



Оңтүстік Қазақстан  
медицина академиясының

# ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

*Южно-Казахстанской медицинской академии*

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

***ТОМ I***

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ  
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№1 (85), 2019

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ  
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 1 (85), 2019, Том I

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ  
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medicina academy  
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

**Учредитель:**

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

Журнал перерегистрирован  
Министерством информации и  
коммуникаций Республики Казахстан  
Регистрационное свидетельство  
№17199-ж от 04.07.2018 года.  
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКМА» зарегистрирован в  
Международном центре по регистрации  
серийных изданий ISSN(ЮНЕСКО,  
г.Париж,Франция), присвоен  
международный номер ISSN 2306-6822

Журнал индексируется в КазБЦ; в  
международной базе данных Information  
Service, for Physics, Electronics and  
Computing (InspecDirect)

Адрес редакции:  
160019 Республика Казахстан,  
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1  
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(5113)  
Факс: 40-82-19  
www.ukgfa.kz, ukgma.kz  
E-Mail: medacadem@rambler.ru,  
raihan\_ukgfa@mail.ru

Тираж 200 экз. Журнал отпечатан в  
типографии ОФ «Серпилис»,  
г. Шымкент.

**Главный редактор**

Рысбеков М.М., доктор мед. наук., профессор

**Заместитель главного редактора**

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук,  
асс.профессор

**Редактор научного журнала**

Шаймерденова Р.А.

**Редакционная коллегия:**

Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент  
Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент  
Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент  
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор  
Кауызбай Ж.А., кандидат мед.н., доцент  
Ордабаева С.К., доктор фарм.наук, профессор  
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор  
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук,  
профессор

Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор  
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

**Редакционный совет:**

Бачек Т., асс.профессор(г.Гданьск, Республика  
Польша)  
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated  
Professor (Dudley, UK)  
Георгиянц В.А., д.фарм.н., профессор (г.Харьков,  
Украина)  
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск,  
Россия)  
Корчевский А. Phd, Doctor of Science (г.Колумбия,  
США)  
Раменская Г.В., д.фарм.н., профессор (г.Москва,  
Россия)  
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек,  
Кыргызстан)  
Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа,  
Россия)  
Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK, Финляндия)  
Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK,  
Финляндия)  
Шнитовска М.,Prof.,Phd., M.Pharm (г.Гданьск,  
Республика Польша)



*Академик Д.С. Сексенбаевтың 80 жас мерейтойына орай ұйымдастырылған «Клиникалық медицинаның өзекті мәселелері» атты Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференциясының материалдары  
19 қаңтар 2019 жыл, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы*

*Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической медицины», посвященной 80-летию академика Сексенбаева Д.С.  
19 января 2019 года, г. Шымкент, Республика Казахстан*

*Materials of the international scientific and practical conference "Current problems of the clinical medicine" devoted to the 80 anniversary of the academician Seksenbayev D.S.  
19 January, 2019, Shymkent, Republic of Kazakhstan*

МРНТИ 76.29.39  
УДК 617.5 – 089.844

**Баймаханов Б.Б., Кулакеев О.К., Жуматаев Ж.Ж., Рысбеков М.М., Маймаков А.Т., Арыбжанов Д.Т.**

Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Казахстан  
Городской онкологический центр, г. Шымкент, Казахстан

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА (от истоков до настоящего времени)**

В статье проанализированы исторические аспекты развития хирургии рака пищевода в Южно-Казахстанской области. Анализирован 17 летний опыт хирургического лечения 342 больных раком пищевода. Мужчин было 253 (74%), женщин 89 (26%). I-II стадией было 39 (11,4%), III стадией 281 (82,2%), IV стадией 22 (6,4%) больных. Гистологический плоскоклеточный рак выявлен у 334 (97,7%), аденокарцинома у 8 (2,3%) больных. Экстирпация пищевода произведена 11 больным (3,2%), операция типа Льюиса 331 больным (96,8%). В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 17-х больных (5%), в 12 случаях (3,5%) наблюдалась несостоятельность анастомоза, у 5-х послеоперационный рубцовый стеноз анастомоза (1,5%). Общая послеоперационная летальность составила 22 (6,4%) случаев. Основными причинами летальных исходов были несостоятельность анастомоза и сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания. При динамическом наблюдении одногодичная летальность составила 17,8%, что в основном связано с возникновением локорегиональных метастазов и прогрессирования процесса. При контрольном осмотре 64% больных живут 3 года. Пятилетняя выживаемость составила 18,2%.

**Ключевые слова:** рак пищевода, онкологические больные, операция, стандарты лечения.

Проблема заболеваемости и смертности, а также своевременное лечение рака пищевода остается одной из актуальных проблем современной онкологии. Рак пищевода занимает восьмое место в структуре заболеваемости (4,1-4,5 на 100 тыс. населения) и пятое в структуре смертности (5,2%) злокачественными опухолями в Республике Казахстан. Вместе с тем, одногодичная летальность при этой патологии находится на одной из первых мест среди онкологических больных, составляя 23,9-25%. В Южно-Казахстанской области (ЮКО) в структуре злокачественных новообразований рак пищевода занимает 4-е место. Чаще всего он встречается у лиц старше 50-60 лет. Но и сегодня отдаленные результаты хирургического лечения рака пищевода особо не удовлетворяют клиницистов. При первичном осмотре в I-II стадиях выявляются 20-22% больных, в III стадии 65,5%, в IV стадии 12% больных. Пятилетняя выживаемость составляет 13,5-14%. Вместе с тем, одногодичная летальность при этой патологии находится на одном из первых мест среди онкологических больных [2, 5, 6, 7].

Изучение проблемы лечения больных раком пищевода убедительно показывают сложность лечения злокачественных новообразований пищевода и подтверждают тезис о нерешенности проблемы рака пищевода как таковой. Предметами дискуссий по-прежнему остаются ряд кардинальных вопросов: 1) выбор метода лечения (хирургический, лучевая терапия, комбинированное и/или комплексное лечение) и определение критериев отбора больных на тот или иной вид лечения; 2) выбор адекватного хирургического доступа к пищеводу; 3) объем резекции пищевода, соседних органов, пораженных опухолью, и его лимфатического аппарата; 4) выбор пластического материала для замещения удаленного пищевода; 5) способ формирования и место расположения пищеводного анастомоза; 6) целесообразность и методы паллиативного лечения больных с местнораспространенными и метастатическими формами рака пищевода; 7) тактика лечения локальных рецидивов и прогрессирования опухоли после ее удаления [3, 6, 7, 8].

**Исторически хирургия рака пищевода** начиналась с наиболее доступного с анатомической точки зрения его участка – шейного отдела. Впервые резекцию пищевода при раке в этом сегменте выполнил Czerny в 1877г. Первой пластической операцией на пищеводе можно считать вмешательство, произведенное I. Mikulicz в 1886г., когда дефект пищеводной стенки был закрыт лоскутом кожи [4, 7].

В настоящее время повсеместно во всех ведущих клиниках мира широко распространена пластика пищевода желудком. Идея заместить резецированную часть пищевода желудком принадлежит Biondie (1895г.). В дальнейшем его экспериментальные исследования продолжили Gosset (1903) и I. Mikulicz (1904). Несмотря на активную работу, решение данной проблемы не получило заметного развития, что было связано с отсутствием эффективных методов борьбы с операционным пневмотораксом и плевро-пульмональным шоком, частыми геморрагическими и инфекционными осложнениями, а также низким уровнем анестезиологии того времени. Впервые антеторакальную пластику пищевода с использованием целого желудка осуществил в 1913г. E. Fink [20]. Однако первый



опыт был неуспешным - больной умер на 6-й день после операции. В 1920 г. М. Kirschner [4] разработал оригинальную методику пластики пищевода, которая заключалась в мобилизации всего желудка с сохранением обеих правых желудочных артерий. После пересечения пищевода в абдоминальном его отделе, последний соединялся с тощей кишкой У-образным анастомозом для отведения пищеводного секрета. Отверстие в желудке зашивалось и он проводился антеторакально с формированием эзофагогастроанастомоза на шее (рис. 1). По описанной методике автор выполнил 3 операции. У одной больной результат был благоприятным, 2 пациента погибли в ближайшем послеоперационном периоде. В последующие годы пластика пищевода по М. Kirschner получила значительное развитие в работах К. Nakayama [5]. В отличие от автора, японский хирург производил оперативное вмешательство не одновременно, а в 2 или 3 этапа, уменьшая тем самым ее травматичность и продолжительность. Это позволяло ему успешно завершать вмешательство даже у ослабленных больных и добиться очень хороших результатов: из 200 больных после эзофагопластики по Kirschner-Nakayama умерли лишь 5 (2,5%) пациентов. Несмотря на прекрасные непосредственные результаты операции в руках автора, в Европе данная методика не прижилась.

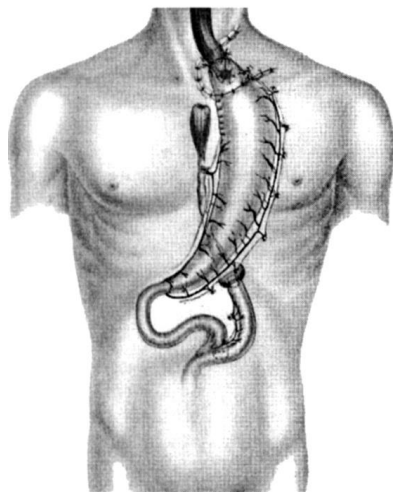


Рисунок 1 - Схема пластики пищевода желудком по М. Kirschner.

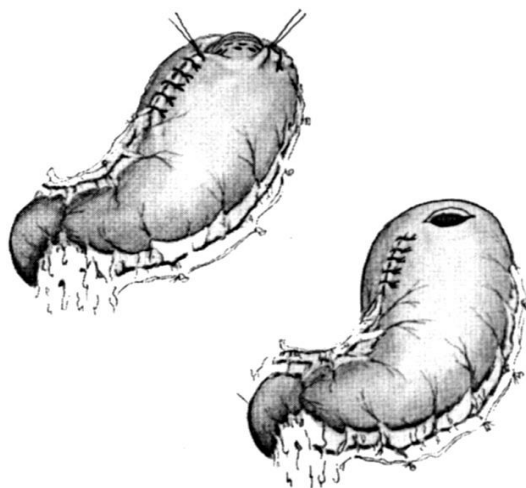


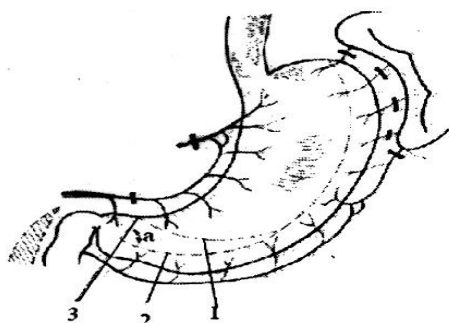
Рисунок 2 - Использование желудка для пластики пищевода при операции Levis.

В 1922 г. W. Kummel сообщил о принципиально новом способе пластики пищевода желудком. Суть его заключается в выделении пищевода на всем протяжении со стороны шеи и брюшной полости. Одновременно производилась мобилизация желудка с сохранением питающих сосудов. Подтягивая пищевод со стороны шеи, последний выводился в рану со сводом желудка. Затем следовала резекция пищевода с формированием эзофагогастроанастомоза.

Стремясь улучшить кровоснабжение желудочного трансплантата, хирурги шли различными путями. В 1946 г. Levis предложил новый способ резекции грудного отдела пищевода, используя для ее мобилизации правостороннюю торакотомию. Автор разделил операцию на два этапа. Первым этапом

после лапаротомии мобилизовался желудок с тщательным сохранением сосудистых аркад вдоль малой и большой кривизны (рис. 2).

Вслед за этим формировалась гастростома. Спустя 1-2 нед производился второй этап, во время которого после перевязки непарной вены вместе с клетчаткой и лимфатическими узлами заднего средостения выделялся пищевод, расширялось пищеводное отверстие диафрагмы, и через него в плевральную полость выводился ранее мобилизованный желудок. Пищевод с опухолью резецировался и формировался эзофагогастроанастомоз «конец-в-бок». В 1948 г. Мс. Manus обосновал возможность и целесообразность одномоментного выполнения этой операции, что придало данному вмешательству широкое распространение в 50-е годы XX века. Затем эта операция была несколько забыта хирургами ведущих клиник России и Европы в связи с стремлением к выполнению экстирпации пищевода шейно-лапаротомным доступом, широко известная среди хирургов как операция по А.Ф. Черноусову (рис. 3). Однако эта операция оказалась не менее травматичной других, с высокими процентами послеоперационных осложнений (до 75%) в виде несостоятельности и рубцовых стриктур анастомоза, высокой послеоперационной летальностью (25%).



**Рисунок 3 - Схема мобилизации желудка и формирования трансплантата по А.Ф. Черноусову и соавт. (1992).**

Начиная с конца 80-х и начала 90-х годов 20 столетия в Российском онкологическом научном центре им акад. Н.Н. Блохина в отделении торакоабдоминальной хирургии под руководством академика РАН и РАМН проф. М.И. Давыдова и соавт. начались новые исследования по возрождению, техническому усовершенствованию и применению в клинической практике резекции пищевода со стандартной 2-х зональной лимфодиссекцией через комбинированный лапаротомно-торакотомный доступ с одномоментной пластикой целым желудком, с формированием эзофагогастростомии в куполе правой плевральной полости. Данная операция в настоящее время широко применяется в ведущих клиниках СНГ, Европы, Китая, Японии, стала стандартом хирургического лечения рака грудного отдела пищевода и справедливо носит название – резекция пищевода по Льюису в модификации М.И. Давыдова [3, 6, 7, 8].

В 1960-1970-х годах рак пищевода занимал лидирующее место среди онкологических заболеваний ЮКО, в связи с чем на базе областного онкологического диспансера (ООД) ЮКО начали внедряться операции по резекции пищевода. Первые операции по поводу рака пищевода в ЮКО были выполнены в 1968-1972г.г. в ООД главным врачом к.м.н., проф. Юнусметовым И.Р. Он же впервые в Казахстане успешно выполнил 1972-1973гг. резекцию грудного отдела пищевода с формированием прямого пищеводно-пищеводного анастомоза при раке грудного отдела пищевода. После операции первый больной прожил без прогрессирования заболевания 5,5 лет. Начиная с 1970г. в ЮКО ООД была впервые применена усовершенствованная методика химиолучевой терапии рака рудного отдела пищевода с химиомодификацией Колхаминовой мазью (патент на изобретение РК № 10756 «Способ лечения рака пищевода», Юнусметов И.Р. с соавт.) После перехода проф. И.Р. Юнусметова на другую работу проблемы хирургии рака пищевода в ЮКО были забыты до 1999-2000гг. [11, 12]

С приходом главным врачом к.м.н. Ж.Ж. Жуматаева и начальника департамента здравоохранения д.м.н., проф. Б.Б. Баймаханова началось второе бурное развитие хирургии рака пищевода в ООД ЮКО. За 2000г. были выполнены более 12 экстирпаций пищевода по А.Ф. Черноусову, более 6 резекций грудного отдела пищевода по Льюису. Начиная с 2001г. резекция пищевода по поводу рака прочно вошла в повседневную практику отделения торакоабдоминальной хирургии ООД ЮКО и в настоящее время стала «рутинной» при хирургическом лечении больных раком пищевода [6, 7, 8].

Ключевые моменты оперативного вмешательства. Согласно данным современных публикаций, большинство практикующих хирургов придерживаются мнения, что с онкологических позиций радикальная операция при РП должна отвечать следующим требованиям:

1. Быть одномоментной, т.е. включать как радикальный, так и реконструктивный этапы. Сегодня нет таких больных, которые не могут быть по каким-либо причинам оперированы одномоментно. Следовательно, обладая рядом неоспоримых преимуществ, одномоментные вмешательства не имеют принципиальных противопоказаний.

2. Удалять пищевод следует целиком при раке верхнегрудного отдела пищевода (тотальная резекция, эзофагэктомия) или выполнять субтотальную резекцию при раке средне- и нижнегрудного отделов. Эта позиция основана на нередком мультицентрическом расположении очагов, преимущественно инфильтративном росте опухоли в краниокаудальном направлении, частом интрамуральном метастазировании. Экстирпация грудного отдела пищевода предполагает формирование внеполостного соустья на шее, которое имеет два важных преимущества: а) его несостоятельность более безопасна, чем внутриплеврального; б) оно более доступно хирургической реконструкции. Кроме того, культя собственного пищевода должна быть не более 5-6 см в длину, тогда ее кровоснабжение наилучшее. Кстати, мы предпочитаем накладывать двухрядные инвагинационные пищеводные анастомозы. Однорядные соустья применяем редко из-за высокой частоты их несостоятельности — около 18%.

3. При выборе оперативного доступа необходимо учитывать возможность выполнения расширенной ЛАЭ. Многие современные авторы подчеркивают необходимость торакотомии для осуществления адекватной медиастинальной ЛАЭ, независимо от уровня поражения пищевода.

Несмотря на то, что хирургический метод остается ведущим в лечении рака пищевода, в настоящее время все больше клиницистов сходятся о мнении комбинированной и комплексной терапии этой патологии. Применение химиолучевой терапии на различных этапах лечения больных раком пищевода дают более обнадеживающие результаты. Снижается процент ранних локо-региональных рецидивов и метастазов, повышается трех- и пятилетняя выживаемость больных.

**Материал и методы.** За последние 18 лет (2001-2018 г.г.) в ООД ЮКО на «Д» учет взято 2970 больных раком пищевода, из них I-II стадия процесса была у 668 (22,5%), с III стадией 1965 (66,2%), с IV стадией 337 (11,3%) больных. В основном больные были старше 60 лет, средний возраст составил 62,7 лет. В ООД лечение получили 2212 (74,5%) больных.

В данной статье нами проанализированы результаты только хирургического лечения больных раком пищевода за 17 лет (2002 по 2018г.г.), в хирургическом лечении рака пищевода в 2001-2002г.г. нами применялась экстирпация пищевода из шейно-диафрагмотомного доступа (11 больных), далее с 2003г. по 2015г. применялась только субтотальная резекция пищевода из комбинированного доступа – 1й этап лапаротомия мобилизация желудка, оментэктомия, лимфодиссекция, 2й этап правосторонняя торакотомия мобилизация и резекция пищевода, лимфодиссекция с формированием пищеводно-желудочного анастомоза в куполе правого гемиторакса (комбинированный лапаротомно-торакотомный доступ с одномоментной пластикой целым желудком - операция типа Льюиса в сочетании со стандартной 2-х зональной лимфодиссекцией). Вторым этапом больным проводилась лучевая терапия по радикальной программе обычным фракционированием до суммарно-очаговой дозы 40-44 грей. Начиная с 2015г. в связи с изменениями стандартов лечения злокачественных новообразований в РК лучевой этап лечения проводится в неoadьювантном режиме, то есть до операции больные получают химио-лучевую терапию до суммарно-очаговой дозы 60-70 грей с химиомодификацией цисплатином и фторурацилом.

За 2001-2018г.г. нами прооперировано 342 больных в возрасте от 42 до 75 лет. Мужчин было 253 (74%), женщин 89 (26%). I-II стадией было 39 (11,4%), III стадией 281 (82,2%), IV стадией 22 (6,4%) больных. Гистологический плоскоклеточный рак выявлен у 334 (97,7%), аденокарцинома у 8 (2,3%) больных. Экстирпация пищевода произведена 11 больным (3,2%), операция типа Льюиса 331 больным (96,8%). В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 17-х больных (5%), в 12 случаях (3,5%) наблюдалась несостоятельность анастомоза, у 5-х послеоперационный рубцовый стеноз анастомоза (1,5%), который устранен эндоскопическим путем и бужированием. Послеоперационная летальность составила 22 (6,4%) случаев. Основными причинами летальных исходов были несостоятельность анастомоза и сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания.

При динамическом наблюдении одногодичная летальность составила 17,8%, что в основном связано с возникновением локорегиональных метастазов и прогрессирования процесса. При контрольном осмотре 64% больных живут 3 года. Пятилетняя выживаемость составила 18,2%.

Таким образом, в истории Мировой хирургии развитие хирургического лечения рака пищевода на протяжении более чем 120 лет была трагичной и сложной. В настоящее время ведущими клиниками разработаны стандарты лечения больных раком пищевода. Основным методом лечения рака пищевода остается хирургический (операция типа Льюиса в модификации М.И. Давыдова). Однако комбинированное лечение (операция + лучевая терапия) рака пищевода является одним из радикальных методов лечения, которая позволяет снизить частоту местных рецидивов и повышает трех- и пятилетнюю выживаемость больных. В целях повышения эффективности результатов лечения больных

раком пищевода нами разрабатываются и внедряются методы неoadьювантной регионарной химиотерапии и мультимодальной терапии.

### Литература

1. Арапов Д.А. Резекция пищевода по поводу ракового поражения с последующей антеторакальной пластикой // Вести, хир. - 1952. - № 2. - С. 65.
2. Арзыкулов Ж.А. Сейтказина Г.Д. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2006г. (статистические материалы). Алматы. – 2005, - 66с.
3. Давыдов М.И., Стилиди И.С. Рак пищевода. – М., - Медицина, 2002, 476с.
4. Зубарев П.Н., Бисенков Л.Л., Синенченко Ш. и др. Одномоментные операции в хирургическом лечении рака пищевода и кардии // Вести, хир. - 1992. - № 4. - С. 3-7.
5. Кулакеев О.К., Жуматаев Ж.Ж., Арыбжанов Д.Т. и др. Опыт хирургического лечения рака грудного отдела пищевода по данным ООД ЮКО//В сб. научных трудов «Современная медицина и онкология» посвященная 10-летию кафедры онкологии ЮКГМА, - Шымкент, 2004, С.127-128
6. Кулакеев О.К., Рысбеков М.М., Юнусметов И.Р., Арыбжанов Д.Т. Современное состояние хирургии рака пищевода // Вестник ЮКГМА, - Шымкент, № 20-21, -2004, -С. 249-257
7. Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т., Юнусметов И.Р. Современные аспекты желудочной пластики в хирургии рака пищевода // В сб. научных трудов «Хирургия XXI века» посв. 70-летию проф. С.В. Лохвицкого, - Караганда, -2005, -С.188-192.
8. Кулакеев О.К., Жуматаев Ж.Ж., Баймаханов Б.Б., Арыбжанов Д.Т. и др. Хирургическое лечение рака пищевода // Вестник хирургии Казахстана, №3, Алматы, -2005, С. 58
9. Мирошников Б.М., Лабазанов М.М., Павелец К.В., Каливо Э.А. Методика формирования желудочного трансплантата для эзофагопластики // Вести, хир. - 1995. - № 2. - С. 24-28.
10. Мирошников Б.Л., Лебединский К.М. Хирургия рака пищевода. - СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002-304 с.
11. Рысбеков М.М., Юнусметов И.Р., Арыбжанов Д.Т. и др. Прямые пищеводно-пищеводные анастомозы после их резекции // В сб. "Вопросы морфологии и клиники", вып. 5, Алматы 2001, с 453-456.
12. Рысбеков М.М., Юнусметов И.Р., Арыбжанов Д.Т. Несостоятельность швов и ее профилактика при резекции пищевода // Хирургия Узбекистана № 63, Материалы международной конференции "Вахидовские чтения-2002" Бухара, 2002
14. Черноусов А.Ф, Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода.- М.: Медицина,2000.-350 с.
15. Akiyama E., Tsurumaru M., Udagawa H. et al. Radical lymph node dissection for cancer of the thoracic esophagus // Ann. Surg. - 1994. - Vol. 220, № 3- - P. 364-373-
16. Matsubara T., Veda M., Vchida C., Takahashi T. Modified Stomach Roll for safer Reconstruction After Subtotal Esophagectomy //J. Surg. Oncol. - 2000. - Vol. 74, № 12 - P. 1115-1117.

### Түйін

**Баймаханов Б.Б., Кулакеев О.К., Жұматаев Ж.Ж., Рысбеков М.М., Маймаков А.Т., Арыбжанов Д.Т.**

Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент қ., Қазақстан  
Қалалық онкология орталығы, Шымкент қ., Қазақстан

### ҚАЛА ОНКОЛОГИЯЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА ӨНЕШ ҚАТЕРЛІ ІСІГІН ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ (туындыдан бүгінгі күнге дейін)

Мақалада Оңтүстік-Қазақстан облысындағы өңеш қатерлі ісігін хирургиясының дамуының тарихи аспектілері талданады. Өңеш қатерлі ісігіне шалдыққан 342 науқастың хирургиялық емдеудегі 17 жылдық тәжірибесі талданды. Оның ішінде ерлер 253 (74%), әйелдер 89 (26%) құрады. Ісіктің I-II кезеңі 39 (11,4%) науқаста, III сатыда 281 (82,2%), ал IV кезеңде 22 (6,4%) науқастарда болды. 334 (97,7%) науқаста ісіктің гистологиялық түрі жалпақ жасушалы карцинома, ал 8 (2,3%) науқаста аденокарцинома анықталды. Өңеш экстирпациясы 11 науқасқа (3,2%), 331 науқаста (96,8%) Льюис типті өңештің резекциясы отасы орындалды. Операциядан кейінгі кезеңде 17 науқаста (5%) асқину байқалды, 12 жағдайда (3,5%) анастомоздің ақаулар байқалды, 5 операциядан кейін анастомоздың стенозы (1,5%) байқалды. Операциядан кейінгі жалпы өлім 22 (6,4%) адам болды. Өлімнің негізгі себептері анастомоздың ақауларымен, және жүрек-қан тамырлары ауруларының жетіспеушілігі болды. Динамикалық байқауда бір жылдық өлім 17,8% құрады, бұл негізінен жергілікті аймақтық метастаздардың пайда болуына және процестің дамуына байланысты. Тексеру барысында науқастардың 3 жылдық өміршаңдығы 64% болды. Бес жылдық өмір сүру деңгейі 18,2% құрады.

**Кілт сөздер:** өзектің шаяны, онкологиялық аурулар, операциялар, аурулардың стандарттары.



**Summary**

**Baymahanov B.B., Kulakeev O.K., Zhumataev ZH.ZH., Rysbekov M.M., Maymakov A.T., Arybzhonov D.T.**

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan  
City Cancer Center, Shymkent, Kazakhstan

**RESULTS OF TREATMENT OF EYE CANCER PATIENTS IN THE SOUTH KAZAKHSTAN REGION ON THE DATA CITY ONCOLOGICAL CENTER (from origins to the present)**

The article analyzes the historical aspects of the development of surgery of esophageal cancer in the South Kazakhstan region. Analyzed 17 years experience of surgical treatment of 342 patients with cancer of the esophagus. Men were 253 (74%), women 89 (26%). Stage I-II was 39 (11.4%), Stage III 281 (82.2%), Stage IV 22 (6.4%) patients. Histological squamous cell carcinoma was detected in 334 (97.7%), adenocarcinoma in 8 (2.3%) patients. Extirpation of the esophagus was performed in 11 patients (3.2%), Lewis-type surgery in 331 patients (96.8%). In the postoperative period, complications were noted in 17 patients (5%), in 12 cases (3.5%) anastomotic failure was observed, in 5 postoperative cicatrice anastomotic stenosis (1.5%). The total postoperative mortality was 22 (6.4%) cases. The main causes of death were the failure of the anastomosis and concomitant cardiovascular diseases. Under dynamic observation, one-year mortality was 17.8%, which is mainly due to the occurrence of locoregional metastases and progression of the process. At the control examination, 64% of patients live 3 years. Five-year survival rate was 18.2%.

**Key words:** cancer of gullet, oncologic patients, operation, standards of treatment.

УДК: 615.917:612.015.32-611.43-618.29

**С.К. Тулеметов, к.м.н., доцент, М.Ю.Акрамова ассистент**  
Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОСТА И СТАНОВЛЕНИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОТОМСТВА В УСЛОВИЯХ ВНУТРИУТРОБНОГО И РАННЕГО ПОСТНАТАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ**

**Аннотация**

В работе изучена структурные и функциональные особенности постнатального роста и становления коры надпочечных желез у потомства в условиях воздействия пестицидов через организм матери. Выявлено, что хроническая интоксикация материнского организма существенно снижает темпы роста и становления коры надпочечников в постнатальном онтогенезе. Воздействие пестицидов нового поколения (цигалотрина и фипронила) через организм матери приводит к структурно-функциональным нарушениям становления гипофизарно-адреналовой системы потомства. Повышение концентрации кортизола является ответной реакцией на стресс, вызванный токсическим воздействием, и она обусловлена усилением выработки адренокортикотропного гормона (АКТГ) гипофиза и функциональным напряжением клеток коры надпочечников потомства.

**Ключевые слова:** пестициды, кора надпочечников, гипофизарно-адреналовая система, постнатальный онтогенез.

**Введение.** К настоящему времени известна большая группа химикатов, оказывающих токсическое действие преимущественно на эндокринную систему, прежде всего, на гипоталамо-гипофизарно-тиреоидно-адреналовую ось. Эти вещества, обозначенные как «эндокрин-разрушающие химикаты окружающей среды» (ЭРХОС, англ. *environmental endocrine-disrupting chemicals*), неблагоприятно влияют на различные этапы синтеза, транспорта и функции гормонов [1]. К ним относятся и ряд пестицидов, в том числе и последних поколений, которые тем или иным путем попадают в организм и вызывают в нем определенный гормональный дисбаланс. Клиническими и экспериментальными исследованиями доказана несомненная роль ЭРХОС в патогенезе ряда заболеваний (ожирение, атеросклероз, гипертоническая и ишемическая болезни, нарушения фертильности и другие), которые связаны с нарушением метаболизма и гормонального гомеостаза [2,3,4]. Известно ряд веществ, которые избирательно оказывают

неблагоприятное влияние на кору надпочечников, нарушая процесс стероидогенеза и тем самым вызывая глубокие изменения различных звеньев метаболизма [5,6,7,8,9]. Вместе с тем, большинство исследований о механизмах влияния токсических химических факторов на эндокринную систему проведено у половозрелых особях экспериментальных животных, а особенности реакции растущего организма в условиях токсического воздействия остаются малоизученными. Лишь в единичных работах указано, что подобные ЭРХОС вещества оказывают более выраженное патогенное воздействие в детском и юношеском возрасте, нарушая рост и становление организма в постнатальном периоде [10,11,12,13,14]. Исследованиями нашей лаборатории ранее показано, что хроническая интоксикация материнского организма пестицидами оказывает неблагоприятное влияние на рост и становление щитовидной железы потомства [15,16]. Исходя из этого, представляет несомненный научно-практический интерес изучение структурно-функциональных особенностей становления гипофизарно-адреналовой системы в условиях внутриутробного и раннего постнатального воздействия пестицидов. К сожалению, подобные исследования практически не проводились. В связи с этим мы в настоящей работе исследовали структурные и функциональные особенности постнатального роста и становления коры надпочечных желез потомства в условиях воздействия пестицидов через организм матери.

**Материалы и методы.** Опыты проводились на нерожавших, белых половозрелых крысах-самках, которые были подразделены на 3 группы по 30 животных в каждой. Две группы животных в течение 30 дней ежедневно рогос получали соответственно пестициды цигалотрин или фипронил. Третья группа, получавшая только аналогичный объем стерильного физиологического раствора, служила контролем. На следующие сутки самки были подсажены к здоровым самцам. Введение пестицидов продолжалось непрерывно во время беременности и вплоть до окончания периода лактации. Потомство, полученное от опытных и контрольных самок, исследовали в динамике на 1,3,7,14, 21, 30 и 90 сутки послерождения. Надпочечную железу (Нп) изучали с помощью морфологических и электронно-микроскопических методов [15,16]. При этом основное внимание уделено коре надпочечников – как главному источнику стероидных гормонов. Кроме того, определяли уровень кортизола (К) и адренкортикотропного гормона (АКТГ) гипофиза. Все цифровые данные статистически обработаны с использованием пакета компьютерных программ с вычислением критериев Стьюдента, достоверными считались различия, удовлетворяющие  $P < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** У новорожденных крысят контрольной группы после рождения надпочечники небольших размеров, четко разграничены от почечной ткани тонкой соединительно-тканной капсулой. На 3 сутки после рождения микроскопически достаточно отчетливо выделить кору и мозговое вещество органа. В коре надпочечников хорошо различается клубочковая зона, имеющая характерную локализацию клеток. Пучковая и сетчатая зоны еще окончательно не сформированы и представлены в виде диффузных скоплений клеток без определенной ориентации. Границы между этими зонами практически не определяются. В дальнейшем, на 7-14 сутки после рождения в коре надпочечников четко выделяются все три зоны, Это сопровождалось прогрессирующим увеличением объемной доли пучковой зоны, которая к 21-30 суткам после рождения составляла почти половины всей коры. В ультраструктурном плане клетки коры надпочечников на 3-7 сутки после рождения в целом характеризовались относительно низкой степенью дифференцировки. На 14-21 сутки наблюдалась выраженная дифференцировка клеток коры. Клетки пучковой зоны характеризовались наличием крупного ядра (Я), нередко содержащее ядрышко. В цитоплазме выявлялись многочисленные липидные капли (Лк). Некоторые клетки содержали хорошо развитый комплекс Гольджи, расположенный над ядром. В цитоплазме клеток наблюдались многочисленные и довольно крупные митохондрии (рис.1). Митохондрии в основном содержали плотно упакованные кристы трубчато-везикулярного типа, среди которых значительно реже обнаруживались пластинчатые кристы. Основная часть клеток клубочковой зоны отличалась малыми размерами и значительно меньшим содержанием липидных включений и органелл. Клетки сетчатой зоны характеризовались гетерогенной ультраструктурой – одни клетки характеризовались наличием многочисленных липидных капель и митохондрий, другие же практически не содержали липидов и были бедны цитоплазматическими органеллами.

У животных опытных групп формирование структурных зон коры надпочечников и дифференцировка их клеток, в отличие от контроля, происходило значительно медленнее. При этом к 14 суткам относительно четко разграничена была лишь клубочковая зона, а пучковая и сетчатая зоны не имели четких границ. Лишь к 21-30 суткам у опытных животных удавалось различить все три зоны коры. Электронно-микроскопические исследования клеток пучковой зоны в эти сроки показали значительное замедление темпов дифференцировки клеток. Клетки данной зоны характеризовались выраженной ультраструктурной гетерогенностью. Наряду с клетками, содержащими крупное ядро с ядрышками, встречались клетки с уплотненными ядрами небольших размеров. Развитый комплекс Гольджи с характерными цистернами и везикулярными структурами обнаруживался в единичных клетках. Большинство клеток содержало лишь небольшое количество липидных включений, что сочеталось с

выраженным уменьшением числа и размеров митохондрий, а также редукцией профилей гладкой эндоплазматической сети. Во многих клетках обнаруживались крупные светлые вакуоли, которые равномерно распределялись по всей цитоплазме. Следует также отметить, что у опытных животных значительно чаще встречались деструктивные клетки с теми или иными признаками лизиса цитоплазматических органелл (рис.2).

Известно, что клетки пучковой и сетчатой зоны являются основными продуцентами стероидных гормонов, исходным сырьем для которых является холестерол липидных включений клеток [5]. Механизм биосинтеза стероидных гормонов (стероидогенез) достаточно хорошо изучен. В этом процессе активно участвуют митохондрии с трубчатыми и везикулярными кристами, компоненты комплекса Гольджи и гладкой эндоплазматической сети [7]. Показано, что редукция цитоплазматических органелл в совокупности со снижением числа липидных включений указывает на замедление или нарушение процесса стероидогенеза[8]. Полученные нами данные также свидетельствуют, что внутриутробное и раннее постнатальное воздействие пестицидов приводит к функциональному напряжению органелл. Кроме того, значительно увеличивалась частота клеток с деструктивными изменениями цитоплазмы. Эти данные в целом можно считать ультраструктурными проявлениями нарушений постнатальной дифференцировки клеток коры надпочечников и их функциональной напряженности. Морфологические данные в целом нашли свое подтверждение при исследовании уровня кортизола в динамике постнатального онтогенеза. Выявлено, что воздействие пестицидами сопровождается достоверным повышением концентрации кортизола, причем наибольший пик кортизола отмечается на 21 сутки после рождения (рис. 3). Такая же динамика наблюдалась при определении концентрации адренкортикотропного гормона (АКТГ) у потомства (рис. 4).

Таким образом, внутриутробное и раннее постнатальное воздействие приводит к существенным структурно-функциональным изменениям процесса становления гипофизарно-адреналовой системы потомства. Механизм этих изменений не до конца ясен, не исключено, что изменения в коре надпочечников обусловлены нарушением регуляторных факторов в гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси в условиях хронической интоксикации [1,5,7].

#### Выводы:

1. Воздействие пестицидов нового поколения (цигалотрина и фипронила) через организм матери приводит к структурно-функциональным нарушениям становления гипофизарно-адреналовой системы потомства. При этом значительно замедляются темпы роста и формирования структурно-функциональных зон коры надпочечников, особенно, пучковой и сетчатой зон.
2. Выявленные субмикроскопические изменения клеток пучковой зоны, указывают на функциональную напряженность клеток стероидогенеза.
3. Повышение концентрации кортизола является ответной реакцией на стресс, вызванный токсическим воздействием, и она обусловлена усилением выработки адренкортикотропного гормона (АКТГ) гипофиза и функциональным напряжением клеток коры надпочечников потомства.
4. Все это обуславливает необходимость тщательного мониторинга функции коры надпочечников у беременных женщин и новорожденных в условиях повышенного риска загрязнения окружающей среды пестицидами.

#### Литература

1. Gore A.C. [Endocrine-Disrupting Chemicals](#) // JAMA Intern Med. -2016 Nov 1;176(11):1705-1706. doi: 10.1001
2. Rehman S. [Endocrine disrupting chemicals and impact on male reproductive health](#) / Z.Uzman, S.Rehman, M.AiDraihem, N.Rehman, I.Rehman, G.Ahmad. Transl. Androl. Urol. -2018 Jun; 7(3):490-503. doi: 10.21037
3. Scarano WR, [Cell junctions in the prostate: an overview about the effects of Endocrine Disrupting Chemicals \(EDCS\) in different experimental models](#). C.F.Pinho, L.Pissinatti, B.F.Gonçalves, L.O.Mendes, S.GP.Campos // ReprodToxicol. -2018 Oct;81:147-154. doi: 10.1016
4. Bell M.R. [Sex differences in effects of gestational polychlorinated biphenyl exposure on hypothalamic neuroimmune and neuromodulator systems in neonatal rats](#) / A.Dryden, R.Will, A.C.Gore // ToxicolApplPharmacol. -2018 Jun 5;353:55-66. doi: 10.1016
5. Harvey P.W. Toxic responses of the adrenal cortex. In: Charlene A.McQueen, Comprehensive Toxicology. 2010. –Vol. 11. – P. 265-289.
6. Nascimento S. [Exposure to environment chemicals and its possible role in endocrine disruption of children from a rural area](#) / G.Göethel, B.Gauer, E.Sauer, J.Nardi, L.Cestonaro, D.Correia, C.Peruzzi, L.Mota, R.V.Machry, T.W. Furlanetto, T.Saint' Pierre, A.Gioda, M.D. Arbo, S.C.Garcia // Environ Res. -2018 Nov; 167:488-498. doi: 10.1016
7. Harvey P.W. [Adrenocortical endocrine disruption](#) // J Steroid BiochemMol Biol. -2016 Jan;155(Pt B):199-206. doi: 10.1016

8. Matysiak W., Jodlowska-Jedrych B. Does administration of non-steroidal anti-inflammatory drug determine morphological changes in adrenal cortex: ultrastructural studies. *Protoplasma*. 2010. – Vol. 246. – P. 109–118.
9. [Krishnan K. Effects of the Endocrine-Disrupting Chemicals, Vinclozolin and Polychlorinated Biphenyls, on Physiological and Sociosexual Phenotypes in F2 Generation Sprague-Dawley Rats / N.Mittal, L.M.Thompson, M.Rodriguez-Santiago, C.L.Duvauchelle, D.Crews A.C.Gore // Environ Health Perspect. -2018 Sep;126 \(9\):97005. doi: 10.1289](#)
10. Ozen S, Darcan S. Effects of environmental endocrine disruptors on pubertal development. *J Clin Res PediatrEndocrinol*. 2011. – Vol. 1. – P.1-6.
11. Wei P. [Transgenerational thyroid endocrine disruption induced by bisphenol S affects the early development of zebrafish offspring / F.Zhao, X.Zhang, W.Liu, G.Jiang, H.Wang, S.Ru // Environ Pollut. -2018 Sep 15; 243\(Pt B\):800-808. doi: 10.1016](#)
12. [Buck Louis G.M. Endocrine disruptors and neonatal anthropometry, NICHD Fetal Growth Studies - Singletons // S.Zhai, M.M.Smarr, J.Grewal, C. Zhang, K.L.Grantz, S.N.Hinkle, R.Sundaram, S.Lee, M.Honda, J.Oh, K.Kannan // Environ Int. -2018 Oct;119:515-526. doi: 10.1016](#)
13. Reilly M.P. [Application of a novel social choice paradigm to assess effects of prenatal endocrine-disrupting chemical exposure in rats \(\*Rattus norvegicus\*\) / C.D.Weeks, D.Crews, A.C.Gore // J Comp Psychol. -2018 Aug;132\(3\):253-267. doi: 10.1037](#)
14. Hernandez M.E. [Endocrine disruptors: Chemical contaminants - a toxic mixture for neurodevelopment / A.C.Gore // Nat Rev Endocrinol. -2017 Jun;13\(6\):322-323. doi: 10.1038](#)
15. Зокирова Н.Б., Тухтаев К.Р., Морфометрические и ультраструктурные особенности роста и становления щитовидной железы у потомства в условиях хронической интоксикации организма матери. // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – 2011. - №4. – С. 52-54.
16. Зокирова Н.Б., Тухтаев К.Р. Постнатальный рост и становление щитовидной железы в условиях хронической интоксикации пестицидами // Врач-аспирант. – 2011. - №5.4 (48). – С. 565-569.

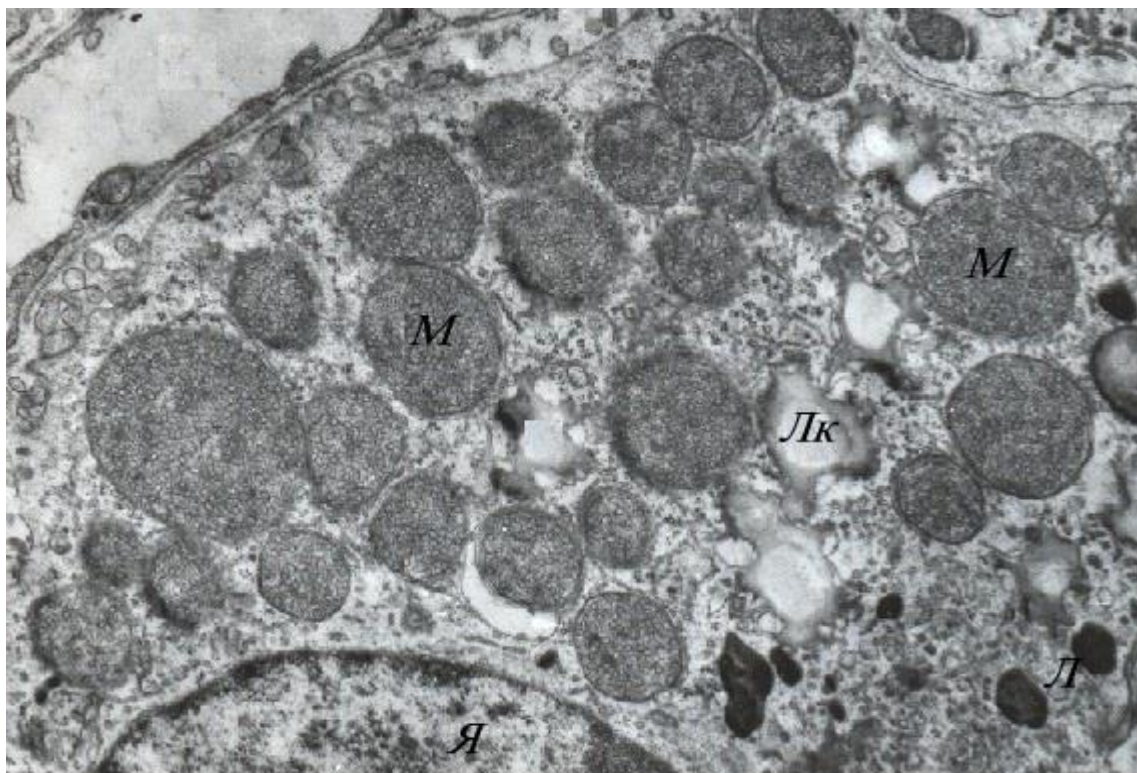


Рисунок 1 - Клетка пучковой зоны надпочечника потомства от контрольных животных на 14 сутки после рождения. Трансмиссионная электронная микроскопия (ТЭМ). Увел. 21000х.



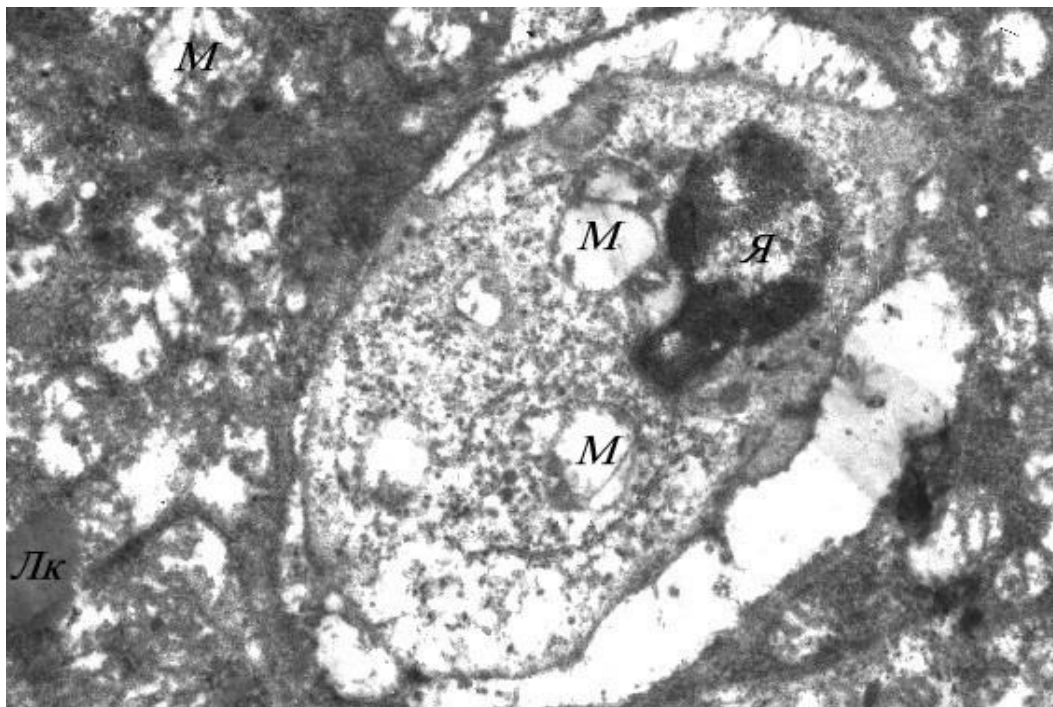


Рисунок 2 - Клетка пучковой зоны надпочечника потомства от животных с интоксикацией фипронилом на 21 сутки после рождения. ТЭМ. Увел. 21000х.

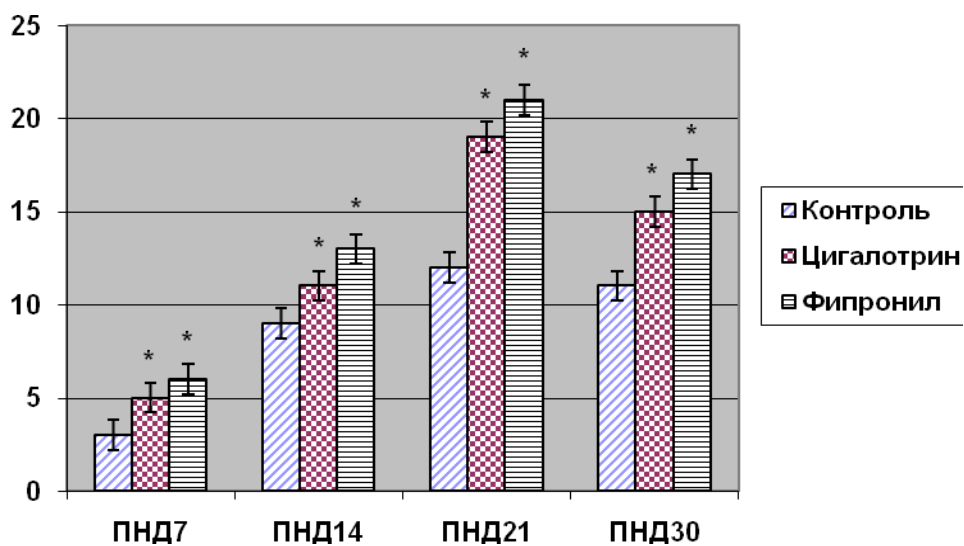


Рисунок 3 - Концентрация кортизола (К) потомства в динамике постнатального развития в условиях хронической интоксикации пестицидами (в нг/мл). ПНД – постнатальный день.

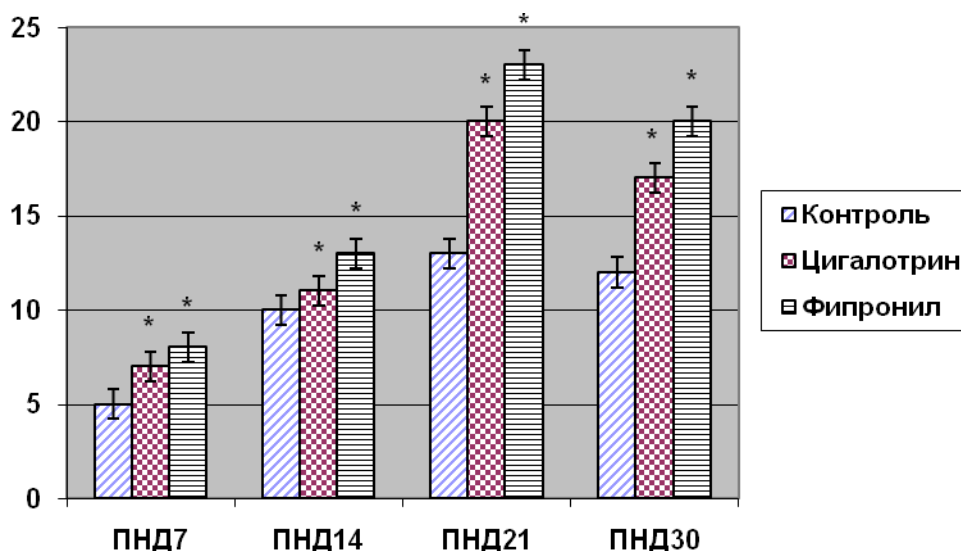


Рисунок 4 - Концентрация аденокортикотропного гормона (АКТГ) потомства в динамике постнатального развития в условиях хронической интоксикации пестицидами (в пг/мл).

Түйін

С.К. Тулеметов, э.ғ.к., доцент, М.Ю.Акрамова ассистент  
Ташкент мемлекеттік стоматологиялық институты, Ташкент қаласы  
Ташкент педиатриялық медициналық институты, Ташкент қаласы

Пестицидтердің аналық денесі арқылы ұрпақтарда босанғаннан кейінгі өсудің және бүйрек үсті қабығының қалыптасуының құрылымдық және функционалдық ерекшеліктері қарастырылған. Аналық организмнің созылмалы интоксикациясы босанудан кейінгі онтогенездегі өсу жылдамдығын және бүйрек үсті кортекциясын қалыптастыруды айтарлықтай төмендететіні анықталды. Жаңа буынның пестицидтердің (cyhalothrin және fipronil) ананың денесі арқылы таралуы ұрпақтың гипофиздік-адреналдық жүйесінің қалыптасуындағы құрылымдық және функционалдық бұзылуларға әкеледі. Кортизол концентрациясын жоғарылату токсикалық әсерлерден туындаған стресске жауап болып табылады және бұл гипофиздің аденокортикотропты гормонының (АКТГ) және ұрпақтың бүйрек үсті қабығының жасушаларының функционалдық стресстерінің өндірісінің жоғарлауымен байланысты.

**Кілт сөздер:** пестицидтер, бүйрек үсті кортексі, гипофиздік-бүйрек үсті жүйесі, босанғаннан кейінгі онтогенезі.

Summary

S.K.Tulemetov, M.Y.Akramova  
Tashkent state of dental institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan  
Tashkent medical pediatric institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan

#### STRUCTURAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF GROWTH AND FORMATION OF THE ADRENAL GLANDS OF OFFSPRING UNDER IN UTERO AND EARLY POSTNATAL EXPOSURE TO PESTICIDES

We have studied the structural and functional features of postnatal growth and the formation of the cortex of the adrenal glands in the offspring under the impact of pesticides through the mother's body. It was found that chronic intoxication with the mother's body significantly reduces the rate of growth and the formation of the adrenal cortex in postnatal ontogenesis. Exposure to pesticides of new generation (cyhalothrin and fipronil) by the mother leads to structural and functional impairment of formation of the pituitary-adrenal system offspring. Increasing the concentration of cortisol is a response to the stress caused by toxic exposure, and it is due to increased production of adrenocorticotropic hormone (ACTH) and functional tense of adrenocortical cells of the offspring.

**Keywords:** pesticides, adrenal cortex, pituitary-adrenal system, postnatal ontogenesis.



МРНТИ 76.29.51  
Удк 616.002.614.4

**С.К. Еркебаева<sup>1</sup>, Г.А. Дуцанова<sup>1</sup>, Г.А. Мустапаева<sup>2</sup>, С.К. Сабырханова<sup>2</sup>**  
Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Республика Казахстан  
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии, Шымкент, Республика Казахстан

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

### **Резюме**

В настоящее время церебральный инсульт является наиболее частым нарушением мозгового крово-обращения и одной из важнейших причин смертности и инвалидностинаселения в мире и Казахстане. Течение сосудистых заболеваний во многом определяется особенностями климата и сменой погодных условий. Результаты многочисленных исследований показали, что для повышения эффективности про-филактического лечения больных с сосудистыми заболеваниями имеет важное значение предупреждение метеопатических реакций, возникающих в связи с изменениями климато-метеорологических факторов, а также установлена тесная связь возникновения инсультов и церебральных кризов с изменением атмосферных процессов.

**Ключевые слова:** неврология, смертность, цереброваскулярное нарушение, ангиохирургия, профилактика

Большинство специалистов в стране и за рубежом считают, что наибольший эффект в снижении заболеваемости и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний может быть достигнуто за счет активного внедрения в практику здравоохранения мероприятий по профилактике этих болезней [1,2]. Снижение показателя смертности от инсульта определяется решением следующих задач :снижение летальности и смертности при уже случившемся инсульте путем совершенствования системы оказания медицинской помощи больным и внедрения новых высокотехнологичных эффективных методов лечения; а также уменьшение заболеваемости инсультом вследствие применения эффективных методов профилактики. По данным российских исследований наиболее эффективной и экономически выгодной признано проведение первичной профилактики инсульта, которая состоит из популяционных стратегий профилактики цереброваскулярных заболеваний на государственном уровне и медицинской профилактики [3].

Профилактика на государственном уровне сердечно-сосудистой патологии направлена на достижение позитивных изменений состояния здоровья каждого гражданина путем изменения образа жизни, повышения физической активности, снижения веса, нормализация диастолического артериального давления и т.д.

Профилактика на уровне медицинских организаций должна быть направлена на раннее выявление больных высокого риска по развитию инсульта, а также обязательное проведение превентивного медикаментозного и, при необходимости, сосудистого хирургического лечения. Особое внимание при осмотре практически здоровых людей на выявление сосудистых факторов риска, взятие их под контроль должно уделяться врачампервичного звена: терапевтами, врачами общей практики совместно с неврологами, кардиологами и эндокринологами. Необходимо проведение комплексной профилактики церебрального инсульта, основанной на индивидуальном подходе и включающей как немедикаментозные, так и медикаментозное или ангиохирургическое лечение [4].

Выявление факторов риска развития церебрального инсульта позволяет определить направление профилактики: немедикаментозное либо медикаментозное.

Немедикаментозная профилактика должна включать отказ от курения, ограничение приема поваренной соли, снижение избыточной массы тела, оптимизацию уровня физической активности, ограничение употребления алкоголя, уменьшение действия хронических стрессов, которые сами по себе могут вести к повышению артериального давления [5,6].

Общее состояние здоровья человека определяется не только исходными физическими данными, но и воздействием различных климато-метеорологических факторов. Наука о влиянии изменений погоды на самочувствие человека носит название «метеопатология». Она изучает не состояние погодных условий, а характер изменений, происходящих в природе [7].

Метеотропные процессы представляют собой рефлекторный ответ нашего тела на изменение условий окружающей среды (погодных и климатических). Способность человека реагировать на различные факторы погоды называют метеочувствительностью (метеолабильностью). Важное значение

имеет именно динамика изменения погодных условий, а не колебания температуры, влажности воздуха и других параметров по отдельности [8].

Нарушение адаптации организма человека к условиям внешней среды зачастую приводит к проблемам с сердечно-сосудистой системой, а именно кризам, инфаркту миокарда, мозговым инсультам. В последние годы особую тревогу вызывает факт роста цереброваскулярных заболеваний и их «омолаживание» в нашей республике, в то время как в странах западной Европы, США, Канаде, Австралии наметилась тенденция к снижению заболеваемости и смертности этими заболеваниями [9]. Многие авторы считают, что самое большое количество церебральных инсультов наблюдается в холодное время года (ноябрь, декабрь, январь, февраль) и сравнительно мало — в теплое (май, июнь, июль, август). Авторы указывают, что в течение одних суток также имеются колебания выраженности заболевания. Наиболее часто церебральные инсульты возникают в период от 18 до 24 ч, что можно объяснить влиянием нагрузочного дня, физической и умственной усталостью и снижением адаптационных свойств организма [10-13].

Наиболее частая смена погоды наблюдается весной и осенью, когда в организме относительно заметно снижаются уровень витаминного баланса и общая реактивность, что является основой для провоцирования церебрального инсульта.

Реакции организма в ответ на действие метеорологических факторов зависят не только от колебаний погодных условий, но и от индивидуальных особенностей функционального состояния организма, пола и возраста больного, его образа жизни, физической активности, эмоционального равновесия, характера питания и степени нарушения обменных процессов. Все это нужно учитывать при разработке лечебных и профилактических мероприятий для больных с церебральным инсультом [14,15]. В России и в ряде других стран из всех существующих в настоящее время критериев оценки погоды наиболее распространена комплексная классификация, предложенная И.И.Григорьевым, и дополненная Н.М.Маджидовым и В.Д.Трошиным в основу которой положены: 1) комплексы электрометеорологических элементов, 2) факторы синоптического ряда и 3) некоторые гелиогеофизические процессы в атмосфере. Этим самым была осуществлена клинико-метеорологическая и динамическая характеристика погодных факторов в установлении медицинского прогноза, что позволяет все разнообразие погодных условий по сумме и динамике показателей разбить на четыре типа.

Для каждого типа погоды условно принята словесная характеристика: I – весьма благоприятная погода, II – благоприятная погода, III – неблагоприятная погода, IV – особо неблагоприятная погода. Такая морфодинамическая классификация позволяет более широко использовать прогнозы погоды для организации действенных профилактических мероприятий многих заболеваний, в том числе мозговых инсультов.

При определении типа погоды учитывают уровень атмосферного давления, температуру воздуха, интенсивность ветра, относительную влажность, количество осадков, содержание кислорода в воздухе, ионный состав атмосферы и электромагнитные показатели [16].

Н.М.Маджидовым для организации рациональной профилактики метеотропных реакций во всех медицинских учреждениях рекомендовано ввести медицинские погодные режимы: для погоды типа I – весьма благоприятный, типа II – благоприятный, типа III – медико-погодный усиленного контроля, типа IV – медико-погодный строгого контроля.

Меры профилактики метеотропных реакций для каждого больного должны быть индивидуальны и определяться медицинским погодным режимом (типом погоды), диагнозом заболевания, состоянием нервной системы больного [17].

В неблагоприятные периоды погоды необходимо проведение специальных мер, направленных на предупреждение метеотропных реакций: комплекс мероприятий организационно-оздоровительного и лечебно-профилактического характера, направленные на ограждение больного от психоэмоциональных и физических перенапряжений и предупреждение от перегревания и переохлаждения [18].

Существует следующая классификация вариантов метеочувствительности, основанная на степени тяжести проявляющихся симптомов [19].

1. Легкая степень. Характеризуется незначительным недомоганием, небольшой интоксикацией организма. Не требует лечения.
2. Выраженная степень. Сопровождается появлением объективных (диагностируемых) признаков неблагополучия. Проявляется в виде повышения или понижения артериального давления, сердечно-сосудистых патологий, гастрита и т. п.
3. Тяжелая степень. Проявляется в зависимости от типа метеопатической реакции. При сердечном типе наблюдаются боли за грудиной и в сердце, одышка. Для мозгового типа характерны головные боли, головокружения. Астеноневротический тип представлен повышенной тревожностью, возбудимостью, раздражительностью. Возможны также бессонница, расстройство деятельности вегетативной нервной системы.

Нередко встречается смешанный тип метеолабильности: например, сочетание нарушения работы мозга и сердца. В других случаях возможно развитие метеопатии по неопределенному типу: реагирование на изменения погоды проявляются в виде симптомов ОРЗ или ОРВИ.

В мировой практике разработаны критерии биоклиматического потенциала, которые включают пофакторную медицинскую оценку основных метеорологических параметров [20].

Каждый метеорологический параметр подразделяется по характеру биологического воздействия на адаптационные системы человека на щадящий (благоприятный) – 3 балла, тренирующий (относительно-благоприятный) – 2 балла и раздражающий (неблагоприятный) – 1 балл. При расчете биоклиматического потенциала (в баллах) определяют, к какой категории медико-климатических условий относятся те или иные биоклиматические характеристики. Сумма баллов делится на количество рассмотренных биоклиматических параметров, в результате получают интегрированную оценку биоклиматических условий.

При интегральной оценке менее 1,4 балла биоклиматические условия следует считать неблагоприятными, 1,5 - 2,4 балла – относительно благоприятными, 2,5–3,0 балла – благоприятными.

В этой методике используются следующие критерии оценки биоклиматических особенностей регионов:

- а) термический режим (повторяемость комфортных метеорологических условий за теплый период, повторяемость суровых погод за зимний период, продолжительность безморозного периода, повторяемость значительной междусуточной изменчивости температуры воздуха);
- б) радиационный режим (число часов солнечного сияния, число дней без солнца, фактическое среднее месячное УФ излучение Солнца в полдень, коэффициент прозрачности атмосферы);
- в) циркуляционный режим (интенсивность циклонической деятельности, повторяемость контрастных смен погоды, повторяемость малых скоростей ветра);
- г) режим влажности (повторяемость малой относительной влажности воздуха, повторяемость "душных" погод за теплый период года, продолжительность залегания снежного покрова, число дней с туманом);
- д) барический режим (повторяемость большой междусуточной изменчивости давления воздуха);
- е) ионизация воздуха (число отрицательных ионов); ж) загрязнение атмосферы (коэффициент прозрачности атмосферы, фактор мутности атмосферы, концентрация различных загрязнителей атмосферы).

«Самой экономически выгодной и необходимой» стратегией адаптации по мнению ВОЗ является проведение профилактических мероприятий. Особое значение при этом имеют категории населения, не имеющие достаточных средств, ограниченные в доступе к адаптивным ресурсам. Таким образом, важной составляющей и определяющим фактором адаптивной способности является благополучие населения [21].

Уровень бедности в Казахстане по данным Министерства финансов и Агентства по статистике составляет 7,5%, в то время как в отдельных регионах, в частности в ЮКО каждый десятый житель испытывает материальные трудности, что несомненно сказывается на уровне здоровья и доступе к адаптивным ресурсам. Эффективным способом повышения адаптационных способностей организма принято считать проведение профилактических мероприятий в условиях медицинских организаций [22]. Анализируя вышеприведенные литературные данные, следует отметить высокую степень влияния климато-метеорологических факторов отдельного региона на частоту развития цереброваскулярных заболеваний, в первую очередь инсультов. Многими исследователями отмечена необходимость проведения лечебно-профилактических мероприятий в дни перед неблагоприятными условиями погоды для снижения осложнений и частоты возникновения церебральных инсультов.

### Литература

1. Евдаков В.А. Социально-экономические аспекты снижения смертности от мозгового инсульта под влиянием вторичной профилактики артериальной гипертонии // Кардиология - 1996. - № 3. – С.39-44.
2. Tuzelbayev N., Duchshanova G., Mustapayeva G., Yermakhanova Zn. Medical and social risk factors for cardiovascular disease among elderly and old people//National journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology–2017 | Vol 7 | Issue 12 (Online First).-P.1-8.
3. Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В. Вторичная профилактика инсульта.-М.: Пагри, 2002.–120с.
4. Шамалов Н.А., Бодыхов М.К., Плавунин Н.Ф. и др. Ведение больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на догоспитальном этапе. Методические рекомендации / под ред. В.И. Скворцовой. - Правительством Москвы; Департамент здравоохранения, 2007. – 26 с.
5. Artalejo F.R., Guallar-Castillon P., Banegas J.R.B. et al. Consumption of Fruit and Wine and the Decline in Cerebrovascular Disease Mortality in Spain (1975-1993) // Stroke. -1998. -Vol.29, № 8.- P.556-561.
6. Никифоров Б.М. Клинические лекции по неврологии и нейрохирургии. Б.М. Никифоров. - СПб.: Питер, 2000. - 352 с.

7. Уянаева А.И., Ксенофонтowa И.В. Использование медицинских прогнозов погоды для профилактики метеопатических реакций у больных и здоровых детей // Росс. мед. журн. - 1995. - № 1. – С.39-42.
8. Милейковский М.Ю. Влияние метеорологических факторов на риск развития сосудистых событий // Здоровье Украины. - 2008.- № 4. – С.73-75.
9. Гранберг И.Г., Голицын Г.С., Истошин Н.Г., Гинзбург А.С., Ефименко Н.В., Поволоцкая Н.П., Рогоза А.Н., Беликов И.Б., Максименков Л.О., Рубинштейн К.Г. Изучение связи основных социально-значимых заболеваний с экологическими и метеорологическими факторами в ряде типичных индустриальных и рекреационных регионов России // Материалы Международного научного конгресса. 60-ая сессия Генеральной Ассамблеи Всемирной Федерации Водолечения и Климатолечения (FEMTEC). - 2007. – С.21-25.
10. Авакян С.В. Физика солнечно-земных связей: результаты, проблемы и новые подходы // Геомагнетизм и аэрономия. - 2008. - Т.48, № 4.– С.1- 8.
11. Гокелен М. Атмосферные условия и здоровье человека // Наука и жизнь. - 2003. - № 1. – С.5-8.
12. Куличков С.Н., Алехин А.И., Овсянникова О.В., Буш Г.А. Влияние вариаций атмосферного давления на состояние пациентов с сердечно-сосудистой патологией // Труды международных конференций и семинаров по научным направлениям Программы «Фундаментальные науки – медицине». - 2010. – С.223-226.
13. Душанова Г.А., Еркебаева С.К., Мустапаева Г.А., Оразалиева Д.Б., Толебаева Г.Е. Анализ климато-метеорологических предикторов инсульта в Южно-Казахстанской области // Научно-практический журнал «Нейрохирургия и неврология Казахстана» ISSN 1813-3908 (print). ISSN 2409-4498 (online) №1(46), 2017 г., 31-36 С.
14. Медицинская реабилитация / под ред. В. М. Боголюбова. - М.: Бином, 2010. - Книга 1. - С.52-55.
15. Duchshanova G.A., Mustapaeva G.A., Zulfikarova E.T. Analysis of development primary and repeated ischemic stroke // National Journal of Neurology (Scientific-practical journal), Azerbaijan, Baku, №2(8) 2015г. С.70-77
16. Маджидов Н.М., Халимова З.Ю. Цереброваскулярные заболевания в Узбекистане в критические метеорологические дни // Журн. неврол. и псих. - 1994. - №6. – С.28-30.
17. Маджидов Н.М., Трошин В.Д. Доинсультные цереброваскулярные заболевания: Диагностика, лечение и профилактика. - Ташкент, 1985. - 54 с.
18. Ильясов Ш.А., Шабаева О.Н. Изменение климата и здоровье населения // Успехи современного естествознания. - 2011. - № 8 – С.46-49.
19. Capon A., Demeruisse G., Zheng L. Seasonal variation of cerebral hemorrhage in 236 consecutive cases in Brussels // Stroke. - 1992. - № 23. – P.24-27.
20. Голицын Г.С., Гранберг И.Г., Поволоцкая Н.П. Атмосфера и здоровье // Физиология человека. - 1998. - № 2. – С.122-127.
21. Сборник Европейского центра ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья. Изменение климата и здоровье человека: угрозы и ответные меры. – Италия, 2003. – 44 с.
22. Социально – экономическое развитие ЮКО // Статистический сборник Управления статистики ЮКО. – Шымкент, 2011. – С. 5-11.

Түйін

**С.Қ.Еркебаева<sup>1</sup>, Г.А.Душанова<sup>1</sup>, Г.А.Мустапаева<sup>2</sup>, С.К.Сабырханова<sup>2</sup>**

Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент, Қазақстан.

Неврология, психиатрия және психология кафедрасы Шымкент, Қазақстан

### **ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРЛЫ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ (әдебиеттік шолу).**

Қазіргі уақытта церебральді инсульт - бұл ми қан айналымының жиі бұзылуы және әлемдегі және Қазақстандағы халықтың өлім-жітімі мен мүгедектігінің ең маңызды себептерінің бірі. Көптеген жағдайларда ми қан айналымының күрт бұзылуының алғашқы және екінші рет алдын-алуын оңтайландыру аймақтық ерекшеліктерге байланысты - әлеуметтік-экономикалық және климаттық факторлардың жиынтығы. Қазақстанда климаттық-метеорологиялық факторлардың таралуына және цереброваскулярлы ауруларға әсері мәселесі зерттелген зерттеулердің өзектілігіне сәйкес зерттелмеген. Климаттық метеорологиялық факторлармен байланысу, климаттық метеорологиялық факторлардың байланысын қамтамасыз ету, байланыстың өзіндігіне ықпалы инсульт және церебральдық шабуылдардағы атмосфералық процестерді өзгерту.

**Кілт сөздер:** неврология, өлім, цереброваскулярлық наркоз, ангиохирургия, профилактика

**Summary**

**S.Erkebayeva, G.Duchshanova, G.Mustapayeva, S.Sabyrkhanova**

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

Department of neurology, psychiatry and psychology, Shymkent, Kazakhstan

**DISTINCTION OF THE PREVENTION OF CEREBROVASCULAR DISEASES (literature review).**

At present time cerebral stroke is the most frequent violation of brain blood circulation and one of the most important reasons of mortality and disability of the population in the world and Kazakhstan. Optimization of primary and secondary prevention of sharp violations of brain blood circulation in many respects depends on regional features – a complex of social and economic and climatic factors. In Kazakhstan questions of influence of climatic-meteorological factors on prevalence and the course of tserebrovaskulyarny diseases are insufficiently studied, as defined relevance of conducted research. Communication from *voznikayuşçix izmeneniyami climatic meteorologičeskix factors, a takje wstanovlena tesnaya Connectivity vozniknoveniya inşwltov and cerebralnix attacks Change atmosfernix processes.*

**Key words:** neurology, mortality, cerebrovascular narcosis, angioplasty, prophylaxis

МРНТИ 76.29.30

УДК 616.12+616-0054:616.12-009.72: 616.36-004-085

**М.Б. Рахимова, А.А. Разиқов, М.Э. Рахимова**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИБС НА ФОНЕ СТАНДАРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**Резюме**

Для современной практической медицины характерна полиморбидность – сочетания различных патологий внутренних органов, оказывающих существенное влияние на развитие и клинические проявления основного заболевания. Особенностью патологии желчевыводящих путей, настоящего времени, является нарастающая частота ее сочетаний с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в частности с ишемической болезнью сердца (ИБС). В данной статье освещены возможные нарушения функции гепатобилиарной системы при ИБС, а также влияния групп препаратов на гепатобилиарную систему, применяемых в качестве традиционной терапии ИБС.

**Ключевые слова:** Ишемическая болезнь сердца, жировой гепатоз, дисфункция желчевыводящих путей, фиброз печени, статины, бета-блокаторы.

Актуальность проблемы: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) - острое или хроническое поражение миокарда, возникающее вследствие уменьшения или прекращения снабжения сердечной мышцы артериальной кровью, в основе которого лежат патологические процессы в системе коронарных артерий. Основной причиной нарушения снабжения миокарда кислородом является несоответствие между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы.

Несмотря на достигнутые в последние десятилетия успехи в профилактике и лечении ИБС, она по-прежнему представляет собой одну из актуальных проблем современной кардиологии во многих экономически развитых странах мира, в связи с высокой распространенностью, инвалидизацией и смертностью, преимущественно среди лиц молодого, трудоспособного возраста. В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания играют решающую роль в эволюции общей смертности в мире. Смертность от болезней системы кровообращения в Европе, США, России, в том числе и Узбекистане стоит на первом месте среди всех летальных исходов. Так, стандартизированный коэффициент смертности по причине болезней кровообращения на каждые 100000 человек в 2012 году составил 754,2 по Узбекистану и 706,9 по Республике Каракалпакстан, а показатель смертности от ИБС – 308,9 и 268,5 соответственно (государственный Комитет Республики Узбекистан по статистике, 2008г. “Здравоохранение в Узбекистане: факты и цифры”, 2008г.).

Цель исследования: Изменения в гепатобилиарной системе при общих нарушениях кровообращения острого и хронического характера неоднократно привлекали внимание как

отечественных, так и зарубежных авторов. Все исследователи отмечают сходные морфологические изменения, условно подразделенные на 4 группы: первая – обусловлена затрудненным оттоком крови (правожелудочковая недостаточность); вторая – вызвана уменьшенным притоком крови левожелудочковая недостаточность); третья – связана с первичными внутريدольковыми нарушениями кровообращения (внутрипеченочный блок, болезнь Багда-Киари и др.) и четвертая – обусловлена бивентрикулярной недостаточностью [9, 11, 12].

Важное патогенетическое значение в развитии и хронизации процесса имеет влияние проводимой терапии ИБС на функциональное состояние гепатобилиарной зоны, что в дальнейшем может проявляться ферментопатиями, дискинезиями, дисбиозом кишечника, нарушением мембранного пищеварения и всасывания. На более поздних стадиях расстройств кровообращения происходит усугубление дистрофических изменений вплоть до очаговых некрозов с последующим развитием склероза центральных и собирательных вен, портальных трактов, что называют “застойным фиброзом печени”.

Эти нарушения могут приводить к развитию осложнений как основного, так и сопутствующих заболеваний, что в дальнейшем может привести к неэффективности проводимой терапии и ухудшению качества жизни пациентов. В связи с чем, изучение влияния стандартной терапии ИБС на функциональное состояние гепатобилиарной системы является актуальной проблемой современной медицины и требует более глубокого исследования с дальнейшей коррекцией выявленных изменений.

В метаанализе Антопольской Е.В. и соавт., в который было включено 34 больных, умерших от ИБС (острая и хроническая формы), было показано, что изменения в печени характеризуются умеренным расширением и полнокровием синусоидов во 2-3 зонах ацинусов. В 3-й зоне, как правило, имело место разрушение наружной печеночной пластинки, дисконкомплексация гепатоцитов с наличием выраженной вакуольной дистрофии, полиморфноклеточной инфильтрации различной степени выраженности и гибелью отдельных групп клеток.

У больных с хронической формой ИБС (ХИБС) имело место выраженное расширение и полнокровие синусоидов, зоны погибших гепатоцитов с полиморфноклеточной инфильтрацией; рубцовые изменения различной степени выраженности в зависимости от длительности болезни. Дистрофические и некротические изменения наиболее выражены во 2-й и 3-й зонах ацинусов.

Как известно, одним из ведущих звеньев патогенеза повреждения печени при ИБС является гипоксия. Потребность печени в кислороде сравнима с потребностью мозга и сердца, и гипоксия существенно влияет на ее функции [9]. Дополнительный повреждающий эффект оказывает недостаточное количество субстратов и метаболические нарушения. При этом наблюдается прекращение окислительного фосфорилирования в митохондриях, нарушение функции мембран и синтеза белка, ионного баланса гепатоцитов и избыточное образование свободных радикалов [4, 11]. Снижение артериального давления при малом сердечном выбросе приводит к деструктивным изменениям гепатоцитов (особенно в третьей зоне ацинусов), затем развивается коллапс и фиброз этой зоны.

Материалы и методы исследования: В последнее время особое внимание исследователей привлекает связь заболеваний сердечно-сосудистой и билиарной систем. Это обусловлено не только широким распространением указанных заболеваний во всем мире, но и продолжающимся их ростом, причем за счет лиц молодого возраста (Кознатко С.А., 2006, Логинов А.С., 2007, Bernhoft R.A., Pelligrini S.A. et al., 2004). Часто встречающееся сочетание ИБС и хронического холецистита у молодых людей наиболее трудоспособного возраста, усугубляет течение обоих заболеваний и приводит к ранней инвалидизации (Куппшр В.Е. и др., 2013, Панфилов Б.К., 2011).

В исследовании Козловой Н.М. и соавт., включавшем 88 больных ИБС с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы, степень выраженности воспаления в стенке желчного пузыря, наличие атрофии слизистой и выраженности склероза в стенке желчного пузыря могут являться основными факторами, способствующими снижению абсорбционной, концентрационной, эвакуаторной функций и повышению секреторной функции желчного пузыря. Снижение абсорбционной, концентрационной и эвакуаторной функций желчного пузыря свидетельствует о формировании хронического “мягкого” внутрипузырного холестаза в желчном пузыре (снижение накопительно-выделительной функции желчного пузыря).

Уменьшение поступления печеночной желчи в желчный пузырь повышает ее выделение в двенадцатиперстную кишку, увеличивая тем самым количество циркуляции желчных кислот, и стимулирует образование гидрофобной гепатотоксичности, что в свою очередь снижает желчно-кислотно-зависимый тип секреции печеночной желчи и стимулирует формирование хронического “мягкого” внутрипеченочного холестаза.

В результате проведенной работы (Козлова Н.М. и соавт. “Сравнительная характеристика функциональных изменений гепатобилиарной системы у больных с заболеваниями желчевыводящих путей по данным ультрасонографии и гепатобилисцинтиграфии”, 2006) установлено, что хронический



некалькулезный холецистит с дискинетическими расстройствами желчевыводящих путей, приводит к стойким нарушениям липидного обмена, которые сходны с изменениями липидного обмена в группе больных с ИБС. Это позволило выявить среди молодых людей контингент, наиболее угрожаемый по развитию ИБС. К этой группе риска относятся лица с хроническим бескаменным холециститом и дискинетическими нарушениями желчевыводящей системы. Данное положение определяет необходимость наблюдения за этими пациентами не только врача-гастроэнтеролога, но и врача кардиолога. Нарушения в желчевыводящей системе у лиц с факторами риска ИБС в 2,1% и у больных ИБС в 29,1% случаев сочетались с ультразвуковыми признаками атеросклеротического поражения брюшного отдела аорты, что безусловно нужно учитывать в общей оценке состояния сердечно-сосудистой системы для проведения дифференцированного комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий. Комплекс УЗИ-признаков (деформация желчного пузыря с его гипомоторной дискинезией, признаками хронического холецистита и неоднородностью содержимого желчного пузыря) с проведенным впоследствии биохимическим исследованием желчи показал целесообразность выделения лиц с этими проявлениями, в отдельную группу, как имеющих высокий риск формирования желчнокаменной болезни.

Тесная связь желчного пузыря и желчевыводящих путей с печенью указывает на необходимость включения в комплекс обследования больных с билиарной патологией ряда методов, направленных на оценку функционального состояния печени. Анализ показателей белкового, углеводного обменов, ферментативных нарушений показал наличие сдвигов лишь в группе больных ИБС. Однако, по большинству из них достоверных различий с контролем не выявлено.

Изучение пигментного обмена показало более частое его нарушение у лиц с дискинезией желчевыводящих путей ( $p < 0,05$ ), то есть на начальной стадии изменений билиарной системы. Возможно, в нарушении билирубинового обмена у лиц с хроническим холециститом имеют большее значение дискинетические расстройства, чем воспалительный компонент.

Основа медикаментозного лечения ИБС- рациональная терапия антиангинальными препаратами. Оптимальный выбор конкретному больному ИБС антиангинального препарата предполагает учет ряда факторов: степени поражения сосудистого русла, типа гемодинамики, механизма действия лекарственного средства, состояния фармакометаболизирующей функции печени (Р.А. Каценович, 2007; В. И. Метелица, 2007; Ю. Б. Белоусов, 2009). Последний фактор имеет особо важное значение для некоторых перорально назначаемых антиангинальных препаратов - молсидомина и нифедипина в силу особенностей их фармакокинетики. Молсидомин превращается в активную форму только после прохождения по системе воротной вены через печень, а нифедипин, наоборот, после прохождения через печень интенсивно инактивируется микросомальными ферментами.

Также были изучены особенности фармакокинетики  $\beta$ -блокатора у больных, длительно получавших перорально метопролола тартрат по поводу ИБС и имеющих сопутствующее поражение печени невирусного генеза.

В исследование было включено 58 пациентов (36 мужчин, 22 женщины) с нарушенной функцией печени на фоне длительного (более 5-ти лет) течения ИБС. Всем пациентам определяли стадию фиброза печени, концентрацию метопролола и уровень провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в крови.

Как следует из представленных данных, начальные стадии фиброза (0–1–2) характеризуются умеренным снижением функциональной активности Т-лимфоцитов. Такое снижение создаёт благоприятные предпосылки для хронизации патологического процесса. Фармакокинетические характеристики метопролола клинически значимо не изменяются, что подтверждается достаточным терапевтическим контролем над фармакологическим действием метопролола. Поздние стадии фиброза характеризуются ещё более выраженным снижением эффекторных Т-клеточных функций и усилением активности клеток, обладающих супрессорным потенциалом (CD4+CD25+), а также В-лимфоцитов и NK-клеток (CD56+CD16+). Последние принимают участие в повреждении печени. При этом замедляется метаболизм метопролола и его концентрация постепенно нарастает, что впоследствии может привести к выраженным фармакологическим эффектам метопролола и более значимой блокаде  $\beta$ -рецепторов. Таким образом, пациентам с сочетанной патологией — ИБС + заболевания печени — требуется более тщательный подбор и коррекция дозы метопролола в зависимости от данных мониторинга клинической картины, блокады  $\beta$ -рецепторов, чем пациентам в общей популяции.

В исследовании Головановой Е.Д., включавшем метаанализ фармакометаболизирующей функции печени (ФМФП) у больных с ИБС был сделан следующий вывод в плане подбора терапии ИБС с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы: больных ИБС по состоянию микросомального окисления в печени целесообразно разделять на следующие группы: 1) с "быстрым" окислением в печени: в эту группу следует включать всех также больных, не предъявляющих жалоб со стороны гепатобилиарной системы, не имеющих в анамнезе инфекционного или сывороточного гепатита, не

злоупотребляющих алкоголем, без недостаточности кровообращения, с нормальными биохимическими показателями крови, отражающими функциональное состояние печени. 2) с "медленным" окислением в печени: в эту группу следует включать больных ИБС с сопутствующими диффузными поражениями печени, хроническим персистирующим гепатитом, хроническим холециститом, злоупотребляющих алкоголем, перенесших инфекционный или сывороточный гепатит. 3) с "резко сниженным" окислением в печени: в эту группу войдут больные ИБС с тяжелой сопутствующей патологией печени - циррозом, хронической сердечной недостаточностью II Б-III стадии.

Каждой из этих групп больных, с учетом состояния их ФМФП, следует назначать антиангинальные препараты руководствуясь следующими принципами: а) для больных I группы, с "быстрым" окислением в печени препаратами выбора будут являться те, которые превращаются в печени в активные метаболиты - молсидомин и др. Нифедипин, препараты депо-нитроглицерина у этих пациентов будут подвергаться интенсивному пресистемному метаболизму, поэтому их следует назначать в высоких разовых дозах, или использовать сублингвальный прием;

б) больным 2 группы, с "медленным" окислением в печени наоборот, нифедипин и препараты депо-нитроглицерина наиболее целесообразны, причем в обычных разовых дозировках, т.к. они не будут подвергаться столь интенсивному разрушению в печени, как у пациентов I группы;

в) больным 3 группы, с тяжелой сопутствующей патологией печени, когда нормальный метаболизм в печени резко нарушен нифедипин и препараты депо-нитроглицерина можно назначать в малых дозах, используя форму "mitte", а не "forte". Применять препараты типа молсидомина, действующих за счет своих активных метаболитов у этих больных нецелесообразно.

Согласно «Национальным рекомендациям лечения ИБС», кардиоселективные  $\beta$ -блокаторы являются препаратами первого выбора. Метопролол — кардиоселективный липофильный  $\beta$ 1-блокатор. Согласно проведенным пероральным введением хорошо всасывается в кишечнике, более 95% дозы выводится почками в виде метаболитов и 5% — в неизменном виде. Системная биодоступность препарата составляет около 50% разовой дозы. При длительном лечении биодоступность препарата увеличивается до 70–80%. Наличие пищи в желудке повышает биодоступность метопролола. Поздние стадии фиброза печени при ишемической болезни сердца характеризуются выраженным снижением эффекторных Т-клеточных функций и усилением активности клеток, обладающих супрессорным потенциалом (CD4+CD25+), а также В-лимфоцитов и NK-клеток (CD56+CD16+). Последние принимают участие в повреждении печени. При этом замедляется метаболизм метопролола и его концентрация постепенно нарастает, что впоследствии может привести к выраженным фармакологическим эффектам метопролола и более значимой блокаде  $\beta$ -рецепторов. Таким образом, пациентам с сочетанной патологией — ИБС + заболеваниями печени — требуется более тщательный подбор и коррекция дозы метопролола в зависимости от данных мониторинга клинической картины, блокады  $\beta$ -рецепторов, чем пациентам из общей популяции.

Согласно исследованиям О. М. Драпкиной и соавт., статины являются основным классом лекарственных средств, которые применяются для лечения пациентов с гиперлипидемиями и атеросклерозом. За последние 15 лет проведены десятки рандомизированных клинических исследований со статинами. По их результатам было показано достоверное снижение сердечно-сосудистой и общей смертности независимо от пола, возраста, исходного уровня холестерина (ХС).

Результаты и их обсуждение: В настоящее время растет число лиц с хроническими заболеваниями печени, особенно с метаболическим синдромом (МС) в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) или метаболическими расстройствами на фоне хронического вирусного гепатита С (ХГС), вынужденных принимать статины для предотвращения ССЗ. В связи с этим клиницисты вынуждены учитывать сложные механизмы взаимодействия статинов с метаболизмом печени в данных условиях. К тому же риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) повышается при НАЖБП, хроническом гепатите С (ХГС), первичном билиарном циррозе (ПБЦ). Поэтому назначение статинов у лиц с этими заболеваниями может иметь важное прогностическое значение [4].

В 2005 году были опубликованы результаты исследования, проведенного в США, в котором принимали участие 1000 здоровых человек с повышенным уровнем кальция в стенках коронарных артерий. Ежедневный прием включал либо комбинацию из аторвастатина 20 мг, витамина С 1 г, витамина Е 1000 МЕ либо плацебо в среднем в течение 3,6 лет. В начале исследования у всех пациентов уровень ЛПНП находился в диапазоне между 2,3 и 4,5 ммоль/л, а уровень трансаминаз был повышен не более чем в 1,5 раза. Среди 455 пациентов, которым была выполнена компьютерная томография в начале, так и в конце исследования, у 80 была обнаружена НАЖБП. По результатам АТ в конце исследования число пациентов с НАЖБП в группе, принимающей комбинацию из аторвастатина, витамина С и витамина Е, было значительно ниже, чем в группе, принимающей плацебо (37% против 78% через два года). В результате данного исследования был сделан вывод: у пациентов с НАЖБП и незначительным повышением трансаминаз положительный эффект приема статинов на сердечно-

сосудистые заболевания превышает риск развития гепатотоксичности. Однако для подтверждения способности статинов прерывать прогрессирование НАЖБП необходимо проведение более крупных долгосрочных исследований [3].

Выводы: Таким образом, при нарушениях кровообращения в печени развивается гепатоцеллюлярная энергетическая недостаточность, имеющая морфологические проявления в виде дистрофий различной степени выраженности, тогда как в желчевыводящих путях происходит нарушение пузырно-двигательной функции и развитие различного рода дискинезий. Хронический некалькулезный холецистит с дискинетическими расстройствами желчевыводящих путей приводит к стойким нарушениям липидного обмена, которые сходны с изменениями липидного обмена в группе больных с ишемической болезнью сердца.

При подборе антиангинальных препаратов у больных ИБС уже на поликлиническом этапе необходимо определять состояние фармакометаболизующей функции печени и назначать наиболее "оптимальные" по своей фармакокинетики для данного конкретного больного препараты.

Длительное время статины остаются препаратами выбора среди гиполипидемических средств, используемых для коррекции дислипидемии при атеросклеротических сосудистых заболеваниях. Однако многие годы остается открытым вопрос о возможности, а главное, эффективности и безопасности применения статинов у лиц с неалкогольной жировой болезнью печени. Проведены десятки исследований, целью которых является определение соотношения риска и пользы применения статинов у данной категории пациентов. По результатам последних крупных клинических плацебо-контролируемых исследований, посвященных данному вопросу, применение статинов является не только возможным, но необходимым и безопасным средством снижения сердечно-сосудистого риска.

#### Литература

1. Драпкина О.М., Дуболазова Ю.В. Статины и печень: тупик или новые горизонты. Рус.мед.журн. 2009; 17(4):210-14.
2. Национальное Общество по изучению Атеросклероза (НОА). Российское сообщество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики (РосОКР). Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации V пересмотр. Российское кардиологическое сообщество (РКО). Москва. 2012.
3. Полунина Т.Е., Маев И.В. Неалкогольная жировая болезнь печени: эпидемиология, патогенез, диагностика, лечение. *Cosilium medicum. Гастроэнтерология.* 2012; 1:35-40/
4. Подымова С.Д. Патогенетическая роль эссенциальных фосфолипидов в терапии алкогольной болезни печени. *Consilium medicum. Экстра- выпуск.* 2001:3-5.
5. Хазанов А.И. Функциональная диагностика заболеваний печени. – М., 1988. – 301 с.
6. Шерлок Ш., Дули Дж.. Заболевания печени и желчных путей: практическое руководство. Пер. с англ. под ред. Апросиной З.Т., Мухина Н.А. Москва: Гэотар- Мед. 2002;859с.
7. Aroidi V., Moore G., Hutehins C. Hepatic morphology in cardiac dysfunction // *Lab. Invest.* – 1980. – Vol. 42, № 1. – P. 98-101.
8. Kaplowitz N. Mechanisms of liver cell injury // *J. Hepatology.* – 2000. – V. 32. – P. 39-47.
9. Kim W.R., Brown R.S., Terrault N.A., El-Serag H.. Burden of the liver disease in the United States : summary of a work ship. *Hepatology.* 2002; 36:227-42.
10. Scherlock S. Diseases of the liver and biliary system – 7 th end Oxford.-Blackwelt. Scientific Publications, 1985. – 821 p.
11. Григорьева И.Н. основные фактора риска желчнокаменной болезни// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2007.- Т17, №6,17-21
12. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. М. Атмосфера, 2006.3-416
13. Мараховский Ю.Х., Мараховский К.Ю. Гастроэнтерологические аспекты обмена холестерина и их клинико- патофизиологическое значение// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -2006- Т16, №6-С.41-55.
14. Панфилов Б.К. Билиарно-кардиальный синдром- холециститное сердце. - Москва 1986.- 241с.
15. Portincasa P., Moschetta A., Palasciano G. From lipid secretion to cholesterol crystallization in bile. Relevance in cholesterol gallstone disease// *Ann. Hepatol.*- 2002.- Vol.1, N.3- P.121-128.

#### Түйін

**М.Б. Рахимова, А.А. Разиков, М.Э. Рахимова**  
Ташкент медициналық академиясы, Ташкент, Өзбекстан

**СОЗЫЛМАЛЫ ФОРМАДАҒЫ ЖИА МЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ СТАНДАРТТЫ  
ЕМІНДЕГІ ГЕПАТОБИЛИАРЛЫ АЙМАКТЫ БАҒАЛАУ**

Қазіргі заманғы медицина практикасына тән полиморбидность - негізгі аурулардың дамуына және клиникалық көріністеріне айтарлықтай әсер ететін ішкі органдардың әртүрлі патологияларын үйлестіру. Жүрек-тамыр жүйесі ауруларымен, әсіресе жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА), оның жүрек-қан тамырлары жүйесі патологиясының ерекшелігі бұл жолы оның жиілігін арттырады. Бұл мақалада жүректің ишемиялық ауруы кезінде гепатобилиарлық жүйенің бұзылуы, сонымен қатар ІНД-ның дәстүрлі емі ретінде пайдаланылатын гепатобилиарлық жүйенің топтарына әсер етуі мүмкін.

**Кілт сөздер:** созылмалы жүрек ауруы, майлы гепатоз, өт жолдарының бұзылуы, бауыр фиброзы, статиндер, бета-блокаторлар.

#### Summary

**M. Rakhimov, A. Razikov, M. Rakhimov**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

### ESTIMATION OF THE CONDITION OF HEPATOBILIARY ZONE IN PATIENTS WITH CHRONIC FORMS OF CHD ON THE BACKGROUND OF STANDARD TREATMENT

For the modern practice of medicine is characteristic polymorbidity - a combination of various pathologies of internal organs that have a significant impact on the development and clinical manifestations of the underlying disease. A feature of the pathology of biliary tract, this time, is increasing the frequency of its combination with diseases of the cardiovascular system, in particular coronary heart disease (CHD). This article highlights the possible dysfunction of the hepatobiliary system in ischemic heart disease, as well as the impact of drugs on groups of hepatobiliary system, used as a traditional treatment of IHD.

**Key words:** Chronic coronary heart disease, fatty hepatitis, bile passages disfunction, liver fibrosis, statins, beta-blockers.

МРНТИ 76.29.39  
УДК 616.329-089.844

**О. Б. Оспанов, Е. Е. Султанов, З. Ш. Ибрагимова, Б. Н. Есимханов.**  
АО «Медицинский университет «Астана», г. Астана, Республика Казахстан.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСФАГИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИАТОПЛАСТИКИ И ФУНДОПЛИКАЦИИ

#### Резюме

Проанализированы результаты лечения 200 пациентов с проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, оперированных с 2004 по 2011 годы. В исследование включены пациенты, которым выполнены стандартная лапароскопическая хиатопластика с тотальной (циркулярной) фундопликацией. Оценивались случаи возникновения дисфагии, при этом, уточняли длительность этого проявления, уровень возникновения препятствия, причины дисфагии и степень выраженности. Причиной временной дисфагии явилось в 32 (16%) случаях укорочение пищевода и отек окружающих тканей. В 34 (17%) случаях причиной временной дисфагии явилось использование пищеводно-желудочного зонда среднего калибра (толщиной 12-13мм). В одном случае (0,5%) временную дисфагию создал плохо пережеванный кусок мяса, проглоченный через 6 дней после выписки из стационара.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальный рефлюкс, хиатопластика, дисфагия, пищевод, пищеводно-желудочный зонд

**Цель работы:** предложить классификацию дисфагии после антирефлюксных операций для выбора метода лечения данного осложнения.

**Материал и методы:** Проанализированы результаты лечения 200 пациентов с проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, оперированных с 2004 по 2011 годы. В исследование включены пациенты, которым выполнены стандартная лапароскопическая хиатопластика с тотальной (циркулярной) фундопликацией. Оценивались случаи возникновения дисфагии, при этом, уточняли

длительность этого проявлений, уровень возникновения препятствия, причины дисфагии и степень выраженности.

На основе полученных данных нами предложена комбинированная классификация дисфагии после антирефлюксных операций в форме аббревиатуры SLOG (S1-2, L1-3, O0-2, G1-4).

По длительности нарушения проходимости (Level) различали следующие виды дисфагии: S1-временная дисфагия (до 6 недель) или S2 -стойкая дисфагия (более 6 недель);

По уровню возникновения (Level) рентгенологически определяли следующие виды дисфагии: L1-надхиатальная (выше диафрагмы), L2 - хиатальная (уровень диафраг-мальных ножек) и L3-подхиатальная (уровень фундопликации);

По наличию дефекта или нарушения в антирефлюксной конструкции (offense): O0- без нарушения операционной техники выполнения (например послеоперационная посттравматическая дисфагия после сложной трансхиатальной интрамедиастиноскопической диссекции укороченного пищевода); O1 -дисфагия в связи с нарушением техники выполнения операции, O2 -дисфагия в связи с нарушениями в послеоперационном периоде.

По степени выраженности дисфагии (grade) различали: G1 -легкая (твердая пища проходит, но с легким затруднением), G2-средняя (твердая пища проходит только с приемом жидкости), G3-тяжелая (проходит только жидкая пища), G4-крайне тяжелая (полная не проходимость);

Состояние проходимости пищевода фиксировали через 2 недели и через 7-8 недель после операции путем дачи бариевой взвеси с рентген-оценкой в случаях наличия дисфагии и путем очного и заочного (телефонного) опроса пациентов. В случае наличия дисфагии опрос и рентген-исследование пищеводной проходимости проводили чаще.

**Результаты:** Случаи временной дисфагии (S) выявлены у 67 (33,5%) из всех оперированных. Временная переходила в случаи стойкой дисфагии (S2) у 11(5,5%) пациентов.

Уточняли уровень препятствия. При этом установлено, что L2 - хиатальный уровень препятствия выявлен у 20 (10%) пациентов временной и у 5 (2,5%) со стойкой дисфа-гией и L3-подхиатальный уровень выявлен в 47 (23,5%) временной и 6 (3%) случаев стойкой дисфагии.

При анализе причин временной дисфагии установлено, что в 32 (16%) случаях из всех оперированных выявлена ее взаимосвязь с интрамедиастиноскопической мобилизацией укороченного пищевода и низведения пищеводно-желудочного перехода ниже диафрагмы, что объясняли операционной травмой нижней трети пищевода с отеком окружающих тканей (O0). В 34 (17%) случаях причиной временной дисфагии (O1) явилось использовании для калибровки пищеводно-желудочного зонда среднего калибра 36-40 Fr (толщиной 12-13 мм) вместо зонда большого калибра 56-60 Fr (18,5-20мм). В одном случае (0,5%) наблюдали временную дисфагию O2, связанную с обструкцией области нижней трети пищевода крупным плохо пережеванным куском мяса, проглоченным через 6 дней после выписки из стационара. Обструкция устранена эндоскопически. А в 10 случаях стойкая дисфагия была связана с дефектами операционной техники выполнения антирефлюксной операции (O1). На повторных лапароскопических операциях выявлено, что причиной стойкой дисфагии в трех случаях явилась сужение хиатального отверстия после двухсторонней (передней и задней крурорафии) из-за использования пищеводно-желудочного зонда среднего калибра (36-40 Fr). Выполненная диафрагмокруротомия полностью устранила дисфагию. При этом установлено, что фундопликационная манжетка во всех этих случаях была свободной и эластичной.

В остальных 7 случаях стойкой дисфагии до 8-12 недель причиной была в 3-х случаях сниженная двигательная активность пищевода, а в 3-х случаях была гиперфункция фундопликационной манжетки, также связанная с использованием более тонкого зонда, потребовавшей однократной пневмокардиодилатации, которая в этих случаях полностью устранила дисфагию. При гиперфункции манжетки эндоскопически до дилатации определяли тугое прохождение эндоскопа в зоне фундопликации, а в положении ретрофлексии определяли более выраженную и удлиненную складку в области фундопликационной манжетки, которая вместе с тем, анатомически была всегда параллельна диафрагме и располагалась в верхней части желудка.

Причиной возникновения дисфагии через 2 месяца у одной пациентки явился пролежень стенки пищевода, вызванный полипропиленовой сеткой, которой была укреплена область большой грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Выполнена лапаротомия, иссечены выступающие части сетки, ушивание дефекта пищевода с укреплением его стенкой желудка.

Из 67 (33,5%) случаев временной дисфагии (S1), G1-легкая степень дисфагии выявлена у 42 (21%) пациентов, G2-средняя наблюдалась у 19 (9,5%), которая дополнительно к консервативному медикаментозному лечению потребовала физиотерапевтическое лечение. Степень дисфагии G3, мы расценивали как тяжелую и наблюдали ее у 6 (3%) пациентов. Здесь во всех случаях потребовалось бужирование фиброэзофагоскопом. Случаев со степенью G4 мы не наблюдали;

Из 11(5,5%) пациентов со стойкой дисфагией (S2), G1 -легкая степень дисфагии выявлена у 6 (3%) - лечение ограничилось консервативными средствами, G2-средняя наблюдалась у 3 (1,5%). G3-тяжелая дисфагия выявлена у 2 (1%) пациентов. В одном случае (0,5%) на фоне нарушения проходимости образовался крупный безоар пищевода, удаленный эндоскопически. Всем им проводилась баллонная кардиодилатация, но только в 2-х случае она оказалась эффективной. В двух случаях G3 и одном случае G2 потребовалось повторная операция с переводом тотальной фундопликационной манжетки в парциальную типа Тупе. А в двух случаях дополнительно к разобшению манжетки выполнена диафрагмокруротомия (всего выполнена у 3-х пациентов). Случаев со степенью G4 в случаях стойкой дисфагией мы также не наблюдали.

**Выводы:** предложенная SLOG-классификация дисфагии после антирефлюксных операций позволяет систематизировать данные, выбрать оптимальную тактику ведения и лечения.

#### Литература

1. Яшков, Ю. И. Операция билиопанкреатического шунтирования у больной сахарным диабетом 2 типа и гиперхолестеринемией / Ю. И. Яшков, Т. А. Оппель // Хирургия. 2002. - №12. - С. 71-72.
2. Феденко В.В. История хирургии ожирения электронный ресурс. / В.В. Феденко, В.В. Евдошенко. Режим доступа: <http://vv\v\v.vseovese.ru/surgery/surgery1st/>.
3. Егиев, В. Н. Уменьшающая резекция желудка в лечении морбидного ожирения Текст. / В. Н. Егиев // Эндоскопическая хирургия. 2007. - № 1. — С. 42.
4. Отдаленные результаты лечения больных с крайними степенями алиментарно-конституционального ожирения методом формирования малого желудка / Н. М. Кузин, В. К. Марков, М. М. Романов и др. // Хирургия. 1991. -№10.-С. 64-69.
5. Егиев, В. Н. Рестриктивные вмешательства на желудке в лечении больных ожирением Текст. / В. Н. Егиев, М. Н. Рудакова, Д. С. Белков. М.: Медпрактика-М, 2004. - 98 с.
6. WRAP Wrap-Up A Short History of Gastric Volume Reduction <http://www.waldrepwrap.com/wrap-history/#>
7. Kirk RM. An Experimental Trial of Gastric Plication as a Means of Weight Reduction in the Rat. Br J Surg. 1969 Dec;56(12):930-3.
8. Printen KJ, Mason EE (1973) Gastric surgery for relief of morbid obesity. Arch Surg 106:428-431.
9. Mason EE. Vertical banded gastroplasty for obesity Arch Surg. 1982 May;117(5):701-6.
10. Яшков, Ю. И. Первый опыт вертикальной гастропластики в лечении больных ожирением IV степени / Ю. И. Яшков, А. Д. Тимошин, А. А. Мовчун // Хирургия. 1996. - №2. - С. 35-38.
11. Яшков, Ю. И. Технические аспекты вертикальной гастропластики в модификации Мейсона для лечения морбидного ожирения / Ю. И. Яшков // Хирургия. -1999. №6. - С. 47-53.
12. Chua TY, Mendiola RM (1995) Laparoscopic vertical banded gastroplasty: the Milwaukee experience. Obes Surg 5:77-80.
13. Оленева, В. А. Питание больных, перенесших вертикальную гастропластику по поводу тяжелых форм ожирения / В. А. Оленева, Ю. П. Попова, Ю. И. Яшков // Вопр. питания. 1999. - №3. - С. 27-31.
14. Verselewel de Witt Hamer PC, Hunfeld MA, Tuinebreijer WE (1999) Obesity surgery: discouraging long term results with Masons vertical banded gastroplasty. Eur J Surg 165:855-860;
15. Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS (2005) Trends in bariatric surgical procedures. JAMA 294(15): 1909-1917
16. Егиев, В. Н. Первый опыт применения лапароскопической нерегулируемой ленточной гастропластики в лечении алиментарно-конституционального ожирения Текст. / В. Н. Егиев, М. Н. Рудакова, Д. С. Белков // Эндоскопическая хирургия. 2004. - № 1. - С. 59-60.
17. Использование регулируемого силиконового бандажа при горизонтальной гастропластике у больных морбидным ожирением / Н. М. Кузин, С. А. Дадвани, СБ. Кашеваров и др. // Хирургия. 2000. - №10. -С.

#### Түйін

**Оспанов О.О., Е.С.Сұлтанов, З.Ш. Ибрагимова, Б.Н. Есімханов.**  
«Астана медицина университеті» АҚ, Астана, Қазақстан Республикасы.

#### ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ХИАТОПЛАСТИКА ЖӘНЕ ФУНДОПЛИКАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ДИСФАГИЯ КЛАССИФИКАЦИЯСЫ

2004 жылдан бастап 2011 жылға дейін қолданылатын гастроэзофагалды рефлюкс ауруы көрінісімен 200 пациенттерді емдеу нәтижелері талданды. Зерттеуде лапароскопиялық стандартты



гипотопластиканы жалпы (циркуляциялық) қорашалаумен орындаған науқастар қамтылған. Дисфагияның пайда болу жағдайлары анықталды, бұл көріністің ұзақтығын, тосқауылдың пайда болу деңгейін, дисфагияның себептерін және көрініс деңгейін анықтау.

Дисфагия себептері төмендегідей 32 (16%) операциядан кейінгі өңештің қысқаруы және сол маңның ісінуі болса, 34 (17%) жағдайда уақытша дисфагия себебі орта диаметрлі (12-13мм) өңеш асқазан зондын пайдалану болып отыр. Бір жағдайда (0,5%) уақытша дисфагияны операциядан , күннен кейін, толық шайналмаған ет түйірі тудырды.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальды рефлюкс, хиатопластика, дисфагия, өңеш, өңеш асқазан зонды

#### Summary

**O. B. Ospanov, E. E. Sultanov, Z. Sh. Ibragimova, B.N. Esimkhanov.**

JSC Astana Medical University, Astana, Republic of Kazakhstan.

### CLASSIFICATION OF DYSPHAGIA AFTER LAPAROSCOPIC CHIATOPLASTICS AND FUNDOPLICATIONS

The results of treatment of 200 patients with manifestations of gastroesophageal reflux disease, operated from 2004 to 2011, are analyzed. The study included patients who performed standard laparoscopic hiatoplasty with total (circular) fundoplication. Cases of the occurrence of dysphagia were assessed, while clarifying the duration of this manifestation, the level of occurrence of the obstruction, the causes of dysphagia and the degree of manifestation.

Dysphagia causes 32 (16%) postoperative esophageal fractures and left ventricular edema, 34 (17%) in case of temporary dysphagia, with the use of middle diameter (12-13mm) esophagus stomach. In one case (0.5%) temporarily dysphagia caused the operation, after the day, a full, unsweetened flesh.

**Key words:** gastroesophageal reflux, hiatoplasty, dysphagia, esophagus, stomach muscle

МРПТИ 76.29.48

UDC 618.001.002

#### M.T. Hotamova

Republic of Uzbekistan, Bukhara, Bukhara State Medical Institute Abu Ali ibn Sino

### INTRAUTERINE MOVEMENT OF THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY

#### Summary

Investigate that vibroacoustic stimulation (VAS) stimulates the reaction between the stomach and can be used for the evaluation of the condition. The current research is a test of VAS (vibroacoustic stimulation) at normal radius of exacerbation. Materials and Methods of Research: There were 456 tests on women after 28 weeks. In a lightweight way, the disc stimulating device was stabilized by the woman, VAS (vibroacoustic stimulation) administered in 1-2 s. As soon as the pill was looking at the stretch of the stimulation, the test was okay. Even if the woman did not move or did not test, the test was repeated in duplicate in the limits of 30 h. When testing the test, the test was evaluated.

**Keywords:** YOU (vibroacoustic stimulation), pregnancy (Preg), movement of the fetus (MF) caesarean section (CS)

**The urgency of the problem:** the present study is carried out in the third trimester of pregnancy, that is, from the 27th obstetric week the final stage of the child's birth begins - the third trimester of pregnancy. A long-awaited meeting of mother and baby will happen very soon! It is time to decide on the choice of a maternity hospital, to think about the arrangement of a room or a corner for a newborn, to purchase things for him for the first time.

Pregnancy in the third trimester brings a number of psychological and physical discomforts to the expectant mother. A woman listens carefully to the movements of the fetus, worrying about his condition, monitors her discharge for fear of premature birth. Physical difficulties are mainly associated with a noticeable increase in the uterus: shortness of breath appears, back pain, urination becomes more frequent, constipation, varicose veins in the legs are possible, and stretch marks on the abdomen are more pronounced. But you can cope with these problems by following the recommendations of specialists.

When the seventh month of pregnancy is approaching maternity leave, it is very necessary for the expectant mother, since pregnancy in the seventh month is often accompanied by fatigue. A woman should now periodically lie

with her legs raised and walk regularly for about two hours in the fresh air, continue to eat fully and control her weight. In the third trimester of pregnancy, the weekly weight gain should not be more than 300 g. A fetus at 7 months of gestation is viable, but its lungs are not yet ready for independent gas exchange. In case of premature birth, only specialized medical equipment will help the baby survive. At this period, the child completes the formation of the reproductive system, the kidneys are actively working, thermoregulation mechanisms are activated, the synthesis of their own hormones begins, the senses are improved. The baby actively reacts to sounds and light, already feels the taste of the amniotic fluid, is able to experience emotions and sensitively catch the mood of the mother. Visibly grown up child becomes closely in the uterus, and in the period of his wakefulness the woman feels no longer slight movements, but active pushes with a pen or heel.

The purpose of this study: is to study the results of the BAC test (vibroacoustic stimulation) during normal pregnancy [2].

**Materials and methods:** we conducted 456 tests in 90 women after 28 weeks of pregnancy. In the recumbent position, the stimulating disc was strengthened on the woman's abdomen, BAC (vibroacoustic stimulation) was held for 1-2 s. If the push from the side of the fetus was felt immediately after stimulation, the test was considered positive. If the woman did not perceive the movement of the fetus, the test was repeated twice within 30 seconds. In the absence of jerks, the test was considered negative.

**Results and discussion:** a positive test was noted in 97% of cases. 12 negative tests (out of 456) were registered in 6 women out of 90 with a gestation period of 29-33 weeks. Spontaneous labor without complications occurred in 79 of 90 examined. Vacuum extraction of the fetus was carried out in 4 women in labor: in 2 because of the weakness of labor, in 2 due to asphyxia of the fetus. A cesarean birth was completed in 7 women. Indications for surgery were clinically narrow pelvis (5), threatening fetal asphyxia (1), and intestinal obstruction in a pregnant woman (1). The condition of all newborns was satisfactory. **Conclusions:** thus, with a normal pregnancy, YOU (vibroacoustic stimulation) is almost always associated with the appearance of fetal movements that the mother feels. The response of the fetus to YOU more actively, the longer the period of pregnancy. It is believed that the test can be used as an initial screening of fetal conditions, however, further studies with neurological and auditory monitoring are necessary so that the method can be recommended in clinical practice.

#### Literature

1. Maternal perception of fetal movements in low-risk pregnancies during the third trimester. Nyman M. Westgren M. 2009. 96.
2. "The management of the general practitioner" Meert. England 1998

#### Түйін

М.Т. Хотамова

Өзбекстан Республикасы, Бұхара қаласы, Абу Али ибн Сино атындағы БММИ

#### ЖҮКТІЛІКТІҢ ҮШІНШІ ТРИМЕСТРІНДЕГІ ҚҰРСАҚ ҚУЫСЫНДАҒЫ ШАРАНА ҚОЗҒАЛЫСЫ

Виброакустикалық ынталандырудың (VAS) асқазанның арасындағы реакцияны ынталандырады және жағдайды бағалау үшін пайдаланылуы мүмкін. Ағымдағы зерттеу - өршудің қалыпты радиусында VAS (вибраакустикалық ынталандыру) сынағы. Материалдар мен зерттеу әдістері: 28 аптадан кейін әйелдерге 456 тест өткізілді. Жеңіл түрде дискіні ынталандыру құрылғысы 1-2 секундта басқарылатын VAS (вибраакустикалық ынталандыру) әйелімен тұрақтандырылды. Таблетка ынталандырудың созылуына қарап, тек жақсы болды. Тіпті әйел әйел қозғалмаса немесе тестілеуден өтпесе де, тест 30 сағ ішінде екі данада қайталанды. Сынақты тестілеу кезінде сынақ бағаланды.

**Кілт сөздер:** СІЗ (вибраакустикалық ынталандыру), жүктілік, ұрықтың қозғалысы, Кесар тілігі

#### Резюме

М.Т. Хотамова

Республика Узбекистан г.Бухара БГМИ им. Абу Али ибн Сино

#### ВНУТРИУТРОБНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ПЛОДА В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Известно, что виброакустическая стимуляция (BAC) вызывает реакцию со стороны плода и может служить для оценки его состояния. Цель настоящего исследования - изучить результаты теста BAC (вибраакустическая стимуляция) при нормально протекающей беременности. Материалы и методы исследования: нами проведены 456 тестов у 90 женщин после 28 недель беременности. В полулежачем положении диск стимулирующего устройства укрепляли на животе женщины, BAC (вибраакустическую стимуляцию) проводили в течение 1-2 с. Если толчок со стороны плода ощущался сразу после стимуляции, тест считали положительным. Если движение плода женщина не воспринимала, тест повторяли дважды в пределах 30 с. При отсутствии толчков тест считали отрицательным.

**Ключевые слова:** BAC (вибраакустическая стимуляция), беременность (Preg), движение плода (MF), кесарево сечение (CS).

МРНТИ 76.29.48  
УДК 618.001.002

**Шукурлаева Ш.Ж., Хотамова М.Т., Рахматуллаева М.М.**

Бухарский Медицинский институт Кафедра акушерства и гинекологии, Республика Узбекистан

## **ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭКОЛОГИИ ВЛАГАЛИЩА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА**

### **Резюме**

Одним из главных условий профилактики и лечения осложнений беременности, развившихся на фоне бактериального вагиноза, является своевременная адекватная и комплексная терапия нарушений микробиоценоза влагалища. Своевременная коррекция дисбиотических состояний беременной предотвращает инфицирование плода, его патологические состояния. Частота возникновения инфекционно-воспалительных осложнений у наблюдаемых нами женщин составила 9,3% в 1-ой группе и 55% во 2-ой клинические проявления внутриутробной инфекции в виде конъюнктивита, ранней желтухи и патологического стула, характерные для раннего неонатального периода, выявлены у 9,5% детей 1-ой группы и у 69,2% детей 2-ой группы.

**Ключевые слова:** бактериальный вагиноз, микробиоценоз влагалища, коррекция микробиоценоза влагалища.

Актуальность проблемы: Существует целый ряд эндогенных факторов, прямо или косвенно влияющих на состав влагалищной микрофлоры в женском организме. В норме эти факторы компенсируются естественными защитными механизмами; и состав влагалищного биоценоза является относительно постоянным во время всего репродуктивного периода жизни [1,2,5,9]. Однако при пониженной резистентности организма в различные, зависимые от гормональных или метаболических изменений, периоды жизни женщины, в том числе во время беременности возможно развитие глубоких микробиологических расстройств половых путей, которые могут послужить причиной вторичных серьезных патологических изменений.

Бактериальный вагиноз относится к установленному фактору риска, а в ряде случаев является непосредственной причиной развития гестационных осложнений, тяжелой инфекционной патологии женских половых органов, плода и новорожденного [3,4].

Одним из главных условий профилактики и лечения осложнений беременности, развившихся на фоне бактериального вагиноза, является своевременная адекватная и комплексная терапия нарушений микробиоценоза влагалища [6-8]. Своевременная коррекция дисбиотических состояний беременной предотвращает инфицирование плода, его патологические состояния.

Целью данного исследования: явилось изучение эффективности коррекции микробиоценоза влагалища у беременных женщин.

Материал и методы исследования: нами были обследованы 34 беременные женщины. У всех обследованных проведен анализ течения беременности, родов и послеродового периода. Все беременные были разделены на две группы, сопоставимые по основным характеристикам.

Первую группу (основную) составили 21 беременные с нарушением микробиоценоза влагалища, которым назначалась терапия бактериального вагиноза вагинальными суппозиториями «Вагимилт» в течении 7 дней и восстановление нормоценоза применением пробиотика «Биоселак».

Во вторую группу вошли 13 беременных с дисбиотическим состоянием биотопа влагалища, выявленным при поступлении в Бухарский областной перинатальный центр для родоразрешения. Женщинам этой группы терапия бактериального вагиноза не проводилась.

Всем женщинам, кроме общего и акушерско-гинекологического обследования, исходно проводились бактериоскопическое исследование мазков из цервикального канала и влагалища, ПЦР-диагностика основных заболеваний, передаваемых половым путем (гонорея, хламидиоз, трихомониаз, герпетическая инфекция), бактериологическое исследование вагинальной микрофлоры с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам и антимикотическим препаратам.

Критериями эффективности лечения были результаты клинического, бактериологического, микроскопического исследований, а также результаты ПЦР-диагностики. В клинических группах анализировались исход беременности, течение родов и раннего послеродового периода.

Результаты и обсуждение: Средний возраст женщин в группах был сопоставимым 22,6±2,4 и 23,2±2,2 лет соответственно. На возникновение и развитие дисбиотического процесса оказывает влияние и неблагоприятный преморбидный фон. Анализ перенесенных соматических заболеваний показал

наличие у большинства женщин ряда экстрагенитальной патологии. Наиболее часто они указывали на перенесенные те или иные инфекционные заболевания в детском возрасте, в том числе ОРВИ (44,1%). Несколько реже в анамнезе встречались заболевания ЛОР органов, хронические заболевания органов пищеварения, почек и мочевыводящих путей, сердечно-сосудистой системы.

При анализе данных гинекологического анамнеза в обеих группах была выявлена высокая частота хронических воспалительных заболеваний придатков матки (38,2%), хронического эндометрита (23,5%), неспецифических вагинитов (47%), а также случаев дисфункции яичников (32,3%).

По количеству имеющихся в анамнезе беременностей и родов, предшествовавших настоящей беременности, частоте искусственных аборт пациентки достоверно не отличались. В обеих группах преобладали повторнобеременные, первородящие женщины. В анамнезе у большинства обследуемых женщин отмечались такие осложнения, как самопроизвольные выкидыши, антенатальная гибель плода и мертворождения. Высокая частота хронических воспалительных заболеваний органов малого таза в анамнезе и выявленный дисбиоз влагалища у беременных обеих групп, являются, на наш взгляд, взаимообусловленными и позволяют отнести обследованных женщин к категории высокого риска по развитию осложнений беременности.

Ведущей патологией первой половины беременности были периодическая угроза ее прерывания и плацентарная недостаточность (55,9%). Эта патология, возникшая в столь ранние сроки гестации, осложняет дальнейшее течение беременности, отрицательно сказывается на развитии внутриутробного плода и адаптационных способностях новорожденного в раннем неонатальном периоде.

Повторное обследование, проведенное после лечения выявило полное нивелирование признаков бактериального вагиноза. Общее количество микроорганизмов в влагалищных мазках уменьшилось за счет элиминации грамотрицательных палочек, кокков и грибов ( $P < 0,001$ ). Содержание лактобактерий выросло до физиологических концентраций у 81,0% женщин. Увеличение уровня лактобактерий повлекло за собой и другие изменения в вагинальном биоценозе.

Выявлено уменьшение представительства и концентрации в микробиоценозе влагалища факультативной условно-патогенной микрофлоры, что более ясно проявляется при анализе результатов бактериологического исследования и в меньшей степени при анализе микроскопии мазков в связи с невозможностью проведения этим методом родовой идентификации бактерий.

Анализ результатов ПЦР-диагностики специфических инфекции у обследуемых беременных 1-й группы показал положительный лечебный эффект суппозиторий «Вагимилт» в отношении *Trichomonas vaginalis* и *Gardnerella vaginalis*.

Ультразвуковые показатели состояния плаценты на фоне комплексного лечения у беременных 1-й группы имели положительную динамику. Достоверно снизилась толщина плаценты (в 19,0%) и число случаев выявления повышенной эхогенности и неоднородной гомогенности (в 28,5%), что свидетельствовало о купировании воспалительного процесса в плаценте.

Эффективность проводимого комплекса лечебных мероприятий в плане профилактики невынашивания отражает срок родоразрешения, который составил соответственно в 1-й группе 39,1, а во 2-й 36,6 недели гестации.

Критерием эффективности коррекции микробиоценоза влагалища при беременности, помимо вышеуказанных показателей, является характеристика течения раннего послеродового периода. Частота возникновения инфекционно-воспалительных осложнений у наблюдаемых нами женщин составила 9,3% в 1-й группе и 55% во 2-й.

Анализ антропометрических данных новорожденных показал, что при отсутствии достоверных различий в длине прослеживалась тенденция к рождению маловесных детей у женщин 2-й группы. Нормальное течение периода адаптации констатировано в исследуемых группах детей со следующей частотой: в 1-й 76,2%, во 2-й 23,1%. В то же время клинические проявления внутриутробной инфекции (ВУИ) в виде конъюнктивита, ранней желтухи и патологического стула, характерные для раннего неонатального периода, выявлены у 9,5% детей 1-ой группы и у 69,2% детей 2-й группы.

Выводы: Таким образом, коррекция микробиоценоза влагалища позволяет не только эффективно предупреждать послеродовые осложнения, но и гарантирует нормальное течение периода адаптации у новорожденных. 1. Неблагоприятный преморбидный фон, высокая частота воспалительных заболеваний органов малого таза, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез является ведущим фактором, влияющим на возникновение и развитие бактериального вагиноза у беременных. 2. Коррекция микробиоценоза влагалища у беременных с бактериальным вагинозом позволяет достоверно снизить частоту развития гестационных осложнений и послеродовых воспалительных заболеваний у матери и новорожденного.

#### Литература

1. Алекшеева Л.Ж., Абдукахарова М.Ф. Нормальная микрофлора влагалища и цервикального канала и ее функциональное значение // Мед. журнал Узбекистана. 2005. № 2. С. ПО-114.

2. Мельников В А и др. Восстановление нарушенного микробиоценоза влагалища у беременных в I триместре беременности Ц Материалы I Международного семинара "Инфекции в акушерстве и гинекологии". М., 2007. С. 101-102.
3. Стрижаков А Н., Буданов ГБВ; Состояние микроценоза влагалища и способы коррекции его нарушений во время беременности// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2007. №5(6). С.90-93.
4. Fredricks D.N. Molecular methods to describe the spectrum and dynamics of the vaginal microbiota//Anaerobe. 2011. Vol. 17. №4. P. 191-195.
5. Varma R, Gupta J.K Antibiotic treatment of bacterial vaginosis in pregnancy: multiple meta-analyses and dilemmas in interpretation // Eur. J. Obstet Gynecol. Reprod. Biol. 2006. VoL. 124. P.10-14.
6. Ya W., Reifer C., Miller L.E. Efficacy of vaginal probiotic capsules for recurrent, bacterial vaginosis: a double-blind, randomized, placebo-controlled study//Ani J. Obstet Gynecol. 2010. Vol. 203. №2. P.120.
7. Yamamoto T. et al. Bacterial Populations in the Vaginas of Healthy Adolescent Women//J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2008. VoL 22. №1. P.11-18.

**Түйін**

**Шукурлаева Ш.Ж., Хотамова М.Т., Рахматуллаева М.М.**

Бұхара Медициналық институты, Бұхара, Өзбекстан Республикасы

**ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЖҮКТІЛІК, БОСАНУ ЖӘНЕ БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕГІ  
ВАГИНАЛДЫ МИКРОЭКОЛОГИЯНЫҢ МӘНІ**

Бактериялы вагинозға қарсы дамыған жүктіліктің асқинуын алдын-алу және емдеудің негізгі шарттарының бірі - қынаптың микробиоценозын бұзудың уақтылы және кешенді терапиясы. Жүкті әйелдердің жағдайын дисбиотикадан дер кезінде түзету, әйел инфекцияны болдырмайды. жемісі, оның патологиялық жағдайы. Біз байқаған әйелдерде жұқпалы және қабыну асқинуларының пайда болу жиілігі 1-ші топта 9,3%, екінші кезекте - 55% 2 жасқа дейінгі инфекцияның клиникалық көріністерінде конъюнктивит, ерте сарқылу және 1-топтағы балалардың 9,5% -ында және 2-ші топтағы балалардың 69,2% -ында ерте неонаталдық кезеңнің байланысы анықталған патологиялық кафедра анықталды.

**Кілт сөздер:** бактериялық вагиноз вагинальды микробиоценоз, вагинальды нукробиоценозды түзету.

**Summary**

**Shukurlayeva Sh.J., Hotamova M.T., Rahmatullayeva MM.**

Bukhara Medical Institute, Bukhara, The Republic of Uzbekistan

**THE VALUE OF VAGINAL MICROECOLOGY IN THE MAINTENANCE OF PHYSIOLOGICAL  
PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THE POSTPARTUM PERIOD**

One of the main conditions of prevention and treatment of the complications of pregnancy which have developed against a bacterial vaginosis is timely adequate and complex therapy of violations of a microbiocenosis of a vagina. Timely correction the disbioticheskikh of conditions of the pregnant, woman prevents infection of a. fruit, his pathological states. Frequency of emergence of infectious and inflammatory complications at the women observed by us has made 9,3% in the 1st group and 55% in the 2nd\* Clinical displays of a pre-natal infection in the form of a konyuyktivit, early jaundice and a pathological chair, characteristic of tie early neonatal periodr are revealed at 9,5% of children of the 1st group and at 69,2% of children of the 2nd group.

**Key words:** bacterial vaginosis vaginal micxobiocenosis, correction of vaginal nucrobiocenosis.

МРНТИ 76.29.51  
УДК: 616.853-053.2

**А.А.Есетова, Г.Н. Досыбаева, Т.И.Тулеева**  
Южно-Казахстанская Медицинская Академия Республика Шымкент Казахстан

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

### Резюме

Реабилитация больных эпилепсией в Казахстане является актуальным и новым направлением, но пока находится в состоянии становления. Многие авторы описывают основные принципы и этапы реабилитации детей, страдающих эпилепсией [1,2,3,4,5]. Для оценки течения эпилепсии необходим анализ динамики судорожного синдрома, состояние психики больного ребенка, реакции на лечение, ЭЭГ-изменений, степени социально-педагогической адаптации ребенка.

**Ключевые слова:** эпилепсия, реабилитация, дети и подростки

Характерной особенностью эпилепсии является хроническое течение. Необходимо учитывать и такой важный фактор, как возрастная зависимость некоторых форм эпилепсии. Выделяют следующие разновидности течения эпилепсии: 1) прогрессирующее; 2) регрессирующее; 3) стационарное; 4) ремитирующее.

Прогрессирующее течение заболевания характеризуется выраженной прогрессивностью процесса. Ремиссии отсутствуют или кратковременны, постепенно учащаются припадки, возможны их серии, эпилептический статус, к одним формам приступов присоединяются другие. Очень часто нарушается приуроченность припадков к циклу сон-бодрствование. Возникают выраженные изменения психики — дисфории, агрессивные тенденции, характерны эпизоды психопатоподобного поведения. Очень часто прогрессирующим (злокачественным) течением характеризуются такие формы детской эпилепсии, как синдром Веста, синдром Леннокса-Гасто, ряд симптоматических эпилепсий. Прогрессирующий тип течения заболевания может развиваться после воздействия дополнительных экзогенных влияний, таких как черепно-мозговая травма, инфекции и другие. Иногда применение антиэпилептических препаратов (АЭП) может ухудшить течение эпилепсии [6,7]. Идиопатические генерализованные эпилепсии имеют большую склонность к неблагоприятному типу течения под действием определенных препаратов: абсансные формы эпилепсии всегда ухудшаются под действием карбамазепина, вигабатрина, реже фенитоина; ювенильная миоклоническая эпилепсия агравруется карбамазепином [8,9,10].

Регрессирующий тип течения эпилепсии предполагает урежение или прекращение припадков, изменение типа пароксизмов на более легкие, с хорошей социальной адаптацией больных.

Степень улучшения течения заболевания предусматривает 3 варианта: 1) умеренное улучшение - сокращение эпилептических припадков до 50%; 2) улучшение - сокращение до 50-75%; 3) значительное улучшение - сокращение более чем на 75%, при этом подразумевается и получение контроля над припадками [11]. Согласно принятым международным стандартам, статистически достоверным считается улучшение, когда припадки урежаются на 50% и более от исходного их количества.

Стационарный тип течения эпилепсии подразумевает определенную стабилизацию процесса; с одной стороны отсутствуют признаки прогрессирования эпилепсии, с другой - могут отмечаться и фармакорезистентные формы заболевания.

Ремитирующее течение характеризуется периодами обострений и ремиссий, определяемых прежде всего по наличию или отсутствию припадков. Однако не исключается трансформация и полиморфизм припадков.

Среди больных эпилепсией детского возраста стойкая ремиссия наблюдается от 33% до 80%. Процент стойкой ремиссии припадков уменьшается по мере увеличения возраста, в котором проявилось заболевание. Так, при заболевании, развившемся в 2-3-летнем возрасте стойкие ремиссии пароксизмов наблюдаются в 67,6% случаев, в возрасте 4-7 лет — в 49%; в 8-10 лет — в 46%; в 11-14-летнем возрасте лишь в 33,3% случаев, практически не отличаясь от параметров взрослых [12].

Хотя тип эпилептических приступов оказывает большое влияние на качественные и количественные параметры ремиссий, а, следовательно, и на прогноз заболевания, решающее значение играет этиологический фактор, лежащий в основе припадков.

В подавляющем числе исследований процент больных с 1-2-летней ремиссией оказывался выше, чем с 4-6-летней [13, 14]. Это прежде всего связано с погрешностями в лечении — преждевременное снижение дозы и отмена АЭП, что часто приводит к рецидивам припадков [15].

Ремиссия по припадкам в течение 5 лет на фоне приема АЭП и еще 1 года без лечения, нормализация биоэлектрической активности мозга по данным ЭЭГ, состояние психики, обеспечивающее возрастную адаптацию ребенка, можно назвать выздоровлением [16].

Вероятность рецидива тесно связана с клинической формой эпилепсии, продолжительностью достигнутой ремиссии, возрастом начала заболевания. Среди факторов, приведших к срыву компенсации заболевания, выделяют следующие: 1) нарушение общего и медикаментозного режима; 2) снижение дозы препарата, особенно в период роста и увеличения массы тела у детей; 3) декомпенсация резидуального эпилептического поражения в виде расстройства ликвороциркуляции, регионального кровообращения, появления перифокального отека и другие; 4) повторные эпилептогенные воздействия: черепно-мозговая травма, нейроинфекции и т.д.; 5) общие инфекции и соматические заболевания; 6) эндокринные пертурбации — период пубертата, беременность; 7) появление признаков непереносимости того или иного АЭП с отменой последнего и изменением программы лекарственного лечения.

Известно, что 33-40% рецидивов припадков вызвано отменой АЭП в течение первых 6-12 месяцев у больных без приступов [17, 18, 19]. Ряд исследований, проведенных при помощи популяционного метода, выявляет вероятность рецидива эпилепсии после первого припадков в 56-81% случаев в течение 1-1,5 лет [13]. По данным С.А. Громова (2004), рецидив припадков в виде единичного или серии эпилептических приступов отмечался у 45,5% наблюдаемых больных.

Изучение причин срывов ремиссий показало, что чаще они происходят в первые 3 года благополучного периода отсутствия припадков и вызваны нарушениями режима лечения: самовольным снижением доз (28,4% больных) или полной отменой АЭП (31,6%), нарушением общего режима (11%), соматическими заболеваниями (4,5%), в том числе протекающих на фоне фебрилитета (5,8%) [12].

Нерегистрируемые приступы являются также фактором риска рецидивов эпилепсии и вызывают ложное впечатление о мнимом благополучии — «феномен псевдоремиссии» [8]. Прекращение припадков, но сохранение патологической активности на ЭЭГ и изменений интеллектуально-мнестических функций позволяют говорить лишь о ремиссии припадков, а не эпилепсии. Специфические изменения на ЭЭГ наиболее динамичны в первые 2-3 года заболевания. Существенно осложняет течение и прогноз заболевания развитие эпилептического статуса у больного.

Эпилептический статус определяется как состояние, при котором эпилептические припадки часты и/или продолжительны, что формирует стабильно и качественно иное эпилептическое состояние, а в период между приступами не наступает полного восстановления сознания. С практической точки зрения эпилептическим статусом считается приступ длительностью более 30 минут.

Частота эпилептического статуса составляет около 28 случаев на 100 000 населения и максимальна у детей и пациентов с деменцией [6]. Частота эпилептического статуса в США составляет 1 случай на 50 000 населения, в Великобритании в течение 1 года регистрируется от 9 000 до 14 000 случаев эпилептического статуса. Около 5% взрослых и 20% детей, страдающих эпилепсией, имеют в анамнезе эпилептический статус с преобладанием у лиц мужского пола.

Этиология эпилептического статуса разнообразна. В исследованиях Е.Ф. Литвинович, А.Ю. Савченко, А.В. Посполита (2007) острый симптоматический эпилептический статус развился у 54% больных.

Эпилептический статус осложняет течение эпилепсии у взрослых в 5% случаев, у детей — в 18%; на его долю приходится 4% всех случаев в ургентной неврологии. У больных эпилепсией эпилептический статус следует рассматривать как проявление крайней степени недостаточности или срыва системы антиэпилептической защиты, то есть механизмов, подавляющих распространение и генерализацию эпилептической активности. Формируются вторичные патогенетические факторы, поддерживающие течение эпилептического статуса по типу порочного круга — циклические нарушения дыхания, апноэ, гипервентиляция (гипокапния), что приводит к нарастанию внутричерепного давления с последующим развитием отека мозга, снижением мозгового кровотока и метаболических нарушений.

Примерно у 5-12% больных эпилептический статус служит дебютом эпилепсии, и в дальнейшем может отмечаться статусное течение заболевания.

По периодам течения эпилептический статус подразделяется на: предстатус (до 10 минут с момента начала приступов); начальный статус (10-30 минут); развернутый статус (31-60 минут); рефрактерный статус (свыше 60 минут).

Эпилепсия с электрическим эпилептическим статусом медленного сна по классификации 1989 года относится к формам эпилепсии, имеющим черты как генерализованных, так и фокальных, и характеризуется наличием фокальных и генерализованных эпилептических приступов в сочетании с выраженными когнитивными нарушениями и ЭЭГ-паттерном продолженной диффузной эпилептиформной активности в период медленного сна, продолжающейся постоянно многие месяцы. Не менее чем у 20% больных эпилептические приступы отсутствуют, как по данным анамнеза, так и при катамнестическом наблюдении.

Больные эпилепсией имеют повышенный риск смерти по сравнению с общей популяцией. При этом M. Pompili, P. Girardi, A. Roberto et al. (2005) указывают различные причины повышенного уровня смертности среди страдающих эпилепсией. Так, у детей максимальная летальность на 1 году жизни — 6,6%, снижается к 2-3 годам до 2,3% и 1,7% соответственно. Уровень смертности от эпилептического статуса составляет, по различным данным, от 1-2 % до 47% и более, что зависит от многочисленных факторов (этиология, возраст больного, продолжительность статуса, своевременное оказание квалифицированной и адекватной помощи и другие). В структуре смертности — несчастные случаи, синдром внезапной смерти, частота которого 1 случай на 200-1100 больных в год. Синдром внезапной смерти при эпилепсии отмечается в 1-1,5% всех «естественных» смертей, засвидетельствованных врачами и патологоанатомами, превышает смертность от химических и лекарственных отравлений больных эпилепсией. В популяции риск внезапной смерти выше у мужчин с эпилепсией в 2,7, у женщин в 2,3 раза.

К факторам риска внезапной смерти больных эпилепсией относят раннее начало эпилепсии, высокую частоту припадков, полипрагмазию, частую смену дозировок АЭП. Причиной развития синдрома могут быть тахи — или брадикардия, аритмия, состояние апноэ во время припадков, однако объективных доказательств этому нет. Также весьма противоречивы сведения о влиянии АЭП в лечении больных при их высоком уровне в плазме крови — имеются указания, что синдром внезапной смерти развивается при дисфункции стволовых структур мозга, удлинении интервала «QT», асимметричности созревания симпатической иннервации правого и левого сердца. Суициды встречаются в 4-5 раз чаще, чем в общей популяции, и занимают третью позицию среди причин смерти у больных с эпилепсией, что составляет 8-12% в общей структуре смертности этой категории пациентов. Специалисты дают объяснение подобному факту, указывая на увеличение удельного веса аффективных нарушений, в основном депрессивных.

Реабилитация больных эпилепсией является актуальным и перспективным направлением, но пока находится в состоянии становления [9]. Первым и одним из основных принципов реабилитации больных эпилепсией является своевременная диагностика заболевания и выявление особенностей его клиники и течения. Вторым важным принципом реабилитации является проведение адекватной и оптимальной противоэпилептической терапии. Начав ее с первых дней заболевания, быстрее и легче удастся добиться необходимого положительного результата. Однако у детей в силу различных обстоятельств часто упускается период «ранней» терапии, и адекватное лечение ребенок начинает получать позже, что не может не сказаться на течении и исходе заболевания. Большим препятствием назначению эффективных противосудорожных препаратов являются ограничения к их применению у детей младших возрастных групп.

Третий принцип реабилитации — психологическая диагностика, где главная роль отводится психологу. Организация специализированных отделений эпилепсии и использование для обследования больных экспериментально-психологических методик позволили выявлять начальные изменения личности, давать им не только качественную, но и количественную оценку [2]. Четвертый принцип — сочетание биологического и психосоциального методов воздействия, где в основе лежит апелляция к личности, использование механизмов адаптации и компенсации, а также современных методов медикаментозной противоэпилептической и патогенной терапии. Пятый принцип реабилитации — динамическая адекватность биологических и медико-социальных мероприятий, то есть у больных эпилепсией реабилитационная программа должна быть адекватна клиническим и социальным диагностическим параметрам заболевания.

С учетом принципа динамической адекватности биологических и социально-трудовых мероприятий, и исходя из конкретных возможностей, обоснованно расширены рекомендации больным эпилепсией во всех сферах деятельности. Они должны адекватно изменяться в соответствии с положительной динамикой эпилептического процесса в результате проводимой медикаментозной терапии или психосоциальных воздействий. В соответствии с указанными принципами предложена программа реабилитации больных эпилепсией.

Первый этап - восстановительная терапия - основополагающий, при котором определяются некоторые этиологические и патогенетические факторы заболевания, вид, частота припадков, их доступность медикаментозным методам лечения, определяются наличие и степень выраженности психического дефекта. Данный этап реабилитации реализуется в стационаре или эпилептологическом центре.

Второй этап реабилитации — релактация, или адаптация, проводится в амбулаторных условиях под контролем специалистов поликлиники, диспансера или эпилептологического центра. Основной задачей этого этапа является сохранение или восстановление социально-педагогического (образовательного) статуса пациента, который был у него до болезни, или приспособление его к жизнедеятельности во внебольничных условиях. На данном этапе ведущее значение имеет биологическая терапия



— психокоррекция, которая включает ориентацию больного на дальнейший образовательный и социальный выбор, с обязательным акцентом на возможность положительной лечебной перспективы.

Третий этап реабилитации — полное или частичное восстановление качества жизни больного — характеризуется восстановлением индивидуальной или общественной ценности пациента, существовавшей у него до болезни. Качество жизни — это интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. Полное или частичное восстановление качества жизни и является конечной целью реабилитации.

Реабилитация больных эпилепсией должна быть целостной системой, подчиненной единой цели — восстановлению биологического и социального статуса пациента, руководствующейся единым методологическим подходом к больному человеку. До настоящего времени нет общепризнанных и бесспорных определений болезни, нормы и здоровья. Наиболее признанными и распространенными в медицинской литературе терминами являются «предболезненные состояния», «донозологические», «субклинические», «условно-патологические», «преморбидные».

Эпилепсия у детей является основным «источником» эпилепсии у взрослых, в связи с чем профилактику этого заболевания начинают проводить в детском возрасте, с перинатального периода. Большое значение имеют изучение заболеваемости, распространенности, смертности в различных возрастных группах, анализ структуры инвалидности больных эпилепсией и факторов, на них влияющих.

Таким образом, эпилепсия в детском и подростковом возрасте является одной из важных социально-медицинских проблем современности. Заболевание представляет собой обширную группу патологических состояний, весьма разнообразных по своей этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям. Эпилепсия детей и подростков относится к числу комплексных проблем, решением которых занимаются неврологи, педиатры, психологи, психиатры в сотрудничестве с педагогами, совместно осуществляя многообразные медико-педагогические и медико-социальные мероприятия по реабилитации больных.

Успехи в лечении эпилепсии находятся в полной зависимости от точной синдромологической диагностики. Дети страдающие эпилепсией, вынуждены принимать антиэпилептические препараты в течение многих лет, в связи с чем важным требованием к проводимой медикаментозной терапии являются отсутствие негативного их влияния на качество жизни ребенка.

### Литература

1. Гехт А.Б. Начало и окончание противоэпилептической терапии у взрослых. Диагностика, лечение, социальные аспекты эпилепсии: материалы Междунар. конф. СПб., 2006. С.126-134.
2. Громов С.А. Контролируемая эпилепсия. Клиника, диагностика, лечение. СПб.: «ИИЦ Балтика», 2004. 302 с.
3. Литвинович Е.Ф., Савченко А.Ю., Посполит А.В. Современные аспекты фармакотерапии эпилептического статуса. Клиническая эпилептология 2007; 1: 28-32.
4. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. М.: «МЕДпресс-информ», 2002. 368 с.
5. Зенков Л.Р. Фармакорезистентные эпилепсии. М.: «МЕДпресс-информ», 2003. 207 с.
6. Карлов В.А. Судорожный эпилептический статус. М.: Медпресс, 2003.168 с.
7. Жентон П. Парадоксальное усугубление приступов у больных эпилепсией. Эпилепсия - диагностика, лечение, социальные аспекты: междунар. конф. М., 2005. С.139-142.
8. Мухин К.Ю., Петрухин А.С. Контроль эффективности лечения пациентов с юношескими формами идиопатической генерализованной эпилепсии и состояние «псевдоремиссии». Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2005; Т.105 (8): 24-28.
9. Никитина О.В. Медико-социальные аспекты эпилепсии у подростков: тезисы юбилейной конференции с международным участием. Египет, 2008. С.43.
10. Михайлов В. А. Эпилепсия: стигматизация, качество жизни и реабилитация больных. Неврологический вестник 2007; вып.3: 135-136.
11. Шершевер А.С., Сорокина Е.В., Сулимов А.В. Срыв ремиссии у больных эпилепсией при смене оригинальных антиэпилептических препаратов на дженерики. Клиническая эпилептология 2007; 1: 10-12.
12. Петрухин А.С., Пылаева О.А., Воронкова К.В. Агравация эпилептических приступов под влиянием антиэпилептических препаратов. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2005;105: 66-70.
13. Guerrini R., Arzimanoglou A., Brauwer O. Rationale for treating epilepsy in Children. Epileptic Disorders 2012; Vol.4: 1.2: 9-21.
14. Beghi E. Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs: comparison of two recent guidelines. Lancet Neurol 2014; Vol.3: 618-621.

15. Holloway R., French J., Kanner A. Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs: Treatment of new onset epilepsy. *Neurology* 2005; Vol.64: 172-174.
16. Luscher W., Potschka H. Role of multidrug transporters in pharmacoresistance to antiepileptic drugs. *J. of pharmacology and experimental therapeutics* 2002; Vol. 301: 7-14.
17. Specchio L., Beghi E. Should antiepileptic drugs be withdrawn in seizure-free patients. *CNS Drugs*. 2004; Vol. 18(4): 201-212.
18. Schmidt D., Löscher W. Uncontrolled epilepsy following discontinuation of antiepileptic drugs in seizure free patients: a review of current clinical experience. *Acta Neurol Scand*. 2015; Vol. 111(5): 291-300.
19. Pompili M., Girard P., Roberto A. Suicide in the epilepsies: a meta-analytic investigation of 29 cohorts. *Epilepsy Behav*. 2005; Vol. 7: 305-310.

#### Түйін

**А.А.Есетова, Г.Н.Досыбаева, Т.И.Тулеева**  
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан

#### ЭПИЛЕПСИЯ АУРУЫНЫҢ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ

Қазақстандағы эпилепсиямен ауыратын науқастарды реабилитациялау - бұл өзекті және жана бағыт, бірақ әлі күнге дейін жағдай қалыптасуда. Көптеген авторлар эпилепсиядан зардап шеккен балаларды оңалтудың негізгі принциптері мен кезеңдерін сипаттайды [1,2,3,4,5]. Эпилепсияның даму бағасын бағалау үшін науқастың синдромының динамикасын, науқас баланың психикасының жай-күйін, емдеуге жауапты, ЭЭГ өзгерістерін, баланың әлеуметтік-педагогикалық бейімделу дәрежесін талдау қажет.

**Кілт сөздер:** эпилепсия, оңалту, балалар мен жасөспірімдер

#### Summary

**A.A.Yessetova, G.N.Dossybayeva, T.I.Tuleyeva**  
South Kazakhstan medicine academy

Rehabilitation of patients with epilepsy in Kazakhstan is an actual and new direction, but so far it is in a state of becoming. Many authors describe the basic principles and stages of rehabilitation of children suffering from epilepsy [1,2,3,4,5]. To assess the course of epilepsy, it is necessary to analyze the dynamics of the convulsive syndrome, the state of the psyche of the sick child, the response to treatment, the EEG changes, the degree of social and pedagogical adaptation of the child.

**Key words:** epilepsy, rehabilitation, children and adults

МРНТИ 76.29.52  
УДК 616.853 : 613.816

**Н.А.Жаркинбекова, Д.Б.Оразалиева, Г.У.Туксанбаева**  
Южно-Казakhstanская медицинская академия, Шымкент, Казахстан

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭПИЛЕПСИИ В САЙРАМСКОМ РАЙОНЕ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

#### Резюме

Приведены результаты эпидемиологического исследования эпилепсии среди населения Сайрамского района Южно-Казakhstanской области (ныне Туркестанская область) старше 14 лет. Стандартизированная по полу и возрасту распространенность эпилепсии составила 4,55 человек на 1000 населения и была выше среди мужчин – 6,02 чел/1000, чем среди женщин – 3,09 чел/1000. Среди выявленных 892 пациентов большинство страдало фокальной эпилепсией - 75,67%, преобладающими типами припадков были парциальные простые или сложные с вторичной генерализацией – 52,91% случаев.

**Ключевые слова:** эпилепсия, эпидемиология, парциальная форма, генерализованная форма.

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы и значимой медико-социальной проблемой [1, 2]. Эпилепсия оказывает влияние на все стороны жизни

больного и понимание всех аспектов эпилепсии чрезвычайно важно как с медицинской, так и с социальной точек зрения [3, 4, 5].

#### Цель исследования

Знание эпидемиологии эпилепсии позволяет построить прогноз течения заболевания в популяции и использовать полученные данные как для планирования стратегии терапии и определения объемов снабжения антиэпилептическими препаратами, так и для сравнения с другими системными подходами при оказании помощи больным эпилепсией.

В данной работе представлены результаты изучения эпидемиологических, клинических и социальных характеристик популяций больных эпилепсией в возрасте от 14 лет и старше Сайрамского района Южно-Казахстанской области. Исследование проведено в соответствии с требованиями современных международных стандартов проведения эпидемиологических исследований и классификаций синдромов и типов приступов [6, 7, 8, 9].

Материал и методы Работа выполнялась на базе лечебных учреждений Сайрамского района Южно-Казахстанской области в 2011 -2014 годах. Район занимает 1,4% территории области. Район является одним из густонаселенных регионов области. Территория района на 1 января 2012 год равна 1,7 тыс. 36р. км. Население района составляет 262,7 тыс. Человек Плотность населения в 36реднем на 1 кв. км территории составляет 154,5 человек Основную часть населения района составляют узбеки – 64,8%, казахи – 26,9%, турки – 3,0%, русские – 1,8%, азербайджанцы – 1,1%. В агроклиматическом отношении район относится к очень засушливой жаркой предгорной зоне. Административным центром района является село Ак-Су, расстояние от областного центра – 30 км, располагающего всеми необходимыми диагностическими и лечебными возможностями.

Случаи активной эпилепсии регистрировались по результатам сплошного изучения записей медицинских амбулаторных карт ЛПУ на основании данных анамнеза, неврологического осмотра и результатов ЭЭГ. Проводилось углубленное ретроспективное изучение амбулаторных карт выявленных пациентов и, для уточнения диагноза, клинико-неврологическое обследование пациентов с проведением ЭЭГ и КТ (МРТ).

Для сбора первичного материала использовалась специальная формализованная карта-анкета, в которой регистрировалось 28 различных параметров.

Тип эпилептических приступов и форма эпилепсии определялись на момент изучения карт пациентов и на начало заболевания в соответствии с классификацией эпилептических приступов (ICES 1) 1981 г и классификации эпилепсий и эпилептических синдромов (ICE 2) ILAE 1989 г Международной лиги по борьбе с эпилепсией (ILAE) [3,6,7].

Особое внимание уделялось начальным проявлениям эпилептических приступов, их частоте и давности, изменению клинической картины с течением времени, этиологии, а также структуре противоэпилептической терапии.

Рассчитывались показатели распространенности (отношение выявленных случаев активной эпилепсии в течение года к численности исследуемого населения в расчете на 1000 человек).

Для выявленных пациентов регистрировались клинические параметры. При расчете стандартизированных значений распространенности и заболеваемости применялся прямой метод стандартизации. Для расчета распространенности в качестве стандартной популяции использована стандартная популяция: EUROPEAN STANDARD MILLION ([http:// seer.cancer.gov/stdpopulations/ stdpop.19ages.html](http://seer.cancer.gov/stdpopulations/stdpop.19ages.html)).

Для выборочного среднего и выборочной доли указывались границы 95% доверительного интервала. Проверка статистических гипотез проводилась при уровне значимости 0,05.

#### Результаты

В исследуемом районе на момент проведения исследования проживало 167 021 человек (82 943 мужчин, 84 078 женщин), было выявлено 892 пациента с эпилепсией: 538 мужчин и 354 женщины. Значения стандартизированной по полу и возрасту распространенности эпилепсии в расчете на 1000 населения составили 4,55 (95% ДИ: 3,83-5,27), среди мужчин – 6,02 (ДИ95%:5,45-6,6), женщин – 3,09 (ДИ95%:2,65-3,53).

На рисунке 1 представлены значения распространенности эпилепсии в возрастных группах пациентов. Наиболее часто эпилепсия встречается в возрастной группе 14-29 и 30-39 лет. Пик распространенности эпилепсии приходится на возрастные группы: 30 – 39 лет у женщин и у мужчин. Наблюдаемые различия распространенности между субпопуляциями мужчин и женщин не достоверны.

Средний возраст пациентов составил 34,13±3,04, у мужчин – 33,79±4,28, у женщин – 34,66±4,29. Средний возраст дебюта эпилепсии составил 18,64±3,27 года и был почти одинаковым как у мужчин – 17,81±3,87 лет, так и у женщин – 19,88±5,44 лет, эти различия не достоверны.

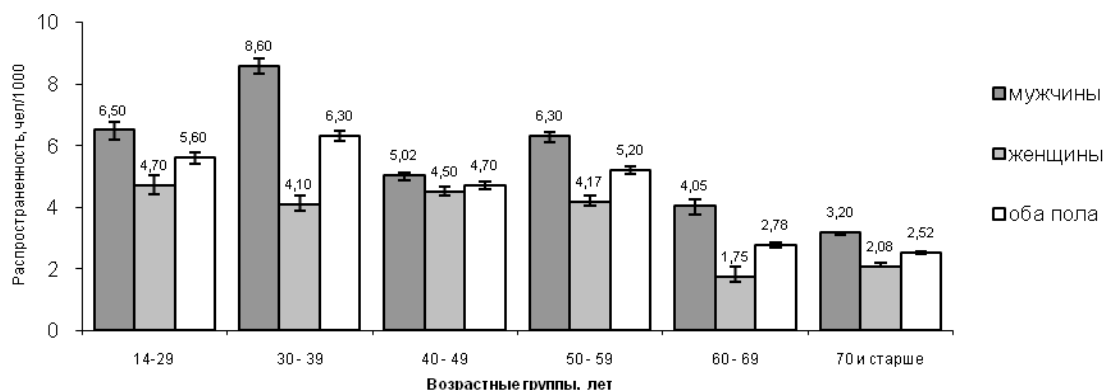


Рисунок 1- Распространенность эпилепсии по половозрастным группам в расчете на 1000 пациентов в исследуемой популяции сельских жителей.

Фокальная (симптоматическая, или возможно симптоматическая) эпилепсия была диагностирована у 675 (75,67%) пациентов, тогда как генерализованная эпилепсия – у 217 (24,33%) больных.

Наиболее часто у пациентов встречались парциальные приступы с вторичной генерализацией 52,91%, несколько типов парциальных приступов – 22,13%, первично-генерализованные тонико-клонические – 19,96%, абсансы – 1,35%, тонические – 1,35%, миоклонические – 1,35%, прочие типы приступов – 0,95%.

Большая часть пациентов (52,7%) испытывала 1-12 припадков в год. Более 12 приступов в год наблюдалось у 38,4% пациентов. Доля пациентов в состоянии ремиссии составила 8,97% (Рисунок 2).

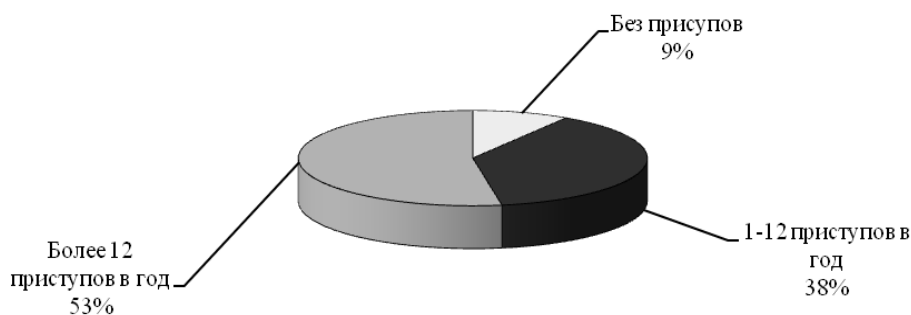


Рисунок 2 - Частота приступов

Среди пациентов с фокальной эпилепсией ее причину не удалось установить в 22,57% случаев. Наиболее частыми причинами заболевания были ЧМТ – 30,67%, интра/перинатальная патология – 22,62%, цереброваскулярные заболевания – 9,19%. Реже встречались такие причины как нейроинфекция – 6,96%, хронический алкоголизм – 2,7%, опухоли головного мозга(прооперированные) – 1,78%, дегенеративные заболевания нервной системы- 1,93%. Следует отметить, что ЧМТ считалась причиной заболевания у 34,90% мужчин с фокальной эпилепсией, у женщин в 24,35% (p=0,0001); в тоже время у женщин чаще причиной заболевания являлись нейроинфекция – 26,20%, цереброваскулярные заболевания – 12,92%.

Более 53% пациентов получали монотерапию. Не получали терапию – 30,94% больных. Наиболее часто назначался карбамазепин в 56,5% случаев в средней суточной дозе 400 мг. Монотерапия вальпроатами была назначена в 20,2% случаев в средней суточной дозе 900 мг, фенобарбиталом – 15,4% случаев в средней суточной дозе 200 мг, топираматом – 4,8% случаев в дозе 75 мг, ламотриджином – 2,9% в дозе 185 мг

Более половины пациентов окончили среднее или среднее специальное учебное заведения – 84,53%, высшее – 5,04%. Начальное образование было отмечено у 5,72% пациентов, признаны необучаемыми – 4,71%.

На момент исследования работали или учились 107 (12%) пациентов. На инвалидности находилось 369 (41,37)% пациента, при этом 117 пациентов (19,84%) были признаны инвалидами по причине эпилепсии.

Обсуждение Стандартизированное по полу и возрасту значение распространенности активной эпилепсии для всей исследуемой популяции составило - 4,55 случая на 1000 человек населения, что несколько отличается от опубликованных усредненных значений распространенности эпилепсии для ряда регионов РФ – 3,4 [10] и Казахстана – 2,9 [11]. По данным Кабакова Р.А, 2002г., распространенность эпилепсии в популяции Эхирит-Булагатского района Иркутской области составила 4,07/1000 населения [12], в Еравненском районе Республики Бурятия 5.19/1000 населения [8].

Распространенность эпилепсии в Волгоградской области среди мужчин – 3,4; среди женщин – 2,35 [13]. В развитых странах распространенность эпилепсии лежит в пределах 1,5 – 18 человек на 1000 населения, а в некоторых развивающихся странах превышает 30 [14,15]. Хотя данные о половозрастной структуре распространенности в целом отражают тенденции предшествующих публикаций [8, 11], распространенность эпилепсии среди мужчин и женщин в большинстве возрастных групп сопоставима, за исключением старших возрастных групп.

Выводы: Клиническая картина эпилепсии исследуемой популяции: преобладающие типы и частота приступов, доля пациентов в медикаментозной ремиссии – согласуются с наблюдениями российских авторов.

Доля пациентов в состоянии медикаментозной ремиссии была ниже, чем в городской местности. В сравнении с данными российских исследований, существенно меньшая доля пациентов не была охвачена терапией, при этом, в целом, эффективность лечения была достаточно низкой. Обращает на себя внимание тот факт, что в сравнении с городским населением в исследуемой популяции было существенно меньше пациентов с высшим образованием и больше с начальным, что могло сказываться в худшую сторону на соблюдении рекомендаций врача и режима терапии.

Следует отметить, что по уровню социальной активности и доле инвалидов, изучаемая популяция была сопоставима с ранее опубликованными данными о социальной активности пациентов по отдельным регионам РФ и Казахстана. Таким образом, проведенное исследование позволило получить комплексную клинико-эпидемиологическую картину эпилепсии в сельском районе Южно-Казахстанской области.

#### Литература

1. Карлов В.А. Антиэпилептические препараты и эпилептические припадки. Журн. Неврологии и психиатрии, №4, 2006, 21-26.
2. Hauser W.A., Annegers J.F., Kurland L.T.. Incidence of Epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935 – 1984. *Epilepsia*. – 1993. – Vol. 34. – P. 453 – 468
3. Гусев Е.И., Белоусов Ю.Б., Гехт А.Б., и др. Лечение эпилепсии: рациональное дозирование антиконвульсантов; стандартные схемы, терапевтический лекарственный мониторинг, популяционное моделирование.- «Речь», С-Пб.; 2000; стр. 5-10.
4. Гусев Е.И., и др Эпилепсия – эпидемиология и социальные аспекты. Вестник Рос. Акад. Мед. наук. – 2001. - №7. – С. 22 – 26
5. Карлов В.А. Современная концепция лечения эпилепсии. Журн. Неврол. и психиатр; 1999, Т. 99. №1. 56-61.
6. Commission on Classification and Terminology of ILAE. Proposal for Classification of Epileptic Seizures. *Epilepsia* 1981; 22: 489-501.
7. Commission on Classification and Terminology of ILAE. Proposal for Revised Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes. *Epilepsia* 1989; 30: 389-399.
8. Балханова Р.Б. «Эпидемиология эпилепсии в Республике Бурятия.», дис. К.м.н., Иркутск – 2006.
9. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. *Epilepsia* 1993;34:592-6
10. Гехт А.Б, Мильчакова Л.Е.и др. Исследование эпидемиологии эпилепсии в РФ. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2006, Приложение № 1, стр. 3-7
11. Куралбаев К.Б. «Эпидемиология и реабилитация больных в Южном регионе Казахстана», дисс.докт.мед.наук, 1998г.
- 12.Кабаков Р.А. «Эпидемиология эпилепсии в Восточной Сибири.», дис. К.м.н., Иркутск – 2002.;
13. Беляев О.В., 2005, «Эпидемиология и реабилитация больных эпилепсией» (по материалам Волгоградской области,. Дис. К.м.н., Санкт-Петербург 2005
14. Forsgren L., Beghi E., Oun A., Sillanpa M., The epidemiology of epilepsy in Europe – a systematic review. *European Journal of Neurology* 2005, 12: 245–253;
15. Scott R.A et.all, The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here, *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (4);

Түйін

Н.А.Жаркинбекова, Д.Б.Оразалиева, Г.У.Туксанбаева

Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент, Қазақстан

## ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ САЙРАМ АУДАНЫНДАҒЫ ЭПИЛЕПСИЯНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Оңтүстік Қазақстан облысының Сайрам ауданындағы (қазіргі Түркістан облысы) 14 жастан асқан тұрғындар арасында эпилепсияның эпидемиологиялық зерттеу нәтижелері келтірілген. Жынысы және жасы бойынша стандартталған, эпилепсияның таралуы 1000 адамға шаққанда 4,55 адам болды және ерлер арасында – 6,02 адам/1000, ал әйелдер арасында – 3,09 адам/1000. Зерттелген 892 науқастың ішінде басым көпшілігі эпилепсиядан зардап шекті-75,67%, ұстаманың басым түрлері қарапайым немесе кешенді жайылмалы түрде болғаны-52,91%.

**Кілт сөздер:** эпилепсия, эпидемиология, парциалды форма, генерализацияланған форма.

Summary

N.Zharkinbekova, D.Orazaliyeva, G.Tuxanbayeva

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

## EPIDEMIOLOGY OF EPILEPSY IN SAIRAM DISTRICT OF THE SOUTH KAZAKHSTAN REGION

The results of an epidemiological study of epilepsy among the population of the Sairam district of the South Kazakhstan region (now Turkestan region) older than 14 years are given. Standardized by sex and age, the prevalence of epilepsy was 4.55 people per 1000 population and was higher among men – 6.02 people/1000 than among women – 3.09 people/1000. Among the 892 patients identified, the majority suffered from focal epilepsy – 75.67%, the prevailing types of seizures were partial simple or complex with secondary generalization – 52.91% of cases.

**Keywords:** epilepsy, epidemiology, partial form, generalized form.

МРНТИ 76.29.48.

УДК 618.396 616-007-053.32

Мусаев Ю.М, Жумабеков Ж.К, Копбулова А.Х, Досанова А.М., Кошкар А.С., Маханбет Ж.Қ.

Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Республика Казахстан

## МИКРОНУТРИЕНТНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ КАК ВЫСОКИЙ РИСК ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РОЖДЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА.

Резюме

Проведен анализ причин преждевременных родов глубоко недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Установлена лидирующая роль урогенитальных инфекций, гестозов, а также проявления микронутриентной недостаточности в виде анемии у беременных женщин при рождении недоношенных с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Экстрагенитальная патология в виде железодефицитной анемии встречалась у каждой второй беременной женщины. Выявлена наиболее часто инфекционная патология мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит) и урогинекологические заболевания матерей (амнионит, эрозии шейки матки, кольпит) и случаев неоднократных выкидышей и замершего плода при предыдущих беременностях. Это следует учесть в раннем прогнозировании факторов риска и организации лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** недоношенные дети, микронутриентная недостаточность, очень низкая, экстремально низкая массы тела, факторы риска, урогенитальные инфекции, гестозы, анемия

Актуальность. Недоношенность - одна из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. Это не только медицинская, но и социальная проблема. По статистическим данным разных стран, от 3 до 15 % всех новорожденных составляют недоношенные. На них приходится 60 % случаев смерти

[1,2]. У детей, родившихся преждевременно, чаще диагностируют гемолитическую болезнь, внутриутробное инфицирование, асфиксию, пороки развития, высокая доля инвалидизации в результате родовых травм. Среди умерших на первом году жизни детей недоношенные составляют 55-65 % [3]. Успехами неонатальной службы и внедрением новых подходов в респираторной терапии, новыми рекомендациями и стандартами оказания реанимационной помощи в родильной палате имеется тенденция к снижению неонатальной смертности. Однако, имеется большое число инвалидов с детства среди выживших детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела [4,5]. При этом преждевременное рождение недоношенных детей зависит от ряда комплексных причин факторов риска: социально-экономических, медико-биологических и клинических (заболевания беременных женщин) причин.

**Цель исследования:** является определение значимости микронутриентной недостаточности при рождении глубоко недоношенных с очень низкой и экстремально низкой массой тела путем проспективного изучения медицинских документаций.

**Материал и методы:** Пациентами работы являются недоношенные дети, родившиеся в 2014 и 2015 гг. и поступившие под наблюдение врачей- педиатров детского отделения поликлиники №2 г. Шымкента. Под нашим наблюдением находились также 10 глубоко недоношенных детей, в основном родившиеся на 32-35 неделях гестационного возраста и поступившие экстренно в отделение патологии новорожденных областной детской больницы г. Шымкент, из которых 6 – с очень низкой (1-я группа) и 4- с экстремально низкой массой тела (2-я группа) при рождении.

Методами исследований новорожденных детей проведены на основе особенностей их обследования [3]. Проведенным анализом пар «мать и ребенок» учтены отклонений здоровья, согласно изучения обменной карты (ф. № 113), историй родов (ф. № 096/у), историй болезней новорожденных (ф. № 097/у). Учтены также методы родоразрешения, состояние детей при рождении и характер первичных реанимационных мероприятий.

**Результаты и обсуждение:** Анализом результатов статистического отдела ШГП 2 г. Шымкента выявлено, что число недоношенных новорожденных детей в 2014 году было 57(3,7%), а в 2015 году 49(3,4%) (таблица №1).

Таблица 1 - Качественные показатели по детскому отделению ГККП ШГП 2

Годы	2014	2015
Количество детского населения	17265	17309
Всего поступило новорожденных	1514	1414
Недоношенные	57(3,7%)	49(3,4%)

В историях болезней новорожденных обеих групп (с очень низкой и экстремально низкой массой тела) были выявлены у матерей наиболее часто сочетанная инфекционная и экстрагенитальная патология (80 % во 2-ой группе и 40% 1-ой группе).

Экстрагенитальная патология в виде железодефицитной анемии встречалась у каждой второй беременной женщины. Была выявлена наиболее часто инфекционная патология мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит) и урогинекологические заболевания матерей (амнионит, эрозии шейки матки, кольпит) и случаев неоднократных выкидышей и замерзшего плода при предыдущих беременностях, которые часто (80%) регистрировались у детей с экстремально низкой массой при рождении. В обеих группах недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой при рождении у матерей выявлены также симптомы ОРВИ и кольпита (60%) в основном в I триместре беременности.

**Выводы:** Таким образом, проспективным изучением анамнеза женщин и объективных исследований глубоко недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении установлена высокая частота экстрагенитальных и урогинекологических заболеваний при патологическом течении беременности. Это диктует необходимость профилактики рождения глубоко недоношенных детей ранним прогнозированием и организацией лечебно-профилактических мероприятий факторов риска преждевременных родов.

#### Литература

1. Кальмыкова А.С. Недоношенные дети /под ред. профессора Кальмыковой А.С. Поликлиническая и неотложная педиатрия. –М., 2013. –С.119-137.
2. Софронова Л.Н., Ходов Д.А., Шабалов Н.П. Недоношенные дети /Шабалов Н.П. Неонатология. –Санкт-Петербург. 1997, том 1. –С.247-279.



3. Ходов Д.Р., Прохоров С.А., Шабалов Н.П. Клиническое обследование новорожденного/ Шабалов Н.П. Неонатология.-Санкт-Петербург. 1997, том 1. -С.122-174.
4. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды/В.И.Кулаков, Л.Е.Мурашко.-М.,2002.-С.176-178.
5. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я. Недоношенные дети в детстве и отрочестве / А.А. Баранов и соавт.-М.,2001.-С.9-16
6. AbbotLaptookR. Admission Temperature of Low Birth Weight infants Prediktors and Associated Morbidities / R. AbbotLaptook et al. Pediatrics. 2007. №1.-С. 119-123.
7. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды и недоношенный ребенок. / В.М.Сидельникова, А.Г.Антонов.-М., ГЭОТАР-Медиа,2006.- С.303-304.
8. Савельева Г.М. Осложненное течение беременности и родов/ Г.М.Савельева. Акуш. и гин..2000 „№ 3. - С.3-5.

#### Түйін

**Мусаев Ю.М., Жұмабеков Ж.К., Копбулова А.Х., Досанова А.М., Қошқар А.С., Маханбет Ж.Қ.**  
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан

#### **МИКРОНУТРИЕНТТІ ЖЕТКІЛІКСІЗДІК ПЕН УРОГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ ИНФЕКЦИЯЛАР НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ӨТЕ ТӨМЕН ЖӘНЕ ЭКСТРЕМАЛЬДЫ ТӨМЕН ДЕНЕ САЛМАҒЫМЕН КҮНІ ЖЕТПЕЙ ТУЫЛУЫНЫҢ ЖОҒАРЫ ҚАУІП ФАКТОРЫ**

Өте төмен және экстремальды төмен дене салмағымен күні жетпей туылған нәрестелердің ерте туылуының себептеріне анализ жүргізілді. Өте төмен және экстремальды төмен дене салмағымен күні жетпей туылған нәрестелердің аналарында жүктілік кезінде урогенитальды инфекциялар, гестоз және микронутриентті жеткіліксіздіктің анемия түрінде көрінуі күні толмай босанудың негізгі себебі екендігі дәлелденді. Әрбір екінші жүкті әйелде экстрагенитальды патология теміртапшылықты анемия түрінде кездеседі. Аналарда жиі зәр шығару жолдарының (пиелонефрит, цистит) және урогинекологиялық аурулар (амнионит, жатыр мойнының эрозиясы, кольпит), алдыңғы жүктілікте бірнеше рет түсік пен ұрықтың дамуының тоқтауы анықталған. Емдік – профилактикалық шараларды ұйымдастыруда және қауіп факторларын ерте болжауда жоғарыда айтылғанның бәрін ескеру қажет.

**Кілт сөздер:** күні жетпей (шала) туылған нәрестелер, өте төмен, экстремальды төмен дене салмағы, қауіп факторлары, урогенитальды инфекциялар, гестоздар, анемия.

#### Summary

**Musaev YM, Zhumabekov Zh.K., Kopbulova AH, Dosanova AM, Koshkar AS, Mahanbet Zh.K.**  
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan.

#### **MICRONUTRIENT INSUFFICIENCY AND UROGYNECOLOGICAL INFECTIONS AS A HIGH RISK OF BIRTH OF THE PRESENTLY WITH A VERY LOW AND EXTREME LOW BODY MASS.**

The analysis of the causes of premature birth of very premature babies with very low and extremely low body weight was carried out. The leading role of urogenital infections, gestosis, as well as micronutrient deficiency manifestations in the form of anemia in pregnant women at birth premature with very low and extremely low body weight has been established. Extragenital pathology in the form of iron deficiency anemia was found in every second pregnant woman. The most frequent infectious pathology of the urinary tract (pyelonephritis, cystitis) and urogynecological diseases of mothers (amnionitis, cervical erosion, colpitis) and cases of repeated miscarriages and frozen fetuses during previous pregnancies were identified. This should be taken into account in early prediction of risk factors and the organization of preventive treatment.

**Keywords:** premature babies, very low, extremely low birth weight, risk factors, urogenital infection, gestosis, anemia

МРНТИ 76.29.30  
УДК 616.615-357

**Исломов И.И.**

Клиника Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан.

## **РОЛЬ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.**

### **Резюме**

Результаты проведенных клинических исследований показали, что применение антагонистов альдостерона дополнительно к комплексной терапии увеличивает выживаемость, уменьшает число госпитализаций и улучшает клиническое состояние больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов 2016 г. всем больным, имеющим симптомы ХСН (II–IV функциональный класс (ФК) по New York Heart Association (NYHA)) на сегодняшний день рекомендовано лечение антагонистами минералокортикоидных рецепторов (АМКР). В статье также приведены данные об отрицательном влиянии альдостерона на течение сердечно-сосудистых заболеваний, послужившие теоретическим основанием для более широкого использования в клинической практике препаратов, относящихся к классу АМКР. Рассмотрены сравнительные данные применения АМКР, полученные на основе проспективного анализа больных с диагнозом хронической сердечной недостаточностью.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, спиронолактон, альдостерон.

Актуальность проблемы: Известно, что гиперпродукция альдостерона является одним из ключевых моментов патогенеза ХСН вне зависимости от причины ее возникновения [2, 4–8]. Повышение концентрации альдостерона при ХСН обусловлено, с одной стороны, гиперпродукцией этого гормона надпочечниками вследствие избыточной активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), с другой – нарушением инактивации альдостерона в печени. Задержка натрия и жидкости под влиянием альдостерона вызывает объемную перегрузку сердца, а инициируемый альдостероном фиброз миокарда существенно снижает компенсаторные возможности сердца (одновременно повышая риск развития угрожающих аритмий и внезапной сердечной смерти) [2, 9, 11, 12]. Итогом этих патологических процессов является постепенное прогрессирование систолической дисфункции левого желудочка. Блокада альдостерона – один из ключевых моментов патогенетической терапии ХСН. Однако доказано, что ни  $\beta$ -адреноблокаторы, ни блокаторы рецепторов к ангиотензину, ни ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (и-АПФ) не влияют на альдостероновый обмен [10]. Для этого используют антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР). Достижение нейроэндокринной блокады, позволяющей затормозить ключевые механизмы развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) — это очень важная цель терапии. На сегодняшний день воздействием на один из важнейших нейроэндокринных факторов является торможение эффектов альдостерона [3].

Таким образом, длительный гиперальдостеронизм влечет за собой снижение числа кардиомиоцитов в единице объема миокарда с развитием гипоксии миокарда, что в итоге ведет к снижению сократительной способности сердечной мышцы [1].

На сегодняшний день именно сочетание трех нейрогуморальных модуляторов (и-АПФ +  $\beta$ -адреноблокаторы + АМКР) является наиболее рациональной схемой лечения больных с ХСН.

Назначение адекватной терапии способно снизить риск развития сердечно-сосудистых, почечных осложнений, замедлить прогрессирование течения ХСН и нарушения функции почек, а также продлить жизнь больных с ХСН и улучшить её качество.

**Цель исследования.** Сравнить и изучить влияние антагонистов минералокортикоидных рецепторов на течение ХСН, на основе проспективного анализа больных с диагнозом ХСН.

**Материал и методы исследования:** Обследованы 64 больных с диагнозом ХСН у которых клинико-лабораторные анализы проводились до и после лечения. Из них 35 (54,69%) мужчин и 29 (45,31%) женщин, средний возраст больных составил 72,55±5,66 лет. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ). Больные вне зависимости от генеза ХСН были подразделены на две группы в зависимости от применения антагонистов минералокортикоидных рецепторов.

**Результаты и их обсуждения:** По итогам изучения было выявлено, что основными причинами развития ХСН были артериальная гипертензия (АГ) у 64,06% (n=41), ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 68,75% (n=44) больных, у 20,31% (n=13) пациентов имелись постоянную форму фибрилляции

предсердий, у 12,5% (n=8) атеросклеротические пороки сердца, 14,06% (n=9) пациентов страдали сахарным диабетом. Среднее систолическое артериальное давление (САД) составляло 137,46±14,44 мм рт. ст. (при выходе из стационара 126,14±10,46 мм рт. ст.) и диастолическое АД (ДАД) 85,07±11,03 мм рт. ст. (при выходе из стационара 76,04±9,06 мм рт. ст.) Исходный уровень фракции выброса (ФВ) был составлен 39,4±7,6%. Средний показатель пульса составлял 81,4±22,6 ударов в минуту (при выходе из стационара 74,12±5,08 уд. в мин). Исходный уровень калия составлял 3,84±1,6 ммоль/л и 5,42±1,08 ммоль/л при выходе из стационара соответственно. Исходный уровень креатинина в крови составлял 113,2±3,8 мкмоль/л и 112,8±2,02 мкмоль/л при выходе из стационара соответственно. Пациенты первой группы, составившие 65,63% (n=42) получали верошпирон в сочетании с и-АПФ и бета-блокаторы, пациенты второй группы 31,25% (n=20) получали без антагониста альдостерона бета-блокаторы и и-АПФ. При сравнении результатов больных, получавших и не получавших АМКР, было выявлено, что клинико-лабораторные показатели пациентов двух группы, которых получали АМКР, были сравнительно лучше. При сравнении данных показателей среди групп, получавших верошпирон, был отмечен положительный сдвиг показателей клинико-лабораторных анализов, в частности уровни калия и креатинина в крови у пациентов группы. Основные показатели представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Клинические характеристики больных по данным историй болезни

Показатель	Значение	Динамика показателей при выходе из стационара	p
Общее количество больных	64		
Причины ХСН			
Ишемическая болезнь сердца	68,75% (n=44)		
Артериальная гипертензия	64,06% (n=41)		
Атеросклеротические пороки сердца	12,5% (n=8)		
Фибрилляция предсердий	20,31% (n=13)		
САД мм рт. ст.	137,46±14,44	126,14±10,46	<0.001
ДАД мм рт. ст.	85,07±11,03	76,04±9,06	<0.001
ЧСС, ударов в мин.	81,4±22,6	74,12±5,08	<0.001
ФВ, %	39,4±7,6	–	–
Креатинин в крови, мкмоль/л	113,2±3,8	112,8±2,02	<0.05
Калий в крови, ммоль/л	3,84±1,6	5,42±1,08	<0.001

Выводы: Таким образом, применение антагонистов минералокортикоидных рецепторов у больных с ХСН, улучшает течение и прогноз болезни. Это является основанием для более широкого применения антагонистов минералокортикоидных рецепторов в клинической практике. При этом обязателен динамический контроль клинических и биохимических параметров. Строгое соблюдение этих рекомендаций, повышает эффективность и снижает побочных эффектов антагонистов минералокортикоидных рецепторов особенно у больных пожилого возраста.

#### Литература

1. Атрощенко Е.С. Роль альдостерона в патогенезе хронической сердечной недостаточности и эффективность применения его антагонистов. 2013. – №3. – С. 8-9.
2. Гиляревский С.Р., Голшмид М.В., Кузьмина И.М. Роль антагонистов рецепторов альдостерона в профилактике и лечении сердечно-сосудистых и почечных заболеваний: реальность и перспективы // Рус.мед. журн. 2014. № 23. С. 1689–1693.
3. Калягин А.Н. Хроническая сердечная недостаточность: современное понимание проблемы. Применение ингибиторов ангиотензин – превращающего фермента и антагонистов АТ1-рецепторов ангиотензина // Сибирский мед. журн. – 2007. – №6. – С. 98-103.
4. Карпов Ю.А. Применение эплеренона в кардиологии. Некоторые аспекты патофизиологии постинфарктного периода. Роль блокады альдостерона в терапии постинфарктного периода // Атмосфера. Новости кардиологии. 2012. № 2. С. 18–22.
5. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов при хронической сердечной недостаточности: показания к назначению и выбор препарата в свете современных знаний // Атмосфера. Новости кардиологии – 2015. – №1. – С. 21-26.
6. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Аругюнов Г.П. и др. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН // Сердечн. недостат. 2017.

7. Мишушкина Л.О., Затейщиков Д.А. Эплеренон – селективный блокатор рецепторов альдостерона // Фарматека. 2007. № 3. С. 23–27.
8. Guichard J.L., Clark D. 3rd, Calhoun D.A., Ahmed M.I. Aldosterone receptor antagonists: current perspectives and therapies // Vasc. Health Risk Manag. 2013. V. 9. P. 321–331.
9. Hu L.J., Chen Y.Q., Deng S.B. et al. Additional use of an aldosterone antagonist in patients with mild to moderate chronic heart failure: a systematic review and meta-analysis // Br. J. Clin. Pharmacol. 2013. V. 75. P. 1202–1212.
10. Iqbal J., Parviz Y., Pitt B. et al. Selection of a mineralocorticoid receptor antagonist for patients with hypertension or heart failure // Eur. J. Heart Fail. 2014. V. 16. P. 143–150.
11. Pitt B., Zannad F., Remme W.J. et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldosterone Evaluation Study Investigators // N. Engl. J. Med. 1999. V. 341. P. 709–717.
12. Zannad F., Alla F., Dousset B. et al. Limitation of excessive extracellular matrix turnover may contribute to survival benefit of spironolactone therapy in patients with congestive heart failure: insights from the randomized aldosterone evaluation study (RALES) Rales Investigators // Circulation. 2000. V. 102. P. 2700–2706.

Түйін

Исламов И.И.

Ташкент медициналық академиясының Ургенч филиалының клиникасы, Ургенч, Өзбекстан.

#### ХРОНИКАЛЫҚ ЖҮРЕК АҚАУЛАРЫН ЕМДЕУДЕ АЛЬДОСТЕРОННЫҢ АНТАГОНИСТТЕРІНІҢ РӨЛІ.

Клиникалық зерттеулер нәтижелері альдостерон антагонисттерін кешенді терапиядан басқа пайдалану өмір сүруді арттырады, ауруханаға жатқызу санын азайтады және созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастардың клиникалық жағдайын жақсартады. Еуропалық еуропалық кардиология қоғамының ұсынымдарына сәйкес, бүгін Нью-Йорк Жүрек Ассоциациясы (NYHA) бойынша СНФ белгілерімен (II-IV функционалдық класы) барлық науқастарға минерокортикоидті рецепторлық антагонисттермен (АМКР) емдеу ұсынылады. Мақалада альдостеронның жүрек-қан тамырлары ауруларының барысына теріс әсері туралы мәліметтер келтірілген, бұл АМКР сыныбына жататын дәрілердің клиникалық практикасында кеңінен қолданудың теориялық негізі болып табылады. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің диагностикасы бар науқастарды болашақ талдау негізінде алынған АМКР салыстырмалы деректері қарастырылады.

**Кілт сөздер:** созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, минерокортикоидті рецепторлар антагонисты, спиронолактон, альдостерон, кардиология, еуропа.

Summary

Islomov I.I.

Clinic of the Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench, Uzbekistan.

#### THE ROLE OF ANTAGONISTS OF ALDOSTERON IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE.

The results of clinical studies have shown that the use of aldosterone antagonists in addition to the complex therapy increases survival, reduces the number of hospitalizations and improves the clinical condition of patients with chronic heart failure (CHF). According to the recommendations of the European Society of Cardiology 2016, all patients with symptoms of CHF (II – IV functional class (FC) according to the New York Heart Association (NYHA)) today are recommended treatment with mineralocorticoid receptor antagonists (AMKR). The article also presents data on the negative effect of aldosterone on the course of cardiovascular diseases, which served as the theoretical basis for the wider use in clinical practice of drugs belonging to the AMKR class. The comparative data of AMKR, obtained on the basis of a prospective analysis of patients with a diagnosis of chronic heart failure, are considered.

**Key words:** chronic heart failure, mineralocorticoid receptor antagonists, spironolactone, aldosterone, Cardiology.

МРНТИ 76.29.37

УДК 616.01/099

**Маликова Г.Ю., М.А.Ташматова., Д.Х.Ражабова**

Ташкентский фармацевтический институт, г. Ташкент, Узбекистан

## **ВЛИЯНИЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО СБОРА НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ГЛЮКОНЕОГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ АДРЕНАЛИНОВОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ**

### **Резюме**

При недостаточной секреции инсулина или его неадекватном действии на мишени развивается сахарный диабет. В 1981 году. Комитет экспертов ВОЗ определил сахарный диабет как синдром хронической гипергликемии, развивающийся вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина и проявляющийся глюкозурией, полиурией, полидипсией, нарушениями липидного, белкового и минерального обмена и развитием характерных осложнений (острых и хронических) [1].

Сахарный диабет (СД) типа 1 (СД1) – полиэтиологический синдром, обусловленный абсолютным дефицитом инсулина, приводящим к нарушению углеводного, а затем и других видов метаболизма. СД1 развивается в результате аутоиммунного разрушения инсулинпродуцирующих клеток поджелудочной железы (аутоиммунный вариант) или спонтанно (идиопатический вариант) [2].

Глюконеогенез – синтез глюкозы из неуглеводных предшественников, главным образом, из аминокислот и метаболитов промежуточного обмена веществ – является специфической функцией гепатоцитов и клеток коркового слоя почек. Наиболее важной функцией глюконеогенеза является сохранение уровня глюкозы крови в условиях снижения потребления пищи и запасов гликогена. Глюконеогенез, как фундаментальный процесс, протекающий в печени и имеющий прямое отношение к углеводному обмену, недостаточно исследован в фармакобиохимическом аспекте при различных заболеваниях. Вследствие этого, изучение скорости образования глюкозы из неуглеводных соединений актуально, потому что глюконеогенез может служить источником дополнительных количеств глюкозы для энергообеспечения ряда существенно важных защитно-приспособительных явлений: компенсаторной гиперфункции сердца [3], пластических процессов (синтез, РНК, ДНК), особенно для активности мозга [4].

**Ключевые слова:** абсолютного или относительного дефицита инсулина и проявляющийся глюкозурией, полиурией, полидипсией, нарушениями липидного, белкового и минерального обмена и развитием характерных осложнений

Актуальность проблемы: В последние годы было проведено большое число экспериментальных работ, посвященных выяснению состояния, интенсивности течения и гормонального контроля глюконеогенеза как у интактных животных, так и с печеночной патологией в изолированной перфузируемой печени.

Существенным для данной работы является то, что гипогликемический эффект целого ряда пероральных антидиабетических препаратов сульфанилмочевины и бигуанидов связан с ингибирующим влиянием их на процессы ц-АМФ зависимого фермента. Ферменты глюконеогенеза относятся к ц-АМФ зависимым, их состояние имеет важное значение в регуляции углеводного обмена.

Основными пероральными средствами в лечении диабета являются сульфаниламиды и бигуаниды, но ввиду того, что выявляются в последствии лечения побочные эффекты, токсичность и наличие привыкания заставляют нас искать новые вспомогательные средства лечения. Поэтому применение препарата растительного происхождения с гипогликемическим эффектом, нормализующих метаболические процессы при сахарном диабете остается актуальной. Это побудило нас заняться изучением гипогликемической активности действия местных растений, а именно экстракта листьев подорожника и листьев белой шелковицы.

Цель: Исследовать эффект сбора на скорость образования глюкозы из ее предшественников в условиях гипергликемии адреналинового происхождения в печени.

Материалы и методы: Для выяснения характера изменения метаболизма углеводов при действии экстракта местных растений (*Morus alba*, *Plantago major*) листья белой шелковицы и листья подорожника большого, были проведены исследования у интактных животных в норме и на фоне патологии углеводного обмена. Эксперименты проводили на 15 белых половозрелых крысах, весом 140-160 г, содержащихся на обычном рационе. Животные были разделены на 3 группы по пять в каждой: первая группа-интактный контроль, вторая группа контрольная патология (животные с экспериментальным диабетом, введенным в физиологический раствор аллоксан гидрата), третья группа-

контрольная патология, (животные с экспериментальным диабетом + экстракт местного растения)[5]. Растительный экстракт вводили животным с диабетом один раз в сутки в течение 1,3,7 дней в дозе 50 мг/100г и оранил в количестве 100 мг/кг, введенного перорально. Наблюдение за общим состоянием животных вели в течение одной недели в условиях вивария. Задача работы исследования служило: определение интенсивности глюконеогенеза в срезах печеночной ткани (образования глюкозы из ее предшественников в условиях гипергликемии в печени). Для решения данной задачи были проведены исследования в норме у интактных животных, а также у контрольных и опытных животных с диабетом под действием гипогликемического сбора. По истечении 7 дней крыс декапитировали и с интервалом 30 минут, то есть через 60, 90 и 120 минут определяли уровень сахара в крови. Определение содержания глюкозы в крови проводили с помощью глюкозооксидазного методам (на примере использования традиционного методического подхода, связанного с применением сертифицированных наборов реагентов (по наборам НТПК «Анализ-Х», Белоруссия») [5,6].

Скорость глюконеогенеза в срезах печеночной ткани определяли [4] при инкубации срезов печени в Кребс-Ригеровском бикарбонатном буфере рН – 7,4 с добавлением одного из субстратов (аланин,  $\alpha$ -кетоглутаровая кислота, пировиноградная кислота, янтарная кислота) в конечной концентрации 0,01М. Инкубацию проводили в аэробных условиях при 370С и постоянном покачивании в течение 1 ч [5]. Скорость глюконеогенеза выражали в мг новообразованной глюкозы на 1 час в расчете на 1 г сырой ткани печени.

Результаты и их обсуждение: Известно, что при дефиците инсулина адреналин вызывает более высокую гипергликемию и ослабляет потребление глюкозы в тканях. Поэтому изучение эффекта адреналина у крыс, получавших в течение нескольких дней сбор, представляет определенный интерес в интерпретации инсулиноподобного действия сбора, препятствующего продукции глюкозы, и таким путем блокирующего эффект адреналина на глюконеогенез. Регуляция глюконеогенеза адреналином имеет некоторые особенности. В частности, у крыс адреналин стимулирует глюконеогенез в большей степени, чем глюкагон. Это связано с тем, что адреналин в отличие от глюкагона усиливает гликогенолиз в мышцах и продукцию лактата, одного из основных субстратов глюконеогенеза в печени [7]. Сбор обладает наряду с гипогликемическим также антиглюконеогенным эффектом. Продолжением этих исследований было изучение влияния сбора на скорость глюконеогенеза в печени крыс, стимулированного введением адреналина (таблица 1).

Таблица 1-Образование глюкозы срезами печени из эндогенных источников при введении адреналина аллоксандиабетическим крысам, получавших сбор (в мг глюкозы/1г ткани/1 час, n=6)

Варианты групп Без субстрата	Однократное введение	Трехкратное введение	Семикратное введение
I. контроль (интактные)	0,545±0,060	0,537±0,063	0,547± 0,054
II. контроль+адреналин	0,666±0,043	0,618±0,049	0,635±0,082
III. сбор+адреналин	0, 533±0,049	0,527±0,043	0,446±0,041

р II-III>0,05      р II-III>0,05      рII-III<0,05

В условиях эксперимента без внесения экзогенных субстратов в инкубационную среду адреналин стимулирует образование глюкозы из эндогенных источников. Введение животным сбора не только тормозило образование глюкозы из тканевых субстратов, но даже снижало уровень его до контрольных величин. Это особенно хорошо заметно при введении сбора в течение 3-7 дней. Результаты экспериментов, приведенные в табл. 2. подтверждают представление о том, что в печеночной ткани из предшественников неоглюкогенеза наиболее выгодным источником является аланин. Действительно, субстратное обеспечение глюконеогенеза при введении адреналина намного превысило остальные источники, процентное выражение которого было больше почти на 50% контрольной величины. Распределение субстратов по их использованию в качестве источника глюкозы по степени убывания имело следующую последовательность: аланин > сукцинат > пируват >  $\alpha$ - кетоглутарат. Эти данные находятся в соответствии с показанным в литературе значением субстратов в обеспечении глюконеогенеза в печени. Как видно из табл.2, скорость образования глюкозы срезами печени животных, подвергнутых действию двух факторов – гипогликемический сбор и адреналин, намного отстает по сравнению с таковой при введении только гормона. При этом длительное введение крысам сбора приводило не только к значительному снижению интенсивности стимулированного глюконеогенеза адреналином, из все изучавшихся субстратов, но также к снижению скорости синтеза глюкозы из эндогенных предшественников (см. контроль при семикратном введении). На основании этих данных можно полагать, что сбор обладает непосредственным тормозящим на глюконеогенез в печени.

Таблица 2 - Образование глюкозы срезами печени из различных субстратов при введении аллоксандиабетическим крысам адреналина на фоне сбора. (глюкоза мг на 1г ткани/1 час. n=6) \*II –III -p<0,05

Субстраты	Варианты групп	Однократное введение	Трехкратное введение	Семикратное введение
Аланин	I контроль	0,622±0,061	0,613±0,041	0,675±0,044
	II контроль+адреналин	0,935±0,084	0,900±0,038	0,927±0,067
	III сбор+адреналин	0,766±0,082	0,598±0,068*	0,541±0,048*
Приував	I контроль	0,623±0,092	0,630±0,072	0,650±0,066
	II контроль+адреналин	0,705±0,064	0,673±0,036	0,712±0,065
	III сбор+ адреналин	0,628±0,037	0,593±0,047	0,475±0,074*
Сукцинат	I контроль	0,637±0,050	0,620±0,050	0,632±0,038
	II контроль+адреналин	0,802±0,072	0,762±0,060	0,800±0,061
	III сбор+адреналин	0,665±0,050	0,503±0,030*	0,572±0,043*
Кетоглутарат	I контроль	0,630±0,021	0,633±0,016	0,640±0,021
	II контроль+адреналин	0,660±0,057	0,652±0,047	0,670±0,042
	III сбор+адреналин	0,622±0,040	0,528±0,047	0,554±0,051*

Известно, что основным внутриклеточным медиатором глюконеогенеза в гепатоцитах (и в клетках коркового слоя почек) является циклический с ц-АМФ, который является универсальным регулятором метаболических процессов и, поэтому анализ гормональной регуляции клеточных процессов сводится к выявлению взаимоотношений циклических нуклеотидов. Поэтому в эффекте сбора на глюконеогенез можно допустить отклонения в ц-АМФ регулируемом механизме действия адреналина.

Таким образом, гипогликемический эффект сбора складывается из его способности усиливать потребление глюкозы в мышечной ткани, угнетать глюконеогенез в печени, активировать фосфорилирование глюкозы гексокиназой и синтез гликогена, снижать распад гликогена фосфорилазой. Следовательно, в основе механизма действия сбора лежит гипогликемия, обусловленная сочетанием торможения глюконеогенеза и усиления потребления глюкозы в периферических тканях. Ингибиторами глюконеогенеза являются также сульфаниламиды и бигуаниды, широко применяемые в клинике как средства пероральной терапии диабета.

Выводы: Результаты наших исследований позволяют рассматривать сбор как эффективное антидиабетическое средство, абсолютно нетоксичное при пероральном использовании.

#### Литература.

1. В.Н.Бочков, А.Б.Добровольский, Н.Е. Кушлинский и др., Клиническая биохимия: учебное пособие /под ред. В.А.Ткачука-3-изд., ГЭОТАР, 2008.-С.307
2. Клинические рекомендации и фармакологический справочник/ Под ред. И.Н.Денисова, Ю.Л.Шевченко, Ф.Г.Назыров.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.-С.-328.
3. Simon I. LI-Maghrabi M., Raafat, C.Thomas H. Hormonal regulation of hepatic gluconeogenesis and flicolysis.//Ann.Rev.Biochem.-1988.-v.57.-hh.755-783.
4. Мирзаев Б.Г. Динамика глюконеогенеза в печени при инфаркте миокарда.// автореферат. канд.дисс., Ташкент. 1985.-С.21
5. Jamshid Mohammadi. Evaluation of hypoglycemic effect of Morus alba in an animal model /Jamshid Mohammadi, Prakash R.Naik//Indian J. of Pharmacology-February 2008. Vol.40.P.15-18
6. Методы клинических лабораторных исследований: учебник/под ред. В.С.Камышниковой.-3е изд., переработ. И доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. -540с.
7. Pilkis S. Hormonal regulation of hepatic gluconeogenesis//Annu. Rev.Bioch.-1988.-v.57.-hh.755-783.

#### Түйін

Маликова Г.Ю., М.А.Ташматова, Д.Р.Ражабова  
Ташкент фармацевтикалық институты Ташкент, Өзбекстан

#### ГИПОГЛИКЕМИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМНЫҢ ГЛЮКОНЕОГЕНЕЗДІҢ ИНТЕНСИВТІЛІГІНЕ АДРЕНАЛИНДІК ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ӘСЕРІ

Инсулиннің жеткіліксіз секрециясы немесе оның мақсаты бойынша қанағаттанарлықсыз әрекет етуі салдарынан қант диабеті дамиды. 1981 жылы ДДҰ сараптамалық комитеті абсолютті немесе



салыстырмалы инсулин тапшылығы салдарынан дамып келе жатқан және глюкозурия, полиурия, полидипсия, липидті, ақуыз және минералдық зат алмасу бұзылыстары мен тән асқынулардың (өткір және глюкозалық) дамуын тудыратын созылмалы гипергликемия синдромы ретінде анықталған. (созылмалы) [1].

I типті қант диабеті (DM) - бұл инсулиннің абсолюттік жетіспеушілігінен туындаған, көмірсулардың бұзылуына әкелетін полииологиялық синдром, содан кейін басқа метаболизм түрлері. T1DM инсулинді шығаратын панкреатикалық клеткалардың (аутоиммундық нұсқа) немесе өздігінен (идиопатиялық нұсқа) аутоиммунды бұзылуының нәтижесі ретінде дамиды [2].

Глюконеогенез, көміртегі прекурсорларынан глюкозаның синтезі, негізінен, аминқышқылдары мен аралық метаболиттердің метаболиттері болып, бауыр қабығының гепатоциттері мен жасушаларының ерекше функциясы болып табылады. Глюконеогенездің ең маңызды функциясы азық-түлікті азайту және гликогендік қоймалардағы қан глюкозасының деңгейін сақтау болып табылады. Глюконеогенез бауырда пайда болатын және көмірсулардың метаболизмімен тікелей байланысты болатын түбегейлі процесс ретінде түрлі аурулардың фармакологиялық және биохимиялық аспектілері бойынша жеткілікті түрде зерттелмеген. Сондықтан, көмірсулардың қосылыстарынан глюкоза түзілу жылдамдығын зерттеу өте маңызды, өйткені глюконеогенез бірқатар маңызды қорғаныштық және бейімделу құбылыстарын электр қуатымен қамтамасыз ету үшін қосымша глюкоза көзі бола алады: өтемдік жүрек гиперфункциясы [3], пластикалық процестер ( синтез, РНК, ДНК), әсіресе ми белсенділігі [4].

**Кілт сөздер:** абсолютті немесе салыстырмалы инсулин тапшылығы және глюкозурия, полиурия, полидипсия, липидтер, ақуыз және минералды зат алмасу бұзылыстары және тән асқынулардың дамуы.

#### Summary

**Malikova G.Yu., M.A.Tashmatova., D.H.Razhabova**

Tashkent Pharmaceutical Institute Tashkent, Uzbekistan

#### **EFFECT OF HYPOGLYCEMIC COLLECTION ON THE INTENSITY OF GLUCONEOGENESIS IN THE CONDITIONS OF ADRENALINE HYPERGLYCEMIA**

With insufficient insulin secretion or its inadequate action on the target, diabetes mellitus develops. In 1981 A WHO expert committee identified diabetes mellitus as a chronic hyperglycemia syndrome that develops as a result of absolute or relative insulin deficiency and manifests as glucosuria, polyuria, polydipsia, lipid, protein and mineral metabolism disorders and the development of characteristic complications (acute and chronic) [1].

Diabetes mellitus (DM) type 1 (DM1) is a polyetiological syndrome caused by an absolute deficiency of insulin, leading to disruption of carbohydrate, and then other types of metabolism. T1DM develops as a result of autoimmune destruction of insulin-producing pancreatic cells (autoimmune variant) or spontaneously (idiopathic variant) [2].

Gluconeogenesis, the synthesis of glucose from non-carbohydrate precursors, mainly from amino acids and metabolites of intermediate metabolism, is a specific function of hepatocytes and cells of the kidney cortex. The most important function of gluconeogenesis is to maintain blood glucose levels in the face of reduced food intake and glycogen stores. Gluconeogenesis, as a fundamental process that occurs in the liver and is directly related to carbohydrate metabolism, has not been sufficiently studied in terms of its pharmacological and biochemical aspects in various diseases. Therefore, the study of the rate of glucose formation from non-carbohydrate compounds is important because gluconeogenesis can serve as a source of additional glucose for energy supply of a number of important protective and adaptive phenomena: compensatory cardiac hyperfunction [3], plastic processes (synthesis, RNA, DNA), especially brain activity [4].

**Key words:** absolute or relative insulin deficiency and manifested by glucosuria, polyuria, polydipsia, lipid, protein and mineral metabolism disorders and the development of characteristic complications.

МРНТИ 76.29.39  
УДК 616.031,3-615

**Д.Т.Жумабаев, В.С. Кудрявцева**  
Городская поликлиника №1 г.Астана, Қазақстан

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «РЕЛИФ» У БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРОЕМ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.**

### **Резюме**

Малоподвижный образ жизни, несбалансированное питание, запоры, тяжёлый физический труд часто приводит к развитию такого тяжёлого заболевания, как геморрой, характеризующегося увеличением кавернозных телец прямой кишки с застоем в них крови. Благодаря внедрению в широкую клиническую практику новейших консервативных и малоинвазивных способов лечения выполнение радикальной геморроидэктомии показано не более чем у 30% всех больных геморроем.

Релиф - высокоэффективный препарат для лечения геморроя и других анаэробных заболеваний прямой кишки и ануса. Признаками эффективности этого препарата являются клиническая регрессия, отсутствие побочных эффектов, хорошая переносимость, высокая степень адсорбции.

**Ключевые слова:** геморрой, релиф, анальное отверстие, трещина, заживление

Актуальность темы: Чаще всего заболевание проявляется жжением, зудом, болью, ощущением дискомфорта и кровотечением. По статистическим данным геморрой диагностируется более чем у 10% взрослого населения, а удельный вес от общего числа колопроктологических заболеваний составляет 40% [1-4]. Геморрой протекает в двух формах: хронический и острый. Диагноз ставится на основании пальцевого обследования и эндоскопического исследования

Основными целями фармакотерапии острого и хронического геморроя, а также сопутствующих заболеваний анального канала и нижнеампулярного отдела прямой кишки являются:

Купирование симптомов острого геморроя; Предотвращение осложнений; Профилактика обострений при хроническом течении заболевания; Предоперационная подготовка; Послеоперационная реабилитация.

Для достижения вышеуказанных целей в настоящее время применяется комплексная терапия, включающая как препараты системного действия, направленные прежде всего на лечение сосудистых нарушений в геморроидальных узлах, так и медикаментозные средства местного действия, направленные на ликвидацию воспалительного процесса, и следовательно, болевого синдрома, а также геморроидальных кровотечений.

Для лечения этого заболевания у больных мы использовали препарат «РЕЛИФ» фармацевтической компании Sigmel (США) в форме мази и суппозиториев. Мазевой основой препарата является натуральное масло какао, обладающее обволакивающим и смягчающим действием. Также следует отметить, что в состав всех препаратов ряда «РЕЛИФ» входит 3% масло печени акулы, которое содержит витамины А, Д, Е, алкилглицерил, сквален, свободные жирные кислоты и минералы, способствующие лечебному воздействию на слизистую оболочку прямой кишки, стимулируя репаративные процессы. Масло печени акулы обладает уникальными антиоксидантными свойствами.

Цель исследования: изучение клинического эффекта и безопасности применения препаратов «РЕЛИФ» у амбулаторных больных с геморроем и заболеваниями аноректальной зоны.

Материал и методы исследования: в исследование было включено 48 пациентов находившихся на амбулаторном лечении с хроническим и острым геморроем и сопутствующими заболеваниями аноректальной области за 9 месяцев 2018 г. в городской поликлиники №1 г. Астаны. Из них: хронический геморрой II – III стадии - 27 человек, геморроидальный тромбоз – 15 человек, анальные трещины – 6 человек. Мужчин было – 31, женщин – 17. Давность с начало обострения до момента обращения была от 1 до 7 суток и в среднем составила 3,4 дня.

Обследование пациентов до лечения и в динамике включало:

- осмотр перианальной области ( наличие увеличенных узлов с явлениями отека);
- пальцевое исследование прямой кишки ( наличие тромбированных внутренних узлов, повышение тонуса анального сфинктера);
- аноскопию ( наличие эрозированных внутренних геморроидальных узлов);
- ректороманоскопию.

Эффект адекватного обезболивания возникал у пациентов в среднем через 3-10 минут, что было связано с эффективным всасыванием этого агента. В течение 2-3 минуты свеча практически полностью оплавлялась. Крайне важно, что в процессе использования свечей не было отмечено отрицательных побочных явлений, что характеризует этот медикаментозный препарат как безопасный и легко

переносимый. У 18 пациентов с выраженным тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов проводилась комбинированная терапия. В комплексе с местной терапией назначался флебопротекторный препарат –Детралекс, что позволило добиться значительного снижения болевого синдрома.

Результаты лечения и их обсуждение: Эффект устранения зуда и дискомфорта возникал у пациентов в течение первых 5 минут с момента введения в прямую кишку. У 87,5% пациентов при применении препарата «РЕЛИФ» мы достигли положительного результата лечения: исчезли отёк тканей, зуд промежности, чувство дискомфорта, кровоточивость. В единичных случаях после введения свечей РЕЛИФ отмечались гиперемия и усиления зуда в области анального отверстия, которые проходили через 5-10 минут, без проведения каких либо дополнительных мероприятий. Необходимо отметить, что применение свечей и мази РЕЛИФ не вызвало аллергических реакций, что характеризует этот препарат как безопасный и легко переносимый пациентами.

Выводы: Таким образом было выявлено:

Препарат «РЕЛИФ» является эффективным средством лечения геморроя и других заболеваний аноректальной зоны. Обладает выраженным противовоспалительным, ранозаживляющим и кровоостанавливающим эффектом.

Исследуемый препарат практически не имеет побочных эффектов и хорошо переносится пациентами, экономически выгоден и имеет хорошие перспективы при применении в колопроктологической практике.

#### Литература

1. Борисов М.Ф. Патогенез и классификация хронического геморроя. В сб.: «Актуальные вопросы проктологии» Тезисы докладов Всес. конф. г. Киев. М., 1989, с.222-224.
2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой, М, Митра-Пресс, 2002. Место для формулы.
3. Ривкин В.Л., Дульцев Ю.В., Капуллер Л.Л. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. – М.: Медицина, 1994. – 240с.
4. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. и др. Проктология. – М.: Медицина, 1984. – 380с.

#### Түйін

Д.Т.Жұмабаев, В.С. Кудрявцева

№1 Қалалық емхана, Астана қ-сы, Қазақстан

### ГЕМОРОЙ ЖӘНЕ БАСҚА ДА АНОРЕКТАЛЬДЫ АЙМАҚ АУРУЛАРЫНА ЕМХАНАЛЫҚ ЖАҒДАЙДА «РЕЛИФ» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ

Қозғалыссыз өмір салты, теңгерімсіз диета, іш қату, қатты дене күші жиі геморрой сияқты ауыр аурудың пайда болуына алып келеді, оларда қуысты тыныс алу органдарының қандағы тоқырауымен сипатталады. Кең клиникалық практикаға жаңа консервативті және минималды инвазивті емдеу әдістерін енгізуге байланысты геморрозы бар барлық науқастардың 30% -дан астамында радикалды геморройдақтомия енгізілген. РЕЛИФ - бұл геморройды және ректум мен анустың басқа анаэробты ауруларын емдеуге арналған жоғары тиімді дәрілік зат. Бұл препараттың тиімділігі белгілері клиникалық регрессия, ешқандай жанама әсері, жақсы жағымдылық, адсорбцияның жоғары дәрежесі болып табылады.

**Кілт сөздер:** геморрой, руфь, анус, жаркыл, емдеу

#### Summary

D.Z. Zhumabayev, V.S. Kudryavtsev

City Polyclinic №1, Astana, Kazakhstan

### APPLICATION OF "REFILES" FOR EMBROIDERY ON HEMORRHOOD AND OTHER ANORETTAL REGION DISEASES

Sedentary lifestyle, unbalanced diet, constipation, hard physical labor often leads to the development of such a severe disease as hemorrhoids, characterized by an increase in the cavernous rectal bodies with stagnation of blood in them. Due to the introduction of new conservative and minimally invasive treatment methods into wide clinical practice, the implementation of radical hemorrhoidectomy is shown in no more than 30% of all patients with hemorrhoids. Relief is a highly effective drug for the treatment of hemorrhoids and other anaerobic diseases of the rectum and anus. Signs of the effectiveness of this drug are clinical regression, no side effects, good tolerability, a high degree of adsorption.

**Keywords:** hemorrhoids, relief, anus, fissure, healing

МРНТИ 76.01.94  
УДК 614.2:504.75(574.5)

**Г.Н. Досыбаева**

Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Республика Казахстан

## **АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЗОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ЮЖНОГО РЕГИОНА**

### **Резюме**

С целью проведения анализа состояния здоровья и определения перечня экологически-зависимых заболеваний терапевтического профиля было проведено исследование у населения поселков Шолак-Корган и Созак Туркестанской (Южно-Казахстанской) области.

Основное загрязнение природных комплексов в Южном регионе Казахстана связано с добычей и переработкой фосфоритов. В Южном Казахстане находятся ураноносные геологические провинции.

**Ключевые слова:** ЮКО, Сузакский район, здоровье, экологический риск

Одной из задач социально-гигиенического мониторинга является поиск взаимосвязей в системе «Человек – окружающая среда». Конечная цель исследований в социально-гигиеническом мониторинге – установление причинно-следственных связей между состоянием среды обитания и нарушением здоровья населения.

Выбранные для исследования населенные пункты поселки Шолак-Корган и Созак расположены в Туркестанской (Южно-Казахстанской) области. Основное загрязнение природных комплексов в Южном регионе Казахстана связано с добычей и переработкой фосфоритов. В Южном Казахстане находятся ураноносные геологические провинции. На территории Созакского района было накоплено 2478 т. радиоактивных отходов общей активностью 1,36КИ[1,2,3].

Цель: Провести анализ состояния здоровья и определить перечень экологически-зависимых заболеваний терапевтического профиля у населения поселков Шолак-Корган и Созак.

Материалы и методы: -клиническое скрининг-исследование включает: - анкетирование согласно карты медицинского осмотра; - осмотр терапевтом (до и после полного обследования); - флюорография, маммография (после 40 лет); - лабораторные методы исследования: исследование общего анализа крови, общего анализа мочи, иммунологическое исследование крови; -функциональные методы исследования: электрокардиограмма, функция внешнего дыхания.

Анкетирование включает пункты об антропометрических данных, о профессиональной деятельности пациента, социальном положении, вредных привычках и наследственной предрасположенности. Все лабораторные и функциональные методы исследования проводились по стандартизированным методикам совместно с Национальным центром гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК. Среди показателей общего анализа крови определяют уровень гемоглобина, количество эритроцитов, количество тромбоцитов, количество лейкоцитов, гематокрит, скорость оседания эритроцитов, лейкоцитарную формулу (процентное содержание базофилов, эозинофилов, палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов и моноцитов). При общем анализе мочи определяют удельный вес, характерные свойства (цвет, прозрачность) мочи, наличие в моче лейкоцитов, эритроцитов, эпителиальных клеток, белка, сахара и других примесей.

Иммунофенотипирование лимфоцитов определяют на основе стандартного иммунофлуоресцентного теста. Выявляют относительное количество (%) CD3, CD4, CD8, CD56, CD20 лимфоцитов. В результате скрининг-исследования обследованные лица делятся на две группы:

1 – практически здоровые лица (не предъявляющие жалоб, не имеющие каких-либо отклонений при объективном осмотре и исследовании);

2 – лица группы риска (предъявляющие какие-либо жалобы или имеющие какие-либо отклонения при объективном осмотре или исследовании).

Лица второй группы направляются на углубленное клиническое исследование.

Клиническое углубленное исследование населения-

Углубленное исследование включает: - биохимическое исследование крови; - исследование гормонов щитовидной железы в крови; - исследование тяжелых металлов в крови; - ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, щитовидной и молочной желез; - компьютерная томография или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, щитовидной и молочной желез.

Среди биохимических показателей определяют общий белок, аланинаминотрансферазу, аспартатаминотрансферазу, щелочную фосфатазу, мочевины, креатинин, холестерин, билирубин,

глюкозу, железо, фосфор, кальций. Полученные результаты по параметрам биохимического анализа крови оцениваются по общепринятым нормативам, как повышение или снижение по каждому из них. Среди гормонов щитовидной железы определяют уровни свободного Т3, свободного Т4, тиреотропного гормона и антитела к тиреопероксидазе для выявления эндокринных нарушений. При исследовании тяжелых металлов в крови определяют уровни свинца, ртути, кадмия, селена, меди, цинка и йода [4,5].

Результаты исследования: Всего было обследовано терапевтом 163 человека, проживающих в поселке Шолак-Корган. Из них 12% были здоровыми (17% мужчин и 10% женщин), а 88% составляли лица с впервые выявленными заболеваниями (83% мужчин и 90% женщин). В результате частного анализа выявлено следующее распределение классов впервые выявленных нозологий у населения п.Шолак-Корган по ранговым местам:

- 1 место – заболевания желудочно-кишечного тракта (87,5%)
- 2 место – заболевания мочевыделительной системы (77,1%)
- 3 место – заболевания сердечнососудистой системы (37,5%)
- 4 место – заболевания эндокринной системы (32,6%)
- 5 место – заболевания дыхательной системы (18,7%)
- 6 место – заболевания кроветворной системы (17,4%)
- 7 место – заболевания костно-мышечной системы (13,9%)

При сравнении заболеваемости между населением поселка Шолак-Корган и поселком Боровое (контрольный регион) непараметрическими методами Манна-Уитни, Вальда-Вольфовица и Колмогорова-Смирнова выявлено статистически значимое различие ( $p < 0,0001$ ). При распределении заболеваемости по системам также выявлено значимое различие:

- методом Манна-Уитни – по заболеваниям эндокринной, мочевыделительной систем ( $p < 0,0001$ ) и желудочно-кишечного тракта ( $p = 0,0046$ );
- методом Вальда-Вольфовица – по заболеваниям кроветворной, эндокринной, мочевыделительной систем ( $p < 0,0001$ ). Сердечнососудистой системы ( $p = 0,03$ ) и желудочно-кишечного тракта ( $P = 0,012$ );
- методом Колмогорова-Смирнова – по заболеваниям эндокринной, мочевыделительной систем ( $p < 0,0001$ ) и желудочно-кишечного тракта ( $p < 0,0005$ ).

При оценке риска по величине  $\chi^2$  статистически значимого различия заболеваемости населения поселка Шолак-Корган в сравнении с населением поселка Боровое не выявлено, как в общей популяции, так и при распределении по полу. Однако, выявлены значимые различия при оценке риска заболеваемости по системам. Так, выявлено статистически значимое различие по заболеваниям желудочно-кишечного тракта ( $\chi^2 = 79,9$ ), кроветворной ( $\chi^2 = 5,6$ ), эндокринной ( $\chi^2 = 6,5$ ), сердечно-сосудистой ( $\chi^2 = 7,2$ ) и дыхательной ( $\chi^2 = 9,7$ ) систем. При этом отношение шансов равнялось 10,2; 2,7; 2,2; 2,1 и 3,9, а относительный риск – 3,1; 2,6; 1,8; 1,8 и 3,7 соответственно. При этом высокий риск заболеваемости обусловлен распространенностью таких нозологий, как хронический гепатит, хронический холецистит, хроническая обструктивная болезнь легких, анемия, гипотиреоз, артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца. Таким образом, доказана вероятность возрастания заболеваемости со стороны желудочно-кишечного тракта, кроветворной, эндокринной, сердечнососудистой и дыхательной систем при проживании на территории поселка Шолак-Корган по сравнению с контрольным регионом – поселком Боровое [7,9]

В поселке Созак всего было обследовано терапевтом 175 человек. Из них 11% были здоровыми (14% мужчин и 10% женщин), а у 89% были впервые выявлены те или иные заболевания (86% мужчин и 90% женщин). В результате частотного анализа выявлено следующее распределение классов впервые выявленных нозологий у населения поселка Созак по ранговым местам:

- 1 место – заболевания мочевыделительной системы (97,4%)
- 2 место – заболевания желудочно-кишечного тракта (96,1)
- 3 место – заболевания кроветворной системы (9,7%)
- 4 место – заболевания сердечнососудистой системы (7,7%)
- 5 место – заболевания эндокринной системы (7,1%)
- 6 место – заболевания дыхательной системы (1,3%)

Заболевания костно-мышечной системы у обследованных жителей поселка Созак не выявлялись.

При сравнении заболеваемости между населением Созак и поселка Боровое непараметрическими методами Манна-Уитни, Вальда-Вольфовица и Кологорова-Смирнова статистически значимого различия при распределении заболеваемости по системам: методом Манна-Уитни – по заболеваниям эндокринной ( $p = 0,0038$ ) и мочевыделительной систем ( $p < 0,0001$ ); методом Вальда-Вольфовица по заболеваниям кроветворной, эндокринной, мочевыделительной ( $p < 0,0001$ ), сердечно-сосудистой систем ( $p = 0,0058$ ) и желудочно-кишечного тракта ( $p < 0,0001$ ); - методом Колмогорова-Смирнова – по заболеваниям эндокринной ( $p < 0,005$ ) и мочевыделительной систем ( $p < 0,001$ ) [7]

При оценке риска величине  $\chi^2$  выявлено статистически значимое различие по заболеваемости населения поселка Созак в общей популяции и среди обследованных женщин в сравнении с аналогичными категориями населением поселка Боровое. Так, в общей популяции при сравнении выявлено отношение шансов, равное 2,3, а относительный риск – 1,2 при  $\chi^2=7,54$ . При оценке риска заболеваемости обследованных женщин поселка Созак по сравнению с поселком Боровое отношение шансов равнялась 2,27, а относительный риск – 1,16 при  $\chi^2=4,71$ .

Значимые различия также выявлены при оценке риска заболеваемости по системам. Так, выявлено статистически значимое различие между заболеваниями желудочно-кишечного тракта ( $\chi^2=112,3$ ) и мочевыделительной системы ( $\chi^2=27,03$ ). При этом отношение шансов равно 17,1 и 4,2 а относительный риск – 3,5 и 1,4 соответственно. Таким образом, доказана вероятность возрастания заболеваемости по нозологиям желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы при проживании на территории поселка Созак по сравнению с контрольным регионом – поселком Боровое. При этом, высокий риск заболеваемости обусловлен распространенностью таких нозологий, как хронический холецистит и хронический пиелонефрит. На основании проведенного исследования был определен региональный перечень экологически зависимых заболеваний терапевтического профиля у населения поселков Шолак-Корган и Созак. В атмосферном воздухе выше предельно допустимой концентрации были среднегодовые концентрации диоксида серы в поселке Шолак-Корган (в 3,0 раза) только в теплый период года (в 5,9 раза), диоксида азота в поселке Созак (в 1,6 раза) только в холодный период года (в 2,4 раза), взвешенных веществ в поселке Созак (в 3,4 раза) и в поселке Шолак-Корган (в 3,6 раза) как в холодной (в 5,6-5,8 раза), так и теплый (в 1,2-1,4 раза) периоды года.

По гигиеническим данным оказались выше предельно допустимой концентрации среднегодовые концентрации цинка в седиментированной пыли в поселке Созак (в 2,1 раза) и в поселке Шолак-Корган (в 4,1 раза), и в холодной (в 1,4 и 3,9 раза), и в теплый (в 2,7 и 4,2 раза) периоды года. Кроме того, в питьевой воде поселка Созак выше предельно допустимой концентрации было среднегодовое содержание железа (1,5 раза) и свинца (в 2,8 раза), а именно в теплый период года (в 2,8 и 5,5 раз). По гигиеническим данным выявлено превышение допустимого уровня среднегодового уровня шума в поселке Шолак-Корган. Достоверно значимая корреляционная взаимосвязь развития тиреотоксикоза с содержанием железа в питьевой воде не выявлена, однако построена регрессионная модель со значениями  $R=0,61$ ;  $F=5,83$ ;  $p<0,04$ .

Выявлена корреляционная взаимосвязь развития артериальной гипертонии с содержанием диоксида серы ( $r=0,66$ ;  $p=0,02$  и  $r=0,7$ ;  $p<0,013$ ) в атмосферном воздухе и построена регрессионная модель со значениями  $R=0,65$ ;  $F=7,3$ ;  $p<0,02$ . Кроме того, выявлена достоверно значимая корреляционная взаимосвязь развития артериальной гипертонии от уровня магнитного поля ( $r=0,67$ ;  $p=0,012$  и  $r=0,7$ ;  $p=0,006$ ) и дозы шума ( $r=0,62$ ;  $p=0,023$ ) и построены регрессионные модели, отражающие связь развития данной нозологии от уровня магнитного поля и дозы шума ( $R=0,79$ ;  $F=18,69$ ;  $p<0,001$ ;  $R=0,8$ ;  $F=19,03$ ;  $p<0,001$ ;  $R=0,59$ ;  $F=5,81$ ;  $p<0,035$ ).

Несмотря на то, что не выявлены корреляционные взаимосвязи развития ишемической болезни сердца с содержанием оксида углерода и диоксида азота в атмосферном воздухе, построены регрессионные модели ( $R=0,93$ ;  $F=62,5$ ;  $p<0,00001$ ;  $R=0,92$ ;  $F=53,4$ ;  $p<0,00003$ ). Выявлена положительная корреляционная взаимосвязь развития ишемической болезни сердца с концентрацией цинка в седиментированной пыли ( $r=0,64$ ;  $p=0,045$ ) и построена регрессионная модель со значениями  $R=0,63$ ;  $F=5,39$ ;  $p<0,049$ . Выявлены взаимосвязи в развитии хронической обструктивной болезни легких с содержанием диоксида азота ( $r=0,75$ ;  $p=0,005$ ) в атмосферном воздухе и построена регрессионная модель со значениями  $R=0,64$ ;  $F=6,77$ ;  $p<0,026$ .

В результате проведенного многомерного (корреляционного и регрессионного) анализа выявлена достоверно значимая корреляционная взаимосвязь развития хронического холецистита с содержанием фенола ( $r=0,58$ ;  $p=0,05$ ), взвешенных веществ ( $r=0,6$ ;  $p<0,04$ ), диоксида серы ( $r=0,6$ ;  $p<0,044$ ) в атмосферном воздухе. Построены регрессионные модели, отражающие связь развития данной нозологии от содержания фенола, взвешенных веществ, оксида углерода, диоксида серы в атмосферном воздухе с уровнем коэффициента регрессии  $R$ ,  $F$ -Фишера и  $p$  ( $R=0,88$ ;  $F=6,26$ ;  $p<0,018$ ;  $R=0,67$ ;  $F=7,97$ ;  $p<0,018$ ;  $R=0,91$ ;  $F=12,9$ ;  $p<0,002$ ;  $R=0,68$ ;  $F=8,5$ ;  $p<0,015$ ;  $R=0,93$ ;  $F=16,2$ ;  $p<0,001$ ).

Выявлена положительная корреляционная взаимосвязь развития хронического пиелонефрита с концентрацией диоксида серы ( $r=0,63$ ;  $p=0,028$ ) в атмосферном воздухе. Построена регрессионная модель, отражающая связь его развития от концентрации диоксида серы в атмосферном воздухе ( $R=0,69$ ;  $F=9,15$ ;  $p<0,013$ ). Несмотря на то, что корреляционная взаимосвязь развития хронического пиелонефрита с содержанием железа и кадмия и питьевой воде не выявлена, построена регрессионная модель со значениями  $R=0,99$ ;  $F=531,2$ ;  $p<0,032$ . Построены регрессионные модели, отражающие связь развития хронического пиелонефрита на фоне мочекаменной болезни от содержания кадмия, свинца, нитратов и нитритов в питьевой воде ( $R=0,97$ ;  $F=17,8$ ;  $p<0,02$ ;  $R=0,77$ ;  $F=7,42$ ;  $p<0,041$ ;  $R=0,99$ ;  $F=44,5$ ;  $p<0,02$ ).

Выявлена связь развития хронического пиелонефрита на фоне мочекаменной болезни с влажностью воздуха ( $r=0,62$ ;  $p=0,025$ ). Построены регрессионные модели, со значениями  $R=0,67$ ;  $F=8,73$ ;  $p<0,013$  и  $R=0,66$ ;  $F=8,28$ ;  $p<0,015$ .

Выявлена положительная корреляционная взаимосвязь развития хронического пиелонефрита на фоне кисты почек с концентрациями кадмия ( $r=0,85$ ;  $p=0,0005$ ) в питьевой воде и построены регрессионные модели, отражающие связь его развития от содержания меди, кадмия, нитратов и нитритов в питьевой воде ( $R=0,99$ ;  $F=508,5$ ;  $p<0,002$ ;  $R=0,99$ ;  $F=694,7$ ;  $p<0,00009$ ). Полученные модели по уровню Фишера, коэффициента регрессии и достоверности  $p$  являются адекватными и значимыми для установления причинно-следственной связи. В результате полученных достоверно значимых корреляционных взаимосвязей и регрессионной модели, выведен региональный перечень экологически зависимых заболеваний терапевтического профиля для населения: селка Шолак-Корган: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, хронический холецистит, хронический пиелонефрит; поселка Созак: тиреотоксикоз, ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, хронический холецистит, хронический пиелонефрит, сочетание хронического пиелонефрита с мочекаменной болезнью.

Для установления экологически зависимых заболеваний терапевтического профиля населения поселков Шолак-Корган и Созак были использованы диагностические тесты. Выделены следующие диагностические тесты установления выявленных экологически зависимых заболеваний.

а) Для установления тиреотоксикоза в качестве диагностических тестов предлагается определение уровня Т4-свободного гормона, железа, меди, цинка и селена в крови. При проведении множественной линейной регрессии выявлено, что при развитии тиреотоксикоза отмечается в крови параллельное повышение уровня Т4-свободного гормона и железа ( $R=1,00$ ;  $F=22555$ ;  $p<0,0049$ ) или параллельное повышение содержания меди и цинка и понижение содержания селена ( $R=1,00$ ;  $F=2982$ ;  $p<0,001$ ).

б) Для установления артериальной гипертонии в качестве диагностического теста предлагается определение содержания свинца, меди и селена в крови. При проведении множественной линейной регрессии выявлено, что при развитии артериальной гипертонии в крови происходит параллельное повышение содержания свинца и меди и понижение селена ( $R=1,00$ ;  $F=56503$ ;  $p<0,003$ ).

в) Для установления ишемической болезни сердца в качестве диагностического теста предлагается определение содержания селена в крови. При проведении множественной линейной регрессии выявлено, что при развитии ишемической болезни сердца в крови отмечается повышение содержания селена ( $R=0,88$ ;  $F=10,15$ ;  $p<0,05$ ).

г) Для установления хронической обструктивной болезни легких в качестве диагностического теста предлагается определение содержания свинца, меди и ртути в крови. При проведении множественной линейной регрессии выявлено, что при развитии хронической обструктивной болезни легких в крови отмечается повышение содержания цинка при понижении свинца и ртути ( $R=1,00$ ;  $F=2419,2$ ;  $p<0,015$ ); параллельное понижение содержание свинца и меди ( $R=1,00$ ;  $F=2083,6$ ;  $p<0,016$ ). Кроме того, диагностическими тестами нами предлагается функция внешнего дыхания (показатели ФЖЕЛ, ОФВ1, МОС75).

д) Для установления хронического холецистита в качестве диагностического теста предлагается определение уровня холестерина, АлАТ, кальция, кадмия и селена в крови. При проведении множественной линейной регрессии выявлено, что при развитии хронического холецистита происходит параллельное повышение в сыворотке крови уровня кальция, холестерина и АЛТ ( $R=1,00$ ;  $F=4923,1$ ;  $p<0,01$ ) или параллельное повышение в крови содержания кадмия и селена ( $R=1,00$ ;  $F=191,05$ ;  $p<0,005$ ).

е) Для установления хронического пиелонефрита в качестве диагностического теста предлагается определение кератинина, кальция, АСТ, АЛТ, билирубин, холестерина в сыворотке крови. При проведении множественной линейной регрессии выявлено, что при развитии хронического пиелонефрита отмечается параллельное повышение в сыворотке крови уровня кальция, креатинина и АСТ ( $R=1,00$ ;  $F=20011$ ;  $p<0,0052$ ) или параллельное повышение уровня билирубина, креатинина и холестерина ( $R=1,00$ ;  $F=2666$ ;  $p<0,014$ ).

Для установления сочетания хронического пиелонефрита с мочекаменной болезнью в качестве диагностического теста предлагается определение уровня билирубина, холестерина и кадмия в крови. При проведении множественной линейной регрессии выявлено, что при развитии сочетания хронического пиелонефрита с мочекаменной болезнью происходит параллельное повышение в сыворотке крови уровня билирубина и холестерина ( $R=1,00$ ;  $F=676,52$ ;  $p<0,028$ ) или повышение в крови содержания кадмия ( $R=1,00$ ;  $F=41,3$ ;  $p<0,008$ )[5,10].

Выводы: Таким образом, выделены диагностические тесты установления выявленных экологически зависимых заболеваний. В качестве диагностических тестов предлагаются для установления: тиреотоксикоза – определение уровня Т4-свободного гормона, железа, меди, цинка и

селена в крови; артериальной гипертонии – определение содержания свинца, меди и селена в крови; ишемической болезни сердца – определение содержания селена в крови; хронической обструктивной болезни легких – определение содержания свинца, меди и ртути в крови, функция внешнего дыхания (показатели ФЖЕЛ, ОФВ1, МОС75); хронического холецистита – определение уровня холестерина, АлАТ, кальция, кадмия и селена в крови; хронического пиелонефрита – определение креатинина, кальция, АСТ, АЛТ, билирубина, холестерина в сыворотке крови; сочетания хронического пиелонефрита с мочекаменной болезнью – определение уровня билирубина, холестерина и кадмия в крови.

#### Литература

1. Баттакова Ж.Е. Экология и здоровье – приоритетное направление научных исследований в Казахстане // Медицина труда и промышленная экология. – 2011. -№6. – С.1-10.
2. ВОЗ. «Стратегическое управление /руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ» Европейский региональный комитет. 58 сессия. 2008.
3. Габов Ю.А., Кист В.Э., Борисенко А.В., Серых В.И., Узбеков В.А., Кудеринов Т.К. Экологическая безопасность Казахстана: мифы и реальность. – Астана, 2006. – 543с.
4. Заманбекова М.К., Ракишева Б.У., Жолдасбаева К.Ж., Курманова А.А. Структура и частота заболеваний желудочно-кишечного тракта и печени среди детей старшего школьного возраста (по материалам г.Алматы) // Гигиена, эпидемиология и Иммунобиология. -2010. -№4. – С.116-117.
5. Маймулов В.Г., Нагорный С.В., Шабров А.В. Основы системного анализа в эколого-гигиенических исследованиях. – СПб.: СПб ГМА им.И.И.Мечникова, 2000. -342с.
6. Медицинская экология / Под редакцией проф. А.А.Королева. –М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 205с.
7. Окружающая среда и здоровье: подходы к оценке риска / Под ред. А.П.Щербо. –СПб.: СПбМАПО, 2002. -376с.
8. Рахманин Ю.А., Зайцева Н.В., Шур П.З. и др. Научно-методические и экономические аспекты решения региональных проблем в области медицины окружающей среды // Гигиена и санитария. -2005. -№6. –С.6-9.
9. Стожаров А.Н. Медицинская экология. –М., 2007. -289с.
10. Черных А.М., Черных Т.В. Экологические угрозы здоровью человека при превышении фона электромагнитных полей в окружающей среде в регионе магнитной аномалии (обзор литературы // Медицина труда и промышленная экология. -2004. -№10. –С.23-27.

#### Түйін

#### Досыбаева Г.Н

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

### ОҢТҮСТІК ӨНІРДІҢ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҚАУІПТІ АЙМАҒЫНДА ТҮРАТЫН ХАЛЫҚТЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ТАЛДАУЫ.

Денсаулық жағдайын талдау және терапевтік бейінді анықтау үшін Шолақ-Корган және Созақ елді мекендерінде зерттеу жүргізілді. Қазақстанның оңтүстік аймағында табиғи кешендердің негізгі ластануы фосфат жыныстарын өндіру мен өндеуге байланысты. Түркістан өңірінде (ОҚО) уранды геологиялық провинциялар бар. Жұмысты қорытындылай келе, халық арасындағы әр түрлі аурулар деңгейін анықтау мақсатында арнайы диагностикалық тесттер ұсынылады.

**Кілт сөздер:** Оңтүстік Қазақстан, Созақ ауданы, денсаулық, экологиялық тәуекел

#### Resume

#### Dosybaeva G.N.

South Kazakhstan Medical Academy

### ANALYSIS OF THE HEALTH STATUS OF THE POPULATION LIVING IN THE ECOLOGICAL RISK ZONE OF THE SOUTHERN REGION

In order to analyze the state of health and determine the therapeutic profile, a study was conducted in Sholak-Corgan and Sozak settlements.

The main pollution of natural complexes in the southern region of Kazakhstan is associated with the extraction and processing of phosphate rock. In the Turkestan region (SKO) there are uranium-bearing geological provinces.

**Keywords:** South Kazakhstan, Suzak district, health, environmental risk



МРТІ 76.29.34

УДК 616.36 – 004 – 06: 616.149 – 008. 341.1 – 005.1] – 089

**М.М. Рысбеков, Б.А. Абдурахманов, М.Е.Жантеев, Н.Г.Бердалиев**  
Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

### **Резюме**

В работе представлен анализ результатов применения эндоскопического склерозирования и лигирования у 153 больных циррозом печени с портальной гипертензией, осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Эффективность первичного эндоскопического гемостаза выявлена в 90,1% случаев, частота летальности составила 8,5%, рецидив кровотечения в течение одного года отмечен у 24,2% больных. Отмечается, что эндоскопические методы являются альтернативой полостным хирургическим вмешательствам при высоком риске оперативного лечения.

**Ключевые слова:** эндоскопическая склеротерапия, эндоскопическое лигирование, кровотечение, асцит, рецидив

Риск возникновения кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) в первые 2 года после постановки диагноза цирроз печени (ЦП) наблюдается в 30% случаев [3], летальность при котором достигает от 35 до 70% [2], рецидивы геморрагий отмечаются у 50-90% больных. Эндоскопические процедуры, носившие ранее в основном диагностический или вспомогательный характер в настоящее время рассматриваются в ряде наблюдений как альтернатива хирургическому пособию [1,4].

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и изучение возможностей эндоскопических методов гемостаза в профилактике и лечении гастроэзофагеальных кровотечений у больных ЦП.

Материал и методы. В данном исследовании анализируются результаты применения эндоскопической склеротерапии (ЭС) и эндоскопического лигирования (ЭЛ) у 153 больных ЦП и портальной гипертензией. Мужчин было 89, женщин 64, в возрасте от 23 до 71 лет. Варикозное расширение вен пищевода на всем протяжении отмечено у 21 (13,7%) больных, в средней и нижней трети пищевода – 93 (60,8%), в нижней трети – у 39 (25,5%) больных, переход на кардию желудка у 103 (67,3%) пациентов. Согласно классификации степени ВРВПЖ по А.Г. Шерцингеру (1986) I степень выявлена у 7,9% больных, II степень – у 68,7% и у 23,4% больных установлена III степень патологии.

Кровотечение из ВРВП было первым проявлением заболевания у 55 (35,9%) больных, асцит выявлен у 45 (29,4%), активность цирротического процесса – у 21 (13,7%) больных. Среди пациентов, получивших эндоскопическое склерозирование соответственно классификации Child-Pugh 14 больных отнесены к функциональной группе А (9,2%), 83 (54,2%) к группе В и 56 (36,6%) – к группе С. У 25 (28,7%) больных кровотечение было первым, у 41 (47,1%) – повторным и у 21 (24,2%) больных в анамнезе имелись указания на неоднократные кровотечения из ВРВПЖ.

Всех больных разделили на 2 группы: 1-я – больные, которым эндоскопическое склерозирование и лигирование выполнены на высоте кровотечения и 2-я группа – пациенты, которым эндоскопическое лечение проведено отсроченно, в ближайший период после консервативной остановки кровотечения, для профилактики рецидива кровотечения. Эндоскопические вмешательства в отсроченном порядке, при продолжающемся кровотечении выполнены у 50 больных, из них у 27 пациентов выполнена ЭС, у 23 – ЭЛ. У 12 пациентов гемостаз на высоте кровотечения осуществили комбинированным способом – ЭЛ варикозного узла в сочетании с ЭС. С целью профилактики рецидива кровотечения эндоскопическое лечение выполнено у 103 больных: у 54 больных – ЭС, у 49 – ЭЛ. При этом в 44 наблюдениях ЭЛ сочетали с ЭС. В случаях, когда после сеансов склеротерапии сохраняются ВРВ пищевода, ЭЛ выполняли через месяц после ЭСТ. Хотелось бы сразу заметить, что ЭЛ крайне затруднено в местах введения склерозанта. Развившаяся соединительная ткань вокруг вен не дает возможности адекватно аспирировать варикозную вену в цилиндр для лигирования, в связи с чем, попытка наложить лигатуру на вену, заканчивается соскальзыванием последней.

В качестве склерозирующего вещества использовали 3% раствор тромбовара. К специально смоделированной игле прикреплялся катетер из тефлоновой трубки. Затем тромбоагент вводили с помощью эндоскопической инъекционной иглы, как в просвет узла, так и вокруг него в субмукозный слой: интра- и перивазально. При интравазальном способе склерозант вводили непосредственно в

варикозную вену с целью вызова асептического воспаления, при перивазальном – в подслизистый слой вокруг вены, в этом случае эффект достигается за счет отека подслизистого слоя с последующим перивазальным фиброзом. Во время одной процедуры вводили от 2 до 8 мл склерозанта в 2-3 вены. При последовательной обработке стволов обычно проводили до 4 сеансов ЭСТ в течение 2-5 недель. Период выжидания между манипуляциями составлял 5-7 суток.

Для профилактики рецидива кровотечения эндоскопическое лигирование проводили путем наложения лигатурных петель последовательно на каждый варикозный узел в проксимальном направлении начиная от кардии. При продолжающемся кровотечении эластичные кольца накладывали на каждый варикозный ствол, осуществляя тем самым прямое лигирование кровоточащего участка ВРВ. ЭЛ предусматривало за один и более сеансов наложение лигатур на все варикозно расширенные узлы. Всего за сеанс использовали от 4 до 10 лигатур. Среднее количество сеансов варьировал от 4 до 6, с интервалом 5-7 дней до эрадикации вариксов. Сеансы ЭСТ и ЭЛ завершались установкой зонда обтуратора для усиления эффекта манипуляции.

Результаты и их обсуждение. Источником кровотечения у 142 больных были ВРВ пищевода и зоны кардиоэзофагеального перехода, у 11 – ВРВ кардиального отдела желудка. В случае неэффективности терапии и рецидива геморрагии больным из группы А и В по тяжести ЦП по классификации Child-Pugh выполняли операцию М.Д. Пациоры. На сегодня в клинике выработана тактика – чем ниже располагается источник предполагаемого кровотечения, тем активнее должна быть хирургическая тактика.

Для оптимизации лечения ЭС и ЭЛ сочетали адьювантной терапией вазоконстрикторами, понижающие портальное давление и влияющие на тонус венозной стенки. Применение внутривенно капельно 10 мг 1% спиртового раствора нитроглицерина на 400 мл раствора Рингера со скоростью 10-15 капель в минуту, либо 40 мг перлинганита позволили снизить портальное давление под контролем портоманометрии до 32,8±5,4%. В качестве средства, усиливающего тонус стенки воротной вены, при одновременном снижении портального давления применяли питуитрин в дозировке 20-40 ед. на 400 мл физиологического раствора со скоростью инфузии 15-20 капель в минуту.

Таблица 1 - Результаты применения эндоскопического склерозирования и лигирования варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени

Вид манипуляции	Число больных	Эффективный гемостаз	Рецидив кровотечения в течение одного года	Летальность	
				абс.	%
Эндоскопическая склеротерапия	81	88,9%	24,7%	8	9,8
Эндоскопическое лигирование	72	91,3%	23,6%	5	6,9
Всего	153	90,1%	24,2%	13	8,5

Лечебные эндоскопические вмешательства проводили на фоне «пробной терапии» для достижения «временного гемостаза» спустя 6-14 ч с момента начала медикаментозной терапии и баллонной тампонады, в отсроченном порядке, что позволяет стабилизировать общее состояние больного, минимизировать число осложнений, создать оптимальные условия для визуализации источника геморрагии.

Из 81 больных перенесших ЭС осложнения отмечены у 19 (23,5%) пациентов. При этом наблюдались: некроз и изъязвления слизистой пищевода без кровотечения (5), рецидив кровотечения на фоне сформированного изъязвления (7), развитие печеночной недостаточности на фоне кровотечения (2), ранний рецидив кровотечения (2), переходящая дисфагия (2), загрудинные боли (1). При отсроченной ЭС первичный гемостаз достигнут у 88,9% больных, в 3 случаях она была неэффективна. Из 81 пациентов после ЭСТ умерли 8 (9,8%) больных. Частота рецидивов кровотечений в течение одного года составила 24,7%.

Среди больных перенесших ЭЛ осложнения отмечены в 13 (18,1%) наблюдениях: эрозивный эзофагит и гастрит с рецидивом кровотечения (7), развитие печеночной недостаточности на фоне кровотечения (2), ранний рецидив кровотечения (2), соскальзывание лигатурных колец с кровотечением (2). При отсроченном ЭЛ первичный гемостаз достигнут у 91,3% больных, в 2 случаях она была неэффективна. Из 72 больных после ЭЛ умерли 5 (6,9%) больных. Частота рецидивов кровотечений в течение одного года составила 23,6%.

Результаты применения эндоскопического склерозирования и лигирования варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени приведены в таблице. Среди причин летальных исходов преобладал рецидив кровотечения, которое отмечено у 78,8 % больных. Рецидивы

кровотечения разделяли на ранние – возникшие в течение первых суток, и поздние – на 5-6 день после проведенного склерозирования и лигирования. Все пациенты были обследованы через 3-6 месяцев, при этом профилактическая ЭСТ и ЭЛ проводили до достижения полной облитерации с эрадикацией всех возможных источников геморрагии или уменьшения степени варикса.

Общая летальность составила 8,5%. Причинами летальных исходов после склерозирования и лигирования явились рецидив кровотечения и гепатоцеллюлярная недостаточность. Выживаемость больных в наблюдаемых группах в течение 6 мес. составила 83,7%. Этот показатель в значительной степени зависела от функционального класса по Child-Pugh и составила у больных группы В – 87,9%, С – 58,8%. Изучение результатов применения эндоскопических методов показал их высокую эффективность в лечении больных ЦП с кровотечениями из ВРВПЖ. В то же время мы считаем, что лечение осложненных форм ЦП быть комплексным с применением всех возможных методов средств, направленных на различные звенья патологического процесса.

Выводы. 1. Эндоскопические способы гемостаза и профилактики кровотечений из вен гастроэзофагеального коллектора у больных циррозом печени с портальной гипертензией с функциональным классом «В» и «С» по Child-Pugh являются эффективными методами лечения, и должны занимать определенное место в программе профилактики кровотечений портального генеза. 2. Оптимизации лечения кровотечений портального генеза у больных ЦП связаны не только с совершенствованием техники эндоскопических и оперативных вмешательств, но и с улучшением тактических подходов к терапии пациентов различных функциональных групп. Решение этих задач должна базироваться на четком представлении патогенеза кровотечений портального генеза и оценке критериев риска геморрагии. 3. Оптимальным для проведения лечебных эндоскопических вмешательств является достижения «временного гемостаза» на фоне медикаментозной терапии и баллонной тампонады, в отсроченном порядке, что позволяет стабилизировать общее состояние больного, создать оптимальные условия для визуализации источника геморрагии.

#### Литература

1. Борисов А.Е. Эндоскопические методы профилактики и лечения кровотечений портального генеза // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 2001. - №2. - С. 22-25.
2. Вахидов В.В. Этапное хирургическое лечение больных циррозом печени с портальной гипертензией // Хирургия.-1988.-№ 6.- С.132-136.
3. Ерамишанцев А.К. Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка // Анналы хирургической гепатологии. - 2007.-Т.12.-№2.- С.8-15.
4. Hashizume M., Ohta M, Ueno K et al. Endoscopic ligation of esophageal varices compared with injection sclerotherapy: a prospective randomized trial // Gastrointest Endosc.- 1993.-Vol. 39.- P. 123-126.

#### ТҮЙІН

**М. М. Рысбеков, Б. А. Абдурахманов, М. Е. Жантеев, Н. Қ. Бердалиев**  
Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент, Қазақстан

#### **БАУЫР ЦИРРОЗЫ БАР НАУҚАСТАРДА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬДЫ КОЛЛЕКТОРДАН ҚАН КЕТУДІ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ӘДІСТЕМЕЛЕРДІ ҚОЛДАНУ НӘТИЖЕЛЕРІ**

Бұл жұмыста бауыр циррозы порталды гипертензиясының асқазан және өнеш күретамырларының кеңеюінен қанкетулермен асқынған 153 науқасқа эндоскопиялық склерозирлеу және лигирлеу қолданғандағы тексеріс нәтижелері көрсетілген. Біріншілік эндоскопиялық гемостаз тиімділігі 90,1% жағдай, өлім жиілігі 8,5%, бір жыл ішінде қан кету қайталануы 24,2% науқастарда анықталған. Оперативті емдеу кезінде жоғарғы қауіп туындағанда қуыстарға хирургиялық араласуда эндоскопиялық метод альтернативті болып табылады.

**Кілт сөздер:** эндоскопиялық склеротерапия, эндоскопиялық лигирлеу, қан кету, асцит, рецидив

#### Summary

**M.M. Rysbekov, B.A. Abdurakhmanov, M.E. Zhanteyev, N.G. Berdaliev**  
South Kazakhstan medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

#### **THE RESULTS OF THE APPLICATION OF ENDOSCOPIC TECHNIQUES IN THE TREATMENT OF KROVOTECHENIE FROM GASTROEZOFAGEALNA HEADER IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS**

In work is presented analysis result using endoscopes sclerotherapy and ligation 153 patients a cirrhosis of a liver with portal hypertension, complicated bleeding from varicose extended veins of a esophagus and stomach. Effective endoscopes a primary hemostasis achieve in 90,1% cases, the frequency letalis has reached up to 8,5%, the relapse of a bleeding is marked in 24,2% patients. It is marked, that the endoscopes methods is alternative cavital surgical interventions at high risk of operative treatment.

**Key words:** endoscopes sclerotherapy, endoscopes ligation, bleeding, ascites, relapse

МРНТИ 76.29.39  
УДК 616.381—089.85

**Б.А. Абдурахманов, М.Е. Жантеев, Р.Т. Мырзахметов**  
Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ТРУДНОДОСТУПНЫХ СЕГМЕНТОВ

### Резюме

В данной статье анализируются результаты лечения 88 больных эхинококкозом труднодоступных сегментов печени. По мнению авторов, оптимальным и адекватным доступом при эхинококкозе диафрагмальной поверхности печени (ЭДПП) является разрез в правом подреберье параллельно реберной дуге. Проведение операции в виде иссечения перикистозной ткани и создание сообщения остаточной полости с брюшной полостью в виде абдоминализации является оптимальной операцией при больших и гигантских ЭДПП. Оптимальным доступом при ЭДПП является разрез в правом подреберье параллельно реберной дуге. Она способствует максимальной декомпрессии печени, способствует наиболее адекватному восстановлению кровообращения и желчеоттока в ней.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, сообщающиеся киста, оперативное лечение, хирургически доступ, диагностика, чрезбрюшинный доступ

**Введение.** Эхинококкоз является тяжелым паразитарным заболеванием, распространенным в Центральной Азии и Казахстане [1]. Наиболее высокой степенью пораженности отличаются животноводческие районы. Топографо-анатомические особенности эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени (ЭДПП) – недоступность пальпации, глубокое залегание кист – объясняют позднюю диагностику, относительно большое число осложнений и трудности при хирургическом лечении [2,3].

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени.

**Материал и методы исследования.** Представлены результаты эхинококкэктомии из диафрагмальной поверхности печени у 88 пациентов. В диагностике патологии применяли общеклинические анализы крови, мочи, биохимия крови, рентгенография органов грудной полости, ультразвуковая эхография и МРТ-томография органов брюшной полости, эзофагогастродуоденофиброскопия, ИФА на эхинококкоз. В сложных диагностических случаях у 9 (8,8%) больных проведена ангиография печени. В 8 наблюдениях выполнена интраоперационное ультразвуковое исследование печени для более точного определения расположения кист. Прорыв нагноившихся кист в плевральную полость отмечена у 4 больных, развитие печеночно-бронхиальных свищей у 2 и в 1 наблюдении наблюдалось образование печеночно-легочного эхинококкоза.

**Результаты и обсуждения.** Из разреза в правом подреберье оперированы 45 (51,1%) больных, верхнесрединная лапаротомия проведена у 36 (40,9%), торакофренолапаротомия справа в 8-9 межреберье без пересечения реберной дуги у 5 (5,7%) больных и у 2 (2,3%) больных проведен косой разрез в левом подреберье. Учитывая сложность расположения ЭДПП мы разработали показания к использованию торакофренолапаротомии справа как операционного доступа. Метод использовался при прорыве кист в органы грудной полости с образованием печеночно-грудного эхинококкоза, сочетанном поражении правого легкого и печени, рецидивирующем ЭДПП, после неоднократных чрезбрюшинных вмешательств и при выраженном спаечном процессе в брюшной полости. У 25,4% больных операция завершена полной ликвидацией остаточной полости, у 27,6% – ее дренирование, у 22,9% – частичное ушивание остаточной полости, в 24,1% наблюдениях произведена перикистэктомия с абдоминализацией остаточной полости. У 18% больных интраоперационно выявлены желчные свищи, произведена их ушивание. У 5,3% больных через 2-3 дня, иногда через неделю после операции отмечалось желчеистечение, которое не было во время операции. Это объясняется резким расширением желчных ходов после эхинококкэктомии, которые долгое время находились под повышенным давлением кисты.

**Выводы:** Оптимальным и адекватным доступом при ЭДПП является разрез в правом подреберье параллельно реберной дуге. Проведение операции в виде иссечения перикистозной ткани и создание сообщения остаточной полости с брюшной полостью в виде абдоминализации является оптимальной операцией при больших и гигантских ЭДПП. Она способствует максимальной декомпрессии печени, способствует наиболее адекватному восстановлению кровообращения и желчеоттока в ней.

### Литература

1. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Наржанов Б.А. и др. Малотравматичный способ хирургического лечения эхинококкоза печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 2004; 9(2): 69–70.
2. Веронский Г.И., Демин С.А., Ершов К.Г. и др. Радикальные операции при эхинококкозе печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 2005; 10(2): 106.
3. Tomuş C., Zaharie F., Mocan L. et al. Minimal invasive treatment of abdominal multiorgan echinococcosis // *Int. Surg.* – 2013. – Vol. 98, N 1. –P.61-64.

### Түйін

Б. А. Абдурахманов, М. Е. Жантеев, Р. Т. Мырзахметов  
Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент, Қазақстан

### ҚОЛ ЖЕТІМДІЛІГІ ҚИЫН СЕГМЕНТТЕРДІҢ БАУЫР ЭХИНОКОККОЗЫН ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІН ЖЕТІЛДІРУ

Бұл мақалада 88 эхинококкозбен ауыр бауыр сегменттерін емдеу нәтижелері талданады. Авторлардың пікірінше, бауырдың диафрагмалды бетінің эхинококкозында (БДБЭ) оңтайлы және адекватты қол жеткізу оң жақ қабырға доғасына параллель орналасқан тілік болып табылады. Перикистозды Ұлпаның кесуі түрінде операция жүргізу және абдоминализация түрінде іш қуысы бар қалдық қуыстың хабарын жасау үлкен және алып БДБЭ тиімді операция болып табылады. БДБЭ-да оңтайлы қол жеткізу-қабырға доғасына параллель оң қабырға астындағы тілік. Ол бауырдың барынша декомпрессиясына ықпал етеді, онда қан айналымы мен өт ағынын барынша барабар қалпына келтіруге ықпал етеді.

**Кілт сөздер:** бауыр эхинококкозы, жалғасқан қуыс, оперативті емдеу, хирургиялық қол жеткізу, диагностика, құрсақ арқылы қол жеткізу

### Summary

**B.A. Abdurakhmanov, M.E. Zhanteev, R.T. Myrzahmetov**  
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

### IMPROVING THE METHODS OF TREATING THE ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER OF HARD-ACCESSED SEGMENTS

This article analyzes the results of treatment of 88 patients with echinococcosis of difficult segments of the liver. According to the authors, the optimal and adequate access for echinococcosis of the diaphragmatic surface of the liver (EDPP) is an incision in the right hypochondrium parallel to the costal arch. The operation in the form of excision of the pericystic tissue and the creation of a message of the residual cavity with the abdominal cavity in the form of abdominisation is the optimal operation for large and giant EDPP. The best access for the EDP is a cut in the right hypochondrium parallel to the costal arch. It contributes to the maximum decompression of the liver, contributes to the most adequate restoration of blood circulation and bile flow in it.

**Keywords:** liver echinococcosis, communicating cyst, operative treatment, surgical access, diagnosis, transperitoneal access

МРТИ 76.29.34

УДК 616.36-002.67:616.32]-091.5

**Б.А. Абдурахманов, М.Е. Жантеев, Н.Г. Бердалиев**  
Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент

### МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ПИЩЕВОДА ПРИ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

### Резюме

В статье представлен анализ результатов исследования морфологического строения стенки пищевода с использованием аутопсийных материалов больных. Морфология стенки пищевода исследована в секционных материалах 56 умерших больных, в том числе: 22 - цирроза печени и 9- умерших больных после эндоскопической склеротерапии. Группу наблюдения составили 25 больных с отсутствием клинико-морфологических признаков цирроза печени и изменений пищевода. Выявлена

эффективность миниинвазивных мероприятий при лечении больных циррозом печени. Исследования позволили также морфопатогенетически обосновать поддержку метода эндоскопической склеротерапии с целью профилактики и лечения геморрагического синдрома при циррозе печени с синдромом портальной гипертензии.

**Ключевые слова:** цирроз печени, морфологическое строение, аутопсийный материал, эндоскопическая склеротерапия кровотечения, асцит, рецидив

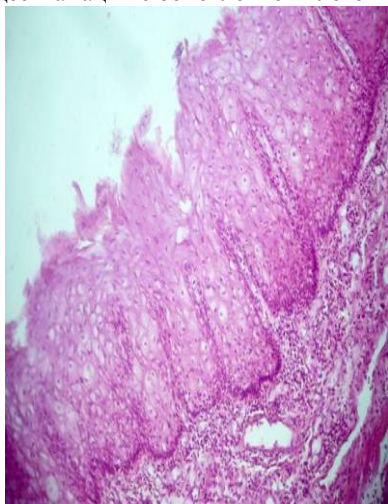
**Введение.** Наиболее грозным осложнением цирроза печени (ЦП) является возникновение синдрома портальной гипертензии с варикозным расширением вен пищевода и кардии желудка и кровотечением [3]. Варикозно-расширенные вены пищевода выявляют у 25-94,2% больных с ЦП [2,6], летальность уже при первом кровотечении достигает 50-80% [1,4]. Совершенствование эндоскопической техники позволило расширить возможности лечения кровотечений у больных ЦП, применяя эндоскопическую склеротерапию (ЭС) [5]. В литературе имеется неоднозначное отношение к ЭС, что объясняется различными представлениями патогенеза развития варикозных вен пищеводно-желудочного коллектора.

Целью настоящего исследования являлась оценка возможностей миниинвазивных вмешательств на основании изучения и морфопатогенетического обоснования применения ЭС в лечении и профилактике геморрагического синдрома портального генеза, при циррозе печени.

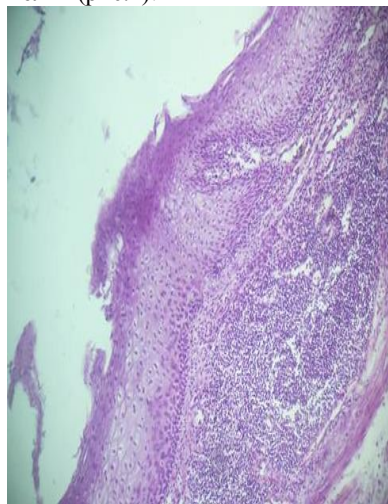
**Материал и методы исследования.** В основу настоящего исследования положены материалы, полученные при анализе результатов изучения морфологической структуры стенки пищевода на аутопсийном материале больных. Морфологию стенки пищевода мы изучали на 56 секциях умерших больных, из них: 22 – циррозом печени, 9 – умершие больные, ранее подвергнутые ЭС. При этом 25 больных составили контрольную группу, у которых отсутствовали клинико-морфологические признаки цирроза печени и патологии других органов, повлекшие за собой изменения в пищеводе.

Во время аутопсии пищевод выделялся и вырезался в едином блоке с кардиальным отделом желудка и фиксировался в расправленном виде в 10% забуференном растворе формалина, с заполнением просвета органа. После фиксации путем циркулярных и продольных срезов готовили фрагменты для гистологического исследования. Исследованию подвергались различные участки стенки пищевода. После высушивания биоптат заливался парафином с последующим приготовлением кусочков-срезов толщиной до 7-8 мкм и окрашиванием гематоксилин-эозином. Проводили общегистологическое и морфометрическое исследования полученных фрагментов. Материал просматривали и фотографировали в бинокулярном микроскопе фирмы Nikon (Япония).

**Результаты и их обсуждение.** При исследовании морфологического материала в контрольной группе больных стенка пищевода была представлена следующими слоями: слизистой оболочкой, подслизистой основой, мышечной оболочкой и адвентицией. Слизистая оболочка состоит из эпителия, собственной и мышечной пластинок. Пищевод выстлан многослойным плоским, неороговевающим эпителием. По данным морфометрии средняя толщина составляет  $262 \pm 46$  мкм. В слизистой оболочке пищевода постоянно происходят процессы десквамации с обновлением клеток плоского эпителия (рис. 1).



**Рисунок 1 - Слизистая оболочка пищевода в норме. Дистрофия инфильтрация плоского неороговевающего эпителия. Окр. гематоксилин эозином. Ув.х125**

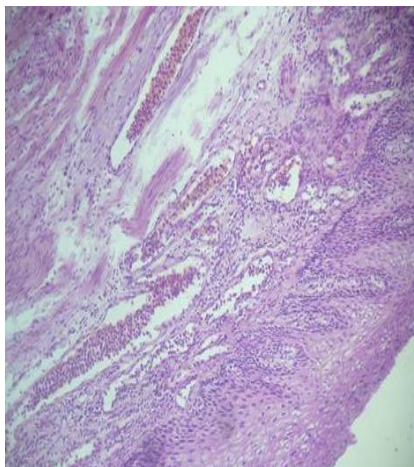


**Рисунок 2 - Десквамация слизистой. Воспалительная инфильтрация подслизистой при циррозе печени. Окр. гематоксилин-эозином. Ув.х125**

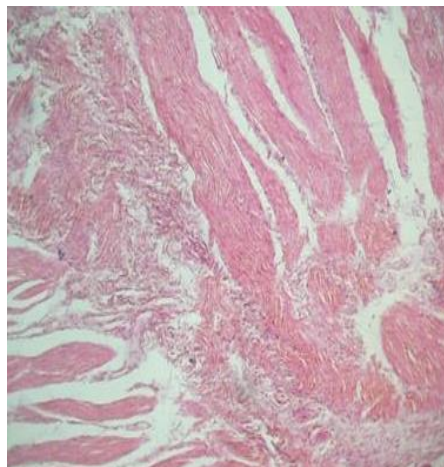


Собственная пластинка представлена тонким слоем рыхлой соединительной ткани. В зоне перехода пищевода в кардиальный отдел желудка имеются множество венозных сосудов мелкого калибра, расположенные под эпителиальным покровом. Мышечная пластинка слизистой оболочки представлена скоплением гладкомышечных клеток, число которых максимально выражено в дистальных отделах пищевода.

Подслизистая основа представлена рыхлой соединительной тканью, где расположены сосуды венозного типа, нервы и собственные железы пищевода. Толщина подслизистой основы колебался от 606 до 488 мкм. Мышечная оболочка состоит из поперечно-полосатой и гладкомышечной мускулатуры. Мышечная оболочка пронизана мелкими перфорантными сосудами, соединяющие подслизистое сплетение с межмышечными и адвентициальными. Адвентиция представлена рыхлой соединительно-тканной оболочкой, где выражены эластические и коллагеновые волокна.



**Рисунок 3 - Подслизистая основа умеренно фиброзирована с интерстициальным отеком воспалительной инфильтрацией при циррозе печени. Окр гематоксилин- эозином. Ув.х125**



**Рисунок 4 - Атрофия мышечных волокон. Замещение фиброзной тканью после склеротерапии. Окр. гематоксилин- эозином. Ув.х125.**

При ЦП исследованы 22 – пищевода. При этом во всех наблюдениях отмечены уплотнение и истончение стенки пищевода, некоторое его удлинение. Слизистая резко истончена, морщиниста, выражен рельеф подслизистых вен. Также отмечается выраженная десквамация покровного эпителия с образованием трещин, изъязвлений и разрывов, осложненным пищеводным кровотечением (рис.2). Подслизистая основа умеренно фиброзирована, с интерстициальным отеком и воспалительной инфильтрацией (рис.3). Мышечная оболочка – с атрофией мышечных волокон, замещением их фиброз-ной тканью. Отмечается отек и обильная венозная васкуляризация. Сосудистая система мышечной оболочки и адвентиции подвержена склерозированию с уменьшением просвета. В адвентициальной оболочке также выявлены процессы отека и фиброзирования, там же встречаются единичные крупные венозные стволы.

Морфологическая структура пищевода после ЭС при ЦП изучена у 9 больных, умершие в сроки от 10 суток до 2 лет после ЭС. Причинами неблагоприятного исхода явились прогрессирующая печеночная недостаточность, развитие рефрактерного асцита. После ЭС во всех случаях отмечается выраженное уплотнение стенки пищевода с некоторым сглаживанием рельефа слизистой оболочки. После ЭС наступает атрофия или исчезновение гладкомышечных элементов, практически не дифференцируются и замещается фиброзной тканью собственная и мышечная пластинки слизистой оболочки.

Происходит уменьшение количества и диаметра мелких венозных сосудов, местами они находятся в состоянии запустения. При этом толщина эпителиального пласта значительно превышает идентичный показатель при циррозе печени, где ЭС не проводилась. Средняя толщина эпителиального пласта по данным морфометрии варьировал в пределах от 128 до 56 мкм. Выраженные изменения после ЭС отмечены в подслизистой и мышечной оболочках, венозные сосуды которых представлены в виде эластичных тяжей. При этом преобладающим компонентом на фоне нарушения структурной архитектоники является наличие фиброзной ткани. Наблюдается объединение в пучки подслизистых венозных сосудов. При паравазальном способе введения склерозанта отмечается тромбирование просвета сосуда с последующей организацией тромботических масс и фиброзированием. Стенка венозных сосудов с неравномерной толщиной и тенденцией к утолщению. Границы стенки венозного сосуда определяется с трудом, местами отмечается ее полное

слияние с окружающей фиброзной тканью. Происходит атрофия, фрагментация пучков гладкомышечных волокон с трансформацией в фиброзную ткань (рис.4). Со стороны мышечной ткани также происходит разрастание элементов соединительной ткани между волокнами, в результате чего отсутствует четкая граница между подслизистой и мышечной оболочками. Наблюдается уменьшение количества коммуникантных вен соединяющие подслизистую основу с адвентициальной оболочкой и нередко зоны фрагментации мышечных пучков с наличием межмышечных инфильтратов. Сравнительная оценка данных морфометрии стенки пищевода при циррозе печени и после миниинвазивных вмешательств представлены в таблице 1.

**Таблица 1 - Сравнительная оценка данных морфометрии стенки пищевода при циррозе печени и после миниинвазивных вмешательств (данные в мкм)**

Оболочки стенки	Цирроз печени (22)	После ЭСТ (9)	Контрольная группа (25)
Эпителиальная	59±17	92±36	262±46
Подслизистая	971±43	678±37	547±59
Мышечная	1089±112	798±56	1718±143
Адвентициальная	398±53	354±48	387±69

Как видно из таблицы, при ЦП с портальной гипертензией происходит атрофия и истончение слизистой оболочки, с уменьшением ее толщины. При этом дальнейшее усугубление процесса может обусловить возникновение дефектов на слизистой оболочке с появлением эрозий или язв.

Подслизистая оболочка пищевода при ЦП с явлениями интерстициального отека, воспалительной инфильтрации и умеренно замещена фиброзной тканью. Средняя толщина мышечного слоя уменьшена за счет процессов атрофии мышечных волокон и замещения фиброзной тканью. После ЭС склеротические процессы с замещением фиброзной тканью отмечены во всех слоях стенки пищевода с наибольшей выраженностью в подслизистом и мышечном, что отмечено по данным морфометрии в виде снижения толщины указанных слоев.

Выводы. 1. Морфологические особенности стенки пищевода при циррозе печени с портальной гипертензией характеризуются атрофией и истончением слизистой оболочки, выраженной десквамацией эпителия с возникновением эрозивного процесса. Развитие процессов склероза и замещения фиброзной тканью наиболее выражены в подслизистом и мышечном слоях. 2. Возникновение застойных процессов в венозной системе и гипоксия тканей при циррозе печени ведет к снижению регенераторного потенциала слизистой и ухудшению ее репаративной способности. Совокупность вышеупомянутых факторов в значительной мере повышают риск развития геморрагического синдрома. 3. Морфологические изменения после ЭС в отдаленные сроки сводятся стойкому тромбированию варикозных вен пищевода, резкому снижению числа и уменьшению калибра подслизистых и мышечных вен. Степень выраженности этих изменений определяют прогноз развития варикозных вен, частоту и вероятность рецидива геморрагии. Развитие склеротического процесса с замещением фиброзной тканью отмечены во всех слоях с наибольшей выраженностью в подслизистом и мышечном, что подтверждается данными морфометрии в виде снижения параметров составляющих структур стенки пищевода.

#### Литература

1. Батвинков Н.И. О тактике хирурга при массивном кровотечении из гастроэзофагеальных вен. Хирургия портальной гипертензии (ошибки и опасности). – М., 1984. – С.38-39.
2. Байбеков И.М. и др. Функциональная морфология пищевода, желудка и печени при циррозе, холестазах и лазеротерапии. -Т., 1995. -240 с.
3. Ерамишанцев А.К. Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Анналы хирургической гепатологии. - 2007. - Т.12. - №2. - С. 8-15.
4. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Мансуров А.А. Тактика лечения кровотечения из варикозных вен гастроэзофагеального коллектора у больных с циррозом печени, осложненным портальной гипертензией. Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 2002. - №3. - С. 81-83.
5. Нартайлаков М.А., Мингазов Р.С., Курбангулов И.Р., Зарипов Ш.А., Сатаева Н.М., Латыпова Г.Р., Трофимова Л.В. Комплексный подход к лечению и профилактике пищеводных кровотечений у больных с портальной гипертензией. Анналы хирургической гепатологии. -2005. - Т.10. - №2. - С. 84.
6. Сакс Ф.Ф., Медведев М.А. и др. Функциональная морфология пищевода. М., Медицина, 1987.

#### ТҮЙІН

**Б. А. Абдурахманов, М. Е. Жантеев, Н.Г. Бердалиев**  
 Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент, Қазақстан

**БАУЫР ЦИРРОЗЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА АЗ ИНВАЗИЯЛЫҚ АРАЛАСУЛАР  
 КЕЗІНДЕГІ ӨНЕШТІ ҚОРҒАУ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ СЕМИОТИКАСЫ**



Мақалада науқастардың аутопсиялық материалдарын қолдана отырып, өңеш қабырғасының морфологиялық құрылысын зерттеу нәтижелерінің сараптамасы ұсынылған. Өңеш қабырғасының морфологиясы өлген 56 науқастың секциялық материалдарында зерттелді, оның ішінде: 22- бауыр циррозы және 9- бұрын эндоскопиялық склеротерапия жүргізілген өлген науқастар. Бауыр циррозының клиникалық-морфологиялық белгілері және басқа мүшелердің өңеш өзгерістері байқалмаған 25 науқас бақылау тобын құрады. Бауыр циррозымен ауыратын науқастарды емдеудегі миниинвазивті шаралардың тиімділігі анықталды. Зерттеу нәтижелері сонымен қатар порталды гипертензия синдромы бар бауыр циррозы кезінде геморрагиялық синдромның алдын алу және емдеу мақсатында эндоскопиялық склеротерапия әдісін қолдауды морфопатогенетикалық негіздеуге мүмкіндік берді.

**Кілт сөздер:** бауыр циррозы, морфологиялық құрылыс, аутопсиялық материал, эндоскопиялық склеротерапия

#### Summary

**B. A. Abdurakhmanov, M. E. Zhanteyev, N. G. Beraldiev**  
South Kazakhstan medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

### MORPHOLOGICAL SEMIOTICS OF THE ESOPHAGUS DURING A MINIMALLY INVASIVE INTERVENTION IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

In the clause the analysis of results of research of morphological structure of a wall of gullet on autopsy material of patients is presented. The morphology of a wall of gullet is studied on 56 section the died patients, from them: 22 - liver cirrhosis and 9 - the died patients earlier subjected endoscopes sclerotherapy. Thus 25 patients have made control group which did not have clinical-morphological attributes of a liver cirrhosis and the pathologies of other bodies which have caused changes in gullet. Efficiency of application miniinvasive interventions in treatment sick is certain by liver cirrhosis. Results of research also have allowed to lead morpho-pathogenically substantiation of application endoscopes sclerotherapy in treatment and preventive maintenance hemorrhagic syndrome at a liver cirrhosis with a syndrome of a portal hypertensia.

**Key words:** liver cirrhosis, morphological structure, autopsies material, endoscopes sclerotherapy.

МРНТИ 76.29.39

УДК 616.36-089.617.54-089.85

**Д.С. Сексенбаев, Р.Т. Мырзахметов, Б.А. Абдурахманов, Ж.А.Рамазанов**  
Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан

### ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

#### Резюме

Одним из часто встречаемых паразитарных заболеваний человека является эхинококковая болезнь—которая поражает практически все органы и представляет серьезную медицинскую и социальную проблему для человека. По данным М.А. Алиева и соавт. (1996) в Казахстане наибольшая распространенность заболевания, отмечается в Алматинской, Жамбылской, ЮКО, Актюбинской и Западно-Казахстанских областях. В основном поражает печень реже и легких. Высокая частота легочной локализации паразита (от 18,6 до 69%) отмечается в районах с сухим, жарким климатом и развитым животноводством, где она конкурирует с поражением печени и имеет тенденцию к росту, причем частое (70-80%) поражение детей и лиц трудоспособного возраста служат вескими обоснованиями актуальности данной проблемы.

Частота сочетанного эхинококкоза легких и печени (СЭЛП) колеблется от 1,5 до 45%. Вопросы тактики хирургического лечения, выбора доступа, этапности оперативных вмешательств при СЭЛП до сих пор остаются нерешенными. Поэтому целью данного исследования является улучшение хирургического лечения сочетанного эхинококкоза легких и печени.

**Ключевые слова:** эхинококкоз, паразитарное заболевания, эхинококкоз легких, оперативное лечение, сочетанное поражение, эхинококковая киста

Эхинококковая болезнь – тяжелое паразитарное заболевание человека, которая поражает практически все органы человека и представляет серьезную медицинскую и социальную проблему (1,2). В последние годы эхинококкоз приобретает эпидемический характер. В Казахстане наибольшая распространенность заболевания по данным М.А. Алиева и соавт., (1996) отмечается в Алматинской, Жамбылской, ЮКО Актюбинской и Западно-Казахстанских областях. Высокая частота легочной локализации паразита (от 18,6 до 69%) отмечается в районах с сухим жарким климатом и развитым животноводством, где она конкурирует с поражением печени и имеет тенденцию к росту, причем частое (70-80%) поражение детей и лиц трудоспособного возраста служат вескими обоснованиями актуальности данной проблемы (3). По данным разных авторов частота сочетанного эхинококкоза легких и печени (СЭЛП) колеблется от 1,5 до 45% (4,5). Вопросы тактики хирургического лечения, выбора доступа, этапности оперативных вмешательств при СЭЛП до сих пор остаются нерешенными.

Целью данного исследования является улучшение хирургического лечения сочетанного эхинококкоза легких и печени.

Материал и методы. В период с 2000 г по 2007 в ОКБ г.Шымкента оперировано 64 больных СЭЛП. Из них мужчин было 35% (54,7%), женщин – 29 (45,3%).

Возраст больных составил: до 10 лет – 7 (10,9%), до 20 лет – 14 (21,9%), до 30 лет – 19 (29,7%), до 40 лет – 10 (15,6%), до 50 лет – 8 (12,5%), более 50 лет – 6 (9,4%). Большая часть больных 50 (78,1%) молодого и наиболее трудоспособного возраста. Городских жителей было 29 (45,3%), сельских – 35 (54,7%). Для диагностики СЭЛП применяли комплекс лабораторных и инструментальных исследований, которые выполнялись всем больным при поступлении в отделение. При этом обращали внимание на уровень количества эритроцитов и уровень Нв, СОЭ, число лейкоцитов и состояние лейкоцитарной формулы (эозинофилия, палочкоядерный сдвиг), показатели уровня билирубина, общего белка, сахара, активность трансаминаз и др. Всем больным производилось рентгенологическое исследование. Овальная и округлая форма эхинококковых кист встречалось почти одинаково часто. В 73% имели место неправильные формы, с выпячиваниями. Из 64 больных УЗИ было выполнено 57 больным в условиях отделения и 7 в условиях поликлиники. Целью выполнения УЗИ являлось выявление сочетанного поражения.

Результаты и обсуждение. Анализ основных жалоб больных показал, что у лиц с СЭЛП какие-либо патогномичные симптомы отсутствуют. Наиболее частыми жалобами у больных были болезненность в грудной клетке – 51,6%, кашель у – 66,8%, одышка у – 31,7%, боли в правом подреберье у – 4,5%, общая слабость – у 43,3%. По нашим данным из 64 больных с СЭЛП осложненные формы встретились у – 21% больных. Из них, прорыв эхинококковой кисты в бронх отмечен у – 7 больных, нагноение эхинококковой кисты без прорыва у 12 больных, нагноение эхинококковой кисты печени у – 2 больных.

Проведенный комплекс диагностических обследований позволил нам установить у наших больных следующие формы поражения СЭЛП. См. Табл. №1. Из таблицы видно, что наиболее часто эхинококком поражается правое легкое и печень – 57,8%, из них чаще наблюдается поражение правого легкого и правой доли печени – 48,4%. Высокая частота поражения эхинококкозом правого легкого и правой доли печени объясняется анатомическими особенностями: большим объемом правого легкого и правой доли печени, более широким диаметром правого бронха и правой ветви воротной вены. Такое сочетание эхинококковых кист в легком и печени делает оправданной одноэтапную тактику хирургического лечения СЭЛП. В хирургическом лечении больных эхинококкозом легких и печени обычно применяются чрезплевральные, абдоминальные и торакоабдоминальные доступы.

Таблица 1 - Варианты локализации кист при СЭЛП

Локализация эхинококковых кист легких и печени	Кол-во больных	%
I. Правое легкое и печень	37	57,8
1. Правое легкое и правая доля печени	31	48,4
2. Правое легкое и левая доля печени	6	9,4
I.1. Левое легкое и печень	22	34,4
1. Левое легкое и правая доля печени	14	21,8
2. левое легкое и левая доля печени	8	12,6
1.1.1. Оба легких и печень	5	7,8

Сравнительный анализ оперативных доступов показал, что для удаления эхинококковых кист при эхинококкозе легкого наиболее эффективным является боковая торакотомия, при поддиафрагмаль-

ной локализации эхинококкоза печени – торакофренолапаротомия, для удаления эхинококковых кист в правой доле печени – косой разрез в правом подреберье, а левой доли – верхнесрединная лапаротомия.

При лечении больных с СЭЛП в зависимости от тяжести общего состояния больного придерживались тактики одномоментного или поэтапного оперативного вмешательства. При СЭЛП первым этапом оперировались больные с осложненными кистами в легких. 32 больным выполнена одномоментная эхинококкэктомия легкого с последующей лапаротомией и эхинококкэктомией с интервалом в 3-4 недели. 16 больным выполнена одномоментная торакотомия с эхинококкэктомией и френотомия при поддиафрагмальном расположении, 14 больным одномоментная торакотомия с эхинококкэктомией и лапаротомия, 2 больным левосторонняя торакотомия и лапаротомия в два этапа.

Наиболее частой операцией на легких и печени была открытая эхинококкэктомия органа с ликвидацией остаточной полости. Закрытая эхинококкэктомия с резекцией органа как метод лечения осложненного эхинококкоза легкого производилась чаще чем резекция печени. При хирургическом лечении эхинококкоза легкого и печени мы стремились к органосохраняющим операциям с ликвидацией остаточной полости. Оценка ближайших результатов хирургического лечения СЭЛП показала что хороший клинический эффект отмечался в 80,5%. Удовлетворительный результат констатирован в – 19,5%. Наиболее частыми осложнениями были реактивный плеврит – 6 больных, пневмонии – 3, нагноение операционной раны отмечено у – 9 пациентов.

При изучении отдаленных результатов из – 64 больных, 79,1% отмечены хорошие результаты. В сроки до 1 года обследовано – 18 пациентов, от 1 года до 3 лет – 7, более 3-х лет – 2 пациента. Рентгенологическое исследование не выявило каких-либо патологических изменений и пациенты вернулись к прежней работе в сроки до 2-х месяцев после операции.

Таким образом, полученные хорошие результаты при хирургическом лечении СЭЛП зависят от лечения заболевания (осложненное или не осложненное), от вида доступа, метода антипаразитарной обработки, объема оперативного вмешательства с рациональным выбором способа ликвидации остаточной полости. Одномоментная эхинококкэктомия двух и более органов является операцией выбора, которую следует выполнить в специализированных центрах и отделениях опытными хирургами.

Выводы. Среди больных эхинококкозом различных органов сочетанное поражение легких и печени встречается в 15% случаях и является тяжелой формой заболевания.

В диагностике сочетанных поражений эхинококкозом легких и печени первостепенное значение имеет комплексное обследование включающее рентгенологическое, УЗИ и серологические исследования. Одномоментные эхинококкэктомии из легких и печени показаны лицам молодого возраста с хорошими функциональными показателями сердечно-сосудистой и легочной систем. При этом уменьшается риск развития послеоперационных осложнений, сокращается время анестезиологической и операционной агрессии, что позволяет уменьшить сроки пребывания больного в стационаре.

#### Литература

1. Алиев М.А., Доскалиев Ж.А., Сейсембаев М.А. и др. Проблемы эхинококкоза в Казахстане и Кыргызстане// Медицина и экология. 1997г. №3. С.48-51.
2. Ордабеков С.О., Амиреев С.А., Абдрахманова Г.А. и др. Проблема эхинококкоза в Казахстане и пути их решения. Жамбылский ЦНТИ. Тараз, 2001. 78 с.

#### Түйін

**Д. С. Сексенбаев, Р. Т. Мырзахметов, Б. А. Абдурахманов, А. А. Рамазанов**  
Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент, Қазақстан

### ӨКПЕ МЕН БАУЫРДЫҢ БІРІКТІРІЛГЕН ЭХИНОКОККОЗЫНДА ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ӘДІСІН ТАҢДАУ

Адамның ең көп таралған паразиттік ауруларының бірі-эхинококтық ауру - ол барлық органдарды зақымдайды және адам үшін маңызды медициналық-әлеуметтік проблема болып табылады. М. Әлиевтің айтуынша (1996) Қазақстан Алматы, Жамбыл, Оңтүстік Қазақстан, Ақтөбе және Батыс Қазақстан облыстарында аурудың ең жоғары таралуына ие. Негізінен бауыр зақымданады, сирек өкпе. Паразиттің өкпелік оқшаулануының жоғары жиілігі (18,6-дан 69% - ға дейін) құрғақ, ыстық климаты және дамыған мал шаруашылығы бар аудандарда белгіленген, онда ол бауырдың зақымдануымен бәсекелеседі және ұлғаю үрдісі бар, бұл ретте балалар мен еңбекке қабілетті жастағы адамдардың жиі (70-80%) зақымдануы осы проблеманың өзектілігінің дәлелді негіздемесі болып табылады. Өкпенің және бауырдың біріктірілген эхинококкозының жиілігі (SELP) 1,5-тен 45% - ға дейін ауытқиды. Хирургиялық емдеу тактикасы, қол жетімділікті таңдау, САЛЬПАДА хирургиялық араласудың кезең-кезеңімен мәселелері әлі күнге дейін шешілмеген. Сондықтан зерттеудің мақсаты өкпе мен бауырдың біріктірілген эхинококкозын хирургиялық емдеуді жақсарту болып табылады.

**Кілт сөздер:** эхинококкоз, паразиттік аурулар, өкпенің эхинококкозы, оперативті емдеу, бірлескен зақымдану, эхинококтық киста

#### Summary

**D. S. Seksenbaev, R. T. Myrzakhmetov, B. A. Abdurakhmanov, Zh. A. Ramazanov**  
South Kazakhstan medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

### THE CHOICE OF METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF COMBINED ECHINOCOCCOSIS OF THE LUNGS AND LIVER

One of the most common parasitic human disease is echinococcal disease-which affects almost all organs and is a serious medical and social problem for humans. According to M. Aliyev et al. (1996) Kazakhstan has the highest prevalence of the disease in Almaty, Zhambyl, South Kazakhstan, Aktobe and West Kazakhstan regions. Mainly affects the liver less often and lungs. The high frequency of pulmonary localization of the parasite (from 18.6 to 69%) is noted in areas with a dry, hot climate and developed animal husbandry, where it competes with liver damage and tends to increase, with frequent (70-80%) lesions of children and people of working age serve as strong justifications for the relevance of this problem. The frequency of combined echinococcosis of the lungs and liver (SELP) ranges from 1.5 to 45%. Questions of tactics of surgical treatment, choice of access, phasing of surgical interventions in SALP are still unresolved. Therefore, the aim of the study is to improve the surgical treatment of combined echinococcosis of the lungs and liver.

**Keywords:** echinococcosis, parasitic diseases, lung echinococcosis, surgical treatment, joint lesion, echinococcal cyst

МРНТИ 76.29.39  
УДК 616.36-089

**Б.А. Абдурахманов, К.Н. Жумагулов, М.Е.Жантеев, Р.Т. Мырзахметов**  
Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

### ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

#### Резюме

Эхинококкоз печени занимает лидирующую позицию по количеству паразитарных заболеваний в целом и часто осложняется которая требует оперативного вмешательства. Несмотря на значительное снижение первичных форм эхинококкоза, многие вопросы данной патологии, ранняя диагностика, выбор оперативного доступа, адекватная обработка и ликвидация остаточной полости остаются открытыми. Летальность при хирургическом лечении больных эхинококкозом до сих пор остается высокой и достигает 3,1–8,6%. Поэтому разработка малотравматичных щадящих способов лечения больных гидатидным эхинококкозом печени является чрезвычайно актуальным. В данной статье анализируются результаты лечения 161 больных эхинококкозом печени. В лечении 28 больных применена лапароскопическая эхинококкэктомия. Изучены возможности, показания, осложнения данной методики в сравнительном аспекте с традиционными вмешательствами.

**Ключевые слова:** эхинококкоз, киста печени, оперативное лечение, остаточная полость, летальность, лапароскопическая эхинококкэктомия

**Введение.** Эхинококковая болезнь – тяжелое паразитарное заболевание человека, которая поражает практически все органы человека и представляет серьезную медицинскую и социальную проблему. Раннее выявление и хирургическое лечение этого заболевания остается проблемой перво-степенной важности [1-4]. Среди всех паразитарных заболеваний эхинококкоз печени занимает лидирующую позицию по количеству осложненных форм и, несмотря на доброкачественный характер, требует оперативного вмешательства, являясь одной из основных проблем хирургической гепатологии [4, 5].

Несмотря на значительное снижение в большинстве стран первичных форм эхинококкоза, большинство вопросов этой патологии, ранняя диагностика, выбор оптимального оперативного доступа, адекватная обработка и ликвидация остаточной полости не имеют окончательного решения. Летальность при хирургическом лечении больных эхинококкозом даже в клиниках, располагающих

значительным опытом, остается высокой и достигает 3,1–8,6%. Поэтому разработка малотравматичных щадящих способов лечения больных гидатидным эхинококкозом печени является чрезвычайно актуальным направлением хирургической гепатологии. В последние годы довольно регулярно появляются работы, посвященные лечению эхинококкоза печени с помощью высоких технологий: лапароскопическая эхинококкэктомия, пункционное лечение под контролем УЗИ, интраоперационное использование высокоэнергетических лазеров, плазменного скальпеля [5-10].

Цель исследования. Оценить эффективность и определить возможности проведения видеолапароскопической эхинококкэктомии из печени.

Материал и методы исследования. Всего обследованы и оперированы 161 больных, при этом лапароскопической эхинококкэктомии из печени проведены 28 больным. Большая часть больных 136 (78,1%) молодого и наиболее трудоспособного возраста. Городских жителей было 76 (47,2%), сельских – 85 (52,8%).

Для диагностики заболевания применяли комплекс лабораторных и инструментальных исследований, которые выполнялись всем больным при поступлении в отделение. При этом обращали внимание на уровень количества эритроцитов и уровень Hb, СОЭ, число лейкоцитов и состояние лейкоцитарной формулы (эозинофилия, палочкоядерный сдвиг), показатели уровня билирубина, общего белка, сахара, активность трансаминаз и др. Всем больным производилось рентгенологическое исследование. Из 161 больных УЗИ было выполнено 57 больным в условиях отделения и 104 в условиях поликлиники. Целью выполнения УЗИ являлось выявление сочетанного поражения.

У 48 больных применяли химиотерапевтические препараты с целью профилактики рецидива заболевания. Результаты эндовидеохирургической эхинококкэктомии сравнивали с традиционной эхинококкэктомией проведенных у 76 пациентов. Всем больным в дооперационном периоде проведены комплекс диагностических обследований включающее общеклинические анализы крови, мочи, определение биохимических показателей крови, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ИФА на эхинококкоз, и по показаниям эзофагогастродуоденоскопия, МРТ-органов брюшной полости. В наших наблюдениях показаниями для лапароскопической эхинококкэктомии явились: кисты с локализацией во II–VI-м сегментах печени; частичное поверхностное расположение кисты; размер кисты не менее 5 см; отсутствие в печени кист в I-м, VII-м и VIII-м сегментов или глубоко расположенных кист любого размера. На этапах хирургического вмешательства для обработки остаточной полости применяли йод, спирт, 25–30%-ный раствор хлорида натрия с экспозицией 15 мин, бетадин, 80% водный раствор глицерина. Лапароскопическая эхинококкэктомия включала обзорную лапароскопию, ограничение зоны операции салфетками, смоченными антипаразитарными препаратами, пункцию и эвакуацию содержимого кисты с соблюдением принципов апаразитарности, обработку полости кисты до вскрытия фиброзной капсулы, вскрытие фиброзной капсулы и эвакуацию содержимого кисты в эндоконтейнер, осмотр остаточной полости печени, ликвидацию остаточной полости. Для соблюдения принципа апаразитарности во время операции использовали устройства, позволяющие, в зависимости от расположения кисты по отношению к паренхиме печени, вы- полнить пункцию эхинококковой кисты. Чреспеченочную пункцию кисты при высто- янии края печени над ней осуществили у 22 пациентов. Пункционную иглу вводили в полость кисты, отступив на 1,5–2 см от края ее фиброз- ной капсулы. После окончания противопаразитарной обработки иглу извлекали.

Результаты и обсуждения. Из 28 эхинококкэктомий из печени в 3 наблюдениях выполнена конверсия с завершением операции лапаротомным доступом. Причинами перехода на лапаротомию были невозможность достичь гемостаза при продолжающемся кровотечении из краев иссеченной фиброзной капсулы (n=1), наличие крупного желчного свища на дне фиброзной полости (n=1) и невозможность завершения операции лапароскопическим путем для ликвидации остаточной полости (n=1). Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде после лапароскопической эхинококкэктомии отмечены у 4 (14,2%), которые не были связаны с характером проведенного вмеша- тельства. Рецидив заболевания за наблюдаемый период развился у 1 (1,2%) пациента. В последнее время отмечается спад увлечения лапароскопическими технологиями при удалении эхинококковых кист печени, что связано с невозможностью обеспечения герметичности и попадания гидатидной жидкости на брюшину и в саму брюшную полость. Указанное обстоятельство обуславливают высокую частоту рецидивов и нередко системные аллергические реакции. Имеющая высокая частота рецидивов указывает на дефект связанный характером проведенного вмешательства. Сравнительная оценка вероятности развития рецидива эхинококкоза в различные сроки после лапароскопических и лапаротомных вмеша- тельств при условии проведения противорецидивного лечения с применением химиотерапевтических препаратов (вермокс, албендазол) также не выявила статистически значимых различий.

Выводы: Сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов лапароскопической эхинококкэктомии с традиционными методами удаления эхинококковых кист сопоставимы. Однако, удаление эхинококковых кист с применением видеолароскопических технологий оправданы при

возможности выполнения «идеальной» эхинококкэктомии – без вскрытия полости кист. Такая ситуация возможна лишь при экстраорганным, маргинальном расположении кист в основном во 2-6 сегментах печени и требует высокого уровня подготовленности персонала и технического оснащения операционной. Применение метода способствует уменьшению количества послеоперационных осложнений, а полученные результаты позволяют считать его радикальным вмешательством при паразитарных кистах данной локализации.

#### Литература

1. Айдемиров А.Н., Байрамкулов М.Д. Плазменные технологии в хирургии эхинококкоза печени. Проблемы эхинококкоза: Матер. межд. науч.-практ. конф. 29–30 сентября 2000 г. Махачкала, 2000; 7–8.
2. Акилов Х.А., Сайдазимов Е.М., Агзамходжаев С.С., Атаджанов Ш.К. Лапараскопическая кистэктомия при паразитарных и непаразитарных кистах печени. Анналы хирургической гепатологии. 2002; 7(1): 302–3.
3. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Наржанов Б.А. и др. Малотравматичный способ хирургического лечения эхинококкоза печени. Анналы хирургической гепатологии. 2004; 9(2): 69–70.
4. Асраров А.А., Ганиев Ш.А., Шоумаров З.Ф., Исмаилова Д.А. Возможности химиотерапии эхинококкоза печени. Хирургия Узбекистана. 2001; 3: 76.
5. Ачилов Ш.Д., Шамирзаев Б.Н., Пятаев А.Б. Малоинвазивные операции в лечении эхинококкоза печени. Анналы хирургической гепатологии. 2004; 9(2): 72.
6. Веронский Г.И., Демин С.А., Ершов К.Г. и др. Радикальные операции при эхинококкозе печени. Анналы хирургической гепатологии. 2005; 10(2): 106.
7. Девятков А.В., Икрамов А.И., Махмудов У.М. Химиотерапия на этапах хирургического лечения эхинококкоза печени. Анналы хирургической гепатологии. 2005; 10(2): 107–8.
8. Ю.Л.Шевченко, Ф.Г.Назыров Хирургия эхинококкоза / – М.: Издательство «Династия», 2016. – 288 с.: ил.
9. Altintas N. Past to present: hydatidosis echinococcosis in Turkey. Abstract book of XX International Congress of hydatidology. Turkey, 2001; 2.
10. Chautems R., Buhler L.H., Gold B., et al. Surgical management and long-term outcome of complicated liver hydatid cysts caused by Echinococcus granulosus. Surgery. 2005; 137(3): 312–6.
11. Zaharie F., Bartos D., Mocan L. et al. Open or laparoscopic treatment for hydatid disease of the liver? A 10year single-institution experience // Surg. Endosc. — 2013. Vol. 27, N 6 – P. 2120-2116

#### Түйін

**Б. А. Абдурахманов, А. Н. Жұмағұлов, М. Е. Жантеев, Р. Т. Мырзахметов**  
Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

#### БАУЫР ЭХИНОКОККОЗЫН ЕМДЕУДЕ ШАҒЫН ИНВАЗИНДІ АРАЛАСУ МҮМКІНДІКТЕРІ

Бауыр эхинококкозы паразиттік аурулардың жалпы саны бойынша жетекші орынға ие және жиі ота жасауды талап ететін асқынады. Эхинококкоздың бастапқы формаларының айтарлықтай төмендеуіне қарамастан, осы патологияның көптеген сұрақтары, ерте диагностикасы, жедел қолжетімділікті таңдау, барабар өңдеу және қалдық қуысты жою ашық болып қалады. Эхинококкозбен ауыратын науқастарды хирургиялық емдеуде өлім–жітім әлі күнге дейін жоғары болып қалып, 3,1-8,6% - ға жетеді. Сондықтан бауырдың гидатидті эхинококкозымен ауыратын науқастарды емдеудің аз жаракаттық шадты тәсілдерін әзірлеу өте өзекті болып табылады. Бұл мақалада 161 бауыр эхинококкозымен ауыратын науқастарды емдеу нәтижелері талданады. 28 науқасты емдеуде лапароскопиялық эхинококкэктомия қолданылды. Осы Әдістеменің мүмкіндіктері, көрсеткіштері, асқынулары дәстүрлі араласумен салыстырмалы аспектіде зерттелді.

**Кілт сөздер:** эхинококкоз, бауыр кистасы, оперативті емдеу, қалдық қуыс, өлім, лапароскопиялық эхинококкэктомия.

#### Summary

**B. A. Abdurakhmanov, K. N. Zhumagulov, M. E. Zhanteyev, R. T. Myrzakhmetov**  
South Kazakhstan medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan

#### OPPORTUNITIES MININVASIVE INTERVENTIONS IN TREATMENT OF ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER

Echinococcosis of the liver occupies a leading position in the number of parasitic diseases in General and is often complicated which requires surgery. Despite a significant reduction in the primary forms of

echinococcosis, many issues of this pathology, early diagnosis, choice of surgical access, adequate treatment and elimination of the residual cavity remain open. Mortality in surgical treatment of patients with echinococcosis is still high and reaches 3.1-8.6%. Therefore, the development of low-traumatic sparing methods of treatment of patients with hydatid liver echinococcosis is extremely relevant. This article analyzes the results of treatment of 161 patients with liver echinococcosis. Laparoscopic echinococcectomy was used in the treatment of 28 patients. The possibilities, indications, complications of this technique in the comparative aspect with traditional interventions are studied.

**Key words:** echinococcosis, liver cyst, surgical treatment, residual cavity, lethality, laparoscopic echinococcectomy

МРНТИ 76.29.48  
УДК 616.618-019

**Г.А. Воитова**

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Республика Узбекистан

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННИХ СРОКОВ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (обзор литературы)**

### **Резюме**

Как показывает анализ литературы, индуцированная беременность относится к группе высокого риска по развитию акушерских осложнений. Период последействия стимуляции овуляции совпадает с первым триместром беременности, и именно этот период считается наиболее уязвимым. В связи с этим, возникает необходимость в тщательном наблюдении и обследовании таких пациенток с целью снижения частоты осложнений. Высокая частота неблагоприятных исходов индуцированной беременности, наличие особенностей психоэмоциональных нарушений у женщин с эндокринными формами бесплодия и широкое обсуждение данной проблемы в литературе, определяют актуальность дальнейших исследований в этом направлении.

**Ключевые слова:** женское бесплодие, индуцированная беременность, первый триместр, акушерские осложнения, литературный обзор

Известно, что стимулированная беременность относится к группе высокого риска по развитию акушерских осложнений. В связи с этим, возникает необходимость в тщательном наблюдении и обследовании таких пациенток с целью снижения частоты осложнений, выработки тактики ведения беременности и родов, сохранения здоровья женщины и получении здорового потомства [1-6].

По данным всемирного конгресса «Фертильность и бесплодие» каждая пятая индуцированная беременность прерывается в сроки до 20 недель, каждая третья беременность заканчивается преждевременными родами в сроке от 24-36 недель [7]. При этом основной спектр осложнений (угроза прерывания, синдром гиперстимуляции яичников, фетоплацентарная недостаточность, эктопия плодного яйца, опухоли придатков матки) связан с особенностями течения первого триместра [8-11]

В связи с этим, наблюдение за течением такой беременности, поиск и разработка рациональной тактики ведения является актуальной проблемой, что обусловлено постоянным ростом удельного веса медикаментозно индуцированной овуляции среди общего числа эндокринного бесплодия. Необходимость индивидуального подхода к каждой такой беременной с наименьшим риском для матери и плода не вызывает сомнений, так как для значительной части женщин данная беременность – единственный шанс иметь ребенка [12].

Анализ литературы показал, что высокая частота акушерских осложнений приходится на первый триместр индуцированной беременности [13-15]. Среди клинических осложнений наиболее часто выявляются ранний токсикоз, угроза прерывания, самопроизвольный выкидыш, неразвивающаяся беременность, угроза преждевременных родов и преждевременные роды [16].

Можно выделить период последействия индукции овуляции, когда гиперстимуляция яичников в период введения индуктора приводит к повышенной секреции половых стероидов, сохраняющейся после отмены препаратов [17]. Он длится с момента наступления беременности и завершается формированием плаценты, увяданием фолликулы желтых тел, восстановлением размеров яичников. Этот период по времени совпадает с I триместром беременности и именно этот период наиболее уязвим для

развивающейся индуцированной беременности. На него приходится около 25% репродуктивных потерь, а частота акушерских осложнений, таких как угроза самопроизвольного выкидыша, гестозы, антифосфолипидный синдром, инфицированность плода, в 2-3 раза выше, чем при спонтанной беременности [18].

Публикуемые данные о частоте тошноты и рвоты беременных (ТРБ) подвержены сильному колебанию, зависят от критериев диагностики, квалификации медицинского персонала и восприятия этой проблемы беременными. Наиболее объективные данные указывают, что тошнота и рвота встречается у 70-80% беременных. Симптомы обычно возникают на 2-4 неделе, достигая пика в период 9-16, и обычно разрешаются на 22 неделе беременности [19]. Чрезмерная рвота беременных – гиперэметиз гравидарум – встречается с частотой 0,3-2% [20].

Известно, что для токсикозов характерны диспептические расстройства и нарушение всех видов обмена. ТРБ значительно повышает риск развития преэклампсии. Несмотря на широкую распространенность ТРБ, связанных с ними негативных последствий, на сегодняшний день нет единого мнения как о причинах и механизмах развития, так и о единых подходах к лечению данной патологии. Общепризнано, что к факторам, предрасполагающим к развитию ТРБ, относятся хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, астенический синдром, нарушение функции щитовидной железы, нервно-психические заболевания, юный возраст беременной, трофобластические заболевания в анамнезе, сахарный диабет, бронхиальная астма.

Сообщается о повышении риска рвоты беременных при наличии особенностей психики женщин с бесплодием в анамнезе. ТРБ приводит к усилению чувства депрессии у 10-35% пациентов. Также необходимо отметить, что женщины с легким ТРБ также сообщали о тех же психосоциальных проблемах, что и женщины с тяжелыми симптомами. Однако в большинстве исследований было установлено, что легкая степень ТРБ связана с благоприятными последствиями для плода, снижением риска преждевременных родов и вероятности выкидыша [21].

Сегодня общепризнано, что в патогенезе раннего токсикоза ведущую роль занимает нарушение функционального состояния центральной нервной системы. В ранние сроки беременности невроз, как симптом раннего токсикоза проявляется расстройством функции ЖКТ. Огромную роль в возникновении раннего токсикоза играют нейроэндокринные и обменные нарушения, в связи с этим при прогрессировании заболевания постепенно развиваются изменения водно-солевого, углеводного и жирового, а затем и белкового метаболизма на фоне нарастающего истощения и снижения массы тела.

Рвота беременных как клинический симптом может иметь и другое происхождение: пищевая токсикоинфекция, желудочно-кишечные заболевания, поражения центральной нервной системы. Кроме того, возникновению рвоты и тошноты беременных часто способствуют сопутствующие беременности заболевания: хронический холецистит, колит, гельминтоз, при наличии которых рвота беременных особо тяжелое и затяжное течение. Нарушения гормонального состояния при индуцированной беременности могут вызывать патологические рефлекторные реакции, которые имея вначале функциональный характер, затем по мере нарастания обезвоживания, катаболических реакций, интоксикации недоокисленными продуктами переходят в дистрофические процессы в печени, в почках и в других органах. По мнению некоторых авторов, если женщина не в состоянии поддерживать адекватную гидратацию, в ее организме происходит нарушение водно-электролитного баланса, проявляющаяся гипонатриемией, гипокалиемией, метаболическим гипохлоремическим алкалозом и кетонурией. Авторы отмечают повышение гематокрита, удельного веса мочи. Выявлены отклонения от нормальных значений почечных маркеров.

Вопросы невынашивания беременности у женщин, страдающих бесплодием, продолжают сохранять свою актуальность и статус наиболее приоритетных направлений современного акушерства в связи со стабильно высокой частотой в мировой популяции и значительной распространённостью неблагоприятных исходов для матери и плода [15]. Удельный вес этой патологии стабильно высокий и составляет, по данным ВОЗ, 15-20% от исходов всех беременностей, причём в большинстве случаев в раннем эмбриональном периоде [19]. Многочисленные исследования в этой области указывают на эволюционную смену доминирующих факторов в генезе невынашивания беременности. Однако среди основных причин этой патологии (генетические, инфекционные, анатомические, иммунные) гормональные нарушения занимают лидирующее положение [4]. Чаще всего это гормональные нарушения при выраженной гипофункции яичников и явлениях гиперандрогении.

Гипо- и гиперфункция щитовидной железы, гиперпролактинемия также способствуют недостаточной подготовке эндометрия к беременности и неполноценной имплантации плодного яйца [11], а также могут оказывать своё патологическое действие на выработку гонадотропных гормонов (СПКЯ, гиперсекреция ЛГ), состояние эндометрия, функцию желтого тела. При осложненном течении индуцированных беременностей отмечается значительное снижение эстрадиола, прогестерона и ХГ. Знание гормональных взаимоотношений и сроков беременности, при которых наиболее часто возникают



различные типы гормональных нарушений, наряду с другими дополнительными методами обследования помогает разрабатывать адекватную корригирующую терапию, направленную на нормализацию функции яичников и плаценты, а также на ликвидацию дефицита того или иного гормона [17].

Таким образом, по данным многочисленных авторов течение индуцированной беременности имеет некоторые особенности и сопровождается множеством осложнений, которые в свою очередь могут привести или приводят к неблагоприятному исходу. Среди клинически значимых осложнений первого триместра отмечается ранний токсикоз, угроза прерывания, самопроизвольный выкидыш и неразвивающаяся беременность.

Вопрос о том, осложненное течение индуцированной беременности приводит к гормональным сдвигам и проблемам психического здоровья или изначальные психологические, и гормональные нарушения обуславливают осложненное ее течение, остается открытым и требует дальнейшего исследования.

#### Литература

1. Башмакова Н.В., Мелкозерова О.А., Винокурова Е.А., Пепеляева Н.А. Состояние здоровья новорожденных, рождённых от матерей с угрозой прерывания беременности. Проблемы репродукции. 2004; 2:59-61.
2. Бескоровайна Т.С. и др. Ассоциация полиморфных аллелей генов фолатного обмена с привычным невынашиванием беременности. Проблемы репродукции. 2006; 1: 53-60.
3. Перфильева Н.В. Особенности течения и исходы беременности у женщин после применения вспомогательных репродуктивных технологий. Проблемы репродукции. 2003. №5. С. 45-46.
4. Сухих Г.Т., Назаренко Т.А. Бесплодный брак. Современные подходы в диагностике и лечении. – 2. М.: ГЕОТАР-Медиа. 2010; 784 с.
5. Abbara A, et al. Efficacy of kisspeptin-54 to trigger oocyte maturation in women with high risk of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) during in-vitro fertilization (IVF) therapy. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100:3322–3331.
6. Massie JA, Shahine LK, Milki AA, Westphal LM, Lathi RB. Ovarian stimulation and the risk of aneuploid conceptions. Fertil Steril 2011; 95:3.
7. Cooney LG, Dokras A. Beyond fertility: polycystic ovary syndrome and long-term health. Fertil Steril. 2018 Oct;110(5):794-809.
8. Badawy A, Shokeir T, Allam AF, Abdelhady H. Pregnancy outcome after ovulation induction with aromatase inhibitors or clomiphene citrate in unexplained infertility. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009; 88(2):187-91.
9. Dey M, Saraswat M. Outcomes of Multifetal Reduction: A Hospital-Based Study. J Obstet Gynaecol India. 2018 Aug;68(4):264-269.
10. Kling C, Magez J, Hedderich J, von Otte S, Kabelitz D. Two-year outcome after recurrent first trimester miscarriages: prognostic value of the past obstetric history. Arch Gynecol Obstet. 2016; 293(5):1113-23.
11. Schoolcraft W, Meseguer M; Global Fertility Alliance. Paving the way for a gold standard of care for infertility treatment: improving outcomes through standardization of laboratory procedures. Reprod Biomed Online. 2017; 35(4):391-399.
12. Корсак В.С., Громько Ю.Л., Исакова Э.В. Алгоритм ведения и исходы беременности, наступившие в результате вспомогательных репродуктивных технологий. Проблемы репродукции. 2003. - № 3. — С.40-42.
13. Здановский В.М., Витязева И.И.. Течение и исход беременностей после лечения бесплодия методами вспомогательной репродукции (МВР). Проблемы репродукции. 2000. - Т.6, № 3. -С. 55-56.
14. Корнеева И.Е. Современная концепция диагностики и лечения бесплодия в браке: Автореф. дис. . докт. мед. наук: М., 2003. - 38с.
15. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Привычное невынашивание беременности. Практикующий врач сегодня. 2004. - №3. -С. 10-21.
16. Корнеева И.Е., Калинина Е.А., Кузьмичев А.Н. и др. Синдром гиперстимуляции яичников: профилактика, диагностика, лечение // Акушерство и гинекология. — 2006. -№1. — С. 50-52.
17. Магзумова Н.М., Нажмутдинова Д.К., Хасанова Д.А., Каюмова Д.Т. Течение и исход беременности у женщин, состоящих в бесплодном браке. Узбекский медицинский журнал. 2001; 5-6:37-39.
18. Токова З.З., Баранов И.И., Калинина Е.А., Михеева Г.И. Особенности течения беременности и родов у женщин с индуцированной беременностью. Гинекология. 2013; 1: 42-48.
19. Lee NM, Saha S. Nausea and vomiting of pregnancy. Gastroenterol Clin North Am. 2011;40:309-334.

20. Zur E. Nausea and vomiting in pregnancy: a review of the pathology and compounding opportunities. *Int J Pharm Compd.* 2013;17:113–123.
21. Chortatos A, Haugen M, Iversen PO, Vikanes A, Eberhard-Gran M, Bjelland EK, Magnus P, Veierod MB. Pregnancy complications and birth outcomes among women experiencing nausea only or nausea and vomiting during pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15:138.

Түйін

Г.А. Воитова

Ташкент дәрігерлердің білімін жетілдіру институты, Ташкент, Өзбекстан

#### ИНДУЦИРЛЕНГЕН ЖҮКТІЛІКТІҢ ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕРІНІҢ АҒЫМ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ (әдеби шолу)

Әдеби берілімдердің анализдеу арқылы көріп отырғанымыздай, жүктіліктің индуцирленген түрі беріктігі ұрғысынан акушерлік асқынуларға алып келетін қауіп дамытуы мүмкін. Овуляцияны көтермелеу кезеңінде, көбіне жүктіліктің бірінші триместрінде кездеседі, және, дәл осы кезеңде еңбектің нашарлығы сезіледі. Осыған байланысты, теріс байқауды алып тастайды және осындай аурулардың салдарынан болатын аурулардың алдын-ала зерттелуін қамтамасыз етеді. Жоғары жылдамдықтағы бейберекетсіздіктердің индуцирленген жүктілікке байланыстылығы, жоғарыда аталған психоэмоциональдық күйзелістерге алып келеді және ол эндокринді бұзылыстарға ұласады. Мәселе күрделілігіне байланысты толық мәтінді талқыланатын проблемалар қатарына жатып, әдебиеттерде толыққанды зерттеулерді қажет ететін өзекті мәселе екендігін көрсетеді.

**Кілт сөздер:** әйелдер қорғаны, индуцированная беременность, бірінші триместр, акушерские осложнения, литературный обзор

Summary

GA Voitova

Tashkent Institute of Medical Supervision, Tashkent, Uzbekistan

#### THE OSCILLATION OF THE PERIODICITY OF INDUCED BONDIVITY

As can be seen from the analysis of literary data, the induced type of pregnancy may develop a risk that can lead to obstetric complications. During ovulation stimulation, it is most commonly found in the first trimester of pregnancy, and at the same time there is a feeling of poor work. In this regard, it removes negative observations and provides a preliminary study of the diseases resulting from such diseases. High-rate chaos associated with induced pregnancy lead to the aforementioned psycho-emotional shocks and result in endocrine disorders. Due to the complexity of the problem, the full text is one of the issues that are discussed and that the literature is a topical issue requiring full-scale research.

**Keywords:** female fortress, induced lability, first trimester, obstetric wretchedness, literary review

МРНТИ 76.29.49  
УДК 616.36-006

**С.А.Катбаев1, А.Т.Маймаков1, Н.К.Орманов1, М.Е.Жантеев2, А.Н.Орманов1**

Городской онкологический центр УЗ г. Шымкент, Шымкент, Казахстан  
Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан

#### ОПЫТ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ГОРОДСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г.ШЫМКЕНТ

Резюме

Метастатическое поражение печени опухолями является одним из актуальной проблемой современной онкологии. По литературным данным каждая третья онкологическая патология не зависимо от расположения первичного очага дают метастазы в печень. Онкологическое поражение печени не не зависимо от источника патологического процесса, является значимой клинической, социальной и экономической проблемой. Значительное увеличение удельного веса данной патологии в последнее время существенно влияет на уровень жизни больных и требует детального изучения и

решения проблем. Изучить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных с опухолями печени по данным ГОО г.Шымкент с 2015 г. проведенные местными хирургами без привлечения иностранных специалистов.

**Ключевые слова:** резекция печени, первичный рак печени, метастаз, доля печени, стадия развития, лобэктомия.

Актуальность проблемы: Диагностика и лечение первичных и метастатических опухолей печени остается одной из наиболее сложных и нерешенных проблем современной клинической онкологии. Неуклонный рост количества больных злокачественными новообразованиями приводит к увеличению частоты выявления первичного рака печени, который составляет не менее 3-5% в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в СНГ. В настоящее время считается установленным, что у каждого третьего больного злокачественными новообразованиями находят метастазы в печени независимо от локализации опухоли. Несмотря на внедрение в практику здравоохранения современных методов диагностики, таких как УЗИ, КТ, сцинтиграфия, МРТ, лапароскопия, определение опухолевых маркеров, патоморфологическая верификация диагноза и др., больные продолжают поступать в специализированные клиники в поздней стадии заболевания. Основными причинами запущенности опухолевого процесса являются отсутствие онкологической настороженности врачей общелечебной сети; пренебрежение оценкой этиологических факторов, приводящих к развитию рака печени; неправильный выбор тактики лечения, самолечение и использование методов народной медицины больными и т.д. Резектабельность, отражающая своевременность диагностики опухолей печени составляет в настоящее время от 2 до 20 %, лишь в отдельных специализированных центрах – до 30%. Между тем резекция типа право- и левосторонней гепатэктомии является единственным радикальным методом лечения рака печени. Выполнение таких радикальных операций остается сложным и опасным для жизни пациентов [1].

По данным ВОЗ, ежегодно во всем мире регистрируется четверть миллиона новых случаев первичных опухолей печени, а их отношение ко всем другим опухолям составляет 5-11%. Если в 1985 г. первичный рак печени (ПРП) занимал 8-е место в мире среди часто встречающихся онкологических заболеваний, то в 1995 г. ПРП занимал уже 5-е место в мире. В 2000 г. заболеваемость раком печени, по оценке международной ассоциации по исследованию рака (МАИР), достигла 564 тыс. вновь зарегистрированных случаев. И в том же году от него погибло 549 тыс. человек, т.е. показатели заболеваемости и смертности при раке печени сходны. В общей сложности по количеству смертей за год рак печени стоит на 3-м месте после рака легкого и желудка [1]. Географическое распространение и частота заболеваемости весьма неравномерны. Так, относительная частота ПРП составляет в Сенегале 67%, в Южной Африке – 51%, в Малайзии – 41,6%, в Китае – 30%, в Индии и на Филиппинах – 20%, в США – 2,5%, в Европе – 1,2%.

В СНГ самая высокая заболеваемость ПРП отмечена в Тюменской области. В Ханты-Мансийске, Октябрьском и Ханты-Мансийском районах стандартизованные показатели заболеваемости составили 44,4-58,7 на 100 000 населения [2]. По данным Д.В.Комова [3], ПРП в этом регионе составляет 18,7% среди всех опухолевых заболеваний. При этом по заболеваемости холангиоцеллюлярным раком печени, который наряду с описторхозом является краевой патологией, Ханты-Мансийский национальный округ занимает 1-е место в мире.

Рак печени чаще возникает у мужчин. Соотношение заболевших мужчин и женщин составляет 4:1, за исключением Тюменской области, где рак печени чаще встречается у женщин, страдающих описторхозом. Наиболее часто рак печени наблюдается у лиц в возрасте 51-60 лет, несколько реже – в возрасте 61-70 и 41-50 лет. Следует отметить, что при вирусном циррозе рак печени развивается раньше, средний возраст больных составляет 60 лет, при алкогольном – позже (средний возраст 65 лет). Как исключение ПРП встречается также у лиц молодого возраста и в раннем детском возрасте.

По данным 2010 года в Казахстане рак печени составил 2,9% среди всех злокачественных опухолей. Показатель заболеваемости на 100 000 человек составил 5,2, смертности – 4,8. Высокие показатели заболеваемости по Западно-Казахстанской (10,2), Кызылординской (7,8), Атырауской (6,8) областям и г. Алматы (7,2); низкие по Мангистауской (2,7), Алматинской (3,2), Карагандинской (4,0), Северно-Казахстанской (4,2), Южно-Казахстанской (5,2) областям и г. Астана (3,9) [4]. 1 летальный случай от массивного желудочного кровотечения на фоне развития желчных свищей. Послеоперационная летальность по нашим данным в группе злокачественных опухолей составила 6,25%, в группе доброкачественных опухолей – 4,7%. Общая послеоперационная летальность – 5,6%.

Материалы и методы: Для определения тактики лечения больных раком печени мы применяем обновленную Барселонскую классификацию от 2011 года [5]. В большинстве случаев нами используется глиссонова техника при обширных операциях на печени, которая позволяет определить точные границы долей печени при ее пережати по демаркационной линии, а также применяем классическую технику

для верификации элементов гепатодуоденальной связки. Для контроля интраоперационного кровотечения мы применяем Прингл маневр. Для паренхиматозной диссекции используется метод “kelly clasia”.

Результаты и обсуждение: С 2015 г. по настоящее время на диспансерный учет по поводу первичного рака печени взято 580 больных. Из них в I и II стадиях заболевания 89 больных, в III стадии заболевания 372 больных, в IV стадии 119 больных. За указанный период нами выполнено 32 операции на печени у больных первичным раком печени и 21 операция на печени по поводу доброкачественных опухолей печени с подозрением на рак печени на момент госпитализации (атипичные кавернозные гемангиомы, а также аденомы, абсцессы и туберкулёз печени). В группе злокачественных опухолей: 7 случаев правосторонней гепатэктомии, 4 левосторонней гепатэктомии, 1 случай резекции VI сегмента печени, 10 больным выполнена туморэктомия, 1 случай туморэктомии печени и правосторонней гемиколэктомии, 1 случай левосторонней гепатэктомии с интраоперационной радио-частотной аблацией (РЧА) опухолевого узла VIII сегмента печени, 1 случай правосторонней задней резекции печени (резекция VI-VII сегментов), 1 случай двухэтапной правосторонней гепатэктомии (I этап – перевязка правой воротной вены, II этап – правосторонняя гепатэктомия), 1 случай резекции мочевого пузыря и левосторонней гепатэктомии у больного раком левой доли печени и раком мочевого пузыря (первично-множественный рак), 2 случая перевязки правой портальной вены, 1 случай расширенной левосторонней гепатэктомии с резекцией холедоха и наложением гепатикоэнтероанастомоза на Ру петле по поводу опухоли Клацкина, 1 случай правосторонней гепатэктомии и наложением гепатикоэнтероанастомоза на Ру петле по поводу опухоли Клацкина, 1 случай расширенной правосторонней гепатэктомии с резекцией I сегмента печени и туморэктомиями метастазов левой доли печени. В группе доброкачественных опухолей: 3 правосторонней гепатэктомии, 3 случая левосторонней гепатэктомии, 4 туморэктомии, 3 случая правосторонней задней резекции печени, 5 случаев вскрытия, санации и дренирования абсцессов печени, 2 случая левосторонней лобэктомии печени, 1 случай резекции I сегмента (хвостатой доли) печени с туморэктомиями правой доли печени. Из осложнений в послеоперационном периоде у 2 больных имело место нагноение послеоперационной раны, у 1 больной на 10-е сутки после левосторонней гепатэктомии сформировался абсцесс на месте резецированной левой доли который был удален пункционным методом под УЗИ контролем, у 2 больных после туморэктомии образовались биломы на месте резецированной части печени которые также были удалены пункционным методом под УЗИ контролем. У 1 больной после правосторонней гепатэктомии имело место желчеистечение с резецированной поверхности печени с развитием желчного перитонита по поводу которой произведена релапаротомия. У 3 больных через 1 год после гемигепатэктомии развился рецидив опухоли в оставшейся доле печени. В группе злокачественных опухолей печени в послеоперационном периоде умерло 2 больных в отделении реанимации и интенсивной терапии (1 больной от острой сердечно-сосудистой недостаточности, второй больной от ДВС синдрома). В группе доброкачественных опухолей фазе генерализации опухолевого процесса.

Выводы: В настоящее время, несмотря на определенные успехи в диагностике рака печени, резектабельность остается низкой, составляя в среднем по литературным данным 2-20%. Такая низкая резектабельность при раке печени связана с тем, что большинство больных поступают в стационары в запущенных стадиях заболевания когда все меры оперативного характера окажутся неэффективными.

#### Литература

1. Тациев Р.К. Первичный и метастатический рак печени. Донецк, 2008 г.-336 с.
2. Шайн А.А. Рак органов пищеварения. Тюмень, 2000 г.-Т.3.-367 с.
3. Комов Д.В., Рошин Е.В., Гуртовая И.Б. Лекарственное лечение первичного и метастатического рака печени.-М.: Триада-Х, 2002.-158 с.
4. Нұрғазиев Қ.Ш., Сейтказина Г.Ж. т.б. Қазақстан Республикасы онкологиялық қызметінің 2010 ж. жылдық көрсеткіштері (статистикалық мәліметтер). Алматы, 2011. 3-53 бб.
5. EASL-EORTC Clinical Practice Guidelines: Management of Hepatocellular Carcinoma, Journal of Hepatology 2012 vol. 56 908-943.

#### Түйін

**С.А.Катбаев<sup>1</sup>, А.Т.Маймаков<sup>1</sup>, Н.К.Орманов<sup>1</sup>, М.Е.Жантеев<sup>2</sup>, А.Н.Орманов<sup>1</sup>**

Қалалық онкология орталығы, Шымкент қ., Қазақстан

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., Қазақстан

**ШЫМКЕНТ ҚАЛАЛЫҚ ОНКОЛОГИЯЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ БАУЫР РЕЗЕКЦИЯСЫН  
ЖАСАУДАҒЫ ТӘЖІРИБЕСІ**

Бауырдың метастаздық зардапталуы заманауи онкологияның өзекті мәселелерінің бірі болып табылады. Әдеби берілімдерге сай әрбір онкологиялық аурулардың үшіншісі бауырға метастаздар беретіні мәлім. Сондықтан ісікке шалдыққан бауыр проблемасы, оның себебіне байланыссыз, науқастың патологиялық процестен емделуіне, клиникалық, әлеуметтік және экономикалық тұрғыдан маңыздететін мәселе. Қазіргі таңда, бауыр обырының диагностикасындағы табыстарға қарамастан, резектабелділік төмен болып қала беруде, әдебиеттік мәліметтер бойынша орташа 2-20%-ды құрап отыр. Бауыр обыры кезіндегі бұндай төмен резектабелділік науқастардың басым бөлігінің ауруханаларға ісікті үдерістің генерализация кезеңінде түсуіне байланысты.

**Кілт сөздер:** бауыр резекциясы, бастапқы бауыр ісігі, метастаз, бауыр бөлігі, даму сатысы, лобэктомия.

#### Summary

S.A. Katbaev<sup>1</sup>, A.T.Maimakov<sup>1</sup>, N.K.Ormanov<sup>1</sup>, M.E.Zhantyeu<sup>2</sup>, A.N.Ormanov<sup>1</sup>

City Oncology Center of the UZ Shymkent, Republic of Kazakhstan

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

#### EXPERIENCE OF LIVER RESECTION OF URBAN ONCOLOGICAL CENTER OF SHYMKENT

Metastatic liver damage is one of the topical issues of modern oncology. According to literature, the third one of every oncological disorder is known to give the liver metastasis. Therefore, the problem of liver transplantation, regardless of its cause, is a matter of clinical, social and economic importance to the patient's pathological treatment. At present, despite some advances in the diagnosis of liver cancer, resectability remained low, accounting for an average of 2-20% data in the literature. This low resectability of liver cancer due to the fact that the majority of patients admitted to the hospital in generalization phase of the tumor.

**Key words:** liver resection, primary liver cancer. metastasis, liver part, stage of development, lobectomy.

МРНТИ 76.13.49

УДК 616-092

О.К. Кулакеев, Н.Ж.Орманов

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», Шымкент, Казахстан

#### ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ «ШАРОВИДНЫХ» И ДРУГИХ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ, ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

##### Резюме

В данной работе обобщены литературные данные о трудностях диагностики и дифференциальной диагностики «шаровидных» и полостных образований легких, дана оценка эффективности различных диагностических методов. В регионе Южного Казахстана эхинококкоз легкого чаще всего имитируют туберкулёма и рак легкого. Определение этиологии данных шаровидных и полостных образований легких, для выбора своевременного, оптимального метода лечения, порой бывает весьма затруднительным. Предложенный дифференциально-диагностический алгоритм по определению этиологии данных нозологических единиц, основу которого составляет разработанный хемилюминесцентный способ диагностики, с высокой степенью чувствительности и специфичности (до 100%), позволяет провести раннюю диагностику эхинококкоза, туберкулёмы, рака и других «шаровидных», полостных образований легких.

**Ключевые слова:** легкое, шаровидное образования, диагностика, сканирование легких, паразиты, легочная хирургия

Дифференциальная диагностика «шаровидных» и полостных образований лёгких имеет важное практическое значение и оказывает прямое влияние на эффективность лечения больных и их реабилитацию. Это обусловлено совершенно разной хирургической тактикой при наличии округлых образований и полостей различного генеза. Нередко, применяя весь комплекс современных исследований (включая КТ, МРТ, сканирование легких, бронхоскопию и трансторакальную игловую биопсию), удается установить нозологический диагноз с определенным или предположительным указанием морфологической природы периферических образований легких только в 60%-76,7% случаев [6,7]. В то

же время игловая аспирационная биопсия противопоказана при паразитарной этиологии периферического шаровидного образования легкого [2,12].

Частота несовпадения предполагаемого при поступлении и окончательного клинического диагнозов колеблется от 17,6-21,7% при туберкулезе, до 18-37% при периферическом раке [11,14]. Ошибки в дооперационной диагностике в ведущих клиниках, занимающихся проблемой эхинококкоза легких (ЭЛ), возникают у 10-15% больных [1,3,8,15], а в других клиниках легочной хирургии этот показатель несколько выше - 18,1-35% [9,10,13]. Диагностика ЭЛ, несмотря на успехи современной медицины, нередко затруднена. Своевременная и правильная диагностика позволяет значительно уменьшить число операционных неудач и послеоперационных осложнений, а также улучшить исходы хирургического лечения этого распространенного паразитарного заболевания [4,5,15].

Трудности диагностики ЭЛ обусловлены многими причинами: во-первых, тем, что в настоящее время насчитываются более 80 заболеваний, рентгенологически проявляющихся в виде округло-овальных теней в легких; во-вторых, диагностическое значение иммунологических методов при ЭЛ более ограничено, чем при эхинококкозе печени и органов брюшной полости (66-77% положительных результатов при ЭЛ и 89,5-100% при эхинококкозе печени); в третьих, одновременное применение 2-3 иммунологических реакций (которое рекомендуется некоторыми авторами) для повышения эффективности диагностики эхинококкоза является трудоемким процессом и требует удвоенных, утроенных материальных и временных затрат. Если к тому же учесть то обстоятельство, что последнее не всегда выполнимо вследствие определенных сложностей в поставках реактивов и диагностикумов, а зачастую их прекращения, то становится очевидным необходимость поиска других, более простых, и в то же время специфичных методов ранней диагностики эхинококкоза и его дифференциации с туберкулезом, раком легкого и другими очаговыми, полостными заболеваниями легких.

Нами проведен анализ сведений о 120 больных, ошибочно направленных с диагнозом ЭЛ на догоспитальном этапе и симулировавших рентгенологически паразитарную кисту легкого (табл. 1).

Таблица 1 - Сводные данные по заболеваниям, симулировавшим эл

№	Заболевания	Оперированные	Неоперированные	ВСЕГО
1.	Туберкулема	8	5	13
2.	Первичный рак легкого	17	9	26
3.	Киста перикарда	4	-	4
4.	Релаксация диафрагмы	2	5	7
5.	Невринома средостения	4	-	4
6.	Осумкованный плеврит	3	6	9
7.	Гамартома легкого	5	-	5
8.	Фиброма легкого	3	-	3
9.	Непаразитарные кисты легкого	9	5	14
10.	Лимфосаркома средостения	1	-	1
11.	Абсцесс легкого	2	5	7
12.	Киста средостения	3	-	3
13.	Остеохондрома ребра	2	1	3
14.	Хроническая пневмония	2	11	13
15.	Парастернальная липома	3	3	6
16.	Аневризма сосудов легкого	1	1	2
	ВСЕГО	69	51	120

Как видно по таблице1, чаще всего ЭЛ симулируют рак легкого, туберкулема, непаразитарные кисты (ретенционная, бронхогенная и др.). Следует отметить, что аналогичные ошибочные диагнозы направивших лечебных учреждений были отмечены у 824 оперированных нами больных ЭЛ.

Дифференциальная диагностика ЭЛ несмотря на применение современных методов исследования, все еще остается трудноразрешимой задачей. КТ, МРТ и УЗИ (определяет только пристеночно расположенные кисты), которые эффективны при дифференциации эхинококкоза от округло-овальных теней некистозного характера не позволяют установить природу кистозного образования легкого, а также эти методы (КТ,МРТ,ИФА) исследования все еще не совсем доступны широкой сети практического здравоохранения.

Трудно дифференцировать рентгенологически ЭЛ от круглого интралобарного рака, если границы последнего резко очерчены, имеет округлую форму, расположен далеко от полюса, растет медленно и длительное время протекает бессимптомно. Особенно сходна картина при малых величинах

этих образований. Наибольшие трудности также представляет дифференциальная диагностика ЭЛ с периферическим раком в «развитой фазе», когда опухоль имеет размеры более 3 см и форма ее становится неправильно округлой. Хотя многие авторы указывают на высокую (75%–95%) разрешающую способность трансторакальной аспирационной биопсии при полостной форме рака легкого, однако получение достоверного материала с утолщенной части стенки не всегда возможно.

При дифференциации ЭЛ от туберкулемы – кровохарканье, локализация, форма, размеры, контуры затемнения не имеют решающего значения, так как они могут быть идентичны, а известковые включения, наличие дорожки инфильтрата к корню легкого, характерные для туберкулемы, могут отсутствовать. Одной из наименее разрешенных проблем пульмонологии является дифференциация нагноившегося ЭЛ и остро абсцесса легкого. Дифференциально-диагностические трудности вызваны характерным для обеих заболеваний сходством клинических и рентгенологических проявлений. Рентгенологическая картина после прорыва в бронх характеризуется наличием полости в легком с уровнем жидкости и в том и другом случаях. В тех случаях, когда полость невелика и располагается субплеврально и другие методы исследования не дают желаемого результата, методом выбора может оказаться трансторакальная аспирационная биопсия. Однако получение гнойного содержимого в аспирате не подтверждает диагноз абсцесса, так как нагноение может быть результатом вторичного инфицирования полости другого генеза, а при ЭЛ – пункция противопоказана ввиду опасности обсеменения.



Рисунок 1 - Хемилуминометр медицинский ХЛМЦ-01 «Свет»

Также возникают трудности при дифференциальной диагностике ЭЛ с воздушными кистами, особенно при ее вторичном воспалении. Поскольку воздушная киста не содержит жидкости, она дает малоинтенсивную тень, наподобие тонкостенной, крупноочаговой деструкции без выраженной периферической реакции. Нелегко ее дифференцировать с полостью, возникшей на месте опорожнившейся в бронх паразитарной кисты. Недостаточная чувствительность примененных нами РК, РЛА и РНГА (положительный результат в 70%, 73,2% и 80,7% случаях соответственно), а также трудности в рентгенологической дифференциальной диагностике, особенно между такими часто встречающимися шаровидными образованиями легких региона Южного Казахстана, как эхинококкоз, рак и туберкулема побудило нас искать другие более специфичные и простые методы ранней и дифференциальной диагностики ЭЛ. Исходя из вышеизложенного, нами разработана методика определения этиологии отмеченных шаровидных образований легких путем хемилуминесценции плазмы крови на приборе ХЛМЦ – 01 «Свет» (рис. 1) после 5 мин. инкубации цельной крови со специфическими диагностикумами (эхинококковая жидкость, туберкулин, 10% гомогенат ткани легкого с плоскоклеточным раком) (АС №1763983 СССР). Всего было обследовано по данной методике 355 больных с округло-овальными затемнениями в легких (эхинококкоз – 186, рак – 97, туберкулема – 72).

При увеличении общей светосуммы сверхслабого свечения в 1,5 и более раза по сравнению с контролем диагностируется соответственно добавленному диагностикуму или эхинококкоз, или туберкулез, или злокачественное новообразование (табл. 2).

Туберкулему ХЛ способом удалось диагностировать у 69 больных, что составило 95,8%, периферический рак – у 90 (92,7%), а ЭЛ – у 183 больных (98,4%) из 186. Отрицательные результаты у 3 больных ЭЛ, объясняются тем, что у данных обследованных лиц были сопутствующие заболевания в виде коллагенозного поражения (2) и лимфогранулематоза (1), при которых происходит угнетение сверхслабого свечения. Типичные хемилуминограммы плазмы крови у доноров и больных «шаровидными» образованиями легких представлены на рисунке 2 и 3.

Таблица 2 -Индукцированная хемилуминесценция плазмы крови при воздействии различных диагностикумов у больных эхинококкозом, туберкулемой и плоскоклеточным раком легкого

Группы	Индукцированная общая светосумма (M+m) 103имп/5 мин						
	До инкубации	После инкубации	P	Соотношение до/после инкубации			
Доноры, n=35							
1.	33,4±1,1	33,4±1,2	34,6±1,2	35,3±1,3	>0,05	1,03±0,03	1,05±0,05
2.	33,6±1,3	33,7±1,1	34,6±1,2	26,7±1,1	>0,05	1,02±0,003	0,79±0,02
3.					>0,5		
4.					<0,05		
Больные с туберкулёмой легкого, n=72							
1.	72,3±2,1	72,6±2,0	75,6±2,2	283,5±7,1	<0,001	1,04±0,16	3,92±0,21
2.	72,6±2,1	70,3±2,0	76,1±2,6	69,6±2,9	>0,05	0,95±0,03	
3.					>0,05		
4.					>0,5		
Больные с эхинококкозом легкого, n=186							
1.	71,4±9,6	71,6±3,1	74,6±3,1	73,6±2,2	>0,05	1,11±0,04	1,02±0,05
2.	71,7±2,3	69,3±2,0	243,8±7,3	67,3±2,0	>0,05	0,97±0,02	
3.					<0,001		
4.					>0,05		
Больные с плоскоклеточным раком легкого, n=97							
1.	17,3±0,51		16,4±0,41	16,8±0,41	>0,05	0,94±0,03	0,91±0,04
2.	18,4±0,61		17,6±0,36	47,3±0,95	>0,05	2,9±0,07	0,94±0,05
3.	18,6±0,51				>0,5		
4.	16,3±0,71				<0,001		

Примечание: общая светосумма при добавлении 1-физ.р-ра, 2-туберкулина, 3-эхинококковой жидкости, 4-ракового диагностикума.

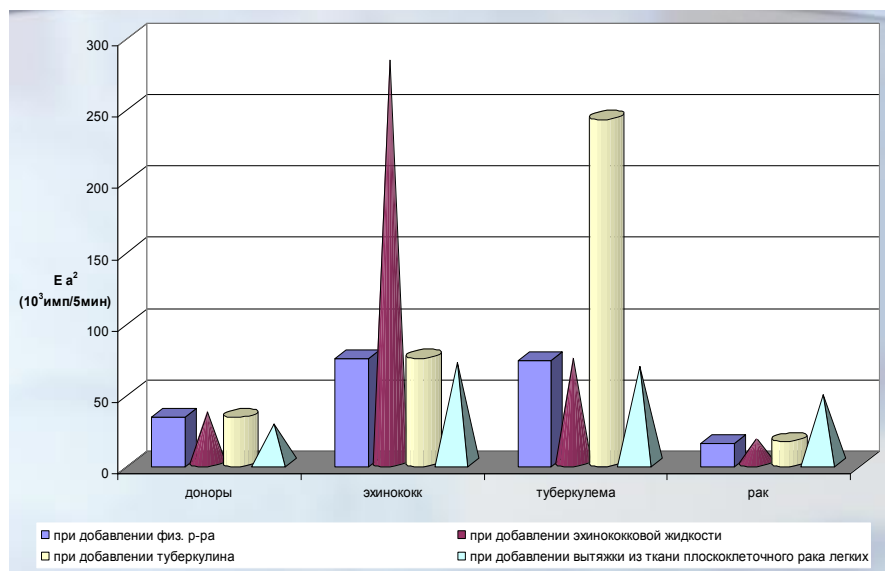
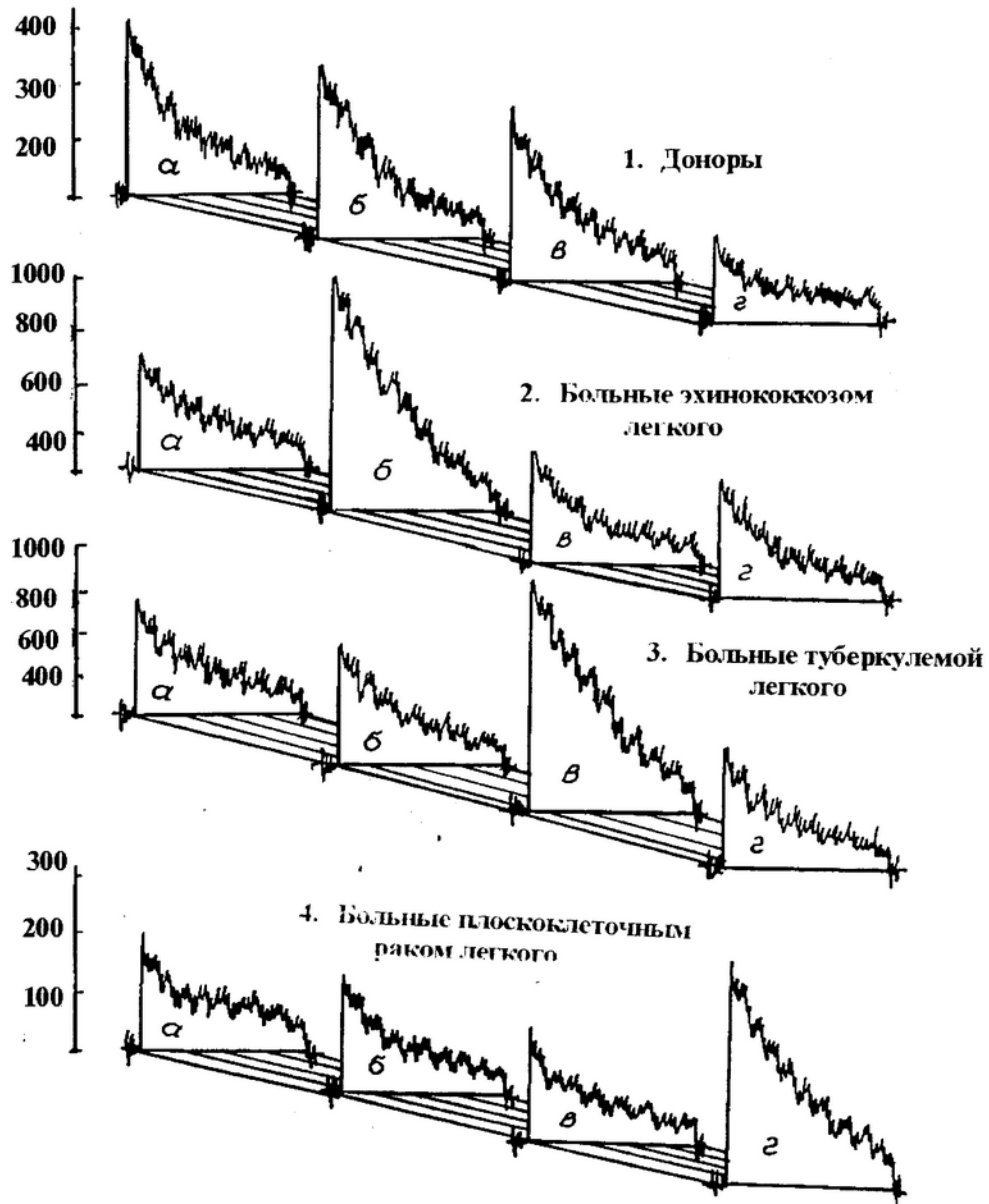




Рис.2. Индуцированная хемилуминисценция плазмы крови у больных шаровидными образованиями легких.



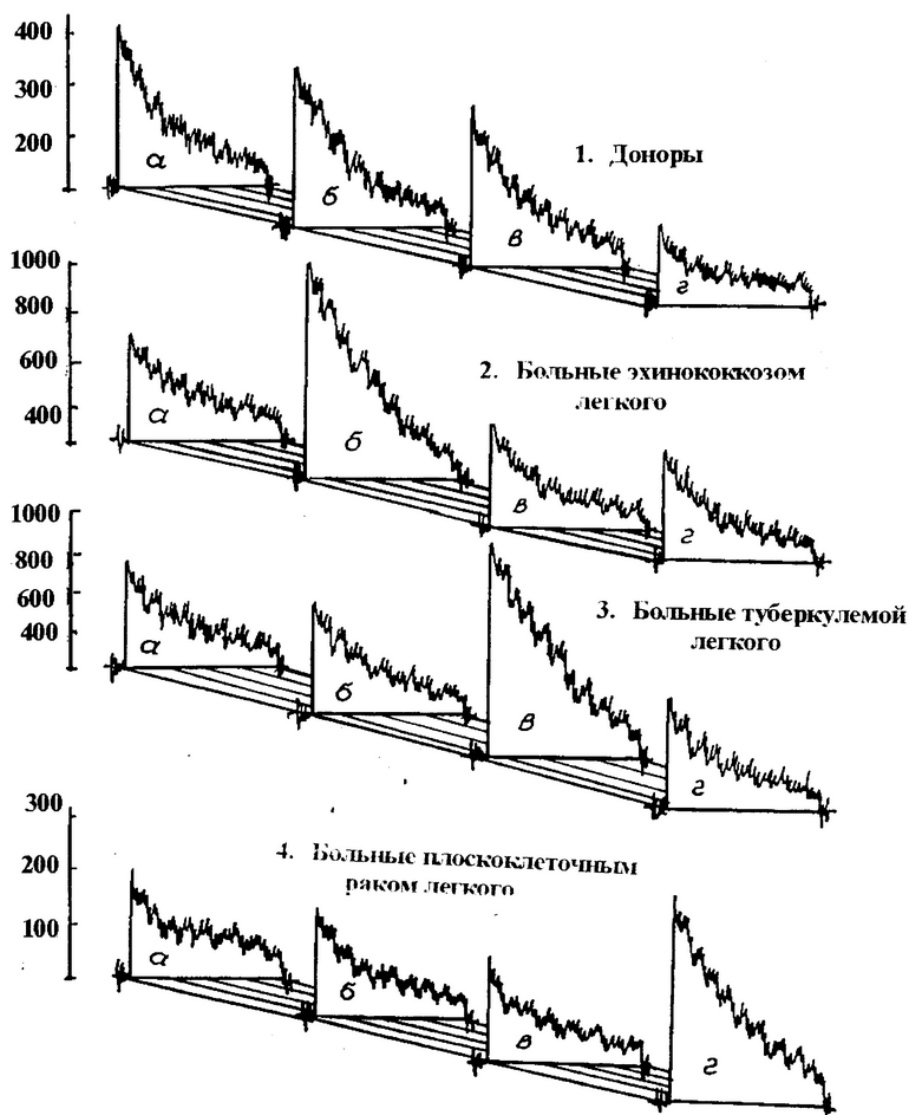


Рисунок 3 - Типичные хемилуминограммы плазмы крови у больных с шаровидными образованиями легких: а – при добавлении физ. раствора; б – при добавлении эхинококковой жидкости; в – при добавлении туберкулина; г – при добавлении вытяжки из опухолевой ткани легкого

Как видно по таблице 2 и рисунку 2,3 у больных при добавлении соответствующих специфических диагностических тестов, т. е. при добавлении физиологического раствора (а), раствора туберкулина (б), эхинококковой жидкости (в) и 10% гомогената из опухолевой ткани легкого (г) общая светосумма плазмы крови, по сравнению с контролем, увеличивалась более чем в 1,5 – 3 раза у больных туберкулезом, эхинококкозом и раком легких, а при добавлении выше указанных индукторов в кровь доноров достоверных сдвигов не установлено. Положительный эффект данного способа заключается, во-первых, что дифференцируется генез шаровидных образований легких, во-вторых, ускоряется (48 раз) и повышается чувствительность диагностики шаровидных образований легких от 10 до 46%.

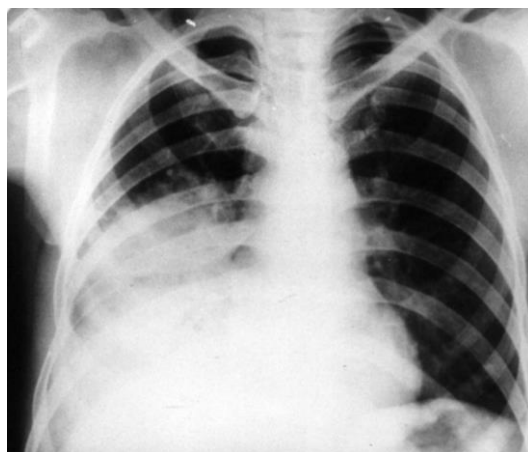


Рисунок 4 - Обзорная рентгенограмма легких больного К. В нижнем легочном поле справа определяется неоднородная тень 13,0x16,0 см с неровными контурами.

В качестве примера приводим следующее наблюдение: больной К., 43г, и.б. № 166, поступил в торакальное отделение с диагнозом: Рак правого легкого? Болен в течение последних 4-5 мес. Стационарное лечение в терапевтическом отделении по поводу пневмонии без эффекта. При поступлении состояние средней тяжести. Жалобы на боли в грудной клетке справа, субфебрильную температуру, кашель со скудной мокротой, кровохарканье, слабость, похудание. Обследован клинически и рентгено-логически: Ан.крови: Нв –118 г/л, Л – 4,0x10<sup>9</sup>/л, СОЭ–64 мм/час, э – 2, лимф–30. РК и РЛА –отрицательные. На обзорной рентгенограмме легких (рис.4.) определяется затемнение нижней доли правого легкого с неровными контурами, размерами 13x16 см.

На бронхограмме правого легкого (рис.5) симптом «ампутации бронха» нижнедолевого бронха. Бронхоскопия со взятием промывных вод на атипические клетки существенного в диагностике не выявила.

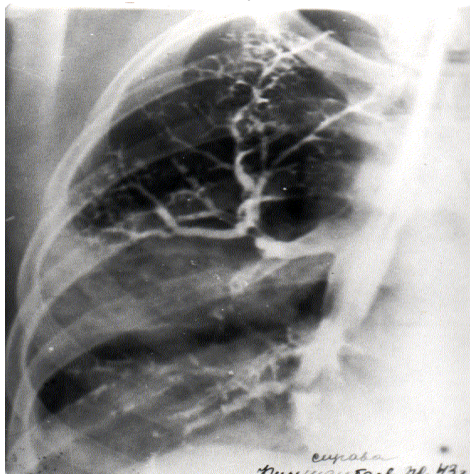


Рисунок 5 - Бронхограмма правого легкого больного К. Определяется «ампутация» нижнедолевого бронха правого легкого.

При исследовании общей светосуммы плазмы крови по нашей методике были получены следующие результаты (табл. 3)

Таблица 3 - Индуцированная хемилюминесценция плазмы крови у больного.

Показатели ХЛ	Вид реакций			
	Кровь + физ. Раствор	Кровь + туберкулин	Кровь + эхинококковая жидкость	Кровь +10% вытяжка из опухолевой ткани легкого
Общая светосумма индуцированной хемилюминесценции плазмы крови (103имп /5 мин)	71,6	73,6	300,7	67,3
Соотношение индуци-рованной общей светосуммы опыта и контроля	-	0,99	4,2	0,94

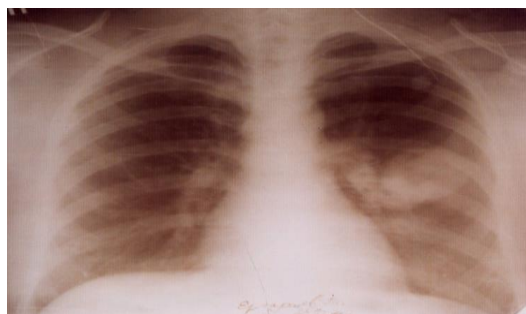


Рисунок 6 - Обзорная рентгенограмма легких больного Е . В среднем легочном поле слева округлая тень 5,0x6,0 см, в верхнем-1,0x1,0 см

Таблица 4 - Индуцированная хемилюминесценция плазмы крови у больного

Показатели ХЛ	Вид реакций			
	Кровь + физ. Раствор	Кровь + туберкулин	Кровь + эхинококковая жидкость	Кровь + 10% вытяжка из опухоли-левой ткани легкого
Общая светосумма индуцированной хемилюминесценции плазмы крови (103имп /5 мин)	75,3	76,1	179,9	69,6
Соотношение индуцированной общей светосуммы опыта и контроля	-	0,98	2,39	0,92

Заключение: Из трех образцов плазмы только в случае добавления туберкулина произошло увеличение общей светосуммы сверхслабого свечения в 2,39 раза. Диагноз: Туберкулемы левого легкого. Больной был оперирован, диагноз подтверждён.



Рисунок 7 - Томограмма правого легкого больного Х. В верхнем легочном поле справа округлой формы «сухая» полость 4,5x4,0 см с относительно четкими контурами.

Таблица 5 - Индуцированная хемилюминесценция плазмы крови у больного х.

Показатели ХЛ	Вид реакций			
	Кровь + физ. Раствор	Кровь + туберкулин	Кровь + эхинококковая жидкость	Кровь +10% вытяжка из опу-холевой ткани легкого
Общая светосумма индуцированной хемилюминесценции плазмы крови (103имп /5 мин)	16,6	16,8	17,8	47,8
Соотношение индуцированной общей светосуммы опыта и контроля	-	1,01	1,07	2,88

Заключение: Из трех образцов плазмы только в случае добавления вытяжки опухолевой ткани произошло увеличение общей светосуммы сверхслабого свечения в 2,88 раза. Диагноз: Полостная форма рака верхней доли правого легкого. Больной был оперирован: диагноз подтвержден, произведена верхнедолевая лобэктомия с лимфодиссекцией.

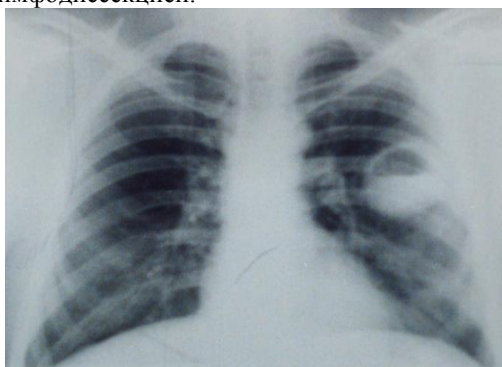


Рисунок 8 - Обзорная рентгенограмма легких больного К. Определяется полость 8,0x7,0 см с горизонтальным уровнем жидкости в левом легком.

Таблица 6 - Индуцированная хемилюминесценция плазмы крови у больного к.

Показатели ХЛ	Вид реакций			
	Кровь + физ. Раствор	Кровь + туберкулин	Кровь + эхинококковая жидкость	Кровь +10% вытяжка из опухолевой ткани легкого
Общая светосумма индуцированной хемилюминесценции плазмы крови (103имп /5 мин)	63,3	60,7	63,9	57,6
Соотношение индуцированной общей светосуммы опыта и контроля	-	0,96	1,01	0,91

Заключение: Из трех образцов плазмы нигде не произошло увеличения сверхслабого свечения больше 1,0. Диагноз: данные нозологии исключены. Проведена антибактериальная терапия в течение 2-х недель. На контрольной рентгенограмме определяется сухая полость 2,0x2,5см. (рис.9.). Диагноз: Абсцесс левого легкого (рис. 10).

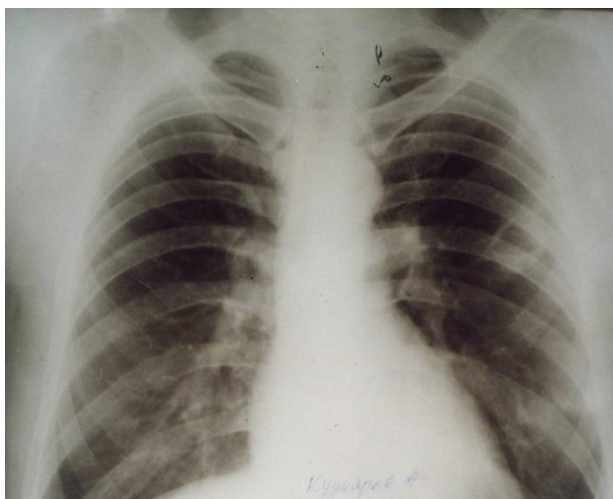


Рисунок 9 - Рентгенограмма легких того же больного К. после лечения. Определяется сухая полость (булла) 2,0x2,5 см.

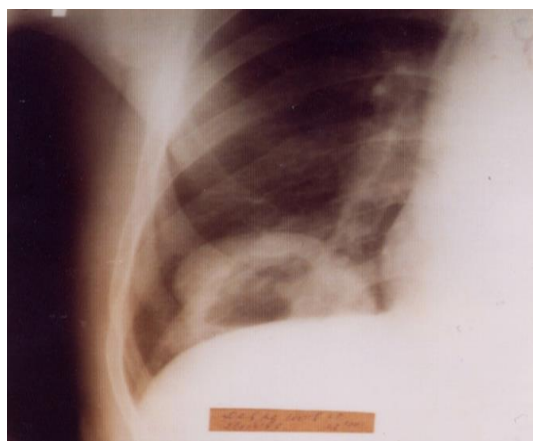


Рисунок 10 - Рентгенограмма правого легкого больного Д. В проекции нижней доли правого легкого округлая тень 8,5x6,0 см с газом в верхнем полюсе.

Таблица 7 - Индуцированная хемилюминесценция плазмы крови у больного д.

Показатели ХЛ	Вид реакций			
	Кровь + физ. Раствор	Кровь + туберкулин	Кровь + эхинококковая жидкость	Кровь +10% вытяжка из опухолевой ткани легкого
Общая светосумма индуцированной хемилюминесценции плазмы крови (103имп /5 мин)	16,4	16,8	16,6	52,8
Соотношение индуцированной общей светосуммы опыта и контроля	-	1,02	1,01	3,2

Заключение: Из трех образцов плазмы только в случае добавления вытяжки из опухолевой ткани произошло увеличение общей светосуммы сверхслабого свечения в 3,2 раза. Диагноз: Полостная форма рака нижней доли правого легкого (рис. 11). Больной был оперирован: в нижней доле правого легкого обнаружена раковая опухоль, произведена лобэктомия с лимфодиссекцией.



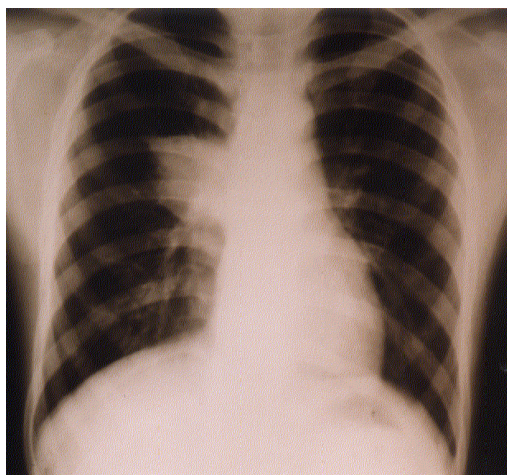


Рисунок 11 - Обзорная рентгенограмма легких больного С. У корня правого легкого неправильной формы тень 6,5x7,0 см.

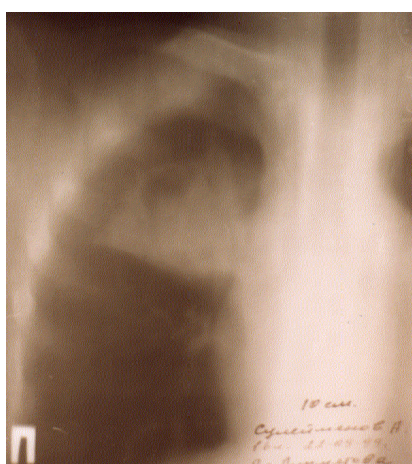


Рисунок 12 -Томограмма правого легкого больного С. В третьем сегменте (S-III) правого легкого тень 6,5x7,0 см с полициклическим контуром и распадом.

Таблица 8 - Индуцированная хемилюминесценция плазмы крови у больного с.

Показатели ХЛ	Вид реакций			
	Кровь + физ. раствор	Кровь + туберкулин	Кровь + эхинококковая жидкость	Кровь+10% вытяжка из опухолевой ткани легкого
Общая светосумма индуцированной хемилюми-несценции плазмы крови (103имп /5 мин)	56,3	140,7	56,9	54,3
Соотношение индуци-рованной общей светосуммы опыта и контроля	-	2,49	1,01	0,96

Заключение: Из трех образцов плазмы только в случае добавления эхинококковой жидкости произошло увеличение общей светосуммы сверхслабого свечения в 2,5 раза. Диагноз: Эхинококкоз легкого. Боль-ной был оперирован: в верхней доле правого легкого обнаружена нагноившаяся, частично опорожнив-шая в бронх эхинококковая киста, произведена эхинококкэктомия . С учетом вышеизложенного, нами разработан дифференциально-диагностический алгоритм по определе-нию этиологии некоторых «шаровидных» образований легких с краткой схемой диагностических и лечебных мероприятий. При поступлении больного с подозрением на ЭЛ в процессе его обследования путем исследования пери-фе-

рической крови, УЗИ и рентгеновского исследования легкого, РК и РЛА примерно в 50-70% случаев сразу удается диагностировать ЭЛ и эти больные подвергаются оперативному лечению.

Остальные 30-50% больных с «шаровидными» образованиями легкого подвергаются более тщательному всестороннему обследованию: томографии, КТ, МРТ, бронхоскопии со взятием биопсии и исследованием промывных вод бронхов на атипические клетки, туберкулиновые пробы, бронхография и т. д. Таким путем у ½ этих больных удается отдифференцировать туберкулему, рак или абсцесс легкого и предпринять адекватный способ лечения. У остальной половины все же диагноз остается неясным. Кровь этих больных подвергается хемилюминесценции со специфическими диагностикумами для дифференциации ЭЛ, туберкулемы и рака легкого. При этом, как было указано выше, удается отдифференцировать ЭЛ в 98,4% случаях, туберкулему – в 95,8% и рак легкого – в 92,7% (Рис. 14.).

**Выводы:** Таким образом, разработанный хемилюминесцентный способ ранней диагностики ЭЛ обладает высокой степенью чувствительности (100%) и специфичности (98-100%). При определении этиологии «шаровидных» образований легких необходимо начинать с простых, безвредных, неинвазивных методов диагностики. Применение хемилюминесцентного способа имеет решающее значение при определении этиологии, необходимости и срока хирургического лечения, поэтому его использование следует считать целесообразным после оценки данных предшествующих исследований. Предложенный дифференциально-диагностический алгоритм позволяет провести раннюю диагностику эхинококкоза, туберкулемы, рака легкого и других «шаровидных», полостных образований и выбрать своевременный оптимальный метод лечения.

#### Литература

1. Акматов Б.А. Эхинококкоз. – Бишкек, 1994.–158 с.
2. Алиев М.А., Бейсебаев А.А., Иоффе Л.Ц. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза легких // Грудн. хир.–1984.-№3.–С. 40-42.
3. Алиев М.А., Воронов С.А., Ракишев Г.Б. и др. Хирургическая тактика при эхинококкозе легких // Мат. Респ. конф.: Эхинококкоз и очаг. забол. паренхим. органов человека.–Шымкент, 1998.–С. 11-13.
4. Алиев М.А., Доскалиев Ж.А., Сейсембаев М.А. и др. Проблемы эхинококкоза в Казахстане и Кыргызстане // Медицина и экология.–1997.-№3.–С. 48-51.
5. Аскерханов Р.П., Гилевич Ю.С., Русаков В.И. и др. Сравнительная оценка специфических лабораторных методов диагностики эхинококковой болезни // Вестн. хир.–1986.-№6.–С. 3-7.
6. Вишневикий А.А., Борисов В.В., Рустамов И.Р. и др. Дифференциальная диагностика полостных образований легких // Клини. медицина.–1988.-№10. –С.14-20.
7. Воронов С.А., Димент Э.Л., Максимова Е.Л. Ультразвуковое исследование в хирургическом лечении периферических образований легких // Мат. III съезда онкологов и рентгенорадиологов РК.–Алматы, 1994.–С. 457-459.
8. Геллер И.Ю. Эхинококкоз. –М.: Медицина, 1989.–208 с.
9. Логинова А.Я., Максимов А.П., Абдулхакова Д.И. К дифференциальной рентгенодиагностике эхинококка легкого // VI Респ. онкол. конф.: Тез. докл.–Казань, 1982.–С. 266-270.
10. Огай И.В., Стариков А.Н. Ошибки диагностики и хирургическое лечение эхинококкоза легких // В кн.: Актуальные вопросы легочной хирургии.–М., 1974.–С. 89-91.
11. Смилтниец Э.Х., Амолинш А.Е., Демидов Г.И. Рентгеноморфологический анализ шаровидных образований легких // Проблемы туберкулеза, 1988.-№8.–С. 21-23.
12. Тодуа Ф.И., Успенский Л.В., Нуднов Н.В. и др. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике шаровидных образований легких // Хирургия.–1987.-№4.–С. 58-62.
13. Туреинов Ф.И., Умарова М.К. К вопросу дифференциальной диагностики эхинококкоза легких // В кн.: Эпид. особенности туберкулеза в начальном периоде интеграции фтизиатрии и пульмонологии.–Вильнюс, 1980.–С. 249-252.
14. Упитер М.З., Ананьев В.Ф., Вардя Э.О. и др. К вопросу о диагностике «шаровидных» образований легких // Вестн. рентгенол. и радиологии.–1974.-№1.–С. 3-7.
15. Эль-Муалля А.А. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза человека (по материалам Алжира): Дис. ...докт. мед. наук.–М., 1990.–309 с.

#### Түйін

О.Қ.Құлақеев, Н.Ж. Орманов

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан.

#### ӨКПЕНІҢ «ШАР» ТӘРІЗДІ ЖӘНЕ БАСҚА ҚУЫСТЫ ҚҰРЫЛЫМДАРЫН АНЫҚТАУ БАРЫСЫНДА КЕЗДЕСЕТІН ҚИЫНДЫҚТАР ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ШЕШУ ЖОЛДАРЫ

Бұл жұмыста өкпенің «шар» тәрізді және басқа қуысты құрылымдарын анықтау барысында кездесетін қиындықтар, оларды анықтаудың әр түрлі әдістерінің тиімділігін бағалауға арналған әде-биеттердің мағлұматтарына жалпы шолу жасалған. Оңтүстік Қазақстан аймағында өкпе эхинококкозы көп жағдайда туберкулема және өкпе катерлі ісігіне ұқсайды. Өкпедегі аталған «шар» тәрізді және қуыс-ты құрылымдарды емдеудің уақытылы және



тиімді әдістерін таңдау мақсатында олардың этиологиясын анықтау көп жағдайда аса қиынға соғуы мүмкін. Ұсынылып отырған осы патологиялық бірліктердің дифференциалдық диагностикасында хемилюминесценция әдісін қолдану осы құрылымдарды ерте анықтауға мүмкіндік беретін, сезімталдығы жоғары әдіс болып табылады.

**Кілт сөздер:** өкпе, шар тәрізді құрылым, диагностикалау, өкпені сканерлеу, паразиттер, өкпе хирургиясы.

#### Summary

OK. Kulakeyev, N.ZH. Ormanov

JSC "South Kazakhstan Medical Academy", Shymkent, Kazakhstan

### DIFFICULTIES OF DIAGNOSTICS OF "SPHERICAL" AND OTHER LOCAL EDUCATIONS OF THE LUNGS, THE WAYS OF THEIR SOLUTION

This paper summarizes the literature on the difficulties of diagnosis and differential diagnosis of "spherical" and cavitary lung formations, assesses the effectiveness of various diagnostic methods. In the South Kazakhstan region, lung echinococcosis most often simulates tuberculosis and lung cancer. Determination of the etiology of data spherical and cavitary lung formations, to select a timely, optimal method of treatment, is sometimes very difficult. The proposed differential diagnostic algorithm for determining the etiology of these nosology units, which is based on the developed chemiluminescent diagnostic method, with a high degree of sensitivity and specificity (up to 100%), allows for early diagnosis of echinococcosis, tuberculosis, cancer and other lung cavity structures.

**Keywords:** fair, balloon formation, diagnostics, scanning of legs, parasites, directing surgery

МРНТИ 76.29.39

УДК 616.33-089.844

О. Б. Оспанов, Е. Е. Султанов, З. Ш. Ибрагимова, М. А. Тулегенов, Е. Р. Тузелбаев

ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница» Шымкент, Казахстан

### РЕСТРИКТИВНЫЕ БАРИАТРИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

#### Резюме

Результаты изучения применения регулируемого бандажирования желудка по всему миру показали, что в 2003 году на лапароскопическую AGB приходилось 24% от всех операций по поводу ожирения, в то же время 26% приходилось на лапароскопическое желудочное шунтирование по Ру и 23% на открытое желудочное шунтирование. Все вышперечисленное объясняет поиск новых безопасных методов хирургического лечения ожирения и развитие старых, «незаслуженно» забытых методов, как например, гастропликация, бандажирование желудка. С помощью технологии бандажирования желудка можно добиться снижения до 50-60% лишнего веса. Применение бандажа основано на формировании иллюзии сытости, путем создания высокого давления в верхней части желудка сразу после первого глотка пищи.

**Ключевые слова:** желудок, бандаж, шунтирование, гастропликация, снижение веса.

В соответствии с общепринятыми принципами в бариатрии, показаниями к оперативному лечению служит отнесение к III классу (степени) ожирения при индексе массы тела > 40 кг/м<sup>2</sup> или при II классе (степени) ожирения при ИМТ > 35-39.9 кг/м<sup>2</sup> при наличии связанных с ожирением сопутствующих заболеваний, особенно при сахарном диабете 2-го типа. Хирургические бариатрические операции могут быть классифицированы как:

I. Рестриктивные (ограничительные);

II. Рестриктивно-мальабсорбтивные (комбинированные);

III. Мальабсорбтивные;

IV. Другие бариатрические вмешательства.

Рестриктивный вид бариатрических операций является менее агрессивным, более доступным, менее экономически затратным и поэтому развивался и изучался на всех исторических этапах становления бариатрической хирургии [2 3 4 5 6].

Kirk R.M. (1969) является одним из пионеров рестриктивных операций в целом и для гастропликации в частности, им экспериментально доказано, что инверсия большой кривизны желудка в просвет данного органа наиболее эффективная для снижения веса по сравнению с другими типами инверсии стенки желудка [7]. Printen K J, Mason EE (1973) были первыми, кто внедрил чисто

рестриктивные операции в хирургию ожирения [8]. Mason E.E. (1982) предложил вертикальную бандажируемую гастропластику - vertical banded gastroplasty (VBG) с созданием малого желудка емкостью менее 50 мл с окольцовыванием выхода из него с помощью полипропиленовой сетки [9]. Данная операция может быть проведена и для больных с тяжелой степенью ожирения [10,11]. В лапароскопическом варианте данная операция выполнена и впервые описана Chua TY, Mendiola RM (1995) [12]. Но данная методика подверглась критике из-за неудовлетворительные результаты [13,14]. И поэтому частота выполнения данной гастропластики снизилось, составив, например в США, только 7% бариатрических операций в 2002 году [15]. Несмотря на это было предложено использовать различные устройства для ограничения емкости желудка, из них наиболее примечательным было использование силиконовой полоски или ленты [16,17,18]. Другим было предложением Hess DW, Hess DS (1994) выполнять вертикальную бандажируемую гастропластику с полным пересечением степлерной линии [19].

Однако, в виду неудовлетворительных результатов нерегулируемых методик VBG, были проведены экспериментальные работы для разработки регулируемых методик, которые затем применены и в клинической практике [2021]. В последующем, Natalini G, Breccolotto F, Carloni G, Calzoni L (1999) рекомендовали применять только регулируемую рестриктивную операцию, а именно регулируемый бандаж (бандажирование) желудка - adjustable gastric band (AGB) [22]. При сравнительном анализе в отдаленном периоде 1011 пациентов, повторные операции составили для AGB группы 7% в то время как для VBG до 15,6%, что подтверждает превосходство регулируемого бандажирования над нерегулируемым [23].

Накопленный значительный опыт в Европе по использованию системы «LAP-BAND» произведенной компанией Bioenterics (Inamed Corporation, США) [242526272829] и устройство шведской группы (SAGB, Obtech AG, Ethicon) [3031], привел к их постепенному совершенствованию и улучшению результатов их использования. С помощью технологии бандажирования желудка можно добиться снижения до 50-60% лишнего веса [323334353637].

Результаты изучения применения регулируемого бандажирования желудка по всему миру показало, что в 2003 году на лапароскопическую AGB приходилось 24% от всех операций по поводу ожирения, в то же время 26% приходилось на лапароскопическое желудочное шунтирование по Ру и 23% на открытое желудочное шунтирование [38]

Современный бандаж желудка (AGB) - это сложная многокомпонентная структура, разделяющая желудок на две части: верхнюю вмещающую не более 10-15 миллилитров и нижнюю, основную часть желудка [39]. Применение бандажа основано на формировании иллюзии сытости, путем создания высокого давления в верхней части желудка сразу после первого глотка пищи. Небольшое количество пищи поступает в верхнюю часть желудка и медленно проходит через узкое переходное отверстие в нижние отделы желудка, при этом осуществляя длительное воздействие на верхние рецепторы слизистой оболочки желудка. Сигналы от нервных окончаний поступают в головной мозг, возбуждая центр насыщения, формируя и сохраняя иллюзию сытости в течение длительного времени. Внутри бандажа находится мягкий баллон, который имеет возможность изменять диаметр отверстия между малым и основным желудком. Регулировка диаметра бандажа осуществляется через 3-5 недель после его установки через специальный катетер, который выходит из брюшной полости и соединяется со специальным титановым портом, расположенным под кожей. Как правило, необходимо две-три регулировки, чтобы подобрать необходимый диаметр отверстия.

До недавнего времени бандажирование желудка считалось наименее инвазивной и общедоступной бариатрической операцией, но, к сожалению, после накопления значительного опыта оказалось, что осложнения данной операции встречаются от 5% до 37% случаев [4041]. Установлено так же, что данная операция у 13,7% оперированных приводит к менее 25%-му результату по потери лишнего веса тела. Однако, у 12,7% требуется проведение реоперации в виду таких специфических осложнений, такие как дисфагия, пищеводная дилатация и эффект «соскальзывания» требующие в свою очередь хирургического репозиционирования [42]. Кроме того, выявлены сложности настройки порта для регулирования внутреннего отверстия, дискомфорт от наличия устройства, его миграции, образования эрозий и пролежни стенки желудка, и другие поломки системы, а так же прочие тяжелые осложнения данного метода [434445]. При этом повторное бандажирование так же сопровождается высокой частотой осложнений [4647]. Поэтому, в данном случае, методом выбора может стать перевод бандажирования желудка в гастрощунтирование [48]. Все вышеперечисленное объясняет поиск новых безопасных методов хирургического лечения ожирения и развитие старых, «незаслуженно» забытых методов, как например, гастропластики, экспериментально обоснованный Kirk R.M. еще в 1969 году.

Wilkinson LH, Peloso OA.(1981) с 1976 года прооперировали 100 пациентов с ожирением по оригинальной рестриктивной методике, включавшую фундопликацию типа Ниссена и гастропластику со стороны малой кривизны желудка для уменьшения емкости желудка [49]. Несмотря на хороший эффект операции и отсутствие рефлюкс-эзофагита после операции данный метод не получил распространения,

по-видимому из-за травматичности применявшегося открытого метода и технической несовершенности предложенного способа. Продолжил реализацию данной идеи Tretbar L.L. и др. (1996), которые противопоставляли лапароскопическую фундопликацию и гастропликацию в качестве альтернативы традиционным и популярным на тот момент, но гораздо более агрессивным операциям, таким как тощеподвздошное и желудочное шунтирование [50]. Их предложение было основано на наблюдениях за результатами оперированных 400 больных, которым выполнены были антирефлюксные операции. Потеря веса за 5-16 месяцев после операции в среднем составила 36%. При этом конверсия лапароскопических операций потребовалась только у 20 пациентов.

Neumayer C, Ciovia R, Gadenstatter M и др. (2004) [51], так же описали "значительную" потерю веса после фундопликации по Nissen, без использования сетки, которую ранее предлагали применять для обертывания желудка. Потеря веса в среднем 3,9 кг, со слов авторов, оказалась стабильной и устойчивой после 12 месяцев. По их мнению, это было в пользу развития идеи индуцированного, устойчивого снижения веса без удаления и реконструкции желудка или кишечника, а так же без использования инородных материалов типа пластиковых устройств.

Fusco P.E. и др. (2007) проанализировав данные своего исследования с 2006 по 2007 годы и сравнив бариатрическую эффективность двух методов: инвагинацию передней стенки желудка и инвагинацию большой кривизны желудка, выявили, что большая потеря веса наблюдается при инверсии большой кривизны желудка [52]. Данная работа так же стала подтверждением опубликованных экспериментальных данных Kirk R.M. [ ].

Talebrouq M, Amoli BS. (2007) впервые представили с современных позиций клинический доклад по уменьшению объема желудка с помощью лапароскопической гастропликации, как самостоятельной операции для хирургии ожирения [53]. Опубликованный опыт использования их метода на 100 пациентах показал относительную безопасность и минимальные осложнения. Средняя потеря лишнего веса через 1 год составила 61%, через 2 года была 60%, а через 3 года составила 57% (в 56, 50 и 11 случаях соответственно).

George Skrekas (2008) опубликовал результаты своего исследования по применению новой лапароскопической техники гастропликации, названной им как «лапароскопическая тотальная вертикальная желудочная пликация» ("Laparoscopic Total Gastric Vertical Plication"(LTGVP)) [54]. В доклад автора включены данные по 52-м пациентам, которые находились под наблюдением после операции от 6 до 16 месяцев. Средняя потеря излишнего веса составила 62%, а в целом 80% пациентов потеряли более половины своей избыточной массой тела. Кроме того, в работе отмечено, что по сравнению с результатами бандажирования желудка, потеря веса после LTGVP происходит раньше и более интенсивно.

Ramos A, и др.(2010), применив гастропликацию у 42 пациентов, установили, что средняя потеря избыточной массы тела составила 62% через восемнадцать месяцев наблюдения [55].

Brethauer, и др. (2011) представил данные о гастропликации как альтернативы другим бариатрическим операциям, которые требуют использования сшивающих устройств и бандажирования. Гастропликация выполнена по двум методикам и оказалось, что через один год после операции процент потери лишнего веса при пликации большой кривизны составил 53% против 23% при пликации передней стенки желудка.

Популяризация гастропликации поставила вопросы о возможном закономерном увеличении («растяжении») желудка у пациентов с ожирением. И в этой связи актуальными оказались данные Csendes A, Burgos AM.(2005), которые исследовав размеры, объемы и вес желудков у людей с ожирением и с нормальным весом не нашли существенных различий.

Наиболее важным преимуществом гастропликации является то, что процесс пликации является обратимым, что подразумевает устранение пликации желудка при желании пациента или врача с возвратом его объема и формы. Кроме того, поглощающая способность желудка остается неизменной и поэтому не возникает демпинг-синдрома или пищевой непереносимости, характерных для других бариатрических операций.

Среди различных стран лидирующие позиции в бариатрии занимает США, где по разным оценкам, проводятся сотни тысяч бариатрических операций в год и поэтому информация, поступающая из Американского Общества метаболических и бариатрических хирургов (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS)) является важным не только для развивающихся, но и других развитых стран Америки, Европы и Азии.

В ответ на многочисленные запросы, поступающие в ASMBS от пациентов, врачей, членов общества, больниц относительно лапароскопической гастропликации для лечения ожирения, 8 марта 2011г. обнародованы следующие рекомендации ASMBS: лапароскопическая гастропликация является новым и находящимся на стадии исследования бариатрической операцией в США; сообщения о ближайших и отдаленных (долгосрочных) данных по безопасности и бариатрической эффективности в

медицинской литературе будут всячески поощряться; любой маркетинг или реклама для этой операции должны включать информацию о том, что это исследуемое (изучаемое) вмешательство; вышепредставленные рекомендации не должны быть препятствием для внедрения инновации в бариатрической хирургии [58].

Другой современной ограничительной операцией, которая вытекает из концепции вертикальной гастропластики и операции «Magenstrasse and Mill» [59 60], является лапароскопическая рукавная (слив) резекция желудка (laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG)). LSG была описана в 1988 году в качестве одного из этапов операции Scopinaго для билиопанкреатического шунтирования или желудочного шунтирования [61]. В дальнейшем она предложена Margeau P, Viron S, Bougque R-A и др. (1993) [62], как первый этап операции Scopinaго для пациентов с высоким операционным риском. Последующие исследования показали, что при использовании LSG в качестве первого этапа, снижается вес, тяжесть сопутствующих заболеваний и операционный риск во время второго этапа бариатрической операции [636465].

В течение двухэтапного оперативного лечения было замечено, что изолированное применение LSG оказалось так же действенным методом и в настоящее время данная операция применяется в качестве основной (единственной, изолированной) бариатрической операции [666768 69 70]. Данные различных авторов показали, что LSG обеспечивает существенное снижение веса и улучшение сопутствующих заболеваний в течении 3-5 лет наблюдения [717273].

Очень важным выводом из проведенных исследований являются результаты по определению процента потери лишнего веса. Lee CM, Cirangle PT, Jossart GH (2007) указывают на то, что сравнительные данные показали процент EBWL при LSG через 1 год превосходит процент EBWL при AGB и приближается к данному значению для желудочного шунтирования по Ру и билиопанкреатическому шунтированию [74]. Существенным недостатком LSG является снижение анти-рефлюксных функций пищевода-желудочной зоны с развитием рефлюкс-эзофагита [757677]. Но более опасными осложнениями являются несостоятельность линии механического шва и кровотечение из степлерной линии [7879].

Первый международный консенсус по LSG прошел в 2007 году в США. Участниками консенсуса отмечено, что рукавная резекция желудка является миниинвазивной операцией, которая показывает хорошее разрешение сопутствующих заболеваний и хорошие показатели потери лишнего веса. Но есть риск развития интраоперационных осложнений, которые должны выявляться быстро и устраняться незамедлительно. Как и у других бариатрических операциях, существуют различия в используемой технике выполнения. Лапароскопическая рукавная резекция желудка осуществляется как первый этап операции билиопанкреатического шунтирования при суперожирении и у пациентов с высоким операционным риском. При второй степени (классе) ожирения данная операция может быть выполнена как самостоятельное вмешательство с высокой степенью безопасности [80]. Но главным недостатком рукавной (трубчатой) резекции желудка по сравнению с гастропликацией является высокая вероятность развития рефлюкс-эзофагита [81].

Использование внутрижелудочных баллонов как рестриктивный метод может играть определенную самостоятельную роль в снижении веса при ожирении пациентов или использоваться в предоперационной подготовке для снижения веса при хирургическом лечении пациентов с крайней степенью ожирения [82 83]. Чаще всего используют внутрижелудочный баллон ВІВ (Bioenterics Intra gastric Balloon) корпорации Bioenterics. После введения большую часть объема желудка занимает гладкий шар емкостью 500 мл []. В результате этого ограничивается объем съеденной пищи, количество получаемых калорий уменьшается и происходит снижение массы тела [84]. Преимущество метода в том, что введение в желудок баллона - это не хирургическая операция, а манипуляция, которая выполняется под контролем ФЭГДС. Устройство помещается в желудок длительностью до 6 месяцев, в связи с его разрушением соляной кислотой желудочного сока [85].

К сожалению, использование внутрижелудочных баллонов не только не надежная, но и не достаточно эффективная методика. Процент потери лишнего веса составляет примерно 10, 9% [86], а снижение ИМТ чаще всего находится в интервале от 2-х до 6 кг/м<sup>2</sup>87.

#### Литература

1. Яшков, Ю. И. Операция билиопанкреатического шунтирования у больной сахарным диабетом 2 типа и гиперхолестеринемией / Ю. И. Яшков, Т. А. Оппель // Хирургия. 2002. - №12. - С. 71-72.
2. Феденко В.В. История хирургии ожирения электронный ресурс. / В.В. Феденко, В.В. Евдошенко. Режим доступа: <http://vv\v\v.vseovese.ru/surgery/surgery11st/>.
3. Егиев, В. Н. Уменьшающая резекция желудка в лечении морбидного ожирения Текст. / В. Н. Егиев // Эндоскопическая хирургия. 2007. - № 1. — С. 42.

4. Отдаленные результаты лечения больных с крайними степенями алиментарно-конституционального ожирения методом формирования малого желудка / Н. М. Кузин, В. К. Марков, М. М. Романов и др. // Хирургия. 1991. - №10. - С. 64-69.
5. Егиев, В. Н. Рестриктивные вмешательства на желудке в лечении больных ожирением Текст. / В. Н. Егиев, М. Н. Рудакова, Д. С. Белков. М.: Медпрактика-М, 2004. - 98 с.
6. WRAP Wrap-Up A Short History of Gastric Volume Reduction <http://www.waldrepwrap.com/wrap-history/#>
7. Kirk RM. An Experimental Trial of Gastric Plication as a Means of Weight Reduction in the Rat. Br J Surg. 1969 Dec;56(12):930-3.
8. Printen KJ, Mason EE (1973) Gastric surgery for relief of morbid obesity. Arch Surg 106:428-431.
9. Mason EE. Vertical banded gastroplasty for obesity Arch Surg. 1982 May;117(5):701-6.
10. Яшков, Ю. И. Первый опыт вертикальной гастропластики в лечении больных ожирением IV степени / Ю. И. Яшков, А. Д. Тимошин, А. А. Мовчун // Хирургия. 1996. - №2. - С. 35-38.
11. Яшков, Ю. И. Технические аспекты вертикальной гастропластики в модификации Мейсона для лечения морбидного ожирения / Ю. И. Яшков // Хирургия. -1999. №6. - С. 47-53.
12. Chua TY, Mendiola RM (1995) Laparoscopic vertical banded gastroplasty: the Milwaukee experience. Obes Surg 5:77-80.
13. Оленева, В. А. Питание больных, перенесших вертикальную гастропластику по поводу тяжелых форм ожирения / В.А. Оленева, Ю.П. Попова, Ю.И. Яшков // Вопр. питания. 1999. - №3. - С. 27-31.
14. Verselewel de Witt Hamer PC, Hunfeld MA, Tuinebreijer WE (1999) Obesity surgery: discouraging long term results with Masons vertical banded gastroplasty. Eur J Surg 165:855-860;
15. Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS (2005) Trends in bariatric surgical procedures. JAMA 294(15): 1909-1917
16. Егиев, В. Н. Первый опыт применения лапароскопической нерегулируемой ленточной гастропластики в лечении алиментарно-конституционального ожирения Текст. / В. Н. Егиев, М. Н. Рудакова, Д. С. Белков // Эндоскопическая хирургия. 2004. - № 1. - С. 59-60.
17. Использование регулируемого силиконового бандажа при горизонтальной гастропластике у больных морбидным ожирением / Н. М. Кузин, С. А. Дадвани, СБ. Кашеваров и др. // Хирургия. 2000. - №10. - С. 16

#### Түйін

**О. Б. Оспанов, Е. Е. Султанов, З. Ш. Ибрагимова, М. А. Тулегенов, Е. Р. Тузелбаев.**  
Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент, Қазақстан.

#### РЕСТРИКТИВТІ БАРИАТРЛІК ОПЕРАЦИЯЛАР (әдеби шолу)

Бүкіл әлем бойынша реттелетін асқазан жолағын пайдалануды зерттеу нәтижелері 2003 жылы лапаро-скопиялық АГВ семіздіктің барлық операцияларының 24% -ын, ал 26% - лапароскопиялық Рюкс асқазан айналымы операциясы және 23% ашық асқазан айналма операцияларына қатысты екенін көрсетті. Жоға-рыда айтылғандардың барлығы семіздіктің хирургиялық емін жасаудың жаңа әдістерін және ескі дамуы, гастропуляция, асқазан жолағы сияқты «ұмытып кеткен» әдістерді іздеуді түсіндіреді. Асқазан байланы-сы технологиясын пайдалана отырып, артық салмақтың 50-60% дейін төмендетуге болады. Банжаны пай-далану асқазаның жоғарғы бөлігінде тағамның алғашқы тұздығынан кейін бірден жоғары қысым жасай отырып, қанықтырудың елесін қалыптастыруға негізделген.

**Кілт сөздер:** асқазан, бинт, маневр, гастроплинг, салмақ жоғалту

#### Summary

**O. B. Ospanov, E. E. Sultanov, Z. Sh. Ibragimova, M. A. Tulegenov, E. R. Tuzelbaev.**  
Regional clinical hospital, Shymkent, Kazakhstan.

#### RECRUITIVE BARRIER OPERATIONS (literary review)

The study of the use of regulated gastric band across the globe shows that in 2003, laparoscopic AHV was associated with 24% of all obesity operations, and 26% associated with laparoscopic rhinestone stomach surgery and 23% open gastric bypass surgery. All of the above explains the new methods of obesity surgery and the search for "forgot" methods such as old-fashioned development, gastropoliation, and gastric ulcer. Using gastrointestinal technology, overweight can be reduced to 50-60%. Use of the pulse is based on the formation of the saturation illusion, at the top of the stomach, immediately after the first salinity of the food.

**Key words:** stomach, bandage, maneuver, gastroppling, weight loss.

МРНТИ 76.29.39  
УДК 616.329-089.844

**О. Б. Оспанов, Е. Е. Султанов, З. Ш. Ибрагимова, Б. Н. Есимханов.**  
АО «Медицинский университет «Астана», Астана, Казахстан.

## **НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ 250 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ФУНДОПЛИКАЦИЙ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ**

### **Резюме**

В данной статье проведен сравнительный анализ безопасности и эффективности выполнения лапароскопических фундопликаций при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Произведен ретроспективный анализ 250 антирефлюксных операций проведенных с 2004 по 2012 г. Причиной операции были гастроэзофагеальной рефлюксная болезнь, с выраженным регургитационным синдромом неподдающимися консервативной терапией. Результаты фундопластики оценивали по градации Visick. 196 (78,4%) пациентам была выполнена лапароскопическая тотальная фундопликация, а 54 (21,6%) парциальная фундопликация, из них 49 (19,6%) по Тупе и 5 (2%) по Дору. При лапароскопической фундопликаций в 166 (84,7%) случаях использован метод Ниссена, а в 30 (15,3%) случаев манжетка сформирована по разработанному методу (патент РФ №2371140 на изобретение).

**Ключевые слова:** лапароскопия, фундопликация, гастроэзофагеальный рефлюкс, регургитация, операция, медикаментозное лечение.

Цель работы: провести анализ безопасности и эффективности выполнения лапароскопических фундо-пликаций при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Материал и методы: С сентября 2004 по март 2012 года нами выполнено 250 антирефлюксных операций.

Из 250 пациентов было 132 (52,8%) женщин и 118 (47,2%) мужчин. Причиной ГЭРБ в 208 (83,2%) случаев была грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), а в 42 (16,8%) случаев тяжелый рефлюкс-эзофагит был вызван недостаточностью кардии без ГПОД. Основным показанием к оперативному лечению ГЭРБ являлось отсутствие стойкого положительного эффекта от современного комплексного медикаментозного лечения в виду выраженного регургитационного синдрома и по причине наличия больших размеров ГПОД.

Результаты и их обсуждение: Результаты выполненных операций оценивали используя внутривидеоэндоскопию, проводя полипозиционную рентген контрастное исследование и путем опроса пациентов. Оценивали результаты по градации Visick. При этом, критерий Visick I-II отражал отличный и хороший результаты и выставлялся при отсутствие симптомов или при появлении легко корригируемых эпизодов проявлений ГЭРБ; Visick III-IV устанавливали при наличии ежедневных симптомов ГЭРБ, требовавших постоянного медикаментозного лечения или повторной операции.

Результаты: Из 250 пациентов 196 (78,4%) нами была выполнена лапароскопическая тотальная фундо-пликация, а 54 (21,6%) парциальная фундопликация, из них 49 (19,6%) по Тупе и 5 (2%) по Дору.

Из 196 случаев создания тотального варианта лапароскопической фундопликаций в 166 (84,7%) случаях использован метод Ниссена, а в 30 (15,3%) случаев манжетка сформирована по разработанному методу (патент РФ №2371140 на изобретение). При этом способе после сшивания передней и задней частей дна желудка с правой и левой ножками диафрагмы формировали полную эзофагокруро-фундопликацию с миорегулирующей функцией манжетки. В отличие от операции Ниссен манжетка не являлась замкнутой, в виду того, что не было прямого сшивания передней и задней стенок дна желудка между собой. Продолжительность значительно варьировала в зависимости от опыта. Так если в первые 3 года этот показатель равнялся  $156 \pm 12$  минутам, то в последние три года продолжительность составила  $86 \pm 15$  минут ( $p < 0,05$ ). От опыта зависела вероятность конверсии в открытую операцию. Все три случая конверсии пришлось на первые два года освоения новой лапароскопической технологии фундопликаций.

В целом, хорошие непосредственные функциональные результаты были получены у подавляющего большинства больных. Пациенты избавились от типичной и атипичной симптоматики ГЭРБ. Мы не наблюдали описанных в литературе случаев послеоперационной дислокации ГЭП выше диафрагмы или ущемления фундопликационной манжетки в хиатусном отверстии. Летальных исходов среди оперированных не было, что в целом указывает на безопасность антирефлюксных лапароскопических операций при соблюдении всех требований предоперационной подготовки, интраоперационных действий и послеоперационного ведения.

На этапе освоения антирефлюксных операций, интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде у 14 (5,6%) пациентов получены следующие осложнения. На этапе выделения ножек диафрагмы мы получили интраоперационное кровотечение из пищеводной ветви левой

желудочной артерии в двух случаях, кровотечение из нижней диафрагмальной артерии и левой диафрагмальной вены по одному случаю. Причиной кровотечения в 3-х из 4-х случаев явилось сложность диссекции и нарушение анато-мической топографии при больших и гигантских грыжах в сочетании с выраженным ожирением. Отмечено по одному случаю одинофагии, диафрагматита, диареи. В одном случае получили перфорацию пищевода в результате пролежня из-за аллопротезирования-проленовой сеткой. В другом случае наблю-дали интраоперационную перфорацию стенки нижней трети пищевода в результате грубой работы лапароскопическим инструментом. Трём пациентам выполнены повторные лапароскопические операции из-за стойкой дисфагии урвнекрурорафии. После выполнения диафрагмокуротомии дисфагия устрани-на. Двум пациентам выполнена повторная лапароскопическая-хиатопластика с гастропексией ввиду реци-дива кардиофундальной грыжи из-за прорезывания швов со стороны ранее выполненной крурорафии.

Мы не увидели гнойных и тромбозмобилических осложнений, которых не удастся избежать при использо-вании открытого доступа. Минимальная операционная травма и возможность ранней активизации пациентов - это характерная особенность лапароскопического доступа. Градацию по Visick 1 и 2 степени установили у 234(93,6%) пациентов. VisickIII-IVвыставлен у 16 (6,4%), из них у 5 операция проводилась по методу Дор, у 9 по методу Тупе и у 2-х по методу Ниссена.

Вывод: наш опыт выполнения лапароскопическойфундопликации указывает на ее относительную безопасность и высокую эффективность клинического применения.

#### Литература

1. Яшков, Ю. И. Операция билиопанкреатического шунтирования у большой сахарным диабетом 2 типа и гиперхолестеринемией / Ю. И. Яшков, Т. А. Оппель // Хирургия. 2002. - №12. - С. 71-72.
2. Феденко В.В. История хирургии ожирения электронный ресурс. / В.В. Феденко, В.В. Евдошенко. Режим доступа: <http://vv\v\v.vseovese.ru/surgery/surgery1st/>.
3. Егиев, В. Н. Уменьшающая резекция желудка в лечении морбидного ожирения Текст. / В. Н. Егиев // Эндоскопическая хирургия. 2007. - № 1. — С. 42.
- 4.Отдаленные результаты лечения больных с крайними степенями алиментарно-конституционального ожирения методом формирования малого желудка / Н. М. Кузин, В. К. Марков, М. М. Романов и др. // Хирургия. 1991. -№10.- С. 64-69.
- 5.Егиев, В. Н. Рестриктивные вмешательства на желудке в лечении больных ожирением/ В. Н. Егиев, М. Н. Рудакова, Д. С. Белков. М.: Медпрактика-М, 2004. - 98 с.
- 6.WRAP Wrap-Up A Short History of Gastric Volume Reduction.<http://www.waldrepwrap.com/wrap-history/#>.
- 7 Kirk RM.An Experimental Trial of Gastric Plication as a Means of Weight Reduction in the Rat. Br J Surg. 1969 Dec;56(12):930-3.
- 8 Printen KJ, Mason EE (1973) Gastric surgery for relief of morbid obesity. Arch Surg 106:428-431.
- 9 Mason EE. Vertical banded gastroplasty for obesity Arch Surg. 1982 May;117(5):701-6.
- 10 Яшков, Ю. И. Первый опыт вертикальной гастропластики в лечении больных ожирением IV степени / Ю. И. Яшков, А. Д. Тимошин, А. А. Мовчун // Хирургия. 1996. - №2. - С. 35-38.
- 11.Яшков, Ю. И. Технические аспекты вертикальной гастропластики в модификации Мейсона для лечения морбидного ожирения / Ю. И. Яшков // Хирургия. -1999. №6. - С. 47-53.
- 12.Chua TY, Mendiola RM (1995) Laparoscopic vertical banded gastroplasty: the Milwaukee experience. Obes Surg 5:77-80.
- 13.Оленева, В. А. Питание больных, перенесших вертикальную гастропластику по поводу тяжелых форм ожирения / В. А. Оленева, Ю. П.Попова, Ю. И. Яшков // Вопр. питания. 1999. - №3. - С. 27-31.
- 14.Verselewel de Witt Hamer PC, Hunfeld MA, Tuinebreijer WE (1999) Obesity surgery: discouraging long term results with Masons vertical banded gastroplasty. Eur J Surg 165:855-860;
- 15.Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS (2005) Trends in bariatric surgical procedures. JAMA 294(15): 1909-1917
- 16.Егиев, В. Н. Первый опыт применения лапароскопической нерегулируемой ленточной гастропластики в лечении алиментарно-конституционального ожирения Текст. / В. Н. Егиев, М. Н. Рудакова, Д. С. Белков // Эндоскопическая хирургия. 2004. - № 1. - С. 59-60.
- 17 Использование регулируемого силиконового бандажа при горизонтальной гастропластике у больных морбидным ожирением / Н. М.Кузин, С. А. Дадвани, СБ. Кашеваров и др. // Хирургия. 2000. - №10. -С.

Түйін

**Оспанов О.О., Е.С.Сұлтанов, З.Ш. Ибрагимова, Б.Н. Есімханов.**

«Астана медицина университеті» АҚ, Астана, Қазақстан Республикасы.

#### ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬ РЕФЛЮКС АУРУЛАРЫНДАҒЫ 250 ЛАПАРОСКОП ФУНДОПЛЯЦИЯЛАРЫН ІСКЕ АСЫРУ ТӘЖІРИБЕСІ

Бұл мақалада рефлекторлы аурумен (GERD) лапароскопиялық қорфияцияның қауіпсіздігімен тиімділігіне салыстырмалы талдау жасалды. 2004 және 2012 жылдары 250 антирефлюкс операциясын ретроспективті талдау.

Гастроэзофагеальді пролиферальды ісік консервативті терапияға байланысты катал регургит синдромы бар науқастарда болды. Фундопластиктердің нәтижелері Висик градациясымен бағаланды. 196 пациенттің (78,4%) лапароскопиялық толық майлылығы, 54 (21,6%) ішінара қаржылан-дыру, 49 (19,6%) Тупе және 5 (2%) Доредде болды. 166 (84,7%) жағдай бойынша Ниссен әдісі қолданыл-ды, 30 (15,3%) жағдайда бұл тұжырым әзірленген әдіс бойынша әзірленді (орыс патенті № 2371140 өнертабыс бойынша).

**Кілт сөздер:** лапароскопия, fundoplication, gastroesophageal reflux, regurgitation, operation, medication

#### Summary

**O. B. Ospanov, E. E. Sultanov, Z. Sh. Ibragimova, B.N. Esimkhanov.**  
JSC Astana Medical University, Astana, Republic of Kazakhstan.

### OUR EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION OF 250 LAPAROSCOPIC FUNDOPLICATIONS IN GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

In this article, the comparative analysis of laparoscopic fundoplication with gastroesophageal reflux tumor (GERD) has been reported. Retrospective analysis of 250 antireflux operations performed in 2004 and 2012. The gastroesophageal proliferous tumor was present in patients with severe regurgitation syndrome due to nonconforming conservative therapies. The results of the fundoplastic were evaluated by the Visick gradation. 196 patients (78.4%) had laparoscopic total fatplacement and 54 (21.6%) partial funding, 49 (19.6%) on Tup and 5 (2%) on Dore. At 166 (84.7%) cases, the method of Nissen was used, and in 30 (15.3%) cases the formulation was developed according to the developed method (Russian Patent № 2371140 on the invention).

**Key words:** laparoscopy, fundoplication, gastroesophageal reflux, regurgitation, operation, medication

МРНТИ 76.29.48  
УДК 618.3-616-005

**Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н.**

Бухарский Государственный медицинский институт, г. Бухара., Республика Узбекистан

### СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

#### Резюме

Изучив параметры геометрии сердца, на основании показателей ИММЛЖ и ОТС мы определяли тип геометрии левого желудочка у беременных тяжелой преэклампсией в сроки гестации 30-34 недель. Критерием гипертрофии левого желудочка принимали значения, ИММЛЖ > 110 г/м<sup>2</sup>. Повышение массы миокарда левого желудочка, индекса её, ОТС, ТЗСЛЖ, ТМЖП, происходя с меньшей интенсивностью, несмотря на прогрессирование тяжести ПЭ, возможно, связано с нарастающим дефицитом ОЦК у беременных тяжелой ПЭ. Указанные показатели по нашим данным могут быть предиктором и индикатором наслоения ПЭ и прогрессирования ее степени тяжести.

**Ключевые слова:** доплерометрия, критерии геометрии сердца, (ММЛЖ, ОТС), преэклампсия, гестация

Преэклампсия была и остаётся одной из трудно разрешаемых проблем современного акушерства и источником потерь жизни матери и плода [2,5,6]. Характерными особенностями тяжелых форм ПЭ являются повышение коагуляционного потенциала крови, истощение активности фибринолитической системы, развитие микроангиопатического гемолиза, обусловленного механическим разрушением эритроцитов в частично или полностью закупоренных терминальных сосудах, почек, печени, легких, мозга, плаценты [1,4,5].

По мнению В.Н. Серова, А. Н. Стрижакова и С.А. Маркина (2015), уже сам по себе эти изменения являются синдромом полиорганной функциональной недостаточности, развивающимся в результате беременности. По мере прогрессирования беременности гемодинамические изменения, вызывая поражение эндотелия, становятся генерализованными и приводят к гипоперфузии тканей, ишемическим изменениям в них, с усугублением синдрома полиорганной недостаточности [3,5,6]. Очевидным становится необходимость в гемодинамических маркерах, с помощью которых была бы возможна не только ранняя диагностика ПЭ, следовательно, предупреждение развития тяжелых ее форм [1,3,4].

Цель исследования: изучение особенностей изменений в системе кровообращения матери и кардиогемодинамики в процессе тяжелой преэклампсией.



Материал и методы: Нами было исследовано 200 женщин в 30-34 недели беременности. 1-группу составили 50 беременных с физиологическим течением беременности, 50 беременных с легкой ПЭ (2-группа), и 50 пациенток с тяжелой преэклампсией (3- группа). Комплексное ультразвуковое и доплерометрическое исследование кровотока выполнялась, ультразвуковым сканером Sono-scane SSI 5000 (модель Китай). С этой целью нами изучены следующие показатели: КДР, ТЗСЛЖ, ТМЖП, ДА, ММЛЖ, ИММЛЖ, ОТС и КД для суждения о связях исследуемых показателей и степени пропорциональности, ММЛЖ.

Результаты и их обсуждение: Показатели периферической системы кровообращения обследованных женщин данной группы отражены, где для сравнения приводим значения этих же параметров в 1 и 2 группах. Из приведенных в данных нетрудно заметить статистически значимые изменения изученных параметров периферического кровообращения у беременных 3 группы, как относительно контрольной, так и 2 группы. Если САД, ДАД, ЧСС и Ср АД, у беременных с тяжелой ПЭ были выше таковых беременных 2 группы на 9,9, 19,4, 17,8, 15,2%, соответственно, то относительно контрольной группы эти изменения составили 37,3, 45,9, 14,9, и 42,1% соответственно. Анализ представленных в данных с очевидностью свидетельствует о значительном ухудшении показателей ЦГ у беременных тяжелой ПЭ, что выражается в снижении разовой и минутной производительности сердца и значительном повышении ОПСС. Так, если показатели МОС, УИ, СИ у беременных 3 группы снижались, относительно таковых легкой ПЭ на 21,8, 9,5, 20,9%, соответственно, то это снижение относительно соответствующих показателей контрольной группы составили 18,7, 21,0, 26,1%, соответственно.

В то же время показатель ОПСС у беременных с тяжелой ПЭ был выше такового у беременных с легкой ПЭ на 18,8%, а относительно такового в контрольной группе на 41,3%. Представленные данные свидетельствуют о значительных нарушениях в системе кровообращения матери, что, безусловно, сказывается на ее системном и органном кровотоке с ухудшением кровотока фето-плацентарной системы. Из представленных в таблице данных нетрудно заметить, что с повышением тяжести ПЭ ухудшаются показатели сократительной способности сердца со снижением фракции выброса. С повышением системного артериального давления у пациенток этой группы, отмечается дальнейшее снижение КДО на 5,5%, относительно группы беременных женщин с ПЭ легкой степени и на 7,9% ( $P < 0,001$ ) относительно контрольных значений.

В тоже время увеличивается показатель КСО, свидетельствующий о количестве крови остающейся в ЛЖ сердца сразу после завершения систолы, к началу диастолы. КСО у обследуемой группы беременных женщин превышал таковой во 2 группе на 13,2% ( $P < 0,001$ ) и 22,2% ( $P < 0,001$ ) относительно контрольных значений. Это приводило к снижению показателей ФВ, который оказался на 11,1% ниже такового у беременных 2 группы и на 15,4% ( $P < 0,001$ ) данных контроля.

С целью более глубокого понимания происходящих изменений мы изучили показатели геометрии сердца исследуемых беременных женщин данной группы. Полученные данные отражены, где для сравнения приводим показатели этих же параметров двух предыдущих групп. Изучив параметры геометрии сердца, на основании показателей ИММЛЖ и ОТС мы определяли тип геометрии левого желудочка у беременных тяжелой преэклампсией в сроки гестации 30-34 недель. Критерием гипертрофии левого желудочка принимали значения,  $ИММЛЖ > 110$  г/м<sup>2</sup>. Наиболее значимым изменениям у беременных с ПЭ тяжелой степени были подвержены показатели ТЗСЛЖ и ТМЖП. Их разница между 3 и 2 группами, составившие в среднем 10,0% и 13,5%, была статистически недостоверной, тогда как увеличение этих показателей относительно контроля, составив 51,3% и 40,5%, была статистически достоверна. Что касается ММЛЖ и ее индекса, то с прогрессированием тяжести ПЭ происходят дальнейшие повышения этих показателей, которые в сравнении с данными контрольной группы были статистически достоверными. Так ММЛЖ и ИММЛЖ были повышены относительно этих же показателей во 2 группе беременных женщин на 3,0% ( $P < 0,05$ ) и 6,3% ( $P > 0,05$ ) соответственно, а их повышение относительно контрольной группы составило 31,8% ( $P < 0,001$ ) и 21,6 ( $P < 0,001$ ) соответственно.

В динамике возрастал и показатель ОТС левого желудочка, он был выше предыдущей группы на 10,2% ( $P > 0,05$ ), а в сравнении с контролем - на 42,1% ( $P < 0,001$ ). Вышесредние значения ИММЛЖ составили в тяжелой преэклампсией  $119,0 \pm 1,21$  г/м<sup>2</sup>. Средние значения ОТС, составив  $0,54 \pm 0,01$  ед. Исхода из этого в целом у беременных женщин мы отмечали нормальную геометрию левого желудочка с удовлетворительными значениями сократительной способности его.

**Выводы:** Таким образом, дальнейшее повышение массы миокарда левого желудочка, индекса её, ОТС, ТЗСЛЖ, ТМЖП, происходя с меньшей интенсивностью, несмотря на прогрессирование тяжести ПЭ, возможно, связано с нарастающим дефицитом ОЦК у беременных тяжелой ПЭ. Указанные показатели по нашим данным могут быть предиктором и индикатором наслоения ПЭ и прогрессирования ее степени тяжести.

#### Литература

1. Afifi Y. Pharmacological treatment of hypertension in pregnancy / Y. Afifi, D. Churchill. *Curr Pharm Des* 2013;9:1745-53.
2. Ahmed A. Preeclampsia: prediction. *J. R. Soc. Promot. Health*.2003. -123:8-9
3. Lam C., Lim K.-H., Karumanchi S.A. Circulating Angiogenic Factors in the Pathogenesis and Prediction of Preeclampsia. *Hypertension*. 2015;46:1077.
4. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and pree clampsia / B.M. Sibai. *Obstet Gynecol* 2013;102:181-92.
5. Kametas N.A. Maternal left ventricular mass and diastolic function during pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011 Nov;18(5):460-6.
6. Novelli G.P., Valensise H., Vasapollo B. et al. Left Ventricular Concentric Geometry as a Risk Factor in Gestational Hypertension , *J. Hypertension* March 2013 P. 469-475.

**Түйін**

**Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н.**

Бұхара мемлекеттік медицина институты, Бұхара қаласы, Өзбекстан Республикасы

**ПРЕЭКЛАМПСИЯМЕН АУЫРАТЫН ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ҚАН АЙНАЛЫМЫ ЖҮЙЕСІ  
ЖӘНЕ КАРДИОГЕМОДИНАМИКАСЫ**

Жүректің геометриясының параметрлерін зерделегеннен кейін, LVMI және RWT параметрлерінің негізінде 30-34 аптадағы жүктілік кезеңінде ауыр преэклампсиямен ауыратын жүкті әйелдердің сол жақ қарыншасының геометриясының түрін анықтадық. Сол жақ қарыншаның гипертрофия критерийі LVMI > 110 г / м<sup>2</sup> мәндерін алды. Сол жақ қарыншаның миокард массасының өсуі, оның индексі, RWT, PW d, IVS d, ауырлық дәрежесі аз болғанымен, ПЭ ауырлық дәрежесіне жетуіне қарамастан, мүмкін, Жүкті ауыр ЖК-да ККЖ жетіспеушілігіне байланысты. Біздің көрсеткіштерімізге сәйкес бұл индикаторлар ПЭ-нің стратификациясының және оның ауырлық дәрежесінің прогрессивті және индикаторы болуы мүмкін.

**Кілт сөздер:** доплерометрия, кардиологиялық геометрия критериясы (LVMI, RWT), преэклампсия, жүктілік.

**Summary**

**Akhmedov F.K., Negmatullaeva M.N.**

Bukhara State Medical Institute, Bukhara., Republic of Uzbekistan

**CONDITIONS OF THE CIRCULATORY SYSTEM AND CARDIOHEMODYNAMICS IN PREGNANT  
WOMEN WITH SEVERE PREECLAMPSIA**

After studying the parameters of the geometry of the heart, on the basis of the parameters of LVMI and RWT, we determined the type of geometry of the left ventricle in pregnant women with severe preeclampsia at gestational periods of 30-34 weeks. The criterion of left ventricular hypertrophy took values, LVMI > 110 g / m<sup>2</sup>. The increase in the mass of the myocardium of the left ventricle, its index, RWT, PW d, IVS d, occurring with less intensity, despite the progression of the severity of PE, possibly due to the increasing deficit of BCC in pregnant severe PE. These indicators according to our data can be a predictor and indicator of the stratification of PE and the progression of its severity.

**Key words:** dopplerometry, cardiac geometry criteria, (LVMI, RWT), preeclampsia, pregnancy.

МРНТИ 76.29.39

УДК 617.55-007.43-089.844

Есенгельдиев А.А., Есимханов Б.Н., Жунисов Р.А., Нурашев А.Т.  
Областная клиническая больница, Шымкент, Казахстан

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

### Резюме

Один из часто встречающихся патологий диафрагмы это грыжи пищевода отверстия диафрагмы. Заболевание диагностируется относительно редко. Диагностика осуществляется на основе клинической картины, рентгенологических и эндоскопических данных. Хирургическая коррекция данного заболевания – малоинвазивное эндоскопическое вмешательство в объеме задней крурорафии с эзофаго-фундопликацией по Ниссену является основным методом лечения. Анализированы ретроспективные данные историй болезни 10 пациентов, оперированных по поводу грыжи пищевода отверстия диафрагмы за период с 2016г. по 2018г. Из них с ГПОД I степень выявлена у 1 пациента, II – у 8 пациентов, III – у 1 пациента. У всех пациентов операции заканчивались установкой дренажей в брюшную полость. Оптимальным способом хирургической коррекции ГПОД представляется малоинвазивное эндоскопическое вмешательство в объеме задней крурорафии с фундопликацией по Ниссену.

**Ключевые слова:** диафрагмальная грыжа, хирургическая коррекция, эзофагофундопластика, пищевод, эндоскопия

**Цель исследования.** Выявить возможные способы оптимизации оказания хирургической помощи пациентам с грыжами пищевода отверстия диафрагмы с учетом особенностей данной патологии.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, оперированных по поводу грыжи пищевода отверстия диафрагмы за период с 2016г. по 2018г. Прооперированы 10 пациентов. Все больные женщины. Возраст 50 лет. Основными жалобами при поступлении являлись отрыжка, изжога, одышка, боли за грудиной. Диагностику осуществляли на основе клинической картины, рентгено-логических и эндоскопических данных. Всем пациентам операции выполняли путем эндоскопической коррекции в объеме задней крурорафии с фундопликацией по Ниссену.

**Результаты.** Рентгенологически диагноз грыжи пищевода отверстия диафрагмы подтвержден у всех пациентов, эндоскопически – у 5. При проведении заднюю крурорафию с фундопликацией по Ниссену.

**Заключение.** Грыжи пищевода отверстия диафрагмы – распространенная патология, но выявляется довольно редко из-за отсутствия настороженности у врачей. Диагностика осуществляется на основе клинической картины, рентгенологических и эндоскопических данных. Оптимальный способ хирургической коррекции грыж пищевода отверстия диафрагмы – малоинвазивное эндоскопическое вмешательство в объеме задней крурорафии с эзофагофундопликацией по Ниссену.

В настоящее время грыжи пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД) являются наиболее часто диагностируемой доброкачественной патологией пищевода-желудочного перехода (ПЖП). Частота выявления ГПОД колеблется от 3 до 33%, а в пожилом возрасте до 50%, занимая в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) третье место после желчнокаменной болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным статистики, от 5 до 40% взрослого населения страдают ГПОД, 15% из них требуется хирургическое лечение.

Диафрагмальные грыжи разделяют на посттравматические и нетравматические. Посттравматические связаны с повреждениями диафрагмы, которые могут произойти в результате ранения, падения с высоты или сдавления живота при автодорожных и иных травмах. Наиболее распространенными из нетравматических грыж являются ГПОД – они составляют более 90% всех диафрагмальных грыж.

Единой классификации ГПОД не существует. Клиническая классификация выделяет трех основных по типу ГПОД.

I. Скользящие (аксиальные): пищеводная, кардиальная, кардиофундалярная. Встречается 90%.

II. Параэзофагеальные: фундалярная, антральная, кишечная (тонко- и толстокишечная), комбинированная кишечно-желудочная, сальниковая. Встречается 5%.

III. Короткий пищевод I и II степени: приобретенный короткий пищевод, врожденный короткий пищевод.

Целесообразно выделить анемический синдром, так как нередко он выступает на первый план и маскирует остальные проявления ГПОД. Как правило, анемия связана с повторными скрытыми кровотечениями из нижнего отдела пищевода и желудка, обусловленными рефлюкс-эзофагитом,

эрозивным гастритом, а иногда пептическими язвами нижнего отдела пищевода. Частным симптомом ГПОД является отрыжка, которая встречается у 30-73% больных.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, оперированных по поводу грыжи пищеводного отверстия за период с 2016г. по 2018г. За указанный период оперированы 10 пациентов с данной патологией. Все пациенты женщины. Среди оперированных пациентов с ГПОД I степень выявлена у 1 пациента, II – у 8 пациентов, III – у 1 пациента.

Ведущим методом диагностики ГПОД является рентгенологический. При выполнении полипозиционной рентгенографии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в большинстве случаев удается точно оценить стадию болезни, определить расположение желудка относительно диафрагмы, оценить состояние угла Гиса и топическое расположение газового пузыря желудка. Рентгеноскопия позволяет выявить желудочно-пищеводный рефлюкс, нарушения двигательной активности пищевода, наличие осложнений, а также диагностировать паразофагеальные желудочные и кишечные грыжи.

Всем пациентам выполняли фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС). С ее помощью определяли степень воспалительных изменений стенки пищевода, распространенность эзофагита, наличие или отсутствие других изменений со стороны слизистой оболочки. С внедрением лапароскопических технологий, которые позволяют свести к минимуму травма-тичность оперативных вмешательств, открылись новые возможности в лечении ГПОД. Радикальным методом лечения в настоящее время является хирургический. На сегодняшний день разработано более 50 методик оперативного лечения данной патологии. Наибольшее распространение получили операции, направленные на ушивание грыжевых ворот (крупорофия), фиксацию желудка в брюшной полости (различные варианты гастропексии), улучшение функции нижнего пищеводного сфинктера, восстановление острого угла Гиса, предотвращение или ликвидацию желудочно-пищеводного рефлюкса (эзофагофундопликация)

Оперативное вмешательство при ГПОД показано при: Безуспешности адекватно проводимых неоднократных курсов медикаментозного лечения в условиях специализированного стационара. Наличие осложнений ГПОД. Наличие диагностированных ГПОД. ГПОД больших размеров. Противопоказаниями к хирургическому лечению ГПОД являются серьезные сопутствующие заболевания, способные вызвать опасные для жизни осложнения в послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждение. Многие хирурги при сближении ножек диафрагмы применяют введение в желудок бужа и желудочного зонда (диаметром 60 Fr) для контроля плотности смыкания ножек. Мы тоже придерживаемся этой тактики. У всех пациентов операции заканчивались установкой дренажей в брюшную полость: одна дренажная трубка подводилась в левое подпеченочное пространство к зоне ушивания ножек диафрагмы, вторая – по левому боковому каналу позади и сверху селезенки. По дренажам за сутки выделялось от 50 до 100 мл серозно-геморрагического отделяемого. Через 24 ч после операции дренажи удаляли. Антибиотикопрофилактику перед операцией пациентам не проводили. В послеоперационном периоде не возникала необходимость в назначении антибиотиков. Осложнений со стороны органов ЖКТ и ран передней брюшной стенки не отмечено.

Активизация начиналась через 5-6 ч после операции – в постели, хождение разрешалось на следующей сутки после вмешательства. Спустя 2-3 сут после операции у 10% пациентов имелись жалобы на легкую дисфагию в начале кормления. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений выявлено не было. Летальные исходы не зафиксированы. Сроки госпитализации в основном зависели от полноты обследования больных. Учитывая, что большинство пациентов поступали обследованными на догоспитальном этапе и им не требовалось проведение коррекции сопутствующей патологии, срок их пребывания в отделении составил 5-6 сут.

Выводы. ГПОД – распространенная патология, но выявляется довольно редко из-за отсутствия настороженности у врачей (терапевты, гастроэнтерологи) при обследовании пациентов с заболеваниями органов пищеварительного тракта. Основные субъективные проявления у пациентов с ГПОД – отрыжка, изжога, одышка, боли за грудиной. Реже причинами обращения к врачу были нарушение сердечного ритма и анемия. Оптимальным способом хирургической коррекции ГПОД представляется малоинвазивное эндоскопическое вмешательство в объеме задней крупорофии с фундопликацией по Ниссену. Это лучший способ мгновенно скорректировать имеющуюся проблему и вернуть пациентам прежнее качество жизни.

#### Литература

1. Гибатулин Н.В., Гибатулина И.О., Трынов С.Н., // Хирургия. Журн. Им. Н.И. Пирогова. – 2009. - №11. - С. 34-37.
2. Евтихов Р.М., Путин М.Е., Шулушко А.М. Клиническая хирургия. – М., 2006.
3. Каган Е.М. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода. – М., 1968
4. Пучков К.В., Филимонов А.В., Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. – М., 2003

Martinez Requeira F.M., Rotellar F., Baixauli J., et al.// An. Sist. Sanit. Navar. – 2005. – Vol.28 (Suppl.3). – P.11-19.

5.Schaub N. / Schweiz. Med. Wochenschr. – 1985. – Bd. 115, № 4. – S. 114-125.

#### Резюме

Эсенгелдиев А.А., Есімханов Б.Н., Жүнісов Р.А., Нұрашев А.Т.

Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент, Қазақстан

#### ДИАФРАГМАНЫҢ ӨНЕШТІК ТЕСІГІНІҢ ЖАРЫҒЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Диафрагманың ең көп таралған патологиясы диафрагманы ашу болып табылады. Аурулар сирек кездеседі. Радиологиялық және эндоскопиялық деректерді диагностикалау. Бұл ауруды хирургиялық түзету - 2016 жылғы 2016 кезеңін зерттеу кезінде науқас үшін аз инвазивті эндоскопиялық араласу талданады. 2018 жылға дейін I дәрежесінде I дәрежелі 1 науқаста, II - 8 науқаста, III - 1 науқаста анықталды. Барлық пациенттерде іш қуысының ішіне ағызу жұмысы. NFR саласындағы аз инвазивті эндоскопиялық араласу Ниссенге сәйкес эзофагофундопликация бар

**Кілт сөздер:** диафрагма барысы, хирургиялық түзету, эзофагофундопластика, өнеш, эндоскопия

#### Summary

Esengeldiev A.A., Esimxanov B.N., Junisov R.A., Nurayev A.T.

Regional Clinical Hospital, Shymkent, Kazakhstan

#### SURGICAL TREATMENT OF HIATAL HERNIA

One of the most common pathologies of the diaphragm is hernia of the esophageal opening of the diaphragm. Diseases are relatively rarely diagnosed. Diagnosis is based on the clinical picture, radiological and endoscopic data. Surgical correction of this disease - minimally invasive endoscopic intervention in the volume of posterior cruroraphy The retrospective case histories of 10 patients operated on for hernia of the esophageal opening for the period from 2016 are analyzed. till 2018 Of these, with HH, I degree was detected in 1 patient, II - in 8 patients, III - in 1 patient. In all patients, the operation ended with the installation of drainage into the abdominal cavity. Minimally invasive endoscopic intervention in the volume of posterior cruroraphy with Nissen fundoplication seems to be the best method of surgical correction of HHP. with esophagofundoplication according to Nissen is the main method of treatment.

**Keywords:** diaphragmatic hernia, surgical correction, esophagofundoplasty, esophagus, endoscopy

ӘОЖ :616-006.6.615-31

#### Туменбаева Ж.С.

Ғылыми жетекшісі: академик, профессор, д.м.н.Сексенбаев Д.С.

Оңтүстік медицина академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, zhantumen@mail.ru

#### HER2 НЕО-ПОЗИТИВТІ СҮТ БЕЗІ ОБЫРЫ АМБУЛАТОРЛЫҚ-ЕМХАНАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНДА ЕМДЕУДІҢ ТАРГЕТТІ ТЕРАПИЯСЫ

#### Аннотация

Алғаш рет Шымкент қаласындағы қалалық онкологиялық орталығында науқастарға қолданған теріасты-лық енгізу Трастузумабтың жаңа формасының артықшылықтары мен ерекшеліктерін көрсету және 2018 жылдың қаңтар айынан бастап, қазан айына дейінгі кезеңде амбулаторлы түрде қабылдаған сүт безі обырындағы HER2-позитивті 45 науқастардың емдеу көрсеткіштерін бағалау.

**Кілт сөздер:** сүт безі обыры, HER2, Трастузумаб (герцептин)

Кіріспе. Қазіргі кезде сүт безі обыры әйелдер арасындағы ең көп тараған онкологиялық ауру болып табылады. 25 -30 % науқаста Her2факторлысікті гиперэкспрессиясы бар сүт безі обыры ерекше орын алады. Аурудың агрессивті ағымының өршуі, ерте метастаз беруі, химия және гормондытерапияға резистенттілігіне байланысты бүкіл элем ғалымдар осындай пациенттерге қызығушылық танытып отыр [1]. Her 2сікті гиперэкспрессиясы бар сүт безі обырын емдеу үшін негізгі таргетті препараты. Трастузумаб болып табылады. Her 2сікті гиперэкспрессиясы бар сүт безі обыры науқастарына адам үшін дәрілік препараттар

бойынша Еуропалық елдерінде Герцептинді тері астына енгізуді қолдануды ұсынды. Герцептинді қолдану алғаш рет 1998 жылы қолдау тапты.

Содан бері бүкіл әлем бойынша 1,3 млн пациенттерге осы таргетті препараты емделу үшін қолданылуда. Герцептинді емделушілерге тамырішіне енгізеді, әр енгізу 30-дан бастап 90 минутқа дейін уақыт алады. Герцептиннің әрекет етуі механизмнің иммунды жүйесін белсендіреді және Her 2 рецепторларын блоқтайды [2]. Осындай мақсатты әрекет ісіктің жойылуына әкеледі. Герцептин Her 2 ісікті гиперэкспрессиясы бар сүт безі обырын емдеудің ертерегінде де және метастаздалып таралған-ныңда бірдей жолында айна-қатесіз демонстрациялады. Герцептиннің монотерапиясы және химиятера-пиямен комбинациясының жалғаспалы тәртібін қолданумен, емдеуге объективті жауаптың жиілігін арттырады, науқастардың өмір сапасында қолдау табатыны көрсетілді [3]. Герцептин терапиясына көрсетілімнің бар болуы диагностикалық тесттің көмегімен анықталады, ол емдеудің басталуынан уақытты ұтуға мүмкіндік береді, өйткені басқа да терапия нұсқасы тиімді болып табылатын науқастар анықталады [4,5].

Зерттеу мақсаты: Позитивті сүт безі обырымен HER2экспрессиялы Трастузумаб әйелдер үшін базалы терапия болып табылады, әрі біздің науқастарымыздың стационарда қалай анти HER2 экспрессиялы қабылдау мүмкіншілігі болса, солай амбулаторлық деңгейде де, тегін қабылдай алады. Алғаш рет амбулаторлық таргетті ем алған науқастардың көрсеткіштерін көрсету, Шымкент қаласындағы онколо-гиялық орталықта қабылдаған науқастардың теріастылық Трастузумабты таңдауы және тамырішілікпен салыстырғандағы артықшылықтарын бағалау.

Зерттеу әдістері: PHARE және HERA екеуінің біріккен 10 жылдық зерттеулердің талдау нәтижелерінің анықтауында: 10 жылдық бақылау медианасында стандартты емдеу схемасына Трастузумабты қосу, өлімнің өсу қауыпін 37% - ға төмендетті, сүт безі обыры HER2 экспрессиялы 10 науқастың (73.7%) 7 – інен арада 10 жыл өткен соң Трастузумаб терапиясы 1 жыл бойы қабылдағаннан ауру белгісі жоқ болып шықты, ерте анықталған сүт безі обыры HER2 экспрессиялы (84 %) науқас Трастузумаб терапиясын 1 жыл бойы қабылданғанынан кейін, арада 10 жыл өткен соң тірі болды [6,7]. Сондықтан Түркістан облысында да осы терапияны тегін қолдану мүмкіншілігінен сүт безі обырынан өлімжітім 2014 жылға қарағанда 2017 жылы кеміген. Қазақстанда 2018 жылдан бастап, амбулаторлық тізімге кірген теріастылық Трастузумабтың жаңа формасы тіркелді. Алғаш рет Шымкент қаласындағы қалалық онкологиялық орталықта 2018 жылдың қаңтар айынан бастап, қазан айына дейінгі кезеңде амбулаторлық түрде теріастылық қабылдаған Трасту-зумаб 45 науқас (сүт безі обырындағы HER2экспрессиялы) зерттелді. Зерттеу барысында, науқасқа тері-астылық енгізу медперсонал бар жоғы 5 минут уақытын кетірді (тамырішілік енгізумен салыстырғанда, енгізу 30 минуттан бастап 90 минутқа дейін уақытты алатын еді) және белгіленген мөлшері 600 мг (5 мл), салмағына қарап доза есептеуді талап етпеді [8,9].

Нәтижелер мен талқылаулар: Біз зерттей келе, теріастылық енгізу Трастузумабты ем қабылдап жатқан науқастардың жасы бойынша: 25-30жас - 1 (2,2%), 30-35жас - 8(17,8%), 35-40жас – 5(11,1%), 40-45жас – 8(17,8%), 45-50жас – 4 (8,9%), 50-55жас – 13(28,8%), 55-60жас -3(6,7%), 65-70жас -3(6,7%) анықталды. Сүт безі обырының сатысы бойынша келетін болсақ: I сатысымен – 1 (2,2%), II сатысымен – 35 (77,8%), III сатысымен – 7 (15,6%), IV сатысымен – 2 (4,4%) анықталды. Амбулаторлық түрде қабылдаған теріастылық енгізудегі Трастузумабтың жаңа формасының емдеу нәтижесінде II сатысында -77,8% және 30-35 жас аралығында -8 (17,8%), 50-55жас -13(28,8%) және 37 науқас (82,2%) - үдерістің тұрақталуы, 8 науқас (17,8%) -симптоматикалық емге өткендігі анықталды.

Қорытындылай келе, тамырішілік формуласымен салыстырғанда енгізу әдісі аз уақытты алады (5 мин), науқастардың ауруханада аз болу уақытын айқындайды, орталық портты орналастыру қажет етпейді, тері астына енгізуде жайлылық және аз ауырады, медициналық қызметкерлер үшін өте ыңғайлы, ауруханаішілік қорды үнемдейді және науқастардың өміршеңдігін ұзартумен қатар, күнделікті-өмір сүру сапасын жақсартады.

#### Әдебиеттер

1. Семиглазов В.Ф., Палтуев Р.М., Семиглазова Т.Ю. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению рака молочной железы. М: «АБВ-пресс», 2013. 234 с.
2. Иванов В.Г., Коларькова В.В., Кочетова И.А. и др. Биологически направленная (таргетная) терапия рака молочной железы. // Российский медицинский журнал. 2007. №25. Абстр. 1912.
3. Чурилова Л.А., Лазарев А.Ф. Герцептин в комбинированных режимах химиотерапии рака молочной железы // Материалы X Российского онкологического конгресса. М., 2006.
4. Ганьшина И.П. Применение Герцептина в неоадьювантном и адьювантном лечении больных раком молочной железы с гиперэкспрессией HER2 // Онкология. ASCO. 2007. №1. С. 13-17.
5. Slamon D.J., Clark G.M., Wong S.G. et al. Human breast cancer: Correlation of relapse and survival with amplification of the HER-2/neu oncogene // Science. 1987. Vol. 235. P. 177–182.
6. Piccart-Gebhart M.J., Procter M., Leyland-Jones B. et al. Trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2-positive breast cancer // M. Engl. J. Med. 2005. Vol. 353. P. 1659–1672.

7. Ismael G, Hegg R, Muehlbauer S, et al. [Subcutaneous versus intravenous administration of \(neo\)adjuvant trastuzumab in patients with HER2-positive, clinical stage I-III breast cancer \(HannaH study\): a phase 3, open-label, multicentre, randomised trial](#). Lancet Oncol. 2012 Sep; 13(9):869-78.
8. De Cock, E. Manual injection of subcutaneous trastuzumab vs intravenous infusion for HER2-positive early breast cancer: A time-and-motion study. European Cancer Congress, abstract #P128.
9. Fallowfield, L. Reasons for patients' preferences for subcutaneous or intravenous trastuzumab in the PrefHer study. European Cancer Congress, abstract #P719.

#### Резюме

Туменбаева Ж.С. Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Республика Казахстан  
Научный руководитель: Академик, профессор, д.м.н. Сексенбаев Д.С.

### ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ HER2NEO-ПОЗИТИВНОГО РМЖ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости женского населения во всем мире. Особое место занимает опухоли с избыточным экспрессией HER2-фактора, который определяется у 25-30% больных. Интерес к таким пациентам обусловлен агрессивным который соотносится с более агрессивным поведением опухоли: быстрое развитие опухоли, увеличение вероятности рецидива опухоли, увеличение вероятности метастазирования, укорочение периода выживаемости, высокая степень полиморфизма ядер.т.о, гиперэкспрессия HER2 – плохой прогности-ческий фактор при раке молочной железы. Несмотря на начальную терапию, примерно у трети пациенток с первичным раком молочной железы развиваются метастазы. Трастузумаб является базовой терапией для женщин с HER2-позитивным РМЖ при всех стадиях заболевания. Наши пациентки имеют возможность получать антиHer2 терапию как в стационаре, так и на амбулаторно-поликлинических условиях. С 2018 года в Казахстане зарегистрирована новая подкожная форма Трастузумаба, которая вошла в амбулаторный список наши пациенты и медицинский персонал в подавляющем большинстве случаев предпочитали Трастузумаб SC (подкожно), по сравнению с внутривенной формой.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, HER2, Трастузумаб (Герцептин).

#### Summary

Tumenbayeva Zh.S. Department of Surgery, Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan  
Scientific adviser: Academician, Professor Seksenbayev D.S.,

### TARGET TREATMENT IN TREATMENT OF HER2NEO POSITIVE BREAST CANCER IN OUTPATIENT POLYCLINIC CONDITIONS

Breast cancer (BC) is still the most common cancer among women. Approximately 25–30% of these are breast cancer with Her2 + status, which correlates with more aggressive tumor behavior rapid tumor development, increased likelihood of tumor recurrence, increased likelihood of metastasis, shortening of the survival period, high degree of nuclear polymorphism, HER2 overexpression - bad prognostic factor in breast cancer. Despite initial therapy, about one third of patients with primary breast cancer develop metastases. Trastuzumab is a basic therapy for women with HER2-positive breast cancer at all stages of the disease. And our patients have the opportunity to receive antiHer2 therapy both in the hospital and at the outpatient level for free. Since 2018, a new subcutaneous form of Trastuzumab has been registered in Kazakhstan, which is on the outpatient list. Our patients and medical staff in the vast majority of cases preferred Trastuzumab SC, compared with the intravenous form. Each subcutaneous form of Herceptin showed the same proven efficacy as intravenous the injection of the medical staff took only 5 minutes and the absence of painful sensations during the administration.

**Key words:** breast cancer, Her2, Trastuzumab (Herceptin)

УДК 618.11-006.2.04 : 616.8-085.2/3

**Панаев М.С., Якубова М.Б.**

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, г. Туркестан,  
Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЯИЧНИКОВ**

В связи с отсутствием в настоящее время эффективной системы профилактики или ранней диагностики рака яичников заболевание в 65 - 80 % случаев диагностируется в III - IV стадии. В связи с этим основное внимание должно быть уделено лечению распространенных форм рака яичников. Одним из основных компонентов традиционного лечения рака яичников является системная химиотерапия, совершенствование которой на сегодня представляется наиболее реальным направлением улучшения результатов течения. Другой обязательный компонент лечения распространенного рака яичников - также непрерывно совершенствуется в сторону расширения объема и совершенствования техники [1,3,5].

Адювантная химиотерапия является важнейшей составной частью при комбинированном лечении рака яичников. В настоящее время схемами выбора являются комбинации, содержащие цисплатин или другие производные платины, среди которых предпочтение отдается комбинациям цисплатин + циклофосфамид, цисплатин + паклитаксел и цисплатин + доксорубин + циклофосфамид. Применяемые после паллиативных циторедуктивных операций, эти схемы в контролируемых исследованиях обеспечивают непосредственный эффект 60 - 80 % и медиану выживаемости 2-3 года с возможностью длительных (5 лет и более) ремиссий [2,4].

**Целью** нашей работы явилось изучить сравнительную эффективность адьювантной химиотерапии рака яичников.

**Материал и методы.** Нами проанализированы результаты лечения 80 больных прошедших терапию в Южно-Казахстанском областном онкологическом диспансере за период 2001-2005гг., которым проведено комбинированное лечение - операция + адьювантная химиотерапия. Показанием к проведению этого варианта лечения послужила степень распространения опухолевого процесса, которая оценивалась по данным клинко-рентгенологического исследования и УЗИ. Оценка степени распространения опухолевого процесса по системе TNM показала, что в основном больные были со степенью распространения опухолевого процесса с T1cNoMo и T3NoMo. Возраст больных колебался от 20 до 75 лет, в среднем 50 лет  $\pm$  1. При поступлении в клинику в 30 случаев (37,5%) выявлена первичная опухоль, в 40 случае (50%) - вторичная опухоль и в 10 случаев (12,5%) - рецидивная опухоль. Продолжительность анамнеза колебалась от 1 месяца до 36 месяцев, в среднем составила 6,3 месяцев. При клиническом осмотре у 72 больных (90%) отмечены боли внизу живота, у 35 больных (43,7%) - нарушение менструального цикла. У 67 больных (83,7%) - отмечен болевой синдром, у 47 больных (58,7%) - увеличение объема живота. При клинко-эхографическом исследовании у 54 больных (67,5%) - имел место асцит в брюшной полости. Гистологическая структура опухоли в 37 случаях (46,2%) состояла из аденокарциномы, в 4-х (5%) низко дифференцированной аденокарциномы, в 3-х (3,75%) умеренно дифференцированной аденокарциномы, в 10 (12,5%) - текома злокачественная, в 20 (25%) - цистаденокарцинома, у 5 (6,25%) - муцинозный рак. По данным УЗИ размеры опухоли колебались от 50 до 250 мм.

После комплексного обследования больные были подвергнуты хирургическим вмешательствам. Следует отметить, что 20 больных до поступления к нам были прооперированны в клиниках неонкологического профиля при госпитализации в онкоучреждение у них был продолженный рост - у 11. Оперативные вмешательства, перед адьювантной химиотерапией характеризовалась следующим образом: из 80 больных у 45 (56,3%) произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками + резекция большого сальника, у 23 больных (28,7%) - экстирпация матки с придатками + резекция большого сальника, у 12 (15%) - циторедуктивные операции.

В группе радикально оперированных больных, адьювантная химиотерапия проводилась от 3-х до 6-курсов, в группе больных после циторедуктивных вмешательств схема адьювантной химиотерапии зависела от эффективности проводимой химиотерапии.

**Результаты и их обсуждение.** Нами проанализирована эффективность адьювантной химиотерапии отдельно в 2-х группах больных 40 человек по схемам CP и CAP по 4-6 курсов. Суммарная частота рецидивов и метастазов при схеме CP составила 50,0%, а при CAP - 47,5%. Различия в эффективности анализируемых схем адьювантной химиотерапии незначительны (табл. 1.).

В целом из 80 больных у 26 (32,5%) выявлен рецидив опухоли, у 14 (17,5%) - отдаленные метастазы. Рецидив опухоли проявлялся в виде опухолевидного конгломерата в полости малого таза, асцита и увеличение живота в объеме.



Таблица 1-Частота рецидивов и метастазов в зависимости от схем адъювантной химиотерапии

Схема ХТ	Кол-во больных	Частота, %	
		Рецидивов	Метастазов
СР	40	21(52,5%)±6,9	11(27,5%)+9,2
САР	40	19 (47,5%)±6,3	12(30%)+8,9

Метастазы были в легкие у 4 (5%), в печень у 4 (5%), в плевру у 2 (2,5%), в шейку матки у 2 (2,5%), в отдаленные лимфатические узлы (надключичные, средостения) у 2 (2,5%), у 8 (10%) - канцероматоз в брюшной полости. Эти метастазы, в основном, носили множественный характер. Нами изучены также отдаленные результаты и продолжительность жизни больных раком яичников после комбинированного лечения - операция + адъювантная химиотерапия. Из общего числа больных 36 (45%) находятся под наблюдением, 45 больных (55%) умерли. Больные прослежены от 1 года до 5 лет. Изучена средняя продолжительность жизни больных в группе после операций радикальных и циторедуктивных в отдельности. Изучение 3-х и 5-ти летней выживаемости в зависимости от характера операций и схемы адъювантной химиотерапии показал, что 3-х и 5-и летняя выживаемость составила 47,9% и 24,7% соответственно.

**Выводы.** Таким образом, проведение химиотерапии в адъювантном режиме с использованием препаратов цисплатина и доксорубидина значительно снижает частоту появления рецидивов и метастазов удлиняет сроки их появления и улучшает показатели выживаемости. На основании выше изложенного можно заключить, что комбинированное лечение операция + адъювантная химиотерапия по схеме САР удлиняет сроки выживаемости больных и сокращают частоту рецидивов и метастазов.

#### Литература

1. Винокуров В.Л., Юркова Л.Е. и др. Современные аспекты химиотерапии распространенного рака яичников. // Новые подходы к скринингу, диагностике и лечению опухолей яичников: Мат-лы науч.-прак. конф. 17-18 мая 2001.-Великий Новгород, 2001, с. 100.
2. Харитоновна Т.В. Современные подходы к терапии больных распространенным раком яичников: роль гемзара. // Современная онкология, -2001, Т.3. №3.С.126-129.
3. Юркова Л.Е. Новая схем комбинированного лечения распространенного рака яичников. // Новые подходы к скринингу, диагностике и лечению опухолей яичников: Мат-лы науч.-прак.конф. 17-18 мая 2001.-Великий Новгород, 2001, с. 1 13.
4. Gore M, Mainwaring P, A'Hem R, et al. Randomized trial of dose-intensity with single-agent carboplatin in patients with epithelial ovarian cancer. J Clin Oncol 1998; 16: 2426-34.
5. Eisenhauer EA, Vermorken JB, van Glabbeke M. Predictors of response to subsequent chemotherapy in platinum pretreated ovarian cancer: a multivariate analysis of 704 patients Ann Oncol 1997; 8: 963-8.

#### Summary

**Panaev M.S., Yakubova M.B.**

International Kazakh-Turkish University by H.A. Yasavi, Turkestan,  
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent

#### **RESULTS OF ADJUVANT CHEMOTHERAPY IN COMBINED TREATMENT OF OVARIAN CANCER**

Results of treatment of 84 patients have been analyzed. Combined treatment operation + adjuvant chemotherapy has been made to these patients. Carrying out the chemotherapy in adjuvant regimen with application Cysplatin and Doxorubicin preparations considerably decreases frequency of recurrence and metastases, prolongs period of their appearance and improves survival indices.

#### Түйін

**Панаев М.С., Якубова М.Б.**

Х.А. Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті., Түркістан қаласы,  
Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент қаласы

#### **АНАЛЫҚ БЕЗ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ҮЙЛЕСТІРІЛГЕН ЕМІНІҢ ҚҰРАМЫНДАҒЫ АДЬЮВАНТТЫ ХИМИОТЕРАПИЯНЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ НӘТИЖЕЛЕРІ**

Құрмына ота және адъювантты химиотерапия кіретін үйлестірілген ем жүргізілген 80 науқастың емдеу нәтижелері сараланды. Цисплатин және доксорубидин дәрілерін қолдана отырып жүргізілген адъювантты химиотерапия аурудың қайта өрістеу мен метастаздар пайда болуын айтарлықтай азайтумен қатар осы асқынулардың пайда болу мезгілін кешеуілдетеді және әмір сұру ұзақтығы көрсеткішін жақсартады.

УДК 616.24-006-089.819

**Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т., Шалабаев А.А., Султанов Р.Р.**  
*Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан*  
*Городской онкологический центр, г. Шымкент, Казахстан*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ В БРОНХИАЛЬНУЮ АРТЕРИЮ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО**

Рак легкого (РЛ) — одно из самых распространенных онкологических заболеваний. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями РЛ в Мире занимает 1-е место. Ежегодно в мире регистрируется 1,5-1,7 млн. новых случаев рака легкого [1, 3, 5, 12]. Показатель заболеваемости раком легкого в республике Казахстан составляет 11,8 на 100 000 населения и занимает 2-е место среди онкологической заболеваемости после рака молочной железы, в структуре онкологической заболеваемости с 1985 года занимает 1-ое место, в 2018 год он составил 16,5%. Мужчины заболевают в 5-8 раз чаще женщин. Наиболее часто заболевание регистрируется в возрасте 50 лет и старше. Летальность больных в течение первого года с момента установления диагноза составляет в разных странах от 55,3% до 80% [2, 6, 8, 9].

Среди гистологических форм основную массу больных РЛ составляет немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ) составляет около 80-89%. Учитывая, что более половины больных НМРЛ уже неоперабельны на момент установления диагноза, либо в связи с местно-распространенным процессом, либо в связи с наличием отдаленных метастазов, очевидна актуальность разработки методов лекарственной терапии этой формы рака. В настоящее время лекарственная терапия НМРЛ - одна из наиболее динамично развивающихся разделов химиотерапии опухолевых заболеваний. Мета-анализ индивидуальных данных 11 рандомизированных исследований показал, что использование платиносодержащих комбинаций в сочетании с лучевой на 10% снижает риск смерти у больных НМРЛ по сравнению с одной лучевой терапией [4, 7, 10, 13]. Эффективным оказалось использование комбинированной химиотерапии, включающей производные платины в плане неoadьювантной (предоперационной) химиотерапии у больных НМРЛ IIIa, б стадии. Предоперационная химиотерапия, как было показано в рандомизированных исследованиях, более чем в 3 раза увеличивает выживаемость больных, получивших перед операцией 3 курса платиносодержащей комбинированной химиотерапии, по сравнению с контрольной группой, подвергшейся лишь операции [14, 15, 16].

Исходя из вышеизложенного нами предпринята попытка применения предоперационной химиотерапии у больных раком легкого III-а- III-б стадии с применением регионарного введения цитостатиков в бронхиальную артерию и химиоэмболизация бронхиальных артерий.

**Целью** работы явилось изучение непосредственных результатов комбинированного лечения больных НМРЛ с применением неoadьювантной химиотерапии за 14 (2004-2017гг.) лет.

**Материал и методы.** Начиная с июня 2004 года мы имеем практический опыт лечения 62 больных с местно распространенным, центральным раком легкого (Т3N1-2M0) в возрасте 42-65 лет. У 11 (17,7%) больных при первичном обращении имел место ателектаз пораженной доли или всего легкого. У 12 (19,4%) больных имело место значительное кровохарканье из пораженного опухоли легкого. Морфологически в 46 (74,2%) случаях был плоскоклеточный рак легкого, в 16 (25,8%) случаях аденокарцинома.

У 50 (82,6%) больных из-за сомнений операбельности процесса было проведено по два цикла неoadьювантной регионарной полихимиотерапии в бронхиальную артерию (рис. 1). У 4 (8%) больных по схеме EP: Этопозид 120мг/м<sup>2</sup>, Цисплатин 80мг/м<sup>2</sup> с дополнением длительной инфузией 5-фторурацила 5000мг в течении 120 часов, у 24 (48%) больных по схеме TP: Доцетаксел 75мг/м<sup>2</sup>, Цисплатин 75мг/м<sup>2</sup>, у 22 (44%) больных по схеме EP: Этопозид 120мг/м<sup>2</sup>, Цисплатин 80мг/м<sup>2</sup>.

Морфологически у 2 больных отмечена аденокарцинома, у 10 больных был плоскоклеточный рак легкого. Всем больным из-за не операбельности процесса были начаты курсы полихимиотерапии. У 8 больных по схеме EP: Этопозид 120мг/м<sup>2</sup>, Цисплатин 80мг/м<sup>2</sup>, у 4 больных по схеме TP: Таксотер 75мг/м<sup>2</sup>, Цисплатин 75мг/м<sup>2</sup>.

У 12 больных с момента обращения были отмечены жалобы на значительное кровохарканье особенно при сильном кашле с наличием в мокроте кровяных сгустков и алой крови.

После предварительной консервативной гемостатической терапии всем 12 больным произведена механическая эмболизация бронхиальных артерий (МЭБА). Все пациенты процедуру перенесли удовлетворительно рис. 2, 3.



**Рисунок 1. Селективная катетеризация бронхиальной артерии пациента А. -52 года с диагнозом центральный рак правого легкого Т3N1M0, III St. С ателектазом верхней доли. Ангиограмма а. Brochialis справа до проведения курсов ВАПХТ.**



**Рисунок 2. Селективная катетеризация бронхиальной артерии пациента Д. -54 года с диагнозом центральный рак левого легкого Т3N1M0, III St. Кровохарканье. Ангиограмма а. Brochialis communis до проведения эмболизации.**



**Рисунок 3. Селективная катетеризация бронхиальной артерии пациента Д. -54 года с диагнозом центральный рак левого легкого Т3N1M0, III St. Кровохарканье. Ангиограмма а. Brochialis communis после эмболизации левой ветви бронхиальной артерии.**

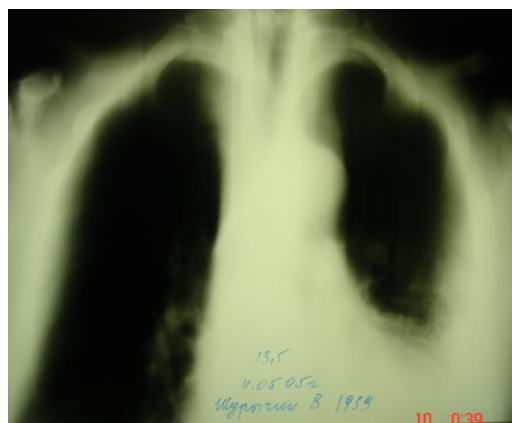
**Результаты.** При контрольном осмотре после одного курса химиотерапии у 21 (33,9%) больных рентгенологически отмечена частичная регрессия процесса, в том числе у 3 (4,8%) больных восстановление

дыхательной функции легких в ранее ателектазированных участках, у 29 (46,7%) больных стабилизация процесса. После 2х курсов химиотерапии у 38 (61,3%) больных отмечена частичная регрессия процесса, эндоскопически у 14 (22,6%) проходимость бронхов восстановлена до сегментарных бронхов (рис. 4, 5, 6). Рентгенологически отмечена возможность операбельности процесса в 38 случаях. Из 62 больных подвергнуты хирургическому лечению 35 (56,4%) больных (у 3-х больных отмечено противопоказание к хирургическому вмешательству в связи с присоединением сопутствующей сердечно-сосудистой патологии). Из 35 оперированных больных в 25 случаях произведена расширенная пульмонэктомия, а 10 случаях комбинированно-расширенная пульмонэктомия с резекцией перикарда с интраперикардальной, раздельной обработкой сосудов корня легкого. Послеоперационный период во всех случаях протекал без особенностей. Послеоперационный результат гистологического исследования во всех случаях показал лекарственный патоморфоз III-IV степени. 3 больных в послеоперационном периоде получили лучевую терапию по радикальной программе. В раннем послеоперационном периоде умерла 1 больная из-за нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности. После хирургического этапа все больные получили лучевую терапию на область средостения РОД 2 Грей, СОД 45-50 Грей. Затем еще по 2-4 консолидирующих курсов химиотерапии по той же схеме, то и до операции.

Результаты отдельных клинических случаев представлены на рис. 7, 8, 9, 10. В целом выполненное нами исследование показало, что возможность выполнения радикальной операции достигнуто у 70%, завершение дистанционной лучевой терапии у 20% ( $p < 0,05$ ).



**Рисунок 4.** Обзорная рентгенограмма больного Ш. – 65 лет (до лечения). Диагноз: центральный рак левого легкого T3N2M0, III-6 St. Левосторонний плеврит с ателектазом легкого.



**Рисунок 5.** Обзорная рентгенограмма больного Ш. – 65 лет (после предоперационной химиотерапии). Диагноз: центральный рак левого легкого T3N2M0, III-6 St. Частичная регрессия процесса.



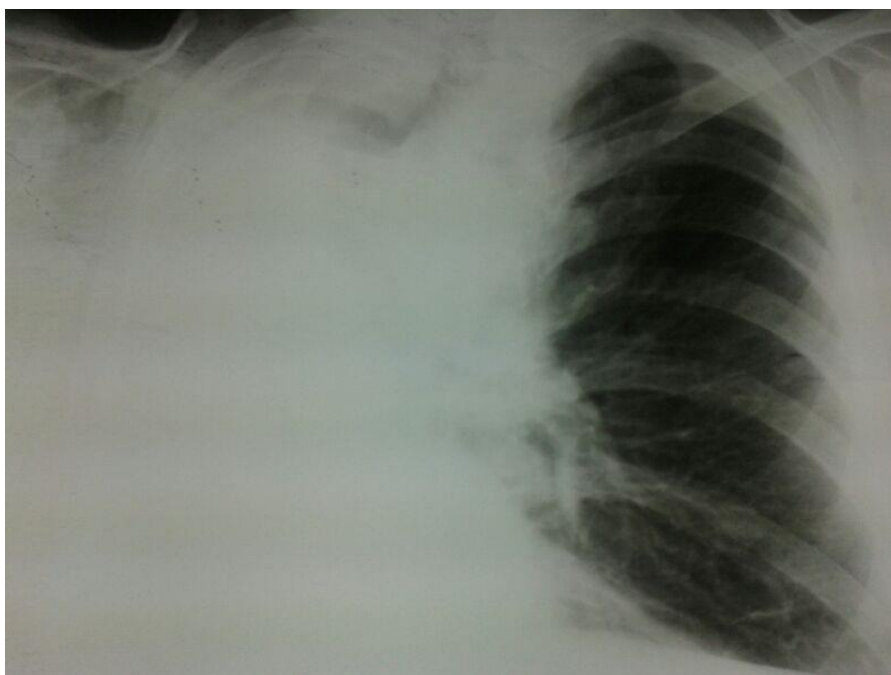
**Рисунок 6.** Обзорная рентгенограмма больного Ш. – 65 лет (после пульмонэктомии через 2 года). Диагноз: центральный рак левого легкого T3N2M0, III-6 St. Состояние после комбинированной терапии.

Нами проанализированы 5-летняя и 7-летняя общая выживаемость больных получивших лечение по выше описанному способу. Показатели 5-летней выживаемости больных составили 13,5% ( $p < 0,05$ ). Показатели 7-летней выживаемости больных составили 4% ( $p < 0,05$ ). Показатели 10-летней выживаемости больных составили 2,9% ( $p < 0,05$ ), рис 11.

**Выводы.** Таким образом, использование новых противоопухолевых препаратов, в первую очередь, ингибиторов топоизомеразы I (Этопозид) и таксанов в сочетании с производными платины позволило повысить операбельность больных с распространенным НМРЛ. Производные платины пока остаются основой современной комбинированной химиотерапии НМРЛ. Однако предоперационная неоадьювантная химиотерапия и химиолучевая терапия с последующей операцией могут считаться апробированным методом и рассматриваться как один из вариантов лечения при III стадии НМРЛ. Применение цитостатиков в режиме внутриартериального введения может улучшить непосредственные результаты лечения на 10-15%, что даст возможность эффективно закончить лечение по выбранной программе.



**Рисунок 7.** Селективная катетеризация бронхиальной артерии пациента А. -52 года с диагнозом центральный рак правого легкого Т3N1M0, III St. С ателектазом верхней доли.  
Ангиограмма а. Brochialis справа до проведения после 3 курсов ВАПХТ.



**Рисунок 8.** Обзорная рентгенография легких в динамике пациента А. -52 года с диагнозом центральный рак правого легкого T3N1M0, III St. через 60 мес. (5 лет), без рецидива и метастазов..



**Рисунок 9.** Мультиспиральная компьютерная томография легких в динамике пациента А. -52 года с диагнозом центральный рак правого легкого T3N1M0, III St. через 60 мес. (5 лет), без рецидива и метастазов.



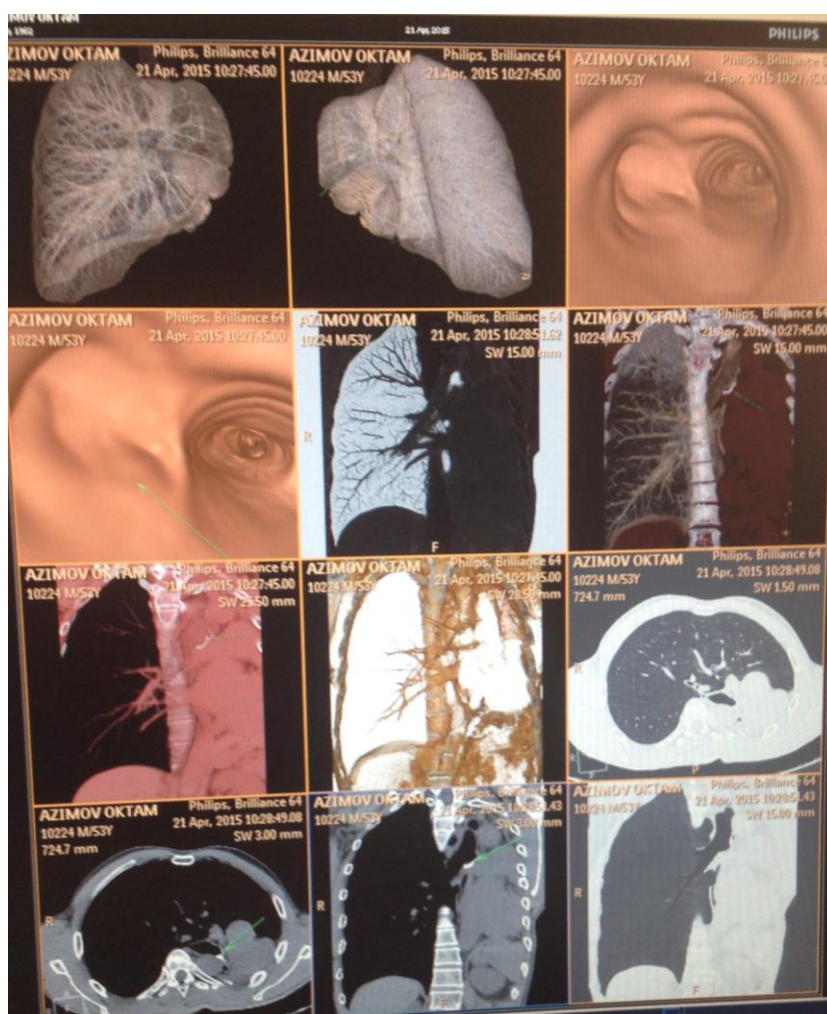


Рисунок 10. Мультиспиральная компьютерная томография легких в динамике пациента А. – 57 лет с диагнозом центральный рак левого легкого Т3N1M0, III St. через 120 мес. (10 лет), без рецидива и метастазов.

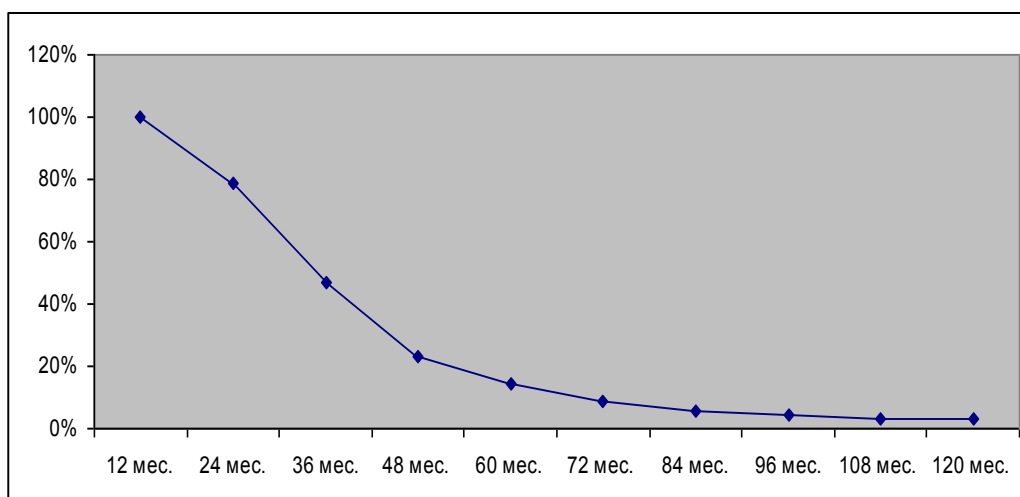


Рисунок 11. Анализ выживаемости больных НМРЛ после проведения комбинированного лечения с применением ВАПХТ и эмболизации бронхиальных артерий по данным ООД ЮКО за 14 лет (2004-2017 г.г.).

### Литература

1. Абисатов Х.А. – Клиническая онкология (руководство), Алматы, изд. «Арыс», 2007 с.1240 с.
2. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. – Рак легкого. М. «Радикс», 1994, с.210
3. Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т., Юсупов А.М. и др. Эффективность неоадьювантной химиотерапии немелкоклеточного рака легкого// В Сб. Республ. Научно-практич. Конференции «Актуальные проблемы клинической онкологии», Семей, 2007, С 150-151
4. Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т., Султанов Р.Р. Результаты лечения рака легкого// Вестник хирургии Казахстана, №3, Алматы, -2005, -С. 113.
5. Онкология. Клинические рекомендации. Под редакцией В.И.Чиссова и С.Л. Дарьяловой, Москва. ГЭОТАР - «Медиа», 2006.с. 193-230.
6. Орлова Р.В. Современное стандартное лечение больных немелкоклеточным раком легкого с учетом стадии заболевания // Практическая онкология. – 2000, №3. – С. 17-20.
7. Переводчикова Н.И. Химиотерапия немелкоклеточного рака легкого – состояние проблемы в 2000г. // Практическая онкология. - 2000, №3. – С. 29-37.
8. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онко-пульмонология. Москва. ГЭОТАР «Медицина», 2000 – 600 с.
9. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого. М, 2Медицина», 1994 с.480.
10. Burkhart N.M., Allen M.S., Nichols F.C., et. al. Results of en bloc resection for bronchogenic carcinoma with chest wall invasion. //J. Thorac. Cardiovasc. Surg, 2002, vol.123. p.670-675
11. Curan W.J. Issues in the nonoperative management of patients with locally advanced non-small cell lung cancer// Proc. ASCO. - 1999. - Educational book/Ed. M.C. Perry; ASCO. -1999. -P.370-373.
12. Garcia M, et al. American Cancer Society, 2007. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/globalfactsandfigures2007rev2p.pdf>. Accessed January 2011.
13. Holmes A.C. Surgical adjuvant therapy for stage II and stage III adenocarcinoma and large cell undifferentiated carcinoma// Chest. -1994. -Vol. 106 (6 suppl). -P. 293-296 .
14. Gumerlock P.H. Molecular-clinical correlative studies in non-small cell lung carcinoma.//ASCO.—1999.— Educational book/Ed.- M.C. Perry; ASCO.-1999.-P.374-381.
15. Kelly K. Future Directions for New Cytotoxic Agents in the treatment of advanced non-small-cell lung cancer// Proc. ASCO. — 2000. — Educational book. -P. 357-367.
16. Marsiglia H., Baldeyrou P., Lartigau E. et.al. //High-dose-rate brachytherapy as sole modality for early-stage endobronchial carcinoma// Inter. J. Radiat, Oncol, Biol, Phys, 2000, vol.47, p.665-672.

### Түйін

**Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т., Шалабаев А.А., Султанов Р.Р.**

Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы,  
Қалалық онкологиялық орталығы, Шымкент қаласы

### ӨКПЕНІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ЕМДЕУДЕГІ БРОХИАЛДЫ АРТЕРИЯҒА ҚОЛДАЛЫНАТЫН ТАМЫР ІШІЛІК ХИМИОИНФУЗИЯ НӘТИЖЕЛЕРІ

Мақалада өкпенің қатерлі ісігінің неоадьювантты тамыр ішілік химиотерапиясы 62 науқасқа жүргізілгені көрсетілген. Химиотерапияның 1-ші курсынан соң 21 (33,9%) науқаста ісіктің 50% регрессиясы байқалды. Ал 38 (56,5%) науқаста химиотерапияның 2-ші курсынан соң ісіктің 50% регрессиясы байқалды. Операция алдындағы жүргізілген химиотерапия нәтижесінен 35 науқасқа радикалды операция жасау мүмкіншілігі туылды.

**Кілт сөздер:** өкпе қатерлі ісігі, өкпе ісіктерін емдеу, артерия арқылы химиоинфузия.

### Summary

**Kulakeev O., Arybzhonov D., Shalabayev A., Sultanov R.**

South Kazakhstan Medical Academy,  
City Cancer Center, Shymkent

### RESULTS OF ENDOVASCULAR EXPOSURE METHODS IN BRONCHIAL ARTERY IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH LUNG CANCER

The article describes the experience of treating 50 patients with lung cancer with the use of intra-arterial neoadjuvant chemotherapy. After one course of chemotherapy, 21 (33,9%) patients had partial response process. After 2 courses of chemotherapy 38 (56,5%) patients had a partial response process. Radical surgery failed 35 patients.

**Key words:** lung cancer, treating lung tumors, transarterial chemotherapy.



УДК 615.5-006.81-03

**Хван В.В., Арыбжанов Д.Т., Мухитдинова И.Н.**

Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан  
Городской онкологический центр, г. Шымкент, Республика Казахстан

## **РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕВУСОВ И ОПУХОЛЕЙ КОЖИ**

### **Резюме**

Использование аппарата дерматоскоп «Hainedelta 20» (Германия) способствует исследованию образований кожи с возможным увеличением до 10 раз с проведением фото-видеосъемки и с последующим архивированием. Были выработаны соответствующие рекомендации и определены показания для использования разработанных дифференциально-диагностических алгоритмов в клинической практике. Всем 38 больным была проведена диагностика на аппарате дерматоскоп «Hainedelta 20» (Германия) с обязательным гистологическим исследованием у пациентов, которым проводилось хирургическое лечение. В работе приведены основные признаки, характерные для выявления меланомы, базальноклеточной карциномы, невоклеточных невусов, гемангиомы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что определились новые ранние пути диагностики опухолей кожи. Такой вид диагностики должен стать приоритетным у практических врачей при выявлении злокачественных опухолей кожи.

**Ключевые слова:** дерматоскопия, невус, меланома, базалиома, гемангиома.

Рак кожи и меланома – одно из наиболее распространенных в мире онкологических заболеваний и в ряде стран (США, Австралия), он выходит на первое место [1]. На сегодняшний день по данным онкологической службы Республики Казахстан злокачественные новообразования кожи (в том числе меланома кожи) находятся на третьем месте в структуре злокачественных опухолей при 10,6% (10,6% - 2009 г.) и продолжают оставаться в «пятерке лидеров» в структуре онкопатологии среди населения. Показатель заболеваемости раком кожи (без меланомы) в 2010г. году составил 17,6% (17,5%000-2009г.).

Заболеваемость раком кожи определилась первым рангом в Восточно-Казахстанской и Павлодарской областях, в г. Алматы, вторым рангом – в Карагандинской и Костанайской областях, третьим – Северо-Казахстанской и в Западно-Казахстанской областях [2]. При своевременном обращении к онкологу и адекватном лечении рака кожи на ранней стадии удается полностью излечить 95% больных [1]. Учитывая эти обстоятельства, сохраняется актуальность ранней диагностики, профилактики доброкачественных и предопухолевых заболеваний кожи..В 2001 г. на первой Консенсусной конференции по дерматоскопии (метод визуальной диагностики кожи с помощью видеоаппаратуры с увеличением в 40-80 и в 100 раз) были выработаны соответствующие рекомендации и определены показания для использования разработанных дифференциально-диагностических алгоритмов в клинической практике. Разработанный алгоритм позволил проводить дифференциальную диагностику меланоцитарных и немеланоцитарных, а также злокачественных и доброкачественных пигментных новообразований кожи по характерным визуальным признакам [3].

По данным отечественных исследователей [4] выявлено, что чувствительность дерматоскопии для выявления внутрикожных метастазов составила  $75,0 \pm 4,1\%$ , а при осмотре через лупу, применяемом при стандартных обследованиях,  $26,0 \pm 3,4\%$  ( $p < 0,001$ ) [4]

**Цель исследования:** изучение новых возможностей диагностики невусов и опухолей кожи с применением дерматоскопии.

**Материалы и методы.** Нами использованы материалы клинических наблюдений 38 больных, находившихся на обследовании и лечении в ГКП на ПХВ «ОДВД» с октября 2017 г. по апрель 2018 г. Диагностика невусов и опухолей кожи больных проводилась на аппарате дерматоскоп «Hainedelta 20» (Германия). Методика неинвазивна *in vivo*, исследование кожи можно проводить в любых условиях, где есть компьютер или ноутбук. С помощью аппарата дерматоскоп «Hainedelta 20» возможно увеличение образования кожи до 10 раз с проведением фото-видеосъемки и с последующим архивированием. С помощью данного исследования определяется граница дермы и эпидермиса, сосочковый слой дермы, а также становятся видны пигментация и строение эпидермиса различных образований кожи. Всем больным была проведена диагностика на аппарате дерматоскоп «Hainedelta 20». Первичные злокачественные опухоли кожи были диагностированы у 8 больных (21,1%), из них с метатипическим раком у 1(12,5%) пациентки, меланомой у 2 (25%), базалиомой у 5 (62,5%) больных. У основного большинства 18 (47,4%) пациентов из 38 диагностированы различные виды невусов кожи, у 4 (10,5%) – себорейный кератоз, у 3 (7,9 %) – дерматофиброма, у 2 (5,3%) – гемангиома, у 3 (7,9%) – диспластический невусный синдром (ДНС).

Для более детального обсуждения полученных данных представляем несколько клинических случаев: клинический случай 1: больной С, 50 л. аппаратом дерматоскоп «Hainedelta 20» диагностирована: меланома плеча слева по 3 основным признакам: 1 – асимметрия образования кожи по форме и пигментации, 2 – бело-голубые структуры, 3 – ромбовидные структуры с кольцевидно-зернистыми формами; клинический пример 2. Больному Н, 52 л. аппаратом дерматоскоп «Hainedelta 20» диагностирована: Базалиома кожи носа по 2 основным признакам: 1 – «ветвящиеся сосуды», 2 – бело-голубые пятна.

**В обоих случаях диагнозы подтверждены морфологически.**

- клинический пример 3. Больная К, 18 л. с помощью аппарата удалось произвести исследование при ДНС с поражением кожи спины, подмышечной области и паховой области. Папилломатозный невус кожи спины выставлен с помощью аппарата дерматоскоп «Hainedelta 20» на основании 3 признаков: 1 - экзофитные папиллярные структуры, 2 – камедон подобные отверстия, 3 – милиум-подобные кисты. Подобные образования похожи на меланому. О доброкачественной природе свидетельствует мягкая консистенция и способность сжиматься при надавливании.

На рис. 1 видны признаки внутридермального невуса. Заметны участки темно-коричневых пятен и глобул с зонами гипопигментации. В центре имеется бело-голубая структура, представляющая собой пласт меланоцитов. Для исключения меланомы была показано оперативное удаление образования кожи подмышечной области слева с гистологическим подтверждением. Этой же больной было проведено исследование правой паховой области и дерматоскопической особенностью этого образования явилось наличие экзофитных папиллярных структур, в бороздках гладкой кожи - несколько параллельных пигментированных линий, в центре - скопление темно-коричневых точек и глобул. Избыточная пигментация образования требует проведения дифференциального диагноза с акральная меланомой *in situ*. После оперативного удаления образования кожи правой паховой области был выставлен патоморфологический диагноз: Смешанный невус паховой области справа. Дерматологическая картина доброкачественного сосудистого опухоли кожи имеет лакуны - отграниченные образования круглой или овальной формы, различного цвета от красного, до черного. В данном случае на рис. 6 лакуны черного цвета с бесцветным оттенком в центре (тромбированные сосудистые щели).

**Выводы.** Таким образом, дерматоскопия позволяет оценить изменения, происходящие в тех или иных образованиях кожи при невусах и доброкачественных опухолях кожи, что дает возможность для успешной и своевременной диагностики злокачественных образований кожи.

### Литература

1. Шенталь В.В., Пустынский И.Н. Рак кожи // Реферативный журнал. Онкология клиническая. М, Медицина, 2001, № 11, С. 6
2. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д., Әжмагамбетова Ә.Е. Показатели онкологической службы республики Казахстан за 2017 год (статистические материалы), Алматы, 2017.- 108 с.
3. Джамалдинов Д.Д. К вопросу влияния солнечной радиации и активности на заболеваемость злокачественной меланомой в Республике Казахстан. Рак - проблема XXI века. Алматы, 2000 г. С. 93-96.
4. Каримов М.А. О генезе рака кожи в различных регионах Казахстана. Онкология и радиология Казахстана № 3-4 (16-17) 2010. С.7.
5. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S et al. Dermatoscopy of pigmented skin lesions: Results of consensus meeting via the Internet. J Am Acad Dermatol. 2003; 48:679-93.
6. Балтабеков Н.Т. Пути улучшения диагностики и лечения меланомы. Дисс. докт. Алматы, 2009.

### Түйін

**Хван В.В., Арыбжанов Д.Т., Мұхитдинова И.Н.**

Оңтүстік Қазақстан Медициналық Академиясы, Қалалық онкология орталығы, Шымкент қаласы  
**НЕВУС ЖӘНЕ ТЕРІ ІСІКТЕРІН ДИАГНОСТИКАСЫНДАҒЫ ДЕРМАТОСКОПИЯНЫҢ РӨЛІ**

«Hainedelta 20» (Германия) дерматоскопының көмегімен тері ақымдануларын фото-видеоматериалдармен және ондағы архивте уақыты 10 есе ұлғайту мүмкіндігін зерттеуге ықпал етеді. Тиісті ұсыныстар әзірленді және клиникалық тәжірибеде маңызды дифференциалды диагностикалық алгоритмдерді пайдалану көрсеткіштері анықталды. Барлық 38 науқас хирургиялық емдеуден өткен науқастарды міндетті гистологиялық зерттеуге «Гайн Дельта 20» (Германия) дерматоскоптарында диагноз қойылды. Меланоманы, базальды жасушалық карциноманы, жасушалық емес невроді, гемангиоманы анықтауға әтәннегізгі ерекшеліктері бар. Нәтижелер тері ісігін диагностикалаудың жаңа жолдарын анықтаған. Бұл диагноз диагнозы қатерлі тері ісіктерін анықтауда тәжірибешілер үшін басымдықты болуы керек.

**Кілт сөздер:** дерматоскопия, невус, меланома, базальома, гемангиома

**Summary**

**Khvan V.V., Arybzhanov D.T., Mukhitdinova I.N.**  
South Kazakhstan Medical Academy, City Cancer Center, Shymkent

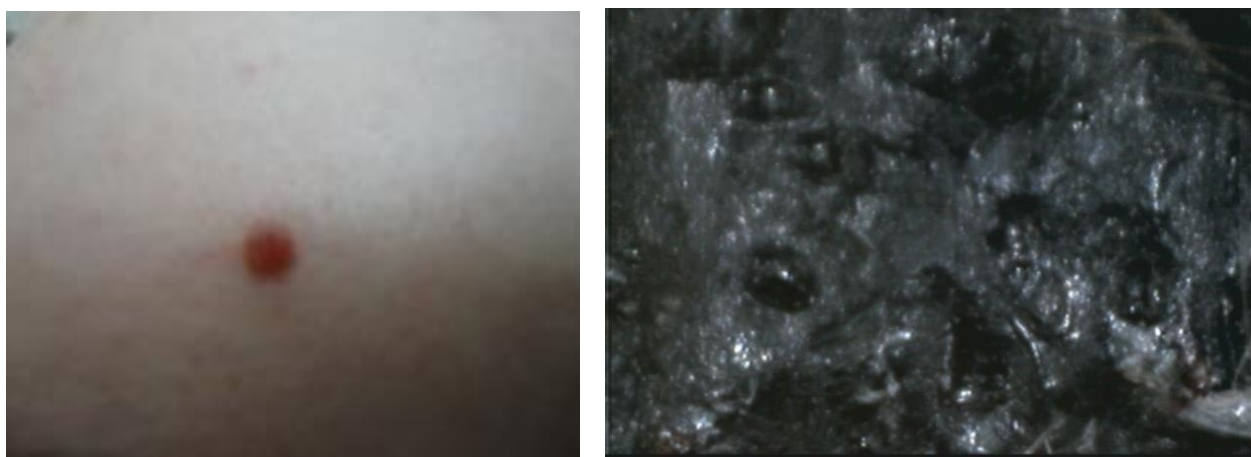
**THE ROLE OF DERMATOSCOPY IN THE DIAGNOSTICS OF NEVUSES AND SKIN TUMORS**

Using the apparatus dermatoscope "Haine delta 20" (Germany) contributes to the study of skin lesions with a possible increase up to 10 times with a photo-video and with subsequent archiving. Relevant recommendations were developed and indications for using the developed differential diagnostic algorithms in clinical practice were determined. All 38 patients were diagnosed on the device dermatoscope "Haine delta 20" (Germany) with a mandatory histological examination of patients who underwent surgical treatment. The paper presents the main features typical for the detection of melanoma, basal cell carcinoma, non-cellular nevi, hemangioma. The results suggest that new early paths for diagnosing skin tumors have been identified. This type of diagnosis should be a priority for practitioners in the detection of malignant skin tumors.

**Keywords:**dermatoscopy, nevus, melanoma, basalioma, hemangioma



**Рисунок 1 – Смешанный невус кожи паховой области справа**



**Рисунок 2 – Гемангиома кожи плеча**

Арипова Т.У., Арипова Н.У., Рузимуродов Н.Ф., Нарзикулов О.  
НИИ Иммунологии АН РУз и НЦХП и ЖВП РУз

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛИНЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

**Актуальность.** Настоящее исследование посвящено оценке эффективности ксенотрансплантации культур островковых клеток поджелудочной железы как способа повышения степени компенсации сахарного диабета и метода патогенетической терапии сосудистых осложнений в сравнении с традиционными способами лечения, его безопасности, оптимизации способов и методов трансплантации. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в 2016 г. сахарным диабетом (СД) страдали 422 миллионов человек во всем мире. Согласно прогнозам, к 2030 годам диабет будет седьмой причиной смерти во всем мире. В это число включены пациенты с СД 1 и 2 типов (СД1, СД2), доля которых составляет соответственно 10% и 90% от общего числа пациентов с СД. СД может привести к серьезным нарушениям здоровья, включая кетоацидоз, почечную недостаточность, сердечно-сосудистые заболевания, нейропатию, ангиопатию и ретинопатию.

В настоящее время единственным возможным способом излечения пациентов с СД является пересадка поджелудочной железы или ее клеток, что является очень эффективным способом в достижении и поддержании длительного физиологического контроля уровня глюкозы в крови, но в следствии различных рисков (отторжение), связанных с выполнением хирургического вмешательства, данный метод используется редко.

**Целью** настоящего исследования разработка и внедрение метода ксеногенной трансплантации культур островковых клеток поджелудочной железы больным с сахарным диабетом 1 типа, определение его эффективности и значимости в комплексном лечении основного заболевания и его осложнений, безопасности применения и внедрение в клиническую практику.

**Материалы и методы.** В Республиканском научно-специализированном Центре гепатопанкреатобилиарной хирургии МЗ РУз обследовано более 500 больных с СД 1 типа. Из них 186 больным с ИЗСД в возрасте от 13 до 59 проведена ксенотрансплантация разработанным в эксперименте эффективным методом хирургического метода лечения ИЗСД путем свободной имплантации культур ОКПЖ и внедреного в клиническую практику. Трансплантация ОКПЖ от новорожденных ягнят была проведена 106 больным, 80 – от поросят. Пересадка аллогенных островковых клеток поджелудочной железы выполнялись в следующих вариантах: под передней листок влагалища прямой мышцы живота; под капсулу селезенки; под апоневроз прямой мышцы живота; круглую связку печени; подкожно.

**Результаты.** Терапевтический эффект пересаженных ОКЖП у больных ИЗСД оценивали по динамике клинический симптомов СД - состоянию гомеостаза, показателям сахара и эндогенного инсулина в сыворотке крови, потребности в экзогенном инсулине, проявлению макро- и микроангиопатии. Динамику клинических проявлений СД проанализировали отдельно у получавших до пересадки инсулин в дозе менее или более 40 ЕД. Как показало обследование больных с имплантатами ОКЖП, в течение 9 месяцев после пересадки практически у всех исчезли клинические проявления как самого СД, так и его осложнений. Только у 3 пациентов выявлялись умеренно выраженные жалобы на сухость во рту, иногда боли в конечностях.

Через 12 месяцев после пересадки ОКПЖ ягнят и поросят снижение гликемии было менее выраженным. Пересадка ОКПЖ вызвала также повышение эндогенного инсулина. У больных, получавших экзогенный инсулин до пересадки в дозе менее 40 ЕД, уровень эндогенного инсулина был повышен в 13,0-20,2 раза и в 4,3-6,0 раза, а у больных, получавших до трансплантации экзогенный инсулин в дозе более 40 ЕД, - соответственно в 5,7-6,4 и 3,8-6,2 раза против исходных данных.

Следовательно, после пересадки ОКПЖ как ягнят, так и поросят удается значительно снизить дозу вводимого больным ИЗСД экзогенного инсулина. Так через 9 и 12 месяцев после пересадки снижение дозы получаемого больными инсулина было статически недостоверным. Потребность в экзогенном инсулине более выражено уменьшилась у реципиентов, получавших до пересадки инсулин в дозе более 40 ЕД.

**Заключение.** Таким образом, подводя итоги клинических результатов по трансплантации островковых клеток наряду с достижениями мы отметили что проблема несет в себе еще много вопросов, которые ждут своего разрешения. Остаются также трудности изолирования островковых клеток, недостаточного количества трупных поджелудочных желез и хороших средств иммунологической защиты. В связи с этим большой интерес источников для получения здоровых инсулинпродуцирующих клеток.

Бекембаева Г.С., Толеубекова Г.А.  
НАО «Медицинский университет Астаны», г. Астана.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КАЗАХСТАНЕ

### Резюме

**Цель работы:** изучение характеристики туберкулезного процесса среди детей и подростков на современном этапе, определение факторов, влияющих на развитие заболевания и его исход.

**Материалы и методы исследования:** проведено аналитическое исследование когорты больных туберкулезом детей и подростков, для обработки данных нами были использованы статистические методы: дескриптивный, корреляционный и факторный, проведенные в статистической программе SPSS 16.

**Результаты исследования:** Как показал анализ медицинской документации 54 детей и подростков, обследованных в условиях противотуберкулезного диспансера г. Астаны, микробиологическое исследование патологического материала обследуемых детей и подростков на МБТ показал, что заразными в эпидемиологическом плане могут быть дети, как младшей возрастной группы, так и более старшего возраста. Частота встречаемости больных с бактериовыделением оказалась выше у старшей возрастной группы, в частности среди подростков. МБТ среди детей в возрасте от 0 до 3 лет были выявлены в 22,2% случаев, а среди подростков 38,5%.

В клинической структуре локального туберкулеза среди детей младшего и школьного возраста (0-12 лет) преобладали первичные формы туберкулеза (ТВГЛ -33(62,5%), ПТК -17(31,2%)), начиная с препубертатного возраста и старше, диагностировались вторичные формы туберкулеза (ИТЛ -32(60%)).

Корреляционный анализ, позволил объяснить силу связи явлений при развитии туберкулезного процесса у детей и подростков на современном этапе: он показал умеренную связь между структурой локального туберкулеза среди детей и подростков и методом выявления туберкулинодиагностикой ( $p=0,674$ ,  $r\leq 0,05$ ). Наличие близкого контакта с больным активной формой туберкулеза в высокой степени коррелировало с неблагоприятными материально-бытовыми условиями ( $p=0,743$ ,  $r\leq 0,01$ ), а также с выявлением у этого больного лекарственно-резистентных форм МБТ и назначением соответствующей категории лечения пациентам ( $p=0,825$ ,  $r\leq 0,01$ ). Умеренной силы связь была определена между уровнем материально-бытовых условий и исходом заболевания, чем тяжелее были материально-бытовые условия проживания детей и подростков, тем чаще ставился исход заболевания, как Неудача лечения ( $p=0,532$ ,  $r\leq 0,05$ ).

**Выводы:** Знание корреляционных связей между показателями внутри факторов, мы могли бы правильно регулировать проведение организационных мероприятий по раннему выявлению локального туберкулеза среди детей и подростков и проводить профилактические меры по предупреждению заболевания в этих возрастных группах.

Zhanteyev M.Y., Yendibay B.B.

South-Kazakhstan medical academy, Shymkent, Kazakhstan

## RETROSPECTIVE ANALYSIS OF COLORECTAL CANCER IN TURKESTAN REGION

### Objectives of the study

Retrospective examinations of patients which were treated for colorectal cancer among the population of Turkestan (SK) region. According to their: ethnic; sexual; age differences; the location; the stage of tumor growth.

### Materials and methods of the work

As the main core of the work were taken patients who are registered in the oncology center of the Turkestan region in 2012-2016. The total number of patients, the stage of tumor development, the level of total mortality for the year, 5-year viability were taken into account. In addition, the case histories of 261 patients were studied.

According to the case histories of the disease, the patients were divided into ethnic groups "Kazakhs", "Slavs", "Uzbeks" and "others".

Depending on the localization of tumors in the colon it was classified into: the right part of the colon (cecum and ascending parts), the transverse part of the colon (from the hepatic angle to the splenic angle), the left part of the colon (descending part and sigmoid colon) and the rectum (rectosigmoid part, rectum).

**Results of the study:**

According to the stage of tumor growth the number of detected patients in the initial I–II stages of tumor development increased from 9 people in 2012 to 51 by 2016. This is a very good indicator.

The overall mortality rate for colorectal cancer has also been significantly increased. In 2012, the overall mortality rate was 30 patients, in 2016 - 51. For the retrospective analysis were selected 261 patients with colorectal cancer, 123 were male and 138 female, and the average age was 59.97 (among 23-83 year old patients) year.

As for the total number of patients registered for colorectal cancer, it was found out that the number of patients is increasing every year. If in 2012, 298 patients were registered, in 2016 this figure reached 356 people, that is, the growth increased by 58 people. The indicator of the column of 5-year survival of patients in the general calculation increased from 140 to 144, respectively. It shows that it is in a positive trend, though slightly.

According to the classification of ethnic groups it is obvious that the correlation deviations between the ethnic groups of the surveyed are also significant. This deviation may be due to the genetic predisposition of patients, peculiarities of nutrition (abundant animal fat in food, especially pork) and the indifference order of treatment to the doctor. Most often the tumor is located in the rectum (57.9%), the least in the transversal part (6.5%). The most frequent stage of development at the initial detection is the 3rd (49%), while the lowest is the 1st (3.4%) stage.

**Conclusions:**

Slavs are more common to have a CRC.

CRC in Turkestan region is more common among women than men, but does not have much statistical significance, such as in European countries (Norway, Sweden, Denmark).

The average age of patients with colorectal cancer was 59.97 year. More than 60 % of registered patients are between 50 and 70 years.

Most often the tumor is located in the rectum (57.9%), the least in the transversal part (6.5%).

The most frequent stage of development at the initial detection is the 3rd (49%), while the lowest is the 1st (3.4%) stage.

the main reason for the frequent detection of the disease in the late stages (III-IV) shows that the program carried out for early detection is not more effective and that the indigenous population is indifferent to the disease.

**Иноятова И.Ш., Садыкова Н.Г**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**ПРИМЕНЕНИЕ СИБУТРАМИНА В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН**

Ожирение стало одним из самых распространенных хронических заболеваний современности и представляет серьезную медико-социальную проблему. Высокая распространенность этой патологии обусловлена урбанизацией, снижением физической активности и доступностью калорийной пищи. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире насчитывается 300 млн. больных ожирением и приблизительно 1,7 млрд. людей имеют избыточную массу тела. Лидируют в этом отношении США, Германия и Канада. Например, в США 34% взрослого населения имеют избыточную массу тела и 27% – ожирение. В Узбекистане распространённость ожирения среди населения составила у женщин 34,7%, а у мужчин 23,1 %. Число людей с избыточной массой тела увеличивается на 10% каждые 10 лет.

**Целью** нашего исследования явилась изучение эффективности применения сибутрамина в лечении ожирения у женщин.

**Материалы и методы исследования:** Нами были исследованы 30 женщин с ожирением в среднем возрасте 43,5±3,2 года, обратившие в консультативную поликлинику 3- клиники Ташкентской медицинской академии. Все больные в зависимости от получаемой терапии были разделены на две группы: 1 группу составили 15 больные получавшие сибутрамин в дозе в среднем 12,3±2,4 мг в сутки и дозированную физическую нагрузку, соответствующую диету; 2 группу составили женщины получающие сибутрамин и метформин в средней дозе 13,4 ±2,1 мг/сутки, 860,3±2,3 мг/сутки, также дозированную физическую нагрузку и диету. Всем женщинам измеряли вес, рост, затем вычисляли индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ) и объем бедер (ОБ), также сахар в крови натощак и через 2

часа после еды, липидный спектр, для исключения гипотиреоза гормоны ТТГ, свободный Т3, свободный Т4, антитела к ТПО. Обследуемыми нами больным были проведены УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы. Для того что бы следить за безопасностью препарата всем женщинам до и после приема сибутрамина было исследованы АЛТ и АСТ.

**Результаты исследования:** У женщин в первой группы ИМТ в среднем составил  $37,2 \pm 2,3$ , ОТ был  $108,3 \pm 2,3$  см, ОБ  $124,3 \pm 2,3$  см, после наблюдения в динамике отмечалась уменьшение ИМТ, ОТ, ОБ на 5,7; 4,9; 5,0% соответственно. До лечения у женщин второй группы ИМТ, ОТ, ОБ составил  $36,5 \pm 3,4$ ;  $110,1 \pm 3,4$ ;  $118,4 \pm 2,3$  соответственно, а после лечения сибутрамином и метформином отмечалась уменьшение ИМТ, ОТ, ОБ на 16,0; 9,0; 5,0% соответственно. В первой группе больных отмечалось снижение массы тела у 10% женщин, во второй группе больных у 15 % женщин.

**Вывод:** Сибутрамин является эффективным препаратом в лечении ожирения

**Махмудова С.М., Шагазатова Б.Х.**

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

### ЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

**Цель работы:** изучить ведущие причины женского бесплодия. Выявить эндокринные особенности нарушения фертильной функции у женщин, состоящих в бесплодном браке, и провести анализ значимости изменений эндокринного статуса.

**Материал и методы исследования:** С целью определения факторов риска infertility из числа обследуемых были выделены 80 infertильных женщин. средним возрастом  $22,6 \pm 6,5$  лет. Продолжительность бесплодия в браке варьировала от 1 до 12 лет ( $5,6 \pm 2,1$  лет). Все исследования выполнялись в соответствии с клиникой «Шахноза фэйз».

**Результаты:** Проведенное исследование показало, что среди обследуемых женщин 19 -23,75% хронический аднексит, 11 -13,75% СПКЯ 15-18,75% гипоплазия матки, 7-8,75% Аденомиоз, 7 -8,75% миома матки, 8-10% киста(фолликулярная 3, эндометриоидная 3, параовариальная-2), МФЯ 3-3,75% , 2-2,5% патология невыявлено. Гормональная нарушения по типу гипер пролактинемия 27-33,75%, гипозстрогения 11-13,75%, гиперандрогения 37-46,25%, повышения ТТГ 16-20% обнаружено.

Нарушение менструального цикла по типу аменореи наблюдалось у 3 (6,1%) женщин по типу олигоменореи у 36(73,4%) и дисменореи у 10 (20,4%) пациенток. Пациенты с нарушениями менструальной функции делятся на 3 группы: I-группа - пациентки с аменореей, II - группы с олигоменореей, III - группы с дисменореей. Для всех женщин с нарушениями менструального цикла проводилось испытание на гормоны крови и ультразвук внутренних органов и щитовидной железы.

**Выводы:** 1. В этиопатогенетической структуре женский фактор обнаруживался в 35% случаев. 2. у женщин с нарушениями менструального цикла наблюдается значительное изменение уровня гормонов по сравнению с контрольной группой, в которой гормоны находятся в пределах нормы.

**Разиков А.А., Ахмедов Х.С.**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

### ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

**Цель работы:** Изучить проблемы развития толерантности к нитратам и пути их преодоления в лечении ишемической болезни сердца в условиях первичного звена здравоохранения. Общеизвестно за последние десятилетия отмечается неуклонный рост сердечно-сосудистых патологий и среди них ишемической болезни сердца (ИБС). В связи с этим увеличивается обращаемость с сердечно-сосудистыми заболеваниями к семейному врачу в условиях первичного звена здравоохранения. Вопросы лечения ИБС в условиях первичного звена здравоохранения остаются до сих пор актуальными. Всем нам известно препаратами выбора в лечении ИБС являются бета-адреноблокаторы. Но, к сожалению, имеющаяся у больного сопутствующая патология, такая как бронхиальная астма, обструктивная болезнь легких, брадикардия, атриовентрикулярные блокады и еще многое другое не всегда позволяют столь широко использовать бета-блокаторы. В таких случаях семейному врачу приходится опираться на

старые, но не потерявшие своего значения нитраты. Но к сожалению общеизвестно при длительном приеме на нитраты развивается толерантность.

**Материал и методы исследования.** Под наше наблюдение было взято 74 больных с ИБС в возрасте от 45 до 92 лет, получивших лечение в третьей клинике Ташкентской медицинской академии. Наблюдение за больными проводилось в условиях стационара и в течение 6 месяцев после выписки. Из них мужчин 41, женщин 33 человек. Всем больным был выставлен диагноз ИБС Стабильная стенокардия напряжения ФК II, III и IV. Диагноз был верифицирован на основании опросника Роузе, субъективных и объективных данных, лабораторно-инструментальных, при необходимости ЭКГ исследований с нагрузкой. Из них в первой группе 47 больных в общепринятой терапии получали нитраты, во второй группе 27 больных принимали в лечении нитраты с каптоприлом 25 мг по 1 таблетке 2 раза в день. Каптоприл был добавлен к концу 2 месяца лечения. Курс лечения каптоприлом был проведен в течение 2 недель, повторно через каждые 2 месяца.

**Полученные результаты.** В первой группе больных в среднем через 3 месяца лечения появились признаки толерантности на ранее принимаемые дозы нитратов и 16 (34,0%) больных вынуждены были госпитализировать повторно в стационар. 14 (29,8%) больным из первой группы пришлось увеличить дозу нитратов. Но в среднем через две недели вновь у больных появились признаки толерантности к нитратам в виде учащения болевых приступов и им пришлось заменить их сиднофармом 2 мг по 1 таблетке 3 раза в день. Через две недели лечения сиднофарм вновь заменили на нитраты. У 13 (27,6 %) больных вновь появилась эффективность на прием нитратов. Во второй группе у 18 (66,7%) больных при 6 месячном наблюдении толерантность к нитратам не развилась, у 5 (18,5%) больных отмечалось учащение приступов. Их пришлось на 4 месяц лечения госпитализировать в стационар.

**Выводы.** Таким образом, толерантность к нитратам чаще всего развивалась к концу 3 месяца лечения. Добавление в лечение каптоприла увеличивало сроки развития толерантности к нитратам и улучшало течение заболевания. По нашим наблюдениям добавления каптоприла желательны в начале третьего месяца в течение 2 недель, что видимо позволяло восстанавливать запасы SH группы. Двух недельный курс лечения сидноминами позволил преодолеть толерантность к нитратам. И общепринятые принципы приема нитратов с 10-12 часовым перерывом в течение дня позволяло удлинить время наступления толерантности к ним.

**Ключевые слова:** ИБС, лечение, нитраты, лекарственная толерантность, каптоприл, сидномины.

**Содикова Н.Г., Джафарова Н.А.**

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА**

**Цель работы:** изучить соответствие неинвазивных методов исследования с коронарной ангиографией у больных ишемической болезнью сердца при сахарном диабете 2 типа

**Материал и методы исследования:** проанализированы результаты неинвазивного и инвазивного обследования 72 больных с сахарным диабетом 2 типа и атеросклеротическими поражениями коронарных артерий, находившихся на стационарном лечении в 3-клинике Ташкентской Медицинской Академии с 2016 по 2018 года. Средний возраст пациентов составил 58 лет.

Пациенты были разделены на 3 группы, в зависимости от длительности заболевания сахарным диабетом: 1-группа – до 5 лет – 15(20%), 2-группа – от 5 до 10 лет – 17(24%), 3-группа – более 10 лет - 40(56%) пациентов. Во всех группах больным рутинно выполнены офтальмоскопия, ЭКГ, ЭХОКГ, определение уровня глюкозы, гликированного гемоглобина, а также липидного профиля крови. СД в декомпенсированной стадии выявлен в 55(76%) случаях, в компенсированной в 17(24%) случаях. Тесты с физической нагрузкой выполнены больным со стабильной стенокардией ФК II. Больные со стенокардией напряжения ФК III, IV, а также ФК II с положительным результатом при тестах с физической нагрузкой были направлены для проведения селективной коронарографии.

**Результаты:** ангиографическое подтверждение поражения коронарных артерий получено в 62(86%) случаях. Тяжелое поражение коронарных артерий получено в 50(70%) случаях в 3-группе, значимое поражение в 15(20%) случаях в 1- и 2-группах, в 7(10%) случаях выявлено умеренное поражение коронарных артерий, не требующее активного вмешательства. Во всех случаях отмечена



связь между тяжестью поражения коронарных артерий, тяжестью и длительностью течения сахарного диабета, потребностью в инсулинотерапии.

С учетом риска осложнений и летальности, были выполнены эндоваскулярные и открытые хирургические вмешательства с удовлетворительным результатом.

**Выводы:** Тяжесть поражения коронарных артерий коррелирует с тяжестью и продолжительностью течения сахарного диабета 2 типа.

Раннее выявление и лечение атеросклеротического поражения коронарных артерий у больных сахарным диабетом 2 типа улучшает прогноз течения ИБС.

Данные ЭКГ и ЭХОКГ являются основными факторами, определяющими показания к коронарографии.

Тесты с физической нагрузкой являются оптимальным методом скрининга поражения коронарных артерий у пациентов со стенокардией напряжения ФК II, однако не являются самостоятельным методом диагностики и должны быть подтверждены селективной коронарной ангиографией.

**М.Т. Хотамова**

Бухарский Государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино, г.Бухара, Узбекистан

### **ВНУТРИУТРОБНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ПЛОДА НА ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Актуальность проблемы:** настоящее исследование проводится в третьем триместре беременности, то есть с 27-й акушерской недели начинается завершающий этап вынашивания ребенка - третий триместр беременности. Совсем скоро произойдет долгожданная встреча мамы и малыша! Пора определиться с выбором родильного дома, задуматься об обустройстве комнаты или уголка для новорожденного, приобрести ему вещи, необходимые на первое время.

Беременность в третьем триместре приносит будущей матери ряд и психологических, и физических неудобств. Женщина внимательно прислушивается к шевелениям плода, беспокоясь о его состоянии, следит за своими выделениями, опасаясь преждевременных родов. Физические трудности, в основном, связаны с ощутимым увеличением матки: появляется одышка, боли в пояснице, учащается мочеиспускание, возможны запоры, варикозное расширение вен на ногах, сильнее заметны растяжки на животе. Но с этими проблемами можно справиться, следуя рекомендациям специалистов.

При Седьмом месяце беременности приближается декретный отпуск, он очень нужен будущей маме, так как беременность на седьмом месяце часто сопровождается усталостью. Женщине теперь следует периодически лежать с приподнятыми ногами и регулярно гулять около двух часов на свежем воздухе, продолжать полноценно питаться и контролировать свой вес. В третьем триместре беременности еженедельная прибавка веса не должна составлять более 300 г.

Плод в 7 месяцев беременности является жизнеспособным, но его легкие еще не готовы к самостоятельному газообмену. В случае преждевременных родов малышу поможет выжить лишь специализированная медицинская аппаратура. На этом сроке у ребенка завершается формирование половой системы, активно работают почки, включаются механизмы терморегуляции, начинается синтез собственных гормонов, совершенствуются органы чувств. Малыш активно реагирует на звуки и свет, уже ощущает вкус околоплодных вод, способен испытывать эмоции и чутко улавливать настроение мамы. Заметно подросшему ребенку становится тесно в полости матки, и в период его бодрствования женщина ощущает уже не легкие шевеления, а активные толчки ручкой или пяточкой.

**Цель настоящего исследования:** изучить результаты теста ВАС (виброакустическая стимуляция) при нормально протекающей беременности[2].

**Материалы и методы исследования:** нами проведены 456 тестов у 90 женщин после 28 недель беременности. В полулежачем положении диск стимулирующего устройства укрепляли на животе женщины, ВАС (виброакустическую стимуляцию) проводили в течение 1-2 с. Если толчок со стороны плода ощущался сразу после стимуляции, тест считали положительным. Если движение плода женщина не воспринимала, тест повторяли дважды в пределах 30 с. При отсутствии толчков тест считали отрицательным.

**Результаты и их обсуждения:** положительный тест отмечен в 97% случаев. 12 отрицательных тестов (из 456) были зарегистрированы у 6 женщин из 90 при сроке беременности 29-33 недель. Самопроизвольные роды без осложнений произошли у 79 из 90 обследованных. Вакуум-экстракция плода произведена у 4 рожениц: у 2 по поводу слабости родовой деятельности, у 2 в связи с асфиксией плода. Кесаревым сечением роды закончены у 7 женщин. Показаниями к операции были клинически

узкий таз (5), угрожающая асфиксия плода (1), непроходимость кишечника у беременной (1). Состояние всех новорожденных было удовлетворительным.

**Выводы:** таким образом, при нормально протекающей беременности ВАС (виброакустическую стимуляцию) почти всегда связана с появлением движений плода, которые ощущает мать. Ответ плода на ВАС тем активнее, чем больше срок беременности. Считают, что тест может использоваться как начальный скрининг состояний плода, однако необходимым дальнейшие исследования с неврологическим и слуховым контролем для того, чтобы метод мог быть рекомендован в клиническую практику.

**Коломиец В.М., Белоконова Л.В.**

"Курский государственный медицинский университет". Россия

### **ФОРМИРОВАНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КОМОРБИДНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ ПРИ ЕГО ЭФФЕКТИВНОЙ ХИМИОПРОФИЛАКТИКЕ**

Актуальность. Эпидемическую ситуацию по туберкулезу удалось стабилизировать, однако рост коморбидной инфекции (Вич-ассоциированный туберкулез – ВичТБ) на фоне увеличения контингентов Вич-инфицированных (людей, живущих с Вич - ЛЖВ) требует интенсификации противоэпидемических мероприятий именно в этой приоритетной группе риска. Для предупреждения ВичТБ среди ЛЖВ, наряду с предотвращением их инфицирования микобактериями (МБТ) и своевременной антиретровирусной терапией, применяются и антибактериальные препараты (АБП) - химиопрофилактика туберкулеза (ХП)

**Цель исследования.** Анализ эпидемической ситуации и эффективности рекомендуемых в настоящее время режимов химиопрофилактики ТБ среди ЛЖВ населения региона.

Материалы и методы исследования. В течение последних десяти лет проводится наблюдение и лечение ЛЖВ и заболевших ВичТБ среди населения одного из регионов РФ. При обследовании больных ВичТБ использовались инновационные диагностические методы, в частности «Диаскинтест». С целью клинической реабилитации применяли этиотропную терапию обеих заболеваний в соответствии с принятыми стандартами. Обработан статистический материал о пораженности ВИЧ-инфекцией, ТБ и ВичТБ населения и эффективности рекомендованных в настоящее время методов специфической ХП ТБ.

Результаты исследования и их обсуждение. В регионе после почти 10 лет благоприятной ситуации по ВИЧ-инфекции лишь в течение последних 10 лет отмечается увеличение контингентов ЛЖВ, преобладающее большинство из них не местные жители и основным путем заражения ВИЧ-инфекцией является половой (до 80%). Ежегодный прирост ЛЖВ среди жителей региона на протяжении последних лет составляет 15-20%, более чем 13% ЛЖВ были выявлены в местах лишения свободы. В целом пораженность Вич-инфекцией населения увеличилась с 0,8 до 95,3, а заболеваемость – с 0 до 2,9 на 100.000 населения региона. В отличие от Вич-инфекции эпидемическая ситуация в регионе по ВИЧ/ТБ «нестабильная» и во многом предопределяется миграционными процессами. Так, за период резкого роста заболеваемости и пораженности ВИЧ-инфекцией заболеваемость ВичТБ составила 0.97-0.71-0.98-0.72-1.7/100.000, при этом 1/3 впервые выявленных ЛЖВ прибыли из соседних государств. В структуре больных ВичТБ не менее в 50% случаев выявляется диссеминированный туберкулез легких, включая единичные случаи и острейшего сепсиса, деструктивные формы ВичТБ с бактериовыделением выявляются у от 30% до 50% больных. Достичь клинического излечения в течение последних пяти лет, в условиях резкого повышения заболеваемости лекарственноустойчивым ТБ, включая случаи с МЛУ И ШЛУ, при использовании стандартных режимов этиотропной терапии удалось лишь у 25.5% -12.5% - 18.2% - 11.1% - 21% в/в больных, В 18.2% - 37.5% - 18.2% - 27.7% и 15.8% из умерших неблагоприятный исход наступил в течение первого года после выявления и начала лечения. С целью профилактики коморбидного ТБ необходимо использовать и интенсифицировать его химиопрофилактику. Однако до настоящего времени фтизиатры практически всех стран СНГ не всегда придерживаются единого определения сущности ХП. В регионе в течение года ХП проводится не более 10% ЛВЖ, в том числе не более чем 60% впервые выявленных, и назначается преимущественно двумя АБП при выявлении факторов риска. Такая тактика позволяет не просто предупредить, но и своевременно выявлять заболевание ТБ.

**Выводы.** При продолжающимся формировании нестабильной эпидемической ситуации по Вич-инфекции и ВичТБ в регионе наиболее обосновано проведение вторичной ХП не менее двумя АБП при наличии факторов риска, приоритетно - данных о содержании CD4+лимфоцитов, устойчивости МБТ у контактов и стадии Вич-инфекции. Необходимы дальнейшие исследования для обоснования наиболее рациональных режимов ХП.

Коломиец В.М., Корнеева С.С. С.М. Юдина

"Курский государственный медицинский университет" Курск, Россия

## ХОБЛ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

### Резюме

**Введение.** В условиях реализации пилотного проекта реорганизации здравоохранения в РФ приоритетно усиливается роль врача общей практики (ВОП) в выполнении одного из основных противоэпидемических мероприятий при туберкулезе – своевременном выявлении источника инфекции - больного туберкулезом (ТБ). С этой целью используются различные методы диагностики, но прежде всего необходимо привлекать к обследованию население из групп риска, особенно больных с различной патологией органов дыхания (БОД), в том числе с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА).

**Целью** исследования является изучение особенностей выявления и реабилитации больных с ХОБЛ-ассоциированным ТБ (ХОБЛ+ТБ).

**Материалы и методы исследования.** Изучены распространение ХОБЛ, ТБ и ХОБЛ+ТБ среди населения и эффективность их реабилитации в течение трех лет. Использовались стандартные методы диагностики, включая новые методы лучевого исследования (компьютерная томография – КТ), функциональной, а также этиологической диагностики.

**Результаты.** Установлено, что общая заболеваемость за три года продолжает снижаться на 3,5%-2,6%, составляя в среднем 1252,71-1170,13/1000. Наиболее высокая заболеваемость БОД (включая ХОБЛ, БА, пневмонии, ХОБ, а также грипп, ОРВИ), даже сравнительно с болезнями системы кровообращения (300/1000 против 130/1000).

При наблюдении 800 больных БОД и 573 больных ТБ у 89 (6,48%) ТБ в сочетании с ХОБЛ и ХНЗЛ выявлен при профилактическом осмотре и у 73 (5,31%) при их обращении с жалобами. В то же время ТБЛ в сочетании с гипертонической болезнью имел место у 5,31%, язвенной болезнью желудка – 3,08% и сахарным диабетом – всего у 2,76% ( $p < 0,05$ ).

Эффективность реабилитации исследовали у 52 больных ХОБЛ+ТБ (основная группа), которым проведена этиотропная терапия в соответствии со стандартами, бронхолитики и дополнительно кислородная терапия в течение интенсивной фазы основного курса лечения (ИФ ОКЛ). В группе сравнения проводилась только базисная терапия и бронхолитики в дозировочном аэрозоле по показаниям. Эффективность этиотропной терапии (прекращение бактериовыделения и изменения деструктивных изменений) оказалось практически одинаковой ( $p < 0,01$ ), в то же время выявлены существенные изменения функционального состояния и гемодинамики, что проявилось в улучшении бронхиальной проходимости и уменьшении гипоксемии (табл.). Так, в основной группе средний показатель ЖЕЛ % повысился с  $72,38 \pm 5,58$  до  $87,73 \pm 4,08$ , ОФВ<sub>1</sub> (%) с  $66,42 \pm 5,70$  до  $74,55 \pm 3,39$ , а среднее давление в легочной артерии снизилось с  $22,40 \pm 1,01$  до  $18,73 \pm 1,0$  (везде  $p < 0,05$ ). В то же время изменения этих показателей в группе сравнения были не существенными. Эффективность реабилитации только БОД изучена в двух контрольных группах - 106 больных бронхиальной астмой (БА) и 64 с ХОБЛ. На амбулаторном этапах их лечения назначались преимущественно комбинированные препараты формотерола с будесонидом (более 40%) и фенотерола с ипратропиума бромидом (около 30%). М-холинолитик тиотропиума бромид (до 40%) у больных ХОБЛ и фенотерол (45%) у пациентов с БА. Из глюкокортикостероидов (ГКС) вне обострения заболеваний используются комбинации ингаляционных и системных ГКС. Выраженная тенденция к увеличению потребности в коротко действующих ЛП при снижении частоты использования базисных бронхолитиков.

**Выводы:** Таким образом, БОД (в т.ч. ХОБЛ), выявляемые прежде всего ВОП, являются факторами риска развития ТБ и при такой распространенности ХОБЛ+ТБЛ необходимость использования для их реабилитации патогенетической терапии не вызывает сомнений. при интегрированном наблюдении больного ВОП и фтизиатром. как в интенсивной, так и фазе продолжения этиотропной терапии.

М.Е. Жантеев<sup>1</sup>, Ж.А.Рамазанов<sup>1</sup>, М.Т. Ижанов<sup>2</sup>, Е.К.Оңғарбаев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент, Қазақстан

<sup>2</sup> Қалалық онкологиялық орталық Шымкент, Қазақстан

## ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНДА СҮТ БЕЗІ ОБЫРЫНЫҢ 2013-2017 Ж СКРИНИНГ НӘТИЖЕСІ

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі бойынша сүт безі обыры жыл сайын 1,4 млн жуық әйелде алғаш рет тіркеліп, осы ауру себебінен 460 мыңнан астамы өлім құшады екен. Ресей онкологтарының мәліметі де осыған ұқсас, әйелдер арасында сүт безі обыры 1 орында (20%) өлім деңгейі де алдыңғы қатарда (17,3%) екендігін айтқан.

ҚазОЖРҒЗИ ның 2012 жылғы берлімі бойынша сүт безі обыры жиілігі әйелдер арасында республика бойынша өткен ғасырдың 90 жылдарынан бастап 1 орында болса, 2011 жылдан бастап жалпы онкологиялық аурулар арасында да алдыңғы орынға шықты.

**Жұмыс мақсаты.** Түркістан (оңтүстік қазақстан) облысы бойынша сүт безі обырының даму динамикасын және оның алғаш анықталу кезіндегі даму сатысының көрінісін білу. Облыстағы скрининг бағдарламасы деңгейін білу.

**Жұмыс матриалдары мен тәсілдері:** Берілімдерді негізге ала отырып, Оңтүстік қазақстан облыстық онкологиялық диспансерінде 2013-2017 жылдардағы статистикалық мәліметтер бойынша сүт безі обырымен ем қабылдаған науқастардың скрининг нәтижесін талқыладық. Берілген мәліметтер бойынша науқас санының динамикасымен қатар олардың алғаш анықталу жиілігі, өміршеңдігі және анықталу кезіндегі даму сатысы бағаланды. Тесеруге алынған статистикалық мәліметтер бойынша облыста сүт безі обырымен ауыратын әйелдер саны жыл санап артатындығы мәлім болды. Сүт безі обыры алғаш тіркелген жағдайдың өзі 5 жыл ішінде 306 дан 420 ға артқанымен, оның ерте анықталу көрсеткіші де біршама жоғарылап 2013 ж 81,3% дан 2017 ж 90,9% жеткен.

### Кесте 1. Сүт безі обырымен ем қабылдаған науқастардың 5 жылдық динамикалық көрсеткіші

№	Жыл	1 жыл Тіркелгендер	Даму сатысы					
			I-II	%	III	%	IV	%
1	2013	306	249	81,3	43	14,2	14	4,5
2	2014	308	255	82,7	27	8,9	26	8,4
3	2015	378	345	91,2	20	5,2	13	3,6
4	2016	413	360	87,6	33	7,9	17	4,5
5	2017	420	382	90,9	22	5,3	16	3,8

Кестеге назар аударар болсақ Түркістан облысында (ОҚО) сүт безі обыры жиілігі жыл өткен сайын артып келе жатқандығын көреміз. Қатерлі ісік бойынша алғаш тіркелгендер саны 2013 ж 306 науқас болса бұл көрсеткіш 2017 ж 420 ға (27 % астам адамға) артқан. Осы сияқты «Д» есепте тұратын аурулар саны да 1994 тен 2626 ға өскен. Бұл да 2013 жылғымен салыстырғанда 24% дан астам артық.

**Жұмыс нәтижелері:** Сүт безі обыры бойынша алғаш қаралып, диагноз қойылған науқастар санын саралар болсақ, онда ісіктің бастапқы I –II даму сатыларында анықталған науқастар санының 2013 ж 249 әйел жалпы қаралғандардың 81,3% құрағанын көреміз. Осы сияқты ісікті ерте анықтау жиілігі жыл өткен сайын артып, 2017 жылы 382 ге пайызбен шаққанда 91% ға жуықтаған. Яғни ерте анықтау 5 жылда 10% ға артқан. Бұл өте жақсы көрсеткіш. Осы сияқты ауруы өткіреген III сатысында анықталу көрсеткіші біршама 14,4% дан 5,2% ға төмендесе IV сатысында анықталу да сәйкесінше 4,5% дан 3,8% ға кеміп отыр.

**Қорытынды:** статистикалық мәліметтерді саралау барысында жалпы дүние жүзіндегі үдерістерге ұқсас Түркістан облысында да сүт безі обыры жиілігі жыл санап жиілеуде.

Сүт безі обырының жиілігі артқанымен қатар оның ерте анықталу деңгейі де көтерілуде, ол сүт безі обыры бойынша облысымыздағы скрининг жұмыстары баырысының да жақсарып келе жатқандығын көрсетеді.

**Makhmudova K., Rahimova M.**  
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

### TANITA FOOT-TO-FOOT BIOELECTRICAL IMPEDANCE ANALYSIS USING IN ISCHEMIC HEART DISEASE

**Background.** Simple, accurate, and noninvasive methods for assessing body composition are needed in many clinical, community, and research settings. The foot-to-foot bioelectrical impedance analysis (BIA) system may be one method of addressing those needs. The objective of this study was to determine the validity of a foot-to-foot BIA system for body-composition assessment of patients which have ischemic heart disease.

**Purpose.** The propose of this study was to determine the body composition changes of 10-days clinic-based weight management program

**Materials and methods.** For a period of two years (2016-2018) we studied 60 overweight and obese pations (BMI,  $X \pm SD$ ,  $32,94 \pm 6,51$  kg/m<sup>2</sup>). The diagnostic protocol included antropometric data, body composition analyse with (Tanita) leg-to-leg BIA system (model TBF – 300A), blood analysis, cardiological, dietological and physiotherapeutical specialist consult. All of patients keep to a low-calory diet, intensive everyday exercise and physiotherapy procedures. The lectures course included of basis nutrition, healthy eathing, long-term exercise programm.

**Results:** Weight loss for the group was 2.57 kg. The fat-mass loss was 1.25 kg, free-fat mass was also decrease 1.31 kg. Reductions in circumferences of waist and hip for the group was 3.9 cm and 3.09 cm respectively. Basal metabolic rate was significantly reduced ( $p < 0.001$ ). Patients had improved some components (total cholesterol, HDL cholesterol, fasting glucose, blood pressure).

**Conclusion:** These results support the field use of BIA for estimating changes in fat mass as it is simple to use, requires minimal training and is used across a spectrum of ages, body weights, and disease states. The Tanita system was highly correlated to other measures of body composition such as waist circumference and BMI and provides another tool for identifying individuals at risk for chronic disease.

**Неминущая А.А., Рубан Е.А., Хохлова Л.Н.**  
Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина

### РАЗРАБОТКА СОСТАВА ОСНОВЫ ГЕЛЯ С РАСТИТЕЛЬНЫМИ СУБСТАНЦИЯМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Лечение и профилактика заболеваний кожи тела была и остаётся одной из важных проблем в современной медицине. Ассортимент дерматологических лекарственных средств, разрешенных к применению в Украине, составляет около 400 наименований, среди которых преобладают препараты импортного производства (58%). Для профилактики и лечения кожных заболеваний используются как синтетические, так и фитопрепараты. Последние обладают рядом неоспоримых преимуществ, отличаясь низкой токсичностью, хорошей усваиваемостью организмом, возможностью длительного применения без риска возникновения побочных явлений, мягкостью, надежностью действия. Для эффективного лечения кожных заболеваний рациональной является гелевая форма выпуска, которая владеет пролонгированным действием, оказывает увлажняющее и смягчающее действие на слизистые оболочки и кожные покровы.

**Цель работы:** Разработка состава основы геля с растительными компонентами для местной терапии кожных заболеваний с комплексным действием.

**Материалы и методы исследования:** Для симптоматического лечения заболеваний кожи оптимальным является использование препаратов, имеющих противовоспалительное и антибактериальное действие. Именно эти свойства присущи выбранными нами эфирным маслам: чайного дерева и розмарина. В состав разрабатываемого геля также была введена настойка полыни, активными компонентами которой являются: флавоноиды (артемизин), дубильные вещества и смолы, минеральные вещества. В качестве вспомогательных веществ использовались различные гелеобразователи – гидроксипропилкарбоксиметилцеллюлоза (ГЭЦ), карбопол, натрия альгинат. При выполнении работы были использованы современные физико-химические и структурно-механические методы исследований.

**Результаты:** Первоочередной задачей наших исследований был выбор оптимального гелеобразователя и его концентрации, для чего были приготовлены экспериментальные образцы гелей на различных основах. После изучения реологических свойств модельных гелей были исключены образцы

на основе карбопола, так как под влиянием действующих веществ их гелевая структура разрушалась. Образцы на основе натрия альгината были жидкими, а при увеличении концентрации становились липкими. Для дальнейших исследований были выбраны образцы гелей на основе ГЭЦ, которые имели удовлетворительные потребительские, физико-химические и структурно-механические свойства. К тому же, эфиры целлюлозы проявляют высокую стойкость к микробной контаминации, отличаются постоянством свойств и высокой чистотой, что делает их оптимальным гелеобразователем для данного состава геля. Для выбора концентрации ГЭЦ были приготовлены образцы гелей с содержанием данного гелеобразователя от 0,5% до 4,0%. Как свидетельствуют экспериментальные данные, структурная вязкость исследуемых образцов существенно возрастает с увеличением концентрации ГЭЦ. Образцы с концентрацией 0,5-1,0% были жидкими, с концентрацией более 3,0% – очень густыми, с комочками, что в дальнейшем будет создавать трудности при разработке препарата и его применении. Исходя из того, что оптимальная основа должна легко наноситься, не растекаться, для дальнейших исследований нами был выбран гель с концентрацией ГЭЦ 2,0%. Правильность выбранной нами гелевой основы была подтверждена изучением высвобождения из нее АФИ с помощью метода диффузии в агар.

**Выводы:** Таким образом, разработка состава геля для лечения заболеваний кожи позволит создать новое лекарственное средство с активными растительными субстанциями, которое по своей бактерицидной активности и противовоспалительному действию эффективнее многих веществ, используемых в дерматологической практике.

**Пулатов М., Каххаров З.А., Убайдуллаев Р.Л**

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

#### **МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТИПОВ И РАЗМЕРОВ ВОРОТ ПЕЧЕНИ**

**Цель работы :** Изучить типов и размеров ворот печени с 7 месяцев у плодов до пожилого возраста.

**Материал и методы исследования:** Материалом исследования явились 173 трупа людей общего пола, начиная с плодов 7-10 месяцев и от рождения до 90 летнего возраста, погибших от случайных причин, либо от заболевания, и связанных с патологией печени и системы крови. Антропометрические измерения трупа, морфометрия (по Автандилову), вариационно-статистический метод.

**Результаты:** Показали, что у плодов 7-8 месяцев в 2/3 случаев встречается закрытый ворот печени, в 1/3 случаев – промежуточный и открытый тип у плодов 9-10 месяцев более чем в половине случаев наблюдается промежуточная форма ворот, реже – закрытая, в единичных случаях – открытая форма. У новорожденных и протяжении первых 6 месяцев грудного возраста чаще встречается закрытый тип ворот, реже-промежуточный или открытый. У грудных детей с 7 до 12 месяцев жизни, а также в раннем одинаково часто встречается закрытый и открытый типы печени. В первом детстве – одинаково часто встречаются все три типа ворот печени. Начиная со второго детства до старческого возраста более частым является открытый тип ворот печени реже встречаются – закрытый и промежуточный типы.

Поперечный размер ворот печени начиная с 7 месяцев у плодов до пожилого возраста постепенно увеличивается почти в 4 раза от  $1,22 \pm 0,08$  до  $4,81 \pm 0,39$  см, а в старческом возрасте значительно уменьшается до  $3,79 \pm 0,19$  см. при этом следует отметить, что у детей от 7 до 12 месяцев жизни, а также в раннем первом детстве поперечный размер ворот печени изменяется значительно.

Переднее-задний размер ворот печени у плодов от 7 до 10 месяцев, а также у новорожденных постепенно увеличивается от  $0,52 \pm 0,05$  до  $0,93 \pm 0,06$  см. на протяжении первых трех месяцев жизни он незначительно уменьшается, с 4 по 9 месяцев постепенно увеличивается, на 10-12 месяцах жизни уменьшается вновь.

**Выводы:** Начиная с периода раннего детства переднее-задний размер ворот печени постепенно увеличивается от  $1,06 \pm 0,09$  до  $1,5 \pm 0,07$  см, в подростковом возрасте, в юношеском и 1 периоде пожилого возраста изменяется мало, а во 2 периоде зрелого возраста переднее-задний размер ворот печени увеличивается в 1,6 раза (от  $1,37 \pm 0,14$  до  $2,26 \pm 0,14$  см), в пожилом и старческом возрасте размер незначительно уменьшается.

Пулатов М., Каххаров З.А., Улугбекова Г.Ж.

Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

### ОБЪЁМ ТЕЛ НЕЙРОНОВ ГИППОКАМПА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ОНТОГЕНЕЗЕ

**Цель работы:** Цитоархитектоника различных полей коры большого мозга человека изучена многими учеными. Но имеющиеся данные по изучению цитоархитектоники гиппокампа в различных периодах постнатального онтогенеза разрознены, разноречивы, кроме того исследования проводились больше на эксперименте на животных. Поэтому изучение возрастных особенностей строения гиппокампа у человека имеет немалое теоретическое и практическое значение.

**Материал и методы исследования:** Материалом исследования послужили 48 кусочков тканей мозга, взятых с соответствующего участка головного мозга, от трупов, смерть которых не была связана с патологией мозга. Нами использованы следующие методы исследования: анатомическое препарирование, нейрогистологические методы (окраска по Нисслю и гематоксилин-эозином), цитометрия (Автандилов Г.Г.), вычисление объёма тел нейронов (по Боголеповой И.Н.), микрофотографирование, вариационно-статистический (по Меркову А.М., Полякову Л.Е.).

**Результаты:** показали, что в разных возрастных периодах постнатального онтогенеза наблюдаются изменения объёма нейронов в пирамидном слое поля СА<sub>2</sub> гиппокампа с различными темпами. У новорожденного ребенка объём тел нейронов в пирамидном слое поля СА<sub>2</sub> гиппокампа в левом полушарии равняется  $437,8 \pm 0,9$  мкм<sup>3</sup>, в правом –  $461,0 \pm 10,4$  мкм<sup>3</sup>. В грудном возрасте объём тел нейронов увеличивается слева в 1,71 раза (достигая  $746,5 \pm 11,4$  мкм<sup>3</sup>), а справа в 1,68 раза (достигая  $773,1 \pm 11,7$  мкм<sup>3</sup>). В раннем возрасте объём тел нейронов в пирамидном слое поля СА<sub>2</sub> гиппокампа продолжает увеличиваться, достигая в левом полушарии  $1087,3 \pm 11,4$  мкм<sup>3</sup>, а в правом –  $1093,5 \pm 12,4$  мкм<sup>3</sup>. Таким образом, в раннем детстве объём тел нейронов увеличивается по сравнению с теми же нейронами мозга новорожденного человека слева в 2,49, справа – в 2,38.

К концу первого детства объём тел нейронов в пирамидном слое поля СА<sub>2</sub> гиппокампа практически достигает размеров объёма тел нейронов мозга взрослого человека, достигая в левом полушарии  $1288,3 \pm 12,1$  мкм<sup>3</sup>, в правом –  $1306,4 \pm 14,2$  мкм<sup>3</sup>. Проводя сопоставление объёма тел нейронов в пирамидном слое поля СА<sub>2</sub> гиппокампа с объёмом тел нейронов мозга новорожденного человека, можно констатировать, что слева объём тел нейронов увеличился в 2,95, справа в 2,83 раза.

**Выводы:** Полученные данные показали, что объём тел нейронов в пирамидном слое поля СА<sub>2</sub> гиппокампа в обоих полушариях наиболее интенсивно увеличивается в течение первого детства.

Пулатов М., Тожибоев М.М., Кодиров Р.Ш.

Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

### ФЛАВОНОИДЫ НАДЗЕМНАЯ ЧАСТЬ PSEUDOSOPHORA ALOPECUROIDES

**Цель работы:** Исследования посвящены фитохимическому изучению флавоноидов *Pseudosophora alopecuroides* Sweet (ложнософора лисохвостная) семейства *Fabaceae*. Проводятся работы по внедрению фланорина в медицинскую практику для лечения гепатита, хронических заболеваний печени, цирроза печени и воспалительных заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей. В связи с изложенным изучение флавоноидов ложнософоры лисохвостной представляется актуальной задачей.

**Материал и методы исследования:** Высушенную и измельченную надземную часть (2,7 кг) ложной софоры лисохвостной, заготовленную в период плодоношения на территории Республики Каракалпакистан, экстрагировали при комнатной температуре 5 раз хлороформом. Объединенный хлороформный экстракт отгоняли, густой остаток растворяли в горячем этаноле, разбавили водой в соотношении 1:1 и выпавший осадок отделяли фильтрованием. Филтрат стужали в вакууме, остаток (56,0 г) высушивали и хроматографировали на калонке (120 x 3 см) с силигелем (1120 г) в градиентной системе растворителей хлороформ гексан. При элюировании колонки смесью хлороформ-гексан (8:2) получили 0,23 г изобавахиона (3) при элюировании колонки смесью хлороформ гексан (85:15) выделили 0,25 г инермина (4). Элюированием веществ из колонки смесью хлороформ – гексан (95:5) и дальнейшей прекристаллизацией из 70 %- ного этанола получили 0,45 г генистеина (5).

**Результаты:** На основании изучения спектральных данных соединения 2, 3 отнесены к производным флаванона, вещества 4 и 5 – к изофлаванонам и птерокарпанам соответственно, а соединение 6 – к флавонолиганам. Полученные индивидуальные вещества идентифицировали осуществлением

химических превращений ( ацетилирование, метилирование, циклизация ), изучением спектральных данных и сравнением физико-химических констант с литературными сведениями.

**Выводы:** Из надземной части ложнософоры лисохвостной выделены известные флавоноиды глаброл, изобавахин, генистеин, инермин и ситосерин. Выделенные соединения идентифицированы на основании результатов химических превращений, данных ИК-, УФ-, <sup>1</sup>H-, <sup>13</sup>C-ЯМР и масс-спектров.

**Khotamova M.T., Shukurlayeva Sh.J.**

Bukhara State Medical Institute Department of Obstetrics and Gynecology, Bukhara, Uzbekistan

### **ACTUAL PECULIARITIES OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN WOMEN OF CHILDHOOD**

Pyelonephritis ranks second in frequency after acute respiratory diseases, first place in the structure of the pathology of the kidneys and is more often recorded in women of working age. The frequency of pyelonephritis during pregnancy ranges from 12.2 to 33.8% and has a tendency to progressive growth. Among undergrowth, the frequency of pyelonephritis reaches 37%. In 70.4% of women suffering from pyelonephritis, various complications are observed during pregnancy, and in 75.2% during childbirth.

**Purpose of the study:** To study the characteristics of the onset, Clinical Course of chronic pyelonephritis (CP) in women of childbearing age.

**Materials and research methods:** 20 women aged 17-40 years were surveyed (on average  $25.3 \pm 3.4$  years). 60% of patients with CP are most often diagnosed between the ages of 21 and 30 years. The plan for the study of patients included finding out complaints, collecting data on the reproductive history of life and disease, examining patients, testing blood and urine, and functional and instrumental examination of the kidneys. The clinical picture of the recurrent form was characterized by specific symptoms of pyelonephritis: pain in the kidney area radiating to the lower abdomen in 7 patients (46.7%), pain and pain during urination in 8 patients (53%), frequent urination in 12 women (80%), fever with chills in 13 patients (86.7%). In the anemic form of pyelonephritis, signs of the anemic syndrome prevailed - weakness, headaches, dizziness, decreased performance. The specific symptoms are pain in the lumbar region of the aching nature in 3 patients (60%) and mild dysuric disorders in 4 patients (80%). All women had an anemia of the hypochromic type, leukocytosis and accelerated ESR.

**Results of the study:** recurrent form was diagnosed in 15 women (75.0%) and the anemic form of the disease in 5 patients (25.0%). According to the survey, untimely emptying of urine after urge was found in 15 patients (75%), non-use of hygienic toilet paper in 14 patients (70%), improper hygiene after defecation of the collecting organs in 18 women (90%). The detection of concomitant pathology revealed: chronic cystitis in 70%, chronic endometritis in 29.4%, chronic oofaritis in 5.8%, chronic tonsillitis and sinusitis in 40%, chronic bronchitis in 15% of cases, pain in the kidney area with irradiation to the lower abdomen in 7 patients (46.7%), pain and pain during urination in 8 patients (53%), frequent urination in 12 women (80%), fever with chills in 13 patients (86.7%). In the anemic form of pyelonephritis, signs of the anemic syndrome prevailed - weakness, headaches, dizziness, decreased performance. The specific symptoms are pain in the lumbar region of the aching nature in 3 patients (60%) and mild dysuric disorders in 4 patients (80%). All women had an anemia of the hypochromic type, leukocytosis and accelerated ESR. An increase in blood creatinine was diagnosed in 8 women (40%). Proteinuria was detected in 12 patients (60%). According to the ultrasound, the following features were identified: an increase in the size of the kidneys in 15%, partial deformity in 25%, and an abnormal development of the kidneys in 14.7% of patients.

#### **Findings:**

1. Chronic pyelonephritis is most often diagnosed in women aged 21-30 years.
2. The presence of focal infection is a factor in the development of pyelonephritis.
3. In 40% of cases, CP is the cause of chronic renal failure.



Пулатов М., Рахмонов Р.Р., Камолдинова Р.А.

Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

### ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ОДНОБРАЗНОМ БЕЛКОВОМ ПИТАНИИ

**Цель работы:** нашего исследования явилось изучение динамики изменений общего состояния животных, массы тела, и раскрыть адаптационные механизмы систем в зависимости от вида питания.

**Материалы и методы исследования:**

Эксперименты проводили на белых беспородных крысах, самцах весом 150-160г. Экспериментальных животных кормили исключительно яичным белком и водой. Эксперимент проводили в течение 3 месяцев. На протяжении эксперимента наблюдали за внешними изменениями животных как, цвет слизистых оболочек, кожи и шерсти, аппетита, реакцию на различные шумы и на воздействие света, а также наблюдались за поведением животных. Измеряли суточный объем продуктов питания и массу животных, сравнивая с первоначальными данными. С восьмого дня эксперимента шерсть становилась хрупким, ломким и редким и реакция на внешние воздействия повысилась, стали более раздражительными, беспокойными. У животных этой группы аппетит был неустойчивый - на шестой день опыта аппетит повысился, а на десятые сутки резко ухудшался, и так продолжалось до тридцатого дня эксперимента. Начиная с тридцать первого дня аппетит умеренно повысился и стабилизировался.

**Результаты:** У экспериментальных животных каждый день опыта измеряли массу тела, и наблюдалось за общим состоянием экспериментальных животных. Масса тела животных от первого дня до десятого дня опыта уменьшилась на 20%, начиная, с одиннадцатого до конца эксперимента увеличилась на 23%. Из проведенного эксперимента белковой нагрузки, поступление в организм углеводов и жиров снижается, в результате возникает чувство голода, за счет компенсаторно-приспособительных процессов повышается распад запаса углеводов. В результате из организма идет большая потеря воды и углеводов. Расходованные углеводы заполняются за счет белков мышечной ткани. Этот процесс приводит к потере массы тела. Изменяются волосы, кожа, наблюдается быстрая утомленность организма.

**Выводы:** При избыточном приеме белков для всасывания и усвоения потребуется много воды, и нагрузка падает на почки. Причина в том, что при всасывании белка образующие промежуточные вещества соединяются с водой и в качестве мочи выводятся из организма. Этим и объясняется сухость и ломкость шерсти, деструкция волосяных фолликулов, истончение гиподермы и быстрая утомляемость животных.

Пулатов М., Азизов Ю.Д., Исанова Д.Т

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

### СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ УРОИНФЕКЦИИ

**Цель работы:** Цель нашего исследования - охарактеризовать методы применяемые для доказательства уроинфекции.

**Материал и методы исследования:** При современных методах исследования необходимо брать от 3 до 5 мл первой утренней мочи в стерильный сосуд, начиная с середины мочеиспускания. Утренняя моча обычно задерживается в мочевом пузыре несколько часов, что способствует увеличению количества микроорганизмов. Это скопление их учитывается при определении критической величины –  $10^5$  бактерий в мл мочи. Мочу не следует держать больше 1 часа до исследования, при хранении в холодильнике она годна для исследования в течении 24 часов. Метод предметного стекла. Предметное стекло, на котором имеется слой питательной среды, нагружают в стерильный сосуд со свежей мочой. Его сразу вынимают, сцеживают и помещают в закрытый цилиндр, размеры которого соответствуют размерам стекла, и отправляют на исследование. Метод с применением сосуда вместимостью 30 мл. В склянку объемом 30 мл, на стенках, которой имеется питательная среда ( $S = 12,5 \text{ см}^2$ ), наливают 3-5 мл мочи. Затем сразу выливают мочу и отцеживают склянку и посылают на исследование. Указанные методы обладают следующими преимуществами: для проведения посева не требуется медийная микробиологическая квалификация, он выполняется сразу после забора мочи. Ее можно сохранять при комнатной температуре до 24 часов до отправления в лабораторию. Метод калиброванной платиновой петли. Поступившую на исследование мочу высевают на питательную среду, беря ее точно калиброванной платиновой петлей – диаметром в 2 мм. В микробиологической лаборатории

подсчитывают проросшие колонии, зная, скольким колониям соответствует определенное число бактерий в 1 мл мочи.

**Результаты:** Исследованиями Gold (1980) установлено, что в моче здоровых людей не содержится более 1000 ( $10^3$ ) или 10000 ( $10^4$ ) бактерий на 1 мл. Количество 100000 ( $10^5$ ) бактерий и больше считаются патологическими. Величины  $10^5$  КОЕ/мл и больше обозначают как клинически значимая бактериурия. При высоких величинах, как  $10^6$ ,  $10^7$ ,  $10^8$ , и правильно взятой моче, наличие уроинфекции может считаться несомненной. Неясны пограничные случаи, например, с наличием бактериурии в количестве  $10^3$  или  $10^4$  в мл моче. В таких случаях необходимо повторить исследования, а также провести углубленное микробиологическое исследование на предмет установления высокоадгезивных вирулентных уропатогенных штаммов (Kunin С.М.). После применения подходящего антибиотика повторное исследование выявляет стерильную мочу или понижение количества микроорганизмов, что имеет ориентировочное значение относительно эффективности антибиотика. При проведении поисков болезнетворных микроорганизмов, которые нормально не обитают в организме (туберкулезные микобактерии, брюшнотифозные бактерии, бруцеллы, лентоспирсы и др.). Количественное исследование не обязательно. Обнаружение этих микроорганизмов, независимо от их числа, является показателем заболевания или бациллоносительства.

**Выводы:** Описанные методы применяются для доказательства уроинфекций, вызываемых грамтрицательными кишечными микроорганизмами, стафилококками и энтерококками, которые являются в то же время резидентными обитателями организма. Практически они вызывают около 80-90% всех урологических инфекций.

**Пулатов М., Рахмонов Р.Р.**

Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

#### **МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕЛЕЗИСТЫХ КЛЕТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЛКОВОЙ ПИТАНИИ**

**Цель работы:** Чтобы составить представление о структуре слизистой оболочки желудка нами проведено экспериментально-морфологическое исследование на крысах, которые в течение 10 суток кормили исключительно яичным белком при этом изучено 50 желудка полученных при гастроэктомии.

**Материал и методы исследования:** Помимо обзорного гистологического изучения для более объективной характеристики состояния слизистой оболочки применялись некоторые морфометрические показатели, предложенные В.А.Самсоновым : число эпителиальных клеток в продольном срезе желудочной ямки, число эпителиальных клеток в продольном срезе главной железы, железисто-ямочный эпителиальноклеточный индекс (ЖЯЭК индекс), эпителиальная формула главной железы – процентное соотношение различных видов клеточных элементов. После макроскопического изучения материал фиксировался в 10% растворе нейтрального формалина. Парафиновые срезы толщиной в 6-7 мк окрашивались гематоксилин-эозином и с помощью ШИК-реакции по методике, предложенной В.А.Самсоновым.

**Результаты:** При обзорной микроскопии желудочные ямки располагались близко друг к друг, были не глубокими, прямыми, выстланы эпителием призматической формы с базально-расположенными овальными ядрами. В каждую ямку впадают шейки 2 – 3 главных желез. Главные железы выглядят в виде очень компактных групп, разделенных тонкими прослойками соединительной ткани. Просветы их узкие. В структуре главных желез отчетливо выявлены 3 основных вида клеточных элементов: главные клетки, обкладочные и побочные (недифференцированные клетки шеечных отделов желез не учитывались). Нами установлено, что число эпителиальных клеток в продольном срезе желудочной ямки колеблется от 21 до 26 (среднее –  $23,3 \pm 0,8$ ). Сравнительным постоянством характеризуется и общее число клеток в главной железе (в продольном срезе ее), которое было в большей части случаев от 54,5 до 65 с максимальными отклонениями от 46,5 до 79,4 (в среднем  $63 \pm 2,7$ ). ЖЯЭК индекс во всех случаях оказался выше 2, а в двух наблюдениях – выше 3. Среднее значение индекса равно  $2,7 \pm 0,06$ . На долю главных клеток приходится более половины от общего числа клеточных элементов в фундальной железе (в среднем  $32,2 \pm 1,67$ ). Обкладочные клетки составляли свыше 1/3 от суммы всех клеток (среднее число их  $19,3 \pm 1,12$ ). Доля побочных клеток сравнительно невелика – в среднем их число составляет  $11,5 \pm 0,22$ . На основании этих показателей выведена эпителиальная формула главной железы слизистой оболочки тела желудка экспериментальных крыс: главных клеток -53,3%, обкладочных -36,1%, побочных -10,6%.

**Выводы:** Таким образом, нам удалось дать количественную оценку состояния железистого аппарата слизистой оболочки желудка крыс после 10-х суточной белковой нагрузки. Это позволяет объективно судить об изменениях, происходящих в слизистой оболочки желудка в результате нерациональной питания его дистальных отделов.

**Makhmudov Sh.A., Baymuhamedov Ch.T.**  
«Medical Center of joint Diseases in Shymkent» ( MCJDS)

### **RAYNAUD'S SYNDROME IN SYSTEMIC SCLEROSIS. THE EXPERIENCE OF USING THE METHOD OF CAPILLAROSCOPY IN DIFFUSE SCLERODERMA AT ARTHRITIS MEDICAL CENTER IN THE CITY OF SHYMKENT**

**Introduction/aim** Raynaud's syndrome is one of the characteristic and early manifestations of diffuse scleroderma. The goal is to study the clinical features and severity of Raynaud's syndrome in diffuse scleroderma. and the diagnostics and all manifestations during the of the study of nailfold capillaroscopy.

#### **Materials and methods**

The study included 62 patients (57 or 91.9% of women and 5 or 8.1% of men average age is  $52.3 \pm 12.6$ , duration of the disease is  $6.7 \pm 5.4$  years). In 47 patients (75.8%), the limited form of the disease was identified in 47 patients diffusion in in 15 (24.1%). The first degree of Raynaud's syndrome was diagnosed in 62 (100%) patients. The first degree of Raynaud's syndrome was found in 18 (29.1%) patients, the second degree was in 31 (50%), the third degree in 13 (20.9%). All patients had nailfold capillaroscopy examination.

#### **Findings/discussion**

The number of capillaries in the group of diffuse scleroderma suffered patients was an average  $5.7 \pm 2.3$ , avascular zones-  $1.4 \pm 0.8$ , "bushy" capillaries-  $1.5 \pm 1.2$ , enlarged capillaries -  $2.3 + 1.6$ . All indicators found in patients with diffuse scleroderma were statistically different from those of healthy and patients with primary Raynaud's syndrome. We detected a statistically significant difference between the diffuse and limited forms of diffuse scleroderma based on the explicit "bushy" deformity of the vessels. Typical for the diffuse scleroderma with capillaroscopy features are varying degrees of dilated capillaries ranging from insignificant to mega capillaries, a decrease in the number of capillaries often with the formation of avascular regions, microhemorrhage which are usually associated with mega capillaries, the growth of "bushy" capillaries.

#### **Conclusion**

Currently it is generally accepted that capillaroscopy changes in patients with Raynaud's syndrome are a predictor of the development of connective tissue disease in the future (including diffuse scleroderma). Raynaud's syndrome in diffuse scleroderma has clear clinical and capillaroscopy more explicit signs in severe forms of the disease.

**Саидмуродова М.С., Рахимова М.Э.**  
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

### **ВЛИЯНИЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ**

**Цель работы:** изучить эффективность и безопасность препарата Адаптол в составе комплексной терапии артериальной гипертензии (АГ) I-III степени у женщин в климактерическом периоде.

**Материал и методы исследования:** В исследование были включены 30 женщин в менопаузальном периоде (средняя продолжительность постменопаузы  $1,4 \pm 0,5$  года) в возрасте 45–55 лет (средний возраст  $50,3 \pm 0,2$  года) с АГ I-III степени. Длительность АГ в среднем составила  $4,0 \pm 2,5$  года. Больные были разделены на 2 группы: основную – 15 женщин, которые на фоне стандартной терапии получали препарат Адаптол по 500 мг дважды в день (утром и вечером) внутрь, группу контроля составили 15 женщин, получающие только стандартную терапию. Для объективной оценки эффективности проводимой терапии помимо офисных измерений АД проводилось СМАД с использованием портативной системы АВРМ (Contec Ltd., Germany). Интервалы между измерениями составляли 15 мин в период бодрствования и 30 мин во время ночного сна. Всем пациенткам

проводилась оценка психоэмоционального статуса с использованием теста дифференциальной самооценки функционального состояния – САН (самочувствие, активность, настроение) и оценка вегетативных нарушений с помощью опросника А. М. Вейна. Опросник САН состоит из 30 строк, из них 10 строк характеризуют самочувствие испытуемого, 10 – активность, 10 – настроение.

**Результаты:** По истечении 6 недели терапии по данным СМАД в обеих группах наблюдалось снижение среднесуточных показателей САД (в основной группе – со  $173,9 \pm 7,9$  до  $128,6 \pm 4,4$  мм рт. ст.,  $p < 0,05$ ; в контрольной – со  $176,2 \pm 5,9$  до  $144,8 \pm 7,0$  мм рт. ст.,  $p > 0,05$ ). Среднесуточные показатели ЧСС на фоне терапии статистически значимо снизились в обеих группах (в основной группе – с  $76,9 \pm 8,8$  до  $72,9 \pm 5,5$  уд/мин, в контрольной – с  $71,3 \pm 7,9$  до  $69,9 \pm 6,7$  уд/мин,  $p < 0,05$ ). Анализ показателей психологического теста САН также показал в целом по основной группе улучшение функционального состояния, об этом свидетельствовало увеличение показателей активности с  $4,3 \pm 0,1$  до  $5,2 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ) и самочувствия с  $4,4 \pm 0,2$  до  $5,5 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ), достигших нормальных значений в основной группе. В контрольной группе статистически значимых изменений за 6 недели выявлено не было, сохранялись сниженными показатели настроения, активности и самочувствия. Суммарный балл по опроснику А. М. Вейна у больных основной группы за 6 недели лечения снизился с  $47,1 \pm 2,06$  до  $34,45 \pm 4,8$  ( $p < 0,001$ ), а контрольной – с  $46,65 \pm 4,2$  до  $42,8 \pm 4,2$  ( $p < 0,05$ ). При сравнении данного показателя в основной и контрольной группах выявлено статистически значимое улучшение у пациенток, принимающих Адаптол ( $p < 0,001$ ).

**Заключение:** В период менопаузы у женщин под влиянием дефицита половых гормонов повышается риск развития АГ. Устранение вегетативных и психоэмоциональных проявлений климактерических симптомов улучшает течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. Включение в стандартное лечение прогитотревожного и вегетостабилизирующего препарата Адаптол статистически значимо уменьшает выраженность тревоги и проявлений вегетативной дисфункции (потливость, тахикардия и перебои в сердце, чувство недостаточности вдоха, нарушение работы кишечника). Дополнительное положительное влияние на суточный профиль АД оказало улучшение показателей вегетативного и психоэмоционального статуса.

М.Е. Жантеев<sup>1</sup>, Ж.А.Рамазанов<sup>1</sup>, Б. Аманбаев<sup>2</sup>, Б.Б. Ендібай<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Оңтүстік Қазақстан Медициналық Академиясы, Шымкент, Қазақстан

<sup>2</sup> Қалалық Онкологиялық Орталық, Шымкент, Қазақстан

## 2013-2017 Ж ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНДА СҮТ БЕЗІ ОБЫРЫ ДИНАМИКАСЫ

**Өзектілігі.** Әдеби берлімдерге жүгінер болсақ дүние жүзі бойынша сүт безі обырымен аурушандық күн санап артып келеді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі бойынша қазіргі таңда жыл сайын 1,4 млн жуық әйел сүт безі обырымен ауырып, оның 460 мыңнан астамы өлім күшады делінген. ҚазОЖРҒЗИ ның 2012 жылғы берлімі бойынша сүт безі обыры жиілігі әйелдер арасында республика бойынша 1 орында болса, 2011 жылдан бастап жалпы онкологиялық аурулар арасында да алдыңғы орынға шыққан.

**Жұмыс мақсаты:** Түркістан (ОҚ) облысының тұрғындары арасындағы сүт безі обыры жиілігі мен осы ауру салдарынан өлім деңгейін және 5 жылдық өмір сүру деңгейін анықтау.

**Жұмыс материалдары мен тәсілдері:** Жұмысқа негіз ретінде Түркістан (ОҚ) облысының онкологиялық диспансерінде 2013-2017 жылдары арасында тіркелген, және ем қабылдаған науқастар алынды. Олардың жалпы саны, емнен кейінгі 5 жылдық өміршеңдік, және жалпы өлім деңгейі статистикалық берілімдер негізінде анықталды.

### Кесте 1 - Сүт безі обырымен ем қабылдаған науқастардың 5 жылдық динамикалық көрсеткіші

№	Жыл	1 жылд Тіркелгендер	Өлім көрсеткіші	5-жыл өміршеңдік	
				Абс.с	В%
1	2013	306	88	857	42,9
2	2014	308	147	949	45,1
3	2015	378	134	1265	57,3
4	2016	413	124	1116	46,4
5	2017	420	130	1214	46,2

**Нәтижелері.** Кестеге назар аударар болсақ Түркістан облысында (ОҚО) сүт безі обыры жиілігі жыл өткен сайын артып келе жатқандығын көреміз. Қатерлі ісік бойынша алғаш тіркелгендер саны 2013 ж 360 науқас болса бұл көрсеткіш 2017 ж 420 ға (27 % астам адамға) артқан.

Есептегі науқастардың 1 жыл ішіндегі өлім көрсеткіші 5 жылда айтарлықтай өзгеріске ұшырамаған. Кесте бойынша 2013 жылы 25 науқас 1 жыл ішінде қайтыс болса, бұл көрсеткіш аз ғана өзгеріспен, 2017 ж сол 25 науқас күйінде қалған. Жалпы тіркелген науқастар есебінен біршама 10% дан 6% ға кеміген. Ол кескінде төменгі көк сызық. Науқастардың 5 жылдық өміршеңдігі де бір деңгейде. 2013 жылы пайызбен есептегенде ауырғандардың 43% 5 жылдан астам өмір сүрсе, ол көрсеткіш 2017 жылы 46,2 өскен. Ал жалпы өлім көрсеткішіне келер болсақ онда тексеруде болған науқастардың 5 жыл ішінде өлім деңгейінің 2013 ж. 88 ден 2017 ж 130 ға біршама өскенін көреміз.

**Қорытынды :** Сонымен, берілімдерді талқылай келе төмендегідей қорытынды жасауға болады:

Облысымызда сүт безі обыры жиілігі жыл санап артуда 100 мың тұрғынға шаққанда 2013 ж 11,5 тен 2017 ж 14,6 ға көтерілген. (салыстырмалы түрде Республикамыздың басқа өңірлеріне қарағанда жақсы). Осы ауру салдарынан өлу деңгейі де біршама өскен 2013 ж 88 ден 2017 ж 130 ға.

Сүт безі обыры санының жалпы артқанына қарамай 5 жылдық өміршеңдік те 42,9 дан 46,2 ге көтерілген. Ол сүт безі обырын ерте анықтау (скрининг) бағдарының дұрыс жолға қойылғандығын көрсетеді.

**Сайфудинова О.М., Разиқов А.А.**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

## ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ПРИЁМА АРА II (ТЕЛМИСАРТАН).

**Цель исследования :** Изучение функционального состояния почек у больных с хронической сердечной недостаточностью ФК II-III на фоне лечения АРА II (телмисартан).

**Материал и методы:** С этой целью нами были изучены 400 историй болезни, получавших стационарное лечение в отделении кардиологии и кардиореабилитации 3-клинике ТМА за 2015 - 2016 годы. Из них 230 мужчины и 170 женщин в возрасте от 38 до 84 лет. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма, ЭКГ, УЗИ почек). Верификация диагноза была проведена на основании субъективных и объективных критериев, а также результатов лабораторно-инструментальных исследований рекомендованные в МКБ-10.

**Результаты исследования:** В ретроспективное исследование вошли результаты анализа истории болезни 400 больных, средний возраст которых составлял  $60,0 \pm 2,4$  лет. Из них 166 женщин (41,9%) и 230 мужчин (58,1%). Длительность болезни Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по анамнезу колебалась от 5 до 12 лет. Гипертоническая болезнь (ГБ) выявлена у 388 пациентов (97,9%), из них 148 (37,4%) женщины и 240 (60,6%) мужчины. Среднее систолическое артериальное давление составляло 150,0 мм рт. ст. диастолическое артериальное давление 87,5 мм.рт.ст. Средний показатель пульса составлял 76,6 ударов в минуту. У 375 (94,6%) больных диагностировалась хроническая сердечная недостаточность функциональный класс (Ф/К) II 95(23,9%) , (Ф/К) III 211(53,3%), у 90(22,8%) больных (Ф/К) IV.

Хроническая сердечная недостаточность с хронической болезнью почек выявлена у 210 (53%) пациентов, из них 115 (54,8%) мужчины и 95 (45,2%) женщины. У всех пациентов было проведено дуплексное сканирование почек и измерение скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) в мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> Их средние значение составляло: II ФК ХСН  $54,1 \pm 14,5$  и  $56,2 \pm 11,3$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> с ФК III ХСН  $58,3 \pm 7,6$  и  $54,1 \pm 6,1$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

**Заключения.** В результате терапии АРА II телмисартаном 80 мг наблюдалось, повышение СКФ и улучшение почечной гемодинамики у 19% больных , групп II ФК ХСН СКФ составила  $72,1 \pm 14,5$  и  $70,2 \pm 11,3$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> с ФК III ХСН  $65,4 \pm 18,6$  и  $61,1 \pm 16,1$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Лечение у больных ХСН II-III ФК с включением телмисартана улучшает показатели СКФ и почечного кровотока по сравнению у больных ХСН II-III ФК которые получали стандартную терапию. Обнаруженные свойства АРА подобным образом влиять на почечную функцию дает возможность , с одной стороны, использовать эти препараты как средства нефропротекции при хронических заболеваниях почек, а с другой – пытаться предотвратить развитие острой почечной недостаточности или быстро устранить последствия . Высокая эффективность АРА II на фоне небольшого спектра противопоказаний для назначения препаратов делают эту группу лекарств весьма перспективной для лечения больных различного профиля, среди которых существенную часть составляют больные с ХСН и патологией почек.

Е. Е. Султанов, З. Ш. Ибрагимова, М. А. Тулегенов, Б. Н. Есимханов, Е. Р. Тузелбаев.  
ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница» г. Шымкент, Казахстан.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СЛИВ-РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И СЛИВ-ГАСТРОПЛИКАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

#### Резюме

**Цель исследования:** провести сравнительную оценку техники выполнения и проанализировать предварительные результаты лапароскопической слив-резекций желудка и слив-гастропликации, использованных в качестве рестриктивных вмешательств для лечения морбидного ожирения. Материал и методы: Критерием включения в группы явилось наличие морбидного ожирения с индексом массы тела (ИМТ) по Кетле от 35 до 50 кг/м<sup>2</sup>. В первой группе ( $n=5$ ) 1 показанием к операции явилось сочетание морбидного ожирения с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. В данной группе использовалась авторская лапароскопическая рестриктивная бариатрическая операция на желудке - фундокорпорогастропликация. Суть метода заключается в уменьшении объема желудка за счет комбинации полной фундопликации типа Ниссена с продольной гастропликацией ниже фундопликационной манжетки, с погружением большой кривизны желудка в просвет тела данного органа.

Во вторую группу ( $n=10$ ) вошли оперированных в объеме лапароскопической продольной (трубчатой) слив-резекции желудка по поводу морбидного ожирения. Для резекции желудка мы применяли эндоскопический линейный сшивающим аппарат ETS-45 (EthiconEndo-SurgeryInc.). На одну операцию использовали 2 зеленых и 5-8 синих сменных кассет.

Средний возраст составил в первой группе 41,2±3,4 лет, а во второй 37,4±4,1 лет. Средний ИМТ составил в первой группе 40,6±5,4, а во второй 42,1±6,3 кг/м<sup>2</sup>.

Для оценки бариатрического эффекта определяли процент потери избыточной массы тела (% EWL) через 3 и 6 месяцев.

**Результаты:** Все операции были выполнены лапароскопически без конверсии. Отмечено значительное упрощение оперативного вмешательства в первой группе, где не потребовалось использование дорогостоящих сшивающих аппаратов. Во второй группе в ходе резекции желудка наблюдали частые кровотечения в ходе формирования линии механического скобочного шва, наложенного линейным сшивающим аппаратом ETS-45, что требовало дополнительного гемостаза биполярной коагуляцией. Для повышения прочности данного шва выполняли перитонизацию линии резекции серо-серозными швами на желудке. Процент потери избыточной массы тела (%EWL) в сравниваемых группах был следующим. На третий месяц: в первой группе 24,3±5,6% и во второй 27,1 ±6,2% ( $P>0,5$ ). Через шесть месяцев в первой группе 46,3±4,6% и во второй 48,1 ±5,2% ( $P>0,5$ ). В послеоперационном периоде во второй группе четверо оперированных отметили появление периодической изжоги, в отличие от этого в первой группе все пациенты избавились от симптомов изжоги. Тяжелых осложнений операции, таких как несостоятельность швов на желудке мы не наблюдали.

**Выводы:** Предложенная фундокорпорогастропликация имеет лучшую антирефлюксную функцию, технически проще, безопасней и является более дешевой альтернативой продольной трубчатой слив-резекции желудка. Наши предварительные данные на небольшом клиническом материале указывают на вероятность того, что оба вида выполненных операций могут приводить при морбидном ожирении к одинаковым показателям процента потери избыточной массы тела.

Абдурахимов А.Х., Эргашева З.А., Нугманов О.Ж., Усманов Х.А., Мукумжонов М.М.  
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

### ПРИМЕНЕНИЕ ЛАКТУЛОЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

#### Резюме

**Цель исследования:** Оценка эффективности лечения хронической почечной недостаточности (ХПН) при применении лактулозы.

**Материалы и методы исследования:** Наблюдение проводилось у 15 больных в возрасте от 15 до 45 лет. Из них 11 (73,33 %) мужчин и 4 (26,67 %) женщин. Причинами ХПН наших больных были: хронический пиелонефрит (7 случаев), хронический гломерулонефрит (5 случаев), киста почек (2) и

нефролитиаз (1). Клинические симптомы ХПН у наших пациентов были разнообразными – отеки, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, снижение памяти, разные степени энцефалопатии и запор. У всех пациентов самочувствие ухудшалось. Для уменьшения симптоматики ХПН применяли лактулозу в индивидуальных терапевтических дозах. Контроль лечения проводили по результатам анализа креатинина и мочевины и по субъективным данным.

**Результаты исследования:** Наши исследования показали, что применение лактулозы у больных с ХПН положительно влияет на результаты анализов мочевины и креатинина. После 1 месяца лечения у больных концентрации данных анализов значительно снижались. На фоне лечения лактулозой улучшалось общее состояние больных: уменьшились симптомов гастроэнтеропатии и энцефалопатии, улучшилось память и внимание. Препарат хорошо переносился и никаких побочных эффектов не наблюдалось.

**Выводы.** Применение лактулозы на фоне традиционного метода лечения ХПН повышает его эффективность, облегчает течение, улучшает качество жизни пациентов.

Абдурахимов А.Х., Касымова И.К., Эргашева З.А., Усманов Х.А., Мукумжонов М.М.  
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

### СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКЗОТОКСИНА ХОЛЕРНОГО ВИБРИОНА В КАЧЕСТВЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

#### Резюме

**Актуальность темы:** Почечная недостаточность (ХПН) - патологическое состояние, при котором почки частично или полностью утрачивают способность поддерживать постоянное содержание и распределение воды и солей в организме человека. В результате, в организме возникает гипергидратация, которая характеризуется прогрессивным нарастанием отеков вплоть до анасарки, отека легких.

Встречаемость ХПН составляет примерно 150—200 на 1 млн населения, отражает в определенной степени уровень обеспеченности методами внепочечного очищения. Число новых больных ХПН, которым требуется лечение гемодиализом колеблется в очень широких пределах: от 18—19 (по данным отдельных центров в Швейцарии, Дании, Австрии) до 67—84 на 1 млн населения в год.

**Цель и задачи исследования:** Разработка и внедрение нового средства лекарственного препарата холерогенного происхождения для лечения отечного синдрома при ХПН.

**Научно-практическая значимость:** Результаты эпидемиологических исследований позволили установить, что проблема программного гемодиализа и трансплантации почки все еще далека от своего разрешения в социально-экономическом аспекте: ни одна страна в мире не может обеспечить этими видами терапии всех нуждающихся в них больных. Так, в США из 55000 человек, погибающих ежегодно от ХПН, 7500 являются кандидатами для лечения программным гемодиализом, но только 2600 из них могли быть им обеспечены (Burton, 1969).

Поэтому, для разрешения этой проблемы, нами предлагается использовать экзотоксин холерного вибриона. При применении экзотоксина холерного вибриона, потеря жидкости организмом будет происходить за счёт увеличения выделения жидкости с каловыми массами. По результатам литературных данных, при холерной инфекции из организма выделяется с калом около 2 литров жидкости в час.

**Ожидаемые результаты:** Применение экзотоксина холерного вибриона приведет к увеличению выведения жидкости из организма и будет способствовать уменьшению нагрузки на почки.

Искакова А.Ш., Бугаков А.А., Бекембаева Г.С., Коранова Т.О.

Медицинский университет «Астана», г. Астана, Казахстан.

### ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПЛЕВРИТОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

#### Резюме

**Цель исследования:** изучение клинического течения и диагностики больных экссудативным плевритом туберкулезной этиологии.

**Методы исследования:** нами проанализированы 39 историй болезни больных, находившихся в дифференциально-диагностическом отделении городского противотуберкулезного диспансера. С

диагностической целью всем им проводился комплекс клинико-лабораторных, современных инструментальных и лучевых методов исследования с использованием компьютерной томографии, ультразвукового обследования, видеоторакокопии с биопсией плевры и цитологическим, морфологическим, а также микробиологическим исследованием плевральной жидкости и биоптата. Из общего числа анализируемых больных преобладали женщины и составили 59.4% (23 из 39), причем молодого возраста - от 20 до 30 лет отмечены в 53,8% случаях. 92%(36) больных были выявлены при обращении в общую лечебную сеть с клиническими симптомами, и только 8% (3) больных из групп риска выявлены при профилактическом осмотре. Диагностика заболевания представляет определенные трудности из-за недостаточной специфичности клинической картины. На основании изучения клинических особенностей анализируемых больных установлено: повышение температуры отмечалось у 30 больных из 39, что составило 77%. На боли в груди жаловались 28 больных (72%), на кашель-24 (61.%), на одышку-22 (56.4%). В 64% случаев заболевание начиналось постепенно. В 56.4%(22) случаев состояние больных было удовлетворительным, в 28.2% (11)-средней степени тяжести, в 15.4%(6) -тяжелым. У 25 больных отмечались изменения в крови в виде ускоренного СОЭ от 14 до 51 мм/час; При исследовании экссудата отмечен серозный и серозно-фибринозный характер плеврального выпота. Исследование клеточного состава экссудата позволило установить лимфоцитарный характер выпота в 79 %, то есть у 31 из 39 больных. У 8 пациентов отмечался нейтрофильный лейкоцитоз. Через 2 месяца после начала лечения у большинства больных (69%) была отмечена положительная динамика.

**Выводы.** Таким образом, туберкулезные плевриты протекают со слабо выраженными клиническими признаками, начинаются постепенно.

**Шамсиев Ф.М., Хайдарова М.М., Асадова Г.У., Таджиханова Д.П., Курбанова М.Р.**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
педиатрии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

#### **АНАЛИЗ БИОМАРКЕРА ВОСПАЛЕНИЯ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ**

**Цель работы:** Изучить уровни С-реактивного белка (СРБ) и прокальцитонина (ПКТ) для прогнозирования течения заболевания внебольничной пневмонии (ВП) у детей.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 100 больных ВП в возрасте от 6 мес. до 15 лет, поступивших на стационарное лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз.

**Результаты:** В ходе проспективного исследования из 35 обследованных больных ВП в начальном периоде болезни у 28,6% (10) содержание СРБ в сыворотке крови было повышено, у 71,4% (25) детей – было в пределах нормы. Проведенные исследования показали, что уровень СРБ в сыворотке крови у детей с ВП в начальном периоде болезни был существенно выше (в 7 раз), по сравнению с контрольной группой составляя  $31,9 \pm 7,6$  мг/л. Нами выявлены более значимые изменения содержания СРБ в крови при ВП у детей старшей возрастной группы, тогда как у детей раннего возраста в остром периоде заболевания они были менее выраженными ( $P < 0,05$ ). По литературным данным это объясняется физиологической незрелостью белок-синтетической функции печени у детей раннего возраста и функциональной недостаточностью моноцитов, которые являются продуцентами индукторов синтеза белков острой фазы. Анализ результатов детей с ВП в начальном периоде болезни выявил повышение уровня ПКТ в сыворотке крови у 46,9% (15) больных, составило  $0,3 \pm 0,01$  нг/мл и было в 7,5 раза выше. Это, в свою очередь, является показанием к назначению антибиотикотерапии. У 53,1% (17) детей этот показатель был в пределах нормы. Уровень ПКТ, превышающий контрольный диапазон, с большой вероятностью свидетельствует о наличии системной бактериальной инфекции и является показанием к ранней антибактериальной терапии. Низкие значения ПКТ указывают на маловероятность системной бактериальной инфекции. Следовательно, уровень ПКТ в сыворотке крови имеет диагностическую ценность как маркер инвазивной бактериальной инфекции. Необходимо отметить, что при данных менее 0,5 нг/мл рентгенологическое исследование выявляло одностороннее поражение легочной ткани, и течение пневмонии характеризовалось как неосложненное.

**Таким образом,** оценка биомаркеров воспаления - С-реактивного белка и прокальцитонина является информативным показателем в диагностике внебольничной пневмонии у детей, который и можно использовать для прогнозирования вирусно-бактериальной этиологии заболевания и затяжного течения воспалительного процесса.



СОДЕРЖАНИЕ

Баймаханов Б.Б., Кулакеев О.К., Жуматаев Ж.Ж., Рысбеков М.М., Маймаков А.Т., Арыбжанов Д.Т. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА (от истоков до настоящего времени)	3
С.К. Тулеметов, М.Ю.Акрамова СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОСТА И СТАНОВЛЕНИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОТОМСТВА В УСЛОВИЯХ ВНУТРИУТРОБНОГО И РАННЕГО ПОСТНАТАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ	8
С.К. Еркебаева, Г.А. Душанова, Г.А.Мустапаева, С.К.Сабырханова ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	14
М.Б. Рахимова, А.А. Разиков, М.Э. Рахимова ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИБС НА ФОНЕ СТАНДАРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ	18
О. Б. Оспанов, Е. Е. Султанов, З. Ш. Ибрагимова, Б. Н. Есимханов. КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСФАГИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИАТОПЛАСТИКИ И ФУНДОПЛИКАЦИИ	23
М.Т. Notamova INTRAUTERINE MOVEMENT OF THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY	26
Шукурлаева Ш.Ж., Хотамова М.Т., Рахматуллаева М.М. ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭКОЛОГИИ ВЛАГАЛИЩА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА	28
А.А.Есетова, Г.Н. Досыбаева, Т.И.Тулеева РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	31
Н.А.Жаркинбекова, Д.Б.Оразалиева, Г.У.Туксанбаева ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭПИЛЕПСИИ В САЙРАМСКОМ РАЙОНЕ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	35
Мусаев Ю.М., Жумабеков Ж.К., Копбулова А.Х., Досанова А.М., Кошкар А.С., Маханбет Ж.Қ. МИКРОНУТРИЕНТНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ КАК ВЫСОКИЙ РИСК ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РОЖДЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА.	39
Исломов И.И. РОЛЬ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.	42
Маликова Г.Ю., М.А.Ташматова., Д.Х.Ражабова ВЛИЯНИЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО СБОРА НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ГЛЮКОНЕОГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ АДРЕНАЛИНОВОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ	45
Д.Т.Жумабаев, В.С. Кудрявцева ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «РЕЛИФ» У БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРОЕМ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.	49
Г.Н. Досыбаева АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЗОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ЮЖНОГО РЕГИОНА	51
М.М. Рысбеков, Б.А. Абдурахманов, М.Е.Жантеев, Н.Г.Бердалиев РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТОЧЕНИЙ ИЗ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	56
Б.А. Абдурахманов, М.Е. Жантеев, Р.Т. Мырзахметов СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ТРУДНОДОСТУПНЫХ СЕГМЕНТОВ	59
Б.А. Абдурахманов, М.Е. Жантеев, Н.Г. Бердалиев МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ПИЩЕВОДА ПРИ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	60

Д.С. Сексенбаев, Р.Т. Мырзахметов, Б.А. Абдурахманов, Ж.А.Рамазанов ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ	64
Б.А. Абдурахманов, К.Н. Жумагулов, М.Е.Жантеев, Р.Т. Мырзахметов ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	67
Г.А. Воитова ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННИХ СРОКОВ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (обзор литературы)	70
С.А.Катбаев <sup>1</sup> , А.Т.Маймаков <sup>1</sup> , Н.К.Орманов <sup>1</sup> , М.Е.Жантеев <sup>2</sup> , А.Н.Орманов <sup>1</sup> ОПЫТ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ГОРОДСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г.ШЫМКЕНТ	73
О.К. Кулакеев, Н.Ж.Орманов ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ «ШАРОВИДНЫХ» И ДРУГИХ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ, ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ	76
О. Б. Оспанов, Е. Е. Султанов, З. Ш. Ибрагимова, М. А. Тулегенов, Е. Р. Тузелбаев. РЕСТРИКТИВНЫЕ БАРИАТРИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	88
О. Б. Оспанов, Е. Е. Султанов, З. Ш. Ибрагимова, Б. Н. Есимханов. НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ 250 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ФУНДОПЛИКАЦИЙ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ	93
Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н. СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ	95
Есенгельдиев А.А., Есимханов Б.Н., Жунисов Р.А., Нурашев А.Т. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ	98
Туменбаева Ж.С., Сексенбаев Д.С. HER2 NEO-ПОЗИТИВТІ СҮТ БЕЗІ ОБЫРЫ АМБУЛАТОРЛЫҚ-ЕМХАНАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНДА ЕМДЕУДІҢ ТАРГЕТТІ ТЕРАПИЯСЫ	100
Панаев М.С., Якубова М.Б. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЯИЧНИКОВ	103
Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т., Шалабаев А.А., Султанов Р.Р. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ В БРОНХИАЛЬНУЮ АРТЕРИЮ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО	105
Хван В.В., Арыбжанов Д.Т., Мухитдинова И.Н. РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕВУСОВ И ОПУХОЛЕЙ КОЖИ	112
Арипова Т.У., Арипова Н.У., Рузимуродов Н.Ф., Нарзикулов О. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛИНЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА	115
Бекембаева Г.С., Толеубекова Г.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КАЗАХСТАНЕ	116
Zhanteyev M. Y, Yendibay B. V. RETROSPECTIVE ANALYSIS OF COLORECTAL CANCER IN TURKESTAN REGION	116
Иноятова И.Ш., Садыкова Н.Г. ПРИМЕНЕНИЕ СИБУТРАМИНА В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН	117
Махмудова С.М., Шагазатова Б.Х. ЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ	118
Разигов А.А., Ахмедов Х.С. ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	118
Содикова Н.Г., Джафарова Н.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	119
М.Т. Хотамова ВНУТРИУТРОБНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ПЛОДА НА ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ	120
Коломиец В.М., Белоконова Л.В. ФОРМИРОВАНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КОМОРБИДНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ ПРИ ЕГО ЭФФЕКТИВНОЙ ХИМИОПРОФИЛАКТИКЕ	121

Коломиец В.М., Корнеева С.С. С.М. Юдина ХОБЛ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ	122
М.Е. Жантеев, Ж.А.Рамазанов, М.Т. Ижанов, Е.К.Оңғарбаев ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНДА СҮТ БЕЗІ ОБЫРЫНЫҢ 2013-2017 Ж СКРИНИНГ НӘТИЖЕСІ	123
Makhmudova K., Rahimova M. TANITA FOOT-TO-FOOT BIOELECTRICAL IMPEDANCE ANALYSIS USING IN ISCHEMIC HEART DISEASE	124
Неминушая А.А., Рубан Е.А., Хохлова Л.Н. РАЗРАБОТКА СОСТАВА ОСНОВЫ ГЕЛЯ С РАСТИТЕЛЬНЫМИ СУБСТАНЦИЯМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ	124
Пулатов М., Каххаров З.А., Убайдуллаев Р.Л МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТИПОВ И РАЗМЕРОВ ВОРОТ ПЕЧЕНИ	125
Пулатов М., Каххаров З.А., Улугбекова Г.Ж. ОБЪЁМ ТЕЛ НЕЙРОНОВ ГИППОКАМПА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ОНТОГЕНЕЗЕ	126
Пулатов М., Тожибоев М.М., Кодиров Р.Ш. ФЛАВОНОИДЫ НАДЗЕМНАЯ ЧАСТЬ PSEUDOSOPHORA ALOPECUROIDES	126
Khotamova M.T., Shukurlayeva Sh.J. ACTUAL PECULIARITIES OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN WOMEN OF CHILDHOOD	127
Пулатов М., Рахмонов Р.Р., Камолдинова Р.А. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ОДНОБРАЗНОМ БЕЛКОВОМ ПИТАНИИ	128
Пулатов М., Азизов Ю.Д., Исанова Д.Т СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ УРОИНФЕКЦИИ	128
Пулатов М., Рахмонов Р.Р. МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕЛЕЗИСТЫХ КЛЕТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЛКОВОЙ ПИТАНИИ	129
Makhmudov Sh.A., Baymuhamedov Ch.T. RAYNAUD'S SYNDROME IN SYSTEMIC SCLEROSIS. THE EXPERIENCE OF USING THE METHOD OF CAPILLAROSCOPY IN DIFFUSE SCLERODERMA AT ARTHRITIS MEDICAL CENTER IN THE CITY OF SHYMKENT	130
Саидмуродова М.С., Рахимова М.Э ВЛИЯНИЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	130
М.Е. Жантеев, Ж.А.Рамазанов, Б. Аманбаев, Б.Б. Ендібай 2013-2017 Ж ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНДА СҮТ БЕЗІ ОБЫРЫ ДИНАМИКАСЫ	131
Сайфудинова О.М., Разиков А.А. ОЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ПРИЁМА АРА II (ТЕЛМИСАРТАН)	132
Е. Е. Султанов, З. Ш. Ибрагимова, М. А. Тулегенов, Б. Н. Есимханов, Е. Р. Тузелбаев. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СЛИВ-РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И СЛИВ-ГАСТРОПЛИКАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	133
Абдурахимов А.Х., Эргашева З.А., Нугманов О.Ж., Усманов Х.А., Мукумжонов М.М. ПРИМЕНЕНИЕ ЛАКТУЛОЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	133
Абдурахимов А.Х., Касымова И.К., Эргашева З.А., Усманов Х.А., Мукумжонов М.М. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКЗОТОКСИНА ХОЛЕРНОГО ВИБРИОНА В КАЧЕСТВЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	134
Искакова А.Ш., Бугаков А.А., Бекембаева Г.С., Коранова Т.О. ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПЛЕВРИТОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ	134
Шамсиев Ф.М., Хайдарова М.М., Асадова Г.У., Таджиханова Д.П., Курбанова М.Р. АНАЛИЗ БИОМАРКЕРА ВОСПАЛЕНИЯ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ	135