦЭ за период 2021-2022 гг. Возраст больных колебался от 25-до45 лет и в среднем составил 34±6,5лет. Всем обследуемым проводились антропометрическое обследование с определением роста, веса, и расчетом индекса массы тела (ИМТ); степень ожирения оценивалиаь по классификации ВОЗ (1997), проводились клинико-биохимические анализы (определение уровня глюкозы крови, гликированного гемоглобина, липидного спектра). ИР определялась по показателю индекса HOMA-IR.*

Результаты*. Полученные данные от 162 женщин с ГПРЛ свидетельствовали о дислипидемии (91,6%), характеризующейся повышением уровня триглицеридов (79,2%), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) (72,2%) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) (57%), повышением содержания холестерина (ХС) (68,4%).*

Заключение. *Наши исследования показали, что у женщин с ГПРЛ чаще развивается дислипидемия (91,6%), характеризующаяся изменениями уровней триглицеридов (79,2%), ЛПОНП (72,2%) и ЛПНП (57%), повышением содержания ХС (68,4%). При этом, клинические проявления ГПРЛ у наблюдаемых нами пациенток были очень разнообразные: от характерных масталгий (46%), лактореи (76%), НМЦ (83%), снижения либидо (74%) до ожирения\имт более 27\-123(76%), гипертрофии левого желудочка -93(58%), повышения АД (76%), ночных апноэ-55(34%) и храпа-66(41%). Многообразие клинической симптоматики способствовало протеканию ГПРЛ под маской других заболеваний, запоздалой диагностике и отсроченному лечению. Вышеуказанные обстоятельства увеличивают количество больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и осложняют состояние пациентов в более молодом фертильном возрасте, вызывают репродуктивную дисфункцию и снижение качества жизни женщин.*

Ключевые слова*: гиперпролактинемия, ожирение, метаболический синдром.*

Kholikova Adliya Amanullaevna - D.M.Sc.
Khalimova Nargiza Yusufovna - Ph.D. doctoral
Republican Specialized Scientific - Practical Medical Center of Endocrinology named after Academician Y.Kh. Turakulova

CLINICAL MANIFESTATIONS OF THE METABOLIC SYNDROME IN HYPERPROLACTINEMIA

Annotation*. Prolactin has a wide range of biological effects in the human body, is a polyfunctional hormone involved in the initiation and maintenance of lactation, the functioning of the corpus luteum, progesterone production, and is involved in many metabolic processes, which causes a variety of clinical manifestations of hyperprolactinemia (HPRL). The authors of the article conducted a study of the clinical manifestations of the metabolic syndrome in women of childbearing age with HPRL. According to the data obtained, women with GPRL more often develop dyslipidemia, characterized by changes in the levels of triglycerides, VLDL and LDL, and an increase in cholesterol. At the same time, the clinical manifestations of HPRL in the observed patients were very diverse: from characteristic mastalgia (46%), lactorrhoea (76%), menstrual irregularities (83%), decreased libido (74%) to obesity / BMI over 27\-123 (76%), left ventricular hypertrophy -93(58%), increased blood pressure (76%),*

sleep apnea-55(34%) and snoring-66(41%). The variety of clinical symptoms contributed to the occurrence of GPRL under the guise of other diseases, delayed diagnosis and delayed treatment.

***Key words**: hyperprolactinemia, obesity, metabolic syndrome.*

Xolikova Adliya Amanullaevna – t.f.d.
Xalimova NargizaYusupovna – Ph.D. doktorant
akad. Yo.X.Turaqulov nomilagi Respublika Ixtisoslashtirilgan Endokrinologiya Ilmiy-Amaliy Tibbiyot Markazi

GIPERPROLAKTINEMIYADA METABOLIK SINDROM BELGILARINING KLINIK NAMOYON BO'LISHI

***Annotaciya.** Prolaktin inson organizmiga keng ko'lamli biologik ta'sir ko'rsatadi, ko'p funktsiyali gormon bo'lib, laktatsiya davrining boshlanishi va saqlanishida, sariq tananing ishlashida, progesteron ishlab chiqarishda ishtirok etadi va ko'plab metabolik jarayonlarda ishtirok etadi, bu esa turli xil klinik ko'rinishlarni keltirib chiqaradi. giperprolaktinemiya (GPRL) namoyon bo'lishi. Maqola mualliflari GPRL bilan tug'ish yoshidagi ayollarda metabolik sindromning klinik ko'rinishini o'rganishdi. Olingan ma'lumotlarga ko'ra, GPRL bo'lgan ayollar ko'pincha triglitseridlar, ZJPLP va ZPLP darajasidagi o'zgarishlar va xolesterinning ko'payishi bilan tavsiflangan dislipidemiyani rivojlantiradilar.*

Shu bilan birga, kuzatilgan bemorlarda GPRL ning klinik ko'rinishlari juda xilma-xil edi: xarakterli mastalgiya (46%), laktoreya (76%), hayz davrining buzilishi (83%), libidoning pasayishi (74%), semirish / tana vazni indeksi-TVI ortiq. 27\-123 (76%), chap qorincha gipertrofiyasi -93(58%), qon bosimi ortishi (76%), uyqu apneasi-55(34%) va horlama-66(41%). Klinik belgilarning xilma-xilligi boshqa kasalliklar niqobi ostida GPRL paydo bo'lishiga, tashxisni kechiktirishga va davolanishni kechiktirishga yordam berdi.

***Maqsad**. Tadqiqotimizning maqsadi GPRL bilan kasallangan ayollarning MS klinik ko'rinishini o'rganish edi.*

***Materiallar va tadqiqot usullari.** Biz 2021-2022 yillar davomida Endokrinologiya ilmiy tekshirish institutida kuzatilgan tug'ish yoshidagi 162 bemorni tekshirdik. bemorlarning yoshi 25 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan va o'rtacha 34±6,5 yoshni tashkil etgan. Barcha tekshiruvchilar bo'yi, vazni va tana massasi indeksini (BMI) hisoblash bilan antropometrik tekshiruvdan o'tdilar; semirish darajasi JSST tasnifi bo'yicha baholandi (1997), klinik va biokimyoviy testlar o'tkazildi (qon glyukoza, glyatsatlangan gemoglobin, lipid spektrini aniqlash). HOMA indeksi bo'yicha aniqlangan.*

***Natijalar.** GPRL bilan kasallangan 162 ayoldan olingan topilmalar triglitseridlar (79,2%), juda past zichlikdagi lipoproteinlar (ZJPLP) (72,2%) va past zichlikdagi lipoproteinlar (ZPLP) (57%), xolesterin (XC) (68,4%) darajasining oshishi bilan tavsiflangan dislipidemiya (91,6%) ni ko'rsatdi.*

***Xulosa.** bizning tadqiqotlarimiz shuni ko'rsatdiki, GPRL bilan og'rigan ayollarda triglitseridlar (79,2%), ZJPLP (72,2%) va ZPLP (57%) darajasining o'zgarishi, XC darajasining oshishi (68,4%) bilan tavsiflangan dislipidemiya (91,6%) tez-tez uchraydi. Shu bilan birga, biz kuzatgan bemorlarda GPRLning klinik ko'rinishlari juda xilma-xil edi: xarakterli mastalgiya (46%), laktoreya (76%), hayz buzilishi (83%), libidoning pasayishi (74%), semirish\BMI 27 \ dan yuqori. \ -123 (76%), chap qorincha gipertrofiyasi -93(58%)), qon bosimining ko'tarilishi (76%), tungi apnoe holati-55(34%) va xurrak otish-66(41%). Klinik simptomlarning xilma-xilligi GPRLning boshqa kasalliklar niqobi ostida o'tishiga, kechiktirilgan tashxis va kechiktirilgan davolanishga yordam berdi.Yuqoridagi holatlar yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan bemorlar sonini ko'paytiradi va tug'ish yoshidagi bemorlarning ahvolini murakkablashtiradi, reproduktiv disfunktsiyani keltirib chiqaradi va ayollarning hayot sifatini pasaytiradi.*

***Kalit so'zlar**: giperprolaktinemiya, semizlik, metabolik sindrom.*

Введение. Помимо классических хорошо известных эффектов на функцию половых желез, репродукцию и лактацию, недавно было установлено, что ПРЛ играет интригующую метаболическую роль [15].

Независимо от причины, гиперпролактинемия тесно связана с распространенными метаболическими нарушениями, включая ожирение, резистентность к инсулину, дислипидемию, неалкогольную жировую болезнь печени (НАЖБП) и эндотелиальную дисфункцию. Синдром гиперпролактинемии (ГПРЛ) включает в себя группу заболеваний, которые протекают с увеличением уровня пролактина в крови (15). ГПРЛ относится к числу частых нейроэндокринных расстройств. Впервые в 1855 году Чиарри описал синдром постоянной лактации и аменореи (отсутствия менструации более 6 месяцев) (16). Было показано, что избыточная секреция пролактина (ПРЛ), которой ранее отводилась скромная роль в регуляции лактации, довольно часто служит причиной нарушений менструальной и генеративной функций (1). На долю ГПРЛ приходится до 25—40% всех случаев женского бесплодия. ГПРЛ также встречается в 10% случаев у женщин с аменореей, в 20—30% — с галактореей и в 70% у пациенток, имеющих оба эти симптома (13.14).

ПРЛ обладает широким спектром биологического действия в организме человека, является полифункциональным гормоном, участвующим в инициации и поддержании лактации, функционировании желтого тела, продукции прогестерона, участвует во многих процессах ме-

таболизма, что обуславливает многообразие клинических проявлений ГПРЛ. Так, избыточная масса тела характерна для 63% больных с ГС в репродуктивном возрасте и для 84% в перименопаузе. При этом подавляющее большинство пациенток обеих возрастных групп имеют одинаковые жалобы и проявления этих двух синдромов (4). Для пациенток с идиопатической формой заболевания увеличение массы тела менее типично и более выраженно. При проведении перорального глюкозотолерантного теста (ОГТТ) гиперинсулинемические реакции выявляются у 80% пациенток с ГПРЛ (18). Сочетание гиперинсулинемии с гипергликемией в ответ на введение естественного стимулятора — глюкозы свидетельствует о наличии инсулинорезистентности (ИР) (11). В результате развивается компенсаторное повышение секреции инсулина, поскольку его биологические эффекты на метаболизм глюкозы снижены. Указанные изменения в 3 раза чаще встречаются у пациенток с ГПРЛ и ожирением. Для пациенток с исходной гиперинсулинемией, а также для больных с гиперинсулинемией и гипергликемией характерно повышение атерогенного потенциала крови, что проявляется повышением концентрации липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП), а также снижением содержания липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). Изменения липидного спектра крови имеют 62% пациенток с ГП в репродуктивном возрасте и 76% — в перименопаузе(3.19).

Исходя из вышеизложенного, **целью** наших исследований явилось изучить клинические проявления МС женщин с ГПРЛ.

Материалы и методы исследования.

Нами было обследованы 162 пациента фертильного возраста, которые наблюдались в РСНПМЦЭ за период 2021-2022 гг. Возраст больных колебался от 25-до45 лет и в среднем составил 34±6,5лет.

Всем обследуемым проводились антропометрическое обследование с определением роста, веса, и расчетом индекса массы тела (ИМТ); степень ожирения оценивалась по классификации ВОЗ (1997), проводились клинико-биохимические анализы (определение уровня глюкозы крови, гликированного гемоглобина, липидного спектра). ИР определялась по показателю индекса HOMA-IR. Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи статистических программ «Statistica 6.0» фирмы «StatSoftInc».

Результаты и их обсуждение.

Для оценки общего состояния пациенток с ГПРЛ мы исследовали жалобы больных, с которыми они обращались к врачам (табл.1)

Таблица 1.

Основные жалобы больных с ГПРЛ

№	Жалобы	Количество	
		абс.	%
1	Отеки-	74	45,8
2	Одышка при физ нагрузке	35	21,6
3	Нехватка воздуха	15	9,2
4	Повышенный аппетит	92	56,7
5	Повышения сахара в крови	30	18,5
6	Быстрый набор веса	90	55,5
7	Быстрая утомляемость	107	66,4
8	Частые головные боли	86	53,1
9	Сонливость	88	54,3
10	Снижение памяти	82	50,6
11	Жажда	42	25,9
12	Снижение трудоспособности	88	54,3
13	Снижение полового влечения	85	52,6
14	Нарушения менструального цикла (НМЦ)	87	53,7
15	Отсутствии беременности	12	7,4
16	Повышение артериального давления (АД)	78	48,1
17	Плаксивость	120	74,0
18	Склонность к депрессии	100	67,2
19	Боли в костях и суставах	35	21,6

Анализ жалоб наших пациентов доказывает, что наиболее частыми жалобами были избыточный вес (55,5%), быстрая утомляемость (66,4%), повышенный аппетит (56,7%), снижение трудоспособности (54,3%), НМЦ (53,7%), плаксивость (74%) и депрессия (67,2%). С этими жалобами они наблюдаются у терапевтов, диетологов, кардиологов и отоларингологов. Далее мы изучили клинические особенности ГПРЛ у исследуемых нами пациенток (рис.1.)

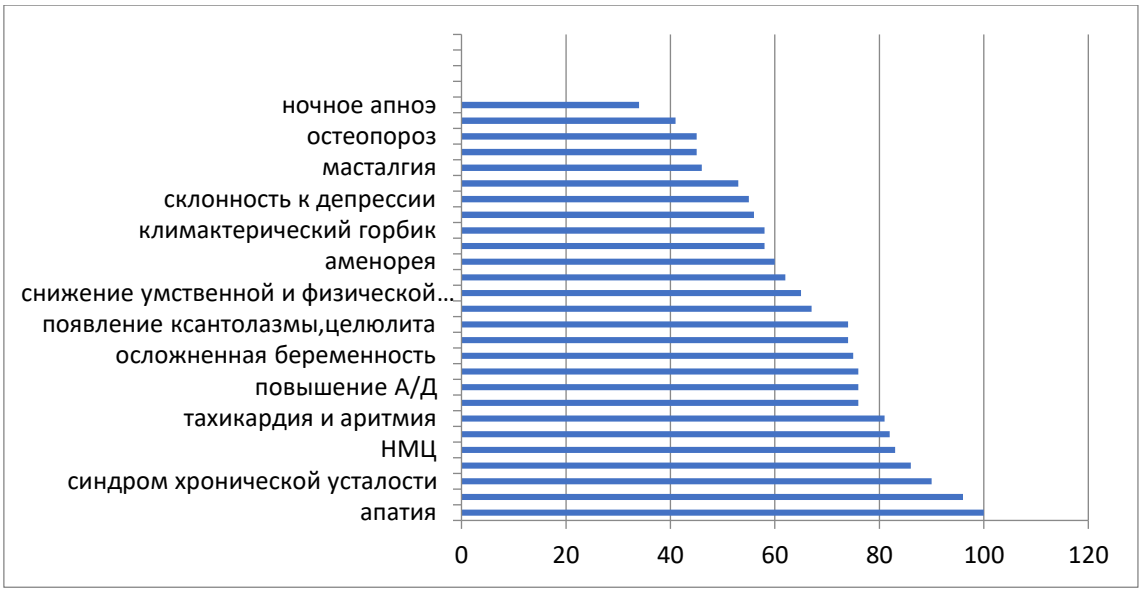


Рис. 1. **Клинические особенности ГПРЛ.**

Как показали результаты, клинические проявления ГПРЛ у наблюдаемых нами пациенток были очень разнообразные: от характерных масталгий (46%), лактореи (76%), НМЦ (83%), снижения либидо (74%) до ожирения\имт более 27\-123(76%), гипертрофии левого желудочка - 93(58%), повышения АД (76%), ночных апноэ-55(34%) и храпа-66(41%). Многообразие клинической симптоматики способствовало протеканию ГПРЛ под маской таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, ожирение, бесплодие различного генеза, депрессии. Все это приводило к запоздалой диагностике и отсроченному лечению.

Для пациенток с исходной гиперинсулинемией, а также для больных с гиперинсулинемией и гипергликемией характерно повышение атерогенного потенциала крови, что проявляется повышением концентрации липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП), а также снижением содержания липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (10). Изменения липидного спектра крови имеют 62% пациенток с ГП в репродуктивном возрасте и 76% — в перименопаузе (3.19). Для пациенток с ГПРЛ наиболее характерны гиперлипидемии IIa, IIв и IV типов. Важно отметить, что если в репродуктивном возрасте у больных с ГПРЛ преобладающими являлись дислипидемии типа IIa и IIв, то в перименопаузальном возрасте это соотношение смещается в сторону дислипидемии IV типа (11,16). Таким образом, имеющиеся при ГПРЛ инсулинорезистентность и гиперинсулинемия приводят к развитию гиперлипопротеинемиии и ожирению (9.11.19). Исходя из этого, нами были исследованы биохимический и гормональный состав крови этих пациенток.

Таблица 2.

Состояние липидного и углеводного обмена у женщин с ГПРЛ

Показатели	Колебания значений	Количество	
		абс.	%
Нормальный ИМТ	≤25	41	25,6
Повышенный ИМТ	≥27	113	70
ЛПОНП		117	72,2
ЛПНП	5,5-6,0	92	57
ЛПВП	≥1,3-1,6	148	91,6
ХС	5,3-6,1	110	68,4
триглицериды	≥1,7до2,	128	79,2
АЛТ	≥38	89	56
АСТ	≥37	97	60
Умеренно повышенный ПРЛ	≥19,5≤24,9	59	36,4
Повышенный	≥25≤50	103	64
Повышение гликемии натощак	6,4±1,5	81	50
Hb Ac1	До 8,5%	71	44
Гиперинсулинемия	≥26≤36	111	69

Полученные данные от 162 женщин с ГПРЛ свидетельствовали о дислипидемии (91,6%), характеризующейся повышением уровня триглицеридов (79,2%), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) (72,2%) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) (57%), повышением содержания холестерина (ХС) (68,4%).

Таким образом, наши исследования показали, что у женщин с ГПРЛ чаще развивается дислипидемия (91,6%), характеризующаяся изменениями уровней триглицеридов (79,2%), ЛПОНП (72,2%) и ЛПНП (57%), повышением содержания ХС (68,4%). При этом, клинические проявления ГПРЛ у наблюдаемых нами пациенток были очень разнообразные: от характерных масталгий (46%), лактореи (76%), НМЦ (83%), снижения либидо (74%) до ожирения\имт более 27\-123(76%), гипертрофии левого желудочка - 93(58%), повышения АД (76%), ночных апноэ-55(34%) и храпа-66(41%). Многообразие клинической симптоматики способствовало протеканию ГПРЛ под маской других заболеваний, запоздалой диагностике и отсроченному лечению.

Вышеуказанные обстоятельства увеличивают количество больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и осложняют состояние пациентов в более молодом фертильном возрасте, вызывают репродуктивную дисфункцию и снижение качества жизни женщин.

Литература.

1. О.Р. Григорян, А.А. Ларина, Е.Н. Андреева, Г.А. Мельниченко/ Гиперпролактинемия в практике гинеколога: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, - Проблемы репродукции, № 4, 2013, стр 14-20

2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Синдром гиперпролактинемии. М 2004.

3. Курляндская Р.И., Романцова Т.И. Влияние гиперпролактинемии на основные показатели жирового обмена. Леч врач 2004; 1: 6-9.

4. Марова Е.И. Нейроэндокринология. Ярославль 1999; 506.

5. Baptista T., Lacruz A., Meza T. et al. Antipsychotic drugs and obesity: is prolactin involved? Can J Psychiatry 2001; 46 (9): 829–834.

6. Brandebourg T.D., Bown J.L., Ben-Jonathan N. Prolactin upregulates its receptors and inhibits lipolysis and leptin release in male rat adipose tissue. Biochem Biophys Res Commun 2007; 357 (2) 408–413.

7. Bole-Feysot C., Goffin V., Edery M. et al. Prolactin (PRL) and its receptor: actions, signal transduction pathways and phenotypes observed in PRL receptor knockout mice. Endocr Rev 1998; 19 (3): 225–268.

8. Baptista T., Contreras Q., Teneud L. et al. Mechanism of the neuroleptic-induced obesity in female rats. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr 1998; 22 (1): 187–198.

9. Greenman Y., Tordjman K., Stern N. Increased body weight associated with prolactin secreting pituitary adenomas: weight loss with normalization of prolactin levels. Clin Endocrinol (Oxf) 1998; 48 (5): 547–553.

10. Heil S.H. Sex-specific effects of prolactin on food intake by rats. Horm Behav 1999; 35 (1): 47–54.

11. Kiriakov A., Bulatov A.A., Elizarova G.P., Kavrykova I., Tinterova Z., Angelova S., Zaitseva N.S., Pankov I.A. Change in the blood lipoprotein spectrum in experimental Hyperprolactinemia. Probl Endokrinol (Mosk) 1991; 37 (1): 44–46.

12. Ling C., Billig H. PRL receptor-mediated effects in female mouse adipocytes: PRL induces suppressors of cytokine signaling expression and suppresses insulin-induced leptin production in adipocytes in vitro. Endocrinology 2001; 142 (11): 480–490.

13. Mah P.M., Webster J. Hyperprolactinemia: Etiology, Diagnosis, and Management. Semin Reprod Med 2002; 20: 4: 365—374.

14. Molitch M.E. Prolactinomas. The Pituitary. Ed. S. Melmed. Cambridge MA: Blacwell Sci 1995; 443—477.

15. Melmed S. Mechanisms for pituitary tumorigenesis: the plastic pituitary. J Clin Invest 2003; 112: 1603—1618.

16. Melmed S., Casanueva F., Hoffman A., Kleinberg D., Montori V., Schlechte J., Wass J. Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metabol 2011; 96: 2: 273—288.

17. Moore B.J., Gerardo-Gettens T., Horwitz B.A., Stern J.S. Hyperprolactinemia stimulates food intake in the female rat. Brain Res Bull 1986; 17 (4): 563–569.

18. Noel M.B., Woodside B. Effects of systemic and central prolactin injections on food intake, weight gain, and estrous cyclicity in female rats. Physiol Behav 1993; 54 (1): 151–154

19. Pelkonen R., Nikkil E.A., Grahne B. Serum lipids, postheparin plasma lipase activities and glucose tolerance in patients with prolactinoma. Clin Endocrinol (Oxf) 1982; 16 (4): 383–390.

20. Varma M. Effect of estradiol and progesterone on daily rhythm in food intake and feeding patterns in Fischer rats. Physiol Behav 1999; 68 (12): 99–107.

УДК: 616.24 - 008.4 - 036.12: 616.125-008.3 - 072.7

Каримджанова Гузал Акмалджановна - Ph.D., доцент
Эгамбердиева Дано Абдисаматовна - д.м.н., профессор
Ташкентский педиатрический медицинский институт

ВКЛЮЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ И ОПТИМИЗАЦИЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

В статье рассматриваются современные подходы к лечению пациентов с коморбидной патологией – хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и фибрилляцией предсердий (ФП). Авторы проанализировали эффективность базисной терапии ХОБЛ в сочетании с антикоагулянтной терапией, включая новые оральные антикоагулянты (НОАК), на протяжении трёх месяцев. Результаты показали более высокую приверженность к лечению и улучшение клинических исходов во второй подгруппе, где ривароксабан был самым часто применяемым НОАК (65%). Применение НОАК позволило снизить маркеры воспаления и уменьшить риск тромбоэмболических осложнений. Анализ базисной терапии ХОБЛ также продемонстрировал преимущество комплексного подхода во второй подгруппе: более высокая частота назначения ингаляционных β2-агонистов (78%) и комбинированной терапии (50%) способствовала улучшению функции легких и уменьшению обострений.

Ключевые слова: *ХОБЛ, фибрилляция предсердий, новые оральные антикоагулянты, ривароксабан, базисная терапия, комбинированное лечение.*

Karimdjanova Guzal Akmaldjanovna - Ph.D., associate professor
Egamberdieva Dano Abdisamatovna - D.M.Sc., professor
Tashkent Pediatric Medical Institute

INCLUSION OF MODERN THERAPEUTIC APPROACHES AND OPTIMIZATION OF BASE THERAPY FOR COPD IN COMBINATION WITH ATRIAL FIBRILLATION

The article examines modern approaches to the treatment of patients with comorbid pathology — chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and atrial fibrillation (AF). The authors analyzed the effectiveness of basic COPD therapy in combination with anticoagulant therapy, including novel oral anticoagulants (NOACs), over a three-month period. The results demonstrated higher treatment adherence and improved clinical outcomes in the second subgroup, where rivaroxaban was the most frequently used NOAC (65%). The use of NOACs reduced inflammatory markers and decreased the risk of thromboembolic complications. Analysis of basic COPD therapy also showed the advantages of a comprehensive approach in the second subgroup: the higher frequency of prescribing inhaled β2-agonists (78%) and combination therapy (50%) contributed to improved lung function and a reduction in exacerbations.

Key words: *COPD, atrial fibrillation, new oral anticoagulants, rivaroxaban, basic therapy, combination therapy.*

Karimdjanova Guzal Akmaldjanovna - Ph.D., dotsent
Egamberdiyeva Dano Abdisamatovna - t.f.d., professor
Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti

BO'LMACHALAR FIBRILLYATSIYASI BILAN BIRGALIKDA O'PKANING SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGINI BAZIS TERAPIYASINI OPTIMALLASHTIRISH VA ZAMONAVIY TERAPEVTIK YONDASHUVLARNI KIRITISH

Maqolada komorbid patologiya – surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SO'OK) va bo'lmacha fibrillyatsiyasi (BF) bo'lgan bemorlarni davolashning zamonaviy yondashuvlari ko'rib chiqilgan. Mualliflar SO'OK bazaviy terapiyasining yangi og'iz orqali qabul qilinadigan antikoagulyantlar (NOAK) bilan birgalikdagi samaradorligini uch oylik davr mobaynida tahlil qildilar. Natijalar ikkinchi kichik guruhda davolanishga yuqori rioya qilish va klinik ko'rsatkichlarning yaxshilanishini ko'rsatdi, bunda rivaroksaban eng ko'p qo'llanilgan NOAK bo'ldi (65%). NOAK qo'llanishi yallig'lanish markerlarini pasaytirishga va tromboembolik asoratlar xavfini kamaytirishga yordam berdi. SO'OK bazaviy terapiyasini tahlil qilish shuningdek ikkinchi kichik guruhda kompleks yondashuvning afzalligini ko'rsatdi: inhalyatsion β2-agonistlar (78%) va kombinatsiyalangan terapiyaning (50%) ko'proq qo'llanilishi o'pka funksiyasini yaxshilashga va xurujlar sonini kamaytirishga xizmat qildi.

Kalit so'zlar: *SOOK, atriyal fibrilatsiya, yangi og'iz antikoagulyantlar, rivaroksaban, asosiy terapiya, kombinatsiyalangan davolash.*

Эффективное лечение пациентов с коморбидной патологией фибрилляции предсердий (ФП) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) представляет собой значительную клиническую задачу. Включение современных терапевтических подходов, таких как использование новых оральных антикоагулянтов (НОАК) и оптимизация базисной терапии ХОБЛ, позволяет улучшить клинические исходы и качество жизни пациентов. Настоящее исследование было направлено на изучение эффективности таких подходов через 3 месяца после начала лечения.

Таблица 1.

Динамика антикоагулянтной терапии через 3 месяца по подгруппам

Вид терапии	Подгруппа 1: без НОАК (n=20) (%)	Подгруппа 2: с НОАК (n=140) (%)	P-значение (между группами)
Варфарин	35%	20%	0,08
НОАК (всего)	-	100%	<0,001
- Ривароксабан	-	65%	<0,001
- Апиксабан	-	25%	0,04
- Дабигатран	-	10%	0,10
Антиагреганты (аспирин)	55%	15%	<0,001
Отсутствие терапии	10%	-	0,02

В ходе исследования пациенты с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и фибрилляцией предсердий (ФП) были разделены на две подгруппы в зависимости от применяемой антикоагулянтной терапии. Первая подгруппа (n=20) включала пациентов, получавших терапию ХОБЛ, но не принимавших новые оральные антикоагулянты (НОАК). Вторая подгруппа (n=140) включала пациентов, получавших как терапию ХОБЛ, так и НОАК. Анализ динамики антикоагулянтной терапии через 3 месяца представлен в таблице 1.

Частота применения варфарина через 3 месяца составила 35% в подгруппе 1, что было выше, чем в подгруппе 2 (20%, p=0,08). Несмотря на то, что различие между группами не достигло статистической значимости, оно свидетельствует о сохранении роли варфарина как основного антикоагулянта в группе пациентов, не получавших НОАК. Это может быть связано с экономическими факторами или клиническими предпочтениями.

Во второй подгруппе (с НОАК) 100% пациентов принимали новые оральные антикоагулянты. Среди них ривароксабан применялся у 65% пациентов, что делает его наиболее часто используемым препаратом (p<0,01). Апиксабан назначался 25% пациентов (p=0,04), а дабигатран — 10% пациентов (p=0,10). Данные подчеркивают предпочтение ривароксабана, что объясняется его удобством применения, высокой безопасностью и доказанной эффективностью в профилактике тромбоэмболических осложнений.

Применение антиагрегантов, таких как ацетилсалициловая кислота, отмечалось у 55% пациентов в подгруппе 1, что существенно превышало частоту их применения во второй подгруппе (15%, p<0,01). Это может быть связано с недостаточной приверженностью к антикоагулянтной терапии в первой подгруппе и использованием антиагрегантов в качестве не рекомендуемого руководствами метода профилактики тромбоэмболий.

В первой подгруппе 10% пациентов не получали никакой антитромботической терапии, тогда как во второй подгруппе таких случаев не зарегистрировано (p=0,02). Этот факт указывает на необходимость усиления образовательной работы с пациентами и внедрения современных подходов к антикоагулянтной терапии.

Анализ динамики антикоагулянтной терапии через 3 месяца выявил значительные различия между подгруппами. В группе пациентов, получавших НОАК, наблюдалась более высокая приверженность к терапии, что подтверждается полным отсутствием случаев отсутствия терапии. Ривароксабан стал наиболее часто используемым препаратом, что соответствует современным международным рекомендациям. В подгруппе пациентов без НОАК сохраняется значительное использование антиагрегантов и варфарина, а также частые случаи отсутствия терапии, что подчеркивает необходимость пересмотра подходов к лечению этой категории пациентов.

Таблица 2.

Базисная терапия ХОБЛ через 3 месяца по подгруппам

Вид терапии	Подгруппа 1: без НОАК (n=20) (%)	Подгруппа 2: с НОАК (n=140) (%)	Р-значение (между группами)
Ингаляционные β2-агонисты	65%	78%	0,04
Антагонисты мускариновых рецепторов	48%	62%	0,03
Ингаляционные кортикостероиды	42%	51%	0,08
Комбинированная терапия	30%	50%	<0,001

Анализ применения базисной терапии ХОБЛ через три месяца показал различия между подгруппами пациентов, получавших и не получавших новые оральные антикоагулянты (НОАК). Частота использования ингаляционных β2-агонистов длительного действия составила 65% в подгруппе пациентов без НОАК и 78% в подгруппе с НОАК (p=0,04). Эти различия могут быть обусловлены комплексным подходом к лечению пациентов с НОАК, направленным на улучшение контроля симптомов ХОБЛ и снижение обострений.

Применение антагонистов мускариновых рецепторов также было выше в подгруппе с НОАК – 62% против 48% в подгруппе без НОАК (p=0,03). Это свидетельствует о том, что в группе с НОАК чаще применялись дополнительные препараты для оптимизации бронходилатационной терапии, что, вероятно, связано с более тяжелым течением заболевания или стремлением к предотвращению осложнений.

Ингаляционные кортикостероиды использовались в 42% случаев в подгруппе без НОАК и в 51% случаев в подгруппе с НОАК (p=0,08). Хотя различия не достигли уровня статистической значимости, отмечена тенденция к более широкому применению кортикостероидов в подгруппе с НОАК, что может быть связано с необходимостью усиления противовоспалительной терапии у пациентов с коморбидной патологией.

Особое внимание заслуживает частота использования комбинированной терапии, включающей несколько препаратов. В подгруппе без НОАК комбинированная терапия применялась в 30% случаев, тогда как в подгруппе с НОАК – в 50% (p<0,01). Это свидетельствует о большей приверженности стандартам лечения пациентов, получавших НОАК, что, вероятно, связано с необходимостью более тщательного контроля за симптомами ХОБЛ и снижением риска обострений у этой категории пациентов.

Анализ корреляции между клиническими показателями и терапией показал:

- Улучшение функции легких (увеличение ОФВ1) коррелировало с использованием комбинированной терапии ($r = 0,48$, $p < 0,05$).
- Снижение маркеров воспаления (СРБ) было связано с назначением НОАК ($r = -0,52$, $p < 0,05$).
- Повышение сатурации (SpO2) отмечалось у пациентов с комбинацией β2-агонистов и антагонистов мускариновых рецепторов ($r = 0,45$, $p < 0,05$).

Полученные данные подчеркивают необходимость интеграции современных подходов к лечению ХОБЛ и ФП. Увеличение применения НОАК связано с улучшением приверженности пациентов и снижением риска тромбоэмболий. Оптимизация базисной терапии ХОБЛ, особенно с использованием комбинированного подхода, способствует уменьшению симптомов, повышению ОФВ1 и снижению обострений.

Литература.

1. Клинические рекомендации и фармакологический справочник под редакцией Денисова И.Н., Шевченко Ю.Л., Назырова Ф.Г., Москва, Издательская группа «ГЭОТАР- Медиа», 2005.

2. Клинические рекомендации. Научное общество нефрологов России, Ассоциация нефрологов России. Москва 2014г.

3. Кобалава Ж.Д., Моисеев В.С. Концепция кардиоренальных и метаболических соотношений в современной профилактической кардиологии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008; 4: 4-7.

4. Козловская Л. В., Милованов Ю. С., Фомин В. В., Милованова Л. Ю. Кардиоренальный анемический синдром: клиническое значение и принципы терапии: Терапевтический архив, 2005, № 6, с.82-87

5. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д. Поражение сердечно-сосудистой системы при заболеваниях почек. Национальное руководство / Под ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - С. 691 -694.

6. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2011; 10 (6).

7. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. Смирнов А.В., Шилов Е.М., Добронравов В.А., Каюков И.Г., Бобкова И.Н., Швецов М.Ю., Цыгин А.Н., Шутов А.М. Нефрология. 2012. Т. 16. №1. С.89-115.

8. Afkarian M, Sachs MC, Kestenbaum B, et al. Kidney disease and increased mortality risk in type 2 diabetes. J Am Soc Nephrol. 2013;24(2):302-308.

9. Bello AK, Ronksley PE, Tangri N, et al. Quality of chronic kidney disease management in Canadian primary care. JAMA Netw Open. 2019; 2(9): e1910704.

10. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. N Engl J Med. 2004; 351(13): 1296-1305.

11. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). Kidney Int Suppl. 2009; 113: S1-130.

12. Kristensen C, Wish J. The 2009 proposed rule for prospective ESRD payment: perspectives from the forum of ESRD Networks. Am J Kidney Dis. 2010; 55(2): 234–236.

13. McCullough PA, Li S, Jurkovitz CT, et al; KEEP Investigators. Chronic kidney disease, prevalence of premature cardiovascular disease, and relationship to short-term mortality. Am Heart J. 2008; 156(2): 277-283.

14. Murphy DP, Drawz PE, Foley RN. Trends in angiotensin converting enzyme inhibitor and angiotensin II receptor blocker use among those with impaired kidney function in the United States. J Am Soc Nephrol. 2019;30(7):1314-1321.

15. Myers OB, Pankratz VS, Norris KC, Vassalotti JA, Unruh ML, Argyropoulos C. Surveillance of CKD epidemiology in the US: a joint analysis of NHANES and KEEP. Sci Rep. 2018;8(1):15900.

16. Nash DM, Brimble S, Markle-Reid M, et al. Quality of care for patients with chronic kidney disease in the primary care setting: a retrospective cohort study from Ontario, Canada. Can J Kidney Health Dis. 2017; 4: 2054358117703059.

17. Tangri N, Kitsios GD, Inker LA, et al. Risk prediction models for patients with chronic kidney disease: a systematic review. Ann Intern Med. 2013; 158(8): 596-603.

18. Uhlig K, MacLeod A, Craig J, et al. Grading evidence and recommendations for clinical practice guidelines in nephrology. A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney Int. 2006; 70(12): 2058-2065.

Парпиева Наргиза Нусратовна - д.м.н., профессор
Ташкентская медицинская академия
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии
Маматов Лочин Бахтиёрович - ассистент
Ташкентская медицинская академия
Абдугаппаров Фазлхан Бахтиярович - ассистент
Онгарбайев Дауранбек Онгарбай углы - старший преподаватель
Alfraganus University

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЛУ-ТБ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ «С» И «В»

Резюме. *Цель исследования- проанализировать особенности течения и исходы лечения МЛУ-ТБ при сочетании с вирусными гепатитами «С» и «В». Обследовано 354 больных МЛУ-ТБ в возрасте от 20 до 70 лет. Установлено, что из 354 больных у 86 (24,3%) диагностирован вирусный гепатит. Спектр вирусных гепатитов был следующим: у 75 больных был вирусный гепатит С (87,2%), у 5 больных — сочетание вирусных гепатитов «С» и «В» (5,8%) и у 6 — вирусный гепатит «В» (7%). Среди обследованных важную роль играли социальные характеристики больных. Исследование медико-социальной характеристики позволило установить, что больные МЛУ/РУ-туберкулезом в сочетании с вирусными гепатитами относятся в большинстве случаев к социально дезадаптированному контингенту.*

Ключевые слова: *МЛУ-ТБ, исход лечения, вирусные гепатиты «С» и «В».*

Parpiyeva Nargiza Nusratovna - t.f.d., professor
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi
Respublika ixtisoslashtirilgan ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi
Mamatov Lochin Baxtiyerovich - assistent
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi
Abdugapparov Fazlxon Baxtiyorovich - assistent
Ongarbayev Dauranbek Ongarbayuly - katta o‘qituvchi
Alfraganus Universiteti

MDR-TB HAMDA VIRUSLI GEPATIT “C” VA “B” BIRGALIKDA KELGANDA KASALLIK KECHISHI VA DAVOLASH NATIJALARINING O‘ZIGA XOSLIGI

Xulosa. *Tadqiqotning maqsadi "C" va "B" virusli gepatitlari bilan birgalikda kelgan KDCh-TB kechishi va davolash natijalarining xususiyatlarini tahlil qilish edi. 20 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan 354 nafar KDCh-TB bemorlar tekshirildi. Tadqiqotimizda, 354 nafar bemorning 86 nafarida (24,3%) virusli gepatit aniqlandi. Virusli gepatitlarning spektri quyidagicha edi: 75 bemorda virusli gepatit C (87,2%), 5 bemorda "C" va "B" virusli gepatitlari (5,8%) va 6 bemorda "B" virusli gepatit (7%) bo'lgan. Ko'rib chiqilganlar orasida bemorlarning ijtimoiy xususiyatlari muhim rol o'ynadi. Xulosa qilib aytganda, tibbiy-ijtimoiy xususiyatlarni o'rganish KDCh-TB kasalligi bilan og'rigan bemorlarning virusli gepatit bilan birgalikda ko'p hollarda ijtimoiy jihatdan moslashtirilmagan kontingentga tegishli ekanligini aniqlashga imkon berdi.*

Kalit so'zlar: *KDCh-TB, davolash natijalari, "C" va "B" virusli gepatitlar.*

Parpieva Nargiza Nusratovna - D.M.Sc., professor
Tashkent Medical Academy
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Phthisiology and Pulmonology
Mamatov Lochin Bakhtiyerovich - assistant
Tashkent Medical Academy
Abdugapparov Fazlkhan Bakhtiarovich - assistant
Ongarbayev Dauranbek Ongarbayuly - senior lecturer
Alfraganus University

FEATURES OF THE COURSE AND RESULTS OF TREATMENT OF MDR-TB WITH CO-INFECTION WITH VIRAL HEPATITIS "C" AND "B"

Abstract. *The purpose of the study was to analyze the features of the course and treatment outcome of MDR-TB when combined with viral hepatitis "C" and "B". 354 MDR-TB patients aged from 20 to 70 years were examined. It was found that out of 354 patients, 86 (24,3%) were diagnosed with viral hepatitis. The spectrum of viral hepatitis was as follows: 75 patients had viral hepatitis C (87,2%), 5 patients had a combination of viral hepatitis "C" and "B" (5,8%) and 6 patients had viral hepatitis "B" (7%). Among those examined, the social characteristics of the patients played an important role. In conclusion, the study of medical and social characteristics made it possible to establish that patients with MDR/RU tuberculosis in combination with viral hepatitis belong in most cases to a socially maladjusted contingent.*

Key words: *MDR-TB, treatment outcome, viral hepatitis "C" and "B".*

Актуальность. Двойные инфекции туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) или устойчивостью к рифампицину (РУ-ТБ) и вируса гепатита С (ВГС) привели к почти полумиллиону случаев МЛУ-ТБ ежегодно в мире и 71 миллиону человек, живущих с ВГС [1,2]. По данным многостранового исследования, распространенность инфекции ВГС среди пациентов с МЛУ-ТБ составила 12% [3]. Лекарственное поражение печени (ЛПП) является одним из наиболее частых нежелательных явлений при лечении МЛУ-ТБ и с большей вероятностью развивается у пациентов с МЛУ-ТБ, ко-инфицированными ВГС [4].

Цель исследования: Изучить особенности течения и исходы лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью при его сочетании с вирусными гепатитами «С» и «В».

Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 354 МЛУ-ТБ больных в возрасте от 20 до 70 лет, которые находились на стационарном лечении во 2-терапевтическом отделении Ташкентской городской клинической больницы фтизиатрии и пульмонологии (ТГКБФиП) города Ташкента в 2021-2023 годах. Установлено, что из 354 больных у 86 (24,3%) выявлены вирусные гепатиты. Соответственно в разработку вошли 86 больных с коинфекцией МЛУ-ТБ и вирусными гепатитами. Из них впервые выявленные пациенты составили - 21 (24,4%), ранее леченных - 65 (75,6%). Спектр вирусных гепатитов выглядело следующим образом: у 75 больных было вирусный гепатит С (87,2%), у 5 пациентов было сочетание вирусных гепатит «С» и «В» (5,8%) и у 6 было вирусный гепатит «В» (7%). Всем больным в условиях стационара проводилось комплексное клинико-рентгенологическое обследование. Применялись обязательные (лучевые методы исследования, бактериоскопический анализ мокроты на микобактерии туберкулеза, общий анализ крови, биохимический анализ крови и общи анализ мочи) и дополнительные методы исследования (расширенная бактериологическая диагностика, бронхоскопия, исследование функции печени, почек, сердечно-сосудистой системы).

Результаты и обсуждения: Установлено, что среди 86 больных удельный вес мужчин составило 89,2% - женщин 10,8 %. Характеристика больных по полу и возрасту представлена на рисунках 1 и 2.

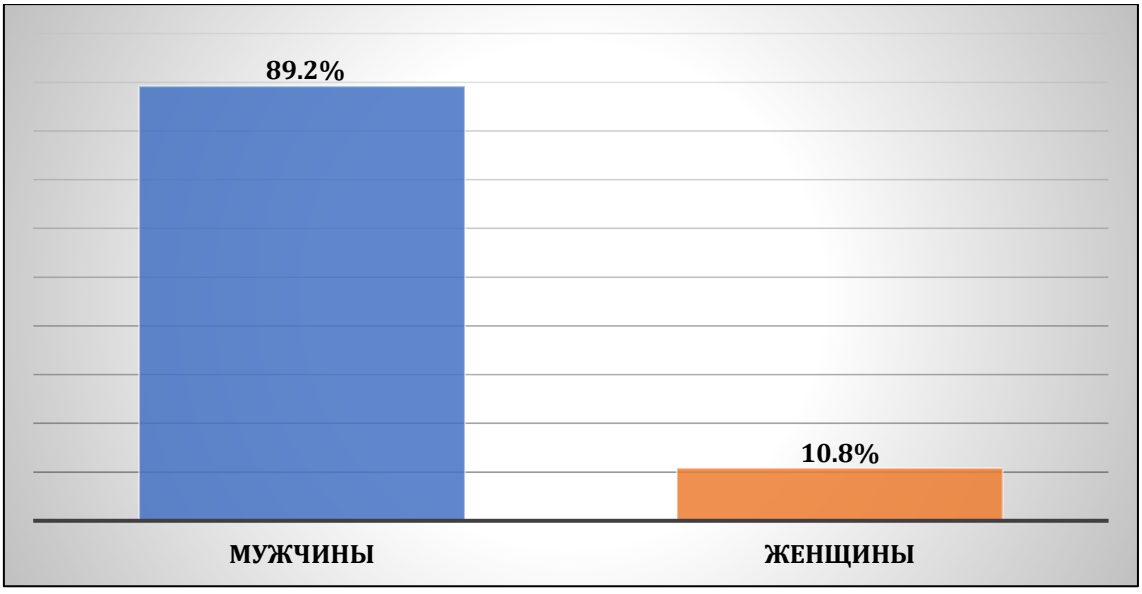


Рис. №1. **Распределение больных по полу**

Среди больных преобладали возрастные группы: 41-50 и 51-60 лет, на них приходится 40% и 39,2 % соответственно. (Рис.2)

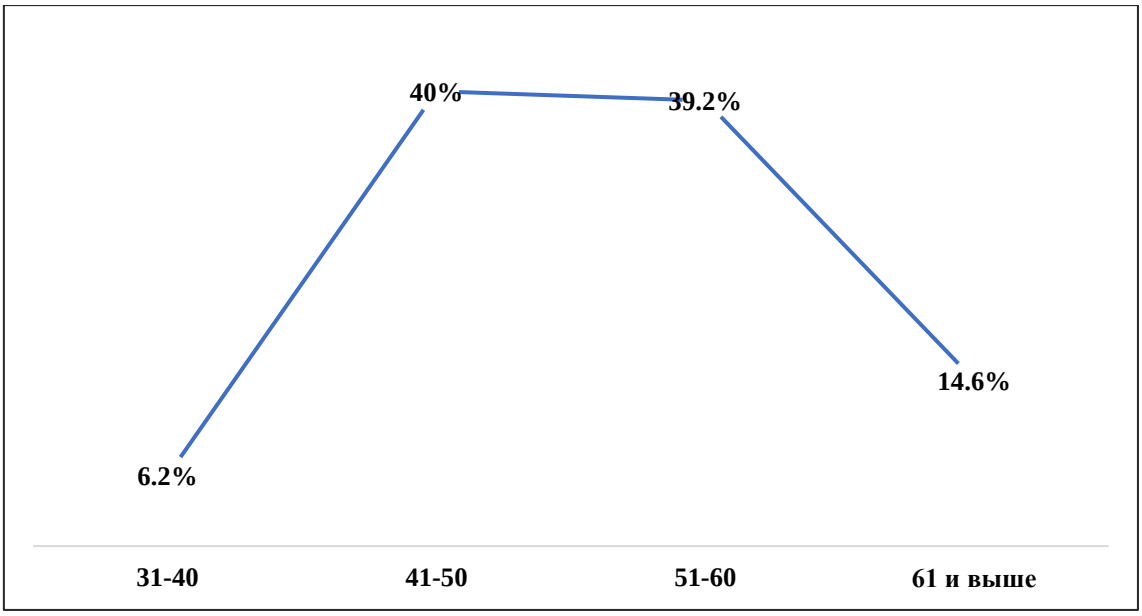


Рис. №2. **Распределение больных по возрасту**

Среди обследованных важное место имели социальная характеристика больных. Так, основную массу составляли безработные — 77 (89,5%). На рабочих и служащих приходится всего — 7 (8,1%) человек. Судимости имели 53 человек, что составило 61,6% больных. Лица без определенного места жительства составили — 17 (19,7%) больных. Почти все больные были со средним образованием — 77 (89,5%), высшее образование имели — 5 (5,8%) больных.

Все больные имели вредные привычки: курение отмечено у 60 (69,7%) пациентов, злоупотребление алкоголем — у 52 (60,4 %), инъекционные наркотики употребляли — 16 (18,6%) и употребление насвая — у 6 (6,9%). При этом у более половины больных имели по две-три вредные привычки – 49 (56,9%).

Из анамнеза 41 (47,6%) пациентов имели контакт с бациллярными больными. Из них в 19 (46,3%) случаев был контакт в период пребывания в пенитенциарных учреждениях и 22 (53,7%) - с близкими родственниками (братом, мужем, отцом).

По клиническим формам (рис. 3) больные распределены следующим образом: очаговый туберкулез – у 11 (12,8%), инфильтративный туберкулез легких — у 28 (32,5%), диссеминированный — у 11 (12,8%), фиброзно-кавернозный (ФКТ) — у 31 (36,1%) и цирротический туберкулез легких — у 5 (5,8%) больных.

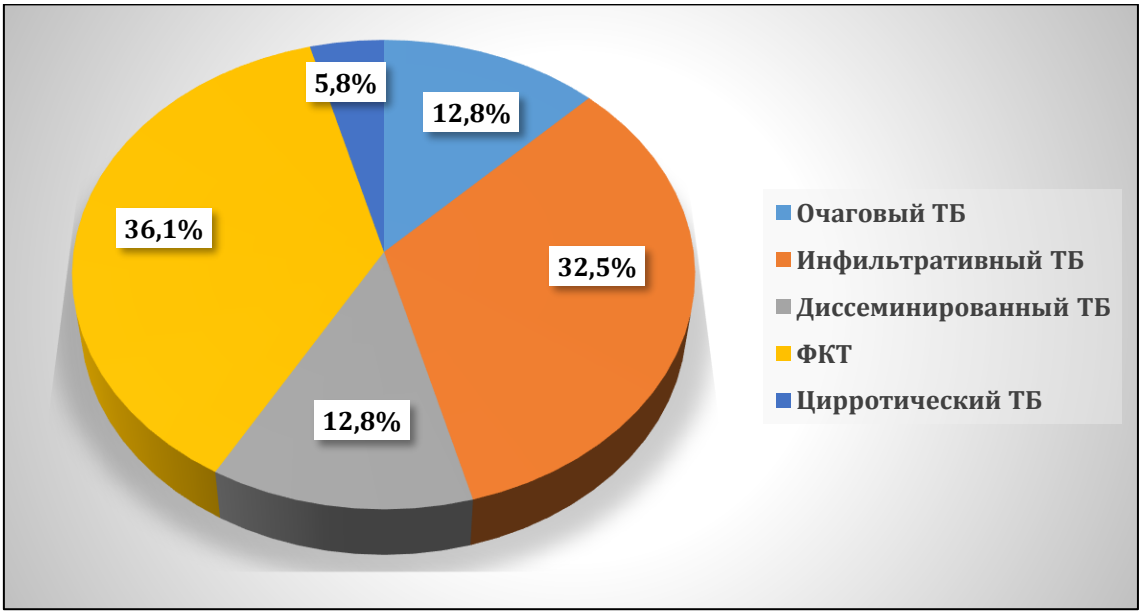


Рис. №3. **Распределение больных по клиническим формам**

Рентгенологически односторонний процесс диагностирован у 33 (38,4 %) больных, у 53 (61,6%) — процесс был двухсторонний.

При поступлении в стационар микобактерии туберкулеза в мокроте были обнаружены различными методами у 55 (63,9%) больных. Из них у впервые выявленных МБТ обнаружено в 21 (38,2%) случаев, а среди ранее леченных – в 34 (61,8%).

У всех больных при поступлении в стационар были выявлены симптомы интоксикации. 65 (75,6%) больных поступили в состоянии средней тяжести в тяжелом состоянии — 12 (13,9%) и в относительно удовлетворительном состоянии — 9 (10,5%) больных. Для МЛУ-ТБ легких в сочетании с гепатитами была характерна достаточно яркая клиническая картина. Так, повышения температуры тела была отмечена у 59 (68,6%) больных, жалобы на общую слабость встречались почти у всех больных. Потеря массы тела 5 кг и более выявлено у 69 (80,2 %) больных, снижение аппетита — у 83 (96,5%). У 2 (2,3%) больных отмечалась осиплость голоса как признак генерализации процесса (Рис. №4).

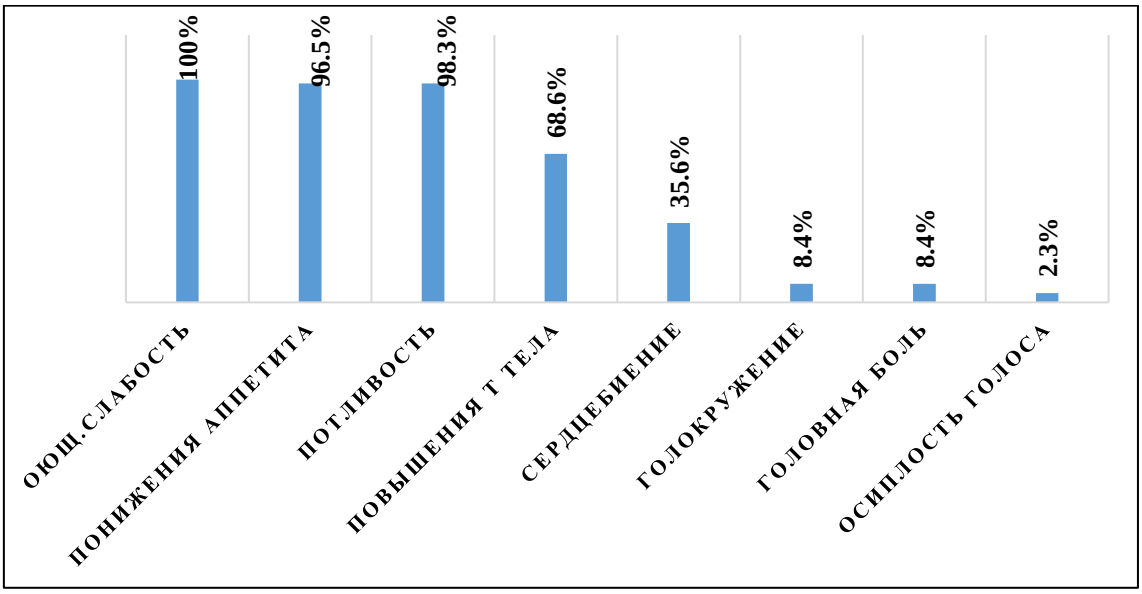


Рис. №4. **Распределение больных по симптомам интоксикации**

У всех больных имелись различные клинические проявления со стороны органов дыхания. Как видно из рисунка №5, ведущим клиническим симптомом в 85 (98.8 %) случаев является кашель, в основном с мокротой — у 61 (71,2 %). Боли в грудной клетке встречались у 16 (18,6%) больных, что является признаком вовлечения в процесс париетальной плевры.

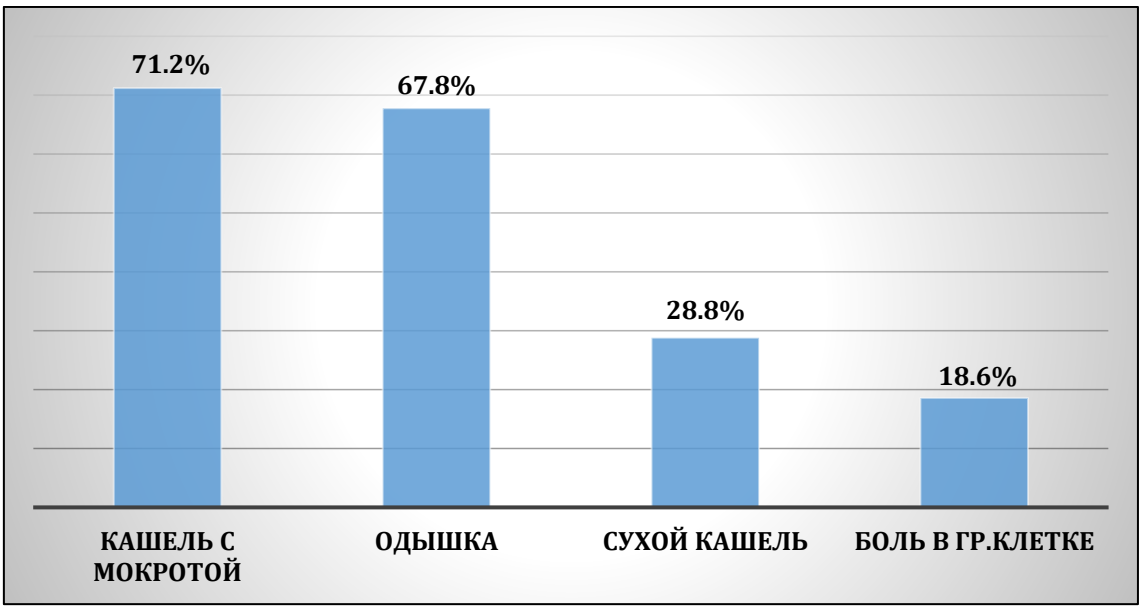


Рис. №5. **Распределение больных по бронхолегочным симптомам**

Изменения гемограммы были обнаружены в 90,6% случаев (у 78 из 86 человек). Чаще всего отмечалось ускорение СОЭ (более 32 мм в час) — в 87,2% случаев. Изменения со стороны красной крови показало, что: у 54 пациентов (62,8%) была анемия 1,2 и 3 степени. Лимфопения выявлена у 32 (37,2%) больных и лейкоцитоз — у 17 (19,7%).

Из 86 больных туберкулезом с сопутствующим гепатитами у 54 (62,8%) имелись следующие другие сопутствующие заболевания. Из них у более половины больных имелось по два, три и более сопутствующих заболеваний, соответственно у 23 (26,7%) и у 20 (23,2 %). Только у 40 (46,5%) больных выявлена одна сопутствующая патология. Сведения о частоте и характере сопутствующих заболеваний представлены в рисунке №6.

При анализе структуры сопутствующих заболеваний отмечено преобладание анемий — у 54 (62,8%), далее по частоте встречаемости следуют: ВИЧ-инфекция — у 22 (25,6 %) и ХОБЛ – у 19 (22,1%). Остальные патологии встречаются в единичных случаях.

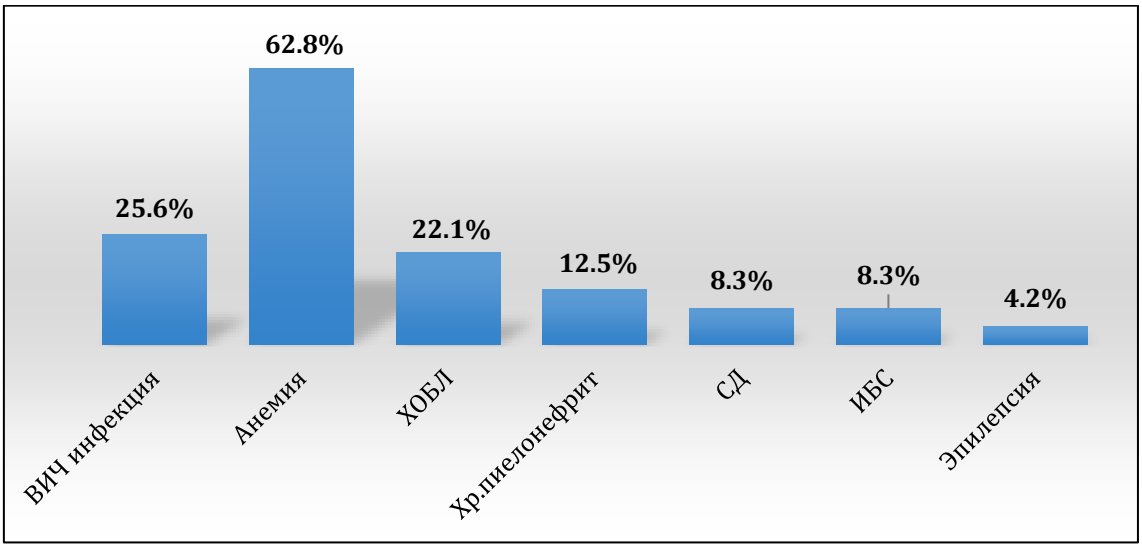


Рис. №6. **Распределение больных по сопутствующим заболеваниям**

По нашим данным почти у всех больных на фоне туберкулезного процесса в сочетании с вирусными гепатитами были выявлены различные осложнения. При изучении структуры осложнений установлено, что гипотрофия 1, 2, 3 степени отмечено у 68 (79,1 %) больных, дыхательная недостаточность — у 65 (75,6%), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – у 14 (16,3%) больных. Сочетание двух и более осложнений отмечалось у 57 (66,3%) больных. Кровохарканье отмечалось у 5 (5,8 %) больных, экссудативный плеврит — у 18 (20,8%). Эту группу составили в основном больные с деструктивными формами туберкулеза легких.

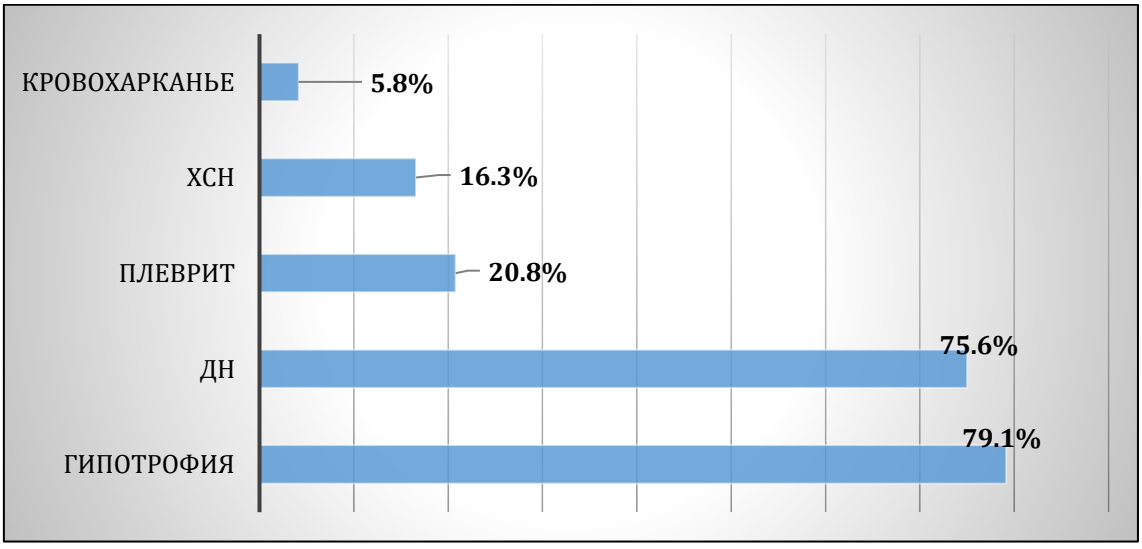


Рис. №7. **Распределение больных по осложнениям**

Противотуберкулезная терапия проводилась с учетом наличия устойчивости к антибактериальным препаратам. Все больные получали противотуберкулезную лечению по стандартам национального клинического протокола по лечению больных с МЛУ/РУ-ТБ препаратами второй группы.

В результате лечения успешное лечение достигнуто (вылечен, лечение завершено) у 60 (69,7%) пациентов, неудача лечения у 16 (18,6%), потерян для дальнейшего наблюдения у 6 (6,9%) и смерть вследствие комплекса лечение наблюдалось в 4 (4,8%) случаях.

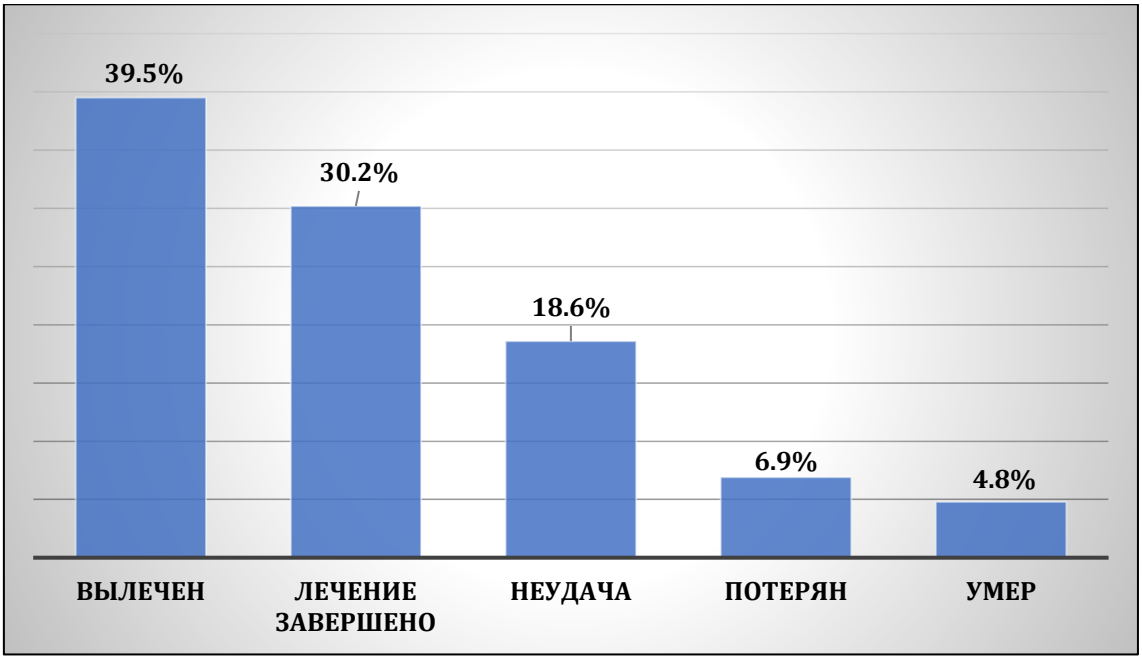


Рис. №8. **Исход лечения туберкулеза**

Выводы:

1. Исследование медико-социальной характеристики пациентов показало, что большинство больных с МЛУ/РУ-туберкулезом, страдающих от вирусных гепатитов, принадлежат к группе социально дезадаптированных лиц (76,2%). Важно отметить, что у большинства из них наблюдаются вредные привычки, причем свыше половины пациентов имеют две или три такие привычки. Также значительное влияние на их состояние оказывает наличие судимости (61,6%), а среди обследованных имеется 19,7% без определенного места жительства. Злоупотребление алкоголем затрагивает 60,4% наших пациентов, в то время как 18,6% из них употребляют инъекционные наркотики. Эти факторы существенно затрудняют лечебный процесс.

2. Вирусные гепатиты осложняют клиническое течение туберкулеза и снижают эффективность лечебных мероприятий. Согласно нашим данным, в 30,3% случаев лечение оказалось неэффективным. Результаты терапии в значительной степени зависят от своевременного начала гепатопротекторной терапии на фоне применения противотуберкулезных препаратов. Очень важно начинать такую терапию как можно раньше, принимая во внимание чувствительность к антибактериальным препаратам.

Литература.

1. Abdugapparov F. et al. Diagnostic procedures, diagnoses, and treatment outcomes of patients with presumptive tuberculosis pleural effusion in uzbekistan //International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2021. – Т. 18. – №. 11. – С. 5769.

2. Centre for Disease AnalysisWeb Annex B WHO estimates of the prevalence and incidence of hepatitis C virus infection by World Health Organization region, 2015. in: Global hepatitis report 2017. World Health Organization, Geneva2018 (WHO /CDS/HIV/18.46). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

3. Global hepatitis report 2017. World Health Organization, Geneva2017 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from:) https://www.who.int/publications/i/item/global-hepatitis-report-2017

4. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact. World Health Organization, Geneva2021 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO)

5. Global tuberculosis report 2022. World Health Organization, Geneva2022 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from:) https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022

6. Khodzhaeva M. et al. Peculiarities of the course of tuberculosis when combined with hiv in-

fection, complicated by visceral mycosis // Интернаука. – 2020. – №. 24-2. – С. 58-62.

7. Mirzaboyev S. et al. Zamonaviy tibbiyot sharoitida birlamchi aniqlangan tuberkulyozning turli shakillarini barvaqt aniqlashda raqamli rentgen diagnostikasining ahamiyati. – 2023.

8. Nayagam S. Conteh L. Sicuri E. et al. Cost-effectiveness of community-based screening and treatment for chronic hepatitis B in the Gambia: an economic modelling analysis. Lancet Glob Health. 2016; 4: e568-e578

9. Ongarbayev D. O. et al. Effectiveness of diagnostics and treatment of tuberculosis in patients with COVID-19 //World Bulletin of Public Health. – 2023. – Т. 20. – С. 29-33.

10. Абдугаппаров Ф. Б. и др. The results of clinical and laboratory studies in patients with disseminated pulmonary tuberculosis: дис. – Toshkent, 2023.

11. Маматов Л. Б. и др. Особенности течения МЛУ-ТБ при сочетании с вирусными гепатитами «С» и «В»: дис. – Toshkent, 2023.

12. Маматов Л. и др. The role of social factors on the course of MDR-TB with co-infection with viral hepatitis" C" and" B". – 2023.

Урманова Юлдуз Махкамовна – д.м.н., профессор
Университет Альфраганус
Миртухтаева Малика Бахтияровна - врач-эндокринолог
Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии имени акад. Ё.Х. Туракулова
Ходжаева Феруза Садыковна – ассистент

РОЛЬ МАРКЕРОВ ПРОЛИФЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МАКРО И ГИГАНТСКИМИ НЕАКТИВНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГИПОФИЗА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ

АННОТАЦИЯ. Актуальность. *Оценка Ki-67 и p53 с помощью иммуногистохимии, обычно с моноклональным антителом MIB1, является обязательной для оценки пролиферации у пациентов, подвергнутых трансназальной аденомэктомии гипофиза.*

Цель. *Изучить прогностическое значение инвазии и маркеров пролиферации у пациентов с макро и гигантскими неактивными опухолями гипофиза.*

Материал и методы. *Всего было обследовано 272 больных с макро и гигантскими НАГ. Из 272 больных с НАГ в исследовании принимали участие проспективно 151 больных (мужчин и женщин)*

Методы исследования включали в себя: 1) обще-клинические (исследование эндокринного, неврологического статусов), 2) инструментальные (периметрия на все цвета, 3) гормональные исследования крови (СТГ, ИФР-1, ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ТТГ, АКТГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, кортизол и иммуногистохимические исследования.

Результаты. *Наблюдаемая частота иммуноэкспрессии маркеров пролиферации составила 40%/50% для p53 (≥3+), 50%/60% для Ki-67 (≥2+). Опухоли с иммуноэкспрессией не менее 2 маркеров с высоким индексом пролиферации наблюдались в 54% когорты и расценивались как пролиферативные аденомы.*

Заключение. *Гигантские неактивные аденомы гипофиза часто сопровождаются инвазивным ростом в окружающие анатомические структуры (более 80% случаев), что является основным фактором, ограничивающим радикальность оперативного вмешательства и увеличивающим число рецидивов.*

Ключевые слова: *НАГ, гигантские аденомы гипофиза.*

Urmanova Yulduz Maxkamovna – t.f.d., professor
Alphaganus universiteti
Mirtuxtayeva Malika Baxtiyarovna – endokrinolog- shifokor
akad. Y.H. To'raqulov nomidagi REIATM
Xodjaeva Feruza Sadiqovna – assistent

MAKRO VA GIGANT FAOL BO'LMAGAN GIPOFIZ O'SMALARI BO'LGAN BEMORLARDA PROLIFERATSIYA BELGILARINING NATIJALARNI BASHORAT QILISHDAGI ROLI

ANNOTATSIYA. Dolzarbligi. *Ki-67 va p53 ni immunohistokimyo bilan baholash, odatda MIB1 bilan, gipofiz bezining transnazal adenomektomiyasidan o'tgan bemorlarda proliferatsiyani baholash uchun majburiydir.*

Maqsad. *Makro va gigant faol bo'lmagan gipofiz o'smalari bo'lgan bemorlarda invaziya va proliferatsiya belgilarining prognostik ahamiyatini o'rganish.*

Materiallar va uslublar. *Hammasi bo'lib, makro va ulkan nag bilan kasallangan 272 bemor tekshirildi. Nag bilan kasallangan 272 bemordan 151 bemor (erkak va ayol)tadqiqotda istiqbolli ishtirok etdi.*

Tadqiqot usullari quyidagilarni o'z ichiga oladi: 1) umumiy klinik (endokrin, nevrologik holatlarni o'rganish), 2) instrumental (barcha ranglar, fundus, ko'rish keskinligi uchun perimetriya, 3) gormonal qon tadqiqotlari (STH, IFR-1, LH, FSH, BPD, TSH, ACTH, prolaktin, testosteron, estradiol, progesteron, kortizol va immunohistokimyoviy tadqiqotlar.

Natijalar*. Proliferatsiya belgilarining immunoekspressiyasining kuzatilgan darajasi p53 uchun 40%/50% ni tashkil etdi(≥3+), 50%/60% Ki - 67 uchun (≥2+). Kogortaning 54 foizida kamida 2 ta yuqori proliferatsiya indeksiga ega bo'lgan immunoekspressiyali o'smalar kuzatilgan va proliferativ adenomalar sifatida qabul qilingan.*

Xulosa. *Gigant faol bo'lmagan gipofiz adenomalari ko'pincha atrofdagi anatomik tuzilmalarga invaziv o'sish bilan birga keladi (holatlarning 80% dan ortig'i), bu jarrohlikning radikalligini cheklaydigan va relapslar sonini ko'paytiradigan asosiy omil.*

Kalit so'zlar: *nag, gigant gipofiz adenomalari.*

Urmanova Yulduz Makhkamovna - D.M.Sc., professor
University of Alfraganus.
Mirtukhtaeva Malika Bakhtiyarovna - endocrinologist
RSSPMCE named after academician E.Kh. Turakulov
Khodjaeva Feruza Sadykovna – assistant

THE ROLE OF PROLIFERATION MARKERS IN PATIENTS WITH MACRO AND GIANT INACTIVE PITUITARY TUMORS IN PREDICTING OUTCOMES

ANNOTATION. Relevance*. The assessment of the KI-67 and P53 using immunohistochemistry, usually with monoclonal antibodies of MIB1, is mandatory for evaluating proliferation in patients subjected to transnasal adenomectomy of the pituitary gland.*

Goal. *To study the prognostic significance of invasion and markers of proliferation in patients with macro and giant inactive pituitary tumors.*

Material and methods. *In total, 272 patients with macro and giant naga were examined. Of the 272 patients with the naga in the study, 151 patients (men and women) took part in the study)*

Research methods included: 1) general clinical (study of endocrine, neurological statuses), 2) instrumental (perimetry for all colors, eye bottom, visual acuity, 3) hormonal blood tests (STG, IFR-1, LG, FSG, PRL, TSL, ACTH, prolactin, testosterone, estradiol, progesterone, cortisol and immunohymph hand-chemical studies.

Results. *The observed frequency of immunoexpression of proliferation markers was 40%/50% for P53 (≥3+), 50%/60% for Ki-67 (≥2+). Tumors with immunoexpression of at least 2 markers with a high proliferation index were observed in 54% cohorts and regarded as proliferative adenomas.*

Conclusion*. Giant inactive pituitary adenomas of the pituitary gland are often accompanied by invasive growth in the surrounding anatomical structures (more than 80% of cases), which is the main factor that limits the radicality of surgical intervention and increases the number of relapses.*

Keywords: *NFPA, giant pituitary adenomas.*

Введение. Аденомы гипофиза в большинстве своем доброкачественные и их первые симптомы связаны с гиперсекрецией гормонов или с гипопитуитаризмом, когда происходит сдавление нормальной ткани гипофиза [10, 4]. Некоторые из этих опухолей могут быть связаны с признаками инфильтрации, деструкции и инвазии соседних тканей во время их развития, известных как инвазивные аденомы гипофиза. Впервые этот термин был предложен Джефферсоном [7, 8], которые считали эти аденомы локальными злокачественными опухолями. Однако, до сих пор нет четкого определения агрессивности. Некоторые авторы предполагают, что они часто являются рецидивирующими опухолями, имеющими большой объем, ускоренный рост, инвазию в соседние структуры и резистентность к мультимодальному (хирургическому, лучевому и фармакологическому) лечению [3, 13, 19, 12].

В 2004 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) классифицировала аденомы гипофиза на типичные аденомы, атипичные аденомы или карциномы [12]. К сожалению, этот процесс классификации не устанавливает надежной связи с клиническим поведением или риском канцерогенеза. Некоторые типичные аденомы гипофиза демонстрируют агрессивный фенотип, а некоторые опухоли, считающиеся атипичными аденомами гипофиза, могут не рецидивировать или быть устойчивыми к фармакологическому лечению. Даже агрессивные неметастатические аденомы гипофиза могут иметь гистопатологические признаки, сходные с карциномами [22]. Эти опухоли следует диагностировать на ранней стадии, что требует тщательного клинического и рентгенологического мониторинга. В этих случаях следует рассмотреть протоколы интенсивного лечения.

Недавно Trouillas et al. [20] предложили прогностическую клинико-патологическую классификацию, которая учитывает как рентгенологические, так и гистологические параметры, и рекомендует следующую систему классификации: 1A, неинвазивная; 1B, неинвазивный и пролиферативный; 2A, инвазивный и непролиферативный; 2B, инвазивный и пролиферативный; 3, метастатический. Эти авторы [20] указали на предиктивную прогностическую ценность классификации, основанную на 8-летнем наблюдении. Роль клинического, радиологического и иммунного окрашивания маркеров пролиферации тканей на клинические исходы остается неясной, и предложенные категории опухолей нуждаются в подтверждении в долгосрочных исследованиях больших серий.

Оценка Ki-67 с помощью иммуногистохимии, обычно с моноклональным антителом MIB1, является обязательной для оценки пролиферации. Имеется предположение, что Ki-67 существенно не различается между гормоносекретирующими и несекретирующими опухолями гипофиза [14]. Методологические проблемы, трудности интерпретации и использование разных пороговых значений в разных исследованиях [17, 15] могут объяснить, почему интерпре-

тация Ki-67 недавно была переформулирована, отойдя от порогового значения 3% в предыдущей классификации ВОЗ. опухолей гипофиза к оценке процента Ki-67-положительных ядер без точного отсечения в классификации ВОЗ 2017 г. Исследования NF-PitNET показали, что пролиферативный индекс Ki-67 остается вторым параметром в прогнозировании рецидива после вторжения в окружающие структуры [16].

Пролиферативный индекс Ki-67 и митотическая активность должны быть тщательно оценены в апоплексических PitNET, поскольку пролиферацию воспалительных клеток и клеток, окружающих некроз, не следует интерпретировать как пролиферацию опухолевых клеток. В этой ситуации следует, по возможности, оценить пролиферацию в хорошо сохранившихся участках опухоли и рассмотреть возможность использования дополнительной иммуномаркировки лимфоцитарным маркером для оценки доли воспалительных клеток среди Ki-67-реактивных клеток.

Несмотря на то, что мутация p53 очень редко выявляется в спорадических PitNET, ее накопление в ядре, обнаруженное иммуногистохимией, предполагает потенциальное агрессивное поведение опухолей гипофиза в предыдущих исследованиях, что привело к включению p53 в число критериев классификации «атипичная аденома» в предыдущей классификации ВОЗ. Тем не менее до сих пор нет однозначного мнения о его интерпретации при опухолях гипофиза, в том числе нефункционирующих [11, 18].

По данным Zakir JC[1], Casulari LA[1], Rosa JW[2][21]., хотя у некоторых гипофизарных аденом может быть агрессивное поведение, подавляющее большинство доброкачественные. Есть все еще споры о прогнозирующих факторах относительно биологического поведения этих конкретных опухолей. Авторы подчеркнули, что параселлярная инвазия преобладает как сильный прогнозирующий фактор рецидива опухоли. Выраженный супраселлярный рост нужно рассмотреть, как параметр инвазии и могло повлиять на прогноз.

Все вышеуказанное подчеркивает актуальность данного направления

Цель. Изучить прогностическое значение инвазии и маркеров пролиферации у пациентов с макро и гигантскими неактивными опухолями гипофиза.

Материал и методы. Всего было обследовано 272 больных с макро и гигантскими НАГ. Из 272 больных с НАГ в исследовании принимали участие проспективно 151 больных (мужчин и женщин), получавших лечение в отделении нейроэндокринологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии, и обратившихся в амбулаторию в период за 2020 - 2022 гг. Из них – мужчин - 85 (56,3%), женщин – 66 (43,7%), за которыми велось постоянное наблюдение в динамике. Средний возраст: мужчин составил 48,12 лет, женщин - 46, 15 лет Давность заболевания колебалась в пределах от 2 мес до 5 лет. 20 здоровых лиц соответствующего пола и возраста составили группу контроля.

По размеру аденом гипофиза пациенты проспективного (151 больных) наблюдения были распределены на 2 группы: 1 группа – больные с макро-НАГ – 55 лиц, 2 группа – больные с гигантскими НАГ – 96 лиц.

В таблице 2.1. дано распределение больных по полу и возрасту (данные проспективного исследования).

Таблица 2.1.

Распределение больных по полу и возрасту (n = 151)

Возраст, лет	Число мужчин, n = 85		Число женщин n = 66	
	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр
13 лет	-	-	-	-
16 – 29	3	6	1	2
30-44	16	19	15	13
45-59	18	16	16	14
60-74	4	3	1	2
75 и старше	-	-	1	1
Всего: n = 151	41	44	34	32

Методы исследования включали в себя: 1) обще-клинические (исследование эндокринного, неврологического статусов), 2) инструментальные (периметрия на все цвета, глазное дно, острота зрения, 3) ЭКГ, КТ/МРТ турецкого седла и надпочечников, 4)УЗИ внутренних и половых органов и др.), 5) гормональные исследования крови (СТГ, ИФР-1, ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ТТГ, АКТГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, кортизол (метод ИХЛА). Кроме того, постоперационный материал подвергался гистологической диагностике в РСНПМЦ Э МЗРУз имени акад. Ё.Х. Туракулова (кабинет гистологии).

Маркеры пролиферации Ki-67 и p53 были получены полуколичественным методом. Результаты считали положительными для случаев, когда p53 ≥ 3+ (иммуноэкспрессия от 25 до 50% клеток), Ki-67 ≥ 2+ (иммуноэкспрессия от 10 до

25% клеток) и c-erbB2 ≥ 2+ (положительность в более 10% клеток) по локальным протоколам [14, 15].

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и STATISTICA_6. Вычислялись средняя арифметическая (M), стандартное отклонение среднеарифметической или ошибка средней арифметической из всех *n* повторностей (m). Достоверность различий в уровне между группами оценивалась по величине доверительного интервала и критерия Стьюдента (p). Различия считали статистически значимыми при p<0,05.

Результаты собственных исследований и их обсуждение. Всего было выполнено 60 ТАГ (трансназальная аденомэктомия гипофиза) (к.м.н. Акбутаевым А.М., проф. Майклом Поуэллом из Великобритании). Повторные операции на гипофизе были выполнены 5 больным (7,3%), Лучевую терапию получили 5 (7,4%) больных и 1 – химиотерапию (1,5%).

Было проанализировано 20 иммунногистохимических исследований у 10 пациентов с макро-НАГ и 10 пациентов с гигантскими НАГ в сравнении с данными МРТ гипоифза.

Все срезы изображений МРТ были просмотрены. Инвазию кавернозного синуса рассматривали в случаях, когда объем опухоли занимал более 2/3 внутренней сонной артерии [11] или опухоли 3 и 4 степени по Knosp et al. [12] и Эдал и соавт. [13] классификаций соответственно. Инвазию клиновидной пазухи рассматривали в тех случаях, когда на МРТ была обнаружена эрозия дна селлярной кости и/или прорастание опухолью клиновидной пазухи (степень 1 и 2 по Edal et al. [13]. Опухоли со значительным супраселлярным распространением (степень 4, Edal et al. [13]), вызывающие обструктивную гидроцефалию при тесном контакте с третьим желудочком и в непосредственной близости от ткани паренхимы головного мозга, также считались инвазивными.

Установлено, что кровоизлияние в строму гипофиза встречалось в 5 (9,09%)/12 (12,5%) наблюдения, параселлярная инвазия – у 42 (76,4%)/78 (81,3%), супраселлярный рост – у 34 (61,8%)/67 (69,8%), инфраселлярное расширение -44 (80%)/57 (59,4%), расширение III желудочка - 32 (58,2%)/57 (59,4%) наблюдениях соответственно в 1 и 2 группах. Рецидив роста опухоли после ТАГ встречался у 15 пациентов из 60 (25%).

Максимальный средний диаметр опухоли, определенный при диагностике, составил 44,7 ± 13,6 мм, а макроаденомы> 40 мм присутствовали у 68% пациентов. В общей сложности 76,4%/81,3% всех опухолей имели признаки параселлярной инвазии (22% односторонняя инвазия, 62% двусторонняя инвазия). Инфраселлярная инвазия наблюдалась в 80%/71,9% всех случаев. Наблюдалось супраселлярное распространение любой степени с частотой 62%/69,8% когорты. Из них третий желудочек и/или ткань паренхимы головного мозга (степень 4, согласно Edal et al. [13]) присутствовали в 58,2%/59,4% всех случаев

В таблице 2 дана иммуногистохимическая характеристика исследуемых групп. Наблюдаемая частота иммуноэкспрессии маркеров пролиферации составила 40%/50% для p53 (≥3+), 50%/60% для Ki-67 (≥2+). Опухоли с иммуноэкспрессией не менее 2 маркеров с высоким индексом пролиферации наблюдались в 54% когорты и расценивались как пролиферативные аденомы.

Таблица 2.

Иммуногистохимическая характеристика исследуемых групп

Диагноз заболевания	**1 группа – больные с макро-НАГ – 10 лиц**	**2 группа – больные с гигантскими НАГ – 10 лиц.**
Нулевая ячейка	8 (80%)	8 (80%)
P53		
>/3+	4 (40%)	5 (50%)
Ki 67		
>/2+	5 (50%)	6 (60%)
Клинико-патологическая классификация		
1A	1 (10%)	1 (10%)
1B	1 (10%)	1 (10%)
2A	3(30%)	2 (20%)
2B	5 (50%)	6 (60%)

Далее были рассмотрены все рентгенологические оценки, а также изображения с момента постановки диагноза и в течение всего периода наблюдения. Было замечено, что более 80% опухолей считались анатомически инвазивными по диагнозу. Согласно клинико-патологической классификации, связь между анатомическими и патологическими классами выявила, что 4% были неинвазивными и непролиферативными опухолями (класс 1A), а 2% были неинвазивными и пролиферативными (класс 1B). Кроме того, 30%/20% опухолей из общей выборки

были инвазивными и непролиферативными (уровень 2А), а 50%/60% были инвазивными и пролиферативными опухолями (уровень 2В). Метастатических опухолей не наблюдалось.

Обзор иммуногистохимического анализа показал, что из всех случаев 76 % были нуль-клеточными аденомами гипофиза.

Таким образом, полученные нами результаты показали, что у всех пациентов с гигантскими аденомами гипофиза. Отсутствие параселлярной инвазии ассоциировалось с более высокой частотой стабильности опухоли после лечения (p = 0,0389; остаток по Пирсону = +3). Однако параселлярная инвазия не была связана с такими исходами, как повторный рост/рецидив опухоли и излечение/уменьшение. Инфраселлярная инвазия и супраселлярное распространение не считались хорошими прогностическими маркерами клинического исхода. Тем не менее, была тенденция связывать отсутствие распространения на третий желудочек с большей вероятностью стабильности опухоли после лечения. Пролиферативные опухоли, но в основном те, которые классифицируются как степень 2В (инвазивно-пролиферативные), показали значительную связь с частотой повторного роста/рецидива опухоли (p = 0,0127), подтверждая, что эти поражения следует рассматривать как очень подозрительные на неопластическую пролиферацию.

Выводы. Гигантские неактивные аденомы гипофиза часто сопровождаются инвазивным ростом в окружающие анатомические структуры (более 80% случаев), что является основным фактором, ограничивающим радикальность оперативного вмешательства и увеличивающим число рецидивов.

Библиография.

1. Botelho C. H. A., De Magalhães A. V., De Mello P. A., Schmitt F. C., Casulari L. A. Expression of p53, KI-67 and c-erb B2 in growth hormone- and/or prolactin-secreting pituitary adenomas. *//Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2006;64(1):60–66. doi: 10.1590/S0004-282X2006000100013.

2. Buchfelder M. Management of aggressive pituitary adenomas: current treatment strategies. *//Pituitary.* 2009; 12(3): 256–260. doi: 10.1007/s11102-008-0153-z.

3. Central brain tumor registry of the United States 2007-2008. *Central Brain Tumor Registry of the United States Statistical Report. 2008*

4. Cottier J.-P., Destrieux C., Brunereau L., et al. Cavernous sinus invasion by pituitary adenoma: MR imaging. *//Radiology.* 2000;215(2):463–469. doi: 10.1148/radiology.215.2.r00ap18463.

5. Edal A. L., Skjödt K., Nepper-Rasmussen H. J. SIPAP—a new MR classification for pituitary adenomas. Suprasellar, infrasellar, parasellar, anterior and posterior. *//Acta Radiologica.* 1997;**38**(1):30–36. doi: 10.1080/02841859709171238.

6. Ferreira J. E. A., de Mello P. A., de Magalhães A. V., et al. Caracterização clínica e imunoistoquímica dos adenomas clinicamente nao-funcionantes de hipófise. *//Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2005; 63(4): 1070–1078. doi: 10.1590/s0004-282x2005000600029.

7. Jefferson G. Extrasellar extensions of pituitary adenomas. *// Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 1940; 33: 433–458.

8. Jefferson G. *The Invasive Adenomas of the Anterior Pituitary.* 2nd. Springfield, Ill, USA: Charles C. Thomas; 1972.

9. Knosp E., Steiner E., Kitz K., Matula C. Pituitary adenomas with invasion of the cavernous sinus space: a magnetic resonance imaging classification compared with surgical findings. *//Neurosurgery.* 1993; 33(4): 610–618. doi: 10.1227/00006123-199310000-00008.

10. Kovacs K., Horvath E. Pathology of pituitary tumors. *// Endocrinology and Metabolism Clinics of North America. 1987;16(3):529–551.*

11. Lamolet B, Pulichino AM, Lamonerie T, Gauthier Y, Brue T, Enjalbert A, Drouin J. A pituitary cell-restricted T box factor, Tpit, activates POMC transcription in cooperation with Pitx homeoproteins. // Cell. 2001; 104(6): 849–859. doi: 10.1016/S0092-8674(01)00282-3.

12. Lloyd R. V., Kovacs K., Young W. F., Jr., et al. Pituitary tumours: introduction. In: DeLellis R. A., Lloyd R. V., Heitz P. U., Eng C., editors. *//Tumours of the Pituitary, Chapter 1. Pathology and Genetics of Tumours of Endocrine Organs*. Lyon, Paris: World Hearth Organization Classification of Tumours. IARC Press; 2004. pp. 10–13

13. Mccormack A. I., Wass J. A. H., Grossman A. B. Aggressive pituitary tumours: the role of temozolomide and the assessment of MGMT status. *// European Journal of Clinical Investigation.* 2011; 41 (10): 1133–1148. doi: 10.1111/j.1365-2362.2011.02520.x.

14. Molitch, M. E. Pituitary incidentalomas //Endocr metab clin north am.- 2013. Vol. 26. - P. 725-740.

15. Nagasaka,T. / Sarcomatous transformation of pituitary adenoma after bromocriptine therapy. // Hum pathol. -1998.-Vol. 29, №2.-P. 3-190.

16. Newton, D. R. Management of pituitary adenomas // FJ.N.R. 2009. - Vol. 10. - P. 949-954.

17. Nishioka H[1], Hara T[2], Nagata Y[3], et all/Inherent Tumor Characteristics That Limit Effective and Safe Resection of Giant Nonfunctioning Pituitary Adenomas. //World Neurosurg. 2017 Oct; 106: 645-652. doi: 10.1016/j.wneu.2017.07.043. Epub 2017 Jul 19.)

18. Pulichino AM, Vallette-Kasic S, Tsai JP, Couture C, Gauthier Y, Drouin J. Tpit determines alternate fates during pituitary cell differentiation.

//Genes Dev. 2003; 17(6): 738–747. doi: 10.1101/gad.1065703.

19. Raverot G., Castinetti F., Jouanneau E., et al. Pituitary carcinomas and aggressive pituitary tumours: merits and pitfalls of temozolomide treatment. // *Clinical Endocrinology*. 2012;76(6):769–775. doi: 10.1111/j.1365-2265.2012.04381.x.

20. Trouillas J., Roy P., Sturm N., et al. A new prognostic clinicopathological classification of pituitary adenomas: a multicentric case-control study of 410 patients with 8 years post-operative follow-up. *//Acta Neuropathologica*. 2013;126(1):123–135. doi: 10.1007/s00401-013-1084-y

21. Zakir JC[1], Casulari LA[1], Rosa JW[2], et all/Prognostic Value of Invasion, Markers of Proliferation, and Classification of Giant Pituitary Tumors, in a Georeferred Cohort in Brazil of 50 Patients, with a Long-Term Postoperative Follow-Up. //Int J Endocrinol. 2016; 2016: 7964523. doi: 10.1155/2016/7964523. Epub 2016 Aug 18)

22. Zemmoura I., Wierinckx A., Vasiljevic A., Jan M., Trouillas J., François P. Aggressive and malignant prolactin pituitary tumors: pathological diagnosis and patient management. *//Pituitary*. 2013; 16 (4): 515–522. doi: 10.1007/s11102-012-0448-y

ОБЗОРЫ

Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич - Ph.D.
Курбаниязов Зафар Бабажанович - д.м.н., профессор
Самаркандский государственный медицинский университет

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ С СОПУТСТВУЮЩИМ АБДОМИНОПТОЗОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме. *Коррекция деформаций передней брюшной стенки является одним из самых распространенных оперативных вмешательств в современной практике пластического хирурга. Однако этот метод все еще не полностью разрешен. Таким образом, появляются новые методы хирургической коррекции и улучшаются старые. Каждый врач выбирает подход к решению проблемы восстановления эстетических контуров передней брюшной стенки и удовлетворению потребностей пациента. По данным Американского общества пластических и реконструктивных хирургов, абдоминопластика является пятой по частоте среди эстетических пластических операций для исправления деформаций и дефектов передней брюшной стенки, вызванных абдоминоптозом.*

Ключевые слова: *вентральная грыжа, абдоминоптоз, лечение.*

Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич - Ph.D.
Курбаниязов Зафар Бабажанович - т.ф.д., профессор
Самарқанд давлат тиббиёт университети

ЁНДОШ БЎЛГАН АБДОМИНОПТОЗДА ВЕНТРАЛ ЧУРРАНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЖИҲАТЛАРИ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)

Резюме. *Қорин олд девори деформацияларини коррекциялаш замонавий пластик жарроҳлик амалиётида энг кенг тарқалган жарроҳлик аралашувларидан бири ҳисобланади. Бироқ, бу усул ҳали ҳам тўлиқ ҳал қилинмаган. Шундай қилиб, жарроҳлик коррекциясининг янги усуллари пайдо бўлади ва эскилари яхшиланади. Ҳар бир шифокор қорин олд деворининг эстетик контурларини тиклаш муаммосини ҳал қилиш ва беморнинг эҳтиёжларини қондириш учун ёндашувни танлайди. Америка пластик ва реконструктив жарроҳлар жамияти маълумотларига кўра, абдоминопластика абдоминоптоз туфайли юзага келган қорин олд деворининг деформатсиялари ва нуқсонларини тузатиш учун эстетик пластик операциялар орасида бешинчи ўринда туради.*

Калит сўзлар: *вентрал чурра, абдоминоптоз, даволаш.*

Abdurakhmanov Diyor Shukurullaevich - Ph.D.
Kurbaniyazov Zafar Babajanovich - D.M.Sc., professor
Samarkand State Medical University

MODERN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF VENTRAL HERNIAS WITH COMPLETE ABDOMINOPTOSIS (LITERATURE REVIEW)

Abstract. *Correction of anterior abdominal wall deformities is one of the most common surgical interventions in modern plastic surgery practice. However, this method is still not fully resolved. Thus, new methods of surgical correction appear and old ones improve. Each doctor chooses an approach to solving the problem of restoring the aesthetic contours of the anterior abdominal wall and meeting the patient's needs. According to the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons, abdominoplasty is the fifth most common aesthetic abdominoplasty for correcting abdominoptosis-induced anterior abdominal wall deformities and defects.*

Key words: *ventral hernia, abdominoptosis, treatment.*

Согласно статистике Национального американского общества пластических хирургов и косметической хирургии [4], липосакция (414 315 операций) была самой популярной операцией в 2016 году, а абдоминопластика (181 540 операций) заняла третье место, уступив только увеличению груди.

Абдоминоптоз часто сопровождается грыжами различного вида. В связи с этими проблемами абдоминопластика часто сочетается с гер-

ниопластикой и рассматривается как комплексная реконструкция мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки. Это связано с тем, что грыжи, которые уже существуют, вызывают все большее утолщение и деформацию тканей передней брюшной стенки. Комплексное лечение может привести к снижению необходимого количества наркозов и госпитализаций, одномоментному лечению, снижению расходов на лечение, сокращению срока реабилитации и решению эстетических и функциональных проблем одновременно [5].

Среди вышеупомянутых грыж наиболее часто встречаются вентральные и пупочные грыжи в сочетании с абдоминоптозом.

Расхождение брюшной раны после широких доступов и лапаротомия являются наиболее распространенными причинами развития вентральных грыж, которые составляют более 20% всех осложнений, возникающих у пациентов, перенесших лапаротомию. Кроме того, пациенты с индексом массы тела (ИМТ) более 31 кг/м2 более склонны к послеоперационным грыжам, что делает бариатрических пациентов наиболее уязвимыми к этим осложнениям. Это связано с перерастяжением и расслоением мышц передней брюшной стенки и апоневроза, которых можно назвать основным каркасом и барьером на пути образования грыж [3].

Хирурги Национальной хирургической программы повышения качества хирургии Американского колледжа провели анализ выполненных абдоминопластика с 2005 по 2011 год в 2014 году. История 4925 пациентов была проанализирована. В 63,7% случаев была выполнена только абдоминопластика, а 36,3% — одновременно с грыжесечением. Пациентов также классифицировали по ИМТ: более 27,5 — группа высокого риска; более 40 — группа высокого риска. Результаты показали, что результаты восстановления пациентов после абдоминопластики с грыжесечением вентральной грыжи малых и небольших размеров были примерно одинаковы с результатами пациентов, полученных без грыжесечения (разница 9,8%). Тем не менее, абдоминопластика с грыжесечением вентральных грыж больших размеров вызывала больше проблем и требовала больше времени для восстановления пациентов после операции, чем абдоминопластика без грыжесечения [6].

В исследовании, проведенном K. Harth et al. [7], было обнаружено, что послеоперационные осложнения при выполнении абдоминопластики с грыжесечением и установкой сетчатого эндопротеза увеличивались в пять раз, в основном из-за воспаления в укрепленной области. Авторы утверждают, что для восстановления мышечно-апоневротического каркаса после коррекции вентральной грыжи предпочтительнее использовать сетку Sublay или Inlay. В противном случае соприкосновение эндопротеза с раневой поверхностью мягких тканей передней брюшной стенки увеличивает риск воспалительных реакций.

При выполнении абдоминопластики с восстановлением пупочной грыжи [8] общие осложнения после операции были немного выше, чем при классической абдоминопластике (11,9% против 9,8%). Общий рост осложнений незначительно увеличился в результате использования хирургической сетки (с 17,3 до 21,2%). Кроме того, следует отметить увеличение общего количества осложнений у курящих (p=0,003), употребляющих алкоголь (p=0,002), гипертоников (p=0,027), пациентов с сахарным диабетом (p<0,001) и системного сепсиса (p<0,001). При выполнении абдоминопластики с восстановлением пупочной грыжи использование техники Sublay или Inlay было одним из больших преимуществ метода, поскольку оно позволяло сохранить кровоснабжение пупка и адекватно исправить грыжевой дефект.

Пациенты с ИМТ, которым проводятся бариатрические операции, впоследствии страдают от избыточного количества растянутых мягких тканей. Они также говорят, что они не удовлетворены своим внешним видом и ограничением подвижности, а также страдают от значительных потерь массы тела [9]. Широкий доступ и его вариации, в том числе доступ по типу «Fleur de lis», доступны при абдоминопластике у пациентов, находящихся в бариатрическом состоянии. У пациентов подобного профиля различные абдоминопластика и грыжесечения проходят хорошо [10].

Общеизвестно, что генерализованное ожирение является важным фактором риска многих осложнений, которые могут возникнуть после операции. Ожирение способствует развитию вентральных грыж (как первичных, так и после операций на органах брюшной полости), а также является основной причиной таких серьезных терапевтических заболеваний, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ранний атеросклероз сосудов, сахарный диабет 2-го типа и гормональные нарушения, которые значительно повышают риск преждевременной смерти. Кроме того, независимо от предшествующей бариатрической операции, высокий индекс массы тела (ИМТ) увеличивает риск послеоперационных осложнений после хирургии контуров передней брюшной стенки до 80% [11].

Тромоз глубоких вен, который может привести к смерти, является одним из наиболее распространенных послеоперационных осложнений [12]. Профилактика тромбоза является важной частью всех этапов операции: пред-, интра- и послеоперационного периода, поскольку выполнение обширных абдоминопластик повышает риск тромбоза вен нижних конечностей и тром-

боэмболии [13]. Хорошо дозированная тромбопрофилактика может значительно снизить вероятность тромбоэмболических осложнений, как показано множеством исследований [14]. Таким образом, оценка по таблице J. Caprini рекомендуется для оценки вероятности развития тромбоэмболических осложнений. Эта оценка была подтверждена ретроспективными регистровыми исследованиями с участием более 16 000 пациентов общехирургического, сосудистого, урологического и оториноларингологического профиля, а также пациентов, перенесших пластические и реконструктивные операции и получающих интенсивную терапию [14, 15].

Заключение: проведенный анализ литературы, посвященной описаниям комбинированной абдоминопластики с коррекцией грыж передней брюшной стенки, показал, что одномоментное выполнение этих операций имеет как значительные преимущества, так и недостатки. Изучение возможности комбинации абдоминопластики и устранения грыжевых дефектов передней брюшной стенки является чрезвычайно важным вопросом, который имеет медицинское, социальное и экономическое значение [16]. Когда у таких пациентов есть функциональные ограничения, их характер, профессиональная и социальная жизнь страдают [17].

Абдоминопластика — один из наиболее популярных методов эстетической хирургии для исправления птозированных, избыточных мягких тканей передней брюшной стенки, особенно при наличии грыж. Большие преимущества симультанной абдоминопластики с грыжесечением включают уменьшение времени и количества операций, более широкий доступ к процедуре, меньше наркозов, меньше денег для пациента, меньше времени пребывания в стационаре и одновременное решение проблем, касающихся функциональности и эстетики.

Тем не менее, исследование показало, что в некоторых случаях при совмещении абдоминопластики и грыжесечения возникает более высокий риск послеоперационных осложнений. В результате хирургам следует быть очень внимательными при оценке соматического состояния пациента на предоперационном этапе и при планировании операционных подходов, не основываясь только на его пожеланиях и клинической ситуации.

Говоря коротко, абдоминопластическая операция обеспечивает широкий доступ ко всем частям передней брюшной стенки, что делает манипулирование более удобным и легким, особенно когда речь идет о послеоперационных грыжах большого размера. Стоит отметить, что количество проблем, вызванных такими методами, незначительно увеличивается. Это означает, что специалист должен быть готов и способен вовремя на них реагировать и принимать решение, как их устранить.

Литература.

1. Alawadi Z, Pham TH, Schell S, et al. "Components separation technique and laparoscopic component separation: a review of two techniques for fascial repair in complex abdominal wall hernias." J Gastrointest Surg. 2012;16(3):760-7.

2. Aldaqal SM, Makhdoum AM, Turki AM, Awan BA, Samargandi OA, Jam- jom H. Post-bariatric surgery satisfaction and body-contouring consideration after massive weight loss. N Am J Med Sci. 2013; 5: 301-305.

3. Campbell CA, Butler CE. "Tension-free closure of massive ventral hernias: the component separation technique." Arch Surg. 2003; 138(11): 1231-6.

4. Giordano S, Garvey PB, Baumann DP, et al. "Preoperative botulinum toxin A for abdominal wall reconstruction: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial." Plast Reconstr Surg. 2019; 144(3): 459e-465e.

5. Grigoryuk AA, Kovalyov VA. Primenenie setchatyh polipropilenovyh im- plantatov v lechenii posleoperacionnyh ventral'nyh gryzh: ehksperimental'- noe i klinicheskoe issledovanie. Far Eastern Medical Journal. 2010; 2: 23-26. (In Russ). Accessed 03.10.19. https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-setchatyh-polipropilenovyh-implantatov-v-lechenii-posleoperatsionnyh-ventralnyh-gryzh-eksperimentalnoe-i-klinicheskoe

6. Harrison B, Sanniec K, Janis JE. Implications for Abdominal Wall Recon- struction: A Systematic Review. Plast Reconstr Surg. 2016: 24;4(10):e1036. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001036

7. Harth KC, Blatnik JA, Roesn MJ. Optimum repair for massive ventral her- nias in the morbidly obese patient – is panniculectomy helpful? Am J Surg. 2011; 201: 396-400.

8. Kakarla VR, Nandipati K, Lalla M, Castro A, Merola S. Are laparoscopic bariatric procedures safe in superobese (BMI ≥50 kg/m2) patients? An NSQ- IP data analysis. Surg Obes Relat Dis. 2011:7(4):452-458. https://doi.org/10.1016/j.soard.2010.10.009

9. Khavanin N, Lovecchio FC, Hanwright PJ, Brill E, Milad M, Bilimoria KY, Kim JY. The influence of BMI on perioperative morbidity following abdominal hysterectomy. Ame J Obstet Gynecol. 2013: 208 (6): 449e1-449e6. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.02.029

10. Kim JJ, Cai J, Rodriguez ED. "A novel, minimally invasive technique for abdominal wall component separation with inlay prosthetic reinforcement." Plast Reconstr Surg. 2015;136(2):236e-42e.

11. Koolen PG, Ibrahim AM, Kim K. Patient selection optimization following combined abdominal procedures: analysis of 4925 patients undergoing pan- niculectomy/abdominoplasty with or without concurrent hernia repair. Plast Reconstr Surg. 2014; 134 (4): 539e-550e. https://doi.org/10.1097/PRS.

0000000000000519

12. Kosinech VA, Shturich IP, Ukrainech EA. Opyt kombinirovannoj abdomi- noplastiki i nenatyazhnoj gernioplastiki perednej bryushnoj stenki. Surgery news. 2012: 20(2): 101-104. (In Russ). Accessed 03.10.19 https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-kombinirovannoy-abdominoplastiki-i-nenatya-zhnoy-gernioplastiki-peredney-bryushnoy- stenki

13. Luijendijk RW, Jeekel J, Storm RK, et al. "The low transverse Pfannenstiel incision and the prevalence of incisional hernia and nerve entrapment." Ann Surg. 1997; 225(4): 365-9; discussion 369-70.

14. McKnight CL, Fowler JL, Cobb WS, Smith DE, Carbonell AM. Concom- itant sublay mesh repair of umbilical hernia and abdominoplasty. Can J Plast Surg. 2012; 20(4): 258-260.

15. Murphy RXJr, Alderman A, Gutowski K, Kerrigan C, Rosolowski K, Schechter L, Schmitz D, Wilkins E. Evidencebased practices for thrombo- embolism prevention: Summary of the ASPS Venous Thromboembolism Task Force Report. Plast Reconstr Surg. 2012: 130(1): 168e-175e. https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318254b4ee

16. Neaman KC, Hansen JE. Analysis of complications from abdominoplasty. Ann plast surg. 2007; 58: 292-298. https://doi.org/10.1097/01.sap.0000239806.43438.54

17. Pannucci CJ, Bailey SH, Dreszer G, Fisher Wachtman C, Zumsteg JW, Ja- ber RM, Hamill JB, Hume KM, Rubin JP, Neligan PC, Kalliainen LK, Hoxworth RE, Pusic AL, Wilkins EG. Validation of the Caprini risk assess- ment model in plastic and reconstructive surgery patients. J Am Coll Surg. 2011; 212 (1): 1: 105-112.

18. Petro CC, Como JJ, Yee S, et al. "Abdominal wall reconstruction: lessons learned from 200 "components separation" procedures." Arch Surg. 2012; 147 (10): 946-51.

19. Rao A, Nagarajan N, Morrison SD, et al. "The effect of botulinum toxin A on abdominal wall reconstruction: an experimental study in a rat model." Plast Reconstr Surg. 2016; 137(6): 933e-941e.

20. Rosen MJ, Jin J, McGee MF, et al. "Laparoscopic versus open-component separation: a comparative analysis in a porcine model." Surg Endosc. 2007; 21(4): 626-30.

21. Saleh F, Abouchedid R, Cherkaoui A, et al. "Comparison of laparoscopic and open abdominal wall reconstruction with mesh." J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2017; 27(1) :70-5.

22. Seth AK, Lin AM, William G. Austen Jr, Gilman RH, Gregory G. Gallico GG, Colwell AS. Impact of Patient Subtype and Surgical Variables on Abdominoplasty Outcomes: A 12-Year Massachusetts General Hospital Experience. Plast and Reconstr Surg. 2017; 140(5): 899-908. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003816

23. Somogyi RB, Ahmad J, Shih JG, Lista F. Venous thromboembolism in ab- dominoplasty: a comprehensive approach to lower procedural risk. Aesthet Surg J. 2012: 32(3): 322-329.

24. Somogyi RB, Ahmad J, Shih JG, Lista F. Venous thromboembolism in ab- dominoplasty: A comprehensive approach to lower procedural risk. Aesthet Surg J. 2012:32(3):322-329.

25. Stevens WG, Repta R, Pacella SJ, Tenenbaum MJ, Cohen R, Vath SD, Stok- er DA. Safe and consistent outcomes of successfully combining breast surgery andabdominoplasty. Aesthet Surg J. 2009; 29: 129-134. https://doi.org/10,1016/j.asj.2008.12.002

26. Ternamian A, Glantzounis G, Kurihara K, et al. "New technique for laparoscopic component separation for complex hernia repair." Ann Surg Innov Res. 2015; 9:6.

27. Van Ramshorst GH, Nieuwenhuizen J, Hop WC, Arends P, Boom J, Jeekel J, Lange JF. Abdominal wound dehiscence in adults: Development and validation of a risk model. World J Surg. 2010; 34: 20-27.

28. Zemlyak AY, Colavita PD, El Djouzi S, Walters AL, Hammond L, Ham- mond B, Tsirline VB, Getz S, Heniford BT. Comparative study of wound complications: Isolated panniculectomy versus panniculectomy combined with ventral hernia repair. J Surg Res. 2012: 177(2): 387-391. https://doi.org/10.1016/j.jss.2012.06.029

29. Григорюк А.А., Ковалев В. А. Применение сетчатых полипропилено- вых имплантатов в лечении послеоперационных вентральных грыж: экспериментальное и клиническое исследование. Дальневосточный медицинский журнал. 2010; 2:23-26. Ссылка активна на 03.10.19. https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-setchatyh-polipropilenovyh-implantatov-v-lechenii-posleoperatsionnyh-ventralnyh-gryzh- eksperimentalnoe-i-klinicheskoe

30. Косинец В.А., Штурич И.П., Украинец Е.А. Опыт комбинированной абдоминопластики и ненатяжной герниопластики передней брюшной стенки. Новости хирургии. 2012:20(2):101-104. Ссылка активна на 03.10.19.

Кузиева Гулрух Алижановна - ассистент
Андижанский государственный медицинский институт

ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ КРИЗАХ У БЕРЕМЕННЫХ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Аннотация. *Разработка инновационных методов ранней диагностики, профилактики и терапии гипертензивных и вегетативных кризов у беременных женщин является одной из ключевых задач, особенно в условиях Узбекистана, для совершенствования системы акушерско-гинекологической помощи. Анализ и получение эпидемиологических данных позволят унифицировать подходы к скринингу, диагностике, профилактическим мерам и лечению этих состояний, что значительно повысит качество медицинских услуг для беременных и положительно отразится на исходах для матерей и новорожденных.*

Ключевые слова: *профилактическая медицина, превентивные меры, кризы.*

Kuzieva Gulrukh Alizhanovna - assistant
Andijan State Medical Institute

DIAGNOSIS, PREVENTION, AND COMPLICATION MANAGEMENT OF HYPERTENSIVE AND VEGETATIVE CRISES IN PREGNANT WOMEN (LITERATURE REVIEW)

Annotation. *The development of innovative methods for early detection, prevention, and treatment of hypertensive and autonomic crises in pregnant women is a critical task, especially in the context of Uzbekistan, to improve the system of obstetric and gynecological care. The collection and analysis of epidemiological data will enable the standardization of approaches to screening, diagnosis, prevention, and treatment of these conditions, significantly enhancing the quality of medical services for pregnant women and positively impacting outcomes for mothers and newborns.*

Key words: *preventive medicine, preventive measures, crises.*

Quzieva Gulruh Alijanovna - assistent
Andijon davlat tibbiyot instituti

HOMILADOR AYOLLARDA GIPERTENZIV VA VEGETATIV KRIZLARNING DIAGNOSTIKASI, PROFILAKTIKASI VA ASORATLARNING OLDINI OLISH (ADABIYOT SHARHI)

Izoh. *Homiladorlikdagi ayollarda gipertenziv va vegetativ krizlarning erta tashxisi, profilaktikasi va terapiyasi uchun innovatsion usullarni ishlab chiqish, ayniqsa O'zbekiston kontekstida, akushero-ginekologik yordam tizimini takomillashtirish uchun muhim vazifalardan biridir. Epidemiologik ma'lumotlarni tahlil qilish va olish, bu holatlarni skrining, tashxis, profilaktik chora-tadbirlar va davolash bo'yicha yondashuvlarni standartlashtirishga imkon beradi, bu esa homilador ayollar uchun tibbiy xizmatlar sifatini sezilarli darajada oshiradi va onalar hamda yangi tug'ilgan chaqalog'lar uchun natijalarga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.*

Kalit so'zlar: *profilaktika tibbiyoti, profilaktika choralari, inqirozlar.*

Согласно существующим клиническим рекомендациям, важно обследовать большинство беременных с резистентной артериальной гипертензией (РАГ) и гипертоническими и вегетативными кризами (ГК/ВГ) для исключения вторичной артериальной гипертензии (АГ). Это связано с повышенным риском различных серьезных осложнений:

1) Истинная РАГ у пациенток имеет двукратно выше риск сердечно-сосудистых событий по сравнению с АГ, поддающейся контролю.

2) Беременные с РАГ и ГК/ВГ имеют на 47% больший риск развития хронической болезни почек (ХБП) и достижения комбинированной конечной точки, такой как смерть, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и инсульт.

3) Риск развития терминальной почечной недостаточности увеличивается на 32%, инфаркта миокарда — на 24%, сердечной недостаточности — на 46%, и инсульта — на 14%.

Эти данные подчеркивают важность своевременного обследования и дальнейшего мониторинга беременных с РАГ и ГК/ВГ для предотвращения серьезных осложнений и улучшения исходов как для матери, так и для ребенка.

Исследование Egan et al. (2016) содержит данные, которые утверждают, что контроль артериальной гипертензии (АГ) и гипертонических и вегетативных кризов (ГК/ВК) у пациентов с резистентной артериальной гипертензией (РАГ) может снизить риск развития некоторых

сердечно-сосудистых осложнений, таких как инсульт и ишемическая болезнь сердца (ИБС) [1,3].

Многие национальные рекомендации основываются на эпидемиологических и клинических данных о артериальной гипертензии и гипертонических и вегетативных кризах у беременных. Эти рекомендации рассматриваются как важное руководство при принятии клинических и профилактических решений в отношении беременных с гипертоническими расстройствами, включая ГК/ВК, чтобы обеспечить наилучшее управление исходами для матери и ребенка.

Из исследования Стрюк и Бунин (2019) вытекают следующие ключевые аспекты в диагностике и лечении АГ, ГК/ВК у беременных:

АГ определяется как состояние, при котором у беременной женщины регистрируется систолическое артериальное давление (САД) менее 140 мм рт. ст. и/или диастолическое артериальное давление (ДАД) выше 90 мм рт. ст.

ГК у беременных определяется как состояние, при котором САД составляет более 180 мм рт. ст. и/или ДАД превышает 120 мм рт. ст. Кроме того, для подтверждения диагноза АГ, ГК/ВК необходимо провести не менее двух измерений артериального давления с интервалом не менее 15 минут на той же руке[2,6].

В российских рекомендациях также отмечается, что при самостоятельном измерении артериального давления беременной в домашних условиях или при проведении суточного мониторирования артериального давления (СМАД), уровень артериального давления 135/85 мм рт. ст. может свидетельствовать о наличии артериальной гипертензии [3,4].

Эти критерии помогают стандартизировать процесс диагностики и лечения артериальной гипертензии, гипертонических и вегетативных кризов у беременных, что способствует более эффективной и целенаправленной медицинской помощи этим пациенткам.

В соответствии с данными FIGO, АГ регистрируется у 5-10% беременных. Исследователи из России (Адамян Л.В. и соавт., 2016) сообщают, что распространенность АГ у беременных составляет 7-30%. По данным Стрюка Р.И. и соавт. (2018), гипертензивные расстройства учитывались у 14% женщин в центральной части России (регистр беременных «БЕРЕГ») [2,6,7]. Согласно ВОЗ, гипертензивные расстройства, включая АГ и ГК/ВК, занимали в отдельные годы второе место в структуре материнской смертности и были причиной не менее 76 тысяч случаев младенческой смертности ежегодно.

Исследователи утверждают, что ГК/ВК у беременных с АГ могут быть вызваны следующими факторами риска: курение, дислипидемия, гипергликемия, нарушения толерантности к глюкозе, ожирение, абдоминальное ожирение, наследственные факторы, физическая и психическая нагрузка, прием большого количества соли и жидкости, отмена медикаментозного лечения, а также ассоциированные клинические состояния.

Повышение артериального давления до 170/110 мм рт. ст. требует неотложных профилактических мероприятий и лечения, включая использование нитроглицерина, нифедипина и метилдопы, а также госпитализацию для постоянного мониторинга и медикаментозной терапии [4,5]. Артериальное давление необходимо снижать на 25% от исходного уровня, при этом внутривенное введение препаратов считается более безопасным и предпочтительным.

В.С. Чулков (2016) на основе анализа современной литературы и своих наблюдений утверждает, что АГ и связанный с ней ГК/ВК у беременных остаются чрезвычайно актуальной медицинской и социальной проблемой [2,4].

Это состояние, согласно Чулкову В.С., сопровождается высокими показателями материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Женщины, страдающие от гестационной артериальной гипертензии (АГ), преэклампсии и других осложнений беременности, входят в группу высокого риска развития АГ, гипертонических и вегетативных кризов (ГК/ВК), ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета (СД) в последующем [4,9]. В последние годы произошли значительные изменения в понимании преэклампсии. Однако, результаты исследований по оценке диагностической значимости новых биомаркеров для прогнозирования преэклампсии (а также для прогнозирования ГК/ВК) оказались противоречивыми. Было показано, что многие из них имеют низкую специфичность и прогностическую ценность для рутинного использования в повседневной практике [10]. Представленные новые данные будут основой для будущих рекомендаций по лечению беременных с различными формами АГ.

Из нашего анализа видно, что современные исследователи выражают сходные взгляды: чем раньше начать скрининг, лечебно-профилактические мероприятия, тем они эффективнее в предупреждении развития гипертонических и вегетативных кризов (ГК/ВК) и/или других осложнений артериальной гипертензии (АГ) у беременных. Необходимо подчеркнуть, что ГК у беременных должна рассматриваться с учетом существенных изменений в понимании этого состояния в последние годы.

В международных клинических рекомендациях указывается, что ранее АГ у беременных диагностировалась при повышении уровня систолического артериального давления на 30 мм рт. ст. по сравнению с исходными показателями в первой половине беременности [13,20]. Однако этот критерий был исключен из всех междуна-

родных критериев, так как во многих клинических исследованиях не было отмечено увеличение числа неблагоприятных исходов у женщин беременных и/или немедикаментозных программ профилактики ГК/ВК и АГ у группы высокого риска. Было показано, что такие программы уменьшают частоту гипертензивных расстройств и их осложнений минимум на 10% до 24%.

Популяционные модели прогнозирования сердечно-сосудистого риска, предложенные Л.В. Концевой и Шальновой С.А. (2015), а также алгоритмы выбора тактики лекарственной стартовой профилактики лечения АГ, разработанные в Российских и Европейских рекомендациях, представляют собой важные элементы активного и дифференцированного контроля и профилактики [12,17]. Они помогают достичь полного контроля над артериальной гипертензией в целевых уровнях во время беременности и послеродовом периоде.

Однако, несмотря на интенсивные усилия в течение многих лет, по результатам крупных исследований, для контроля артериального давления у женщин и беременных остаются препятствия в достижении более высоких показателей. Множество стратегий повышения качества контроля АГ и ГК/ВК были описаны, но до сих пор данный вопрос остается актуальным [11,13].

Таким образом, беременность с ее физиологическими изменениями может быть причиной возникновения ГК/ВК или привести к тяжелым последствиям. Тенденция роста ГК/ВК отмечается как в развитых, так и в развивающихся странах, что подчеркивает важность персонализированного и превентивного подхода к пациенткам беременным с АГ или гипертензивными/вегетативными кризами. Усиленное внимание со стороны врачей первичного звена к этим аспектам существенно улучшит эффективность контроля и профилактики этого заболевания

Литература.

1.American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Reort of the American College of obstetricians and Gynecologists Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet. Gynecol. 2013; 122(5): 1122 - 31.

2.ACOG practice bulletin no. 125, February 2012. Chronic hypertension in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecolgists. ACOG Committee on Practice Bulletins Obstetrics. - 2012. - Vol. 119. - P. 3996 - 405.

3. Backes C.H., Markham K., Moorehead P., Cordero L. Nackervis C.A., Giannone P.J. Maternal pre - eclampsia and neonatal outcomes. J.Pregnancy. 2019;214365.

4. Burke I.E., Ma J. Azar KMJ, et al. Current Science on Consumer Use of Mobile Health for Cardiovascular Disease Prevention // Circulation. - 2019; 132: 1157 - 212. DOI: 10. 1161/ CIR. 000 000 000 000 232.

5.Black HK, Elliot WJ, Grandits G. et al. CONVINCE Rescarch Group. Principal recults of the Controlled Onset Verapamil Investigation of Cardiovascular End Point (CONVINCE) trial // JAMA. 2020:289(16): 2073- 81. DOI: 10. 100 / jama. - 289. 16. 2073.

6. Bertuccio P., Levi F., Lucchini F. et al. Coronary heart disease and cerebrovascular disease, mortality in young adults: recept trends in Europe European Journal of Cardiovascular Prevention. - 2021 - 18: 628 - 631.

7. Cerdeira A.S. Agrawal S., Staff A.C., Redman C.W., Vatish M. Angiogenic factors: potential to change clibical practice in pre - eclampsia? BJOG. 2018;125(11): 1389 - 95.

8.Crowither C.A., Bouwmeester A.M. Ashurst H.M. Does admission to hospital for bed rest prevent disease progression or improve fetal outcome in pregnancy complicated by nonproteinuric hypertension? #/ Br J Obstet Gynaecol. - 2021; 99: 13 - 15. DOl: 10. 1111/j. 1471 - 0528. 1992. To 14384. x.

9.Cheng S.J. Chen P.H., Chen L.A. Chen C.P. Stroke during pregnancy and puerpetum clinical perspective. Taiwan J. Obstet Gynecol. 2019:49 (4): 395- 400.

10.Choudhry NK, Denberg TD, Qaseem A. Clinical Guidelines Committee of American College of Physicians. Improving adherence to therapy and clinical outcomes while containing costs: opportunities from the greater use of generic medications: best practice advice from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians // Ann intern Med. - 2016; 164 - 41 - 7. DOI: 10: 7326// M 14 - 2427.

11. Daugherty SL, Poers JD, Magid DJ et al. Incidence and prognosis of resistant hypertension in hypertensive patients // Cirulation. - 2018; 125: 1635 - 41. DOI: 10. 1097/JH. 000 000 000 000 2103.

12. Dahlof B., Devereux RB, Kjeldsen SE et al. LIFE Study Group. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE: a randomized trial against atenolol // Lancet. - 2022; 359 (9311): 995 - 1002. DOI: 10. 1016 / S 0140 -6736 (02) 08089 - 3.

13. Dodd J.M., Me Lead A., Windrim R.C. et al. Kingdom Antithrombotic therapy for improving maternal or infant health outcomes in women considered at risk of placental dys function // Cechrane Database Syst. Rev.2013. CD 006780.

14.Dowhe S., Filiteh K., Tupcaip O. Metsh ckulezogiv A. What mathers to women: a systemustic scoping review to identify the processes and outcomes of ahichatal care prowision that are impostant

to healthy pregnant wonier B JOG 2016; 123(4): 529-39.

15.De Backer G., Ambrosioni E., Borch - Johnsen K. et al. European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited expert) // Eur J Cardiovase Prev Rehabil. - 2013 Aug; 10 (4): s. 574 - 576.

16.ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension // J.Hypertension // - 2019. - Vol. 31(7). - P. 1282 - 1349.

17.Egan BM, Kai B, Wagner CS et al. Blood pressure control provides less cardiovascular protection in adults with than without apparent treatment resistant hypertension // Eur. Heart J. - 2018; 24: 768 - 89.

18. European Bonni and Goozge of obsteries and Chocology standar of care for women's health in Ectope.

19.Expert consensus document of Management of Cardiovascular Diseases during pregnancy // Eur. Heart J. - 2019; 24: 761 - 82.

20.Esposito R., Izzo R., Galderis: Met al. Indentification of phenotypes at risk of transition from diastolic hypertension to isolated systolic hypertension // J Hum Hupertens - 2020. C. 2 - 8.

Нурметова Дилфуза Шухратовна – ассистент
Тошкент тиббиёт академияси Ургенч филиали

ЎСИМИР ЁШДАГИ БОЛАЛАР ОРАСИДА СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР ШАКЛЛАНИШИДА ЭКЗОГЕН ВА ЭНДОГЕН ОМИЛЛАРНИНГ ТАЪСИРИ

Аннотация*. Ушбу мақолада ўсмир ёшдаги болалар орасида стоматологик касалликларни тарқалишида экзоген ташқи омиллар ҳамда эндоген ички омиллар ва уларнинг таъсири натижасида стоматологик касалликларнинг ривожланиши тўғрисида ҳорижий ва маҳаллий адабиётлар шарҳлари келтирилган.*

Калит сўзлар*: ўсмир ёшдаги болалар, стоматологик касалликлар, экзоген ва эндоген омиллар, патологик жараёнлар.*

Нурметова Дилфуза Шухратовна - ассистент
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННЫХ И ЭНДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Аннотация*. В данной статье представлены обзоры зарубежной и отечественной литературы, посвященные экзогенным внешним факторам распространения стоматологических заболеваний среди детей подросткового возраста и развитию стоматологических заболеваний в результате эндогенных внутренних факторов и их влиянию.*

Ключевые слова: *дети подросткового возраста, стоматологические заболевания, экзогенные и эндогенно обусловленные факторы, патологические процессы.*

Nurmetova Dilfuza Shukhratovna - assistent
Urgench branch of the Tashkent medical academy

THE INFLUENCE OF EXOGENOUS AND ENDOGENOUS FACTORS ON THE FORMATION OF DENTAL DISEASES IN ADOLESCENT CHILDREN

Abstract, *this article presents reviews of foreign and domestic literature on exogenous external factors of the spread of dental diseases among adolescent children and the development of dental diseases as a result of endogenous internal factors and their influence.*

Keywords. *adolescent children, dental diseases, exogenous and endogenous conditioned factors, pathological processes.*

Тадқиқотнинг долзарблиги. Ҳозирги кунда стоматология амалиётида болалар ва ўсмирлар орасида стоматологик касалликларнинг тарқалишида ташқи ва ички этиологик омилларнинг ўрни, ёшга боғлиқ стоматологик касалликларининг кечиши аниқлаш ва самарали даволаш ҳамда комплекс профилактика усулларини ишлаб чиқиш ечимини кутаётган долзарб муаммолардан биридир. Замонавий стоматологиянинг муҳим вазифаси соматик патологияси мавжуд ўсмир ёшдаги болаларда стоматологик касалликларини ўрганиш ҳисобланади. Бу кўплаб омиллар: аҳоли орасида стоматологик касалликларининг кенг тарқалганлиги, бола организмига инфекцияларнинг таъсири, ўсмир ёшдаги болаларда соматик патологиялар учраш частотасининг ортиши билан боғлиқ [16.18.20.21.23.25.27]. Индивидуал даражада стоматологик саломатлик – бу тиш-жағ тизимидаги аъзо ва тўқималарнинг узоқ вақт давомида ўзининг физиологик функцияларини тўлиқ бажариш қобилияти. Тиш қаттиқ тўқималарининг патологияси, пародонт касалликлари, патологик емирилиш, тишларнинг қисман ёки тўлиқ мавжуд бўлмаслиги каби стоматологик касалликлар бутун дунёда, хусусан МДҲ мамлакатларида учрамоқда. Стоматологик касалликлар тузилишида уларнинг улуши 95% дан ошмоқда [1.3.5.7.9]. Муаллифлар, тишлар кариесининг олдини олишда катта ютуқларга қарамасдан, мазкур касаллик жаҳоннинг аксарият мамлакатлари соғлиқни сақлаш тизими учун жиддий муаммо туғдирмоқда.

Ўсмир ёшдаги болаларда стоматологик клиникага мурожаат қилишлари сонини ҳамда уларнинг оғиз бўшлиғида касалликларнинг олдини олиш ва гигиенага риоя қилиш масалаларидан хабардорлигини ўрганишди. Сўров натижасида ўзларининг стоматологик саломатлигини фақат 8,7% қатнашувчилар аъло дара-

жада баҳолади, 39,0% яхши, 43,1% қониқарли, 9,2% эса ёмон даражада баҳо берди. “Бола паспорти учун мутахассислар кўригидан ўтиш зарурлиги” туфайли шифокор-стоматологга 25,4% ўсмир ёшдаги болаларда мурожаат қилишди. Ўсмирлик ёшида стоматологга мустақил равишда 46,4% ўсмирлар мурожаат қилди. Стоматолог қабулида икки ва ундан ортиқ марта 23,33% ўсмир ёшдаги болаларда бўлди. Текширилувчиларнинг умумий сонидан 4,87% стоматолог хонасига сўнги ташриф санасини эслай олмади. Олинган маълумотлар ушбу ўсмир ёшдаги болаларда орасида етарли тиббий фаоллик, профилактик йўналиш йўқлиги ҳамда стоматологик саломатлигини сақлашга мотивация ёмонлиги ҳақида далолат беради[28.30].

Ўсмир ёшидаги болалар орасида пародонт тўқималарида яллиғланиш ҳолатларининг энг кўп ифодаланиши балоғат даврида учрайди, оғиз бўшлиғида кариесоген ҳолатнинг кескин даражаси эса сут тишларнинг сўрилиши ва доимий тишларнинг чиқиш даври билан баҳоланади, балки оғиз бўшлиғида балоғат даври учун энг аҳамиятли бўлган касалликларни олдини олиш ҳамда даволаш дастурларига ёндашувларни аниқлаш имконини беради. Ўсмир ёшида болаларда кариес ва пародонтит ривожланишида эндокрин тизимидаги ўзгаришлар натижасида ҳосил қилувчи гормонал моддалар, минерал ва оқсил алмашинуви, иммунологик ҳолат, оғиз бўшлиғи микрофлорасининг ўзгариши ҳал этувчи аҳамиятга эга [2.4.6.8.10].

Пародонт касалликлари юзага келишининг юқори хавф омиллари орасида стоматологик касалликлар кечувининг кескин даврларида этиопатогенетик сабабларни аниқлаш ҳамда янги қонуниятлар асосида аёлларни стоматологик кузатувида концептуал ёндашув тузиш зарур. Бу ўсмир ёшда тишлар кариеси, пародонт касалликларининг юзага келиши ва ривожланишига таъсир этувчи маълум омилларнинг аҳамиятини камайтирмайди, балки диагностикада муҳим ҳисобланган маълум ва янги аниқланган мезонларни стоматологик саломатлиги бўйича ўсмирлар орасида хавф гуруҳларини аниқлаш ва уларни алоҳида парваришлашнинг амалий тавсиялар тизимига монанд тадбиқ этишга йўналтирилган.

Пародонт касалликлари мавжуд бўлган ўсмир ёшдаги болаларда тизимли иммунитетни ўрганишда биологик муҳит сифатида оғиз суюқлиги ҳамда периферик қондан фойдаланилади.

Кўплаб олимларнинг фикрича, ўсмирлик даврида пародонтал тўқималарнинг яллиғланиш-деструктив шикастланишлари 65-90% ҳолатларда кузатилади, балоғат ёшида бўлган даврда эса уларнинг тарқалганлиги 100% ни ташкил этади [11.13.15.16]. Хорижий муаллифларнинг маълумотларига кўра, милкнинг яллиғланишидан бошлаб, пародонтал тўқималар яллиғланишигача, пародонтал тўқималарнинг кўплаб шикастланишлари 15-65% ни ташкил этади.

Тишлар кариесининг ортиб бориши билан оғир шаклга ўтиши, такроран ривожланувчи кариес 70% сут ва алмашинув прикус даврида кўпроқ учрайди, гестация даври жараёнида кариоз жараённинг ортиши 0,85% ни ташкил қилади. Ўсмир ёшдаги болаларда кариес ривожланишининг ўзига хос белгиси кўп миқдордаги тишларнинг шикастланиши, шу жумладан кариоз жараённинг эмал ва дентин ичига диффузияси ҳамда тиш пульпасининг жараёнга жалб қилиниши ҳисобланади [12.14.16].

Микроорганизмларнинг биологик қобиғи тиш усти ажралмаларининг омили сифатида оғиз бўшлиғида яллиғланиш-деструктив ўзгаришлар яратувчи бош сабаб таркибий қисм ҳисобланади. Атроф-муҳитда мавжуд 96% дан ортиқ микроорганизмлар биологик қобиқларда бўлиши аниқланган. Биологик қобиқ бактерияларнинг бирлашган, ўзаро таъсирлашувчи бирлашмаси саналади. Қобиқ манбаи пародонтал тўқималар, тиш ажралмалари қатламида жойлашади, уни анаэроб грамманфий ва микроаэрофил микроорганизмлар эгаллайди. Пародонтда инфекция касалликлари шаклланиши юзасидан энг катта патоген динамикага *Bacteroides forsythus*, шунингдек *P.gingivalis* ва *A. actinomycetemcomitans* эга, *C.rectus, E.rndatum, F.nucleatum, P.intermedia/nigrescens, P.micros, S.intermedium* ва *T.denticola* муҳим патогенетик аҳамиятга эга. Пародонт тўқималарида микроб яллиғланишининг ривожланиши асосан маҳаллий иммунологик реактивликка боғлиқ [13.15.16].

Оғиз бўшлиғини бактериал патогенлардан ҳимоялашнинг ихтисослашмаган механизми кўплаб механизмлар билан намоён бўлади. Уларга механик механизмлар (шиллиқ қаватнинг тўсиқ функцияси), микробиологик компонент (нормал микрофлоранинг ўрни), оғиз суюқлигида кимёвий (гуморал) ва ҳужайра омилларни келтириш мумкин [11.14].

Оғиз суюқлигида кўп миқдорда лизоцим, лактоферрин, лактопероксидазалар, иммуноглобулинлар, агглютининлар ва муцинлар; антимикроб таъсирга эга пептидлар; гистатинлар, дефензинлар ва LL-37 кателицидин мавжудлиги билан боғлиқ унинг бактерицид хоссалари оғиз бўшлиғида мукозал ёки туғма иммунитетни таъминлайди [7.9.13]. Сўлак таркибида мавжуд агглютининлар ва sIgA микроорганизмлар адгезиясига тўсқинлик қилади, лизоцим бактерия деворларини бузади, лактоферрин эса бактерияларни уларнинг ҳаёт фаолияти учун зарур бўлган темирдан маҳрум этади.

Яллиғланиш жараёнларининг ривожланиши, кечуви ва якуни микробга қарши пеп-

тидлар ҳосил бўлишининг бузилиши, улар экспрессиясининг ортиши ёки пасайиши билан боғланади. Аммо, айниқса ўсмирларда, пародонтнинг яллиғланиш касалликлари ривожланишида уларнинг ўрни ўрганилиши лозим бўлган олд босқичларда туради. Организмнинг биологик муҳитларида лактоферринни аниқлаш яллиғланиш жараёнларида нейтрофиллар фаоллигининг маркери бўлиб хизмат қилиши мумкин. Шундай қилиб, оғиз суюқлигида антимикроб протеинлар миқдори ўсмир ёшдаги болаларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида маҳаллий ихтисослашмаган ҳимоя омилларининг ҳолатини акс эттиради [16.18.20.22.24.26.28.30].

Антимикроб пептидлар иммун ҳужайралар учун интерлейкин-8 ишлаб чиқилишини индукциялаш йўли билан нейтрофиллар рекрутинги ҳамда иммунокомпетент Т-ҳужайралар мобилизацияси билан хемоаттрактантлар сифатида, шунингдек ҳужайра адгезиясини ҳамда ҳужайраларнинг кейинги транэпителиал миграциясини кучайтирувчи таъсир қилиб яллиғланиш жавобида иштирок этади.

Фагоцитоз нейтрофил гранулоцитлар ҳамда макрофагларнинг иштироки воситасида тўқималарда фаол. Фагоцитлар хемотаксис туфайли қондан тўқималарга кўчади, хемотаксис патогенларга адгезиялайди ва фагос, фаголизос ҳосил қилиб фагоцитлайди. Нейтрофил ва макрофагларнинг гидролази ва бошқа биологик фаол моддалари туфайли ютилган бактериялар лизирланади.

Сурункали пародонтитда яллиғлантирувчи ва яллиғланишга қарши цитокинлар ўртасида яллиғлантирувчи медиаторлар ҳосил бўлиши ортиши томонга мувозанат бузилади. Яллиғлантирувчи цитокинлар пародонт яллиғланиш касалликлари патогенезида марказий ўрин тутади. Пародонтда деструктив ўзгаришлар IL-1, IL-6, INFγ нинг юқори миқдори билан боғлиқ. Улар пародонтда яллиғланиш жараёни қўзғалганидан кейин кейинчалик уларнинг синтези учун жавобгар бўлган ҳужайраларни фаоллаштиради, алвеоляр суяк резорбциясини юзага келтиради.

Ўсмирлик ёшида кариес юзага келишининг юқори хавфи оғиз бўшлиғида гигиенанинг вақтинча ёмонлашуви, истеъмол қилинадиган маҳсулотлар ўзгариши, уларнинг таркибида углеводлар кўп бўлиши билан боғлиқ. Бундан ташқари, балоғат ёшидаги гормонал қайта тузилиш содир бўлиши туфайли кўпинча сўлак безларининг функционал фаоллиги сусаяди, сўлак ажралиши камаяди, эмалнинг реминераллашув жараёни секинлашади.

Болаларда оғиз бўшлиғининг бактериялар билан колонизацияси секретор иммунитет механизмларининг функционал етилмаганлиги туфайли катталарга қараганда енгил кечади. Шундай қилиб, сўлакда антитаналарнинг паст даражаси ҳамда бир қатор патогенлар ферментлари билан парчаланиши мумкин бўлган секретор иммуноглобулин А нинг ўзига хос шакли мавжудлиги инфекцияли жараён хавфини оширади. Оғиз бўшлиғининг стрептококклар (*Streptococcus mutans, Streptococcus salivarius*) билан ва кейин актиномицетамлар билан колонизациялана бошлаши микроб пейзажининг хилма-хиллигини аниқлайди. Асосан оғиз бўшлиғида соғлом микрофлоранинг шаклланиши 4 ёшга келиб содир бўлади [11. 13. 14. 15. 16. 29. 31].

Оғиз бўшлиғида “яшовчи” бир қатор бактериялар кариес ва пародонт касалликлари ривожланишига жавобгар ва улар турли гуруҳ микроорганизмларини ўзида намоён этиши диққатга сазовор. Энг кўп *Streptococcus mutans* ва *Streptococcuss obrinus* кариоз жараённи вужудга келтириши айтилади. Улар бошқа бактериялар учун ажойиб муҳит ҳисобланувчи глюкозага бой ёпишқоқ массани ҳосил қилади, бу кейинчалик инфекция жараёни ривожланишига олиб келади.

Хулоса. Ўсмир ёшидага болалар орасида стоматологик касалликларда кариес ва пародонт касалликларининг келиб чиқишида экзоген ҳамда эндоген омилларнинг ўрни муҳим аҳамиятга эгадир. Ўсмирлар орасида стоматологик касалликларнинг тарқалиши ҳамда келтириб чиқарувчи этиологик омиллар борасида хорижий ва маҳаллий муаллифдошлар томонида бир қанча илмий тадқиқот ишлари олиб борилган.

Адабиётлар.

1. Айзман Р.И., Рубанович В.Б., Суботялов М.А. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: Учеб. пособие. – Новосибирск, 2010. – 286 с.

2. Артюхов И.П., Горбач Н.А., Лисняк М.А. Применение методов экспертных оценок в научных исследованиях и в практической деятельности // Пробл. управления здравоохр. – 2007. – №6 (37).– С. 34-41.

3. Бабанов С.А. Распространенность табакокурения среди городского населения Самары и факторы, ее определяющие // Тер. арх. – 2008. – №1. – С. 69-73.

4. Березин В.А., Шулаев А.В., Старцева Е.Ю., Березин К.А. Социологический мониторинг качества стоматологического обслуживания работников в условиях закрытого промышленного предприятия // Пробл. стоматол. – 2019. – Т. 15, №3. – С. 12-18.

5. Березин К.А., Шулаев А.В., Березин В.А. Совершенствование организации стоматологической помощи работникам промышленно-производственных предприятий //Клин. стоматол. – 2018. – №1. – С. 92-95.

6. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство// под ред. В. К. Леон-

тьева. Л. П. Кисельниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010.

7. Еловикова Т. М., Трошунин А. В., Жукова Е. Е., Ожгихина Ж. Э. Особенности стоматологического статуса больных сахарным диабетом II типа в условиях стационара: гигиенические аспекты // Проблемы стоматологии. 2013. №2. –С. 125-128.

8.Зайцев А. Н. Распространенность кариеса зубов // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2004.- №6.

9. Исамулаева А З., Данилина Т.Ф., Башкина О.А., Сергиенко Д.Ф. Изменения состояния тканей пародонта у детей с бронхиальной астмой // Астраханский медицинский журнал. 2011.Т.6. - N1. - С.70-72

10.Каледа М. И1, Никишина И П. Синдром Шегрена с дебютом в детском возрасте // Терапевтический архив.- 2019. - №4. - С.54-60

11.Eronov Y. K., Mirsalikhova F. L. Indications for the comprehensive prevention and treatment of dental caries in children with cerebral palsy //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – Т. 25. – №. 1. – С. 5705-5713.

12.Eronov Y. Q., Kamalova M. Q. Evaluation of caries prevalence in children with cerebral palsy //Academicia: an international multidisciplinary research journal. – 2020. – Т. 10. – С. 85-87.

13.Эронов Ё., Мирсалихова Ф. Имконияти чекланган болаларда суринкали катарал гингивитларни замонавий даволаш усуллари //Медицина и инновации. – 2021. – Т. 1. – №. 4. – С. 681-685.

14.Mirsalikhova F. L., Eronov Y. K., Radjabov A. A. Prevention and treatment of caries in children with cerebral palsy //ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2019. – Т. 9. – №. 12. – С. 68-70.

15.Мирсалихова Ф. Л. Минимально инвазивный метод лечения кариеса зубов у детей //Стоматология детского возраста и профилактика. – 2018. – Т. 17. – №. 1. – С. 28-30.

16.Мирсалихова Ф. Л. Отсроченное пломбирование при кариесе постоянных зубов у детей с несформированными корнями //Клиническая стоматология. – 2018. – №. 1. – С. 4-7.

17.Kamalova F. R. Development and evaluation of the effectiveness of the dental dental examination program for children with diabetes in adverse envir-onmental Conditions //Academicia10. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 1364.

18.Rakhmatillaevna K. F. Diagnostic value of salivator cytokines in dental diseases in children with diabetes mellitus type 1 //European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 3. – С. 1518-1523.

19.Kamalova F. R. Elaboration and evaluation of the effecctiveness of the dental examination program for children with diabetes //Актуальные вызовы современной науки. Сборник научных трудов. – 2020. – №. 2020. – С. 55-56.

20.Rakhmatillaevna K. F., Torakulovich E. G. Early diagnosis and prevention of dentoalveolar anomalies and cariogenic situation in children suffering from diabetes //European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 3. – С. 2468-2472.

21.Камалова Ф. Р. Первичная профи-лактика стоматологических заболеваний у детей, страдающих с сахарным диабетом //Новый день в медицине. – 2020. – №. 2. – С. 383-386.

22.Kamalova F. R. et al. The study of anomalies of maxilla-facial system of children's age in the Bukhara region //ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2019. – Т. 9. – №. 12. – С. 63-67.

23.Камалова Ф. Р. Показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей Бухарской области //Новый день в медицине. – 2019. – №. 2. – С. 183-185.

24.Kamalova F. R., Xamitova F. A., Safarova M. S. Application of authemotombocyte mass in surgical dentistry //湖南大学学报 (自然科学版). – 2021. – Т. 48. – №. 7.

25.Kamalova F. R. et al. The study of anomalies of maxilla-facial system of children's age in the Bukhara region //ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2019. – Т. 9. – №. 12. – С. 63-67.

26.Rahmatilloyevna K. F. et al. Improving the Methods of Treatment and Prevention of Complications of Odontogenic Diseases of the Jaws in Children //Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. – Т. 6. – С. 168-171.

27.Kamalova F. R., Safarova M. S. Artificial feeding and dental health //湖南大学学报 (自然科学版). – 2021. – Т. 48. – №. 7.

28.Камалова Ф. Р. Изучение стоматологического статуса у детей с сахарным диабетом в Бухарской области //Новый день в медицине. – 2020. – №. 1. – С. 216-219.

29.Kamalova F. R. et al. Changes in micro flora and Non-Specific factors protection of the oral cavity in children with inflammatory diseases maxillofacial area //ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2019. – Т. 9. – №. 4. – С. 20-23.

30.Kamalova F. R. et al. The dynamics of the prevalence of diabetes and the study of dental status in children of the bukhara region //Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR). – 2019. – Т. 8. – №. 11. – С. 95-100.

31.Rahmatilloyevna K. F. et al. Comparative Characteristics of Surgical Methods for Fixing Bone Fragments of the Zygomatic Bone and Arch //Eurasian Journal of Humanities and Social Sciences. – 2022. – Т. 6. – С. 46-48.

УДК: 61-616-092-12;616-192.6;616-092.9

Мавлонов Намоз Ҳалимович - Ph.D., доцент
Турсунова Дилобар Эркиновна - докторант
Бухоро Давлат Тиббиёт Институти

ДИСЛИПИДЕМИЯЛАР ВА УЛАРНИ МЕДИКАМЕНТОЗ НОМЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОЛАШ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)

Аннотация. *Замонавий тиббиётда дислипидемиялар клиник жиҳатдан яққол намоён бўлмаган ҳолда кечиши билан бирга, юрак қон-томир тизими ва бош мия томонидан оғир асоратларга олиб келиши сабабли уларнинг профилактикаси, ташҳислаш ва даволаш масалалари ўз моҳиятини сақлаб қолмоқда.*

Калит сўзлар: *Дислипидемия, юрак қон-томир касалликлари, атеросклероз, гиперлипидемия, гиперхолестеринемия.*

Мавлонов Намоз Халимович - Ph.D., доцент
Турсунова Дилобар Эркиновна - докторант
Бухарский Государственный Медицинский институт

ДИСЛИПИДЕМИИ, ИХ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И НОМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Аннотация. *В современной медицине дислипидемии, хотя и не проявляются клинически, вызывают серьезные осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы и головного мозга, поэтому вопросы их профилактики, диагностики и лечения остаются актуальными.*

Ключевые слова: *Дислипидемия, сердечно-сосудистые заболевания, атеросклероз, гиперлипидемия, гиперхолестеринемия.*

Mavlonov Namoz Khalimovich - Ph.D., associate professor
Tursunova Dilobar Erkinovna - doctoral student
Bukhara State Medical Institute

DYSLIPIDEMIAS, THEIR DRUG AND NOMEDICAMENT TREATMENT (LITERATURE REVIEW)

Abstract. *In modern medicine, dyslipidemia, although not clinically manifested, causes serious complications from the cardiovascular system and brain, so the issues of their prevention, diagnosis and treatment remain relevant.*

Keywords: *Dyslipidemia, cardiovascular diseases, atherosclerosis, hyperlipidemia, hypercholesterolemia.*

Дислипидемия **–** бу патологик ҳолат бўлиб қонда триглицеридлар ҳамда липопротеинлар миқдорининг бузилишлари билан кечади. Касалликнинг бошланғич даврида кўпинча клиник белгилар кузатилмайди. Липид алмашинувининг оғир бузилишлари юзага келганда теридаги белгилар намоён бўлади, хусусан ксантомалар и ксантелазмалар, атеросклероз ва унинг асоратлари ривожланади. Атеросклерознинг асоратларига трофиканинг бузилиши, инсультлар ва инфарктлар киради. Ташҳисотнинг олтин стандарти қондаги липид профилини аниқлаш ҳисобланади.

Бугунги кунда ЖССТ томонидан липид алмашинувининг бузилишини ифодаловчи таснифдан фойдаланилади, ушбу тасниф гиперлипидемияларни фенотипларга бўлишни назарда тутади. Таснифга кўра касалликнинг 5 та фенотипи фарқланади.

• I-фенотип. Умумий холестерин, триглицеридларнинг ошиши билан тавсифланади. Ушбу тоифадаги дислипидемия кўпинча алиментар омилларга боғлиқ бўлиб унинг атерогенлик хавфи паст бўлиб ҳисобланади.

• II-фенотип. Иккита тур ости вакили бўлиб «а» тур остида фақатгина паст зичликдаги липопротеидларнинг (ПЗЛП) ошиши кузатилиб бунда триглицеридлар миқдори ўзгаришсиз қолади, «b» тур остида холестерин ва триглицеридлар миқдори ошади. Дислипидемиянинг ушбу фенотипида коронар артериялар атеросклерозининг хавфи юқори.

• III-фенотип. Дислипидемиянинг ушбу тури кам учрайдиган шакл бўлиб ҳисобланади. Ушбу фенотипда ўрта зичликдаги липопротеидлар (ЎЗЛП) ва триглицеридлар миқдори ошади, касаллик гепатоцитларнинг рецептор аппаратида генетик бузилишлар билан бирга келади.

• IV фенотип. Липид алмашинуви бузилишларининг тарқалган тури бўлиб, жуда паст зичликдаги липопротеидлар (ЖПЗЛП), триглицеридларнинг ошиши кузатилади, шу билан бирга умумий холестерин меъёрий бўлиб қолади. Бу фенотип юқори атерогенликка эга.

• V фенотип. Ушбу фенотип кам учраган ҳолда I ва IV турдаги фенотиплар белгиларини ўз ичига олади, ўткир панкреатит ривожланиш хавфи кузатилади.

Бугунги кунда дислипидемияларни коррекциялашда қўлланиладиган дори воситаларининг кўлами кенг бўлиб ҳисобланади. Замонавий тиббиётда липидлар даражасини меёъёрлаштиришга қаратилган турли таъсир доирасига эга бўлган дори воситалари мавжуд. [15, 34, 35,].

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра (2016), гиполипидемик воситалар қуйидагича таснифланади: 1) статинлар (ГМГ-КоА-редуктаза ингибиторлари); 2) фибратлар; 3) ўт кислоталари секвестрантлари; 4) никотин кислота ва унинг ҳосилалари; 5) бошқа таъсир механизмига эга бўлган дори воситалари; 6) комбинацияланган дори воситалари.

Липид алмашинувларининг бузилишларини даволашда қўлланиладиган бир қатор препаратлар, юқори фаолликка эга эмас ёки ножўя таъсирлари мавжуд [16, 17, 23, 27].

Халқаро таснифга мувофиқ гиполипидемик воситалар юрак қон-томир тизимига таъсир қилувчи препаратлар бўлиб ҳисобланади (код С) [8, 40]. Бугунги кунда атеросклероз ва дислипидемияларни даволашда қўлланиладиган ҳар томонлама ўрганилган ва самарали дори воситалари бўлиб статинлар ҳисобланади [37, 38,]. Статинлар тўғридан-тўғри гиполипидемик таъсиридан ташқари бир қанча ижобий биологик хусусиятларга эга [15, 29]. Масалан, азот оксидининг биомутаносиблигини ошириш ҳисобига эндотелийнинг функционла ҳолатини яхшилайди, С реактив оқсил даражасини камайтириш орқали яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади, қоннинг реологик хусусиятларини яхшилайди ва тромбоцитлар агрегациясини пасайтиради, атеросклерозни тўхтади. Статинлар ангиогенезни назорат қилади, антиоксидант ва антитромботик таъсирга эга [36]. Баъзи олимларнинг фикрига кўра, ГМГ-КоА-редуктаза ингибиторларининг бундай таъсири уларнинг гиполипидемик таъсири билан боғлиқ эмас, балки мустақил механизмлар бўлиб ҳисобланади [15]. Мевалонат ҳужайра ичи метаболити холестерол синтезининг асосий бўғини бўлиб бошқа изопреноид ҳосилалари, масалан фарнезилфосфат ва геранилпирофосфат синтезида иштирок этади. Ушбу изопреноидлар Rho ва Ras каби силлиқ мушак ҳужайралари дифференциацияси ва пролиферациясида муҳим ўрин тутувчи бир қатор оқсилларнинг ҳужайра ичи транспортида иштирок этади, бу атеросклерозни даволашда ижобий таъсир қилиши мумкин [16]. Статинларнинг етарлича самарадорлигига қарамасдан, уларни узоқ вақт давомида қўллаш, ножўя таъсирларга олиб келиши мумкин. Дунёнинг турли мамлакатларида олиб борилган тадқиқотлар ножўя таъсирларнинг мавжудлигини тасдиқлайди. Статинларни қўллашнинг хавфлари ва ножўя таъсирларига уларнинг гепатотоксик самарасини киритиш мумкин [4, 16, 23] ва ҳаттоки рабдомиолиз даражасигача миопатиянинг ривожланишини киритиш мумкин. Миопатиянинг ривожланиш хавфи юқори эмас, аммо препаратларнинг дозалари оширилганда бу хавф ошади ва оғир ҳолатларда рабдомиолизга олиб келиши мумкин [16, 23], бу миоцитларда холестерол концентрациясининг пасайиши билан боғлиқ. Юқорида аёни қилинганлардан келиб чиқиб, статинларни сурункали касалликлари бўлган беморларда, айнқса жигар касалликлари, қандли диабет, гипотиреоз билан касалланганларда эҳтиётлик билан тайинлаш керак.

Фибратлар фибрат кислота унумлари бўлиб ҳисобланади, улар ўзининг гиполипидемик хусусиятлари бўйича асосан триацилглицеролларга (ТАГ) бой бўлган липопротиенлар алмашинувига таъсир қилади. Фибратлар ПЗЛП ларда ХС - холестерол миқдорини камайтиради, ПЗЛП ларнинг кичик қисмлари миқдорини камайтириб ПЗЛП катта қисмлари миқдорини оширади, бу жигар рецепторлари томонидан ПЗЛП ларни “танишни” яхшилаб катаболик жараёнлар клиренсини оширади. Фибратлар апо оқсиллар - – апоА-I, апоА-II синтезини ошириш қобилиятига эга [15, 22, 37]. Фибрат кислота унумлари липопротеинлипаза ва гепатоцитлар липаза ферментларини фаоллаштириш орқали ТАГ га бой липопротеинларнинг липолизини яхшилайди. Фибратларнинг кўп сонли биологик самаралари пероксис билан (PPARα) пролиферацияни фаоллаштирувчи ядровий α-рецепторларни фаоллаштириш воситачилигида амалга оширилади [15, 22, 37]. Гиполипидемик таъсир билан бирга фибратлар яллиғланишга қарши, антитромботик, шунингдек томирлар эндотелийсининг функциясини яхшиловчи таъсирга эга. Улар оксидатив стрессни камайтиради [7]. Фибратлар қоннинг гемореология хусусиятларини яхшилайди, фибринолитик фаолликни [13] ва микроциркуляцияни яхшилайди [15, 22]. Шу билан бирга, фибратларда гепатотоксик хусусиятлар, ОИТ томонидан бузилишлар (кўнгил айниши, ич қотиши, диарея ва бошқ.), оғриқ каби ножўя таъсирлар мавжуд [15, 21]. Статинларнинг пайдо бўлиши билан бошқа гиполипидемик воситаларнинг роли сезиларли даражада камайди. Шундай қилиб, ўт кислоталари секвестрантлари ва никотин кислота унумлари каби гиполипидемик воиталар ўз аҳамиятни йўқотди. Улардан статинлар билан даволашда ёрдамчи восита сифатида камчилик ҳолатларда фойдала-

нилади [18, 23]. Бундан ташқари, никотин кислотасининг липидларни пасайтирувчи самараси юқори дозаларда намоён бўлади (суткасига 2–6 г) ва юқори дозаларни қўллаш натижасида юзага келадиган турли ножўя таъсирлар сабабли уни қўллаш чегараланган [15, 37].

Шундай қилиб, антиатероген ва гиполипидемик воситаларнинг кўп бўлишига қарамасдан жаҳон фармацевтика бозорида, муҳим илмий вазифа сифатида самарадор ва хавфсиз бўлган янги гиполипидемик дори воситаларини излаш қаралади.

Липидларни камайтирувчи дори воситаларининг фаол ўрганилган ресурси, уларнинг ўсимликлардан олиниши бўлиб ҳисобланади. Ўсимликларнинг табиий биологик фаол моддалари липидлар алмашинувига комплекс таъсир кўрсатиши, ўртача ёки паст токсиклиги ва хом ашёнинг мақбуллиги билан тавсифланади [2].

Ўсимликларда мавжуд бўлган атеросклерозга қарши ва липидлар миқдорини камайтирувчи таъсир турли хил биологик фаол моддалар, асосан терпеноидлар, алкалоидлар, флавоноидлар, полифеноллар, сапонинлар, витаминга ва гормонга ўхшаш моддалар билан белгиланади [1].

Шунингдек плазманинг липид даражасини назорат қилувчи турли хил табиий моддалар тадқиқотчиларнинг қизиқишларига сабаб бўлган [6, 33]. Липидлар миқдорини камайтирувчи самаралар липид алмашинуви генларининг транскрипциясидаги ўзгаришлар, фермент фаоллигига бевосита таъсир қилиш, шунингдек, липид алмашинувининг сигнал йўлларига таъсир кўрсатиш билан боғлиқ бўлиши мумкин. Полифеноллар, алкалоидлар ва флавоноидлар гуруҳидаги моддалар липидлар миқдорини камайтирувчи фаолликка эга, буларга мисол тариқасида разveратрол, рутин, куркумин, полипреноллар ва берберинни келтириш мумкин [3, 30].

Турли тадқиқотларда, жумладан клиник тадқиқотларда юқори даражали исботлар билан ўсимликлардан ажратиладиган моддаларнинг гиполипидемик ва антиатеросклеротик фаоллиги ҳақида гапириш мумкин, булар берберин, куркумин, Q10-коэнзими, полифеноллар ва антоцианлар, кверцетин ва бошқалар бўлиб ҳисобланади [6].

Берберин Coptis chinensis Franch каби кўплаб ўсимлик турларининг илдизлари, илдизпоялари ва поя пўстлоғида жойлашган протоберберин типидаги изохинолин алкалоидидир, Ушбу воситадан анъанавий хитой тиббиётида кенг қўлланилади. Берберинниng липидларни камайтириш хусусиятларининг самараси ва механизмлари тажрибавий ҳамда клиник амалиётда ўрганилган. Берберин холестерин миқдорини камайтириши, шу билан биргаликда яллиғланишга қарши ва антиоксидант таъсирга эгалиги исботланган. Шунингдек, адипоцитлар ва миоцитларда глюкоза утилизациясини ошириш ҳисобига даволовчи таъсир қилади, тажрибавий гиперхолестеролемияси бўлган ҳайвонларда аортанинг зарарланишини камайтиради [5, 11, 19, 24].

Полифеноллар сақловчи бергамот экстракти, каламушларда атероген парҳез ва гиперлипидемия фонида, шунингдек, гиперлипидемия билан ўрганилган 237 беморда умумий холестерин, ТГ ва ПЗЛП ни камайтиради, шу билан бирга антиатероген ЮЗЛП миқдорининг ошиши билан бирга кечади. Бергамот экстракти ГМГ-КоА редуктазани ингибирлайди ва қон томир деворининг реактивлигини пасайтиради, шундай қилиб табиий келиб чиқишга эга бўлган самарали гиполипидемик восита бўлиб ҳисобланади [20].

Кўк чой полифеноллари, кўп сонли самаралари орасида, гиполипидемик таъсир кўрсатади, ушбу таъсирнинг механизмлари липопротеинлар рецепторлари даражасига таъсири, қон томир эндотелийсини барқарорлаштириши ва жигарда ГМГ-КоА редуктаза фаоллигини пасайтириши билан боғлиқ. [31, 32, 35].

Куркумин илдизи таркибига кирувчи асосий куркуминоид бўлган куркумин полифенолининг липидларни пасайтирувчи хусусиятлари рандомизацияланган, плацебо назорат қилинувчи тадқиқотларда клиник амалиётда исботланган [18, 29]. Куркуминнинг таъсир механизми ПЗЛП нинг утилизациясини кучайтириш ва липидлар алмашинуви генларининг эксперессиясини ўзгартиришга таъсири билан боғлиқ [9]. Қандли диабет моделида гиполилипидемик хусусиятлар оддий бегона ўтлар бўлган лопуха большого (Арстиум ла́ппа) ўсимлигида ҳам кўрсатилган, ундан ажратилган сувли экстракт триацилглицероллар, холестерин миқдорини камайтирган ва қондаги йуқори зичликдаги липопротеинлар миқдорини меъёрлаштирган [14].

Кўпгина меваларда сезиларли миқдорда мавжуд бўлган 25 галактурон кислотаси қолдиқларидан иборат полисахаридлар бўлган пектинлар ёки пектинсимон моддалар липидлар миқдорини камайтирувчи таъсирга эга бўлиб, уларнинг таъсир механизми ошқозон-ичак тракти орқали холестеролни ажратишнинг кўпайиши билан боғлиқ.

Гиперлипедемиянинг ҳайвонлар моделидаги Cyclocarya Paliurus полисахаридлари қон зардобининг липид спектрини яхшилаган, жигар стеатозини камайтирган ва глюкозанинг инсулинга резистентлигини оширган, бу липид ва холестерин метаболизмининг жигар ферментлари фаоллигини модуляциялаш билан изоҳланиши мумкин [25].

Оддий ловия ((Phaseolus vulgaris L.) ва унинг алоҳида фаол моддалари, масалан, фитостероллар ва сапонинлар in vivo ва in vitro шаро-

итда липидларни камайтирувчи таъсирга эга. Унинг таъсир механизми ичакда липидларнинг сўрилишини бостиришни, ўт кислоталарини боғлашни ва нажас билан холестериннинг экскрециясини кўпайтиришни ўз ичига олади [26].

Гипенозидлар - баъзи анъанавий Хитой тиббиётида ўсимликлардан олинган сапонинлар бўлиб, тажрибавий моделда сичқонларда липидларни камайтирувчи таъсирга эга [18].

Ўсимлик экстрактлари ошқозон-ичак тракти микрофлорасини назорат қилишга ва гиперхолестеринемия билан касалланган кўнгилларда қондаги липидлар спектрини яхшилаши аниқланган. Экстрактлар ПЗЛП утилизацияси тезлигини оширган [28].

Гиперлипидемия ва атеросклерозни ўсимликлардан тайёрланган воситалар ёрдамида комбинацияланган давоси ва беморларнинг турмуш тарзини коррекциялаш бир қатор ҳолатларда медикаментоз давога муқобил ҳолат сифатида қўлланиши мумкин.

Шундай қилиб, бутун дунёда гиперлипидемиянинг олдини олиш ва даволаш учун ўсимликлардан тайёрланган воситаларини ўрганиш бўйича олиб борилаётган ишлар ўсимликларнинг биологик фаол моддаларини потенциал гиполипидемик ва антиатеросклеротик дорилар сифатида ўрганиш мақсадга мувофиқ деган хулосага келишга имкон беради.

Адабиётлар.

1. A review of hyperlipidemia and medicinal plants / A. Kumar, A. Dhaliya Salam, A. S. Surya et al. // Int. J. Biomed. Sci. – 2013. – Vol. 2, N 4. – P. 219 237.

2. Alagumanivasagam, G. A review on medicinal plants with potential hypolipidemic activity / G. Alagumanivasagam, P. Veeramani // Int. J. Pharmacy Anal. Res. – 2015. – Vol. 4, N 2 – P. 129–134.

3. Amino acid, mineral, and polyphenolic profiles of black vinegar, and its lipid lowering and antioxidant effects in vivo / C.H. Chou, C.W. Liu, D.J. Yang et al. // Food Chemistry. – 2015. – Vol. 168. – №1 – P. 63-69.

4. Bays, H. Statin safety: an overview and assessment of the data 2005 / H. Bays // Am. J. Cardiol. – 2006. – Vol. 97. – P. 6–27.

5. Berberine ameliorates inflammation in patients with acute coronary syndrome following percutaneous coronary intervention / S. Meng, L.S. Wang, Z.Q. Huang et al. // Clinical and Experiment Pharmacology and Physiology. – 2012. – Vol. 39. – P. 406-411.

6. Cicero, A. Food and plant bioactives for reducing cardiometabolic disease: How does the evidence stack up? / A. Cicero, A. Colletti // Trends in Food Science & Technology. – 2017. – Vol. 69. – P. 192-202.

7. Ciprofibrate therapy improves endothelial function and reduces postprandial lipemia and oxidative stress in type 2 diabetes mellitus / M. Evans, R. A. Anderson, J. Graham et al. // Circulation – 2000. – Vol. 101, № 15. – P. 1773–1779.

8. Classification of different cholesterol and triglyceride reducing medicines [Электронный ресурс] / WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodogy. – Электрон. дан. – Режим доступа: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=C&showdescription=yes. – Загл. сэкр.

9. Curcumin enhanced cholesterol efflux by upregulating ABCA1 expression through AMPK-SIRT1-LXRalpha signaling in THP-1 macrophage-derived foam cells / X.L. Liu, M.H. Liu, H.J. Hu et al. // DNA and Cell Biology. – 2015. – Vol. 34. – P. 561-572.

10. Discovery of a new class of HMG-CoA reductase inhibitor from Polyalthia longifolia as potential lipid lowering agent / K. V. Sashidhara, S. P. Singh, A. Srivastava et al. // Eur J Med Chem. – 2011. – Vol. 46, № 10. – P. 5206 5211.

11. Effect of Berberine on promoting the excretion of cholesterol in high-fat diet induced hyperlipidemic hamsters / X.Y. Li, Z.X. Zhao, M. Huang et al. // Journal of Translational Medicine. – 2015. – Vol. 13. – P. 278.

12. Effects of supplementation with green tea catechins on plasma C-reactive protein concentrations: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / C. Serban, A. Sahebkar, D. Antal et al. // Nutrition. – 2015. – Vol. 31. – P. 1061-1071.

13. Elisaf, M. Effects of fi brates on serum metabolic parameters / M. Elisaf // Current Med Res Opinion – 2002. – Vol. 18, № 5. – P. 269–276.

14. Evaluation of hypoglycemic activity of total lignans from Fructus Arctii in the spon-taneously diabetic Goto-Kakizaki rats // Z. Xu, J. Ju, K. Wanget et al. //J. Ethnopharmacol. – 2014. – Vol. 151, N 1. – P. 548–555.

15. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of Hight Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of the National Cholesterol Education Programm (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of Hight Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. – 2001. – Vol. 285. – P. 2486–2497.

16. Guyton, J. R. Benefit versus risk in statin treatment / J. R. Guyton // Am. J. Cardiol. – 2006. – Vol. 97. – P. 96–99.

17. Hennekens, C. H. Current perspectives on lipid lowering with statins to decrease risk of cardiovascular disease / C. H. Hennekens // Clin Cardiol. – 2001. – Vol. 24, № 7. – P. 2–5.

18. Lipid-lowering effects of curcumin in patients with metabolic syndrome: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial / Y.S. Yang, Y.F. Su, H.W. Yang et al. // Phytotherapy Research. – 2014. – Vol. 28. – P. 1770-1777.

19. Meta-analysis of the effect and safety of berberine in the treatment of type 2 diabetes mellitus, hyperlipemia and hypertension / J. Lan, Y. Zhao,

F. Dong et al. // Journal of Ethnopharmacology. – 2015. – Vol. 161. – P. 69-81.

20. Molecular mechanisms of lipid- and glucose-lowering activities of bergamot flavonoids / E. Jandaab, A. Lascalaab, C. Martino et al. // PharmaNutrition. – 2016. – Vol. 4. – P. 8-18.

21. Moutzouri, E Management of dyslipidemias with fibrates, alone and in combination with statins: role of delayed-release fenofibric acid / E. Moutzouri, A. Kei, M. S. Elisaf, H. J. Milionis // Vasc Health Risk Manag. – 2010. – Vol. 6. – P. 525–539.

22. New fibrate use and acute renal outcomes in elderly adults: a population-based study / Y. Y. Zhao, M. A. Weir, M. Manno et al. // Ann Intern Med. – 2012. – Vol. 156, № 8. – P. 560–569.

23. Phase II study of high-dose lovastatin in patients with advanced gastric adenocarcinoma / W. S. Kim, M. M. Kim, H. J. Choi et al. // Invest New Drugs. – 2001. – Vol. 19, № 1. – P. 81–83.

24. Pirillo, A. Berberine, a plant alkaloid with lipid- and glucose-lowering properties: From in vitro evidence to clinical studies / A. Pirillo, L. Catapano // Atherosclerosis. – 2015. – Vol. 2. – P. 449–461.

25. Polysaccharides from Cyclocarya paliurus: Chemical composition and lipid lowering effect on rats challenged with high-fat diet / H. Wen-Bing, Z. Jing, H. Chen et al. // Journal of Functional Foods. – 2017. – Vol. 36. – P. 262-273.

26. Potential role of bioactive compounds of Phaseolus vulgaris L. on lipid lowering mechanisms / A.K. Ramírez-Jiméneza, R. Reynoso-Camachoa, M. E. Tejero et al. // Food Research International. – 2015. – Vol. 76. –№1 – P. 92 104.

27. Probucol prevents the progression of atherosclerosis in Watanabe heritable hyperlipidemic rabbit, an animal model for familial hypercholesterolemia / T. Kita, Y. Nagano, M. Yokode et al. // Proc. Natl. Acad. Sci. – 1987. – Vol. 84. – P. 5928–5931.im, H. J. Choi et al. // Invest New Drugs. – 2001. – Vol. 19, № 1. – P. 81–83.

28. Regulatory efficacy of fermented plant extract on the intestinal microflora and lipid profile in mildly hypercholesterolemic individuals / H.F. Chiua, Y.J. Chenb, Y.Y. Lu et al. // Journal of Food and Drug Analysis. – 2017. – Vol. 25. –№4 – P. 819-827.

29. Sahebkar, A. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials investigating the effects of curcumin on blood lipid levels / A. Sahebkar // Clinical Nutrition. – 2014. – Vol. 33. – P. 406-414.

30. Singh, S. Lipid lowering agents of natural origin: An account of some promising chemotypes / S. Singh, V. Koneni // European Journal of Medicinal Chemistry. – 2017. – Vol. 140, N 10. – P. 331–348.

31. Tea consumption and risk of cardiovascular outcomes and total mortality: A systematic review and meta-analysis of prospective observational studies / C. Zhang, Y.Y. Qin, X. Wei et al. // European Journal of Epidemiology. – 2015. – Vol. 30. – P. 103-113.

32. The effect of green tea on blood pressure and lipid profile: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials / I. Onakpoya, E. Spencer, C. Heneghan et al. // Nutrition Metabolism and Cardiovascular Disease. – 2014. – Vol. 24. – P. 823-836.

33. Tomé-Carneiro, J. Polyphenol-based nutraceuticals for the prevention and treatment of cardiovascular disease: Review of human evidence / J. Tomé Carneiro, F. Visioli // Phytomedicine. – 2016. – Vol. 23. – P. 1145-1174.

34. Биохимические критерии оценки эффективности гиполипидемической терапии / Н. Я. Доценко, С. С. Боев, И. А. Шехунова и др. // Therapia. – 2009. – № 5. – С. 47–50.

35. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (IV пересмотр), 2009. – 80 с.

36. Колесникова, Е. В. Статины и урсодезоксихолевая кислота: терапевтические возможности при неалкогольной жировой болезни печени / Е. В. Колесникова // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 5. – С. 103–108.

37. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. – М., АстраФармСервис, 2011. – 1728 с.

38. Статины в современной кардиологической практике / Ю. Н. Беленков, И. В. Сергиенко, А. А. Лякишев, В. В. Кухарчук – М., 2010. – 64 с.

39. Статины, фибраты и венозная тромбоэмболия: метаанализ /А. Сквиззато, М. Галли, Э. Ромуалди и др. // Серцева недостатність. – 2011. – № 2. – С. 107–116.

40. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения [Электронный ресурс] / Министерство здравоохранения Российской Федерации.–Электрон. дан.–Режим доступа: http://zo.mednet.ru/bd_zo_rf/zo_rf.php?type=1. – Загл. с экр.

41. Шилова, А. Н. Объем мирового фармрынка за 12 месяцев – к январю 2012 года [Электронный ресурс] / А. Н. Шилова // Аптека онлайн [Электронный ресурс] – Электрон. журн. – 2012. Вып. 822, № 1. – Режим доступа: http://www.apteka.ua

УДК: 616. 216.1–002+617.76

Бобоха Любава Юрьевна - ассистент
Махмудова Дилором Тешаевна - ассистент
Абдуллаев Хабибулла Насратуллаевич - Ph.D., доцент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР ОРГАНОВ

Аннотация. *По данным ряда авторов, заболевания околоносовых пазух (ОНП) осложняются вовлечением в патологический процесс орбиты в 10–25% случаев, что обусловлено топографоанатомическими взаимоотношениями, особенностью кровоснабжения орбиты и пазух. Орбитальные осложнения, которые могут возникнуть из-за ОНП, хотя и очень редки в наши дни, включают, согласно классификации орбитальных осложнений, разработанных Чандлером в 1970 году: пресептальный целлюлит, орбитальный целлюлит, субпериостальный абсцесс, орбитальный абсцесс и тромбоз пещеристого синуса. ранняя диагностика по-прежнему остается очень важной для сохранения зрения пациента. Ключ к ранней диагностике включает высокий индекс подозрения на раннее поражение орбиты путем тщательного осмотра ЛОР-органов, так и проведение офтальмологического осмотра. Точный клинический подход и быстрое начало эффективного лечения могут предотвратить распространение инфекции и потенциально серьезные осложнения*

Ключевые слова: *пресептальный целлюлит, орбитальный целлюлит, субпериостальный абсцесс, орбитальный абсцесс, тромбоз пещеристого синуса.*

Bobokha Lyubava Yurevna - assistant
Makhmudova Dilorom Teshaevna - assistant
Abdullaev Khabibulla Nasratullaevich - Ph.D., associate professor
Tashkent Pediatric Medical Institute

CHANGES IN THE VISUAL ORGAN IN ENT DISEASES

Annotation. *According to a number of authors, paranasal sinus diseases (PNS) are complicated by involvement of the orbit in the pathological process in 10-25% of cases, which is due to topographic anatomical relationships, the peculiarity of the blood supply to the orbit and sinuses. Orbital complications that can arise due to PNS, although very rare today, include, according to the classification of orbital complications developed by Chandler in 1970: preseptal cellulitis, orbital cellulitis, subperiosteal abscess, orbital abscess and cavernous sinus thrombosis. Early diagnosis remains very important for preserving the patient's vision. The key to early diagnosis includes a high index of suspicion for early orbital involvement by careful examination of the ENT organs, as well as an ophthalmological examination. An accurate clinical approach and prompt initiation of effective treatment can prevent dissemination of infection and potentially serious complications.*

Keywords: *preseptal cellulitis, orbital cellulitis, subperiosteal abscess, orbital abscess, cavernous sinus thrombosis.*

Boboxa Lyubava Yurevna - assistent
Maxmudova Dilorom Teshayevna - assistent
Abdullaev Xabibulla Nasratullaevich - Ph.D., dotsent
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

LOR A'ZOLAR KASALLIKLARIDA KO'RISH ORGANIDAGI O'ZGARISHLAR

Annotatsiya. *Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, paranasal sinuslar (PS) kasalliklari 10-25% hollarda patologik jarayonda orbitaning ishtiroki bilan murakkablashadi, bu topografik-anatomik munosabatlar va qon ta'minotining o'ziga xos xususiyatlari bilan bog'liq. orbitaga va sinuslarga. SNPdan kelib chiqishi mumkin bo'lgan orbital asoratlar bugungi kunda juda kam bo'lsa-da, 1970 yilda Chandler tomonidan ishlab chiqilgan orbital asoratlar tasnifiga ko'ra quyidagilarni o'z ichiga oladi: preseptal selülit, orbital selülit, subperiostal xo'ppoz, orbital xo'ppoz va kavernöz sinus trombozi. Bemorning ko'rish qobiliyatini saqlab qolish uchun erta tashxis qo'yish juda muhimdir. Erta tashxis qo'yishning kaliti, to'liq LOR tekshiruvi, shuningdek, oftalmologik tekshiruv orqali orbitalning erta aralashuviga shubhaning yuqori ko'rsatkichini o'z ichiga oladi. To'g'ri klinik yondashuv va samarali davolanishni o'z vaqtida boshlash infektsiyaning tarqalishini va potentsial jiddiy asoratlarni oldini oladi.*

Kalit so'zlar: *preseptal selülit, orbital selülit, subperiostal xo'ppoz, orbital xo'ppoz, kavernöz sinus trombozi.*

Будучи смежной структурой ЛОР-области, вовлечение орбиты и ее офтальмологические проявления довольно распространены в практике оториноларингологии. Хотя частота орбитальных осложнений воспалительных заболеваний придаточных пазух носа в последнее время снизилась из-за появления мощных антибиотиков широкого спектра действия, инфекция преддверия носа, вызывающая риносинусогенные орбитальные осложнения (РОО) остаются тяжелой патологией и требуют неотложной комплексной помощи, как со стороны ЛОР врача так и офтальмолога По данным ряда авторов, заболевания околоносовых пазух (ОНП) осложняются вовлечением в патологический процесс орбиты в 10–25% случаев, что обусловлено топографоанатомическими взаимоотношениями, особенностью кровоснабжения орбиты и пазух [15]. Основная причина вовлечение орбиты в процесс из-за заболевания ЛОР-области в том, что по крайней мере две трети костной стенки орбиты состоят из стенок пазух [11]: во-первых, из-за близкого расположения решетчатого лабиринта к глазнице, разделенной только тонкой бумажной пластинкой, которая действует как слабый барьер для распространения заболеваний придаточных пазух носа на глазницу. Во-вторых, вены из глазницы, носа и околоносовых пазух носа и прилегающих областей лица дренируются в пещеристый синус либо напрямую, либо косвенно через бесклапанные сообщения. В-третьих, глазничная перегородка представляет собой тонкую мембрану, которая берет начало от надкостницы глазницы и вставляется в передние поверхности тарзальных пластинок век. Перегородка отделяет поверхностное веко от более глубоких глазничных структур и образует барьер, который не позволяет инфекции века распространяться на глазницу.

Орбитальные осложнения могут возникнуть из-за инфекций «опасной зоны» лица, прямого распространения патологии носа, околоносовых пазух и носоглотки в орбиту, вовлечения нервов, питающих орбиту и придатки[5, 24].

Наиболее стремительно РОО развиваются в раннем возрасте, когда симптомы поражения глазницы проявляются раньше поражения околоносовых пазух, отмечается быстрая генерализация воспалительного процесса, тяжелое течение, выраженная интоксикация, нейротоксикоз. У детей старшего возраста частота тяжелых септических осложнений при РОО процессах уменьшается. Преимущественное развитие передних глазничных осложнений в раннем детском возрасте объясняется более ранним развитием передних пазух и значительным противодействием тарзоглазничной фасции, препятствующей проникновению инфекции в мягкие ткани глазницы. Превалирование яркой глазничной симптоматики сравнительно с выраженностью признаков поражения околоносовых пазух и риноскопической картиной служит наиболее частой причиной несвоевременной диагностики и поздней госпитализации преимущественно в непрофильные отделения (инфекционное, неврологическое, стоматологическое), а в связи с этим и причиной позднего оказания специализированной помощи [1].

Орбитальные осложнения, которые могут возникнуть из-за риносинусита, хотя и очень редки в наши дни, включают согласно классификации орбитальных осложнений, разработанных Чандлером в 1970 году: пресептальный целлюлит, орбитальный целлюлит, субпериостальный абсцесс, орбитальный абсцесс и тромбоз пещеристого синуса [12, 17, 30].

Орбитальный целлюлит, является неотложным состоянием. Важно диагностировать это состояние на ранней стадии и проводить агрессивное лечение. Орбитальный целлюлит часто трудно вылечить из-за позднего лечения, и он может привести к слепоте, если его не лечить из-за сдавления зрительного нерва. Как орбитальный абсцесс, так и тромбоз пещеристого синуса могут привести к внутричерепному распространению инфекции, и развития менингита или церебрального абсцесса с высокой заболеваемостью и возможной смертностью. Серьезный риск осложнений в таких случаях наблюдался Ходжесом и соавторами, которые изучали исход орбитального целлюлита в развивающейся стране. Они обнаружили высокий уровень осложнений, 52% слепых при поступлении, без улучшения после лечения и смертность 4% из-за тромбоза пещеристого синуса. Эти результаты указывают на задержку в получении лечения в этой группе населения. Из-за патофизиологии орбитального целлюлита микробиология этого заболевания часто отражает микроорганизмы, связанные с инфекциями верхних дыхательных путей или околоносовых пазух, такие как *Haemophilus influenzae* типа B, *Streptococcus pneumoniae*, другие виды стрептококков, *Staphylococcus aureus* и анаэробы [1, 6, 7, 13]. До 1980-х годов наличие данного заболевания было показанием к немедленному хирургическому вмешательству. С тех пор несколько исследований одобрили испытание антибиотиков перед хирургическим вмешательством. Текущая практика перешла к использованию медикаментозного лечения для многих пациентов с началом эмпирического внутривенного введения антибиотиков без хирургического вмешательства и тщательного наблюдения в течение 24–48 часов для пациентов без признаков нарушения остроты зрения или повышенного внутриглазного давления [3, 20, 32]. Младший возраст (<9 лет) ассоциируется с большим успехом при консервативном лечении [9]. Тяжелый проптоз, ухудшение остроты зрения, повышенное внутриглазное давление, неразличение цве-

тов, внутричерепное поражение, невозможность провести надежное последовательное офтальмологическое обследование и плохой ответ на попытку внутривенного введения антибиотиков в течение 24–48 часов — все это общие показания к хирургическому вмешательству [20].

Пресептальный целлюлит отличается от орбитального целлюлита тем, что он ограничивается мягкими тканями, которые находятся спереди от глазничной перегородки. Трещины и отверстия костной глазницы также являются естественными путями распространения патологии носа и носоглотки на глазницу. При пресептальном целлюлите глазное яблоко не вовлекается, не наблюдается боли при движении глаз или потери зрения, а также не изменяется внутриглазное давление. [8,23] Он проявляется отеком, гиперемией и болью в пальпебральной и периорбитальной ткани. Хотя он может легко регрессировать при антибиотикотерапии, поздняя диагностика может иметь серьезные последствия, включая воздействие на глазное яблоко и зрение. В детстве пресептальный целлюлит наблюдается чаще, чем орбитальный целлюлит. Быстрая дифференциация необходима из-за различных протоколов лечения и прогноза. Лю и др. [19] обнаружили, что пресептальный целлюлит встречается на 71,3% чаще, чем орбитальный целлюлит. Демир Окал и др. [10] также сообщили, что пресептальный целлюлит (81%) встречается чаще, чем орбитальный целлюлит (19%). Острый синусит является распространенным среди предрасполагающих факторов. В проведенных исследованиях в 31% случаев с предрасполагающим фактором были вызваны синуситом. В исследовании, опубликованном Лю и др. [19], наиболее распространенной причиной были поражения кожи (пустулы, сыпь, ячмень, халязион и т. д.). Другие предрасполагающие факторы включают дентальный абсцесс, укус насекомого, ветряную оспу и травму [6,10]. Демир Окал и др. [10] определили, что средний возраст пресептального целлюлита составляет 5,43 года, а Берк и др. [4] сообщили о среднем возрасте 4,29 года. Если эффективное лечение пресептального целлюлита не применяется, распространение на глазницу может быть очень быстрым. Легкие инфекции можно лечить амбулаторно с помощью пероральных антибиотиков, в то время как при других состояниях рекомендуется госпитализация и парентеральное введение антибиотиков [4].

Субпериостальный абсцесс, представляет собой постсептальную инфекцию и развивается между костью и периорбитой. Хотя эти абсцессы возникают в результате прямого распространения инфекции от острого этмоидита, в более редких случаях они могут развиться из острого риносинусита лобных или верхнечелюстных пазух. Диагноз субпериостального абсцесса обычно ставится рентгенологически с помощью расширенной КТ. МРТ обычно применяется в случаях с подозрением на внутричерепное распространение инфекции. Детский субпериостальный абсцесс считается абсцессом, локализованным между lamina

раругасеа и периорбитой. Когда для удаления скопления гноя требуется хирургический подход, решение в основном принимается в отношении трансназального эндоскопического подхода. Трансназальный эндоскопический подход, по-видимому, играет главную роль в удалении этого скопления гноя, главным образом, из-за относительной простоты доступа к этим анатомическим областям трансназально. В целом, хирургическое лечение в основном зависит от наличия нарушений зрения, офтальмоплегии и экзофтальма [25].

Орбитальный абсцесс является серьезным инфекционным заболеванием глаза и может вызывать серьезные осложнения, такие как потеря зрения тромбоз пещеристого синуса, менингит, субдуральная эмпиема и абсцесс мозга и смерть [31]. Орбитальные абсцессы могут возникнуть в результате острого синусита, травмы, укусов насекомых, конъюнктивита, дакриоцистита, блефарита и имплантатов. Рахбар и др. [14]. Описали высокий риск орбитального целлюлита в доантибиотиковую эпоху, когда уровень постоянной потери зрения составлял 20%, а уровень смертности, связанной с осложнениями со стороны центральной нервной системы, составлял 17%. Даже сегодня у 15–30% пациентов все еще развиваются визуальные осложнения. Этиология орбитального абсцесса часто обусловлена расширенными вариантами острого синусита. Своевременно выполненное хирургическое дренирование может предотвратить осложнения в виде потери зрения. Целями хирургического дренирования являются снижение глазного давления, дренирование абсцесса и получение образца для посева [28].

Тромбоз пещеристого синуса у детей (ТПС) является редким и опасным для жизни осложнением септической или асептической этиологии и связан с низкой заболеваемостью и смертностью, если агрессивная терапия, включая противомикробные препараты, антикоагуляцию и/или хирургическое лечение, применяется на ранней стадии [26, 27]. ТПС связана с неврологической инвалидностью, если не обнаружена своевременно. Септическое происхождение часто обусловлено септическими эмболами или расширением тромбофлебита. Наиболее распространенным микроорганизмом является Staphylococcus aureus (69%), за которым следуют виды Streptococcal (17%), Pneumococcus (5%), грамотрицательные виды (5%), Bacteroides (2%) и Fusobacterium (2%). Бесклапанные сообщения между лицевыми и глазными венами и пещеристым си-

нусом ответственны за распространение инфекции между околоносовыми пазухами и орбитой в пещеристый синус [21]. ТПС также может быть осложнением среднего отита и реже фарингита или стоматологической инфекции. Наиболее распространенной причиной является острый синусит. Инфекции средней трети лица были причиной большинства септических ТПС в доантибиотиковую эпоху, хотя заболеваемость значительно снизилась с появлением антибиотиков [22]. Асептический ТПС возникает из-за травмы или протромботической этиологии.

Наиболее распространенные симптомы обусловлены специфическими структурами, пораженными в пещеристом синусе. Сдавление черепных нервов III, IV и VI приводит к нарушению экстраокулярного движения, при этом наиболее распространенным является парез шестого нерва.3 Сдавление глазной и верхнечелюстной ветвей черепного нерва V приводит к дефициту чувствительности лица, потере периорбитальной чувствительности и/или нарушению корнеального рефлекса [*22*]. Односторонний периорбитальный отек, головные боли, светобоязнь, хемоз и экзофтальм являются классическими признаками, вызванными нарушением венозного оттока глазницы [18]. Отек диска зрительного нерва, кровоизлияния в сетчатку, ухудшение остроты зрения или слепота также могут возникать из-за нарушения венозного оттока с последующим застоем в сетчатке. Прогрессирование до двустороннего поражения глазницы из-за межкавернозного сообщения, менингита, субдуральных эмпием и сепсиса распространены при CST [18]. Наличие синдрома Хорнера и пареза шестого нерва классически локализуется в пещеристом синусе. Системные клинические признаки включают лихорадку, тахикардию, гипотонию, рвоту, спутанность сознания и даже кому. Транзиторный центральный гипопитуитаризм из-за смежного инфекционного распространения, приводящего к некрозу, также был зарегистрирован при двустороннем CST. Другие осложнения ТПС включают инфекционный артериит внутренней сонной артерии, вазоспазм и инфаркты, либо эмболического происхождения, либо вторичные по отношению к гипоперфузии. Дифференциальные диагнозы включают орбитальный целлюлит, внутричерепные инфекции и тромбоз верхней глазной вены [29]. Стандартным лечением детского ТПС обычно является антикоагулянтная терапия (АС), хотя оптимальное лечение для детей с ТПС в значительной степени неизвестно. В случае инфекционной этиологии лечение может включать внутривенные или пероральные антибиотики различных курсов и АС с хирургическим вмешательством или без него, в зависимости от первичного источника инфекции [16].

Заключение. Таким образом несмотря на то, что орбитальные осложнения, вызванные воспалительными заболеваниями придаточных пазух носа, в значительной степени снизились благодаря улучшению методов диагностики и появлению нового поколения антибиотиков, ранняя диагностика по-прежнему остается очень важной для сохранения зрения пациента. Ключ к ранней диагностике включает высокий индекс подозрения на раннее поражение орбиты путем тщательного осмотра ЛОР-органов, так и проведение офтальмологического осмотра. Точный клинический подход и быстрое начало эффективного лечения могут предотвратить распространение инфекции и потенциально серьезные осложнения.

Литература.

1. Гуляева Л. В., Золотарева М. А. Особенности орбитальных риносинусогенных осложнений в детском возрасте. Таврический медико-биологический вестник. 2016; 1 (19):16-18

2. Anosike BI, Ganapathy V, Nakamura MM. Epidemiology and Management of Orbital Cellulitis in Children. J Pediatric Infect Dis Soc. 2022 May 30;11(5):214-220. doi: 10.1093/jpids/piac006.

3. Bedwell JR, Choi SS. Medical versus surgical management of pediatric orbital subperiosteal abscesses. Laryngoscope 2013; 123: 2337–8

4. Berk AT, Ayhan Z, Yaman A, Ecevit C. Diagnosis and treatment of preseptal cellulitis in pediatric age group. TJO. 2010; 40: 227–31.

5. Bier H, Ganzer U. Involvement of the orbit in diseases of the paranasal sinuses. Neurosurg Rev. 1990; 13: 109–112. doi: 10.1007/BF00383650.

6. Chaudhry IA, Al-Rashed W, Arat YO. The hot orbit: orbital cellulitis. Middle East Afr J Ophthalmol 2012; 19:34–422

7. Courdert A, Ayari-Khalfallah S, Suy P, Truy E. Microbiology and antibiotic therapy of subperiosteal orbital abscess in children with acute ethmoiditis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2018; 106:91–5.

8. Cürebal B, Şahin A, Dalgıç N. Preseptal Cellulitis in Children: A Single-Center Experience. Sisli Etfal Hastan Tip Bul. 2019 Nov 19;53(4):409-412. doi: 10.14744/SEMB.2018.75010.

9. De Melo WM, Sonoda CK, Hochuli-Vieira E, et al.. Paranasal sinus infection causing orbital subperiosteal abscess: surgical management of this devastating entity. Oral Maxillofac Surg 2013; 17:131-5.

10. Demir Öcal S, Çağan E, Kepenekli Kadayıfçı E, Karaaslan A, Atıcı S, Akkoç G, et al. Clinical features and outcome of preseptal and orbital cellulitis in hospitalized children:Four years experience. Medeniyet Med J. 2017; 32: 7–13.

11. Ghosh D, Khanna S, Baruah DK. Ophthalmological Manifestations of ENT Diseases: An Overview. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Jul; 65(3):197-202. doi: 10.1007/s12070-011-0348-x.

12. Gümüşsoy M, Uğur Ö, Arslan İB, Çukurova İ. Orbital Complications of Acute Sinusitis: Evaluation, Management, and Results. Turk Arch Otolaryngol. 2014; 52: 131–8.

13. Gupta S, Goyal R, Gupta RK.. Clinical presentation and outcome of the orbital complications due to acute infective rhinosinusitis. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2013; 65:431–4.

14. Hauser A, Fogarasi S. Periorbital and orbital cellulitis. Pediatr Rev 2010; 6: 242–9.

15. Johnson LN, Krohel GB, Yeon EB, Parnes SM. Ophthalmology. 1984;91(3):209–217. doi: 10.1016/s0161-6420(84)34300-7.

16. Karakas C, Hajiyev Y, Skrehot HC, Kralik SF, Lambert EM, Pehlivan D. Clinical Profile and Long-Term Outcomes in Pediatric Cavernous Sinus Thrombosis. Pediatr Neurol. 2022 May; 130: 28-40. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2022.02.006. Epub 2022 Mar 4. PMID: 35306302.

17. Kumar A, et al. Orbital complications of ENT diseases. Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2017;4(1):210–216. doi: 10.18203/issn.2454-5929.ijohns2017562

18. Lee HR, Kim HW, Park JH, Han SW. Septic cavernous sinus thrombosis with infectious arteritis of the internal carotid artery. BMJ Case Rep. 2015 Nov; doi: 10.1136/bcr-2015-213314.

19. Liu IT, Kao SC, Wang AG, Tsai CC, Liang CK, Hsu WM. Preseptal and orbital cellulitis:a 10-year review of hospitalized patients. J Chin Med Assoc. 2006; 69: 415–22. doi: 10.1016/S1726-4901 (09) 70284-9.

20. Machiano E, Raikundalia MD, Carniol ET, et al.. Characteristics of patients treated for orbital cellulitis: an analysis of inpatient data. Laryngoscope 2016; 126:554–9.

21. Mallick A, Pathak SD, Shankar S, Sati A. Early cavernous sinus thrombosis following unilateral pansinusitis in a child. BMJ Case Rep. 2015 Apr; 1: 1–4. doi: 10.1136/bcr-2014-208441.

22. Press CA, Lindsay A, Stence NV, Fenton LZ, Bernard TJ, Mirsky DM. Cavernous sinus thrombosis in children: imaging characteristics and clinical outcomes. Stroke. 2015 Sep; 46(9): 2657–60. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.009437.

23. Rao VA, Hans R, Mehra AK. Pre-septal cellulitis--varied clinical presentations. Indian J Ophthalmol. 1996; 44: 225–7.

24. Sayed YEl. Orbital involvement in sinonasal disease. Saudi J Ophthalmol. 1995;9(1):29–37.

25. Sciarretta V, Demattè M, Farneti P, Fornaciari M, Corsini I, Piccin O, Saggese D, Fernandez IJ. Management of orb ital cellulitis and subperiosteal orbital abscess in pediatric patients: A ten-year review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2017 May; 96: 72-76. doi: 10.1016/j.ijporl.2017.02.031.

26. Smith DM, Vossough A, Vorona GA, Beslow LA, Ichord RN, Licht DJ. Pediatric cavernous sinus thrombosis: A case series and review of the literature. Neurology. 2015 Sep;85(9):763–9. doi: 10.1212/WNL.0000000000001886.

27. Sweis R, Biller J. Cavernous Sinus Thrombosis in Children. Pediatr Neurol Briefs. 2016 Jan;30(1):4. doi: 10.15844/pedneurbriefs-30-1-3.

28. Tanna N, Preciado DA, Clary MS. Surgical treatment of subperiosteal orbital abcess. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2008; 134: 764–7

29. Visudtibhan A, Visudhiphan P, Chiemchanya S. Cavernous sinus thrombophlebitis in children. Pediatr Neurol. 2001 Feb; 24(2): 123–7. doi: 10.1016/S0887-8994(00)00255-1.

30. Vittorio S, Dematté M, Farneti P, Fornciari M, Corsini I, Piccin O, et al. Management of orbital cellulitis and subperiosteal orbital abscess in pediatric patients:A ten-year review. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2017; 96: 72–6. doi: 10.1016/j.ijporl.2017.02.031. [

31. Wang Y, Zhang J, Dong L, Jiang H, Song X. Orbital abscess treated by ultrasound-guided fine needle aspiration and catheter drainage: A case report. Medicine (Baltimore). 2019 Sep; 98(39): e17365. doi: 10.1097/MD.0000000000017365.

32. Wong SJ, Levi J. Management of pediatric orbital cellulitis: a systematic review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2018; 110:123–9.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Каттабоева Муҳаё Нурмухаммад қизи - ўқитувчи
Кўчарова Ма'мура Фахриддин қизи - ўқитувчи
Термиз иқтисодиёт ва сервис университети

СУРҲОНДАРЁ ШАРОИТДА ДИАРЕЯЛИ КАСАЛЛИКЛАР КЕЧИШИНИ БАҲОЛАШ

Аннотация: *Ушбу мақолада Сурҳондарё вилоятида болаларда ўткир юқумли ичак касалликларининг клиник-патогенетик хусусиятларини ўрганиш, ҳар-хил хусусиятга эга бўлган қўзғатувчиларнинг ҳолати ва хасталикларнинг клиник кечиши, асоратлари ва оқибатидаги аҳамиятини ўрганиш иборат.*

Хусусан 2004 йилда ўткир юқумли ичак касалликларининг оғир формада бўлган болалар 9,8% ни ташкил этган бўлса, 2024 йилга келиб 16.7 % ни ташкил этди.

Калит сўзлар: *Ўткир юқумли ичак касалликлар, болалар, бактериал дизентерия, сальмонелла, шигелла, интенсив кўрсаткич.*

Каттабоева Муҳаё Нурмухаммад қизи - преподаватель
Кўчарова Ма'мура Фахриддин қизи - преподаватель
Термезский университет экономики и сервиса

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ СУРХАНДАРЬИ

Резюме: *Целью данной статьи является изучение клинико -патогенетических особенностей острых инфекционных кишечных заболеваний у детей Сурхандарьинской области, изучение статуса возбудителей с различными характеристиками и значимости клинического течения, осложнений и последствий заболевания.*

В частности, в 2004 году доля детей с тяжелой формой острых инфекционных заболеваний кишечника составляла 9,8%, а к 2024 году она составит 16,7%.

Ключевые слова: *Острые инфекционные кишечные заболевания, дети, бактериальная дизентерия, сальмонеллы, шигеллы, интенсивная терапия.*

Kattaboeva Mukhayo Nurmukhammad kizi - teacher
Kocharova Mamura Fakhriddin kizi - teacher
Termiz University of Economics and Service

ASSESSMENT OF THE COURSE OF DIARRHEA DISEASES IN SURHONDARYA

Abstract: *This article aims to study the clinical-pathogenetic characteristics of acute infectious intestinal diseases in children in Surhondarya region, to study the status of pathogens with different characteristics and the significance of the clinical course, complications and consequences of the disease.*

In particular, in 2004, children with severe form of acute infectious intestinal diseases accounted for 9.8%, and by 2024, it will be 16.7%.

Key words: *Acute infectious intestinal diseases, children, bacterial dysentery, salmonella, shigella, intensive care.*

Муаммонинг долзарблиги: Болалар орасида ичак инфекцияларининг кенг тарқалиши патогенларнинг юқори тарқалиши ва тарқалиши, атроф-муҳит омилларига чидамлилиги, овқат ҳазм қилиш тизимининг тузилиши ва фаолиятининг ёшга боғлиқ хусусиятлари, ҳимоя механизмларининг функционал номукаммаллиги, шунингдек етарли даражада емланмаган ва қатъий гигиена қобилиятлари билан боғлиқ [7]

Барча юқумли касалликлар қатори ЎЮИК бутун дунёда, айниқса ривожланаётган мамлакатларда кўп учраши билан ажралиб туради [4]

Ўткир ичак инфекциялари (ЎИИ) муаммоси тиббий жамоатчилик томонидан энг ўткир ва кенг муҳокама қилинадиган сабабсиз эмас [1]. Дунёда ҳар куни 5000 дан ортиқ бола диарея касалликларидан вафот этади [1-5]. Ушбу инфекциялар касалликнинг глобал юки "аҳамияти рейтинги" да 4-ўринни эгаллайди (БЖССТ, 2010 маълумотлари [3]. Таъкидлаш керакки, бундай

жиддий рақамлар, биринчи навбатда, ривожланаётган мамлакатлардаги вазиятни тавсифлайди. Ўзбкистонда бу жуда ҳалокатли эмас, лекин ўткир юқумли диареядан ижтимоий-иқтисодий зарар, шубҳасиз, катта.

И.Фантони, Р.Лазано дунёнинг 187 мамлакатида 1980-2010 йилларгача бўлган даврида 2031474 нафар болалар ўлимининг сабабларини тахлил қилишда (2012) янги туғилган чақалоқларнинг ўлим сабаблари таркибида умумий туғилиш асоратлари, респиратор дестресс синдроми ва бронхопулмонар дисплазия 28,6% ни ташкил этган [10-11].

Шу жумладан бизнинг Республикамизда, айниқса экологик ноқулай вазият юзага келган Воҳа худуди ҳисобланган Қашқадарё, Сурҳондарё вилоятларида ўткир юқумли ичак касалликларининг кенг тарқалганлиги диққатга сазовордир.

Антибиотиклар кенг қўлланилиши оқибатида охирги йилларда ЎЮИК лари қўзғатувчиларининг антибиотикларга сезгирлиги камайиб кетаяпти. Шу туфайли амалиёт шифокорлари ЎЮИК ларни даволашда кенг доирали, кучли антибиотикларни ишлатишга мажбур бўлишмоқда. Бунинг оқибатида ЎЮИК лари, айниқса ёш болалар орасида чўзилган ва сурункали формаларга ўтиш, асорат сифатида дисбактериоз, нейротоксикоз, гемолитико-уремик синдромидан ўлим ҳолати кундан-кунга кўпаймоқда. Хозирги кунда экологик ноқулай худуд, Сурҳондарё вилоятида ЎЮИК ларни компекс равишда ўрганишни тақозо этади. Хусусан полирезистент хусусиятга эга бўлган сальмонеллалар, шигеллалар ва эшерихиялар чақирган касалликни клиник кечиши, патогенетик жавхалари, ташхиси ва даволаш услублари чуқур ўрганилмаган.

Тадқиқот мақсади: Сурҳондарё вилоятида болаларда ЎЮИК ларнинг клиник-патогенетик хусусиятларини ўрганиш, ҳар-хил хусусиятга эга бўлган қўзғатувчиларнинг ҳолати ва хасталикларнинг клиник кечиши, асоратлари ва оқибатидаги аҳамиятини ўрганиш.

Текшириш усуллари ва материаллари: ЎЮИК ларни Республикада касалланиш даражаси 2004-2024 йиллар давомидаги маълумотларга асосланиб текширишлар шуни кўрсатдики, ЎЮИК ларнинг касалланиш даражаси 2004 йилдан 2024 га қадар йилдан-йилга пасайиши кузатилди. 2004 йилда Республикада 98 106 та бемор қайт этилган бўлса интенсив кўрсатгич 423.96 ни ташкил этди, 2013 йилда эса 32 811 бемор ҳисобга олинган, интенсив кўрсатгич 129.84 ни ташкил этган. 2024 йилга келиб 39010 бемор ҳисобга олинган бўлиб интенсив кўрсатгич 124,6 ни ташкил этди. Республикада сальмонеллез хасталиги ҳам йилдан-йилга камайиши кузатилмоқда. Масалан 2004 йилда 3800 та сальмонеллез хасталиги ҳисобга олинган бўлса, интенсив кўрсатгич 16.42 ни ташкил этди, 2013 йилда эса 1345 та бемор қайт этилди, интенсив кўрсатгич 4.93 ни ташкил этди. 2024 йилда 516 та бемор ҳисобга олинган бўлиб, интенсив кўрсатгич 1,6 ни ташкил этди. Бактериал дизентерия хасталиги ҳам Республикамизда 2004 йилда 13591 бемор қайд этилган бўлса, интенсив кўрсатгич 58.73 ташкил этди. 2013 йилда эса 3855 та бемор қайт этилган бўлса интесив кўрсатгич 15.25 ни ташкил этди. 2024 йилда эса 2139 та бемор ҳисобга олинган бўлиб интенсив кўрсатгич 6,8 ни ташкил этди. Шундай қилиб, Республикамизда ЎЮИК ларнинг хусусан бактериал дизентерия ва сальмонеллез хасталикларининг йилдан-йилга камайиши кузатилмоқда.

Текшириш натижалари: Ҳозирги кунда халқаро статистика маълумотларига қараганда вирусли диареялар умумий ўткир ичак инфекциялари (ЎИИ)нинг 50-80% ташкил қилади ва ҳар йили 180 млн. вирусли этиолгияли диареялар рўйхатга олинади [2-6-8-9]

Сурҳондарё вилоятида ҳам ЎЮИК лари, сальмонеллез, бактериал дизентерия хасталиклари 2004 йилдан бошлаб камайиши кузатилмоқда. Хусусан, 2004 йилда вилоятида ЎЮИК лари интенсив кўрсаткичи 232,9 ни, 2013 йилда 60,18 ни, 2024 йилда 75,3 ни ташкил этди. Бактериал дизентерия 2004 йилда 6,5 ташкил этган бўлса, 2013 йилда 3,8 ни, 2024 йилда 0,4 ни ташкил этди. 2004 йилда сальмонеллез хасталигининг аниқлаш даражаси 7,9 ташкил этган бўлса, 2013 йилда 3,8 ташкил этган, 2024 йилда эса 1,2 ни ташкил этган.

Хулоса: Текширишлар шуни курсатдики, Сурҳондарё вилоятида ҳам ЎЮИК 2004 йилдан то 2024 йилга қадар аста-секин ЎЮИК ларнинг касалланиш даражаси пасайиши кузатилмоқда. Аммо Болалар ўртасида касалликнинг ортиб бориши кузатилмоқда, 2004 йилда 14 ёшгача бўлган болалар 63% ни ташкил этган бўлса, 2024 йилга келиб бу кўрсатгич 74% га етган. Бундан ташқари хасталикнинг оғир формалари ортиб бориши аниқланди. Хусусан 2004 йилда ЎЮИК ларнинг оғир формада бўлган болалар 9,8% ни ташкил этган бўлса, 2024 йилга келиб 16.7 % ни ташкил этди.

Адабиётлар.

1.Анохин В.А. Ацетонемический синдром при острых кишечных инфекциях у детей / В.А. Анохин, С.В. Халиуллина, И.А. Гутор // Детские инфекции. - 2012. - Т. 11, № 1. - С. 6- 12.

2. Бабик Р. К. Клинико-иммунологические особенности вирусных кишечных инфекций у детей: автореферат дис... доктора медицинских наук. - Москва, 2013.

3. Никулина Е.В. Состояние поджелудочной железы при острых кишечных инфекциях (по данным УЗИ) / Е.В. Никулина, М.И. Пыков, В.П. Тимина // Актуальные вопросы инфекцион-

ной патологии у детей: материалы I конгресса педиатров-инфекционистов России. - М., 2002 - С. 136-137.

4. Пампура А.М. Классификация и клинические проявления пищевой аллергии [Электронный ресурс] / А.М. Пампура, А.И. Хавкин // РМЖ. - 2003. - №20. - Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_769.htm.

5. Хаертынов Х.С. Клинико-эпидемиологические особенности кишечных инфекций, протекающих с синдромом гемоколита, у детей / Х.С. Хаертынов, Д.Р. Семенова, К.В. Сушников // Казан. мед. журн. - 2013. - Т. 94, № 2. -С. 208-211.

6.Крамарев С.А., Выговская О.В., и др. Вирусные диареи у детей: особенности клинической картины, диагностика, современные подходы к терапии// Дитячий лікар 3-4 (32-33) інфекційні захворювання. 2014.

7. Халиуллина С.В. Острые инфекционные диареи и дефицит цинка в организме ребенка / С.В. Халиуллина, В.А. Анохин, В.С. Валиев // Вопр. детской диетологии. - 2014. - № 1. - С. 14-22.

8. Особенности клиники острых кишечных инфекций аденовирусной этиологии у детей: научное издание / А.В. Горелов, Г.А. Козина, Е.А. Дорошина, Е.А. Карасева, А.Т. Подколзин // Инфекционные болезни. - Москва, 2009. - №1. 33-37 б.

9. Anderson E.J. Prevention and treatment of viral diarrhea in pediatrics /E.J. Anderson// Expert. Rev. Anti. Infect. Ther. 2010. Vjl. 8, №2. 205-217 p

10. Sultonov R. K. et al. Dynamics of development of tissue structures of the trachea and bronchi wall in the period of six months of childhood //European journal of modern medicine and practice. – 2022. – Т. 2. – №. 4. – С. 24-29.

11. Yuldashov, Shoxjahon, and Ravshan Sultonov. "Paradontoz kasalligini qiyosiy tashxisotini baxolash." Talqin va tadqiqotlar 2.3 (40) (2024).

УДК: 616-036.22:574:614.1:312:1185987

Умуров Шамсиддин Сатторович - ассистент
Бухоро давлат тиббиёт институти

АҲОЛИ ТУРАР ЖОЙЛАРИ МИКРОИҚЛИМ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ГИГИЕНИК ТАЛАБЛАР

Аннотация: *Уй -жой қурилишида иқтисод қилиш мақсадида ҳамда гигиеник нуқтаи назардан (кичик ҳажмли хоналарда керак бўлган доимий ҳаво алмашинувини таъминлаш) мақсадида қайтадан амалиётга киритилган тизимдир. Ҳаволи иситиш тизимида иссиқлик тарқатувчи манба сифатида иситилаётган хонадаги ҳавога нисбатан иситилган иссиқ ҳаво ҳисобланади. Атмосфера ҳавоси фильтрлар ёки чанг тиндиргич камераларда тозалангандан кейин калориферларда 75 - 80⁰ С гача иситилади ва табиий иссиқлик босими ёки иситилаётган хонадаги вентиляторлар ёрдамида тарқатилади. Бунда хона ҳавоси билан аралашиб, унга иссиқлик беради, бу эса хонанинг иссиқлик йуқотишини компенсация қилиш учун керакдир.*

Турар жой биноларининг хоналарида инсон ўзини яхши хис қилиш ва организмдаги физиологик жараёнларининг нормал кечиши кўп томонлама иситиш тизимини рационал тўғри танлаш ва бинонинг ҳаво алмашинувига хамда уларни тўғри ишлата билишга боғлиқ бўлади. Турар жой ва жамоат биноларининг иситиш ва вентиляция тизимларини лойихалаштирилаётганда гигиеник ва техник иқтисодий нуқтаи назардан бир вақтда ўтказилиши лозим.

Материал ва усуллар:*: санитария гигиеник кузатув, асбоб-ускунавий, таҳлилий, анкета-сўров ва статистик усуллар.*

Калит сўзлар: *Олий ўқув юртлари, Санитария қоидалари ва меъёрлари, Давлат стандартлари, Ахборот коммуникацион технологиялар, Электрон ҳисоблаш машиналари, Рухсат этилган концентрация, Рухсат этилган меъёр, Қурилиш меъёр ва қоидалари, Шаҳарсозлик меъёр ва қоидалари*

Умуров Шамсиддин Сатторович - ассистент
Бухарский государственный медицинский институт

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПОКАЗАТЕЛЯМ МИКРОКЛИМАТА ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЙ

Аннотация: *Жилищное строительство в целях экономии, а также с точки зрения гигиены (обеспечение постоянного воздухообмена в небольших помещениях) вновь внедряет систему, используемую ранее. В системе воздушного отопления в качестве источника распределения тепла используется нагретый воздух, температура которого выше воздуха в отапливаемом помещении. Атмосферный воздух очищается в фильтрах или пылеосадительных камерах, после чего нагревается в калориферах до температуры 75-80°С и распределяется посредством естественного теплового давления или с помощью вентиляторов в отапливаемом помещении. Этот воздух смешивается с воздухом комнаты, передавая ему тепло, что необходимо для компенсации теплопотерь помещения.*

Правильный выбор рациональной системы отопления и грамотное использование воздухообмена в зданиях напрямую влияют на комфорт человека в жилых помещениях и нормальное протекание физиологических процессов в организме. При проектировании систем отопления и вентиляции жилых и общественных зданий необходимо одновременно учитывать гигиенические и технико-экономические аспекты.

Материалы и методы: *санитарно-гигиеническое наблюдение, инструментальный, аналитический, анкетный опрос и статистические методы.*

Ключевые слова: *высшие учебные заведения, санитарные правила и нормы, государственные стандарты, информационно-коммуникационные технологии, электронно-вычислительные машины, допустимая концентрация, допустимая норма, строительные нормы и правила, градостроительные нормы и правила.*

Umurov Shamsiddin Sattorovich - assistant
Bukhara State Medical Institute

HYGIENIC REQUIREMENTS FOR MICROCLIMATE INDICATORS IN RESIDENTIAL AREAS

Annotation: *In the field of housing construction, a system reintroduced into practice has been developed for the purposes of economic efficiency and hygienic considerations (ensuring continuous air exchange in small spaces).*

In an air heating system, the heat distribution source is warm air, which is heated relative to the air in the room. Atmospheric air is purified through filters or dust-settling chambers, then heated in calorifiers up to 75–80°C, and distributed via natural thermal pressure or with the help of fans in the heated room. This mixes with the room air, transferring heat to it, which compensates for the room's heat loss.

The selection of a rational and appropriate heating system and ensuring proper air exchange in residential building rooms are key to creating a comfortable environment for individuals and maintaining normal physiological processes. Heating and ventilation systems for residential and public buildings should be designed simultaneously from hygienic and technical-economic perspectives.

***Materials and Methods:** sanitary-hygienic observations, instrumental, analytical, questionnaire-survey, and statistical methods.*

***Keywords:** Higher educational institutions, Sanitary rules and regulations, State standards, Information and communication technologies, Electronic computing machines, Permissible concentration, Permissible standards, Construction norms and regulations, Urban planning norms and regulations.*

Долзарблиги. Яшаш хонадонларида ва хоналарида табиий ҳаво алмашинуви тўлиқ ёриқлари, ойна ва эшикларни жипс ёпилмаслиги хамда форточка фрамук ёки дераза ва эшикларининг тўлиқ очиб қуйиш ҳисобига амалга оширилади. Ҳаво алмашинуви катталигига асосан метериологик омиллар: ташқи ҳаво ва хона ҳавосининг ҳарорати, шамол кучи ва йуналиши таъсир кўрсатади. Ҳарорат омили таъсири остида тўлиқ уйда ёки алоҳида хоналарда тахминан баландлигининг ўртасида нейтрал зона ташкил бўлади, бунда эса мусбат ва манфий босим тенглашади. Бу минтақадан юқорида ҳаво хонадан ташқарига чиқишга ҳаракат қилади, пастда эса ташқи ҳавонинг хонага кириши кўзатилади. Замонавий турар жой уйларида, хонадонларида вентиляцион жихозланишни бош элементи олиб кетувчи каналлар ҳисобланади. Улар кўпинча ошхона санитария тармоғини капитал деворларига жойлаштирилади, бунда ҳавонинг ҳаракати табиий побуждения тяги принципи асосида ўтади. Олиб кетувчи вентиляцион каналларда тяги кучайтириш мақсадида дефлекторлар қўлланилади. Улар думалоқ бўлиб бўлакчалардан ташкил топган бўлиб уларнинг ҳаракати шамол кучидан фойдаланишга асосланган.

Натижа ва таҳлиллар. Турар жой ва жамоат биноларни иситиш ва вентиляция қилишни санитария экспертиза қилиш усули (методикаси). Санитария назорати жараёнида айрим холларда иситиш лойиҳасини экспертиза қилиш керак бўлиб қолади. Иситиш лойиҳаси мустақил лойиха ёки турар жой жамоат бинолари лойиҳасининг бир бўлими кўринишида бўлиши мумкин. Лойихани кўриб чиқиш пайтида иситиш тизимининг тўғри танланганлиги, хамда иситувчи асбоблар (регистр, радиатор, қувурли илончалар) юзасини етарлилиги баҳоланади. Лойихалаштирилаётган иситиш тизимининг ишлаши баҳоланади[1,4,5,6]. Танлаш асосида иситувчи жихозларнинг майдонининг етарлилиги текширилади. Санитария экспертиза қилиш пайтида алоҳида эътибор турли хоналардаги радиаторларнинг лойихалаштирилаётган секциялар сонига қаратилади. Масалан: битта қувурли юқори тарқалувчи марказлашган иситиш тизимида радиаторлардаги секциялар сони қаватдан қаватга тушган сари, яъни юқоридан пастга тушган сари кўп бўлиши керак, чунки иссиқ сув қаватдан қаватга тушганда бир мунча радиаторларда совийди. Иситувчи жиҳозларнинг юзасини, майдонини ҳисоблаш учун хонанинг иссиқлик юқоришини аниқлаш керак ва у қуйидаги формула ёрдамида аниқланади[2,3,7,8].

$$1.\sum = \frac{(t_{\text{хона ичи}} * t_{\text{ташқи}})}{R_0} \text{ ккал/ соат.}$$

Q – хонанинг умумий иссиқлик йуқотиши.

F айрим ўраб турувчиларни умумий йиғинди майдони

$T_{\text{хона ичи}}$ – хона ичидаги ҳаво ҳарорати ҳисоби

$T_{т}$ – ташқи ҳаво ҳароратининг ҳисоби

R_0 ўраб турувчи юзанинг иссиқлик ўзатиш қаршилигининг коэффициенти.

Айрим ўраб турувчиларнинг иссиқлик юқотиши учун тўғриловчи қушимчалар қилинади. Ўраб турувчининг ёруғлик тушиши бўйича ориентацияси: шимол; шимолий шарқий ва шарқий ориентациялар бўлса 10%, шимолий ғарбий бўлса 8%, жанубий ғарбий, ғарбий, жанубий шарқий бўлса 5% ни ташкил этади. Шамолни таъсири бўйича 5% хонанинг баландлиги 4 м юқори бўлганда ҳар бир метрга умумий иссиқлик юқотишни 2 % кўпайтириш керак[7,8,9,10].

Хонанинг иссиқлик йўқотиш маълумотлари асосида иситувчи жиҳозларнинг керакли бўлган майдонини аниқлаш мумкин.

$$S = \frac{t_{\text{кириш}} + t_{\text{чиқиш}}\, t_{\text{хона}}}{2} \; K\,(100\%)\ м^2$$

Q – хонанинг умумий иссиқлик йўқотиш ккал/соат

К – иссиқлик олиб келувчи иссиқлик бериш коэффициенти (ккал/соат м^2)

$t_{\text{чиқиш}}$ – радиатордан чиқувчи иссиқлик ташувчининг (ҳаво, буғ, сув) ҳарорати

$t_{\text{кириш}}$ радиатордан кирувчи иссиқлик ташувчининг (ҳаво, буғ, сув) ҳарорати

$t_{\text{хона}}$ – хонадаги ҳаво ҳарорати

Кейин лойиҳалаштирилаётган иссиқлик тушишни баҳолашга ўтилади. Сувли ва буғли иситишда қуйидагилар аниқланади: яъни сув циркуляциясида қўлланилган усул тарқалувчи материалларни жойлашган жойи, стояк қонструкциялари ва уларни иситувчи жиҳозларга уланиш тизими. Вентиляция лойиҳасини санитария экспертиза қилаётганда санитария шифокори олдида қуйидаги вазифалар туради:

-вентиляция тизимининг мақсадга мувофиқ тўғри танланганлигини аниқлаш.

-ҳаво алмашинувининг етарлилигини текшириш

-берилаётган ҳаво сифатини санитария талабларига жавоб беришини аниқлаш.

-вентиляция тизимининг айрим қисмларини тўғри жихозланишини баҳолаш

-вентиляцион иншоотларнинг таклиф қилинаётган эксплуатация тартибини рационаллигини аниқлаш.

Вентиляция тизимини танлаш бинонинг нимага мўлжалланганлиги, унинг ҳажми, чиқаётган зарарларнинг характерига боғлиқ бўлади. Комбинациялашган олиб келувчи – олиб кетувчи вентиляцияни ҳаво алмашинуви 1 маротабадан кўп бўлганда лойиҳалаштириш мумкин. Вентиляциянинг қувватини аниқлаш хонага чиқаётган зарарларнинг миқдорини ҳисобга олиш асосида ўтказилади. Хонага газлар чиқарилаётганда керакли бўлган вентиляция хажми қуйидаги формула ёрдамида аниқланади.

$$V = \frac{\gamma}{b_{чик}\, b_{таш}}$$

Намлик чиқарилаётганда эса

$$V = \frac{D}{(d_n - d_t)}$$

иссиқлик чиқарилаётганда

$$V = \frac{Q}{C\, J\, (t_n - t_t)}$$

Бунда:

V – керакли бўлган ҳаво алмашинуви м^3/соат

γ хонадаги газ ажралиши 1/ соат

$b_{чик}$ чиқариб ташланаётган ҳаво таркибидаги газнинг РЭМ 1/м^3

$b_{таш}$ – кираётган ҳаво таркибидаги газнинг миқдори г/соат

D – хонадаги намлик ажралиши (г/соат)

d_n – чиқарилаётган ҳаво таркибидаги намлик миқдори (г/кг)

d_t – кираётган ҳаво таркибидаги намлик миқдори (г/кг)

J – ҳаво зичлиги (кг/м^3)

Q – хонага чиқарилаётган аниқ иссиқлик

C – ҳавонинг иссиқлик хажми

t_n ва t_t – чиқарилаётган ва кираётган ҳаво ҳарорати (^{0}C)

Ҳаво алмашинувининг марталиги қуйидагича аниқланади.

V= F * K

Бунда: F – хона хажми м^3 К – жадвал буйича ҳаво алмашинувининг марталиги кейинчалик вентиляция лойиҳасидан ҳавони олиш жойи, тушиш жойи кўриб чиқилади бунда берилаётган ҳавонинг сифатини таъминлаш мақсадидаги усул ва услубларга эътибор берилади. Айниқса лойихада ҳавони тозалаш жиҳозларни таъминлаш ва усуллари панжара, чанг чўктирувчи камералар, фильтрлар, иситиш камералари чуқур кўриб чиқилади. Лойиҳани санитар экспертиза қилиш чоғида янада эътибор талаб қилинадиган қисми бу шовқин ва жихозларнинг вибрациясига қарши курашни ташкиллаштирилганлигидир.

Ногирон ва кам ҳаракатланадиган аҳоли гурухи фойдаланадиган турар жойларни режалаштиришда, лойиҳалашда, қурилишда, қайта таъмирлашда маъмурий бинолар, турар жой ва микрорайонларга қуйиладиган гигиеник талаблар айнан ўзи кўзда тутилиши керак, ўпкани юқоридаги тоифа инсонлар учун (ногиронлар, ҳаракати чегараланган, қуриш қобилияти пасайган, ҳаракатланувчи буғимларнинг атрофида туғма ногиронлар ва бошқалар) хар бир ҳолатни кўзда тўтган ҳолда, алоҳида тадбиқ қилинган гигиеник меъёрларга асосланган ҳолда Ўзбекистоннинг барча жойларида бир хилда турмуш тарзини якунлашга бағишланган ҳолда иш тутилиши лозим. Юқоридаги аҳоли учун аҳоли турар жойлар режасида жойлаштиришда қуйидагиларни эътиборга олиш керак: аэропорт, темир йул ва вокзаллар, сув транспорт жойлари, спорт майдонлари ва бошқа жойлардан ўзоқроқда ва ногиронларни эхтиёжига асосланган ҳолда жойлаштириш керак[8,9,10].

Ногиронлар турар жой ва жамоат биноларини лойиҳалашда Ўзбекистон ногиронлар жамияти билан келишилган ҳолда тўзиш керак (ногиронларни ҳимоя қилиш Ўзбекистон Республикасининг қарори 18.07.91)

Ногиронлар турар жойларни лойиҳалашда, қуришда қуйидаги гигиеник ва қурилиш меъёрларга асосланган ҳолда тузилиши керак:

Сан М ва Қ № 000393 Ўзбекистон аҳоли турар жойларни режалаш;

Сан М ва Қ № 000493 Ўзбекистон иқлим шароитини эътиборга олган ҳолда турар уйларни лойиҳалаш;

КМК 2.08.0194 “Турар уйлар”

КМК 2.08.0296 “Умум жамоат бинолари ва иншоотлари”

КМК 2.07.0296 “Ногирон ва ҳаракати чегараланган аҳолини турар уйларини лойихалаш” ва бошқалар.

Биноларни қуриш ва жойлаштириш учун ер майдонини танлашда КМК 2.08.0194, Сан К ва М шу жумладан бошқа барча гигиеник меёрларга

асос бўлган хужжатлардан тўлиқ фойдаланилади ва тадбиқ этилади.

Ер майдонининг сатхи ногиронларнинг турларига, хизмат қилиш доирасига эътибор берган ҳолда хусусиятларига қараб, иқлим шароитини ҳолатларига қараб ажратилади. (КМК 2.07.0296) Қурилиш фонди 20% дан кўп кўкаламзорлаштириш, фоизи 50% дан кам бўлмаслиги керак. Кўкаламзорлаштиришда заҳарли моддалар чиқарувчи дарахтлар, танаси тиқон ушловчи ўсимликлар ўстириш ман этилади.

Рухий касалликка дучор бўлган, ақлий заиф бўлган интернат уйларининг атрофи 2 метрдан кам бўлмаган деворлар билан ўралган бўлиши керак.

Маҳсус муассасалар, яъни ногирон болалар (ақлий ва жисмоний заиф) уйларни аҳоли турар жойларнинг климатик жихатдан яхши жойларга жойлаштириш керак: табиий кўкаламзорлаштирилган жойлар, иложи бўлса шахар чеккаси дам олиш масканларига яқин; темир ва катта автомобил йуллардан, корхона ва коммунал муассасалардан, шовқин манбалари бор жойлардан, атмосфера ҳавоси ва тупроқни ифлослантирувчи манбалардан ўзоқроқда жойлаштирилиши керак.(камида 3 км ўзоқ бўлиши).

Танланган ер майдони сув манбасига, электр тармоғи, коммунал иншоотларни ўтказишга қўлай бўлиши, умум жамоа транспортларига бориш ва келишни таъминлашга қўлай бўлиши керак.

Қариялар ва ногиронларни крелоколяскалари учун қўлайлик яратиш сифатида умум жамоа транспортлари билан боғланиш масофасини 200 метрдан ошириш керак эмас. Ўзбекистоннинг III иқлим минтақа бўлмиш тоғли жойларда бу масофа 25% камайтиришга рухсат этилади.

Хулоса. Текширув натижаларига кўра кафедралардаги компьютерлардан ҳосил бўладиган электростатик майдон кучланганлиги меъёр даражасида, аммо 46 нафар профессор-ўқитувчининг 34,7% ида кўзда толиқиш ва 13,6% ида кўзда ёшланиш каби холатлар аниқланди. Бу эса таълим муассасасида фаолият юритаётган ходимнинг иш вақти меъёрлашмаганлигини кўрсатади. Иш юкламаси иш вақтига нисбатан юқори бўлганлиги ва нотўғри ишчи позаси сабабли профессор-ўқитувчиларнинг 18,9% ида бўйин қисмида оғриқлардан, 16,8% и бош оғриқларидан ва 11,5% и елка оғриқларидан шикоят қилишган. Кафедралар аудиторияларида чангланганлик даражасидан PM-10 дисперсли чанглар миқдори стандартдан ошмаган аммо PM-2.5 дисперсли чанглар эса стандарт нормадан ўқув хоналарида 1.56 марта, маъруза залларида эса 1.79 маротаба ошганлиги маълум бўлди.

Адабиётлар.

1. Nurov.A.S. Current Problems in Providing the Population with Clean Drinking Water // AMERICAN Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences. AMERICAN Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences, (2023).-P.240-242
2. Nurov.A.S. Existing Problems in Providing the Population with Drinking Water Through Underground Water Sources // Amaliy va Tibbiyot Fanlari Ilmiy Jurnali, (2023). - P.77-79
3. Nurov.A.S. Cleaning of Open Water Bodies from Waste Water from Production Enterprises // Amaliy va Tibbiyot Fanlari Ilmiy Jurnali, (2023). - P.80-82
4. Шеркузиева, Г. Ф., Самигова, Н. Р., & Умуров, Ш. С. (2022). Аҳолининг қудуқ сувларидан фойдаланиш эколого-гигиеник аспектлари (Досторал диссертатион, Тошкент).
5. Nurov.A.S. Current Problems in Providing the Population with Clean Drinking Water // AMERICAN Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences. AMERICAN Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences, (2023). - P.240-242
6. Nurov.A.S. Strategies and approaches to reach out-of-school children and adolescents // european journal of modern medicine and practice (2023/3/30). - P. 56-58
7. Шеркузиева, Гузал Фахритдиновна, Наргиз Раимовна Самигова, анд Шамсиддин Сатторович Умуров. Аҳолининг қудуқ сувларидан фойдаланиш эколого-гигиеник аспектлари. Дисс. Тошкент, 2022
8. Шерқўзиева Г. Ф., Саломова Ф. И., Умуров Ш. С. Касалхона ички инфекцияси муаммолари //Ташкентская Медицинская Академия кафедра эпидемиологии Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова. – 2023. – С. 78.
9. Ibrohimov K. I. Effect of Smoking on the Mineralizing Ability of Oral Fluid// International Journal of Health Systems and Medical Sciences. - 2023/2/11. -Т. 2– №. 2.-С. 11-12
10. Ibrohimov K. I. Research of Dust Content in the Air in Production Premises of a Grain Processing Enterprise //Vital Annex: International Journal of Novel Research in Advanced Sciences. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 76-80.

УДК: 614.47:616-022.1-05372-036.21-079.7

Гафарова Феруза Муратходжаевна – д.м.н., доцент
Муллаева Лола Джавлановна – д.м.н., доцент
Мухамедова Саодат Хаджимуратовна – базовый докторант
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Муллаева Зухра Баходир кизи – студент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОХВАТА ВАКЦИНАЦИЕЙ ПРОТИВ КОРИ ДЕТЕЙ В ЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ

Резюме. *В Узбекистане на фоне стабильно сохраняющегося в течение почти двадцати лет высокого (не ниже 95%) охвата коревой вакциной декретированных групп населения в отдельные годы регистрируются подъемы заболеваемости и локальные вспышки данным заболеванием среди детей. Ретроспективный анализ амбулаторных карт (025 форма) и карт профилактических прививок (063 форма) у 3390 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет выявил низкий охват вакцинацией против кори в результате необоснованных отказов родителей от вакцинации; медицинских отводов по поводу нарушений в состоянии здоровья, несвоевременного посещения врача и др. На основании полученных данных можно сделать вывод, что меры по повышению эффективности и безопасности вакцинации против кори требуют совершенствования и динамичного развития методических подходов по работе с населением и медицинским персоналом, реализующим национальную программу иммунизации против кори.*

Ключевые слова: *дети, корь, вакцинация, причины отказа от профилактических прививок.*

Гафарова Феруза Муратходжаевна – т.ф.д., доцент
Муллаева Лола Джавлановна – т.ф.д., доцент
Мухамедова Саодат Ходжимуратовна – таянч докторант
Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази
Муллаева Зуҳра Баҳодир қизи - талаба
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

ЭНДЕМИК ҲУДУДДАГИ БОЛАЛАРНИ ҚИЗАМИҚҚА ҚАРШИ ЭМЛАШНИ ҚАМРАБ ОЛИНГАНЛИГИ НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Резюме. *Ўзбекистонда қарийб йигирма йил давомида аҳолининг декретив гуруҳлари учун қизамиққа қарши эмлашнинг доимий равишда юқори (камида 95%) қамрови фонида, баъзи йилларда болалар орасида ушбу касалликнинг кўпайиши ва маҳаллий эпидемияси қайд этилмоқда. 6 ойликдан 5 ёшгача бўлган 3390 нафар болалар амбулатор карталари (025 шакл) ва профилактик эмлаш карталарининг (063 шакл) ретроспектив таллии натижасида ота-оналарнинг эмлашни асоссиз рад этишлари, шифокорга эмлаш учен ўз вақтида келмасликлари, соғлиғида муаммоси бўлган болаларга эмлашдан тиббий чекловлар берилиши ва бошқа сабаблар натижасида эмлаш қамровининг пастлиги аниқланди. Олинган маълумотларга асосланиб, шундай хулоса қилиш мумкинки, қизамиққа қарши миллий иммунизация дастурини амалга оширишда, қизамиққа қарши вакцинация самарадорлигини ошириш ва хавфсизлигини таъминлаш чора-тадбирларини такомиллаштириш, аҳоли ва тиббиёт ходимлари билан иш жараёнига услубий ёндашувларни динамик ривожлантиришни талаб этади.*

Калит сўзлар: *болалар, қизамиқ, вакцинация,профилактик эмлашлардан бош тортиш сабаблари.*

Gafarova Feruza Muratkhodzhaevna – D.M.Sc., associate professor
Mullaeva Lola Djavlanovna – D.M.Sc., associate professor
Mukhamedova Saodat Khadjimuratovna – basic doctoral student
Center for the Development of Professional Qualification of Medical Workers
Mullaeva Zukhra Bakhodir kizi – student
Tashkent Pediatric Medical Institute

EVALUATION OF THE RESULTS OF MEASLES VACCINATION COVERAGE IN CHILDREN IN ENDEMIC REGION

Resume*. In Uzbekistan, against the background of a consistently high (at least 95%) coverage of measles vaccine for decreed population groups for almost twenty years, in some years, increases in morbidity and local outbreaks of this disease among children are recorded. A retrospective analysis of outpatient cards (form 025) and*

preventive vaccination cards (form 063) in 3390 children aged 6 months to 5 years revealed low coverage of measles vaccination as a result of unjustified parental refusals to vaccinate; medical complaints about health disorders, untimely visits to the doctor, etc. Based on the data obtained, it can be concluded that measures to improve the effectiveness and safety of measles vaccination require improvement and dynamic development of methodological approaches to work with the population and medical personnel implementing the national measles immunization program.

Key words: *children, measles, vaccination, reasons of refusals to vaccinate.*

Введение. Корь представляет собой острое вирусное заболевание, которое характеризуется высокой контагиозностью, может быть предотвращено путем вакцинации и способно вызывать потенциально тяжелые осложнения. Коревая инфекция может осложниться специфическими энцефалитами и менингоэнцефалитами, стенозом гортани, наслоением тяжелых бактериальных инфекций (пневмонии со склонностью к абсцедированию, отиты, ангины, лимфангиты, инфекционные колиты и энтероколиты) [12].

Несмотря на наличие безопасной противокоревой вакцины, ежегодно в мире регистрируется 150 тыс. случаев смерти от кори [13,14]. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для предотвращения распространения кори и ее полной элиминации требуется, чтобы вакцинацией было охвачено не менее 95% местного населения [15]. Однако, несмотря на значительный прогресс в сокращении заболеваемости корью, сомнения в отношении необходимости вакцинации становятся основным барьером для достижения этой цели [8,9].

Увеличение темпов вакцинации против кори во всех странах мира показало свою высокую эффективность, проявившуюся в беспрецедентном снижении заболеваемости и смертности от этой инфекции. Достижение высокого охвата вакцинацией населения является основой формирования надежного уровня популяционного иммунитета, при котором эндемичное распространение инфекции будет прекращено [2].

В программах иммунопрофилактики приоритетное внимание уделяется детскому населению, поскольку в довакцинальный период корь характеризовалась преимущественной заболеваемостью детей до шести лет, у которых наиболее часто регистрировали тяжелые осложнения вплоть до смертельного исхода. Предотвращение детской смертности от кори явилось основной целью разработки профилактических мероприятий, приоритетным из которых стала вакцинация. В соответствии с позицией ВОЗ охват детского населения первой и второй прививками против кори на уровне не менее 95% является целевым показателем для элиминации этой инфекции [1,11]. Согласно ряду исследований доказано, что большинству людей для выработки стойкого иммунитета против кори достаточно одной дозы вакцины, введение второй дозы показано тем, у которых отмечается неэффективный ответ на первую дозу. Дети, получающие первую дозу вакцины в возрасте 12 мес, вырабатывают противокоревые антитела в 93-95% случаев, а дети, вакцинируемые в 15 мес, - 97-98%. Введение двух доз вакцины обеспечивает серологически подтвержденный противокоревой иммунитет у 97-99% людей [4,10].

По данным Санитарно-эпидемиологической службы города Ташкент 97% детей в возрасте до 24 мес. в 2020-2022гг., проживающих в республике, получили первую дозу комбинированной вакцины против кори, эпидемического паротита и краснухи. Однако в период с осени 2023 до весны 2024гг. в Узбекистане, в частности в Ташкенте наблюдался рост заболеваемости против данной регулируемой инфекции среди населения, особенно у детей раннего возраста. Возможно, это связано с низким охватом вакцинацией против кори согласно национальному календарю профилактических прививок.

Учитывая вышеизложенное **целью исследования,** явилось выявление причин низкого охвата противокоревой вакцинацией детей в эндемичном регионе.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в семейной поликлинике № 6 Мирзо-Улугбекского района города Ташкент с января по февраль 2023 года. Всего в исследование были включены 3390 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет (средний возраст – 27 мес.). Был проведен ретроспективный анализ анкет и прививочных карт (справка форма 063). Согласно санитарным нормам и правилам иммунопрофилактики Министерства Здравоохранения Республики Узбекистана, первая доза вакцины против кори, эпидемического паротита, краснухи (КПК) вводят детям в возрасте 12 мес., с ревакцинированием в дошкольном возрасте (6 лет). Из-за плохой эпидемиологической ситуации вышел приказ РесСЭС № 04/8/350 17.10.2022 года о внеплановой вакцинации против кори детей в возрасте от 6 мес до 5 лет.

Обследуемые дети были разделены на следующие группы:

-невакцинированные – дети, не получившие ни одной дозы вакцины против кори;

-не полностью вакцинированные в соответствии с возрастом;

-полностью вакцинированные в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

Кроме того, проведен анализ полученных данных для 4 возрастных групп: 6-12 мес, 13-24 мес, 25-36 мес и 36-59 мес.

Результаты и обсуждение. Анализ медицинских карт обследуемых детей выявил что из 3390 детей, 1882 прошли полную плановую вакцинацию против кори, 713 детей прошли неполную вакцинацию и 795 не получили ни одной дозы вакцины. Общий охват вакцинацией против кори составил 2595 (дети получившие, как минимум, одну дозу). Охват вакцинацией значительно варьировал в зависимости от возрастной группы, при этом самый низкий показатель отмечался у детей в возрасте до 24 месяцев. 713 ребенка были не полностью вакцинированы против кори согласно календарю профилактических прививок. Среди причин невакцинирования – это отказ родителей от профилактической прививок (n=183), временные медицинские отводы по поводу нарушений в состоянии здоровья и по поводу перенесенного COVID-19 (n=405), несвоевременное посещение врача (n=207) (Таблица 1).

В изучаемой популяции менее 10% состояний, заявленных родителями как причина отказа, были истинными противопоказаниями к вакцинации против кори. Даже в отсутствие предубежденности в отношении вакцины против кори 26% семей в изучаемой популяции пропустили прививку по той причине, что забыли о назначенном сроке вакцинации.

Анализ охвата вакцинацией против кори у 405 детей с нарушениями в состоянии здоровья и перенесенных COVID-19 показал, что 213 (52,6%) детей были привиты полностью, что было значительно ниже в сравнении с группой здоровых детей (из 2985 здоровых детей 2532 (84,8%) детей были привиты). Наличие нарушений в состоянии здоровья и перенесенный COVID-19 было главным фактором риска неполной вакцинации против кори и варьировало от 6,0% (у детей с 6 мес. до 2 лет) до 13,9% (с 2 лет до 5 лет).

Таблица 1.

Оценка результатов плановой вакцинации против кори

Год	План	Не привитые	%	Причины непривитости		
				Медицинский отвод	Отказ родителей	Несвоевременное посещение врача
2022	3390	795	23,4	405	183	207

Анализ результатов внеплановой вакцинации против кори детей от 6 месяцев до 5 лет одновалентной коревой вакциной в 2022 году показал, что из 3390 детей 3319 (97,9%) были привиты против кори, 71 ребенок (2,1%) остались непривитыми против кори. Причинами явились следующие: медицинские отводы (n=37), отказ родителей от вакцинации (n=34). В 2023 году непривиты были 95 детей по причинам медицинских отводов по состоянию здоровья (36) и отказа родителей (59) от профилактических прививок (Табл. 2.).

Таблица 2.

Оценка результатов внеплановой вакцинации против кори

Год	План	Привито	%	Не привито	%	Причины непривитости	
						Медицинский отвод	Отказ родителей
2022 год	3390	3319	97,9	71	2,1	37	34
2023 год	1341	1246	92,9	95	7,1	36	59

Таким образом, несмотря на наличие эффективной и безопасной вакцины против кори, корь продолжает распространяться в Узбекистане. Причинами распространения являются низкий охват вакцинацией против кори в результате необоснованных отказов родителей от вакцинации; медицинских отводов по поводу нарушений в состоянии здоровья от противокоревой вакцины. Самый низкий охват вакцинацией был выявлен у детей до 2-х лет и у детей с проблемами в состоянии здоровья. К сожалению, именно эти категории детей имеют наивысший риск ассоциированных корью тяжелых осложнений и летальности.

Данные причины выявлены и при анализе результатов внеплановой вакцинации против кори детского населения. Выяснение и устранение причин отказа родителей от вакцинации и проведение санитарно-просветительных работ среди этой категории населения необходимо для эффективной вакцинации детей.

Низкий охват вакцинацией против кори обусловлен в первую очередь страхом родителей в отношении безопасности противокоревой вакцины.

В пользу работы с родителями необходимо систематически информировать о положительном значении вакцинации против кори с целью формирования максимальной пользы при

минимальных рисках в деле профилактики кори, представляющей существенную угрозу жизни и здоровью ребенка в будущем. Однако практически невозможно избежать риска вообще, и важным является по возможности его максимальное снижение. Поэтому детям с нарушениями в состоянии здоровья в плане вакцинации необходим индивидуальный подход.

Следовательно, эффективная стратегия по улучшению уровня иммунизации против кори должна быть направлена на две аудитории – работников здравоохранения и родителей. Врачи и медработники, вовлеченные в политику вакцинации, должны получать адекватную информацию по данной проблеме, и параллельно, простая и достоверная информация о вакцине против кори должна распространяться среди населения, что будет способствовать улучшению охвата противокоревой вакцинацией. Во время вспышек кори все работники здравоохранения должны следить за соблюдением графика вакцинации всеми пациентами и рекомендовать сделать прививку тем, кто не был привит своевременно.

Меры по повышению эффективности и безопасности вакцинации против кори требуют совершенствования и динамичного развития методических подходов по работе с населением и медицинским персоналом, реализующим национальную программу иммунизации против кори.

Литература.

1. Руководство по эпидемиологическому надзору за корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи в Европейском регионе ВОЗ. Обновленное издание, 2012. http//www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/126422/e93035Rfinal.pdf

2. Семененко Т.А., Ноздрачева А.В. Анализ и перспективы развития эпидемической ситуации по кори в условиях пандемии COVID-19 Текст научной статьи по специальности «Науки о здоровье»

3. Юн Евгения. Иммунопрофилактика в Узбекистане: высокая оценка ВОЗ, актуальные цели и современные подходы «Правда Востока» https://yuz.uz/ru/news/immunoprofilaktika-v-uzbekistane-vsokaya-otsenka-voz-aktualne-tseli-i-sovremenne-podxodi.

4. American Academy of Pediatrics – Red Book Edition, 2015.

5. Brown KF, Kroll JS, Hudson MJ et al. Factors underlying parental decisions about combination childhood vaccinations including MMR: a systematic review. Vaccine 2010; 28(26): 4235–48.

6. Giambi C, Fabiani M, D'Ancona F et al. Parental vaccine hesitancy in Italy – results from a national survey. Vaccine 2018; 36 (6): 779–87.

7. Leask J, Chapman S, Hawe P et al. What maintains parental support for vaccination when challenged by antivaccination messages? A qualitative study. Vaccine 2006; 24 (49–50): 7.

8. Lo NC, Hotez PJ. Public health and economic consequences of vaccine hesitancy for measles in the United States. JAMA Pediatr 2017; 171 (9): 887–92.

9. McIntosh ED, Janda J, Ehrich JH et al. Vaccine hesitancy and refusal. J Pediatr 2016; 175: 248–9.

10. McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL et al. Prevention of measles, rubella, congeni-tal rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advi-sory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 2013; 62 (RR-04): 1–34.

11. Nicolay N, Mirinaviciute G, Mollet T et al Epidemiology of measles during the COVID-19 pandemic, a description of the surveillance data, 29 EU/EEA countries and the United Kingdom, January to May 2020. Euro Surveil 2020, 25(31) 2001390 http//d.10.2807/1560-7917ES.2020.25.31.2001390

12. Rota PA, Moss WJ, Takeda M et al. Measles. Nature Rev Dis Primers 2916; 2: 16049

13. World Health Organization (WHO). Renewed commitment to measles and rubella elimination and prevention of congenital rubella syndrome in the WHO European Region by 2015. Regional Committee for Europe. Sixtieth session. Moscow, 13–16 September, 2010.

14. World Health Organization (WHO). Measles. Fact sheet no 286. 2013. MRI report 2012. Available at: http: //www.measlesrubellainitiative.org/wp-content/uploads/2013/07/MRI-2012-Annual-Report.pdf

15. World Health Organization (WHO). Surveillance guidelines for measles, rubella and congenital rubella syndrome in the WHO European region. Update December, 2012. Available at: http:// www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/79020/e93035-2013.pdf

Maxmanazarov G‘afur Axnazarovich - ilmiy tadqiqotchi
Tuxtarov Baxrom Eshnazarovich - t.f.d., dotsent
Alfraganus universiteti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

MURDALAR BILAN ISHLOVCHILAR O‘RTASIDA NAMLIK KO‘RSATKICHLARINI GIGIYENIK BAHOLASH

Annotatsiya: *Patologik anatomiya va sud-tibbiyot ekspertiza xodimlarining ish jarayonini o‘rganishda organizmga ta'sir ko‘rsatuvchi mikroiqlim omillarining o‘ziga xos xususiyatlari katta ahamiyatga ega. Patologik anatomiya va Sud-tibbiyot ekspertiza xodimlarining ish jarayonini o‘ziga xos tuzilishi, turli ish jarayonlarida namlikning ta’siri, asboblari konstruksiyalarining noqulayligi, kimyoviy preparat materiallarining nomukammalligi keltirib chiqargan noqulay omillar aniqlandi.*

Kalit so‘zlar: *patalogik anatomiya, sud-tibbiyot ekspertizasi, ish jarayoni, namlik, mikroiqlim omillari, xonalaridagi mehnat jarayoni, Sanitariya- epidemiologiya osoyishtaligi.*

Makhmanazarov Gafur Akhnazarovich - independent researcher
Tukhtarov Bakhrom Eshnazarovich – D.M.Sc, associate professor
Alfraganus University
Samarkand State Medical University

HYGIENIC ASSESSMENT OF HUMIDITY INDICATORS AMONG WORKERS AND CURVES

Annatation: *The characteristics of microclimate factors affecting the body are of great importance in the study of the work process of pathological anatomists and forensic medical examiners. The specific structure of the workflow of pathological anatomists and forensic medical examiners, the influence of moisture on various workflows, the unfavorable design of instruments, and the imperfection of chemical preparation materials have been identified.*

Keywords: *pathological anatomy, forensic examination, workflow, humidity, microclimate factors, indoor labor, sanitary and epidemiological well-being.*

Махманазаров Гафур Ахназарович - соискатель
Тухтаров Бахром Эшназарович - д.м.н., доцент
Университет Альфраганус
Самаркандский государственный медицинский университет

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛАЖНОСТИ МЕЖДУ ТРУПАМИ И РАБОТАЮЩИМИ

Аннотация: *При изучении рабочего процесса работников патологической анатомии и судебно-медицинской экспертизы большое значение имеют особенности микроклиматических факторов, воздействующих на организм. Выявлены неблагоприятные факторы, вызвавшие специфическую структуру рабочего процесса работников патологической анатомии и судебно-медицинской экспертизы, влияние влаги в различных рабочих процессах, неудобство конструкций приборов, несовершенство материалов химического препарата.*

Ключевые слова: *патологическая анатомия, судебно-медицинская экспертиза, рабочий процесс, влажность, факторы микроклимата, трудовой процесс в помещениях, санитарно-эпидемиологическое благополучие.*

Muammoning dolzarbligi: Hozirgi vaqtda tibbiyot sohalari ichida Patalogik-anatomiya va sud-tibbiyot xodimlarining xizmat ko‘rsatish hajmi, texnik jihozlanish darajasi (tibbiyot muassasalaridagi yangi va zamonaviy shuningdek, yuqori sifatli asboblar, eng yangi texnika va texnologiyalar)bo‘yicha bir-biridan farq qiluvchi ushbu profildagi davlat muassasalar mavjud.

O‘zbekiston Respublikasida amalga oshirilayotgan islohotlar yangi turdagi va zamonoviy tibbiyot muassasalarning zamonoviy jihozlar paydo bo‘lishiga olib keldi.

Hozirgi kunda zamonaviy mehnat sharoitni tashkil etishning yangi shakllari munosabati bilan murdalar bilan ishlaganlar (tibbiyot xodimlari, vrachlar, hamshiralar, feldsherlar va kichik tibbiyot xodimlari) sog‘lig‘ining xavf omillari va holati to‘g‘risidagi gigiyenik ma'lumotlar kam va to‘liq emas, bu esa tadqiqotning dolzarbligini belgiladi.

Tadqiqot maqsadi. Samarqand shahri va tumanlarida patologik anatomiya va sud-tibbiyot ekspertiza xodimlarining ish jarayonida mikroiqlim omillaridan namlikning ish jarayonida ta'siri o‘rganish va profilaktik choralar ishlab chiqish. Nisbiy

namlikning faslga bog‘liq o‘zgarishi natijasida yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan salbiy omillarni bartaraf etishdir.

Materiallar va usullar. Samarqand shahri va tumanlarida patologik anatomiya va sud-tibbiyot ekspertiza xodimlarining (shifokorlar, o‘rta va kichik tibbiyot xodimi) ish jarayonidagi ta'sir qiluvchi mikroiqlim omillaridan namlikni baholanadi. Samarqand shahri va tumanlarida patologik anatomiya va sud-tibbiyot ekspertiza xodimlarining ish joylardagi organizmga ta’sir qiluvchi namlik gigiyenik baholandi.

Anketa-so‘rovnoma va mikroiqlimni aniqlash (Samarqand shahar Sanitariya epidemiologiya osoyishtaligi va jamoat salomatlig bo‘limi Sanitariya va gigiyena laboratoriyasi) meteometr apparatidan foydalangan holatda o‘tkazildi.

Kuzatiladigan guruh sifatida Samarqand viloyat Sud-tibbiyot ekspertizasi xodimlarining (shifokorlar, o‘rta va kichik tibbiyot xodimi) ish jarayonida davlat muassasalari ishlovchi ularning hamkasblari olindi. Tadqiqot birinchi navbatda anketa-so‘rovnoma asosida ish joyida o‘tkazildi.

Tekshiriladigan sud-tibbiyot xodimlari soni 59 nafarni tashkil etdi. Shakllangan guruhlar yoshi, jinsi, mehnat faoliyati va somatik holati bo‘yicha turli xil edi. Tibbiyot xodimlarini tekshirish ish boshlanishi kunning boshida va oxirida o‘tkazildi. Murdalar bilan ishlovchilar ishining og‘irligi va zo‘riqish mavjudligi nuqtai nazaridan baholash uchun mehnatni tashkil etishning ikkita variantini hisobga olgan holda ish vaqtining aniq yuklama kuzatuvi amalga oshirildi. Bunda odatdagi odatdagi faoliyat uchun faslga bog‘liq holatda ta'siri o‘rganildi, xususan: tibbiy va diagnostik tekshiruvlar, tibbiy hujjatlarni rasmiylashtirish, xonadagi yurishlar, tik xolatda laboratoriya uchun analiz olish, ishlab chiqarishda mikroiqlimning organizmga ta'siri o‘rganildi va 59 ta xronometrik so‘rovnomalar tahlil qilindi.

Meteometr asbobi yordamida atmosfera nisbiy namligi aniqlandi. O‘rtacha qiymatlar o‘rtasidagi farqning ishonchliligini aniqlash uchun davolash-profilaktika muassasalarning bo‘limlaridagi nisbiy namlikning me’yorlari qiymatlaridan foydalanildi va korrelyatsion tahlil o‘tkazildi. Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi Statistik tadqiqotlar natijalarini tahlil qilish muassasalarning vrach ekspertlarida guruhida temperatura ta'siri aqliy ish qobiliyatining pasayishiga, organizmning periferik qismida charchash yuzaga kelishini aniqlashga imkon berdi, bu ishlar kun davomidagi ish yuklamasiga moslashishning qiyinligini ko‘rsatadi.

Tadqiqot natijalariga ko‘ra, tekshirilganlarda ish kun oxirida murdalar bilar ishlovchi shifokorlaridagi faslga bog‘liq holda o‘z ish joylarida nisbiy namligi o‘zgarishi hisobiga ish bardavomligi tibbiyot xodimlari orasida testni bajarishga sarflaydigan vaqt ko‘rsatkichiga nisbatan ancha yuqori darajada namoyon bo‘lishi aniqlandi (mos ravishda 61,7±1,8 va 30,2±1,15) ($p<0,05$). Sud-tibbiyot ekspertizasi va patologik anatomiya xodimlari boshqa xodimlar bilan solishtirilganda sonlarni sezilarli darajada kamroq, ya'ni kun boshida mos ravishda 61,7±1,8 va 30,2±1,15 kun oxirida mos ravishda 57,7±2,11 va 29,2±0,11 xonalarda sezilarli ravishda nisbiy namlik farq qildi.

Ish kunning oxiriga kelib, 3 ta solishtirilayotgan tibbiyot xodimlarining o‘rtasida guruhida mehnat faoliyatining pasayishini oddiy hisoblash operatsiyasi misolida aniqlandi, so‘rovnoma o‘tkazilganda Sud-tibbiyot xodimlari o‘rtasida guruhlar ish hajmi ko‘rsatkichi kunning boshida normalbo‘lib, uning boshida ham sezilarli darajada yomon bo‘ldi (mos ravishda 58,3±1,9 va 31,7±1,1). Ko‘ruv funksional holati va eshitish ham ancha farqlandi.

Tibbiyot xodimlari orasida guruhida yomonroq bo‘ldi, u meteometr tahlil har bir xonaning besh nuqtasidan olingan taxlil jarayoni o‘tkazilganda ish kunning oxiriga kelib, zarbalar tempining 87,3±5,8 dan 6,8±0,3 gacha sezilarli darajada o‘zgarishi bilan tasdiqlanadi ($p<0,05$).

Ish kun oxirida patologik anatomiya va sud-tibbiyot ekspertiza xodimlari faoliyatida kuchli charchoq va qish faslida kuchli nisbiy namlik ko‘tarilishi hisobiga xona ichida ham organizm uchun sovuqsirash holatlari yaqqol namoyon bo‘ldi. Bu holat o‘rta tibbiyot xodimlari hamkasblariga solishtirganda yaqqol kuzatildi, ammo ishonarli meteometrda yaqqol aniqlandi.

Ish kun davomida dinamometriyaning sezilarli darajada pasayishi, bizning fikrimizcha, katta fiziologik harajatlarni talab qiladigan eskirgan, ergonomik bo‘lmagan asbob-uskunalar bilan ishlash natijasida murdalar bilan ishlovchi xodimlarining yaqqol charchashini isbotlaydi.

So‘rovnoma usulidan foydalangan holda patalogik anatomiya sud-tibbiyot xodimlari salomatlik holatini sub'ektiv baholashda tibbiyot xodimlari o‘zlarining sog‘liqlari bo‘yicha bildirgan shikoyatlari orasida nevrotik buzilishlar, havo haroratini fasllarda ham katta farqlanishi, ovqat hazm qilish tizimi, qon aylanish tizimi, tayanch-harakat tizimi va biriktiruvchi to‘qima, sezgi organlarining patologiyalari mavjudligidan dalolat beruvchi shikoyatlar ustunlik qilishi aniqlandi. Biroq, ushbu shikoyatlarni sub'ektiv ravishda qayd etgan tibbiyot xodimlarining ulushi urta tibbiyot xodimlarining kichik tibbiyot xodimlari guruhida yuqori bo‘ldi.

Shu soha xodimlari vrachlari orasida temperatura ta'siri organizmda ayniqsa murda va preparatlar bilan ishlovchi o‘rta tibbiyot xodimlari guruhida (mos ravishda 77,8%, 88,1% va 79,4%) bo‘ldi. Sud tibbiyoti tibbiyot xodimlari orasida sog‘lig‘ini “yomon” deb baholanganlar soni 17,6%ni, kichik tibbiyot xodimlarida esa 20,0%ni tashkil etdi.

Xulosa. Samarqand viloyat Sud-tibbiyot ekspertizasi xodimlarining ish jarayonida mikroiqlim omillaridan haroratning ish jarayonida ta'sirida profilaktik choralar ishlab chiqilishi lozim.

Vrachlar va o‘rta tibbiyot xodimlari va kichik tibbiyot xodimlari o‘rtasida ish hajmlarini parametrlarini, ularning ish yuklamasi dinamikasidagi funksional holatini qiyosiy tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki vralarning ishi o‘rta va kichik tibbiyot xodimlarining ishiga nisbatan kamroq xavf tug‘diradi. Zamonaviy nisbiy namlikni nazorat qilish va ta’minlash tizimini joriy qilish va tizimiga o‘tish hamda koridorlarda ham mikroiqlimni ta’minlashning markazlashgan tizimidan foydalanishga o‘tish tavsiya etiladi.

Adabiyotlar.

1. Amirov N.X., Berxeeva Z.M, Garipova R.V. Osenka professionalnogo riska narusheniy zdorovya u medisinskix rabotnikov po rezultatam periodicheskogo medisinskogo osmotra // Vestnik sovremennoy klinicheskoy medisini. - 2014. - T. 7. № 2. - S. 10-14.

2. Arefev M.L. Endoskopicheskie metodi issledovaniya v tanatologicheskoy praktike // Sudebnaya medisina. - 2017. - T. 3. № 2. - S. 24.

3. Babaev A.B. Sanitarno-gigienicheskaya xarakteristika usloviy truda vrachey sudebno-medisinskoy ekspertizi v Respublike Tadjikistan / A. B. Babaev, S. X. Fozilova // Vestnik Avisenni. – 2013. – № 2(55). – S. 134-138.

4. Badamshina G.G. Aktualnie voprosi osenki usloviy truda medisinskix rabotnikov po urovnyu biologicheskogo faktora / G. G. Badamshina, V. B. Ziatdinov, L. M. Fatxutdinova // Medisina truda i promishlennaya ekologiya. – 2019. – T. 59. – № 9. – S. 551.

5. Bektasova M.V., Kapsov V.A., Sheparev A.A. Sosialno-gigienicheskoe issledovanie zabolevaemosti, obraza jizni, usloviy truda medisinskogo personala lechebnix uchrejdeniy na primere Primorskogo kraya // Put nauki. - 2014. - № 6. - C. 109-111.

6. Bogovskaya E.A. K voprosu o preduprejdenii vozniknoveniya professionalnix zabolevaniy u lis, uchastvuyushix v organizasii i proizvodstve sudebno-medisinskix ekspertiz / E. A. Bogovskaya // Sudebnaya medisina. – 2019. – T. 5. – № S1. – S. 26-27.

7. Vladimirov A.V. Osobennosti tuberkuleznoy epidemii sredi medisinskix rabotnikov, osushestvlyayushix prozektorskuyu deyatelnost, v Xanti-Mansiyskom avtonomnom okruge - Yugre / A. V. Vladimirov, E. A. Revyakin, Yu. A. Shkarpetkin, L. L. Tarasenko // Vestnik SurGU. Medisina. – 2018. – № 4(38). – S. 52-55.

8. Vlasov, A. Yu. Trupnie yavleniya ("Jizn trupa"): chast II / A. Yu. Vlasov // Izvestiya visshix uchebnix zavedeniy. Uralskiy region. – 2018. – № 3. – S. 128-149.

9. Vorobeva, A. G. Professionalnie zabolevaniya medisinskix rabotnikov ot vozdeystviya fizicheskix faktorov, a takje zabolevaniya toksikoximicheskoy etiologii / A. G. Vorobeva, E. V. Lyamzina // Molodejniy innovasionniy vestnik. – 2018. – T. 7. – № S1. – S. 339-340.

10. Gatiyatullina, L. L. Faktori, vliyayushie na zdorove medisinskix rabotnikov / L. L. Gatiyatullina // Kazanskiy medisinskiy jurnal. – 2016. – T. 97. – № 3. – S. 426-431.

11. Gumerov, T. Yu. Razrabotka funksionalnogo produkta dlya pitaniya lis, rabotayushix vo vrednix usloviyax truda / T.Yu.Gumerov, A.R.Usmanova // Pishevie sistemi. – 2021. – T. 4. – № 3S. – S. 61-66.

12. Maxmanazarov G‘.A., O‘zbekistonda sil kasalligining epidemiologik xususiyatlari // “Klinik va profilaktik tibbiyot jurnali” 2022, 44-48

13. Maxmanazarov G‘ofir Axnazarovich., Qandolat mahsulotlarining zamonaviy texnologiyalarda ishlab chiqarishni tashkillashtirish / Vol. 1 No. 7 (2023): International journal of recently scientific researcher's theory. 2023 58-61 https://uzresearchers.com/index.php/ijrs/issue/view/30

14. Aminov Z.Z., Naimova Z.S., Gapparova G.N., Kurbonov X.R., Maxmanazarov G.A. Vliyanie vibrosov ammofosnogo proizvodstva na sostoyanie zdorovya detey i podrostkov / «*Nauki o zdorove*» 2019 57-61 https://cyberleninka.ru/journal/n/academy

УДК: 616.24 - 008.4 - 036.12: 616.125 - 008.3: 612.013

Каримджанова Гузал Акмалджановна - Ph.D., доцент
Эгамбердиева Дано Абдисаматовна - д.м.н., профессор
Ташкентский педиатрический медицинский институт

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

В статье рассмотрена оценка качества жизни у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и фибрилляцией предсердий (ФП) у пациентов. Учитывалось качество жизни у пациентов с ХОБЛ и ФП для оценки физического и психического здоровья. Анкетирование для оценки качества жизни проводилось с использованием опросников SF-36 и CAT. Опросник SF-36 состоит из 36 вопросов, разделенных на восемь шкал, охватывающих физическое и психическое здоровье. Опросник CAT состоит из 8 вопросов, оценивающих симптомы и их влияние на повседневную жизнь. Статистическая обработка данных выполнена с использованием критерия Стьюдента и однофакторного дисперсионного анализа с уровнем значимости p<0,05.

Ключевые слова: *хроническая обструктивная болезнь легких, фибрилляция предсердий, сердечно - сосудистое заболевание, одышка, хрипы.*

Karimdjanova Guzal Akmaldjanovna - Ph.D., dotsent
Egamberdiyeva Dano Abdisamatovna - t.f.d., professor
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

O‘PKANING SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGI VA BO‘LMACHALAR FIBRILLYATSIYASI BO’LGAN BEMORLARDA HAYOT SIFATINI BAHOLASH

Maqolada o‘pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (O‘SOK) va bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi (BF) bemorlarning hayot sifatini baholash muhokama qilinadi. Jismoniy va ruhiy salomatlikni baholash uchun O‘SOK va BF bilan og‘rigan bemorlarning hayot sifati ko‘rsatkichlari hisobga olingan. Hayot sifatini baholash uchun so‘rovnomalar SF-36 va CAT so‘rovnomalari yordamida o‘tkazildi. SF-36 jismoniy va ruhiy salomatlikni qamrab oluvchi sakkizta shkalaga bo‘lingan 36 ta savoldan iborat. CAT so‘rovnomasi simptomlarni va ularning kundalik hayotga ta’sirini baholaydigan 8 ta savoldan iborat. Ma’lumotlarni statistik qayta ishlash Styudent testi va r<0,05 ahamiyatga ega bo‘lgan dispersiyaning bir tomonlama tahlili yordamida amalga oshirildi.

Kalit so‘zlar: *o‘pkaning surunkali obstruktiv kasalligi, bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi, yurak-qon tomir kasalliklari, xansiriash, xirillashlar.*

Karimdjanova Guzal Akmaldjanovna - Ph.D., associate professor
Egamberdieva Dano Abdisamatovna - D.M.Sc., professor
Tashkent Pediatric Medical Institute

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ATRIAL FIBRILLATION

The article reviewed the assessment of quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and atrial fibrillation (AF) patients. Quality of life in patients with COPD and FP was considered to assess physical and mental health. Questionnaires to assess quality of life were administered using SF-36 and CAT questionnaires. The SF-36 questionnaire consists of 36 questions divided into eight scales covering physical and mental health. The CAT questionnaire consists of 8 questions assessing symptoms and their impact on daily life. Statistical processing of the data was performed using Student's criterion and one-factor analysis of variance with a significance level of p<0.05.

Key words: *chronic obstructive pulmonary disease, atrial fibrillation, cardiovascular disease, dyspnea, wheezing.*

Введение. Для пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) сохранение качества жизни является крайне необходимым аспектом лечения и управления заболеванием. Пациенты с ХОБЛ часто сталкиваются с выраженными физическими ограничениями, респираторными симптомами и психоэмоциональными трудностями, что существенно снижает их

общее благополучие и способность к повседневной активности. В связи с этим, обеспечение высокого качества жизни этих пациентов становится важной задачей клинической практики.

Особое внимание следует уделить пациентам с ХОБЛ, у которых наблюдается сочетание с фибрилляцией предсердий (ФП). Наличие ФП, даже в виде эпизодов, значительно ухудшает состояние пациентов, усугубляя респираторные и сердечно-сосудистые симптомы. Это приводит к дальнейшему снижению физического функционирования и повышению уровня депрессии и тревожности. Кроме того, исследования показывают, что у пациентов с ХОБЛ и ФП повышен риск развития когнитивных нарушений, что дополнительно ухудшает их качество жизни и функциональные способности.

Предотвращение когнитивных нарушений у таких пациентов является важным компонентом лечения, поскольку когнитивные дисфункции могут влиять на способность пациента адекватно следовать медицинским рекомендациям и поддерживать необходимые изменения в образе жизни. Таким образом, интегративный подход, направленный на поддержание физического и психического здоровья, является ключевым для улучшения прогноза и качества жизни пациентов с ХОБЛ и ФП.

Цель исследования. Изучить качество жизни у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и фибрилляцией предсердий (ФП)для оценки физического и психического здоровья.

Материалы и методы. Анкетирование для оценки качества жизни проводилось с использованием опросников SF-36 и CAT. Опросник SF-36 состоит из 36 вопросов, разделенных на восемь шкал, охватывающих физическое и психическое здоровье. Опросник CAT состоит из 8 вопросов, оценивающих симптомы и их влияние на повседневную жизнь. Проведено одноцентровое обсервационное исследование с участием 200 пациентов с ХОБЛ, из которых 80 пациентов имели фибрилляцию предсердий (ФП): 40 с впервые выявленной формой и 40 с установленной. Контрольная группа включала 120 пациентов с ХОБЛ без ФП. Для оценки качества жизни использованы стандартизированные опросники SF-36 и CAT. Статистическая обработка данных выполнена с использованием критерия Стьюдента и однофакторного дисперсионного анализа с уровнем значимости p<0,05.

Результаты исследования.

Таблица 1.

Результаты анкетирования SF-36 для оценки качества жизни у пациентов с ХОБЛ и ФП

Шкала SF-36	С ФП (n=40)	Без ФП (n=120)	Впервые выявленная ФП (n=40)
Физическое функционирование	53,1±5,2	64,8±6,6***	55,9±6,1*^^^
Роль физического функционирования	52,1±5,2	63,2±6,9***	52,7±5^^^
Боль	63,6±5,5	74,4±7,3***	66,3±7,3*^^^
Общее здоровье	48,1±4,5	56,3±6,1***	53,8±6***^
Жизненная активность	54,1±6,3	63±6,1***	57,3±6*^^^
Социальное функционирование	57,1±6	67,2±6,8***	62,8±5,8***^^^
Эмоциональное функционирование	58±5,2	60,9±6,2**	57,4±4,7^^^
Психическое здоровье	58,6±5,4	68,2±7,5***	63,3±5,8***^^^

Примечание: **-P<0.05, **-P<0.01, ***-P<0.001 – статистическая значимость по отношению к соответствующим показателям группы с ФП, ^-P<0.05, ^^-P<0.01, ^^^-P<0.001 – статистическая значимость по отношению к соответствующим показателям группы без ФП.*

Результаты опросника SF-36 демонстрируют значительное снижение показателей качества жизни у пациентов с ХОБЛ и ФП по сравнению с пациентами без ФП. Все восемь шкал SF-36, охватывающие физическое и психическое здоровье, показали, что пациенты с ФП имеют более выраженные физические и эмоциональные ограничения.

Физическое функционирование у пациентов с ФП составило 53,1 ± 5,2, что значительно ниже, чем у пациентов без ФП (64,8 ± 6,6, p<0,001). У пациентов с впервые выявленной ФП этот показатель оказался выше, чем у пациентов с известной ФП (55,9 ± 6,1, p<0,05^^^), но ниже, чем у пациентов без ФП.

Роль физического функционирования также была снижена у пациентов с ФП (52,1 ± 5,2) по сравнению с пациентами без ФП (63,2 ± 6,9, p<0,001). У пациентов с впервые выявленной ФП показатель был несколько выше (52,7 ± 5), но различия относительно других групп остались статистически значимыми.

Показатель боли составил 63,6 ± 5,5 у пациентов с ФП, что ниже, чем у пациентов без ФП (74,4 ± 7,3, p<0,001) и у пациентов с впервые выявленной ФП (66,3 ± 7,3, p<0,05^^^). Это указывает на значительное влияние болевого синдрома на качество жизни.

Общее здоровье оказалось наиболее сниженным у пациентов с ФП (48,1 ± 4,5) по сравнению с пациентами без ФП (56,3 ± 6,1, p<0,001) и

пациентами с впервые выявленной ФП (53,8 ± 6, p<0,001^), что указывает на худшее восприятие состояния здоровья.

Жизненная активность была ниже у пациентов с ФП (54,1 ± 6,3) по сравнению с пациентами без ФП (63 ± 6,1, p<0,001) и пациентами с впервые выявленной ФП (57,3 ± 6, p<0,05^^^). Это свидетельствует о значительном снижении энергии и активности.

Социальное функционирование также оказалось наиболее сниженным у пациентов с ФП (57,1 ± 6) по сравнению с пациентами без ФП (67,2 ± 6,8, p<0,001) и пациентами с впервые выявленной ФП (62,8 ± 5,8, p<0,001^^^), что указывает на ограничения в социальной активности.

Эмоциональное функционирование у пациентов с ФП составило 58 ± 5,2, что ниже, чем у пациентов без ФП (60,9 ± 6,2, p<0,01). У пациентов с впервые выявленной ФП показатель оказался сопоставимым (57,4 ± 4,7, p<0,001^^^).

Психическое здоровье оказалось значительно ниже у пациентов с ФП (58,6 ± 5,4) по сравнению с пациентами без ФП (68,2 ± 7,5, p<0,001) и пациентами с впервые выявленной ФП (63,3 ± 5,8, p<0,001^^^).

Эти данные подчеркивают, что ФП оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни пациентов с ХОБЛ, снижая как физическое, так и психическое здоровье. Пациенты с впервые выявленной ФП демонстрируют промежуточные показатели между пациентами с известной ФП и без ФП, что указывает на важность раннего выявления и коррекции состояния для улучшения качества жизни.

Таблица 2.

Результаты анкетирования CAT для оценки качества жизни у пациентов с ХОБЛ и ФП

Вопрос CAT	С ФП (n=40)	Без ФП (n=120)	Впервые выявленная ФП (n=40)
Одышка	3,7±0,5	2,8±0,4***	3,2±0,4******^
Хрипы	3±0	2,2±0,4***	2,5±0,5******^
Кашель	3,4±0,5	2,7±0,5***	3,2±0,4*^^^
Слизь	3±0,2	2,7±0,5***	2,8±0,4**^
Нарушение сна	3,3±0,5	2,8±0,4***	3,1±0,4*^^^
Усталость	3,5±0,5	2,9±0,3***	2,9±0,3***
Ограничения в повседневной жизни	3,1±0,3	2,7±0,5***	2,8±0,4***
Стресс	3,3±0,5	2,9±0,4***	3±0,4**^

Примечание: **-P<0.05, **-P<0.01, ***-P<0.001 – статистическая значимость по отношению к соответствующим показателям группы с ФП, ^-P<0.05, ^^-P<0.01, ^^^-P<0.001 – статистическая значимость по отношению к соответствующим показателям группы без ФП.*

Результаты опросника CAT показывают, что пациенты с ФП имеют более выраженные симптомы и большее влияние этих симптомов на повседневную жизнь по сравнению с пациентами без ФП. У пациентов с впервые выявленной ФП также наблюдаются значимые ухудшения по всем показателям, что подтверждает негативное влияние ФП на симптомы и качество жизни.

У пациентов с ФП значительно выше баллы по одышке (3,7 ± 0,5) по сравнению с пациентами без ФП (2,8 ± 0,4, p<0,001) и пациентами с впервые выявленной ФП (3,2 ± 0,4, p<0,001^^^). Это указывает на ухудшение дыхательной функции.

Баллы по хрипам также были выше у пациентов с ФП (3 ± 0) по сравнению с пациентами без ФП (2,2 ± 0,4, p<0,001) и пациентами с впервые выявленной ФП (2,5 ± 0,5, p<0,001^^^), что свидетельствует о повышенной частоте респираторных симптомов.

Кашель был более выраженным у пациентов с ФП (3,4 ± 0,5) по сравнению с пациентами без ФП (2,7 ± 0,5, p<0,001) и пациентами с впервые выявленной ФП (3,2 ± 0,4, p<0,05^^^). Это отражает повышенную бронхиальную реактивность и тяжесть течения ХОБЛ.

Баллы по слизи у пациентов с ФП составили 3 ± 0,2, что выше, чем у пациентов без ФП (2,7 ± 0,5, p<0,001) и пациентов с впервые выявленной ФП (2,8 ± 0,4, p<0,01^).Нарушение сна у пациентов с ФП составило 3,3 ± 0,5, что выше, чем у пациентов без ФП (2,8 ± 0,4, p<0,001) и у пациентов с впервые выявленной ФП (3,1 ± 0,4, p<0,05^^^), что подчеркивает влияние ФП на качество сна.Баллы по усталости составили 3,5 ± 0,5 у пациентов с ФП, что выше, чем у пациентов без ФП (2,9 ± 0,3, p<0,001) и пациентов с впервые выявленной ФП (2,9 ± 0,3, p<0,001).

Ограничения в повседневной жизни также были более выражены у пациентов с ФП (3,1 ± 0,3) по сравнению с пациентами без ФП (2,7 ± 0,5, p<0,001) и пациентами с впервые выявленной ФП (2,8 ± 0,4, p<0,001).Стресс был выше у пациентов с ФП (3,3 ± 0,5) по сравнению с пациентами без ФП (2,9 ± 0,4, p<0,001) и пациентами с впервые выявленной ФП (3 ± 0,4, p<0,01^).

Эти данные подчеркивают, что ФП оказывает значительное влияние на респираторные и системные симптомы у пациентов с ХОБЛ, ухудшая качество их жизни. Пациенты с впервые выявленной ФП имеют промежуточные показатели между пациентами с ФП и без ФП, что подтвер-

ждает необходимость раннего выявления и коррекции ФП для улучшения прогноза.

Обсуждение. Результаты анкетирования SF-36 и CAT демонстрируют, что у пациентов с ХОБЛ и ФП наблюдаются более выраженные физические, респираторные и психоэмоциональные симптомы, что значительно ухудшает их качество жизни по сравнению с пациентами без ФП. Наличие даже эпизодов ФП усугубляет состояние пациентов с ХОБЛ, приводя к увеличению частоты и интенсивности симптомов, ухудшению физического функционирования, снижению психического здоровья и повышению уровня стресса. Также у пациентов с ФП наблюдается легкая когнитивная дисфункция, что дополнительно ухудшает их функциональные способности и качество жизни. Эти данные подчеркивают необходимость комплексного подхода к лечению и мониторингу пациентов с ХОБЛ и ФП, включая не только контроль сердечно-сосудистых и респираторных симптомов, но и поддержку психического здоровья и когнитивных функций.

Полученные данные демонстрируют значительное снижение качества жизни у пациентов с ХОБЛ, осложненной ФП, особенно в физическом и психоэмоциональном аспектах. Эти результаты подчеркивают важность комплексной оценки состояния таких пациентов. Сравнение с данными, представленными в работах Chen и соавт. (2019), указывает на схожие тенденции в снижении физической активности и жизненной энергии у пациентов с коморбидной патологией. Подобные выводы делают Liang и соавт. (2021), отмечая, что сочетание ХОБЛ и ФП значительно ухудшает физическое функционирование и усиливает симптомы одышки.

Особый интерес представляют наши данные, указывающие на промежуточное положение пациентов с впервые выявленной ФП между группами с установленной ФП и без нее. Это наблюдение перекликается с выводами Bellone и соавт. (2020), которые подчеркивают важность раннего выявления и мониторинга впервые возникающих эпизодов ФП для предотвращения прогрессирования симптомов и ухудшения качества жизни.

Снижение показателей психического здоровья, выявленное в нашем исследовании, отражает общий уровень стресса, тревожности и депрессии у пациентов с ФП. Подобные результаты приводят McNamara и соавт. (2020), акцентируя внимание на необходимости учета психоэмоционального состояния в комплексной терапии таких пациентов.

Выводы:

1.Сочетание хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и фибрилляции предсердий (ФП) приводит к значительному снижению качества жизни пациентов, проявляющемуся ухудшением физического функционирования, повышением уровня усталости и ограничением жизненной активности.

2.Пациенты с впервые выявленной ФП демонстрируют промежуточные показатели качества жизни между пациентами с установленной ФП и без нее, что подчеркивает важность раннего выявления ФП для своевременной коррекции состояния и предотвращения осложнений.

Литература.

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD 2017. http://goldcopd.org /wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20- Nov_WMS.pdf

2. Hillas G, Perlikos F, Tsiligianni I, Tzanakis N. Managing comorbidities in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2015; 10: 95–109. DOI: 10.2147/ COPD.S54473

3. Chatila WM, Thomashow BM, Minai OA et al. Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease. Proc Am Thorac So 2008; 5 (4): 549–55.

4. MacNee W. Systemic inflammatory biomarkers and co-morbidities of chronic obstructive disease. AnnMed 2013; 45 (3): 291–300.

5. Чазова И.Е., Чучалин А.Г., Зыков К.А. и др. диагностика и лечение пациентов с артериальной гипертонией и хронической обструктивной болезнью легких (рекомендации российского медицинского общества по артериальной гипертонии и российского респираторного общества). системные гипертензии. 2013; 1: 5–34.

6. Farsangc, Kiss I, Tykarski A, Narkiewicz K. Treatment of Hypertension in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Update on Hypertension Management in COPD. Scientific Newsletter. 2016, 17, nr. 62. http: //www.eshonline.org/ esh-content/uploads/2016/06/Treatment-of-Hypertension-in-Patients-With-Chronic-Obstructive-Pulmonary-Disease-COPD.pdf

7. Anthonisen NR, Connett JE, Enright PL, Manfreda J. Lung Health Study Research Group. Hospitalizations and mortality in the Lung Health Study. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166 (3): 333–9. O.D.Ostroumova et al. / Consilium Medicum. 2018; 20 (1): 54–61. 60 CONSILIUM MEDICUM 2018 | ТОМ 20 | №1

8. Kim S-H, Park J-H, Lee J-K et al. Chronic obstructive pulmonary disease is independently associated with hypertension in men: A survey design analysis using nationwide survey data. Medicine. 2017; 96 (19): e6826.

9. Мухарлямов Н.М., Саттбеков Ж.С., Сучков В.В.Системная артериальная гипертензия у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких. кардиология. 1974; 34 (12): 55–61.

10. Задионченко В.С., Адашева Т.В.Шилова Е.В. и др. клинико-функциональные особенности артериальной гипертонии у больных хроническими обструктивными болезнями легких. РМЖ. 2003; 9: 535.

11. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2013; 31: 1281–357.

12. Напалков Д.А.,Панферов А.С. особенности течения сердечно-сосудистых заболеваний и принципы выбора рациональной антигипертензивной терапии у больных хронической обструктивной болезнью легких. системные гипертензии. 2013; 3: 77–9.

13. Melot C, Hallemans R, Naeije R et al. Deleterious effect of nifedipine on pulmonary gas exchange in chronic obstructive pulmonary disease. Am Rev Respir Dis 1984; 130 (4): 612–6.

14. Dicpinigaitis PV, Thomas SA, Sherman MB et al. Losartan-induced bronchospasm. J Allergy Clin Immunol 1996; 98 (6 Pt 1): 1128–30.

15. Salpeter S, Ormiston T, Salpeter E. Cardioselective betablocker use in patients with reactive airway disease: a metaanalysis. Ann Intern Med 2002; 137: 715–25.

16. Kazani S, Israel E. Treatment with beta blockers in people with COPD. BMJ 2011; 342: d2655. DOI: 10.1136/bmj.d2655

17. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD et al. ESC Scientific Document Group. рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016. рос. кардиологический журн. 2017; 1 (141): 7–81.

18. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т. и д.р. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Общество специалистов по сердечной недостаточности. Российское кардиологическое общество. м., 2016.

19. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). утверждены на конгрессе ОССН 7 декабря 2012 г., на правлении ОССН 31 марта 2013 и конгрессе РКО 25 сентября 2013 г. сердечная недостаточность. 2013; 14 (7): 379–472.

20. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD et al. ESC Committeefor Practice Guidelines. рекомендации европейского общества кардиологов (ЕОК) по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 г. рос. кардиологический журн. 2012; 4 (102), прил. 3. / McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD et al. ESC Committee for Practice Guidelines. Rekomendatsii Evropeiskogoobshchestvakardiologov (EOK) po diagnostikeilecheniiuostroiikhronicheskoiserdechnoinedostatochnosti 2012 g. Ros. kardiologicheskiizhurn. 2012; 4 (102), Pril. 3. [in Russian]

УДК: 613.6:.614.25:615.47: 614.78

Рамазанов Шерзод Алишерович - директор
Алимова Нигина Алишеровна - заместитель директора
ООО MEDCLASSPLUS по утилизации медицинских отходов
Файзуллина Луиза Илхамовна - *врач-лаборант*
СПИД лаборатория Центра санитарно-эпидемиологического надзора Навоийского горно-металлургического комбината

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СБОРА, СОРТИРОВКИ И ВРЕМЕННОГО ХРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Аннотация. *В статье представлены результаты анализа образования медицинских отходов по регионам Республики Узбекистан, отражающими их объемы в зависимости от численности коек в районных медицинских объединениях. Наибольшее количество отходов генерируется в Ташкентской области (6503 кг/день), Самаркандской области (6338 кг/день) и Хорезмской области (4490 кг/день). Минимальные объемы отходов зарегистрированы в Навоийской области (1736 кг/день) и Джизакской области (2075 кг/день). Также представлен результат оценки уровня водоснабжения в лечебных учреждениях, где из 5751 ЛПУ лишь 3319 подключены к централизованной системе водоснабжения, а 1443 учреждения используют артезианские скважины. Эти данные подчеркивают важность улучшения инфраструктуры водоснабжения для обеспечения безопасности в обращении с медицинскими отходами.*

Ключевые слова: *медицинские отходы, распределение отходов, коечная емкость, водоснабжение, опасные отходы, санитарная безопасность, экологические риски, лечебно-профилактические учреждения.*

Ramazanov Sherzod Alisherovich - direktor
Alimova Nigina Alisherovna – direktor o'rinbosari
MedCLASSPLUS MCHJning tibbiyot chiqindilarini utilizatsiya qilish
Fayzullina Luiza Ilxamovna - laboratoriya shifokori
Navoiy kon-metallurgiya kombinati Sanitariya-epidemiologiya nazorati markazi, OITS laboratoriyasi

DAVOLASH-PROFILAKTIKA MUASSASALARIDA TIBBIY CHIQINDILARNI TO'PLASH, SARALASH VA VAQTINCHALIK SAQLASHNING SANITARIYA-GIGIYENIK OMILLARI

Annotatsiya. *Maqolada O'zbekiston Respublikasi hududlari bo'yicha tibbiy chiqindilar hosil bo'lishi, ularning tuman tibbiyot birlashmalarida o'rinlar soniga bog'liq holda hajmini aks ettiruvchi tahlil natijalari keltirilgan. Eng ko'p chiqindi Toshkent viloyatida (6503 kg/kun), Samarqand viloyatida (6338 kg/kun) va Xorazm viloyatida (4490 kg/kun) hosil bo'ladi. Minimal chiqindi hajmi Navoiy viloyati (1736 kg/kun) va Jizzax viloyatida (2075 kg/kun) qayd etilgan. Shuningdek, davolash muassasalarida suv ta'minoti darajasini baholash natijasi keltirilgan bo'lib, 5751 ta davolash-profilaktika muassasasidan faqat 3319 tasi markazlashgan suv ta'minoti tizimiga ulangan va 1443 ta muassasa artezian quduqlardan foydalanadi. Ushbu ma'lumotlar tibbiy chiqindilar bilan ishlashda xavfsizlikni ta'minlash uchun suv ta'minoti infratuzilmasini yaxshilash muhimligini ta'kidlaydi.*

Kalit so'zlar: *tibbiy chiqindilar, chiqindilarni taqsimlash, koyka sig'imi, suv ta'minoti, xavfli chiqindilar, sanitariya xavfsizligi, ekologik xavf-xatarlar, davolash-profilaktika choral.*

Ramazanov Sherzod Alisherovich - director
Alimova Nigina Alisherovna - deputy director
LLC MEDCLASSPLUS for Medical Waste Disposal
Fayzullina Luiza Ilxamovna - laboratory doctor
AIDS laboratory at the Center for Sanitary and Epidemiological Supervision of the Navoi Mining and Metallurgical Complex

HYGIENIC DETERMINANTS OF THE COLLECTION, SEGREGATION, AND TEMPORARY STORAGE OF MEDICAL WASTE IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

Abstract. *This article presents the results of an analysis of medical waste generation across the regions of the Republic of Uzbekistan, reflecting waste volumes based on the number of beds in district medical institutions. The highest volumes of waste are generated in Tashkent region (6503 kg/day), Samarkand region (6338 kg/day), and Khorezm region (4490 kg/day). The lowest waste volumes are recorded in Navoi region (1736 kg/day) and Jizzakh region (2075 kg/day). The article also presents an evaluation of water supply in healthcare facilities, where out of 5751 healthcare institutions (LPU), only 3319 are connected to the centralized water supply system, and 1443 institutions use artesian wells. These data highlight the importance of improving water supply infrastructure to ensure safety in the handling of medical waste.*

Keywords: *medical waste, waste distribution, bed capacity, water supply, hazardous waste, sanitary safety, environmental risks, healthcare institutions.*

Введение. Управление больничными отходами представляет собой задачу, имеющую ярко выраженные гигиенические, эпидемиологические, экологические и социальные аспекты, что связано с их разнообразием и такими потенциально опасными характеристиками, как инфицированность, токсичность и радиоактивность. В связи с этим организация системы обращения с медицинскими отходами на всех этапах, особенно в процессе транспортировки и обеззараживания, должно соответствовать нормам как санитарного, так и экологического законодательства. [7].

Медицинские отходы представляют значительную эпидемиологическую опасность для работников, связанных с их утилизацией, поскольку они до сих пор входят в состав ТБО и попадают на свалки, полигоны или мусороперерабатывающие предприятия. Несмотря на отсутствие полностью безопасной системы их сбора и утилизации, отходы классов Б и В в настоящее время проходят химическую дезинфекцию непосредственно на местах их образования [1, 4, 13].

В отходах ЛПУ могут содержаться микроорганизмы, устойчивые даже к химическим дезинфектантам, некоторые из них относятся к категории госпитальных штаммов. Эти микроорганизмы являются источником фактического риска для персонала, наиболее значимые из них: Staphylococcus aureus; Pseudomonas aeruginosa и другие грамм-отрицательные бактерии, микобактерии туберкулеза, энтеровирусы, вирусы гепатита B, C, D и G, ВИЧ, а также грибы [7, 8].

Контакт с инфицированными медицинскими отходами и биологическими жидкостями пациентов представляет значительный риск передачи опасных инфекций, таких как парентеральные гепатиты, ВИЧ и другие заболевания. Особенно опасны микроорганизмы, устойчивые к дезинфектантам, включая госпитальные штаммы, микобактерии туберкулеза и некоторые вирусы. Несмотря на разнообразие патогенов, только ограниченное их число сохраняет жизнеспособность вне организма. Однако вирусы гепатита В и С демонстрируют высокую устойчивость в окружающей среде, что способствует их широкому распространению. Проблемы эффективного обеззараживания отходов медицинских учреждений обостряются из-за ограничений некоторых химических методов. Термическая обработка с процессом измельчения отходов обеспечивает надежное уничтожение даже самых устойчивых микроорганизмов, включая ВИЧ и вирусы гепатитов [3, 4].

В соответствии с Базельской конвенцией, необходимо отдавать приоритетность методам обработки отходов, которые помогают сократить до минимума формирование и высвобождение химикатов или опасных выбросов [Покровский].

По рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, наиболее эффективными методами обработки медицинских отходов являются технологии низкотемпературного и высокотемпературного термического обеззараживания. В настоящее время применяются различные технологии обработки отходов, такие как использование пара (автоклавирование, СВЧ-технологии, обработка с применением тепла, генерируемого при трении), сжигание (прямое сжигание, пиролиз, плазменные технологии), а также другие методы (автоматизированная химическая обработка, биологическая обработка) [10, 11]. Однако прямое сжигание отходов без предварительной сортировки представляет собой опасность. При сжигании медицинских отходов, содержащих поливинилхлорид (например, контейнеры для крови, внутривенные катетеры, перчатки), образуются диоксины и фураны, которые могут оказывать негативное влияние на репродуктивную и иммунную системы, нарушать гормональный баланс и вызывать онкологические заболевания. Диоксины и фураны способны накапливаться в пищевых цепях, переходя от растений к животным, где они концентрируются в мясе и молоке, что в конечном итоге может привести к их попаданию в человеческий организм [2, 14].

В последние годы вопросы эффективного обеззараживания медицинских отходов становятся все более актуальными. Особенно важным является выбор оптимальных методов для обработки отходов классов Б и В, которые представляют собой рискованные и опасные для здоровья и окружающей среды вещества [5].

Среди различных подходов к дезинфекции отходов, в странах ближнего зарубежья, технологии термического обеззараживания занимают важное место. Эти технологии предполагают отказ от традиционной химической дезинфекции на местах образования отходов с организацией их транспортировки в герметичной упаковке для последующего обеззараживания в централизованных установках [5, 8, 9, 11].

Однако внедрение термических технологий сталкивается с рядом трудностей, основная из которых заключается в повышении риска инфекционного заражения на этапах хранения и транспортировки отходов. Это обусловлено тем, что отходы, транспортируемые в герметичной упаковке, могут представлять угрозу в случае повреждения упаковки или несоответствия транспортных условий. В связи с этим существует необходимость в четкой регламентации процесса обращения с отходами, что позволяет минимизировать риски заражения на всех этапах, включая сбор, хранение и транспортировку. Одним из решений этой проблемы является разработка и внедрение новой системы обращения с отходами, которая будет учитываться при проектировании установки термического обеззараживания, с возможностью отказа от химической дезинфекции при наличии централизованной установки и обеспечении эпидемиологической безопасности на всех этапах [5, 12, 13].

Важным аспектом, влияющим на эффективность утилизации медицинских отходов в лечебно-профилактических учреждениях, является уровень обеспеченности этих учреждений водоснабжением. Наличие централизованной системы водоснабжения имеет решающее значение для безопасного и эффективного обращения с медицинскими отходами. Ограниченность доступа к водным ресурсам или использование альтернативных источников водоснабжения, таких как артезианские скважины, может значительно затруднить выполнение санитарно-гигиенических требований. В связи с этим, анализ уровня обеспеченности водоснабжением ЛПУ в различных регионах Республики Узбекистан и его связь с объемами генерируемых медицинских отходов является необходимым для выявления ключевых факторов, способствующих оптимизации процесса утилизации и минимизации рисков для здоровья населения и окружающей среды.

Цель исследования - провести гигиеническую оценку обеспеченности лечебно-профилактических учреждений республики качественным водоснабжением с целью выявления потенциальных рисков для здоровья медицинских работников и окружающей среды при обращении с медицинскими отходами.

Материалы и методы. Проведена комплексная гигиеническая оценка состояния инженерной инфраструктуры лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) республики за 2018 год. Исследование проведено путем анализа статистических данных и внутренних отчетов, обследования систем водоснабжения, электроснабжения и газификации, а также мониторинга санитарно-гигиенического состояния.

Применена методика структурирования образования медицинских отходов, которая базируется на комплексном анализе общего объёма отходов, образующихся в лечебно-профилактических учреждениях за сутки [6]. Анализ структуры отходов предполагает выявление специфических характеристик каждой категории, например, химический состав полимерных изделий или степень инфекционного риска. Это позволяет применять отдельные методы обращения с отходами, такие как дезинфекция, переработка, сжигание или специализированное захоронение. Особое внимание уделяется опасным категориям отходов, которые требуют предварительного обеззараживания или нейтрализации для обеспечения безопасности медицинского персонала и минимизации воздействия на окружающую среду.

Методика позволяет проводить мониторинг объёма и состава отходов в режиме реального времени, что способствует оптимизации процессов их сбора, сортировки и временного хранения. Это обеспечивает соблюдение санитарно-гигиенических норм, уменьшение экологических рисков и повышение эффективности системы обращения с медицинскими отходами. Обработка данных и визуализация полученных результатов осуществлялись с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Обеспеченность лечебно-профилактических учреждений качественным водоснабжением играет ключевую роль в обеспечении безопасной и эффективной утилизации медицинских отходов. Надежные системы водоснабжения являются основой для поддержания надлежащих санитарно-гигиенических условий в помещениях для сбора, сортировки и временного хранения отходов, минимизируя риски загрязнения окружающей среды и распространения инфекций. Сбой в работе таких систем может привести к нарушению противоэпидемического режима, затрудняя соблюдение стандартов безопасности при обращении с медицинскими отходами.

Проведен сравнительный анализ объемов медицинских отходов и числа коек в районных медицинских объединениях по регионам республики, результаты которых представлены на рисунке 1.

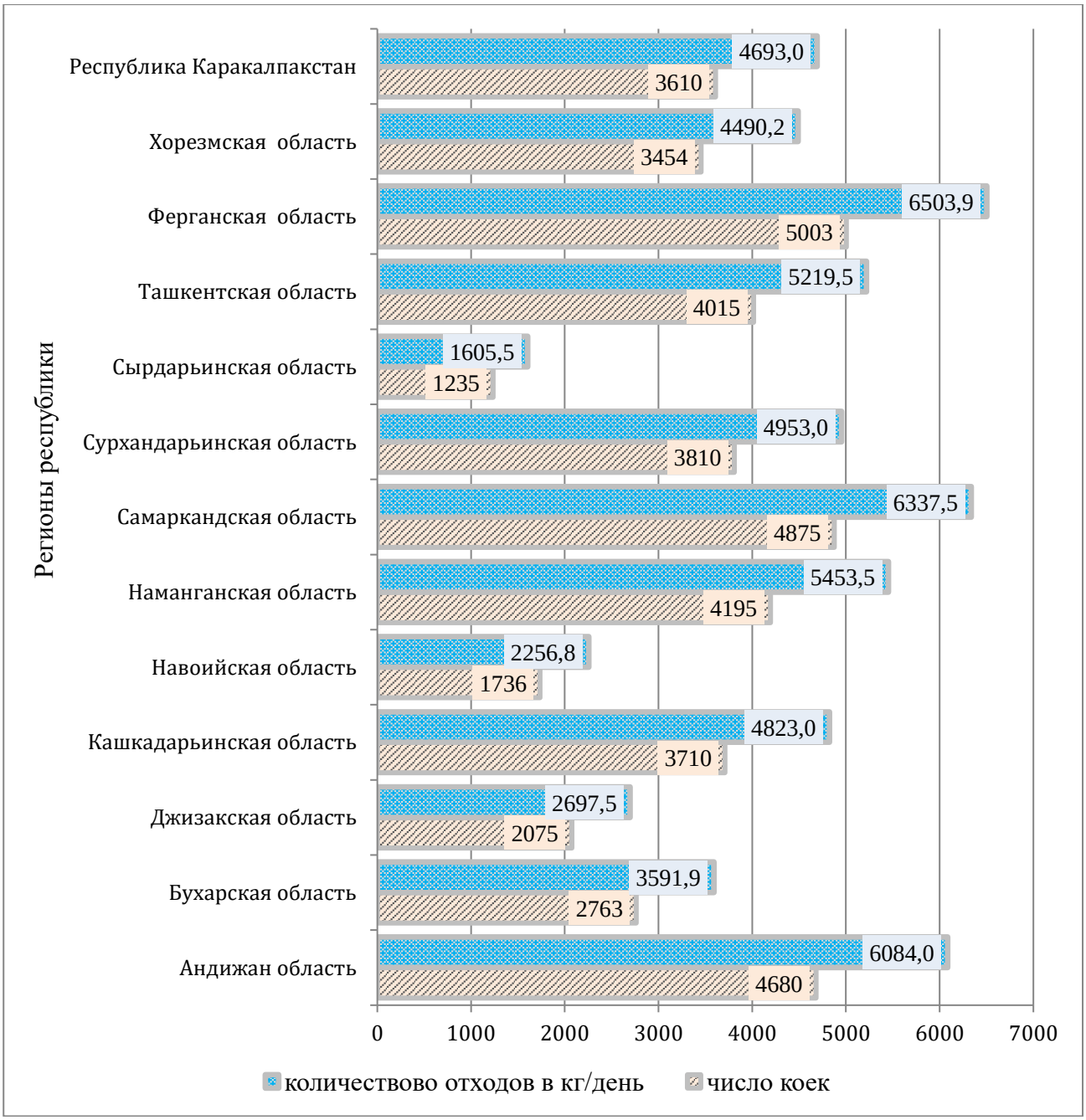


Рис. 1. **Сравнительный анализ объемов медицинских отходов и числа коек в районных медицинских объединениях по регионам республики.**

Анализ графика выявляет значительные различия в объемах образования медицинских отходов, которые обусловлены числом коек в районных медицинских учреждениях на момент оценки. В качестве основы для анализа используется коечная емкость стационара, а ориентировочные нормативы измеряются в килограммах на койку в сутки. Наибольшее количество отходов генерируется в Ташкентской области (6503 кг/день), что соответствует высокой плотности коечного фонда (5219 коек). Существенные объемы отходов также зарегистрированы в Самаркандской области (6338 кг/день) и Хорезмской области (4490 кг/день), где наблюдается аналогично высокий уровень коечной емкости.

Наименьшие объёмы отходов зарегистрированы в Навоийской области (1736 кг/день) и Джизакской области (2075 кг/день), что обусловлено низким числом коек (1606 и 2698 соответственно). Особый интерес вызывает соотношение объёма отходов и числа коек. В некоторых регионах (например, Республика Каракалпакстан, Бухарская область) объёмы отходов выше относительно числа коек, что может свидетельствовать о недостаточной оптимизации процессов сбора, сортировки и временного хранения

медицинских отходов или об интенсивности использования коечного фонда.

Эти данные дают представление о распределении отходов по регионам республики, однако важно также учитывать структуру, образующихся медицинских отходов по степени опасности. Исходной величиной является 100% суточных отходов, которые классифицируются по степени их опасности. Основную часть составляют неопасные отходы, доля которых достигает 75% от общего объёма. Остальные 25% отходов относятся к категории опасных, включающих инфицированные материалы (20%), полимерные изделия, такие как шприцы и катетеры (10%), острые предметы и инструменты (1%), патологоанатомические отходы (1%), фармацевтические отходы (3%) и цитотоксические либо радиоактивные отходы (1%) [6].

Вместе с этим, важнейшую роль в обращении с медицинскими отходами играет качественное водоснабжение. Надежное водоснабжение необходимо для приготовления растворов и функционирования оборудования. Недостатки в водоснабжении могут привести к неполному обеззараживанию отходов, что повышает риски для здоровья медицинских работников и может негативно сказаться на экологической безопасности.

Анализ состояния водоснабжения показал, что не все лечебно-профилактические учреждения имеют стабильный доступ к питьевой воде. Из 5751 ЛПУ, 3319 подключены к централизованной системе водоснабжения, а 1443 учреждения используют водоснабжение через артезианские скважины. Однако в большинстве случаев отсутствуют системы очистки воды, что приводит к повышенной жесткости воды и преждевременным поломкам сантехнического оборудования. Некоторые учреждения областного и районного уровней, а также учреждения первичного звена здравоохранения, сталкиваются с определенными трудностями в обеспечении постоянного доступа к питьевой воде, что вынуждает их использовать привозную воду как временное решение.

Выводы:

1. Различия в объемах образования медицинских отходов по регионам Республики Узбекистан имеют зависимость от коечной емкости ЛПУ. Области с высокой плотностью коек, такие как Ташкентская, Самаркандская и Хорезмская, демонстрируют высокие объемы медицинских отходов, что связано с большими потребностями в медицинских услугах и, соответственно, повышенными нагрузками на санитарную инфраструктуру.

2. Уровень обеспеченности водоснабжением оказывает значительное влияние на процесс обращения с медицинскими отходами. В регионах с ограниченным доступом к централизованному водоснабжению или с недостаточно развитыми очистными системами артезианских скважин повышается риск недостаточного обеззараживания отходов, что может увеличить вероятность распространения инфекций среди медицинского персонала и пациентов.

3. Для оптимизации процесса утилизации медицинских отходов важно не только улучшение водоснабжения, но и интеграция современных технологий с учетом региональных особенностей санитарной инфраструктуры для повышения качества обеззараживания и предотвращения экологических рисков.

Литература.

1. Ганичев П. А., Мозжухина Н. А., Еремин Г. Б. Анализ российской и зарубежной практики обращения с медицинскими отходами // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2019. №1. С.242-255. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-rossiyskoy-i-zarubezhnoy-praktiki-obrascheniya-s-meditsinskimi-othodami.

2. Зудинова Е. А., Тимофеева Т. В. Этапы внедрения системы обращения с медицинскими отходами, оптимальной для крупных мегаполисов // Менеджер здравоохранения. 2015. №1. – С.40-46. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/etapy-vnedreniya-sistemy-obrascheniya-s-meditsinskimi-othodami-optimalnoy-dlya-krupnyh-megapolisov.

3. Косымова Д. Проблемы утилизации медицинских отходов в Узбекистане, https://cabar.asia/ru/problemy-utilizatsii-meditsinskih-othodov-v-uzbekistane-2

4. Киёк О. В., Полупанова Н. В., Черняева Н. О., Например ова Л. В., Енина Э. Ю. Обращение с медицинскими отходами в условиях современного здравоохранения - проблемы и пути решения // Кубанский научный медицинский вестник, 2022. - №3. – С. 121-134. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/obraschenie-s-meditsinskimi-othodami-v-usloviyah-sovremennogo-zdravoohraneniya-problemy-i-puti-resheniya.

5. Крюков А. Е., Коновалов С. В. Профилактика внутрибольничных инфекций при контакте с медицинскими отходами // Медицинская сестра. 2013. - №5. – С.17-21. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-vnutribolnichnyh-infektsiy-pri-kontakte-s-meditsinskimi-othodami.

6. Кюхлинг Я., Хамельманн К. Руководство по управлению отходами сектора здравоохранения для должностных лиц и практиков, вовлеченных в гранты Глобального Фонда. Разработка концепции управления потоками отходов // ПРООН, 2015 г. – 53 с.

7. Мироненко О. В., Бормашов А. В., Шенгелия З. Н., Сопрун Л. А. Гигиеническое обоснование выбора технологии обезвреживания больничных отходов //НиСО. 2010. №2. С.35-40. URL:

https://cyberleninka.ru/article/n/gigienicheskoe-obosnovanie-vybora-tehnologii-obezvrezhivaniya-bolnichnyh-othodov.

8. Нуриддинова М., Хакимжонова С. Утилизация медицинских отходов в республике узбекистан // Экономика и социум. 2022. №5-2 (92). С.624-627. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/utilizatsiya-meditsinskih-othodov-v-respublike-uzbekistan.

9. Опарин П.С. Гигиена больничных отходов. Изд. Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. Иркутск. 2001. - 175 с.

10. Покровский В.В., Черкасский Б.Л. Актуальные проблемы эпидемиологии инфекционных болезней //Эпидемиол. и ин-фекц. бол. 1999. № 2. С. 2-9.

11. WHO, Практическое руководство по биологической безопасности в лабораторных условиях, четвертое издание, и тематические монографии/ Laboratory biosafety manual, fourth edition and associated monographs) // Всемирная организация здравоохранения, 2023 г. - 133 с.

12. Ташпулатова, М. Н. Утилизация медицинских отходов в Республике Узбекистан / М. Н. Ташпулатова. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. - 2017. - № 1.2 (135.2). - С. 42-43. - URL: https://moluch.ru/archive/135/37784/.

13. Тимофеева Т.В., Зудинова Е.А., Мамонтова Л.С. Разработка и внедрение инновационной системы обращения с медицинскими отходами в городе Москве // Современная медицина: актуальные вопросы. 2014. №35-36. С.40-50. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/razrabotka-i-vnedrenie-innovatsionnoy-sistemy-obrascheniya-s-meditsinskimi-othodami-v-gorode-moskve.

14. Шаповал И. В., Мулдашева Н. А., Каримова Л. К., Степанов Е. Г. Санитарно-эпидемиологический режим при организации процесса утилизации медицинских отходов на примере многопрофильного лечебно-профилактического учреждения // Медицина труда и экология человека. 2021. №3 (27). - С.33-43. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sanitarno-epidemiologicheskiy-rezhim-pri-organizatsii-protsessa-utilizatsii-meditsinskih-othodov-na-primere-mnogoprofilnogo.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК: 617.747-002.3-08-053.2

Бобоха Любава Юрьевна - ассистент
Махмудова Дилором Тешаевна - ассистент
Хамроева Юлдуз Абдурашидовна - Ph.D., доцент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

ОСОБЕННОСТЬ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ЭНДОФТАЛЬМИТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Аннотация. *Посттравматический эндофтальмит (ПТЭ) — редкое, но опасное для зрения осложнение, которое приводит к слепоте у большого числа пациентов. Частота ПТЭ у субъектов детской возрастной группы оценивается в 2,8% от всех пациентов с травмой глаза [10,11]. Развитие, тяжесть течения и исход болезни зависят от степени проникновения инфекции, а также количества вирулентных возбудителей и конкретного агента. Значение имеет иммунный статус пациента.* ***Цель исследования.*** *Провести анализ развития и течения эндофтальмита у ребенка, относящегося к группе часто болеющих детей на примере клинического случая.* ***Материал и методы исследования.*** *Под нашим наблюдением в глазном отделении клиники ТашПМИ находился ребенок А-в 7 лет с диагнозом: OS – Гнойный эндофтальмит. Адаптированное корнеосклеральное ранение роговицы с наличием швов. Афакия. СП ПХО проникающего корнеосклерального инфицированного ранения с выпадением радужки. Сопутствующий: ринофарингит.* ***Результаты и обсуждение.*** *В экренном порядке ребенку была произведена операция: OS – ПХО и ревизия проникающего корнеосклерального инфицированного ранения. Аспирация катарактальных масс. Передняя частичная витрэктомия. Базальная иридэктомия. Через 3 дня (в экстренно отсроченном порядке): OS – промывание передней камеры. Частичная передняя витрэктомия. эндовитреальное введение ванкомицина 1,0 мг + дексаметазона 1,0 мл. Через 6 месяцев учитывая рецидивирующее выпадение экссудата в полость передней камеры и явления некупирующегося эндофтальмита, угрозу симпатической офтальмии принято решение об эвисцерации.* ***Заключение.*** *Глаз ребенка, в отличие от взрослого, реагирует на воспаление более выраженной реакцией и молниеносно. Поэтому при лечении эндофтальмита у детей следует учитывать общее состояние ребенка и наличие иммунодефицитных состояний.*

Ключевые слова: *часто болеющие дети, корнеосклеральное ранение роговицы, гнойный эндофтальмит.*

Bobokha Lyubava Yurevna - assistant
Makhmudova Dilorom Teshaevna - assistant
Khamroeva Yulduz Abdurashidovna - Ph.D., associate professor
Tashkent Pediatric Medical Institute

FEATURES OF THE DEVELOPMENT AND COURSE OF POSTTRAUMATIC ENDOPHTHALMITIS IN FREQUENTLY ILL CHILDREN ON THE EXAMPLE OF A CLINICAL CASE

Annotation. *Posttraumatic endophthalmitis (PTE) is a rare but dangerous vision complication that leads to blindness in a large number of patients. The incidence of PTE in pediatric subjects is estimated at 2.8% of all patients with eye trauma [10,11]. The development, severity and outcome of the disease depend on the degree of infection, as well as the number of virulent pathogens and a specific agent. The immune status of the patient is important.* ***Objective.*** *To analyze the development and course of endophthalmitis in a child belonging to the group of frequently ill children using a clinical case as an example.* ***Material and methods.*** *We observed a 7-year-old child A-v in the eye department of the TashPMI clinic with the diagnosis: OS - Purulent endophthalmitis. Adapted corneoscleral wound of the cornea with sutures. Aphakia. SP PXO of a penetrating corneoscleral infected wound with prolapse of the iris. Concomitant: nasopharyngitis.* ***Results and discussion.*** *The child underwent emergency surgery: OS - PCO and revision of the penetrating corneoscleral infected wound. Aspiration of cataractous masses. Anterior partial vitrectomy. Basal iridectomy. After 3 days (on an emergency deferred basis): OS - anterior chamber lavage. Partial anterior vitrectomy. endovitreal administration of vancomycin 1.0 mg + dexamethasone 1.0 ml. After 6 months, taking into account the recurrent exudate loss into the anterior chamber cavity and the phenomena of intractable endophthalmitis, the threat of sympathetic ophthalmia, a decision was made to perform evisceration.* ***Conclusion.***

The child's eye, unlike an adult's, reacts to inflammation with a more pronounced reaction and at lightning speed. Therefore, when treating endophthalmitis in children, the general condition of the child and the presence of immunodeficiency states should be taken into account.

Key words: *frequently ill children, corneoscleral corneal injury, purulent endophthalmitis.*

Boboxa Lyubava Yurevna - assistent
Maxmudova Dilorom Teshayevna - assistent
Hamroeva Yulduz Abdurashidovna - Ph.D., dotsent
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

TEZ-TEZ KASAL BO'LGAN BOLALARDA TRAVMADAN KEYINGI ENDOFTALMITNING RIVOJLANISH XUSUSIYATLARI VA KECHISHI KLINIK HOLAT MISOLIDA

Annotatsiya. *Shikastlanishdan keyingi endoftalmit (PTE) juda kam uchraydigan, ammo ko'rish uchun xavfli asorat bo'lib, ko'p sonli bemorlarda ko'rlikka olib keladi. Pediatrik yosh guruhidagi sub'ektlarda PTE bilan kasallanish ko'z shikastlangan barcha bemorlarning 2,8% ni tashkil qiladi [10,11]. Kasallikning rivojlanishi, zo'ravonligi va natijasi infektsiyaning kirib borish darajasiga, shuningdek, virulent patogenlar soniga va o'ziga xos agentga bog'liq. Bemorning immunitet holati muhim ahamiyatga ega.* ***Tadqiqot maqsadi.*** *Klinik holat misolida tez-tez kasal bo'lgan bolalar guruhiga kiruvchi bolada endoftalmitning rivojlanishi va kechishini tahlil qilish.* ***Materiallar va tadqiqot usullari.*** *Bizning nazoratimiz ostida ToshPTI klinikasining ko'z bo'limida OS - yiringli endoftalmit tashxisi bilan 7 yoshli A bola bor edi. Choklar bilan shox pardaning moslashtirilgan korneoskleral yarasi. Afakiya. Iris prolapsasi bilan penetratsion korneoskleral infektsiyalangan yaraning SP PHO. Bog'liq: nazofaringit.* ***Natijalar va muhokama.*** *Bolaga shoshilinch jarrohlik amaliyoti o'tkazildi: OS - PSO va penetratsion korneoskleral infektsiyalangan yarani qayta ko'rib chiqish. Katarakt massalarining aspiratsiyasi. Old qisman vitrektomiya. Bazal iridektomiya. 3 kundan keyin (shoshilinch kechiktirilgan holda): OS - old kamerani yuvish. Qisman oldingi vitrektomiya. vankomitsinni endovitreal yuborish 1,0 mg + deksametazon 1,0 ml. 6 oydan so'ng, oldingi kamera bo'shlig'iga ekssudatning takroriy yo'qolishi va chidab bo'lmaydigan endoftalmit fenomeni, simpatik oftalmiya xavfini hisobga olgan holda, ichakni olib tashlash to'g'risida qaror qabul qilindi.* ***Xulosa.*** *Bolaning ko'zi, kattalarnikidan farqli o'laroq, yallig'lanishga aniqroq reaktsiya va chaqmoq tezligi bilan javob beradi. Shuning uchun bolalarda endoftalmitni davolashda bolaning umumiy holatini va immunitet tanqisligi holatlarining mavjudligini hisobga olish kerak.*

Kalit so'zlar: *tez-tez kasal bo'lgan bolalar, shox pardaning korneoskleral yarasi, yiringli endoftalmit.*

Несмотря на стремительно развивающиеся технологии в офтальмологии, эндофтальмит остается одним из самых грозных осложнений, так как нередко приводит к потере зрения, а в тяжелых случаях приводит к гибели глазного яблока [1-7]. Чаще всего инфекционный эндофтальмит развивается после проникающих ранений глаза (95-97%), полостных операций на глазном яблоке (2-4%), также возможен эндогенный путь заноса инфекции (1-2%) [2]. Главной причиной экзогенного инфицирования являются проникающие ранения глаза [4,7]. В структуре детского травматизма травмы органа зрения составляют 9-10% от всего травматизма и 35-47% всей детской офтальмопатологии [8]. Особенность глазных травм у детей обусловлена частыми осложнениями. К сожалению, статистика неутешительна — процент выздоровлений после проникающих ранений глаза не превышает 35%. По данным литературы, несмотря на проводимое лечение, эндофтальмит в 18-36% случаев приводит к субатрофии глазного яблока либо заканчивается энуклеацией или эвисцерацией глазного яблока (11-20%) [9]. Посттравматический эндофтальмит (ПТЭ) — редкое, но опасное для зрения осложнение, которое приводит к слепоте у большого числа пациентов. Частота ПТЭ у субъектов детской возрастной группы оценивается в 2,8% от всех пациентов с травмой глаза [10,11]. Развитие, тяжесть течения и исход болезни зависят от степени проникновения инфекции, а также количества вирулентных возбудителей и конкретного агента. Значение имеет иммунный статус пациента, а также время, прошедшее после возникновения патологии [12,13,14,15]. Исходя из выше сказанного на течение и исход эндофтальмита влияет наличие у пациента сопутствующих заболеваний, снижение иммунного статуса. К этой группе пациентов можно отнести часто болеющих детей (ЧБД). ЧБД –это группа диспансерного наблюдения детей раннего и дошкольного возраста, преимущественно II группы здоровья, с полигенной наследственной предрасположенностью к повышенной заболеваемости ОРЗ в силу иммунологической незрелости организма, проявляющейся снижением ИФН, ИЛ2, IgG-антительного ответа [16,17].

Цель исследования. Провести анализ развития и течения эндофтальмита у ребенка относящегося к группе часто болеющих детей на примере клинического случая.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в глазном отделении клиники ТашПМИ находился ребенок А-в 7 лет с диагнозом: OS – Гнойный эндофтальмит. Адаптированное корнеосклеральное ранение роговицы с наличием швов. Афакия. СП ПХО проникающего корнеосклерального инфицированного ранения с выпадением радужки. Сопутствующий: ринофарингит. Ребенку были проведены необходимые офтальмологические, клинико-лабораторные исследования и консультации узких специалистов.

Результаты и обсуждение. При поступлении ребенка отмечались следующие жалобы: на отек, покраснение и травму левого глаза. Из анамнеза со слов отца ребенка выяснено: ребенок приблизительно в 14.00 получил травму стрелой лука (кто нанес травму ребенок не говорит). Сразу обратились в клинику ТашПМИ. Из анамнеза жизни выяснено что ребенок болеет более 10 раз в год острыми респираторными заболеваниями. Состоит на учете у педиатра как часто болеющий ребенок.

Объективно: Общее состояние ребенка относительно удовлетворительное. OS светобоязнь слезотечение, блефароспазм. Смешанная инъекция сосудов склеры. Роговица отечная, на роговице в параоптической зоне в нижнем сегменте на 4 ч корнеосклеральное линейное, зияющее инфицированное ранение размером 5 мм покрытое фибрином. В ране ущемлена радужная оболочка. Передняя камера мелкая, зрачок неправильной формы, потянут к ране, выпадение радужной оболочки. Глублежащие среды не просматриваются. OD без патологии. Офтальмоскопия: OS не офтальмоскопируется. OD – розовый рефлекс.

OD 1,0

VISUS ----- = -----

OS pr.l. certae

УЗИ В сканирование при поступлении показало: OS – в стекловидном теле эхопатологии не обнаружено. В сканирование на следующий день после операции: гиперэхогенная взвесь в стекловидном теле. Отслойка задней гиалоидной мембраны.

Данные лабораторного исследования: Общий анализ крови: Hb 123 г/л, L $14.2*10^9$/л, СОЭ 9 мм/ч. Анализы кала без особенностей.

Ребенок осмотрен: педиатром, ЛОР врачом- острый ринофарингит; травматологом – патологии не обнаружено.

Выявлено, что у ребенка аллергия на препараты: цефипим, ванкомицин, бензилпенициллин.

В экренном порядке ребенку была призведена операция: OS – ПХО и ревизия проникающего корнеосклерального инфицированного ранения. Аспирация катарактальных масс. Передняя частичная витрэктомия. Базальная иридэктомия. Через 3 дня учитывая выпадение экссудата в полость передней камеры, явления эндофтальмита было принято решение о повторной операции (в экстренно отсроченном порядке): OS – промывание передней камеры. Частичная передняя витрэктомия. эндовитреальное введение ванкомицина 1,0 мг + дексаметазона 1,0 мл. Также ребенку было произведено эндовитриальное 2- кратное введение цефтриаксона (развести в 10 мл NaCl 0.9% затем 0,1 мл + 0,4 мл NaCl 0.9% ввести 0,15 мл) с интервалом в 2 дня. Ребенку было назначено следующее лечение: с антибактериальной целью цефтриаксон (1,0 развести в 10 мл NaCl 0.9% в/м.по 9 мл 2 р/д 10 дней); метрогил 80 мл х 3 р/д 3 дня в/в капельно. В OS лимфотропно Гентамицин по 0.5 мл + NaCl 0.9% по 0.5 мл 1 р/д; с антипротеолитической целью: Контрикал 10000 ЕД 0,3 мл л/т, 0,7 мл + NaCl 0.9% 100 мл в/в капельно (5 дней); с протеолитической целью: Химотрипсин (10 мг развести в 4 мл NaCl 0.9% по 0,2 мл субконъюнктивально через день (4 дня)). С целью Ацидо Про по 1 пор х 3 р/д.

Местно в OS инстиллированы глазные капли: Моксицин по 2 кап х 6 р/д, затем по 2 кап 4 раза в день, Дексаметазон 0,1% по 2 кап х 6 р/д. Цефтриаксон развести 10 мл NaCl 0.9% затем взять 0,5 мл добавить 4,0 мл NaCl 0.9% - капать по 2 кап х 6 р/д, Атропин 1% по 1 кап х 1 р/д, Арутимол 0,25 % по 1 кап х 2 р/д, Рибофлавин по 1 кап х 3 р/д, NaCl 5 % по 1 кап 4 р/д.

Таким образом, данный клинический случай совпадает с данными литературы, что снижение общего иммунного ответа, наличие сопутствующих заболеваний (или как в нашем случае ребенок из группы часто болеющих детей) может привести к развитию грозных осложнений проникающих ранений органа зрения таких как эндофтальмит [14,15].

При выписке. Общее состояние ребенка удовлетворительное. OS относительно спокоен. Смешанная инъекция сосудов склеры слабой степени выраженности. Послеоперационная рана чистая, швы состоятельные. Роговица отек в динамике значительно уменьшился, на роговице в параоптической зоне в нижнем сегменте на 4 ч корнеосклеральное адаптированное ранение размером 5 мм с наличием швов, швы чистые, состоятельные. Передняя камера средняя, зрачок овальной формы. Глублежащие среды не просматриваются. OD без патологии. Офтальмоскопия: OS не офтальмоскопируется. OD – розовый рефлекс.

На В сканировании OS – гиперэхогенная взвесь в незначительном количестве (в динамике значительно уменьшилась) в стекловидном теле. Отслойка ЗГМ. Тотальная отслойка сетчатки?

Через 6 месяцев учитывая рецидивирующее выпадение экссудата в полость передней камеры и явления некупирующегося эндофталь-

мита, угрозу симпатической офтальмии принято решение об эвисцераци.

Заключение. Глаз ребенка, в отличие от взрослого, реагирует на воспаление более выраженной реакцией и молниеносно. Поэтому при лечении эндофтальмита у детей следует учитывать общее состояние ребенка и наличие иммунодефицитных состояний. Необходимо проводить интенсивную антибактериальную терапию эндофтальмита, учитывать наличие микст-инфекции.

Литература.

1. Казайкин В.Н., Пономарев В.О., Тахчиди Х.П. Современные аспекты лечения острых бактериальных послеоперационных эндофтальмитов. Офтальмология. 2017; 1 (114): С. 12-17. DOI:10.18008/1816-5095-2017-1-12-17

2. Фабрикантов О.Л., Попова Е.В. Анализ случаев эндофтальмита в Тамбовском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова». Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2017; 4: 704-707.

3. Фролычев И.А., Поздеева Н.А. Витрэктомия с временной эндотампонадой ПФОС с заменой на силиконовое масло в лечении послеоперационных эндофтальмитов. Вестник Оренбургского государственного университета. 2013; 4 (153): С. 287-290.

4. Bansal P., Venkatesh P., Sharma Y. Post-traumatic Endophthalmitis in children: Epidemiology, Diagnosis,

5. Management, and Prognosis. Semin Ophthalmol. 2016; 8: 1-9. doi: 10.1080/08820538.2016.1238095

6. Behera U.C., Budhwani M., Das T., Basu S. et al. Sharma S. Role of early vitrectomy in the treatment of fungal endophthalmitis. Retina. 2017. doi: 10.1097/IAE.0000000000001727

7. Durand M.L. Bacterial and Fungal Endophthalmitis. Clin. Microbiol. Rev. 2017.; 3 (30): 597-613. doi: 10.1128/CMR.00113-16

8. Khan S., Athwal L., Zarbin M., Bhagat N. Pediatric infectious endophthalmitis: a review. J. Pediatr Ophthalmol. Strabismus. 2014; 3 (51): 140-53. doi: 10.3928/0191391320140507-01

9. Иванов В.В. Детский глазной травматизм — закономерности, проблемы, решения. Сибирское медицинское обозрение. 2006. 5(42): 51-55.

10. Rishi E, Rishi P, Koundanya VV, Sahu C, Roy R, Bhende PS. Post-traumatic endophthalmitis in 143 eyes of children and adolescents from India. Eye (Lond). 2016 Apr; 30(4): 615-20. doi: 10.1038/eye.2016.9. Epub 2016 Feb 12. PMID: 26869162; PMCID: PMC5108555

11. Junejo SA, Ahmed M, Alam M. Endophthalmitis in pediatric penetrating ocular injuries in Hyderabad. J Pak Med Assoc 2010; 60(7): 532–535. [PubMed] [Google Scholar].

12. He B., Tanya S.M., Wang C., et al. The incidence of sympathetic ophthalmia after trauma: a meta-analysis. Am. J. Ophthalmol. 2022; 234: 117–125.

13. Михин А.А., Чурашов С.В., Куликов А.Н., et al. Современная боевая травма глаза. Структура, особенности и исходы лечения. Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2021; 16: 132–134.

14. Mayer C.S., Reznicek L., Baur I.D., et al. Open globe injuries: classifications and prognostic factors for functional outcome. Diagnostics. 2021; 11: 1851.

15. Das T., Jalali S., Gothwal V.K., et al. Intravitreal dexamethasone in exogenous bacterial endophthalmitis: results of a prospective randomised study. Br. J. Ophthalmol. 1999; 83 (9): 1050–1055.

16. Самсыгина Г.А., Выжлова Е.Н. Еще раз о проблемах понятия «часто болеющие дети» Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2016; 4(95):209-215.

17. Хамраева, Л., Бобоха, Л., Хамроева, Ю., & Абдурахманова, Ч. (2020). Особенности течения послеоперационного периода у часто болеющих детей после экстракции врожденной катаракты. in Library, 20(2), 4–10.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

UDC: 612.438:612.017+611-07-053

Teshayev Shuhrat Jumayevich – t.f.d., professor
Axmedova Shahlo Malikovna – assistent
Buxoro davlat tibbiyot instituti

TIMUSNING BOSH MIYA JAROHATLARIDAN KEYIN TURLI DAVRLARDA MORFOMETRIK O'ZGARISHLARINI O'RGANISH (GEMATOKSILLIN-EOZIN BO'YOG'I MISOLIDA)

Annotatsiya. *Timus – bu immun tizimning markaziy a'zosi hisoblanib, qizil suyak ko'migidan kelib tushuvchi T-limfotsitlarning tabaqalanishi va antigenga bog'liq bo'lmagan proliferativ jarayonlar kechadigan organdir. Timus a'zosi tashqi tomondan biriktiruvchi to'qima bilan o'ralgan kapsuladan va bir qancha bo'lakladan iboratdir. Har bir bo'lak po'stloq va mag'iz qismdan iborat bo'lib, u yerda bir qancha o'ziga xos vazifa bajaruvchi hujayralar yig'indisi mavjuddir. Po'stloq qismida timotsitlar joylashgan bo'lib, ular po'stloq sohasini 90% ni tashkil etadi va mikroskopik ko'rganda to'q bo'yalgan holda ko'rinadi.*

Kalit so'zlar: *Timus, T-limfotsitlar, timotsit, mikroskop, proliferativ jarayon.*

Тешаев Шухрат Жумаевич – д.м.н., профессор
Ахмедова Шахло Маликовна - ассистент
Бухарский государственный медицинский институт

ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ТИМУСА В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ (НА ПРИМЕРЕ КРАСКИ ГЕМАТОКСИЛИН-ЭОЗИН)

Аннотация. *Тимус считается центральным членом иммунной системы и является органом, в котором происходят дифференцировка и антигеннезависимые пролиферативные процессы Т-лимфоцитов, происходящих из красного костного мозга. Орган вилочковая железа состоит из капсулы, окруженной соединительной тканью, и нескольких кусочков. Каждая часть состоит из коры и сердцевины, где находится совокупность клеток, выполняющих ряд определенных задач. Тимоциты расположены в коре головного мозга, составляют 90% площади коры и под микроскопом кажутся темноокрашенными.*

Ключевые слова: *Тимус, Т-лимфоциты, тимоцит, микроскоп, пролиферативный процесс.*

Teshaev Shukhrat Zhumaevich – D.M.Sc., professor
Akhmedova Shakhlo Malikovna - assistant
Bukhara State Medical Institute

STUDY OF MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE THYMUS AT DIFFERENT TIMES AFTER CRANIAL BRAIN INJURIES (USING THE EXAMPLE OF GEMOTOXILLIN-EOZIN PAINT)

Abstract. *The thymus is considered a central member of the immune system and is the organ where differentiation and antigen-independent proliferative processes of T-lymphocytes originating from the red bone marrow occur. The thymus gland consists of a capsule surrounded by connective tissue and several pieces. Each part consists of a cortex and a core, where there is a set of cells that perform a number of specific tasks. Thymocytes are located in the cerebral cortex, make up 90% of the cortex area and appear dark-stained under a microscope.*

Key words: *Thymus, T-lymphocytes, thymocyte, microscope, proliferative process.*

Mavzuning dolzarbligi: So'nggi yillarda miya travmatik shikastlanishining patogenezida immunitet tizimining roliga qiziqish ortib bormoqda. Immunitet reaksiyalarining immunopatologik ahamiyati haqidagi klassik g'oyalar, masalan, ikkilamchi shikastlanishdan keyingi immunitet tanqisligi, neyroan-

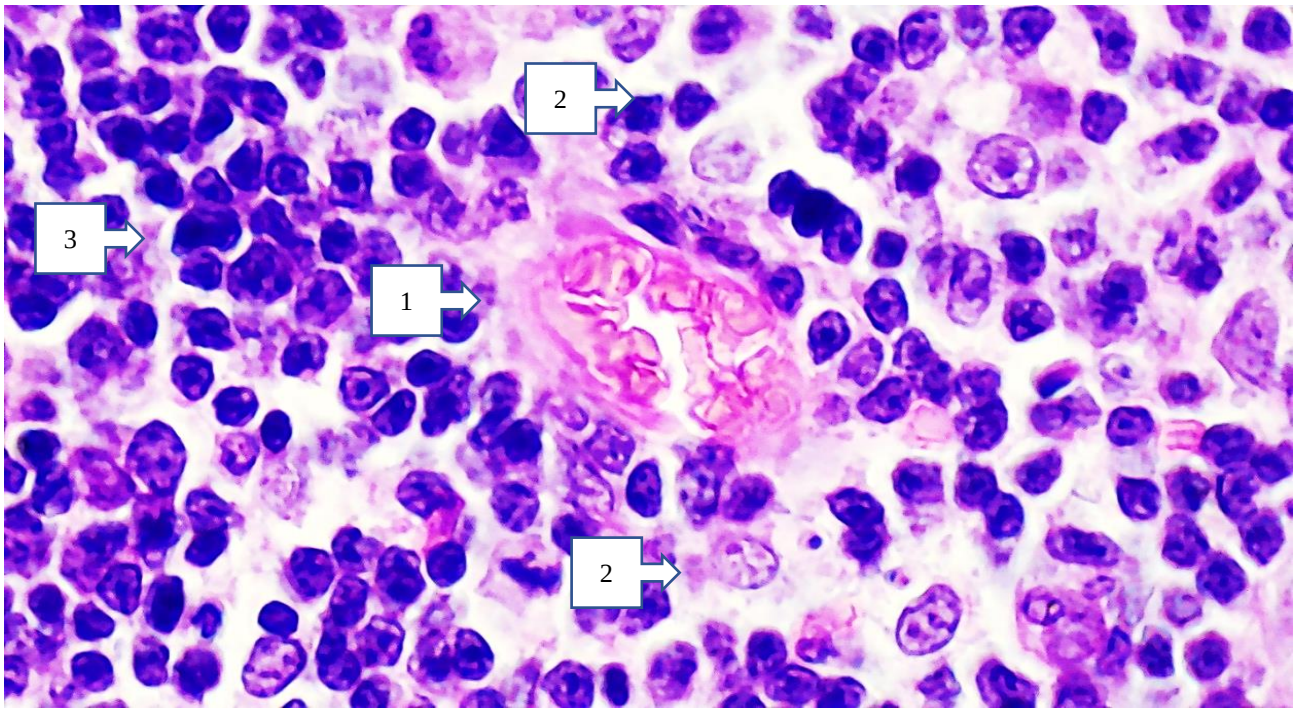
tigenlarga autoimmun reaksiyalarning rivojlanishi va shikastlanish jarayonini murakkablashtiradigan neyrodegeneratsiyaning induktsiyasi immunitetning tanadagi immunosupressiv va reparativ ta'siri haqidagi g'oyalarni o'zgartirdi.

Har yili bir yarim milliondan ortiq odam bosh miya shikastlanishidan vafot etadi, ikki million to'rt yuz ming kishi nogiron bo'lib qoladi. Shikastlanishning eng keng tarqalgan turlaridan biri - bosh miya shikastlanishi bo'lib, u barcha turdagi jarohatlar yarmining uchdan bir qismini tashkil qiladi.

Tadqiqot maqsadi. Oq zotsiz kalamushlar timusining morfologik va morfometrik ko'rsatkichlarining bosh miya jarohatlarining 1,7 va 21- kunlardandan keyingi o'zgarishlarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Morfometrik o'lchamlar tahlil qilinganda, bosh miya jarohatlaridan 1 kundan keyin 3 oylik oq zotsiz kalamushlarda ko'zga ko'rinadigan morfometrik o'zgarishlar sezilmaganligi bois bunga to'xtalmadik. Bosh miya jarohatidan 1 haftadan keyin 3 oylik oq zotsiz kalamushlarning og'irligi o'lchab ko'rilganda 175 gdan 245 g gacha ekanligi aniqlandi va bunda o'rtacha ko'rsatkich sifatida 220,54 +-13,36ni tashkil qildi, timusning o'rtacha og'irligi esa 167,23±1,47 mgni, nisbiy og'irlik 1,32 ±0,44 mg ni va timusning hajmi 330,94 ±31,3 mm2 ekanligi olingan morfometrik ko'rsatkichlarning xulosasiga asoslangan holda amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari.

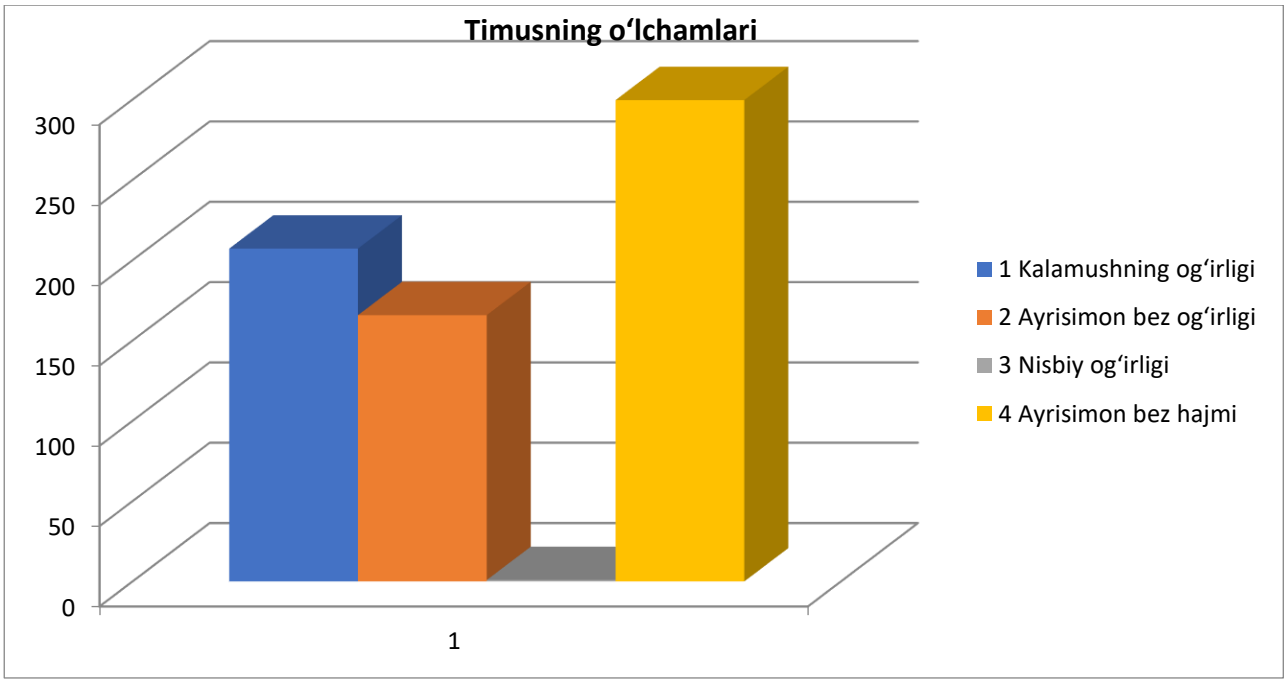


Rasm-3.3.1 **bosh miya jarohatlaridan 1 kundan keyingi 3 oylik oq zotsiz kalamush timus to'qimasidan olingan mikropreparat. Qon tomir.Tomirlar ichida qon miqdorining oshishi(to'laqonlik) (1), Timotsitlarning siyraklashishi, po'stloq qavati kichik limfositlar oralig'ida och bo'yalgan tayanch hujayralarning proliferatsiyasi kuchaygan (2), Timositlar (3). Bo'yoq gematoksillin-eozin.**

1-jadval

Tajriba guruhidagi timusning to'qima tarkibiy tuzilmalarining bir - biriga bo'lgan o'zaro nisbati foizlarda o'rganilganda quyidagi xulosalar olindi

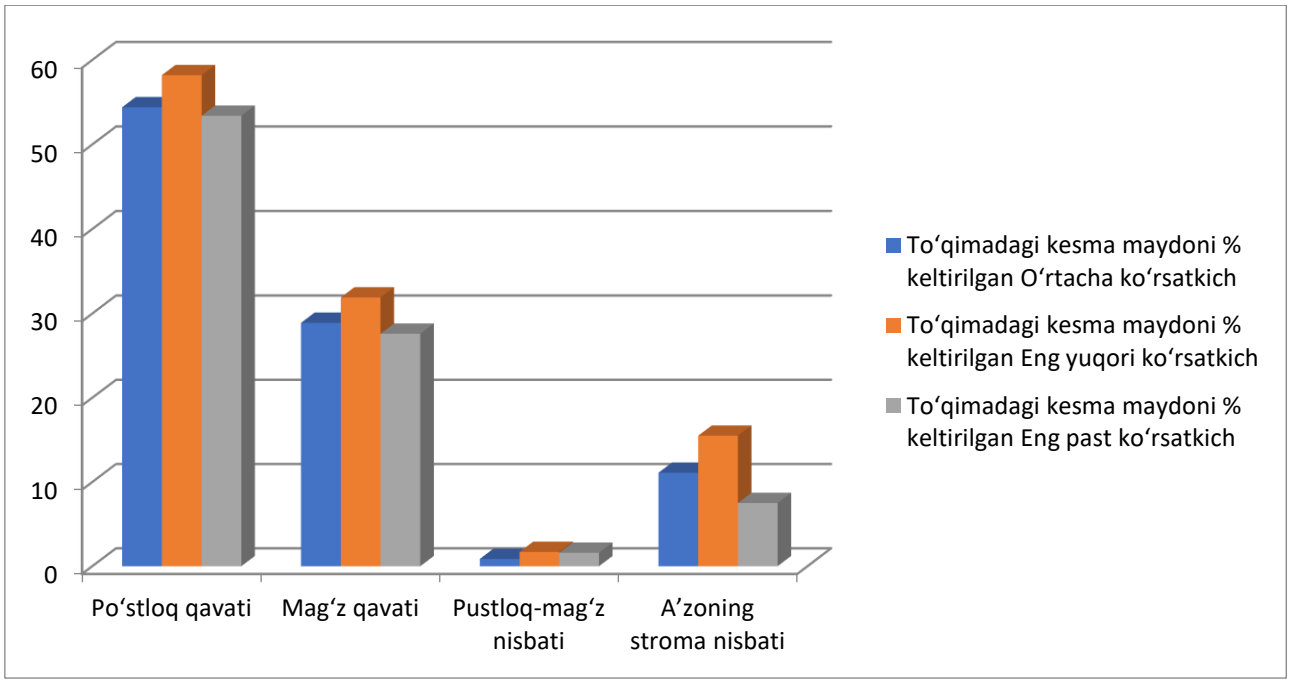
№	Timusning o'lchamlari	
1	Kalamushning og'irligi	220,54 +-13,36g
2	Timus og'irligi	167,23±1,47 mg
3	Nisbiy og'irligi	1,32±0,44 mg.
4	Timus hajmi	330,94±31,3 mm2.



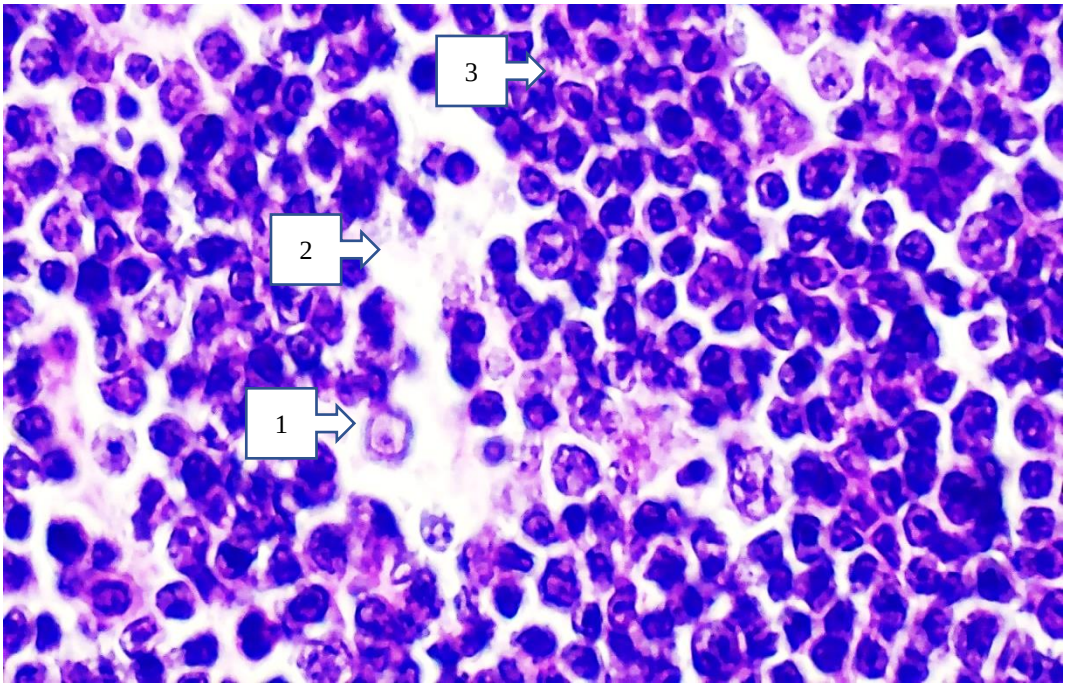
Timus po‘stloq qismining o‘rtacha ko‘rsatkichlari 55,2+-0,8 % ni tashkil qildi, eng yuqori ko‘rsatkichi 58,2 % ni va eng past ko‘rsatkich 53,4 % ni tashkil qildi, mag‘iz qavatidagi ko‘rsatkichlarni o‘rtacha nisbati 30,2+-1,3 % ni tashkil qildi, eng yuqori ko‘rsatkichi 31,9 % ni va eng past ko‘rsatkichi 27,6 % ni tashkil qildi. Po‘stloq va mag‘iz qavatlarining o‘zaro nisbati o‘rtacha 1,68 +-0,81 ni tashkil qildi, eng yuqori ko‘rsatkichlarda esa 1,7 va eng past ko‘rsatkichlari o‘zaro nisbatini solishtirilganda 1,6 ni tashkil qildi. A’zodagi stromaning nisbati o‘rganib chiqilganda 11,6+-0,5 % ni tashkil qildi (2- jadvalga qarang).

2-jadval

Timusning to‘qima qismlari	To‘qimadagi kesma maydoni % keltirilgan		
	O‘rtacha ko‘rsatkich	Eng yuqori ko‘rsatkich	Eng past ko‘rsatkich
Po‘stloq qavati	55,2+-0,8	58,2	53,4
Mag‘z qavati	30,2+-1,3	31,9	27,6
Po’stloq-mag‘z nisbati	1,68 +-0,81	1,7	1,6
A’zoning stroma nisbati	11,6+-0,5	15,5	7,5



21 kundan keyin 3 oylik oq zotsiz kalamush-larning og‘irligi o‘lchab ko‘rilganda 170g dan 240 g gacha ekanligi aniqlandi va bunda o‘rtacha ko‘rsat-kich sifatida 280,54 +-13,28 ni tashkil qildi, timus-ning o‘rtacha og‘irligi esa 136,23±1,27 mgni, nisbiy og‘irlik 1,25 ±0,35 mg ni va timusning hajmi 333,82 ±36,1 mm2 ekanligi olingan morfometrik ko‘rsat-kichlarnig xulosasiga asoslangan holda amalga oshi-rildi.

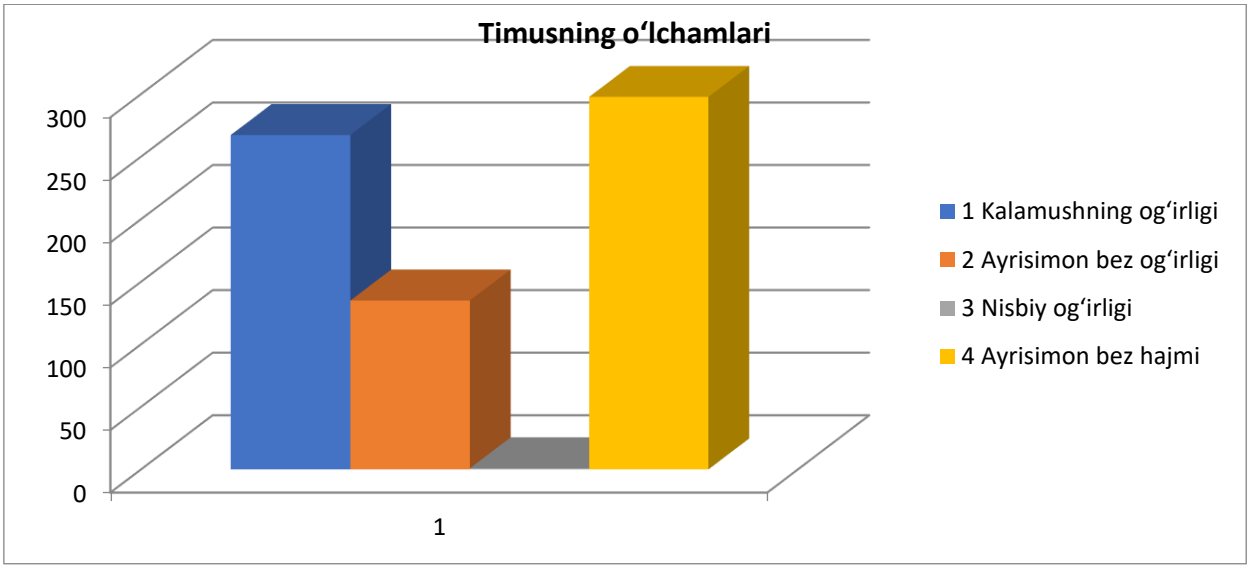


Rasm-3.3.2 bosh miya jarohatlaridan 1 haftadan keyingi 3 oylik oq zotsiz kalamush timus to’qimasidan olingan mikropreparat. Sferik shaklda epitelial qatlamlardan iborat Gassal tanachala-ri(1),timotsitlarning siyraklashishi, po’stloq qavati kichik limfositlar oralig’ida och bo’yalgan tayanch hujayralarning proliferatsiyasi kuchaygan (2), timositlar (3). Bo‘yoq gematoksillin-eozin.

3-jadval

Nazorat guruhidagi timusning to‘qima tarkibiy tuzilmalarining bir - biriga bo‘lgan o‘zaro nisbati foiz-larda o‘rganilaganda quyidagi xulosalar olindi

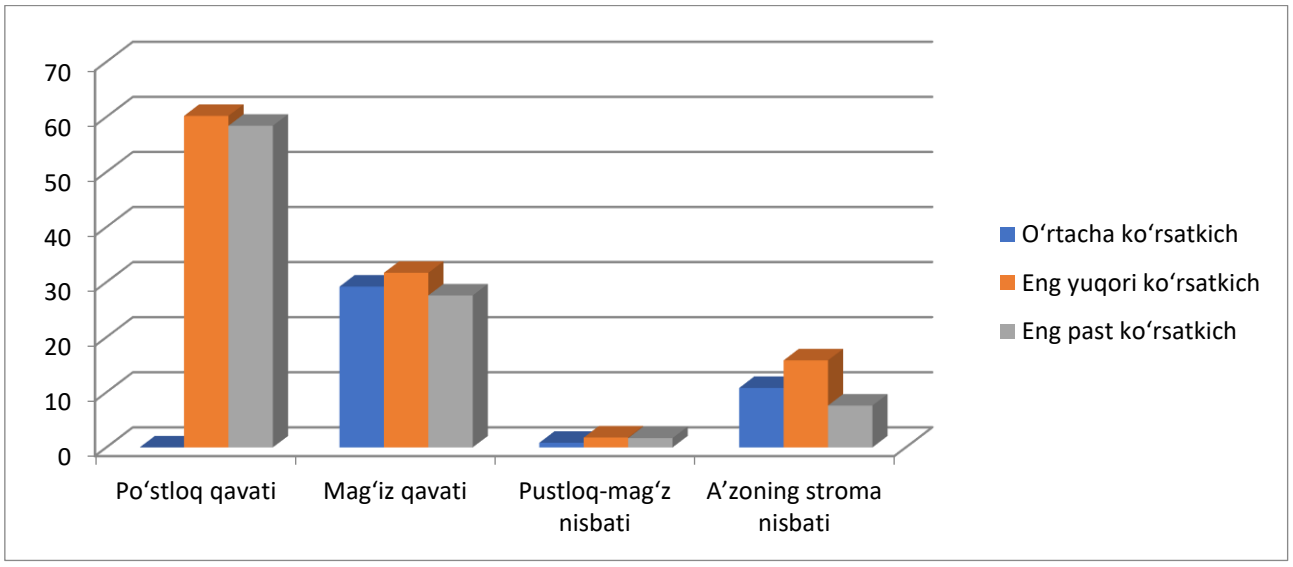
№	Timusning o‘lchamlari	
1	Kalamushning og‘irligi	280,54 +-13,28
2	Timus og‘irligi	136,23±1,27
3	Nisbiy og‘irligi	1,25 ±0,35
4	Timus hajmi	333,82 ±36,1

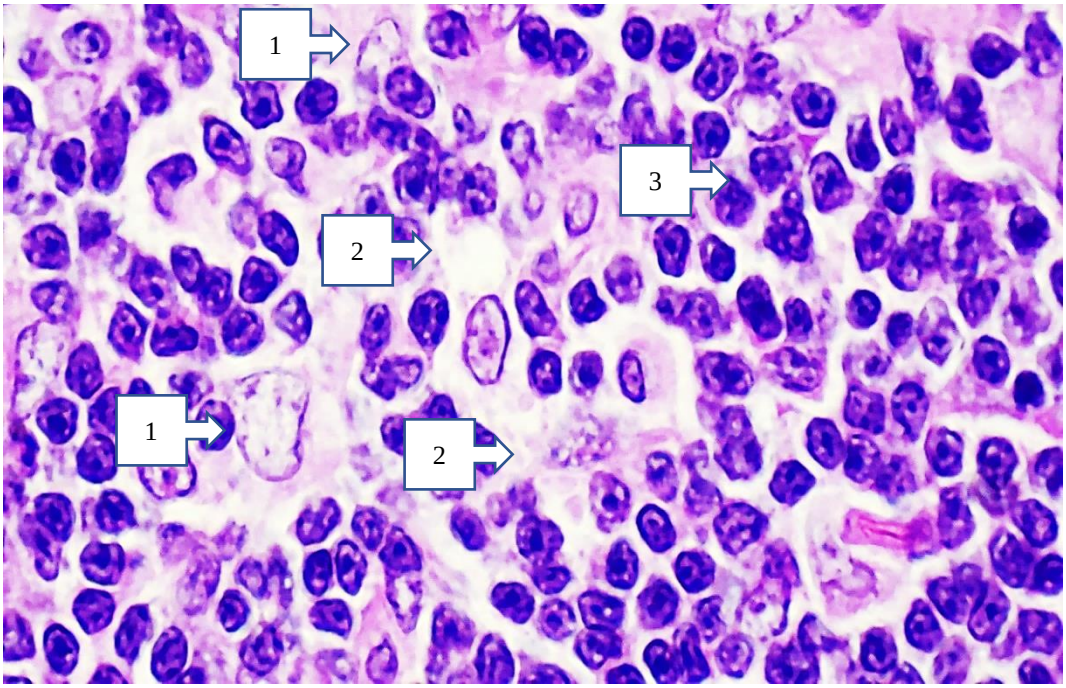


Timus po‘stloq qismining o‘rtacha ko‘rsatkichlari 59,4+-0,8 % ni tashkil qildi, eng yuqori ko‘rsatkichi 60,2 % ni va eng past ko‘rsatkich 58,4 % ni tashkil qildi, mag‘iz qavatidagi ko‘rsatkichlarni o‘rtacha nisbati 30,4+-1,2 % ni tashkil qildi, eng yuqori ko‘rsatkichi 31,7 % ni va eng past ko‘rsatkichi 27,6 % ni tashkil qildi. Po‘stloq va mag‘iz qavatlarining o‘zaro nisbati o‘rtacha 1,66 +-0,81 ni tashkil qildi, eng yuqori ko‘rsatkichlarda esa 1,8 va eng past ko‘rsatkichlari o‘zaro nisbatini solishtirilganda 1,7 ni tashkil qildi. A’zodagi stromaning nisbati o‘rganib chiqilganda 11,3+-0,5 % ni tashkil qildi (4- jadvalga qarang).

4-jadval

Timusning to‘qima qismlari	**To‘qimadagi kesma maydoni % keltirilgan**		
	O‘rtacha ko‘rsatkich	**Eng yuqori ko‘rsatkich**	**Eng past ko‘rsatkich**
Po‘stloq qavati	59,4+-0,8	60,2	58,4
Mag‘iz qavati	30,4+-1,2	31,7	27,6
Po’stloq-mag‘z nisbati	1,66 +-0,81	1,8	1,7
A’zoning stroma nisbati	11,3+-0,5	15,8	7,6





Rasm-3.3.3 **bosh miya jarohatlaridan 21 kundan keyingi 3 oylik oq zotsiz kalamush timus to’qimasidan olingan mikropreparat. Sferik shaklda epitelial qatlamlardan iborat Gassal tanachalarining ko’payishi(1),timotsitlarning siyraklashishi, po’stloq qavati kichik limfositlar oralig’ida och bo’yalgan tayanch hujayralarning proliferatsiyasi kuchaygan (2), timositlar (3). Bo‘yoq gematoksillin-eozin.**

Xulosa. Morfometrik jihatdan nazorat guruhi bilan solishtirilganda oq zotsiz kalamush vaznining nisbatan oshishi, timus massasining 5% ga kamayganligi, bez hajmining 4,4 % kamayganligi aniqlandi, hamda bezning po‘stloq qismini 3% kamayganligi va mag‘iz qismining 5,02 % oshganligi morfometrik ko‘rsatkichlar asosida asoslab berildi.

Adabiyotlar.

1. A. A. Kotelkina, O. Yu. Kostrova, L. M. Merkulova, G. Yu. Struchko, M. N. Mixaylova // Cellular Composition of the Thymus Krыs During the Combined Activity of Cancer Genetics and Stress // Jurnal Anatomii I Gistopatologii. 2019; 8(2) // Journal of Anatomy and Histopathology. 2019; 8(2), 47-54 Str.

2. A. N. Mitin, v. V. Komogorova, m. M. Litvina, s. V. Shevelev, n. I. Sharova, a. A. Yarilin // Dynamics of thymus subpopulations during thymus regeneration after irradiation // Cellular Immunology, 297-302 p.

3. А. А. Ярилин, А. Д. Донескова // Т-Клетки – Недавние Эмигранты Из Тимуса // Иммунология № 6, 2012, 326-334 стр

4. А.Д. Донескова, Н.И. Шарова, М.Ф. Никонова, А.Н. Митин, М.М. Литвина, В.В. Комогорова, А.А. Ярилин // Вклад Тимуса В Восстановление Популяции Т-Клеток После Действия Различных Повреждающих Агентов // Клеточная Иммунология, 309-313 Стр.

5. Akhmedova S. Specific developmental characteristics of the thymus gland in children. Globalization, the state and the individual. (2022);29(1):38–45.

6. Akhmedova Shakhlo Malikovna "Age– related characteristics of changes in the thymus gland in children" Central Asian Studies // With a special issue on COVID–19: yesterday, today and tomorrow ISSN: 2660–4159 http://cajmns.centralasianstudies.org 271–275

7. Akhmedova Sh. M. // Morphometric changes in age–related signs of the thymus // Special issue: Application of foreign experience of distance education in the educational system–2022 Issn: 2181–2594

8. А. Г. Кварасхелия[1], С. В. Клочкова[2], Д. Б. Никитюк[3], Н. Т. Алексеева[4] // Морфологическая Характеристика Тимуса и Селезенки При Воздействии Факторов Различного Происхождения // Журнал Анатомии и Гистопатологии. – 2016. – Т. 5, № 3, 77-83 Стр.

9. Бобрышева И.В.// Изменения Ультраструктуры Тимуса Белых Крыс После Введения циклофосфамида// Вестник Вгму, 2013, Том 12, №4, 63-69 Стр.

10. Д.В. Бреусенко, И.Д. Димов, Е.С. Клименко, Н.Р. Карелина // Современные представления о морфологии тимуса // Педиатр. Т. 8. Вып. 5 / Педиатриcиан (Ст. Петерсбург). 2017;8(5), 91-95 стр.

11. Е.А. Казакова, И.В. Жуков, Г.Р. Вагапова // Визуализация Тимуса У Плодов// 4 (72) Сентябр 2013 Г. Практическая Медицина, 86-89 стр.

12. Донескова А.Д., Никонова М.Ф., Шарова Н.И., Комогорова В.В., Митин А.Н., Ярилин А.А. // Рол Тимуса В Процессе Восстановления Т-Лимфоцитов После Воздействия Различных Повреждающих Факторов // Медицинская Иммунология 24 стр.

13. Рита Реззани & Лорензо Нардо & Гаиа Фаверо & Мисҳеле Перони & Луиги Фабризио Роделла // Тҳймус анд агинг: морпҳологисал, радиологисал, анд фунстионал овервиеw // Ресеивед: 19 Септембер 2012 / Ассептед: 1 Жулй 2013 / Публисҳед онлине: 23 Жулй 2013 # Америсан Агинг Ассосиатион 2013.

14. Sinéad Kinsella1 and Jarrod A. Dudakov // When the Damage Is Done: Injury and Repair in Thymus Function // frontiers in Immunology // published 12 august 2020, 1-12 str.

15. Ҳ.Н. Йегорйан, А.В. Григорйан, А.Ф. Карапетйан // Ҳистологисал Анд Морпҳологисал СҳанГЭС Оф Ратсъ Тҳймус Ундер Тҳе Инфлуенсе Оф Афлатохин Б1 // Биолог. Жоурнал Оф Армениа, 2 (70), 2018, 28-32 стр.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ СТАТЕЙ
«Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии»

Журнал предназначен для пульмонологов, терапевтов, фтизиатров, врачей общей практики и смежных специальностей.

Для публикации принимаются статьи по проблемам респираторной медицины, организации пульмонологической и фтизиатрической помощи больным, медицинской реабилитации, фундаментальным исследованиям.

В журнале можно публиковать оригинальные статьи, обзоры, лекции, материалы съездов, конференций, диссертаций, а также информацию для практических врачей.

Материал должен содержать новые, ранее не опубликованные данные и соответствовать профилю журнала.

Редакционная коллегия журнала рецензирует все полученные материалы. Решение о включении статей и других материалов в очередной номер журнала принимает редакционная коллегия, которая оставляет за собой право производить сокращение и редакционные изменения рукописей.

Работы принимаются на русском и английском языках.

Требования к тексту:

- шрифт- Times New Roman, кегль 12;
- междустрочный интервал 1,15;
- поля: левое – 3 см, правое, верхние и нижнее – по 2 см;
- абзацный отступ – 1 см;
- нумерация страниц внизу и посередине;
- все аббревиатуры и сокращения автор должен расшифровать при первом употреблении в тексте.

Порядок оформления статьи:

- УДК, название (заглавными буквами) статьи, с новой строки – фамилия и инициалы автора(ов), с новой строки – полное название учреждения, город, страна;
- аннотации на русском, узбекском и английском языках (не более 150-200 знаков каждая), ключевые слова (5-10 слов);
- основной текст статьи – введение, цель исследования, материалы и методы, результаты, обсуждение, выводы и библиографический список;
- ссылки на авторов в тексте указываются в круглых скобках (Ф.И.О., год);
- статистическая обработка цифровых данных обязательна;
- графики и схемы не должны быть перегружены текстовыми надписями и должны иметь надписи;
- микрофотографии и фото могут быть черно-белыми;
- таблицы должны иметь название, быть компактными, наглядными, заголовки глав должны соответствовать их содержанию. Цифры должны соответствовать цифрам в тексте и быть обработаны статистически.

Объем оригинальных статей, включая таблицы, рисунки, литературу и резюме, не должен превышать 8-10 страниц, обзоров и лекций – 10-15 страниц.

Список цитируемой литературы прилагается на отдельном листе и должен быть оформлен следующем образом:

- Источники приводятся в алфавитном порядке с указанием фамилий авторов и инициалов, вначале отечественные, затем иностранные.
- Полностью указываются названия книг, статей, журналов, место издания, год, тома и номера выпуска, страницы «от» и «до».
- За точность библиографии ответственность несет автор.
- Список цитируемой литературы не более 15, за исключением обзорных статей.

Статья должна быть отредактирована, представлена в двух экземплярах на одной стороне стандартного листа формата А-4, без рукописных вставок и помарок, а также в электронном варианте.

Необходимо предоставить акт экспертного заключения и **направление** учреждения. 2-ой экземпляр статьи, представляемой к публикации, должен быть с визой руководителя и подписан автором(ми).

При несоблюдении перечисленных правил статьи возвращаются авторам без рассмотрения.

Автор(ы) должен предоставить сведения для контакта: фамилия, имя, отчество, ученая степень, ученое звание, основное место работы, должность, контактные телефоны, e-mail, почтовый адрес.

Автор(ы) несет полную ответственность за достоверность приведенных фактов, цитат и прочих сведений, а также за использование данных, не предназначенных для открытой печати.

Редакция журнала надеется на плодотворное сотрудничество.

По всем вопросам обращаться к ответственному секретарю журнала …

*Журнал включен в перечень рецензируемых научных изданий,
рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан
для публикации основных научных результатов диссертаций
по медицинским наукам доктора философии и доктора медицинских наук*

ВЕСТНИК

**АССОЦИАЦИИ ПУЛЬМОНОЛОГОВ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ**

Выпуск 3 (№5) 2024

Главный редактор: *А.М.Убайдуллаев*
Заместитель главного редактора: *И.В.Ливерко*
Компьютерная верстка: *Р.Р.Усманова*
Корректоры: *Ш.Ш.Массавиров, Н.В.Гафнер*

*Журнал зарегистрирован в Государственном комитете печати
Республики Узбекистан 5 декабря 2003 г.
(удостоверение №135)*

*Все права защищены.
Перепечатка материала возможно только с разрешения редакции.
Мнение редакционной коллегии может не совпадать с мнением автора.
Ответственность за достоверность результатов и содержание рекламных материалов
несут авторы и рекламодатели.*

Сдано в набор 25.12. 2024 | Подписано в печать 27.12.2024 | Формат 60x84$^{1/8}$ | Цена свободная
Печать ризографическая | Тираж 100 экз заказ 35