НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 1.2025 (108)
ISSN 2091-5969

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИК ЯНГИЛИКЛАРИ

Марказий Осиё илмий амалий журнали

THE NEWS

OF DERMATOVENEROLOGY AND REPRODUCTION HEALTH

Central Asian Scientific and Practical Journal

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ЧАСТНОЙ ПРАКТИКИ УЗБЕКИСТАНА
КЛИНИКА «MAHLIYO-SHIFO» & V

«Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья»
Рецензируемый научно-практический журнал
Публикуется 4 раза в год
Основан в 1997 году

The news of dermatovenerology and reproduction health» is a peer reviewed journal, is published 4 times a year

Журнал входит в перечень научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК при министерстве Высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан при защите докторских диссертаций.

Журнал зарегистрирован Госкомитетом Республики Узбекистан по печати и информации
Лицензия №0527 от 13. 02. 2009 г.

А Д Р Е С Р Е Д А К Ц И И:
г. Ташкент, Шайхонтохурский район,
проезд Лабзак, 10 Клиника «Maxliyo-shifo» & V

Тел: (+99871) 244-06-33
(+99890) 978-38-78
(+99890) 353-14-45
E-mail: **dermatol47@mail.ru**
сайт: **www.ndrz.uz**

Зав. редакцией: Ф. Ф. Хашимов
Менеджер по распространению: Ж. М. Умаров
Компьютерный набор и верстка: С. С. Таджиев

Подписной индекс – 1039
1042

За содержание рекламных материалов ответственность несет рекламодатель

Подписано в печать 25.03.2025

Формат 60X84 1/8
Печать офсетная
Цена договорная
Тираж 1000 экз.
Заказ №

ООО «ALPHA OMEGA Marketing»
Адрес: г. Ташкент, Ц-13, ул. А. Кодирий, 35
Тел: (+99871) 241-54-87
E-mail: alpha.omega.uz@gmail.com

НОВОСТИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
№1 (108)
2025 год

ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор – Ваисов А. Ш.
Зам. гл. редактора – Маннанов А. М.
Зам. гл. редактора – Курбанов Д. Д.
Отв. секретарь – Рахматов А. Б.

Абдуллаев М.И., Азизов Б.С., Арифов С.С., Атабеков Н.С., Ваисов И.А., Джаббарова Ю.К., Ибрагимов О.Д., Имамов О.С., Исмаилова Г.А., Каримов А.Х., Каримова Ф.Д., Магрупов Б.А., Мухамедов И.М., Нажмитдинова Д.К., Пахомова Ж.Е., Порсохонова Д.Ф., Сабиров У.Ю., Садыков А.А., Саипова Н.С., Сидиков А.А., Султанов С.Н., Ташкенбаева У.А., Турсунов Б.З., Хаитов К.Н., Шодиев Х.К.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адаскевич В.П. (Беларусь, Витебск)
Абдуллаев Т.А. (Узбекистан, Ташкент)
Абидов А.М. (Узбекистан, Ташкент)
Акилов Ф.А. (Узбекистан, Ташкент)
Атилла Л.М. (Женева, Швейцария)
Батпенова Г.Р. (Казахстан, Астана)
Гюнеш А. (Турция)
Заславский Д.В. (Россия, Санкт-Петербург)
Зуфарова Ш.А. (Узбекистан, Ташкент)
Исмаилова А.М. (Туркменистан, Ашгабад)
Кешилева З.Б. (Казахстан, Алматы)
Литус О.И. (Украина, Киев)
Лукьянов А.М. (Беларусь, Витебск)
Мунир А. (Индия, Дели)
Мусабаев Э.И. (Узбекистан, Ташкент)
Набиев Т.А. (Узбекистан, Ташкент)
Олисова О.Ю. (Россия, Москва)
Рахимов И.Р. (Узбекистан, Ташкент)
Саипов С.С. (Узбекистан, Ташкент)
Хикматов Р.С. (Узбекистан, Бухара)
Эшбоев Э.Х. (Узбекистан, Ташкент)

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Оригиналные статьи

КОРОТКО О СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ
А.Ш. Ваисов. *4*

АВСТРАЛИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ШКОЛА И КАК СТАТЬ ДЕРМАТОЛОГОМ
У. Хасанов. *5*

DIFFUZ ALOPETSIYA: PATOGENETIK MEXANIZMI VA DAVOLASHGA ZAMONAVIY YONDASHUV
F.B. Mirodilova, F.X. Abbosxonova, F.F. Xashimov, M.A. Abdurahmonova. *7*

MYCOBACTERIUM LEPRAE XUSUSIYATLARINING YANGICHA TA'RIFI
E.X. Eshboyev, U.D. Utepbergenova. *10*

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА: СТРАТЕГИИ МИНИМИЗАЦИИ РИСКОВ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ
Ф.Д. Каримова, М.Р. Ботирова, Ч.М. Хужамбердиев. *12*

КРИОКОНСЕРВАЦИЯ ЯИЧНИКОВОЙ ТКАНИ: ПУТЬ К СОХРАНЕНИЮ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
А.Ж. Каххаров, Н.Х. Ходжаева. *17*

НЕКОТОРЫЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ БЕЗОПАСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА
Ш.Ж. Тешаев, Д.И. Туксанова, Д.Я. Зарипова. *21*

ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБИОТЫ КОЖИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ВЕДУЩИХ АКТИВНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ
Н.С. Саипова, У.А. Юсубалиев, Г.Ш. Тохтаев, Х.Х. Сафаров, Ф.Ф. Хашимов. *24*

BUYRAK TRANSPLANTASIYASIDAN KEYIN BEMORLARDA HOMILADORLIK NATIJASINI TAHLIL QILISH
N.U. Babajanova, U.Yu. Yusupov. *26*

ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА У БЕРЕМЕННЫХ НА РАЗВИТИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ
З.И. Шамсиева. *28*

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОЧЕК ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Н.Г. Рахмонкулова. *30*

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
З.В. Ибодуллаева, Д.В. Гуламахмудова. *32*

БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК
У.Ю. Юсупов, Н.У. Бабажанова, М.Ж. Даулетова. *33*

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ
А.Ш. Ваисов, Ш.Х. Махмудов, И.А. Ваисов, Ф.Ф. Хашимов, Я.Ж. Айтугдиев, Б.Б. Курбанов, Г.Ш. Тохтаев. *34*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ИХТИОЗОВ
А.М. Маннанов, Ф.А. Тураева. *39*

Обмен опытом

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ
У.А. Ташкенбаева, Х.Х. Сафаров. *42*

THE POSITIVE MEDICAL EFFECT OF TREATING MICROSPORIA, A FUNGAL DISEASE
U.A.Tashkenbaeva, M.A.Safarova. *44*

ERTA BAJARILGAN PREORTODONTIK SEPTOPLASTIKA TISH-JAG' ANOMALIYALARI PROFILAKTIKASI GAROVIDIR
S.A. Xasanov, G.K. Babaxanov. *47*

ДИАГНОСТИКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА
Н.Г. Садикова, Д.К. Нажмутдинова, Д.Б. Хидиров. *49*

HOMILADORLIK OG'IR PREEKLAMPSIYA BILAN KECHGAN AYOLLARDA TUG'DIRISHNING TURIGA BOG'LIQ HOLDA ENDOGEN INTOKSIKATSIYA KO'RSATKICHLARINING AHAMIYATI
D.N. Xodjayeva, D.D. Saidjalilova, D.A. Ayupova. *52*

HOMILADOR AYOLLARDA COVİD-19 KECHISHINING KLINIK VA PATOGENETIK JIHATLARI
A.D. Abdirimova, M.A. Yusupova. *54*

ФОТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ
У.А. Ташкенбаева, Х.Х. Сафаров, Ф.Ф. Хашимов. *57*

MOXOV (LEPRA) KASALLIGI YUQISHINING ASOSIY OMILLARI
E.X. Eshboev, N.M. Shokolanova, U.D. Utepbergenova. *59*

YO'L-TRANSPORT HODISALARIDA JABRLANGAN BOLALARGA TIBBIY YORDAMNING TASHKILIY JIHATLARI
A.B. Xasanov, L.U. Anvarova. *63*

YO'L-TRANSPORT HODISALARI QURBONLARIGA TIBBIY YORDAMNING TASHKILIY JIHATLARI
A.B. Xasanov. *65*

ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ
Х.Э. Хужаназаров. *67*

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСРЕДСВОМ ОПРОСНИКА FACT-G У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОГРАММАХ СОХРАНЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ
А.Ж. Каххаров, Н.Х. Ходжаева. *69*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АКУШЕРСКОГО СЕПСИСА
М.Н. Негматуллаева, Д.И. Туксанова, З.О. Кенжаева. *72*

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА
Х.К. Шейхова, М.А. Юсупова. *74*

МИОМА МАТКИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ
Д.Р. Мухтарова. *77*

ODATIY HOMILA TUSHISHIDA TROFOBLAST PATOLOGIYASINING O'RNI
Sh.J. Teshayev, M.N. Negmatullayeva, N.A. Sultonova. *79*

MODERN METHODS OF TREATING FUNGAL DISEASES SUCH AS TRICHOPHYTOSIS
F.F. Xashimov, M.A. Safarova.....*82*

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Н.Ф.Холова.....*84*

ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВРАСТАНИИ И ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ
С.Д. Исчанова, М.А. Юсупова.....*85*

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕСТАЦИОННОЙ АНЕМИИ
Г.Т. Джураева, Д.К. Нажмутдинова.....*87*

Обзор

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ДИСТЕНЦИЕЙ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ И СМЕШАННОЙ ФОРМОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ МОЧИ
Ф.Д. Каримова, М.Р. Ботирова, Х.М. Саатова.....*92*

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА
Г.Н. Бекбаулиева, Н.М. Нигматова.....*96*

Случай из практики

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА I ТИПА У РЕБЁНКА
Н.С. Саипова, У.А. Юсубалиев, Г.Ш. Тохтаев, Х.Х. Сафаров, Ф.Ф. Хашимов, Н.М. Ашрапходжаева.....*99*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛУЛИКОНАЗОЛ У БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ
Ш.Х. Махмудов, Я.Ж. Айтугдиев, М.Ж. Шайматов, Н.А. Худойберганова.....101

СЛУЧАЙ ОШИБКИ ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА У ДЕТЕЙ
Н.С. Ибрагимова, А.А. Сыдиков, К.У. Ибрагимов, Д.Д. Ашуров.....103

КОРОТКО О СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ

Ваисов Адхамджон Шавкатович

Доктор мед. наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологииТашкентской Медицинской Академии, академик Российской Академии медико-технических наук, председатель Ассоциации врачей частной практики Узбекистана, главный редактор ЦА НП журнала «Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья» (г. Ташкент), главный редактор от Узбекистана международного НП журнала «Дерматовенерология. Косметология» (г. Минск)

В период (1968-1980) годы, когда Советская система высшего образования признавалась (1) лучшей системой, в г.Ташкенте на базе Ташкентского государственного медицинского института прошла научно-практическая конференция ректоров всех медицинских ВУЗов СССР. Гости детально познакомились с материальной базой и деятельностью ТашГосМИ. Итоговую оценку я услышал буквально через месяц будучи в Москве на юбилее 1 ММИ. Ректор института академик Петров Н.И. провёл приём делегаций. Когда я сказал, что я из Ташкента и представляю ТашГосМИ, продолжение было неожиданным. Ректор вдруг попросил налить всем «Бургундского» вина и предложил тост, в котором на отлично оценил уровень учебной, научной, лечебной и воспита-тельной работы в ТашГосМИ, и пожелал всем ВУЗам иметь такой комплекс, как «Новое ТашМИ» – где прекрасные клиники, учебные корпуса, общежития студентов, дома и коттеджи для преподавателей.

Прошло много лет, мы живём в другой стране в условиях рыночной экономики, многое изменилось. Много динамики в лучшую сторону, что то мы смогли сохранить, но и совершили много ошибок, часть из которых можно ещё исправить. Если качество подготовки специалиста зависит: 1. от подбора абитуриентов и студентов, 2. от качества преподавательского состава, 3. от организации учебного процесса и 4. материально технической базы, то какие наши действия были ошибочными на мой взгляд.

1. У нас замечательные и мотивированные студенты. Однако платное обучение у нас, это зло, которое «обязывает» положительно оценивать студента не по знаниям, а за своевременную оплату обучения. В результате исчезли «неуд» и отчисления. За рубежом, платное обучение воспринимается за шанс абитуриенту получить образование, но, если он не аттестован, студент отчисляется, и вновь может поступить только после новой оплаты. Никакой «Контракт», «суперконтракт», не должен снижать ответственность студента и требовательность педагога за качество обучения.

2. Идеальный возрастной состав кафедры, основной структурной единицы ВУЗа: когда 33% молодые, 33% среднего возраста, а остальные лица старшего возраста. Разделение ТашГосМИ на Первый и Второй (1990 г.), а потом объединение их в составе ТМА (2005 г.), не продуманный переход на английский язык преподавания, освобождение достигших 60 летного возраста профессора от должности заведующего кафедрой привели к увольнениям, чрезмерному омоложению и ухудшению кадрового состава, ликвидации научных школ и снижению качества учебной и лечебной работы.

3. Организация учебного процесса в медицине напрямую связана с лечебной работой, поэтому она принципиально и качественно отличалась от организации учебного процесса в других не медицинских ВУЗах. После 1991 года, работа медВУЗов республики стала регулироваться Мин ВУЗ РУз не имеющим опыта работы с медицинскими институтами. В результате, не смогли повысить уровень учебного процесса других ВУЗОВ до уровня скажем ТашГосМИ, а снизили уровень медицинских до уровня технических ВУЗов. Например, всегда соотношение преподавателя к студенту в медицинском ВУЗе было 1 к 6, а в других ВУЗах в среднем 1 преподаватель на 10 студентов. Более того, заработная плата преподавателя в медицинском была всегда намного выше и состояла из учебной и плюс лечебной ставки за работу с больными. Убрав лечебную нагрузку не только уменьшили зарплату педагога, главное отдалили кафедру от клиники, что резко снизило качество лечебной работы. В результате квалифицированный специалист отлучённый от любимой работы лечить больных стал уходить из ВУЗа. Уже в истории, когда лучшими клиниками республики были клинические базы мед ВУЗов, которые были оснащены передовой аппаратурой и лучшими кадрами врачей, которые возглавляли заведующие кафедрами, академики и профессора, каждый лидер по своей специальности.

Подготовка врачей в лучших зарубежных ВУЗах напоминает нашу, которую мы потеряли, когда на 6 курсе была субординатура по трём направлениям, потом интернатура по специальности и клиническая ординатура. Успех обучения базировался на объективности и доброжелательности учителя, на дисциплине и мотивации студента, единстве учебной, лечебной и научной работы в подготовке врача. Правило оценки было одно, освоил предмет идёшь дальше, если нет получаешь неуд и стоп.

Сегодня в разных ВУЗах даже объём учебной программы различен, куда-то исчезли зачёты, экзамены, написание историй болезни, ночные дежурства, так необходимые при подготовке врача. Вспомнить о лучших традициях отечественной медицинской школы очень актуально сегодня учитывая быстрое появление новых частных и государственных ВУЗов в Узбекистане.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Декларация международной Алма-атинской конференции по высшему образованию. 1968 г.

AUSTRALIAN MEDICAL SCHOOL AND HOW WE BECOME A DERMATOLOGIST

Dr Umar Khasanov
Perth, Australia

Good Morning/Afternoon/Evening everybody, I hope you are all doing well. I'm a doctor who recently graduated medical school a couple of months ago, I thought I would share today my journey of what medical school is like in Australia and the journey we have to go through to become a dermatologist as well as some of the opportunities that we have.

To get into medical school in Australia is an incredibly difficult and sought after venture. You must be within at least the top 5th percentile of students in Australia mark wise in your final year of high school to even have your application be viewed and usually within the top 2nd percentile to have your application accepted on the academic front, however applications are usually a 3 step process, in some universities a 4 step process. The second step is usually done midway through the year and its a test called UCAT - University Clinical Aptitude Test which is a test that involves 233 questions that need to be answered in 2 hours (approximately 4 questions a minute). These questions are designed to test different areas - Verbal Reasoning, Decision Making, Quantitative Reasoning, Abstract Reasoning and Situational Judgement. A general consensus among applicants is that you have to be in the top 10th percentile to be competitive for an interview and to be quite frank, I think this test is probably the most useless test in deciding if you are going to be a good doctor or not but it plays a vital part of your application. The interview, which is the final component in the process differs for every university but usually involves a long portion where you answer questions about why you want to be a doctor, why not work as another job in health care and what you are like as a person. The next part is a series of short interviews where they test your quick thinking and judgement, the questions usually involve scenarios that you have to answer in a step by step approach and these scenarios include, "you are a junior doctor at work and you smell alcohol on your boss, what do you do?" or "You are working in a restaurant, today is your day off but all the other workers have got sick, your boss asks if you can work today as no-one else is available, you asked for this day off weeks in advance as it is your best friends birthday and you promised them you would spend it together, what do you do?"

Based on scores from these components, only the top marks in all areas get accepted.

Now that's been done, I'll talk about my journey in medical school in Curtin University and our exposure to dermatology. The course is a 5 year venture where the first three years is focussed primarily on anatomy, physiology and biochemistry. This is where our basics of dermatology comes into practice and we can learn the layers of the skin, skin cells and function of these cells.

Our last 2 years are called clinical years where we focus on diseases and patient care. The main focus in these years are unfortunately not dermatology based. However there is still some good exposure. This is usually involves rashes either in a paediatric setting such as slapped cheek syndrome, chicken pox, impetigo, etc or older adult population via skin infections such as cellulitis. The most in depth learning we have however is based on skin cancers. Our population is absolutely rampant with skin cancers, especially in the older rural farmers who never wore sunscreen or protected themselves from the sun. We have extensive teaching in how to identify the different types of skin cancers, risk factors and management. Luckily, while we are on General Practice rotations, we usually get the chance to help send biopsies or excise dangerous looking skin lesions, and get to experience a bit more of the surgical side of dermatology.

Now we have graduated and we are doctors but how do we become dermatologists? This part is very different to elsewhere in the world, it is not like in Uzbekistan where you choose your specialty as a student.

АВСТРАЛИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ШКОЛА И КАК СТАТЬ ДЕРМАТОЛОГОМ

Доктор Умар Хасанов

Добрый день, всем! Надеюсь, у вас всё хорошо. Я врач, окончил медицинский университет несколько месяцев назад, и сегодня хотел бы поделиться своим опытом обучения в медицинском университете в Австралии, а также рассказать о пути, который нужно пройти, чтобы стать дерматологом, и о некоторых возможностях, которые у нас есть.

Попасть в медицинский университет в Австралии – невероятно сложная и престижная задача. Чтобы вашу заявку рассмотрели, вы должны попасть как минимум в топ-5% лучших студентов по итогам последнего года обучения в школе, а чтобы поступить, обычно нужно быть в топ-2%. Однако подача заявки – это обычно процесс из трёх этапов, а в некоторых университетах даже из четырёх. Второй этап проводится в середине года и включает сдачу теста UCAT (University Clinical Aptitude Test или Университетский тест клинических способностей), который состоит из 233 вопросов, на которые нужно ответить за 2 часа (примерно 4 вопроса в минуту). Эти вопросы проверяют разные навыки: вербальное мышление, принятие решений, количественное мышление, абстрактное мышление и ситуативное суждение. Общепринято, что для прохождения на собеседование нужно попасть в топ-10%, и, честно говоря, я считаю этот тест, вероятно, самым бесполезным способом определить, станете ли вы хорошим врачом, но он играет важную роль в вашей заявке. Интервью, которое является завершающим этапом, варьируется в зависимости от университета, но обычно включает длинную часть, где вы отвечаете на вопросы, почему хотите стать врачом, почему выбрали именно эту профессию, а не другую в сфере здравоохранения, и что вы за человек. Следующий этап – это серия коротких интервью, где проверяют ваше быстрое мышление и умение принимать решения. Обычно задаются вопросы с описанием ситуаций, которые нужно разобрать шаг за шагом. Например: «Вы младший врач на своей первой неделе работы и чувствуете запах алкоголя от вашего начальника. Что вы будете делать?» или «Вы работаете в ресторане, и это ваш выходной, но все остальные сотрудники заболели. Вы заранее запросили этот выходной, так как это день рождения вашего лучшего друга, и вы обещали провести его вместе. Что вы будете делать?»

Только кандидаты с лучшими баллами за все этапы зачисляются.

Теперь, когда мы закончили с этим, я расскажу о своём обучении в медицинском университете Curtin и о нашем взаимодействии с дерматологией. Курс длится 5 лет, первые три года сосредоточены на анатомии, физиологии и биохимии. Именно здесь мы изучаем основы дерматологии, такие как слои кожи, кожные клетки и их функции.

Последние два года обучения называются клиническими. В это время мы фокусируемся на заболеваниях и уходе за пациентами. Основное внимание, к сожалению, не уделяется дерматологии. Однако мы всё же получаем некоторый полезный опыт. Обычно это связано с сыпью, например, у детей, такими как синдром «пощёчин», ветряная оспа, импетиго и т. д., или с кожными инфекциями у взрослого населения, такими как целлюлит. Самое глубокое изучение связано с раком кожи. В Австралии крайне высокий уровень заболеваемости раком кожи, особенно среди пожилых фермеров из сельских районов, которые никогда не использовали солнцезащитный крем и не защищались от солнца. Мы подробно изучаем, как определить различные виды рака кожи, их факторы риска и способы лечения. Во время стажировок в общей практике мы обычно получаем возможность отправлять биопсии или удалять опасные кожные образования, что позволяет нам изучить хирургическую сторону дерматологии.

После выпуска и получения квалификации врача как стать дерматологом? Этот процесс сильно отличается от других стран. Например, в Узбекистане специализацию выбирают ещё в студенческие годы. В Австралии сначала нужно пройти один год интернатуры, затем минимум год работы в качестве врача-резидента и, как правило, несколько лет в роли сервисного регистратора. На этом этапе вы будете подавать заявку на дерматологическую программу, набираясь опыта в должности сервисного регистратора.

Для этого необходимо подать заявку в АКД (Австралазийский колледж дерматологов). Эта программа крайне конкурентна и длится не менее 4-х лет. Во время обучения вы работаете под руководством опытных дерматологов, лечите пациентов под их наблюдением, сдаёте итоговые экзамены, проходите ротации в крупных больницах и учреждениях и проходите строгую аттестацию, включая клинические и хирургические оценки. АКД – единственная организация в Австралии, аккредитованная для подготовки и оценки дерматологов. Шанс поступить с первого раза составляет около 25%. Дерматология считается одной из самых доступных специализаций для поступления и завершения обучения, но если шанс поступить всего 25%, можно представить, насколько сложно попасть на другие направления. Часто врачам требуются годы, чтобы попасть на желаемое направление, и ещё больше лет, чтобы завершить обучение. Так как у меня есть время, я хотел бы быстро рассказать о некоторых уникальных возможностях, которые предоставляются в медицинском университете. На четвёртом курсе у нас был блок сельской медицины, где мы отправлялись на практику в сельские районы. Мне посчастливилось попасть на остров Рождества. Несмотря на то, что он принадлежит Австралии, географически он находится прямо под Индонезией.

Кроме того, я прошёл избирательный и факультативный курсы. Факультатив – это возможность отправиться в любую точку мира и изучить медицину в другой стране. У меня была возможность приехать сюда, в Ташкент, в январе и получить опыт в области косметической медицины в клинике Ваисова, а так же ЛОР в клинике Отоларинголог.

Избирательный курс – это когда вы выбираете из разных предложенных направлений медицины и изучаете одно из них. Мне очень повезло: я был единственным студентом, который смог получить опыт в спортивной медицине под руководством спортивного врача Кейси Уайфа. Он является врачом команды «Дикие кошки Перта» (нашей баскетбольной команды), а также врачом команды «Орлы Западного Побережья» – нашей местной австралийской футбольной команды. Я получил опыт в том, как он управляет их физическим состоянием, а также присутствовал на их тренировках и играх.

Надеюсь, мне удалось дать вам общее представление о том, как устроена медицина в Австралии, о пути в дерматологию и о возможностях, которые у нас есть. Спасибо!

DIFFUZ ALOPETSIYA: PATOGENETIK MEXANIZMI VA DAVOLASHGA ZAMONAVIY YONDASHUV

F.B. Mirodilova, F.X. Abbosxonova, F.F. Xashimov, M.A. Abdurahmonova

Toshkent Tibbiyot akademiyasi, Dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasi

Inson soch qoplamining o‘ziga xos xususiyati uning taqsimlanishidir, bunda soch follikulalarining eng yuqori qismi bosh terisida joylashgan. Soch to‘kilishi va yomon o‘sishi bilan bog‘liq shikoyatlar bemorlarning shifokorga murojaat qilishining eng keng tarqalgan sababidir. Alopetsiya – sochlarning patologik to‘kilishi bo‘lib, natijada ularning ba’zi joylarda siyraklashishi yoki butunlay qolmasligi kuzatiladi. Diffuz alopetsiya erkaklar va ayollarda sochlarning bosh terisining barcha yuzasida bir xil darajada to‘kilishi bilan tavsiflanadi, bu esa sochlarning o‘sish sikllarining buzilishi natijasidir. Hozirgi kunda soch follikulalarining o‘sishini nazorat qilish va boshqarishning molekular mexanizmlari, shuningdek, follikulani bir fazadan boshqasiga o‘tkazish regulyatorlarining roli aniqlangan. Soch to‘kilishini nazorat qilish uchun noyob kompleks tizim – «Alfa Biselen» taqdim etilgan bo‘lib, bu preparatning davolash samaralarini birlashtiradi. Maqolada «Alfa Biselen»ni qo‘llash bo‘yicha o‘zining muvaffaqiyatli tajribasi keltirilgan.

Tayanch so‘zlar: sochning fiziologiyasi, alopetsiya, diffuz alopetsiyani davolash, Alfa Biselen.

Диффузная алопеция: патогеничесике механизмы и современный подход к лечению

Ф.Б. Миродилова, Ф.Х. Аббосхонова, Ф.Ф. Хашимов, М.А. Абдурахмонова

Характерной особенностью волосяного покрова человека является его расположение, при котором на волосистой части головы расположена самая высокая часть волосяных фолликулов. Жалобы, связанные с выпадением и плохим ростом волос, являются наиболее распространенной причиной обращения пациентов к врачу. Алопеция – это патологическое выпадение волос, в результате которого в некоторых местах происходит их истончение или полное выпадение. Диффузная алопеция характеризуется равномерным выпадением волос по всей поверхности волосистой части головы у мужчин и женщин, что является следствием нарушения циклов роста волос. В настоящее время определены молекулярные механизмы контроля и управления ростом волосяного фолликула, а также роль регуляторов перехода фолликула из одной фазы в другую. Представлена уникальная комплексная система борьбы с выпадением волос – «Альфа Биселен», сочетающая в себе терапевтическое действие этого препарата. В статье представлен собственный успешный опыт применения «Альфа Биселен».

Ключевые слова: физиология волос, алопеция, лечение диффузной алопеции, Альфа Биселен.

Diffuse alopecia: pathogenic mechanisms and modern approach to treatment

F.B. Mirodilova, F.Kh. Abboskhonova, F.F. Khashimov, M.A. Abdurakhmanova

A characteristic feature of the human hair cover is its distribution, where the highest part of the hair follicles is located on the scalp. Complaints related to hair loss and poor growth are the most common reason why patients consult a doctor. Alopecia is a pathological loss of hair, as a result of which there is thinning or complete loss in some places. Diffuse alopecia is characterized by a uniform loss of hair on the entire surface of the scalp in men and women, which is the result of a violation of hair growth cycles. Currently, the molecular mechanisms of control and management of hair follicle growth, as well as the role of regulators of the transition of the follicle from one phase to another, have been determined. A unique complex system for hair loss control – «Alfa Biselen» is presented, which combines the therapeutic effects of this drug. The article presents his own successful experience of using «Alfa Biselen».

Key words: physiology of hair, alopecia, treatment of diffuse alopecia, Alfa Biselen.

Soch to‘kilishi va yomon o‘sishi bilan bog‘liq shikoyatlar bemorlarning shifokorga murojaat qilishining eng keng tarqalgan sababidir. Alopetsia (yunoncha ἀλωπεκία, lotincha alopecia – soch to‘kilishi,) – bu patologik soch to‘kilishi bo‘lib, natijada sochlar ba’zi qismlarda siyraklashadi yoki butunlay yo‘qoladi [1].

Insonning soch qoplamining muhim xususiyati uning taqsimlanishidir, bunda soch follikulalarining eng yuqori konsentratsiyasi bosh terisida joylashgan. Insonda bir necha turdagi sochlar mavjud: lanugo (birinchi soch qoplamasi, juda nozik sochlar, 7-8 oylik homiladagi bola tanasini qoplaydi); vellus (nozik, kalta, vellus sochlar, butun tana yuzasida tarqalgan); uzun sochlar (qalin va pigmentlangan sochlar, bosh terisidagi sochli qismlarda joylashgan); kalta sochlar (kalta, qalin, pigmentlangan sochlar, qoshlar va kirpiklar hosil qiladi, shuningdek, soqol va mo‘ylov hududida, peshona va qo‘ltiq ostida joylashgan) [2]. Inson tanasidagi sochlarning umumiy soni yuz minglabni tashkil qiladi, shundan boshda taxminan 100 ming soch tolasi mavjud. Har bir sochning o‘rtacha umr uzunligi bir necha oydan bir necha yilgacha o‘zgarib turadi. Sochning follikuladan o‘sishi va rivojlanishi bir nechta qat’iy ketma-ket fazalardan o‘tadi: anagen, telogen va katagen [3].

Soch o‘sishining anagen fazasi eng faol davr bo‘lib, unda soch follikulasi shakllanadi va sochning o‘sishi boshlanadi. Soch o‘sishi kuniga taxminan 0,3-0,4 mm tezlikda amalga oshadi [3]. Anagen fazasi davomiyligi 2 yildan 6 yilgacha bo‘lishi mumkin. Bu bosqichda bosh terisidagi soch follikulalarining taxminan 80 foiz kundalik ravishda faol bo‘ladi [4].

Katagen fazasi o‘tish davri bo‘lib, u 2-3 hafta davom etadi. Ushbu vaqtda sochdagi oqsil sintezi to‘xtaydi va follikul epidermis yuzasiga qarab harakatlana boshlaydi. Follikul hajmi 70 foizga qisqaradi, natijada katagen davrida soch ildizi, shishaga o‘xshash shaklga ega bo‘lib, so‘rg‘ichdan ajralib, tashqariga siljiydi [4].

Keyingi faza – telogen, ya’ni dam olish davri, 2 dan 4 oygacha davom etadi. Bu davrda follikul uyqudagi hujayralardan iborat bo‘lib, ular zich joylashgan fibroblast so‘rg‘ichi ustida joylashgan. Soch kolbasi, pigmentsiz piyozcha telogen fazasi va metanagen fazasi oxirigacha follikulda saqlanishi mumkin [4]. Follikul to‘satdan telogenning oxirida avvalgi anagen fazasiga qaytadi. Telogen bosqichidagi sochlarni mexanik ravishda olib tashlash har doim anagenning boshlanishiga olib keladi, ya’ni soch yana o‘sishni boshlaydi.

So‘nggi paytlarda ikki yangi atama paydo bo‘ldi: ekzogen, bu soch to‘kilish jarayonini anglatadi, va neogen, telogen fazasidan keyin keladigan qisqa tiklanish fazasini ifodalaydi [5,6].

Soch follikulalarining fiziologik siklik faolligi bir xil emas va normal holatda bosh terisidagi follikulalarning 85 foizi anagen fazasida, 14 foizi telogen fazasida va faqat 1 foizi katagen fazasida bo‘ladi. Ushbu fazalar davomiyligi yoshga, joylashuv, shuningdek, endogen va ekzogen omillar ta’siriga bog‘liq [7,8].

Hozirgi kunda soch follikulalarining o‘sishini nazorat qilish va inisiatsiyani molekulyar mexanizmlari, shuningdek, follikulani bir fazadan boshqasiga o‘tkazishda regulyatorlarning roli aniqlangan [4].

Turli gormonlarning soch follikulalarining siklik faoliyatiga ta’siri batafsil o‘rganilgan, chunki soch follikulalarining

strukturaviy komponentlarida jinsiy gormonlar, qalqonsimon bez gormonlari va glyukokortikoidlar uchun retseptorlar mavjud. Ayniqsa, androstendion va degidrotestosteron – bu androgenlar, ular ayol organizmida buyrak usti bezlari va tuxumdonlarda ishlab chiqariladi. Digidrotestosteron TGFβ2 sintezini boshlaydi, bu esa faqat keratinositlarning proliferativ faoliyatini kamaytirmasdan, balki kaspazlar sintezini rag‘batlantiradi, natijada soch follikulasi tezda katagen fazasiga o‘tadi [11].

Shunga o‘xshash ta’sirni glyukokortikoidlar ham ko‘rsatadi, ular soch follikulalaridagi keratinositlarning apoptozini induksiya qiladi, bu esa anagen-katagen-telogen fiziologik fazalarining tez o‘zgarishiga olib keladi. Natijada, katagen fazasi davomiyligi sezilarli darajada qisqaradi va sochning umr davomiyligi kamayadi. Estrogenlar soch o‘sishini rag‘batlantiruvchi ta’sir ko‘rsatadi, telogen fazasidan keyin anagenning boshlanishini tezlashtiradi. Qalqonsimon bez gormonlari yetishmasligi telogen fazasida bo‘lgan soch follikulalarining sonini oshiradi, bu esa soch to‘kilishiga olib keladi [12].

Neyropeptidlarning va neyrotransmitterlarning soch follikulasi morfogenezini tartibga solishdagi roli aniqlanmoqda va hozirda neyrotrofin-3 va miyaning neyrotrofik faktori (BDNF) (Brain Derived Neurothrophic Factor, BDNF) [13] kabi moddalarning soch follikulasi o‘sish fazasidan repressiya fazasiga o‘tish jarayoniga stimullovchi ta’siri ko‘rsatilgan.

Shuningdek, sochning siklini tartibga solishda genetik kodning ishtiroki ham ta’kidlanadi. Masalan, tartibga soluvchi sirkadlik soatlar bo‘lgan genlar anagen fazasini modullash imkoniyatiga ega. So‘nggi yillarda, rossiyalik genetika olimlarining kashfiyoti tufayli, uchinchi xromosomaning qisqa tarmog‘ida joylashgan LIPH geni aniqlangan. Ushbu genning recessiv mutatsiyasi, ya’ni 985 nukleotid uzunlikdagi fragma yo‘qolishi gipotrixoz rivojlanishiga sabab bo‘ladi [14].

Soch follikulasi va sochlarning sifatiga sezilarli salbiy ta’sir ko‘rsatuvchi bir qator omillar mavjud, buning asosiylari noto‘g‘ri soch parvarishi, stress, noratsional ovqatlanish (dietalar), temir yetishmasligi, ba'zi dorilarni qabul qilish, og‘ir hamroh kasalliklar, uzoq muddatli emizish va boshqalar. Eng keng tarqalgan alopetsiya turlari quyidagilardir: androgenetik (androgenetic) diffuz yoki simptomatik (effluviums), o‘choqli yoki mayda o‘choqli (areata), shuningdek, chandiqli (scarring) alopetsiya.

Androgenetik alopetsiya – bu sochlarning siyraklashishi bo‘lib, erkaklarda peshona va tepaga yaqin soch hududlarining to‘kilishiga, ayollarda esa boshning markaziy qismidagi sochlarning siyraklashishiga va yon tomonlarga tarqalishiga olib keladi. Erkaklardagi soch to‘kilishining 95 foizdan ortig‘i androgeneetik alopetsiya sababli yuzaga keladi. Ayollarda androgenetik alopetsiyaning yuzaga kelish chastotasi esa ancha farq qiladi – 20 dan 90 foizgacha bo‘lib, bu, asosan, ayollarda bu turdagi alopetsiyaning kamroq sezilarli va tashxislashda qiyin bo‘lishi bilan bog‘liq. Androgenetik alopetsiyaning rivojlanish sabablari genetik darajada bo‘lib, ular soch follikulalariga erkak jinsiy gormoni – testosteronning faol shakli bo‘lgan digidrotestosteronning zararli ta’siri bilan bog‘liq. Digidrotestosteron 5-α-reduktaza fermenti ta’sirida soch follikulalarida hosil bo‘ladi [2]. Digidrotestosteron, follikulalardagi hujayralarga kirib, ularning distrofiyasiga va ular ishlab chiqaradigan sochlarning distrofiyasiga olib keladi [4]. Bosh terisidagi sochlar qoladi, ammo ular ingichka, qisqa va rangsiz (pufakcha sochlar) bo‘lib, endi bosh terisini qoplamaydi va kallik hosil bo‘ladi. Alopetsiyaning belgilari paydo bo‘lgandan keyin 10-12 yil o‘tgach, follikulalarning tomi biriktiruvchi to‘qimaga o‘tib, ularda endi hatto mayin sochlar ham hosil bo‘lmaydi. Follikulalarning digidrotestosteronga bo‘lgan sezgirligi asosan insonning genetik to‘plamiga bog‘liq, ya’ni meros qilib olinadi. Soch to‘kilishiga moyillikning 73-75 foiz holatlarda ona chizig‘idan, 20 foiz holatlarda esa ota chizig‘idan meros qilib olingani, faqat 5-7 foiz odamlar androgenetik alopetsiyaga moyil bo‘lib, ularning oilasida bunday holat birinchi marta yuzaga keladi. So‘nggi yillarda insonning DNKsidagi qanday xususiyatlar soch to‘kilishini keltirib chiqarishi ehtimoli katta ekanligi aniqlangan va bu ma’lumotlar amaliyotda erkaklar va ayollarda irsiy kallikka moyillikni aniqlash uchun foydalanilmoqda.

Diffuz alopetsiya sochlarning bosh terisining butun yuzasida bir xil darajada to‘kilishi bilan tavsiflanadi va bu, sochlarning rivojlanish sikllaridagi buzilishlar natijasida yuzaga keladi. Chunki diffuz alopetsiya butun organizmning ishlashidagi muammolar natijasidir, uni ba’zan simptomatik alopetsiya deb ham atashadi. Tarqalish darajasi bo‘yicha diffuz alopetsia androgenetik alopetsiyadan keyin ikkinchi o’rinda turadi. Ayollar erkaklarga qaraganda bundan ko‘proq aziyat chekadi [16]. Diffuz alopeciyaning telogen va anagen shakllari ajratiladi. Telogen shaklida, soch follikulalarining deyarli 80 foiz faollikni yo‘qotib, erta telogen (dam olish) fazasiga o‘tadi, natijada sochlarning faol ishlab chiqarilishi to‘xtaydi [16]. Ko‘pgina hollarda, bu patologiya shaklida to‘kilgan sochlar 3-9 oy ichida to‘liq tiklanadi, chunki androgenetik alopetsiyadan farqli o‘laroq, soch follikulalari o‘limga uchramaydi [3].

O‘choqli alopetsiya (lotincha alopecia areata) – bu sochlarning patologik to‘kilishi bo‘lib, u soch ildiz tizimidagi hujayralarning immun himoya omillari ta’sirida shikastlanishi natijasida yuzaga keladi. Bu, bir yoki bir nechta yumaloq shakldagi soch to‘kilishlari sifatida namoyon bo‘ladi. Kam o‘choqli alopetsiyaning rivojlanishida morfologik xususiyatlarga asoslangan bosqichlar mavjud bo‘lib, u o‘choqli, ko‘po‘choqli, subtotal, total va universal alopetsiya sifatida tasniflanadi. Soch to‘kilishining so‘nggi bosqichida zararlanish butun tana yuzasida kuzatiladi, bu esa autoimmun jarayonning tizimli va uzluksiz rivojlanishini ko‘rsatadi. Tirnoq plastinkalarining zararlanishi (nuqtali onixodistrofiya) ko‘pincha total va universal alopetsiya bilan birga kuzatiladi. Kam o‘choqli alopetsiyaning epizodik ko‘rinishining chastotasi turli aholi populyatsiyalarida 0,5 dan 2,5 foizgacha o‘zgaradi. Chandiqli alopetsiya – bu soch follikulalarining qaytarib bo‘lmaydigan shikastlanishi va ularning o‘rnida biriktiruvchi to‘qimasining hosil bo‘lishi bilan tavsiflanadigan soch to‘kilishining turi. Alopetsiya turlari tarkibida chandiqli alopetsiya 1-2 foizni tashkil etadi. Chabdiqli alopetsiyaning sabablaridan biri infeksiyalar (virusli, bakterial, zamburug‘lar), ular sochning follikullari atrofida yallig‘lanish reaksiyalarini keltirib chiqaradi va oxir-oqibat bu joylarda biriktiruvchi to‘qimasi rivojlanadi. Agar infeksiya o‘z vaqtida davolansa, sochlar saqlanib qolishi mumkin. Chandiqli alopetsiya ko'pincha jismoniy jarohatlar, issiqlik yoki kimyoviy kuyishlar natijasida yuzaga keladi [3].

Alopetsiyaning har qanday shaklini davolash qiyin vazifa bo‘lib, uni hal qilish uchun kompleks yondashuv zarur, bu bir nechta bosqichlarni o‘z ichiga oladi, xususan, soch to‘kilishini to‘xtatish va jarayonni barqarorlashtirish, provokatsion omillarni aniqlash va ularni bartaraf etish, shuningdek, bosh terisining mikrosirkulyatsiyasini yaxshilash, soch follikulalarining oziqlanishini yaxshilash va yangi sog‘lom sochlarning o‘sishini rag‘batlantirishga qaratilgan davolash. Diffuz alopetsiyani davolash va profilaktikasi bo‘yicha asosiy omil – uning sabablarini to‘g‘irlash va soch o‘sishini rag‘batlantirish uchun turli faol moddalardan foydalanishdir.

«Alfa Biselen» – bu soch follikulalarini mustahkamlovchi, ularni tashqi shikastlanishlardan himoya qiluvchi va soch qoplamini tiklashga yordam beruvchi gomeopatik vositalarning kombinatsiyasidir. «Alfa Biselen» dermatotropik va seboregulatsiyalovchi farmakologik ta’sirga ega bo‘lib, soch ildizlariga qon oqimini yaxshilaydi, yangi sochlarning o‘sishini rag‘batlantiradi, bosh terisiga va soch ildizlariga ozuqa moddalari yetkazib berish jarayonini normallashtiradi. Ushbu preparat nerv tizimi boshqaruviga, qon aylanishiga, moddalar almashinuvi va gormonal fonni yaxshilashga ijobiy ta’sir ko‘rsatadi.

Alfa liopoi kislota, «Alfa Biselen» tarkibiga kiruvchi, erta oqarish va sochlarning siyraklashishi, tug‘ruqdan keyingi soch to‘kilishining oldini olish uchun samarali vosita hisoblanadi. Shuningdek, uning sezilarli gepatoprotektor ta’siri tufayli ushbu preparat yuqori xavfsizlik profiliga ega. Qarag‘ay ekstrakti esa o‘choqli alopetsiya

Alopetsiya bilan kasallangan bemorlarning jins va yosh bo‘yicha taqsimlanishi:

Bemorning yoshi	Erkaklar		Ayollar	
	Abs.	%	Abs.	%
18-29 yosh, (n=19)	4	48,3	15	51,7
30-39 yosh, (n=21)	11	53,7	11	46,3
40-46 yosh, (n=16)	2	46,2	13	53,8
Hammasi (n=56)	17	48,3	39	51,7

va erta soch to‘kilishi holatlarida eng samarali hisoblanadi. Magniy esa umumiy kasalliklar va og‘ir, toliqtiruvchi kasalliklardan keyin soch to‘kilishida qo‘llaniladi. Shuningdek, L-metionin, tez so‘rilishi mumkin bo‘lgan transport tuzilmasi sifatida, preparatga vitaminli dori vositalari bilan solishtirganda soch to‘kilishini to‘xtatish samarasi tezroq boshlanishini ta’minlaydi. B3 vitamini esa soch to‘kilishi, bosh terisida qichishish hisni, shuningdek, tirnoqlarning deformatsiyasida tavsiya etiladi. Biotin seboreyali alopetsiya, tug‘ruqdan oldin va keyin soch to‘kilishini davolashda samarali. B5 vitamini esa umumiy charchoq, nevrasteniya, jismoniy va ruhiy zaiflik holatlari tufayli yuzaga kelgan soch kasalliklarini davolashda qo‘llaniladi.

Biotin sog‘lom soch o‘sishi uchun zarur, chunki u hujayralarning bo‘linishi jarayonida va keratin ishlab chiqarishda ishtirok etadi. U soch follikulalarining oziqlanishida muhim rol o‘ynaydi, sochning chuqur qatlamlarini tiklashga yordam beradi, sochlarning quruqligini kamaytiradi, elastikligini oshiradi va shu orqali soch uchlarining bo‘linishining oldini oladi.

B3 vitamini bosh terisining umumiy holatini yaxshilaydi, ortiqcha yog‘ni kamaytiradi, soch o‘sishini rag‘batlantiradi, ularni yanada elastik qiladi va tashqi muhit omillarining zararli ta’sirlaridan himoya qiladi. A vitamini yetishmasligi soch to‘kilishiga, ularning jilovkorligini yo‘qotishiga, tez sinuvchan va quruq bo‘lishiga olib kelishi mumkin.

Antioksidant sifatida u bosh terisidagi qon aylanishini yaxshilaydi, soch follikulalarini mustahkamlaydi, namlantiruvchi va yumshatish ta’siri ko‘rsatadi, soch va terini ultrabinafsha nurlardan himoya qiladi va issiq soch quritish vositalari orqali ortiqcha namlikning yo‘qolishini oldini oladi. Shuningdek, u zararlangan va qurigan sochlarni tiklashga yordam beradi, ularning sinishining oldini oladi.

Pantenol (provitamin B5) sochlarning elastikligini va sog‘lom jilokorlikni tiklashga yordam beradi, soch strukturasini tashqi zararli ta’sirlardan himoya qiladi.

«Alfa Biselen» kompleksining tarkibiga kiruvchi mikroelementlar preparatga qo‘llanishda sezilarli samaradorlik va xavfsizlikni ta’minlaydi.

«Alfa Biselen» kosmetik kompleksiga bosh terisini parvarish qiladigan va soch strukturasini tiklaydigan moddalar qo‘shilgan masalan, keratin, kollagen gidrolizati, allantoin va mentol. Ushbu tarkibiy qismlar sochlarning sog‘lom o‘sishini rag‘batlantirishga yordam beradi, sochni mustahkamlaydi va bosh terisini yumshatadi.

Bizning kuzatuvimizda 19 dan 46 yoshgacha bo‘lgan 26 ayol va 30 erkakdan iborat bir guruh bemorlar bor, ularda diffuz alopetsia (soch to‘kilishi) mavjud va ular «Alfa Biselen» preparati bilan kompleks davolash dasturini olishmoqda. Barcha bemorlar tasodifiy ravishda ikki guruhga bo‘lingan: 1-guruh faqat mahalliy davo oladi, bu terapiyaga haftasiga 2 marta shampun, haftasiga 1 marta niqob, har kuni uch oy davomida soch to‘kilishini to‘xtatish va soch o‘sishini rag‘batlantirish uchun spreylar navbatma-navbat qo‘llanadi. 2-guruh bemorlari, shuningdek, shunday mahalliy davo oladi, ammo ular «Alfa Biselen» gomeopatik preparatini 3 oy davomida standart sxemaga muvofiq qabul qilishdi.

Bir oy davomida 48 nafar bemorda (20 ayol va 12 erkak) ijobiy dinamika qayd etildi, bu sochlarning to‘kilishini sezilarli darajada kamayishi bilan ifodalanadi, ayniqsa sochlarni tarash yoki uxlash paytida (yostiqda qolgan sochlar) kamaygan. Bu o‘zgarishlar asosan 2-guruh bemorlarida kuzatildi, ular «Alfa Biselen» preparatini olgan. Bundan tashqari, bemorlar sochlarning sifatining yaxshilanishini, ularning oson tarzda shakllanishini, sog‘lom ko‘rinishini va ko‘proq hajmga ega bo‘lishini ta’kidlashdi. Davolash kursining oxiriga kelib, barcha bemorlarda ijobiy dinamika kuzatildi, bu sochlarning o‘sishining fiziologik ritmini tiklanishi, ularning sifatining va miqdorining yaxshilanishi bilan namoyon bo‘ldi. 2-guruh bemorlari, «Alfa Biselen» preparatini olganlar, tiklanish jarayonlarida 1-guruh bemorlariga qaraganda ancha faolroq sur’atlarni ko‘rsatdi, natijalar 1 oylik davolashdan keyin aniq bo‘ldi. Aktiv davolash kursidan so‘ng, barcha bemorlar bizning kuzatuvimiz ostida bo‘lib, 2 dan 6 oygacha bo‘lgan davrda terapevtik ta’sirning barqarorligini va alopetsiya davolashida keng qo‘llaniladigan ko‘plab vositalarda xos bo‘lgan to‘xtatish sindromining yo‘qligini namoyish etishdi.

Shunday qilib, «Alfa Biselen» bilan kompleks davolash tizimi soch to‘kilishini nazorat qilish va bosh terisi terisini davolashda samarali innovatsion usul hisoblanadi. «Alfa Biselen» preparati diffuz alopetsiyada soch o‘sishining sifatli tiklanishini xavfsiz va samarali tarzda qayta tiklash uchun eng maqbul usuldir.

«Alfa Biselen» tarkibi tabiiy faol komponentlarning optimallashtirilgan kompleksi bo‘lib, ilmiy tadqiqotlar va tabiat kuchlarini uyg‘unlashtirib, barqaror natijalarga olib keladigan imkoniyatlarga ega.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Иванова О.Е., Лопатин В.В., Нечаева И.В., Чельцова Л.К. Русский орфографический словарь. М.: Институт русского языка им. В.В.Виноградова Российской академии наук; 2004. [Ivanova O.E., Lopatin V.V., Nechaeva I.V., Cheltsova L.K. Russian spelling dictionary. Moscow: RAS V.V. Vinogradovs Institut russkogo yazyka; 2004]. (in Russian)

2. Аравийская Е.Р., Михеев Г.Н., Мошкалова И.А., Соколовский Е.В. Облысение. Дифференциальный диагноз. Методы терапии. СПб.: СОТИС; 2003. [Araviyskaya E.R., Mikheev G.N., Moshkalova I.A., Sokolovskiy E.V. Baldness. Differential diagnosis. Methods of therapy. St.Petersburg: SOTIS; 2003]. (in Russian)

3. Habif T.P. Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy. Elsevier Health Sciences; 2009.

4. Горячкина В.Л., Иванова М.Ю., Цомартова Д.А., Карташкина Н.Л., Кузнецов С.Л., Ломоносов К.М., Заборова В.А. Физиология волосяных фолликулов. Российский журнал журнал кожных и венерических болезней. 2015; 3: 51-4. [Goryachkina V.L., Ivanova M.Yu., Tsomartova D.A., Kartashkina N.L., Kuznetsov S.L., Lomonosov K.M., Zaborova V.A. The physiology of hair follicles. Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney. 2015; 3: 51–4]. (in Russian)

5. Tobin D.J. The biogenesis and growth of human hair. In: Tobin D.J., ed. Hair in Toxicology – an important biomonitor. Cambridge: The Royal Society of Chemistry; 2005: 3–33.

6. Bernard B.A. The human hair follicle, a bistable organ? Exper. Dermatol. 2012; 21(6): 401–3.

7. Randall V.A., Botchkareva N.V. The biology of hair growth. In: Gurpreet S. A., ed. Cosmetics applications of laser and light-based systems. William Andrew; 2009: 3–5.

8. Ноздрин В.И., Горпинич И.В. Смена волос. Альманах Ретиноиды. Вып. 27. М.; 2008: 35–53. [Nozdrin V.I., Gorpinich I.V. Change of hair In: Nozdrin V.I., ed. Retinoidy. Issue 27. Moscow; 2008; 35–53]. (in Russian)

9. Nakatake Y., Hoshikawa M., Asaki T., Kassai Y, Itoh N. Identification of novel fibroblast growth factor, FGF 22, preferentially expressed in the inner root sheath of hair follicle. Biochem. Biophys. Acta. 2001; 1517(3): 460–3.

10. Bayer-Garner J., Sanderson R., Smoller B. Syndican-1 is strongly expressed in the anagen hair follicle outer root sheath and in the dermal papilla but expression diminishes with involution of the hair follicle. Am. J. Dermatopathol. 2002; 24(6): 484–9.

MYCOBACTERIUM LEPRAE XUSUSIYATLARINING YANGICHA TA'RIFI

E.X. Eshboyev, U.D. Utepbergenova
RIDVvaKIATM, Qoraqalpog'iston tibbiyot instituti

Maqolada Mycobacterium leprae ning morfobiologik xususiyatlari, antigenligi hamda eksperimental sharoitda hayvonlarga yuqtirish uslublari berilgan. Mikobakteriyalar bilan bog'liq kasallik o'choqlari ta'riflangan.

Tayanch so'zlar: Mycobacterium leprae, eksperimental uslublar, morfobiologik xususiyatlari, endemik o'choqlar.

Новое описание свойств Mycobacterium leprae

Э.Х. Эшбоев, У.Д. Утепбергенова

В статье приведены морфобиологические особенности, антигенность Mycobacterium leprae и методы заражения животных в экспериментальных условиях. Описаны очаги заболевания, связанные с микобактериями.

Ключевые слова: Mycobacterium leprae, экспериментальные методы, морфобиологические особенности, эндемичные очаги.

New description of the properties of Mycobacterium leprae

E.Kh. Eshboyev, U.D. Utepbergenova

The article presents the morphobiological features, antigenicity of Mycobacterium leprae, and methods of infecting animals under experimental conditions. Mycobacterium-associated disease outbreaks have been described.

Keywords: Mycobacterium leprae, experimental methods, morphobiological characteristics, endemic foci.

Moxov (lepra) mikobakteriyalar keltirib chiqaradigan yuqumli kasallik bo'lib, surunkali progressiv shaklda kechuvchi og'ir xastaliklardan hisoblanadi. Mabodo bemorga o'z paytida maxsus tibbiy yordam berilmasa, keyinchalik periferik nerv tizimi hamda ichki a'zolar qattiq zararlanadi. Pirovardida bemor nogiron yoki ko'r bo'lib qolishi bilan hayotini yakunlaydi [1,6,8].

Umuman moxov uzoq davrdan beri insoniyatga ma'lum bo'lgan qadimiy kasallik. Uning qachon va qayerda paydo bo'lganligini hech kim aniq bilmaydi. Odamlar uni ancha payt nasliy kasallik deb e'tirof etishgan. Ammo 1874-yili norvegiyalik olim G.A. Xansen tomonidan kasallik qo'zg'atuvchisi – Mycobacterium leprae topilishi ko'p tortishuvlarga barham berdi [5].

Biz ushbu maqola orqali Mycobacterium lepraening yangicha xususiyatlarini bayon qilishni maqsad qilib qo'ydik.

M.leprae Mycobacterium avlodiga, Mycobacteriaceae oilasiga, Actinomycetales turi va Actinomycetes sinfiga kiradi. Mikobakteriyalar tashqi qoplam sifatida 5 nm dan 15 nm. gacha bo'lgan elektron zich mikrokapsuladan, ya'ni mukopolisaxaridlardan iborat. Umuman olganda M.leprae ning antigenligi va dori darmonga chidamliligining shakllanishini belgilaydi. 8 dan 20 nm gacha bo'lgan 3 qavatli hujayra qobig'i esa xuddi shu mikrokapsula ostida joylashadi. Mikrokapsula qavat sitoplazmatik membranaga tutashgan holda yopishib turadi [10,17].

Mikobakteriyalar kislota va spirtga chidamli bo'lib ular juda sekin bo'linadi, uning generatsiyasi 12-12,5 kun davom etadi va obligat hujayrani ichidan turib zararlaydi. M.lepraeni sun'iy oziq muhitlarda o'stirishning hanuzgacha iloji bo'lmayapti va ular M.tuberculosis funksional genlarining faqatgina yarmiga ega. Lekin M.leprae laboratoriya sharoitida eksperimental hayvonlarni moxov bilan zararlantirishning hamda mikobakteriyalarning kulturalarini olishning imkoni topildi. Bu urunishlar hozirgi kunda ham davom etmoqda. Ayniqsa eksperimental tadqiqot ishlari orasida S. Shepard tomonidan (1960) taklif qilingan model alohida o'rin egallaydi [5,8].

Moxov kasalligining inkubasion davri 6-8 oydan 20-30 yilgacha davom etishi mumkin. Professor E.X. Eshboev (2001) bir-ikki marta lepromatoz lepra bilan (buvisi) maishiy muloqotdan so'ng (nevarasi) oradan 37 yil vaqt o'tgandan keyin yangi bemorni aniqlashga muvoffaq bo'lgan. Aytish joizki, bunday uzoq muddat davrda makroorganizm bilan mikroorganizm orasida juda katta molekulyar o'zgarishlar ro'y berishi mumkin. Olimlarning tinimsiz izlanishlari tufayli Janubiy Amerika o'rmonlarida yovvoyi holda yashovchi hayvon 9 belbog'li zirxli zirhli jonzotlar (Dasypus novemcinctus) M.lepraening tabiy manbai ekanligi aniqlandi va ustida juda ko'p tajribaviy tadqiqotlar o'tkazilmoqda [12].

Moxov mikrobakteriyasi uzunligi 1-7 mkm diametri esa 0.2-0.5 mkm bo'lgan Gram musbat tekis yoki biroz bukilgan tayoqcha shaklida ko'rinadi. Ayrim olimlar M.lepraening bir qismida patogen zamburug'larning xususiyatlari ham bor deyishadi [9,17].

Moxovning ikkinchi yangi qo'zg'atuvchisi bo'lmish M.lepramatosis 2008-yilda kashf etildi. Uning aksincha M.lepraega nisbatan kislotaga va spirtga chidamlilik darajasi ancha past, lekin shunday bo'lsa ham moxovning epidemiologik va klinik jihatdan xavfli bo'lmish yuqumli turi lepromatoz leprani qo'zg'atadi. M.lepramatosisni yuqtirib olganlar Kanada, Osiyo va Meksikaning bir qancha viloyatlarida qayd qilingan. Shotlandiyada esa M.lepramatosis tabiyatda qo'ng'ir olmaxonlar tanasidan aniqlangan. Birlashgan Qirollik va Yevropa davlatlari aholisi orasida M.lepramatosis hozircha aniqlanganicha yo'q. Lekin tabiyatda kasallikning boshqa zoonoz manbai borligini ko'pchilik olimlar endi inkor qilmayapti [3].

Shepard C. va Makrey D. eksperimental sharoitda laboratoriya oq sichqonlari oyoq panjalariga M.lepraening dozalangan miqdorini jo'natib mikobakteriyalarni undirishga erishishgan. Oradan 8-12 oy muddat o'tgach sichqonlarning oyoq panjasidagi mikobakteriyalarning umumiy soni ko'paygan yoki ko'paymaganligini baholashgan. Lekin ushbu umume'tirof etilgan tajriba modeli orqali M.lepraening antigen xususiyatlarini o'rganishga kafolat bermagan. Shu bilan birgalikda M.leprae ni eksperimental hayvonlarda modeli yaratilishiga qaramasdan ushbu uslublar orqali mikobakteriyalarning dorilarga chidamlilik darajasini o'rganishning imkoni bo'lmayapti [4].

Olib borilayotgan tajribalarning uzoq davom etishi shu jumladan M.lepraening juda sekin ko'payishi qator eksperimentlarini umumlashtirishga yo'l bermayapti. Uning ustiga tajribalarda undurulgan M.lepraening bemor odamdagi mikobakteriyalar bilan bir xil tuzilishga ega ekanligi to'g'risida kafolat yo'q. Shuning uchun ham makroorganizm to'qimalaridagi o'zgaruvchan M.lepraeni o'rganish hanuzgacha

dolzarb hisoblanadi.

Endilikda M.lepraening tabiyatda potensial zoonoz manbaini o‘rganish olimlar tomonidan juda faol olib borilmoqda. Yuqorida 9 belbog‘li zirxli jonzotlarning biz yashayotgan olamda tabiy o‘choqlari yo‘q ekanligini aytgan edik. Yana qo‘ng‘ir olmaxonlar (Sciurus vulgars) tanasi to‘qimasi tarkibidan M.leprae topilgan. Eksperimental uslubda aniqlandiki dengiz qirg‘oqlarida yashovchi amyobalar M.lepraeni yutib o‘z organizmida saqlashi mumkin ekan. Ta’kidlanishicha, amyobalarning panjalarida M.leprae 8 oygacha tirik saqlangan. Oxirgi o‘tkazilgan tadqiqotlarda aytiladiki, ayrim kanalar M.lepraeni o‘z tuxumlari orqali tarqatishi mumkin ekan [13,17].

Aytish lozimki, M.leprae obligat hujayra ichi paraziti hisoblanadi. Ular inson makrofaglarida uzoq vaqt yashashga moslashgan. Shuning uchun ham M.leprae antigen o‘zgaruvchan mexanizmda ishtirok etadi. Darhaqiqat, moxovxonalarda davolanib chiqqan bemorlar ambulator sharoitda, ba’zan infeksiya manbai bo‘lib qolishi mumkin.

Moxov uzoq davom etadigan inkubasion davrdan so‘ng rivojlanadigan kasallik bo‘lib, klinik belgilari juda murakkabdir. Shuning uchun ham dermatologiya amaliyotida kasallikga tashxis qo‘yishda paralell ravishda qator bakterioskopik, gistologik va PZR uslublardan foydalaniladi. Ayniqsa teri va shilliq sohaning zararlangan qismidan surtma olish va preparatlarni Sil-Nilson uslubida bo‘yab ko‘rish vrach laborantlar tomonidan ishlatiladigan yumush hisoblanadi. Ammo ta’kidlash joizki bakterioskopik tekshirish uslubining sezgirligi ancha past. Bu kasallikning dastlabki bosqichlari va kam bakteriologik shakllarida tashxisotni sezilarli darajada murakkablashtiradi [10,11].

Boshqa mikobakterial (masalan, silda) infeksiyalarni aniqlashda qo‘llaniladigan bir qator usullarni moxov kasalligida qo‘llashning imkoni bo‘lmayabdi. Bu M.lepraeni sun’iy oziq muhutlarda o‘stirishning iloji yo‘qligi bilan bog‘liq. Shunday bo‘lsa-da, qator olimlar tomonidan M.leprae juda ko‘p xususiyatlarini o‘rganishga muvaffaq bo‘lishdi. Jumladan, M.leprae 27-330 S haroratda eksperimental hayvonlar organizmida yaxshi o‘sar ekan. Bu holatni teri yuzasi, terining yuza qismida joylashgan pereferik nerv tolalarining segmentlari erta zararlanishi va yuqori nafas yo‘llari shilliq qismining jarohatlanishi bilan tushuntirish mumkin. M.leprae yaxshi o‘sadigan to‘qqiz belbog‘li zirxli jonzotlarning tanasi ichki temperaturasi 340 Sni tashkil etadi. AQSh davlati hududida yashovchi shimpanze, qora magabey maymunlari va yavan makkakalari ham M.lepraeni o‘z to‘qimalarida manba sifatida saqlashi mumkin. Qiziqarlisi shundaki, bu qator yovvoyi hayvonlar tanasi issiqligi odamnikidan pastdir. Praktik amaliyotdan ma’lumki moxovga chalingan bemorlarning ham tanasining nisbatan soviq joylari, jumladan, qo‘l-oyoqlari, yuzining peshona sohasi, quloqlari ko‘p zararlanadi [8,14,15].

M.leprae va M.lepramatosis kabi bakteriyalarning genomlarining tarkibi to‘liq o‘rganilgan har ikkala genomlar katta miqdorda psevdogenlar saqlaydi, ularning genlaridagi asosiy fermentlarda metobolitik yo‘llar yo‘q. Psevdogenlar hisobiga M.leprae va M.lepramatosis boshqa mikroorganizmlarga qaraganda obligat hujayra ichida parazitlik qilishga moslashgan. M.lepramatosis lepromatoz lepraning asosiy qo‘zg‘atuvchisi sifatida e’tirof etilmoqda. Genlarning ketma-ketligi va psevdogenlarning joylashishi M.lepramatosisda M.leprae nisbatan 9 foizga farq qiladi. Molekulyar izlanish uslublari orqali bakteriyalarda kechayotgan bir qancha mutasiyalarni ham identifikasiya qilish yo‘llari topildi. Hatto rifampisinga yoki dapsonga chidamlilikni belgilab beruvchi genlar alohida qilib ajratib olindi. Faqatgina Qo‘shma Shtatlarda uchraydigan zirhli jonzotlar boshqa hech joyda uchramaydigan M.lepraening genotipini tashishi mumkin ekan. E’tiborlisi shundaki, bu joylarda odamlar ham, zirhli jonzotlar ham bir xil genotipga ega bo‘lgan M.leprae tashuvchisidir [16,17,18].

Demak, molekulyar texnologiyaning rivojlanishi kasallikning faqatgina qo‘zg‘atuvchisini o‘rganibgina qolmay, balki xastalik nazoratini hamda epidemiologiyasini yaxshiroq tushunishimizga zamin yaratadi.

Xulosa. Shunday qilib, bizning izlanishlarimizdan va adabiyotlar tahlilidan ma’lum bo‘ldiki, O‘zbekiston sharoitida kasallikning zoonoz tabiiy manbalari (makaka maymunlari, qo‘ng‘ir rang olmaxon, to‘qqiz belbog‘li zirhli jonzotlar) yo‘q. Bu to‘g‘risida xavotir olish shart emas. Lekin aytish joizki, Qoraqalpog‘iston Respublikasi hududida hozirda moxov tashxisi bilan davolanib chiqqan 176 nafar bemor ro‘yxatda turadi. Ularning 102 nafari ko‘pbasillyar (lepromatoz lepra) moxov, 74 nafari esa kambasillyar moxov tashxisi bilan hisobga olingan. 2024-yilning 1-yanvarigacha jami 801 ta kasallikning o‘choqlari, 1182 ta maishiy muloqotdorlari bor. Maishiy muloqotdorlarining 1164 tasi ko‘pbasillyar, bor-yo‘g‘i 18 tasi esa kambasillyar bemorlar bilan maishiy muloqatda bo‘lgan. Bemorlar bilan aloqa muddati 1 oydan boshlab 10 yildan ortiq vaqtni tashkil etadi. Ba’zilarii bitta qishloqda yoki ovulda, asosiy qismi, ming afsuski, bitta oilada bemor bilan birga yashashgan. Yuqorida ta’kidlaganimizdek, moxov kasalligining yashirin ikubasion davri 10-20 yildan ortiq bo‘lishi mumkin. Lepromatoz lepraga chalingan bemor kasallikning avjiga chiqgan davrida og‘iz shilliq sohasidan bir kunda 3-5 mln. basillalarni chiqarishi mumkin. Demak, bu sohada qiladigan ishlarimiz xali ko‘p.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Альварес Фигероа М.В., Леви Д.Т. Этиологическая диагностика заболеваний, вызываемых микобактериями//Инфекционные болезни. 2014. Т.12. №2. С. 95-99.

2. Арнаудова К.Ш., Сароянц Л.В. Идентификация микобактерий, выделенных от больных лепрой//Евразийский союз ученых. 2016. №3-2 (24). С. 66-67.

3. Гардер Р.О. Лепра в современном мире//Вестник научных конференций. 2019. №3-3 (43). С. 55-56.

4. Дегтярев О.В., Дуйко В.В., Дячина М.Н., Ибадулаев З.Я. Серологический мониторинг больных лепрой как критерий излеченности и контроля за эпидемиологической ситуацией//Российский журнал кожных и венерических болезней. 2013. № 4. С. 29-32.

5. Ерина И.А., Садретдинов Р.А. К истории открытия возбудителя лепры//Синергия Наук. 2018. №29. С. 725-731.

6. Колесников Ф.Н. Лепра: из тени на свет. очерк о загадочной болезни//Universum: медицина и фармакология. 2018. №1(46). С. 4-11.

7. Королёва-Ушакова А.Г., Баранова Е.В., Игнатов С.Г. и др. Перспектива применения синтетических микобактериальных антигенов в серологических тестах для диагностики лепры//Инфекционные болезни. 2020. Т.18. №4. С. 164-168.

8. Кубанов А.А. Современный взгляд на лепру: научное издание / А.А. Кубанов, Т.В. Абрамова, Е.К. Мураховская, В.А. Ласачко // Лечащий врач. М., 2018. №5. С. 48-52.

9. Первухин Ю.В., Дуйко В.В. Экспериментальная лепра: прошлое, настоящее и будущее//Естественные науки. 2010. № 2 (31). С. 144-150.

10. Разработка лабораторной диагностики лепры с помощью полимеразной цепной реакции: научное издание / Л.В. Сароянц [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. М., 2018. Том 63

№1. С. 55-59.

11. Сароянц Л.В., Арнаудова К.Ш., Наумов В.З. Разработка метода оценки эффективности лечения лепры с помощью ПЦР: Материалы научно-практических конференций в рамках V Российского конгресса лабораторной медицины (РКЛМ 2019). Сборник тезисов. 2019. С. 247-248.

12. Эшбоев Э.Х. Moxov kasalligining oilali yoki oiladan tashqarida yuqishi: научное издание / Э.Х. Эшбоев, Х.Р. Бабажанов // Дерматовенерология и эстетическая медицина: научно-практический журнал / Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ассоциация дерматовенерологов Узбекистана. Ташкент: ООО «Niso Poligraf», 2021. №1-2. С. 105-109

13. Янчевская Е.Ю., Меснянкина О.А. Лепра: современные представления о путях передачи//Кубанский научный медицинский вестник. 2019. Т.26. № 4. С. 123-130.

14. Alemu Belachew W, Naafs B. Position statement: LEPROSY: Diagnosis, treatment and follow-up. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019 Jul;33(7):1205-1213. doi: 15. Ule Belotti NC, Tonelli Nardi SM, Arco Paschoal VD, Martins Montanha JO, Paro Pedro HDS, Gazetta CE. Laboratory diagnosis of leprosy: Two staining methods from bacilloscopy and rapid ml flow test. Int J Mycobacteriol. 2021 Oct-Dec;10(4):393-397. doi: 10.4103/ijmy.ijmy_206_21. PMID: 34916457.

15. Serrano-Coll H, Salazar-Peláez LM, Mesa-Betancourt F, Cardona-Castro N. Oct-6 transcriptional factor a possible biomarker for leprosy diagnosis. Diagn Microbiol Infect Dis. 2021 Feb;99(2):115232. doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2020.115232. Epub 2020 Oct 6. PMID: 33130505.

16. Rahevar K, Morishita F, Oh KH, Islam T. Epidemiological review of leprosy in WHO's Western Pacific Region: 1991-2019. Western Pac Surveill Response J. 2021 Aug 23;12(3):34-46. doi: 10.5365/wpsar.2021.12.3.858. PMID: 34703634; PMCID: PMC8521134.

17. Li YY, Shakya S, Long H, Shen LF, Kuang YQ. Factors Influencing Leprosy Incidence: A Comprehensive Analysis of Observations in Wenshan of China, Nepal, and Other Global Epidemic Areas. Front Public Health. 2021 May 31;9:666307. doi: 10.3389/fpubh.2021.666307. PMID: 34136455; PMCID: PMC8200479.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА: СТРАТЕГИИ МИНИМИЗАЦИИ РИСКОВ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Ф.Д. Каримова, М.Р. Ботирова, Ч.М. Хужамбердиев

Центр развития профессиональных квалификаций медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Кафедра акушерства и гинекологии

Современные исследования показывают, что повторные потери беременности являются мультифакториальным состоянием, зависящим от генетических и эпигенетических факторов. Прегравидарная подготовка включает диагностику и коррекцию факторов риска, что снижает осложнения беременности и родов. Несмотря на достижения в изучении патогенеза и предикторов, остаются нерешенные вопросы. Поиск новых молекулярных маркеров и применение персонализированных подходов в прогнозировании осложнений позволяют эффективно выявлять группы риска, улучшая исходы для матери и ребенка. Это подчеркивает важность комплексных профилактических программ.

Ключевые слова: потери беременности, прегравидарная подготовка, генетические маркеры, эпигенетические факторы, персонализированная медицина, репродуктивное здоровье, осложнения беременности, перинатальная профилактика, преконцепционные программы, риски гестации, молекулярные предикторы, акушерские осложнения, индивидуализированный прогноз, генные полиморфизмы, профилактика репродуктивных нарушений.

Akusherlik qiyinchiliklari va reproduktiv yo‘qotishlar xavfini kamaytirish strategiyasining zamonaviy holati

F.D. Karimova, M.R. Botirova, Ch.M. Xujamberdiyev

Zamonaviy tadqiqotlar shuni ko‘rsatmoqdaki, takroriy bo‘lgan homiladorlik yo‘qotishlari — ko‘p omillarga bog‘liq holat bo‘lib, genetik va epigenetik omillardan ta’sirlanadi. Pregravidar tayyorgarlik risktorlarni aniqlash va to‘g‘rillashni o‘z ichiga oladi, bu esa bo‘yinning va tug‘ishning asoratlarini kamaytiradi. Patogenez va prediktorlarni o‘rganishdagi yutuqlarga qaramay, ayrim masalalar hali ham hal qilinmagan. Yangi molekular markyorlarni izlash va shaxsga yo‘naltirilgan yondashuvlarni qo‘llash asoratlarni prognoz qilishda samarali topish imkonini beradi, bu esa onaning va bolaning natijalarini yaxshilaydi. Bu, shuningdek, mukammal profilaktik dasturlarning muhimligini ko‘rsatadi.

Tayanch so‘zlar: homildorlikni yo‘qotish, pregravidar tayyorgarlik, genetik markyorlar, epigenetik omillar, shaxsga yo‘naltirilgan tibbiyot, reproduktiv salomatlik, homiladorlik asoratlari, perinatal profilaktika, prekonsepsion dasturlar, gestatsiya xavflari, molekular prediktorlar, akusherlik asoratlari, individual prognoz, gen polimorfizmlari, reproduktiv buzilishlarni profilaktika qilish.

Current state of the issue: strategy for minimizing the risks of obstetric complications and reproductive losses

F.D. Karimova, M.R. Botirova, Ch.M. Khujamberdiev

Modern studies show that recurrent pregnancy loss is a multifactorial condition influenced by genetic and epigenetic factors. Preconception care involves the diagnosis and correction of risk factors, which reduces pregnancy and birth complications. Despite the advances in understanding the pathogenesis and predictors, many issues remain unresolved. The search for new molecular markers and the application of personalized approaches in predicting complications help effectively identify risk groups, improving outcomes for both mother and child. This underscores the importance of comprehensive preventive programs.

Keywords: pregnancy loss, preconception care, genetic markers, epigenetic factors, personalized medicine, reproductive health, pregnancy complications, perinatal prevention, preconception programs, gestational risks, molecular predictors, obstetric complications, individualized prognosis, gene polymorphisms, prevention of reproductive disorders.

Введение. Повторные потери беременности представляют собой мультифакториальное заболевание, в развитии которого важную роль играют как генетические, так и эпигенетические факторы. Несмотря на значительный прогресс в изучении этиологии и патогенеза ранних потерь беременности, а также в выявлении молекулярно-генетических предикторов этого осложнения, многое остается невыясненным. Это связано с влиянием эпигенетических, этнических факторов и межгенных взаимодействий, которые влияют на физиологические процессы организма женщины и ход патологических реакций. Стабильная частота ранних потерь, несмотря на внедрение современных клинических протоколов и алгоритмов, указывает на необходимость дальнейших исследований и разработки эффективных методов предсказания и лечения. Важным аспектом является прегравидарная подготовка, которая включает диагностику и коррекцию факторов риска, что способствует снижению осложнений беременности и родов. Преконцепционное обследование и консультирование, направленные на устранение здоровья нарушений у женщин, имеют доказанную эффективность в снижении риска осложнений в течение беременности и родов. Важнейшей задачей на сегодняшний день остается поиск новых молекулярных маркеров и применение персонализированных подходов в прогнозировании осложнений беременности, что позволит более точно выявлять группы риска и повышать эффективность профилактических мероприятий.

Обзор литературы. В последние годы значительное внимание уделяется роли эндотелиальной дисфункции в патогенезе различных осложнений беременности, таких как невынашивание, преэклампсия, плацентарная недостаточность, задержка роста плода (ЗРП) и преждевременные роды (ПОНРП). Исследования показывают, что эндотелиальная дисфункция играет ключевую роль как в организме матери, так и в структуре фетоплацентарного комплекса [Дубоссарская З.М., Дука Ю.М., 2014; Possomato-Vieira J.S., Khalil R.A., 2016; Чуманова О.В. и др., 2017]. Эндотелий сосудов синтезирует вещества, регулирующие процессы свертывания крови, фибринолиза, сосудистый тонус, проницаемость сосудов и ангиогенез. При повреждении эндотелия наблюдается повышенная продукция прокоагулянтов и вазоконстрикторов, что приводит к нарушению микроциркуляции и сосудистым заболеваниям [Кузник Б.И., 2010].

Генетические исследования показали связь полиморфизма генов, участвующих в развитии эндотелиальной дисфункции, с риском привычных выкидышей. Например, полиморфизм гена ангиотензин-конвертирующего фермента (ACE) был ассоциирован с повышенным риском невынашивания беременности [S. Fazelnia et al., 2016]. Ряд исследований также указывает на ассоциацию генотипов ACE DD и ACE ID с повышенным риском привычных выкидышей [J.J. López-Jiménez et al., 2016; E. Gumus, 2018]. Эти результаты подчеркивают важность молекулярно-генетического предсказания осложнений беременности, основанного на генах, участвующих в регуляции сосудистого тонуса и гемостаза.

Оксид азота (NO) играет важную роль в регуляции сосудистого тонуса и поддержании физиологического гомеостаза в организме беременной женщины. Нарушение его сигнальной функции может привести к множественным нарушениям, включая плацентарную дисфункцию, что влияет на развитие беременности [Кузнецова В.Л., Соловьева А.Г., 2015; Bogdan C. et al., 2015]. Взаимодействие оксида азота с различными молекулярными мишенями регулирует широкий спектр физиологических процессов, включая поддержание кровообращения и иммунный ответ.

Исследования также подтвердили, что нарушения в системе ангиогенеза играют важную роль в развитии осложнений беременности. Полиморфизмы гена васкулярно-эндотелиального фактора роста (VEGF) были ассоциированы с риском плацентарной недостаточности и невынашивания [Y.Sun et al., 2017; Y.W. Jung et al., 2018]. Нарушения в экспрессии этих генов могут привести к патологической инвазии трофобласта, нарушению развития сосудов и плаценты, что является одним из факторов, способствующих выкидышам и другим осложнениям беременности [Brosens I. et al., 2011; Fajersztajn L., Veras M.M., 2017].

Не менее важным фактором, влияющим на патогенез осложнений беременности, является система гемостаза и фибринолиза. Гиперкоагуляция и нарушения микроциркуляции могут быть критичными для развития осложнений, таких как плацентарные нарушения и угрозы для жизни матери и плода [Галайко М.В. и др., 2017]. Тромбофилия, как наследственная, так и приобретенная, является значимым фактором риска для невынашивания беременности и других акушерских осложнений [Макацария А.Д. и др., 2011]. Влияние гипергомоцистеинемии на сосудистую систему беременных также рассматривается как важный предиктор для развития этих осложнений [Момот А.П. и др., 2013].

Таким образом, современные исследования подтверждают важность комплексного подхода к изучению механизмов, лежащих в основе осложнений беременности, с акцентом на роль генетических факторов, нарушений в системе сосудистого и гемостатического баланса, а также ангиогенеза. Эти данные открывают новые возможности для предсказания и предотвращения акушерских осложнений, связанных с нарушением эндотелиальной функции.

Методология исследования. Цель исследования: Основной целью данного исследования является изучение роли генетических и эпигенетических факторов, а также эндотелиальной дисфункции и нарушений ангиогенеза в развитии привычных выкидышей и других осложнений беременности, таких как преэклампсия, плацентарная недостаточность и преждевременные роды. Особое внимание уделяется молекулярно-генетическому предсказанию осложнений, а также разработке методов профилактики и лечения.

Объект исследования: Исследование направлено на изучение женщин, у которых произошли повторные потери беременности, а также здоровых женщин в репродуктивном возрасте для сравнения данных. Включаются пациенты с диагнозами, связанными с эндотелиальной дисфункцией, нарушениями ангиогенеза и гемостаза.

Методы исследования:

- Генетический анализ: Секвенирование и анализ полиморфизмов генов, таких как ангиотензин-конвертирующий фермент (ACE), васкулярно-эндотелиальный фактор роста (VEGF), а также генов, участвующих в регуляции сосудистого тонуса и гемостаза, с целью выявления ассоциаций с риском привычных выкидышей.

- Исследования эндотелиальной функции: Оценка состояния эндотелиальной функции с помощью биомаркеров, таких как оксид азота (NO), и анализ взаимодействий между молекулярными мишенями, участвующими в регуляции сосудистого тонуса.

- Оценка ангиогенеза: Изучение нарушений в системе ангиогенеза, в том числе генетических вариаций в VEGF и других связанных с ним генах, с целью установления их связи с риском плацентарной недостаточности и других осложнений беременности.

- Анализ системы гемостаза: Оценка уровня гиперкоагуляции и состояния микроциркуляции с помощью показателей фибринолиза, а также исследование влияния тромбофилии и гипергомоцистеинемии на развитие осложнений беременности.

Дизайн исследования:

- Тип исследования: проспективное когортное исследование.

- Группы участников: исследуемые будут разделены на две группы: группа женщин с привычными выкидышами и группа здоровых женщин для контроля.

- Методы сбора данных: для каждой группы будут собраны клинические данные, генетические образцы для анализа, а также биохимические маркеры, отражающие состояние эндотелиальной функции, ангиогенеза и системы гемостаза.

- Статистический анализ: для анализа данных будет использован многомерный статистический подход, включающий регрессионный анализ для выявления ассоциаций между генетическими полиморфизмами, биомаркерами и риском осложнений беременности. Применение методов корреляционного анализа и сравнительных тестов между группами позволит оценить значимость полученных данных.

- Ожидаемые результаты: ожидается, что выявление молекулярных маркеров, связанных с эндотелиальной дисфункцией, нарушениями ангиогенеза и системами гемостаза, позволит точнее прогнозировать риск осложнений беременности и выработать более эффективные стратегии их предупреждения и лечения. Особое внимание будет уделено роли генетических факторов, влияющих на развитие привычных выкидышей и других акушерских осложнений.

Практическая значимость: результаты исследования могут стать основой для разработки новых диагностических и прогностических тестов, а также для создания персонализированных методов лечения и профилактики осложнений беременности, что повысит эффективность прегравидарной подготовки и снизит частоту неблагоприятных исходов беременности.

Анализ исследования. Основные выводы исследования: В данном исследовании рассматриваются молекулярные маркеры и генетические полиморфизмы как важные индикаторы для диагностики и прогнозирования осложнений беременности, таких как привычные выкидыши, преэклампсия, плацентарная недостаточность и другие акушерские осложнения. Основной акцент сделан на важности генетического тестирования и ассоциативных исследований для выявления факторов риска на этапе прегравидарной подготовки, что позволит повысить эффективность профилактических мероприятий и снизить риск осложнений в ходе беременности.

Критические проблемы в области исследования: Одним из главных препятствий для эффективного прогресса в данной области является сложность идентификации точных молекулярных маркеров, которые могут быть связаны с конкретными акушерскими осложнениями. Хотя в последнее время было выявлено множество генетических полиморфизмов, их влияние на патологический процесс гестации до сих пор остается частично неясным. Важно отметить, что высокая частота этих полиморфизмов в популяциях и их функциональная роль делают их потенциально полезными маркерами для раннего прогнозирования рисков осложнений.

Генетические маркеры, ассоциированные с осложнениями беременности:

Из анализа списка генов-кандидатов, ассоциированных с осложнениями беременности (Таблица 1), можно выделить несколько ключевых молекулярных маркеров, которые играют важную роль в патогенезе гестационных заболеваний:

- NOS3 (Эндотелиальная синтетаза оксида азота): Полиморфизм Glu298Asp ассоциируется с риском преэклампсии. Оксид азота (NO) играет важную роль в регуляции сосудистого тонуса и кровотока, и его нарушение может приводить к патологиям, таким как преэклампсия.

- F5 (Коагуляционный фактор V): Мутация Лейден (1691G>A) связана с повышенным риском развития преэклампсии, невынашивания беременности, антенатальной гибели плода, а также с такими состояниями, как плацентарная недостаточность и задержка роста плода (ЗРП).

- F2 (Протромбин): Мутация 20210 G>A является важным маркером риска развития преэклампсии, преждевременных родов (ПОНРП) и других акушерских осложнений, таких как ЗРП и плацентарная недостаточность.

- AGT (Ангиотензиноген) и AGTR1 (Рецептор ангиотензина I): Полиморфизмы этих генов, такие как Met235Thr (AGT) и 1166A>C (AGTR1), ассоциированы с риском артериальной гипертонии, что может способствовать развитию преэклампсии и других сосудистых осложнений в ходе беременности.

Перспективы и преимущества молекулярной диагностики: Введение молекулярных маркеров в клиническую практику для раннего выявления женщин с высоким риском осложнений беременности может значительно повысить эффективность прегравидарной подготовки и вмешательств на ранних стадиях. Использование таких маркеров в сочетании с другими методами диагностики позволит врачам точнее прогнозировать развитие осложнений, таких как привычные выкидыши, преэклампсия, плацентарная недостаточность, и разрабатывать персонализированные стратегии для их предотвращения.

Актуальность проблемы невынашивания беременности остается высокой из-за стабильной частоты повторных выкидышей и преждевременных родов. Несмотря на достижения современной медицины, частота этих осложнений не снижается, что требует разработки более эффективных методов диагностики и профилактики. Раннее выявление генетических маркеров, ассоциированных с риском осложнений, является важным шагом в улучшении здоровья женщин и в снижении перинатальных потерь.

Молекулярные маркеры и генетические полиморфизмы представляют собой ключевые инструменты для прогнозирования и предупреждения осложнений беременности. Идентификация этих маркеров на этапе прегравидарной подготовки может существенно повысить эффективность профилактических программ и снизить частоту акушерских осложнений.

В последние годы наблюдается значительный прогресс в изучении генетических факторов, ассоциированных с невынашиванием беременности. Аллельный полиморфизм

Таблица 1

Список генов-кандидатов, ассоциированных с осложнениями беременности

№ OMIM	Обозначение	Название продукта	Функция	Основной полиморфизм	Ассоциации с осложнениями
Липидный обмен/ lipid metabolism					
163729	NOS3	Эндотелиальная синтетаза оксида азота	Катализирует реакцию образования окиси азота (NO) из L-аргинина, участвует в торможении работы сократительного аппарата сосудистых гладкомышечных элементов и в синтезе NO в эндотелии и, следовательно, в регуляции сосудистого тонуса, кровотока и артериального давления	4a/4b (4/5) Glu298Asp	Генетический маркер преэклампсии
Коагуляция и клеточная адгезия/ coagulation					
227400	F5	Коагуляционный фактор V	Кофактор, входит в состав протромбинового комплекса (F10a+F5a+ Ca2++ фосфолипиды), который осуществляет превращение протромбина в тромбин	1691G>A (Arg506Gin), мутация Лейден	Преэклампсия, невынашивание, антенатальная гибель плода, ПОНРП, HELLP-синдром, плацентарная недостаточность, ЗРП задержка роста плода, плацентарная недостаточность
176930	F2	Коагуляционный фактор 2/ протромбин	Предшественник тромбина	20210 G>A d 3, - концевой некодирующей	Преэклампсия, ПОНРП, невынашивание беременности на ранних сроках, ЗРП, плацентарная
106150	AGT	Агиотензиноген	Предшественник ангиотензина. Субстрат для ренина	Met235Thr	Артериальная гипертония
106165	AGTR1	Рецептор 1-го	Связывает ангиотензин II. Опосредует	1166A>C	Артериальная гипертония

более 40 генов был изучен в контексте его связи с этим акушерским осложнением. О.Н. Беспалова (2007) предложила классификацию этих генов, разделив их на семь групп. Каждая из групп играет свою роль в патогенезе ранних потерь беременности, в том числе гены, отвечающие за детоксикацию, метаболизм фолиевой кислоты и витамина B12, факторы свертывания крови, иммунную систему, метаболизм гормонов и факторы роста (Таблица 2).

Современные исследования значительно дополнили и уточнили представления о роли генетического фактора в развитии привычных выкидышей, указав на сложную взаимосвязь между генными полиморфизмами и различными

Таблица 2

Характеристика полиморфизма генов, ассоциированного с риском невынашивания беременности

Ген	Локус	Белковый продукт	Полиморфизм/Мутация
Группа I. Гены II фазы детоксикации			
GSTM1	1q13	Глутатион-S-трансфераза M1	GSTM10/0
GSTT1	22q11.23	Глутатион-S-трансфераза T1	GSTT10/0
GSTP1	11q13	Глутатион-S-трансфераза P1	Ile105Val
Группа II. Гены метаболизма фолиевой кислоты и витамина B12			
MTHFR	1p36.3	Метилентетрагидрофолатредуктаза	C677T(A-V) A1298C
MTRR	5p15.3-15.2	Метионинсинтетазаредуктаза	A66G
MTR	1q43	Метионинсинтетаза	A2756G
TC	22q12.2	Транскобаламинсинтетаза	Pro259Arg C776G
Группа III. Гены факторов свертывания крови			
β-фибриноген	4q28	β-фибриноген	G455A
PTM	11p11-q12	Протромбин	G20210A
FV	1q23	Фактор V	G1691A (точечная мутация)
FXII	5q33-qter	Фактор XII	C46T

механизмами, влияющими на гестацию.

Одним из важнейших факторов, влияющих на ход беременности, являются гестагены, в частности, прогестерон. Прогестерон выполняет ключевую роль в поддержании беременности, способствуя не только регулированию иммунного ответа на ранних сроках, но и обеспечению нормальной плацентации. Этот гормон регулирует уровень иммунной активности, подавляя воспалительные и тромбообразующие реакции, которые могут привести к выкидышу. Прогестерон также активирует синтез специфических «блокирующих» антител и цитокинов, обеспечивая преобладание Th2-опосредованного иммунного ответа, что критически важно для успешной имплантации эмбриона и поддержания беременности.

Кроме того, прогестерон влияет на тонус спиральных артерий и кровоток в них, что важно для нормального функционирования плаценты и поддержания здоровой гестации. Нарушение синтеза или действия прогестерона может привести к различным осложнениям, таким как выкидыши на ранних сроках или плацентарная недостаточность.

Таким образом, генетические маркеры и гормональные факторы, такие как прогестерон, играют центральную роль в прогнозировании и предотвращении невынашивания беременности. Изучение полиморфизмов генов, связанных с детоксикацией, иммунной реакцией и гормональным балансом, открывает новые возможности для диагностики и разработки индивидуализированных методов лечения и профилактики этого акушерского осложнения.

Заключение и рекомендации. Молекулярные маркеры и генетические полиморфизмы играют важную роль в прогнозировании осложнений беременности. Они могут быть использованы на этапе прегравидарной подготовки для оценки риска развития патологий, таких как преэклампсия, привычные выкидыши, плацентарная недостаточность, преждевременные роды и другие акушерские осложнения. Выявление таких маркеров на ранних стадиях позволяет врачам разрабатывать персонализированные стратегии профилактики и лечения.

Современные достижения в молекулярной генетике позволяют значительно улучшить диагностику и прогнозирование гестационных заболеваний. Однако, несмотря на полученные результаты, существуют проблемы в точности и эффективности маркеров, которые необходимо решать для их широкого применения в клинической практике.

Несмотря на значительный прогресс в области молекулярно-генетических исследований, многое еще остается невыясненным. Необходимо провести дополнительные исследования для выявления новых маркеров и уточнения их связи с различными осложнениями беременности, а также для создания стандартов для их применения в прегравидарной подготовке.

Рекомендации:

- необходимо проводить дальнейшие исследования, направленные на выявление новых молекулярных маркеров, ассоциированных с различными акушерскими осложнениями. Это позволит улучшить диагностику и прогнозирование, а также предложить новые методы вмешательства и профилактики.

- рекомендуется создать протоколы и стандарты для использования молекулярных маркеров в прегравидарной подготовке и в процессе мониторинга беременности, что позволит повысить точность диагностики и эффективность профилактических мероприятий.

- важно разрабатывать индивидуализированные программы профилактики для женщин с высоким риском осложнений беременности, основанные на молекулярно-генетиче-

ских маркерах и других факторах риска.

- рекомендуется включить генетические исследования в стандартную программу прегравидарной подготовки, что позволит своевременно выявить группу риска и применить необходимые меры для снижения вероятности осложнений в дальнейшем.

- важно повысить осведомленность женщин о важности генетических тестов и их роли в планировании беременности. Это поможет улучшить понимание женщинами рисков и путей профилактики осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Amodio, G., et al. (2016). «Polymorphism of HLA-G gene in women with recurrent pregnancy loss».
2. Варанов, В.С. (2009). «Роль ксенобиотиков в невынашивании беременности».
3. Беспалова, О.Н. (2007). «Совместимость супругов по антигенам HLA и риск потери беременности».
4. Dell'Edera, D., et al. (2018). «Association between homocysteine and pregnancy complications».
5. Colucci, F. (2017). «HLA antigens and pregnancy outcomes».
6. Гордеева, Л.А., et al. (2016). «Функциональные аллели генов II фазы детоксикации и невынашивание беременности».
7. Gharesi-Fard, B., et al. (2014). «HLA genotypes and spontaneous abortion».
8. Gaiday, A.N., et al. (2018). «Endothelial dysfunction and pregnancy complications».
9. He, M., et al. (2014). «Genetic risk factors for pregnancy loss: HLA gene polymorphisms».
10. Krog, M.C., et al. (2017). «HLA genetic markers in pregnancy complications».
11. Кузник, Б.И. (2010). «Эндотелиальная дисфункция и нарушения фолатного обмена при беременности».
12. López-Jiménez, J.J., et al. (2016). «ACE gene polymorphism and habitual miscarriage».
13. Mascarenhas, M., et al. (2014). «Homocysteine and endothelial dysfunction in pregnancy».
14. Meuleman, T., et al. (2015). «HLA gene polymorphisms and pregnancy loss».
15. Michita, R.T., et al. (2016). «Polymorphisms in HLA-G gene and risk of recurrent pregnancy loss».
16. Морозова, К.В. (2015). «Ассоциация генов II фазы детоксикации с привычным невынашиванием».
17. Onda, K., et al. (2017). «Endothelial dysfunction in pregnancy complications».
18. Possomato-Vieira, J.S., Khalil, R.A. (2016). «Endothelial dysfunction in preeclampsia».
19. RCOG. (2016). «The role of xenobiotics in pregnancy complications».
20. Shi, X., et al. (2018). «HLA-G gene polymorphism and recurrent miscarriage».
21. Сидельникова, В.М., Сухих, Г.Т. (2010). «Совместимость HLA-антигенов и риск потери беременности».
22. Стрижаков, А.Н., et al. (2017). «Endothelial dysfunction and fetal-maternal health».
23. Trifonova, E.A., et al. (2019). «Homocysteine and endothelial dysfunction during pregnancy».
24. Yazdani, N., et al. (2018). «HLA-G polymorphism and pregnancy complications».
25. Фролова, Н.И., et al. (2015). «Homocysteine and endothelial dysfunction in pregnancy».

КРИОКОНСЕРВАЦИЯ ЯИЧНИКОВОЙ ТКАНИ: ПУТЬ К СОХРАНЕНИЮ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А.Ж. Каххаров[1], Н.Х. Ходжаева [1, 2]

1 - Ташкентский государственный стоматологический институт

1,2 - Частная клиника «Medifarm EKO»

В статье рассматривается криоконсервация ткани яичников как важный метод сохранения фертильности для женщин, перенесших онкологические заболевания. Обсуждаются методы криоконсервации, включая извлечение, обработку, замораживание и размораживание овариальной ткани, а также факторы, влияющие на успешность процедуры. Уделяется внимание преимуществам метода, включая возможность сохранения репродуктивных функций, восстановление гормонального баланса и снижение страха перед бесплодием. Выделяются основные критерии для выбора пациенток на процедуру криоконсервации, а также обсуждаются социальные, экономические и медицинские аспекты, которые подчеркивают значимость данного подхода.

Tuxumdon to‘qimasini kriokonservatsiyasi: onkologik kasalliklar bilan og‘rigan ayollar uchun fertillikni saqlash yo‘li

A.J. Kaxxarov, N.X. Xodjayeva

Maqolada tuxumdonlar to‘qimasini krioprezervatsiya qilish onkologik kasalliklarni davolashdan o‘tgan ayollarda tug‘ilishni saqlashning muhim usuli sifatida ko‘rib chiqiladi. U tuxumdonlar to‘qimasini ekstraksiya qilish, qayta ishlash, muzlatish va eritish, shuningdek, protseduraning muvaffaqiyatiga ta’sir qiluvchi omillarni o‘z ichiga olgan krionkonservatsiya jarayonlarini muhokama qiladi. Usulning afzalliklari, jumladan, reproduktiv funksiyalarni saqlash, gormonal muvozanatni tiklash va bepushtlik qo‘rquvini kamaytirish ta’kidlangan. Bemorlarni krionkonservatsiya muolajasi uchun tanlashning asosiy mezonlari, shuningdek, ushbu yondashuvning ahamiyatini ta’kidlaydigan ijtimoiy, iqtisodiy va tibbiy jihatlar muhokama qilinadi.

Ovarian tissue cryopreservation: a pathway to fertility preservation for women with cancer

A.J. Kahharov, N.Kh. Khodjaeva

The article examines ovarian tissue cryopreservation as an important method for preserving fertility in women who have undergone treatment for oncological diseases. It discusses the cryopreservation procedures, including extraction, processing, freezing, and thawing of ovarian tissue, as well as factors influencing the success of the procedure. The advantages of the method are highlighted, including the preservation of reproductive functions, restoration of hormonal balance, and reduced fear of infertility. Key criteria for selecting patients for the cryopreservation procedure are delineated, alongside a discussion of the social, economic, and medical aspects that emphasize the significance of this approach.

Введение. Криоконсервация ткани яичников становится жизнеспособным решением для женщин, стремящихся сохранить свою фертильность, особенно перед началом онкологического лечения. На фоне растущего числа онкологических заболеваний среди женщин, особенно в детском и подростковом возрасте, важность сохранения репродуктивного потенциала приобретает особое значение. Метод криоконсервации не требует экзогенной гормональной стимуляции и источника спермы, что делает его удобным вариантом для многих пациенток, которые могут быть подвержены риску снижения фертильности из-за предстоящего лечения. Это особенно актуально для девочек препубертатного возраста, так как криоконсервация ткани яичников является единственным доступным способом сохранить возможность зачатия у них, обеспечивая тем самым уникальные возможности для сохранения фертильности до достижения половой зрелости.

Криоконсервация представляет собой надежный превентивный шаг, который может значительно уменьшить стресс и тревогу женщин и их семей, связанные с последствиями онкологических заболеваний и необходимостью лечения. Этот метод не только обеспечивает возможность будущего материнства, но и вносит вклад в психоэмоциональное благополучие пациенток, позволяя им сохранить надежду на восстановление нормальной жизни после завершения медицинского вмешательства. В условиях возрастающей распространенности онкологических заболеваний и улучшения технологий криоконсервации становится все более актуальной темой для обсуждения в медицинских и научных кругах. Исследования и клинические испытания продолжают подтверждать эффективность и безопасность данной процедуры, что делает ее значимым инструментом в арсенале технологий по сохранению репродуктивного здоровья женщин.

Преимущества криоконсервации. Криоконсервация ткани яичников обладает множеством преимуществ, которые делают этот метод актуальным и необходимым для женщин, столкнувшихся с онкологическими заболеваниями. Во-первых, одним из ключевых преимуществ этого подхода является возможность сохранения фертильности и вероятность беременности после завершения лечения рака. Для многих пациенток, потеря возможности стать матерью может быть источником значительного психологического стресса. Криоконсервация предоставляет надежду на восстановление репродуктивной способности, позволяя женщинам планировать будущее материнство даже после онкологических вмешательств.

Во-вторых, криоконсервация способствует поддержанию гормональной функции яичников, что имеет важное значение для общего состояния здоровья женщин. Сохранение гормонального баланса играет ключевую роль в регулировании целого ряда физиологических процессов, включая менструальный цикл, импульсы настроения и тесно связанных с ними аспектов здоровья, таких как метаболизм и сердечно-сосудистая функция. Восстановление гормональной функции после лечения может снизить риск развития различных осложнений, связанных с гормональными нарушениями.

Кроме того, метод криоконсервации известен своим высоким уровнем безопасности и эффективности, особенно для женщин, подверженных риску повреждения яичников в ходе радиотерапии или химиотерапии. Эти виды лечения могут негативно сказываться на репродуктивной системе, вызывая долгосрочные последствия, включая бесплодие. Криоконсервация предоставляет возможность избежать этих последствий, позволяя сохранить ткань яичников и восстановить их функции в будущем.

Наконец, криоконсервация открывает новые перспективы в области сохранения репродуктивного здоровья и повышения качества жизни для женщин, страдающих от онкологических заболеваний. Возможность иметь детей после лечения не только улучшает психологическую устойчивость пациенток, но и способствует их социальной интеграции, позволяя им участвовать в жизни своих семей и общества. В конечном итоге, криоконсервация ткани яичников представляет собой важный шаг к улучшению качества жизни женщин, предоставляя им возможность контролировать собственное репродуктивное будущее в условиях серьезных медицинских вызовов.

Критерии выбора на процедуру криоконсервации:

- Возраст до 45 лет в зависимости от уровня антимюллерового гормона (АМГ).
- Необходимость в срочной терапии, вызывающей гонадотоксичность.
- Девочки до полового созревания.
- Высокий риск развития бесплодия (>50%) из-за лечения.
- Рекомендация использования метода при ожидаемой высокой выживаемости, например, при лимфомах и некоторых видах рака.

Важно учитывать отсутствие предшествующей химиотерапии или радиотерапии для возрастных групп старше 15 лет, а также отсутствие противопоказаний к операции и анестезии. Необходимость информированного согласия от пациентов и их родителей также остается актуальной.

Для несовершеннолетних пациенток криоконсервация ткани яичников остается единственным способом сохранить возможность зачатия, поскольку другие методы вспомогательной репродуктивной технологии недоступны.

Криоконсервация может быть рекомендована при различных солидных опухолях, а также при определенных гематологических заболеваниях, таких как талассемия и серповидноклеточная анемия. Однако применение этого метода с осторожностью рекомендуется при высоком риске метастазирования в яичники, а также он противопоказан при раке яичников.

Таким образом, криоконсервация ткани яичников — это важный шаг к обеспечению репродуктивных прав женщин и девочек, которые сталкиваются с серьезными медицинскими вызовами.

Техника криоконсервации ткани яичников. Методика криоконсервации яичниковой ткани включает несколько этапов, которые обеспечивают сохранение клеточной жизнеспособности и функциональности фолликулов. Сначала после извлечения яичника его помещают в стерильный физиологический раствор и доставляют в лабораторию, где работа производится в условиях ламинарного шкафа для обеспечения стерильности. Затем кортекс яичника изолируют на толщину 1-2 мм и нарезают на фрагменты размером 5×5 мм. Фрагменты собирают без учета порядка их размещения в яичнике, при этом ткань несколько раз промывают в изотоническом физиологическом растворе для удаления остаточных клеток и улучшения качества ткани.

После этого кусочки помещают в стерильную пробирку с криопротектором объемом 30 мл, который состоит из 0,1

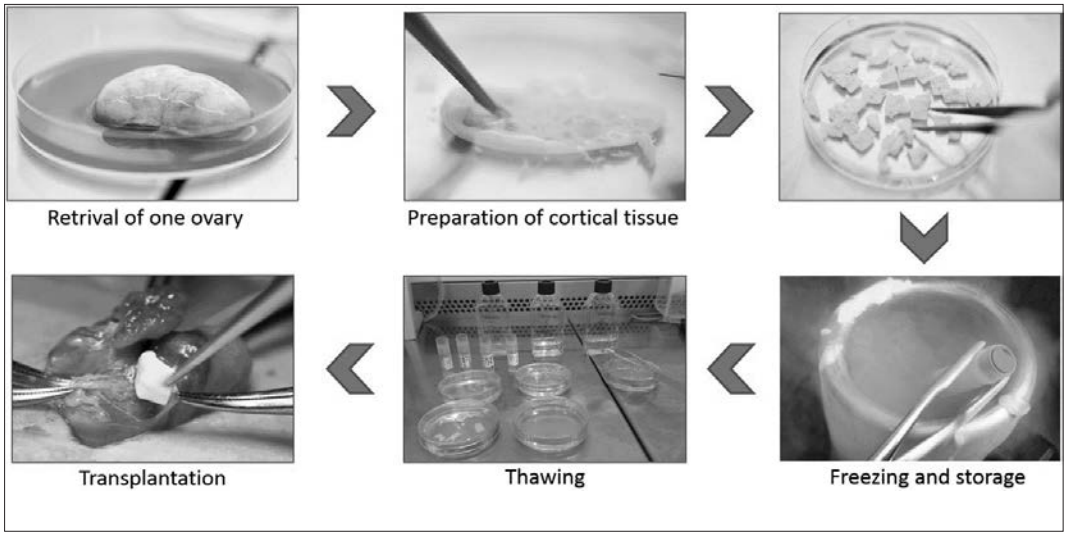


Рис. 1. Процесс криоконсервации и трансплантации ткани яичников (Взято из: Yding Andersen, C., Mamsen, L. S., & Kristensen, S. G. (2019). Fertility Preservation: Freezing of ovarian tissue and clinical opportunities in Reproduction. Society for Reproduction and Fertility, 158(5), F27-F34). 1. забор яичника или его ткани 2. подготовка кортикальной ткани 3. обработка ткани 4. замораживание и хранение 5. размораживание 6. трансплантация

моль/л сахарозы и 1,5 моль/л этиленгликоля. Для приготовления криопротектора в фосфатно-солевом буфере разводят 9,15 мл 100% этиленгликоля в 90 мл буфера, затем добавляют 1 мл раствора сахарозы, объемом 200 г/л. Пробирку с кусочками уравновешивают в течение 30 минут при температуре 10С на наклонном столе, что позволяет равномерно распределить криопротектор по тканям.

Каждый кусочек переносится в криопробирки емкостью 1,8 мл (Nunc A/S, Роскилле, Дания) с 1 мл криопротектора, обеспечивая надежную упаковку для дальнейшего замораживания. Затем криопробирки с кусочками коры помещаются в специальные устройства для криоконсервирования и проходят программу заморозки. Эта программа предусматривает поэтапное снижение температуры: сначала скорость замораживания составляет 20С/мин до достижения -90С, где образцы удерживаются в течение 5 минут, затем скорость замораживания снижается до 0,30С/мин до -400С и наконец 100С/мин до достижения температуры -1400С.

По завершении процесса замораживания образцы перемещаются в криохранилище, где они хранятся при температуре -1960С, обеспечивая долговременное сохранение жизнеспособности и функциональности овариальной ткани.

Методика размораживания и контроля фоликулов. Методика размораживания и контроля фоликулов начинается с быстрой разморозки образцов, которая осуществляется в водяной бане при температуре 370С. Этот процесс позволяет минимизировать повреждения клеток, обеспечивая их сохранение и целостность. После размораживания каждый фрагмент фиксируется в растворе Буэна, что останавливает биохимические процессы и сохраняет структуру ткани перед дальнейшей обработкой. Далее фрагменты перемещаются в 70% раствор этанола для удаления излишков фиксатора и подготовки материала для заливки.

Все фрагменты обрабатываются для заливки в парафин, после чего нарезаются на срезы толщиной 30 мкм и устанавливаются на предметные стекла. Для визуализации клеточных структур применяется окрашивание реактивами Шиффа с периодической кислотой и гематоксилином Майера, что позволяет четко выделить ядра клеток и цитоплазму. В результате использования данных реактивов можно будет более точно оценить состояние фолликулов.

Фолликулы классифицируются на основе их морфологических характеристик. Примордиальный фолликул представляет собой ооцит, окруженный одним слоем уплощенных гранулезных клеток, первичный фолликул классифицируется по наличию одного слоя кубических гранулезных клеток, тогда как вторичный фолликул имеет более одного слоя кубических гранулезных клеток. Этот процесс классификации позволяет провести детальный анализ состояния фолликулов после размораживания.

Все фолликулы подсчитываются, однако структуры, которые повреждены до такой степени, что их невозможно с уверенностью распознать как фолликулы, исключаются из анализа. Это обеспечивает большую точность в оценке выживаемости и состояния фолликулов, что в итоге позволяет получить надежные данные о результатах процедуры криоконсервации и размораживания.

Факторы, влияющие на долговечность трансплантата овариальной ткани. Долговечность трансплантата овариальной ткани зависит от множества факторов, которые могут существенно влиять на исход процедуры и ее результативность. Во-первых, возраст на момент криоконсервации является ключевым фактором, так как с увеличением возраста женщины может наблюдаться снижение качества овариальной ткани и, соответственно, овариального резерва. Это обстоятельство непосредственно сказывается на успешности последующей трансплантации и восстановлении фертильности.

Исходный овариальный резерв на момент криоконсервации также играет важную роль в долговечности трансплантата. Женщины с более высоким резервом имеют лучшие шансы на успешное восстановление функций яичников после трансплантации, что в свою очередь увеличивает вероятность достижения беременности.

История лечения рака также является критическим фактором, поскольку различные виды терапии могут поразному влиять на овариальную ткань. Например, химиотерапия и радиотерапия могут ухудшать качество клеток и фолликулов, что может негативно сказаться на эффективности хирургического вмешательства и последующей функциональной способности пересаженных тканей.

Методы подготовки овариальной ткани перед криоконсервацией и трансплантацией, а также протоколы замораживания и размораживания имеют значительное влияние на сохранение жизнеспособности фолликулов. Оптимизация этих процессов может улучшить качество пересаженной ткани и повысить шансы на восстановление нормальной функции яичников.

Количество пересаженных кортикальных срезов также играет роль в долговечности трансплантата. Большее ко-

личество срезов может увеличить вероятность сохранения функциональных фолликулов и, следовательно, повысить эффективность процедуры.

Методы трансплантации и места их выполнения также влияют на результаты. Технологии, используемые во время трансплантации, и выбор места, куда будет пересажена ткань, могут существенно изменять исход операции, включая восстановление кровоснабжения и интеграцию тканей.

Степень ишемии после трансплантации является еще одним важным фактором, так как недостаточное кровоснабжение может привести к ухудшению состояния пересаженной ткани и потере функциональности. Успешное восстановление кровотока критично для дальнейшего существования фолликулов.

Количество выживших фолликулов в овариальных трансплантатах является одним из ключевых показателей успешности процедуры. Высокий уровень выживаемости фолликулов прямо коррелирует с вероятностью восстановления гормональной функции и возможности достижения беременности.

Результаты и эффективность процедуры, согласно данным литературы, показывают, что процент восстановления гормональной функции может достигать до 95%, в то время как до 70% женщин имеют возможность оказываться беременными. Эти высокие показатели подчеркивают значимость многочисленных факторов, влияющих на долговечность трансплантата овариальной ткани и успех процедуры в целом.

Социальная, экономическая и медицинская эффективность методики криоконсервации ткани яичника. Криоконсервация ткани яичников представляет собой не только важный подход к сохранению фертильности, но и обладает значительной экономической, социальной и медицинской эффективностью. Эти аспекты подчеркивают ценность данного метода, как для индивидуальных пациенток, так и для общества в целом. Одним из значительных преимуществ криоконсервации является способность сократить будущие финансовые вложения пациентов и системы здравоохранения. Эта технология минимизирует необходимость в дорогостоящих процедурах экстракорпорального оплодотворения и других методах лечения бесплодия, что приводит к значительным экономическим выгодам. Сохранение фертильности способствует более быстрому возвращению пациенток к трудовой деятельности после лечения. Это, в свою очередь, повышает общую производительность и экономическое развитие общества, где женщины могут вновь участвовать в рабочем процессе без потери своей репродуктивной функции. Криоконсервация также может уменьшить уровень стресса, связанного с бесплодием, что снижает потребность в длительной психологической поддержке. Это ведет к экономии средств на медицинские и социальные услуги, уменьшает нагрузку на психосоциальные системы поддержки. Возможность будущего рождения детей после элективного лечения высоко ценится пациентами и их семьями, так как это способствует лучшему качеству жизни и помогает поддерживать стабильную демографическую ситуацию в обществе. Процесс сохранения фертильности напрямую влияет на эмоциональное и психологическое состояние женщин, что способствует улучшению их социализации и лучшему участию в семейных и общественных мероприятиях, тем самым повышая общее качество жизни. У женщин, переживших онкологические заболевания, возможность иметь биологических детей значительно укрепляет чувство полноты жизни и снижает риск депрессивных расстройств, что в свою очередь положительно влияет на их психосоциальное состояние. Криоконсервация позволяет до 95% женщин восстановить гормональную функцию, что сказывается на общем состоянии здоровья и снижает риск осложнений, связанных с нарушениями гормонального фона. Исследования показывают, что до 70% пациенток, прошедших процедуру, сохраняют возможность забеременеть, что подчеркивает высокую эффективность метода в контексте репродуктивной медицины. Данная методика считается безопасной для женщин, подвергающихся высокому риску повреждения яичников в ходе лечения, и может быть адаптирована под различные клинические ситуации, включая пациенток с различными онкологическими заболеваниями. Таким образом, криоконсервация ткани яичников является жизнеспособным и эффективным методом сохранения фертильности для женщин, перенесших онкологические заболевания, предоставляя значительные преимущества, как на индивидуальном, так и на общественном уровне.

Заключение. Криоконсервация ткани яичников представляет собой важный шаг в продвижении репродуктивных возможностей для женщин, переживающих лечение онкологических заболеваний. С учетом значительного риска бесплодия, связанного с химио- и радиотерапией, криоконсервация ткани яичников становится ключевым методом для сохранения фертильности и улучшения качества жизни.

Предложенная методика безопасна и эффективна, позволяя сохранить гормональную функцию яичников и возможность беременности для широкого круга пациенток, включая девочек препубертатного возраста. Успехи в технологии криоконсервации обеспечивают высокий процент восстановления гормональной функции и значительные шансы на беременность, что подчеркивает социальные и медицинские преимущества данного подхода.

Внедрение данных рекомендаций в клиническую практику повысит осведомленность врачей и пациентов, способствуя более широкому применению методов сохранения фертильности. Это не только улучшит долгосрочное здоровье и социальную интеграцию пациенток, но и окажет положительное влияние на экономическую продуктивность общества. Криоконсервация ткани яичников, как жизнеспособный и адаптивный метод, представляет собой важное направление в онкофертильности и заслуживает дальнейшего развития и внедрения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Arbyn, M., Weiderpass, E., Bruni, L., de Sanjosé, S., Saraiya, M., Ferlay, J., & Bray, F. (2020). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: A worldwide analysis. Lancet Glob. Health, 8, e191-e203.

2. Bastings, L., Liebenthron, J., Westphal, J.R., Beerendonk, C.C.M., van der Ven, H., Meinecke, B., et al. (2014). Efficacy of ovarian tissue cryopreservation in a major European center. J Assist Reprod Genet, 31, 1003-12.

3. De Vos, M., et al. (2014). Female fertility preservation: A review of current options. Reprod. Biomed. Online, 28, 1-14.

4. Donnez, J., & Dolmans, M.M. (2017). Fertility preservation in women. N. Engl. J. Med., 377, 1657-1665.

5. Mahajan, N. (2015). Fertility preservation in female cancer patients: An overview. J. Hum. Reprod. Sci., 8, 3-13.

6. Shapira, M., Silber, S., Dong, F., Eberl, S., & Meirow, D. (2020). Evaluation of ovarian tissue transplantation: Results from three clinical centers. Fertility and Sterility, 114, 388-397.

7. Shaya, H.A., & Vasilev, S.K. (2021). The role of ovarian tissue cryopreservation in preserving female fertility: A review. Fertil. Steril., 116, 64-71.

8. Bahroudi Z., Zarnaghi M.R., Izadpanah M., Abedelahi A., Niknafs B., Nasrabadi H.T., Seghinsara A.M. Review of ovarian tissue cryopreservation techniques for fertility preservation. J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod. 2022; 51:102290.

9. Behl S., Joshi V.B., Larson N.B., Young M.C., Bilal M., Walker D.L., Khan Z., Granberg C.F., Chattha A., Zhao Y. Vitrification versus slow freezing of human ovarian tissue: A systematic review and meta-analysis of histological outcomes. J. Assist. Reprod. Genet. 2023; 40:455-464.

10. Chaudhri E.N., Salman A., Awartani K., Khan Z., Hashmi S.K. Ovarian Tissue Cryopreservation versus Other Fertility Techniques for Chemoradiation-Induced Premature Ovarian Insufficiency in Women: A Systematic Review and Future Directions. Life. 2024; 14:393.

11. Diaz A.A., Kubo H., Handa N., Hanna M., Laronda M.M. A Systematic Review of Ovarian Tissue Transplantation Outcomes by Ovarian Tissue Processing Size for Cryopreservation. Front. Endocrinol. 2022; 13:918899.

12. Donnez J., Dolmans M.M., Diaz C., Pellicer A. Ovarian cortex transplantation: Time to move on from experimental studies to open clinical application. Fertil. Steril. 2015; 104:1097-1098.

13. ESHRE Guideline Group on Female Fertility Preservation. Anderson R.A., Amant F., Braat D., D'Angelo A., Chuva de Sousa Lopes S.M., Demeestere I., Dwek S., Frith L., Lambertini M., et al. ESHRE guideline: Female fertility preservation. Hum. Reprod. Open. 2020; 2020:hoaa052.

14. Fabbri R., Vicenti R., Magnani V., Paradisi R., Lima M., De Meis L., Rossi S., Raimondo D., Casadio P., Venturoli S., et al. Ovarian tissue cryopreservation and transplantation: 20 years experience in Bologna University. Front. Endocrinol. 2022; 13:1035109.

15. Fraison E., Huberlant S., Labrune E., Cavalieri M., Montagut M., Brugnon F., Courbiere B. Live birth rate after female fertility preservation for cancer or haematopoietic stem cell transplantation: A systematic review and meta-analysis of the three main techniques; embryo, oocyte and ovarian tissue cryopreservation. Hum. Reprod. 2023; 38:489-502.

16. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility preservation and reproduction in cancer patients. Fertil Steril 2005;83:1622-1628.

17. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. Ovarian tissue and oocyte cryopreservation. Fertil Steril 2006;86:S142-S147.

18. Lee SJ, Schover LR, Partridge AH, et al. American Society of Clinical Oncology recommendations of fertility preservation in cancer patients. J Clin Oncol 2006;24:2917-2931.

19. Wallace WHB, Anderson RA, Irvine DS. Fertility preservation for young patients with cancer: who is at risk and what can be offered? Lancet Oncol. 2005;4:209-218.

20. Robertson JA. Cancer and fertility: ethical and legal challenges. J Natl Cancer Inst Monogr 2005;34:104-106.

21. Oktay K, Buyuk E, Davis O, et al. Fertility preservation in breast cancer patients: IVF and embryo cryopreservation after ovarian stimulation with tamoxifen. Hum Reprod 2003;18:90-95.

НЕКОТОРЫЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ БЕЗОПАСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Ш.Ж. Тешаев, Д.И. Туксанова, Д.Я. Зарипова

shuxrat.teshayev@bsmi.uz

tuksanova.dilbar@bsmi.uz

zaripova.dilnoza@bsmi.uz

В данной статье приведены результаты диагностики и оценка уровня безопасности лечения пременопаузального остеопороза, в ходе которого была применена МГТ. Она в свою очередь имеет воздействие на эндометрий матки, в случаях с гиперплазиями или атипическими её проявлениями имеется риск повышения онкопроцессов.

Ключевые слова: пременопауза, остеопороз, гистологический анализ.

Premenopauza davridagi ayollarda osteoporozni bexatar davolashning endometriydagi ayrim gistologik parametrlari

Sh.J. Teshayev, D.I. Tuksanova, D.Ya. Zaripova

Ushbu maqolada MGT qo'llanilgan premenopauzal osteoporozni tashxislash va davolashning xavfsizlik darajasini baholash natijalari keltirilgan, bu o'z navbatida bachadon endometriysiga ta'sir qiladi, giperplaziya yoki uning atipik ko'rinishlarida onkologik jarayonlarning kuchayishi xavfi mavjud.

Tayanch so'zlar: premenopauza, osteoporoz, gistologik tahlil.

Some histological parameters of safe treatment of endometrial osteoporosis in premenopausal women

Sh.J. Teshayev, D.I. Tuksanova, D.Ya. Zaripova

This article presents the results of diagnosis and assessment of the safety level of treatment of premenopausal osteoporosis, during which MGT was used, which in turn affects the uterine endometrium, in cases of hyperplasia or its atypical manifestations, there is a risk of increased oncological processes.

Keywords: premenopause, osteoporosis, histological analysis.

Актуальность. В мире перименопаузальный остеопороз является одной из наиболее частых гинекологических патологий среди женщин, и многие исследования последних лет направлены на выявление групп высокого риска для профилактики данной патологии [1,3,7]. На сегодняшний день одной из серьезных проблем, требующих экстренного лечения, является выявление взаимосвязи биохимических маркеров со стероидными гормонами у женщин в пременопаузе в возрасте от 35 до 45 лет, что позволяет лечить пациенток с этим заболеванием путем глубокого анализа метаболических и гормональных нарушений в крови [2,4,5,6].

Цель исследования: определить гистологические параметры эндометрия для безопасного лечения остеопороза.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной цели и задачи настоящего исследования были изучены 250 женщин с факторами риска на развитие осте-

опороза в пременопаузальном периоде за 2023-2025 годы. Все женщины обследованы в Бухарском филиале РНЦЭМП и перинатальном центре Бухарской области.

Результаты исследования. В двух основных исследуемых группах нами было определены 2 формы гиперплазии:

1. Простая железистая гиперплазия;
2. Сложная гиперплазия эндометрия.

При этом во второй основной группе из 98 пациенток у 26 (26,5%) была выявлена простая железистая гиперплазия, тогда как у 9 (9,18%) сложная гиперплазия эндометрия. У остальных 63 (64,2%) гиперплазия не была констатирована. В третьей основной группе из 136 пациенток были выявлены случаи простой гиперплазии в 33 случаях (24,2%), из которых 12 (8,8%) относился 3-а подгруппе, 10 (7,3%) – к 3-б подгруппе, 11 случаях (8,0%) – к 3-в подгруппе. Образец выявленной простой гиперплазии дан в рисунке 1.

Из вышеуказанного рисунка видно, что при простой гиперплазии слизистой оболочки эндометрия она богата фибробластами и лимфоциты, что обосновывает её гиперсекреторность. Эндометрий утолщен, отмечается множество желез неодинаковых размеров и неправильной формы, некоторые мелкие, другие удлиненные, змеевидно извитые или кистозно расширенные; железистые эпителиальные клетки цилиндрической формы, ядра удлиненные, гиперхромные, строма богата фибробластами, железы преобладают над стромой. Данное положение указывает переход острой гиперэстрогении в хроническую или покоящуюся форму. Кроме того, в данной группе была выявлена и сложная гиперплазия, которая проявилась в форме кистозно расширенных желез в эпителии эндометрия, которые были близко расположены к друг-другу. В отличие от простого типа железа, они расположены в двух рядной форме. В 16 случаях (11,7%) выявлена сложная гиперплазии, в 3-а подгруппе – 6 случаев (4,4%), в 3-б подгруппе – 5 случаев (3,6%), в 3-в подгруппе – 5 случаев (3,6%). Для представления гистологической картины мы предоставляем образец в виде рисунка 2.

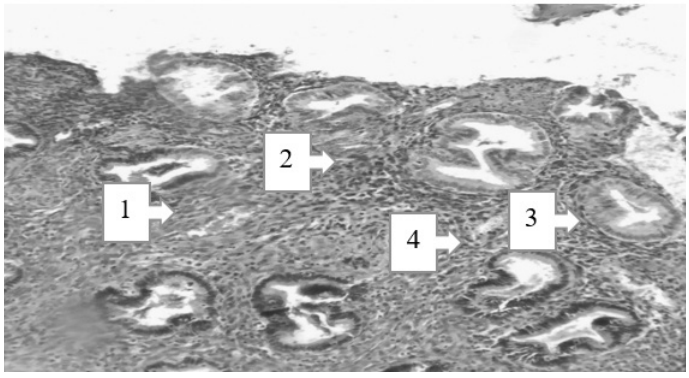


Рис.1. Простая гиперплазия слизистой оболочки эндометрия. Окраска гемотоксилином эозином. Об.10х10 ок.

1. Слизистая оболочка матки имеет звездчатое строение.

2. Железистый эпителий имеет однорядное строение.

3. Ядро железистого эпителия имеет в основном овальную, а иногда продолговатую форму, цитоплазма окрашена эозинофилами, широкая, гиперсекреторной формы.

4. Строма богата фибробластами, лимфоциты распространены широко.

При сложной гиперплазии в сосудах слизистой оболочки эндометрия определяется кровенаполнение, стаз и тромбоз. Кроме того, во второй группе был выявлен 1 случай (1,02%) атипической гиперплазии, который проявлялся в форме нарушений деления клеток (митоза), утолщением фиброзных нитей, а также увеличением количества кровеносных сосудов. Стенки сосудов при этом утолщены, в гистологическом срезе имеются петехиальные периваскулярные точечные кровоизлияния и плазморрагия. Для представления общей гистологической картины она дана в рисунке 3.

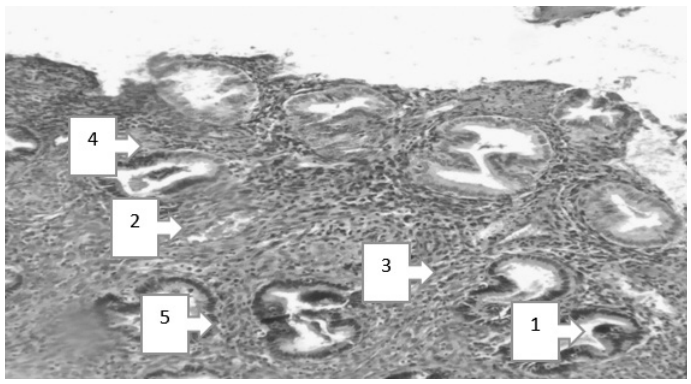


Рис.2. Сложная гиперплазия слизистой оболочки эндометрия. Окраска гемотоксилином эозином. Об.10х10 ок.

1. Железы расположены близко в слизистой оболочке матки, кистозны раширены, они имеет различное строение.

2. Железистый эпителий имеет двухрядное строение, гиперплазированы.

3. Ядро железистого эпителия имеет в основном овальную, а иногда продолговатую форму, цитоплазма окрашена эозинофилами, широкая, гиперсекреторной формы.

5. В сосудах наблюдается кровенаполнение, тромбоз.

Во второй группе после 3 месяцев было произведена аспирационная пайпель биопсия. В ходе биопсии из 98 пациенток у 22 (22,4%) была выявлена простая железистая гиперплазия, у 13 (13,2%) – сложная гиперплазия эндометрия. Изменения в результатах показывает, что в данной группе у 4 пациенток (4,0%) простая гиперплазия перешла в сложную форму. В третьей основной группе из 136 пациенток были выявлены случаи гиперплазии в 21 случаях (15,4%), из которых 6 (4,4%) относился 3-а подгруппе 8 (5,8%) – к 3-б подгруппе, 7 (5,1%) – к 3-в подгруппе. После примененных методов были определены следующие случаи простой гиперплазии, которые уменьшились на 14 случаев (10,2%),

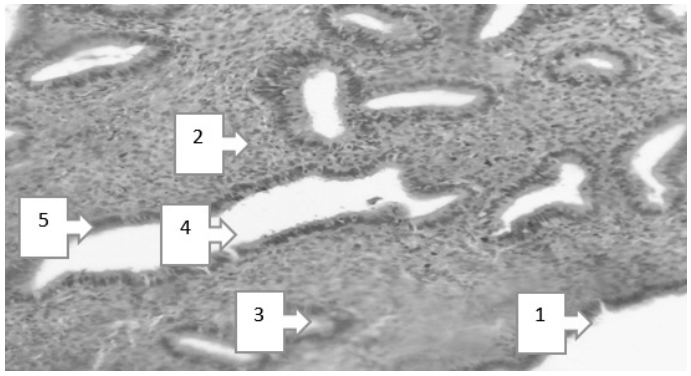


Рис.3. Атипичная гиперплазия слизистой оболочки эндометрия. Окраска гемотоксилином эозином. Об.10х10 ок.

1. Железы расположены близко в слизистой оболочке матки, кистозны раширены, они имеет различное строение.

2. Железистый эпителий имеет многорядное строение, она атипично гиперплазирована.

3. Ядро железистого эпителия имеет продолговатую форму, она гиперхромно окрашена, митозное деление клеток нарушена, хроматиновые ниты утолщены.

4. Строма богата фибробластами и лимфоцитами.

5. Кровеносных сосудов много. Стенки сосудов утолщены, имеются петехиальные периваскулярные точечные кровоизлияния и плазморрагия.

они были распределены следующим образом: в 3-а подгруппе – 3 случая (2,2%), 3-б подгруппе – 2 случая (1,4%), 3-в подгруппе – 2 случая (1,4%). Случаи сложной гиперплазии уменьшились на 10 случаев (7,3%). У остальных 6 случаев (4,4%) были распределены следующим образом: 3-а подгруппе – 3 случая (2,2%), в 3-б подгруппе – 2 случая (1,4%), в 3-в подгруппе – 1 случай (0,7%).

Ведение эстрогенов и эстрогеноподобных препаратов, в зависимости от длительности и дозы, приводит к развитию в эндометрии пролиферативных процессов вплоть до железистой гиперплазии. При длительном применении эстрогенов на фоне пролиферации могут возникать обильные ациклические маточные кровотечения. Введение прогестерона в пролиферативной фазе цикла приводит к торможению пролиферации эпителия желез и подавляет овуляцию. Действие прогестерона на пролиферирующий эндометрий зависит от длительности введения гормона. При совместном введении эстрогенов и гестагенов изменения в эндометрии зависят от количественного соотношения гормонов, а также от длительности их введения. Так, для пролиферирующего под влиянием эстрогенов эндометрия ежедневная доза прогестерона, вызывающая секреторные изменения в железах в виде накопления гранул гликогена, составляет 30 мг. При наличии выраженной железистой гиперплазии эндометрия для достижения аналогичного эффекта необходимо вводить по 400 мг прогестерона ежедневно. Для морфолога и клинициста-гинеколога важно знать, что подбор дозировки эстрогенов и гестагенов при лечении нарушений менструального цикла и патологических состояний эндометрия должен производиться под гистологическим контролем, путем забора повторных цугов эндометрия. При использовании комбинированных гормональных контрацептивов в нормальном эндометрии женщины происходят закономерные морфологические изменения, зависящие в первую очередь от длительности применения препарата. Прежде всего, наблюдается укорочение пролиферативной фазы с развитием неполноценных желез, в которых в дальнейшем развивается абортивная секреция. Эти изменения связаны с тем, что при приеме данных препаратов, содержащиеся в них гестагены тормозят процессы пролиферации в железах, в результате чего последние не достигают своего полного развития, как это имеет место при нормальном цикле. Секреторные изменения, развивающиеся в таких железах, имеют абортивный невыраженный характер, другой типичной чертой изменений в эндометрии при приеме гормональных контрацептивов является резко выраженная очаговость, пестрота морфологической картины эндометрия, а именно: существование различных по степени зрелости участков желез и стромы, не соответствующих дню цикла. Таким образом, при приеме комбинированных гормональных контрацептивов в эндометрии женщин возникают выраженные отклонения от морфологической картины эндометрия соответствующих фаз нормального цикла.

Заключение

- Во второй группе, в которой пациентки по тем или иным причинам отказывались от применения гормональной терапии, у которых применялось только средства, укрепляющие костную ткань состояние эндометрия после проведения пайпель биопсии на протяжении 3-х месяцев, было констатировано перехода простой гиперплазии в сложную в 4,0%.

- В третьей группе картина гиперплазии существенно уменьшилась на фоне примененных комплексных мер, с добавлением к средствам методов, были определены следующие случаи простой гиперплазии, которые уменьшились на 14 случаев (10,2%). Случаи сложной гиперплазии уменьшились на 10 случаев (7,3%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ashurova NG, Bobokulova SB. Prediction of menstrual-ovarian cycle disorders in adolescent girls based on the study of genetic markers. Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist. 2024;24(5):12-18. (In Russ.)

2. Akhmedov, F.K., Negmatullaeva, M.N., Tuksanova, D.I. Features of renal function in women with complicated preeclampsia. International Journal of Current Research and Review, 2021, 13(1), P.70–74

3. Brown J.P., Delmas P.D. Arlot M, Meunier P.J. Active bone turnover of the corticoendosteal envelope in perimenopausal osteoporosis. J.ClinEndocrinol 2007:64:954-959.

4. Negmatullaeva M.N., Tuksanova D.I., Zaripova D.Ya. Structural-optical properties of blood serum and their role in predicting the development of osteoporosis in perimenopause. Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist. 2024;24(3):71-76. (In Russ.) https://doi.org/10.17116/rosakush20242403171

5. Rakhmonkulova, Nargiza & Nematilllaeva, Mastura & Tuksanova, Dilbar & Kholova, Nodira & Solieva, Nozima. (2024). Comparative characterization of liver morphometric parameters during pregnancy in experimental chronic renal failure. BIO Web of Conferences. 121. 04004. 10.1051/bioconf/202412104004.

6. Zaripova D.Ya., Abdullaeva M.A., Sultonova N.A., Ahmedov F.K., Nasirova Z.S., Umurov E.U., Shukrullaeva G.Zh. Optimizaciya mer diagnostiki rannej menopauzy i prezhdevremennoj menopauzy. Zhuranl Reproduktivnoe zdorov'e vo stochnaya Evropa. 2024;14 (5). S.617-628.

7. Zaripova D.Ya. Diagnosticheskie kriterii vyyavleniya osteoporoza v perimenopauzal'nom periode. Reproduktivnoe zdorov'e vo stochnaya Evropa. 2024;14 (5). S.590-598. https://doi.org/10.34883/PI.2024.14.5.004.

ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБИОТЫ КОЖИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ВЕДУЩИХ АКТИВНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Н.С. Саипова, У.А. Юсубалиев, Г.Ш. Тохтаев, Х.Х. Сафаров, Ф.Ф. Хашимов
Ташкентская медицинская академия

У молодых людей, ведущих активный образ жизни, микробный состав кожи может существенно изменяться под влиянием различных факторов, таких как физические нагрузки, повышенное потоотделение, использование косметических средств, а также воздействие окружающей среды. Исследования показывают, что интенсивные тренировки и регулярная физическая активность могут приводить к увеличению разнообразия микробиоты, однако также повышают риск дисбаланса (дисбиоза) из-за изменения pH кожи и накопления пота. Важным аспектом является использование средств гигиены, которые могут как положительно, так и отрицательно влиять на состав микробного сообщества.

Ключевые слова: микробиота кожи, активный образ жизни, молодые люди, физическая активность, потоотделение, дисбиоз, гигиена кожи, кожные заболевания, pH кожи, косметические средства, иммунная регуляция, микробное разнообразие.

Faol hayot tarzi kechiruvchi yoshlarda teri mikrobiotalarining o‘zgarishi

N.S. Soipova, U.A. Yusubaliyev, G.Sh. To‘xtayev, X.X. Safarov, F.F. Hoshimov

Faol turmush tarzi kechiruvchi yoshlarda terining mikrobial tarkibi turli omillar ta’sirida sezilarli darajada o‘zgarishi mumkin, masalan, jismoniy faollik, terlashning ko‘payishi, kosmetika vositalaridan foydalanish va atrof-muhitga ta’sir qilish. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, intensiv mashg‘ulotlar va muntazam jismoniy faollik mikrobiota xilma-xilligini oshirishi mumkin, ammo terining pH va ter to‘planishining o‘zgarishi tufayli nomutanosiblik (disbioz) xavfini oshiradi. Muhim jihat gigiyena vositalaridan foydalanish bo‘lib, mikroblar jamoasining tarkibiga ijobiy va salbiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin.

Tayanch so‘zlar: teri mikrobiotasi, faol hayot tarzi, yoshlar, jismoniy faollik, terlash, disbioz, teri gigiyenasi, teri kasalliklari, terining pH darajasi, kosmetika, immunitetni tartibga solish, mikroblarning xilma-xilligi.

Changes in skin microbiota among young people leading an active lifestyle

N.S. Saipova, U.A. Yusubaliyev, G.Sh.Toxtayev, Kh.Kh. Safarov, F.F. Xahimov

In young people leading an active lifestyle, the microbial composition of the skin can significantly change under the influence of various factors, such as physical activity, increased sweating, the use of cosmetic products, and environmental exposure. Research shows that intense training and regular physical activity can lead to an increase in the diversity of the microbiota, but they also increase the risk of imbalance (dysbiosis) due to changes in skin pH and sweat accumulation. An important aspect is the use of hygiene products, which can have both positive and negative effects on the composition of the microbial community.

Keywords: Skin microbiota, active lifestyle, young people, physical activity, sweating, dysbiosis, skin hygiene, skin diseases, skin pH, cosmetic products, immune regulation, microbial diversity.

Введение. Микробиота кожи – это сложная экосистема микроорганизмов, населяющих поверхность нашей кожи. Она играет ключевую роль в поддержании здоровья кожи, защищая ее от патогенов, участвуя в иммунном ответе и регулируя различные физиологические процессы [1,2,3]. У молодых людей, ведущих активный образ жизни, микробиота кожи может претерпевать изменения под воздействием различных факторов, таких как потоотделение, трение, воздействие окружающей среды и гигиенические привычки [4,5,6]. Современный образ жизни, характеризующийся высокой физической активностью, постоянным стрессом и воздействием окружающей среды, оказывает значительное влияние на здоровье человека, включая состояние его кожного покрова [7,8,9]. Кожа, являясь самым крупным органом тела, выполняет не только барьерную функцию, но и служит средой обитания для разнообразных микроорганизмов, совокупность которых известна как микробиота кожи. Микробиота кожи играет ключевую роль в поддержании гомеостаза, защите от патогенов и регуляции иммунных процессов [10,11]. Однако под влиянием различных факторов, таких как физическая активность, гигиенические привычки, питание и экологические условия, состав и функциональная активность микробиоты могут существенно изменяться. Молодые люди, ведущие активный образ жизни, часто сталкиваются с повышенным потоотделением, частым использованием косметических средств, воздействием ультрафиолетового излучения и другими факторами, которые могут нарушать баланс кожной микробиоты [12,13]. Эти изменения могут приводить к различным дерматологическим проблемам, таким как акне, раздражение, сухость или повышенная чувствительность кожи. В связи с этим, изучение особенностей изменения микробиоты кожи у данной категории лиц представляет собой актуальную задачу, которая может способствовать разработке новых подходов к уходу за кожей и профилактике кожных заболеваний.

Цель исследования. Изучить особенности изменения микробиоты кожи у молодых людей, ведущих активный образ жизни, и выявить факторы, влияющие на ее состав и функциональность.

Методы исследования. Для достижения поставленной цели были проведены следующие методы исследования:

Сбор образцов: образцы микробиоты кожи были взяты у группы молодых людей (18-35 лет), активно занимающихся спортом и ведущих подвижный образ жизни. Образцы брались с различных участков кожи (лицо, руки, ноги, спина) до и после физической активности.

Секвенирование ДНК: выделенная из образцов ДНК подвергалась секвенированию для определения состава микробиоты на уровне видов и родов.

Анализ данных: полученные данные секвенирования анализировались с помощью биоинформатических инструментов для выявления различий в составе микробиоты до и после физической активности, а также для выявления корреляций с различными факторами (интенсивность тренировок, гигиенические привычки, тип кожи).

Результаты исследования. В результате исследования

были выявлены следующие изменения микробиоты кожи у молодых людей, ведущих активный образ жизни:

Увеличение разнообразия: после физической активности наблюдалось увеличение разнообразия микробиоты кожи, что может быть связано с увеличением потоотделения и расширением пор кожи, что создает благоприятные условия для колонизации различных видов микроорганизмов.

Изменение соотношения: изменялось соотношение различных видов бактерий. Увеличивалось количество бактерий, способных метаболизировать пот и кожное сало, таких как Staphylococcus, Corynebacterium и Propionibacterium.

Индивидуальные различия: были выявлены значительные индивидуальные различия в составе микробиоты кожи, что может быть связано с различиями в генетической предрасположенности, гигиенических привычках и образе жизни.

Обсуждение результатов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что физическая активность оказывает существенное влияние на состав и разнообразие микробиоты кожи у молодых людей. Увеличение разнообразия микробиоты после физической активности может способствовать улучшению защитных функций кожи и ее устойчивости к патогенам. Изменение соотношения различных видов бактерий может быть адаптивной реакцией на изменение условий среды кожи, таких как увеличение потоотделения и изменение pH.

Выводы. Данное исследование подчеркивает важность микробиоты кожи для здоровья человека, особенно для молодых людей, ведущих активный образ жизни. Изменение микробиоты под воздействием физической активности может иметь как положительные, так и отрицательные последствия для здоровья кожи. Дальнейшие исследования необходимы для более глубокого понимания механизмов взаимодействия между физической активностью, микробиотой кожи и здоровьем человека.

Практические рекомендации. На основании результатов исследования можно дать следующие практические рекомендации для молодых людей, ведущих активный образ жизни:

Соблюдение гигиены: регулярное мытье кожи после физической активности помогает удалить излишки пота и кожного сала, предотвращая развитие патогенных микроорганизмов.

Использование подходящих косметических средств: выбор косметических средств, учитывающих тип кожи и уровень физической активности, помогает поддерживать баланс микробиоты кожи.

Правильное питание и здоровый образ жизни: сбалансированное питание и здоровый образ жизни способствуют поддержанию здоровья кожи и ее микробиоты.

Заключение. Изучение микробиоты кожи у молодых людей, ведущих активный образ жизни, является важным направлением исследований в области дерматологии и спортивной медицины. Полученные результаты могут быть использованы для разработки новых методов профилактики и лечения кожных заболеваний, а также для оптимизации тренировочного процесса и улучшения спортивных результатов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Барьерные свойства кожи и базовый уход: инновации в теории и практике // Vestn. Dermatol. Venerol. 2010. №6. С.135-139.

2. Волкова О.С., Павлов В.И., Орджоникидзе З.Г. и др. Болезни кожи у спортсменов на современном этапе // Московская медицина. 2019. №6. С.33-34.

3. Герке А.Н. Кожный барьер и его дисфункция при болезнях кожи // Vetpharma. 2014. №6 (22). С.44-50.

4. Гоготова В.Л., Корнеева И.Т., Катосова Л.К., Губанова С.Г., Горшков М.В. ЛОР заболевания юных пловцов и их взаимосвязь с условно патогенной микрофлорой // Состояние и перспективы развития медицины в спорте высших достижений: матер. V Междунар. науч. конф. М.: СпортМед, 2010. С.166-167.

5. Ионеску М.А. Кожный барьер: структурные и иммунные изменения при распространенных болезнях кожи // Росс. аллергологический журнал. 2014. №2. С.83-89.

6. Исмагилов А.И., Мавлянова Ш.З., Хонходжаев Ш.Ш. и др. Опыт наружного применения активизированного кремнистого раствора при лечении аллергодерматозов // Дерматовенерология и эстетическая медицина. 2019. №2(42). С.34-38.

7. Мавлянов П.Н., Ибрагимов А.С., Мавлянов Г.Н. и др. К результатам исследования лечебных свойств кремнийсодержащих минеральных вод Узбекистана // Влияние природных глобальных изменений и техногенных условий на гидрогеологические, инженерно-геологические и геоэкологические процессы: анализ результатов и прогнозирование развития. Сб. науч. тр. конф. Ташкент, 2018. С.52-54.

8. Микробиота кожи в норме и при патологии / под ред. Н.И. Потатуркина-Нестерова. Ульяновск: Ул.ГТУ, 2014. 113 с.

9. Муллаханов Ж.Б., Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И. Новый пошаговый метод терапии аллергических дерматозов // Juvenis scientia. 2021. Т.7, №2. С.18-26.

10. Мурашкин Н.Н., Амбарчян Э.Т., Епишев Р.В., Материкин А.И. Барьерные свойства кожи в норме патологии // Педиатрия. 2015. Т.94, №6. С.165-169.

11. Никонов В.В. Микрофлора наружного покрова в норме и в очаге рожистой инфекции // Клиническая иммунология, аллергология, иммунитет. Украина. 2015. Т.7, №86. С.9-12.

12. Goodwin K.D., McNay M., Cao Y., Ebentier D., Madison M., Griffith J.F. A multi-beach study of Staphylococcus aureus, MRSA, and enterococci in seawater and beach sand // Water Res. 201. №46. P.4195-4207.

13. Grice E.A., Segre J.A. The skin microbiom // Nat. Rev. Microbiol. 2011. Vol.9, №4. P. 244-253.

BUYRAK TRANSPLANTASIYASIDAN KEYIN BEMORLARDA HOMILADORLIK NATIJASINI TAHLIL QILISH

N.U. Babajanova, U.Yu. Yusupov

Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Butun dunyoda surunkali buyrak kasalligiga chalinganlar soni ortib bormoqda. Transplantatsiyadan keyingi davrda bemorlarda homiladorlik yuqori akusherlik xavfi guruhiga tegishli ekanligini hisobga olib, uni rejalashtirish va transplantatsiya qilingan buyrak faoliyatini dinamikada kuzatib borish hamda homilador bo'lgunga qadar muvofiq davo choralari ko'rish kerak.

Tayanch so'zlar: surunkali buyrak kasalligi, buyrak transplantasiyasi, surunkali buyrak yetishmovchiligi, homiladorlik.

Анализ исхода беременности у пациентов после трансплантации почки

Н.У. Бабажанова, У.Ю. Юсупов

Во всем мире отмечается рост количества больных хронической болезнью почек. Учитывая, что беременность у пациенток в посттрансплантационном периоде относится к группе высокого акушерского риска, она должна быть запланирована и необходима оценка функции трансплантированной почки в динамике, коррекция терапии уже до зачатия.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, трансплантация почки, хроническая почечная недостаточность, беременность.

Analysis of pregnancy outcomes in patients after kidney transplantation

N.U. Babazhanova, U.Yu. Yusupov

Worldwide, there is an increase in the number of patients with chronic kidney disease. Given that pregnancy in post-transplant patients belongs to the high obstetric risk group, a dynamic assessment of the function of the transplanted kidney should be planned and necessary, and therapy should be adjusted before conception.

Key words: chronic kidney disease, kidney transplantation, chronic renal failure, pregnancy.

Kirish: Zamonaviy tibbiyot faoliyatining asosiy yo'nalishlaridan biri ichki a'zolarni ko'chirib o'tkazishdir. Sayyoramiz aholisining taxminan 10 foizi surunkali buyrak kasalligidan (SBK) aziyat chekadi, bu butun dunyo bo'ylab o'limning 20 ta asosiy sababi ro'yxatiga kiritilgan [1]. Ayollar va qizlar, umuman olganda, sayyoramiz aholisining qariyb 50 foizini tashkil etadi va jamiyat hayotiga ulkan hissa qo'shadi, ularning oilaviy hayotdagi muhim o'rni haqida gapirmasa ham bo'ladi. Va bu yerda gap, nafaqat bolalarni tug'ish, o'stirish va tarbiyalash haqida, balki oila va umuman jamiyat salomatligi haqida ham bormoqda. Ushbu maqolada biz o'z tajribamizdan misollar keltirib, buyrak transplantatsiyasidan keyin ayollarning homiladorligi bilan bog'liq bir qator savollarga javob berdik. Biz bilamizki, kogort tadqiqotlarida ayollarda SBKning tarqalishi har doim yuqori va kasallikning rivojlanish tezligi erkaklarga qaraganda past bo'ladi [3,4]. Biroq, bu buyrak shikastlanishlarini aniqlashdagi, tibbiy yordamdan foydalanish yoki jarayonning og'irligi va kasallanish darajasidagi haqiqiy farqlar bilan bog'liqligi qay darajada ekanligini bilmaymiz. Surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan ayollarda yurak-qon tomir kasalliklari rivojlanish xavfi surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lmagan ayollarga qaraganda yuqori [5], ammo buyrak shikastlanishi bo'lgan erkaklarga qaraganda past. Bilamizki, ayollar ko'proq donor bo'lishadi, retsepiyent emas. Ammo bu ayollarning erkaklarga nisbatan SBK bilan kasallanishidagi ko'rsatkichlar, ijtimoiy-madaniy omillar yoki boshqa sabablar bilan bog'liqligini bilmaymiz. Ma'lumki, tibbiy xizmatdan foydalanishda gender tengsizligi dunyoning ko'plab mintaqalarida saqlanib qolmoqda, ammo bizda bu tengsizlikni, ayniqsa, eng qashshoq mamlakatlar va mintaqalarda to'g'ridan to'g'ri o'lchash uchun ma'lumotlar yo'q.

SBE bilan og'rigan bemorlarni davolashning eng samarali usuli buyrak transplantatsiyasi hisoblanadi. Muvaffaqiyatli operatsiya bemorlarning hayot sifatini tiklashning eng yaxshi usulidir. Transplantatsiya texnologiyalari ushbu hayotiy muhim a'zolarning qaytarib bo'lmaydigan surunkali kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni reabilitatsiya qilishning yuqori samarali zamonaviy usullari ekanligi umume'tirof etilgan [8]. Solid organlar – buyrak va jigar retsipiyentlarining katta qismini reproduktiv yoshdagi ayollar tashkil etadi, ularda fertillikni tiklash tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiyada muhim qadam hisoblanadi [2,3]. Zamonaviy tibbiyot yutuqlari ushbu toifadagi bemorlarda homiladorlik va sog'lom bola tug'ilishi mumkinligini ko'rsatdi [4].

Buyrak yetishmovchiligining terminal bosqichida reproduktiv qobiliyat pasayadi. Yevropa va Avstraliyadan olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, buyrak transplantatsiyasini o'tkazgan ayollar va umumiy aholi o'rtasidagi nisbat 1:10ni tashkil qiladi [1]. Shunga qaramay, muvaffaqiyatli homiladorlikning dastlabki yagona holatlari XX asrning 70-yillarida tasvirlangan va yangi ming yillikda homilador bo'lish imkoniyatini yaratgan [1].

Homiladorlik ayol organizmiga alohida yuklama beradi va tug'ish yoshidagi ayollarda o'tkir buyrak yetishmovchiligining asosiy sababi hisoblanadi. O'BE va preeklampsiya SBKning keyingi rivojlanishiga olib kelishi mumkin, ammo haqiqiy xavf darajasi hali to'liq aniq emas [5]. O'z navbatida, SBK hatto erta bosqichlarda ham homiladorlikning kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi [4]. SBK rivojlanish xavfi homiladorlikning boshlanishi va davom etishi bilan bog'liq jiddiy masalalarni keltirib chiqaradi [7].

Bilamizki, tizimli kasalliklar erkaklarga qaraganda ayollarda ko'proq uchraydi. Ammo ayollarda surunkali buyrak yetishmovchiligi (SBE) yakuniy bosqichining rivojlanishida ushbu kasalliklarning hissasi qanday ekanligini bilmaymiz.

Homiladorlikning I va II trimestrlarida buyrak xolatini kamida 2 haftada 1 marta va homiladorlikning III trimestrida har hafta muntazam ravishda klinik va laboratoriya monitoringini o'tkazish orqali homiladorlikning ijobiy kechishiga erishish mumkin. Homiladorlik paytida ko'rsatkichlarning o'zgarishi buyrak funksiyasining buzilishi natijasida, odatda III trimestrda transplantatning rad etilishi va/yoki homiladorlik asoratlari (xususan, preeklampsiya) rivojlanishi bilan bog'liq bo'lishi

mumkin. Homiladorlikning kechishi asoratlarining tabiati va og‘irligi bilan belgilanadi, bu har doim klinik va laboratoriya ko‘rsatkichlarining salbiy dinamikasi bilan namoyon bo‘ladi.

Buyrak transplantatsiyasidan keyin reproduktiv qobiliyat qisman tiklanadi [6]. Lekin ideal vaziyatda ham (transplantatning normal funksiyasi, gipertenziya va proteinuriyaning yo‘qligi, transplantatsiyadan keyin kamida 2 yil davomida rad etish epizodlarining yo‘qligi) transplantatsiya qilingan ayollarda asoratlar xavfi umumiy populyatsiyaga qaraganda yuqori. Umuman olganda, agar teratogen preparatlarni qo‘llash istisno qilinsa, buyrak transplantatsiyasidan keyingi homiladorlik natijalari umumiy xavf omillari (gipertoniya va proteinuriya) bilan bog‘liq (Practitioner's Digest, 2016). Transplantat funksiyasi pasaygan yoki deyarli butunlay yo‘qolgan ayollarda homiladorlikni olib borish tajribasi cheklangan va bunday hollarda maslahat berish asosan shifokorning individual tajribasi va bilvosita ma’lumotlarga asoslanadi [8].

A’zolari ko‘chirib o‘tkazilgan ayollarda homiladorlikni olib borish bo‘yicha bizning shaxsiy tajribamiz va adabiyot ma’lumotlari transplantatning barqaror funksiyasi bilan homiladorlikning muvaffaqiyatli kechishiga erishish mumkinligini ko‘rsatadi. Homiladorlikning kechishi davomida transplantat funksiyasini, homilador ayol va homila holatini sinchkovlik bilan kuzatish uning muvaffaqiyatli yakunlanishining majburiy sharti hisoblanadi [6].

Buyrak transplantatsiyasi buyrak kasalligining yakuniy bosqichi bo‘lgan bemorlarni davolashning keng tarqalgan usuli bo‘lib, doimiy dializga nisbatan uzoq muddatli natijalar va hayot sifatini yaxshilash imkonini beradi [5]. Ushbu taraqqiyot odamlarning imkoniyatlarini kengaytirgan bo‘lsa-da, buyrak transplantatsiyasi retsipiyentlarida homiladorlikni olib borish ona va rivojlanayotgan homila uchun o‘ziga xos mulohazalar va potensial xavflar to‘plamini o‘z ichiga oladi. So‘nggi yillarda a’zolar transplantatsiyasi sezilarli darajada keng tarqalgan. O‘zbekistonda ushbu toifadagi bemorlarda homiladorlikni olib borishning o‘ziga xos muammolari va strategiyalarini tushunish juda muhimdir, chunki noyob fiziologik o‘zgarishlar va dori-darmonlarga bo‘lgan talablar homiladorlikning kechishi va natijasiga sezilarli ta’sir ko‘rsatishi mumkin.

Buyrak transplantati retsipiyentlarida homiladorlik natijalari: Ko‘pgina tadqiqotlarda buyrak transplantati retsipiyentlarida homiladorlikning umumiy natijalari o‘rganilgan va umumiy fikr shundan iboratki, homiladorlik yuzaga kelishi va muvaffaqiyatli kechishi mumkin, ammo ona va homila uchun asoratlar xavfi ortadi [2]. Buyrak transplantati retsipiyentlarida homiladorlik natijalari bo‘yicha mavjud tadqiqotlar ushbu populyatsiyada muvaffaqiyatli homiladorlik haqiqatan ham mumkinligini ko‘rsatsa-da, ma’lumotlar ona va rivojlanayotgan homila uchun asoratlar xavfi ortishini ham ta’kidlaydi [4].

O‘zbekistonda buyrak transplantati retsipiyentlarida homiladorlikni olib borish bo‘yicha mavjud tadqiqotlar kam sonli bo‘lib, faqat bir nechta tadqiqotlar bevosita ushbu mavzuga bag‘ishlangan. Shunga qaramay, umuman olganda, homiladorlikni boshqarish bo‘yicha tegishli adabiyotlar, shuningdek, buyrak transplantatsiyasi retsipiyentlariga bag‘ishlangan tadqiqotlar O‘zbekistonda ushbu bemorlar populyatsiyasi uchun eng yaxshi amaliyotlarni ishlab chiqish bo‘yicha qimmatli kontekstni ta’minlashi va ma’lumot berishi mumkin. Buyrak ko‘chirib o‘tkazilgandan so‘ng xomilador bo‘lgan 20 nafar bemor aniqlanib, ularning tibbiy kartalari prospektiv tahlil qilindi.

Kasallik tarixini tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki, buyrak transplantatsiyasi o‘tkazilgan bemorlarning aksariyatida homiladorlik ona va bola uchun ijobiy natijalar bilan muvaffaqiyatli kechgan.

Xulosa: Buyrak transplantatsiyasi o‘tkazilgan homilador retsipiyentlarini parvarish qilish tibbiyot xodimlarining, shu jumladan akusherlar, nefrologlar va boshqa ixtisoslashgan mutaxassislarning ko‘p tarmoqli jamoasi harakatlarini yaqindan muvofiqlashtirishni nazarda tutuvchi kompleks, birgalikda yondashuvni talab qiladi [8]. Urologik favqulodda vaziyatlar va infeksiyalar kabi potensial asoratlarni sinchkovlik bilan kuzatish va davolash ona va rivojlanayotgan homila uchun natijalarni optimallashtirish uchun hal qiluvchi ahamiyatga ega [3]. Bundan tashqari, parvarishning zaruriy elementlari immunosupressiv dori vositalarini mos ravishda dozalash va buyrak faoliyatini diqqat bilan kuzatishdir. Ushbu mavzu bo‘yicha tadqiqotlar rivojlanishda davom etar ekan, O‘zbekistondagi tibbiyot xodimlari ushbu bemorlar populyatsiyasining o‘ziga xos ehtiyojlarini qondirish va ona hamda homila uchun eng yaxshi natijalarni ta’minlash uchun eng so‘nggi ilmiy asoslangan strategiyalar va eng yaxshi amaliyotlarni kuzatib borishlari kerak.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2009 гг.: отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии) // Нефрология и диализ. 2011. Т.13. №3. С.150-264.

2. Готье С.В., Хомяков С.М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2015 году: VIII сообщение регистра Росс. трансплантолог. // Вестник трансплант. и искусственных органов. 2016. №18 (2). С.6-26.

3. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е., Мойсюк Я.Г. и др. Беременность и роды у женщин с пересаженной почкой // Акушерство и гинекология. 2004. №2. С.27-32.

4. Bramham K., Nelson-Piercy C., Gao H. et al. Pregnancy in Renal Transplant Recipients: A UK National Cohort Study // Clin. Journ. of the Am. Society of Nephrology. 2013. №8(2). P.290 -298.

5. Deshpande N.A., James N.T., Kucirka, L.M. et al. Pregnancy Outcomes in Kidney Transplant Recipients: A Systematic Review and Meta-Analysis // Am. Journ. of Transplantation. 2011. №11. P.2388-2404.

6. Hou, Susan. Pregnancy in Renal Transplant Recipients // Advances in Chronic Kidney Disease. Vol.20. Is.3. P.253-259.

7. Прокопенко Е. И., Никольская И. Г. Беременность у пациенток с трансплантированной почкой // Альманах клин. мед. 2014. №30.

8. Gautier S.V., Khomyakov S.M. Organ donation and transplantation in Russian Federation in 2015. 8th report of National Register. Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs. 2016;18(2):6-26.

INFLUENCE OF EXCESS WEIGHT IN PREGNANT WOMEN ON THE DEVELOPMENT OF PRE-ECLAMPSIA

Z.I. Shamsieva

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health (Tashkent, Uzbekistan)

The aim of this study was to examine the impact of obesity in pregnant women in the development of preeclampsia. All women were divided into 2 groups: the study group included women with obesity (n=120) and the control group of pregnant women with physiological course of pregnancy without obesity (n=60).

Key words: pregnancy, preeclampsia, obesity, cytokines, triglycerides.

Homilador ayollardagi ortiqcha vaznning preeklampsiya rivojlanishiga ta'siri

Z.I. Shamsiyeva

Ushbu tadqiqotning maqsadi homilador ayollarda semirishning preeklampsiya rivojlanishiga ta'sirini o'rganish edi. Barcha ayollar 2 guruhga bo'lingan: asosiy guruhga semiz ayollar (n=120) va homiladorlikning fiziologik kursi semirishsiz (n=60) bo'lgan homilador ayollarning nazorat guruhi kiritilgan.

Tayanch so'zlar: homiladorlik, preeklampsiya, semizlik, sitokinlar, triglitseridlar.

Влияние избыточного веса у беременных на развитие преэклампсии

З.И. Шамсиева

Целью данного исследования было изучить влияние ожирения у беременных женщин на развитие преэклампсии. Все женщины были разделены на 2 группы: в основную группу вошли женщины с ожирением (n=120) и контрольная группа беременных с физиологическим течением беременности без ожирения (n=60).

Ключевые слова: беременность, преэклампсия, ожирение, цитокины, триглицериды.

Introduction. Despite the improvement of the antenatal monitoring and delivery, frequency of complications of pregnancy and childbirth in women with obesity has no tendency to decrease and ranges from 32.1 to 83%, therefore the relevance of this issue is of particular importance [1,3,5,6]. The World Health Organization considers obesity as a global epidemic [2,4]. According to several authors, women with obesity have not only higher risk but also a high percentage of delivery by cesarean section (10-28%). The proportion of maternal injury, uterine bleeding, infectious and inflammatory postpartum complications in women with disorders of fat metabolism is significantly higher compared to women of normal weight [7].

It should be noted that among the extragenital types of pathology in obstetric practice great significance is given to obesity in pregnancy and childbirth. The proportion of this pathology and frequency of complications for both the woman and her newborn child continue to remain at a high level [5] and its frequency among pregnant women according to the literature ranges from 15 to 35%.

Aim. To study pregnancy with preeclampsia on the background of different degrees of obesity.

Materials and methods. In the process, clinical, laboratory and instrumental research was carried out. The basic methodology of the studies focused on the comparative evaluation of the state of cytokine profile, blood lipid profile, carbohydrate metabolism in pregnant women with obesity. The study group included women with obesity (n=120) and the control group of pregnant women with physiological course of pregnancy without obesity (n=60). General clinical tests under regulatory documents, biochemical blood tests, koagulogrammou were used of laboratory diagnostic methods. Besides standard laboratory tests, in addition to 9-12, 24-26 and 32-34 weeks of gestation laboratory evaluation was conducted: in 120 patients carbohydrate and fat metabolism: the concentration of cholesterol, triglycerides, lipoproteins of low and high density, levels of glucose and insulin on an empty stomach were determined; in 42 pregnant women with obesity Pro-inflammatory cytokines were assessed: interleukin (IL) 1, 6, 8, and tumor necrosis factor (TNF-a).

Results and discussion. Depending on the severity of obesity, the patients of the main group were subdivided into 3 subgroups depending on the body mass index (BMI): 1 subgroup (n=60) – patients with I degree of obesity (BMI 30-34,9); 2 subgroup (n=30) – patients with II degree of obesity (BMI 35-39,9); 3 subgroup (n=60) – patients with III degree of obesity (BMI≥40). The age of pregnant women of the main group ranged from 19 to 36 years and averaged a 28.5±4.36 years. The age of the patients in the control group ranged from 18 to 30 years and the average stood at 24.1±2.4 years. Along with clinical and anthropometric studies we assessed blood lipid profile (triglycerides, total cholesterol, HDL, LDL) in the blood plasma at a gestation period of 30-34 weeks.

In the first trimester of this pregnancy the most common complication was early gestational toxicosis. In the study group, it developed 2.5 times more than that of women in the control group (36 and 15%). In the subgroups, early toxicosis was diagnosed in 50% of pregnant women with III degree of obesity, 31% with I degree of obesity and 33% with II degree of obesity. The threat of termination of pregnancy developed 2 times more in women with obesity compared to the control group (28.3 per and 13.3%, respectively), while its frequency progressively, but unreliably increased from the 1st to the 3rd sub-group (25, 30 and 33.33% respectively). Urinary tract infection in the form of asymptomatic bacteriuria was detected only in the study group and predominantly in women with III degree of obesity (3.3%, 3.3% and 16.6%, respectively). Significant complications of the second trimester of pregnancy was preeclampsia, the detection rate of which in pregnant women of the study group was 7 times higher than that in the group of women with normal body weight. Fetoplacental disorder (FPD) was diagnosed only in patients of the study group. The threat of termination of pregnancy was observed at 19,16% patients of the study group and 15% of the control group. Compared to the 1st and 2nd subgroups in 3rd group, gestational pyelonephritis developed 5 times more (16%)

and infections of the lower urinary tract (acute cystitis, asymptomatic bacteriuria) developed 4 times more (13%).

In the third trimester, the most common complication of pregnancy was preeclampsia (PE). In the study group it was observed in 41% of women, which is almost 5 times higher than in the control group (8%). This complication was diagnosed in 35% of cases of women with I degree of obesity, in 36% of cases of women with II degree of obesity, and in 60% of cases of women with III degree of obesity. The risk of preterm birth was diagnosed almost every third women with I-III degree of obesity (31 and 33%) and every fifth (20%) with II degree of obesity. Infections of the lower and upper urinary tract significantly more often complicated the course of pregnancy in women with III degree of obesity (23% vs. 11% cases in the 1st subgroup and 16% of the cases in the 2nd subgroup). GSD developed only in patients of the study group: 1 (3%) pregnant women with obesity of II degree and two (6%) obesity of III degree. FPD was recorded in each third patient with I degree of obesity, each second with II degree of obesity and in 100% of cases in pregnant women with morbid obesity (table 1).

The result of the assessment of lipid metabolism in the patients showed that all pregnant women with obesity is characterized by the development of dyslipidemia with increase in atherogenic coefficient (KA), maximally expressed in the 3rd subgroup. We analyzed the values lipidogram in patients of the study and control groups giving birth to a large and lipotropnyh children. We did not observe correlation between the frequency of fetuses with birth weight less than 2500 g and 4000 g from the severity of dyslipidemia. However, the simultaneous critical rise in triglycerides, total cholesterol, and LDL cholesterol was observed among those pregnant women from the study group, which the course of gestation was complicated by preeclampsia.

Determination of proinflammatory cytokines (interleukin-1, interleukin-8, interleukin-8, TNF-α) were carried out in 120 pregnant women with obesity and with various types of pregnancy in the third trimester of pregnancy (table 2). The distribution of women into groups was made with consideration of the peculiarities of pregnancy: 1st group – 38 women with obesity and with physiological course of pregnancy, 2 nd group – 35 individuals with obesity complicated course of gestation with the threat of termination of pregnancy and 3 rd group – 42 patients with preeclampsia (PE).

In our research the maximum level of IL-1 was recorded in 3rd group of women with PE ($p < 0.05$) (table 3). The obtained differences were significant in relation to the 1st group of women with physiological pregnancy ($p<0.05$). In our opinion, this feature is associated with the specifics of antigenic load on a woman's body.

According to the literature, an increase in the concentration of IL-1 contributes to a slight increase in IL-2 since this cytokine is a key in the system of natural cytotoxicity. This mechanism dominates in the antigenic load of noninfectious nature as a variant of cellular sensitisation (4th type immunopathological

Table 1

Characteristics of lipid spectrum of blood in patients formed groups, M±m

Blood Lipid Profile (mmol/l)	The study group n=120			The control group, n=60
	1 st subgroup, n=60	2 nd subgroup, n=30	3 rd subgroup, n=30	
Total cholesterol	6,37±0,64***	6,49±1,01*	6,85±0,39***	4,91± 0,01
LDL	3,45±0,69***	3,63±0,71***	4,01±1,09***	2,77±0,03
HDL	1,03±0,11***	0,95±0,22*	0,87±0,5***	1,48±0,03
TG	2,47±0,64***	2,61±0,47*	2,79±0,37***	1,61±0,02
KA	5,15±0,95***	5,59±1,7***	6,82±3,56***	2,32±0,03

Note: *p <0.05 difference of indicators is significant in comparison with the control group; **p <0.05 difference of indicators is significant at the comparison between the subgroups.

Table 2

As the concentration of proinflammatory cytokines blood of women with obesity depending on the body mass index (BMI)

Interleukin	The study group n=120			The control group, n=60
	1 st subgroup n=60	2nd subgroup a n=30	3 rd subgroup n=30	
IL-1 (0-10 пг/мл)	67±0,64***	6,49±1,01*	6,85±0,39***	3,8± 0,01
IL-6 (0-10 пг/мл)	7,45±0,69***	9,63±0,71***	12,01±1,09***	4,6±0,03
IL-8 (0-10 пг/мл)	6,5±0,11	7,4±0,22*	12,3±0,5***	3,7±0,03
TNF-a (0-6 пг/мл)	8,7±0,64*	12,61±0,47**	19,4±0,37***	1,61±0,02

Mainly infectious load, which was demonstrated by patients in the 3rd group, resulted in a marked increase in the concentration of IL-1.

Table 3

The frequency of increased levels of proinflammatory cytokines

Nosology	Increase in IL-1	Increase in IL-6	Increase in IL-8	Increase in THF-a
Obesity	0%	89%	5%	100%
Obesity + UPR	0%	100%	11,40%	100%
Obesity+ PE	26,2%	71,40%	66,60%	100%
General	9%	91%	28%	100%

reactions).

Conclusion. 1. Thus, the most frequent obstetric complication in pregnant women with obesity is preeclampsia, the threat of miscarriages and birth that requires further study to develop measures of forecasting and prevention in this population of women.

2. Given the fact that the blood lipid profile in pregnant women with PE is reflected with severe dyslipidemia, as well as some features as Pro-inflammatory cytokines, women with obesity should be attributed to the risk group on development of PE, who were characterized by an increase in the level of LDL, TG and a simultaneous decrease in TG with the confirmation of the high concentration of Il - 1 and TNF-a.

3. The results indicate that increased production of TNF-α (more than 6 PG/ml) and simultaneous increase in IL-1, IL-6 and IL-8 may be a prognostic risk factor for PN in pregnant women with obesity.

REFERENCES

1. ACOG Committee opinion. Number 267, January 2012: exercise during pregnancy and the postpartum period. Obstet Gynecol 2012; 99:171.

2. Al Atrash G. et al. IL-2-mediated upregulation of uPA and uPAP in natural killer cells // Bio-chem. Biophys. Res. Commun. 2014. Vol. 292. P. 184-189.

3. Kuzin A.I., Lengin Y.A. Metabolic syndrome: clinical and populational aspects. Chelyabinsk.: Publishing house ZAO Che-Labinskaya On typography. 2016.

4. Roshkina N.V, Sotnikova N.Yu., I. Yu Skrip-kin, etc. Features of immune response of pregnant women in the early stages of gestation, and subsequently developed preeclampsia // Med. immunology. 2014. Vol. 6, No. 3-5. P. 381-385.

5. Sidelnikov V.M. Usual loss of pregnancy. M., 2012.

6. Sidelnikova V. M. Endocrinology of pregnancy in normal and pathological conditions. M.: Medicine, 2017. 196 p.

7. Smetnik V.P. Obesity and metabolism // Obstetrics and gynecology. 2017. № 3. P. 17-23.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОЧЕК ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Н.Г. Рахмонкулова

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины

Представлены результаты изучения морфологии и структурных изменений гепатоцитов печени, раскрывающие сложные механизмы процессов в печени, которые происходят после экспериментальных хронических заболеваний почек в организме, изучения морфометрических критериев, разработанных при оценке активности ткани печени при экспериментальных хронических заболеваниях почек, неразрывно связанных с заболеваниями почек.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, заболевания печени, морфометрические показатели.

Homiladorlik davridagi eksperimental surunkali buyrak kasalligida jigarning morfometrik xususiyatlari

N.G. Raxmonkulova

Maqolada jigar gepatotsitlarining morfologiyasi va strukturaviy o‘zgarishlarini o‘rganish natijalari keltirilgan, organizmdagi eksperimental surunkali buyrak kasalliklaridan keyin jigarda sodir bo‘ladigan jarayonlarning murakkab mexanizmlarini ochib berilgan, buyrak kasalliklari bilan uzviy bog‘liq bo‘lgan eksperimental surunkali buyrak kasalliklarida jigar to‘qimalarining faolligini baholashda ishlab chiqilgan morfometrik mezonlarni o‘rganish natijalari bayon etilgan.

Tayanch so‘zlar: surunkali buyrak yetishmovchiligi, jigar kasalliklari, morfometrik ko‘rsatkichlar.

Morphometric features of the liver in experimental chronic kidney disease during pregnancy

N.G. Raxmonkulova

The results of the study of the morphology and structural changes of hepatocytes of the liver, revealing the complex mechanisms of processes in the liver that occur after experimental chronic kidney diseases in the body, study of morphometric criteria developed in the assessment of liver tissue activity in experimental chronic kidney diseases inextricably linked with kidney diseases.

Keywords: chronic kidney failure,liver diseases, morphometric indicators.

Актуальность. Изучение этих морфометрических изменений помогает выявить патофизиологические механизмы, включая окислительный стресс, воспаление, эндотелиальную дисфункцию и нарушения обмена веществ, которые могут иметь неблагоприятные последствия для матери и плода. Эта информация включает в себя разработку целевых терапевтических стратегий и изучение того, как улучшить методы ведения беременных пациентов с хроническим заболеванием почек.

Цель исследования: Изучение морфометрических особенностей печени у беременных при экспериментальной хронической болезни почек (ХБП) с целью выявления структурных изменений, обусловленных сочетанным воздействием беременности и хронической почечной недостаточности, а также определения возможных компенсаторно-адаптационных механизмов печени в данных условиях. [9;10].

Материалы и методы исследования. Беременность длится 7 месяцев, через 1 месяц после экспериментальной хронической почечной недостаточности, в общей сложности у 150 белых беспородных крыс. Гистологическое исследование клеточной структуры печени после экспериментальной хронической почечной недостаточности у небелых беременных крыс [2;4;5].

Исследование проводилось студентом Бухарского государственного медицинского института и Бухарского филиала Государственного учреждения Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка.

Результаты исследования. Морфометрические показатели после коррекции овсяными водами при экспериментальной хронической почечной недостаточности в печени беременных белых беспородных крыс следующие: Размер интерстициальной артерии 14,2±1,4 мкм; размер воротной

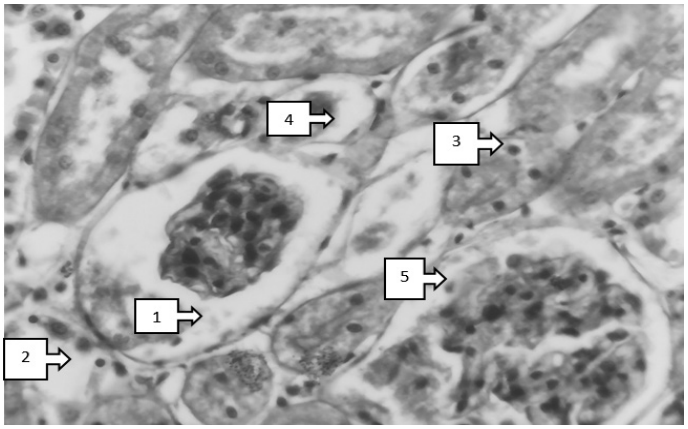


Рис.1. При хронической почечной недостаточности: морфологическая структура почечной ткани. Раскраска G-E. Размер примерно 10х10 см.

1. У основания клубочков наблюдается уменьшение в размерах, увеличенная полость и инфильтрация.

2. Капсула Баумана выглядит утолщенной.

3. В промежуточных волокнах наблюдается интерстициальный отек, а также утолщение фиброзной ткани.

4. На дистальном косом срезе эпителиальные ядра канальцевых протоков имеют овоидный кариолиз, без чашечек. В цитоплазме наблюдается белковая дистрофия, включая гидропическую и гиалиновую дегенерацию.

5. В проксимальном извитом отделе наблюдается некроз ядер эпителиальных клеток канальцевых протоков с накоплением белка в отечных полостях.

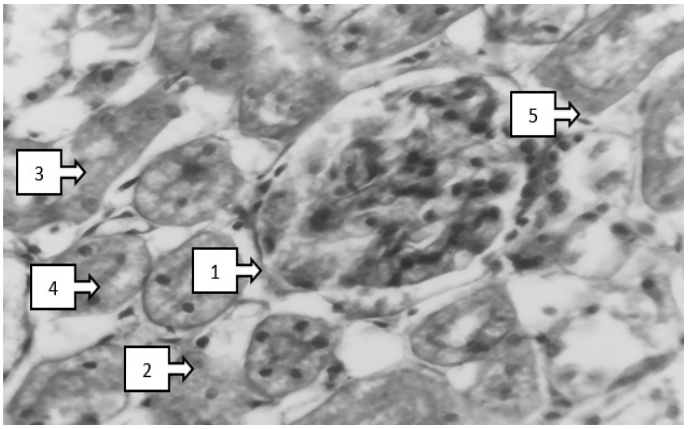


Рис.2. При хронической почечной недостаточности: морфологическая структура почечной ткани. Раскраска G-E. Размер примерно 10х10 см.

1. У основания клубочков наблюдается уменьшение в размерах, расширенная полость и инфильтрация. Капсула Смолянского-Баумана утолщена.

2. Дистальный канальец в здоровом (компенсированном) состоянии нормально функционирует как часть системы канальцев.

3. В интерстициальной области наблюдается отек промежуточной ткани и увеличение толщины фиброзной ткани.

4. На дистальном косом срезе эпителиальные ядра канальцевых протоков подвергаются овоидному кариолизу без наличия чашечек. В цитоплазме наблюдается белковая дистрофия, включая гидропическую и гиалиновую дегенерацию.

5. В проксимальных канальцах наблюдается некроз ядер эпителиальных клеток протоков канальцев, а также белковая гидропическая дистрофия в цитоплазме и сужение просвета.

венулы 38,34±1,0 мкм, печеночной венулы 88,84±3,7 мкм, объемная плотность синусоид 9,37±0,8%; объемная плотность синусоидальных клеток 2,02±0,2%; желчные протоки 20,62±0,8 мкм; объемная плотность клеток почек 82,6±0,9%; ядерно-цитоплазматическое соотношение клеток почек 0,099±0,005 [1;3].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Rakhmonkulova Nargiza Gofurovna & Nematilllaeva Mastura Nurullaevna& Tuksanova Dilbar Ismatovna & Kholova Nodira Fazliddinovna & Solieva Nozima Karimovna. (2024). Comparative characterization of liver morphometric parameters during pregnancy in experimental chronic renal failure. BIO Web of Conferences. 121. 04004.10.1051/bioconf/202412104004.https://www.researchgate.net/publication/382478714

2. Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И. Особенности функции почек у женщин с осложненной преэклампсией. Международный журнал текущих исследований и обзоров, 2021, 13(1), стр.70-744

3. Ашурова Н.Г., Бобокулова С.Б. Прогнозирование нарушений менструально-овариального цикла у девочек-подростков на основе изучения генетических маркеров. «Российский вестник акушера-гинеколога». 2024;24(5):12-18.

4. Зарипова Д.Я., Абдуллаева М.А., Султанова Н.А., Ахмедов Ф.К., Насиров З.С., Умаров Е.У., Шукруллаева Г.Ж. Оптимизация мер диагностики ранней менопаузы и преждевременной менопаузы. Журнал «Репродуктивное здоровье Восточной Европы». 2024;14 (5). С.617-628.

5. Зарипова Д.Я. Диагностические критерии выявления остеопороза в перименопаузальном периоде. «Репродуктивное здоровье Восточной Европы». 2024;14 (5). С.590-598. https://doi.org/10.34883/PI.2024.14.5.004

6. Очилова Дилором Абдукаримовна, Комилова Бахмал Одиловна, Собиров Шохрух Хусенович, Рахмонкулова Наргиза Гафуровна. Особенности проявления артериальной гипертензии у пациентов с дислипидемией.

7. Рахманкулова Наргиза Гафуровна. Особенности восстановления репродуктивной функции у кормящих матерей. 3-я Международная многопрофильная научная конференция «Гениальные глобальные идеи».

8. Очилова Д.А., Рахмонкулова Н.Г., Собиров Ш.Х. Особенности течения гипертонической болезни у лиц с дислипидемией. Американский журнал медицины и медицинских наук 2020, 10(2): 77-80

9. Рахманкулова Наргиза Гафуровна. Ультразвуковое исследование восстановления репродуктивной функции у женщин, перенесших кесарево сечение. Международный междисциплинарный научный журнал «GALAXY», 10 (1),

10. Лактационная аменорея как метод послеродовой контрацепции. К. Джаббарова, Н.Г. Рахманкулова.Биология и интегративная медицина, с. 54-62.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

З.В. Ибодуллаева, Д.В. Гуламахмудова
Ташкентская медицинская академия

В данной работе проводится анализ современных подходов к ведению беременности после ЭКО, включая этапы прегравидарной подготовки, особенности мониторинга беременности и выбор оптимального метода родоразрешения. Результаты исследования подтверждают важность мультидисциплинарного подхода и внедрения персонализированных методов ведения пациенток, что позволяет минимизировать осложнения и улучшить исходы для матери и ребенка.

Ключевые слова: экстракорпоральное оплодотворение, осложнения беременности, прегравидарная подготовка, родоразрешение, многоплодная беременность.

Ekstrakorporal urug‘lantirilgan homiladorlarda homiladorlik va tug‘ruqni olib borishni optimallashtirish

Z.V. Ibodullayeva, D.V. Gulamaxmudova

Ushbu ishda sun’iy urug‘lantirishdan keyingi homiladorlikni boshqarishning zamonaviy yondashuvlari, shu jumladan pregravidar tayyorlash bosqichlari, homiladorlikni monitoring qilishning o‘ziga xos xususiyatlari va optimal tug‘ruq usulini tanlash tahlil qilinadi. Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatadiki, multidissiplinar yondashuv va individual boshqaruv usullarini joriy etish ona va bolaning sog‘lig‘i uchun xavflarni minimallashtirishga yordam beradi.

Tayanch so‘zlar: sun’iy urug‘lantirish, homiladorlik asoratlari, pregravidar tayyorlash, ko‘p homilali homiladorlik, tug‘ruq usuli.

Optimization of pregnancy and delivery management in women after in vitro fertilization

Z.V. Ibodullaeva, D.V. Gulamakhmudova

This article provides a detailed analysis of modern approaches to managing pregnancy after IVF, including preconception preparation, pregnancy monitoring, and selecting the optimal delivery method. The study results confirm the necessity of implementing individualized approaches and multidisciplinary collaboration to minimize complications and improve outcomes.

Keywords: IVF, pregnancy complications, preconception preparation, multiple pregnancy, delivery.

Введение. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) стало революционным методом лечения бесплодия, позволяя миллионам женщин по всему миру стать матерями. Однако беременность после ЭКО сопровождается повышенными рисками, связанными как с медицинскими факторами, так и с возрастом пациенток, для которых этот метод наиболее часто применяется. Среди основных осложнений беременности после ЭКО выделяют преэклампсию, преждевременные роды, ограничение роста плода и высокую частоту многоплодной беременности. Эти осложнения могут значительно влиять на исходы беременности и родов, а также на здоровье новорожденных.

Целью данного исследования является изучение особенностей ведения беременности и родов у женщин после ЭКО, анализ рисков и разработка рекомендаций по их минимизации.

Материалы и методы. Для выполнения данной работы был проведен систематический обзор литературы, опубликованной в период с 2015 по 2024 годы. Основными источниками данных стали PubMed, Scopus, GoogleScholar и РИНЦ. Критерии отбора публикаций включали: исследования, посвященные осложнениям беременности после ЭКО; статьи, описывающие современные подходы к прегравидарной подготовке и ведению беременности; работы, анализирующие выбор метода родоразрешения. В исследование включены 25 публикаций, включая рандомизированные клинические испытания, мета-анализы и ретроспективные исследования.

Результаты. 1. Прегравидарная подготовка: Подготовка к беременности после ЭКО является важным этапом, направленным на снижение рисков осложнений. Основные этапы включают: Лечение сопутствующих заболеваний (гипертензия, сахарный диабет, ожирение). Восполнение дефицита витаминов и минералов (фолиевая кислота, витамин D). Мониторинг гормонального баланса и состояния эндометрия.

2. Особенности течения беременности после ЭКО . Беременность после ЭКО сопровождается более высокой частотой осложнений: Преэклампсия наблюдается в 20-30% случаев. Преждевременные роды составляют около 15-20%. Многоплодные беременности встречаются в 35-40% случаев, особенно при переносе двух и более эмбрионов. Ограничение роста плода регистрируется у 10-15% пациенток.

3. Ведение беременности. Мониторинг беременности включает: Регулярное УЗИ для оценки роста и развития плода. Применение аспирина в низких дозах для профилактики преэклампсии. Контроль артериального давления и уровня сахара в крови.

4. Родоразрешение. Выбор метода родоразрешения зависит от клинической картины: Плановое кесарево сечение рекомендуется при многоплодной беременности, наличии преэклампсии или рубца на матке. Естественные роды возможны при одноплодной беременности без осложнений.

Обсуждение. Результаты анализа показывают, что беременность после ЭКО требует особого внимания и мультидисциплинарного подхода. Прегравидарная подготовка и регулярный мониторинг позволяют значительно снизить риски осложнений. Особое внимание следует уделять пациенткам с многоплодной беременностью, так как они имеют наиболее высокий риск преждевременных родов и других осложнений. Разработка индивидуализированных протоколов ведения беременности после ЭКО, основанных на особенностях каждой пациентки, может значительно улучшить исходы.

Заключение. Беременность после ЭКО характеризуется высоким уровнем осложнений, что требует особого подхода со стороны медицинских специалистов. Прегравидарная подготовка, своевременная диагностика и

индивидуализированное ведение беременности позволяют минимизировать риски для матери и плода. Для достижения лучших результатов важно внедрение стандартов ведения беременности после ЭКО, а также обучение специалистов современным методам диагностики и лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Smith, J. etal. (2023). Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology. Fertility and Sterility, 120(3), 456-472.

2. Brown, L. & Green, P. (2022). Preeclampsia and ART pregnancies: A systematic review. Obstetrics and Gynecology International, 45(4), 123-134.

3. Marelli, A.J. et al. (2021). Management of high-risk pregnancies after IVF. Journal of Maternal-Fetal Medicine, 38(6), 567-582.

4. Ivanova, E.A. et al. (2020). Multiple pregnancy outcomes in ART cycles. Russian Journal of Reproductive Medicine, 46(2), 98-110.

5. Clark, H. & Wilson, R. (2019). Strategies for optimizing perinatal outcomes in IVF pregnancies. Gynecology Today, 44(3), 234-245.

БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК

У.Ю. Юсупов, Н.У. Бабажанова, М.Ж. Даулетова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка

Беременность у пациенток после пересадки почки стала встречаться чаще. Однако риск осложнений в течении беременности, во время родов, развития неблагоприятных исходов в послеродовом периоде остается высоким.

Ключевые слова: беременность, трансплантация почки, острая почечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность.

Buyrak transplantasiyasidan keyingi homiladorlik

U.Yu. Yusupov, N.U. Babajanova, M.J. Dauletova

Buyrak transplantasiyasidan keyingi homiladorlik hozirgi kunda tez-tez kuzatilmoqda. Biroq homiladorlik kechishi, tug‘ruq payti yoki tug‘ruqdan keyingi davrda kuzatilishi mumkin bo‘lgan asoratlar xavfi hali ham yuqoriligicha qolmoqda.

Tayanch so‘zlar: homiladorlik, buyrak transplantasiyasi, o‘tkir buyrak yetishmovchiligi, surunkali buyrak yetishmovchiligi.

Pregnancy after kidney transplantation

U.Yu. Yusupov, N.U. Babazhanova, M.J. Dauletova

Pregnancy in patients after kidney transplantation has become more common. However, the risk of complications during pregnancy, during childbirth, and the development of adverse outcomes in the postpartum period remains high.

Key words: pregnancy, kidney transplantation, acute renal failure, chronic renal failure.

Введение: Одним из основных направлений деятельности современной медицины является снижение не только материнской смертности, но и, что не менее важно, материнской заболеваемости. Острая и хроническая почечная недостаточность влияет на оба показателя [3].

В экономически развитых странах удалось снизить количество материнских потерь от хронический почечный недостаточность (ХПН) путем трансплантации почки [1]. Но в нашей стране данный вопрос остается не решенным до настоящего времени. Количество беременных с трансплантированной почкой не имеет тенденции к снижению. Причиной этому является незнание женщин об осложнениях течения беременности и их исходов.

На сегодняшний день существуют два метода лечения ХПН (диализ, трансплантация органа) [2]. Успешная трансплантация обеспечивает медицинскую и социальную реабилитацию пациентов. Важным показателем реабилитации пациенток после трансплантации является восстановление репродуктивной функции. Вероятность благоприятного исхода беременности у женщин с хорошо функционирующем трансплантатом выше, чем на фоне гемодиализа [4].

Цель исследования: изучить осложнения и исходы беременности у пациенток с трансплантированной почкой.

Материалы и методы: В исследование были включены 20 беременных женщин с трансплантированной почкой. Среди них 13 (65%) имели повторные беременности, а 7 (35%) были первобеременными. Проведен анализ течения беременности и родов у данной группы пациенток. Из общего числа участниц 1 женщина (5%) проживала в городе, а 19 (95%) – в области. Возраст беременных варьировал от 22 до 37 лет.

Трансплантация почки у 16 (80%) женщин была выполнена в период с 2012 по 2020 годы. У 8 (40%) пациенток беременность наступила спустя 3-5 лет после трансплантации, а у 12 (60%) – через 7-10 лет. Все женщины находились под регулярным наблюдением как акушеров-гинекологов, так и трансплантологов: ежемесячно проходили ультразвуковое исследование плода, общий и биохимический анализ крови (с определением уровней мочевины и креатинина), общий анализ мочи, пробу по Нечипоренко, контроль уровня такролимуса в крови, а при наличии показаний – ультразвуковое исследование почек и бактериологический посев мочи.

Все пациентки получали иммуносупрессивную терапию согласно установленной схеме. В результате родились 20 детей с массой тела от 300 до 3400 г.

Результаты исследования. До трансплантации все женщины имели длительный нефрологический анамнез, завершившийся хронической почечной недостаточностью (ХПН). На стадии терминальной ХПН они получали регулярный гемодиализ в течение 7-14 месяцев. У 12 пациенток почечная трансплантация была выполнена от родственного донора.

У 3 (15%) женщин произошли преждевременные роды, тогда как у 17 (85%) родоразрешение было срочным. В 9 (45%) случаях роды завершились путем кесарева сечения, а у 11 (55%) женщин роды произошли естественным путем.

Перинатальные потери составили 2 случая (1%). В одном случае отмечена антенатальная гибель плода на сроке 34 недели беременности, в другом – медицинское прерывание беременности на сроке 22-23 недели. Причиной прерывания послу-

жило снижение скорости клубочковой фильтрации и высокая протеинурия.

В послеродовом периоде женщины получали антибактериальную и иммуносупрессивную терапию в соответствии с рекомендациями трансплантологов. Учитывая необходимость приема мощных иммуносупрессивных препаратов, грудное вскармливание было противопоказано из-за риска проникновения лекарственных средств в грудное молоко. Для подавления лактации и снижения уровня пролактина пациенткам назначали агонисты дофаминовых рецепторов.

Все родильницы были выписаны в удовлетворительном состоянии под дальнейшее наблюдение трансплантологов, нефрологов и акушеров-гинекологов.

Выводы: Таким образом, подводя итог, можно заключить, что при регулярном медицинском наблюдении и строгом соблюдении всех врачебных рекомендаций беременность не оказывает негативного влияния на функцию трансплантированной почки. Применяемая схема иммуносупрессии, включающая такролимус, азатиоприн и преднизолон в низких дозах, продемонстрировала безопасность для матери и плода.

Благоприятные исходы были обусловлены стабильной функцией почек, отсутствием серьезных осложнений в течение беременности, родов и послеродового периода, а также своевременной и грамотной коррекцией дозы иммунодепрессантов. Не менее важным фактором успешного исхода стала высокая приверженность пациенток к лечению и выполнению рекомендаций врачей.

Ведение беременности у женщин с трансплантированной почкой должно осуществляться мультидисциплинарной командой узких специалистов, включая акушеров-гинекологов, нефрологов и трансплантологов, что обеспечивает своевременный контроль состояния матери и плода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1545-602.

2. Mol BWJ, Roberts CT, Thangaratinam S, Magee LA, et al. Preeclampsia. Lancet. 2016;387(10022):999-1011.

3. Piccoli GB, Cabiddu G, Castellino S, et al. A best practice position statement on the role of the nephrologist in the prevention and followup of preeclampsia: the Italian study group on kidney and pregnancy. J Nephrol. 2017;30(3):307-17.

4. Liu Y, Ma X, Zheng J, Liu X, Yan T. Pregnancy outcomes in patients with acute kidney injury during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):235.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

А.Ш. Ваисов, Ш.Х. Махмудов, И.А. Ваисов, Ф.Ф. Хашимов, Я.Ж. Айтугдиев, Б.Б. Курбанов, Г.Ш. Тохтаев

Ташкентская медицинская академия

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

В статье представлены результаты наших наблюдений, проведённых в ТашОКВД в течение 3 лет и 10 месяцев, за 84 пациентами с вторичным рецидивным сифилисом. У 28 из них при обследовании была выявлена ВИЧ-инфекция. Рассматриваются особенности клинического течения вторичного сифилиса у ВИЧ-инфицированных пациентов. Приводятся данные об эпидемиологии, этиологии, патогенезе, клинических проявлениях, диагностике, дифференциальной диагностике и лечении данного заболевания.

Ключевые слова: сифилис, ВИЧ/СПИД, эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

OIV infeksiyasi bo‘lgan bemorlarda ikkilamchi zaxm kasalligining klinik kechishi

A.Sh. Vaisov, Sh.X. Maxmudov, I.A. Vaisov, F.F. Xashimov, Ya.J. Aytug‘diyev, B.B. Kurbanov, G‘.Sh. Toxtayev

Maqolada Toshkent viloyat teri tanosil dispanserida 3 yil 10 oy davomida ikkilamchi zaxm bilan kasallangan 84 nafar bemorda o‘tkazilgan kuzatuvlarimiz natijalari keltirilgan. Ularning 28 nafarida tekshiruv vaqtida OIV infeksiyasi aniqlangan. OIV bilan kasallangan bemorlarda ikkilamchi zaxmning klinik kechish xususiyatlari ko‘rib chiqiladi. Ushbu kasallikning epidemiologiyasi, etiologiyasi, patogenezi, klinik ko‘rinishi, diagnostikasi, differensial diagnostikasi va davosi haqida ma’lumot berilgan.

Tayanch so‘zlar: zaxm, OIV/OITS, etiologiya, patogenez, klinik ko‘rinish, diagnostika, davo.

Clinical course of secondary syphilis in HIV-infected patients

A.Sh. Vaisov, Sh.H. Makhmudov, I.A. Vaisov, F.F. Xashimov, Y.J. Aytugdiev, B.B. Kurbanov, G.Sh. Toxtayev

The article presents the results of our observations conducted at the Tashkent Regional Dermatovenerological Dispensary for 3 years and 10 months on 84 patients with secondary recurrent syphilis. 28 of them were diagnosed with HIV infection during examination. The features of the clinical course of secondary syphilis in HIV-infected patients are considered. Data are provided on the epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, differential diagnosis and treatment of this disease.

Key words: syphilis, HIV/AIDS, epidemiology, etiology, clinical presentation, diagnosis, differencial diagnosis, treatment.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на 2022 год, в последние годы растет число регистрации случаев ВИЧ-инфекции и сифилиса у одного больного [1]. Одной из основных причин этого является то, что ВИЧ-инфекция и сифилис имеют единые пути передачи и группы риска заражения: это лица, практикующие внебрачные половые связи, с многократным использованием одноразовых медицинских изделий, несоблюдением правил гигиены и т.д. Вирус может содержаться в крови, сперме, влагалищном секрете и грудном молоке, а в организм проникает через слизистую оболочку или микротравмы на коже. Риск заражения ВИЧ возрастает при наличии у партнера инфекций, передаваемых половым путем. Вирус может попасть в организм вместе с инфицированной

кровью. Заражение ребенка от инфицированной матери может произойти во время беременности, во время родов и при кормлении грудью. Диагностика инфекций стандартизирована, клиника и её вариации при сочетанном сифилис-ВИЧ инфицировании изучаются. При этом, если сифилис излечим, а лечение ВИЧ/СПИД остаётся пока нерешённой проблемой, вопросы профилактики становятся сверх актуальными и требуют своего решения.

Первые случаи регистрации ВИЧ/СПИД инфицирования в Узбекистане отмечены в начале 90-х годов прошлого века, а первые тысячи инфицированных ВИЧ были выявлены позже, на фоне быстрого роста заболевания сифилисом во всех странах постсоветского региона. Первый случай вторичного сифилиса на фоне ВИЧ был диагностирован нами в Узбекистане в 1997 году. Однако, эти показатели на фоне многомиллионной заболеваемости ВИЧ во многих странах мира, создавали у отечественных специалистов лишь ложное ощущение спокойной тревоги. Да, проблема существует, но где-то там, у них.

На фоне роста инфицирования ВИЧ, стали чаще регистрироваться наличие у одного лица нескольких инфекций передающихся половым путём, особенно сочетание ВИЧ и сифилиса. Сосуществование ВИЧ и сифилиса приводит к изменению типичной клинической картины сифилиса, усложняет ее диагностику и лечение [2]. По данным ВОЗ, в 2022 году во всем мире зарегистрировано около 8,0 млн. больных сифилисом, причем большинство из них в возрасте от 15 до 49 лет. Во многих странах увеличилось сосуществование ВИЧ и сифилиса особенно среди гомосексуалистов (мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами) [3].

По данным Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), за эти годы ВИЧ/СПИДом были инфицированы около 85,6 млн человек, и порядка 40,4 млн человек умерли от болезней, вызванных этим вирусом. В 2022 году насчитывалось 39 млн. человек, живущих с ВИЧ. 53% всех людей, живущих с ВИЧ, составляют женщины и девочки. И эта инфекция остается одной из ведущих причин смертности среди молодежи.

Одной из основных целей программы (стратегии) на 2020-2030 годы по борьбе со СПИДом, ЗППП и вирусными гепатитами в медицине является снижение числа инфицированных пациентов в возрасте от 15 до 49 лет до 0,71 миллиона к 2030 году.

В последние годы, начиная с 2000 года на фоне низких показателей заболеваемости сифилисом в Узбекистане, заболеваемость ВИЧ/СПИД только нарастает. Если, в 2012 году в стране было зарегистрировано 21,5 тысячи ВИЧ-инфицированных и число новых случаев составляло 3,5 тысячи ежегодно, то в 2020-2022 годах общее число носителей варьировалось от 45 до 58 тысяч, ежегодное количество новых случаев – от 3,8 до 4,2 тысячи (при населении в 34,9 миллиона). https://ru.wikipedia.org › wiki › СПИД_в_Узбекистане, (4).

На этом фоне по данным статистики, заболеваемость сифилисом в нашей республике за последние 4 года незначительно выросла. Количество зарегистрированных больных увеличилось с 2 тысяч в 2020 году до 3,2 тысячи в 2023 году, что соответствует росту в 1,8 раза. Интенсивный показатель варьировал от 6,1 до 8,9. В нашей Ташкентской области ежегодно регистрируется 300-400 новых случаев сифилиса, а интенсивный показатель заболевания составляет 13,0.

Важно подчеркнуть, что в результате этиотропной терапии больных сифилисом на фоне ВИЧ, сифилис излечим, хотя серологические реакции длительное время остаются положительными.

Эффективной терапии ВИЧ/СПИДа пока нет. С помощью новой антиретровирусной терапии наконец удалось добиться продления жизни ВИЧ-инфицированных. Почти 30 млн. человек получали доступ к антиретровирусной терапии в 2022 году. В то же время, несмотря на снижение количества новых случаев инфицирования ВИЧ, число ВИЧ-инфицированных в мире продолжает оставаться чрезвычайно высоким.

Клиника и течение вторичного сифилиса на фоне ВИЧ\СПИД

Сифилис (Сифилис) (МКБ-10, А50-А59.3) – возбудитель – бледная трепонема.

Сифилис поражает практически все органы и системы, передаётся преимущественно при половом акте или тесном бытовом контакте с больным, при использовании предметов, которыми пользовался больной, при переливании крови, или через плаценту, от матери к ребенку [6].

После заражения сифилисом: в течении болезни различают инкубационный период, первичный серонегативный, первичный серопозитивный (с этого момента серологические реакции позитивны), вторичный свежий, вторичный скрытый, вторичный рецидивный, и третичный периоды сифилиса [7].

Вторичный период сифилиса обычно начинается через 8-12 недель после заражения или через 6-7 недель после появления первичной сифиломы и может продолжаться до 3-5 лет. За 6-10 дней до появления сыпи больные часто жалуются на недомогание, снижение трудовой активности, головные, костные, суставные и мышечные боли, повышение температуры тела. Эта реакция интоксикации различна у разных больных и соответствует периоду, когда возбудитель заболевания – трепонема накапливается, и в больших количествах попадает из лимфы в кровь. [8,13]. С появлением первых высыпаний на коже (чаще розеолы, папулы розово-красного цвета) начинается «Вторичный свежий сифилис», сыпь через 1-3 месяца полностью рассасывается – это «Вторичный скрытый сифилис» (сыпи нет, а сероreакции позитивны), а повторное появление специфических высыпаний (чаще папул, розеол, медно-красного цвета, гнойничков, лейкодермы, выпадение волос) знаменует «Вторичный рецидивный сифилис». Скрытый сифилис, наблюдаемый после более чем двух лет – «Поздний скрытый сифилис» [9,14].

Несмотря на богатую разнообразную клинику, диагноз сифилиса: на основании 1.нахождения бледной трепонемы, 2.изменений в лимфатической системе (регионарный лимфаденит, полиаденит), 3.нахождения высыпаний (чаще медно-красного цвета), округлой или овальной формы, с чёткими, фокусными очертаниями, не склонных к слиянию, 4. не сопровождающиеся субъективными ощущениями зуда или боли, и 5. подтверждённые позитивными серологическими анализами (неспецифические и специфические) не составляет проблемы для специалиста [10,16].

Существует ещё возможность подтвердить ваш диагноз. В исключительных случаях назначают т.н. «пробное лечение», когда начало антибактериального лечения вызывает реакцию «Лукашевича-Яриша-Гексгеймера», (т.е. интоксикация в результате гибели трепонем в крови: повышается

температура тела, появляется общая слабость, количество высыпаний увеличивается, а цвет становится более ярким) [11]. На ладонях и подошвах появляются характерные узелки с чешуйками по краям, т.н. «воротничок Биэтта» и т.д. [12].

Клиника вторичного сифилиса на фоне ВИЧ/СПИД – частые отличия.

Мы провели анализ пролеченных нами в Ташкентском КВД за последние четыре года больных с вторичным рецидивным сифилисом у которых была выявлена ВИЧ-инфекция (табл. 1)

Под нашим наблюдением в ТашОКВД за 3 года и 10 месяцев находилось 84 больных (табл.1) с вторичным рецидивным сифилисом из которых у 28 больных при обследовании выявлена ВИЧ-инфекция (получен положительный результат при тесте на ВИЧ методом ИФА и иммуноблотинга). При этом большинство больных жители промышленных городов, регионов вокруг столицы и международная зона отдыха. Из них 5 (6,0%) больных в возрасте от 18 до 20 лет, 65 (77,4%) лиц от 21 до 49 лет, и 13 (15,5%) больных старше 50 лет. Все граждане Узбекистана, из них 5 (6%) женщин и 79 (84%) мужчин (табл.2). из которых 54 (64,3%) человека в течение от 4 месяцев до 3 лет находились на заработках в России и Казахстане. 18 человек обращались к врачам по поводу высыпаний на коже, принимали мазевую терапию. Ни одному из них анализы на ИППП не проводили, диагноз сифилиса не выставлялся.

Таблица 1

Количество больных с вторичным рецидивным сифилисом в Ташкентской области за 2021-2024 гг. (из них сифилис на фоне ВИЧ-инфекции (в скобках)

Город/область	года			
	2021	2022	2023	2024
Город Алмалык	3	2 (1)	3 (2)	
Город Ангрен	1	2 (1)	3 (1)	1(1)
Город Бекабад		1		2(1)
Город Чирчик	2	1 (1)	2	
Город Ахангаран				
Город Нурафшан	1			1(1)
Город Янгиюль				
Аккурганский район	1	1	1 (1)	
Ахангаранский район		2	2 (1)	
Бекабадский район	1 (1)			2
Букинский район	2			1
Бостанлыкский район (горы)	4	2 (2)		
Зангиатинский район (столица)	2	1	3 (1)	1
Ташкентский район (столица)	1	1	2 (1)	2 (1)
Кибрайский район (столица)	2 (1)	1 (1)		3 (3)
Куйичирчикский район		1		1(1)
Паркентский район			1	
Пискентский район	1			1
Чиназский район (трансп. Узел)	1	2 (1)	1 (1)	
Уртачирчикский район		1		
Юкоричирчикский район	2 (1)	1		2
Янгиюльский район (трансп. Узел)	2	1	2 (1)	1 (1)
Всего:	26	20	20	18
Процентный показатель вторичного сифилиса на фоне ВИЧ.	26 (3)=11,5%	20 (7)=25%	20 (9)=45%	18 (9)=50% (10месяцев)

Из 84 больных 11 человек (13,1%) обратились по поводу кожной сыпи в ТашОКВД, остальные были направлены различными медицинскими учреждениями по поводу положительных сероreакций на сифилис. Все больные при госпитализации согласно Приказа Минздрава от 23.10.2017 №633 обследуются на ВИЧ методом ИФА и иммуноблотинга.

Обращает внимание, что выявление ВИЧ-инфекции у больных сифилисом из года в год нарастает (табл.2). Так, в 2021 году из 25 больных сифилисом у 11.5% была выявлена ВИЧ-инфекция, в 2022 году из 21 больного сифилисом у

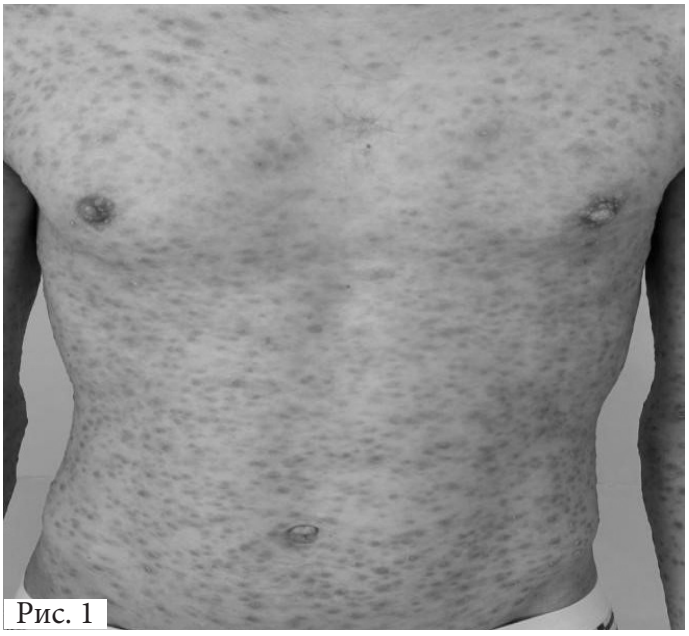


Рис. 1



Рис. 2

Таблица 2

Больные ВИЧ и Вторичным рецидивным сифилисом (распределение по возрасту и полу)

	2021 год		2022 год		2023 год		20 в 24 год 10 мес		Общ		По полу	
	2-рецидив	2- рецидив с ВИЧ	2-рецидив	2- рецидив с ВИЧ	2-рецидив	2- рецидив с ВИЧ	2-рецидив	2- рецидив с ВИЧ	2-рецидив	2- рецидив с ВИЧ	муж	жен
18-20 лет	2		1		1		1	1 (100%)	5	1 (20%)	4	1
21-49 лет	15	3 (20%)	17	6 (35%)	17	8 (47.0%)	16	7 (44%)	65	24 (37%)	62	3
50 лет и более взрослые	8		3	1 (33%)	2	1 (50.0%)	1	1 (100%)	14	3 (21%)	13	1
общ	25	3 (11.5%)	21	7 (25%)	20	9 (45%)	18	9 (50%)	84	28 (33%)	79 (94%)	5 (6%)

Таблица 2

Вторичный рецидивный и вторичный рецидивный сифилис на фоне ВИЧ Сравнительная диагностика

Вторичный рецидивный сифилис	**Вторичный рецидивный сифилис на фоне ВИЧ**
1. Розеола на коже встречается реже чем папулы. Элементы медно- красного цвета, нет признаков острого воспаления. Они крупные, сгруппированы и образуют кольца.	1.На коже часто встречаются розеолы. Они чаще мелкие, красного и медно красного цвета, их много, местами сливаются друг с другом. Розеолы слегка выбухают (приподняты).
2. Папулы округлой формы, с четкими границами, скучного медно-красного цвета, поверхность гладкая не шелушится. Шелушение по периферии «воротничок Биэтта). Папулы не сливаются друг с другом, склонны к группировке..	2.Папулы различных размеров, с нечёткими краями, местами окружены воспалительной каёмкой и соединены друг с другом (эрозивные папулы, широкие кондиломы). Цвет медно-красный с признаками воспаления..
3.Реакция “Лукашевич-Яриш-Гексгеймера” положительная	3.Реакция “Лукашевич-Яриш-Гексгеймера” резко положительная
4. Лейкодерма и выпадение волос бывает	4. Лейкодерма и выпадение волос встречается часто
5. Полиаденит, воспаление лимфатических узлов. встречается редко или вообще не встречается.	5 Полиаденит, воспаление лимфатических узлов. наблюдается как правило
6. Сроки рассасывания патологических элементов составляет 2-4 недели.	6. Сроки рассасывания патологических элементов составляет 4-6 недели

25% выявлена ВИЧ, в 2023 году из 20 у 45% выявлена ВИЧ, и в 2024 году из 18 у 50% выявлена ВИЧ-инфекция.

Приводим случай: Больной: Э. 2000 г.р. (рис.1,2, 3, 4), Не женат. Работал в России, имел половой контакт два раза с одной женщиной, информацией о контакте не владеет. Познакомился по интернету. Информацией о ИППП не владеет. Смазывал мазью Тридерм.



Рис. 3



Рис. 4

Кожный процесс распространенный, симметричный. На коже груди, спины, верхних и нижних конечностях, на коже ладоней и подошв имеется обильная розеолезно-папулезная сыпь, розово-красного цвета местами медно-красного цвета, располагающиеся изолированно друг от друга. На коже груди, спины и подошвах отдельные элементы сливаются, группируются с образованием единичных округлых бляшек. Лимфатические узлы подмышечные, паховые и подчелюстные увеличены до размаров вишнёвой косточки, при пальпации подвижны и не спаяны между собой.Остатков твердого шанкра нет. Субъективно зуда и боли нет.

Диагноз: Lues II recidiva. МКБ-10:А51.3. Сопутствующий В20.

Лабораторные анализы RMP – (4+) ; РПГА – (4+) ; ИХА – (+) ; РИФ-200 – (3+) ; РИФ-авс – (4+) ;

Положительный результат получен при тесте на ВИЧ методом ИФА и иммуноблоттинга.

Приводим случай: Больной: Р. 1989 г.р. (рис.5,6). Разведён, имеет 1 ребенка.. Работает в Казахстане. Имеет многочисленные половые контакты с женщинами и мужчинами. Информацией о контактах не делится. Принимает алкоголь.. Информации о ИППП скудные, презервативом пользуется

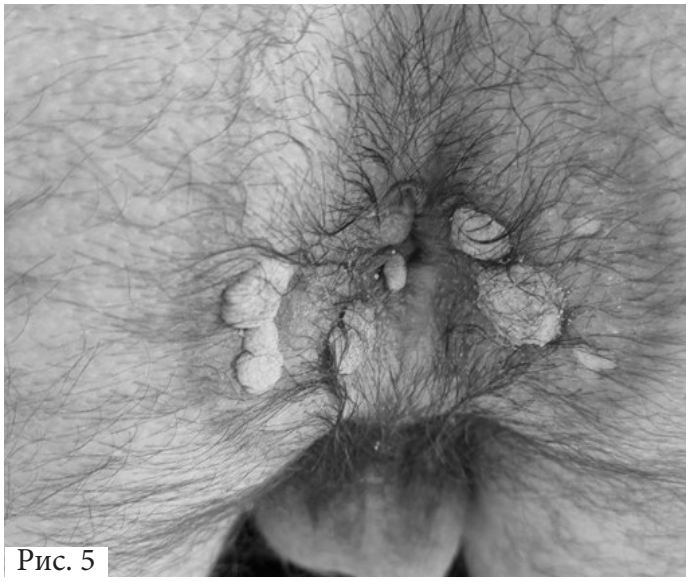

Рис. 5


Рис. 6

изредка. Смазывал элементы сыпи вокруг ануса различными мазями. Замечал появление 6 месяцев назад безболезненной язвочки на лобке, которая прошла самостоятельно.

Кожный процесс ограниченный, поражена кожа вокруг ануса, кожа ладоней и подошв. Анус несколько зияет, имеет воронкообразную форму. Вокруг анального отверстия кожный очаг воспаления с четкими границамина, инфильтртрован застойно красного цвета. На этом фоне имеются папулы и широкие кондиломы, на поверхности которых имеются трещины и эрозии. На коже ладоней и подошв имеется единичная розеолезно-папулезная сыпь, медно-красного цвета, располагающиеся изолированно друг от друга. Лимфатические узлы подмышечные, паховые и увеличены, при пальпации подвижны и не спаяны между собой. На месте твердого шанкра определяется нежный рубчик. Субьективно зуда и боли нет.

диагноз: Lues II recidiva. МКБ-10: А51.3, Соп: В20.

Лабораторные анализы: RMP – (3+); РПГА – (4+); ИХА – (+); РИФ-200 – (3+); РИФ-авс – (4+);

Положительный результат получен при тесте на ВИЧ методом ИФА и иммуноблотинга.

При поступлении пациентов обследуют на ВИЧ и другие инфекции, передающиеся половым путем. При выявлении у больного ВИЧ-инфекции (или сифилиса у больного с ВИЧ-инфекцией) лечение сифилиса согласно принятым стандартам проводится в соответствующем кожно-венерологическом диспансере (КВД), после чего больного направляют в областной СПИД-центр для дальнейшего наблюдения и диспансерного учёта по основному заболеванию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из вышеизложенного, не только в мире, но и в республике, из года в год увеличивается заболеваемость ВИЧ, СИФИЛИСОМ и их сочетанной встречаемостью. Учитывая, что излечения от ВИЧ сегодня нет, нам необходимо сосредоточиться на вопросах профилактики ИППП и прежде всего на усилении системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией, особенно среди лиц группы риска заражения.

Если в конце XX столетия основными причинами роста ИППП оказались социальные факторы в связи с неготовностью населения к возникшим вдруг условиям рыночной действительности, а также алкоголизму, наркомании, миграции населения, изменениям сексуального поведения и пропагандой секса, в сочетании с низким уровнем просветительской работы, бесконтрольной продажи антибиотиков, самолечения и часто, развалом дерматовенерологической службы.

В настоящее время происходит своего рода условное разделение на больных социально дезадаптированного статуса и больных, принадлежащих к «ядерным группам», а точнее наркоманов, алкоголиков, проституток, ВИЧ-инфицированных и ИППП-инфицированных. Все эти больные, это лица, практикующие многочисленные половые контакты с частой сменой половых партнеров. Первая группа, это чаще молодые, в силу низкой информированности и образовательного уровня (случай 1), семейного и социального положения, сегодня чаще начинают знакомиться через социальные сети и первый сексуальный опыт они получают не имея никакой информации о ИППП и других возможных проблемах.

Разработки особых новых мер профилактики требуют новые группы повышенного риска распространения ИППП, к которой относятся наркоманы, гомосексуалисты (случай 2), проститутки, т.е. лица, использующие коммерческие сексуальные услуги (ЛКС), которые являются мостиками, переносящие инфекцию в общую популяцию. С учётом распространенной практики употребления ЛКС инъекционных наркотиков, проституции в будущем, отводится лидирующая роль в развитии эпидемического процесса ИППП/сифилис/ВИЧ.

Характерно значительное «омоложение» сифилиса: повсеместно отмечено увеличение числа случаев приобретенного сифилиса среди детей до 14 лет и подростков. Это указывает, в первую очередь, на изменение уровня сексуальной активности населения, снижение настороженности в отношении ИППП и сифилиса, низкий уровень образования и информированности об ИППП.

В отличии от большинства стран Западной Европы где значимой группой риска являются мужчины, предпочитающие секс с мужчинами (МСМ), у которых ВИЧ-инфекция составляет 10-20%, в нашей республике единичны, т.к. они запрещены законом.

Таким образом, на первом месте среди факторов риска – низкий санитарно-культурный уровень в сфере сексуальных отношений, низкая материальная обеспеченность в сочетании с экономической нестабильностью, появлением безработных, социальной дезориентацией молодежи, снижением интенсивности противоэпидемических мероприятий, направленных на активное выявление больных, обследование контактных лиц, определяют эпидемиологическую ситуацию по болезням передающимся половым путем в современном обществе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Tsuboi M, Evans J, Davies EP, Rowley J, Korenromp EL, Clayton T, Taylor MM, Mabey D, Chico RM. Prevalence of syphilis among men who have sex with men: a global systematic review and meta-analysis from 2000-20. Lancet Glob Health. 2021 Aug;9(8)
2. Т.В. Красносельских, Е.Б. Манашева, М. А. Гезей. https://doi.org/10.22328/2077-9828-2018-10-3-7-16:
3. World Health Organization https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/syphilis
4. Eshboev E.X., Tashkenbayeva U.A. Dermatovenerologiya 2019-гг. 307-стр.
5. Ваисов А.Ш. Сифилис: от висмута до экстенциллина. 2012 г. 243 стр.
6. Ваисов А.Ш. Тери таносил касалликлари 2004 гг. 224-236 стр.
7. Арифов С.С. Захм 2001-гг 39 стр.
8. ttps://www.who.int/ru. Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» 2018 год.
9. https://ru.wikipedia.org › wiki › ВИЧ/СПИД в Узбекистане.
10. Глобальный доклад: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа. «ЮНЭЙДС/JC2417R». 2014. 298 с.
11. Global report UNAIDS / Report on the global HIV/ AIDS epidemic // Geneva, UNAIDS. 2015. 400 p.
12. Покровский В.В. Стратегия выжидания / В.В.Покровский // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2015. №1. С.4-9.
13. Информационный бюллетень ЦРТ-6 UNAIDS, 2015; WHO, 2015.
14. Розенталь В.В. Динамическая модель для описания и прогнозирования течения эпидемии ВИЧ-инфекции / В.В.Розенталь [и др.] // Медицинский академический журнал. 2012. Т.12, №1. С.95-102.
15. Смольская Т.Т. Эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией: современные технологии / Материалы IX съезда Всерос. науч.-практ. общества ЭМиП. М. 2012. С. 309.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases (STD). CDC Fact Sheets. Accessed: 2015 Aug 31.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ИХТИОЗОВ

А.М. Маннанов, Ф.А. Тураева

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

В статье представлены различные формы ихтиоза, их классификация, современные данные об эпидемиологии, факторах патогенеза и клинические проявления. Термином «ихтиоз» в прошлые века обозначали шелушащиеся поражения кожи, напоминающие рыбью чешую. Стоит отметить, что ихтиоз оказывает весьма значимое негативное влияние на качество жизни, особенно в детском возрасте. Однако рациональный выбор терапии и средств ухода позволяет улучшить жизнь пациентов.

Ключевые слова: ихтиоз, наследственное заболевание, генетические нарушения, рыбья чешуя, мутация, приобретенный ихтиоз, иммунитет, клиника ихтиоза, кератинизация.

Ixtiozlar patogenezining zamonaviy jihatlari

A.M. Mannanov, F.A. To‘rayeva

Maqolada ixtiozning turli shakllari, ularning tasnifi, epidemiologiya, patogenez omillari va klinik ko‘rinishlari bo‘yicha zamonaviy ma’lumotlar keltirilgan. O‘tgan asrlarda «ixtioz» atamasi baliq tangachalariga o‘xshash teri sho‘ralashlarini tasvirlash uchun ishlatilgan. Shunisi e’tiborga loyiqki, ixtioz hayot sifatiga, ayniqsa bolalik davrida juda jiddiy salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Biroq, davolash va parvarishni oqilona tanlash bemorlarning hayotini yaxshilashi mumkin.

Tayanch so‘zlar: ixtioz, irsiy kasallik, irsiy kasalliklar, baliq tangachalari, mutatsiya, orttirilgan ixtioz, immunitet, ixtiozning klinik ko‘rinishi, keratinizatsiya.

Modern aspects of ichthyosis pathogenesis

A.M. Mannanov, F.A. Turaeyva

The article presents various forms of ichthyosis, their classification, modern data on epidemiology, pathogenesis factors and clinical manifestations. In past centuries, the term «ichthyosis» denoted flaky skin lesions resembling fish scales. It is worth noting that ichthyosis has a very significant negative impact on the quality of life, especially in childhood. However, a rational choice of therapy and care can improve the lives of patients.

Keywords: ichthyosis, hereditary disease, genetic disorders, fish scales, mutation, acquired ichthyosis, immunity, ichthyosis clinical picture, keratinization.

Всем нам известно, что, помимо приобретённых заболеваний, подлежащих лечению, встречаются болезни, которые связаны с генетикой. Одним из таких заболеваний считается ихтиоз. Ихтиоз (в переводе с греческого – рыба, рыбья чешуя) является заболеванием кожи в виде чешуек, напоминающих рыбью чешую [9]. Ихтиоз охватывает различные клинические формы генерализованного нарушения кератинизации. Основываясь на современных исследованиях, можно выделить несколько подходов к его определению. Ихтиоз делится на врожденный и приобретенный.

Врожденный ихтиоз классифицируется в зависимости от изменений кожи, течения болезни и сопутствующих патологий состояния.

Врожденный ихтиоз подразделяется на обыкновенный (вульгарный аутосомно-доминантный, простой) ихтиоз, пластинчатый ихтиоз (сухая ихтиозиформная эритродермия, «коллодиевый ребенок», ламеллярный ихтиоз), Х-сцепленный ихтиоз (ихтиоз, связанный с Х-хромосомой, чернеющий ихтиоз), врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия (эритродермия Брока, ихтиозиформный эпидермолитический гиперкератоз), ихтиоз плода (ихтиоз внутриутробный, гиперкератоз универсальный, «плод Арлекин», кератоз врожденный), а также другие формы [1,15].

Приобретенный ихтиоз (ихтиозиформные состояния) делится на 3 типа: симптоматический, возрастной (старческий) и дисковидный ихтиоз [12,15].

Причинами приобретенного ихтиоза могут быть многообразные виды заболевания, состояния здоровья, прием неправильных медикаментов, неправильный уход за кожей больного, несбалансированное нарушенное пищевое

поведение.

Различные нозологические формы ихтиоза выделяются с учетом типа наследования, распространенности и клиническим проявлениям, и распознается через гистологические и электронно-микроскопические исследования.

Наследственные ихтиозы классифицируются как менделевские нарушения ороговения, которые классифицируются на основе клинических и генетических признаков [7].

Существуют множество генов, кодирующие соответствующие белки, участвуют в нормальной дифференцировке кератиноцитов, формирующих эффективный эпидермальный барьер. В настоящее время установлено, что изменения более чем в 50 генах могут вызывать различные формы ихтиоза [9].

Подчеркивая значимость современных генетических методов диагностики, таким как секвенирование будущего поколения (NGS), примерно 80-90% случаев можно исследовать в настоящее время.

NGS является ведущей технологией в области генетического тестирования и активно используется для диагностики наследственных заболеваний, так как это экономичный метод, дающий быстрые и точные результаты [14]. Клинические проявления заболевания типичны и проявляются, в основном, тремя главными компонентами: фолликулярным гиперкератозом, шелушением, гиперлинеарным рисунком ладоней. У большинства больных ихтиозом отмечается диффузное поражение кожи на боковых поверхностях туловища и разгибательных поверхностях конечностей в виде фолликулярных папул с роговой чешуйкой на поверхности, роговых чешуек различного размера и цвета – от белого до серовато-коричневого. Также наблюдаются трахионихии и онихорексис, ломкость и тусклость волос [10].

В Узбекистане, по последним данным, насчитывается около 2000 человек, страдающих ихтиозом – редким генетическим заболеванием, характеризующимся грубым шелушением и утолщением кожи. Эта цифра, вероятно, является заниженной, поскольку диагностика ихтиоза в Узбекистане, как и во многих странах с ограниченными ресурсами, остаётся сложной задачей. Многие случаи остаются невыявленными или ошибочно диагностируются как другие дерматологические заболевания. С середины 2020 года некоммерческая организация (ННО) «Капалак болалар» («Крылатые дети») является единственной в стране, оказывающей поддержку пациентам с ихтиозом и другими генетическими заболеваниями. В настоящее время ННО бесплатно помогает многим пациентам с ихтиозом, но список ожидания постоянно увеличивается, что подчеркивает острую потребность в расширении масштабов помощи.

Врачи организации регулярно проходят профессиональную переподготовку на образовательных курсах, организованных ведущими специалистами из Санкт-Петербурга, Москвы, Испании, Хорватии и Израиля. Эти курсы охватывают самые передовые методы диагностики и лечения ихтиозов различных типов, включая архиважную генетическую консультацию и тестирование.

Ихтиоз – это не просто косметический дефект, а системное заболевание, которое, прогрессируя, оказывает значительное воздействие на весь организм. Помимо характерных изменений кожи (ксероз, гиперкератоз, эритродермия, в зависимости от типа ихтиоза), пациенты часто страдают от резко сниженного иммунитета, что делает их особенно уязвимыми к бактериальным и грибковым инфекциям. Дерматиты и микозы у таких пациентов протекают значительно тяжелее и дольше, чем у здоровых людей, часто требуя длительной антибиотикотерапии и противогрибковой терапии. В тяжелых случаях, ихтиоз может затронуть сердечно-сосудистую систему и почки, приводя к развитию сердечной недостаточности и почечной дисфункции. К сожалению, гнойные осложнения кожных инфекций и сердечная недостаточность являются частыми причинами смерти пациентов с ихтиозом.

Для улучшения прогноза и повышения качества жизни необходим постоянный медицинский контроль, а также своевременная и адекватная терапия, направленная не только на симптоматическое лечение, но и на поддержание общего иммунитета и профилактику осложнений. Ранняя диагностика играет решающую роль. Для постановки диагноза важно тщательно собрать анамнез, включая семейный анамнез (наличие аналогичных заболеваний у родственников) и историю развития заболевания у пациента. Врач должен обратить внимание на возраст начала заболевания, характер кожных изменений (локальные или распространённые поражения, наличие других симптомов, например, задержки развития), наличие сопутствующих заболеваний (например, атопического дерматита или аллергических реакций) и эффективность ранее проведенного лечения.

Генетическое тестирование, хотя и не всегда доступно, играет важную роль в подтверждении диагноза и определении типа ихтиоза, что позволяет врачу выбрать наиболее эффективную стратегию лечения. Помимо медикаментозной терапии, важную роль играет поддержание гидратации кожи (использование эмолиентов), соблюдение диеты и психологическая поддержка пациентов и их семей, поскольку ихтиоз значительно влияет на качество жизни и может приводить к социальной изоляции [13]. В заключение, необходимо отметить, что борьба с ихтиозом – это комплексная задача, требующая междисциплинарного подхода, участия государственных органов, благотворительных организаций и медицинских специалистов.

Диагноз ихтиоз, характеризующийся грубым шелушением кожи, требует тщательного сбора анамнеза и проведения гистологического исследования для подтверждения. Для постановки точного диагноза, необходимо учесть несколько ключевых факторов, включая семейный анамнез. Наличие ихтиоза у ближайших родственников (родители, братья, сестры, дети) пациента значительно повышает вероятность наследственной формы заболевания, такой как Х-сцепленный рецессивный ихтиоз, чаще встречающийся у мужчин, или аутосомно-рецессивный ихтиоз, с одинаковой вероятностью передающийся как мальчикам, так и девочкам [11]. Создание подробной родословной, включающей не только наличие ихтиоза, но и другие кожные заболевания у родственников, поможет определить тип наследования и предсказать риск развития заболевания у будущих поколений. Важно указать возраст, в котором появились первые симптомы ихтиоза, так как это может варьировать в зависимости от типа заболевания. Раннее начало может указывать на более тяжелые формы. Сезонность обострений также играет важную роль. У многих пациентов с ихтиозом наблюдается ухудшение состояния в холодное время года, что связано с понижением влажности воздуха и воздействием низких температур, которые усиливают сухость и шелушение кожи. В тёплое время года, наоборот, состояние может улучшаться [3,4]. Анамнез должен включать информацию

о сопутствующих заболеваниях, таких как аллергические реакции (атопический дерматит, экзема, аллергический ринит), заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, энтероколит, язвенная болезнь, дисбактериоз), и заболевания печени и желчевыводящих путей (дискинезия, холецистит), так как их присутствие может осложнять течение ихтиоза и влиять на выбор тактики лечения [2]. Важно отметить наличие или отсутствие других врожденных аномалий, которые могут ассоциироваться с некоторыми формами ихтиоза.

Гистологическое исследование биоптата кожи является золотым стандартом диагностики различных типов ихтиоза. При вульгарном ихтиозе, самой распространенной форме, микроскопически обнаруживается умеренный гиперкератоз – утолщение рогового слоя эпидермиса, с образованием кератиновых пробок, закупоривающих устья волосяных фолликулов. Зернистый слой эпидермиса при этом истончен или отсутствует. В дерме наблюдаются незначительные воспалительные инфильтраты, состоящие из лимфоцитов и гистиоцитов, а сальные железы атрофированы. Количество волосяных фолликулов и потовых желез, как правило, не изменено [16].

В случае Х-сцепленного ихтиоза, картина несколько отличается: гиперкератоз более выражен, зернистый слой может быть незначительно утолщен или оставаться неизменным, наблюдается умеренный акантоз (утолщение шиповатого слоя эпидермиса). Воспалительные инфильтраты в дерме также присутствуют. Существуют и другие редкие формы ихтиоза, такие как ламеллярный ихтиоз и ихтиоз Арлекина, которые характеризуются ещё более выраженными изменениями кожи и требуют дифференциальной диагностики [6,8].

К сожалению, специфического лечения, направленного на устранение причины ихтиоза, не существует. Лечение симптоматическое и направлено на улучшение качества жизни пациента. Системная терапия может включать применение ретиноидов (производных витамина А), которые регулируют процесс кератинизации. Однако, ретиноиды обладают рядом побочных эффектов, требующих тщательного медицинского контроля. Для наружного лечения широко применяются кератолитики (салициловая кислота, мочевина), которые способствуют отшелушиванию ороговевших чешуек. Кроме того, необходимо использовать увлажняющие и смягчающие кремы и мази, которые помогают восстановить барьерную функцию кожи и уменьшить сухость и зуд. Лечебные ванны с добавлением масла, овса или других смягчающих веществ, а также общее УФ-облучение под контролем врача, могут оказывать положительное воздействие. Важно помнить, что лечение должно быть комплексным и индивидуальным, с учетом типа ихтиоза, тяжести заболевания и сопутствующих патологий. Регулярные консультации дерматолога необходимы для контроля состояния пациента и корректировки терапии [5].

Исследования ученых из разных стран обнаружили различные причины развития ихтиоза. Это кожное заболевание может возникнуть из-за взаимодействия с определенными лекарственными препаратами, недостаточного питания, нарушений гормонального фона, хронических заболеваний кишечника, инфекций и злокачественных опухолей. Также автоиммунные заболевания или почечная недостаточность могут стать причиной развития ихтиоза. При диагностике и лечении этого состояния необходимо учитывать все указанные факторы.

Патогенез приобретенного ихтиоза до сих пор недостаточно изучен. В отличие от наследственного ихтиоза, приобретенный ихтиоз обычно проявляется в зрелом возрасте, часто внезапно. Появление кожных симптомов может быть первым признаком опухолевого процесса или проявляться по мере развития заболевания. Клинически приобретенный ихтиоз напоминает вульгарный, а гистологические изменения не отличаются от тех, что характерны для наследственных форм ихтиоза. Для установления диагноза важны тщательный анамнез, изучение родственников пациента и выявление возможных сопутствующих заболеваний у самого пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адаскевич В.П. Клинические формы и методы лечения ихтиозиформных дерматозов // Медицинские новости. Минск: ЮПОКОМ, 2005. №12. С. 4-8.

2. Александрова А.К., Смольянников В.А., Суколин Г.И. Вульгарный ихтиоз: современный взгляд на проблему // Вестник дерматологии и венерологии. 2007. №2. С.13-17.

3. Дворянкова Е.В., Мельниченко О.О., Красникова В.Н., Корсунская И.М. Ихтиоз. Что важно знать специалисту. РМЖ Медицинское обозрение. 2019;12:25-30.

4. Иванова Е.В. Сухая кожа: причины и лечение // Косметика и медицина. 2007. №5. С.54-63.

5. Корсунская И.М., Тамразова О.Б. Топикрем в уходе за детьми с нарушением кератинизации кожи // Росс. Вестник перинат. и педиатрии. 2006. Т.51. №2. С.55-57.

6. Кошкин С.В., Чермных Т.В., Евсеева А.Л., Рябова В.В., Рябов А.Н. Ламеллярный врожденный ихтиоз. Вестник дерматологии и венерологии. 2016;5:44-50.

7. Кубанова А.А. Дерматовенерология. Под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС ПРЕСС; 2010. С. 428.

8. Кубанова А.А., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней: Атлас-справочник. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.

9. Маннанов А.М., Тураева Ф.А. Вопросы диагностики и лечения врожденного ихтиоза у детей// Научно практический журнал «Педиатрия» №3 (10) 2021г. 163-169 стр.

10. Скрипкин Ю.К. Дерматовенерология. Национальное руководство. Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011. С. 1052.

11. Тураева Ф.А., Маннанов А.М. «The importance of determining the severity of ichthyosis». European Journal of Pediatric Dermatology, vol 34, 3 2024, 132-136 стр.

12. Dermatology, third edition, 2-volume set. Jean L Bolognia MD, Joseph L Jorizzo MD, Julie V Schaffer, Editorial Saunders, Reino Unido, editors. ISBN-13:9780723435716, Elsevier, 2012. P. 2776.

13. Hernandez-Martin A, Aranegui B, Martin-Santiago A, Garcia-Doval I. A systematic review of clinical trials of treatments for the congenital ichthyoses, excluding ichthyosis vulgaris. J Am Acad Dermatol 2013; 69:544–549; e548.

14. Mazereeuw-Hautier J, Hernández-Martín A, O'Toole EA, Bygum A, Amaro C, Aldwin M, et al. Management of congenital ichthyoses: European guidelines of care, part two. Br J Dermatol. 2019;180(3):484–495.

15. Oji V, Tadini G, Akiyama M, et al. Revised nomenclature and classification of inherited ichthyoses: results of the First Ichthyosis Consensus Conference in Soreze 2009. J Am Acad Dermatol 2010; 63:607–641.

16. Saso A, Dowsing B, Forrest K, Glover M. Recognition and management of congenital ichthyosis in a low-income setting. BMJ Case Rep. 2019;12(8):e228313. doi: 10.1136/bcr-2018-228313

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

У.А. Ташкенбаева, Х.Х. Сафаров

Ташкентская медицинская академия

Разработаны клинические критерии для оценки степени тяжести кожного процесса у больных красным плоским лишаем. Подведен статистический анализ полученных результатов. Интерпретированы данные лабораторных исследований, включающие клинические, биохимические и иммунологические методы до и после окончания курса терапии. Разработаны схемы назначения сочетанной ультрафиолетовой терапии при красном плоском лишае.

Qizil yassi temiratkini davolash va oldini olishga majmuaviy yondashuv

U.A. Toshkenboyeva, X.X. Safarov

Qizil yassi temiratki bilan og‘rigan bemorlarda teri kasalligining og‘irligini baholash uchun klinik mezonlar ishlab chiqilgan. Olingan natijalarning statistik tahlili umumlashtirilgan. Laboratoriya ma’lumotlari, shu jumladan klinik, biokimyoviy va immunologik usullar terapiya kursi tugashidan oldin va keyin talqin qilindi. Qizil yassi temiratki uchun kombinatsiyalangan ultrabinafsha terapiyasini tayinlash sxemalari ishlab chiqilgan.

Comprehensive approach to treatment and prevention of lichenus planus

U.A. Tashkenbaeva, H.H. Safarov

Clinical criteria for assessing the severity of the skin process in patients with lichen planus have been developed. A statistical analysis of the results obtained has been carried out. Laboratory research data have been interpreted, including clinical, biochemical and immunological methods before and after the end of the course of therapy. Schemes for the appointment of combined ultraviolet therapy for lichen planus have been developed.

Актуальность работы. По данным ряда авторов патологический процесс при красном плоском лишае сопровождается нарушением микроциркуляции, в большей степени за счет локального увеличения ангиогенеза в очагах КПЛ, но неизвестно является ли это увеличение причиной или следствием патологического процесса в коже. Актуальным является дальнейшее исследование механизмов этого заболевания и, на их основе, разработка и совершенствование методик терапии красного плоского лишая, в том числе и применение физиотерапевтических методов.

Патогенетическая направленность различных видов фототерапии, возможность влиять на регуляторные системы организма в сочетании с непосредственным воздействием на функциональное состояние кожи делают это направление физиотерапии приоритетным применительно к хроническим дерматозам. Имеющиеся единичные данные об эффективности применения ультрафиолетовой терапии в комплексном лечении больных красным плоским лишаем предопределяют проведение дальнейших исследований в этом направлении. Наша цель – научно обосновывать целесообразности сочетанного применения узкополосной средневолновой (311 нм) и широкополосной длинноволновой ультрафиолетовой (320-400 нм) терапии пациентам с красным плоским лишаем. Разработанный метод обладает более выраженным противозудным эффектом по сравнению с узкополосной средневолновой фототерапией, что подтверждается снижением индексов зуда и нормализацией содержания серотонина и гистамина в сыворотке крови пациентов с красным плоским лишаем.

Результатами проведенного исследования показано, что комплексное лечение пациентов с красным плоским лишаем с применением средневолновой фототерапии с длиной волны 311 нм и длинноволновой фототерапии с длинной волны в диапазоне 320-400 нм, по данным лазерной допплеровской флоуметрии, способствует коррекции нарушений микроциркуляции в очагах красного плоского лишая.

Сочетанное применение средневолновой (311 нм) и длинноволновой (320-400 нм) фототерапии у больных с красным плоским лишаем обладает высоким терапевтическим эффектом, что проявляется улучшением индекса дерматологического статуса и повышением качества жизни пациентов. Сочетанная фототерапия у больных с различными клиническими формами красного плоского лишая устраняет дисбаланс факторов врожденного иммунитета. Сочетанная ультрафиолетовая фототерапия обладает выраженным противозудным эффектом, что подтверждается нормализацией содержания серотонина и гистамина в сыворотке крови и снижением высоковалидных индексов зуда.

Метод сочетанной ультрафиолетовой фототерапии вызывает коррекцию микроциркуляции в виде усиления капиллярного кровотока, уменьшения застойных явлений в венулярном звене микроциркуляторного русла и увеличения тканевой перфузии.

Проведено углубленное клинико-анамнестическое обследование больных красным плоским лишаем различной тяжести, включая изучение анамнеза, оценку тяжести и распространенности кожного процесса, продолжительность заболевания, провоцирующие (триггерные) факторы, сопутствующие заболевания, качества жизни пациентов, анализ предшествовавшей терапии. Разработаны клинические критерии для оценки степени тяжести кожного процесса у больных красным плоским лишаем. Подведен статистический анализ полученных результатов. Интерпретированы данные лабораторных исследований, включающие клинические, биохимические и иммунологические методы до и после окончания курса терапии. Разработаны схемы назначения сочетанной ультрафиолетовой терапии при красном плоском лишае.

Объективным показателем течения процесса и эффективности проводимого лечения у больных красным плоским лишаем, является индекс дерматологического статуса, который рассчитывается с учетом характера элементов, распространенности процесса и наличия поражения ногтевых пластин и слизистых. До лечения у большинства обследованных пациентов (58,9%) определялась средняя степень тяжести заболевания 1ЬР 14,5±2,4 баллов, у 41,1% была

констатирована тяжелая степень тяжести – 22,6±1,8 баллов.

После лечения с улучшением клинической картины заболевания улучшались и показатели качества жизни наблюдаемых больных. В результате анализа полученных данных наиболее выраженная положительная динамика в виде снижения ДИКЖ наблюдалась после применения сочетанной ультрафиолетовой фототерапии на 92%, в то время как во 2 и 3 группах он снизился на 71% и 53% соответственно до 2 недели 4 недели 6 недель лечения

При изучении влияния сочетанной ультрафиолетовой терапии на изученные нами показатели врожденного иммунитета до лечения были выявлены достоверно значимые различия по сравнению с группой здоровых (n=20) у 15 пациентов (группа А), у которых средняя продолжительность заболевания составила 32±2,6 дня (p<0,05). У остальных 13 пациентов (группа Б) средняя продолжительность заболевания составила 93±5,7 дней (p<0,05).

Как свидетельствуют полученные данные в группе А концентрация HNP1-3 была увеличена в 4,3 раза, что составило 2086,85 пг/мл (критерий Манна-Уитни p<0,05), при 480,16 пг/мл в группе здоровых доноров. После комплексного лечения отмечалось снижение сывороточной концентрации 1-3 в 2,1 раза 990,07 пг/мл (критерий Манна-Уитни p<0,05).

При исследовании сыворотки крови больных группы Б до лечения наблюдалась обратная картина, что может быть связано с истощением адаптивных возможностей иммунитета за счет длительно протекающего дерматоза. До лечения содержание HNP1-3 было снижено в 1,8 раз 261,64 пг/мл (критерий Манна-Уитни p<0,05). После комплексного лечения отмечалось увеличение уровня в 1,7 раз, который составил 462,12 пг/мл (критерий Манна-Уитни p < 0,05).

При изучении уровня экспрессии гена β-дефенсина HEU-2 к коже в очагах красного плоского лишая у пациентов группы А отмечалось достоверно значимое снижение до 2,091 (критерий Манна-Уитни p <0,05) (единицы измерений при определении уровней экспрессии гена выражены в логарифме отношения числа копий к I млн. копий гена актина) при 3,146 в группе здоровых доноров. У пациентов группы Б уровень экспрессии гена HBD-2 в коже составил 3,192 и достоверно не отличался от значений полученных в группе здоровых доноров. После комплексного лечения, включающего сочетанную ультрафиолетовую фототерапию у пациентов группы А происходило достоверно значимое увеличение экспрессии HBD-2 гена – 3,163 (критерий Манна-Уитни p<0,05). У больных группы Б после лечения увеличение уровня экспрессии β-дефенсинов в коже было недостоверным и составило 3,37.

При определении уровня экспрессии гена Toll-2 рецепторов в коже в очагах высыпаний при КПЛ достоверно значимые различия были отмечены у пациентов группы А – уровень экспрессии соответствовал 4,123 (критерий Манна-Уитни p<0,05) при 3,352 в группе здоровых доноров (единицы измерений при определении уровней экспрессии гена выражены в логарифме отношения числа копий к 1 млн. копий гена актина). У пациентов группы Б уровень экспрессии практически не отличался от нормальных значений и составил 3,665.

После комплексного лечения, включавшего сочетанную фототерапию у пациентов группы А происходило достоверное снижение экспрессии Toll-подобных рецепторов (TLR-2) в патологических очагах кожи и их значение соответствовало значениям в группе здоровых доноров: 3,386 (критерий Манна-Уитни p<0,05). У пациентов группы Б также отмечалось достоверное снижение уровня экспрессии TLR2 рецепторов – 3,391 (критерий Манна-Уитни p<0,05).

Также после применения сочетанной ультрафиолетовой терапии отмечалось достоверное улучшение всех показателей, отражающих пассивные и активные механизмы кровотока в области патологических высыпаний. Так, основной показатель артериолярного кровотока ALF/CKO снизился на 21% и составил 135,23±3,08% (p<0,01). Общий показатель, отражающий венулярный кровоток, AHF/CKO снизился на 34,3% и составил 67,8±4,63% (p<0,01). Отношение ACF/CKO, отражающее состояние микроциркуляторного русла на уровне капилляров, снизилось на 39% и составило 31,08±4,42% (p<0,05).

После применения УФБ терапии 311 нм наблюдалось достоверно значимое, но менее выраженное, как при применении сочетанной фототерапии, улучшение основных показателей ЛДФ. Так, во второй группе отмечалось улучшение показателей, отражающих базальный кровоток: ALF/M x 100% увеличился в 1,7 раза и составил 36,44±4,88 (p<0,01) по сравнению с показателем до лечения 21,45±3,22 (p<0,01), AHF/M x 100% увеличился в 1,7 раза и составил 21,43±2,86 (p<0,01) по сравнению с показателем до лечения 12,39±1,54 (p<0,001), ACF/M x 100% увеличился в 2,0 раза – 10,21±0,56 при p<0,01 по сравнению с показателями до лечения. Основной показатель, отражающий артериолярный кровоток ALF/CKO был снижен, но после лечения он еще достоверно отличался от нормальных значений и составил 158,18±5,43% (p<0,01). Показатель AHF/CKO снизился на 25,2% составил 77,42±6,72% (p<0,01). Основной показатель капиллярного кровотока – отношение ACF/CKO улучшился на 23,5% и составил 39,64±4,14% (p<0,01).

Совокупная оценка регресса клинической симптоматики и динамики показателей специальных методов исследования позволила установить более высокую эффективность разработанного сочетанного метода, которая выражалась в том, что клиническое выздоровление констатировано у 57% больных, значительное улучшение – у 25%, улучшение – у 11%, незначительное улучшение – у 7%. Терапевтический эффект отмечался у 93% больных.

После применения узкополосной УФБ терапии 311 нм у 44% больных удалось достигнуть клинического выздоровления, у 24% отмечалось значительное улучшение, у 8% – улучшение, у 16% – незначительное улучшение. В 8% случаев наблюдалось ухудшение состояния. Терапевтический эффект наблюдался у 76% больных. У 14,3% пациентов получавших сочетанную узкополосную средневолновую и широкополосную длинноволновую фототерапию, и у 12% пациентов, получавших узкополосную средневолновую фототерапию, наблюдались ранние побочные реакции в виде эритемы и сухости кожи. Данные появления носили временный характер, не требовали отмены лечения, и разрешались при снижении дозы облучения и применения увлажняющих средств 3-4 раза в день.

Среди больных, получавших традиционное медикаментозное лечение, клиническое выздоровление достигнуто у 4% больных, значительное улучшение наблюдалось у 32%, улучшение – у 12%, а незначительное улучшение – у 24% больных. В 28% случаев наблюдалось ухудшение. Терапевтический эффект в данной группе констатирован у 48%. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности и патогенетической

направленности разработанного метода сочетанной ультрафиолетовой терапии у больных красным плоским лишаем, что позволяет рекомендовать его для широкого применения в клинической практике.

Выводы: Комплексное лечение с применением сочетанной узкополосной средневолновой и широкополосной длинноволновой ультрафиолетовой терапии является высокоэффективным методом лечения больных красным плоским лишаем (терапевтический эффект наблюдался у 93% пациентов), по сравнению с узкополосной (311нм) фототерапией (76%) и значительно улучшает качество жизни больных, что подтверждается динамикой дерматологического индекса качества жизни. Применение сочетанной ультрафиолетовой фототерапии вызывает коррекцию микроциркуляторных нарушений в очагах красного плоского лишая: достоверно снижает показатель гипертонуса артериолярных сосудов на 21%, уменьшает застой в венулярном отделе на 34% и усиливает капиллярный кровоток на 39%. Динамика показателей при узкополосной средневолновой фототерапии составляет: 7,1%, 25,2% и 23,5% соответственно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Dvornikov A. Investigation of gene expression in HBD-2 and TLR2 in the skin of patients with lichen planus cranes. /A. Dvornikov, L. Kruglova, A. Shachnovich//XXX Congress of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Istanbul, Turkey 2019 ;1276.

2. Пашинян А.Г. Сочетанная фототерапия в комплексном лечении больных красным плоским лишаем. /А.Г. Пашинян, А.А. Шахнович, Л.С. Круглова и др. //Материалы XI Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов. Екатеринбург, 2016. С.61.

3. Круглова Л.С. Фотофорез лонгидазы в комплексном восстановительном лечении веррукозной формы красного плоского лишая. /Л.С. Круглова, А.А. Шахнович, М.Г. Навасардян и др.// Материалы XI Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов. Екатеринбург, 2016. С.55.

4. Круглова Л.С. Современные методы фототерапии в комплексном лечении хронических дерматозов. /Л.С. Круглова, В.И. Финешина, А.А. Шахнович//Материалы Всероссийского форума «Развитие санаторно-курортной помощи, восстановительного лечения и медицинской реабилитации». Москва, 2016. С.464.

5. Ю.Круглова Л.С. Современные методы фототерапии в комплексном лечении хронических дерматозов. /Л.С. Круглова, Н.В. Анофриева, А.А. Шахнович//Материалы XI Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины и реабилитации». Сочи. 2016. С.157.

6. Шахнович А.А. Современные методы физиотерапии хронических дерматозов. /А.А. Шахнович, М.Г. Навасардян, Т.А. Гайдина//Вестник Российского Государственного Медицинского Университета. 2016. №5. С. 5052.

7..Пашинян А.Г. Современные средства ухода за чувствительной кожей. / А.Г. Пашинян, Д.Г. Джаваева, А.А. Шахнович и др.// Вестник дерматологии и венерологии. 2017. №3 С.13 8-140.

8. Абдурахимов Б., Хайитов Ж., Сафаров Х., & Улмасов Ж. (2023). Особенности заболеваемости работников предприятий медной промышленности.

9. Ниязова О.А., & Хайитов Ж.Б. (2018). Гигиеническая оценка питания учащихся медицинских колледжей. Прикладные информационные аспекты медицины, 21(3), 63-66.

10. Abdurakhimov B.A., Khaitov J.B., Safarov K.K., & Ulmasov J.M. (2023). A systematic approach to managing the health and risk factors of their workers. Academic research in educational sciences, 4(2), 209-213.

11. Abdurakhimov B.A., Khaitov J.B., Safarov K.K., Khakberdiev K.R., Buriboev E.M., & Ortiqov B.B. (2022). Integral assessment of risk factors affecting the health of employees of a copper production mining. Oriental renaissance: Innovative, educational, natural and social sciences, 2(12), 1442-1449.

12. Абдурахимов Б.А., Тохтаев Г.Ш.У., Сафаров, Х.Х., & Улмасов Ж.М. (2023). Принципы проведения фотохимиотерапии в дерматологии (обзор литературы). Academic research in educational sciences, 4(2), 108-127.

13. Садиков А.А., Тохтаев Г.Ш.У., & Сафаров Х.Х. (2020). Встречаемость дерматологических заболеваний у спортсменов. Children's Medicine of the North-West, 8(1), 299-299.

14. Садиков А.А., Тохтаев Г.Ш., & Сафаров, Х.Х. (2020). Профилактика заболеваний кожи у спортсменов с учетом особенностей микробиоценоза кожи. Известия ГГТУ. Медицина, фармация, (4), 266-267.

15. Ташкенбаева У.А., Сафаров Х.Х., & Тохтаев Г. Ш. У. (2020). Протопик в комплексном лечении красного плоского лишая. Children's Medicine of the North-West, 8(1), 328-328.

THE POSITIVE MEDICAL EFFECT OF TREATING MICROSPORIA, A FUNGAL DISEASE

U.A.Tashkenbaeva, M.A.Safarova

Teacher of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Tashkent Medical Academy

This work features expert comments from home and abroad about present therapeutic methods used with fungal diseases such as Microsporia. Dermatophilosis or microsporia originates from Microsporum fungus which commonly damages skin, scalp, and sometimes nails. Therapeutic success brings multiple health benefits to both your body and mind. The healing of Microsporia helps patients physically but also protects against conditions and improves both mental well-being and overall society health status. Getting good results depends on making a correct diagnosis before starting treatment.

Keywords: Microsporum species (hence the name), Healing of Scalp Lesions, Reduced Hair Loss, Reduced Hair Loss, Avoiding Kerion Formation, Preventing Secondary Bacterial Infection, Improved Self-Esteem, Oral Antifungal Medications, Itraconazole & Fluconazole.

Mikrosporiya zamburug‘li kasalligini davolashning ijobiy tibbiy ta’siri

U.A.Tashkenbayeva, M.A.Safarova

Mazkur maqolada mikrosporiya kabi zamburug‘li kasalliklarni davolashda qo‘llanilayotgan hozirgi usullar borasida mamlakatimiz mutaxassislari va xorijiy olimlarning fikrlari keltirilgan. Dermatofitiya yoki mikrosporiyani Microsporum zamburug‘i yuzaga keltiradi, bu zamburug‘ odatda teri, bosh terisi va ba’zida tirnoqlarni zararlaydi. Muvaffaqiyatli davo choralarining jismoniy salomatlik bilan bir qatorda ruhiy holatga ham ko‘plab ijobiy ta’siri mavjud. Mikrosporiya davolanishi bemorlarga jismonan yordam beradi, shuningdek, turli boshqa xastaliklardan himoya qiladi va ruhiy holatini yaxshilaydi. Yaxshi natijalarga erishish davolashni boshlashdan oldin to‘g‘ri tashxis qo‘yishga bog‘liq.

Tayanch so‘zlar: Microsporum turlari (nomi shundan kelib chiqqan), bosh terisi kasalliklarini davolash, soch to‘kilishini kamaytirish, kerion hosil bo‘lishining oldini olish, ikkilamchi bakterial infeksiyaning oldini olish, o‘ziga ishonchni oshirish, ichish uchun zamburuqqa qarshi dori-darmonlar, itrakonazol va flukonazol.

Положительное медицинское воздействие лечения микроспории

У.А.Ташкенбаева, М.А.Сафарова

ТДанная статья содержит экспертные комментарии как отечественных, так и зарубежных специалистов о современных методах лечения грибковых заболеваний, таких как микроспория. Дерматофилоз или микроспория вызывается грибком Microsporum, который обычно поражает кожу, кожу головы и иногда ногти. Успешное лечение приносит многочисленные преимущества, как для тела, так и для разума. Лечение микроспории помогает пациентам физически, а также защищает от других заболеваний и улучшает как психическое благополучие, так и общее состояние здоровья общества. Для достижения хороших результатов необходимо правильно поставить диагноз до начала лечения.

Ключевые слова: виды Microsporum (отсюда и название), лечение поражений кожи головы, снижение выпадения волос, предотвращение образования керион, профилактика вторичных бактериальных инфекций, улучшение самооценки, пероральные противогрибковые препараты, итраконазол и флуконазол

Introduction.

The fungal disease microsporia grows on the tissue layers of your scalp and inside your hair strands. Doctors and patients often call this condition tinea capitis or ringworm of the scalp. Microsporum species dermatophytes cause these diseases so we call them microsporia. When microsporia goes untreated it leads to serious health results. Treating microsporia offers multiple positive effects on a person's health. Below is a summary of those advantages:

1. Symptoms and discomfort are resolved: Decreased Itching: The main sign of microsporia is intense itching on affected areas. When therapy gets rid of the fungus it makes itching go away or disappears entirely. The medical treatment delivers better comfort to the patient and improves their way of living. Healing of Scalp Lesions: Microsporia causes red bumps with scales and swelling that appear on the scalp. Through treatment these lesions will be taken away so the skin can heal and revert to its original state. Decreased Hair Loss: Due to microsporia the scalp's hair becomes weak and falls off when it breaks. The hair will grow back and breakage will stop when doctors treat the infection.

Materials.

2. Preventing Complications: When Microsporia enters the scalp it can form a large pus-filled swelling called a Kerion. Additionally scarred skin results from kerion development. Effective treatment stops the serious issue from happening. Preventing Secondary Bacterial Infection: Bacteria are more likely to infect damaged fungal-infected skin. By treating the infection doctors stop both the current disease course plus reduce the risk of additional problems to make patient care easier. Preventing Permanent Hair Loss: Scarring alopecia develops from microsporia if people ignore their fungal infection. The success of this treatment depends on starting it right away.

3. Preventing the Spread of Infection: Microsporia spreads through physical contact with infected livestock, touching affected objects, or meeting an ill person. When the infection source is removed treatment stops the disease from spreading to people you know and meet. These spaces need special attention because of how often kids interact with each other in child care and school settings. Benefit to Public Health: Treated microsporia patients help reduce spread of infection which benefits everyone in the community.

4. Psychological and Social Benefits: The transmission of microsporia through scalp lesions and hair loss creates emotional distress that affects young people more than adults. Treating the condition helps people gain back their self-esteem while lowering the problem's emotional burden. Decreased Social Stigma: People tend to turn away from and judge those with clearly visible scalp lesions from this condition. The therapy takes away visible symptoms to help the patient face social situations with confidence.

Research and methods.

Treatment Approaches and Their Advantages:

The primary methods of treating microsporia usually include:

Antifungal drugs used orally: These are typically the main course of treatment, particularly for infections of the scalp. All of the aforementioned benefits are brought about by their direct targeting and elimination of the fungus.

Topical antifungal drugs: These can be used for mild instances or in combination with oral drugs. They lessen the fungus burden and aid in the treatment of surface lesions.

As part of the treatment plan, antifungal shampoos can also be used to assist lessen fungal spore shedding.

Treatments for fungal illnesses, such as Microsporia (tinea capitis), have advanced dramatically in recent years, providing more practical and efficient solutions. Below is a summary of the existing methods:

1. Oral (systemic) antifungal drugs:

Griseofulvin Despite being an older drug, it is still frequently used and successful in treating Microsporia, particularly in areas with minimal resources. It functions by preventing the development of fungal cells and is administered orally. For improved absorption, microsize or ultramicrosize formulations are frequently used in modern applications.

Advantageous Features: reasonably priced and thoroughly researched.

Things to think about: has to be treated for a number of weeks, has the possibility for adverse effects (though they are usually minor), and may interact with other drugs.

A more recent antifungal that works very well against Microsporum species is terbinafine. It functions by preventing the creation of ergosterol, which is a necessary part of fungal cell membranes.

Advantages: Good effectiveness and frequently shorter treatment duration than griseofulvin.

Results.

Considerations include higher cost, the possibility of side effects (which are often minor), and the requirement for liver enzyme monitoring.

When alternative choices are less effective or when some Microsporum species are resistant, broader-spectrum antifungals such itraconazole and fluconazole can be used to treat Microsporia. They also prevent the formation of ergosterol.

Advantages: May work well and be a viable alternative if other therapies don't work or aren't appropriate.

Considerations: Usually not the first-line therapy for microsporum infections, it may have greater adverse effects and medication interactions than terbinafine.

2. Antifungal Topical Drugs:

Azoles, such as miconazole, ketoconazole, and clotrimazole:

They are frequently used as an adjuvant treatment in conjunction with oral antifungals and are widely accessible as creams, lotions, or solutions. They can help reduce skin irritation and stop the spread of scalp ringworm, although they are less effective as a monotherapy.

Positive features include ease of use, overall safety, and affordability.

Considerations: They must be administered often because they are insufficiently effective on their own to treat scalp infections.

Allylamines: Terbinafine, for example, can be used topically as an adjuvant treatment.

Positives: Topical antifungal that works well.

Considerations: Usually not used on its own to treat scalp ringworm. Another topical antifungal that may be used as a treatment adjunct is ciclopirox.

Shampoos with selenium sulphide and ketoconazole: These medicinal shampoos are designed to lessen fungal shedding and may help stop infections from spreading. They are not a stand-alone treatment for ringworm of the scalp.

Positive Aspects: Can be used as a prophylactic strategy; reduces fungal load and spread.

Considerations: Not by themselves curative.

3. Combination Therapy: Medicated Shampoo + Topical Antifungal + Oral Antifungal: This method is frequently used for instances that are severe or resistant. The combination offers a thorough approach to getting rid of the fungus, lessening its symptoms, and stopping its spread.

Discussion.

4. Diagnostic Progress:

KOH Microscopy: Still the go-to method for quick diagnosis, fungal components may now be seen more clearly with newer microscopes.

To determine the precise Microsporum species for a targeted therapy, fungal culture is utilised. Results from modern cultural methodologies can be obtained more quickly.

Polymerase Chain Reaction (PCR): PCR is becoming more widely available in specialised labs and enables the quick and extremely sensitive detection of fungal DNA. Resistance testing and identification may benefit from this.

Dermoscopy: By displaying certain patterns linked to fungal infections of the scalp, this non-invasive skin imaging method can aid in diagnosis.

5. New Therapies: Laser Therapy: Being researched as a possible supplementary treatment for certain fungal infections. To determine its involvement in treating Microsporia, more study is required.

Although it is still in its early stages of research, photodynamic therapy (PDT) is another viable alternative under investigation.

Summary of the Modern Approach:

Tailored Care: The severity of the illness, the particular Microsporum species involved, the patient's age, any underlying medical issues, and their drug tolerance all influence the treatment option.

The mainstay of treatment for scalp ringworm is oral antifungals. Terbinafine is frequently used due to its effectiveness and shorter treatment durations. Griseofulvin is still a possibility, especially in environments with restricted resources.

Medicated shampoos and topical antifungals are crucial supplements to oral medication, especially when it comes to controlling local symptoms and stopping the spread of infection.

Rapid commencement of suitable therapy depends on early diagnosis utilising modern diagnostic technologies.

Monitoring: When using some oral antifungals, including terbinafine or itraconazole, it may be necessary to regularly check liver function.

Education: It is crucial to teach patients about proper hygiene practices in order to stop recurrence and transmission.

Important Takeaways:

A combination of targeted oral drugs with increased potency and shorter durations is the focus of modern treatment for microsporia.

topical treatments as an adjunct to treat local symptoms.

sophisticated diagnostic techniques for accurate and timely detection.

a comprehensive strategy that considers hygienic habits and patient-specific considerations.

Conclusion.

Our goal is to eliminate all infection while stopping future problems and protecting your well-being. Researchers continue to investigate better systems for treating fungal infections especially Microsporia.

Beyond treating visible signs doctors can help patients through several medical benefits from treating microsporia. Treating microsporia both improves body and mind while stopping spread and minimizing difficulties. The best results come from spotting microsporia early and treating it right away to avoid health problems down the road.

LIST OF USED LITERATURES:

1. Gupta A.K. & Lyons D.C. (2015). Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. Clinical Dermatology, 33(2), 133-139.

2. Rogers M. & Kundu R. (2021). Antifungal treatments: A review of efficacy and safety. Journal of the American Academy of Dermatology, 85(3), 658-669.

3. Elewski B.E., et al. (2020). Terbinafine in the treatment of fungal skin and nail infections. Journal of Drugs in Dermatology, 19(8), 784-788.

4. Kaufman G., et al. (2021). Griseofulvin vs. modern antifungals in dermatophyte infections. Mycoses, 64(2), 87-93.

5. Lipner S.R. & Scher R.K. (2017). Laser treatment of onychomycosis: An evidence-based review. Journal of the American Academy of Dermatology, 77(4), 767-774.

6. Sotiriou E. et al. (2018). Photodynamic therapy in dermatology. British Journal of Dermatology, 179(5), 1039-1050.

7. Ali S. et al. (2020). Nanotechnology in antifungal therapy: A novel approach. International Journal of Nanomedicine, 15, 4491-4507.

8. Chander J. et al. (2022). Dermatophytosis and its novel management strategies. Indian Journal of Dermatology, 67(1), 23-29.

9. American Academy of Dermatology (AAD). Guidelines of care for the management of dermatophytosis. (2020).

10. World Health Organization (WHO). Guidelines for the management of superficial fungal infections. (2021).

ERTA BAJARILGAN PREORTODONTIK SEPTOPLASTIKA TISH-JAG‘ ANOMALIYALARI PROFILAKTIKASI GAROVIDIR

S.A. Xasanov, G.K. Babaxanov

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti Otorinolaringologiya va bolalar otorinolaringologiyasi kafedrasi

Maqolada septoplastika lozim bo‘lmaydigan burun to‘sig‘i qiyshiqligining (BTQ) anatomik normal variantlari uchrashi chastotasi va shuningdek, patologik BTQning septoplastikaga ko‘rsatma bo‘luvchi muhim belgilari bilan kechuvchi variantlari chastotasi keltirilgan. Burun to‘sig‘ining tog‘ayini avaylash va saqlab qolish bilan uyg‘unlashgan «Cottle» premaksillyar septoplastikaning afzalliklari o‘z ifodasini topgan. Tibbiyotning yangi tarmog‘i – Rinoortodontiya asoschilari hamda «Hasanovning rinoortodontik simptomlar majmuasi» haqida ma’lumot keltirilgan. TJA patogenezida Hasanov va Maxsudovlarning «rinologik nazariyasi» asoslari bayon etilgan.

Tayanch so‘zlar: bolalar; burun to‘sig‘ining qiyshiqligi; tish-jag‘ anomaliyalarining profilaktikasi; Hasanov simptomkompleksi; preortodontik septoplastika.

Ранняя прортодонтическая септопластика – гарантия профилактики зубных аномалий

С.А. Хасанов, Г.К. Бабаханов

В статье приведены частоты сугубо анатомических (вариант нормы), не подлежащих к септопластике, а также патологических – сопряженных с важными симптомами искривлений перегородки носа (ИПН), являющимися показаниями к септопластике. Дана техника септопластики с сохранением хрящевой части перегородки носа с обоснованием преимущества премаксиллярного доступа по Cottle при ЗЧА. Изложены сведения об основателях нового раздела медицины – «Риноортодонтии», о риноортодонтическом симптомокомплексе Хасанова, также об обосновании ринологической теории Хасанова и Махсудова в патогенезе ЗЧА.

Ключевые слова: дети; искривление перегородки носа; профилактика зубочелюстных аномалии; симптомокомплекс Хасанова; предортодонтическая септопластика.

Early preorthodontic septoplasty is the guarantee of prophylaxis of dentoalveolar anomalies

S.A. Khasanov, G.K. Babakhanov

The article presents: 1) Frequencies of purely anatomical (normal variant) nasal septum deviations (NSD) not subject to septoplasty, as well as pathological ones - associated with important symptoms of NSD that are indications for septoplasty. Technique of septoplasty with preservation of the cartilaginous part of the nasal septum with substantiation of the advantage of the premaxillary approach according to Cottle in DAA. Information about the founders of the new section of medicine - Rhinoorthodontics; Information about the rhinoorthodontic symptom complex of Khasanov; 8) About the substantiation of the rhinological theory of Khasanov and Makhsudov in the pathogenesis of DAA.

Key words: children; nasal septum deviation; prevention of dentoalveolar anomalies; Khasanov symptom complex; preorthodontic septoplasty.

Muammoning dolzarbligi. Burun to‘sig‘i qiyshiqligi (BTQ) nafaqat otorinolaringologiyaning, balki amaliy tibbiyotning ko‘plab jabhalari, masalan, bolalar stomatologiyasi, pediatriya, terapiya, nevrologiya va boshqa sohalarning dolzarb masalalardan biridir. BTQning uzoqda va yaqinda joylashgan organlar va tana tizimlarining funksiyalari o‘zgarishiga keng qamrovli ta’siri adabiyotlardan ma’lum. BTQlari oqibatida havo tozalanmaydi, isitilmaydi, namlanmaydi va natijada: sinusitlar, otitlar va pastki havo yo‘llari yallig‘lashi; jismoniy va aqliy orqada qolish, sababsiz bosh og‘rig‘i, uyquning buzilishi, xurrak otish, tish-jag‘ anomaliyalari, umurtqa pog‘onasi qiyshayishi; yurak-qon tomir kasalliklari va hokazolar kuzatiladi [1,2].

Bizning va xorijiy mualliflarning ma’lumotlariga ko‘ra burun to‘sig‘i anatomik qiyshiqligi bolalar orasida 34-87 foizni tashkil qilmoqda. Bu barcha 87 foiz hollarda «... ularni yoppasiga septoplastika qilish kerak», – degani emas! Ularning oshib borsa, atigi 3 foizida operatsiyaga ko‘rsatma mavjud [1,2,3,4]. Ma’lumotlarga ko‘ra, tekis burun to‘sig‘i chastotasi 5 foizdan oshmaydi. Qo‘shimcha, muhim simptomlarga ega, septoplastikaga muhtoj burun to‘sig‘ining qiyshiqligi bu boshqa tushunchadir!

Hatto, ba’zi mualliflarning fikriga ko‘ra, yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda BTQ 1 foizdan [5] 20 foizgacha [6] uchraydi. Ushbu tadqiqotlarchilar natijalariga ko‘ra, burun BTQ vaginal (tabiiy yo‘l bilan) tug‘ilgan chaqaloqlarda ko‘proq – 22 foiz, kesarcha-kesish bilan tug‘ilganlarda esa – 4 foiz aniqlangan.

Bizning va xorijiy mualliflarning ma’lumotlariga ko‘ra, bolalarda tish-jag‘ anomaliyalari 34 foizdan 93,7 foizgacha uchrashi qayd etilgan [7,8].

TJA shakllanishi polietiologik hisoblanib, ular qatoriga quyidagilarni kiritish mumkin: irsiy moyillik; homiladorlikning buzilishi; erta tug‘ilish; raxit; nafas olish tizimi kasalliklari; displastik jarayonlar; buyrak usti bezlari, qalqonsimon bez, gipofiz bezining rivojlanish anomaliyalari; til va lablar yuganchasi anomaliyalari; noto‘g‘ri ovqatlanish; emzikdan oziqlantirish; yomon odatlar: lablarni yoki bosh barmog‘ini so‘rish, qalam yoki tirnoqni tishlash va boshqalar ortodontiyaga oid qo‘llanmalardan ma’lum.

Bu o‘rinda, rinoortodontiya asoschilari S.A. Hasanov va S.N. Maxsudov «Surunkali nazofaringeal obstruksiya sindromi»ga e’tibor berishgan. Burundan nafas olishning qiyinligi (nazofaringeal obstruksiya) bilan kechadigan kasalliklar: burun to‘sig‘i qiyshiqligi, adenoidlar vegetatsiyasi, tanglay murtaklarining gipertrofiyasi, sinusitlar va hokazolar burun obstruksiyasiga sabab bo‘ladi va ular o‘z navbatida TJAlarga olib keladi [7,9,10]. TJAlar: tishlarning erta yo‘qotilishi; periodontit; bosh og‘rig‘i; tishlarning patologik yemirilishi; yuz shaklining buzilishi; bo‘yin umurtqalarining patologik siljishi kabi oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Ortodontik davo prinsipi esa, Ilizarov moslamasi ta’siri kabidir. Uskuna (apparat) bilan davolash uchun breketlar,

elaynerlar, tvinbloklar, tanglay kengaytirgichlar, ortodontik vintlar, prujinalar va boshqalarni o‘rnatishni o‘z ichiga oladi. Tuzatish davri bir necha yil davom etishi mumkinligi ortodontiyaga oid manbaalardan ma’lum. Achinarlisi, bizning ilmiy izlanishlarimiz va xorijiy mualliflar fikriga ko‘ra, otorinolaringologlar aralashuvisiz, tish-jag‘ anomaliyalarini faqat ortodontlar davolaganida yuqoridan qattiq tanglayga burun to‘sig‘idan biomexanik kuchni yo‘qotilmaganligi sababli, 43 foiz hollarda anomaliyalarning retsidivlari kuzatilishi aniqlangan. Bemorlarda tishlam (prikus) to‘liq bo‘lmaydi va tishlarning kesim yuzalari o‘zgaradi [7].

Ayniqsa, 6-8 yoshdagi bolalarda BTQ zaminidagi TJA profilaktikasi hozirgi kunda dolzarb muammoligicha qolmoqda. S.A. Hasanov tomonidan tavsiflangan «Nazomaksillyar septo-nazo-palato-apiko-dental (SNPAD) [11] sindromi esa, ayniqsa 6-8 yoshdagi bolalarga e’tiborga ko‘proq loyiqdir.

Maqsad. Erta yoshdagi bolalarda BTQi zaminida kuzatiladigan TJAlarini ortodontik davolash natijalari darajasini oshirishdan iborat bo‘lib, biz ishlab chiqqan septoplastikaning maxsus turlarini amaliyotga singdirish va erta bajarilgan preortodontik septoplastika – tish-jag‘ anomaliyalari profilaktikasi garovi ekanligini asoslashdan iboratdir.

Olingan natijalar. Ilmiy izlanishlarimizda TJA retsidivlarining asosiy sababi burun obstruksiyasi va xususan, burun to‘sig‘i qiyshiqligi ekanligini isbotlandi. Bunga sabab, «... tishlar o‘zining asosi bilan birgalikda surilmasligidir», – deyishimiz mumkin [11,12].

Ko‘pincha, to‘g‘rilangan tishlar xuddi Piza minorasiga o‘xshab, egilib qoladi va ma’lum vaqt o‘tgach, retsidivlar kuzatiladi [7,9].

Rinoortodontiya asoschilari tomonidan: «An’anaviy septoplastikada ortodontik davo natijalariga ta’sir etuvchi burun to‘sig‘i va qattiq tanglaydagi biomexanik kuchga barham berilmaydi», – degan g‘oya ilgari surilgan.

Bizning fikrimizcha, bu g‘oyaga asos, rinomaksillyar (nazomaksillyar) kompleks (RMK, NMK): tashqi burun, burun bo‘shlig‘i, burun to‘sig‘i, qattiq tanglay, sinuslar, yuqori jag‘ tish yoyi va nihoyat, yuqori jag‘ tishlarini o‘z ichiga olgan majmua embriologik, anatomik, fiziologik va patologik nuqtayi nazardan ajralmas bir butun a’zoligidadir!

Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, Respublikaimizning taniqli olimlari prof. Hasanov va Maxsudovlar tomonidan tibbiyotning yangi tarmog‘i (yo‘nalishi) – Rinoortodontiyaga (rinortopediya, ortopedik rinologiya) asos solinganligi diqqatga sazovor.

Ularning fikricha, **«Ortopedik rinologiya»** umumiy otorinolaringologiyaning bo‘limi va umumiy ortopediyaning mustaqil qismi bo‘lib, burun anomaliyalari, orttirilgan nuqsonlari, shikastlanishlari va deformatsiyalari bo‘lgan bemorlarni aniqlash, oldini olish va davolash haqidagi fandir.

BTQ ga olib keluvchi bir qancha etiopatogenetik nazariyalar mavjudligi ma’lum: essensial (tug‘ma, fiziologik), rinologik nazariya, biologik nazariya, raxitik nazariya, stomatologik. Yuqoridagi nazariyalarga qo‘shimcha, ko‘p yillik izlanishlar natijasida BTQ va TJA bilan bog‘liq **«Hasanov simptomokompleksi» (SPNAD)** aniqlangan. Hasanovning simptom kompleksi – quyidagi alomatlar beshtasini o‘z ichiga oladi:

1. Burun to‘sig‘ining qiyshayishi (Septo-);
2. Baland, gotik tanglay (Palato-);
3. Burun bo‘shlig‘ining vertikal va ko‘ndalang yo‘nalishda torayishi (Nazo-);
4. Yuqori jag‘ apikal asosining torayishi (Apiko-);
5. Yuqori jag‘ frontal tishlar qatorining zichligi yoki qiyshayishi (Dental).

Bundan tashqari, prof. Hasanov va Maxsudovlar tomonidan BTQ va yuqori jag‘ torayishining og‘ir shakllari bo‘lgan bolalarda, nazomaksillyar kompleksning anatomik tuzilmalarining o‘lchamlari o‘rtasida quyidagi triada-qonuniyatlari ham aniqlangan:

1. Qattiq tanglay gumbazining joylashishi qanchalik baland bo‘lsa, burun bo‘shlig‘ining balandligi shunchalik past bo‘ladi va burun to‘sig‘ining deformatsiyalanish darajasi o‘ta aniq bo‘ladi;

2. Yuqori jag‘ning torayish darajasi qanchalik katta va burun bo‘shlig‘ining ko‘ndalang o‘lchami qanchalik kichik bo‘lsa, burun bo‘shlig‘ining rentgenoproyeksion maydoni shunchalik kamayadi;

3. Yuqori jag‘ning torayish darajasi qanchalik katta bo‘lsa, qattiq tanglay gumbazining joylashishi darajasi shunchalik yuqori bo‘lib, sagittal chok qalinlashadi.

Asoschilar fikricha, BTQ burun bo‘shlig‘ini gorizontal, vertikal va sagittal yo‘nalishlarda toraytiradi, qattiq tanglayni yuqoriga ko‘taradi, yuqori jag‘ apikal asosini toraytiradi va oqibatda yuqori jag‘ tishlarining zichligiga yoki qiyshayishiga (tishlamning buzilishiga) olib keladi.

Yuqoridagilarga asosan, Hasanov va Maxsudov nazariyasi isbotini topgan.

Zamonamizga monand, bolalarda burun to‘sig‘i qiyshiqligini davolash usuli jarrohlik, ya’ni – endoskopik septoplastika bo‘lib, undan bemorlarning qoniqish darajasi yuqori va asoratlar darajasi past hisoblanadi. Ta’kidlash joizki: biz an’anaviy Killian usulidagi septoplastikadan butkul voz kechib [13], gemitransfiksion «Cottle» usulini qo‘llab [14], burun to‘sig‘i tog‘ayini avaylashning juda muhimligini e’tirof etganmiz.

Hasanov simptomokompleksini davolash uchun 2 turdagi septoplastika turlari ishlab chiqilgan:

A) 13 yoshgacha bo‘lgan bolalarda (sut tishlar davrida) kristotomiya bilan uyg‘unlashgan septoplastika.

B) 13 yoshdan keyin (doimiy tishlash davrida) kristosuturotomiya bilan uyg‘unlashgan septoplastika amalga oshiriladi.

Xulosa. Bizning fikrimizcha, faqatgina ortodontik davolashdagi TJA retsidivlarining asosiy sababchisi burun to‘sig‘ining qiyshiqligidir. BTQ burun bo‘shlig‘ini gorizontal, vertikal va sagittal yo‘nalishlarda toraytirib, qattiq tanglayni yuqoriga ko‘taradi, yuqori jag‘ apikal asosini toraytirib, oqibatda yuqori jag‘ tishlarining zichligiga (tishlamning buzilishiga) olib keladi. pirovard natijada burun bo‘shlig‘i hajmi kichrayib, nafas olish jarayoniga aks ta’sir ko‘rsatadi.

Shunday qilib, bolalarda erta bajarilgan preortodontik septoplastika, ayniqsa 6-8 yoshdagi bolalarda tish-jag‘ anomaliyalari profilaktikasining garovidir!

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Рахимов Р.И., Бабаханов Г.К., Расулова Н.А., Умаров У.Х., Косимов С.А. Деформация перегородки носа (всеобъемлющий описательный обзор). Eurasian Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery (Евразийский журнал оториноларингологии - хи-

ргии головы и шеи). 2023;2(1):94–103. https://doi.org/10.57231/j.ejohns.2023.2.1.017 http://journals.scinnovations.uz/index.php/ejohns/article/view/505/390

2. Хасанов С.А., Бобохонов М.Г., Бабаханов Г.К. Септопластика у детей – за и против. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2023, №1 (101), стр. 88-90

3. Subarić M, Mladina R. Nasal septum deformities in children and adolescents: a cross sectional study of children from Zagreb, Croatia. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. - 2002 - 1: T. 63. - стр. 41-8.

4. Zielnik-Jurkiewicz B, Olszewska-Sosińska O. The nasal septum deformities in children and adolescents from Warsaw, Poland. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. . - Apr 2006. - 4: Vol. 70. - pp. 731-6.

5. Podoshin L, Gertner R, Fradis M and Berger A. Incidence and treatment of deviation of nasal septum in newborns. Ear Nose Throat J. - Aug 1991. - 8: Vol. 70. - pp. 485-7.

6. Kawalski H, Spiewak P. How septum deformations in newborns occur. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. - 1998. - 1: Vol. 44. - pp. 23-30.

7. Хасанов С.А., Махсудов С.Н., Бабаханов Г.К. Оториноларингологические и ортодонтические вопросы патологии риномаксиллярного комплекса у детей / [Под редакцией С.А. Хасанова]: Ташкентский педиатрический медицинский институт Минздрава РУз. –Т.: «Университет», 2022. 284 с.

8. Божкова З.П. Взаимосвязь затрудненного носового дыхания и зубо-челюстно-лицевых аномалий. Автореф. дис. канд. мед. наук. М: [б.н.], 1971. стр. 22.

9. Хасанов С.А., Махсудов С.Н., Бабаханов Г.К. Эндоназальная остеопластика срединного небного шва у детей с искривлением перегородки носа при аномалиях развития верхней челюсти. Вестник Кыргызской медицинской академии им. И.К. Ахунбаева 2019;2:66-71. https://www.elibrary.ru/download/elibrary_41300126_99535500.pdf

10. Gulimbay Babakhanov, Saidakram Khasanov, Sunnat Makhsudov, Tevfik Metin Önerci. Cephalometric measurements of the nasal cavity in children with a narrowing of the upper jaw. Евразийский вестник педиатрии. 2019;3:102-110 стр. https://tashpmi.uz/14-czefalometricheskie-pokazateli-polosti-nosa-u-detej-s-suzheniem-verhnej-chelyusti/

11. Хасанов С.А., Бабаханов Г.К., Хасанов У.С., Махсудов С.Н. Интеграционная тактика ринолога и ортодонта при симптомокомплексе Хасанова у детей. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2014;2:36-38. http://www.moscowuniversityclub.ru/article/files/14440_79490625.pdf#page=36

12. Gulimbay Babakhanov; Sunnat Makhsudov; Saidakram Khasanov; Maqsad Bobokhonov Narrowing of the upper jaw and nasal cavity. Central Asian Journal of Pediatrics. 2019, Volume 2 Issue 1. 158-165 pp

13. Killian G. Die submuköse Fensterresektion der Nasenscheidewand. Archives fur Laringologue und Rhinologue. - Berl: 1904. – Bd.16. - pp. 362-387. https://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0001142670&partnerID=10&rel=R3.0.0 [Google Scholar] [Ref list] [Scopus (79)] [Crossref]

14. Cottle MH, Loring RM, Fischer GG, Gaynon IE. The «Maxilla-Premaxilla» Approach to Extensive Nasal Septum Surgery. AMA Arch Otolaryngol. 1958 Sep;68(3):301-13. doi: 10.1001/archotol.1958.00730020311003. PMID: 13570788 No abstract available [Scopus] [Crossref] [Google Scholar] [PubMed].

ДИАГНОСТИКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Н.Г. Садикова[1], Д.К. Нажмутдинова[1], Д.Б. Хидиров[2]

1 - Ташкентская медицинская академия

2 - Национальный медицинский центр

В данной статье изложены результаты диагностики диабетической автономной нейропатии кардиоваскулярной формы у больных сахарным диабетом 2-го типа при помощи Холтеровского мониторирование ЭКГ в течении 24 часов. В исследование были включены 76 больных сахарным диабетом 2-го типа. Пациенты были разделены на 2 группы при помощи кардоваскулярных тестов. Были показаны изменение показателей вариабельности ритма сердца в зависимости от наличия ДАН кардиоваскулярной формы. Как показали результаты в группе пациентов ДАН кардиоваскулярной формы были все показатели по сравнению с первой группы пациентов снижены, что доказывают о нарушении иннервации сердца у больных сахарным диабетом 2-го типа

Ключевые слова: диабетическая автономная нейропатия, сахарный диабет 2-го типа, Холтеровское мониторирование по ЭКГ.

Qandli diabetning 2-turiga chalingan bemorlarda diabetik avtonom neyroptiyaning kardiovaskulyar shakli diagnostikasi

N.G‘. Sadikova, D.Q. Najmutdinova, D.B. Xidirov

Ushbu maqolada qandli diabetning 2-turiga chalingan bemorlarda EKGni 24 soat davomida Xolter monitor qilish yordamida diagnostika qilishda olingan natijalar bayon etilgan. Tekshiruvga qandli diabetning 2-turi bilan og‘rigan 76 nafar bemor kiritilgan. Kardiovaskulyar testlar yordamida bemorlar 2 guruxga ajratildi. Diabetik avtonom neyropatiyaning turiga ko‘ra yurakning variabillik ritmi o‘rganildi. Olingan natijalar shuni ko‘rsatdiki, birinchi guruxga nisbatan DAN mavjud bemorlarda barcha ko‘rsatkichlar kamaydi. Bu esa yurakning innervatsiyasi buzilganligini ko‘satadi.

Tayanch so‘zlar: diabetik avtonom neyropatiya, qandli diabetning 2-turi, EKG bo‘yicha Xolter monitor.

Diagnosis of the cardiovascular form of diabetic autonomic neuropathy in patients with type 2 diabetes mellitus

N.G. Sadikova, D.K. Najmutdinova, D.B. Hidirov

This article presents the results of diagnosing the cardiovascular form of diabetic autonomic neuropathy (DAN) in patients with type 2 diabetes mellitus using 24-hour Holter ECG monitoring. The study included 76 patients with type 2 diabetes. The patients were divided into two groups using cardiovascular tests. Changes in heart rate variability indicators were shown to depend on the presence of the cardiovascular form of DAN. The results demonstrated that all indicators in the group of patients with the cardiovascular form of DAN were reduced compared to the first group, confirming impaired cardiac innervation in patients with type 2 diabetes.

Keywords: diabetic autonomic neuropathy, type 2 diabetes mellitus, Holter ECG monitoring.

Диабетическая автономная нейропатия – вторая по частоте форма поражения нервной системы при сахарном диабете в результате нарушений центрального и/или периферического отделов вегетативной нервной системы. В среднем частота встречаемости ее составляет около 40%, а при увеличении стажа сахарного диабета более 10 лет – 60% и более [1,2]. Диабетическая автономная нейропатия характеризуется полисиндромностью клинических проявлений. В этой связи различают ряд форм диабетической автономной нейропатии как в виде изолированного нарушения функции органов и систем, так и с сочетанным их поражением. В патогенезе автономной нейропатии важную роль играют общие для развития диабетической полинейропатии сосудистые и метаболические изменения. Наиболее значимыми факторами риска для развития диабетической автономной нейропатии являются возраст пациента, длительность сахарного диабета, более высокий средний показатель HbA1c. Диабетическая автономная кардиоваскулярная нейропатия при появлении клинической симптоматики не только резко снижает качество жизни, приводя к инвалидизации, но в ряде случаев является непосредственной причиной летальных исходов пациентов с сахарным диабетом [1,2]. Доказано, что кардиоваскулярная автономная нейропатия ассоциирована с высоким риском аритмии и развитием синдрома внезапной смерти. Выявление признаков автономной дисфункции на доклинической стадии позволяет замедлить дальнейшее прогрессирование вегетативных нарушений [3]. Другим вариантом диабетической нейропатии является вегетативная нейропатия (ВН). Неврологическая вегетативная дисфункция может возникать в большинстве систем организма, проявляясь в виде гастропареза, запоров, диареи, ангидроза, дисфункции мочевого пузыря, эректильной дисфункции, непереносимости физических нагрузок, тахикардии покоя, безболевой ишемии [4]. Кардиоваскулярная форма диабетической автономной нейропатии (ДАН КФ) представляет собой повреждение нервных волокон, которые иннервируют сердце и кровеносные сосуды, что нередко является причиной тяжелых аритмий, предопределяет формирование патологии сердечно-сосудистой системы (ССС), безболевой ишемии сердца, осложняющих течение СД и приводящих к смерти от сердечно-сосудистых катастроф. Патологические результаты тестов оценки ВСР выявлены у 7% больных с впервые выявленными СД 1-го типа и СД 2-го типа [4]. Проведенные исследования указывают на ежегодное увеличение распространенности ДАН КФ у больных СД 2-го типа до 6% и у больных СД 1-го типа до 2% соответственно. В 1998 г. исследовательская группа «Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)» наблюдала 1441 больного СД 1-го типа продемонстрировала снижение вариабелностью ритма сердца (ВРС) у 6,2% испытуемых [5] , в то время как Kennedy W. с соавт. наблюдали снижение ВРС во время глубокого дыхания и проведения пробы Вальсальвы у 90% и 88% больных соответственно [6]. Ziegler D. с соавт. исследовали большую когорту пациентов с СД 1-го типа и СД 2-го типа в 22 медицинских центрах Австрии, Германии, Швейцарии. Патологические результаты тестов вариабельность ритма сердца (ВРС) получены у 25,3% пациентов с СД 1-го типа и у 34,3% пациентов с СД 2-го типа [7]. Распространенность диастолической дисфункции левого желудочка у пациентов с СД 2-го типа достигает 30-60%. Несмотря на высокую распространенность и столь серьезный прогноз, о кардиоваскулярных нарушениях при ДАН КФ практические врачи знают достаточно мало. По данным эпидемиологического исследования А.Л. Вёрткина, О.Н. Ткачёвой, распространенность ДАН у стационарных больных СД 1-го типа и СД 2-го типа в г. Москве составила 47,6%: на субклинической стадии – 28%, а на клинической стадии – 19,6%. При этом КФ ДАН была указана в диагнозе лишь у 2,7% от общего числа пациентов с этим осложнением СД [8]. Выявление у пациентов КФ ДАН важно, поскольку КФ ДАН ассоциируется с повышенной смертностью, сердечно-сосудистыми заболеваниями хронической болезнью почек, периоперационной смертностью и осложнениями нижних конечностей. Интенсивное многофакторное вмешательство, направленное на изменение образа жизни, интенсивный гликемический контроль и уменьшение вариабельностью гликемии, снижение факторов риска ССЗ предотвращает и замедляет прогрессирование КФ ДАН [9].

Цель исследования: Изучить особенности течения кардиоваскулярной автономной нейропатии у больных сахарным диабетом 2-го типа.

Материалы и методы. Нами были изучены диагностическая ценность Холтеровского мониторирования ЭКГ в диагностике кардиоваскулярной автономной нейропатии (КАН) у 135 больных. Средний возраст этих больных был 49,4±4,6 лет, с длительностью заболевания 7,3±2,1 год. Из этих больных мужчины составили – 69 в среднем возрасте 52,4±3,2 лет, 66 женщин в среднем возрасте 54,4±2,3 лет. В основном больные в качестве сахароснижающего препарата принимают ингибиторы ДПП-4 (вилдаглиптин) в комбинации с бигуанидами, также с препаратами ингибиторами натрий-калий глюкоза котранспортерами – 2. Всем больным было проведено Холтероское мониторированиния ЭКГ. По результатам кардиоваскулярных тестов по Евингу всех больных распределили на 2 группы ДАН (+) и ДАН (-). В группу ДАН (-) были 40 и в группу ДАН (+) 36 больных. У всех пациентов проверяли уровень сахара в крови натощак и через 2 часа после еды, также гликированный гемоглобин.

Результаты исследования. У всех обследованных больных проверяли сахар в крови натощак и через 2 часа после еды, также гликированный гемоглобин. По полученным данным выявили у больных с ДАН (-) сахар в крови натощак был 6,8±2,1 ммоль/л, у больных с ДАН (+) 7,2±2,4ммоль/л.

Гликированный гемоглобин в первой группе был 7,6±1,2% и во второй группе пациентов 8,2±1,3% (табл. 1).

Таблица 1

Биохимические показатели больных сахарным диабетом 2-го типа в зависимости от наличия диабетической автономной нейропатии

Показатели	ДАН (-), n= 40	ДАН(+), n=36
Возраст, лет	56,3±2,1	55,4±2,3
Длительность СД, год	7,6±1,3	7,8±2,2
Сахар в крови натощак, ммоль/л	6,8±2,1	7,2±2,4
Сахар в крови через 2 часа после еды, ммоль/л	9,8±1,6	10,1±2,3
Гликированный гемоглобин, %	7,6±1,2	8,2±1,3
ЛПНП, мкмоль/л	4,2±0,5	5,3±0,7
Тригилцериды, мкмоль/л	1,8±1,4	1,9±0,9

Таблица 2

Изменение показателей Холтеровского мониторирования у больных сахарным диабетом 2-го типа

Показатели	ДАН (-), n= 40	ДАН(+), n=36
TP, mc²	2625,0±724,9	1874,2±987,4*
VLF, mc²	210,2±13,2	132,8±34,3*
LF, mc²	671,2±156,6	564,2±174,5
HF, mc²	1634,0±487,8	823,3±313,4*
LF,nu	25,1±9,6	46,3±13,1*
HF,nu	58,7±1,5	54,2±6,4
LF/HF	0,8±0,1	1,6±0,8*

***p<0,05 достоверность по отношению между группами**

По показателям углеводного обмена у обеих группах достоверных изменений не было. По возрасту и по длительности заболевания обе группы были сопоставимы.

Всем больным сахарным диабетом 2-го типа был проведен Холтеровское мониторирование ЭКГ с 12-канальной кардиограммы в течении суток. По показателям Холтеровского мониторирования оценили вариабельность ритма сердца (ВСР). HF-Мощность в диапазоне высоких частот (0,15-0,4 Гц, которая отражает высокочастотную составляющую ВСР, характеризует парасимпатический тонус. LF-Мощность в диапазоне низких частот (0,04-0,15 Гц), которая отражает низкочастотную составляющую ВСР, что характеризует симпатический тонус. В обеих группах с ДАН (+) и ДАН (-) сравнивали изменение показателей ВРС показывающие нарушение иннервации сердца.

Мощность спектра ТР снижен в группе больных с ДАН (+) на 29,7%, показатель VLF на 36,7%, высокочастотный показатель HF на 49,3%, соотношение LF/HF на 2 раза выше оказался у данной группе больных. Мощность спектра был достоверно был снижен у больных ДАН (+) , также показатели VLF, HF и LF/HF были снижены у этой группе. Эти показатели показали, что в группе больных ДАН (+) о нарушении иннервации сердца с преобладанием симпатической нервной системы. Таким образом, ДАН (+) приводить к снижению параметров вариабельности ритма сердца у больных СД 2-го типа, и тем самым увеличивает риск развития сердечно-сосудистых осложнений у данной группы пациентов.

Заключение. Исследование ВСР является неинвазивным, чувствительным и специфичным методом диагностики диабетической автономной нейропатии кардиоваскулярной формы у больных сахарным диабетом 2-го типа. Анализ показателей вариабельности ритма сердца позволяет выделить группу больных с высоким риском возникновения внезапной сердечной смерти, а также прогнозировать развитие заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространенность сахарного диабета 2-го типа у взрослого населения России (исследование NATION). Сахарный диабет. 2016;19(2):104–112. doi: 10.14341/DM2004116-17.

2. Стаценко М.Е., Туркина С.В. Диабетическая автономная кардиальная нейропатия у больных с сахарным диабетом 2-го типа: фокус на нерешенные проблемы. Архив внутренней медицины. 2013;(3):57–62. doi: 10.20514/2226-6704-2013-0-3-57-62.

3. Chyun D.A., Melkus G.D., Katten D.M., Price W.J., Davey J.A., Grey N., Heller G., Wackers F.J. The Association of Psychological Factors, Physical Activity, Neuropathy, and Quality of Life in Type 2 Diabetes. Biol Res Nurs. 2006;7(4):279–288. doi: 10.1177/1099800405285748.

4. Autonomic neuropathy in young people with type 1 diabetes: a systematic review: Autonomic Neuropathy in Type 1 Diabetes / M. Tang [et al.] // Pediatric Diabetes. – 2013. – T. 14. – № 4. – P. 239-248.

5. DCCT Research group: Factors in development neuropathy. Baseline analysis of neuropathy in feasibility phase of Diabetes Control and Complications Trial(DCCT). Diabetes 37: 476-481, 1988/

6. KennedyW.R., Navarro X., Sutherland D.E. Neuropathy profile of diabeteic patients in a pancreas transplantation program. Neurology 45:773-780, 1995.

7. Ziegler D., Gries F.A., Spuler M., Lesmann F. Diabetic Cardiovascular Autonomic Neuropathy Multicenter Study group: The epidemiology of diabetic neuropathy. J.Diabetes complications 6:49-57,1992.

8. Ткачёва О.Н., Вёрткин А.Л. Диабетическая автономная нейропатия 176 с. Москва., 2009, с 7.

9. Voulgari C., Psallas M., Kokkinos A., Argiana V., Katsilambros N., Tentolouris N. The association between cardiac autonomic neuropathy with metabolic and other factors in subjects with type 1 and type 2 diabetes. J Diabetes and Its Complications. 2011;25(3):159–167. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2010.06.001.

HOMILADORLIK OG‘IR PREEKLAMPSIYA BILAN KECHGAN AYOLLARDA TUG‘DIRISHNING TURIGA BOG‘LIQ HOLDA ENDOGEN INTOKSIKATSIYA KO‘RSATKICHLARINING AHAMIYATI

D.N. Xodjayeva, D.D. Saidjalilova, D.A. Ayupova

Homiladorlik og‘ir preklampsiya bilan kechgan ayollarda kesar kesish bilan tugallangan tug‘ruqda tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘dirilgan ayollarga qaraganda erta va kech chilla davrlarida organizmning kompensator imkoniyatlarida zo‘riqish kuzatilib, dotoksimiyaning I-III bosqichlarining davomiyligi ortar ekan.

Indices of endogen intoxication in females with preeclampsia depending on kind of delivery

D.N. Hojaeva, D.D. Saidjalilova, D.A. Ayupova

Breaking of compensatory processes is possible in an early postoperative period in females with preeclampsia delivered via cesarean section in contrary to parturients delivered via natural delivery passages, a grade of endotoxemia was also reducing in remote terms.

Значение показателей эндогенной интоксикации в зависимости от типа родов у беременных женщин с тяжелой преэклампсией

Д.Н. Ходжаева, Д.Д. Саиджалилова, Д.А. Аюпова

В отличие от родильниц, родивших через естественные родовые пути, у беременных с тяжелой преэклампсией, родоразрешеных путем кесарева сечения, в раннем и позднем послеоперационном периоде возможен срыв компенсаторных процессов, и в отдаленные сроки снижается степень эндотоксемии и выявляются I-III фазы ЭИ длительное время.

Dolzarbligi. Homiladorlik bilan bog‘liq bo‘lgan gipertenziya, og‘ir preklampsiya va uning asoratlari onalar kasallanishi va o‘limining tuzilishida yetakchi II-III-o‘rinni egallab kelmoqda. Homiladorlikdagi gipertenziya bilan bog‘liq buzilishlarni, JSST ma’lumotlariga ko‘ra, eng ko‘p tarqalgan kasalliklar orasida 4-8 foizni tashkil qiladi. Bu muammoning ko‘p jihatlari o‘rganilgan bo‘lishiga qaramay, preeklampsiya va uning og‘ir kechishi sababli akusherlik asoratlari pasayish tendensiyasiga ega emas. Uning uchrashi o‘rta hisobda 43,4-85 foizni ni tashkil etadi [1-3]. O‘zbekiston Respublikasida – 68 foiz [4]. Eklampsiyadan onalar o‘limi va perinatal o‘lim tegishlicha 3 dan 12 foizgacha va 18 dan 50 foizgacha o‘zgarib turadi.

Tug‘ruqni kesar kesish bilan yakun topishi hozirgi kunda jadal sur’atlar bilan ko‘paymoqda va 20-25 foiz hollarda homiladorlikdagi tug‘ruqlar rejali kesar kesish amaliyoti yo‘li bilan amalga oshirilmoqda, ayniqsa oxirgi yillarda [2,3], bu ko‘rsatkich yanada o‘sish tendensiyasiga ega. Og‘ir preeklampsiya bilan kechgan homiladorlikda perinatal patologiya 46,3-78 fozini tashkil qiladi, perinatal o‘lim 10-30 foiz holda uchraydi.

Moddalar almashinuv jarayonlari, immunogenezning izdan chiqishi va poliorgan yetishmovchilik sindromi rivojlanishi preeklapmsiyadek murakkab patologik jarayonni shuningdek, organizmning har xil tizimlari vazifalarining buzilishi bilan yuzaga chiqishi gipertenziv sindromlarda, ayniqsa, og‘ir preklampsiyada yaqqol namoyon bo‘ladi. [2,3,5]. Endotoksimiya va uning ko‘rsatkichlarining oshishi preeklampsiyada organizmning toksik moddalarni paydo bo‘lishi va ko‘payishiga javob reaksiyasi xisoblanib, preeklampsiyaning o‘zi murakkab patologik jarayondan iborat [6-8]. Aslida platsentar to‘siq mavjud bo‘lsa-da, lekin platsentar to‘siqdan yaxshi o‘tadigan kichik va o‘rta molekular massaning (KO‘MMM) yig‘ilib turadigan molekulalari uning ona qornida homila rivojlanishining sekinlashishi va orqada qolishiga olib keladi. Bu holat esa og‘ir preklampsiyaning jiddiy asoratlaridan biri hisoblanadi.

Endogen intoksikatsiyaning klinik ko‘rinishi sifatida amaliyot nuqtayi nazaridan preeklampsiya va u bilan bog‘liq holatlarni ta’riflash mumkin, uni adaptatsiya va kompensatsiya mexanizmlari tomonidan uzoq ushlab turib bo‘lmaydi. Endotoksikoz rivojlanishi va tobora avj olishi toksik moddalar hosil bo‘lishi o‘rtasidagi nomuvofiqliq, jumladan xirurgik agressiya va narkoz ta’siri natijasida va detoksikatsiya sistemasiga kiradigan a’zolarning (o‘pkalar, buyraklar, teri, jigar) ularni transformatsiya va eliminatsiya qilish qobiliyati yo‘qligiga bog‘liq [9,10]. Operatsiya qilib tug‘dirishlar ko‘p jihatdan organizmning adaptatsion zaxiralarini zo‘riqtirib, vujudga kelgan vaziyatni yanada qiyinlashtiradi [6]. Bir qator mualliflarning tadqiqotlari [9] qon va peshob tahlillarida past va o‘rtacha massali molekulalar darajasini aniqlab, endotoksikoz bosqichlari to‘g‘risida xulosa chiqarish, shuningdek, detoksikatsiya funksional tizimining qaytar dekompensatsiya bosqichlarini aniqlash mumkin (DFT). Preeklampsiyaning og‘ir shakli bo‘lgan homilador ayollarda organizmning adaptiv va kompensator imkoniyatlarini hisobga olib endotoksemiya darajasini baholashni ishlab chiqish amaliyot shifokorlariga kechish darajasiga qarab og‘ir yoki yengilligini aniq belgilash va tug‘dirishning optimal turini tanlashga imkon beradi.

Maqsad: Og‘ir preeklampsiyani boshidan kechirib tuqqan ayollarda tanlangan tug‘dirish usuliga ko‘ra endogen intoksikatsiya (EI) darajasini aniqlash, baholash va solishtirish.

Material va tadqiqot usullari. Tekshirishlar homiladorlik fiziologik kechayotgan 12 nafar ayolda (1-guruh) va og‘ir preeklampsiyali 41 nafar xomiladorda o‘tkazildi, ular tug‘dirish turiga ko‘ra 2 guruhga bo‘lingan edi: 23 nafari rejali kesar kesish yo‘li bilan va 18 nafari tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali olib borilgan. Qon plazmasida, eritrotsitlarda va siydikda KO‘MMM miqdori M.Ya. Malaxova (1995) usuli bo‘yicha [10] perioperatsion yoki tug‘ruq oldi davrida (I-bosqich), plazma va eritrotsitlarda 1-3 sutkada (II-bosqich), 5-7 sutkalarda (III-bosqich) va 1 oy o‘tgach (IY-bosqich) tug‘dirishdan keyin aniqlandi. Homila holatining ona endogen intoksikatsiyasiga bog‘liqligini aniqlash uchun hamma yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning kindik qoni tekshirildi. Qon sinamalari homiladan tahlil uchun kindik venasidan venani bosilgandan so‘ng olindi. Olingan axborotga variatsion hisoblash usuli bilan ishonarlilik koeffitsiyentini aniqlab ishlandi.

Natijalar va ularning muhokamasi. Homiladorlik fiziologik kechayotgan ayollarda qizil qon tanachalarida KO‘MMM yuqori qiymatlari va uning past qiymatlari qon plazmasida kuzatiladi, bu modda almashinuvi metabolitlarining buyraklar

Jadval 1

Tuqqan ayollarning qon plazmasi va eritrotsitlarida KO‘MMMning miqdori (shartli birlik), M±m

Guruhlar va Sinamalar	Tekshirish bosqichlari			
1-guruh:				
Plazma	12,11+0,56	15,12±0,78	15,97+1,01	10,87±0,81
Eritrotsitlar	28,09±1,23	30,08+1,68	32,12±1,36	32,91±0,74
Siydik	38,22±1,97	-	-	-
2-guruh:				
Plazma	18,96±0,51a	26,37±1,12a	29,12±1,81a	22,14+0,57a
Eritrotsitlar	15,35±0,46a	14,66±0,42a	19,78±0,69a	27,97+2,01
Siydik	17,82+0,53"	-	-	-
3-guruh:				
Plazma	19,42±0,62a	26,05+1,41a	25,31±1,14a	15,14±0,536
Eritrotsitlar	15,98±0,67a	15,41±0,63a	22,32±1,09a	28,12±0,97
Siydik.	16,81±0,71a	-	-	-

Eslatma: *a – homiladorlik fiziologik kechayotgan va preeklampsiyali kechayotgan ayollar ko‘rsatkichlari orasidagi farq ishonarli (R<0,05); 6 – kesar kesish operatsiyasi hamda o‘zi tuqqan ayollar ko‘rsatkichlari orasidagi farq ishonarli (R<0,05).*

orqali oshgan ekskretsiyasiga bog‘liq bo‘lgan (jadval).

Tugruqdan keyingi erta chilla davrida o‘rganilayotgan ko‘rsatkichlarning qon plazmasida ham, qizil qon tanachalarida ham proporsional ko‘payish tendensiyasi kuzatiladi, bular tug‘ruqlardan keyin birinchi oy oxiriga kelib normativ qiymatlarga tenglashadi.

Og‘ir preeklampsiyali homilador ayollarda o‘rganilayotgan ko‘rsatkichlar birmuncha o‘zgargan. Jumladan, qon plazmasida KO‘MMM darajasining 1,58 marta statistik ishonarli ko‘payishi, qizil qon tanachalari 1,79 marta kamayishi va metabolitlarning buyraklardan ekskretsiyasining kamayishi aniqlangan edi, chunki, KO‘MMM miqdori 2,21 marta pasaygan edi. Bunday holat, preeklampsiyali homilador ayollar organizmida EI ko‘payishidan yaqqol dalolat beradi. KO‘MMMning past qiymatlari qizil qon tanachalarida hujayra membranalarining funksional shikastlanishi va ular metabolitlarining qonga yuvilishi va ularning ekskretsiyasi pastligi tufayli plazmada ushlanib qolishidan dalolat beradi. Bu holat buyraklarning filtrlash va ekskretor funksiyasining buzilishi bilan bog‘liq bo‘lsa kerak, deb taxmin qildik va yana bu hol qon zardobida mochevina darajasining 6,31±0,13 mmol/l o‘sishi bilan tasdiqlangan. Kesar kesish amaliyotini o‘tkazgan og‘ir preeklampsiyali homilador ayollarda operatsiyadan keyingi ilk davrda KO‘MMM darajasi 1-3 va 5-7 sutkalarda operatsiyagacha qiymatlardan 1,39 va 1,54 marta ko‘paygan, homiladorlik va tug‘uruq fiziologik kechgan ayollar ko‘rsatkichlariga qaraganda 1,74 va 1,82 marta ko‘paygan. Shuningdek, qizil qon tanachalarida operatsiyagacha 1-3 sutkalarda shu qiymatlarga yaqin qolganini va 5-7 sutkalarda uning oshganini kuzatdik. Biz olgan ma’lumotlar KO‘MMM eritrotsitlar glikokaliksi va plazma o‘rtasidagi qayta taqsimlanishning yanada ko‘proq buzilishi tufayli operatsiyadan keyingi 1-3 sutkada endotoksemiya darajasining og‘irlashishidan dalolat beradi. Aniqlanishicha, keyingi muddatlarda plazmada ularning yuqori qiymatlari saqlanib qolish fonida KO‘MMM darajasining asta-sekin ko‘payishi tuqqan ayollar organizmidagi rivojlanayotgan kompensator jarayonlarining yanada sustlashuvini ko‘rsatadi. Extimol bu, siydik orqali toksik moddalar ekskretsiyasining oshishi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin, chunki mochevina konsentratsiyasining darajasi bu muddatga kelib birmuncha pasaydi va 5,89±0,05 mmol/lni tashkil qildi. Qon plazmasida KO‘MMM darajasining pasayishi va o‘tkazilgan operatsiyadan keyin birinchi oyning oxiriga kelib, qizil qon tanachalarida ularning ko‘payishi organizmda kompensator imkoniyatlarni qayta tiklanishi rivojlanganidan darak beradi. Lekin biz ularning to‘liq tiklanganini kuzatmadik, o‘rganilayotgan ko‘rsatkichlar homiladorlik va tug‘ruqlari fiziologik kechayotgan ayollardagi qiymatlardan yaxshigina farq qildi.

Preeklampsiyani boshidan o‘tkazgan, lekin tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tuqqan homilador ayollarda KO‘MMM darajasi ko‘rsatkichlarining analizi tug‘ruqlardan keyingi 1-3 sutkalarda plazma va qon qizil qon tanachalaridagi o‘rganilayotgan ko‘rsatkichlar kesar kesish bilan tug‘dirilgan ayollardagi qiymatlardan farq qilmasligini ko‘rsatdi. Biroq 5-7 sutkalarga kelib eritrotsitlar glikokaliksi va plazma o‘rtasidagi KO‘MMM yaqqol qayta taqsimlanishi kuzatiladi, chunki ularning qon plazmasidagi darajasi o‘sha darajada qoladi, eritrotsitlarda esa qiymatlari ortadi.

Bunday musbat dinamikada mochevina darajasining 4,71±0,12 mmol/lgacha pasayishi bilan mos keladi, bu kesar kesishni boshdan kechirgan homilador ayollarning tug‘ruqlargacha qiymatlaridan birmuncha past va o‘z o‘rnida organizm FSD asta-sekin tiklanish jarayonidan darak beradi.

Kesar kesishni boshdan kechirgan ayollar guruhidan farqli ravishda organizmning kompensator imkoniyatlari tezroq tiklanishini kuzatdik. Buni plazmada KO‘MMM darajasining anchagina pasayishi va tug‘ruqlardan keyin birinchi oy oxiriga kelib qizil qon tanachalarida sorbsion xususiyati oshishi tasdiqlaydi. Bunda, agar mazkur guruhdagi ayollar qizil qon tanachalarida oligopeptidlar qiymatlari fiziologik kechgan homiladorlikning shunday ko‘rsatkichlaridan farq qilmasa, bu holda qon plazmasida hali ham ulardan 1,40 marta oshadi.

Homiladorlik va tug‘ruq og‘ir preeklampsiya bilan kechgan onalardan tug‘ilgan bolalarda qon plazmasida KO‘MMM yig‘ilishi qayd qilingan. Bu holat o‘z o‘rnida homilaning ona qornida dimiqishidan darak beradi. Chunonchi, kindik qoni plazmasida KO‘MMM darajasi 2- va 3-guruhlarda tegishlicha 20,31±1,13 va 20,97±1,34 shartli birlikni (normada – 13,8±0,78), qizil qon tanachalarida 14,01±0,86 va 13,78±0,57 (normada – 27,13±1,44) shartli birlikni tashkil etdi.

Ma’lumotlarga [6,9] asoslanib qon plazmasi, qizil qon tanachalarida va siydik spektogramalarining ma’lumotlari asosida EI ning 5 ta biokimyoviy fazalarini ajratish mumkin: 1) kompensator faza (eritrotsitar cho‘qqi balandligining plazmaning o‘zgarmagan spektrogrammasida oshishi); subkompensator faza, metobolitlarning agressiya o‘chog‘idan yig‘ilishi (metabolitlar konsentratsiyasining plazmada ham, qizil qon tanachalarida ham oshishi); 3) DFT a’zolarining qaytar dekompensatsiyasi fazasi (eritrotsitlar spektogrammasi barqarorlashgan to‘liq to‘yinish va plazma spektogrammasi balandligining yanada oshishi); 4) gomeostaz tizimlarning ishlamaydigan va dekompensatsiya

fazasi eritrotsitar cho‘kishi balandligining normagacha va pastroqqa tushishi, chunki qizil qon tanachalarida membranasi tuzilishi o‘zgargan va plazmada optik aktiv moddalar miqdori o‘sishda davom etgan. Shu ma’lumotlarga tayanib, preeklampsiyali ayollarda intoksikatsiyaning asosan IY-fazasi kuzatiladi deyish mumkin. Tug‘ruqdan keyingi dastlabki davrda va, ayniqsa, operatsiyadan keyingi davrda FSD a’zolarining dekompensatsiya tendensiyasi saqlanadi. Ularning faoliyatini o‘z vaqtida nazorat qilish va kompensator jarayonlarni rivojlantirish birinchi oy oxiriga kelib, endotoksemiyaning pasayishiga olib keladi. Agar kesar kesishdan so‘ng EI ning I-II fazasi aniqlansa, tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘ishlarda kompensator jarayonlar birmuncha saqlangan va ayollarda EI I-II darajasi aniqlanadi. KO‘MMMning platsentar qonda va ona qonidagi miqdoridan ko‘ra oshadigan to‘planishi homila gipoksiyasiga va hatto asfiksiyasiga sabab bo‘lib, tug‘ruqlardagi asoratlarga olib kelishi mumkin ekan.

Xulosalar

Homiladorlik va tug‘ruq og‘ir preeklampsiya bilan kechgan ayollarda qizil qon tanachalari glikokaliksi va plazma o‘rtasida KO‘MMM qayta taqsimlanishi buzilib, ularning biologik suyuqliklarda, ayniqsa platsentar qondagi konsentratsiyasini ortishi bilan o‘z tasdig‘ini topadi. Endogen intoksikatsiyaning IY-fazasi rivojlanib, biologik membranalar va detoksikatsiyaning funksional tizimlarining buzilishi kuzatiladi. Homiladorlik og‘ir preeklampsiya bilan kechganda, kesar kesish bilan tug‘dirilgan ayollarda operativ tug‘ruqdan keyingi ilk davrda kompensator jarayonlarning sekinlashuvi, birmuncha uzoq, keyingi muddatlarda esa endotoksemiya darajasi sekin pasayshi va EIning II-III-fazalari aniqlanadi. Tabiiy yo‘llar orqali tuqqan ayolda kompensator jarayonlar tez tiklanadi, eritrotsitlarning sorbsion imkoniyati va faoliyati tezroq tiklanadi va asosan endogen intoksikatsiyaning I-II fazalari aniqlanadi. Yuqoridagi o‘rganilgan ma’lumotlarni inobatga olib, xulosa qilib shuni aytish mumkinki, og‘ir preklampsiya bilan kechgan homiladorlarda tug‘ruqni tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali olib borilganda, kompensator mexanizmlar tezroq tiklanar ekan.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Васильева З.В. и др. Отдаленние последствия и реабилитация женшин, перенесших тяжелые формы гестоза //Рос. мед. журн. 2010. №1. С. 24-26.
2. Ветров В.В. Гестоз и эфферентная терапия. СПб., 2010. 102с.
3. Кулаков В.И., Мурашко Ж.Э. Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестозов //Акуш. и гин. 1998.
4. Rasul-Zade Yu.G., Gafarov F.B. Reproduktiv anamnezida preeklampsiya va eklampsiya bo‘lgan ayollarda homiladorlik. «Uzb. tibbiyot jurnali». 2004. №5. 78-83-b.
5. Медвинский И.Д. Синдром системного воспалительного ответа при гестозе //Вестник интенсивной терапии. 2019. М. С. 21-24.
6. Елютин Д.В., Садчиков Д.В., Шанина Н.Ю. и др. Эндогенная интоксикация у женшин с гестозом, перенесших операцию кесарева сечения //Акуш. и гин. 2019. №1. С. 20-23.
7. Юркевич О.И. Эндогенная интоксикация при гестозе и дифференцированные методы эфферентной терапии: Автореф. дисс.... д-р. мед. Наук, СПб., 1999. 43 с.
8. Нажмутдинова Д.К., Таджиева Х.А., Хасанова Д.А. и др. Особенности адаптивных реакций у родильниц, перенесших гестоз // Вестник врача обшей практики. 2019. Спец. вып., ч. 2. С. 11-14.
9. Оболенский С.В., Малахова М.Я. Лабораторная диагностика интоксикаций в практике интенсивной терапии. СПб., 1991.-16 с.
10. Малахова М.Я. Методы биохимической регистрации эндогенной интоксикации //Эфферентная терапия. - 1995. - Т. 1, №2. - С. 61-64.
11. Inoyatova F.X., Xodjayeva D.N. Preeklampsiyali ayollarda tug‘dirishning turiga bog‘liq holda endogen intoksikatsiya ko‘rsatkichlari // Patologiya 2016. 57-61-b.
12. Валленберг Х.С. Профилактика преэклампсии: возможно ли это? //Акуш. и гин. 1998. №5. С. 52-54.
13. Matyakubova S.A. Gestatsion gipertenziya kuzatilgan homiladorlarda prenatal asoratlar profilaktikasi va istiqbolini aniqlash. Avtoref. diss.... d-r. med. nauk - SPb., 2016.-5-b.

HOMILADOR AYOLLARDA COVİD-19 KECHISHINING KLINIK VA PATOGENETIK JIHATLARI

A.D. Abdirimova, M.A. Yusupova

TTA Urganch filiali

Homiladorlik davrida COVID-19 ning hayotga xavf soladigan asoratlarini tashxislash va bashorat qilish imkoniyati bo‘yicha adabiyot ma’lumotlari tahlili o‘tkazildi. Homilador ayollar og‘ir kasallik xavfi yuqori. Sharhda «COVID-19 va homiladorlik» muammosining turli jihatlari – homilador ayollarda kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik xususiyatlari ko‘rsatilgan. Taqdim etilgan tadqiqotlar COVID-19 ning og‘irligini o‘z vaqtida tashxislash va hayotga xavf tug‘diruvchi asoratlarni, kasallikning cho‘zilishi yoki COVIDdan keyingi sindromini bashorat qilish muammolarini samarali hal qilish uchun keng ko‘lamli ilovalarni ishlab chiqishga ilmiy va amaliy qiziqishni ko'rsatadi.

Tayanch so‘zlar: SARS-CoV-2, koronavirus, homiladorlik, yangi tug‘ilgan chaqaloqlar, homila distressi, respirator distress sindromi, tashxislash (diagnostika).

Клинические и патогенетические аспекты течения COVID-19 у беременных

А.Д. Абдиримова, М.А. Юсупова

Проведен анализ данных литературы о возможности диагностики и прогнозирования угрожающих жизни осложнений COVID-19 в период гестации. Беременные относятся к группе высокого риска тяжелого течения заболевания. В обзоре представлены различные аспекты проблемы «COVID-19 и беременность» – этиология, патогенез, клинические особенности течения заболевания у беременных. Представленные исследования демонстрируют научно-практический интерес к разработке масштабного применения с целью результативного решения задач по своевременной диагностике степени тяжести COVID-19 и прогнозированию угрожающих жизни осложнений, затяжного течения заболевания или постковидного синдрома.

Ключевые слова: SARS-CoV-2, коронавирус, беременность, новорожденные, дистресс плода, респираторный дистресс-синдром, диагностика.

Clinic and pathogenetic aspects of COVID-19 during pregnancy

A.D. Abdrimova, M.A. Yusupova

A literature data analysis was conducted on the possibility of diagnosing and predicting life-threatening complications of COVID-19 during pregnancy. Pregnant women are at high risk of serious illness. The review shows various aspects of the problem of «COVID-19 and pregnancy» – the etiology, pathogenesis, clinical features of the disease in pregnant women. The presented studies show a scientific and practical interest in developing large-scale applications to diagnose the severity of COVID-19 in a timely manner and effectively solve the problems of predicting life-threatening complications, disease stretching or post-Covid syndrome.

Keywords: SARS-CoV-2, coronavirus, pregnancy, newborns. fetal distress, respiratory distress, diagnostic.

Mavzuning dolzarbligi. SARS-CoV-2ga sezgir bo‘lgan aholi guruhlari orasida homilador ayollarni aniqlash kerak, chunki virus homiladorlik jarayoniga va fetoplasental kompleksning rivojlanishiga salbiy ta’sir ko‘rsatadi, bu esa onalar va perinatal kasalliklar va o‘limning oshishiga olib keladi [1,2].

Hozirgi vaqtda COVID-19 pandemiyasi boshlanganidan buyon qisqa vaqt o‘tganligi sababli homilador ayollarda ushbu infeksiyaning klinik kechish xususiyatlari, o‘chirilgan shakllari bilan birga yetarlicha o‘rganilmagan va qo‘shimcha tadqiqotlarni talab qiladi. Homilador ayollarda yetarlicha chastotali koronavirus infeksiyasi virusli pnevmoniya va respirator kasalliklarning rivojlanishida og‘ir asoratlarni keltirib chiqarishi, bu esa reabilitatsiya bo‘limiga yotqizishni va endotraxeal intubatsiyani talab qilishi, ko‘p a’zolar yetishmovchiligiga va bemorlarning o‘limiga olib kelishi aniqlangan [2,9]. JSST, RCOG va FIGO (2020) ekspertlarining fikriga ko‘ra, homilador ayollar organizmdagi, birinchi navbatda immunitet tizimi va nafas olish tizimidagi o‘ziga xos o‘zgarishlar tufayli koronavirus infektsiyasiga moyil. O‘limga olib keladigan pnevmoniyaning og‘ir shakllarining paydo bo‘lishi uchun eng katta xavf guruhiga surunkali o‘pka kasalliklari (bronxial astma, KOAH), yurak-qon tomir kasalliklari, ayniqsa arterial gipertenziya kabi ekstragenital patologiyalari bo‘lgan homilador ayollar, shuningdek, diabet bilan og‘rigan ayollar, semizlik kiradi [2,6,8], shuning uchun ishimizda biz sanab o‘tilganlarning ta’sirini o‘rgandik.

Tadqiqot metodi va natijalar. Koronavirus infeksiyasining mumkin bo‘lgan asoratlarini bashorat qilishda kasallikning og‘irligini belgilovchi asosiy patogenetik bo‘g‘in bo‘lgan endogen intoksikatsiya darajasini o‘rganish muhim rol o‘ynaydi [5,7]. Endogen intoksikatsiya sindromi o‘ziga xos mezonlarga ega: organizmdagi «yallig‘lanishning o‘tkir fazasi oqsillari» (CRP, PCT, ferritin), endogen toksinlar va SIRS moddalari (IL-6) miqdori [6,8,9]. Homilador ayollarda endotoksemiya mexanizmlari hozirda yetarli darajada o‘rganilmagan va adabiyotlarda yoritilgan, shuning uchun bizning ishimizda endotoksemiya sindromini o‘rganishga katta e’tibor qaratilgan, chunki sanab o‘tilgan noqulay omillarni qo‘llashning yakuniy bo‘g‘ini ko‘plab kasalliklarning, shu jumladan,. organ etishmovchiligi, platsenta kasalliklari rivojlanishi hisoblanadi.

COVID-19 homilador ayollarni kompleks davolash uchun patogenetik asoslangan dasturni ishlab chiqish muammosi dolzarb va hal qilinmagan.

Pnevmoniya bilan og‘rigan homilador ayollarda erta tug‘ilish tez-tez uchraydi, kam vaznli erta tug‘ilgan chaqaloqlar tug‘iladi, kesarcha kesish amaliyoti bilan tug‘ilish darajasi yuqori bo‘lmoqda. Bundan tashqari, homiladorlik davrida gipertenziya va homiladorlik qandli diabetning rivojlanishiga moyillik kuchayadi, ular hozirda koronaviruslar, shu jumladan SARS-CoV-2 sabab bo‘lgan og‘ir o‘tkir respirator sindromning rivojlanishi uchun xavf omillari hisoblanadi. Biroq, SARS-CoV-2 infeksiyasining homilador ayollar va yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning sog‘lig‘iga ta’sirini baholash uchun hali ham yetarli ma’lumotlar mavjud emas [1]. Homiladorlik immunitet tizimidagi sezilarli o‘zgarishlar bilan birga keladi, bu allogen homilaga nisbatan bardoshlik va tananing begona mikroorganizmlarning kirib borishiga yetarli darajada immunitetni ta’minlash qobiliyati o‘rtasidagi muvozanatni saqlash zarurati bilan bog‘liq. Ma’lum bir immunosupressiyaga qaramay, homilador ayolning immun tizimi tanani begona agentlarning kirib kelishidan faol himoya qilish uchun juda yuqori darajada tayyorlanadi: tug‘ma immunitet tizimining hujayralari (NK hujayralari, monositlar) viruslarga ko‘proq ixtisoslashgan reaksiyaga kirishadi. Aksincha, homiladorlik davrida tananing adaptiv immun himoya mexanizmlarining ba’zilari kamayadi (T-hujayralari soni kamayadi). Homiladorlik davrida mahalliy immunitetning xususiyatlaridan biri estrogen va progesteronning yuqori darajasi tufayli o‘pka maydonlarining yengil gipertrofiyasi va cheklangan kengayishi hisoblanadi. Bu jarayon tananing nafas olish yo‘llari infektsiyalariga nisbatan sezgirligini oshiradi. [3]

Homilador ayollarda COVID-19ning klinik ko‘rinishi aholining umumiy sonidagi klassik klinik jarayondan unchalik farq qilmaydi. Shu bilan birga, homilador ayollarda homiladorlik davridagi fiziologik o‘zgarishlar, shu jumladan immunosupressiya bilan bog‘liq bo‘lgan homiladorlik asoratlari rivojlanish xavfi ortadi. Koronavirus infeksiyasi bilan og‘rigan bemorlarda erta tug‘ilish holatlari 14,3-25,0 foiz, preeklampsi – 5,9 foiz, homiladorlik – 14,5 foiz, membranalarning erta yorilishi – 9,2 foiz va homila o‘sishini cheklash – 2,8-25,0 foiz uchraydi. Bunday bemorlarda tug‘ruqdan keyingi eng ko‘p uchraydigan asoratlar tug‘ruqdan keyingi qon ketishdir (54,5 foiz). Homilador ayollarning yarmidan ko‘pida (48-100 foiz) sezaryen bilan tug‘iladi [4].

K. Diriba (2020) tomonidan 1316 homilador ayolda o‘tkazilgan 39 ta tadqiqot natijalarini tavsiflagan sharhiga ko‘ra, homilador ayollarda COVID-19 bilan kasallangan eng ko‘p uchraydigan klinik belgilar yo‘tal, isitma va miyalji bo‘lgan. Laboratoriya tadqiqotlarida eng tez-tez uchraydigan o‘zgarishlar limfotsitopeniya va C-reaktiv oqsilning paydo bo‘lishi (55-100 foiz) shaklida namoyon bo‘ldi [7].

Mavjud ma’lumotlarga ko‘ra, homilador ayollarda SARS-COV-2 keltirib chiqaradigan orttirilgan pnevmoniyaning og‘irligi masalasi ochiqligicha qolmoqda. Ba’zi mualliflarning ma’lumotlari va homilador ayollarda SARS, MERS va boshqa respirator infektsiyalarning kechishini kuzatishga asoslangan tajriba homilador ayollarda SARS-COV-2 sabab bo‘lgan og‘ir pnevmoniya bo‘lishi mumkinligini ko‘rsatadi. Adabiyotlarni tahliliga ko‘ra, homilador ayollarda COVID-19 sabab bo‘lgan jamiyat tomonidan kelib chiqqan pnevmoniyaning eng ko‘p klinik belgilari 39 ° S gacha bo‘lgan gipertermiya (86 foiz), yo‘tal (60 foiz), kuchli zaiflik (26,6 foiz), miyalji (20 foiz), asemptomatikdir (13,3 foiz). 73 foizigacha bemorlarga kislorod ta’minoti talab qilinadi. SARS-COV-2 bilan kasallangan

ayollarda tug‘ilish natijasi erta tug‘ilishning yuqori darajasi bilan tavsiflanadi – 14,3 foizgacha va sezaryen bilan – 77 foizgacha. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda SARS-COV-2 bilan kasallangan onalarning infeksiyasi ularga salbiy ta’sir ko‘rsatib, homila buzilishi – 26,5 foizgacha, trombotsitopeniya – 20 foiz, jigar funktsiyasining buzilishi va perinatal o‘lim – 2,2 foiz kabi muammolarni keltirib chiqaradi.

Homilador ayollarda COVID-19 rivojlanishining laboratoriya diagnostikasi. Aholida ham, homilador ayollarda ham NCI bilan kasallangan bemorlarni dinamik tekshirish natijalarini qiyosiy tahlil qilish asosida kasallikning og‘irligining rivojlanish belgilarini aniqlash mumkin. Endoteliy-trombotsitlar aloqasi. Homilador ayolning tanasi endotelial-trombotsitlar blokini faollashtirish, vazodilatatorlar va vazokonstriktorlar, o‘sish omillari va yallig‘lanish vositachilari ishlab chiqarishni o‘zgartirish va prokoagulyatsiya potentsialini oshirish orqali qon tomir tizimini moslashtiradi [10]. Shveytsariyada SARS-CoV-2 virusi tomirlar endoteliyasini shikastlab, endotelitni keltirib chiqarishi mumkinligini tasdiqlovchi tadqiqot o‘tkazildi. Elektron mikroskopiya ma’lumotlari endotelial hujayralarda virusli inklyuziya tuzilmalari mavjudligini ko‘rsatdi. Gistologik tekshiruvda qon tomirlarining mononuklear va neytrofil infiltratsiyasi, shilliq osti tomirlarining endoteliysi, o‘pka mikrotomirlarida tiqilishi aniqlangan [9].

Niderlandiya olimlari turli darajada COVID-19 bilan zararlangan homilador ayollarda endotelin-1 darajasini o‘rganishdi, shuningdek, tuzalgandan keyin uning darajasini baholashdi. Endotelin-1 darajasi og‘ir COVID-19 da (2,52±1,50 pg/ml) uning nazorat guruhidagi darajasiga (1,24±0,37; p<0,001) nisbatan ancha yuqori bo‘lgan va kasallikdan 3 oy o‘tgach ham yuqoriligicha qolgan [3]. Boshqa tadqiqotchilar teskari xulosaga kelishdi, boshqa o‘pka infektsiyalari bilan solishtirganda, COVID-19 faqat endoteliyning engil faollashishini ko‘rsatadi, uning zarari endotelin peptid-1 peptidini o‘lchash yo‘li bilan baholanadi va COVID-19 bilan bog‘liq o‘lim darajasi yuqori. endotelial disfunktsiya bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin emas.

Natijalar muhokamasi. Yallig‘lanish va protrombotik omillar: D-dimer, C-reaktiv oqsil, prokalsitonin va ferritin. Dd ning COVID-19 bilan zararlanishning belgisi sifatida hali ham bahs-munozaralar mavjud. Bir qator tadqiqotlar qondagi Dd darajasining oshishi homilador ayollarda COVID-19ning og‘irligi bilan bog‘liqligini aniq ko‘rsatmoqda: 4188,23±1637,56, 2894,04±2172,35, 449,3±712,93 ng/ml darajalari juda og‘ir, infeksiyaning og‘ir va o‘rtacha kursi [43]. ROC tahliliga ko‘ra, Dd 890 ng/ml yoki undan yuqori chegara darajasi og‘ir kasallikning prognozi bo‘lib xizmat qiladi. Dd darajasini baholash bilan COVID-19 rivojlanishini bashorat qilish uchun klinik epidemiologiyaning asosiy operatsion xususiyatlari quyidagilar edi: sezuvchanlik 94,9 foiz, o‘ziga xoslik 98,4 foiz [8]. Dd – bu fibrin parchalanish mahsuloti, uning darajasining oshishi tromb hosil bo‘lishining faollashuvini ko‘rsatadi va COVID-19da o‘lim sabablaridan biri bo‘lgan DIC sindromi tashxisida muhim o‘rin tutadi. N. Tang va boshqalar [9] 4-kuni infeksiyadan omon qolmagan bemorlarning 71,4 foizida DIC sindromi va faqat 1 (0,6 foiz) omon qolgan bemorda DIC sindromi rivojlanishini qayd etdi. Omon qolmaganlar omon qolganlar bilan solishtirganda Dd va fibrin degradatsiyasi mahsulotlari (FDP), uzoqroq protrombin vaqti (PT) va aPTT darajasi sezilarli darajada yuqori bo‘lgan. Omon qolmaganlarda 10 va 14-kunlarda fibrinogen darajasining pasayishi qayd etilishi kerak. Bundan tashqari, qabul qilingandan so'‘ng, omon qolgan bemorlarda Dd, PT va PDP darajalari omon qolmaganlarga qaraganda ancha past edi: C-reaktiv oqsil, limfopeniya bilan bir qatorda, ko‘pincha COVID-19 (55-100 foiz) bilan kasallangan bemorlarni laboratoriya tekshiruvi paytida normadan chetga chiqadi [5]. Xitoylik olimlar COVID-19 bilan kasallangan homilador ayollarda kasallikning rivojlanishining erta prognozini aniqladilar, bu CRP va albumin nisbatini ifodalaydi. Kasallikning progressiv bosqichida CRP/albumin nisbati barqaror kursga nisbatan statistik jihatdan sezilarli darajada yuqori edi – 0,72 mg/l ga nisbatan 3,29 mg/l, p<0,001 [4].

Xulosa. Og‘ir COVID-19 va uning homilador ayollardagi salbiy oqibatlari (gipertenziya, diabet, semizlik, metabolik sindrom) uchun yetakchi xavf omillarini hisobga olgan holda, glyukoza va giperglikemiyaning kunlik dinamikasi, insulin, insulin qarshiligi, glomerulyar filtratsiya tezligi va uning namoyon bo‘lishi kabi jarayonlar. disfunksiyani chuqur endoteliyda o‘rganish kerak. Muayyan yutuqlarga qaramay, muammoga qiziqish ortib bormoqda. Homilador ayollarda koronavirus infeksiyasini bashorat qilish, oldini olish va davolashni shaxsiylashtirish bo‘yicha yondashuvlarni takomillashtirish uchun ushbu yo‘nalishda hali ko‘p narsalarni o‘rganish kerakligini tushunish muhimdir.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Adamyan L.V., Vechorko V.I., Konysheva O.V., Xarchenko E.I. Homiladorlik va COVID-19: dolzarb muammolar (adabiyot sharhi). Reproduktiv muammolar. 2021;27(3):70-77.

2. Vaqtinchalik ko‘rsatmalar. Yangi koronavirus infeksiyasining (COVID-19) oldini olish, tashxislash va davolash. 27.12.21 dan 14-versiya.

3. Yangi koronavirus infeksiyasini tashxislash va davolash. – COVID-19 yangi koronavirus infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarga anesteziologiya va reanimatsiya yordami. Anesteziologlar va reanimatologlar federatsiyasining uslubiy tavsiyalari (2020-yil 19-apreldagi №2-versiya). 92 s.

4. Tezikov, Yu.V. O‘pkaning umumiy shikastlanishi bo‘lgan COVID-19 bilan og‘rigan bemorda homiladorlikning ijobiy onalar va perinatal natijasi / Yu.V. Tezikov, T.A., M.V. Nechaeva, A.O. Yakusheva, V.L. Tyutyunnik, N.E. Kan // Akusherlik va ginekologiya. 2022. 25-son. B.171-178.

5. Petrov, Yu.A. Yangi koronavirus infektsiyasi va homiladorlik / Yu.A. Petrov, A.E. Shatalov, A.D. Kupina // Klinik tibbiyot. 2020 yil, 2-son (44). B. 7-12.

6. Yusupova M.A. CAP bilan homilador ayollarda nafas olish qiyinlishuvi sindromining klinik va rentgenologik ko‘rsatkichlari. Avitsenna ilmiy tibbiy jurnali. 5-son. 2017/ Kemerovo c.4-9 .

7. Diriba K, Awulachew E, Getu E. Koronavirus infektsiyasining (SARSCoV-2, MERS-CoV va SARS-CoV) homiladorlik davridagi ta’siri va vertikal onadan homila yuqishi ehtimoli: tizimli ko‘rib chiqish va meta-tahlil. Eur J Med Res. 2020;25:39.https://doi.org/10.1186/s40001-020-00439-w.

8. Vang B., Huang Y. Qaysi turdagi saraton kasalliklari SARS-COX-2 ga ko‘proq moyil: meta-tahlil va bioinformatika tahlilidan olingan dalillar. Crit Rev Onkol Gematol. 2020-yil sentyabr;153:103032. doi: 10.1016/j.critrev-onc.2020.103032. Epub 2020, 15-iyun. PMID: 32599375;

9.Xu X., Zhong L., Deng J., Peng J., Dan X., Zeng X., va Chen, K. (2020). Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining epitelial hujayralarida ACE2 2019-nCoV retseptorining yuqori ifodasi. Og'zaki fanlar xalqaro jurnali, 12 (1), 1-5.

10. Yu C., Liu Q., Deyin G. Rivojlanayotgan koronaviruslar: genom tuzilishi, replikatsiyasi va patogenezi // J. Med. Virol. 2020. jild. 92. №4. 418—423-betlar.

11. Chjan H., Penninger JM, Li Y., Zhong N., Slutskiy AS angiotensinga aylantiruvchi ferment 2 (ACE2) SARS-CoV-2 retseptorlari sifatida: molekulyar mexanizmlar va potentsial terapevtik maqsad. Intensiv terapiya med. 2020 yil aprel;46(4):586-590. doi: 10.1007/s00134-020-05985-9. Epub 2020, 3-mart. PMID: 32125455; PMCID: PMC7079879.

ФОТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

У.А. Ташкенбаева, Х.Х. Сафаров, Ф.Ф. Хашимов
Ташкентская медицинская академия

Несмотря на достаточно большое количество исследований, этиология и патогенез КПЛ остаются до конца не ясными. При этом ведущая роль иммунопатологических реакций по механизму гиперчувствительности замедленного типа в развитии дерматоза признается всеми исследователями. Патогенетическая направленность различных видов фототерапии, возможность влиять на регуляторные системы организма в сочетании с непосредственным воздействием на функциональное состояние кожи делают это направление физиотерапии приоритетным применительно к хроническим дерматозам.

Ключевые слова: КПЛ, фототерапия, этиолгия, патогенез, лечения.

Qizil yassi temiratki bilan og‘rigan bemorlarni kompleks davolashda fototerapiya

U.A. Tashkenboeva, X.X. Safarov, F.F. Hoshimov

Ko‘p sonli tadqiqotlarga qaramay, QYAT etiologiyasi va patogenezi noaniq bo‘lib qolmoqda. Shu bilan birga, dermatoz rivojlanishida kechiktirilgan turdagi yuqori sezuvchanlik mexanizmi tomonidan immunopatologik reaksiyalarning roli barcha tadqiqotchilar tomonidan tan olingan. Fototerapiyaning har xil turlarining patogenetik yo‘nalishi, tananing tartibga solish tizimlariga ta’sir qilish qobiliyati terining funksional holatiga bevosita ta’sir qilish bilan birgalikda fizioterapiyaning ushbu sohasini surunkali dermatozlarga nisbatan ustuvor vazifaga aylantiradi.

Tayanch so‘zlar: QYAT, fototerapiya, yetiologiya, patogenez, davolash.

Phototherapy in the complex treatment of patients with lichen planus

U.A. Tashkenbaeva, Kh.Kh. Safarov, F.F. Khashimov

Despite a fairly large number of studies, the etiology and pathogenesis of LP remain unclear. At the same time, the leading role of immunopathological reactions by the mechanism of delayed-type hypersensitivity in the development of dermatosis is recognized by all researchers. The pathogenetic focus of various types of phototherapy, the ability to influence the regulatory systems of the body in combination with a direct effect on the functional state of the skin make this area of physiotherapy a priority in relation to chronic dermatose.

Key words: PL, phototherapy, etiology, pathogenesis, treatment.

Актуальность работы. Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное, иммунологически опосредованное заболевание, проявляющееся поражением кожи, слизистой оболочки полости рта, половых органов, волос и ногтевых пластин. В отечественных и европейских клинических рекомендациях и литературных публикациях, посвященных лечению красного плоского лишая, на первое место ставится наружная терапия. В большинстве случаев препаратами выбора являются топические глюкокортикостероиды III-IV классов (сильные и очень сильные по степени активности). Из других наружных средств некоторые авторы рекомендуют назначать ингибиторы кальциневрина, индуцирующие выброс противоспалительных цитокинов: пимекролимус (элидел) и такролимус (протопик) [1,2]. Системная терапия, чаще применяемая в условиях стационара, необходима в тех случаях, когда высыпания сопровождаются мучительным зудом, являются очень распространенными, имеются атипичные формы, высыпания на слизистых вызывают неприятные ощущения, жжение, боль, беспокоит косметический дефект. Для генерализованных форм ПЛ, когда только местной терапии недостаточно, или в случаях, когда возникает риск развития необратимых последствий при поражении волосистой части головы и ногтевых пластин, применяются системные кортикостероиды умеренно высокими дозами с последующим постепенным снижением до полной отмены [3]. В ходе лечения с использованием системных глюкокортикостероидов у больных возможны следующие побочные явления: аритмия, учащение пульса, повышение артериального давления; тошнота, изменение аппетита, боли в эпигастрии. Данный вид лечения не применим у соматически отягощенных больных, в анамнезе имеющих следующие заболевания: язвенную болезнь желудка, эрозивный гастрит, эзофагит, артериальную гипертензию, тиреотоксикоз, гипотиреоз, сахарный диабет.

В настоящее время широко используется иммунодепрессант циклоспорин А, действующий на лимфоциты специфично и обратимо, не оказывая ингибирующего воздействия на Т-супрессоры. Будучи селективным иммуносупрессором, он свободен от многих побочных эффектов, свойственных системным цитостатикам и кортикостероидам, не подавляет гемопоэз и не влияет на функцию фагоцитов, тем самым не подавляет защиту от вторичной инфекции. В результате терапии происходит нормализация иммунологических показателей в периферической крови, в том числе резкое уменьшение количества малодифференцированных лимфоцитов, характерных для КПЛ [4].

В период лечения циклоспорином показан систематический контроль функционального состояния почек и печени, контроль АД, определение концентрации калия в плазме (особенно у пациентов с нарушением функции почек), а также определение концентрации липидов в сыворотке (до начала лечения и после первого месяца лечения). Физиотерапевтические методы в отечественных клинических рекомендациях стоят на последнем месте, но в зарубежных они занимают второе место (после наружной терапии, перед системной). Действительно, эти методы не так тяжелы для больного, и при отсутствии противопоказаний хорошо переносятся. Из методов физиотерапевтического лечения с иммуносупрессивным действием заслуживает внимания фототерапия: УФБ-излучение (узкополосная средневолновая терапия с длиной волны 311 нм, селективная фототерапия, низкоинтенсивное лазерное излучение); УФА-излучение (ПУВА и УФА-1-терапия); сочетанная ультрафиолетовая терапия (узкополосная средневолновая и широкополосная длинноволновая ультрафиолетовая терапия (320-400 нм)

[5,6]. В отличие от UVA-лучей, UVB-лучи не проникают в дерму, где формируется инфильтрат при красном плоском лишае, а в эпидермисе патологический процесс характеризуется в большей степени не пролиферативными, а дистрофическими изменениями (цитоидные тельца Civatte), поэтому фототерапия узкополосным средневолновым излучением на длине 311 нм, эффективная при атопическом дерматите, у больных красным плоским лишаем не дает таких положительных результатов. Комплексное лечение с применением узкополосной средневолновой (311 нм) и широкополосной длинноволновой (320-400 нм) фототерапии является высокоэффективным методом лечения больных КПЛ, которое значительно улучшает их качество жизни и превосходит по эффективности узкополосную фототерапию с длиной волны 311 нм [7]. Широкое распространение в дерматологии нашло низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) с длиной волны 308 нм узкополосного ультрафиолетового излучения, обладающее выраженным терапевтическим действием при лечении воспалительных и дегенеративно-дистрофических дерматозов (псориаз, красный плоский лишай, экзема и др.) [8].

Физиотерапевтические методы в отечественных клинических рекомендациях стоят на последнем месте, но в зарубежных они занимают второе место (после наружной терапии, перед системной). Действительно, эти методы не так тяжелы для больного, и при отсутствии противопоказаний хорошо переносятся. Из методов физиотерапевтического лечения с иммуносупрессивным действием заслуживает внимания фототерапия: УФБ-излучение (узкополосная средневолновая терапия с длиной волны 311 нм, селективная фототерапия, низкоинтенсивное лазерное излучение); УФА-излучение (ПУВА и УФА-1-терапия); сочетанная ультрафиолетовая терапия (узкополосная средневолновая и широкополосная длинноволновая ультрафиолетовая терапия (320–400 нм)) [9]. В отличие от UVA-лучей, UVB-лучи не проникают в дерму, где формируется инфильтрат при красном плоском лишае, а в эпидермисе патологический процесс характеризуется в большей степени не пролиферативными, а дистрофическими изменениями (цитоидные тельца Civatte), поэтому фототерапия узкополосным средневолновым излучением на длине 311 нм, эффективная при атопическом дерматите, у больных красным плоским лишаем не дает таких положительных результатов. Комплексное лечение с применением узкополосной средневолновой (311 нм) и широкополосной длинноволновой (320-400 нм) фототерапии является высокоэффективным методом лечения больных КПЛ, которое значительно улучшает их качество жизни и превосходит по эффективности узкополосную фототерапию с длиной волны 311 нм. Широкое распространение в дерматологии нашло низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) с длиной волны 308 нм узкополосного ультрафиолетового излучения, обладающее выраженным терапевтическим действием при лечении воспалительных и дегенеративно-дистрофических дерматозов (псориаз, красный плоский лишай, экзема и др.). К UVA-излучению относится ПУВА-терапия (фотохимиотерапия). Данная терапия подавляет Т-клеточный иммунитет посредством угнетения функции антигенпрезентирующих клеток кожи, ингибирования синтеза цитокинов, а также индукции апоптоза Т-лимфоцитов. Показанием к этому виду фототерапии являются диссеминированные формы красного плоского лишая, торпидно протекающие и не отвечающие на другие методы лечения. Имеются сообщения об эффективности PUVA-ванн, также используют местную ПУВА-терапию с 0,1%-ным раствором амифурина. Однако ПУВА-терапия имеет ряд противопоказаний (заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и почек, катаракта, детский возраст) и часто вызывает следующие побочные эффекты (фототоксические реакции, диспепсические явления, фотостарение, рак кожи). Также к UVA-излучению относится дальняя длинноволновая терапия в диапазоне 340-400 нм с максимальной длиной волны 370 нм (UVA-1-терапия). По сравнению с ПУВА-терапией, UVA-1-терапия имеет меньший перечень противопоказаний и побочных действий, не требует использования фотосенсибилизирующих препаратов, в связи с чем не вызывает фотосенсибилизации кожи и глаз, применяется в более раннем возрасте, а также у соматически отягощенных больных, имеющих противопоказания к применению фотосенсибилизаторов. Цель: оценка эффективности различных методов иммуносупрессивной терапии у больных с однотипными диссеминированными формами красного плоского лищая и выбор тактики их ведения. В лечении применяли 2 вида системной терапии и 2 вида физиотерапевтического воздействия.

Цель исследования. Оценить терапевтическую эффективность сочетанной ультрафиолетовой терапии (311 нм/320-400 нм) и узкополосной средневолновой фототерапии (311 нм) у больных красным плоским лишаем с учетом клинической картины и качества жизни.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе клиники кожных и венерических болезней ТОКВД. Под наблюдением находились 60 пациентов, 40 женщин и 20 мужчин с типичными распространенными формами КПЛ. Возраст больных: от 10 до 60 лет, давность заболевания: от 2 месяцев до 20 лет. Сопутствующие заболевания были выявлены у 40 больных (67%), включая заболевания желудочно-кишечного тракта у 15 (37%), гепато-биллиарной системы у 10 (25%), артериальную гипертензию у 7 (17%), сахарный диабет у 2 (5%), заболевания щитовидной железы у 6 (15%). Критерии исключения: атипичные формы КПЛ, тяжелые патологии со стороны внутренних органов, возраст менее 10 лет. Больные были разделены на 4 группы. Оценка эффективности и переносимости проводимой терапии осуществлялась путем учета клинической картины заболевания на 1-й, 7-й, 14-е дни и при окончании терапии. Разработанный метод хорошо переносится больными и позволяет сократить сроки и снизить затраты на лечение в целом.

Новый метод предусматривает использование сертифицированной аппаратуры, в связи с чем может быть рекомендован для широкого применения при данной патологии в различных лечебно-профилактических учреждениях, в том числе в специализированных кожно-венерологических клиниках.

Результаты исследований: Объективным показателем течения процесса и эффективности проводимого лечения у больных красным плоским лишаем, является индекс дерматологического статуса, который рассчитывается с учетом характера элементов, распространенности процесса и наличия поражения ногтевых пластин и слизистых. До лечения у большинства обследованных пациентов (58,9%) определялась средняя степень тяжести заболевания 1ЬР 14,5±2,4 баллов, у 41,1% была констатирована тяжелая степень тяжести – 22,6±1,8 баллов.

После комплексного лечения в 1 группе индекс 11Л>

при среднетяжелой степени тяжести кожного процесса снизился на 84,8%, при тяжелом течении – на 76,6%. После применения узкополосной средневолновой фототерапии 1ЬР снизился на 54,6% при средней степени тяжести и на 54,5% при тяжелой степени тяжести. В группе контроля индекс снизился на 36,1% при легкой степени тяжести и на 29,7% при среднетяжелом течении кожного процесса. В среднем в первой группе снижение индекса 1ЬР составило 81%, во второй группе -54,5%, в третьей группе – 32,9%.

Выводы: таким образом, назначение фототерапевтических методов, не оказывающих системного иммуносупрессивного действия и в то же время, по возможности, исключающих побочные эффекты фотохимиотерапевтического лечения, оказывается довольно результативным и безопасным.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бишарова А.С. (2012). Красный плоский лишай. Лечащий врач, (5), 44-44.
2. Имамов О.С., Тохтаев Г.Ш.У., Саипова Н.С., Юсубалиев У.А. & Сафаров Х.Х. (2023). Микробиота кожи у спортсменов. Universum: химия и биология, (9-1 (111)), 13-18.
3. Круглова Л.С., Котенко К.В., Корчажкина Н.Б. & Турбовская С.Н. (2016). Физиотерапия в дерматологии. М.: ГЭОТАР.
4. Решетникова Е.М., Утц С.Р. & Слесаренко Н.А. (2013). Фототерапия в комплексном лечении больных красным плоским лишаем. Саратовский научно-медицинский журнал, 9(3), 530-533.
5. Ташкенбаева У.А., Сафаров Х.Х. & Тохтаев Г.Ш.У. (2020). Протопик в комплексном лечении красного плоского лишая. Children's Medicine of the North-West, 8(1), 328-328.
6. Федотова К.Ю., Жукова О.В., Круглова Л.С. & Пташинский, Р.И. (2014). Красный плоский лишай: этиология, патогенез, клинические формы, гистологическая картина и основные принципы лечения. Клиническая дерматология и венерология, 12(6), 9-20.
7. Хайретдинова К.Ф. & Юсупова, Л.А. (2016). Современные представления о возможностях терапии больных красным плоским лишаем. Лечащий врач, (11), 41.
8. Dvornikov A., Kruglova L., Shachnovich A. & Dontsova E. (2011, June). Investigation of gene expression in HBD-2 and TLR-2 in the skin of patients with lichen planus cranes. In ALLERGY (Vol. 66, pp. 486-486). 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA: WILEY-BLACKWELL.
9. Safarov X.X. & Valijonov A.F. (2023). Socio-psychological aspects of studying patients with lichen planus. World Bulletin of Public Health, 28, 109-112.

MOXOV (LEPRA) KASALLIGI YUQISHINING ASOSIY OMILLARI

E.X. Eshboev, N.M. Shokolanova, U.D. Utepbergenova

RIDVvaKIATM, Andijon tibbiyot instituti, Qoraqalpog‘iston tibbiyot instituti

Maqolada mualliflar tomonidan moxov kasalligining asosiy yuqish omillari jumladan, maishiy aloqalar, oilaviy, ijtimoiy, nasliy, iqtisodiy va kasallik turi omillari bayon qilingan.

Tayanch so‘zlar: maishiy aloqalar, kasallik turlari, mikobakteriyalar, nasliy omillar.

Основные факторы заражения лепрой

Э.Х. Эшбоев, Н. М. Шоколанова, У.Д. Утепбергенова

В статье авторами описаны основные факторы заражения проказой, включая бытовые контакты, семейные, социальные, наследственные, экономические факторы и тип заболевания.

Ключевые слова: бытовые контакты, типы заболеваний, микобактерии, наследственные факторы.

The main factors of leprosy transmission

E.Kh. Eshboyev, N.M. Shokolanova, U.D. Utepbergenova

The article describes the main factors of leprosy infection, including household contacts, family, social, hereditary, economic factors, and the type of leprosy.

Keywords: household contacts, disease types, mycobacterium, hereditary factors.

Moxov (lepra, prokaza, xansen kasalligi) surunkali yuqumli kasallik bo‘lib, uzoq davom etadigan inkubasion davri va qaytalanuvchi xarakterdagi kechishi bilan ta’riflanadi.

Kasallikda nafaqat teri, balki periferik nerv tizimi, ichki a’zolar, hatto ko‘rish organlari ham zararlanishi mumkin. Kasallikni M.leprae qo‘zg‘atadi. Shundan so‘ng xastalik tizimli ravishda kuchayib boradi.

Birinchi bor kasallik qo‘zg‘atuvchisi 1874-yilda Norvegiyalik olim A. Xansen tomonidan kashf etilgan. Mikobakteriyalar bakteriya va zamburug‘lar tuzilishini o‘zida mujassamlashtirgan hujayra ichi parazitidir. Bo‘yalgan M.leprae tayoqchasimon shaklga ega bo‘lib, ikkiga bo‘linish yo‘li bilan ko‘payadi, bo‘linish tezligi taxminan 12 kunga yetadi. Sun’iy oziq muhitlarida o‘smaydi. Ayrim olimlar oq sichqonlar panjalarida va to‘qqiz belbog‘li zirhli jonzotlarning tanasi to‘qimalarida uzoq muddatdan keyin eksperimental moddalar yaratishga muvaffaq bo‘lishgan. Shundan keyin oziq muhitida kasallikning zoonoz tabiiy manbai borligiga ko‘pchilik ishonadigan bo‘ldi. Lekin aytish joizki, O‘zbekiston hududida 9 belbog‘li zirhli zirhli jonzotlarning biron-bir hili yashamaydi. Demak kasallik manbai bemor odamlar hisoblanadi (2,13,15)

Davo va uning profilaktikasidagi erishilgan muvaffaqiyatlar evaziga jahonda moxovning odamlar orasida tarqalishini yildan-yilga muttasil kamayib bormoqda. JSST bergan ma’lumotlarga qaraganda, dunyoning 120 dan ortiq mamlakatlarida moxov kasali qayd qilinib turganligi haqida rasmiy xabarlar berilgan. Bularning hammasini qo‘shadigan bo‘lsak, bemorlar soni 180000-210000 dan ozgina oshadi. Jahon statistikasi shuni ko‘rsatadiki moxov bilan kasallanish yangi holatlarning 96 foizi 22 davlatga (Hindiston, Braziliya, Angola, Kongo, Sudan, Efiopiya va boshqalar) to‘g‘ri keladi. Ta’kidlash joizki dunyodagi jami 221 davlatdan 127 tasi 2020-yilda hududida moxovning borligi to‘g‘risidagi ma’lumotlarni taqdim etgan. Vaholanki 2019-yili 160 ta davlat moxov kasalligining borligini ma’lum qilgan (16).

O‘zbekistonning Qoraqalpog‘iston qismida, ya’ni Orolbo‘yi xududlarida o‘tgan asrning birinchi yarmida moxov bilan kasallanganlar soni juda ko‘p bo‘lgan. Sobiq

ittifoq paytida 70 yil mobaynida uning xududida 20 dan ortiq leprozoriya faoliyat ko‘rsatgan va ularda 12000-14000 nafargacha moxovlar davolangan. Shulardan 20-25 foizini qoraqalpog‘istonlik bemorlar tashkil qilgan. Uning Shimoliy qismidan, ya’ni Mo‘ynoq, Taxtako‘pir, Chimboy va Qo‘ng‘irot tumanlarida 100 ming aholiga intensiv ko‘rsatkich 30,4-34,5 ni tashkil etgan. Ayniqsa Orol dengizi sohillaridan qishloq va ovullarda ko‘rsatkich 150.2-181.1 ga teng bo‘lgan. Aytish joizki, o‘tgan asrning birinchi yarmida O‘zbekistonning Xorazm, Surxondaryo, Toshkent, Qashqadaryo, Andijon, Farg‘ona va Samarqand viloyatlarida ham kasallikning kichik-kichik o‘choqlari yuzaga kelgan. Bu hududlardan 1930-2024 yillar davomida 556 nafardan ortiq bemor qayd qilingan (10,16,17,18,20).

Moxov kasalligi juda past darajada yuqib qolish xarakteriga ega. Misol uchun sil kasalligiga qaraganda moxov 100-150 marta kam yuqadi. Unda qanday omillar kasallikning yuqib qolishiga va tarqalishiga sabab bo‘ladi? Xuddi shu ma’lumotlarga tayangan holda biz moxovning yuqib qolishida asosiy rol o‘ynaydigan omillarni o‘rganishni maqsad qilib qo‘ydik.

Birinchidan, uzoq vaqt bemor bilan uzluksiz ravishda yaqin muloqotda bo‘lishning ta’siri juda katta. Umumiy aholiga nisbatan yuqib qolish esa ehtimoli past. Shuning uchun ham bemorning yaqin muloqotdorlari uning ota-onasi, aka-ukasi, opa-singlisi, tog‘a-jiyanlaridir Tabiiyki, ular bemor bilan uzoq vaqt yaqin muloqotda yashaydi (22).

Ikkinchidan, moxovga chalingan bemorlar kasallikning qaysi turi bilan og‘riganining ham ahamiyati katta. Bizning va qator muallifdoshlarining ta’kidlashiga ko‘ra, lepra ko‘proq maishiy muloqotdorlarga (qondosh qarindoshlariga) yuqadi. Lepromatoz lepraga chalingan bemorning burun va og‘iz bo‘shlig‘idan ajralgan ajralmalar tarkibida 5 000 000 M.leprae bo‘ladi. Aytish joizki, moxovning lepromatoz turiga chalingan 60-80 foiz hollarda dastlabki paytlar ularning LOR organlari zararlanadi. Shuning uchun ham lepromatoz lepraga chalingan bemorlarning soni qancha ko‘p bo‘lsa, ulardan yuqish darajasi ortib boraveradi. Qo‘ni-qo‘shni, mahalladoshlar, ishxonadagilar, xullas atrofdagilar uchun ikkilamchi xavfli muhit vujudga keladi. Bunday bemor bilan uzoq muddat bir xonadonda yashash yoki ishlash ham kasallikning yuqib qolishiga sabab bo‘lishi mumkin. Masalan, o‘tgan asrning 30-40-yillari Qoraqalpog‘istonning Orolbo‘yi sohillarida moxovlar haddan tashqari ko‘p bo‘lgan. Erkaklarning asosiy qismi 2-3 haftalab bitta kemada dengizda baliqchilik qilishgan. Oqibatda yuqish va yuqtirish darajasi oshib boravergan. 1930-1950-yillari Qoraqalpog‘iston hududidan har 10 yilda mingdan ortiq bemorlar qayd qilingan. Erkaklarning kasallanishi ayollardan (2:1) ikki hissa baland bo‘lgan. Lepromatoz turda kasallikning yuqishi yuqori bo‘lsa, aksincha tuberkuloid va taqqoslanmagan tipda kasallikning yuqib qolishi juda past darajada kechadi. Sababi bunday toifadagi bemorlar o‘zidan tashqariga kam miqdorda mikobakteriyalarni ajratib chiqaradi (21,23,26,27).

Uchinchidan, kasallikning yuqishida bemorlar yoshining ham nisbatan ahamiyati bor. Ayniqsa 5 dan 15 yoshgacha bolalarga kasallik bemor bilan ma’lum muloqotdan so‘ng yuqib qolishi mumkin. Bu holat avvallari Qoraqalpoq bolalari orasida juda yuqori bo‘lgan va 20 yoshgacha bo‘lgan bolalar va o‘spirinlar jami kasallanganlarning 50 foizini tashkil qilgan. 1980-1990-yillardan keyin bolalar orasida kasallanish to‘la bartaraf etildi. E’tiborlisi shundaki, odamlar keksaygan sayin ham kasallanish ortib boraveradi. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, 30-40 yoshdagilar bemorlarning asosiy qismini tashkil qiladi (11,24,25).

To‘rtinchidan, ayrim odamlar aholi orasida kasallikning keng tarqalishiga alimentar omillarining ham roli bor, deyishadi. Jumladan, oqsil va vitaminlarga boy bo‘lgan oziq-ovqatlarni to‘yib iste’mol qilmaslik, chekish va alkogolli ichimliklarni ko‘p ichish, og‘ir jismoniy zo‘riqish, tez-tez shamollash, bir xil taomlarni uzluksiz yeyish. Misol uchun Orol bo‘yi aholisining asosiy taomi sho‘r va dudlangan baliq bo‘lgan. Buning aksi Qoraqalpog‘istonning janubiy qismida yashaydigan aholi esa go‘sht, poliz ekinlari va vitaminlarga boy mevalarni doimiy ravishda qabul qilishgan. Bu hududlarda kasallanish umumiy bemorlarning atigi 2-5 foizini, shimoldagi bemorlar ulushi 95-98 foizni tashkil qilgan. Shuning uchun ham moxov kasalligi ijtimoiy ahvol bilan bog‘liq xastaliklar safiga kiritilgan (5,10)

Moxov iqtisodiy past rivojlangan mamlakatlarda, jumladan, Braziliya, Hindiston, Bangladesh, Nepal davlatlari va Afrika yoki Osiyo qit’asida ko‘p uchraydi, deb hisoblashadi. To‘g‘ri, kasallik XVII-XVIII asrlarda Yevropa qit’asida aholisi orasida ham keng tarqalgan. Lekin keyingi 100 yil davomida bu joylardagi iqtisodning rivojlanishi aholi tibbiy madaniyatining oshishi, kommunal sharoitning yaxshilanishi va ijtimoiy ahvolining yuqori saviyaga chiqishi yuqumli kasalliklar sonining, shu jumladan, moxovning keskin kamayib ketishiga olib keldi (30,31).

Beshinchi va eng muhim omillardan biri – aholi migratsiyasi hisoblanadi. Hozirgi kunga kelib Yevropa davlatlarida moxovga chalingan bemorlar qayd qilinish hollari oz miqdorda uchrab turadi va ularning asosiy qismini ko‘chmanchi migrantlar yoki qochoqlar tashkil qiladi. Masalan, Ispaniyada 168 holatdan 40 tasi (24,6%) mamlakatning tub aholisi ichidan, aksincha 75,4 foizi mamlakatda vaqtincha yashovchi, braziliyalik, paragvaylik va boliviyalik migrantlar orasidan qayd etilgan. Bu holatni Italiya, Fransiya, Daniya kabi davlatlarda ham kuzatish mumkin (29).

So‘nggi 10 yillikda moxovga chalingan bemorlar Rossiya Federatsiyasining Sibir, Shimoliy Kavkaz va Uzoq Sharq kabi hududlarida sporadik shaklda uchrab turadi. Ayniqsa, azaldan Rossiyaning Astraxan guberniyasi moxov kasalligi bo‘yicha endemik o‘choq hisoblanadi. Hozirda hisobda turgan rossiyalik 240 nafar bemorning (2015-yil) 135 nafari Astraxan oblasti fuqarolari ekanligi qayd etilgan. Shuning uchun ham Rossiyaning qaysi hududidan bemor qayd qilinishidan qat’i nazar, mutaxassislar moxovga chalinganlardan albatta Astraxanda bo‘lgan yoki bo‘lmaganligini so‘rashadi (3,4,6).

Xuddi shu kabi Qozog‘iston Respublikasining Qizilo‘rda viloyati ham qadimdan moxov kasalligi bo‘yicha endemik hisoblanadi. Ayniqsa, Orol dengizining shimoliy qismi aholisi orasida avvallari minglab bemorlar qayd qilingan. Orol dengizida suv kamayib ketganidan so‘ng bemorlar va ularning maishiy kontaktlari boshqa hududlarga, hatto boshqa respublikalarga ko‘chib ketib, u joylarda yangi o‘choqlarni vujudga keltirgan. Misol uchun O‘zbekistonning Navoiy viloyati Tomdi tumanida moxovga chalingan bor yo‘g‘i 4 nafar bemor qayd qilingan bo‘lib ularning barchasi migratsiya tufayli Qizilo‘rdadan ko‘chib kelishgan (5,11,20).

Respublikamizning Jizzax viloyati hududidan moxovga chalingan 5 nafar, Sirdaryodan esa so‘ngi 80 yilda bor-yo‘g‘i 9 nafar bemor qayd qilingan bo‘lib ularning birontasi ham mahalliy xalq vakili bo‘lmagan. Ular Qoraqalpog‘iston, Qozog‘iston va Rossiyaning turli o‘lkalaridan migratsiya tufayli kelib qolishgan. Haqiqatan ham moxov kasalligining

tarqalishida bemorlar orasida migratsiyaning roli katta. 1931-2001-yillar davomida O‘zbekistonda hisobda turgan bemorlarning 34,1 foizi – Rossiyadan, 12,8 foizi – Qozog‘istondan, 31 foizi % – Qoraqalpog‘istondan migratsiya tufayli yoki o‘zi yashagan joydan qochish sababli kelib qolgan bemorlardir (eslatma: moxovga chalingan bemorlar har doim izsiz yo‘qolib ketish payida bo‘lgan) (18,20).

Davlatlararo urushlar, millatlarning bir-biri bilan kelishmasligi ham bemorlarning bir joydan ikkinchi joyga ko‘chib ketishida muhim rol o‘ynaydi. Masalan, Ozorboyjonning Qorabog‘ hududidan moxovga chalingan ozarlar va armanlar, hatto Turkiya, Eron, Yaponiya, Xitoy va Laosdan ham bemorlar turli sabablar tufayli O‘zbekistonda muxojirlikda yashashga majbur bo‘lganlar. E’tiborlisi shundaki, asosiy bemorlar keyinchalik bir umrga mahalliylashib, qolib ketganlar. Yana aytish joizki, bir qism bemorlar 10-20 yil leprozoriyada davolanish paytida mahalliy ayollar bilan turmush qurib umrining oxirigacha qolib ketishgan. Demak, moxov kasalligining tarqalishida va yangi o‘choqlar yuzaga kelishida aholi migratsiyasinig o‘rni sezilarli darajada katta ekan. Misol uchun 2020-yilda iqtisodiy jihatdan rivojlangan davlat bo‘lmish AQSH da moxovga chalingan 159 nafar bemor hisobga olingan. E’tiborlisi shundaki, bemorlarning 75,0 foizi migrantlar bo‘lgan, kasallangan tub aholi vakillari esa xastalikni chet el safarlarida bo‘lganlarida yuqtirib olganlar. Ayrimlari esa to‘qqiz belbog‘li zirhli jonzotlar bilan muloqotda bo‘lganligini inkor qilmagan. Bir qism bemorlarda kasallikning yuqish sababi aniqlanmay qolgan (28,31).

X.R. Bobojanovning (2022) ta’rificha, Xorazm viloyatiga moxov kasalligi 16,2 foiz holatda eski endemik o‘choq sanalgan Qoraqalpog‘istondan, 11,5 foiz holatda Qozog‘iston Respublikasidan kirib kelgan. Surxondaryo viloyati hududiga kasallik 32 foiz holatda migratsiya tufayli qo‘shni Tojikiston Respublikasidan kirib kelganligi aniqlangan (19).

Oltinchidan, ko‘pgina muallifdoshlarning, shu jumladan, bizning uzoq yillik amaliy tajribalarimizdan ma’lum bo‘ldiki, moxov kasalligida nasliylik omili asosiy rollardan birini bajaradi. Biz o‘z ish jarayonimizda moxov aniqlangan oila va ularning yaqin qarindoshlarini (qondosh) 30-40 yillab kuzatishga muvaffaq bo‘ldik. Avval bittasi, oradan 4-5 yil o‘tib esa ikkinchisi, so‘ngra 10-25 yildan keyin uchinchisi kasallikka chalingan. Shuning uchun ham ko‘p yillik tajribaga ega mutaxasislar doimo yaqin muloqatdagi qondosh-qarindoshlarini kuzatishni taklif qiladi (19).

So‘nggi 80 yil davomida Xorazm viloyatidan aniqlangan 130 nafar bemorning 48,5 foizida, Surxondaryo viloyatidan qayd qilingan 82 nafar bemorning 43,9 foizida kasallik manbai ilgaridan oilasida bo‘lganligi isbotlangan (20).

Izlanishlarimizdan ma’lum bo‘ldiki, 1931-yildan to 2006-yilgacha bo‘lgan muddatda O‘zbekistonda moxovga chalingan jami aniqlangan 556 nafar bemorning bir paytda er-xotin juftlar orasida kasallanish 0,2-1,0 foizni ham tashkil qilmagan. Surishtirishlardan ma’lum bo‘ldiki, ularninng asosiy qismi bir-biri bilan yaqin qarindosh bo‘lishgan (20).

Moxov mikobakteriyasi bilan zararlanish davolanish kursini o‘tmagan bemor bilan uzoq vaqt davomidagi yaqin muloqot natijasida va takroriy muloqotda kuchayadigan sensibilizatsiya tananing qarshiligi pasayishi, immunogenetik sezuvchanlik oqibatida yuzaga keladi. Kasallikka moyillik turli genlar to‘plami, jumladan, inson leykotsitlar antigeni (HLA) tizimi ta’sir ko‘rsatadi. Hozirgi vaqtda yuqumli agentga xos javob qaytarish jarayonida ishtirok etadigan nomzod genlardagi o‘zgarishlar o‘rganilmoqda. Genomni skanerlash tadqiqotlari asosida ma’lum xromasomalarda moxovga xos bog‘lanish cho‘qqilari aniqlangan. M.leprae bilan zararlanishga chidamlilik, bir tomondan M.lepraening past virulentligi, ikkinchi tomondan immunitetning tug‘ma individual xususiyatlari bilan bog‘liq. Tug‘ma immunitetni saqlashda epiteliyning butunligi, bezlar va yuza immunoglobulin A (IgA) sekresiyasi muhim rol o‘ynaydi. Bundan tashqari NK hujayralari, sitotoksik T-limfotsitlar va faol makrofaglar, adaptiv immunitetning faolllashuvidan qat’i nazar, mikobakteriyalarni yo‘q qilishi mumkin. Yana aytish joizki, makroorganizmlar kechayotgan immunosupressiv holat M.lepraega nisbatan moyillikni kuchaytiradi. Misol uchun parenximatoz organlar ko‘chirib o‘tkazilganda, kimyovi davolashda, OIV infeksiyasi yoki revmotologik kasalliklarda biologik preparatlarning qo‘llanishi va hokozo (7,12,13,14).

Moxov bilan kasallanishda moxov bo‘yicha endemik hisoblangan hududlarda yashash, bemorlar va ularning qarindoshlari bilan uzoq vaqt muloqotda bo‘lish xavfli omillardan hisoblanadi. Rossiyalik bir guruh olimlar Afrika yoki Hindistonda, ba’zan Braziliyada uzoq muddatli ish safarlarida bo‘lgan odamlarni to‘liq tibbiyot ko‘rigidan o‘tkazishni taklif qilishgan (9).

Yuqorida berilgan ma’lumotlardan ko‘rinib turibdiki, moxov ko‘p qirrrali juda murakkab xastalik hisoblanadi. Kasallikning dastlabki belgilarini aniqlash esa undan ham murakkab. Shuning uchun ham o‘zimizning, qolaversa, qator kasbdoshlarimizning uzoq yillik tajribalariga tayangan xolda ushbu xulosani yozishga jazm etdik.

Demak, moxov kasalligi va uning o‘chog‘ining ma’lum joylarda paydo bo‘lishida quyidagi omillar asosiy rol o‘ynaydi:

- bemor bilan uzoq vaqt yaqin muloqotda yashash, demak, bir oilada istiqomat qilish;
- kasallanishning ma’lum oilada tarqalishida irsiy omillarning roli katta, shuning uchun oilaviy omilga, ya’ni bemorning qondosh-qarindoshlarini kuzatib borishga e’tibor qaratish lozim. Odatda, bemor bilan yaqin qarindosh bo‘lgan muloqotdorlari yilda kamida bir marta tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish lozim;
- iqtisodiy jihatdan davlatlarning naqadar rivojlanganligi (kambag‘allik, tibbiy madaniyatning rivojlanmaganligi, savodsizlik va boshqalar) aholi orasida moxov bilan kasallanishni uzoq vaqt o‘zida saqlab qoladi;
- epidemiologik jihatdan barqarorlik bolalar orasidagi kasallanish soni bilan bog‘liq. Har tomonlama bu muammoga katta e’tibor berish lozim. 1950-1970-yillar oralig‘ida Qoraqalpog‘istonda 14 yoshgacha bo‘lgan bolalar orasida kasallanish jami bemorlarning 17,0 foizini tashkil qilgan. 1980-yildan so‘ng 20 yoshgacha bo‘lgan bolalar va o‘smirlar orasida kasallanish mutlaqo yo‘qotildi;
- har qanday hududda kasallikning ko‘payishi yoki kamayishi moxovga chalinganlarning klinik tashxisi, ya’ni turi bilan bog‘liq. Tabiiy holki, lepromatoz lepra turi bilan kasallanganlar soni qancha ko‘p bo‘lsa, kelajakda xastalikning tarqalishiga shunchalik ko‘p zamin yaratiladi;
- har doim ham, ayniqsa hozirgi paytda, moxov kasalligining biron bir joyda yangidan paydo bo‘lishida odamlar orasidagi migratsiyaning roli juda katta. Endilikda bu vaziyatga e’tibor bermaslikning iloji yo‘q;
- O‘zbekistonda moxov kasalligining zoonoz tabiiy manbai yo‘q, faqatgina kasallik manbai o‘zida M.leprayeni saqlovchi bemor odam bo‘lishi mumkin.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аманова М.М. История лепры//Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2017. Т. 7. №6. С. 964.

2. Дуйко В.В., Меснянкина О.А. О качестве жизни больных лепрой//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. №6. С. 20-22.

3. Дуйко В.В., Наумов В.З., Сароянц Л.В., Астафурова А.П. Заболеваемость лепрой в прикаспийском регионе: Актуальные вопросы современной медицины. материалы III Международной конференции Прикаспийских государств. 2018. С. 64-66.

4. Ерина И.А., Садретдинов Р.А. К истории открытия возбудителя лепры//Синергия Наук. 2018. № 29. С. 725-731.

5. Измагамбетов А. Лепра в Казахстане: научное издание / А. Измагамбетов, М. Сейталиев // 5-й съезд дерматовенерологов Республики Узбекистан, посвященный 75-летию со дня образования научно-исследовательского института дерматологии и венерологии (21-22 мая 2008 г.): сборник научных трудов. Ташкент, 2008. С. 53-54.

6. Кубанов А.А., Абрамова Т.В., Мураховская Е.К., Ласачко В.А. Современный взгляд на лепру//Лечащий врач. 2018. № 5. С. 48.

7. Кубанов А.А., Карамова А.Э., Воронцова А.А., Калинина П.А. Экспериментальное моделирование лепры//Вестник дерматологии и венерологии. 2015. №6. С. 17-29.

8. Меснянкина О.А. Качество жизни и особенности ведения больных лепрой: научное издание / О.А. Меснянкина, В.В. Дуйко // Российский журнал кожных и венерических болезней. М., 2013. №2. С. 55-58.

9. Меснянкина О.А., Дуйко В.В. Качество жизни и особенности ведения больных лепрой//Российский журнал кожных и венерических болезней. 2013. №2. С.56.

10. Нуратдинова З.Х. Заболеваемость лепрой в Республике Каракалпакстан за последние 5 лет: Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы дерматовенерологии и эстетической медицины» (г. Ташкент, 6-7 сентября 2018 г.): тезисы научных работ / З.Х. Нуратдинова // Дерматовенерология и эстетическая медицина. Ташкент, 2018. №3. С. 105-106.

11. Nuratdinova Z.X. Qoraqalpog'iston Respublikasidagi moxov kasalliklarining o'choqlari: Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы дерматовенерологии и эстетической медицины» (г. Ташкент, 6-7 сентября 2018 г.): тезисы научных работ / З.Х. Нуратдинова, Х.Р. Бабажанов // Дерматовенерология и эстетическая медицина. Ташкент, 2018. №3. С. 106.

13. Образцова О.А. Молекулярно-биологические методы исследования в лабораторной диагностике лепры: эпидемиологический анализ, генетические детерминанты резистентности к антимикробным препаратам: научное издание / О.А. Образцова // Вестник дерматологии и венерологии. М., 2017. №6. С. 34-40.

14. Первухин Ю.В., Дуйко В.В. Экспериментальная лепра: прошлое, настоящее и будущее//Естественные науки. 2010. № 2 (31). С. 144-150.

15. Сароянц Л.В. Иммуногенетические аспекты семейной лепры//Астраханский медицинский журнал. 2011. Т. 6. №1. С. 105-108.

16. Сароянц Л.В., Гуськова И.А., Дуйко В.В., Алексеев Л.П., Идунов В.И. Иммуногенетический профиль больных каракалпакской национальности, страдающих лепрой//Российский журнал кожных и венерических болезней. 2009. № 1. С. 16-18.

17. Сейдаметова Г.У. Медицинское обслуживание в городах Каракалпакстана начала 1960-х – конца 1980-х годов//Исторический журнал: научные исследования. 2018. №5. С. 130-138.

18. Эшбоев Э.Х. Markaziy Osiyo Davlatlarida lepra (moxov) kasalligining tarqalishi to'g'risida: научное издание / Э.Х. Эшбоев, К.Я. Мухамедов, Х.А. Ниязов // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. Ташкент, 2008. №4. С. 124-125.

19. Эшбоев Э.Х. Samarqand (Bulung'ur) leprozoriysining yopilishiga xotima: научное издание / Э.Х. Эшбоев, Х.Р. Бобожонов // Дерматовенерология и эстетическая медицина. Ташкент, 2012. №1-2. С. 66-68.

20. Эшбоев Э.Х. Surxondaryo viloyatining shahar va tumanlarida yuzaga kelgan moxov o'choqlarining tahlili (1926-2018-y.): научное издание / Э.Х. Эшбоев, Х.Р. Бабажанов, Я.М. Файзиев // Дерматовенерология и эстетическая медицина: научно-практический журнал / Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ассоциация дерматовенерологов Узбекистана. Ташкент : ООО «Niso Poligraf». 2020. №1-2. С. 104-106

21. Эшбоев Э.Х. Лепра в Узбекистане: научное издание / Э.Х. Эшбоев, Я.М. Файзиев // 5-й съезд дерматовенерологов Республики Узбекистан, посвященный 75-летию со дня образования научно-исследовательского института дерматологии и венерологии (21-22 мая 2008 г.): сборник научных трудов. Ташкент, 2008. С. 148-150.

22. Янчевская Е.Ю., Дуйко В.В., Левичева Ю.Ю. и др. Лепра в семье: клиническое наблюдение//Медицинский вестник Северного Кавказа. 2021. Т. 16. № 3. С. 312-315.

23. Aamir M, Sadaf A, Khan S, Perveen S, Khan A. Recent Advancement in the Diagnosis and Treatment of Leprosy. Curr Top Med Chem. 2018;18(18):1550-1558. doi: 10.2174/1568026618666181025100434. PMID: 30360715.

24. Chen X, Zha S, Shui TJ. Presenting symptoms of leprosy at diagnosis: Clinical evidence from a cross-sectional, population-based study. PLoS Negl Trop Dis. 2021 Nov 23;15(11):e0009913. doi: 10.1371/journal.pntd.0009913. PMID: 34813585; PMCID: PMC8610243.

25. Leal-Calvo T, Avanzi C, Mendes MA, Benjak A, Busso P, Pinheiro RO, Sarno EN, Cole ST, Moraes MO. A new paradigm for leprosy diagnosis based on host gene expression. PLoS Pathog. 2021 Oct 25;17(10):e1009972. doi: 10.1371/journal.ppat.1009972. PMID: 34695167; PMCID: PMC8568100.

26. Thangaraju P, Venkatesan S. Leprosy reactions: Earlier diagnosis leads to more effective treatment. Rev Soc Bras Med Trop. 2020 Mar 16;53:e20190375. doi: 10.1590/0037-8682-0375-2019. PMID: 32187338; PMCID: PMC7094038.

27. Neema S, Battula S. Lepromatous Leprosy. N Engl J Med. 2022 Sep 29;387(13):1217. doi: 10.1056/NEJMicm2202533. PMID: 36170503.

28. Zaidi A, Gupta P, Gupta P, Sharma K, Narang T, Rajwanshi A. Cytology in the diagnosis of concomitant tuberculosis and leprosy by polymerase chain reaction using cytology scrapings. Cytopathology. 2021 Mar;32(2):290-292. doi: 10.1111/cyt.12882. Epub 2020 Aug 4. PMID: 32609905.

29. de Oliveira GL, Oliveira JF, Pescarini JM, Andrade RFS, Nery JS, Ichihara MY, Smeeth L, Brickley EB, Barreto ML, Penna GO, Penna MLF, Sanchez MN. Estimating underreporting of leprosy in Brazil using a Bayesian approach. PLoS Negl Trop Dis. 2021 Aug 25;15(8):e0009700. doi: 10.1371/journal.pntd.0009700. PMID: 34432805; PMCID: PMC8423270.

30. Palit A, Kar HK. Prevention of transmission of leprosy: The current scenario. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2020 Mar-Apr;86(2):115-123. doi: 10.4103/ijdvl.IJDVL_326_19. PMID: 31975697.

31. Tavares AMR. Epidemiological profile of leprosy in the state of Mato Grosso: descriptive study. Einstein (Sao Paulo). 2021 Sep 6;19:eAO5622. doi: 10.31744/einstein_journal/2021AO5622. PMID: 34495085; PMCID: PMC8386686.

32. Jiang Y, Dou X, Wan K. Epidemiological Characteristics and Trends of Registered Leprosy Cases in China From 2004 to 2016. Am J Trop Med Hyg. 2021 Jul 7;105(1):31-36. doi: 10.4269/ajtmh.20-0178. PMID: 34232909; PMCID: PMC8274765.

YO'L-TRANSPORT HODISALARIDA JABRLANGAN BOLALARGA TIBBIY YORDAMNING TASHKILIY JIHATLARI

A.B. Xasanov, L.U. Anvarova

Sog'liqni saqlash vazirligi Respublika Shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Andijon viloyat filiali

Maqolada dunyo va O‘zbekistonda yo‘l-transport jarohatlari muammosi tahlili keltirilgan. Bolalar ishtirokidagi baxtsiz hodisalar chastotasini kamaytirish va shikastlanishning tibbiy oqibatlarining og‘irligini kamaytirish masalalarida tub o‘zgarishlarga erishish uchun yo‘l-transport xavfsizligi tizimini qayta tashkil etish strategiyasining asosiy tamoyillari keltirilgan.

Tayanch so‘zlar: bolalar ishtirokidagi yo‘l-transport hodisalari, yo‘l-transport jarohatlari, tibbiy evakuatsiyaning statsionargacha bo‘lgan bosqichi, tibbiy yordam.

Организационные аспекты оказания медицинской помощи детям, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях

А.Б. Хасанов, Л.У. Анварова

В статье представлен анализ проблемы дорожно-транспортного травматизма в мире и в Узбекистане. Приведены основные принципы стратегии реорганизации системы дорожно-транспортной безопасности для достижения коренных изменений в вопросах снижения частоты несчастных случаев с участием детей и уменьшения тяжести медицинских последствий травмы.

Ключевые слова: дети, дорожно-транспортные происшествия, дорожно-транспортные травмы, догоспитальный этап медицинской эвакуации, медицинское обслуживание.

Organizational aspects of providing medical care to children injured in road accidents

A.B. Khasanov, L.U. Anvarova

The article presents an analysis of the problem of road traffic injuries in the world and in Uzbekistan. The main principles of the strategy for reorganizing the road safety system are presented in order to achieve fundamental changes in reducing the frequency of accidents involving children and reducing the severity of the medical consequences of injury.

Key words: traffic accidents, road traffic injuries, pre-hospital stage of medical evacuation, medical care.

Kirish. Yo‘l-transport jarohatlari global global muammodir. Amalga oshirilayotgan sa’y-harakatlarga qaramay, umuman olganda, dunyoda yo‘l-transport hodisalari (baxtsiz hodisalar) chastotasining pasayishi kuzatilmaydi [1,2]. Bu avtotransport parkining sezilarli darajada o‘sishi va yuqori sifatli yo‘l infratuzilmasini ishlab chiqishda kechikish, aholi sonining ko‘payishi (ayniqsa yirik shaharlarda) va uning o‘sib borayotgan ehtiyojlari fonida unga bo‘lgan talabning oshishi bilan bog‘liq. Taxminiy hisob-kitoblarga ko‘ra – JSSTga a’zo davlatlar tomonidan o‘tkazilgan statistik ma’lumotlarga asoslanib, har yili avtohalokatda deyarli 1,2 million kishi halok bo‘ladi va 50 millionga yaqin odam tan jarohati oladi, bu bir nechta yirik megapolislar yoki hatto kichik mamlakatlar aholisiga teng [1-3].

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан олиб борилган тадқиқотлар натижаларига кўра, ҳар йили йўлларда 1 миллиондан ортиқ одам ҳалок бўлади, ярадорлар сони эса 10 миллион кишига этади [4]. Фақат бахтсиз ҳодисада ярадорларни даволаш учун ялпи миллий маҳсулотнинг 3 фоизгача сарфланади [5].

Bolalar yo‘l-transport jarohatlari yo‘l-transport jarohatlari va yo‘l xavfsizligining umumiy muammosining ajralmas qismidir [6,7]. Jamiyat va davlat uchun bolalarning o‘limi nafaqat insoniy, balki siyosiy ahamiyatga ega, chunki bu umuman bolalar o‘limi darajasiga ta’sir qiladi, bu mamlakatning rivojlanish darajasi va farovonligini aks ettiradi. Baxtsiz hodisada bolalarning o‘limi fojiasidan tashqari, har bir ta’sirlangan oila va jamiyat uchun uzoq muddatli statsionar davolanish va keyingi reabilitatsiyaga bo‘lgan ehtiyoj, mumkin bo‘lgan nogironlik va bolaning hayotini cheklash, uning hayot sifatining uzoq muddatli va ba’zan umrbod yomonlashishi, kelajakda ijodiy mehnatdan chiqib ketishi bilan bog‘liq bo‘lgan bolalarning jaroxatlanishi muammosi mavjud [7]. Butun oilaga cheklovlar qo‘yiladi: moddiy farovonlik pasayadi, bir yoki bir nechta oila a’zolari ishlashni to‘xtatishga majbur bo‘ladilar, davlatning ijtimoiy subsidiyalariga iqtisodiy bog‘liqlik paydo bo‘ladi.

Shunday qilib, bolalarning yo‘l-transport jarohatlari juda uzoq muddatli oqibatlarga va salbiy ijtimoiy-iqtisodiy ta’sirga ega.

Yevropa mintaqasida har yili 0-19 yoshdagi 42 mingga yaqin bolalar va o‘spirinlar bexosdan shikastlanishdan o‘lishadi; bu yerda jarohatlar 5 yoshdan 19 yoshgacha bo‘lgan bolalar o‘limining asosiy sababidir, bu o‘limlarning 6 tadan 5 tasi past va o‘rta daromadli mamlakatlarda sodir bo‘ladi. Mamlakatning daromad darajasidan qat’i nazar, jarohatlarning nomutanosib og‘ir yuki aholining eng kam ta’minlangan qatlamlaridan bo‘lgan bolalarga tushadi. Bolalarning bexosdan shikastlanishidan o‘limining asosiy mexanizmlari yo‘l-transport hodisalari, cho‘kish, zaharlanish, termal shikastlanish va yiqilishdir. Ushbu mexanizm qanday bo‘lishidan qat’i nazar, shikastlanishning asosiy sabablari va ularning asosiy ijtimoiy-iqtisodiy va ekologik determinantlari bir xil bo‘lib qolmoqda. Travma bilan bog‘liq holda, bolalar ayniqsa zaif toifani tashkil qiladi va jarohatlar uchun joy bo‘lmagan sog‘liq va xavfsiz muhitga bo‘lgan huquqlarini ta’minlash uchun alohida g‘amxo‘rlikka muhtoj (JSST hisoboti, 2004). Rossiyada yo‘l-transport jarohatlari muammosi ayniqsa keskin va baxtsiz hodisalar tufayli o‘lim darajasi Yevropada eng yuqori. Yo‘l harakati xavfsizligi bo‘yicha hukumat komissiyasining yig‘ilishida (2006-yil 26-aprel) ta’kidlanganidek, 2005-yilda Rossiyada 223,3 mingdan ortiq baxtsiz hodisalar qayd etilgan, ularda 34 ming kishi halok bo‘lgan va 275 ming kishi jarohat olgan. Rossiyada tashqi sabablarga ko‘ra o‘lim tarkibida baxtsiz hodisa 13 foizini tashkil qiladi. Va Rossiyada 100 ming aholiga to‘g‘ri keladigan avtomobillar soni rivojlangan mamlakatlarga qaraganda 2-4 baravar kam bo‘lsa-da, baxtsiz hodisalardan o‘lim darajasi deyarli 8 baravar yuqori [2-4]. Yo‘l-transport hodisalarining umumiy sonidan 26,7 foizi piyodalar aybi bilan sodir bo‘lgan. Har 8-holatda (12,2 foiz) bola zarar ko‘radi. Bolalar orasida har 100 jabrlanuvchiga o‘rtacha 6 kishi halok bo‘ladi [5-7].

Dunyo bo‘ylab yo‘l-transport hodisalari bilan bog‘liq tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, kasalxonaga yotqizilishidan oldin yo‘l-transport hodisalarida halok bo‘lgan qurbonlarning

aksariyatini o‘limdan olib qolish mumkin bo‘lgan [5,6]. Bu bolalik travmalariga ham tegishli. Jabrlangan bolalarga birlamchi tibbiy yordam hayotni saqlab qolish va keyingi nogironlik xavfini kamaytirishning hal qiluvchi va asosiy nuqtasidir. Ushbu muammoda 4 ta teng vazifalarni ajratib ko‘rsatish mumkin, ularni hal qilish shoshilinch choralarni talab qiladi.

Ogohlantirish tezligi. Mamlakatimizda uyali aloqaning keng tarqalishi, tez tibbiy yordam dispetcherlari va qutqaruv xizmatlarining umumiy qabul qilingan va bepul ajratilgan raqamlari bilan ishlashi tufayli baxtsiz hodisa haqida dastlabki ogohlantirish yaxshi yo‘lga qo‘yilgan. Boshqa tomondan, tibbiy yordamning samaradorligi kasalxonadan oldingi va oldingi bosqichlar o‘rtasidagi uzluksizlik bilan bevosita bog‘liq. Shu bilan birga, ta’sirlangan bolaning holati, taxminiy tashxisi, shikastlanishning og‘irligi, uning hayotining asosiy parametrlari va ularning dinamikasi to‘g‘risida ixtisoslashtirilgan shifoxonaga aniq va o‘z vaqtida (transport bosqichida) ma’lumot uzatish bugungi kunda amalga oshirilayotgan davolanish fonida mavjud emas. Bu shokka qarshi palatani, operatsiya xonalarini, laboratoriya xizmatlarini tayyorlash, yordamni zudlik bilan boshlash uchun qo‘shimcha mutaxassislarni chaqirish, ammo hozirgi ishni buzmasdan va kasalxonada «favqulodda» vaziyatlarni yaratish kabi tashkiliy choralarni ko‘rish uchun zarurdir.

Voqea sodir bo‘lgan joyga kelish vaqti. Yo‘l-transport hodisasidan keyin haddan tashqari trafik va «tirbandlik»ning tez paydo bo‘lishini hisobga olgan holda, ushbu muammoni hal qilish muayyan qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi va jabrlanganlarga boshqa xizmatlar (havo transporti, haydovchilar, yo‘l harakati politsiyasi va yo‘l politsiyasi) tomonidan yordam ko‘rsatishning muqobil mexanizmlaridan foydalanishni taqozo etadi, bu ularning maxsus tayyorgarligini talab qiladi.

Kasalxonadan oldingi bosqichda, transportning o‘ziga xos xususiyatlari tufayli, jabrlangan bolalarga yordam shoshilinch tibbiy yordam guruhi tomonidan baxtsiz hodisa sodir bo‘lgan joyga maksimal yaqinlik prinsipi asosida amalga oshiriladi. Qo‘ng‘iroq har qanday brigadaga berilishi mumkin — feldsherdan tortib ixtisoslashgangacha. Shuning uchun barcha shoshilinch tibbiy yordam xodimlari uchun tasdiqlangan va yagona diagnostika va davolash protokollari va algoritmlarini joriy etish zarur.

Malakali birinchi tibbiy yordam ko‘rsatadigan tibbiyot xodimlarining ko‘nikmalari. Natijalarni tahlil qilish 1 nafar xodimni, shu jumladan, turli malaka toifasidagi tez tibbiy yordam brigadalari feldsherlari va shifokorlarini va 3 yildan ortiq ish stajini o‘rganish shuni ko‘rsatdiki, kasalxonadan oldingi bosqichda jabrlanganlarning atigi 57,2 foiziga to‘liq tibbiy yordam ko‘rsatilgan.

Shunday qilib, ish tajribasi va tibbiy kategoriya kabi parametrlar va haqiqiy amaliy ko‘nikmalar o‘rtasida ma’lum bir farq bo‘lishi mumkin, bu esa optimal yordam ko‘rsatishga imkon bermaydi. Binobarin, mutaxassislarning malakasini oshirishning majburiy (5 yilda bir marta) nazariy kurslari bilan bir qatorda, barcha xodimlar (shifokorlar va feldsherlar) tomonidan manekenlarda rol o‘ynash o‘yinlarida amaliy ko‘nikmalarni rivojlantirish bilan qisqa muddatli o‘quv-seminarlarni majburiy (yiliga kamida 1 marta) o‘tkazish bilan o‘quv markazlarini yaratish kerak. Yordam va transport imkoniyatlarini ta’minlash uchun zarur bo‘lgan sanitariya mashinasining jihozlari, dori-darmonlar turlari masalalari ham aniq hal qilinmagan va maxsus tahlil va tartibga solishni talab qiladi.

Shunday qilib, masalan, shaharlardagi shoshilinch tibbiy yordam jarohatlarda tibbiy yordam ko‘rsatish standartlarining so‘nggi versiyasida ko‘zda tutilgan turli xil ixtisoslashgan brigadalarning tibbiy jihozlari va uskunalari bilan jihozlangan, ammo tumanlarda tez tibbiy yordamda bu masalalar hal etilmagan.

Baxtsiz hodisa sodir bo‘lgan joyda birinchi va malakali yordam ko‘rsatishda har qanday guruh ishtirok etishi mumkinligi sababli, bolalarning turli yoshlarini hisobga olgan holda yagona asosiy jihozlar jadvali bo‘lishi kerak. Hozirgi vaqtda tez tibbiy yordam brigadalari jabr ko‘rgan bolaga to‘liq yordam ko‘rsatishning iloji yo‘qligi sababli (yuqorida ko‘rsatilgan sabablarga ko‘ra) uni asosiy bo‘lmagan kasalxonalarga (masalan, kattalar kasalxonalariga) olib borishga majbur bo‘lmoqdalar. Ushbu amaliyot, afsuski, umumiy jarrohlar uchun maxsus bilim va ko‘nikmalarning yetishmasligi tufayli bolaning hayoti va shikastlanish natijalarini yomonlashtiradi va maslahat mexanizmini (saytga yoki telekommunikatsiyaga) va ixtisoslashtirilgan bolalar shifoxonasi tomonidan taktikaning davomiyligini shakllantirishni talab qiladi.

Agar kasalxonaga qadar birlamchi tibbiy yordam asosan jabrlanganlarning omon qolishini aniqlasa, u holda yordam sifati, nogironlikning pasayishi shifoxona bosqichi, bilim, ko‘nikma, jabrlanuvchini qabul qilishga tayyorgarlik, mutaxassislar soni, navbatchi guruh ishining uyg‘unligi, diagnostika xizmatlarining mavjudligi, jihozlanganligi, yangi davolash texnologiyalarini joriy etish bilan belgilanadi va keyingi reabilitatsiya tashkil qilinadi. Og‘ir kombinatsiyalangan yoki kombinatsiyalangan jarohatlar uchun to‘g‘ridan to‘g‘ri davolash va diagnostika taktikasi masalalari keng o‘rganilmoqda. Ammo, jabrlangan bolalar va ularning ota-onalarini psixosotsill tuzatishga kamroq e’tibor berilmoqda.

Xulosa. Shunday qilib, himoyasiz va tajribasiz yo‘l foydalanuvchilari bo‘lgan bolalar alohida e’tibor talab qiladilar. Yevropa mintaqasida yo‘l-transport xodisasidan o‘lim darajasida sezilarli farqlar mavjud: eng yuqori ko‘rsatkichga ega bo‘lgan mamlakatlarda yo‘l-transport xodisasidan o‘lim darajasi eng past ko‘rsatkichga qaraganda uch baravar yuqori.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транс портного травматизма. Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк развития. 2004. 257 с.

2. Peden M., Krug E., Mohan D. et al. A 5-year WHO strategy for traffic injury prevention. Geneva: WHO, 2001. 23 p.

3. Теодоридис К.А. О состоянии дорожной безопасности в странах Европейского союза // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 1998. №3. С. 48–53.

4. O’Neill B., Mohan D. Reducing motor vehicle crash deaths and injuries in newly motoring countries // British Medical Journal. 2002. №324. P. 1142-1145.

5. Теодоридис К.А. Медико-социальные аспекты дорожных мототранспортных несчастных случаев в России: Автореф. дис. докт. мед. наук. 2000. 36 с.

6. Профилактика детского дорожно-транспортного травматизма / Под ред. Ж.П. Дешам. Европейское региональное бюро ВОЗ, 1991. 75 с.

7. Профилактика детского дорожно-транспортного травматизма / Под ред. В.Н. Кирьянова. М.: Третий Рим, 2008. 160 с.

8. Hasselberg M., Laflamme L., Ringback Wetoft G. Socio-economic differences in road traffic during childhood and youth: a closer look in different kinds of road user // J. Epidemiol. Community Health. 2001. V. 55, № 12. P. 858–862.

9. Haddon J.W. The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively // Am. J. Public. Health. 1968. № 58. P. 1431-1438.

10. Демографическая ситуация в современной России: проблемы и перспективы / Под ред. А.Ф. Цыба. М.: Травант, 2009. 523 с.

11. Odero W., Garner P., Zwi A. Road traffic injuries in developing countries: a comprehensive review of epidemiologic studies // Tropical Medicine International Health. 1997. V. 2, № 5. P. 445–460.

12. Henderson M. Public health and road safety: why can’t we live with our roads? Report on conference «Keeping patiens and doctors together». Sydney, 1990.

YO'L-TRANSPORT HODISALARI QURBONLARIGA TIBBIY YORDAMNING TASHKILIY JIHATLARI

A.B. Xasanov

Sog'liqni saqlash vazirligi Respublika Shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Andijon viloyat filiali

Maqolada yo‘l-transport hodisalarida statsionargacha bo‘lgan bosqichda tibbiy yordamni tashkil etish bo‘yicha adabiyotlarni ko‘rib chiqish asosida tadqiqotlar natijalari keltirilgan. Shoshilinch tibbiy yordam xizmatlarining javob berish vaqtini qisqartirish va kasalxonaga yotqizish bosqichida tibbiy yordam sifatini oshirish uchun yagona dispetcherlik xizmati tizimida ishlash zarurati ko‘rsatilgan.

Tayanch so‘zlar: yo‘l-transport hodisalari, yo‘l-transport jarohatlari, tibbiy evakuatsiyaning statsionargacha bo‘lgan bosqichi, tibbiy yordam, qo‘shma shikastlanishlar, qon ketishi, asoratlar.

Организационные аспекты медицинского обеспечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях

А. Б.Хасанов

В сатье освещены результаты исследования на основе обзора литературы по организации медицинской помощи на догоспитальном этапе при дорожно-транспортных происшествиях. Показано, что службам скорой медицинской помощи необходимо работать в единой системе диспетчерской службы для сокращения времени реагирования и повышения качества медицинской помощи на этапе госпитализации.

Ключевые слова: дорожно-транспортные происшествия, дорожно-транспортные травмы, догоспитальный этап медицинской эвакуации, медицинское обслуживание, травмы суставов, кровотечения, осложнения.

Organizational aspects of medical care for victims of road accidents

A.B. Khasanov

The author presents the results of the study based on a review of the literature on the organization of medical care at the prehospital stage in case of road traffic accidents. It has been shown that emergency medical services need to work in a unified dispatch system to reduce response time and improve the quality of medical care during hospitalization.

Key words: traffic accidents; road traffic injuries; pre-hospital stage of medical evacuation; medical care; joint injuries, bleeding, complications.

Kirish. Aholi salomatligi davlat ijtimoiy-iqtisodiy rivojlanishining muhim ko‘rsatkichlaridan biridir. Aholi salomatligining asosiy ko‘rsatkichlaridan biri bu o‘rtacha umr ko‘rishdir. Bugungi kunda O‘zbekistonda 2023-yili doimiy aholining o‘rtacha umr ko‘rish davomiyligi 74,7 yoshni tashkil etdi, erkaklar uchun 72,5 yosh, ayollar uchun 76,9 yosh. 2023-yil boshida respublika aholisining tug‘ilishda kutilayotgan o‘rtacha umr ko‘rish davomiyligi 74,3 yoshni tashkil etgani haqida xabar berilgandi. Ushbu ko‘rsatkich erkaklar uchun 72,1 yosh, ayollar uchun 76,6 yoshga to‘g‘ri kelgandi. Shu bilan birga, o‘rtacha umr ko‘rish davri shahar joylarda 74,8 yosh, qishloq joylarda 73,6 yoshni tashkil etgan.

Tojikistonda o‘rtacha umr davomiyligi 73,7 yilni tashkil qilyapti. Qozog‘istonda bu ko‘rsatkich 72,4 yoshga, Qirg‘izistonda – 70,9 yoshga, Turkmanistonda – 70,4 yoshga teng.

Dunyoda o‘rtacha umr davomiyligi eng uzun mamlakat deb Gonkong (84,3 yosh) topildi. Undan keyin Yaponiya (83,8 yosh) va Italiya (83,5 yosh) joy olgan.

G‘ayritabiiy sabablarga ko‘ra o‘limlarning tuzilishi shuni ko‘rsatadiki, eng ijtimoiy va iqtisodiy ahamiyatga ega bo‘lgan yo‘l-transport jarohatlaridan o‘lim darajasi, JSST ma’lumotlariga ko‘ra, baxtsiz hodisalardan barcha o‘limlarning 30-40 foizi yoki undan ko‘pini tashkil qiladi. Avtotransport eng xavfli transport vositasidir va yo‘l-transport hodisalarining aksariyat qismini tashkil qiladi – bu baxtsiz hodisalarning 98,8-99,2 foizini tashkil etadi [1,2,3].

Hozirgi vaqtda yo‘l-transport jarohatlari epidemiyaga aylandi. XX-asrning oxiriga kelib, har yili yer yuzida avtomobil transporti bilan bog‘liq 30 million baxtsiz hodisa qayd etildi, unda 10-15 million kishi jarohat oldi va 250 mingdan 1 milliongacha kishi vafot etdi [4].

Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti tomonidan olib borilgan tadqiqotlarga ko‘ra, har yili yo‘llarda 1 milliondan ortiq odam halok bo‘ladi va jarohatlanganlar soni 10 million kishiga yetadi [6]. Yalpi milliy mahsulotning faqat 3 foizigacha yo‘l-transport hodisalarida jarohatlanganlarni davolash uchun sarflanadi [5].

2020-yilga kelib, yo‘l-transport jarohatlari dunyo bo‘ylab sog‘liq muammolari orasida uchinchi o‘rinni egalladi, u yurak-qon tomir kasalliklari va og‘ir depressiyadan keyin ikkinchi o‘rinda turadi. Yo‘l-transport hodisalaridan o‘lganlar soni va mamlakatning iqtisodiy rivojlanish darajasi o‘rtasida ma’lum bir bog‘liqlik mavjud. [6,7,8].

Rossiyada 1 million kishiga to‘g‘ri keladigan o‘lim soni 1,5-2 baravar ko‘p va 1 million avtomobil uchun o‘lim soni rivojlangan motorizatsiya mamlakatlariga qaraganda 3-5 baravar ko‘p. Agar Yevropa yo‘llarida (Angliya, Fransiya, Germaniya) oqibatlarning og‘irligi 2,0-4,1 bo‘lsa, 2000-yilda Rossiyaning yo‘llari va ko‘chalarida bu 14,2 bo‘lgan. Yevropa mamlakatlaridagi kabi oqibatlarning jiddiyligi ko‘rsatkichlari va Rossiya yo‘llarida hozirgi qurbonlar darajasi bilan 2000-yilda 20-24 ming ruslarning hayotini saqlab qolish mumkin edi. Rossiyada yo‘l-transport hodisalari natijasida halok bo‘lgan va jarohatlanganlarning dinamikasini o‘rganish kishini sergaklikka undaydi [9].

Transportni rivojlantirish prognozlari shuni ko‘rsatadiki, transport vositalari soni tez sur’atlar bilan o‘sib bormoqda, bu baxtsiz hodisalar sonining ko‘payishi ehtimolini oshiradi va jabrlanganlarga tibbiy yordamni tashkil qilishda muammolar tug‘diradi. Shu bilan birga, transport hodisalari sonining ko‘payishi va jarohatlarning og‘irligi uchun boshqa omillar, shu jumladan «inson omili» sabab bo‘lishi mumkin. Masalan, asosiy sabablardan biri yo‘l harakati qoidalari normalariga yo‘l harakati foydalanuvchilarining e’tiborsizligi kattaligi, transport vositalari

haydovchilarining kasbiy tayyorgarligi va intizomsizligi, nomukammal boshqaruv tizimi va yo‘l harakati xavfsizligini texnik qo‘llab-quvvatlashdagi kamchiliklar, yo‘l infratuzilmasini rivojlantirishning avtomobil parkining o‘rtacha yillik o‘sishidan orqada qolishi, avtomobil yo‘llari va harakatlanuvchi tarkibning qoniqarsiz texnik holati, mamlakatda ishlab chiqarilgan transport vositalarining faol, passiv va favqulodda xavfsizligi darajasi yetarli emasligi bo‘lishi mumkin [10,11]. Barcha turdagi jarohatlar orasida yo‘l-transport jarohatlari 12-74,7 foizni va yo‘l-transport hodisalarida jarohatlanganlar og‘ir mexanik politravma va shok bilan kasallanganlarning 60 foizdan ortig‘ini tashkil qiladi [11,12].

Zamonaviy yo‘l-transport jarohatlarining xususiyatlarini o‘rganish shuni ko‘rsatdiki, bir vaqtning o‘zida bir necha kishining shikastlanishi bilan bog‘liq yo‘l-transport hodisalari soni asta-sekin o‘sib bormoqda. Bundan tashqari, bu jarohatlar ko‘p va kombinatsiyalangan jarohatlarning ustunligi tufayli jarohatlarning alohida og‘irligi bilan tavsiflanadi, bu jabrlanganlarga shoshilinch tibbiy yordamni tashkil etish va ko‘rsatishni murakkablashtiradi [13].

Tibbiy yordam ko‘rsatish paytida baxtsiz hodisalar kutilmaganda yuzaga kelishida, sog‘liqni saqlash kuchlari va vositalari o‘rtasida ularning haqiqiy ehtiyojlari bilan nomuvofiqlik holati mavjud. Ushbu nomuvofiqlik amaldagi mahalliy sog‘liqni saqlash tizimining moddiy-texnik va dori-darmon bilan ta’minlanmaganligi bois yanada kuchaymoqda [14]. Yo‘l-transport hodisalarida tibbiy yordamni tashkil etish va ko‘rsatishdagi qiyinchiliklar, ayniqsa, qurbonlarning ko‘pligi va ularning o‘rganilmaganligi har bir bunday holatni to‘liq tahlil etishni talab qiladi. Samarali tibbiy yordamni tashkil etish, sog‘liqni saqlash resurslarini tezkor va maqsadli boshqarish muammolarini hal qilish uchun kiruvchi ma’lumotlarni tezda to‘plash va tahlil qilish kerak. Yo‘l-transport hodisalari qurbonlariga tibbiy yordam ko‘rsatishning tashkiliy va klinik masalalari, albatta, nafaqat tabiiy ofatlar tibbiyoti uchun dolzarbdir, chunki yo‘l-transport jarohatlari muammosi hududiy va ayniqsa mahalliy Tez yordam markazlarining kundalik faoliyatining muhim yo‘nalishlaridan birini belgilaydi. Yo‘l-transport hodisalari qurbonlariga kasalxonaga qadar tibbiy yordam ko‘rsatish talablari oshdi.

Favqulodda vaziyatlarda shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatadigan mutaxassislarni tayyorlashda sifat jihatidan yangi yondashuvdan foydalanmasdan ushbu yo‘nalishni amalga oshirish mumkin emas. [15]. Yo‘l-transport hodisalari qurbonlariga shoshilinch tibbiy yordamni oqilona tashkil etish faqat kasalxonagacha va statsionar bo‘limlarni bir butunga bog‘laydigan tizim doirasida mumkin. Sog‘liqni saqlashning mavjud tuzilishining o‘ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda davolash jarayonini bunday tashkil etish baxtsiz hodisaning har bir qurboniga tibbiy yordamning maqbul hajmi va sifatini ta’minlashga imkon beradi. Buning uchun «tibbiy xodim – bemor» tamoyilidan ofat tibbiyotida qabul qilingan «tibbiy xodim - jabrlanganlar kontingenti» tamoyiliga o‘tish kerak [16].

Shu jihatdan travmadan keyingi davr, ayniqsa «oltin soat» va bemorning kasalxonada bo‘lishining dastlabki ikki kunini har tomonlama tahlil qilish asosida shifoxonagacha bo‘lgan davrda tibbiy yordam samaradorligi mezonlarini ishlab chiqish lozim.

Tibbiy yordamning samaradorligini baholash uchun obyektiv ko‘rsatkichlar bilan bir qatorda jabrlanuvchilarning subyektiv fikrini, davolanish natijalaridan qoniqishini va jarohatlardan keyingi hayot sifatini o‘z-o‘zini baholashni ham hisobga olish lozim.

Shunday qilib, o‘rganilayotgan masalalar bo‘yicha mahalliy va xorijiy mualliflar tomonidan taqdim etilgan ma’lumotlarning tahlili shuni ko‘rsatadiki, yo‘l-transport jarohatlarini o‘rganish eng muhim ilmiy yo‘nalishdir. Bugungi kunda bu muammo to‘liq yechimga ega emas va yanada o‘rganish va takomillashtirishni talab qiladi.

Tibbiy yordamning statsionargacha bo‘lgan bosqichida yo‘l-transport hodisasi qurbonlarining o‘lim darajasi doimiy ravishda yuqori bo‘lib qolmoqda, bu esa tibbiy yordam ko‘rsatish uchun yangi protokollarni ishlab chiqish va mavjud protokollarni takomillashtirish zarurligini taqozo etadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма. Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк развития. 2004. 257 с.

2. Peden M., Krug E., Mohan D. et al. A 5-year WHO strategy for traffic injury prevention. Geneva: WHO, 2001. 23 p.

3. Теодоридис К.А. О состоянии дорожной безопасности в странах Европейского союза // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 1998. №3. С. 48–53.

4. O’Neill B., Mohan D. Reducing motor vehicle crash deaths and injuries in newly motoring countries // British Medical Journal. 2002. №324. P. 1142-1145.

5. Теодоридис К.А. Медико-социальные аспекты дорожных мототранспортных несчастных случаев в России: Автореф. дис. докт. мед. наук. 2000. 36 с.

6. Профилактика детского дорожно-транспортного травматизма / Под ред. Ж.П. Дешам. Европейское региональное бюро ВОЗ, 1991. 75 с.

7. Профилактика детского дорожно-транспортного травматизма / Под ред. В.Н. Кирьянова. М.: Третий Рим, 2008. 160 с.

8. Hasselberg M., Laflamme L., Ringback Wetoft G. Socio-economic differences in road traffic during childhood and youth: a closer look in different kinds of road user // J. Epidemiol. Community Health. 2001. V. 55, №12. P. 858-862.

9. Haddon J.W. The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively // Am. J. Public. Health. 1968. № 58. P. 1431-1438.

10. Демографическая ситуация в современной России: про блемы и перспективы / Под ред. А.Ф. Цыба. М.: Травант, 2009. 523 с.

11. Odero W., Garner P., Zwi A. Road traffic injuries in developing countries: a comprehensive review of epidemiologic studies // Tropical Medicine International Health. 1997. V.2, №5. P. 445-460.

12. Henderson M. Public health and road safety: why can’t we live with our roads? Report on conference «Keeping patiens and doctors together». Sydney, 1990

ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ

Х.Э. Хужаназаров

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Служба Санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья Республики Узбекистан

В статье рассматриваются эпидемиологические особенности коревой инфекции на основе литературных данных. В статье описываются эпидемиологические особенности кори на современном этапе.

Ключевые слова. Корь, динамика заболеваемости, интенсивный показатель, штаммы кори, вакцинопрофилактика, специфическая профилактика, социально-гигиенические факторы риска, иммунитет, антитела, эпидемический подъем.

Qizamiq infeksiyasi epidemik jarayonining xususiyatlari

X.E. Xujanazarov

Maqolada adabiyot ma'lumotlari asosida qizamiq infeksiyasining epidemiologik xususiyatlari yoritilgan. Maqolada hozirgi bosqichda qizamiqning yepidemiologik xususiyatlari bayon etilgan.

Tayanch so'zlar: qizamiq, kasallanish dinamikasi, intensiv indeks, qizamiq shtammlari, vaksina profilaktikasi, o'ziga xos profilaktika, ijtimoiy va gigiyenik xavf omillari, immunitet, antikorlar, epidemiyaning ko'tarilishi.

Characteristics of the epidemic process of measles infection

X.E. Xujanazarov

The article discusses the epidemiological features of measles infection based on literature data. The article describes the epidemiological features of measles at the present stage.

Key words: Measles, morbidity dynamics, intensive index, measles strains, vaccine prophylaxis, specific prevention, social and hygienic risk factors, immunity, antibodies, epidemic rise.

Введение. Корь известна человечеству очень давно под названием «детская чума», так как характеризовалась высоким показателем заболеваемости среди детей и высокой летальностью. Свидетельства существования кори известны ещё с VII века. В X-м веке персидский врач Разес описал корь как заболевание более страшное, чем натуральная оспа [1].

Наиболее часто болели дети в возрасте 2-5 лет, у детей до 1 года, за счет трансплацентарно полученного от матери постинфекционного иммунитета заболеваемость была ниже.

Крупные эпидемии кори происходили с периодичностью каждые 2-3 года и заканчивались более чем в 2,6 млн. случаев летальными исходами. Заболеваемость циклично колебалась от 500 до 1200 случаев на 100 000 человек в год, в одном очаге заболевания было в среднем 30 заболевших, а доля очагов с одним заболевшим составляла 17%, летальность составляла 0,15% [2,3].

X век – персидский врач Разес в своем труде впервые описал клиническую картину кори. Разес считал корь легкой формой натуральной оспы. 1670 г. – крупная эпидемия кори в Лондоне. Английские врачи Сиденхем и Мортон дали подробное описание данного заболевания, четко провели дифференциальную диагностику между корью и скарлатиной и оспой. 1846 г. – корь занесена на Фарерские острова, где заболели 96% населения острова. Во время этой пандемии доктор Панум изучил эпидемиологию и клиническую картину кори, выявил высокую контагиозность кори. С 1890 по 1896 гг. ученые Бельский А.П., Филатов Н.Ф. и Коплик описали характерную дифференциально значимую коревую энантему на слизистой щек напротив коренных зубов за 3-4 дня до высыпаний на коже. В честь исследователей мелкие белесоватые пятна на слизистой полости рта названы пятна Бельского-Филатова-Коплика. 1910 г. – Гольдбергер Д. доказал вирусную природу кори путем заражения обезьян носоглоточной слизью, взятой от больного ребенка. Но выделить вирус тогда не удалось. 1954 г. – Д. Эндерс и Т. Пиблз выделили вирус кори у больного 11-летнего мальчика Дэвида Эдмонсона во время вспышки в Бостоне, штат Массачусетс. 1960 г. – Д. Эндерс создал вакцину против кори штамм Эдмонсон. 1963 г. – в СССР над созданием отечественной вакцины работали специалисты Ленинградского института эпидемиологии и микробиологии имени Луи Пастера под руководством известного советского бактериолога и вирусолога Анатолия Александровича Смородинцева. Уже с 1967 года вакцина начала широко применяться в СССР, благодаря которой заболеваемость корью на территории Советского Союза удалось снизить в 650 раз. Ввиду благополучной эпидемиологической обстановке по кори в СССР и России в течение последних 50 лет, в начале вспышки кори в 2011-2014 гг. большинство врачей имели лишь теоретическое представление о кори и были лишены практического опыта диагностики и лечения. Это привело к большому количеству диагностических ошибок, приведших к распространению данного заболевания. Осуществление мер борьбы с COVID-19 во всем мире привело к сбоям в проведении вакцинации против кори и парализовало усилия по предупреждению и минимизации вспышке кори. К концу 2020 г. более 94 миллионов человек подвергались риску не проведения вакцинации ввиду отсутствия вакцин в результате приостановки кампаний по борьбе с корью в 26 странах. В 2020 г зарегистрированы вспышки в Индии (3495), Узбекистане (3341), Филлиппинах (3623), Бангладеш (2758), Казахстане (2297), Турции (604), Румынии (604), Кыргызстане (547) [7].

Однократная вакцинация против кори изменила некоторые характеристики эпидемического процесса инфекции. Заболеваемость снизилась почти в 5 раз в различных возрастных и социальных группах населения, произошло некоторое увеличение межэпидемического периода и уменьшение продолжительности сезонного подъема заболеваемости [4].

Тем не менее корь оставалась «детской» инфекцией, соотношение заболевших взрослых и детей составляло 1 к 8,9. При этом качественные характеристики эпидемического процесса кори не изменились, что было связано с

недостаточным охватом прививками живой коревой вакциной (ЖКВ) [5].

Введение ревакцинации в 1987 г. привело к снижению заболеваемости в 9,14 раза (среднемноголетний показатель – 18,6 на 100 тыс. населения), в 6 раз – летальности и в 10 раз – смертности от кори по сравнению с периодом однократной вакцинации.

Двухдозовая схема иммунизации (вакцинация и ревакцинация) позволяет обеспечить элиминацию кори на национальном уровне [6]. Для осуществления надзора за корью и доказательства элиминации инфекции была создана Глобальная лабораторная сеть по диагностике кори [7].

За 1980-е и 1990-е годы охват вакцинации в мире возрос с 40% до 80%. Стратегия борьбы с корью включала плановую иммунизацию, кампании по срочной иммунизации для отдельных районов и групп населения, уход за больными и расследование случаев заражения. Количество зарегистрированных случаев кори в мире снизилось с 4 млн. в 1983 году до 800 тысяч в 1994 году, оставаясь примерно на этом уровне до 1998 года, однако при зарегистрированных 800 тысячах случаев кори в год, истинная заболеваемость по некоторым моделям оценивалась в 36 млн. случаев, а смертность — в 0,9-1 млн. случаев, причём на корь приходилось 7% детской смертности [8].

В 1997 году Европейский регион Всемирной организации здравоохранения поставил цель полного искоренения кори в Европе. Предполагалось, что для этого потребуется снизить количество не охваченных вакцинацией до 15% для группы 1-4 лет (учитывая не привитых детей до года), до 10% для группы 5-9 лет, и 5% для любой другой возрастной когорты [9].

Корь и краснуха имеют ряд общих характеристик: вирусная природа и низкая устойчивость возбудителя в окружающей среде, воздушно-капельный механизм передачи, пожизненный протективный постинфекционый иммунитет, отсутствие носительства среди здорового населения, сходная тактика вакцинопрофилактики, включающая иммунизацию живыми, в том числе комбинированными, вакцинами [1,2,4].

Важнейшей особенностью вирусов кори и краснухи является отсутствие влияния их генетического разнообразия на эффективность соответствующих вакцин [5]. Несмотря на различия в уровнях заболеваемости корью и краснухой, связанные с историей внедрения и особенностями организации вакцинопрофилактики в РФ, отечественными авторами показана возможность унификации системы эпидемиологического надзора за этими инфекциями в условиях использования комбинированных вакцин [6].

История борьбы с корью и краснухой убедительно показывает эффективность массовой вакцинопрофилактики. При этом современная эпидемиологическая ситуация по этим инфекциям совершенно различна, несмотря на наличие ряда сходных характеристик. На этапе успешной элиминации краснухи наблюдается осложнение эпидемиологической ситуации по кори во всем мире, затрагивающее не только страны с развивающейся экономикой, но и экономически развитые страны, где основной показатель качества вакцинопрофилактики – охват населения прививками превышает 90% и соответствует критерию ВОЗ, необходимому для элиминации управляемых инфекций. В таких условиях особо актуальным является изучение современного состояния популяционного иммунитета, как основного фактора, препятствующего распространению инфекции среди населения [5,6].

Согласно рекомендациям ВОЗ, основным условием достижения цели по элиминации кори и краснухи является создание охвата населения профилактическими прививками на уровне не менее 95% среди детского населения и 90% – среди взрослого, как ключевого показателя качества проведения вакцинопрофилактики в стране [6].

Несмотря на то, что организация иммунопрофилактики и ключевые показатели качества ее проведения в странах европейского региона и в России нормативно закреплены, современные исследования указывают на существование множества факторов, негативно влияющих на достижение необходимого уровня охвата вакцинацией населения. К числу таких факторов можно отнести следующие: нарушение сроков введения вакцин отдельным лицам; несвоевременность пересмотра временных медицинских отводов от вакцинации; рост числа отказов от введения вакцин; активная миграция населения и недоучет подлежащего вакцинации и 25 привитого населения; недоучет населения, обслуживаемого в частных медицинских организациях; случаи недостоверности представляемой статистической информации; случаи нарушения «холодовой цепи» при хранении и транспортировке вакцин; случаи нарушений техники введения вакцин и т.д. По мнению медицинского сообщества, действие указанных факторов могло повлечь снижение охвата иммунизацией населения в последние годы [7]. В таких условиях особую актуальность приобретают работы В.Д. Белякова о необходимости рассматривать вакцинопрофилактику в эпидемиологическом аспекте наравне с клиническим и иммунологическим. Концепция управления вакцинопрофилактикой была разработана рядом авторов [8].

Эпидемиологический надзор за иммунопрофилактикой – это слежение за показателями, характеризующими состояние вакцинопрофилактики, с целью своевременного обнаружения дефектов в организации прививочного дела и принятия управленческих решений по изменению стратегий и тактики иммунизации, а также обеспечению гибкости прививочного календаря. Эпидемиологический надзор за иммунопрофилактикой представлен тремя подсистемами: информационной, диагностической и управленческой.

Первая подсистема включает мониторинг документальной привитости (процент выполнения плана, своевременность вакцинации лиц декретированных возрастов), серологический мониторинг, мониторинг побочного действия вакцин, мониторинг эпидемиологической и социально-экономической эффективности и т.д. Результаты мониторинга документальной привитости являются основанием для расчета охвата населения прививками.

Многими исследователями отмечена формальность оценки документальной привитости, отсутствие возможности получения данных о фактической защищенности населения в отношении управляемых инфекций, а также случаи недостоверности статистических данных. Приведенные факторы способствуют накоплению не иммунной к управляемым инфекциям доли лиц среди населения [10,11,12]. Актуальной проблемой современности является распространение среди населения отказов от вакцинации. Успехи всеобщей вакцинации, проявившиеся небывалым снижением распространенности управляемых инфекций,

дали неожиданный отрицательный результат.

Появились мнения об отсутствии необходимости введения вакцины против мало распространенных инфекций, а страх населения перед возможными поствакцинальными осложнениями превысил страх перед болезнью.

Заключение. Таким образом, главным средством борьбы с этой коварной инфекцией остается вакцинопрофилактика. Всемирная организация здравоохранения рекомендует проведение вакцинации детям в возрасте девяти месяцев в тех регионах, где это заболевание является распространенным, и в возрасте двенадцати месяцев – в тех регионах, где заболевание встречается редко.

Таким образом, единый антигенный вариант возбудителей, стойкий и продолжительный постинфекционный иммунитет, наличие эффективных вакцинных препаратов и обоснованной тактики массовой вакцинопрофилактики служат теоретическим обоснованием возможности элиминации кори и краснухи, которое стало основой провозглашения соответствующей Программы ВОЗ. Обязательным условием достижения целей указанной Программы является существование эффективной системы эпидемиологического надзора за этими инфекциями, предусматривающей слежение за биологическими свойствами возбудителей, статистическими данными о заболеваемости, смертности, охвате населения прививками, перечнем медицинских противопоказаний, состоянием популяционного иммунитета, а также возможность принятия необходимых управленческих решений.

На сегодняшний день единственным источником получения данных об охвате населения прививками являются данные статистических отчетов, формирующихся на основе сведений о заболеваемости и привитости населения, проживающего на территории обслуживания каждой отдельных лечебно-профилактической организации. Обоснованные сомнения в достоверности указанных данных, свидетельствуют о необходимости совершенствования и актуализации нормативного обеспечения вакцинопрофилактики, а также разработки альтернативных подходов к оценке охвата населения профилактическими прививками.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алешкин, В.А. Проблемы на пути достижения элиминации кори в Российской Федерации/ В.А. Алешкин, Н.Т. Тихонова, А.Г. Герасимова, О.В. Цвиркун, С.В. Шульга, Е.Б. Ежлова, А.А. Мельникова // Журнал микробиологии эпидемиологии и иммунобиологии. 2016. №5. С. 29-34.

2. Беляков, В.Д. Введение в эпидемиологию инфекционных и неинфекционных заболеваний человека/В.Д. Беляков, Т.А. Семененко, М.Х. Шрага. М.: Медицина, 2001. 264 с.

3. Беляков, В.Д. Эпидемиология / В.Д. Беляков, Р.Х. Яфаев. М.: Медицина, 1989. 416 с.

4. Всемирная организация здравоохранения: Корь – Европейский Регион. Корь в Европе: рекордное число заболевших и рекордные показатели иммунизации. Копенгаген, 7 февраля 2019 г./ ЕРБ ВОЗ// Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2019. Т.18. №1. С. 66.

5.Всемирная организация здравоохранения: По Европе распространяются вспышки кори. Европейская неделя иммунизации дает возможность активизировать работу по вакцинации. [Электронный ресурс]/ ВОЗ. 2011 г. Режим доступа: http://www.euro.who.int/ru/media centre/sections/press-releases/2011/04/measles-outbreaks-spread-across-europe-european immunization-week-offers-chance-to-promote-immunization (дата обращения: 24.12.2019)

6. Галина, Н.П. Отношение к иммунопрофилактике врачей различных специальностей/ Н.П. Галина// Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2018. Т.17. №3. С. 74-79.

7. О.В. Герасимова, А.Г., Эпидемиологический надзор за корью в период элиминации / А.Г. Герасимова, Цвиркун, Н.Т. Тихонова, О.О. Чава // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2008. Т.41. №4. С.8-12.

8. Лыткина, И.Н. Унификация системы управления эпидемическим процессом кори, эпидемического паротита и краснухи/ И.Н. Лыткина, И.В. Михеева // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2011. Т.56. №1. С. 8-14.

9. Расширенная программа иммунизации (РПИ) в 1990-1992 гг. Анализ ситуации, достигнутые успехи и имеющиеся проблемы. Пер. с англ. Копенгаген: ВОЗ, 1993. 25 с.

10. Селезнева, Т.С. Состояние заболеваемости корью на территории Российской Федерации в современных условиях/ Т.С. Селезнева, А.И. Заргарьянц // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2009. Т. 45№2. С. 8-15.

11. Тихонова, Н.Т. Изучение напряженности и длительности поствакцинального противокоревого иммунитета / Н.Т. Тихонова, Т.М. Хромецкая, Г.В. Игнатьева, А.Г. Герасимова // Сборник научных работ «Профилактическая вакцинация и её влияние на детский организм». Ленинград. 1975. С. 29-31.

12. Фельдблюм, И.В. Эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой/ И.В. Фельдблюм // Медиаль. 2014. №3. С. 37-55.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСРЕДСВОМ ОПРОСНИКА FACT-G У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОГРАММАХ СОХРАНЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ

А.Ж. Каххаров[1], Н.Х. Ходжаева[1, 2]

1 - Ташкентский государственный стоматологический институт

2 - Частная клиника «Medifarm EKO»

Современные достижения в области онкологии способствовали увеличению выживаемости пациенток с онкологическими заболеваниями, однако вопросы качества их жизни остаются актуальными. Данное исследование направлено на оценку качества жизни онкологических пациенток, участвующих в программах сохранения фертильности, с использованием опросника FACT-G. Результаты показали, что все измеренные параметры, включая физическое состояние, социальные и семейные взаимоотношения, эмоциональное благополучие и общий балл качества жизни, были значительно выше у пациенток основной группы по сравнению с контрольной группой. Это подтверждает положительное влияние программ сохранения фертильности на улучшение качества жизни онкологических женщин. Данное исследование подчеркивает необходимость интеграции программ сохранения фертильности в стандартные лечебные протоколы онкологических пациентов, что, в конечном счете, может улучшить не только физическое, но и психоэмоциональное состояние женщин, обеспечивая более комплексный подход к их лечению.

Fertillikni saqlash dasturlarida ishtirok etuvchi onkologik bemorlarda FACT-G so‘rovnomasidan foydalanib sifatni baholash

A.J. Kaxxarov, N.X. Xodjaeva

Zamonaviy onkologiya sohasidagi yutuqlar saraton kasalligidan azob chekayotgan bemorlarning omon qolish darajasini sezilarli darajada oshirdi; ammo, ularning hayot sifatiga doir masalalar hozirgi kunda muhim ahamiyatga ega. Ushbu tadqiqot onkologik bemorlarning fertilitetni saqlash dasturlarida ishtirok etishlari sifatini baholashga qaratilgan bo‘lib, FACT-G so‘rovnomasidan foydalaniladi. Natijalar shuni ko‘rsatdiki, o‘lchangan barcha parametrlar, jumladan, jismoniy holat, ijtimoiy va oila munosabatlari, hissiy farovonlik va umumiy hayot sifati ballari asosiy guruhda nazorat guruhiga nisbatan sezilarli darajada yuqori edi. Bu fertilitetni saqlash dasturlarining onkologik bemorlarning hayot sifatini yaxshilashda ijobiy ta’sirini tasdiqlaydi. Ushbu tadqiqot fertilitetni saqlash dasturlarini onkologik bemorlar uchun standart davolash protokollariga qo‘shish zarurligini ta’kidlaydi, bu esa nafaqat ularning jismoniy sog‘lishi, balki psiko-emotsional holatini ham yaxshilashga yordam beradi va ular uchun parvarish qila olishning yanada kompleks yondashuvida yordam beradi.

Assessment of quality of life through the FACT-G questionnaire in cancer patients participating in fertility preservation programs

A.J. Kahharov, N.Kh. Khodjaeva

Recent advances in oncology have significantly increased the survival rates of patients with cancer; however, issues regarding their quality of life remain a pressing concern. This study aimed to evaluate the quality of life of oncology patients participating in fertility preservation programs using the FACT-G questionnaire. The results revealed that all measured parameters, including physical well-being, social and family relationships, emotional well-being, and overall quality of life scores, were significantly higher in the main group compared to the control group. This confirms the positive impact of fertility preservation programs on improving the quality of life for oncology patients. This research underscores the need to integrate fertility preservation programs into standard treatment protocols for oncology patients, ultimately improving not only their physical health but also their psychoemotional state, thereby providing a more comprehensive approach to their care.

Актуальность исследования. Современные достижения в области онкологии, такие как новые методы диагностики и лечения, значительно увеличили выживаемость пациенток с онкологическими заболеваниями, что, в свою очередь, делает вопрос о качестве жизни этих женщин особенно важным. Поскольку многие из них находятся в репродуктивном возрасте, утрата фертильности из-за агрессивных методов лечения, таких как химио- и лучевая терапия, становится серьезной проблемой, влияющей не только на физическое здоровье, но и на эмоциональное и социальное благополучие.

Проблемы, связанные с фертильностью, являются косвенно связанными с ощущением идентичности и самореализацией женщин, что подчеркивает необходимость включения программ сохранения фертильности в стандарты ухода за пациентами. Эти программы предлагают женщинам возможность сохранить свои репродуктивные функции и планировать семью в будущем, что непосредственно улучшает их качество жизни и психоэмоциональное состояние.

Тем не менее, несмотря на растущее количество женщин, которым предлагаются такие программы, остается недостаточно данных, которые бы полноценно освещали влияние этих вмешательств на различные аспекты качества жизни. В научной литературе наблюдается нехватка систематических исследований, анализирующих, как программы сохранения фертильности влияют на физические, эмоциональные и социальные аспекты жизни пациенток.

Также существует необходимость в понимании индивидуальных факторов, таких как возраст, тип онкологического заболевания и психоэмоциональное состояние, которые могут влиять на восприятие качества жизни и результаты участия в программах сохранения фертильности. Это особенно актуально для здоровья женщин, ведь не все пациентки реагируют на одно и то же лечение одинаково. Наше исследование имеет цель не только выявить положительные и отрицательные результаты программ сохранения фертильности, но и проанализировать их влияние на общее качество жизни, что позволит разработать индивидуализированные подходы к поддержке пациенток.

В условиях, когда вопросы репродуктивного здоровья и фертильности становятся все более значимыми, данное исследование играет ключевую роль в формировании научной базы для оптимизации помощи онкологическим пациенткам, что в конечном итоге может привести к улучшению их качества жизни на всех уровнях. Результаты исследования могут непосредственно влиять на клиническую практику, способствуя более полноценному и гуманному подходу к лечению онкологических заболеваний у женщин, что также соответствует современным тенденциям в области patient-centered care (медицинский подход, ориентированный на пациента).

Материалы и методы. Исследование носило сравнительный и описательный характер. Оно было направлено на оценку качества жизни у онкологических пациенток, участвующих в программах сохранения фертильности, в сравнении с пациентками, не участвующими в этих программах.

В исследование были включены 140 пациенток из двух групп: основная группа (n=75), включающая женщин, прошедших через программы сохранения фертильности, и контрольная группа (n=65), состоящая из пациенток, не участвующих в таких программах. Все участницы предоставили информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии включения и исключения:

В группу включались женщины в возрасте от 18 до 40 лет, с диагнозом злокачественной опухоли, не имеющие противопоказаний к сохранению фертильности. Исключались пациентки с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, которые могли влиять на общее качество жизни и возможности сохранения фертильности.

Для оценки качества жизни использовался опросник FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General), который адаптирован для онкологических пациенток. Он охватывает четыре основных домена: физическое состояние, социальные/семейные взаимоотношения, эмоциональное благополучие и благополучие в повседневной жизни.

Таблица 1

Описательная статистика количественных переменных в зависимости от группы

Показатели	Группа		p
	Основная группа	Контрольная группа	
физическое состояние, Me [IQR]	18,00 [14,00; 22,00]	12,00 [11,00; 13,00]	< 0,001*
Социальные/семейные взаимоотношения, Me [IQR]	19,00 [14,50; 21,50]	10,00 [10,00; 12,00]	< 0,001*
Эмоциональное благополучие, Me [IQR]	18,00 [14,50; 20,00]	10,00 [9,00; 11,00]	< 0,001*
Благополучие в повседневной жизни, Me [IQR]	21,00 [18,00; 24,00]	16,00 [15,00; 18,00]	< 0,001*
Общий балл, Me [IQR]	73,00 [65,50; 83,50]	49,00 [46,00; 51,00]	< 0,001*

Статистический анализ данных проводился с использованием программы StatTech v. 4.7.1. Сначала данные проверялись на соответствие нормальному распределению с использованием критерия Шапиро-Уилка (если размер группы был менее 50) или критерия Колмогорова-Смирнова (если размер группы превышал 50). В случае ненормального распределения данные описывались медианой (Me) и межквартильным размахом (Q1 – Q3).

Для сравнения двух групп использовался U-критерий Манна-Уитни при ненормальном распределении данных. В случае многогруппового анализа применялся критерий Краскела-Уоллиса, а пост-хок анализ выполнялся с помощью критерия Данна с поправкой Холма. Уровень статистической значимости был установлен на уровне p<0,05.

Исследование было проведено в соответствии с этическими стандартами, одобренными локальным этическим комитетом, и в полном соответствии с Декларацией Хельсинки. Информированное согласие было получено от всех участвующих пациенток.

Результаты. В таблице 1 представлена описательная статистика количественных переменных, иллюстрирующая различия в качестве жизни онкологических пациенток в зависимости от их участия в программах сохранения фертильности. Данные были собраны от 140 пациенток, выделенных на две группы: основную группу, состоящую из 75 женщин, участвующих в указанной программе, и контрольную группу, включающую 65 пациенток, не прошедших через такие мероприятия.

Для основной группы медиана составила 18,00 с интерквартильным размахом (IQR) [14,00; 22,00], что указывает на относительно высокое физическое состояние пациенток, которые активно участвовали в программах сохранения фертильности. В контрольной группе медиана значительно ниже, составив 12,00 (IQR [11,00; 13,00]). Это различие является значительным (p<0,001), что свидетельствует о наличии очевидного позитивного влияния программ на физическое состояние женщин, находящихся под онкологическим лечением.

Оценка этого аспекта также продемонстрировала убедительные различия: в основной группе медиана составила 19,00 (IQR [14,50; 21,50]), в то время как в контрольной группе эта цифра упала до 10,00 (IQR [10,00; 12,00]). Данный результат (p<0,001) подчеркивает не только эмоциональную поддержку, получаемую женщинами благодаря участию в программах, но и важность социальных взаимодействий, которые способствуют улучшению качества жизни.

Основная группа продемонстрировала медиану 18,00 (IQR [14,50; 20,00]) в оценке эмоционального состояния, в то время как контрольная группа показала значительно более низкое значение – 10,00 (IQR [9,00; 11,00]). Это различие (p<0,001) указывает на необходимость учета эмоциональной поддержки, которую предоставляют программы сохранения фертильности, важной для психоэмоционального состояния пациенток.

Медиана для основной группы составила 21,00 (IQR [18,00; 24,00]), в то время как для контрольной группы была значительно ниже, 16,00 (IQR [15,00; 18,00]). Это различие (p<0,001) подчеркивает, что участие в программах сохранения фертильности не только помогает сохранить репродуктивное здоровье, но и позитивно влияет на общие аспекты повседневной жизни и функционального благополучия женщин.

Наконец, общий балл качества жизни для основной группы составил 73,00 (IQR [65,50; 83,50]), что существенно превышает аналогичное значение в контрольной группе, равное 49,00 (IQR [46,00; 51,00]). Этот резкий контраст (p<0,001) явственно показывает, что участие в программах сохранения фертильности значительно улучшает общее качество жизни онкологических пациенток.

Заключение. Результаты обобщают существенные различия в качестве жизни между онкологическими пациентками, прошедшими через программы сохранения фертильности, и теми, кто не использовал эти возможности. Все измеренные параметры, такие как физическое состояние, социальные и семейные взаимоотношения, эмоциональное благополучие и общая оценка качества жизни, подтверждают позитивное влияние данных программ. Это подчеркивает важность интеграции программ сохранения фертильности в общее лечение онкологических больных для улучшения их качества жизни как на физическом, так и на психоэмоциональном уровнях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. You L., Lv Z., Li C., Ye W., Zhou Y., Jin J., Han Q. Worldwide cancer statistics of adolescents and young adults in 2019: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. ESMO Open. 2021;6:100255. doi: 10.1016/j.esmoop.2021.100255.

2. Arbyn M., Weiderpass E., Bruni L., de Sanjosé S., Saraiya M., Ferlay J., Bray F. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: A worldwide analysis. Lancet Glob. Health. 2020;8:e191-e203. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30482-6.

3. Cella D.F., Tulsky D.S., Gray G., Sarafian B., Lloyd S., Linn E., Bonomi A., Silberman M., Yellen S.B., Winicour P., Brannon J., Eckberg K., Purl S., Blendowski C., Goodman M., BarnicleM., Stewart I., McHale M., Bonomi P., Kaplan E., Taylor S., Thomas C., Harris J. The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Scale: Development and validation of the general measure. Journal of Clinical Oncology 1993; 11(3): 570-579.

4. Salama M., Winkler K., Murach K.F., Seeber B., Ziehr S.C., Wildt L. Female fertility loss and preservation: Threats and opportunities. Ann. Oncol. 2013;24:598-608. doi: 10.1093/annonc/mds514.

5. De Vos M., Smitz J., Woodruff T.K. Fertility preservation in women with cancer. Lancet. 2014;384:1302–1310. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60834-5.

6. Donnez J., Dolmans M.M. Fertility preservation in women. N. Engl. J. Med. 2017;377:1657-1665. doi: 10.1056/NEJMra1614676.

7. Harada M., Osuga Y. Where are oncofertility and fertility preservation treatments heading in 2016? Future Oncol. 2016;12:2313-2321. doi: 10.2217/fon-2016-0161.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АКУШЕРСКОГО СЕПСИСА

М.Н. Негматуллаева, Д.И. Туксанова, З.О. Кенжаева
Бухарский государственный медицинский институт

Септические послеродовые осложнения широко распространены во всем мире, одной из актуальных задач современной медицины является уменьшение их частоты и плачевных исходов для матери. Проблему сепсиса невозможно переоценить, так как сепсис и септический шок являются на сегодняшний день главными причинами смерти родильниц в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Актуальность проблемы сепсиса определяется многими обстоятельствами и прежде всего, трудностью установления диагноза в ранних ее стадиях и значимой стоимостью лечения.

Ключевые слова: Септические послеродовые осложнения, шок, факторы риска.

Akusherlik sepsisini bashorat qilish va erta tashxislashning zamonaviy jihatlari

M.N. Negmatullayeva, D.I. To'qsanova, Z.O. Kenjayeva

Tug'ruqdan keyingi septik asoratlar butun dunyoda keng tarqalgan bo'lib, ularning chastotasini va ona uchun ayanchli oqibatlarini kamaytirish zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammolaridan biridir. Sepsis muammosiga yengil qarab bo'lmaydi, chunki sepsis va septik shok bugungi kunda reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limlarida (RITB) tuqqan ayollar o'limining asosiy sabablari hisoblanadi. Sepsis muammosining dolzarbligi ko'plab holatlar va, birinchi navbatda, uning erta bosqichlarida tashxis qo'yishning qiyinligi va davolashning sezilarli qiymati bilan belgilanadi.

Tayanch so'zlar: tug'ruqdan keyingi septik asoratlar, shok, xavf omillari.

Contemporary aspects of prognosis and early diagnosis of postpartum sepsis

M.N. Negmatullaeva, D.I. Tuksanova, Z.O. Kenjaeva

Postpartum septic complications are widespread worldwide, and one of the pressing tasks of modern medicine is reducing their frequency and unfavorable outcomes for the mother. The problem of sepsis cannot be overestimated, as sepsis and septic shock are currently the main causes of death in the intensive care unit (ICU). The relevance of the sepsis problem is determined by many circumstances and, first of all, the difficulty of diagnosing it at its early stages and the significant cost of treatment.

Keywords: Postpartum septic complications, shock, risk factors.

Актуальность. Проблема акушерского сепсиса, как причина материнской смертности существовала с глубокой древности, и на высокую смертность женщин от данной патологии впервые обратил внимание Игнац Филипп Земмельвейс, хотя тогда его результаты исследования имели большое практическое значение, но не нашли признания у коллег. В современном мире профилактика гнойно-септических послеродовых осложнений перешло на новый уровень, создана 3-х уровневая система родовспомогательной службы и работа акушерских стационаров организовано по принципам «Безопасного материнства» – совместного пребывания матери и ребенка, ранней выписке на 3-4 сутки послеродового периода, приверженности грудного вскармливания и отказу от многих рутинных процедур применяемых в родах. Несмотря на развития оказания акушерской помощи и рационального ведения родов, проблема акушерского сепсиса ее прогнозирование и ранняя диагностика его клинических форм остается актуальнейшей проблемой современного акушерства [1,5,8].

Распространенность сепсиса продолжает расти год от года, и оно часто имеет прямую корреляцию с ростом акушерских операций, в частности роста абдоминального родоразрешения. По официальной статистики США его частота составляет 240-300 случаев на 100 тыс. населения и свыше 750 случаев в год [2,4,7,25]. В Великобритании, по данным проводимого анализа материнской смертности, каждые 3 года отражает тенденцию к росту летальности, связанной с сепсисом: с 0, 85 до 1,13 на 100000 родов с 2018-2020 г.г. В Нидерландии также отмечается рост материнской смертности от сепсиса до 7,7% и частота тяжелых материнских осложнений составляет 21 на 100000 родов и при этом в 80% случаев требуется госпитализация в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

По данным C. Snovder и соавт. (2013), септический шок во время гестации встречается с частотой 2,3 на 100000 родов. Но необходимо отметить вероятность частоты встречаемости сепсиса оценивается не точно, что связано как с недостаточной регистрацией числа случаев, так и с неправильной классификацией. Клиническая классификация сепсиса предложенная Американского колледжа пульмонологов и общества специалистов критической медицины включает: сидром системного воспалительного ответа, сепсис, тяжелый сепсис, септический шок. Согласно данной классификации и при наличии инфекции ССВО трактуется как сепсис, а при развитии органной дисфункции как «тяжелый сепсис», в случае присоединении гипотензии выставляется диагноз септического шока [3,6,23,26].

Обновленная классификация сепсиса «Сепсис-3» является самой рентабельной для ранней диагностики и выбора своевременной терапии в соответствии с проявленными клиническими признаками данной тяжелой патологии – сепсиса. Клиническими признаками его является инфекция и органная недостаточность вызванная инфекционным агентом [9,20]. Полиорганная недостаточность определяется по шкале d SOFA, согласно которой у больной должны быть: нарушение сознания, САД – <100 мм. рт.ст. и ЧД – >22 в мин при набранном более 2 балла, органная дисфункция определяется как острое и данный показатель может отражать общую летальность в 10% в общей популяции больных имеющих прогноз на инфекцию [10,11,15,27,28].

Многими авторами четко указывается о том, что необходимо подозревать сепсис у всех пациенток с инфекцией, так как нераспознанная инфекция может провоцировать органно-системные нарушения и приводить поли органной недостаточности. Данная классификация, предложенная 2016 году, не требует расширения объема лабораторной диагностики, только повышение подсчета по d SOFA может требовать проведения более тщательного мониторинга ис-

следований. На сегодняшний день данная классификация приемлемо для прогнозирования и ранней диагностики сепсиса и весь мир руководствуется им [12,13,14,22,24].

В последние годы значительно изменились этиологические факторы сепсиса и исходный фон на котором развивается данное грозное осложнение. В Республике Узбекистан этому способствуют: расширение объема оперативных вмешательств, увеличение частоты тяжелых форм анемия, широкая распространенность гепатитов, нарушения иммунного статуса и другие сопутствующие патологии. На сегодняшний день в большинстве крупных медицинских центрах частота грамположительного и грамотрицательного микроорганизма, как основного этиологического фактора развития сепсиса оказалась приблизительно равной, и перестал быть исключением сепсиса, вызываемый грибковой флорой типа кандида. Риск его возникновения существенно повышался у больных с высоким индексом тяжести общего состояния, при длительном пребывании в отделении интенсивной терапии, также довольно нередким стал и вирусный сепсис, имеющий иные клинические проявления и еще большие затруднения в диагностике [16,18,20,21].

Все указанное выше не может не сказаться отрицательно на результаты лечения сепсиса и в связи с чем летальность при данной патологии остается высокой – до 50% и выше (до 80-90%) в группах пациенток с полиорганной недостаточностью (ПОН). Патогенез сепсиса очень сложен, возникновение его трудно предсказуемо и лишь исследования последних лет позволили выделить ряд последовательных стадий в его развитии. По своей сути, сепсис является, прежде всего, патологией иммунореактивной системы, которая первой реагирует в силу своих функциональных обязанностей на микробы. Любой септический процесс требует определенного интервала времени и начинается с внедрения инфекционного агента в ткани организма. Попав в ткани, грамотрицательные микробы начинают секретировать эндотоксин (полисахаридный компонент их оболочки), грамположительные микробы выделяют эндотоксин, сбрасывая компоненты своей оболочки (пептидогликан, липотеновую кислоту, мурамилдипептид), которые поступают в кровоток. Попав в кровоток, эндо- и экзотоксины стимулируют выделение макрофагами и клетками периферической крови цитокинов. Учитывая высокий уровень летальности при сепсисе, особенно акушерском и его большую социально-экономическую значимость многие ученые мирового значения считают, что необходимо изыскать и иметь маркеры прогнозирования и ранней диагностики сепсиса имеющие следующие значения: быстрый рост и специфичность, быстрое реагирование и оценивающие эффективность проводимой терапии и имеющие широкую доступность, надежность и быстрого метода определения. В настоящее время в акушерской практике для диагностике сепсиса часто используется мультимаркерный подход [17]. В течении многих лет для ранней диагностики сепсиса используется определение С-реактивного белка и лактат дегидрогеназы, хотя их параметры не всегда дают полноценную информацию о степени тяжести данной патологии и прогноза ее исхода. Вторым биомаркером сепсиса является прокальциотонин, но концентрация ее быстро снижается на фоне антибактериальной терапии, учитывая данную ее особенность некоторые авторы предлагают проводить мониторинг данного маркера для оценки эффективности проводимой антимикробной терапии и для решения вопросов ее коррекции. С 2014 г. стали появляться публикации о результатах исследования нового диагностического маркера пресепсина, хотя данный маркер был открыт в Японии в 2005 году, и было доказано, что он может свидетельствовать о развитии в организме больного генерализации бактериальной инфекции и стремительное повышение ее концентрации в крови может прогнозировать о развитии сепсиса и септического шока.

Пресепсин являясь маркером сепсиса, показывает наличие и тяжесть фагоцитоза патогенных микроорганизмов, спровоцировавших генерализованный бактериальный и вирусный процесс и определение уровня его в крови позволяет спрогнозировать наступления органно-системных нарушений и летального исхода. Особенно при послеоперационных бактериальных осложнениях он способен показать развития сепсиса за 48 часов до проявления его клинических признаков. Кроме того, пресепсин позволяет реально судить о динамике тяжести состояния больной, его параметры адекватно изменяются при эффективности проводимой терапии и точно судить о вероятности развития рецидива септического процесса при некотором улучшении состояния пациентки и нормализации параметров других маркеров воспаления [11,19].

В нашей стране важную роль играет осуществление комплексной программы в деятельности родовспоможения, направленной на раннюю диагностику и уменьшение осложнений септического состояния и также во всех отраслях медицины, в связи с чем одной из актуальных проблем стоящих перед специалистами является прогнозирования и ранняя диагностика септических состояний, решение вопросов адекватной терапии, выбора хирургической тактики для снижения материнской летальности и повышение качества жизни как матери, так и ребенка [20,24,26].

Анализ диагностических характеристик ПСП показал, что ПСП может быть рекомендован в качестве перспективного биомаркера для ранней диагностики акушерского сепсиса, особенно при высоком клиническом подозрении и получении отрицательных результатов исследования гемокультуры. Когда значения ПСП остаются высокими, при разрешение клинических симптомов сепсиса, следует учитывать возможность рецидива заболевания и необходимость продолжения антибактериальной терапии при тщательном наблюдении за пациентами, а нормализация ПКТ и указывает на эффективность проводимого лечения и возможность его прекращения в целях сокращения затрат на антибактериальные препараты.

Заключение. Раняя диагностика, устранение факторов приводящих к сепсису, может помочь в предотвращении осложнений после развития данной грозной патологии. Комплексные меры лечения помогают в востановлении организма после сепсиса, что позволяет сохранить фертильность женщины.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Arziyeva G.B., Abduxalilov Sh., Islamov J. Tug‘ruqdan keyingi endometritning profilaktikasi, diagnostikasi va terapiyasi// Xalq tabobati va zamonaviy tibbiyot, yangi yondashuvlar va dolzarb tadqiqotlar ilmiy amaliy onlayn konferensiya materiallari. (1).2024. 24-25 b.

2. Баринов С.В., Блауман Е.С., Тирская Ю.И., Шкабарня Л.Л., Попова Л.Д., Медянникова И.В. Факторы риска развития и особенности течения послеродового эндометрита. Мать и дитя в Кузбассе. 2017;2:22-8.

3. Беженарь В.Ф., Шапкайц В.А., Добровольская И.А., Рукоятkина Е.А., Нестеров И.М. Возможности ранней диагностики со-

временного акушерского сепсиса// Акушерство, гинекология и репродукция. 2021. №2. С.49-54. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-ranney-diagnostiki-sovremennogo-akusherskogo-sepsisa.

4. Белоцерковцева Л.Д., Иванников С.Е., Мирзозода М.Т. Аудит случаев релапаротомии после родов. Вестник СурГУ. Медицина. 2019; 2(40): 50-6.

5. Верес И.А. Новый подход для оценки послеродового эндометрита с применением балльной оценки // Сибир. мед. журн. 2016. №1. С. 25-29.

6. Гаджиева Ф.Р. Ультразвуковая диагностика послеродового эндометрита // Биомедицина. 2017. №3. С.59-66. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/ultrazvukovaya-diagnostika-poslerodovogo-endometrita-1.

7. Голубкова А.А., Смирнова С.С., Большакова А.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика факторов риска эндометрита у родильниц и современные технологии родоразрешения. Профилактическая и клиническая медицина. 2017;2:48-53.

8. Девятова Екатерина Александровна Акушерский сепсис // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2015. №3 (9). С.102-105.URL: https://cyberleninka.ru/article/n/akusherskiy-sepsis.

9. Докудаева Ш.А. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике и диагностике послеродового эндометрита // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2016. №4. С.25-29. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-ob-etiologii-patogeneze-klinike-i-diagnostike-poslerodovogo-endometrita.

10. Егоричева С.Д., Авчинников А.В., Родюкова О.А. Гигиенические аспекты предупреждения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в родовспомогательных учреждениях. Здоровье населения и среда обитания. 2015;11:53-55.

11. Егорова А.Т., Глебова Т.К., Маисеенко Д.А., Шапошникова Е.В. Гнойно-воспалительные осложнения в акушерской практике по материалам краевой клинической больницы г. Красноярска // Сибирское медицинское обозрение. 2015. №4 (94) С.104-108. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/gnoyno-vospalitelnye-oslozhneniya-v-akusherskoy-praktike-po-materialam-kraevoy-klinicheskoy-bolnitsy-g-krasnoyarska.

12. Желнина ТП. Факторы риска развития инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи у пациенток акушерского стационара. Медицинский альманах. 2017;4:37-40.

13. Жураев Н.Б., Каримова Ф.Д., Атаханов Ш.Э. «Роль плазмоферреза в лечении акушерских септических осложнений»// Тиббиётда янги кун. Бухара. 2021, №6, С.38

14. Интенсивная терапия сепсиса, септического шока в акушерстве. Национальный клинический протокол. Ташкент, 2021, С. 6-12

15. Коноводова Е.Н., Закревская И.В., Кесова М.И., Занозин А.С. Современные представления о послеродовой субинволюции матки. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015;1:48-56.

16. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С. Актуальные проблемы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и неонатологии // Акушерство и гинекология. 2024. №1. С. 3–6.

17. Мельникова С.Е. Использование низкоэнергетического лазерного излучения в комплексном лечении послеродового эндометрита // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. 2020. №7. С. 421-424.

18. Burlinson C., Sirounis D., Walley K., Chau A. Sepsis in pregnancy and the puerperium. Int. J. Obstet. Anesth. 2018 Jun 16. P.69. S0959- 289X(17)30463-6.

19. Carrier M., Rodger M.A., Wells P.S., Righini M., Le Gal G. Residual vein obstruction to predict the risk of recurrent venous thromboemlism in patients with deep vein thrombosis a systematic review and meta-analysis // J. Thromb. Haemost. 2011. № 9. P. 1119-1125.

20. Clifford V., Daley A. Antibiotic prophylaxis in obstetric and gynaecological procedures: a review Aust N. Z. J. // Obstet Gynaecol. 2012. Vol. 52, №5. P. 412-419.

21. Cecconi M., Evans L., Levy M., Rhodes A. Sepsis and septic shock. Lancet. 2018 Jul 7;392(10141):75-87.

22. Friedman AM, Campbell ML, Kline CR, Wiesner S, D'Alton ME, Shields LE. Implementing Obstetric Early Warning Systems. AJP Rep 2018;8:e79-84.

23. Chebbo A., Tan S., Kassis C. et al. Maternal sepsis and septic shock. Crit Care Clin. 2016;32(1):119–135. https://doi.org/10.1016/j.ccc.2015.08.010.

24. Chengfen Y., Tong L., Xinjing G. et al. Accuracy of procalcitonin for diagnosis of sepsis in adults: a meta-analysis. Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue. 2015;27(9):743-749. (In Chinese).

25. David M., Razum O., Henrich W., Ramsauer B., Schlembach D., Breckenkamp J. The impact of migration background on maternal near miss. Arch. Gynecol. Obstet. 2019; 300(2): 285–92. DOI: 10.1007/s00404-019-05179-9

26. de Lima T.H.B., Amorim M.M., Buainain Kassar S., Katz L. Maternal near miss determinants at a maternity hospital for high-risk pregnancy in northeastern Brazil: a prospective study. BMC Pregnancy Childbirth. 2019; 19(1): P.271. DOI: 10.1186/s12884- 019-2381-9

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Х.К. Шейхова, М.А. Юсупова

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Целью исследования явилось изучить клинико-анамнестические данные женщин с аномальными маточными кровотечениями по результатам ретроспективного анализа историй болезни. Из анамнеза пациенток: ожирение и заболевания желудочно-кишечного тракта встречаются чаще, чем у здоровых женщин того же возраста. Миома матки (78,7%) и гиперплазия эндометрия (59,7%) являются наиболее частыми случаями гинекологической патологии, встречающейся у женщин, страдающих аномальными маточными кровотечениями.

Ключевые слова: репродуктивный период; аномальное маточное кровотечение; гиперплазия эндометрия; метроррагия; меноррагия; менометроррагия; полип эндометрия.

Reproduktiv davrdagi ayollarda anomal bachadon qon ketishi muammosining dolzarbligi

X.K. Sheyhova, M.A. Yusupova

Tadqiqotning maqsadi retrospektiv tahlil natijalariga ko'ra anormal bachadon qon ketishi bor premenopoza yoshidagi ayollarning klinik va morfologik xususiyatlarini o'rganish edi. Bemorlarning anamnezidan: semizlik va oshqozon-ichak kasalliklari bir xil yoshdagi sog'lom ayollarga qaraganda tez-tez uchraydi.

Tayanch so'zlar: premenopozal davr; anomal qon ketishi; endometriyal giperplaziya; metrorragiya; menorragiya; menometrorragiya; endometriyal polip.

Relevance of the problem of abnormal uterine bleeding in women of the reproductive period

Kh.K. Sheyhova, M.A. Yusupova

The aim of our investigation was to study the clinical and morphological characteristics of premenopausal women with abnormal uterine bleeding based on the results of a retrospective analysis of medical records from 2019 to 2024. The patients in anamnesis do not suffer any abnormalities in menstrual or reproductive functions. Obesity is more likely with them then with the healthy women of the same age. Extragenital pathology is specified as gastrointestinal tract diseases. Uterus myoma (78,7%) and endometry hyperplasy (59,7%) are the most common cases of gynecological pathology found with women suffering from abnormal uterine bleeding.

Keywords: premenopausal period; abnormal uterine bleeding; endometry hyperplasy; metrorrhagia; menorrhagia; endometrium polip.

Аномальные маточные кровотечения (АМК), продолжают оставаться актуальной проблемой современной медицины. По данным разных авторов, частота встречаемости данной патологии среди пациенток гинекологического профиля составляет: у женщин репродуктивного возраста от 17 до 24% случаев, в перименопаузальном периоде до 50-60% и достигает максимальных значений в постменопаузе. По данным ряда популяционных исследований распространенность АМК достигает 35%. Такие различия в частоте встречаемости обусловлены определенными особенностями патогенеза маточных кровотечений, в разные периоды жизни женщины. Более, чем половина женщин репродуктивного возраста сталкивается с АМК хотя бы один раз в жизни, в то время, как только четверть из них обращаются за врачебной помощью. АМК характеризуется увеличением продолжительности менструаций, величины кровопотери или учащением эпизодов кровотечения. Это приводит к анемии, сопровождается чувством усталости, недомогания, снижению качества жизни. Данные симптомы приводят не только к ухудшению соматического и репродуктивного здоровья, но и к ограничению социальной активности, увеличению финансовых расходов на покупку дополнительных гигиенических средств, лекарственных препаратов. АМК оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье и общее благополучие женщин, приводя к снижению качества жизни. В современной литературе существуют достаточно большое количество рекомендаций ведущих обществ акушеров-гинекологов, направленных на оптимизацию диагностических и лечебных мероприятий, улучшение качества медицинской помощи пациенткам с АМК. [6,7].

Цель исследования: изучить клинико-анамнестические данные женщин пременопаузального периода с аномальными маточными кровотечениями по результатам ретроспективного анализа историй болезни с 2019 по 2024 год.

Материал и методы исследования. В ходе выполнения работы проведен ретроспективный анализ 350 историй болезни женщин в возрасте от 40 до 55 лет, поступивших по неотложным показаниям с аномальным маточным кровотечением (АМК) в гинекологическое отделение Ургенчского филиала РСНПМЦЭМП с 2019 по 2024 год. При этом в 2019 году поступило 43 (12,3%) пациенток, в 2020 – 64 (18,4%), в 2021 – 54 (15,4%), в 2022 – 69 (19,6%) и в 2023 – 120 (34,3%) больных.

При изучении историй болезни обращали внимание на возраст, социальный статус, анамнез: менструальную и репродуктивную функции, экстрагенитальную патологию, гинекологические заболевания, проводимые ранее внутриматочные вмешательства и лечение гормонотерапией. Также изучалось наличие у пациенток сопутствующей железодефицитной анемии. По массо-ростовым показателям оценивалась степень превышения массы тела: индекс массы тела (ИМТ). Вычисление ИМТ проводили по формуле: масса тела, кг/(длина тела, м²). В норме ИМТ варьирует от 19 до 25 кг/м², от 26 до 30 кг/м² – избыточный вес, больше 30 кг/м² – ожирение.

При поступлении женщин в отделение выполнялось раздельное диагностическое выскабливание полости матки и шеечного канала, полученный материал направляли для гистологического исследования. При этом проанализировать удалось только 196 заключений, вложенных в истории болезни. Для оценки гиперплазии эндометрия (ГЭ) использовалась классификация Международного общества гинекологов и патологов ВОЗ (1994), согласно которой ГЭ делится на 2 вида: без атипии и с атипией.

При статистической обработке полученных результатов пользовались методами дескриптивной (описательной) статистики, которая включала в себя оценку среднего арифметического (M) и средней ошибки среднего значения (m), частоту встречаемости признаков. Для сравнения частотных величин применяли % – критерий Пирсона. Статистическая обработка материала выполнялась на ПЭВМ с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа – Statistica for Windows v. 6.0. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых различий или факторных влияний) принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. При изучении распределения больных по годам с 2019 по 2024 год различий по возрасту не выявлено ($p>0,05$). Все пациентки были разделены на 3 возрастные группы: 1-я группа – 131 (37,4%) женщины в возрасте от 40 до 45 лет, 2-я группа – 161 (45,9%) больная в возрасте от 46 до 50 лет и 3-я группа – 58 (16,7%) женщин в возрасте от 51 до 55 лет. Из представленных данных следует, что чаще всего в стационар с АМК поступали женщины в возрасте от 46 до 50 лет ($p<0,05$). При этом средний возраст женщин с АМК составил 46,7±0,1 года.

По социальному статусу больные с данной патологией имели в основном высшее или среднее специальное образование, в браке на момент поступления состояли 279 женщин (81%). При анализе историй болезни особое внимание обращали на массу тела пациенток. Из 350 женщин с маточным кровотечением 156 (44,7%) пациентки имели нормальный ИМТ, избыточный вес наблюдался у 101 (28,8%) больных, ожирение – в 93 (26,5%) случаях, то есть у 257 (73,5%) женщин ИМТ не превышал 30 кг/м².

При анализе частоты нормального и повышенного ИМТ у женщин в различные возрастные периоды, происходит увеличение частоты ожирения у больных с АМК [9]. Гиперплазия эндометрия ГЭ – наиболее часто встречаемая патология у женщин с АМК в пременопаузе во всех возрастных группах (59,7%) [1]. Секреторный эндометрий, по данным литературы, выявляется в 16,7% случаев, эндометрий в фазе

пролиферации – в 7,9% наблюдений, с признаками гипоплазии и атрофии – у 8,8% женщин [2]. Секреторный эндометрий выявлялся реже, пролиферативный чаще, атрофичный – практически с такой же частотой.

Полипы эндометрия удалены у 111 (22,4%) больных. По данным литературы, полипы эндометрия на фоне климактерических кровотечений встречаются у 12,8% больных [2], при этом в 17 (14,8%) случаях выявлено сочетание полипа эндометрия с секреторным эндометрием. Большинство исследователей считает, что ведущую роль в патогенезе развития полипов эндометрия, как и при ГЭ, играет нарушение гормональной функции яичников [5]. Другие авторы придерживаются мнения о гормононезависимом росте полипов, указывая на то, что полипы могут возникать на фоне пролиферативного и даже секреторного эндометрия [4,7]. Атипия эндометрия у больных от 40 до 55 лет встречалась в 1,4% случаев, что соответствует данным других авторов [6]. Оперативное лечение в объеме раздельного диагностического выскабливания стенок полости матки и цервикального канала было выполнено в 95,1% поступившим пациенткам, гистероскопия с выскабливанием полости матки – 3,1% больным.

Таким образом, из представленных данных видно, что наиболее часто (45,9%) АМК возникает у женщин в возрасте от 46 до 50 лет (46,7±0,1 года). При этом пациентки не отмечают нарушений менструальной (87,4%) и репродуктивной функции (92,9%) в анамнезе. В пременопаузе у пациенток с АМК ожирение встречается чаще (26,5%) по сравнению со здоровыми женщинами и прогрессивно увеличивается с возрастом. Экстрагенитальная патология представлена почти у половины больных в виде заболеваний желудочно-кишечного тракта (23,6%), сердечно-сосудистой системы (16,3%) и мочеполовой системы (13,1%). Железодефицитная анемия была выявлена у 44,9% поступивших женщин. Миома матки сочетается с АМК у 78,7% женщин пременопаузального периода. При гистологическом исследовании эндометрия в 59,7% случаев выявляется ГЭ без атипии, полипы эндометрия – в 22,4% случаев, атипические изменения эндометрия – в 1,4% случаев.

Морфологические изменения миометрия были выявлены у 81,4% женщин. Только у 18,6% пациенток маточное кровотечение носило характер дисфункционального. Исследование выявило, что только у 28% женщин в пременопаузе кровотечение носило так называемый дисфункциональный характер [5].

Заключение. Проблема АМК требует взаимодействия акушеров-гинекологов, специалистов ультразвуковой диагностики и терапевтов для индентификации этиологических факторов и разработки индивидуальных лечебно-профилактических программ. Выявленные анамнестические клинические и гистероскопические варианты патологии эндометрия у женщин в пременопаузальном периоде, вплоть до обнаружения рака эндометрия, позволяют подтвердить необходимость как скринингового ультразвукового исследования, так и обязательного вмешательства в объеме гистероскопии и раздельного диагностического выскабливания эндометрия при эхопризнаках внутриматочной патологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Карахалис Л.Ю. Влияние массы тела на состояние соматического и репродуктивного здоровья подростков / Л.Ю. Карахалис, А.В. Бурлуцкая, Д.В. Сутовская [и др.] // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2018. Т.14. №3. С. 51-57.

2. Соловьева А.В., Ермоленко К.С. Дифференцированный подход к выбору терапии у женщин с аномальными маточными кровотечениями. Акушерство и гинекология. 2018; 3: 157-60.

3. Улумбекова Г.Э., Худова И.Ю. Оценка демографического, социального и экономического эффекта применения гормональной терапии при эндометриозе и аномальных маточных кровотечениях. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022; 8(1): 82-113.

4. Зайдиева Я.З. Аномальные маточные кровотечения в перименопаузе. Российский вестник акушера-гинеколога. 2018;18(5):92-99.

5. Friedman AJ, Shander A, Martin SR, et al. Iron deficiency anemia in women: a practical guide to detection, diagnosis, and treatment. Obstet Gynecol Surv. 2015;70:342-53. DOI:10.1097/OGX.0000000000000172 3

6. DeLoughery TG. Iron deficiency anemia. Med Clin North Am. 2017;101(2):319-32. DOI:10.1016/j.mcna.2016.09.004

7. Lethaby A, Hussain M, Rishworth JR, Rees MC. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2015;4:CD002126. DOI:10.1002/14651858.CD002126.pub3

МИОМА МАТКИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Д.Р. Мухтарова

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Акцентировано внимание на современных органосохраняющих методах лечения миомы матки с учётом клинического течения заболевания, возможных противопоказаний. Рассмотрены возможности различных видов гормональной терапии в качестве предоперационной подготовки и профилактики рецидивов миомы матки после проведения органосохраняющих операций.

Ключевые слова: миома матки; диагностика; классификация; лечение.

Bachadon miomasi: zamonaviy davolash tamoyillari

D.R. Muxtarova

Bachadon miomasini davolashda kasallikning klinik kechishi va mumkin bo‘lgan kontrendikatsiyalarni hisobga olgan holda zamonaviy organlarni saqlovchi usullarga e’tibor qaratiladi. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va organlarni saqlash operatsiyalaridan keyin bachadon miomasining takrorlanishining oldini olish sifatida har xil turdagi gormonal terapiya imkoniyatlari ko‘rib chiqiladi.

Tayanch so‘zlar: bachadon miomasi; diagnostika; tasniflash; davolash.

Uterine fibroids: modern principles of treatment

D.R. Mukhtarova

Uterine fibroids is one of the most frequent reasons for visiting a gynecologist and performing intrauterine interventions. It is reduces the quality of life of women by causing iron deficiency anemia and determines the social and clinical significance of the problem. Attention is focused on modern organ-preserving methods of treating uterine fibroids, taking into account the clinical course of the disease and possible contraindications. The possibilities of various types of hormonal therapy as preoperative preparation and prevention of recurrence of uterine fibroids after organ-saving operations are considered.

Key words: uterine myoma; diagnostics; classification; treatment, modern approach.

В настоящее время Международной федерацией акушеров и гинекологов (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) предложена и используется классификация АМК, в основу которой положен этиологический принцип. В классификации FIGO PALM-COEIN выделяют девять категорий АМК [3,4]. Она позволяет отразить как одну, так и несколько причин АМК. Первые четыре категории в группе PALM отражают структурные изменения, вторые четыре категории в группе COEIN – неорганические причины АМК, и одна категория в этой же группе соответствует неклассифицированным нарушениям. По данным разных источников? миома матки развивается у 20-77% женщин [2]. Чаще всего миома матки диагностируется у женщин в возрасте старше 35 лет, на возраст 35-55 лет приходится до 90% общего числа заболеваний [6]. Но в последние годы отмечается рост частоты обнаружения миомы матки у женщин молодого возраста, что, по-видимому, в значительной мере связано с внедрением новых, более совершенных методов диагностики и большей их доступностью [1,5].

Число оперированных по поводу миомы матки в различных гинекологических стационарах варьирует от 41 до 74% [2]. Обращает на себя внимание то, что в структуре оперативных вмешательств превалируют радикальные операции, которые составляют 60,9-95,3% [4,6]. Консервативно-пластические операции выполняются довольно редко: на протяжении последних 30-40 лет не более чем в 10-12% случаев. Между тем, среди оперируемых по поводу миомы матки каждая четвертая женщина находится в возрасте до 40 лет. В связи с этим крайне актуален вопрос о проведении щадящих операций у женщин молодого возраста.

Наличие миомы матки в репродуктивном возрасте также может осложнить течение наступившей беременности [2,6]. Это связано с тем, что к особенностям течения беременности при ее сочетании с миомой матки относятся: угроза прерывания в различные сроки гестации, фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки роста плода, быстрый рост опухоли, нарушение питания и некроз миоматозного узла, отслойка плаценты, особенно в тех случаях, когда она частично расположена в области миоматозного узла, неправильные положения и предлежания плода. Роды у беременных с миомой матки также протекают с осложнениями (несвоевременное излитие вод, аномалии сократительной деятельности матки, дистресс плода, плотное прикрепление плаценты, гипотонические кровотечения, субинволюция матки в послеродовом периоде и др.) [6].

У женщин позднего репродуктивного возраста миома матки, с одной стороны, может явиться причиной бесплодия и невынашивания, а с другой – причиной послеродового кровотечения, требующего хирургических методов гемостаза, вплоть до экстирпации матки [5,6].

Причины возникновения миомы матки до сих пор являются предметом дискуссии. Спорные вопросы патогенеза миомы матки делают равноправным существование различных подходов к выбору метода лечебного воздействия [1,3]. Поэтому основные методы лечения основывались на блокаде функции яичников, это направление получило широкое распространение с внедрением в практику агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) [3].

Однако к настоящему времени накоплены убедительные данные и о роли прогестерона в развитии миомы матки. Установлено, что на клеточном уровне прогестерон вызывает рост клеток миомы, о чем свидетельствует увеличение экспрессии маркеров пролиферации в миоме во время лютеиновой фазы менструального цикла. Прогестерон оказывает как непосредственное воздействие на клетки миометрия, связываясь со своими специфическими рецепторами, так и опосредованное за счет экспрессии различных факторов роста [4]. Исходя из этого, блокаторы рецепторов прогестерона способны подавлять рост миомы матки, а также приводить к ее регрессии. К лигандам рецепторов прогестерона относят прогестерон или его аналоги (гестагены), составляющие группу чистых агонистов, а также чистых антагонистов. Помимо этого в настоящее время разработана группа

препаратов, сочетающих в себе агонистически-антагонистические свойства и получивших название селективных модуляторов прогестероновых рецепторов (например, улипристала ацетат) [1].

Консервативная терапия больных миомой матки часто является недостаточно эффективной, в связи, с чем приходится прибегать к оперативному лечению. При этом совершенно недопустимо противопоставление консервативного и хирургического методов. Патогенетически обоснованной концепцией лечения миомы матки является комбинированное воздействие – хирургическое и медикаментозное.

В репродуктивном возрасте наиболее эффективным и оптимальным методом лечения миомы остается миомэктомия [5]. Основной задачей проведения данной операции является сохранение органа, восстановление нормальной анатомии матки с целью сохранения или восстановления детородной функций у женщин. Исследованиями доказано, что миомэктомия позволяет повысить частоту наступления и вынашивания беременности у пациенток с бесплодием [2,4-6].

Миомэктомия осуществляется различными хирургическими доступами: лапаротомическим, лапароскопическим, влагалищным и гистероскопическим. Каждый из этих методов имеет как свои преимущества, так и ограничения. Вне зависимости от используемого доступа перед хирургом стоит ряд задач, выполнение которых позволяет повысить эффективность и безопасность производимого вмешательства: обеспечить условия для формирования полноценного рубца на матке, максимально уменьшить объем кровопотери, уменьшить длительность и травматичность операции. Лечение миомы матки как источника АМК с узлами до 4-5 см (0-3-й типы) заключается в трансцервикальной миомэктомии с использованием электро- и лазерохирургических способов удаления [2,6].

При узле 2-го типа с выраженным интерстициальным компонентом и размерами 4-5 см и более показана предоперационная гормональная терапия агонистами ГнРГ или антигестагенными препаратами в течение 3-6 месяцев. При эффективности терапии узлы уменьшаются в размерах на 35-40%. Узлы 1-2-го типов предполагают возможность удаления той части, которая деформирует полость матки, с последующей гормональной терапией. По ее результатам принимается решение о повторной гистерорезектоскопии и удалении «рождающейся» части узла в полость матки или о продолжении гормональной терапии при расположении части узла интерстициально. Трансцервикальная миомэктомия противопоказана при величине субмукозных миоматозных узлов более 5 см, длине полости матки более 10 см и неэффективности воздействия агонистами ГнРГ или антигестагенными препаратами, а также при сочетанном расположении субмукозных узлов 4-5 см и более с узлами другой локализации и аденомиозом.

Альтернативным методом лечения миомы матки как источника АМК является малоинвазивная эндоваскулярная эмболизация маточных артерий, показанная при узлах 0-2-го типов размерами более 4-5 см в сочетании и без с другой локализацией миоматозных узлов и аденомиозом. Долгосрочный эффект операции существенно ограничивается высокой частотой рецидивов, которая достигает 9-55% случаев [6,7]. Таким образом, обоснована необходимость своевременного оперативного лечения женщин репродуктивного возраста с миомой матки с индивидуальным методом хирургического лечения и сопутствующей фармакотерапии [1,3].

Если после ультразвукового метода исследования остаются сомнения в локализации, размерах и количестве фиброматозных узлов, необходимо в качестве I этапа выполнить диагностическую лапароскопию, поскольку ревизия органов малого таза через заднюю кольпотомную рану весьма ограничена. В том случае, если ситуация не требует уточнения диагноза, операция сразу может быть начата влагалищным доступом. Для уменьшения кровоточивости и кровопотери во время операции мы инфильтрируем слизистую заднего свода влагалища раствором адреналина (0,1-1,0% адреналина на 500 мл физиологического раствора). Серозная оболочка матки фиксируется пулевыми щипцами или окончатым зажимом и выводится в рану. При необходимости возможно проведение инфильтрации раствором адреналина тканей матки вокруг фиброматозного узла. Если размеры узла превосходят размеры кольпотомной раны, мы используем метод фрагментации или кускования узла (техника его выполнения аналогична таковой при влагалищной гистерэктомии). После удаления узла на рану матки накладываются швы. Производится контроль гемостаза, матка погружается в брюшную полость, кольпотомная рана ушивается наглухо.

При диагностической лапароскопии выполнялось восстановление нормальных анатомических взаимоотношений в полости таза, нарушенных вследствие спаечного процесса, идентификация мочеточников (при необходимости), вскрытие серозной оболочки матки и выделение миоматозного узла с поэтапным осуществлением гемостаза с помощью биполярного коагулятора, а затем ротирование и пересечение сосудистой ножки узла (при наличии последней). Узел погружался в резиновый контейнер. При чисто субсерозном расположении узла и отсутствии глубокой инвазии в мышечный слой ушивание раны матки не производится, для профилактики возникновения спаечного процесса в послеоперационном периоде использовались синтетические барьерные материалы.

Медикаментозная терапия антипрогестагенными препаратами может активно использоваться для консервативной терапии миомы матки, осложненной кровотечениями, приводящими к анемизации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Леваков С.А., Гуриев Т.Д., Шешукова Н.А. и др. Миома матки. Учебное пособие. М., 2015. 62 с.

2. Миома матки: клинические рекомендации (протокол лечения). М.: Минздрав РФ, 2015

3. Подзолкова Н.М., Коренная В.В., Колода Ю.А. Миома матки. М., 2015.

4. Фаткуллин И.Ф., Баканова А.Р., Илизарова Н.А., Галеев А.А. Новые возможности лечения миомы матки у женщин при нарушении репродуктивной функции // Доктор.Ру. 2016. № 8 (125). С. 21-24.

5. Коган О.М., Мартынова Э.Н., Засимова Е.А., Бубникович А.А. Миома матки: гистерэктомия или миомэктомия//Тезисы X Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контверсии». Сочи, 2017. 9-12 сентября. С. 43.

6. Коренная В.В., Подзолкова Н.М., Пучков К.В. Органосохраняющие методы лечения миомы матки: есть ли повод для дискуссии? // Гинекология. 2015. Т. 17. № 1. С. 78-82.

7. Майскова И.Ю. Эмболизация маточных артерий как самостоятельный метод в терапии миомы матки: данные доказательной медицины // Status Praesens. 2016. № 11. С. 136.

ODATIY HOMILA TUSHISHIDA TROFOBLAST PATOLOGIYASINING O'RNI

Sh.J. Teshayev, M.N. Negmatullayeva, N.A. Sultonova

Hozirgi vaqtda homiladorlikni ko‘tara olmaslik zamonaviy akusherlikning dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. Ushbu muammo bugungi kunda nafaqat tibbiyot sohasida, balki ijtimoiy va iqtisodiy sohalarda ham alohida ahamiyat kasb etadi, chunki homila tushishi davlatning demografik ko‘rsatkichlariga salbiy ta’sir ko‘rsatadi.

Tayanch so‘zlar: odatiy homila tushishi, trofoblast patologiyasi, endometriy.

Роль трофобластной патологии при нормальном выкидыше

Ш.Ж. Тешаев, М.Н. Негматуллаева, Н.А. Султонова

В настоящее время невынашивание беременности является одной из актуальных проблем современного акушерства. Данная проблема на сегодняшний день приобрела особое значение не только в отрасли медицины, но и в социальной и экономической сферах, так как невынашивание негативно влияет на демографические показатели государства.

Ключевые слова: привычный выкидыш, патология трофобласта, эндометрий.

The role of trophoblast pathology in normal miscarriage

Sh.J. Teshayev, M.N. Negmatullayeva, N.A. Sultonova

Currently, pregnancy loss is one of the pressing issues in modern obstetrics. This problem has gained particular importance not only in the medical field, but also in the social and economic spheres, as miscarriage negatively affects the demographic indicators of the state.

Keywords: habitual miscarriage, trophoblast pathology, endometrium.

Dolzarbligi. Urug‘langan tuxum hujayra bachadonga birikishi tashqi trofoblast hujayralarning retseptorlari bilan bachadon endometriysi epiteliy hujayralarining glikoproteinlari bilan bog‘lanadi. Tashqi trofoblastda bo‘ladigan o‘zgarishlarga undagi hujayralar sonining keskin ko‘payishi va devorining qalinlashishi olib keladi [1,4,10,11]. Trofoblastning tashqi yuzasida hujayralar to‘plami (sinsitotrofoblast) dan iborat o‘simtalar – trofoblast so‘rg‘ichlari (vorsinkalar) rivojlanadi. Sinsitotrofoblast hujayralardan proteaza fermenti ajralib chiqadi. Proteaza fermentining sitolitik ta’siri natijasida bachadon shilliq qavatining epiteliy hujayralari parchalanib boradi. Ta’kidlab o‘tish lozimki, homila tushishlarining katta qismini trofoblast patologiyalari tashkil etadi [2,3,6].

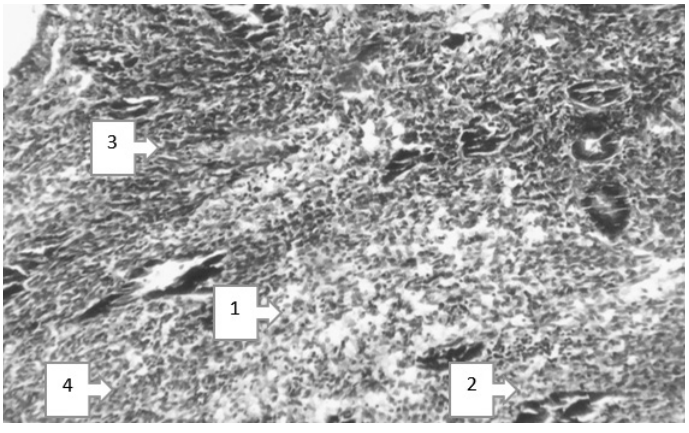
Erta gestatsion muddatdagi homiladorlik patologiyasi yuqorida aytib o‘tilgan hujayralarning ma’lum bir bosqichidagi o‘zgarishlari natijasida rivojlanadi [5,7,8]. Normal holatlarda urug‘langan tuxum hujayraning bachadonga birikish jarayoni ovulyatsiya tugashidan keyingi 7-kunlarida boshlanadi va 9-chi kunlarida embrion endometriyaga butunlay o‘rnashib oladi. Bunday homiladorlik patologiyalari rivojlangan paytda desidual qavatning nekrozga uchrab, to‘liq ko‘chib tushishi kuzatiladi. Agarda patologiya homiladorlikning erta gestatsion muddatlarida paydo bo‘lsa, desidual to‘qima hali to‘liq rivojlanish bosqichining tugallamaganligi tufayli u qayta regressiyaga uchraydi. Endometriy qavati to‘qimasi homiladorlikning erta muddatlarida rivojlanishi qaytar bosqichga o‘tganligidan dalolat beruvchi tashxislovchi belgi sifatida bachadon funksional qavatida spiral arteriyalari to‘plarini aniqlanishi xizmat qiladi. Bunda Arias-Stella fenomenining (bezlar hujayralarida yirik giperxrom yadrolarning aniqlanishi) absolyut belgi bo‘lmasa-da, ammo ushbu holat uchun xos bo‘lib hisoblanadi.

Tadqiqot maqsadi. Odatiy homila tushishi tuzilmasida trofoblast patologiyasi rolini o‘rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Bunda ayollar shartli ravishda 3 guruhga bo‘lindi. Nazorat guruhiga (1-guruh) anamnezida homila tushishi kuzatilmagan 53 nafar ayol kiritildi. 2-guruhga pregravidar tayyorgarlik amalga oshirilgan 47 nafar ayol hamda 3-guruhga pregravidar tayyorgarlik ko‘rilmagan 51 nafar ayol kiritildi. Bularning ichida homila tushishi kuzatilgan 2-va 3-guruh ayollari endometriy qirindisi namunasida sodir bo‘lgan patologiyaning asosiy sababi aniqlandi. Statistik tahlil Fisher-Styudent usulida amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. Shunday qilib tadqiqotimizda aniqlangan natijalarga keladigan bo‘lsak, avvalo 2-guruh bemorlarida aniqlangan gistologik tahlil natijalarini ko‘rib chiqadigan bo‘lsak, ularda ayrim hollarda homila tushishi sababi sifatida bachadon endometriy qavatining yetarli darajada qalin emasligi, ya’ni gipoplaziyasi sabab sifatida keltiriladi. Ushbu turdagi gistologik namuna 2-guruhdagi 30 bemordan 13 nafarida (27,6 foiz) kuzatildi, ushbu natija ko‘pchilik hollarda homiladorlikning 8-9 haftasida bo‘lgan muddatda homila tushishi kuzatilgan paytda kuzatilib, uning 10-12 haftasigacha 5 nafarida (10,63 foiz) bo‘lgan muddatda birmuncha (16,0 foiz) kamroq uchraganligi qayd etildi. Misol sifatida 1-rasmda namuna keltirilgan.

Ushbu rasmdan ko‘rinib turibdiki, bachadon shilliq qavatida normaga nisbatan bezlar miqdori kam bo‘lib, ular xaotik joylashgan, turli shaklda ko‘rinadi. Bezli epiteliy bunda bir necha qator bo‘lib, joylashib, ularning yadrosi dumaloq yoki uzunchoq shaklga ega, yadro tuzilmalari bazofil bo‘yalgan. Bezlar sitoplazmasining giposekretor bo‘yalishi hamda yaqqol



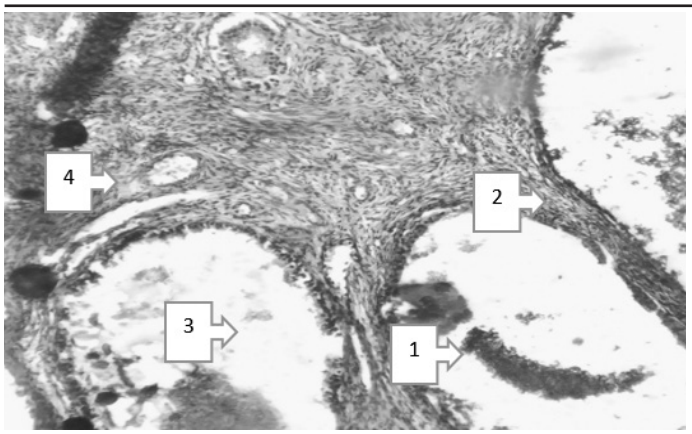
1-rasm. Xorion mikroskopik ko‘rinishi. Homiladorlikning 8-9-haftasi. Bo‘yoq G-E. Ob 10x10 ok.

1. Xorion bezlari kam miqdorda va turli xil shaklda.

2. Bezli epiteliy bir necha qator bo‘lib joylashgan.

3. Bezli epiteliy yadrosi dumaloq, bazilari esa uzunchoq shaklda, sitoplazmasi eozinofil bo‘yalgan, giposekretor ko‘rinishda.

4. Stromasi keng, shish holatda, mayda fibroblastlarga boy, limfositlar o‘choqli tarqalgan.



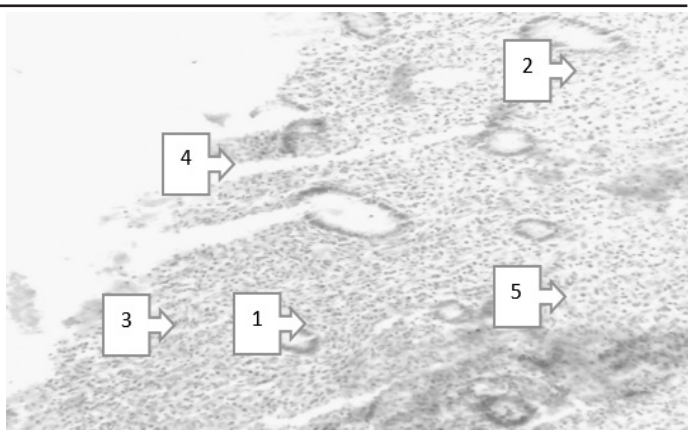
2-rasm. Xorion mikroskopik ko‘rinishi. Homiladorlikning 10-12-haftasi. Bo‘yoq G-E. Ob 10x10 ok.

1. Xorion bezlari kam miqdorda, shular ham kistoz kengaygan.

2. Bezli epiteliy bir qator va o‘choqli nekrobiozga uchragan.

3. Bezli epiteliy yadrosi dumaloq, juda kichik, sitoplazmasi eozinofil bo‘yalgan, gipersekretor ko‘rinishda.

4. Stromasi keng, mayda fibroblastlarga boy, limfotsitlar o‘choqli tarqalgan.



3-rasm. Xorion mikroskopik ko‘rinishi. Homiladorlikning 10-12-haftasi. Bo‘yoq G-E. Ob 10x10 ok.

1. Xorion bezlari juda kam miqdorda va turli xil shaklda (bazilari kistoz kengaygan).

2. Bezli epiteliy bir qator va atrofik o‘zgarishlarga uchragan.

3. Bezli epiteliy yadrosi dumaloq, juda kichik, sitoplazmasi eozinofil bo‘yalgan, giposekretor ko‘rinishda.

4. Stromasi keng, mayda fibroblastlarga boy, dag‘al, limfositlar o‘choqli tarqalgan.

5. Qon tomirlari sinusoid tipida, to‘laqon va staz aniqlaniladi.

gidropik distrofiyasi endometriy gipoplaziyasidan darak beradi. Stromada pervaskulyar sohada limfotsitlarning to‘planishi aniqlanadi. Trofoblast hujayralari poligonal shaklda bo‘lib, ular qatlam-qatlam bo‘lib joylashgan. Ushbu qatlamda qon-tomirlar, tolasimon tuzilmalar hamda leykositlar uchramaydi. Bunda oraliq hujayralarining yetarlicha differensiallashmaganligi, kapillyarlar to‘ri membranalarining yetarlicha rivojlanmaganligi aniqlanadi. Yuqoridagi gistologik o‘zgarishlar natijasida ham erta muddatlarda embrionning oziq moddalar bilan ta’minlanishining buzilishi, bundan tashqari qon-tomir yetishmovchiligi homila tushishi sodir bo‘ladi. Ushbu turdagi gistologik ko‘rinish, 3-guruhdagi 51 bemorning 15 nafarida (29,4 foiz) uchragan bo‘lsa, 2-guruhlagi 47 bemorning 4 nafarilda (8,5 foiz) homiladorlikning 6-8 haftasigacha bo‘lgan muddatda o‘z-o‘zidan homila tushishi yoki rivojlanmay qolgan homiladorlik aniqlangan holatlarda uchradi.

2- va 3-guruhning bir qism bemorlarida esa, kistoz o‘zgargan bezlar yaxshi rivojlanmagan hujayralarni aniqlash mumkin. Ular 3-guruhda 51 bemordan 5 nafarida (9,8 foiz) uchragan bo‘lsa, 2-guruhdagi 47 bemorning 2 nafarida (4,2 foiz) aniqlandi. Bunda quyidagi 2-rasmdagi holat kuzatildi.

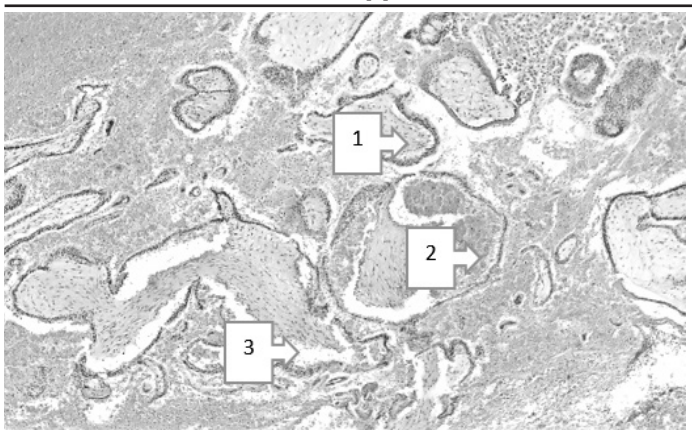
Bachadon shilliq qavati gistologik tahlilida shilliq qavat bezlari kistoz kengaygan bo‘lib, uning miqdori kamligini e’tirof etish mumkin. Bezlarining hajmi normaga nisbatan keskin kattalashgan va uning kistoz kengayishi hisobidan endometriyning funksional qavati qalinlashgan. Mikroskopni yaqinlashtirib (ok 10x10 ob) tekshirib ko‘rilganimizda, epiteliylar silindrsimon va kubsimon shaklda ko‘rinadi, bezlar shakli oddiy kistaga o‘xshab kengayib turgan bezlar giperplaziyasi aniqlandi. Yadrosi dumaloq, hajmi juda kichik, sitoplazmasi eozinofil bo‘yalgan, gipersekretor ko‘rinishda. Ayrim bezlarda epiteliy bir qator joylashib, unda o‘choqli nekrobiozli sohalar aniqlanadi. Undan tashqari, gistologik tahlilda stroma giperplaziyasi ham topiladi. Epiteliyda ham, stromada ham normal mitozlar o‘rtacha miqdordaligi aniqlandi.

Homiladorlikning 10-12 haftasida homila tushishi kuzatilgan vaqtda endometriy qirindisi olinganda, 2-guruh bemorlarining 7 nafarida (14 foiz) kuzatildi. Bunda olingan to‘qimaning namunasida qon tomirlar sinusoid tipida bo‘lib, unda to‘laqonlik va staz rivojlanganligi aniqlanadi. Undan tashqari, xuddi avvalgi namunalardagidek bachadon shilliq qavati bezlar miqdorining kamligi, ayrimlarining esa, kistoz kengayishi aniqlanadi. Qirindi namunasi 3-rasmda keltirilgan.

Xorion so‘rg‘ichlar stromasining asosini biriktiruvchi to‘qima tashkil etadi. Homiladorlikning 6-8 haftasida xorion so‘rg‘ichlarda fibroblastlar, makrofaglar, retikulin va oz miqdorda kollagen tolalar bo‘ladi. Biriktiruvchi to‘qimaning hujayralararo moddasida gialuron va xondroitin sulfat kislotalarini tutgan glikozoaminoglikanlar (mukopolisaxaridlar) borligi aniqlangan. Xorial plastinkadan so‘rg‘ichlar stromasiga kindik arteriyasining shoxlari o‘sib kirib, kapillyarlarga bo‘linib, tarmoqlanadi. Kapillyarlar kislorod va oziq moddalarga to‘yingan qonni kindik tomirlari orqali homilaga yetkazadi.

Biz olgan biomateriallarda homiladorlikning erta muddatlarida, xususan 1-trimestr boshida quyidagi patologik holat yuz berganda, gistologik tahlil kesmalarda ayrim preparatlarimizda yosh xorion so‘rg‘ich aniqlandi. O‘rganishlarda tashqi trofoblastlarning qalinlashishi, sinsitiotrofoblastlarning giperplaziya va gipertrofiyasi kuzatildi. Undan tashqari, anamnezida somatik kasalliklari mavjud ayollarda vorsinalar yaxshi rivojlanmasligi yoki uning gipoplaziyasi aniqlandi. Xorion vorsinalar ko‘proq sohalarda qon-tomirsiz, xorionlar stromasining asosidagi biriktiruvchi to‘qimasida mezenximal oqsilli distrofiyasi aniqlanib, biriktiruvchi to‘qima mukoidli va fibrinoidli bo‘kishi kuzatiladi. Ayrim xorion vorsinalarning kapillyarlari va sinusoidlarining bir xil ko‘rinishda to‘laqonligi va stromada qon quyilishlar aniqlandi. Bundan ko‘rinib turibdiki, homiladorlikning 6-7-haftasida homila tushishi ruy bergan paytda xorion vorsinalari hali to‘liq rivojlanib ulgurmasdan qolib, uning tushishi kuzatilganda, qon-tomirlar bilan ta’minlanish to‘liq tugallamaganligi tufayli ro‘y beradi. Biriktiruvchi to‘qimaning mukoidli va fibrinoidli bo‘kishi fibrinoid nekroz ayni homiladorlikning erta muddatlaridagi homila tushishlari uchun xos holat bo‘lib hisoblanadi. Ushbu muddatda homila tushishi kuzatilgan paytda olingan endometriy qirindi namunasidagi aniqlangan o‘zgarishlar 4-rasmda keltirilgan.

Homiladorlikning 1-trimestri oxiriga kelib, bachadon spiralsimon arteriyalarining remodellanishi va kengayishi kuzatiladi. Agar endometriyda yallig‘lanish va shish rivojlansa,



-rasm. Xorion mikroskopik ko‘rinishi. Homiladorlikning 6-7-haftasi. Bo‘yoq G-E. Ob 10x10 ok.

1. xorion vorsinalar qon-tomirsiz, distrofik o‘zgargan.

2. xorion vorsinalar stromasmidagi biriktiruvchi to‘qimaning mukoidli va fibrinoidli distrofiyasi.

3. xorion vorsinalar kapillyarlari va sinusoidlarida to‘laqonlik, staz aniqlaniladi.

ushbu jarayon buziladi natijada esa, embrionning sitotrofoblasti proliferasiyasi hamda uning endometriyga implantatsiya jarayoni buziladi. Undan tashqari, desidualizasiya jarayonining ham nomukamalligi rivojlanishi mumkin. Barcha yuqoridagi patologik holatlarning natijasi o‘laroq homila pufagining muddatdan oldin ko‘chishi va homilaning tushishi kuzatiladi.

O‘z-o‘zidan homila tushishining asosiy sabablaridan biri sifatida sariq tana yetishmovchiligi adabiyotlarda keltirilgan bo‘lib, u biz o‘tkazgan tadqiqotda ham 40 foiz holatda yuqoridagi patologiya rivojlanishi uchun asos bo‘lib hisoblanadi. Gistologik tahlilda sariq tana yetishmovchiligining ishonchli belgisi sifatida arrasimon hujayralarning yo‘qligi, epiteliyda har xil darajadagi joylashgan yadrolar, spiralsimon qon-tomirlar miqdorining normaga nisbatan kamligi, yaxshi ifodalanmagan desidualizatsiya, neytral mukopolisaxaridlar miqdorining kamayishi (SHIK-reaksiyasida) aniqlandi.

Umuman olganda, ayol anamnezidagi abortlar va o‘z-o‘zidan homila tushishlari soni qanchalik ko‘p bo‘lsa, gistologik tahlil namunasida yallig‘lanish belgilari shunchalik kuchli ifodalangan bo‘lishi ma’lum bo‘ldi. Qolgan 53 foiz holatda endometriy qirindisida yallig‘lanishga xos o‘zgarishlar aniqlandi. Bunda endometriy bezlarining kamligi, ayrim preparatlarda bezlar kistoz o‘zgarganligi, endometriy biriktiruvchi to‘qimasining parchalanish belgilari, qon-tomirlar trombozi belgilari aniqlandi. Qolgan 7 foiz holatda homila tushishi sabablari aniqlanmadi.

3-guruh bemorlari (51 nafar) anamnezida o‘z-o‘zidan takroriy homila tushishi kuzatilgan ayollardan tashkil topgan bo‘lib, ular homiladorlikka tayyorgarlik ko‘rmagan, ya’ni maxsus profilaktik davo choralarini olmagan bo‘lib, ularning 32 nafarida homila tushish xavfi (62,7 foiz), davodan oldin kuzatilgan holatlarning esa 17 nafar (33,3 foiz) holatida homilaning 10-12 haftasida o‘z-o‘zidan tushishi, 10 nafarining (19,6 foiz) homiladorlikning 22-36 haftasigacha bo‘lgan muddatlarda muddatdan oldingi tug‘ruq xavfi bilan asoratlanishi, 3 (5,88 foiz) holatda esa, homilaning antenatal nobud bo‘lishi va 2 (3,9 foiz) holatda ularning rivojlanishdan orqada qolishi kabi holatlar bilan ifodalangan. 2-guruhga anamnezida o‘z-o‘zidan takroriy homila tushishi kuzatilgan ayollar kiritilgan bo‘lib, ularda avvalgi homiladorliklarida kuzatilgan reproduktiv yo‘qotishlarning sababini aniqlash maqsadida paypel biopsiya usulida davodan oldin va maxsus majmuaviy kompleks davo choralari qo‘llanilgandan keyin qirindi olib tekshirildi. Bunda 2-guruhdagi 47 bemorning 19 nafarida (40,4 foiz) homila tushish xavfi kuzatilgan paytda ularning 4 nafarida (8,5 foiz) o‘tkazilgan choralarga qaramay, homila tushishi holati aniqlandi. Ularning 1 nafari (2,1 foiz) homiladorlikning 10-12 haftasigacha, qolgan 3 nafari (6,4 foiz) esa muddatdan oldingi tug‘ruq bilan asoratlandi.

Xulosalar.

1. trofoblast xujayralarining retseptorlari bilan bachadon endometriysining epiteliy xujayralari glikoproteinlari bilan bog‘lanishidagi yetishmovchiliklar;

2. xorion vorsinlardagi tomir yetishmovchiligi aniqlanadi (qon tomirlar yo‘qligi, tomir borlarida to‘laqonlik, staz va devorida o‘tkazuvchanlikning buzilishi);

3. xorion og‘irligining normaga nisbatan 2,5 foizgacha kamayganligi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Andersen L.B., Dechend R., Karumanchi S.A., Nielen J., Joergensen J.S., Jensen T.K., et al. Early pregnancy angiogenic markers and spontaneous abortion: an Odense Child Cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2016;215(5):594.e1-594.e11. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.06.007.

2. Jarylkasinova G.J., Mavlyanov I.R. & Yuldashova R.U. (2020). Pharmacoeconomic efficacy of ferrous and ferriciron supplements in the territory of the republic of Uzbekistan. European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 7(8), 1310-1315. Retrieved from www.scopus.com

3. Negmatullaeva M.N., Tuksanova D.I., Zaripova D.Ya. Structural-optical properties of blood serum and their role in predicting the development of osteoporosis in perimenopause. Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist. 2024;24(3):71-76. (In Russ.) https://doi.org/10.17116/rosakush20242403171

4. Rakhmonkulova Nargiza & Nematilllaeva Mastura & Tuksanova Dilbar & Kholova Nodira & Solieva Nozima. (2024). Comparative characterization of liver morphometric parameters during pregnancy in experimental chronic renal failure. BIO Web of Conferences. 121. 04004. 10.1051/bioconf/202412104004.

5. Rovner P., Stickrath E., Alston M., Lund K. An early pregnancy unit in the United States: an effective method for evaluating first trimester pregnancy complications// J. Ultrasound Med. 2018. Vol. 37. P. 1533-1538.

6. Sultonova N.A. Rol' patologii endometriya pri reproduktivnyh poteryah v rannih srokah beremennosti. Tibbiyotda yangi kun№4 (34) 2020 392-395 str.

7. Tilloeva S. S. (2020). Study of psychoemotional status and life quality of patients with bronchial asthma in combination of arterial hypertension, effects of complex therapy. European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 7(3), 3786-3790. Retrieved from www.scopus.com

8. Yuldashova R., Tilloeva S., Djuraeva N., Adizova D., Sultanova N., & Asrorov A. (2024). Efficiency of ferrotherapy when using different groups of iron drugs in patients with Helicobacter pylori. In BIO Web of Conferences (Vol. 121, p. 03004). EDP Sciences.

9. Yuldashova R.U. (2022) Ways To Increase The Efficiency Of Ferrotherapy In Iron Deficiency Anemia Taking Into Account The Presence Of Helicobacteriosis. Journal of Pharmaceutical Negative Results, 13, DOI: 10.47750/pnr.2022.13.S09.576.

10. Зарипова Д.Я., Абдуллаева М.А., Султонова Н.А., Аҳмедов Ф.К., Насирова З.С., Умуров Э.У., Шукруллаева Г.Ж. Оптимизасия мер диагностики ранней менопаузы и преждевременной менопаузы. Журнал Репродуктивное здоровье Восточная Европа. 2024;14 (5). С. 617-628.

11. Зарипова Д.Я. Диагностические критерии выявления остеопороза в перименопаузальном периоде. Репродуктивное здоровье Восточная Европа. 2024;14 (5). С.590-598. https://doi.org/10.34883/PI.2024.14.5.004

MODERN METHODS OF TREATING FUNGAL DISEASES SUCH AS TRICHOPHYTOSIS

F.F. Xashimov, M.A. Safarova
Tashkent Medical Academy
Department of Dermatovenereology and Cosmetology

Ringworm develops from Trichophyton fungi in human body to create trichophytosis. Medical research has developed new ways to help patients control fungal infections better today. Treating Trichophyton infections provides many positive results both in mental wellbeing and physical health and allows people to avoid complications. Early identification and right care options are fundamental due to these results. Current aspects to take into account: fungal resistance to various antifungal drugs is becoming more common, however it is not as common as bacterial resistance. Appropriate diagnosis, antifungal selection, and therefore therapy compliance are essential.

Keywords: Trichophytosis, human body, mental wellbeing, physical health, fungal diseases, antifungals, cell membranes, nail infections, bacterial infections, fungal infections, treatment and therapy.

Trixofitiya kasalligini zamonaviy davolash usullari

F.F. Xashimov, M.A. Safarova

Zamburug‘li kasalliklar Trichophyton zamburug‘lari tufayli odam organizmida rivojlanib, trixofitiyani hosil qiladi. Tibbiy tadqiqotlar bugungi kunda bemorlarga zamburug‘ infeksiyalarini yanada samarali nazorat qilishga yordam beradigan yangi usullarni ishlab chiqdi. Trichophyton infeksiyalarini davolash nafaqat jismoniy salomatlik, balki ruhiy farovonlikni ham yaxshilashga yordam beradi va asoratlarning oldini olishga imkon beradi. Erta aniqlash va to‘g‘ri parvarishlash usullari ushbu natijalar sababli juda muhimdir. Hozirgi kunda e’tiborga olish kerak bo‘lgan jihatlar: zamburug‘larning turli antifungal dori-darmonlarga chidamliligi tobora ko‘proq uchrayapti, ammo bu holat bakteriyalarga qarshi chidamlilikka qaraganda kamroq tarqalgan. To‘g‘ri diagnostika, antifungal dori vositalarini tanlash va shunga mos ravishda davolanishga rioya qilish juda muhimdir.

Tayanch so‘zlar: Trixofitiya, inson organizmi, ruhiy farovonlik, jismoniy salomatlik, zamburug‘li kasalliklar, antifungal dori-darmonlar, hujayra membranalari, tirnoq infeksiyalari, bakterial infeksiyalar, zamburug‘li infeksiyalar, davolash va terapiya.

Современные методы лечения грибковых заболеваний, таких как трихофития

Ф.Ф. Хашимов, М.А.Сафарова

Стригущий лишай развивается из грибков Trichophyton в организме человека, вызывая трихофитию. Медицинские исследования разработали новые методы, помогающие пациентам лучше контролировать грибковые инфекции. Лечение инфекций Trichophyton дает множество положительных результатов, как для психического благополучия, так и для физического здоровья, позволяя людям избегать осложнений. Раннее выявление и правильный выбор методов лечения являются основными, учитывая эти результаты. Важные аспекты, которые необходимо учитывать: грибковая устойчивость к различным противогрибковым препаратам становится все более распространенной, однако она не так часто встречается, как бактериальная устойчивость. Подобная диагностика, выбор противогрибковых средств и соблюдение терапии имеют решающее значение.

Ключевые слова: Трихофития, человеческое тело, психическое благополучие, физическое здоровье, грибковые заболевания, противогрибковые препараты, клеточные мембраны, инфекции ногтей, бактериальные инфекции, грибковые инфекции, лечение и терапия.

Introduction. Modern techniques for treating fungal diseases, such as ringworm (Trichophytosis), have greatly improved. The following summarises contemporary methods:

1. Topical Antifungal Drugs (Primary Management of Localised Ringworm):

The Azoles these topical antifungals are the most widely used. Ergosterol is an essential part of fungal cell membranes, and they function by preventing its formation. Some examples are as follows:

(Lotrimin, Mycelex) Clotrimazole

(Micatin, Monistat) Miconazole

Nizoral, or ketoconazole, is also sold as a shampoo to treat ringworm of the scalp.

The spectazole, or econazole

Allylamines: These antifungals work by a different method to interfere with the formation of ergosterol. They frequently work well against dermatophytes. As an illustration, consider Terbinafine (Lamisil).

Materials.

Naftin (Naftifine)

Fungal cell membranes are also disrupted by ciclopirox, a broad-spectrum antifungal medication. Loprox

Application: for a few weeks, these creams, lotions, or solutions are applied directly to the afflicted skin, often once or twice a day. Effective therapy requires consistency.

2. Oral antifungal drugs (for chronic, severe, or nail ringworm):

Terbinafine: very successful in combating dermatophytes. For severe or widespread ringworm and nail infections (onychomycosis), it's a popular option. The length of treatment is frequently extended (weeks to months).

An earlier antifungal that functions by preventing fungal cell division is glieofulvin. Because of its lengthy treatment durations and adverse effects, it is still used but frequently less recommended.

Itraconazole: an additional azole antifungal that works well against a variety of fungus. frequently applied to nail and other hard-to-treat ringworm situations.

Fluconazole: A less common treatment for ringworm than the other treatments mentioned above, but it is still a possibility.

3. Supplemental Medicines:

Antiseptic Cleaners: Povidone-iodine or chlorhexidine washes are examples of antiseptics that can help stop the spread of fungal spores and prevent subsequent bacterial infections without directly treating the fungal infection.

Research and methods.

Cautionary use of corticosteroids: Although they help lessen irritation and inflammation, topical corticosteroids should never be the only therapy. When taken in conjunction with antifungals, they can exacerbate fungal infections. In order to reduce inflammation, an antifungal-corticosteroid cream may be used for

a brief period of time.

Specialised Shampoos: A common therapy for scalp ringworm (tinea capitis) involves the use of antifungal shampoos that include zinc pyrithione, selenium sulphide, or ketoconazole.

4. Diagnostic Progress:

Using potash hydroxide (KOH) to disintegrate skin cells and increase the visibility of fungal components under a microscope is a rapid, easy, and affordable technique known as KOH examination.

The fungus culture is used to identify the particular fungus species, which can assist inform treatment decisions in more complicated instances.

Fungal DNA may be detected using the very sensitive and specific PCR (Polymerase Chain Reaction) technique, which is particularly useful when the findings of a culture are not entirely obvious. It costs more and isn't done frequently.

Results.

Customised care: The following criteria are used to customise treatment plans:

The severity and scope of the illness

The infection's location

Age of the patient and overall health

Medical disorders that are underlying

Adherence and patient preferences

Education of Patients: To prevent and control, it is essential to practise good hygiene, refrain from sharing personal belongings, and seek treatment as soon as possible.

All things considered, topical antifungals are the cornerstone of treatment for mild to moderate instances of trichomoniasis.

oral antifungal medications for widespread, severe, or nail infections.

adjuvant treatments to control symptoms and avoid problems.

cutting-edge diagnostics for precise identification.

emphasis on patient education and tailored care.

ringworm-causing Trichophyton infections and their beneficial medicinal consequences. Let's examine the advantages in detail:

1. Getting rid of the infection

Principal Objective: The primary benefit of therapy is that it eliminates the fungal infection. The active disease process is therefore resolved when the Trichophyton fungus are either destroyed or their proliferation is suppressed.

Stopping Symptoms: This directly results in the infection-related symptoms going away. This contains:

Less Itching: The severe itching that is one of the most annoying signs of ringworm has been lessened. This pain is reduced with treatment.

The rash's typical scaly, red, and round appearance eventually goes away when the infection is eradicated.

Enhancement of Skin Appearance: The rash-affected skin regains its natural colour and texture.

Resolution of Nail Changes: Treatment results in the progressive development of healthy, normal nails if onychomycosis affected the nails.

Restoration of Hair Growth: When tinea capitis, often known as scalp ringworm, is effectively treated, hair can grow back in places where it had previously fallen out or hardened.

2. Avoiding Complications:

Stopping the Spread: Ringworm can't spread to other regions of the body if it is treated. When infections are close to delicate regions like the face or groin, this is particularly crucial.

Lesions caused by ringworm have the potential to develop into open sores, making them susceptible to subsequent bacterial infections. The chance of getting bacterial skin infections like cellulitis or impetigo is decreased when the fungal infection is treated.

Discussion.

Scar Prevention: Severe or untreated ringworm infections may cause scarring, particularly in regions where hair follicles are impacted. Long-term skin alterations are less likely when therapy is received early and effectively.

Avoiding Permanent Hair Loss: If tinea capitis is left untreated, it can occasionally result in permanent hair loss and scarring. This irreparable result can be avoided with prompt medical attention.

3. Enhancement of Quality of Life: Discomfort and Pain Reduction: Patients' comfort and well-being are immediately enhanced when itching, pain, and discomfort are eliminated.

Better Sleep: Sleep might be disturbed by severe itching. With treatment, sound sleep can be restored.

Boosted Confidence: Social anxiety and mental anguish can be brought on by visible skin issues. A person's confidence and sense of self-worth can be increased by skin clearing.

Return to Normal Activities: People who have less symptoms are able to resume their regular activities, such as working, playing sports, and interacting with others, without feeling uncomfortable or self-conscious.

Better Mental Health: Mood can occasionally be affected by long-term skin issues. If ringworm is successfully treated, this weight can be lifted.

4. Benefits to Public Health:

Treating an infected person lowers the chance that they may infect others, preventing epidemics in homes, communities, and educational institutions.

Managing Epidemics: To stop the virus from spreading and lessen the strain on public health resources, early detection and treatment are essential during large-scale epidemics.

Conclusion.

When physicians treat Trichophyton fungus infections they deliver significant health outcomes. Effective treatment allows patients to feel better while reducing symptoms and avoiding medical issues. Treating Trichophyton infections helps patients both get rid of fungal growth and ease their distressing symptoms. Our treatments stop damage to tissues while lowering infection risks and preventing further growth of the disease. Treatments improve how someone feels both emotionally and physically. Our healthcare system improves as the disease transmission stops at treatment. Time to detect the infection plus correct antifungal medicine plus patient treatment follow-up all help patients achieve better outcomes. Health experts manage and fix these infections while stopping further damage to patients.

LIST OF USED LITERATURES:

1. Gupta A.K. & Lyons D.C. (2015). Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. Clinical Dermatology, 33(2), 133-139.

2. Rogers M. & Kundu R. (2021). Antifungal treatments: A review of efficacy and safety. Journal of the American Academy of Dermatology, 85(3), 658-669.

3. Elewski B. E. et al. (2020). Terbinafine in the treatment of fungal skin and nail infections. Journal of Drugs in Dermatology, 19(8), 784-788.

4. Kaufman G. et al. (2021). Griseofulvin vs. modern antifungals in dermatophyte infections. Mycoses, 64(2), 87-93.

5. Lipner S.R. & Scher R.K. (2017). Laser treatment of onychomycosis: An evidence-based review. Journal of the American Academy of Dermatology, 77(4), 767-774.

6. Sotiriou E. et al. (2018). Photodynamic therapy in dermatology. British Journal of Dermatology, 179(5), 1039-1050.

7. Ali S. et al. (2020). Nanotechnology in antifungal therapy: A novel approach. International Journal of Nanomedicine, 15, 4491-4507.

8. Chander J. et al. (2022). Dermatophytosis and its novel management strategies. Indian Journal of Dermatology, 67(1), 23-29.

9. American Academy of Dermatology (AAD). Guidelines of care for the management of dermatophytosis. (2020).

10. World Health Organization (WHO). Guidelines for the management of superficial fungal infections. (2021).

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Н.Ф. Холова

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины

Состояние здоровья девушек характеризуется высокой частотой соматической патологии, которые являются значимыми факторами, влияющие на репродуктивное здоровье девочек-подростков и девушек раннего репродуктивного возраста и в дальнейшем восстановления их репродуктивного потенциала, так как половое развитие девочек в возрасте 13-18 лет формируется на фоне высокого уровня экстрагенитальной патологии, с преобладанием хронических ее форм.

Ключевые слова: Репродуктивный возраст, девочки-подростки, экстрагенитальные заболевания.

Erta reproduktiv yoshdagi qizlar va ayollarda reproduktiv buzilishlarni bashorat qilish va oldini olish

N.F. Xolova

Qizlarning salomatlik holati somatik patologiyalarning yuqori chastotasi bilan tavsiflanadi, bu erta reproduktiv yoshdagi o‘smir qizlar va qizlarning reproduktiv salomatligiga va keyinchalik ularning reproduktiv salohiyatini tiklashga ta’sir qiluvchi muhim omillardir, chunki 13-18 yoshdagi qizlarning jinsiy rivojlanishi ekstragenital patologiyaning surunkali shakli bilan yuqori darajasi fonida shakllanadi.

Tayanch so‘zlar: Reproduktiv yosh, o‘smir qizlar, ekstragenital kasalliklar.

Prediction and prevention of reproductive function disorders in girls and women of early reproductive age

N.F. Kholova

The health status of girls is characterized by a high frequency of somatic pathology, which are significant factors affecting the reproductive health of adolescent girls and girls of early reproductive age and the further restoration of their reproductive potential, since the sexual development of girls aged 13-18 years is formed against the background of a high level of extragenital pathology, with a predominance of its chronic forms.

Keywords: Reproductive age, adolescent girls, extragenital diseases.

Актуальность. В мире сфера акушерства среди девочек и женщин раннего репродуктивного возраста становится социальной проблемой, а также медицинской проблемой, включая тот факт, что среди девочек случаи осложнений со стороны репродуктивной системы считаются одним из самых сложных и тяжелых осложнений современной акушерской практики, в результате чего осложнения, снижает качества их жизни.

Цель исследования: является разработать оптимальную технологию прогнозирования и профилактики нарушений репродуктивного здоровья у подростков девочек.

Материалы и методы исследования. Исходя из его целей и задач, в 2019-2022 годах было обследовано 150 девочек-подростков, из которых 30 были здоровыми девочками-подростками контрольной группы и 120 были девочками с нарушениями в репродуктивной системе и женщины раннего репродуктивного возраста.

С целью изучения оптической плотности крови, липидной системы и гормонального фона были исследованы образцы крови обследуемых пациентов. Из функциональных методов проводился ультразвуковое исследование размеров матки и яичников. Были использованы общеклинические, инструментальные, ультразвуковые, биохимические, гормональные и статистические методы исследования [1;5].

Полученные в ходе исследования результаты в части повышения эффективности диагностики и лечения были применены в практике здравоохранения, в том числе в практике медицинских объединений города Бухары и Вобкентского района (заключение Министерства здравоохранения № 8н-з/529 от 7 октября 2022 года, заключение Экспертного совета Бухарского государственного медицинского института от 18 ноября 2023 года №23-Z/083).

Результаты исследования. Одной из приоритетных задач государства является обеспечение реализации репродуктивной функции женщин, в настоящее время серьезные опасения вызывает состояние репродуктивного здоровья девочек-подростков в возрасте 13-18 лет [2;4]. В соответствии с целями и задачами работы проведено ретроспективное обследование 500 девушек и женщин в возрасте от 16 до 20 лет для выявления 98 частоты и видов нарушений менструальной функции, изучения их соматического статуса и определения группы риска на нарушение репродуктивной функции. Проспективно были исследованы 120 девушек и женщин с различными нарушениями менструальной функции периоде 2019-2022 годы. Контрольную группу составили 30 здоровых женщин аналогичного возраста [3]. Основными акцентирующими точками проблемы репродуктивного здоровья девушек юного возраста являются: фоновые соматические заболевания, которые составляли 350 (70%); психические расстройства 10 (2%); хронические воспалительные заболевания гениталий 130 (26%); нарушения овариально-менструального цикла 15 (3%); в том числе задержка полового развития и пороки развития половых органов и их последствия 59 (11,8%) [6]. Пациенты были разделены на 2 группы – основная 2-я группа –120 пациентки с различными нарушениями репродуктивного здоровья, и контрольная – 1-я группа – 30 здоровые девушки, у которых в момент осмотра не были выявлены никакие патологические нарушения. При изучении анамнеза vitae et morbi, было выявлено, что больные основной группы в сравнении со здоровыми женщинами контрольной группы статистически значимо отличаются по характеру менструального цикла, так как у 89 пациенток было выявлено нерегулярные менструальные циклы,

а также и аменорея 7 (5,83%). В сравнительном аспекте в двух группах: менархе в 11-12 лет – у 17 (14,1%) и 18 (60%), в 13-14 лет у 31 (25,8%) и 12 (40%) женщин, после 15 лет у (45,8%) и случаи аменореи только у женщин с нарушениями цикла (27,5 %) [7; 8].

Исходя из выше приведенных данных следует отметить, что в основной группе у подростков и у женщин раннего репродуктивного возраста (ЖРРВ) изначально в большинстве случаев были нарушения цикла, позднее менархе, по характеру циклические, которые чередовали гиперполименореей сопсолигоменореями. По характеру нарушений менструального цикла основная группа отличалась от контрольной и эти нарушения в целом составили 74,2%. В контрольной группе из 30 женщин фертильного возраста ни одного случая нарушении в 100 менструальном цикле не было выявлено, кроме одного случая альгодисменореи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Rakhmonkulova Nargiza Gofurovna & Nematilllaeva Mastura Nurullaevna & Tuksanova Dilbar Ismatovna & Kholova Nodira Fazliddinovna & Solieva Nozima Karimovna. (2024). Comparative characterization of liver morphometric parameters during pregnancy in experimental chronic renal failure. BIO Web of Conferences.121.04004.10.1051/bioconf/202412104004.https://www.researchgate.net/publication/382478714

2. Kholova Nodira Fazliddinovna. Forecasting the readiness to perform the reproductive function of adolescent girls. Scholar's Digest-Journal of Multidisciplinary Studies Volume 02, Issue 05, May, 2023.P 47-49

3. Kholova Nodira Fazliddinovna. Risk factors and their negative impact on the formation reproductive function (Overview).Eurasian Scientific Herald. Volume 15| December, 2022.P 32-36

4. Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И. Особенности функции почек у женщин с осложненной преэклампсией. Международный журнал текущих исследований и обзоров, 2021, 13(1), стр.70-744

5. Ашурова Н.Г., Бобокулова С.Б. Прогнозирование нарушений менструально-овариального цикла у девочек-подростков на основе изучения генетических маркеров. «Российский вестник акушера-гинеколога». 2024;24(5):12-18.

6. Зарипова Д.Я., Абдуллаева М.А., Султанова Н.А., Ахмедов Ф.К., Насиров З.С., Умаров Е.У., Шукруллаева Г.Ж. Оптимизация мер диагностики ранней менопаузы и преждевременной менопаузы. Журнал «Продуктивное здоровье Восточной Европы». 2024;14 (5). С.617-628.

7. Зарипова Д.Я. Диагностические критерии выявления остеопороза в перименопаузальном периоде. Продуктивное здоровье Восточной Европы. 2024;14 (5). С.590-598. https://doi.org/10.34883/PI.2024.14.5.004

8. Kholova Nodira Fazliddinovna. Main aspects of reproductive health of adolescent girls and girls of early reproductive age. Eurasian Scientific Herald. Volume 15| December, 2022.P 27-31.

ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВРАСТАНИИ И ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

С.Д. Исчанова, М.А. Юсупова

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Врастание плаценты – патологическая плацентация, связанная с чрезмерным внедрением ворсин хориона в подлежащие ткани матки. Основными факторами риска предлежания плаценты с ее врастанием в отличие от предлежания плаценты без ее врастания являются: число операций кесарева сечения в анамнезе, число экстренных операций кесарева сечения в анамнезе, а также расположение плаценты по передней стенке матки в области рубца и ее полным предлежанием во время данной беременности. При наличии рубца на матке после одной операции кесарева сечения, риск врастания плаценты возрастает в 1,6 раза, после каждой последующей операции риск увеличивается в 1,9 раза. Инструментальные методы исследования (УЗИ и МРТ) обладают высокой чувствительностью при постановке диагноза врастания плаценты (чувствительность 78% и 84% соответственно).

Ключевые слова: врастание плаценты, предлежание плаценты, кесарево сечение, рубец на матке.

Yo‘ldoshning birikishida va oldinda kelishida akusherlik taktikasini maqbullashtirish

S.D. Ischanova, M.A. Yusupova

Yo‘ldoshning birikishi – bachadonning asosiy to‘qimalariga xorion vorsinining haddan tashqari kirishi bilan bog‘liq patologik platsentatsiya. Yo‘ldosh birikishi va oldinda kelishining asosiy xavf omillari, birikish bo‘lmagan yo‘ldoshning oldinda kelishidan farqli o‘laroq, anamnezda kesar kesish amaliyotlari soni, anamnezda kesar kesish favqulodda amaliyotlari soni, shuningdek, mazkur homiladorlik paytida yo‘ldoshning bachadonning old devori bo‘ylab chandiq sohasida joylashishi va uning to‘liq oldinda kelishi sanaladi. Agar bitta kesar kesish amaliyotidan keyin bachadonda chandiq bo‘lsa, yo‘ldoshning birikish xavfi 1,6 baravar, har bir keyingi amaliyotdan keyin xavf 1,9 baravar oshadi. Yo‘ldoshning birikishi tashxisi qo‘yilishida instrumental tadqiqot usullari (ultratovush va MRT) yuqori sezuvchanlikka ega (sezuvchanlik mos ravishda 78 va 84 foiz).

Tayanch so‘zlar: yo‘ldoshning birikishi, yo‘ldoshning oldinda kelishi, kesar kesish amaliyoti, bachadon chandig‘i.

Optimization of obstetric tactics in case of placenta accreta and presentation

S.D. Ischanova, M.A. Yusupova

Placental overgrowth is a pathological placentation associated with excessive insertion of chorionic villi into the underlying tissues of the uterus. The main risk factors for placenta previa with its ingrowth, as opposed to placenta previa without its ingrowth, are: the number of cesarean section operations in the anamnesis, the number of emergency cesarean section operations in the anamnesis, as well as the location of the placenta along the anterior wall of the uterus in the scar area and its complete presentation during this pregnancy. If there is a scar on the uterus after one cesarean section, the risk of placental regrowth increases 1.6 times, and after each subsequent operation, the risk increases 1.9 times. Instrumental research methods (ultrasound and MRI) have high sensitivity in making a diagnosis of placenta accreta (sensitivity 78% and 84%, respectively).

Key words: placenta accretion, placenta previa, cesarean section, uterine scar.

Врастание плаценты осложняет примерно 5% беременностей с предлежанием плаценты в то время, как результаты крупных эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что важнейшим фактором риска возникновения не только предлежания плаценты, но и врастания, является рубец на матке после предшествующего кесарева сечения. По данным мета-анализа Bremen De Mucio et al. наличие рубца на матке после одной операции кесарева сечения повышает риск врастания плаценты в 3,02 раза, вторая операция в анамнезе повышает риск ещё в 1,28 раза, третья – ещё в 1,96 раза, а четвертая – ещё в 1,82. Таким образом, женщина с 4 операциями кесарева сечения в анамнезе имеет почти в 14 раз более высокий риск данного осложнения. Одним из грозных исходов предлежания, а также врастания плаценты является интраоперационное и послеродовое кровотечение. Его профилактика – важный фактор снижения материнской заболеваемости и смертности, связанной с врастанием плаценты. Говоря об исходах беременности и родов, при врастании плаценты стоит упомянуть и неонатальные исходы. Установлено, что дети у матерей с данным осложнением беременности чаще были недоношенными, чаще поступали в отделения интенсивной терапии, и им чаще требовалось проведение реанимационных мероприятий, по сравнению с предлежанием плаценты. В связи с вышеизложенным врастание плаценты является актуальной медицинской проблемой, представляющей угрозу для жизни и здоровья как матери, в связи с массивной кровопотерей, так и для новорожденного.

Цель исследования: выявить роль инструментальных методов исследования в прогнозировании степени патологического прикрепления плаценты для определения оптимальных сроков родоразрешения.

Материал и методы исследования. В рамках запланированной работы с января 2023 по январь 2025 года были обследованы и родоразрешены 150 беременных женщин с предлежанием или врастанием плаценты. Пациентки были разделены на следующие группы в зависимости от степени тяжести врастания плаценты: основная группа включала 100 пациенток с врастанием плаценты, заподозренным по данным общего и функционального обследования (УЗИ, МРТ), подтвержденное визуальной оценкой во время операции, а также проведением гистологического исследования. Группа сравнения – 50 пациенток с предлежанием плаценты и рубцом на матке после операции кесарева сечения без врастания плаценты. Критериями включения в исследование были: возраст пациенток 18-45 лет; одноплодная беременность; предлежание плаценты; врастание плаценты; рубец на матке после операции кесарева сечения или миомэктомии. Критерии не включения в исследование: аномалии матки; тяжелая соматическая патология матери; многоплодная беременность. Критерии исключения из исследования: преэклампсия; острая фаза или обострение инфекционно-воспалительных заболеваний; отказ пациентки.

У всех пациенток были оценены клинико-анамнестические данные, проведены полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включавшее стандартное ультразвуковое исследование плода и органов полости малого таза, а также МРТ-исследование для обнаружения признаков, соответствующих патологическому прикреплению плаценты и определить его глубину. Для подтверждения диагноза врастание плаценты и уточнения степени ее инвазии проводилось гистологическое исследование материала, полученного в ходе операции (резецированная стенка матки с вросшей плацентой). Оценка состояния новорожденных проводилась путем анализа антропометрических данных, их состояния по шкале Апгар, а также сопутствующих заболеваний и особенностей нахождения и длительности пребывания в стационаре. Для статистической обработки данных использовали электронные таблицы «Microsoft Excel» и пакет программ «GraphPad Prism 6».

Результаты исследований и их обсуждение. На первом этапе исследования проведена оценка факторов риска врастания плаценты у женщин с предлежанием плаценты и рубцом на матке. В ходе анализа данных было выявлено значительно более высокое среднее число родов путем операции кесарево сечение в группе врастания плаценты – 2, чем в группе предлежания плаценты – 1, $p = 0{,}001$. Кроме того, было отмечено, что пациентки из группы врастания плаценты более часто имели более одной операции кесарева сечения в анамнезе – 64 (64%), чем пациентки в группе предлежания плаценты – 17 (34%).

На втором этапе работы для определения основных признаков степени выраженности патологического прикрепления плаценты были проанализированы данные инструментальных методов исследования. По результатам УЗ-исследования пациенток в III триместре беременности полное предлежание плаценты по данным УЗИ было ассоциировано со степенью тяжести врастания – оно было отмечено у 55,0% пациенток подгруппы placenta accreta, у 81,1% пациенток подгруппы placenta increta и у 4 из 5 пациенток подгруппы placenta percreta. Частичное предлежание плаценты было отмечено у 32,5% пациенток подгруппы placenta accreta, у 15,1% пациенток подгруппы placenta increta и у 1 из 5 пациенток подгруппы placenta percreta. Значительное количество признаков, выявляемых на УЗИ, было ассоциировано с наличием врастания плаценты, при этом, ни один признак, выявляемый на УЗИ, не был ассоциирован со степенью тяжести врастания.

Выводы. Таким образом, основными факторами риска предлежания плаценты с ее врастанием в отличии от предлежания плаценты без ее врастания являются: число операций кесарева сечения в анамнезе, число экстренных операций кесарева сечения в анамнезе ($p=0{,}049$), а также расположение плаценты по передней стенке матки в области рубца и ее полным предлежанием во время данной беременности. При наличии рубца на матке после одной операции кесарева сечения, риск врастания плаценты возрастает в 1,65 раза, после каждой последующей операции риск увеличивается в 1,90 раза.

Инструментальные методы исследования (УЗИ и МРТ) обладают высокой чувствительностью при постановке диагноза врастания плаценты (чувствительность 78% и 84% соответственно). Однако изолированное использование оотдельных признаков данных методов не позволяет достоверно определять глубину инвазии плаценты. Совокупная чувствительность диагностики placenta accreta составляет для УЗИ (62,5%) и МРТ (61,5%), тогда как чувствительность диагностики placenta increta выше для МРТ (97,4%), чем для УЗИ (87,3%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Виницкий, А.А. Современные методы инструментальной диагностики врастания плаценты / А.А. Виницкий, Р.Г. Шмаков, В.Г. Быченко // Акушерство и гинекология. 2017. №3. С. 12-17.
2. Виницкий, А.А. Современные представления об этиопатогенезе врастания плаценты и перспективы его прогнозирования молекулярными методами диагностики / А.А. Виницкий, Р.Г. Шмаков // Акушерство и гинекология. 2017. № 2. С. 5-10.
3. Марченко, Р.Н. Эффективность эмболизации маточных артерий у пациенток с приращением плаценты / Р.Н. Марченко, И.И. Кукарская, Т.А. Ер-бактанова // Consilium Medicum. 2020. Т. 22, № 6. С. 25-27.
4. Менеджмент крови пациентки в акушерской практике при врастании плаценты / Т.А. Федорова [и др.] // Медицинский совет. 2019. № 7. С. 134-141.
5. Милованов, А.П. Особенности цитотрофобластической инвазии при полном предлежании и врастании плаценты / А.П. Милованов, А.В. Буштарев, Т.В. Фокина // Архив патологии. 2017. Т. 79, №6. С. 30-35.
6. Новый подход к выполнению операции кесарева сечения при приращении предлежащей плаценты / С.В. Баринов [и др.] // Акушерство и гинекология. 2017. №10. С. 47-54.
7. Classification and reporting guidelines for the pathology diagnosis of placenta accreta spectrum (PAS) disorders: recommendations from an expert panel / J.L. Hecht [et al.] // Mod. Pathol. 2020. Vol. 33, №12. P. 2382-2396.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕСТАЦИОННОЙ АНЕМИИ

Г.Т. Джураева, Д.К. Нажмутдинова
Ташкентская медицинская академия

Анемия во время беременности остается значимой медико-социальной проблемой, требующей ранней диагностики и эффективного лечения. В исследовании использован комплексный подход, включающий онлайн-анкетирование, лабораторные анализы (ферритин, сывороточное железо, ОЖСС, гепсидин, ретикулоциты). Лечение проводилось карбоксимальтозатом железа, а эффективность оценивалась до терапии, через четыре недели после лечения и через три месяца после родов. Полученные результаты позволяют более точно дифференцировать формы анемии и оценивать долгосрочную эффективность терапии.

Ключевые слова: анемия, беременность, железодефицитная анемия, ферритин, гепсидин, ретикулоциты, карбоксимальтозат железа, диагностика, лечение.

Homiladorlik anemiyasini tashxislash va davolashiga kompleks yondashuv

G.T. Djurayeva, D.K. Najmutdinova

Homiladorlik davrida kamqonlik erta tashxis qo‘yish va samarali davolanishni talab qiladigan muhim tibbiy va ijtimoiy muammo bo‘lib qolmoqda. Tadqiqotda integratsiyalashgan yondashuv, shu jumladan onlayn anketalar, laboratoriya tahlillari (ferritin, zardobdagi temir, ZTBQ, gepsidin, retikulotsitlar) ishlatilgan. Davolash temir karboksimaltosat bilan amalga oshirildi va samaradorligi terapiyadan oldin, davolanishdan to‘rt hafta o‘tgach va tug‘ruqdan uch oy o‘tgach baholandi. Olingan natijalar anemiya shakllarini aniqroq farqlash va terapiyaning uzoq muddatli samaradorligini baholash imkonini beradi.

Tayanch so‘zlar: anemiya, homiladorlik, temir tanqisligi anemiyasi, ferritin, gepsidin, retikulotsitlar, temir karboksimaltozat, diagnostika, davolash.

A comprehensive approach to the diagnosis and treatment of gestational anemia

G.T. Djuraeva, D.K. Najmutdinova

Anemia during pregnancy remains a significant medical and social issue requiring early diagnosis and effective treatment. This study employs a comprehensive approach, including online surveys and laboratory tests (ferritin, serum iron, TIBC, hepcidin, and reticulocytes). Treatment was administered using ferric carboxymaltose, with efficacy assessed before therapy, four weeks after treatment, and three months postpartum. The results provide a more precise differentiation of anemia types and an evaluation of the long-term effectiveness of the therapy.

Keywords: anemia, pregnancy, iron deficiency anemia, ferritin, hepcidin, reticulocytes, ferric carboxymaltose, diagnosis, treatment.

Введение. Анемия во время беременности – одна из наиболее частых проблем, с которой сталкиваются врачи акушеры-гинекологи. Недостаток железа и нарушение его обмена могут существенно повлиять на течение беременности, развитие плода и состояние женщины после родов. Современные методы диагностики позволяют не только выявлять анемию, но и понимать, какие механизмы лежат в ее основе, что особенно важно для выбора эффективного лечения.

В исследовании применялся комплексный подход к диагностике и мониторингу анемии, включающий онлайн-анкетирование, лабораторные анализы (ферритин, сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки – ОЖСС), а также определение уровня гепсидина и ретикулоцитов. Эти показатели позволяют более точно дифференцировать формы анемии и оценивать эффективность терапии.

Лечение проводилось в соответствии с протоколами, с использованием карбоксимальтозата железа. Оценка динамики изменений состояния пациенток осуществлялась на трёх ключевых этапах: до начала лечения, через четыре недели после его начала и спустя три месяца после родов. Такой подход позволил не только проследить за немедленными эффектами терапии, но и определить ее долгосрочную эффективность.

Отдельное внимание уделялось уровню ретикулоцитов и гепсидина, которые являются важными биомаркерами регуляции обмена железа. Гепсидин регулирует всасывание железа в кишечнике и его мобилизацию из депо, а динамика ретикулоцитов позволяет оценить способность костного мозга к восстановлению эритропоэза после лечения.

Комплексное исследование, включающее онлайн-анкети-

рование и лабораторные анализы, позволило получить более полную картину распространенности и тяжести анемии у беременных, а также оценить эффективность применения карбоксимальтозата железа в рамках стандартной терапии.

Железодефицитная анемия (ЖДА) является одной из наиболее распространенных патологий среди беременных женщин, оказывая значительное влияние на здоровье матери и плода. По данным клинических рекомендаций [1], своевременная диагностика и эффективное лечение ЖДА являются приоритетными направлениями современной акушерской практики. Исследования Белоцерковцевой Л.Д. и соавторов [3] подтверждают, что анемия в период беременности сопровождается нарушением кислородного обмена и может приводить к гипоксии плода, преждевременным родам и другим осложнениям.

Диагностика ЖДА основана на лабораторных показателях, среди которых наиболее информативными являются уровень ферритина, сывороточного железа, общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС) и гепсидин [3,6]. По данным Виноградовой М.А., Федоровой Т.А. и Рогачевского О.В. [5], снижение ферритина ниже 15 мкг/л является надежным маркером дефицита железа, тогда как уровень гепсидина может использоваться для оценки метаболизма железа и его усвоения организмом.

Особое внимание уделяется методам лечения ЖДА у беременных. Бахарева И.В. [2] в рамках многоцентрового исследования изучила эффективность витаминно-минеральных комплексов и парентеральных препаратов железа, отмечая, что внутривенное введение карбоксимальтозата железа позволяет быстрее нормализовать уровень гемоглобина по сравнению с пероральными формами. Эти данные подтверждаются исследованиями Дикке Г.Б. и Стуклова Н.И. [8], которые указывают, что при низком уровне ферритина (менее 30 мкг/л) пероральные препараты могут быть недостаточно эффективными, особенно при наличии нарушений всасывания.

Гербер Г.Ф. [6] отмечает, что одним из ключевых факторов в терапии ЖДА является индивидуальный подбор препаратов в зависимости от тяжести состояния пациентки. Включение в протокол диагностики и лечения таких показателей, как уровень ретикулоцитов и насыщение трансферрина железом, позволяет объективно оценивать эритропоэз и корректировать терапию [4].

Важную роль в борьбе с анемией играет профилактика. Доброхотова Ю.Э. и Бахарева И.В. [7] подчеркивают необходимость раннего выявления латентного дефицита железа, особенно у женщин с отягощенным акушерским анамнезом. Их исследования подтверждают, что своевременная коррекция дефицита железа значительно снижает риск развития тяжелой анемии и ее осложнений.

Международные исследования, такие как работа Camaschella C. и соавторов [14], акцентируют внимание на том, что ЖДА часто сопутствует хроническим воспалительным заболеваниям, что требует комплексного подхода к диагностике. Ganz T. и Nemeth E. [15] исследовали роль гепсидина в регуляции обмена железа и подтвердили его значимость в патогенезе анемии.

Таким образом, анализ современных научных данных свидетельствует о том, что железодефицитная анемия у беременных требует комплексного подхода к диагностике, включающего лабораторные биомаркеры, и индивидуально подобранной терапии. Современные исследования подчеркивают эффективность парентеральных препаратов железа и важность мониторинга уровня ферритина и гепсидина для оценки динамики состояния пациенток.

Методы исследования: В исследовании железодефицитной анемии (ЖДА) у беременных женщин применялся многокомпонентный подход, включающий клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики, а также анкетирование пациенток. Основное внимание уделялось анализу биохимических маркеров обмена железа, динамике гематологических показателей и эффективности различных терапевтических стратегий.

Согласно клиническим рекомендациям [1], диагностика ЖДА строилась на определении уровня гемоглобина, ферритина, сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) и насыщения трансферрина железом. В работах Белоцерковцевой Л.Д. и соавторов [3] подчеркивается, что снижение концентрации ферритина менее 15 мкг/л свидетельствует о дефиците железа. В сочетании с увеличением ОЖСС и снижением насыщения трансферрина такие показатели позволяют надежно подтвердить анемию.

Помимо стандартных параметров, исследовался уровень гепсидина, который, согласно данным Виноградовой М.А., Федоровой Т.А. и Рогачевского О.В. [5], играет важную роль в регуляции метаболизма железа. Оценка данного биомаркера позволяла уточнить, является ли анемия следствием недостаточного поступления железа или связана с воспалительными процессами. Этот метод получил широкое распространение в международной практике [14,15] и значительно повышает точность диагностики.

Дополнительно проводился подсчет ретикулоцитов, поскольку этот показатель позволяет оценить регенераторную способность костного мозга и степень восстановления эритропоэза [4]. Для динамической оценки эффективности терапии измерения проводились в три этапа: до лечения, через четыре недели после начала терапии и спустя три месяца после родов.

Параллельно пациентки заполняли стандартизированные анкеты, в которых отмечались субъективные жалобы, такие как слабость, головокружение, извращение вкуса и ломкость ногтей [7]. Данный метод обеспечил возможность сопоставить субъективные ощущения пациенток с лабораторными изменениями, что особенно важно при оценке терапевтического эффекта [2].

Лечение проводилось с использованием различных форм препаратов железа. В соответствии с результатами исследований Дикке Г.Б. и Стуклова Н.И. [8], при уровне ферритина ниже 30 мкг/л предпочтительно парентеральное введение железосодержащих препаратов, поскольку пероральная терапия в подобных случаях недостаточно эффективна. В ходе исследования применялся карбоксимальтозат железа, а динамика гематологических показателей использовалась для оценки его эффективности [6].

Для получения более полной картины состояния пациенток проводился сравнительный анализ с учетом данных международных исследований. В работе Camaschella C. и соавторов [14] отмечено, что ЖДА нередко сопровождает хронические воспалительные заболевания, требуя комплексного подхода к диагностике. Исследования Ganz T. и Nemeth E. [15] продемонстрировали, что гепсидин выступает ключевым регулятором обмена железа, поэтому его определение позволяет более точно разграничить различ-

ные формы анемии.

Исходя и этого, выбранная методология исследования включала комплекс лабораторных анализов, инструментальные методы и анкетирование, что обеспечило всестороннюю оценку клинической картины ЖДА, мониторинг динамики состояния пациенток и анализ эффективности применяемых терапевтических схем.

Результаты и обсуждение: В исследовании приняли участие 68 беременных женщин с диагностированной железодефицитной анемией, проживающих в различных регионах Узбекистана, включая Ташкент, Ташкентскую область (Чиназский, Бекабадский, Ахангаранский районы) и Сурхандарьинскую область (г. Термез, Денау, Шерабадский, Кумкурганский районы). Динамическое наблюдение проводилось до начала терапии, через 4 недели после лечения и спустя 3 месяца после родов. Оценивались показатели ферритина, общей железосвязывающей способности сыворотки, сывороточного железа, гепсидина, общий анализ крови с ретикулоцитами, а также субъективные жалобы, выявленные с помощью анкетирования.

На начальном этапе исследования у большинства пациенток регистрировалась выраженная железодефицитная анемия, подтвержденная лабораторными показателями. Средний уровень гемоглобина составлял 82,6±4,5 г/л, ферритина 7,85±1,2 мкг/л, сывороточного железа 9,92±2,1 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки находилась на уровне 73,2±5,6 мкмоль/л, а насыщение трансферрина железом – 13,5%. Уровень гепсидина был минимальным, что свидетельствовало о выраженном дефиците железа. Ретикулоцитарный индекс составлял 0,6±0,1%, указывая на угнетение костномозгового кроветворения.

После проведения терапии карбоксимальтозатом железа по схеме 1000 мг + 500 мг через 4 недели наблюдалась положительная динамика лабораторных показателей. Средний уровень гемоглобина повысился до 104,3±3,8 г/л, ферритина – до 151,0±5,6 мкг/л, сывороточного железа – до 32,1±4,3 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки снизилась до 54,6±4,9 мкмоль/л, насыщение трансферрина железом увеличилось до 27,8%. Уровень гепсидина продемонстрировал значительное повышение, что свидетельствовало о восстановлении депо железа и снижении абсорбции железа в кишечнике. Ретикулоцитарный индекс составил 2,5±0,3%, что указывало на активизацию эритропоэза.

Через 3 месяца после родов показатели продолжали улучшаться. Средний уровень гемоглобина составил 112,4±4,1 г/л, ферритина – 136,3±7,2 мкг/л, что свидетельствовало о сохранении достигнутого эффекта. Уровень гепсидина находился на физиологическом уровне, а насыщение трансферрина железом достигло 30,5%, что подтверждало эффективное усвоение железа. Ретикулоцитарный индекс снизился до 1,8±0,2%, что соответствовало нормальной активности костного мозга.

Анкетирование пациенток продемонстрировало снижение выраженности клинических симптомов железодефицитной анемии. До лечения 82% женщин жаловались на общую слабость, головокружение, извращение вкуса и ломкость ногтей. Через 4 недели после терапии интенсивность жалоб снизилась на 63%, а спустя 3 месяца после родов только 9% пациенток отмечали остаточные симптомы, что свидетельствовало о высокой клинической эффективности лечения.

Клинические случаи подтверждали общие закономерности. У повторнобеременной пациентки В., 1988 г.р., на сроке 32 недель до лечения уровень гемоглобина составлял 82 г/л, гематокрит – 26, эритроциты – 2,6, ферритин – 7,9 мкг/л, сывороточное железо – 9,92 мкмоль/л. После терапии карбоксимальтозатом железа по схеме 1000 мг + 500 мг через 4 недели гемоглобин повысился до 105 г/л, гематокрит – до

Таблица 1

Исходные показатели лабораторных анализов до лечения

Показатель	Значение (M±m)
Гемоглобин (г/л)	82,6±4,5
Ферритин (мкг/л)	7,85±1,2
Сывороточное железо (мкмоль/л)	9,92±2,1
ОЖСС (мкмоль/л)	73,2±5,6
Насыщение трансферрина (%)	13,5
Гепсидин (нг/мл)	Низкий уровень
Ретикулоциты (%)	0,6±0,1

Таблица 2

Динамика лабораторных показателей после лечения

Показатель	До лечения (M±m)	Через 4 недели (M±m)	Через 3 месяца после родов (M±m)
Гемоглобин (г/л)	82,6±4,5	104,3±3,8	112,4±4,1
Ферритин (мкг/л)	7,85±1,2	151,0±5,6	136,3±7,2
Сывороточное железо (мкмоль/л)	9,92±2,1	32,1±4,3	28,7±3,5
ОЖСС (мкмоль/л)	73,2±5,6	54,6±4,9	50,3±4,2
Насыщение трансферрина (%)	13,5	27,8	30,5
Гепсидин (нг/мл)	Низкий уровень	Высокий уровень	Среднефизиологический уровень
Ретикулоциты (%)	0,6±0,1	2,5±0,3	1,8±0,2

Таблица 3

Сравнение клинических случаев

Пациентка	Hb (г/л) до лечения	Ферритин (мкг/л) до лечения	Hb (г/л) после 4 недель	Ферритин (мкг/л) после 4 недель
В., 1988 г.р. (32 нед.)	82	7,9	105	290,6
А., 1996 г.р. (26 нед.)	86	7,8	94	151,0

32, эритроциты – до 3,6, ферритин – до 290,6 мкг/л, сывороточное железо – до 32,1 мкмоль/л. У первобеременной пациентки А., 1996 г.р., на сроке 26 недель до лечения уровень гемоглобина составлял 86 г/л, гематокрит – 26, эритроциты – 2,6, ферритин – 7,8 мкг/л. Через 4 недели после терапии гемоглобин повысился до 94 г/л, гематокрит – до 31,6, эритроциты – до 3,3, ферритин – до 151,0 мкг/л.

Результаты исследования показали, что карбоксимальтозат железа является эффективным препаратом для лечения железодефицитной анемии у беременных женщин. Уже через 4 недели наблюдалось значительное повышение уровня гемоглобина и ферритина, сопровождавшееся улучшением общего состояния пациенток. Достигнутые показатели сохранялись в течение 3 месяцев после родов, что подтверждало долгосрочный эффект терапии. Сравнение с литературными данными показало, что использование парентерального карбоксимальтозата железа обеспечивает более быстрый и стойкий эффект по сравнению с пероральными препаратами железа. Включение в исследование ретикулоцитов и гепсидина позволило объективно оценить процессы эритропоэза и метаболизма железа. Исследование подтверждает необходимость ранней диагностики и своевременного лечения железодефицитной анемии у беременных, что способствует снижению риска анемии в послеродовом периоде и улучшению прогноза для матери и ребенка.

Применение карбоксимальтозата железа в исследовании показало выраженную эффективность в лечении железодефицитной анемии у беременных женщин. Согласно протоколу, препарат вводился в дозировке 1000 мг + 500 мг, что обеспечило быстрое восполнение дефицита железа и способствовало стабилизации ключевых показателей крови.

Уже через 4 недели после начала терапии уровень гемоглобина повысился с 82,6±4,5 г/л до 104,3±3,8 г/л, а через 3 месяца после родов составил 112,4±4,1 г/л, что свидетельствует о стойком эффекте препарата.

Резкое увеличение уровня ферритина с 7,85±1,2 мкг/л до 151,0±5,6 мкг/л спустя 4 недели терапии и его сохранение на уровне 136,3±7,2 мкг/л спустя 3 месяца подтверждает высокую эффективность парентерального введения карбоксимальтозата железа по сравнению с пероральными препаратами, которые обычно требуют более длительного периода для достижения аналогичных результатов.

Важным биомаркером эффективности терапии стал гепсидин, уровень которого до лечения был минимальным, что характерно для железодефицитной анемии. После введения карбоксимальтозата железа через 4 недели отмечено его значительное повышение, указывающее на восполнение депо железа и снижение его абсорбции в кишечнике. Через 3 месяца уровень гепсидина нормализовался, что подтверждает долговременное усвоение железа и стабильность запасов в организме.

Динамика ретикулоцитарного индекса также отражает активизацию эритропоэза: до лечения уровень 0,6±0,1% свидетельствовал об угнетении костномозгового кроветворения, однако после терапии наблюдалось его увеличение до 2,5±0,3%, а затем стабилизация на 1,8±0,2% спустя 3 месяца. Это подтверждает, что карбоксимальтозат железа эффективно стимулирует процесс кроветворения.

Дополнительные данные из онлайн-анкетирования подтвердили клиническое улучшение состояния пациенток. На начальном этапе 82% женщин жаловались на общую слабость, головокружение, извращение вкуса и ломкость ногтей. После 4 недель терапии эти симптомы снизились на 63%, а спустя 3 месяца только 9% пациенток отмечали остаточные признаки анемии.

Таким образом, карбоксимальтозат железа продемонстрировал быструю и стойкую эффективность, обеспечивая не только нормализацию лабораторных показателей, но и клиническое улучшение состояния пациенток в долгосрочной перспективе.

Комплексный анализ диагностики и лечения анемии у беременных подтвердил высокую эффективность предложенной стратегии. Введение карбоксимальтозата железа способствовало не только быстрому восполнению дефицита железа, но и устойчивому сохранению достигнутых результатов в течение трех месяцев после родов. Динамика лабораторных показателей демонстрирует, что методика позволяет достичь стойкого повышения уровня гемоглобина и ферритина, минимизируя вероятность рецидива анемии.

Расширенный подход к диагностике, включающий определение ключевых биомаркеров, таких как гепсидин и ретикулоциты, обеспечил более детализированное понимание механизмов развития железодефицитных состояний. Применение этих параметров позволило не только установить истинную природу анемии, но и скорректировать лечебные меры в зависимости от особенностей метаболизма железа у каждой пациентки. Это значительно уменьшает вероятность недостаточной коррекции анемии и позволяет добиться более прогнозируемых результатов.

Дополнительно сочетание лабораторного анализа с анкетированием пациенток дало возможность проследить за изменением субъективного восприятия состояния здоровья в динамике. Корреляция клинических симптомов с объективными данными крови позволила не только подтвердить действенность терапии, но и глубже понять индивидуальные особенности адаптации организма к лечению. Такой междисциплинарный подход повышает уровень персонализации медицинской помощи и способствует более точному выбору тактики коррекции дефицита железа.

Полученные результаты подчеркивают целесообразность внедрения внутривенных препаратов железа в акушерскую практику, особенно для групп с высоким риском осложнений. Применение карбоксимальтозата железа демонстрирует выраженные преимущества перед традиционной пероральной терапией, позволяя быстрее нормализовать показатели крови и поддерживать их на необходимом уровне. Скорость и стабильность терапевтического эффекта делают эту стратегию особенно актуальной в условиях современ-



Рис. 1. Динамика уровня гемоглобина, ферритина и сывороточного железа

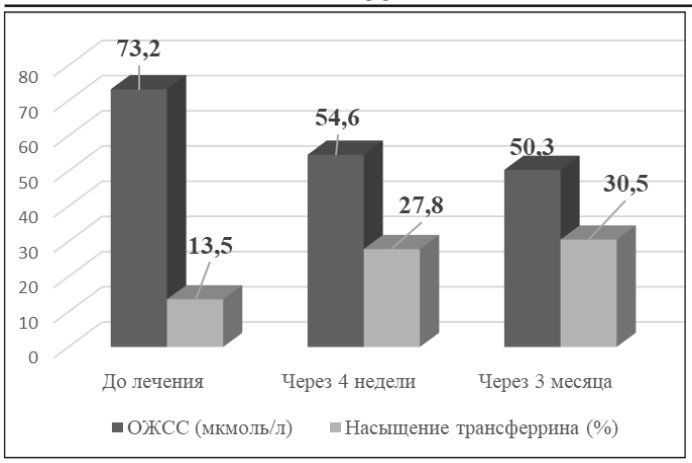


Рис. 2. Динамика уровня ОЖСС и насыщения трансферрина железом

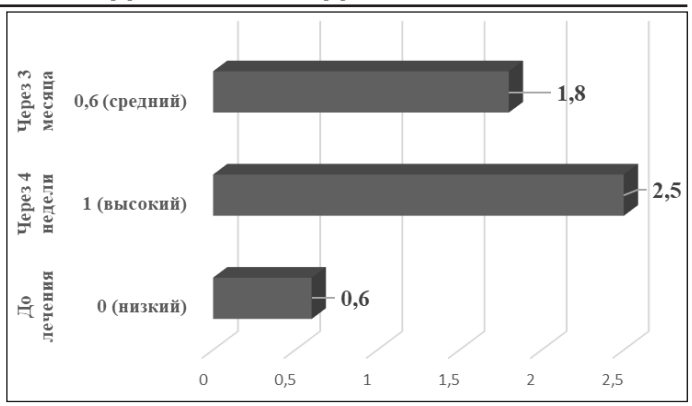


Рис. 3. Динамика уровня гепсидина и ретикулоцитов

ной медицины.

Таким образом, комплексный алгоритм диагностики и терапии анемии, основанный на анализе специфических биомаркеров и индивидуальном подборе препаратов, представляет собой эффективный метод коррекции железодефицитных состояний. Включение этих диагностических и лечебных стандартов в клиническую практику позволит не только повысить качество медицинской помощи, но и значительно снизить риск осложнений, связанных с анемией, как для матери, так и для ребенка.

Выводы. В исследовании была подтверждена высокая распространенность железодефицитной анемии среди беременных женщин, а также выявлена необходимость ранней диагностики и своевременной терапии. Использование комплексного подхода, включающего лабораторные биомаркеры и анкетирование, позволило получить объективную картину состояния пациенток и выявить ключевые закономерности течения заболевания.

Анализ динамики показателей крови продемонстрировал, что карбоксимальтозат железа является эффективным средством коррекции анемии, обеспечивая быстрое восстановление уровня гемоглобина, ферритина и гепсидина. Уже спустя четыре недели терапии наблюдалось значительное улучшение биохимических маркеров, а через три месяца после родов достигнутый эффект сохранялся, что свидетельствует о долгосрочной стабильности лечения.

Дополнительное внимание было уделено роли гепсидина как ключевого регулятора метаболизма железа. Его динамика позволила оценить не только восполнение запасов микроэлемента, но и адаптацию организма к изменению уровня железа. Введение ретикулоцитарного индекса в анализ дало возможность объективно оценить процессы кроветворения и реакцию костного мозга на терапию.

Клинические данные подтвердили снижение выраженности симптомов анемии у большинства пациенток, что коррелировало с улучшением лабораторных показателей. Уменьшение слабости, головокружений и других проявлений дефицита железа свидетельствовало о высокой переносимости терапии и ее положительном влиянии на качество жизни пациенток.

Результаты исследования демонстрируют необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению анемии у беременных, включающего не только традиционные показатели, но и современные биомаркеры. Данный метод позволяет не только эффективно выявлять патологию, но и прогнозировать эффективность терапии, обеспечивая индивидуальный подход к каждому случаю.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авторы клинических рекомендаций по железодефицитной анемии. Клинические рекомендации. Железодефицитная анемия. 2021. URL: https://gbpokachi.ru/upload/medialibrary/81b/hmct9ew0cod31zwgy2y2skydhvgcn4gk.pdf (дата обращения: 11.03.2025).

2. Бахарева И.В. Профилактика и лечение анемии беременных: результаты использования витаминно-минеральных комплексов (по данным Российской многоцентровой программы) // Российский вестник акушера-гинеколога. 2017. №3. С. 66-70. URL: https://www.mediasphera.ru/issues/rossijskij-vestnik-akushera-ginekologa/2017/3/1172661222017031066 (дата обращения: 11.03.2025).

3. Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Зинин В.Н., Иванников С.Е., Кельдасова М.Р. Железодефицитная анемия у беременных // Уральский медицинский журнал. 2023. Т. 22. №5. С. 141-149. URL: https://elib.usma.ru/bitstream/usma/17403/1/UMJ_2023_22_05_017.pdf (дата обращения: 11.03.2025).

4. Болотова Е.В., Крутова В.А., Дудникова А.В., Просолупова Н.С., Сороченко А.А. Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики железодефицитной анемии. URL: https://bagkmed.ru/personal/pdf/Posobiya/Актуальные%20вопросы%20ЖДА.pdf (дата обращения: 11.03.2025).

5. Виноградова М.А., Федорова Т.А., Рогачевский О.В. Анемия при беременности: алгоритмы диагностики и лечения железодефицита // Акушерство и гинекология. 2014. №8. С. 4-9. URL: https://aig-journal.ru/articles/Anemiya-pri-beremennosti-algoritmy-diagnostiki-i-lecheniya-jelezodeficita.html (дата обращения: 11.03.2025).

6. Гербер Г.Ф. Железодефицитная анемия. URL: https://www.msdmanuals.com/ru/professional/гематология-и-онкология/анемии-обусловленные-нарушением-эритропоэза/железодефицитная-анемия (дата обращения: 11.03.2025).

7. Доброхотова Ю.Э., Бахарева И.В. Железодефицитная анемия беременных: профилактика и лечение // РМЖ. 2018. №2(I). С. 59-64. URL: https://www.rusmedreview.com/upload/iblock/804/59-64.pdf (дата обращения: 11.03.2025).

8. Дикке Г.Б., Стуклов Н.И. Латентный дефицит железа и железодефицитная анемия у беременных. Алгоритмы диагностики и лечения // Фарматека. 2021. Т. 28. №6. С. 19-24. URL: https://pharmateca.ru/ru/archive/article/40383 (дата обращения: 11.03.2025).

9. Елисеева Л.Н. Рецензия на учебное пособие «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики железодефицитной анемии». URL: https://bagkmed.ru/personal/pdf/Posobiya/Актуальные%20вопросы%20ЖДА.pdf (дата обращения: 11.03.2025).

10. Канорский С.Г. Рецензия на учебное пособие «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики железодефицитной анемии». URL: https://bagkmed.ru/personal/pdf/Posobiya/Актуальные%20вопросы%20ЖДА.pdf (дата обращения: 11.03.2025).

11. Метаболизм железа и лабораторная диагностика его нарушений // Лаборатория ДиаКОН. URL: https://www.diakonlab.ru/

files/Метаболизм_железа_и_лабораторная_диагностика_его_нарушений.pdf (дата обращения: 11.03.2025).

12. Подходы к диагностике, дифференциальной диагностике и лечению железодефицитной анемии и анемии хронических заболеваний // Журнал «Терапия». URL: https://therapy-journal.ru/ru/archive/article/44692 (дата обращения: 11.03.2025).

13. Camaschella C., Cappellini M.D., Comin-Colet J., de Francisco A., Dignass A., Doehner W. Iron deficiency across chronic inflammatory conditions: International expert opinion on definition, diagnosis, and management // PubMed. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30229431/ (дата обращения: 11.03.2025).

14. Ganz T., Nemeth E. Hepcidin and iron homeostasis // PubMed. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16122815/ (дата обращения: 11.03.2025).

15. Goodnough L.T., Nemeth E., Ganz T. Detection, evaluation, and management of iron-restricted erythropoiesis // PubMed. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21239821/ (дата обращения: 11.03.2025).

16. Kelsey J., Khusainova R.I., Lam C.S., Lindgren S., Ludwig H., Macdougall I.C., Motyl J. Iron deficiency across chronic inflammatory conditions: International expert opinion on definition, diagnosis, and management // PubMed. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30229431/ (дата обращения: 11.03.2025).

17. Sullivan L., Thomas C., Thomas L., Ullrich A., Vifor Pharma International Anaemia Management Study Group, Wish J.B. Assessing iron status: beyond serum ferritin and transferrin saturation // PubMed. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19121478/ (дата обращения: 11.03.2025).

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ДИСТЕНЦИЕЙ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ И СМЕШАННОЙ ФОРМОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ МОЧИ

Ф.Д. Каримова, М.Р. Ботирова, Х.М. Саатова

Центр развития профессиональных квалификаций медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Кафедра акушерства и гинекологии

Инконтиненция мочи у женщин во всем мире до сих пор продолжает оставаться одной из сложных и окончательно-нерешенных проблем уро-гинекологи. С возрастом распространенность недержания мочи отмечают около 25% женщин от 30 до 60 лет и более 50% женщин после 60 лет. Несмотря на множество предложенных способов лечения этого заболевания, выдвинутых теорий, обосновывающих причины этого заболевания и показаний к тому или иному способу лечения. Это проблема серьезно отражается практически на всех аспектах жизни, значительно затрудняет профессиональную деятельность, ограничивает социальные контакты и вносит дисгармонию в семейные отношения.

Ключевые слова: Инконтиненция мочи, недержание мочи у женщин, гиперактивность мочевыводящих путей, комплексное уродинамическое исследование, генитальный пролапс, цистоцеле ректоцеле.

Chanoq a’zolarining distensiyasi va siydikni ushlab turmaslikning aralash shakli bo‘lgan bemorlarni diagnostika qilish va davolashning zamonaviy holati

F.D. Karimova, M.R. Botirova, X.M. Saatova

Butun dunyoda ayollarda siydikni ushlab turmaslik hali ham uroginekologiyaning murakkab va to‘liq hal qilinmagan muammolaridan biri bo‘lib qolmoqda. Yoshi o‘tgan sari bu holatning tarqalishi sezilarli darajada oshadi: 30 yoshdan 60 yoshgacha bo‘lgan ayollarning taxminan 25 foizida va 60 yoshdan oshgan ayollarning 50 foizidan ko‘prog‘ida uchraydi. Ushbu kasallikni davolash uchun ko‘plab usullar, shuningdek, uning sabablari va muayyan davolash usullarini qo‘llashga asoslangan nazariyalar taklif qilinganiga qaramasdan, muammo to‘liq yechim topmagan.Siydikni ushlab turmaslik muammosi hayotning deyarli barcha jihatlariga jiddiy ta’sir ko‘rsatadi: professional faoliyatni murakkablashtiradi, ijtimoiy aloqalarni cheklaydi va oila munosabatlarida disharmoniya keltirib chiqaradi.

Tayanch so‘zlar: Siydikni ushlab turmaslik, ayollarda giperoaktiv siydik chiqarish yo‘llari, kompleks urodinamik tadqiqot, genital prolaps, tsistocele, rektocele.

Current state of diagnosis and management of patients with pelvic organ prolapse and mixed urinary incontinence

F.D. Karimova, M.R. Botirova, H.M. Saatova

Urinary incontinence in women remains one of the most complex and unresolved issues in urogynecology worldwide. The prevalence of urinary incontinence increases with age, affecting approximately 25% of women aged 30 to 60 years and more than 50% of women over 60 years. Despite numerous proposed treatment methods, theories explaining the causes of this condition, and indications for specific treatment approaches, the problem remains unresolved.This issue significantly impacts almost all aspects of life, greatly complicates professional activities, limits social interactions, and disrupts harmony in family relationships.

Keywords: Urinary incontinence in women, overactive urinary tract, comprehensive urodynamic study, genital prolapse, cystocele, rectocele.

Введение. Основными причиной развития инконтиненции мочи у женщин является снижение тонуса тазового дна, приводящее к опущению тазовых органов (матки, влагалище, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повреждения соединительно-тканных структур тазового дна, нарушения координации различных мышечных групп.

Таким образом, инконтиненции мочи у женщин продолжает оставаться одной из наиболее серьезных проблем в уро-гинекологии, методы лечения которого до сих пор нуждаются в дальнейшей оптимизации. В связи с этим исследования, направленные на изучение результатов хирургического лечения данной патологии и поиск путей повышения их эффективности представляют большой научно-практический интерес.

Обзор литературы. Дистенция тазовых органов – заболевание, при котором происходит смещение женских тазо-

вых органов из их физиологического положения во влагалище или через влагалище наружу. На сегодняшний день ПГ представляет собой важную медицинскую, социальную и этическую проблему.

Распространенность среди женского населения, по данным разных авторов, составляет 5-48 % [2]. В результате многофакторности изучаемое заболевание наблюдается среди пациентов широкого возрастного диапазона. ПГ встречается в основном в позднем репродуктивном и перименопаузальном периодах. Но если еще в 70-х годах пролапс тазовых органов все же считался заболеванием лиц пожилого возраста, то в настоящее время средний возраст этих больных составляет 50 лет, причем, по некоторым данным, удельный вес пациенток моложе 40 лет достигает 26%. Среди женщин пожилого и старческого возраста частота ПГ возрастает до 50-60% и, как правило, сочетается с различными урогенитальными нарушениями, возрастающими до 80% в постменопаузе. В структуре гинекологической заболеваемости в нашей стране, доля генитального пролапса составляет 15-30% [7]. Хирургическая коррекция опущения и выпадения половых органов занимает 3-е место в структуре показаний к оперативному лечению после доброкачественных опухолей и эндометриоза [4]. В последние годы отмечается тенденция к «омоложению» патологии, в последующие тридцать лет количество женщин, имеющих патогенетические основания для формирования пролапса и нарушений функции тазовых органов, удвоится. В связи с этим данную патологию называют «скрытой эпидемией», что придает ей особую актуальность [5,6]. Анализ литературы показал значительный научный прогресс, который заметно расширил представления об этиологии и патогенезе развития ПГ. Всеми признается существование несостоятельности тазового дна как основного и главного фактора развития пролапса [4]. ПГ следует рассматривать как разновидность тазовой грыжи, которая имеет грыжевые ворота, грыжевой мешок и его содержимое [1].

Этиология генитального пролапса имеет многофакторную природу. Из всего многообразия можно выделить наиболее распространенные и значимые этиологические факторы. Около трети всех обследованных женщин указывают родовой травматизм (травмы мягких родовых путей, высокий паритет, частые роды, применение различных акушерских пособий в родах, крупный плод) в качестве основной причины возникновения симптомов ПГ [7]. Существует мнение о влиянии длительности второго периода родов на риск возникновения несостоятельности тазового дна в будущем. По некоторым данным, любая беременность, длящаяся более 20 недель, независимо от способа родоразрешения, повышает риск данной патологии [8,9]. Важным фактором в возникновении несостоятельности связочного аппарата и тазовой диафрагмы

В связи, с чем пролапс органов малого таза у женщин заслуживает пристального внимания по ряду причин. Это в первую очередь связано с высокой частотой заболеваемости, которая колеблется от 15 до 30% не только среди женщин пожилого возраста, но и репродуктивного, удельный вес которых составляет не менее одной трети (Кулаков В.И. и соавт., 1995; Wattiezetul A. et al. 2000), а в возрастной группе старше 50 лет частота пролапса достигает 40% (Буянова С.Н. и соавт., 2004), кроме того, все исследователи отмечают рост заболеваемости этой патологией (Сашин Б.Е. и соавт., 2000; Нестеров Ф.В. и соавт. 2005; Kiftis T.S. et al. 1995). Также велик удельный вес больных с пролапсом органов малого таза в структуре гинекологических вмешательств, (Голдина А.Я и соавт., 1986; Полякова И.С. и соавт., 1990; Буянова С.Н. и соавт., 2001; Vierhout M.E. et al., 2004).

Необходимо отметить, что в последние десятилетия наблюдается увеличение продолжительности жизни. В связи, с этим большинство женщин заинтересованы в том, чтобы сохранить сексуальный потенциал после менопаузы (Кулаков В.И и соавт., 1998; Краснопольский В.И. и соавт., 2000; Цой А.С., 2005; Rouhies G. et al., 1995).

Эта патология вызывает ряд проблем у женщин, которые существенно влияют на их трудоспособность и нередко являются причиной нарушения различных функций организма (менструальной, половой, детородной, мочевыделительной и т.д.).

Наиболее распространенным проявлением нарушений функций соседних органов и одним из самых частых симптомов генитального пролапса является нарушение мочевыделения и акта дефекации, что требует специальных гинекологических приемов в лечении и, кроме того, создает ряд неудобств семейного и общественного характера: и это, в первую очередь, недержание мочи и чаще всего являющего следствием стрессового недержания мочи, которое наблюдается у 32-50% больных (Краснопольский В.И. и соавт, 1999; Ищенко А.И. и соавт, 2000; Буянова С.Н. и соавт, 2002; Гарский С.Л. и соавт. 2003; Macleod D. et al. 1991; Danielson C.O. et al. 1997). Стрессовое недержание мочи является серьезной проблемой особенно для женщин, ведущих активный образ жизни.

Как указывают Аполихина И.А. и соавт. (2005), Макаров О.В. и соавт. (2005), это осложнение в значительной степени влияет на уровень здоровья женщины, в том числе репродуктивное, все это приводит к потере трудоспособности, ухудшению качества жизни. Страдает профессиональная сфера женщины, ее занятость, осложняется поведение в обществе и участие в производственной и социальной деятельности. Это в свою очередь приводит к неустойчивости психики, частичному или полному ограничению нормальной жизнедеятельности, а в ряде случаев и инвалидности. Многие исследователи, занимающиеся детальным изучением стрессовой инконтиненции, считают, что в основе ее развития лежит смещение проксимальной уретры и уретровезикального сегмента (Пушкарь Д.Ю: и соавт., 2000; Elving L.B. et al, 1989; Liu C.V. et al., 1998).

Пролапс органов малого таза у женщин всегда носит прогрессирующий характер (Рижинашвили И.Д. и соавт., 1998; Савицкий Г.А. и соавт., 2000). Тесные анатомические связи между стенками влагалища, мочевым пузырем и прямой кишкой способствуют сочетанному опущению органов. Необходимо отметить, что проктологические осложнения развиваются у каждой третьей больной, а уродинамические – у каждой второй (Буянова С.Н. и соавт., 2004).

Как отмечают Л.В. Адамян и соавт. (2000) частота урогенитальных нарушений возрастает с увеличением возраста женщин, и с наступлением пери-, постменопаузы, достигает 80% из-за резкого снижения уровня половых гормонов яичников. Поэтому необходимо назначать своевременно применение заместительной терапии, которая в ряде случаев предотвращает прогрессирование заболевания на что указывают многие исследователи (Балан Б.Е. и соавт., 1995, Прилепская В.Н., 2000, Стрижакова М.А., 2001, Kaplan A.L., 1993).

В литературе довольно большое внимание уделено вопросам этиопатогенеза пролапса органов малого таза, и все исследователи отмечают многочисленность причин, приводящих к этой патологии, основу которой составляет дистрофия и несостоятельность связочного аппарата матки и мышц-тазового дна (Стрижакова М.А., 2001; Аполихин М.А. и соавт., 2005; Monga A., 1996; McNamara P.S. etal., 1997).

Пролапс органов малого таза относится, к аномалиям положения половых органов (Пушкарь Д.Ю., 1996; Макаров О.В. и соавт., 2000; Vignali A., 1990). Большинство исследователей отмечает, что причиной пролапса органов малого таза в различной степени выраженности является врожденная слабость мышц тазового дна, а также врожденное укорочение влагалища или наличие глубоких маточно-везикальных или маточно-ректальных. каналов (Попов А.А. и соавт., 2002; Ящук А.F. и соавт., 2003; Смольнова Т.Ю и соавт., 2005; Grav A., 1994). Основная нагрузка по удержанию органов малого таза падает именно на мышечный компонент тазового дна, поэтому его ослабление сопровождается выпадением влагалища и матки, цистоцеле, ректоцеле и другими нарушениями (Загребина В.А. и соавт., 1997; Phaneue L.E., 1995).

Также многие исследователи указывают, что наиболее частой причиной является деторождение и менопауза. Очень редко, но все же наблюдается эта патология у нерожавших женщин, которая чаще всего связана с тяжелым физическим трудом, астеническим телосложением и пониженным питанием.

К предрасполагающим факторам риска возникновения опущения и выпадения влагалища и матки относится длительный и тяжелый физический труд (Сашин Б.Е. и соавт., 2000; Zubszvcki J, 1995), многочисленные беременности и тяжелые роды, разрывы промежности при родах, плотное прикрепление плаценты и ручное исследование полости матки, неадекватное восстановление повреждений тазового дна при родах (Кулаков В.И. и соавт., 1999; Lienemann A. et al., 2003).

В этих случаях пролапс обусловлен несостоятельностью мышц тазового дна, которое возникает в результате повреждения мышц промежности и тазовой диафрагмы в родах, особенно если разрывы не ушивают, и они заживают вторичным натяжением (Рязанцев Е.Ж. и соавт., 2000; Пушкарь Д.Ю. и соавт., 2000).

Ряд исследователей отмечает, что во время родов происходят, денервационные изменения тазового дна и сфинктера анального отверстия, которые могут приводить к временному, а иногда и постоянному недержанию мочи и кала.

Изменения состояния мочевой системы при выпадении и опущении половых органов обусловлены общностью эмбриогенеза женских мочеполовых органов, общностью иннервации и кровоснабжения, влияние на мочеполовую систему родов, операций, гормональных нарушений (Буянова С.Н и соавт., 2002).

Следует особо отметить, что недержание мочи является, социально-экономической проблемой. Так, например, на конференции, где обсуждались вопросы недержания мочи у взрослых в 1988 г., Национальные институты здоровья США оценили ежегодные финансовые расходы на лечение этого недуга в размере 10,3 млрд. долларов. По данным литературы, после 40 лет каждая вторая женщина отмечает непроизвольное выделение мочи. Поскольку в настоящее время наблюдается тенденция к старению популяции населения экономически развитых стран, проблема недержания мочи будет занимать все большее место в гинекологической практике. Из всех случаев недержания более чем в 40% оно является стрессовым и требует чаще всего хирургического лечения. Термин «стрессовое недержание» был введен E. Hollandom (1928) и подразумевал непроизвольное мочеиспускание при физическом усилии. Его стали использовать не только как определение симптома и признака, но и в качестве диагностического термина. По мере прояснения патофизиологии недержания мочи начали понимать, что термин «стрессовое недержание» является неопределенным, поскольку применялся и к симптому, и к признаку, и к диагнозу. Действительно, симптом и признак стрессового недержания можно обнаружить при большинстве типов недержания. В наши дни термин «стрессовое недержание» сохранился для обозначения симптома непроизвольного мочеиспускания при физическом усилии и признака мочеиспускания из уретры сразу после повышения абдоминального давления. Термин «истинное стрессовое недержание». C. P. Hodgkinson и соавт. в 1963 г. ввели термин «диссинергическая дисфункция детрузора», за которым последовали синонимы – настойчивое недержание, свободный мочевой пузырь, неустойчивость мочевого пузыря/неустойчивый пузырь. В 1979 г. ICS определило неустойчивый мочевой пузырь как «объективно способный сокращаться спонтанно или при провокации, во время фазы наполнения, в то время как пациент пытается сдерживать мо-чеиспускание. Неустойчивые сокращения могут быть асимптоматическими и совсем не обязательно подразумевают неврологические нарушения». Сокращения являются фазными. Другой термин – «низкая податливость» – применяют для обозначения постепенного повышения давления детрузора без последующего его снижения во время наполнения мочевого пузыря. Термин «гиперрефлективность детрузора» используют при фазных неудержимых сокращениях, при очевидных признаках неврологических нарушений.

Так одним из клинических проявлений пролапса органов малого таза является стрессовое недержание мочи. Причиной же стрессового недержания мочи считают ослабление мышц тазового дна, или же патологические роды в генезе недержания мочи и выпадения половых органов решающая роль принадлежит не количеству родов, а их течению (Климов М.М., 1990; Delancey V., 1989; Brown C, 1995). Однако, ряд исследователей (Балан В.Е., 1998; Carley M.E. et al., 1999) считает, что большее значение для развития недержания мочи, выпадения и опущения матки и влагалища имеют обменные нарушения, возникающие в соединительной ткани, а не непосредственно сами роды.

Патогенетически уретроцеле возникает в результате потери поддержки лобково-шеечной фасции и задних трубно-уретральных связок, а ректоцеле – это результат ослабления задней стенки влагалища, здесь прямая кишка опускается и достигает стенки влагалища. Энтероцеле – это выбухание петли тонкой кишки в просвет влагалища, цистоцеле – это выбухание задней стенки мочевого пузыря в просвет влагалища. Все вышеизложенное приводит к тому, что у женщин появляются урогенитальные расстройства и нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта.

Также одной из причин пролапса являются различные оперативные вмешательства на органах малого таза.

Нередко опущения и выпадения возникают после ги-

стерэктомии (Bender S., 1990, Shaw H.N., 1992; Dallalana E.M., 1993; Israel S.L., Weber L.L., 1993; Ring H.H., 1995; Anselmino KJ.,1997). Лечение этой группы больных представляет определенные сложности, а иногда заканчивается и летальным исходом, о чем сообщает Schilbach O (1995). Учитывая это обстоятельство одной из актуальных проблем оперативной гинекологии является профилактика выпадения влагалища после гистерэктомии (Шалаев О.Н., Иванов И.Л., 1997; Аскольская С.И., 1998; Shaw H.N., 1991; Kelso J., 1995; Webb M.J et al, 1998). Для снижения частоты пролапса после вагинальной гистерэктомии Краснопольский В.И. и соавт. (1998) больным с неполным и полным выпадением матки осуществляли одномоментное укрепление купола влагалища за счет круглых, воронко-тазовых, крестцово-маточных связок и мощной соединительно-тканной структуры тазовой диафрагмы. Данная методика позволила снизить частоту рецидивов с 10,4% до 2,3%.

Во время гистерэктомии при наличии опущения стенок влагалища для профилактики пролапса влагалищного свода рекомендуется при зашивании раны влагалища двумя-тремя восьмиобразными швами, захватывать в шов не только его передней и задней стенки, но и кардинальные и крестцово-маточные связки и при этом обязательным этапом является дополнительное сшивание между собой крестцово-маточных и кардинальных связок, и фиксация их к культе влагалища. Следует иметь в виду, что у этих больных имел место риск возникновения выпадения свода влагалища после гистерэктомии (при наследственной предрасположенности, если в анамнезе двое и более родов, осложненные роды, ранее выполнялись операции по поводу пролапса органов малого таза, и если имеются факторы, способствующие хроническому повышению внутрибрюшного давления) (Стрижакова М.А. 2001).

Многие авторы считают, что ведущую роль в патогенезе пролапса половых органов играет системный дефект соединительной ткани. Это нашло подтверждение в работах ряда авторов, которые подвергли детальному обследованию женщин с опущением и выпадением влагалища и матки и выявили последствия изменения соединительной ткани (Буянова С.Н. и соавт., 1998; Адамян Л.В. и соавт., 1999; Baden W.F., Walkner T., 1992). Под влиянием, какого-либо из факторов (одного или нескольких) возникает функциональная несостоятельность связочного аппарата внутренних половых органов и тазового дна и на этом фоне при повышении внутрибрюшного давления органы начинают выходить за пределы тазового дна (Савельева И.С., 1995; Загребина В.Л., и соавт., 1997; Stantan S.L., 1988; Delancey J.O., Hurd W.W., 1998; Mouritsen L., 2005).

В связи с чем, в каждом отдельном случае следует подбирать метод коррекции строго индивидуально, пренебрежение этим правилом чревато возникновением рецидива болезни, на что указывают многие исследователи (Загребина В.А и соавт., 1997; Ищенко А.И и соавт., 2000; Richardson A.G., 1990).

Таким образом, пролапс органов малого таза обусловлен довольно многими причинами, является общемедицинской проблемой, требует тщательного подбора комплексных методов коррекции, с учетом причин возникновения данной патологии.

Поиск качественно новых путей коррекции, с применением высокотехнологических малоинвазивных методов позволит значительно снизить частоту оперативных вмешательств и частоту рецидивов данной патологии, что позволит повысить качество оказываемых медицинских услуг.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александров В.Б. Лапароскопические технологии в колоректальной хирургии / В.Б. Александров. М.: Медпрактика, М., 2023. 188 с.

2. Алипьев В.Ю. О целесообразности сочетанных операций у проктологических больных / В.Ю. Алипьев, А.Б. Сорогин // Хирургия. 2020. №1. С. 41-43.

3. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Лечение недержания мочи методом биологической обратной связи / С.Х .Аль-Шукри, И.В.Кузьмин // Биол. обратная связь. 2017. №1. С.15-16.

4. Оперативная гинекология / под ред. В.И. Кулакова. М.: Медицина, 1990. 464 с.

5. Операции при комбинированном выпадении прямой кишки и матки, недостаточности анального жома и ректоцеле / Т.В. Абуладзе [и др.] // Акт. проблемы колопроктологии. V Всероссийская конф. с междунар. участием. Тез. докл. Ростов-на-Дону, 2001. С.4.

6. Операция Раза в лечении недержания мочи при напряжении у женщин / О.Б. Лоран [и др.] // Урол. и нефрол. 1996. №1. С.37- 41.

7. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия): дис. д-ра мед. наук / В.Е.Балан. М., 1998.

8. Брауде И.Л. Оперативная гинекология / И.Л. Брауде. Москва: Медгиз, 1959. Изд. 2. 656 с.

9. Диагностика и лечение сложных и смешанных форм недержания мочи / С.Н. Буянова [и др.] // Акушерство и гинекология. 2005. №1. С. 54-57.

10. Диагностическая ценность комбинированного уродинамического исследования при различных формах недержания мочи у женщин / Д.Ю. Пушкарь [и др.] // Урол. и нефрол. 1996. №4. С. 21-25.

11. Тевлин К.П. Функция нижних мочевых путей у женщин после хирургической коррекции недержания мочи: автореф. дис. канд. мед. наук / КЛ. Тевлин. М., 1997.

12. Патогенез атрофического цистоуретрита и различные виды недержания мочи у женщин в климактерии / В.Е. Балан [и др.] // Cons. Med. 2001. Т.3, №7. С. 322-331.

13. Гинекология по Эмилю Новаку / под ред. Д. Берека, И. Адаши, П. Хиллард. Пер. с англ. М.: Практика, 2002. 896 с.

14. Гинсбунг И.С. К модификации способа оперативной фиксации прямой кишки / И.С. Гинсбунг // Учен, записки Азербайджанского мед. ин-та. Баку, 1966. Вып.23. С. 18-22.

15. Давыдов С.Н. Атлас гинекологических операций / С.Н. Давыдов, Б.М. Хромов, В.З. Шейко. Под ред. проф. А.Э. Мандельштама. Ленинград: Медицина, 1973. 290 с.

16. Даценко Б.М. Гнойная рана / Б.М. Даценко; С.Г. Белов, Т.И. Тамм. Киев: Здоров'я, 1985. 136 с.

17. Диагностика и лечение сложных и смешанных форм недержания мочи / С.Н. Буянова [и др.] // Акушерство и гинекология. 2005. №1. С.54-57.

18. Диагностическая ценность комбинированного уродинамического исследования при различных формах недержания мочи у женщин / Д.Ю. Пушкарь [и др.] // Урол. и нефрол. 1996. №4. С. 21-25.

19. Дрыга А.В. Возможности трансректальной ультрасонографии при диагностике ректоцеле / А.В. Дрыга, В.А. Привалов, Е.М. Ермак // Колопроктология. 2003. №4 (6). С.15-19.

20. Дрыга А.В. К вопросу об ультразвуковой диагностике ректоцеле / А.В. Дрыга, В.А. Привалов, Е.М. Ермак // Акт. вопросы колопроктологии. Тез. докл. I съезда колопроктологов России с междунар. участием. Самара, 2003.

21. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия): дис. д-ра мед. наук / В.Е.Балан. М., 1998.

22. Брауде И.Л. Оперативная гинекология / И.Л. Брауде. Москва: Медгиз, 1959. Изд. 2. 656 с.

23. Выбор метода хирургического лечения ректоцеле / Ю.А. Шелыгин [и др.] // Акт. проблемы колопроктологии. Тез. докл. Ростов-на-Дону, 2001. С. 84 -85.

24. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия): дис. д-ра мед. наук / В.Е.Балан. М., 1998.

25. Брауде И.Л. Оперативная гинекология / И.Л. Брауде. Москва: Медгиз, 1959. Изд. 2. 656 с.

26. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия): дис. д-ра мед. наук / В.Е. Балан. М., 1998.

27. Брауде И.Л. Оперативная гинекология / И.Л. Брауде. Москва: Медгиз, 1959. Изд. 2. 656 с.

28. Выбор метода хирургического лечения ректоцеле / Ю.А. Шелыгин [и др.] // Акт. проблемы колопроктологии. Тез. докл. Ростов-на-Дону, 2001. С. 84 -85.

29. Выбор метода хирургического лечения ректоцеле / Ю.А. Шелыгин [и др.] // Акт. проблемы колопроктологии. Тез. докл. Ростов-на-Дону, 2001. С. 84 -85.

30. A multi-center analysis of the efficiency of tension-free vaginal tape (TVT) in Korea / J.Lee [et al.] // International Continence Society, ICS. 2001. ABS: 246.

31. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12) / R.G.Rogers [et al.] // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 2003. V. 14, №3. P. 164-168.

32. A technique for perineal rectosigmoidectomy using autosuture devices / F.D.Vermeulen [et al.] // Surg. Gynecol. Obstet. 1983. V. 156, №1. P. 85-86.

33. A transvaginal approach to repair of apical and other associated sitesof pelvic organ prolapse with uterosacral ligaments / B.L.Shull [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. 2002. V. 186, №4. P. 852-853.

34. Abdominal management of rectocele and enterocele: place of laparoscopic approach / J.P. Grandjean [et al.] // Ann. Chir. 2004. V. 129, №2. P.87-93.

35. Abdominal rectopexy for rectal prolapse / M. Scaglia [et al.] // Dis. Colon Rectum. 1994. V. 37, №6. P. 805-813.

36. Abdominal sacral colpopexy with Mersilene mesh in the retroperitoneal position in the management of posthysterectomy vaginal vault prolapse and enterocele / W.A.Addison [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. 1985. V. 153, №2. P. 140-146.

37. Abdominal spinal curvature and its relationship to pelvic organ prolapse / T.F.Mattox [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. 2003. V.183, №6. P. 1381-1384.

38. Abrams P., Fenety R., Torrens M. Urodynamics / P.Abrams, R.Fenety, M. Torrens Springer Verlag; Berlin, Heidelbery, New-York, 1983. 225 p.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА

Г.Н. Бекбаулиева, Н.М. Нигматова

Ташкентская медицинская академия

Невынашивание беременности на ранних сроках гестации составляют от 20% до 26% в структуре осложнений беременности первого триместра. К основным этиологическим факторам относятся: хромосомные аномалии, эндокринная патология, иммунные нарушения, инфекции генитального тракта, неблагоприятные факторы образа жизни, а также мужской фактор. Около 40% неразвивающей беременностей имеют неясный генез, так как встречается на раннем сроке. Обзор литературы подробно рассматривает причины и факторы невынашивание беременности в первом триместре.

Ключевые слова: невынашивание беременности, хромосомные аномалии, инфекционный фактор, тромбофилии, мужской фактор.

Birinchi trimestrdagi reproduktiv yo‘qotishlarning etiopatogenezi

G.N. Bekbauliyeva, N.M. Nigmatova

Dastlabki bosqichlarda homilani ko‘tara olmaslik homiladorlikning birinchi trimestridagi asoratlarining 20 foizidan 26 foizgachani tashkil etadi. Asosiy etiologik omillarga quyidagilar kiradi: xromosoma anomaliyalari, endokrin patologiyalar, immunitetning buzilishi, jinsiy yo‘llarning infeksiyalari, noqulay turmush tarzi omillari va erkak omili. Homila rivojlanmasligining taxminan 40 foizi noaniq kelib chiqishga ega, chunki ular erta bosqichda sodir bo‘ladi. Adabiyotlar shahrida birinchi trimestrdagi homiladorlikning sabablari va omillarini batafsil ko‘rib chiqiladi.

Tayanch so‘zlar: abort, xromosoma anomaliyalari, yuqumli omil, trombofiliya, erkak omili.

Etiopathogenesis of first trimester reproductive losses

G.N. Bekbaulieva, N.M. Nigmatova

Miscarriage in the early stages of gestation accounts for 20% to 26% of the first trimester pregnancy complications. The main etiological factors include: chromosomal abnormalities, endocrine pathology, immune disorders, genital tract infections, unfavorable lifestyle factors, and the male factor. About 40% of non-developing pregnancies have an unclear genesis, as they occur at an early stage. The literature review examines in detail the causes and factors of miscarriage in the first trimester.

Key words: miscarriage, chromosomal abnormalities, infectious factor, thrombophilia, male factor.

В последние десятилетия репродуктивная дисфункция у супружеских пар является не только медицинской, но и социальной проблемой во всем мире. На сегодняшний день наиболее частым осложнением беременности является выкидыш, частота которого составляет 10-20% от всех клинических случаев беременности. Частота привычных выкидышей у женщин репродуктивного возраста составляет 2-5%, вызывая различные нарушения репродуктивной системы. Преждевременные выкидыши составляют 5-20% всех беременностей, а преждевременные роды – 5-10% [2]. Кариотипические аномалии плода являются одной из наиболее важных причин генетического невынашивания беременности, что связано с тем, что в большинстве случаев хромосомный дисбаланс у эмбриона является результатом новой мутации в гаметах одного из родителей. Возраст родителей также является важным фактором риска аномалий гаметогенеза [7,10].

В последнее время появились научные данные о том, что наличие у женщин некоторых гинекологических заболеваний, ограничивающих реализацию репродуктивной функции, в частности эндометриоза энтометрия, ассоциируется с нарушением гаметогенеза и формированием анеуплоидных эмбрионов [15]. Поскольку большинство гинекологических заболеваний возникает в более молодом репродуктивном

возрасте, именно в репродуктивно активный период, приведенные выше данные побудили ученых изучать проблему невынашивания беременности с новой точки зрения генетических исследований: в случае двух и более спонтанных абортов вероятность наличия хромосомных аномалий (инверсии или транслокации) в кариотипе одного из родителей повышается, причем следует отметить, что наличие такой структурной перестройки хромосом не сопровождается изменением числа генов (количества генетического материала), поэтому у носителя данной мутации не проявляется фенотип. Однако в этом случае при формировании половых клеток неизбежно возникают мейотические аномалии, что приводит к образованию эмбрионов с аномальными гаметами и несбалансированными геномами, в результате чего повторяются спонтанные прерывания беременностей.

Цель данного исследования – расширить теоретические знания акушеров-гинекологов, врачей общей практики, магистров и клинических стажеров о причинах и факторах нарушений беременности в ранние сроки на основе международных и национальных данных.

Во-первых, это хромосомные аномалии и тератогенные нарушения (краснуха, грипп, вирусные гепатиты, радиоизлучение, различные лекарственные препараты), препятствующие развитию эмбриона; 2) во-вторых, это материнские факторы, которые представляют собой эндокринные, инфекционные, анатомические, иммунологические и генетические изменения в материнской среде; 3) в-третьих, это отцовские факторы, которые определяются сперматогенезом и рецессивным характером сперматогенеза [5].

Эмбриональные дефекты (хромосомные аномалии, тератогенные нарушения): Одной из основных причин невынашивания беременности (НБ) являются генетические факторы. Система антигенов главного комплекса гистосовместимости человека (HLA) обеспечивает контроль, индукцию и осуществление иммунных реакций, взаимодействие иммунокомпетентных клеток во всем организме, распознавание собственных и чужеродных элементов и распознавание измененных собственных клеток. Полиморфизмы в генах главного комплекса гисто-совместимости играют важную роль в нормальном течении беременности. Риск ранней внутриутробной гибели плода и бесплодия может быть связан с наличием специфических аллелей HLA или множественных совпадений генов HLA. В литературе имеются данные о том, что может существовать взаимосвязь между нарушениями беременности, связанными со специфическими HLA-аллелями и аутоиммунными процессами [12].

В научной медицинской литературе неоднократно отмечалось, что примерно 50% случаев неудачных беременностей связаны с наличием хромосомных аномалий (ХА) у плода. Традиционно геномные вариации в основном ассоциируются со спорадическими выкидышами. Большинство хромосомных перестроек у плода считаются «случайными» и не свидетельствуют о материнских нарушениях [4]. В то же время при привычных абортах патологические изменения в кариотипе эмбриона встречаются гораздо реже и составляют 3-5% [14]. Это означает, что в 95-97% случаев привычного аборта причина потери беременности может оказать влияние, если она будет своевременно выявлена. Однако любое логическое умозаключение должно быть подтверждено научными исследованиями. Вопреки сложившимся представлениям, в последние годы при сравнительном анализе хромосомных наборов эмбрионов или плодов от спорадических и привычных небеременных беременностей стали появляться данные о том, что достоверных различий в частоте хромосомных аберраций получить не удается. Эти хромосомные аномалии считаются наиболее частой причиной невынашивания беременности в первом триместре, независимо от акушерского анамнеза пациентки. Некоторые исследователи предполагают, что по каким-то причинам некоторые пациентки с нормальным кариотипом подвергаются большему риску расщепления хромосом во время мейоза или митоза, чем другие женщины того же возраста с аналогичными клиническими характеристиками. При таких обстоятельствах в продуктах зачатия в каждом случае нежелательной беременности могут быть обнаружены совершенно разные хромосомные перестройки. К сожалению, имеющиеся на сегодняшний день данные недостаточны для того, чтобы сделать окончательные выводы о частоте и характере ХА эмбриона/плода при спорадических и привычных нарушениях беременности. Имеющиеся исследования неоднородны по дизайну, а для изучения генетики продуктов зачатия используются различные методы. Поэтому мы считаем необходимым продолжать научные исследования в этом направлении. Полученные данные могут не только улучшить пре-концепционную подготовку в будущем, но и изменить подход к обследованию пациенток с потерей беременности [11].

С другой стороны, кариотипические аномалии плода являются важной причиной невынашивания беременности. В большинстве случаев хромосомный дисбаланс у эмбриона возникает в результате новых мутаций в гаметах одного из родителей. Одним из важнейших факторов риска дефектов гаметогенеза является возраст родителей. В последнее время появились данные о том, что некоторые заболевания, ограничивающие репродуктивную функцию, в частности эндометриоз, связаны с нарушениями гаметогенеза и образованием анеуплоидных эмбрионов. В случаях привычного невынащивания (два и более самопроизвольных абортов) более вероятно наличие хромосомной аномалии (инверсии или транслокации) в кариотипе одного из родителей. Такие структурные перестройки хромосом не приводят к изменению числа генов (количества генетического материала), поэтому фенотип не проявляется у носителя данной мутации. Однако в этом случае при формировании половых клеток неизбежно возникают мейотические нарушения, приводящие к образованию эмбрионов с аномальными гаметами и непропорциональными геномами, а также к повторным спонтанным абортам [16].

Материнские факторы (эндокринные, инфекционные, иммунологические, генетические изменения в материнской среде). Среди эндокринных факторов выявлен ряд взаимосвязей с эндокринными нарушениями, приводящими к эмбриональной гибели и недостаточности лютеиновой фазы (НПФ), что приводит к неадекватной структурно-функциональной перестройке гормонозависимого эндометрия, что не исключает возникновения имплантационной недостаточности, а в случае беременности может привести к ранней эмбриональной гибели [8]. Следует также обратить внимание на инфекционные факторы, имеющие важное значение в развитии репродуктивных потерь. Наличие инфекционных агентов в репродуктивных органах является одной из основных причин невынашивания беременности. Первое место по частоте встречаемости занимают хламидии, микоплазмы и C. albicans. Бактериальная инфекция является

одним из основных факторов, влияющих на развитие позднего выкидыша, преждевременных родов и плацентарной недостаточности [1]. При этом, по данным исследователей, инфекции являются наиболее важной причиной как спорадических, так и привычных выкидышей, в то время как другие указывают на важную роль инфекционных агентов только для спорадических выкидышей [3].

Известно, что беременность характеризуется сложными иммунологическими взаимоотношениями между материнским организмом и эмбрионом (плодом), что обеспечивает правильное и гармоничное развитие эмбриона и предотвращает его отторжение как своеобразного трансплантата, содержащего чужеродные для материнского организма гены отца [18]. Однако в то же время иммунные и гормональные изменения, происходящие во время беременности, повышают восприимчивость материнского организма к инфекционным агентам и способствуют увеличению риска развития аутоиммунных процессов [17,18]. Поддержание иммунной толерантности эмбриона (плода) обеспечивается тремя типами клеток иммунной системы: регуляторными В-лимфоцитами (Breg), регуляторными Т-лимфоцитами (Treg) и дендритными клетками (DC), которые тесно взаимодействуют между собой по принципу обратной связи через продукцию IL-10 и THRβ. Tregs (Th1 и Th2) через синтез воспалительных (TNFα и IFN-γ) и противовоспалительных (IL-4, IL-10и IL-13) цитокинов участвуют в материнско-плодовом организме и являются важными регуляторами беременности. В тоже время, несмотря на многочисленные исследования в области онкологии и иммунологии, роль регуляторных механизмов Breg в репродукции остается не до конца понятной: большинство исследований, посвященных роли IL-10-продуцирующих В-клеток в патогенезе привычного невынашивания беременности (ПНБ), показывают, что по сравнению с женщинами с нормальной беременностью, у женщин с привычным абортом выше уровень CD-19+ клеток и отмечается значительное снижение уровня IL-10. Кроме того, по единодушному мнению многих исследователей, существует отрицательная корреляция между процентом IL-10-продуцирующих В-клеток, концентрацией общего Ig G в плазме и частотой выкидышей, что, вероятно, указывает на то, что CD-19+ клетки подавляют продукцию ауто-антител и свидетельствует об их защитной роли при беременности [9]. Таким образом, Breg вносит значительный вклад в развитие и поддержание беременности, влияя на микроокружение эмбриона в матке посредством цитокинов и подавляя агрессивность эффекторных клеток против полу-гомологичных фетальных антигенов, а его дисфункция считается одной из важных причин развития невынашивания беременности. Это один из «спутников» привычного бесплодия. Тромбофилия – наследственное и (или) приобретенное состояние, предрасполагающее к тромбозам, на уровне репродуктивной системы она проявляется рядом репродуктивных нарушений, в основном привычным бесплодием. Наиболее частыми причинами тромбозов, имеющих репродуктивное значение, являются наследственная тромбофилия (в основном мутации в генах F2 и F5), гипергомоцистеинемия, дефицит протеинов S и C и антифосфолипидный синдром. В основе патогенеза антифосфолипидного синдрома (АФС) лежит активация клеточного иммунитета и синтез антифосфолипидных антител (АФЛ): антикардиолипиновых антител (АКА), (или) волчаночного антикоагулянта (ВА), (или) антител против b2-гликопротеина I (антиb2-GP-I). На уровне сосудистого русла маточно-яичного комплекса АФС проявляется в виде тромбозов и вызывает повреждение плаценты с ранним появлением симптомов синдрома задержки роста плода, гипоксии плода, приводящей к его гибели, и преэклампсии. Антифосфолипидный синдром ассоциируется с последовательными репродуктивными потерями, что приводит к увеличению числа внутриутробных вмешательств. Травмирование базального слоя эндометрия в результате таких внутриматочных вмешательств предрасполагает к развитию синдрома Ашермана с формированием внутриматочной синехии, проявляющейся скудными или отсутствующими менструациями (62%), бесплодием и невынашиванием беременности (43%) [13].

Отцовские факторы: Еще одним фактором развития аномальных беременностей является так называемый мужской фактор-нарушения, возникающие в процессе сперматогенеза [20]. Мета-анализ данных 16 крупных исследований показал, что высокий уровень фрагментации ДНК в сперме отца значительно повышает риск самопроизвольного аборта. В настоящее время известно, что многие компоненты плазмы спермы (гликоделин, слюнной спермато-глобулин и β-глобулин) создают условия, необходимые для нормального функционирования и жизнеспособности сперматозоидов и формирования полноценной оплодотворенной яйцеклетки. Нарушение этих параметров также может рассматриваться как одна из причин самопроизвольного аборта. Среди возможных причин привычного невынашивания важное место занимают табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, метаболические и эндокринные нарушения, иммунные и инфекционные факторы; по данным J.A. Alegria-Torres et al и R.N. Dashwood et al, низкий рост в сочетании с ожирением вызывает модификацию гистонов и экспрессию микро РНК, что является фактором риска развития самопроизвольных выкидышей [6].

Заключение: Таким образом, различные факторы риска и причины невынашивания беременности повышают риск прерывания последующей беременности. Поэтому всем женщинам, имеющим в анамнезе хотя бы одну невынашивающую беременность, необходимо пройти тщательное обследование для выявления и устранения всех возможных причин и начать прегравидарную подготовку до наступления следующей беременности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаева З.Г. Роль инфекционного агента в привычном и спонтанном невынашивании беременности / З.Г. Абдуллаева, А.А. Зимина, А.В. Смирнова // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека: Материалы X Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием, проведенная в рамках «Десятилетия науки и технологий», Иваново, 2 апреля 2024 года. Иваново: Ивановский государственный медицинский университет, 2024. С. 220-222. EDN JTKTRB.

2. Вопрос прегравидарной подготовки женщин с привычным невынашиванием беременности / Г.В. Былым, О.В. Носкова, Е.В. Литвинова [и др.] // Вестник гигиены и эпидемиологии. 2022. Т.26, №3. С. 237-241. EDN TUOLJC

3. Инфекционный статус у женщин с угрозой прерывания и привычным невынашиванием беременности в анамнезе / А.В. Куст, Е.В. Козелкова, А.В. Садыгова [и др.] // Российский иммунологический журнал. 2019. Т.13, №2-1(22). С.362-364. DOI 10.31857/S102872210006628-5. EDN CHLRGI

4. Кудрявцева Е.В., Ковалёв В.В., Канивец И.В., Киевская Ю.К., Коростелёв С.А. Free-DNA плода: опыт популяционно-

го скрининга хромосомной патологии в России. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2019;18(3):46-51. DOI: 10.20953/1726-1678-2019-3-46-51.

5. Ланщакова П.Е. Новые подходы к диагностике, лечению и реабилитации женщин с неразвивающейся беременностью. Дисстертация на соискания ученой степени к.м.н. 2019 г.

6. Мужской фактор бесплодия в аспекте невынашивания беременности / М.Н. Коршунов, Е.С. Коршунова, Ю.В. Кастрикин, С.П. Даренков // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2021. №3. С. 78-82. DOI 10.26269/n3bk-c996. EDN QXJTIQ.

7. Преимплатационная генетическая диагностика эмбрионов в программе ЭКО как способ профилатики наследственной патологии / И. Фетисова (и др)// Вестник Ивановской медицинской академии. 2018, Т.23. №3. С.10-13.

8. Предикторы неразвивающейся беременности и роль прегравидарной подготовки в профилактике повторных репродуктивных потерь / З.С. Румянцева, Э.Ю. Люманова, Н.И. Волоцкая, С.С. Аникин // Вятский медицинский вестник. 2021. №1(69). С.64-69. DOI 10.24411/2220-7880-2021-10154. – EDN HFFWGK.

9. Привычное невынашивание беременности / Н.С. Дронова, Д.А. Яковенко, Р.Ш. Саркисян [и др.] // Международный научно-исследовательский журнал. 2024. №5(143). DOI 10.60797/IRJ.2024.143.34. – EDN MIUZNY

10. Результаты преимплантационного генетического тестирования эмбрионов у пациенток позднего репродуктивного возраста / И.Н. Фетисова (и др.)// Вестник Ивановской медицинской академии. 2019. Т.24, №2. С.36-38.

11. Роль хромосомных аберраций эмбриона в генезе привычного и спорадического невынашивания беременности / Е.В. Кудрявцева, В.В. Ковалев, И.И. Баранов [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2021. Т.20, №1. С.34-39. DOI 10.20953/1726-1678-2021-1-34-39. – EDN PWZWDM.

12. Связь HLA-генов с привычным невынашиванием беременности / А.Н. Киселева, Е.В. Бутина, Н.В. Исаева, Е.А. Попонина // Вестник гематологии. 2021. Т.17, №3. С.49. EDN TPBCNQ.

13. Случай успешного завершения беременности у пациентки с привычным невынашиванием беременности в анамнезе на фоне сочетанной тромбофилии / А.Г. Ящук, И.Б. Фаткуллина, А.В. Масленников [и др.] // Медицинский алфавит. 2019. Т.4, №33(408). С. 54-56. DOI 10.33667/2078-5631-2019-4-33(408)-54-56. – EDN NJGLPY.

14. Структура причин невынашивания беременности у женщин с привычным выкидышем / Е.Н. Грудницкая, С.Л. Воскресенский, Л.М. Небышинец [и др.] // Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности. 2022. №15. С.63-68. EDN GZRVLM.

15. Фетисов Н.С. Преимплатационное генетическое тестирование при эндометриозассоциированном бесплодии/ Н.С. Фетисова, И.Н. Фетисова // «Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека»: XV облостной фестиваль «Молодые ученые-развитию Ивановской области»: V Всероссийкий науч. Конф. Студентов и молодых ученых с международным участием. Иваново: ФГБО ВО ИвГМА Минздрав России, 2019.С.3-6.

16. Хромосомные аберрации как причина привычного невынашивания беременности / И.Н. Фетисова, А.И. Малышкина, С.Ю. Ратникова [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. 2019. Т.24, №4. С. 39-43. EDN UZTOSJ.

17. Dijk V. Recurrent pregnancy loss: diagnostic workup after two or three pregnancy losses? A systematic review of the literature and meta-analysis / V. Dijk, A. M. Kolte et al. // Human reproduction update. 2020. №26(3). P. 356-367.DOI: 10.1093/humupd/dmz048.

18. Kolte A.M. Chance of live birth: a nationwide, registry-based cohort study / A.M. Kolte, D. Westergaard et al. //Human reproduction. England: Oxford, 2021. №36(4). P. 1065-1073. DOI: 10.1093/humrep/deaa326.

19. Li Y.H., Marren A. Recurrent pregnancy loss. Australian journal of general practice. //Aust J Gen Pract. 2018. V.47. №7. P. 432-436. doi: 10.31128/AJGP-01-18-4459.

20. Puscheck E., Scott Lucidi R. FACOG Early Pregnancy loss . Practise essencial. Updated: Jun 08, 2018.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА I ТИПА У РЕБЁНКА

Н.С. Саипова, У.А. Юсубалиев, Г.Ш. Тохтаев, Х.Х. Сафаров, Ф.Ф. Хашимов, Н.М. Ашрапходжаева

Ташкентская медицинская академия

Статья представляет собой описание клинического случая нейрофиброматоза I типа (НФ1) у ребёнка. В статье подробно рассматриваются симптомы, диагностика и подходы к лечению данного случая. Особое внимание уделено клиническим проявлениям, таким как наличие множественных нейрофибром, пигментных пятен типа «кофе с молоком» и возможных осложнений со стороны центральной нервной системы. Авторы подчеркивают важность ранней диагностики и мультидисциплинарного подхода в ведении пациентов с НФ1. Материал может быть полезен для педиатров, неврологов, генетиков и других специалистов, сталкивающихся с подобными случаями в клинической практике.

Ключевые слова: нейрофиброматоз I типа, НФ1, клинический случай, дети, генетические заболевания, диагностика, лечение, мультидисциплинарный подход.

Bolada I tur neyrofibromatozning klinik holati

N.S. Saipova, U.A. Yusubaliyev, G.Sh. Toxtayev, X.X. Safarov, F.F. Xashimov, N.M. Ashrapxodjayeva

Maqolada bolada I tur neyrofibromatozning (NF1) klinik holati tavsifi bayon etilgan. Mazkur holatning alomatlari, diagnostikasi va davolash usullari batafsil ko‘rib chiqilgan. Ko‘p sonli neyrofibromalar, «sutli qahva» pigmentli dog‘lar va markaziy asab tizimining mumkin bo‘lgan asoratlari kabi klinik ko‘rinishlarga alohida e’tibor qaratilgan. Mualliflar NF1 bilan og‘rigan bemorlarni parvarish qilishda erta diagnostika va ko‘p tarmoqli yondashuvning ahamiyatini ta’kidlaydilar. Ushbu material pediatrlar, nevrologlar, genetika mutaxassislari va klinik amaliyotda shunga o‘xshash holatlar bilan duch keladigan boshqa mutaxassislar uchun foydali bo‘lishi mumkin.

Tayanch so‘zlar: I tur neyrofibromatoz, NF1, klinik holat, bolalar, genetik kasalliklar, diagnostika, davolash, ko‘p tarmoqli yondashuv.

Clinical case of neurofibromatosis type I in a child

N.S. Saipova, U.A. Yusubaliyev, G.Sh. Toxtayev, Kh.Kh. Safarov, F.F. Xashimov, N.M. Ashrapxodjayeva

The article presents a description of a clinical case of neurofibromatosis type I (NF1) in a child. The article thoroughly examines the symptoms, diagnosis, and treatment approaches for this case. Particular attention is given to clinical manifestations, such as the presence of multiple neurofibromas, «café-au-lait» spots, and potential complications related to the central nervous system. The authors emphasize the importance of early diagnosis and a multidisciplinary approach in managing patients with NF1. This material may be useful for pediatricians, neurologists, geneticists, and other specialists who encounter similar cases in clinical practice.

Keywords: neurofibromatosis type I, NF1, clinical case, children, genetic disorders, diagnosis, treatment, multidisciplinary approach.

Введение. Нейрофиброматоз I типа (НФ1) или болезнь Реклингаузена – генетическое заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования, обусловленное мутацией в гене NF1, кодирующем белок нейрофибромин [1]. Заболевание характеризуется развитием множественных нейрофибром, разнообразными кожными проявлениями (пятна «кофе с молоком», веснушки в нетипичных местах, нейрофибромы), а также потенциальным поражением внутренних органов и нервной системы [2]. Клиническая картина НФ1 вариабельна, что представляет сложности в диагностике и требует мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов.

Цель – описать клинический случай НФ1 у ребенка с выраженными кожными проявлениями и рассмотреть особенности диагностики данного заболевания.

Клиническое наблюдение. Пациентка, девочка 10 лет, обратилась к дерматологу с жалобами на множественные высыпания на коже лица и тела, а также на пигментные пятна. Со слов родителей, первые признаки заболевания (пятна цвета «кофе с молоком») появились в возрасте 2 лет и постепенно увеличивались в количестве. Семейный анамнез отягощён наличием схожих проявлений у матери (Рис. 1).



Рис. 1. Пигментные пятна.

Объективное обследование:

Кожа: выявлены множественные пигментные пятна цвета «кофе с молоком» диаметром до 2 см, более 6 пятен, что соответствует одному из основных диагностических критериев НФ1 [3].

Лицо: на коже щёк обнаружены мелкие папулёзные образования красноватого цвета, которые могут являться нейрофибромами.

Тело: пальпируются подкожные узелки в области туловища, что также характерно для НФ1.

Другое: отмечаются признаки легкой гиперпигментации кожи.

Инструментальная диагностика:

1. Генетическое тестирование: методом прямого секвенирования гена NF1 выявлена патогенная мутация, подтверждающая диагноз НФ1.

2. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга: патологических изменений не выявлено.

3. Офтальмологическое обследование: с помощью щелевой лампы подтверждено наличие узелков Лиша на радужке обоих глаз, что является еще одним важным диагностическим критерием НФ1 [4].

Патоморфологическое исследование

Для уточнения диагноза была выполнена биопсия кожи. При гистологическом исследовании биоптата кожи были выявлены следующие изменения:

Нейрофибромы: В дерме обнаружены множественные узловатые образования, состоящие из беспорядочно расположенных шванновских клеток, фибробластов и аксонов. Опухоль окружена тонкой капсулой. Данные изменения соответствуют кожным нейрофибромам, характерным для НФ1.

Изменения эпидермиса: В эпидермисе отмечается гиперпигментация в виде пятен «кофе с молоком», обусловленная увеличением количества меланина. Также выявлены мелкие гиперпигментированные пятна, напоминающие веснушки, особенно в подмышечных впадинах.

Узелки Лиша: при офтальмологическом осмотре у пациентки были обнаружены узелки Лиша на радужке глаз, что является одним из диагностических критериев НФ1.

Диагноз:

Нейрофиброматоз I типа.

Обсуждение:

Данный клинический случай демонстрирует классические проявления НФ1 у ребенка: наличие более 6 пигментных пятен «кофе с молоком», узелков Лиша на радужке, нейрофибромы кожи и отягощенный семейный анамнез. У пациентки заболевание протекает с выраженными кожными проявлениями и отсутствием системных осложнений на момент обследования. Однако, необходимо отметить, что НФ1 характеризуется прогрессирующим течением и риском развития различных осложнений, таких как нейрофибромы внутренних органов, опухоли головного мозга, сколиоз, артериальная гипертензия и другие [5]. В связи с этим, пациентам с НФ1 требуется динамическое наблюдение и своевременная диагностика возможных осложнений.

Лечение и рекомендации:

1. Динамическое наблюдение: рекомендуется регулярное наблюдение у дерматолога, невролога, офтальмолога, генетика и других специалистов по показаниям.

2. Симптоматическое лечение: при наличии нейрофибром, вызывающих косметический дефект или функциональные нарушения, возможно хирургическое удаление или применение лазерной терапии [6].

3. Генетическое консультирование: необходимо проведение генетического консультирования для семьи пациентки с целью оценки риска повторения заболевания у потомства.

Заключение:

Представленный клинический случай демонстрирует особенности клинической картины и диагностики нейрофиброматоза I типа у ребенка. Подчеркивается важность ранней диагностики данного заболевания, основанной на комплексном анализе клинических данных, результатов генетического тестирования и инструментальных методов исследования. Своевременная диагностика и динамическое наблюдение позволяют улучшить качество жизни пациентов с НФ1 и предотвратить развитие тяжёлых осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Riccardi V. M. Neurofibromatosis 1: clinical manifestations and diagnosis. Neurol Clin. 1997;15(1):1-26.

2. Ferner R. E., Huson S. M., Evans D. G., et al. Guidelines for the diagnosis and management of neurofibromatosis 1. J Med Genet. 2007;44(2):81-88.

3. National Institutes of Health. Neurofibromatosis 1 (NF1).

4. Lisch K., Axelsson U., Nederbragt S. Studies on the eyes in neurofibromatosis type 1 (Recklinghausen's disease). Acta Ophthalmol (Copenh). 1981;59(5):681-691.

5. Huson S. M., Friedman J. M., Ponder A. J., et al. Prevalence of neurofibromatosis type 1 in 100,000 children and adults in the UK. Genet Epidemiol. 1989;6(5):497-505.

6. Kaufmann D., Mautner V. F. Treatment of neurofibromatosis type 1. Expert Opin Pharmacother. 2011;12(1):89-99.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛУЛИКОНАЗОЛ У БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ

Ш.Х. Махмудов[1], Я.Ж. Айтугдиев[1], М.Ж. Шайматов[1], Н.А. Худойберганова[2]

1 - Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

2 - Ташкентская медицинская академия

Под нашим наблюдением находились 33 больных микроспорией, находящиеся на стационарном лечении в Ташкентском областном кожно-венерологическом диспансере. Проведены микроскопические анализы на грибы, бактериологический посев с очагов поражения, а также, комплексное изучение иммунологического статуса больных дерматомикозами, показателей клеточного и гуморального звена, с учётом клинических и анамнестических параметров. На фоне традиционной терапии с назначением противогрибкового препарата Луликоназол.

Ключевые слова: микроспория, диагностика, лечения, Луликоназол, цитокины.

Mikrosporiya bilan og‘rigan bemorlarda «Lulikonazol» preparatini qo‘llash tajribasi

Sh.X. Maxmudov, Ya.J. Aytugdiyev, M.J. Shaymatov, N.A. Xudoyberganova

Toshkent viloyati teri-tanosil kasalliklari dispanserida mikrosporiya tashxisi qo‘yilgan 33 nafar bemorlar statsionar davolandi. Barcha bemorlardan zamburug‘larga mikroskopik va kultural taxlillar o‘tkazildi. Dermatomikozli bemorlarni barchasida immunologik status tekshirilib, ularning klinik va anamnestik hamda immunologik xolatlarini hisobga olgan holda an’anaviy terapiya, antifungal «Lulikonazol» preparatini qo‘llanilgan.

Tayanch so‘zlar: mikrosporiya, davolash, «Lulikonazol», diagnostika, sitokin.

Experience of using luliconazole in patients with microsporia

Sh.X. Maxmudov, Y.J. Aytugdiyev, M.J. Shaymatov, N.A. Xudoyberganova

Under our supervision were 33 patients with trichophytosis, who are on inpatient treatment in the Tashkent Regional Dermatovenerological Dispensary. Microscopic tests for fungi, cultural inoculation from lesions, as well as a comprehensive study of the immunological status of patients with dermatomycosis, cellular and humoral indicators, taking into account clinical and anamnestic parameters, were carried out. Against the background of traditional therapy with the appointment of the antifungal drug Lukinazol.

Keywords: micsporum, diagnosis, treatment, immune response, cytokines.

Актуальность. По данным литературы до 25% населения земли страдает различными микозами. В структуре микозов кожи преобладают дерматофитии. Анализ заболеваемости дерматомикозами по Республике за последние 5 лет показал тенденцию к повышению регистрации микроспории в 1,4 раза, микозов стоп на 10%, онихомикозов на 20%, при определенной стабильности регистрации микроспории. Изучение заболеваемости микроспорией в разных регионах СНГ позволило выяснить, что на фоне значительного снижения общего количества больных грибковыми заболеваниями, она остается довольно на высоком уровне, составляя в сельской местности до 95%.

Важную роль в патогенезе дерматомикозов отводят нарушениям в иммунной системе организма, изменению неспецифической резистентности. Анализируя клиническую картину и течение дерматомикозов, многие авторы связывают особенности течения заболеваний не только с уровнем патогенности штаммов возбудителей, но и с состоянием иммунной системы больного, специфической и неспецифической реактивности организма. Так, например, установлено, что ведущую роль в иммунной защите организма при дерматомикозах играет клеточный иммунитет, угнетенный в той или иной степени при различных клинических формах микотического процесса. Например, снижение Т-хелперной функции лимфоцитов может быть одной из причин ареактивного течения микроспории (Рудницкий Е.А., 2006; Fuller L.C., 2009). При изучении иммунного статуса больных микроспорией установлено снижение относительного количества общих Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, неактивированных Т-лимфоцитов с фенотипом CD45RA+, что свидетельствует о несбалансированной деятельности Т-клеточного звена, действие которого, как известно, заключается в регуляции иммунного ответа при микотической инфекции. Наиболее выраженные изменения иммунного статуса авторы констатировали у больных хронической микроспорией. Многочисленными исследованиями зарубежных и отечественных авторов доказаны нарушения в иммунной системе больных дерматомикозами и показана необходимость проведения иммунокорригирующей терапии при их лечении. В связи с чем поиск лекарственных препаратов с иммунокорригирующим действием, обладающих высоким профилем безопасности, низкой токсичностью, минимальными финансовыми затратами, является одной из приоритетных задач практической медицины. В настоящее время на рынке Узбекистана зарегистрировано множество лекарственных препаратов, причем доля отечественных в их рядах увеличивается.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением находились 33 больных микроспорией, находящимися на стационарном лечении в Ташкентском областном кожно-венерологическом диспансере. Всем больным проводились микроскопические анализы на грибы и культуральный посев с очагов поражения. Комплексное иммунологическое обследование больных дерматомикозами состояло в изучении показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета, с учетом их клинических и анамнестических параметров.

Результаты исследования Микроспория была диагностирована у 33 больных. При этом, микроспория гладкой кожи установлена у 16 больных, волосистой части головы – у 11, смешанная форма (гладкая кожа и в/ч головы).

У всех больных при микроскопических исследованиях грибы найдены. При культуральном исследовании в 27 случаях (92%) получен рост дерматофитов.

Результаты исследования иммунного статуса в общей выборке больных проведены в сопоставлении с данными контрольной группы (26 практически здоровых лиц в воз-

расте от 21 до 36 лет).

У больных при микроспории отмечается значимое повышение содержания В-лимфоцитов по сравнению с данными контрольной группы: 23,3±0,49% соответственно при P<0,001. Содержание общих Т-лимфоцитов у больных достоверно понижалось и составляло 49,6±0,74% против 58,8±0,46% в контрольной группе при P<0,001. Что касается состояния субпопуляции Т-лимфоцитов, то нами было выявлено достоверное снижение уровня Т-хелперов по сравнению с данными контрольной группы (30,6±0,40 против 37,2±0,28% в контроле, соответственно при P<0,001) и наоборот, повышение содержания Т-супрессоров (19,6±0,62% против 18,1±0,19%, соответственно при P<0,05). Выявленные изменения привели соответственно к снижению показателя иммунорегуляторного индекса (ИРИ), который у больных 1,56±0,04 против 2,05±0,24 в контроле, что является доказательством достоверного угнетения иммунной системы у больных дерматомикозами. Вышеизложенное свидетельствует о том, что у больных микроспорией выявляются нарушения иммунного статуса, которые выражаются в подавлении активности клеточного звена иммунитета при одновременном повышении активности его гуморального звена.

Также для изучения оценки состояния защитных сил организма были изучены показатели цитокинов. Изучение раннего провоспалительного цитокина – ИЛ-8 выявило значимое повышение его уровня в сыворотке (до 6,5 раз), которое коррелировало со степенью воспалительного процесса. На этом фоне не столь значительно увеличилось содержание провоспалительного цитокина – ИЛ-1-бета (в 1,4 раза), что соответствовало в целом состоянию клинического процесса у больных с микологическими поражениями. Повышение уровня ИЛ-6 было также менее значимым (в 1,8 раза по отношению контроля) сопровождалось значительным увеличением уровня ФНОα (в 1,5 раза по отношению к средним контрольным значениям) (Рис. 1).

Была проведена комплексная этиопатогенетическая терапия больных микроспорией которая включала этиотропную терапию с назначением системных антифунгальных препаратов, таких как тербинафин, на фоне традиционной терапии. Традиционный метод терапии включал в себя антигистаминные и десенсибилизирующие средства, витамины и местно анилиновые красители, антимикотические мази и крема Лукозол 1%. При инфильтративно-нагноительной форме микоза в течение 5-7 дней назначались антибиотики широкого спектра действия. В зависимости от проводимого лечения все больные были разделены на 2 группы:



Рис. 1. До лечения.



Рис. 2. После лечения.

В первую группу включены 35 больных, которым на фоне традиционной терапии назначался антифунгальный препарат. Во 2-ю группу вошли 38 больных, которым на фоне традиционной терапии и назначения противогрибкового препарата Лукозол 1%. Тербинафин назначали по 250 мг в сутки после еды ежедневно в зависимости от веса: до 20 кг – 62,5 мг, при весе от 20 до 40 кг – 125 мг, более 40 кг – 250 мг. Критериями эффективности проводимой терапии являлись разрешение воспалительных явлений, сроки микологической негативации (Рис. 2).

У больных детей с поражением волосистой части головы, лечившихся на фоне традиционной терапии тербинафином, разрешение воспалительных явлений в среднем происходило на 16,3±0,32 день, у больных с поражением волосистой части головы и гладкой кожи – на 16,8±0,24 день, гладкой кожи – на 11,9±0,31. У больных данных групп на фоне проведенной терапии микологическая негативация происходила в среднем на 27,0±0,29, 27,7±0,28, 18,4±0,25 и 23,5±0,72 дни лечения соответственно на 14,3±0,56 дни лечения соответственно пребывания больных в стационаре.

Исследованиями выявлено, что у больных с поражением волосистой части головы, леченых тербинафином и Лукозол 1%, разрешение воспалительных явлений в среднем происходило на 13,8±0,27, при сочетанном поражении волосистой части головы и гладкой кожи – на 13,7±0,26, поражении гладкой кожи – на 10,6±0,28 дней лечения.

У больных данной группы микологическая негативация наступала в среднем на 23,6±0,18, 23,5±0,30, 13,3±0,29 и 22,0±0,44 дни лечения соответственно. Анализ полученных данных показывает, что независимо от клинической формы микоза разрешение воспалительных явлений и микологическая негативация происходила намного раньше у больных 2-й группы.

В процессе лечения показатели изучаемых цитокинов снижались в разной степени достоверности, причем динамика по ИЛ-6 и ИЛ-8 у больных микроспорией носила недостоверный характер. Однако, это позволило использовать показатели для положительной оценки эффективности проводимого лечения.

Анализ сроков клинического разрешения патологического процесса по группам наблюдения и их сопоставление с выраженностью иммунологических изменений, показал, что у больных, получавших комплексную терапию с Лукозол 1% крем, отмечались более ранние сроки регресса воспалительных явлений в очагах по сравнению с группами.

Заключение. Таким образом, как показали наши клинические наблюдения, включение в комплекс терапии больных микроспорией, Лукозол 1% крем оказывает положительный терапевтический эффект, способствует более раннему регрессу патологических элементов и восстановлению выявленных нарушений в иммунной системе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абидова З.М., Цой М.Р. Эпидемиологический скрининг грибковых заболеваний в Узбекистане //Успехи медицинской микологии. Москва, 2006. Т.VI. С.38.2
2. Анализ заболеваемости заразно-кожными заболеваниями в Южно-Казахстанской области Республики Казахстан за 2000-2004 гг. /Егизбаев М.К., Тулепова Г.А., Султанбекова Г.Б., Оспанова А.М. //Успехи медицинской микологии. Москва, 2006. Т.VIII. С.9-10.
3. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Терапевтические возможности системной фармакотерапии дерматомикозов //РМЖ. 2004. Т.12. №5. С.316-320
4. Корсунская И.М., Тамразова О.Б. Дерматофитии с поражением волос у детей. Москва. 2005. 31 с.
5. Медведева Е.А., Терегулова Г.А. Клинический патоморфоз зооантропонозных грибковых инфекций //Тез.науч.работ VIII Всеросс. съезда дерматовенерологов. Москва, 2001. Т.1. С.155.
6. Медведева Е.А., Фахретдинова Х.С. Оценка и дальнейшие перспективы медико-географических исследований в микологии // Тез.науч.работ VIII Всеросс. съезда дерматовенерологов. Москва, 2001. Т.1. С.156.
7. Панкратов В.Г., Салук Ю.В., Римко Е.Г. Современные тенденции в лечении больных микроспорией ГУО Белорусский государственный медицинский университет, Минск, 2008, с 255-258
8. Рудницкий Е.А., Соболев А.В. Заболеваемость грибковыми инфекциями у жителей эконегативной зоны //Успехи медицинской микологии. Москва, 2006. Т.VIII. С.13-14.
9. Рукавишникова В.М. Ремнев В.К., Ильченко Л.С. Угрожает ли нам трихофития – хорошо забытая старая болезнь? //Успехи медицинской микологии. Москва, 2006. Т.VI. С.53-55.
10. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю., Лещенко В.М. Современная программа борьбы с дерматомикозами в России //В кн.: Успехи медицинской микологии. (под ред. Ю.В. Сергеева). М., 2002. Т.2. С.160-162.
11. Хисматуллина З.Р., Мухамадеева О.Р. Этиологическая структура зооантропонозных дерматомикозов в г.Уфе за 2001-2008 г.г. // Проблемы медицинской микологии. 2009. Т.11. №2. С.124.
12. Чеботарев В.В. Исторические и современные аспекты лечения микозов волосистой части головы //Клиническая дерматология и венерология. 2006. №3. С.69-73.
13. A 30-year survey of paediatric tinea capitis in southern Spain /Del Boz J., Crespo V., Rivas-Ruiz F., de Troya M. //J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2010. V.9. P.321-328.
14. Eja M.E, Arikpo G.E. Efficacy of local herbal therapy in the management of dermatophytosis among primary school children in Cross River State, South-south Nigeria //Afr. J. Med. Sci. 2009. V.38. №2. P.135-141.
15. Elewski B.E. Tinea capitis: a current perspective //J. Am. Acad. Dermatol. 2000. V.42 (1ptl). №1-20. quiz. 21-24.
16. Pediatric tinea capitis: recognition and management / Mohrenschlager M., Seidl H.P., Ring J., Abeck D. //Am. J. Clin. Dermatol. 2005. V.6. №4. P.203-213.
17. Pirzada A., Shaikh W. Antifungal activity of dodonaea viscose jacq extract on pathogenic fungi isolated from superficial skin infection //Pak. J. Pharm. Sci. 2010. V.23. №.3. P.337- 340.
18. Rezusta A., Betran A. Tineacapitis caused by Trichophyton soudanense and Microsporum audouinii in an adult: a case report // Mycoses. 2009. V.41. №.4. P.334-338.
19. Даниленко Р., Хисматуллина З., Мухамадиева О, Медведев Ю. Иммунный статус больных зооантропонозной микроспорией // Врач, № 7., 2016, С. 32-36.

СЛУЧАЙ ОШИБКИ ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА У ДЕТЕЙ

Н.С. Ибрагимова, А.А. Сыдиков, К.У. Ибрагимов, Д.Д. Ашуров

В данной статье проанализированы клинические случаи простого буллезного эпидермолиза (ПБЭ) у ребенка, проходившего лечение в отделении дерматовенерологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Ключевые слова: Педиатрия, Буллезный эпидермолиз (БЭ), генетический дерматоз, механобуллезная болезнь, врожденные пороки развития, простой буллезный эпидермолиз у детей раннего возраста.

Bolalarda bullyozli epidermolizni erta tashxislashdagi xatolik

N.S. Ibragimova, A.A. Sidiqov, K.U. Ibragimov, D.D. Ashurov

Ushbu maqolada Sankt-Peterburg davlat pediatriya tibbiyot universitetining dermatovenerologiya kafedrasida davolangan bolada oddiy bullyozli epidermolizning klinik holatlari tahlil qilinadi.

Tayanch so‘zlar: Pediatriya, bullyozli epidermoliz, genetik dermatoz, mexanobullyozli kasallik, tug‘ma nuqsonlar, yosh bolalarda oddiy bullyozli epidermoliz.

A case of errors in early diagnosis of bullous epidermolis in children

N.S. Ibragimova, A.A. Sydikov, K.U. Ibragimov, D.D. Ashurov

This article analyzes clinical cases of simple epidermolysis bullosa (SEB) in a child treated in the dermatovenereology department of the St. Petersburg State Pediatric Medical University.

Keywords: Pediatrics, Bullous epidermolysis (BE), genetic dermatosis, mechanobullous disease, congenital malformations, simple bullous epidermolysis in young children.

Актуальность: Не смотря на кажущуюся очевидность в постановке диагноза, характерную клиническую картину, тем не менее, не всегда этот диагноз выставляется своевременно. Анализ современной научной литературы показывает, что как в прошлом, так и в настоящем заболевание буллезной эпидермолиз (БЭ) у детей имеют высокий удельный вес в общей структуре патологии дерматовенерологии. Наследственные кожные заболевания поражают все население во всех странах по всему миру. В некоторых регионах, где показатели кровного родства высоки, частота аутосомно-рецессивных заболеваний увеличено. При этом, наблюдается повышение удельного веса данной патологии в мире в странах центральной Азии и в России в частности. Буллезный эпидермолиз (БЭ) – это унаследованная, гетерогенная группа редких генетических дерматозов, характеризующихся хрупкостью слизистых и кожных покровов и образованием волдырей, часто вызываемых минимальной травмой. БЭ как по аутосомно-доминантному, так и по аутосомно-рецессивному типу. Частота встречаемости различных типов БЭ варьирует от 1:30000 до 1:1000000 и также зависит от популяции. Описан широкий фенотипический спектр с потенциально тяжелыми внекожными проявлениями, заболеваемостью и смертностью. Выявлено более 30 подтипов, сгруппированных в четыре основные

категории, основанные преимущественно на плоскости расщепления внутри кожи и отражающие лежащую в основе молекулярную аномалию: в зависимости от уровня образования волдырей БЭ подразделяется на простой буллезный эпидермолиз (ПБЭ), пограничный буллезный эпидермолиз (ПоБЭ), дистрофический буллезный эпидермолиз (ДБЭ) и синдром Киндлера. При БЭ основная причина – функциональная недостаточность структурных белков эпидермиса или дермы. Помимо различных явных волдырей и болевых симптомов, могут возникать вторичные проблемы, такие как анемия, стеноз пищевода, кардиомиопатия или плоскоклеточный рак.

Самый тяжелый вариант простого БЭ является генерализованный подтип Доулинга-Меары. Он характеризуется наличием пузырей или везикул, возникающих группами (отсюда название «герпетиформный простой БЭ», поскольку некоторые повреждения могут имитировать повреждения, возникающие при простом герпесе). Заболевание проявляется в момент рождения, степень тяжести в значительной степени варьируется как в пределах одной семьи, так и по сравнению с другими семьями.

Пограничный БЭ (ПоБЭ) одним из признаков является образование грануляционной ткани на определенных частях тела. Пузыри обычно заживают без существенных рубцов. В настоящее время тип ПоБЭ делят на 2 основных подтипа, один из которых, подразделяется еще на 6 подтипов. Основные подтипы пограничного БЭ: подтип Херлитца (ранее летальный); подтип не-Херлитца (ранее генерализованный атрофический). К типичным симптомам относятся образование множества пузырей, эрозий и атрофических рубцов кожи, ониходистрофия, приводящая к полной утрате ногтевых пластин и серьезным рубцам ногтевых лож, милии, тяжелое поражение мягких тканей в ротовой полости, гипоплазия эмали и тяжелый кариес зубов. Патогномоничным симптомом является обильная грануляционная ткань, симметрично образующаяся вокруг рта, в области средней части лица и вокруг носа, в верхней части спины, подмышечных впадинах и ногтевых валиках. Смертность крайне высока, особенно в первые несколько лет жизни. Дистрофический БЭ делится на два главных подтипа по типу наследования: доминантный и рецессивный дистрофический БЭ (ДДБЭ и РДБЭ). ДБЭ это второй по распространенности основной тип БЭ после ПоБЭ. При (ПБЭ) уровень расщепления кожи в основном внутриэпидермальный, а заболевание в основном аутосомно-доминантное (АД). Форма (ПоБЭ) это заболевание связано с расщеплением кожи на уровне (lamina lucida) связан с отсутствием экспрессии ламинины-332. У младенцев часто бывают большие участки эрозий и грануляционная ткань вокруг их периферических областей и имеют поражение глазной, трахеоларингеальной, желудочно-кишечной, мочеполовой и почечной.

Синдром Киндлера (MIM173650) представляет собой аутосомно-рецессивный генодерматоз, характеризующийся пойкилодермией, волдырями на коже, вызванными травмой, воспалением слизистой оболочки и светочувствительностью. Мутации потери функции в гене FERMT1 являются причиной синдрома Киндлера.

Исследования: Проанализировать клинические случаи у ребенка (ПБЭ), проходившего лечение в отделении дерматовенерологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Материал: Просмотр истории болезни и диагностических отчетов. Индивидуальные случаи были диагностированы с помощью комбинации клинической оценки. Анамнез. Пациент П.Б. возраст 2 года (18.11.2019). Мать М.К., 36 лет. Муж Б. 36 лет – родственный брак, (муж является кузеном жены), у родственников нет генетических болезней. Ни один не болел Буллезным эпидермолизом (БЭ). Беременность 3 из 3, родила в срок 38-40 недель, масса при рождения 2,800 гр. После 2 месяцев масса ребенка прибавила 2200 гр. На данный момент 5.500 гр. После рождения ребенка до 3 месяцев кормила грудным молоком. После консультации педиатра был добавлен прикорм. Прививки не получал по календарю (получал только пентавалентную вакцину). На 3 месяц жизни пациент и мать болели чесоткой. Лечились вместе с детьми также с пациентом БЭ (5 дней). Было назначено бензилбензоат и серная мазь. Ребенку так же было назначено в это время антигистаминные препараты в форме выпуска капли + санодерм мазь. Токсикоз во время беременности тяжелый (рвота), принимала антациды таблетки от рвоты. Муж до планирования беременности болел ИППП (первичный сифилис) получал лечение. У матери грыжа спины. Оба родители ребенка не болели БЭ. Во время беременности наблюдалась генетиком и поликлиническим гинекологом. На УЗД не отмечалось патология внутренних органов. Родила ребенка путем кесарева сечения, не было противопоказания для естественных родов. Сразу после рождения у ребенка отмечалось высыпание на обеих стопах и пузырь (1-й элемент). Выписка из родильного дома на 3-й день. После сразу обратились к дерматологу в КВД. Был поставлен диагноз Дерматит, назначен бепантен (дексапантенол) наружно, отмечалось временное улучшение. Так же был посев жидкости пузыря (патологические микроорганизмы не обнаружены). Через пару дней отмечалось больше высыпаний, субъективно сильный зуд. Дерматологом районного КВД было рекомендовано плазмофарез, 1 р/д в/в в течение 10 дней. Отмечалось улучшение на коже. Со слов матери кожа была чистая. После прекращения лечения опять начались высыпания. Остальные дети: 1-й ребенок здоровый (15 лет), 2-й так же болеет Эпидермальной пузырчаткой до 5 лет. В данный момент здоров (10 лет).

Пациент П.Б., на клинике СПбГПМУ в дерматологическом отделении получал лечение в течение 9 дней (с 00.11.2021 до 00.11.2021). Поражение кожи, диффузное, обильное, обширное. Представлено обилием пузырей и фликтен, эрозии. Ладони, подошвы, аксиллярные области, слизистые интактны.

ИГХ на цисты лямблий: в поле зрения.

УЗИ ОБП: без патологии.

Лечение:

Цефтириаксон 50 мг/кг массы тела 1 раз/сут. в течение 7 дней.

Per os: бифидумбактерин 5 раз/сут. в течение 7 дней.

Мезим форте 1/2 др – 3 раз/сут. в течение 5 дней.

Аскарутин 1/2 таб х 3 раз/сут. в течение 5 дней

Магне Б6 1/4 таб х 3 раз/сут. в течение 5 дней

Супрастин 1/3 таб 2 раз/сут. в течение 8 дней

Парацетамол 100 мг 1 раз/сут. в течение 2 дней

Маброксол 30 мг 2 раз/сут. в течение 2 дней

Виферон 150 000 Ед 1 св 2 раз/сут. в течение 2 дней

Наружно: Дерматоловая мазь (вазелине содержит 10% дерматола) 2 раз/сут.

Дермазин мазь (сульфадиазин серебра 10 мг) 1 раз/сут.

Мупероцин мазь 1 раз/сут в течении 4 дней.

Лабораторно-инструментальные исследования:

Показатель	Ед. изм.	18.11.2021
Микроскопия крови		
Палочкоядерные нейтрофилы	%	2.0
Сегментоядерные нейтрофилы	%	29.0
Лимфоциты	%	46.0
Моноциты	%	4.0
Эозинофилы	%	17.0
Базофилы	%	2.0
Количество учтенных лейкоцитов	Кл	100
	10^ 9/л	18.3
Гематология		
СОЭ		10
Гемоцитометрия		
Лейкоциты (WBC)	10^ 9/л	18.30
Эритроциты (RBC)	10^ 12/л	4.45
Средний объем эритроцита (MCV)	Фл	82
Среднее содержание гемоглобина (MCH)	Пг	27.1
Средняя концентрация гемоглобина (MCHC)		330
Тромбоциты (PLT)	10^ 9/л	384
Индекс распределения эритроцитов (PLT)	%	14.5
Индекс распределения тромбоцитов (RDW)	%	15.6
Средний объем тромбоцита (PDW)	Фл	7.6
Тромбокрит (PCT)	%	0.29
Лимфоциты (Lymf)	%	42.8
Лимфоциты (lymf)abs	10^ 9/л	7.6
Моноциты (Mon)	%	4.5
Моноциты (Mon)abs	10^ 9/л	0.8
Гранулоциты (GRA%)	%	52.7
Гранулоциты (GRA#)abs	10^ 9/л	9.7

Мазок:

Показатель	Ед. изм	18.11.2021
Риноцитограмма		
Эпителиальные клетки		Незначит. кол-во
Лейкоциты		4-6 в п/зр
Лимфоциты	%	14
Нейторофилы	%	75
Эозинофилы	%	5
Макрофаги	%	6
Слизь		-
Примечание		Мазок-отпечаток

Сыворотка (в):

Показатель	ед. изм	Норма	25.11.2021
Аллергология			
IgE общий (R)	МЕ/мл	(0.00-40.00)	>10000.0

Сыворотка (БХ):

Показатель	Ед. изм	18.11.2021
Биохимические исследования крови		
Билирубин общий	мкмоль/л	4.10
Аланинаминотрансфераза	ед/л	16.00
Аспартатаминотрансфераза	ед/л	35.00
Общий белок	г/л	71.00
Кальций сыворотки	ммоль/л	2.57
С-реактивный белок	мг/л	2.10
Антистрептолизин-О	МЕ/мл	<50.0
Фосфор	ммоль/л	1.97
Холестирин	ммоль/л	4.08
Калий	ммоль/л	4.92
натрий	ммоль/л	135
Хлор	ммоль/л	103

Сыворотка (имм):

Показатель	ед. изм	Норма	19.11.2021
Иммунология			
Иммунологлобулин G	г/л	(3.50-10.00)	9.30
Иммунологлобулин M	г/л	(0.40-1.40)	1.52
Иммунологлобулин A	г/л	(0.30-1.20)	1.29

Материал: Венозная кровь
Дата выполнения: 24.11.2021
Краткое заключение: стерильно
Материал: Мазок с элементов на коже
Дата выполнения: 20.11.2021

Выделенные микроорганизмы	**Концентрация**		
Streptococcus dysgalactiae			
Антибиотикограмма	**[1]**	**МКП**	
Бензинпенициллин	S		
Ампициллин	S		
Ампициллин/Сульбактам	S		
Амоксициллин	S		
Амоксициллин/ Клавулановая кислота	S		
Пиперрациллин	S		
Пиперациллин/Тазобактам	S		
Цефазолин	S		
Цефепим	S		
Цефотаксим	S		
Цефтриаксон	S		
Цефуроксим	S		
Эртапенем	S		
Имипенем/циластатин	S		
Азитромицин	S		
Кларитромицин	S		
Рокситромицин	S		
Моксифлоксацин	S		
Тетроциклин	S		
Триметоприм/сульфаметоксазол	S		

* S- чувствителен, I – умеренно-устойчив, R – устойчив.

Инструментально: Ежедневная перевязка, вскрытие пузырей.

Выводы: Буллезный эпидермолиз (БЭ) на сегодняшний день одно из самых важных кожных заболеваний который требует в первую очередь не только от педиатра, но и дерматолога для своевременной постановки диагноза дабы исключить позднюю диагностику данной патологии. Качество жизни при БЭ играет безусловно важную роль в жизни каждого пациента. Жизненные условия пациента при данном заболевании не самые благоприятные, так как явными симптомами пациента являются кожные элементы (пузыри), зуд, боль.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Родионов А.Н., Заславский Д.В., Сыдиков А.А. Дерматология. Иллюстрированное руководство клинической диагностики по профессору Родионову А.Н. под ред. Родионова А.Н. М.: издательство «Граница», 2018, 944 с.:ил.

2. Родионов А.Н., Заславский Д.В., Сыдиков А.А. Экзематозные (спонгиотические) дерматозы. Иллюстрированное руководство для врачей Под ред. А.Н. Родионова М.: ООО «ФАРМТЕК».2018, 192 с.

3. Родионов А.Н., Заславский Д.В., Чупров И.Н., Сыдиков А.А., Скрек С.В., Ибрагимов К.У., Зайцев В С., Насыров Р.А., Дерматопатология воспалительных заболеваний кожи. Ташкент, Baktria press, 2014 г. 208 с.

4. Ackerman A. B. Histologic Diagnosis of Inflammatory Skin Diseases. A Method by Pattern analysis. Philadelphia: Lea & Febiger, 1978.

5. Clinical subtypes and molecular basis of epidermolysis bullosa in Kuwait. Int J Dermatol 2018 Sep;57(9):1058-1067. doi: 10.1111/ijd.14099. Epub 2018 Jul 16.

6. Has C, Bauer JW, Bodemer C, et al. Consensus reclassification of inherited epidermolysis bullosa and other disorders with skin fragility. Br J Dermatol. 2020;bjd.18921. https://doi.org/10.1111/ bjd.18921.

7. Uitto J. Toward treatment and cure of epidermolysis bullosa. Proc Natl Acad Sci U S A.2019;116:26147-26149. https://doi.org/ 10.1073/pnas.1919347117.

8. Pearson RW. Studies on the pathogenesis of epidermolysis bullosa. J Invest Dermatol. 1962;39(6):551-575.

9. Fine JD, Eady RAJ, Bauer EA, et al. The classification of inherited epidermolysis bullosa (EB): Report of the Third International Consensus Meeting on Diagnosis and Classification of EB. J Am Acad Dermatol. 2008;58(6):931-950.

10. Fine JD, Bauer EA, Briggaman RA, et al. Revised clinical and laboratory criteria for subtypes of inherited epidermolysis bullosa. A consensus report by the Subcommittee on Diagnosis and Classification of the National Epidermolysis Bullosa Registry. J Am Acad Dermatol. 1991;24(1):119-135.

11. Fine JD, Eady RA, Bauer EA, et al. Revised classification system for inherited epidermolysis bullosa: Report of the Second International Consensus Meeting on diagnosis and classification of epidermolysis bullosa. J Am Acad Dermatol. 2000;42(6):1051-1066.

12. Kindler syndrome. Lai-Cheong JE, McGrath JA. Dermatol Clin. 2010 Jan;28(1):119-24.

13. Izmiryan A, Hovnanian A. Prenatal diagnosis of epidermolysis bullosa: current aspects and perspectives. In: Murrell D, ed. Blistering Diseases. Berlin, Heidelberg: Springer, 2015: 239-248.

14. Fine JD. Inherited epidermolysis bullosa. Orphanet J Rare Dis 2010; 5: 12.